

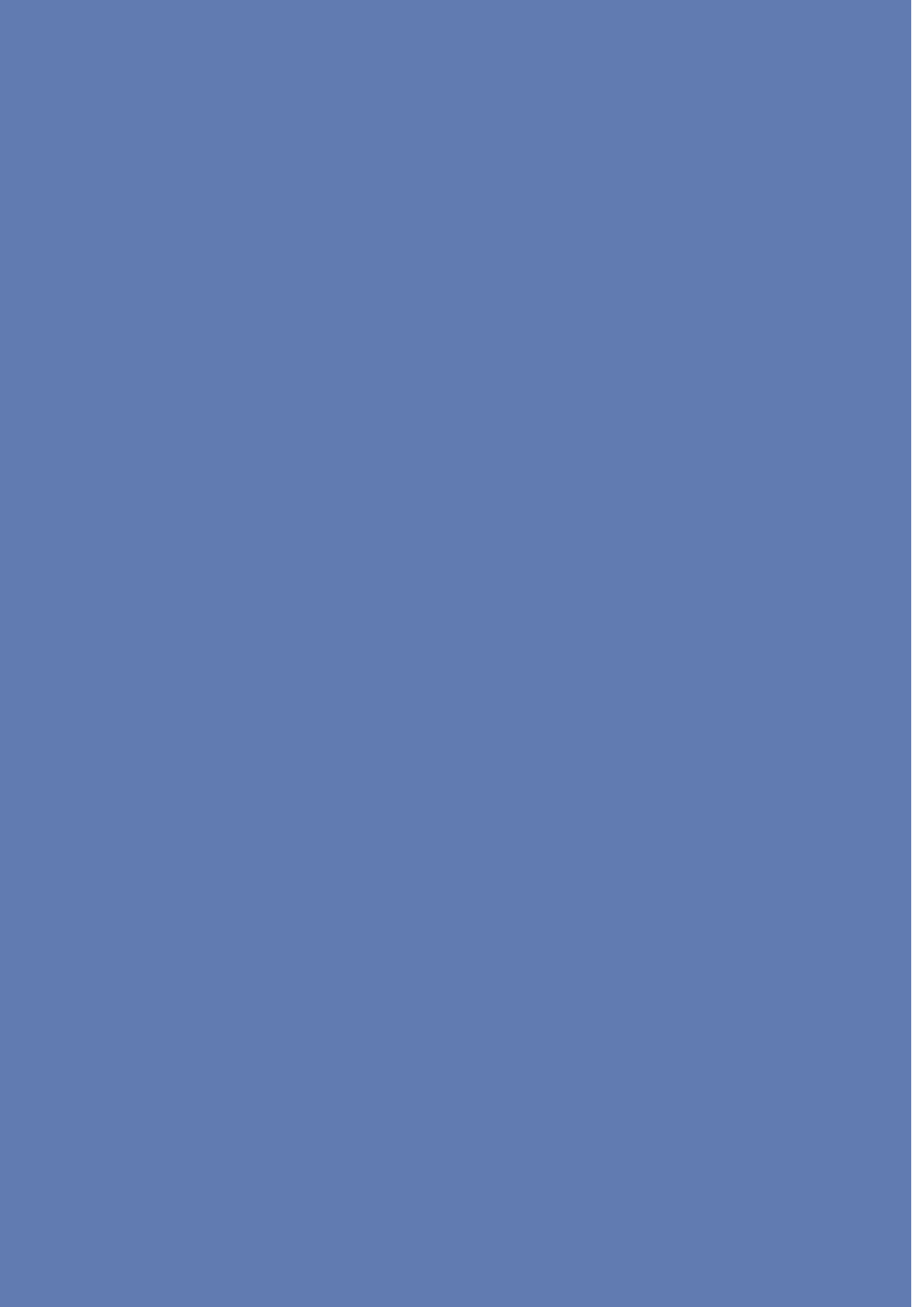


Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2009 m. METINIS ATASKAITA





Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2009 m. METINIS ATASKAITA

Teisinis pranešimas

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

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

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

Informacija teikiama nemokamai telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Ši ataskaita skelbiama bulgarų, ispanų, čekų, danų, vokiečių, estų, graikų, anglų, prancūzų, italų, latvių, lietuvių, vengrų, olandų, lenkų, portugalų, rumunų, slovakių, slovėnų, suomių, švedų, turkų ir norvegų kalbomis. Visus vertimus atliko Europos Sąjungos įstaigų vertimo centras.

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2009

ISBN 978-92-9168-389-5

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2009

Leidžiama dauginti, nurodžius šaltinį.

Printed in Luxembourg

SPAUSDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabona, Portugalija
Tel. +351 211210200 • Faks. +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Turinys

Ižanga	5
Padėkos	7
Ivadinė pastaba	9
Komentaras. Pataikyti į judantį taikinį: kaip rasti pragmatišką politinį kintančios narkotikų problemos sprendimą	11
1 skyrius. Politika ir įstatymai	
Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai • Nacionalinės strategijos • Viešosios išlaidos • Nacionalinė teisėkūra • Moksliniai tyrimai	18
2 skyrius. Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga	
Prevencija • Gydymas • Žalos mažinimas • Socialinė reintegracija • Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir nusikaltimai • Sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose	26
3 skyrius. Kanapės	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Gydymas	39
4 skyrius. Amfetaminai, ekstazis ir haliucinogeninės medžiagos	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Pasilinksminimo vietos • Gydymas	51
5 skyrius. Kokainas ir krekas	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Pasekmės sveikatai • Probleminis vartojimas ir gydymo paklausa • Gydymas ir žalos mažinimas	62
6 skyrius. Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis	
Pasiūla ir prieinamumas • Probleminis opioidų vartojimas • Narkotikų švirkštimasis • Gydymas	73
7 skyrius. Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas	
Infekcinės ligos • Infekcinių ligų problemų sprendimas • Mirties atvejai ir mirštamumas • Mirštamumo mažinimas	82
8 skyrius. Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos	
ES veiksmas naujų narkotikų srityje • „Spice“ mišiniai ir susiję sintetiniai kanabinoidai • Internetinės parduotuvės • Tolesnė veikla medžiagų atžvilgiu	94
Literatūra	99



Ižanga

Šioje ataskaitoje pateikiamas išsamus ir laiku atliktas padėties narkotikų srityje Europoje vertinimas, ir mes esame dėkingi savo darbuotojams, kurie taip sunkiai dirbo, kad jį atliktų. Tačiau turime pripažinti, kad šio dokumento vertę užtikrino ne tik čia, Lisabonoje, mūsų atliktas darbas, – kur kas daugiau lėmė valstybių narių pastangos sukurti patikimą ir išsamią informacijos sistemą. Ši stebėsenos sistema labai svarbi, kad galėtų vykti brandžios ir kompetentingos diskusijos apie narkotikų problemą. Mūsų įsitikinimu, ši sistema taip pat padeda parengti geresnes ir veiksmingesnes politikos priemones.

Tokių politikos priemonių poreikis vis didėja, nes uždaviniai šioje srityje tampa vis sudėtingesni. Visoje ataskaitoje vyrauja viena tema – narkotikų problemos dinamiškumas, ir mes turime pasirūpinti, kad mūsų vizija neatsilikytų nuo besikeičiančių sąlygų, su kuriomis susiduriame.

Šiomet sukanka 15 metų, kai EMCDDA renka informaciją ir teikia ataskaitas apie narkotikų problemą Europoje. Šiai sukakčiai pažymėti surengėme konferenciją „Informacijos poreikių nustatymas veiksmingai narkotikų kontrolės politikai Europoje“. Tai suteikė mokslininkams, specialistams ir politikams iš visos Europos ir kitų šalių galimybę susitikti Lisabonoje ir padėti mums nustatyti bei įvertinti narkotikų srityje turimų žinių bazę ir suprasti dabartinius bei būsimus informacijos poreikius.

Konferencija parodė, kad Europa sukūrė didžiulę „laboratorių“, leidžiančią tirti ir perprasti narkotikų vartojimą ir su narkotikais susijusias atsakomybės priemones, ir tai šiuo metu suteikia mums daug galimybių kartu mokytis ir dalytis žiniomis. Niekur kitur nėra tokios didelės grupės kultūros požiūriu skirtingų šalių, kurios būtų bendrai pasiryžusios geriau suvokti šią sudėtingą socialinę problemą ir tobulinti jos sprendimo būdus. Tai patvirtina ir skersinės narkotikų stebėsenos sistemos, aprėpiančios 30 šalių, kuriose gyvena daugiau nei pusė milijardo žmonių, susikūrimas. Tai taip pat rodo ir ES kovos su narkotikais strategija, ir veiksmų planas, priemonės, kuriomis siekiama kritiškai įvertinti turimą informaciją ir jos pagrindu parengti praktinius ir kolektyvinius veiksmus. Tai ypač svarbu dabar, kai valstybėms narėms reikia priimti sunkius sprendimus dėl finansavimo prioritetų ir jos kur kas daugiau dėmesio skiria tam, kad didžiausia nauda būtų gauta iš jau padarytų investicijų. Esame įsitikinę, kad ši mūsų ataskaita prisidės prie šio proceso. Be to, įsipareigojame, kad pastangos

nustatyti veiksmingą praktiką kovos su narkotikais srityje taps vis svarbesne būsimos EMCDDA veiklos dalimi.

Konferencijoje taip pat kelti tam tikri svarbūs klausimai, į kuriuos atsižvelgta šioje ataskaitoje pateikiamoje analizėje. Mūsų informacijos sistemos turi geriau veikti nustatant naujas tendencijas, jas stebint ir pranešant apie jas. Tačiau to siekiant svarbu užtikrinti, kad mūsų teikiami pranešimai ir toliau būtų tikslūs, pagrįsti ir nekeliantys panikos. Taip pat pabrėžta būtinybė mūsų analizėje sujungti ir su pasiūla, ir su paklausa susijusius klausimus. Šių metų ataskaitoje daugiau svarbos teikėme pasiūlos rodiklių ir narkotikų rinkos analizei. Analizę atlikome apdairiai, nes iki šiol pastangos pagerinti Europos duomenų šioje srityje kokybę, patikimumą ir palyginamumą buvo nepakankamos. Šiuo metu tai jau pripažįstama, ir esame pasiryžę šį klausimą spręsti bendradarbiaudami su savo partneriais atskirose šalyse ir Europoje.

Viena iš šioje ataskaitoje padarytų išvadų yra ta, kad vertinant padėtį narkotikų srityje Europoje būtina kartu atsižvelgti į nacionalines ypatybes, subregioninius ypatumus ir – tai tampa vis svarbiau – bendras Europos arba net pasaulio tendencijas. Ateityje turėsime geriau apibrėžti šį sudėtingą ryšį, nes tai mums padės ne tik suprasti veiksnius, galinčius skatinti ar slopinti narkotikų problemos didėjimą, bet ir leis parengti tinkamas intervencines priemones.

Galiausiai reikėtų pažymėti, kad 2008 m. pabaigoje ir 2009 m. pradžioje Europos Sąjunga ir Jungtinės Tautos beveik vienu metu atnaujino savo kovos su narkotikais politikos dokumentus. Ir naujajame ES kovos su narkotikais veiksmų plane, ir naujojoje JT politinėje deklaracijoje bei veiksmų plane atsižvelgiama į tarptautinį įsipareigojimą mažinti narkotikų vartojimą ir jo sukiamą žalą. Pasiiekti šiuos tikslus – labai svarbus uždavinys, ir tai pavyks padaryti tik tada, jei bus visuotinai įgyvendinami planuoti veiksmai. Pagrindiniai šio proceso elementai – stebėsenos ir vertinimas, nes tai mums padeda išlaikyti savo vykdomos politikos kursą ir vertinti padarytą pažangą.

Marcel Reimen

EMCDDA valdybos pirmininkas

Wolfgang Götz

EMCDDA direktorius



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą EMCDDA dėkoja:

- „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų vadovams ir darbuotojams;
- visų valstybių narių tarnyboms, rinkusioms pirminius duomenis šiai ataskaitai;
- EMCDDA valdybos ir Mokslinio komiteto nariams;
- Europos Parlamentui, Europos Sąjungos Tarybai, ypač jos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei, ir Europos Komisijai;
- Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC), Europos vaistų agentūrai (EMA) ir Europolui;
- Europos Tarybos Pompidou grupei, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biurui, PSO Europos regiono biurui, Interpolui, Pasaulio munitinių organizacijai, ESPAD projektui ir Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus tarybai (CAN);
- Europos Sąjungos įstaigų vertimo centrui ir Europos Sąjungos leidinių biurui.

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

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

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti:

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



Išvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią EMCDDA nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės (Kroatija ir Turkija) ir Norvegija. Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys atspindi 2007 m. padėtį (arba paskutinių metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali atspindėti tik tam tikras ES šalių pogrupis; pasirinktos šalys, pateikiančios dominančio laikotarpio duomenų.

Mažmeninės narkotikų kainos, apie kurias pranešta EMCDDA, atspindi vartotojų mokamą kainą. Daugelio šalių nurodomas narkotikų grynumas arba stiprumas nustatomas pagal visų konfiskuotų narkotikų mėginius, tačiau dažniausiai neįmanoma pateiktų duomenų susieti su konkrečiu narkotikų rinkos lygmeniu. Su grynumu arba stiprumu ir mažmeninėmis kainomis susijusios analizės grindžiamos praneštu vidurkiu ar moda arba, kai jų nėra, mediana.

Bendrų gyventojų apklausų duomenimis paremtuose pranešimuose apie narkotikų vartojimo paplitimą daugiausia minimi 15–64 metų amžiaus šalies gyventojai. Šalys, kuriose taikoma skirtinga – aukštesnė arba žemesnė – amžiaus riba, yra: Bulgarija (18–60 metų), Čekija (18 metų), Danija (16 metų), Vokietija (18 metų), Vengrija (18–59 metų), Malta (18 metų), Švedija (16 metų) ir Jungtinė Karalystė (16–59 metų). Paplitimo Jungtinėje Karalystėje duomenys apima Angliją ir Velsą.

Pranešimuose apie gydymo paklausą „naujais pacientais“ vadinami pirmą kartą savo gyvenime pradedantys gydytis asmenys, o „visais pacientais“ vadinami visi pradedantys gydytis asmenys. Duomenys apie aptariamųjų metų pradžioje nenutrūkstamai besigydančius pacientus neįtraukiami. Jeigu nurodoma gydymo paklausos dėl pagrindinio vartojamojo narkotiko dalis, dalijama iš atvejų, kai žinomas pagrindinis vartojamasis narkotikas, skaičiaus.

Tendencijų analizė grindžiama tik tų šalių pateiktais duomenimis, kurių jos pateikia pakankamai tam, kad būtų galima apibūdinti per nurodytą laikotarpį įvykusius pasikeitimus. Kai analizuojamos narkotikų rinkos duomenų tendencijos, vietoj trūkstamų 2007 m. skaičių gali būti naudojami 2006 m. skaičiai; analizuojant kitas tendencijas, trūkstami duomenys gali būti interpoliuojami. Kainų tendencijos koreguojamos atsižvelgiant į infliaciją nacionaliniu lygmeniu.

Informacija apie įvairių intervencijos priemonių buvimą ir vykdymą Europoje bendrai pagrįsta žiniomis paremta nacionalinių ekspertų nuomone, pareikšta struktūrizuotuose klausimynuose.

Terminu „pranešimai“ apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams skirtingose šalyse gali būti apibrėžiamos skirtingos sąvokos.

Metinę ataskaitą galima parsisiųsti 23 kalbomis ir ją galima rasti interneto svetainėje <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

2009 m. statistikos biuletenyje (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) pateiktos visos šaltinių lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinės ataskaitos statistinė analizė. Šiame biuletenyje taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta apie 100 papildomų statistikos grafikų.

Šalies apžvalgose (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) pateikta svarbiausių narkomanijos padėties kiekvienoje šalyje aspektų geriausios kokybės grafinė santrauka.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinėse ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos kiekvienoje šalyje pasitaikančios narkomanijos problemos. Ataskaitas galima rasti EMCDDA interneto svetainėje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Komentaras

Pataikyti į judantį taikinį: kaip rasti pragmatišką politinį kintančios narkotikų problemos sprendimą

Politinis sutarimas leidžia parengti tikslingesnį kovos su narkotikais veiksmų planą

Šioje ataskaitoje apžvelgiamas ir Europoje, ir už jos ribų svarbus kovos su narkotikais politikos vykdymo laikotarpis. Europos Sąjungoje įvertintas 2005–2008 m. kovos su narkotikais veiksmų planas – jau penktasis nuo 1990 m., ir yra parengtas bei pradėtas įgyvendinti paskesnis planas, apimantis 2009–2012 m. laikotarpį. Nors dėmesys dažnai kreipiamas į valstybių narių skirtumus jų kovos su narkotikais politikos srityje, žvelgiant iš istorinės perspektyvos stulbina didelis sutarimas, akivaizdus dabartinėse Europos lygmens diskusijose. Valstybių narių politikos perspektyvos vis dar gali skirtis, ir tai tam tikru mastu atspindi skirtingas nacionalines realijas; vis dėlto atrodo, kad diskusijos daugelyje sričių tampa vis brandesnės ir pagrįstos sutarimu. Tai leido parengti naują ES veiksmų planą, kurį galima apibūdinti kaip pragmatišką, tikslų ir tikslinį. Šis požiūris konkrečiai pritaikytas skiriant dėmesį specifinėms praktikos sritims, kaip antai mirčių nuo narkotikų prevencijai, darbui kalėjimuose, gydymo ir kitų intervencinių priemonių kokybės gerinimui.

Diskusijos, vykusios po tikslų, užsibrėžtų 1998 m. per Generalinės Asamblėjos specialiąją sesiją (UNGASS), peržiūros ir prieš priimant naują Jungtinių Tautų politinę deklaraciją ir kovos su pasauline narkotikų problema veiksmų planą, visame pasaulyje sukėlė didelį visuomenės ir specialistų susidomėjimą. Šiose diskusijose Europa aktyviai rėmė subalansuotas, moksliskai pagrįstas ir humaniškas kovos su narkotikais politikos priemones. Tai padėjo užtikrinti, kad galutiname susitarime būtų paliktos pagrindinės pažangios pirminių 1998 m. UNGASS dokumentų nuostatos. Nors JT diskusijos kartais būdavo karštos, o kartais atspindėdavo įsigalėjusias politines ir ideologines pozicijas, taip pat buvo matyti ir požymių, kad galbūt įsitvirtina pragmatiškesnis ir labiau argumentuotas požiūris į tai, kaip nustatyti veiksmus, kurie būtų veiksmingi. Pavyzdžiui, Jungtinės Amerikos Valstijos sušvelnino požiūrį į sterilios švirkštimosi įrangos tiekimą per kraują plintančių infekcijų pavojui mažinti, atsižvelgusios į šioje srityje jau sukauptą didelę veiksmingumo įrodymų bazę. Apskritai, sprendžiant iš naujausių politinių pareiškimų, atrodo, kad

JAV artėja prie Europos modelio. Tvirtas sutarimas pasiektas ir UNGASS susitikime, kuriame kalbėta apie būtinybę tinkamai stebėti narkotikų reiškinį visame pasaulyje, ypač atsižvelgiant į nuolatinį šios problemos masto didėjimą besivystančiose ir pereinamojo laikotarpio šalyse. Sukritikuotas pranešimų teikimo mechanizmas, kuris buvo sukurtas UNGASS veiksmų planų įgyvendinimui vertinti. Tačiau jo nelikus į esamą pasaulinę pranešimo sistemą nebepatenka svarbios darbo sritys, ypač susijusios su paklausos mažinimo priemonėmis. Šis klausimas tikriausiai bus viena iš svarbių svarstytinų temų ateinančioje Narkotinių medžiagų komisijos sesijoje.

Teisėsaugos praktika esant konkuruojantiems politikos tikslams

Šių metų ataskaitoje daug dėmesio skiriama teisėsaugai kovos su narkotikais srityje; pasirinkta tema aptariamas bausmių skyrimas ir kiti jo padariniai apkaltintiesiems padarius su narkotikais susijusius nusikaltimus. Europoje užregistruojamų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų vis daugėja. Ir nors duomenis sunku aiškinti, dėl šio pastebėto dalyko kyla klausimų, kiek teisėsaugos praktika sutampa su politikos tikslais šioje srityje.

Apskritai Europos politikos diskusijose artėjama prie nuomonės, kad pirmenybę reikėtų teikti uždraudimo veiklai, kuri būtų sutelkta į narkotikų pasiūlą, o ne jų vartojimą. Atsižvelgusios į tai, kai kurios šalys sugriežtino įstatymuose nustatytas bausmes už su pasiūla susijusius nusikaltimus arba nustatė minimalius bausmės laikotarpius. Sunku įvertinti, koku mastu šis dėmesio poslinkis nuo narkotikų vartotojų prie jų tiekėjų reiškiasi viešosios tvarkos palaikymo praktikoje. Tik keliose šalyse su narkotikų pasiūla susijusių nusikaltimų yra daugiau nei susijusių su narkotikų laikymu. Apskritai su pasiūla susijusių nusikaltimų padaugėjo, bet taip pat padaugėjo – ir net labiau – ir nusikaltimų, susijusių su narkotikų laikymu ar vartojimu. Be to, visoje Europoje padėtis su pasiūla susijusių nusikaltimų srityje yra įvairesnė – pusė duomenis teikiančių šalių nurodo, kad, vertinant vidutinės trukmės laikotarpio duomenis, nusikaltimų sumažėjo.

Prie šios ataskaitos pridedamoje išsamioje baudsmių skyrimo už nusikaltimus narkotikų kontrolės įstatymams Europoje apžvalgoje nagrinėjama, kas nutinka tiems, kurie pažeidžia narkotikų kontrolės įstatymus. Dėl nusikaltimų, susijusių su pasiūla, dažnai priimami laisvės atėmimą numatantys nuosprendžiai, tačiau paprastai taikomas mažesnis iš nustatyto laisvės atėmimo baudsmės intervalo terminų – vidutiniškai trejų metų ar trumpesnis. Tai gali būti paprasčiausiai susiję su tuo, kad dauguma apkaltintųjų priklauso žemesnei tiekimo grandinės daliai, pavyzdžiui, tai yra gatvės prekeiviai ar narkomanai, kurie taip pat prekiauja narkotikais, kad gautų lėšų savo įpročiui tenkinti. Šis nustatytas faktas svarbus rengiant minimalių baudsmių skyrimo gaires, jei įomis siekiama atgrasyti aukšto lygio recidyvistus nuo įsitraukimo į narkotikų tiekimo veiklą.

Daugumoje šalių laisvės atėmimą numatantys nuosprendžiai dėl narkotikų vartojimo ar laikymo priimami retai. Vis dėlto mažai stojusiųjų prieš teismą daliai bus skirta neatidėliotina laisvės atėmimo baudmė, galbūt dėl sunkinančių aplinkybių. Tai reiškia, kad vis daugėja su baudžiamojo teisingumo sistema susiduriančių narkotikų vartotojų, kuriems skiriamos tik administracinės ar nedidelės baudmės. Nekalbant apie galimą atgrasantį tokio pobūdžio veiksmų poveikį, kyla klausimų, kiek taip susiduriant su tam tikromis narkotikų vartotojų grupėmis prarandama galimybių imtis kitokios paklausos mažinimo veiklos. Kai kurios šalys šioje srityje sukūrė naujoviškų metodų, tačiau apskritai jie vis dar taikomi retai.

Apkaltintųjų nusikaltimais narkotikus reglamentuojantiems įstatymams grupė greičiausiai bus įvairi, tad plėtojant paslaugų teikimą šioje srityje ypač svarbu vertinti poreikius. Sveikatos priežiūros srityje intervencinės priemonės sudaro ištisą kontinuumą nuo prevencijos, švietimo ir žalos mažinimo priemonių iki trumpalaikių intervencinių priemonių ir, jei yra pagrindo, siuntimo į specializuotas gydymo nuo narkomanijos ir socialinės paramos tarnybas. Norint sukurti veiksmingą modelį, kuris garantuotų siuntimą į reikiamas tarnybas, tikriausiai kiltų organizacinių sunkumų. Portugalija ėmėsi kiek kitaip spręsti šią problemą. Baudžiamosios sankcijos už narkotikų vartojimą nebetaikomos, o asmenys, kurie, kaip nustatyta, laiko narkotikų, siunčiami tiesiai į specialųjį teismą – vadinamąjį atgrasymo nuo piktnaudžiavimo narkotikais komisiją – jų poreikiams įvertinti. Teismas gali skirti baudas, bet skirti sankcijas nėra pagrindinis jo tikslas. Ši sistema veikia jau aštuonerius metus. Atrodo, jog turimi duomenys nepatvirtina pradinių nuogastavimų, kad dėl šio požiūrio padidėtų narkotikų turizmo mastas ar vartojimo lygis.

Gydymas ir intervencinės priemonės sveikatos apsaugos srityje: nuo „vieno kurpalio“ principo prie tikslinių priemonių rinkinio

Narkotikų vartotojams skirtos paslaugos Europoje tampa vis įvairesnės ir siūlomos kaip integruoto priežiūros paketo dalis. Tai galima matyti ir koncepcijose, ir praktikoje. Pavyzdžiui, tie patys teikėjai vis dažniau susieja ir siūlo žalos mažinimo bei gydymo intervencines priemones. Nors socialinės reintegracijos svarba plačiai pripažinta, ši sritis tebėra menkai išplėtotą, ir narkotikų vartotojai tebeapatiria daug sunkumų siekdami susirasti darbą bei tinkamą būstą ir išsiugdyti su narkotikais nesusijusius pomėgius.

Nors gydant narkotikų vartotojus Europoje padaryta pažanga, ir medžiagų, nuo kurių priklausomybės gydoma, ir geografinės aprėpties atžvilgiu ji netolygi. Labiausiai pažengta priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais srityje – gydytųjų jau yra apie 650 000, ir jų daugėja. Tačiau visai Rytų Europai tenka tik nedidelė šio bendro kiekio dalis, o tai rodo, kad tam tikrose šalyse būtina plėsti paslaugas. Iš keleto šalių patirties išmokta, kad įtraukus bendrosios praktikos gydytojus galima išplėsti gydymą. Pagal bendras su specializuotais gydymo centrais rūpybos schemas yra ne tik teikiama parama bendrosios praktikos gydytojams, bet ir užtikrinama gydymo kokybė.

Nors tęsti ar pradėti gydymą pakaitalais kalėjime teoriškai įmanoma daugumoje šalių, praktikoje tai dažnai būna sudėtinga. Atsižvelgiant į narkotikų vartotojų skaičių Europos kalėjimuose, būtina neatidėliojant plėsti galimybes šiose įstaigose taikyti visų rūšių gydymą. ES veiksmų plane tai pripažinta, tačiau daugumoje šalių šiuo metu to vis dar nepaisoma.

Kalbant apie kitokius nei opioidai narkotikus, paslaugų prieinamumas ir mūsų supratimas apie tai, kokia turi būti veiksminga priežiūra, Europoje dar prastesni. Tačiau šią problemą jau pradedama pripažinti ir rengiama vis daugiau Europos masto mokslinių tyrimų projektų bei bandomųjų programų, skirtų stimuliantų ir kanapių vartotojų gydymo poreikiams nustatyti. Be to, dėl neuromokslų pasiekimų ne tik pagerėjo mūsų supratimas, kokie yra biologiniai priklausomybės nuo narkotikų mechanizmai, bet ir jau imama lengviau taikyti tam tikrus naujoviškus metodus. Tai, pavyzdžiui, yra kokaino vakcina, kuri šiuo metu tirinama Europoje atliekant plataus masto tyrimą. Informacinių technologijų plėtra taip pat padėjo lengviau diegti naujoves, pavyzdžiui, gydymo programas internete ir tekstinių pranešimų siuntimą.

Nauji įrodymai, kad Europa žengia į kanapių vartojimo mažėjimo laikotarpį

Kanapių vartojimas XX a. 10-ąjį dešimtmetį smarkiai išpopuliarėjo – tiek, kad dabar beveik ketvirtadalis visų suaugusių europiečių nurodo bent kartą gyvenime vartoję šį narkotiką. Vėliau padėtis ėmė stabilizuotis, o naujausi duomenys aiškiai patvirtina praėjusių metų ataskaitoje pateiktą analizę, kuri parodė, kad šio narkotiko vartojimas apskritai mažėja. Ypač įdomūs yra naujausi Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo projekto Europos mokyklose rezultatai, kurie leidžia pažvelgti į ilgalaikes narkotikų vartojimo tarp moksleivių tendencijas. Šioje grupėje nustatyti modeliai vėliau greičiausiai pasireikš vyresnio amžiaus grupėse. Įdomu tai, kad praeityje kanapių vartojimo augimo tendencijai buvo būdinga nevienoda laiko struktūra, ir atrodo, kad dabar šis modelis kartojasi, tik atvirkščiai. Pavyzdžiui, Jungtinė Karalystė, viena iš pirmųjų šalių, kuriose buvo užfiksuotas aukštas paplitimo lygis, taip pat buvo viena iš šalių, anksčiausiai pranešusių apie vartojimo mažėjimą. Šį modelį dabar galima pastebėti daugumoje kitų Vakarų Europos šalių. Daugumoje Rytų Europos šalių vartojimo lygis iki neseniai tebedidėjo. Tačiau net ir šiose šalyse jau matyti vartojimo tarp jaunimo stabilizavimosi ženklų, ir jei kitur stebėtas modelis pasireikštų ir čia, galima tikėtis paskesnio vartojimo mažėjimo.

Akivaizdu, kad svarbu suprasti veiksnius, turinčius įtakos tokio narkotiko kaip kanapės populiarumui. Tačiau reikėtų stengtis nedaryti skubotų ir paviršutiniškų išvadų. Įtaką šioms tendencijoms galėjo turėti nacionalinė ir ES politika, tačiau vartojimo lygio mažėjimas taip pat pastebimas JAV ir Australijoje, o tai rodo, kad svarbūs tikriausiai yra platesnio masto socialiniai ir kultūriniai veiksniai. Europos žemėlapyje išsiskiria nedidelė grupė šalių, daugiausia Europos šiaurėje arba pietuose, kuriose kanapių vartojimo lygis kurį laiką išliko nedidelis ir stabilus. Suprasti, kokie apsauginiai veiksniai veikia tose šalyse, taip pat būtų labai įdomu, bet vėlgi atliekant analizę reikės visiškai atsižvelgti į kultūrinius, socialinius ir istorinius veiksnius, taip pat apsvarstyti kovos su narkotikais ir socialinės politikos įtaką.

Priešingai duomenims apie bendrą vartojimo lygį, naujausia probleminio kanapių vartojimo Europoje modelių analizė labiau nevienareikšmė ir teikia mažiau vilčių. Analizė atskleidžia, kad šiuo metu šioje srityje mums stinga gerų priemonių priklausomybės ar probleminio vartojimo problemai spręsti ir, nors šia linkme daroma tam tikra pažanga, turime pasikliauti labiau netiesioginėmis priemonėmis. Kelerius metus nuolat didėjęs naujų prašymų gydyti nuo priklausomybės nuo kanapių skaičius dabar veikiausiai stabilizuojasi. Tačiau tebėra neaišku, kiek tai susiję su vartojimo būdais ar gydymo paslaugų pajėgumu. Šiuo metu geriausias probleminio kanapių vartojimo

elgesio rodiklis nustatomas ekstrapoliuojant kasdien narkotiką vartojančių asmenų skaičiaus įvertčius. Kasdienio vartojimo tendencijas sunku įvertinti, bet naujausi duomenys nerodo, kad tokio vartojimo lygis apskritai mažėtų. EMCDDA vertinimais, kanapes kasdien arba beveik kasdien vartoja apie 2–2,5 proc. jaunų suaugusiųjų, o tarp jaunų vyrų nustatomas lygis yra gerokai didesnis. Tai rodo, kad rizika kyla didelei gyventojų grupei, ir išryškina, jog būtina geriau suprasti, kokių paslaugų šiai grupei reikia.

Heroinas ir kokainas: jokių akivaizdžių problemos mažėjimo ženklų

Mažai ženklų rodo, kad padėtis heroino ir kokaino – dviejų medžiagų, kurios Europoje sprendžiant narkotikų problemą tebėra svarbiausios, – vartojimo srityje gerėtų. Kartu šioje srityje sunku susidaryti aiškų vaizdą, nes sudėtinga suderinti įvairių rodiklių teikiamą informaciją. Ši problema ypač aktuali kokaino atveju – naujausiais duomenimis, sumažėjo ir apytikrė narkotiko gamyba, ir Europos Sąjungoje konfiskuoti jo kiekiai, taip pat ir narkotiko grynumas gavtės lygmeniu daugumoje šalių. Jungtinėje Karalystėje – šalyje, kurioje kokaino rinka yra didelė, – grynumas pastaruoju metu sumažėjo itin ženkliai. Šie duomenys galėtų reikšti, kad kokaino prieinamumas mažėja, tačiau kita turima informacija verčia suabejoti šia išvada. Narkotiko konfiskavimo atvejų tebedaugėja, kainos mažėja, ir spėjama, kad pradedama naudotis naujais kontrabandos maršrutais Rytų Europoje, o tai trukdo pastangoms užkirsti narkotikui kelią. Europoje daugiausia kokaino tebevartojama Vakarų šalyse, kuriose vartojimo tendencija apskritai yra stabili arba vartojimas tebedidėja. Tačiau turima duomenų, kad narkotikas toliau plinta ir kitose šalyse. Prašymų gydyti nuo priklausomybės nuo kokaino taip pat daugėja. Remiantis turimais įrodymais galima daryti išvadą, kad dabartinis vartojimo lygis tebėra didelis ir nusistovėjusiose vartojimo srityse nemažėja, o kituose regionuose tebedidėja; tačiau esama požymių, kad tiekėjai galbūt patiria sunkumų tam tikrose didžiosiose rinkose stengdamiesi patenkinti vartotojų paklausą. Bus įdomu pamatyti, ar, atsižvelgiant į naujausius pranešimus apie kokaino gamybos pasaulyje mažėjimą, ateityje atsiras konkretnių šio narkotiko prieinamumo mažėjimo įrodymų.

Heroinui tebetenka didžiausia su narkotikų vartojimu susijusio sergamumo ir mirštamumo Europoje dalis. Šio narkotiko vartojimas nuo 10-ojo dešimtmečio vidurio iki to dešimtmečio pabaigos apskritai mažėjo, bet šiandien vaizdas mažiau aiškus, o tam tikrose srityse kelia susirūpinimą. Naujų prašymų gydyti pirma buvo gerokai sumažėję, bet nuo 2002 m. jų daugėja, ir dabar daug šalių praneša, kad su opioidų vartojimu susijusių prašymų

Trumpai – narkotikų vartojimo rodikliai Europoje

Čia pateikiami suaugusių žmonių (15–64 metų amžiaus) rodikliai, pagrįsti naujausiais turimais duomenimis. Visas duomenų rinkinys ir informacija apie metodiką pateikiama pridedamame statistikos biuletenyje.

Kanapės

Vartojo bent kartą gyvenime: mažiausiai 74 mln. (22 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 22,5 mln. suaugusių europiečių arba trečdalis bent kartą gyvenime kanapes vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: apie 12 mln. europiečių.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,4 proc. iki 14,6 proc.

Kokainas

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 13 mln. (3,9 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: 4 mln. suaugusių europiečių arba trečdalis bent kartą gyvenime kokainą vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: apie 1,5 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,0 proc. iki 3,1 proc.

Ekstazis

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 10 mln. (3,1 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 2,5 mln. arba trečdalis bent kartą gyvenime ekstazį vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: mažiau nei 1 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,1 proc. iki 3,5 proc.

Amfetaminai

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 12 mln. (3,5 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 2 mln. arba šeštadalis bent kartą gyvenime amfetaminus vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: mažiau nei 1 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,0 proc. iki 1,3 proc.

Opioidai

Probleminių opioidų vartotojų: apytiksliai nuo 1,2 iki 1,5 mln. europiečių.

Nuo narkotikų mirė 4 proc. visų mirusių 15–39 metų amžiaus europiečių; opioidų aptikta maždaug trijuose ketvirtadaliuose iš jų.

Daugiau nei 50 proc. visų asmenų, kurie kreipėsi dėl gydymo nuo narkotikų priklausomybės, vartojo opioidus kaip pagrindinį narkotiką.

2007 m. apie 650 000 opioidų vartotojų gydyta pakaitalais.

gydyti skaičius ir jų dalis tarp visų prašymų didėja. Duomenys apie mirties nuo narkotikų atvejus, kurie daugiausia siejami su heroino vartojimu, taip pat neleidžia manyti, kad sugrįžtų iki 2004 m. stebėta mažėjimo tendencija. Duomenys apie nusikaltimus narkotikų kontrolės įstatymams ir konfiskavimo atvejus taip pat rodo, kad tokių nusikaltimų ir atvejų daugėja. Susirūpinimą kelia keleto šalių pranešimai apie pastebėtas jaunimo problemas dėl heroino vartojimo, o tai rodo, kad narkotikas galbūt plinta naujose vartotojų grupėse. Apskritai apmaudu, kad su heroino vartojimu susijusių problemų mažėjimo tendencija neišliko. Nors šiuo metu nėra įrodymų, kad sugrįžtų praeityje stebėtas epideminio pobūdžio heroino vartojimo plitimas, šio narkotiko vartojimas kelia didžiules sveikatos ir socialines problemas. Susirūpinimą turėtų kelti bet kokie ženklai, rodantys prastėjančią padėtį, ypač dabar, kai Europa išgyvena ekonominį sunkmetį.

Kelių narkotikų vartojimas ir su alkoholiu susijusios problemos – dabartiniai faktiniai Europos narkotikų problemos požymiai

Narkomanijos prevencijos srityje seniai suprantama, kad su medžiagų vartojimu susijusias problemas geriausia

spręsti holistiškai, sudarant sąlygas sveikai gyventi ir daryti protingus sprendimus. O samprotavimai apie narkotikų vartojimą dažniau yra susiję su konkrečia medžiaga. Sunku nepadaryti išvados, kad ši vienmatė perspektyva tampa vis labiau nenaudinga siekiant perprasti narkotikų vartojimo Europoje būdų kintamumą. Narkotikus vartojantys asmenys beveik niekada nesitenkina tik vienos medžiagos vartojimu. Nūdienos Europoje vartoti kelis narkotikus tapo norma, ir bendras įvairių medžiagų vartojimas sukelia daugumą problemų, su kuriomis susiduriame, arba jas komplikuoja. Tai rodo, jog būtina visapusiškesnė, integruota ir daug medžiagų apimanti perspektyva, kad būtų įmanoma geriau suprasti padėtį ir perprasti vartojimo modelius bei įvertinti, kokios atsakomosios priemonės būtų tinkamos. Tas pats pasakytina ir apie narkotikų rinką. Veiksmai, kuriais siekiama mažinti vieno narkotiko pasiūlą, aiškiai nuvertėja, jei jais paprasčiausiai atveriamas kelias vartoti pakaitalą, kuris gali būti dar žalingesnis.

Prie šių metų ataskaitos pridedama pasirinkta kelių narkotikų vartojimo tema – nagrinėjama, kaip kelių medžiagų vartojimas veikia įvairias narkotikų vartotojų grupes. Rezultatai kelia nerimą. Jaunimui dėl kelių medžiagų vartojimo gali padidėti opijų problemų rizika ir

gali būti, kad ateityje narkotikų vartojimas taps chroniškas. Vyresni reguliariai narkotikus vartojantys asmenys, vartodami kelis narkotikus, neretai perdozuoja, dėl tokio vartojimo pasunkėja gydymas nuo narkomanijos, jis taip pat siejamas su smurtavimu bei nusikalstamumu. Europoje vartotojams prieinamų narkotikų pasirinkimas taip pat didėja. Šioje ataskaitoje dėmesys atkreiptas į šiuos reiškinius: vis besiplečiantis į kanapių rinką nukreipiamų medžiagų, kurios daugiausia nekontroliuojamos, asortimentas, naujovės sintetinių narkotikų gamybos srityje ir vis didėjantis susirūpinimas dėl netinkamo receptinių vaistų vartojimo. Be to, pripažinta, kad vienas iš faktinių narkotikų vartojimo problemos Europoje požymių yra gretutinis alkoholio vartojimas. Tai taip pat galima pastebėti kiekvienoje amžiaus grupėje. Tarp moksleivių naujais duomenys atskleidžia stiprų ryšį tarp nesaikingo girtavimo ir narkotikų vartojimo. Nesaikingas girtavimas taip pat dažnai neatsiejamas nuo narkotikų vartojimo linksminantis, o dėl to didėja neigiamų padarinių jauniems suaugusiems rizika. Chroninių narkotikų vartotojų grupėje piktnaudžiavimas alkoholiu taip paplitęs, kad apie jį dažnai net neužsimenama, ir būtinybė spręsti kartu esančios priklausomybės nuo alkoholio problemą tampa vis svarbesniu gydymo nuo narkomanijos centrų uždaviniu. Alkoholio vartojimo problemos gali būti ypač žalingos priklausomiems nuo opioidų asmenims, nes jų kepenų funkcija jau gali būti pažeista hepatito infekcijos, ir jiems kyla didesnė perdozavimo rizika.

Naujovės ir pirmtakų (prekursorių) prieinamumas – sąveikaujantys veiksniai, kurių poveikis sintetinių narkotikų rinkai vis didėja

EMCDDA stebi su sintetinių narkotikų prieinamumu ir vartojimu Europoje susijusią padėtį, kuri tampa vis sudėtingesnė ir nestabilesnė. Neteisėtai rinkai ir jos tiekėjams būdingas aukštas naujovių kūrimo lygis, kiek tai susiję su gamybos procesais, naujais produktais ir prekybos galimybėmis, taip pat gebėjimas greitai prisitaikyti prie kontrolės priemonių. Be to, vis rafinuotesnė tampa prekyba neteisėtų narkotikų „teisėtomis alternatyvomis“, o tai kelia didelį rūpestį.

Tai, kokia ši rinka yra nestabili, parodo, pavyzdžiui, naujais ekstazio tiekimo pokyčiais. Iki 2007 m. daugumos Europoje ištirtų ekstazio tablečių sudėtyje buvo 3,4-metilenedoksi-metamfetamino (MDMA) arba kitos į ekstazį panašios medžiagos. Tačiau nuo 2009 m. pradžios gaunami išankstinio įspėjimo sistemos pirminiai duomenys rodo, kad tam tikrose valstybėse narėse, pavyzdžiui, Danijoje ir Nyderlanduose, padėtis gali keistis. Iki pusės visų šiose šalyse ištirtų tablečių nerasta jokio MDMA ar kokių nors jo analogų. Tabletėse dažniau buvo aptinkamas

1-(3-chlorofenil)piperazinas (*mCPP*) – arba vienas, arba kartu su kitokia psichoaktyvia medžiaga. Nors *mCPP* JT konvencijų sąrašuose nėra įrašytas, tam tikrose ES valstybėse narėse jam taikomos kontrolės priemonės. Dabartinių rinkos pokyčių priežastys nėra visiškai aiškios, bet juos galbūt gali paaiškinti 3,4-metilenedoksi-fenil-2-propanono (PMK), MDMA sintezei naudojamo pagrindinio pirmtako (prekursoriaus), stoka. Kol kas dar negalima pasakyti, ar šis pokytis tėra laikinas nukrypimas, ar jis žymi svarbesnį kitimo procesą ekstazio rinkoje. ES išankstinio įspėjimo sistemoje *mCPP* stebimas nuo 2005 m., o EMCDDA bei Europolas atidžiai stebi pokyčius šioje srityje ir 2010 m. parengs rinkos ataskaitą.

Pokyčiai ekstazio rinkoje gali reikšti, kad pastangos išvengti cheminių medžiagų pirmtakų (prekursorių) panaudojimo neteisėtiems tikslams yra vis sėkmingesnės, ir šios pastangos taip pat gali daryti svarbų poveikį kitų medžiagų prieinamumui ir vartojimui. Pavyzdžiui, yra tam tikrų ženklų, kad kai kuriose Šiaurės Europos dalyse amfetaminas gali būti išstumiamas metamfetamino. Čia ir vėl atrodo svarbūs rinkos veiksniai bei cheminių medžiagų pirmtakų (prekursorių) buvimas – atrodo, kad metamfetamino gamybos punktai šiuo metu veikia Lietuvoje, kuriai dėl savo geografinės padėties yra lengviau importuoti pirmtakus (prekursorius), šiuo atveju 1-fenil-2-propanoną (BMK), iš šalių už Europos Sąjungos ribų. Dėl padėties Šiaurės šalyse didėja susirūpinimas, kad metamfetamino vartojimas gali būti išplitęs už Čekijos ribų. Šioje šalyje metamfetamino problemų esama jau seniai, bet gamyba paprastai yra mažo masto, ir gaminama tik asmeniniam ar vietos vartojimui. Apie tam tikrą metamfetamino vartojimą dabar jau praneša keletas Vidurio Europos šalių, o Europolas praneša apie kelis kitose Europos dalyse nustatytus ir likviduotus didesnius gamybos punktus. Taip pat esama tam tikrų įrodymų, kad metamfetamino vartojimas sparčiai didėja kai kuriose su Europos Sąjunga besiribojančiose šalyse. Šiam narkotikui iki šiol nepavyko įsitvirtinti didelėje Vakarų Europos stimuliuojančių narkotikų rinkoje, kurioje tebevyrauja kokaino ar amfetamino vartojimas. Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, kad metamfetamino galima pagaminti gana lengvai, ir į didelį neigiamą poveikį, kurį šis narkotikas gali daryti visuomenės sveikatai, delsti negalima. Kaip greitai gali atsirasti problemų, rodo Slovakijos pavyzdys, kuri neseniai pateikė konkretaus atvejo tyrimą, patvirtinantį ženklų metamfetamino vartojimo augimą.

Internetas ir prekyba – ar „spice“ yra to, kas mūsų laukia, skonis?

Nedaug yra šiuolaikinio gyvenimo sričių, kurių nebūtų pakeitę informacinių technologijų laimėjimai, o internetas

dabar yra ne tik laisvas informacijos šaltinis, bet ir svarbi virtuali rinka keitimuisi prekėmis ir paslaugomis. Tad nenuostabu, kad ši terpė dabar daro poveikį ir narkotikų sričiai. Šiemet EMCDDA pradėjo pirmąjį gydymo internete metodų apžvalgą, ir paaiškėjo, kad internetu pagrįsti metodai turi didelį potencialą, turint galvoje tam tikrų formų prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo intervencines priemones. Mažiau palanku tai, kad reglamentuoti šį virtualų ir pasaulinį reiškinį yra akivaizdžiai sunku, ir internetas gali būti naudojamas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui skatinti. Prie susirūpinimo, kurį kelia alkoholio ir vaistų prekyba internete, prisideda ir rūpestis dėl kontroliuojamų psichoaktyviųjų medžiagų tariamai „teisėtų“ alternatyvų asortimento atsiradimo.

EMCDDA dabar nuolat stebi, kokių psichoaktyviųjų medžiagų siūlo interneto mažmenininkai. Ši rinka pastaruosius kelerius metus plėtėsi, ir dabar joje yra siūloma platus augalinio pagrindo produktų, visų pirma žolinių mišinių, asortimentas, taip pat prekių, kurių sudėtyje yra sintetinių mišinių. Tarp interneto rinkoje pasirodančių naujų medžiagų gali būti ir narkotikų, tradiciškai vartojamų tam tikruose pasaulio regionuose, ir eksperimentinių cheminių medžiagų, kurios susintetintos laboratorijose ir dar nebandytos su žmonėmis. Kitos naujovės – atskirų prekių ženklų kūrimas ir patrauklios pakuotės naudojimas. Vienas ryškiausių to pavyzdžių – žoliniai mišiniai, kuriais prekiaujama rinkoje su etikete „spice“.

Rasta daugybė „spice“ rūšių, kurioms naudotos įvairios pakuotės ir pateikti įvairūs sudedamųjų dalių sąrašai. Tačiau atliekant teismo medicinos analizę rasti etiketėse nurodytų augalinės kilmės medžiagų dažniausiai nepavykdavo, užtat tam tikruose mėginiuose pavykdavo nustatyti prie mišinių pridėtų sintetinių kanabinoidų. Šių medžiagų tarp išvardytų sudedamųjų dalių nebuvo, taigi jos būtų vartojamos apie jas nieko nežinant. Aptikti kanabinoidai yra gana neaiškūs tiriamieji junginiai, kai kurie iš jų veikia itin stipriai, ir apie jų poveikį žmonėms žinoma nedaug.

Bandymai apeiti narkotikų kontrolę prekiaujant nereguliuojamomis medžiagomis nėra naujiena. Nauja tai, kad dabar tiriamas toks platus medžiagų asortimentas, vykdoma agresyvi prekyba produktais, kurie buvo sąmoningai paženklinėti klaidingomis etiketėmis, vis labiau naudojamas internetas, o rinka vis sparčiau reaguoja į kontrolės priemones. „Spice“ taip pat gali įspėti mus apie iškilsiančias problemas. Už Europos jurisdikcijos ribų dažnai esančių prityrusių chemikų gebėjimas pigiai atlikti organinę sintezę potencialiai sudaro galimybę sukurti daugybę psichoaktyviųjų medžiagų. Dėl to gali atsirasti net naujų cheminių grupių, apimančių daug analogų, kuriuos gali būti sunku susekti ir kurie keltų daug sunkumų įgyvendinant atskirais junginiais pagrįstas kontrolės politikos priemones. Be to, kai kurios iš šių medžiagų gali būti naudojamos ir teisėtai arba gali būti parduodamos tariamai teisėtai paskirčiai, tad jos nepatenka nei į narkotikų kontrolės, nei į prekybos reglamentavimo sritį.



1 skyrius

Politika ir įstatymai

Įžanga

Per praėjusius metus parengti du nauji Europos ir tarptautinės kovos su narkotikais politikos dokumentai. 2008 m. gruodžio mėn. Europos Sąjunga pristatė savo naują kovos su narkotikais veiksmų planą (2009–2012 m.), o po kelių mėnesių Jungtinės Tautos priėmė naują politinę deklaraciją ir veiksmų planą pasaulio narkotikų problemai spręsti. Šiame skyriuje aptariamas naujų kovos su narkotikais politikos dokumentų turinys ir pilietinei visuomenei atstovaujančių organizacijų vaidmuo juos rengiant.

Svarstant tarptautinę politiką, diskutuota ir apie neteisėtą prekybą narkotikais, ir šiame skyriuje apžvelgiami naujausi teisiniai pokyčiai minimalių bausmių už neteisėtą prekybą narkotikais Europoje srityje. Daug dėmesio politiniuose debatuose skirta ir žalos mažinimui, todėl šiame skyriuje taip pat apžvelgiamas dviejų svarbių intervencinių priemonių šioje srityje – adatų ir švirkštų keitimo bei gydymo pakaitalais – teisinis statusas.

Kiti aptariami klausimai – neseniai priimtos nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planai bei jų įvertinimas, nauji duomenys apie su kova su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas ir jų kitimo tendencijos, taip pat pokyčiai, susiję su Europoje atliekamais moksliniais tyrimais narkotikų srityje.

Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai

Nauja JT politinė deklaracija ir veiksmų planas

Nauja JT politinė deklaracija ir veiksmų planas ⁽¹⁾ priimti aukšto rango politikų susitikime šiomet vykusioje Jungtinių Tautų Narkotinių medžiagų komisijos (angl. CND) sesijoje. Priimti dokumentai buvo svarstyti ištisus metus, atliekant pažangos, padarytos siekiant 1998 m. per 20-ąją Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos specialiąją sesiją (UNGASS) dėl pasaulio narkotikų problemos nustatytų tikslų ir rodiklių, dešimties metų peržiūrą.

Europos Sąjunga ir jos valstybės narės atliko pagrindinį vaidmenį vykdomoje UNGASS peržiūroje. Europos Sąjungos Taryba parengė Bendrąją poziciją, kurioje išreiškė Europos poziciją dėl JT kovos su narkotikais politikos, kuri turėtų būti sukurta remiantis peržiūros rezultatais. Šiame dokumente pabrėžta visuomenės sveikatos, kaip pagrindinio tarptautinės narkotikų kontrolės sistemos principo, svarba ir būtinybė visoje sistemoje užtikrinti darną narkotikų srityje tarp JT įstaigų (įskaitant INCB, UNODC, UNAIDS, PSO). Jame taip pat raginama įtraukti į naują JT politinę deklaraciją tam tikrus pagrindinius elementus ir prioritetus. Tarp jų paminėta būtinybė parengti išsamią, integruotą ir subalansuotą kovos su narkotikais politiką, kurioje būtų skiriama daugiau dėmesio narkotikų paklausos mažinimui ir į kurią būtų įtrauktos žalos mažinimo priemonės. ES ragino užtikrinti, kad tarp pagrindinių naujosios kovos su narkotikais politikos elementų būtų ir tarptautinių žmogaus teisių konvencijų, įskaitant reglamentuojančias teisę į sveikatos apsaugą, laikymasis, o kovos su narkotikais politikos kūrimas būtų pagrįstas moksliniais įrodymais. Be to, ES įrodinėjo, kad, stengiantis kovoti su narkotikų gamyba, parama alternatyviajam vystymuisi neturėtų būti susiejama su reikalavimu mažinti neteisėtų augalų auginimą.

Naujojo JT dokumento turinys panašus į pradines UNGASS deklaracijas ir veiksmų planus, dėl kurių susitarta 1998 m. Į jį įtraukta daug Europos Sąjungos pasiūlytų elementų, kaip matyti iš veiksmų plano, kuriame apžvelgiamos dabartinės kovos su narkotikais politikos problemos ir išvardijami veiksmai, kuriuos JT valstybės narės įsipareigoja pačios įgyvendinti per ateinantį dešimtmetį. Tarp pagrindinių skirsnų apie narkotikų paklausos mažinimą nurodytų veiksmų ir tikslų yra ir didesnė pagarba žmogaus teisėms, ir didesnis paslaugų prieinamumas, ir didesnis dėmesys pažeidžiamoms grupėms. Taip pat raginama užtikrinti didesnę kovos su narkotikais politikos kryptį pusiausvyrą ir kreipti daugiau dėmesio į narkotikų paklausos mažinimą, įgyvendinti įrodymais pagrįstas intervencines priemones, taip pat įdiegti stebėsenos ir kokybės užtikrinimo tvarką. Tačiau JT dokumente nėra aiškiai pripažintas žalos mažinimo – požiūrio, kurio laikomasi Europoje remiantis moksliniais tyrimais, – indėlis į kovą su narkotikais.

⁽¹⁾ Politinė deklaracija ir veiksmų planas dėl tarptautinio bendradarbiavimo, siekiant parengti integruotą ir subalansuotą strategiją pasaulio narkotikų problemai išspręsti.

Pasaulinė neteisėtų narkotikų rinka

Europos Komisijos finansuoto naujo pasaulinės neteisėtų narkotikų rinkos tyrimo rezultatai pristatyti Narkotinių medžiagų komisijos 2009 m. sesijoje Vienoje ⁽¹⁾. Per tyrimą nerasta jokių įrodymų, kad nuo 1998 iki 2007 m. pasaulinė narkotikų problema taptų mažesnė. Kai kuriose šalyse padėtis pagerėjo, bet kitose suprastėjo, o kai kuriose netgi labai.

Tyrimo duomenimis, neteisėtų narkotikų rinkos nėra vertikaliai integruotos ir jose nedominuoja stambūs narkotikų prekeiviai ar karteliai. Neteisėtų narkotikų pardavimai, kaip apskaičiuota, sudaro daugiau nei 100 mlrd. EUR, tačiau absoliuti dalyvaujančiųjų prekyboje narkotikais dauguma gauna kuklias pajamas. Keletas asmenų gauna labai daug pinigų, tačiau jie sudaro tik mažą visų pajamų dalį.

Kaip parodė tyrimas, vyksta nacionalinių kovos su narkotikais politikos kryptį konvergencija, vis daugiau dėmesio skiriama paklausos mažinimui ir vis plačiau pripažįstama žalos mažinimo svarba. Sugriežtinta kovos su narkotikų pardavėjais ir kontrabandininkais politika.

Tyrime prieita prie išvados, kad narkotikų uždraudimo vykdymas sukėlė didelę netyčinę žalą, kurios didžiąją dalį buvo galima numatyti (pvz., geografinį narkotikų gamybos ir neteisėtos prekybos persikėlimą).

⁽¹⁾ Europos Komisija, Ataskaita apie neteisėtų narkotikų rinkas pasaulyje. 2009 m. (galima susipažinti interneto svetainėje http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

ES kovos su narkotikais veiksmų planai

2008 m. rugsėjo mėn. Europos Komisija paskelbė galutinį 2005–2008 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plano įvertinimą ⁽²⁾. Įvertinime aptariamas veiksmų ir plane nustatytų tikslų įgyvendinimas. Jame taip pat nagrinėjamas veiksmų plano poveikis ES valstybių narių nacionalinėms kovos su narkotikais politikos kryptims ir apžvelgiamos naujausios padėties Europos narkotikų srityje tendencijos.

Įvertinime nustatyta, kad, nors ne visi veiksmų buvo visiškai įgyvendinti ir ne visi tikslai pasiekti, pažanga padaryta beveik visose veiksmų plano srityse. Be to, nurodyta, kad daugumoje nacionalinių kovos su narkotikais politikos dokumentų nustatyti tikslai atkartoja nurodytuosius ES veiksmų plane, o tai įrodo, kad Europos šalių konvergencija kovos su narkotikais politikos srityje didėja. Taip pat pastebėta, kad padėtis Europos narkotikų srityje per pastaruosius keletą metų palyginti stabilizavosi, tačiau ES veiksmų plano indėlio į šią tendenciją nebuvo įmanoma nustatyti.

Apskritai nuspręsta, kad ES kovos su narkotikais veiksmų planas, nors ir turėjo trūkumų, buvo vertingas būtent trijose srityse: įpareigojant valstybes nares ir ES institucijas siekti bendrų tikslų, sudarant pagrindą koordinuoti ir plėtoti darnų požiūrį narkotikų srityje bei kaip politikos modelis tarptautinių lygmeniu.

Kovos su narkotikais veiksmų plano galutinis įvertinimas turėjo įtakos rengiant jį pakeitusį 2009–2012 m. ES kovos su narkotikais veiksmų planą, kurį Europos Sąjungos Taryba patvirtino 2008 m. gruodžio mėn. ⁽³⁾ Tai jau antrasis pagal dabartinę ES kovos su narkotikais strategiją (2005–2012 m.) parengtas kovos su narkotikais veiksmų planas – ir jau penktasis nuo 1990 m. Jo bendras tikslas – gerokai sumažinti narkotikų vartojimo paplitimą tarp gyventojų ir sumažinti socialinę žalą bei žalą sveikatai, kurią kelia neteisėtų narkotikų vartojimas ir prekyba jais.

Naujajame ES veiksmų plane nustatyti penki pagrindiniai prioritetai, pažymintys sritis, kuriose bus imtasi veiksmų; tai: geresnis koordinavimas, bendradarbiavimas ir visuomenės informuotumo didinimas, narkotikų paklausos mažinimas, narkotikų pasiūlos mažinimas, tarptautinio bendradarbiavimo stiprinimas ir problemos supratimo gerinimas. Naujasis planas kryptingesnis už jo pirmtaką – jame nustatyta maždaug perpus mažiau tikslų (24) ir mažiau veiksmų (72). Į jį taip pat įtraukta tikslų ir veiksmų, kurių ankstesniame veiksmų plane nebuvo ⁽⁴⁾. 2012 m. nepriklausomas išorės vertintojas atliks galutinį dabartinio kovos su narkotikais veiksmų plano ir strategijos vertinimą, po kurio vyks svarstymai dėl naujų ES kovos su narkotikais politikos dokumentų rengimo.

Pilietinė visuomenė ir kovos su narkotikais politikos kūrimas

Nevyriausybinių organizacijų (NVO) dalyvavimas parengiamosiose diskusijose dėl naujų ES ir JT kovos su narkotikais politikos dokumentų yra svarbus žingsnis įtraukiant pilietinę visuomenę į šią politikos sritį. 2008 m. gegužės mėn. Europos Komisijos Pilietinės visuomenės forumas narkotikų klausimais apsvarstė pirmuosius 2005–2008 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plano vertinimo rezultatus ir aptarė paskesnio veiksmų plano reikmes bei galimą turinį (Europos Komisija, 2008a). Dvidešimt šešios forumo NVO pareiškė, kad ES kovos su narkotikais politika turėtų būti pagrįsta visuomenės sveikatos ir žmogaus teisių principais ir kad reikėtų pabrėžti nestigmatizavimo ir nediskriminavimo svarbą. Jos taip pat paragino skirti daugiau dėmesio pažeidžiamoms grupėms, kelių narkotikų vartojimo ir psichikos sveikatos klausimams, padėčiai kalėjimuose ir su narkotikų vartojimu susijusių mirčių

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

⁽³⁾ OL C 326, 2008 12 20, p. 7.

⁽⁴⁾ Žr. skiltį „2009–2012 m. ES kovos su narkotikais veiksmų planas – nauji veiksmų“, p. 20.

2009–2012 m. ES kovos su narkotikais veiksmų planas – nauji veiksmai

Naujajame ES kovos su narkotikais veiksmų plane krepiama papildomo dėmesio į pilietinės visuomenės dalyvavimą kovos su narkotikais politikoje. Veiksmų plane numatyta parengti „Europos veiksmų narkotikų srityje iniciatyvą“, kurios tikslas – skatinti Europos pilietinę visuomenę prisiimti įsipareigojimus dėl kovos su problemomis dėl narkotikų ir imtis veiksmų šioje srityje. Be to, veiksmų plane valstybės narės raginamos įtraukti pilietinę visuomenę visais tinkamais kovos su narkotikais politikos lygiais.

Numačius veiksmus, pagal kuriuos numatoma parengti gaires, nustatyti gerąją patirtį ir kokybės standartus ir jais keistis bei parengti būtiniausius ES kokybės ar lyginamuosius standartus šiose srityse, sustiprintas dėmesys intervencinių priemonių prevencijos, gydymo, žalos mažinimo ir reabilitacijos srityse kokybei. Skiltyje „Paklausos mažinimas“ taip pat skiriama papildomo dėmesio padėčiai kalėjimuose ir numatyta veiksmų, pagal kuriuos valstybės narės raginamos teikti kalėjimuose esantiems narkomanams paslaugas, kurios prilygtų paslaugoms, teikiamoms už kalėjimų ribų, pasirūpinti tolesne jų sveikatos priežiūra išėjus iš kalėjimo ir apskritai gerinti su narkotikais susijusių problemų ir paslaugų teikimo stebėseną šioje aplinkoje.

Daugumos su pasiūlos mažinimu susijusių veiksmų tikslas – gerinti valstybių narių teisėsaugos ir teisminį bendradarbiavimą, dažnai aktyviau pasitelkiant ES įstaigas, projektus ir priemones. Septynių atskirų apskritai operatyvinio pobūdžio veiksmų dalykas – mažinti narkotikų prekursorių neteisėto naudojimo ir neteisėtos prekybos Europoje ar pasinaudojant jos teritorija mastą.

Tarptautinio bendradarbiavimo srityje daugiau dėmesio krepiama į alternatyvią plėtrą – numatyti trys veiksmai, kurių tikslas – stiprinti finansinę ir politinę paramą tokioms programoms. Be to, išoriniuose susitarimuose ir programose siekiama geriau atsižvelgti į paklausos ir pasiūlos mažinimo pusiausvyrą.

Skirsnyje „Informacija, moksliniai tyrimai ir vertinimas“ numatytas naujas veiksmas, kurio tikslas – sukurti pagrindinius rodiklius ir pagal juos rinkti duomenis apie su narkotikais susijusius nusikaltimus, neteisėtą auginimą, narkotikų rinkas ir intervencines priemones pasiūlai sumažinti bei parengti jų rinkimo strategijas. Be to, telkiama daugiau dėmesio į narkotikų srities mokslinių tyrimų gerinimą ir kovos su narkotikais politikos vertinimą tiek nacionaliniu, tiek ES lygmeniu.

prevencijai. Tarp forumo nurodytų veiksmų prioritetų yra ir geresnis koordinavimas tarp vyriausybių ir pilietinės visuomenės, ir su narkotikų paklausos mažinimu susijusių kokybės standartų rengimas, ir duomenų rinkimo

mechanizmų gerinimas, ir parama alternatyviajam vystymuisi trečiosiose šalyse.

NVO indėlį į pažangą, padarytą siekiant 1998 m. UNGASS užsibrėžtų tikslų, apžvelgė Vienos NVO narkotikų komitetas, pasitelkęs Europos Komisijos ir kelių ES valstybių narių finansinę paramą. Pagal programą „Po 2008-ųjų“ (angl. „Beyond 2008“) surengtos devynios regioninės konsultacijos, po kurių 2008 m. liepos mėn. Vienoje surengtas forumas. Forumo priimtoje baigiamojoje deklaracijoje ir trijose rezoliucijose pabrėžiamą įvairi NVO vykdoma veikla ir didėjantis jų vaidmuo kovos su narkotikais politikos srityje ⁽⁵⁾. NVO paragino vyriausybes ir tarptautines organizacijas reguliariai su jomis konsultuotis ir teikti joms didesnę paramą. Daugybėje įvairių raginimų valstybėms narėms ir tarptautinėms organizacijoms galima išskirti kelias temas, įskaitant išsamią ir subalansuotą žmogaus teisėmis, visuomenės sveikata ir moksliniais įrodymais pagrįstą kovos su narkotikais politiką, stebėsenos ir vertinimo pajėgumų stiprinimą, gerosios patirties ir visų pirma JT veiksmingo gydymo pagrindinių principų plėtojimą ir skleidimą, prieinamumą prie narkotikų, kaip skausmą malšinančių vaistų, ir tinkamą tokių medžiagų teikimą, alternatyvias sankcijas ir nuobaudas už su narkotikais susijusius nusikaltimus ir pagarbą kalinių, kurie priklausomi nuo narkotikų arba suimti dėl su narkotikais susijusių nusikaltimų, žmogaus teisėms.

Nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planai

Nauji pokyčiai

Kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planai – esminės Europos šalių kovos su narkotikais politikos priemonės. Tokius dokumentus priėmė ir periodiškai persvarsto visos, išskyrus vieną, iš trisdešimties EMCDDA stebimų šalių.

2008 m. naujų kovos su narkotikais politikos dokumentų ⁽⁶⁾ priėmė Graikija, Prancūzija ir Jungtinė Karalystė. Graikija priėmė 2008–2012 m. veiksmų planą, kuris papildė jau patvirtintą kovos su narkotikais strategiją. Naujojo plano tikslai, be kita ko, apima ir geresnį gydymo nuo narkomanijos teikimą. Naujasis Prancūzijos veiksmų planas (2008–2011 m.) apima neteisėtus narkotikus, alkoholį ir tabaką. Pagrindinis plano prioritetas – įtikinti jaunimą nepradėti vartoti narkotikų, vėl patvirtinant draudimą vartoti narkotikus ir informuojant jaunus žmones ir jų tėvus apie pavojus, susijusius su narkotikų vartojimu. Jungtinės

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56.

⁽⁶⁾ Terminas „Nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentas“ reiškia bet kokį oficialų vyriausybės patvirtintą dokumentą, kuriame apibrėžiami bendrieji principai ir konkretūs veiksmai arba tikslai narkotikų srityje ir kuris oficialiai pristatytas kaip kovos su narkotikais strategija, veiksmų planas, programa arba kitoks politinis dokumentas.

Karalystės priimtos naujos kovos su narkotikais strategijos (2008–2018 m.) ir jos veiksmų plano (2008–2011 m.) tikslas – apriboti neteisėtų narkotikų pasiūlą ir mažinti jų paklausą, kartu kreipiant ypatingą dėmesį į šeimų apsaugą ir bendruomenių stiprinimą.

Dešimtyje kitų ES valstybių narių 2008 m. baigėsi nacionalinių kovos su narkotikais politikos dokumentų galiojimo terminas. 2009 m. vasario mėn. Ispanija priėmė naują kovos su narkotikais strategiją, aštuoniose kitose šalyse (Bulgarijoje, Airijoje, Italijoje, Lietuvoje, Kipre, Portugalijoje, Rumunijoje, Slovakijoje) 2009 m. pirmąjį pusmetį buvo tęsiamos naujų kovos su narkotikais strategijų ir veiksmų planų galutinio rengimo ir priėmimo procedūros; Latvija pratęsė 2005–2008 m. programą ir priėmė vienerių metų veiksmų planą. Nyderlandai taip pat planuoja 2009 m. pakeisti savo 1995 m. baltąją knygą dėl kovos su narkotikais politikos; keliose šalyse (Čekijoje, Liuksemburge, Vengrijoje, Slovėnijoje, Kroatijoje, Turkijoje) per šiuos metus pasibaigs bent vieno jų politikos dokumento galiojimo terminas.

Vertinimas

Maždaug du trečdaliai Europos šalių nurodo nuolat arba kasmet tikrinančios, kaip įgyvendinami jų nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentuose nustatyti veiksmai. Daugeliu atvejų vyriausybei arba parlamentui teikiama pažangos ataskaita, pagrįsta iš paslaugų teikėjų ir ministerijų, dalyvaujančių įgyvendinant kovos su narkotikais politiką, surinktais duomenimis. Taigi daugelis šalių jau pradėjo įgyvendinti ES kovos su narkotikais veiksmų plano (2009–2012 m.) 70-ąjį veiksmą, pagal kurį ES valstybės narės raginamos reguliariai arba nuolat vertinti ir derinti nacionalinę kovos su narkotikais politiką.

Panašių išvadą galima padaryti ir dėl galutinio nacionalinių kovos su narkotikais strategijų ir veiksmų planų vertinimo – daugiau nei 20 šalių nurodo šiuo metu rengiančios arba neseniai atlikusios tokį vertinimą. Kartais galutinė ataskaita – tai metinių įgyvendinimo apžvalgų santrauka, kitais atvejais įgyvendinimo procesą, politikos veiksmingumą ar jos poveikį stengiamasi perprasti giliau. Dvi iš šalių, taikančių vertinimui nuodugnesnį požiūrį, nusprendė bendradarbiauti su išorės vertintojais iš užsienio šalies (Liuksemburgas, Kipras).

Vertinant kovos su narkotikais politiką, susiduriama su dideliais sunkumais, kai bandoma susieti kovos su narkotikais strategijų ar veiksmų planų rezultatus su padėties narkotikų srityje pokyčiais. Be kita ko, susiduriama su kliuviniais vertinant didelių veiksmų rinkinių poveikį, taip pat menkai suvokiama pagrindinių padėties elementų, kaip antai narkotikų rinkos, narkotikų vartojimo

tendencijos ir jaunimo gyvenimo ypatumai, įtaka. Vis dėlto keletas Europos šalių pabandė nustatyti ryšius tarp kovos su narkotikais strategijų ar veiksmų planų ir padėties narkotikų srityje rodiklių. Ir ateityje tai turėtų labiau paplisti, nes naujajame ES kovos su narkotikais veiksmų plane (2009–2012 m.) raginama parengti priemonių, kurios leistų įvertinti kovos su narkotikais politikos veiksmingumą ir poveikį. EMCDDA taip pat rengia gaires, kurios padėtų valstybėms narėms vertinti ir aiškinti savo kovos su narkotikais politikos priemonių įgyvendinimo rezultatus.

Viešosios išlaidos

Politikos kūrėjams reikia išsamios ir patikimos informacijos apie su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas, kad jie galėtų įvertinti faktinį išteklių paskirstymą šioje srityje ir galiausiai kovos su narkotikais politikos ekonominės naudos santykius. Taigi išteklių, kuriuos panaudoja valstybė, reaguodama į neteisėtų narkotikų vartojimą, ekonominis įvertinimas yra svarbus žingsnis siekiant perprasti platesnį narkotikų vartojimo poveikį.

Viešųjų išlaidų įverčiai pagrįsti vyriausybės biudžetais ir apskaitos dokumentais. Tačiau apskaičiuoti visas išlaidas, patiriamas įgyvendinant nacionalinę kovos su narkotikais politiką, yra sudėtinga, nes tam reikia susumuoti išlaidas veiklai, kuri atliekama įvairiais vyriausybės lygiais (pvz., vietos, regionų, nacionaliniu) ir kuri gali būti finansuojama iš įvairių biudžeto eilučių, be to, dažnai specialiai nenurodoma, kad tokia veikla susijusi su narkotikais.

Apskaičiuota, kad 2005 m. su narkotikais susijusios Europos šalių išlaidos iš viso sudarė 34 mlrd. EUR (EMCDDA, 2008a). Atnaujinti šį įvertį neįmanoma, nes pateikiama ypač mažai duomenų. Sunkumus, su kuriais susiduriama renkant šios srities informaciją, įrodo ir tai, kad iš 23 šalių, pateikusių 2007 m. duomenis, išskaidyti išlaidas pagal visus vyriausybės lygius pajėgė tik Čekija. Daugelis šalių galėjo pateikti duomenų apie centrinės vyriausybės išlaidas, o septynios taip pat nurodė regioninės ir vietos valdžios išlaidas (Belgija, Danija, Estija, Austrija, Suomija, Kroatija) arba išlaidas iš socialinės apsaugos fondų (Vokietija).

Nurodytosios ir nenurodytosios išlaidos

Nurodytosios išlaidos – tai suplanuotos su kova su narkotikais susijusios viešosios išlaidos, kurias skiria centrinė valstybės vyriausybė. Jos atspindi savanorišką valstybės įsipareigojimą kovos su narkotikais srityje ir jas galima atsekti išsamiai peržiūrint valstybės biudžetą. Iš dvidešimt trijų 2007 m. duomenis pateikusių šalių šešiolika

nurodė tik nurodytąsias išlaidas. Daugeliu atvejų (pvz., Estijoje, Prancūzijoje, Lenkijoje, Rumunijoje) didesnė nustatytų nurodytųjų išlaidų dalis patirta įgyvendinant nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentuose nustatytas priemones.

Nacionaliniuose biudžetuose nurodytos su narkotikais susijusios išlaidos apima ne visas šios srities išlaidas. Daugelyje šalių tam tikrai su narkotikais susijusiai veiklai išleista suma įtraukta į kitas programas ir intervencines priemones (pvz., į bendrą policijos operacijų biudžetą arba į intervencines priemones, skirtas ir teisėtoms, ir neteisėtoms medžiagoms). Tokiais atvejais tokias „nenurodytąsias išlaidas“ reikia apskaičiuoti taikant išlaidų modeliavimo metodą. Anksčiau atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad dažniausiai nenurodytosios išlaidos sudaro didesnę šalies išlaidų narkotikų problemoms spręsti dalį.

Su narkotikais susijusios viešosios išlaidos gali būti suskirstytos į kategorijas pagal Valstybės funkcijų sistemos klasifikatorių (COFOG) (EMCDDA, 2008e). Trys šalys nurodė pirmajam COFOG lygiui priskirtinas nurodytąsias išlaidas (Liuksemburgas, Suomija, Jungtinė Karalystė – tik Anglijos išlaidas), ir tik Jungtinė Karalystė pateikė skaičius apie bendras valstybės paslaugas, švietimą ir socialinę apsaugą ⁽⁷⁾. Šiose trijose šalyse didžiausia visų išlaidų dalis teko sveikatos kategorijai, antroje vietoje buvo viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos kategorija (1 lentelė). O šalyse, kurios pateikė COFOG pagrįstus duomenis apie nenurodytąsias išlaidas, didesnė dalis buvo skirta viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos kategorijai, o antroje vietoje buvo sveikatos kategorija. Tai atitinka ankstesnėse ataskaitose pateiktas išvadas (žr. EMCDDA, 2008e), kurios rodo, kad didesnė nurodytųjų išlaidų dalis gali būti skiriama intervencinėms priemonėms sveikatos srityje, tačiau didžioji

visų su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų dalis tenka veiklai viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos srityje.

Tendencijos

Nurodytosios išlaidos (pastoviosiomis kainomis) 2007 m., palyginti su 2005-aisiais, padidėjo daugumoje šalių, apie kurias turima nuoseklios informacijos. Padidėjimo rodikliai svyravo nuo 14–23 proc. (Čekijoje, Airijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Kroatijoje) iki 72 proc. (Kipre, Suomijoje). Jungtinėje Karalystėje nurodytosios išlaidos šiuo laikotarpiu nepakito.

Nacionalinė teisėkūra

Europos Sąjungai taikant subalansuotą požiūrį į kovos su narkotikais politiką, laikoma, jog vienodai svarbus yra ir narkotikų paklausos, ir pasiūlos mažinimas. Išnagrinėjus per paskutinį dešimtmetį priimtus nacionalinės teisės aktus matyti, kad ES valstybės narės aktyviai leido įstatymus laikydamosi šio politinio įsipareigojimo. Šalys kūrė tam tikros žalos mažinimo veiklos reguliavimo sistemas ir kartu griežtino bausmes už neteisėtą prekybą narkotikais. Šio laikotarpio viduryje dvi priemonės, kurių ėmėsi ES, suteikė šiems procesams papildomą akstiną. 2003 m. Europos Sąjungos Taryba paskelbė rekomendaciją dėl priklausomybės nuo narkotikų daromos žalos sveikatai prevencijos ir mažinimo, kurioje paragino imtis veiksmų, įskaitant tinkamo gydymo pakaitalais teikimą ir galimybes gauti dalijamų švirkštimosi priemonių ir jas pakeisti užtikrinimą ⁽⁸⁾. O 2004 m. spalio 25 d. priimtame Tarybos pagrindų sprendime 2004/757/TVR raginama skirti griežtesnes bausmes už neteisėtą prekybą neteisėtais narkotikais. Šiame skirsnyje apibūdinamos pastarųjų

1 lentelė. Pagal COFOG (Valstybės funkcijų klasifikatorių) duomenis teikiančių ES valstybių narių nurodytosios ir nenurodytosios su narkotikais susijusios viešosios išlaidos 2007 m.

COFOG kategorija	Liuksemburgas mln. EUR (%)		Suomija ⁽¹⁾ mln. EUR (%)		Jungtinė Karalystė mln. EUR (%)
	Nurodytosios	Nenurodytosios ⁽²⁾	Nurodytosios	Nenurodytosios	Nurodytosios
Bendros valstybės paslaugos	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Viešojoji tvarka ir visuomenės apsauga	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Sveikatos apsauga	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Švietimas	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Socialinė apsauga	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ 2006 m. duomenys.

⁽²⁾ Išsamių duomenų apie modeliavimo procedūras, kurios naudotos nenurodytosioms išlaidoms apskaičiuoti, pateikė Liuksemburgas.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2008 m.).

⁽⁷⁾ COFOG klasifikacijoje numatyti trys hierarchiniai lygiai. Pirmajame lygyje valdžios išlaidos suskirstomos pagal dešimt funkcijų.

⁽⁸⁾ 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacija (OL L 165, 2003 7 3, p. 31).

dešimties metų tendencijos žalos mažinimo veiklos ir bausmių narkotikų prekeiviams reguliavimo srityje. Matyti, kad nacionaliniu lygmeniu šiose srityse vykdoma veikla atitinka ES lygmeniu priimtus susitarimus, nors kai kurios šalys pasinaudojo savo teise neapsiriboti vien šiais susitarimais nustatytais būtiniausiais standartais.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais

Nuo 1998 m. aštuoniolika šalių nurodė priėmusios apie 45 teisės aktus, pagal kuriuos nustatoma arba keičiama gydymo pakaitalais programų teisinė sistema. Keletas iš šių teisės aktų – Airijos (1998 m.), Lenkijos (1999 m.), Vokietijos (2000 m.), Čekijos ir Portugalijos (2001 m.), Graikijos ir Liuksemburgo (2002 m.), Belgijos ir Prancūzijos (2004 m.), Latvijos (2005 m.), Austrijos ir Lietuvos (2007 m.) – konkrečiai skirti sukurti programas arba tam tikru mastu jas reglamentuoti.

Nors Europos šalys priimtuose įstatymuose ir kituose teisės aktuose aprėpė daug įvairių priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais aspektų, iki 2004 m. tarp jų vyravo pastebima tendencija apibrėžti leidžiamas medžiagas. Leistini medžiagų, tokių kaip metadonas ir buprenorfinas, vartojimo atvejai buvo nustatyti arba jų vartojimas buvo reguliuojamas maždaug ketvirtadalyje tuo laikotarpiu priimtų teisės aktų. O iš teisės aktų, apie kuriuos pranešta nuo 2002 m., trečdalyje buvo apibrėžtos arba palengvintos galimybės dalyvauti programose. Kartais išrašyti medžiagas opioidams pakeisti pagal teisės aktus gali tik gydymo centruose dirbantys gydytojai, nors skirti šiuos preparatus dažnai leidžiama ir kitiems gydytojams ⁽⁹⁾. Teisės aktuose taip pat paprastai nurodomos ir įgaliotosios vaistų išdavimo įstaigos, dažniausiai vaistinės arba gydymo centrai, nors kai kurios šalys taip pat leidžia išduoti preparatus ir gydytojams.

Adatų ir švirkštų keitimo programos

Adatų ir švirkštų keitimo programos gali būti įgyvendinamos vietos, regionų ar nacionaliniu lygmeniu, kartais jas reglamentuoja specialioji nacionalinė teisinė sistema, tačiau paprastai tokios nėra. Teisės aktais, apie kurių priėmimą Europoje pranešta pačioje praėjusio dešimtmečio pradžioje, daugiausia siekta sudaryti teisinį tokių intervencinių priemonių pagrindą (Slovėnijoje 1999 m., Lenkijoje 2001 m., Suomijoje 2003 m.) arba apibrėžti teises naudoti adatų ir švirkštų keitimo programomis ar sudaryti geresnes galimybes jose dalyvauti (Belgijoje ir Prancūzijoje 1998 m., Suomijoje 2003 m.). Teisėkūros dėmesys greitai nukrypo į šių programų reguliavimą – Belgija, Portugalija ir Liuksemburgas atitinkamai 2000, 2001 ir 2003 m. priėmė konkrečius išsamius teisės aktus ar potvarkius, kuriais nustatoma, kas gali vykdyti tokias programas ir ar leidžiama

naudoti išdavimo įtaisus, ar ne. Portugalija 2007 m. išplėtė reguliavimo sistemą ir įtraukė į ją kalėjimuose įgyvendinamas adatų ir švirkštų keitimo programas.

Tam tikros šalys priėmė teisės aktų, kuriuose atsižvelgė į susirūpinimą, kad adatų ir švirkštų keitimo programos galbūt gali prieštarauti teisės aktų nuostatoms, pagal kurias narkotikų vartojimo „lengvinimas“ ar „skatinimas“ laikomas nusikaltimu. Belgijoje ir Vokietijoje šiam klausimui išspręsti teisės akte numatyta išlyga, pagal kurią tam tikros programos konkrečiai atleidžiamos nuo bet kokio tokio kaltinimo, nors gali būti nustatytos ribos išduotinų švirkštų skaičiui. Keliose šalyse policijai teikiamos gairės dėl deramų teisėsaugos veiksmų šalia adatų ir švirkštų keitimo vietų. Apskritai atvejų, kai policija konfiskuoja sterilius švirkštus ar adatas, Europos Sąjungoje, kaip pranešama, pasitaiko retai.

Bausmės už neteisėtą prekybą narkotikais

Per pastaruosius dešimt metų ES valstybės narės ir atskirai, ir kartu nurodė, kad už nusikaltimus, susijusius su neteisėta prekyba narkotikais, turėtų būti baudžiama griežčiau, net jei patys nusikaltimai beveik trisdešimties šalių teisės aktuose apibrėžiami skirtingai. Nusikaltimai, susiję su neteisėta prekyba narkotikais, gali apimti gamybą ar auginimą, importavimą ir eksportavimą, gabenimą, siūlymą, pardavimą ir (arba) laikymą turint tikslą platinti ar tiekti arba veikiant „siekiant pelno“ arba „komerciniu pagrindu“.

1999–2004 m. šešios šalys priėmė teisės aktus, kuriais sugriežtintos bausmės už tam tikrus su neteisėta narkotikų prekyba susijusius nusikaltimus. 1999 m. Airija nustatė naują nusikaltimą – didelio narkotikų kiekio (kurio vertė didesnė nei 12 700 EUR) laikymas turint tikslą tiekti, – už kurį privalomai skiriama minimali dešimties metų laisvės atėmimo bausmė. 2000 m. Jungtinė Karalystė nustatė minimalią septynerių metų laisvės atėmimo bausmę, kuri taikoma trečių kartą nuteistiesiems dėl neteisėtos prekybos A klasės narkotikais, o 2001 m. Graikija sugriežtino nuosprendžius narkotikų prekeiviams reglamentuojančius teisės aktus ir apribojo jų teises į lygtinį paleidimą. 2002 ir 2004 m. priėmus Estijos baudžiamojo kodekso pakeitimus, didžiausios bausmės neteisėtai prekiaujantiems nedideliais narkotikų kiekiais padidintos nuo trejų iki penkerių metų, o dideliais kiekiais – nuo penkerių iki dešimties metų. Danijoje bausmės už neteisėtą narkotikų prekybą padidintos nuo šešerių iki dešimties metų, o už neteisėtą prekybą dideliais kiekiais ar ypač pavojingomis medžiagomis – nuo dešimties iki šešiolikos metų. Taip pat 2004 m. Lietuva padidino bausmes už nusikaltimus, susijusius su neteisėta prekyba nedideliais narkotikų kiekiais, nuo ne daugiau kaip dvejų metų iki dvejų–aštuonerių metų, o dideliais kiekiais – nuo dvejų–aštuonerių iki aštuonerių–dešimties metų.

⁽⁹⁾ Žr. 11 pav, p. 79.

2004 m. spalio mėn. priimame Tarybos pagrindų sprendime 2004/757/TVR nustatytos būtiniausios nuostatos dėl nusikalstamų veikų ir bausmių neteisėtos prekybos narkotikais srityje. Nuo to laiko dar keturios šalys priėmė teisės aktus, kad suvienodintų savo pagrindines bausmes už neteisėtą narkotikų prekybą su nustatytaisiais sprendimu. 2006 m. Nyderlandai padidino didžiausią bausmę už neteisėtą prekybą dideliais narkotikų kiekiais nuo ketverių iki šešerių metų, o Lenkija padidino bausmes už didelių kiekių laikymą ir tiekimą nepilnamečiams nuo ne daugiau kaip penkerių metų iki ne daugiau kaip aštuonerių metų, taip pat nustatė minimalų šešių mėnesių bausmės laikotarpį. Slovakijoje pagrindinė bausmė už neteisėtą narkotikų prekybą padidinta nuo dvejų–aštuonerių metų iki ketverių–dešimties metų, o didžiausia bausmė už prekybą dideliais kiekiais padidinta nuo dešimties iki penkiolikos arba net dvidešimt metų. Galiausiai 2007 m. Austrijoje didžiausia bausmė už narkotinių medžiagų davimą kitiems arba tam tikrų narkotinių augalų auginimą padidinta nuo šešių iki dvylikos mėnesių laisvės atėmimo. Bausmės už sunkesnius nusikaltimus nepakeistos, nors patikslinta didelio kiekio apibrėžtis – tokiu laikomas kiekis, 15 kartų (anksčiau – 25 kartus) didesnis už ribinį kiekį.

Moksliniai tyrimai narkotikų srityje

Apie kiekvienoje Europos šalyje atliekamus mokslinius tyrimus narkotikų srityje pranešta 2008 m. EMCDDA paskelbtoje pasirinktoje temoje ⁽¹⁰⁾. Šių metų ataskaitoje nagrinėjamos naujausios „Reitox“ ataskaitose pateiktos nuorodos į nacionalinius mokslinius tyrimus, siekiant apžvelgti, kokie moksliniai tyrimai pastaruoju metu buvo atliekami Europos šalyse. Be to, šiame skirsnyje aptariamas ES atliekamų mokslinių tyrimų narkotikų srityje tyrimas, kurio ataskaitą šiemet paskelbė Europos Komisija.

Mokslinių tyrimų projektai valstybėse narėse

Naujausiose „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose Europos šalys paminėjo per 350 mokslinių tyrimų projektų, kurie buvo vykdomi arba kurių rezultatai paskelbti 2007 ir 2008 m. Daugiausia mokslinių tyrimų projektų – per 80 – paminėjo Jungtinė Karalystė, po kurios eina Vokietija ir Nyderlandai (po daugiau nei 30), taip pat Čekija, Airija ir Suomija (po daugiau nei 20).

Per daugiau nei trečdalį pastaruoju metu atliktų tyrimų nagrinėtos atsakomosios priemonės, kurių būtų galima imtis padėties narkotikų srityje atžvilgiu, dar trečdalyje tyrimų dėmesys sutelktas į narkotikų vartojimo paplitimą, tikimybę ir būdus, o penktadalyje – į narkotikų vartojimo

Europos teisinė narkotikų duomenų bazė

Europos teisinė narkotikų duomenų bazė (angl. ELDD) – tai elektroninė EMCDDA informacijos apie valstybėms narėms ir Norvegijai skirtus Europos teisės aktus kovai su narkotikais duomenų bazė. ELDD originaliu formatu pateikiami teisės aktų tekstai, trumpos kovą su narkotikais reglamentuojančių įstatymų kiekvienoje šalyje apybraižos ir išsamios ataskaitos specialiais klausimais. Klausimų apžvalgose taip pat pateikiamos teisinės pozicijos pasirinktomis temomis, įskaitant neteisėtą prekybą narkotikais, pakaitinį gydymą bei adatų ir švirkštų keitimo programas, santraukos ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ ELDD klausimų apžvalgos: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

padarinius. Kur kas mažesnio mokslo tyrėjų dėmesio sulaukė tokios sritys kaip lemiami veiksniai ir rizika, apsauginiai veiksniai, mechanizmai ir narkotikų poveikis, pasiūla ir rinkos bei metodiniai klausimai.

Šios analizės rezultatai, nors ir riboto masto, paremia naujajame ES veiksmų plane numatytus raginimus plėsti mokslinius tyrimus nepakankamai ištirtose prioritetinėse srityse, visų pirma narkotikų pasiūlos.

Mokslinių tyrimų narkotikų srityje Europos Sąjungoje analizė

Per Europos Komisijos užsakymu atliktą tyrimą „Mokslinių tyrimų neteisėtų narkotikų srityje Europos Sąjungoje lyginamoji analizė“ taip pat nustatyta, kad tarp sričių, kurioms dabartiniuose moksliniuose tyrimuose skiriama nepakankamai dėmesio, yra ir narkotikų pasiūla. Tyrimo ataskaitoje nurodyta, kad neproporcingai mažai ištirtos taip pat ir tokios sritys kaip prevencija, teisinės sistemos ir uždraudimas, ir nustatyta, kad epidemiologinių klausimų moksliniai tyrimai labiau paplitę ⁽¹¹⁾. Per tyrimą nustatyta, kad valstybės narės turi išsamios mokslinių tyrimų šioje srityje patirties, tačiau reikėtų gerinti įvairių šalių duomenų palyginamumą ir didinti mokslinių tyrimų sklaidą.

Dalyvavimas Europos mokslinių tyrimų veikloje, kaip nustatyta, įvairiose šalyse labai skiriasi, o didelė dalis tarptautinio bendradarbiavimo vyksta neoficialiai. Tačiau tyrime pabrėžta, kad Europos ir tarptautiniai mokslininkų tinklai gali palengvinti narkotikų srities mokslinius tyrimus. Mokslinių tyrimų pajėgumai, bendra kokybė ir finansavimo prieinamumas ES gerokai skiriasi, todėl būtina stiprinti gebėjimus bei parūpinti finansavimą, kad būtų įmanoma aprėpti daugiau su ES kovos su narkotikais veiksmų planu susijusių politikos sričių.

⁽¹⁰⁾ Daugiau informacijos apie ES ir nacionalinius narkotikų srities mokslinius tyrimus galima rasti interneto svetainėje <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

⁽¹¹⁾ Žr. http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



2 skyrius

Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga

Ižanga

Šiame skyriuje apžvelgiama, kaip Europoje kovojama su narkotikų problema, kai įmanoma, pabrėžiamos tendencijos, pokyčiai ir su kokybe susiję klausimai. Pirmiausia apžvelgiamos prevencinės priemonės, po jų – intervencinės priemonės gydymo, žalos mažinimo ir socialinės reintegracijos srityse. Kartu visos šios priemonės sudaro visa apimančių narkotikų paklausos mažinimo sistemą. Jos gali būti laikomos kaip papildančios viena kitą; kartais jos įvairiai derinamos ir jas teikia tie patys centrai. Pavyzdžiui, vis dažniau kartu imamas gydymo ir žalos mažinimo priemonių.

Be to, naujame skirsnyje apibūdinamos atsakomosios priemonės, parengtos teisėsaugos kovos su narkotikais srityje sistemoje, ir pateikiami naujausi duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus. Skyriaus pabaigoje apžvelgiami turimi duomenys apie kalėjimuose esančių narkotikų vartotojų poreikius ir priemonės, kurių imamas šioje konkrečioje aplinkoje.

Prevenција

Narkotikų vartojimo prevenciją galima suskirstyti į skirtingus lygmenis arba strategijas – nuo orientuotosios į visą visuomenę (aplinkos prevencija) iki sutelktosios į rizikos asmenis (tikslinė prevencija). Geriausia, kai skirtingos strategijos nekonkuruoja, o viena kitą papildo. Toliau pateikiamoje apžvalgoje dėmesys sutelkiamas į naujausius pokyčius ir naujus kontroliuojamųjų tyrimų rezultatus prevencijos srityje.

Visuotinė prevencija

Universalioji prevencija apima visas gyventojų grupes. Jos tikslas – atgrasyti nuo narkotikų vartojimo arba atitolinti jų vartojimo pradžią ir su narkotikais susijusių problemų atsiradimą, teikiant jaunimui informaciją ir suteikiant įgūdžių, kurie reikalingi norint sutrukdyti jiems norą pradėti vartoti narkotikus. Europoje įgyvendinamas prevencines priemones dabar pirmą kartą sistemingai stebi dauguma valstybių narių. Naujausios ataskaitos patvirtina, kad visose šiose šalyse intervencinės priemonės, kurių tikslas –

teikti informaciją apie narkotikus, pvz., per vienkartinės paskaitas, yra pagrindinis universaliosios prevencijos mokyklose ir bendruomenėse metodas. Tačiau turimi įrodymai nepatvirtina, ar šios rūšies intervencija yra veiksminga. Vis dėlto kai kurios šalys (Čekija, Kipras, Austrija, Lenkija, Slovėnija, Slovakija) jau praneša įgyvendinančios geriau mokslškai pagrįstas intervencines priemones, pvz., prevencines programas, kurios vykdomos laikantis standartizuotų protokolų.

Įrodyto veiksmingumo prevencinių programų stokos klausimą Europoje bandyta išspręsti atliekant ES piktnaudžiavimo narkotikais prevencijos (*EU-Dap*) tyrimą (www.eudap.net). Per šį tyrimą, kuriame septyniose Europos šalyse dalyvavo 7 000 moksleivių nuo 12 iki 14 metų amžiaus, remiantis išsamiau socialinės įtakos metodu, pagal kurį gyvenimo įgūdžių ugdymas sujungtas su standartiniu švietimu ir žinių apie medžiagas įgijimu, buvo vertinta prevencijos programa. Po dvejų metų nustatyta, kad ši programa yra veiksminga mažinant dažną girtuokliavimą ir dažną kanapių vartojimą.

EU-Dap tyrimo rezultatams daro įtaką lytis – bendrą programos veiksmingumą parodo tik jos poveikis berniukams. Neaišku, ar taip yra dėl to, kad mergaitėms gresia mažesnė rizika, ar programa nepadarė joms poveikio. Poveikio priklausomybė nuo lyties taip pat pasireiškė ir per vieną Danijoje atliktą kontroliuojamąjį gyvenimo įgūdžių programos tyrimą. Tarp mergaičių pasireiškė didžiausias poveikis patyčių, alkoholio vartojimo per praeitą savaitę ir praeitą mėnesį kategorijose, o tarp berniukų – daugiau nei penkių porcijų alkoholio suvartojimo per vieną progą ir kanapių bandymo kategorijose.

Per Prahoje atliktą kontroliuojamąjį tyrimą bendruomeninė programa, kuri apėmė švietimo komponentą, mokymą pasitelkiant tos pačios amžiaus grupės ar socialinės padėties asmenis, gyvenimo įgūdžių ugdymą ir programas tėvams, palyginta su standartinė mokyklose įgyvendinama „būtiniausios prevencijos programa“ (Miovský *et al.*, 2007). Bendruomeninė programa buvo veiksmingesnė mažinant alkoholio vartojimą ir paveikiant požiūrį į narkotikų vartojimą 13–15 metų amžiaus moksleivių

grupėje, ypač tam tikrose pažeidžiamose vaikų grupėse, įskaitant vaikus, augančius nepilnoje šeimoje. Tad manoma, kad programa gali būti taikoma ir atrankinei prevencijai.

Atrankinė ir tikslinė prevencija

Ir atrankinės, ir tikslinės prevencijos srityse pripažįstama, kad probleminis narkotikų vartojimas sutelktas pažeidžiamose grupėse arba tarp ribotos socialines ir asmenines galimybes turinčių asmenų (EMCDDA, 2008c). Atrankinė prevencija taikoma savitoms grupėms, šeimoms arba visoms bendruomenėms, kurioms priklausantys žmonės dėl skurdžių socialinių ryšių ir išteklių yra labiau linkę pradėti vartoti narkotikus arba išsiugdyti priklausomybę jiems. Šio metodo įrodymų pagrindas pristatomas naujoje EMCDDA Gerosios patirties portalo skiltyje ⁽¹²⁾. Tikslinės prevencijos tikslas – nustatyti asmenis, turinčius elgesio ar psichologinių problemų, pagal kurias galima numatyti besivystančią problemą dėl medžiagų vartojimo vėlesniu gyvenimo etapu, ir dėl jų atskirai imtis konkrečių priemonių.

Naujos informacijos apie etninėms grupėms numatytą atrankinę prevenciją pateikė Belgija ir Liuksemburgas. Apie galiojančius sistemingos intervencijos protokolus, kurie taikomi jauniems pažeidėjams, kai jie patenka į baudžiamojo teisingumo institucijų akiratį, pranešama tik Austrijoje, Vokietijoje, Katalonijoje (Ispanija) ir Liuksemburge, o kitos šalys nurodė taikančios bendro pobūdžio arba tiksliai intervencines priemones. Nuo 2008 m. dešimtyje valstybių narių įgyvendinamas ES remiamas projektas FRED ⁽¹³⁾ – jauniems pažeidėjams skirtas sistemingos intervencijos protokolas. Atlikus naują FRED įvertinimą 140 Vokietijos centrų, nustatyta, kad pakartotinio nusižengimo ir narkotikų vartojimo lygis tarp dalyvių buvo ribotas.

Apie naujus tikslinės prevencijos projektus pranešama tik Vokietijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Švedijoje, ir jie Europoje vis dar įgyvendinami itin retai, nors ir yra duomenų apie jų veiksmingumą (EMCDDA, 2009b). Šiuo metu iš tikslinės prevencijos projektų Europoje įgyvendinamas, pvz., projektas dėl tėvų mokymo pagal Oregono modelį, kuris įgyvendinamas Nyderlanduose ir Norvegijoje ir skirtas 4–12 metų amžiaus vaikų su rimtais elgesio sutrikimais tėvams. Panašiai „Komet för föräldrar“ metodas, kuris taikomas beveik 30 proc. Švedijos savivaldybių, numatytas vaikų, turinčių eksternalių elgesio problemų, o kartu ir sunkumų užmezgant teigiamus ryšius su bendraamžiais, tėvams. Atsitiktine atranka pagrįstas kontroliuojamasis tyrimas, kuriame dalyvavo 159 šeimos, parodė, kad dalyvaujančių tėvų vaikų auklėjimo šeimoje sugebėjimai gerokai pagerėjo, o elgesio problemų tarp jų vaikų sumažėjo.

Gydymas

2007 m., kaip pranešama, gydytis nuo narkomanijos pradėjo apie 400 000 narkotikų vartotojų ⁽¹⁴⁾. Gydytis pirmą kartą pradėjo mažiau nei pusė iš jų. Iš viso didžioji dauguma gydymo prašymų (86 proc.) pateikta ambulatorinio gydymo centruose. Ši dalis dėl įvairių priežasčių, įskaitant didesnę specializuoto ambulatorinio gydymo prieinamumą ir įvairumą, pastaraisiais metais didėjo.

Konkrečioms narkotinėms medžiagoms skirtos kampanijos žiniasklaidoje

Europoje parengta konkrečioms narkotinėms medžiagoms skirtų kampanijų žiniasklaidoje, kurios nukreiptos į kanapių vartojimo problemas (Danijoje, Airijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje), o neseniai atsirado ir skirtųjų kokainui (Airijoje, Ispanijoje, Jungtinėje Karalystėje).

Per beveik visas kampanijas įspėjama apie narkotiko vartojimo keliamą pavojų, per kai kurias iš jų pasinaudojama šoko taktika. Kitoks požiūris taikomas tik dviejose kampanijose. Per Jungtinės Karalystės ir Kolumbijos kampaniją „Bendra atsakomybė“ (angl. „Shared responsibility“) atkreipiamas dėmesys į vartotojų atsakomybę už žalą aplinkai ir visuomenei, kuri siejama su kokaino gamyba. Per 2006 m. Nyderlandų kampaniją prieš kanapes dėmesys buvo sutelktas į paplitusias nuomones ir naudotas tikros jaunųjų, kurie vaizduoti kaip sektini pavyzdžiai, istorijos, o ne įspėjimai ir vartojimo pavaizdavimai. Per kampanijos įvertinimą nustatyta, kad ji sustiprino neigiamas visuomenės normas dėl kanapių rūkymo ir kad nebuvo padaryta neigiamos įtakos ketinimams vartoti narkotiką ar paplitusioms nuomonėms (Wammes et al., 2007).

Retai kada vertinama, ar žiniasklaidos kampanijos, per kurias pabrėžiami narkotikų vartojimo pavojai, skatina elgesio, požiūrių ar ketinimų vartoti narkotikus pokyčius. Be to, išreikštas susirūpinimas dėl prasto jų veiksmingumo ir galimos žalos. Pavyzdžiui, išsamiai įvertinus JAV nacionalinės kampanijos prieš kanapes rezultatus nenustatyta jokio bendro poveikio. Tačiau būta įrodymų, kad kampanija padarė nenumatytą kanapėms naudingą poveikį, ir šiuo narkotiku anksčiau nesisidomėję asmenys nurodė ketinantys jį išbandyti (Hornik et al., 2008). Apie panašias problemas pranešta ir vertinant Škotijos kampaniją prieš kokainą „Žinok rezultatą“ (angl. „Know the score“) (EMCDDA, 2007a).

Tai, kaip jauni žmonės priima sprendimus, yra sudėtingas procesas, kuriam didelį poveikį daro sąveika su bendraamžiais ir socialinių normų suvokimas. Atrodo, kad žiniasklaidos priemonės kol kas nepajėgė veiksmingai atsižvelgti į šį sudėtingumą.

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

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ Gydymo paklausos rodikliui apskaičiuoti gauta 23 šalių duomenų apie ambulatorinius centrus, kurie daugumoje šalių apima daugiau kaip 70 proc. vietų, ir 20 šalių duomenų apie stacionarus, kurie daugumoje šalių apima daugiau kaip 50 proc. vietų.

Europoje narkomanijai gydyti taikomi šie pagrindiniai metodai: psichosocialinės intervencijos, priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais ir detoksikacija. Taikant psichosocialines intervencijas, teikiama parama savo problemas dėl narkotikų suvaldyti ir jas įveikti mėginantiems narkotikų vartotojams. Šios intervencinės priemonės apima konsultavimą, motyvacijos didinimą, pažintinę elgesio terapiją, dėmesį visam paciento priežiūros procesui, grupinę ir šeimos terapiją bei narkotikų vartojimo atnaujinimo prevenciją. Psichosocialinės intervencinės priemonės sudaro bendruomeninio ambulatorinio gydymo ir gydymo stacionare pagrindą, ir jos taip pat paprastai papildo priklausomybės nuo opioidų gydymą pakaitalais. Detoksikacija nuo narkotikų – tai trumpalaikė, gydytojų prižiūrima intervencinė priemonė, kuria siekiama pašalinti atsakymo nuo narkotikų metu atsirandančius simptomus, susijusius su chroniniu narkotikų vartojimu. Ši procedūra paprastai atliekama stacionare. Santykinį įvairių gydymo metodų taikymo mastą kiekvienoje šalyje veikia keli veiksniai, įskaitant nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos struktūrą.

Ambulatorinis gydymas

Praeityje gydymas nuo narkomanijos daugiausia buvo teikiamas gyvenamuosiuose gydymo centruose, ir dauguma pacientų buvo heroino vartotojai. Ši padėtis pakito 9-ąjį ir 10-ąjį dešimtmečiais sparčiai paplitus ambulatoriniam gydymui, o ne taip seniai – padaugėjus dėl gydymo besikreipiančių kanapių ir kokaino vartotojų. Be to, padažnėjo problemų, susijusių su teisėtais ar receptiniais narkotikais.

2007 m. opioidai, daugiausia heroinas, ir vėl buvo pagrindinis ambulatoriškai gydytis pradėjusių vartotojų nurodytas narkotikas – juos kaip pagrindinį vartojamą narkotiką paminėjo 54 proc. pacientų, antroje vietoje buvo kanapės (21 proc.), o trečioje – kokainas (18 proc.). Keletas šalių praneša apie didėjančių pacientų, pradedančių gydytis dėl problemų su kitokiais nei opioidai narkotikais, dalį, ypač tarp naujų pacientų (žr. 3 ir 5 skyrius).

Ambulatoriškai gydytis pradedantys narkotikų vartotojai daugiausia yra jauni, vidutiniškai 31 metų amžiaus vyrai, ir vyrų yra beveik keturis kartus daugiau negu moterų (3,7:1). Gydomų pacientų amžiaus ir lyties rodikliai skiriasi, tai priklauso nuo pagrindinio vartojamo narkotiko. Kanapes vartojantys pacientai vidutiniškai yra gerokai jaunesni (25 metai) negu pacientai, vartojantys opioidus (32 metai) ir kokainą (33 metai). Neatsižvelgiant į

pagrindinį vartojamą narkotiką, pirmą kartą gydytis pradedančių pacientų amžiaus vidurkis yra maždaug dviem metais mažesnis, palyginti su visų pacientų amžiaus vidurkiu. Didesnis už vidurkį vyrų ir moterų santykis, kaip pranešama, yra tarp pacientų, vartojančių kokainą (5,1:1) ir kanapes (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

Ambulatoriškai gydytis pradedantys pacientai dažniausiai kreipiasi dėl gydymo patys – tokių yra maždaug trečdalis visų pacientų; maždaug ketvirtadalį siunčia gydytis baudžiamojo teisingumo institucijos, o kiti siunčiami gydytis per socialines ir sveikatos apsaugos tarnybas arba neformalius tinklus, įskaitant šeimą ir draugus. Iš ligoninių ir kitų medicinos įstaigų gydytis siunčiama retai, išskyrus Suomiją, kurioje taip gydytis siunčiama 25 proc. pacientų. Kita išimtis – Vengrija, kurioje daugiau kaip 70 proc. pacientų siunčia gydytis baudžiamojo teisingumo institucijos ⁽¹⁶⁾. Verta paminėti, kad pagal Vengrijos baudžiamąjį kodeksą „už nedidelio kiekio laikymą netaikoma jokios bausmės, jeigu narkomanas įrodo buvęs gydytas nuo narkomanijos“.

Ambulatorinį psichosocialinį gydymą daugiausia teikia viešosios įstaigos (16 šalių) arba nevyriausybinės organizacijos (dešimtyje šalių). Nacionalinių ekspertų teigimu, dešimtyje šalių šios rūšies gydymas prieinamas daugumai dėl jo besikreipiančiųjų, o dar trylikoje šalių – beveik jiems visiems. Tačiau keturiose šalyse (Bulgarijoje, Estijoje, Rumunijoje, Turkijoje) ambulatorinis psichosocialinis gydymas, kaip įvertinta, prieinamas mažiau nei pusei aktyviai siekiančiųjų juo pasinaudoti (žr. 1A pav.). Šie rodikliai gali nulemti didelius skirtumus pačiose šalyse ir specializuotų gydymo programų prieinamumo kanapių ar kokaino vartotojams skirtumus.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais

Labiausiai paplitęs Europoje opioidų vartotojų gydymo būdas – gydymas pakaitalais, teikiamas kartu su psichosocialine priežiūra. Gydymas paprastai teikiamas ambulatoriškai, nors kai kuriose šalyse toks gydymas taip pat teikiamas stacionare. Pavyzdžiui, Austrijoje 65 proc. pacientų, pradėjusių nuosekliai gydytis stacionare, skirtas ilgesnio veikimo morfinas. Gydymas pakaitalais taip pat vis dažniau teikiamas kalėjimuose ⁽¹⁷⁾.

2007 m. įvedus gydymą didelėmis buprenorfino dozėmis Kipre, dabar priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais jau prieinamas visose ES valstybėse narėse, taip pat Kroatijoje ir Norvegijoje ⁽¹⁸⁾. Turkijoje gydymas pakaitalais dar neįvestas, nors pagal 2004 m. reglamentą dėl gydymo centrų jis yra leidžiamas. Šešiolikoje šalių

⁽¹⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10 ir TDI-21.

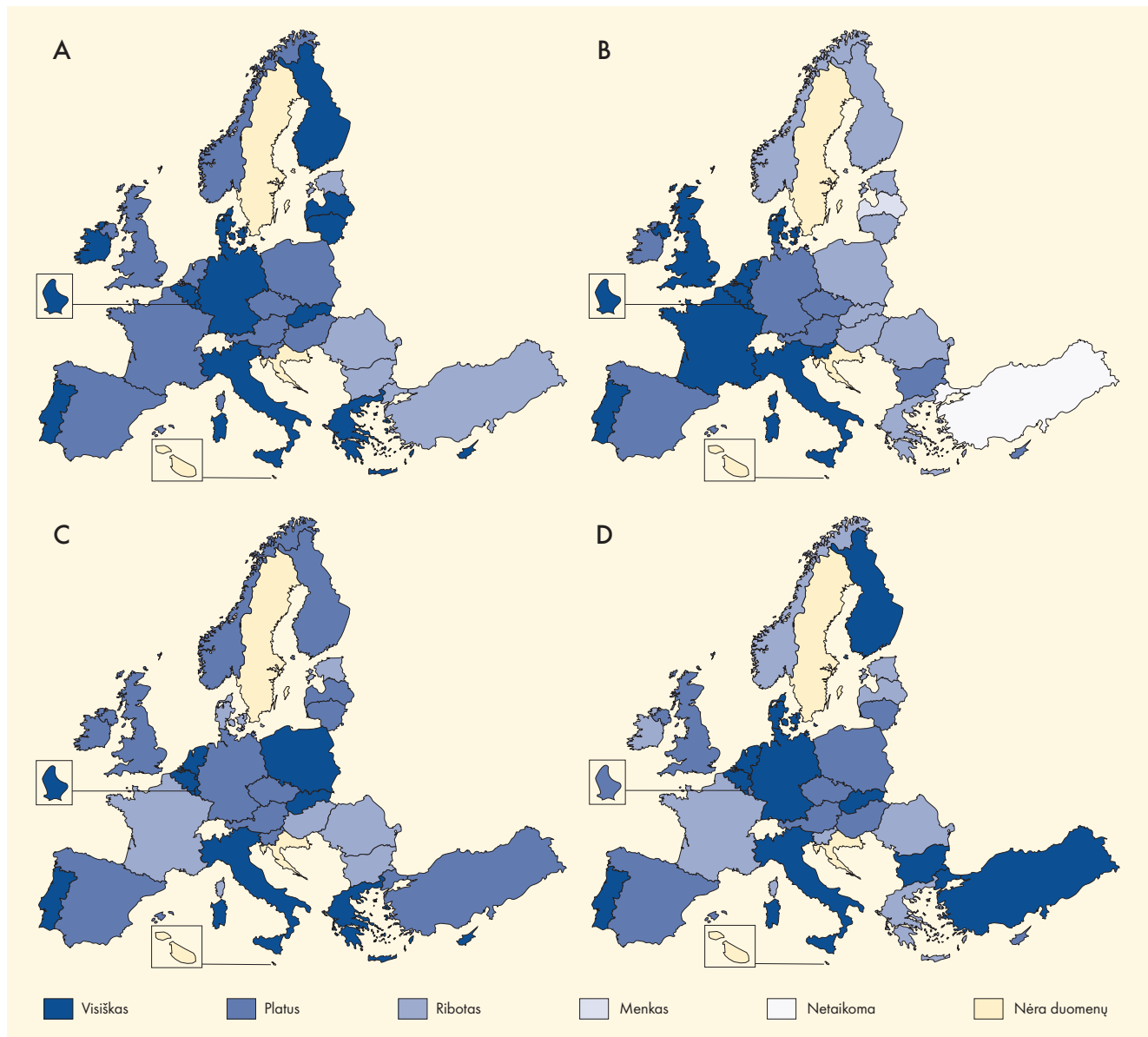
⁽¹⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-16 lentelę (ii dalį).

⁽¹⁷⁾ Žr. skirsnį „Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime“, p. 36.

⁽¹⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles HSR-1 ir HSR-2.

1 pav. Gydomo metodų prieinamumas atsižvelgiant į poreikį (nacionalinių ekspertų vertinimas):

A) psichosocialinis ambulatorinis gydymas, B) gydymas pakaitalais, C) psichosocialinis gydymas stacionare, D) detoksikacija



Pastaba. Prieinamumą rodo nustatyta dalis narkotikų vartotojų, kuriems reikia gydymo ir kurie gali jį gauti: beveik visi (visiškas prieinamumas), dauguma, bet ne beveik visi (platus), daugiau nei keletas, bet ne dauguma (ribotas), vos keletas (menkas), gydymas neprieinamas. Duomenys surinkti pasitelkus struktūrizuotą klausimyną.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

pagrindiniai gydymo pakaitalais teikėjai yra specializuotos viešosios ambulatorinio gydymo tarnybos. Tačiau vis svarbesnį vaidmenį teikiant šios rūšies gydymą atlieka kabinetuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai, tam dažnai dalyvaujantys bendros su specializuotais centrais priežiūros schemose, o kai kuriose šalyse jie yra pagrindiniai tokio gydymo teikėjai (Belgijos Valonijos regione, Čekijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge, Austrijoje, Norvegijoje) (žr. 6 skyrių).

2007 m., kaip apskaičiuota, Europoje pakaitalais gydyta daugiau kaip 650 000 opioidų vartotojų ⁽¹⁹⁾.

Nacionalinių ekspertų teigimu, devyniose šalyse šios rūšies gydymas prieinamas beveik visiems opioidų vartotojams, o dar septyniose – daugumai vartotojų. Dešimtyje šalių (Estijoje, Graikijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Suomijoje, Norvegijoje) gydymas pakaitalais, kaip įvertinta, prieinamas mažai opioidų vartotojų daliai. Duomenys apie gydymo pakaitalais prieinamumą rodo esant regioninę takoskyrą – apie žemesnius prieinamumo lygius pranešama šalyse Europos rytuose arba šiaurėje (1B pav.).

⁽¹⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę.

Gydymas stacionare

Pacientai, kuriems skirtas gydymas stacionare arba gyvenamajame gydymo centre, privalo jame nakvoti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių. Pagal šias programas paprastai taikomas gydymas be narkotikų (be gydymo pakaitalais), siekiant sudaryti pacientui sąlygas susilaikyti nuo narkotikų vartojimo. Pacientams užtikrinamas apgyvendinimas, teikiamas individualiai pritaikytas psichosocialinis gydymas, pacientai dalyvauja veikloje, kuria siekiama padėti jiems sugrįžti į visuomenę. Tokiais atvejais dažnai taikomas terapinės bendruomenės metodas. Gydymą nuo narkomanijos stacionare taip pat teikia psichiatrijos ligoninės, ypač pacientams, turintiems gretutinių psichikos sutrikimų.

Kaip pranešta, 2007 m. gydytis stacionare pradėjo apie 40 000 žmonių, t. y. vienas iš dešimties visų gydytis pradėjusių narkotikų vartotojų. Daugiau nei pusė iš jų kaip savo pagrindinį vartojamą narkotiką nurodė opioidus (56 proc.), dauguma kitų pacientų kaip savo pagrindinį vartojamą narkotiką įvardijo kanapes (14 proc.), kitokių nei kokainas stimuliantus (14 proc.) ir kokainą (7 proc.).

Gydytis stacionare pradedančių narkotikų vartotojų amžiaus vidurkis yra 30 metų, tačiau opioidus ir kokainą vartojantys pacientai vidutiniškai vyresni (31 metai) nei pacientai, gydomi nuo priklausomybės kitokiems nei kokainas stimuliantams (28 metai) ir kanapėms (26 metai). Dauguma stacionare gydomų pacientų yra vyrai, o bendras vyrų ir moterų santykis yra 3,6:1. Tarp pacientų, kuriems pagrindinis vartojamas narkotikas yra kitokie nei kokainas stimuliantai, šis santykis mažesnis (2,2:1), bet didesnis tarp kokaino (5,1:1) ir kanapių vartotojų (8:1). Daugumoje šalių, kuriose buvo įmanoma palyginti duomenis, darbo ir nuolatinės gyvenamosios vietos neturinčių nuo narkomanijos gydomų pacientų dalis tarp pradedančiųjų gydytis stacionare yra didesnė nei tarp ambulatoriškai gydomų pacientų ⁽²⁰⁾.

Pagrindiniai gydymo stacionare teikėjai yra nevyriausybinių organizacijų (12 šalių) ir viešosios įstaigos (11 šalių). Danijoje ir Liuksemburge šį vaidmenį atlieka privačios įstaigos, kurios dar dešimtyje šalyse yra antri pagal svarbą tokio gydymo teikėjai. Nacionalinių ekspertų vertinimu, dvylikoje šalių psichosocialinis gydymas stacionare prieinamas daugumai dėl jo besikreipiančiųjų, o dar devyniose šalyse – beveik jiems visiems. Tačiau šešiose šalyse (Bulgarijoje, Danijoje, Estijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Rumunijoje) šis gydymo metodas, kaip manoma, prieinamas mažiau nei pusei aktyviai siekiančiųjų juo pasinaudoti (žr. 1C pav.).

Detoksikacija

Norint pradėti ilgalaikį, abstinencija pagrįstą gydymą gyvenamajame gydymo centre paprastai būtina detoksikacija. Tai dažniausiai (bet ne visada) stacionare atliekama intervencinė priemonė, kuri teikiama ligoninėse, specializuotuose gydymo centruose arba gyvenamuosiuose centruose, kuriuose yra terapijos arba psichiatrijos skyrių.

Dvidešimt vienoje šalyje pagrindiniai detoksikacijos procedūrų teikėjai yra viešosios įstaigos. Belgijoje (Flandrijoje) ir Nyderlanduose didžiausi teikėjai yra nevyriausybinių organizacijų, o Liuksemburge ir Bulgarijoje šioje srityje dominuoja privatusis sektorius. Nacionalinių ekspertų vertinimais, devyniose šalyse detoksikacija prieinama daugumai dėl jos besikreipiančiųjų, o dar dešimtyje – beveik visiems. Aštuoniose šalyse (Estijoje, Airijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Latvijoje, Rumunijoje, Slovėnijoje, Norvegijoje) detoksikacija, kaip apskaičiuota, prieinama mažiau nei pusei jos prašančiųjų (žr. 1D pav.).

Kokybės užtikrinimas

Sveikatos priežiūros sistemų planuotojai ir politikos kūrėjai Europoje vis aktyviau ieško būdų, kurie leistų užtikrinti aukštą gydymo nuo narkomanijos kokybę. Be to, svarstydami gydymo teikimą ir lėšų paskirstymą, jie linkę teikti pirmenybę „įrodymais pagrįstoms“ intervencinėms priemonėms.

Svarbia gydymo nuo narkomanijos kokybės užtikrinimo priemone tampa gydymo gairės. Gydymo gairėse teikiamos moksliniais įrodymais pagrįstos rekomendacijos, ekspertų nuomonė, nurodomi paslaugų vartotojų prioritetai ir nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos. Jų paskirtis – padėti pasirinkti ir taikyti tinkamas gydymo nuo narkomanijos intervencines priemones. Įgaliojami įstaiga rengia nacionalines gydymo nuo narkomanijos gaires dvidešimtyje iš dvidešimt septynių duomenis teikiančių šalių.

Iki šiol parengtos gairės visų pirma apima farmakologinį gydymą nuo narkomanijos. Nacionalines gaires dėl gydymo pakaitalais praneša parengusios 18 šalių, o 11 nurodo turinčios detoksikacijos gaires. Tačiau maždaug trečdalis šių šalių nenurodo, kad gairių laikymasis yra viena iš gydymo centro veikimo ar finansavimo jam gavimo sąlygų.

Nacionalinės psichosocialinio gydymo ir socialinės reintegracijos gairės mažiau paplitusios. Tik septynios valstybės narės (Bulgarija, Čekija, Vokietija, Danija, Nyderlandai, Slovėnija, Jungtinė Karalystė) nurodo

⁽²⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10, TDI-13, TDI-15 ir TDI-21.

parengusios psichosocialinių intervencinių priemonių gaires ir tik penkios (Čekija, Vokietija, Portugalija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė) – socialinės reintegracijos gairės. Nacionalinių gairių tikriausiai stokojama dėl menkų turimų įrodymų, ir tai rodo, jog būtina atlikti daugiau daugiacentrių atsitiktine atranka pagrįstų kontroliuojamųjų šios srities tyrimų.

Kad būtų įmanoma garantuotai teikti aukštos kokybės paslaugas, svarbu pasirūpinti nuolatiniu darbuotojų mokymu. Europos Sąjungoje yra labai paplitę gydymo nuo priklausomybės personalui specialiai pritaikyti mokymo kursai ir tam tikro modelio nuolatinis medikų mokymas, susijęs su gydymu nuo narkomanijos. Daugelis šalių siūlo panašaus mokymo galimybes ir kitiems specialistams, tarp jų slaugėms, socialiniams darbuotojams ir psichologams.

Keletas šalių nurodo reguliariai vertinančios visų rūšių gydymo nuo narkomanijos rezultatus. Penkios valstybės narės vertina gydymo pakaitalais ir detoksikacijos rezultatus, bet tik Danija, Vokietija ir Jungtinė Karalystė reguliariai vertina psichosocialinio gydymo intervencinių priemonių rezultatus. Tam tikros šalys taip pat praneša vertinančios gydymo rezultatus pavieniais atvejais arba nereguliariai.

Žalos mažinimas

Su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas – visuomenės sveikatos politikos tikslas visose valstybėse narėse ir ES kovos su narkotikais strategijoje (Europos Komisija, 2007). Pagrindinės šioje srityje vykdomos intervencinės priemonės, be kita ko, yra priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais ir adatų bei švirkštų keitimo programos, kurie yra skirti mirčių dėl perdozavimo skaičiui ir infekcinių ligų plitimui sumažinti. Nurodoma, kad šios priemonės yra prieinamos visose šalyse, išskyrus Turkiją. Nors teikiamų paslaugų įvairovė ir kiekis labai skiriasi (žr. 6 ir 7 skyrius), Europoje vyrauja bendra žalos mažinimo priemonių daugėjimo ir tvirtėjimo tendencija.

Daugelis šalių teikia įvairias sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, įskaitant individualios rizikos vertinimą ir patarimus, saugesnio narkotikų vartojimo mokymą, tyrimus dėl infekcinių ligų ir konsultavimą, vakcinavimą ir gydymą nuo virusinio hepatito. Šios paslaugos dažnai teikiamos „žemo slenksčio“ agentūrose. Žalos mažinimo priemonės neapsiriboja vien ŽIV (AIDS) epidemija – dėmesys skiriamas platesnei rūpinimosi probleminių narkotikų vartotojų, ypač socialiai atskirtųjų, sveikatos ir socialiniais poreikiais, perspektyvai.

Taip pat galima pastebėti, kad pastaraisiais metais vyko profesionalizavimas ir vis labiau stengiamasi užtikrinti aukštus kokybės standartus. Pavyzdžiui, 2006–2007 m. patikrintos žalos mažinimo tarnybos Anglijoje, kad būtų nustatytos tobulintinos sritys. Kokybė taip pat gali būti užtikrinta į sutartis dėl finansavimo įtraukiant sąlygą dėl specialiųjų standartų laikymosi, kaip kad praneša darančios Čekija ir Estija.

Keturiolikoje šalių už kokybės užtikrinimą atsako nacionalinės institucijos, o federalinę sistemą taikančiose šalyse už tai gali atsakyti subnacionalinio lygmens agentūros. Gairės gali būti paremtos mokslinių tyrimų išvadomis dėl sąnaudų efektyvumo, kaip kad Jungtinės Karalystės gairės dėl adatų ir švirkštų keitimo programų (NICE, 2009). Taip pat siekiant plėtoti ir gerinti paslaugų kokybę, galima teirautis pacientų nuomonės ir prašyti darbuotojų atsiliepimų. Gerosios patirties sklaidai ir profesionalų informavimui apie naujus mokslinių tyrimų rezultatus, be kita ko, naudojamos nacionalinės žinių platformos, tokios kaip „resultaten scoren“ (vertinimo

Gerosios patirties portalas – naujasis modulis apie gydymą

2008 m. įvedęs visuotinei ir atrankinei prevencijai skirtus modulius, EMCDDA savo Gerosios patirties portale įdiegė naują gydymui nuo narkomanijos skirtą modulį. Jame teikiami naujausiomis apžvalgomis pagrįsti apibendrinti rezultatai apie opioidų, stimuliantų ir kanapių sukeliamų sutrikimų farmakologinio ir psichosocialinio gydymo veiksmingumą. Darbą kuriant modulį palengvino Europos Komisijos finansuotas gydymo kokybės ir keitimosi gerąja patirtimi tyrimas (Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas, 2008b).

Gydymui skirtame modulyje pateikiami tyrimų, per kuriuos lyginamas įvairių intervencinių priemonių veiksmingumas, rezultatai. Veiksmingumas geriausiai nustatomas atliekant kontroliuojamuosius tyrimus arba atsitiktine atranka pagrįstus kontroliuojamuosius tyrimus, per kuriuos intervencinės priemonės lyginamos su priemonėmis, kurias taikant pasiekiamas konkretus rezultatas. Didžioji dalis įrodymų šioje srityje gauta per Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktus tyrimus. Dabar tyrimai Europoje atliekami vis dažniau, tarp jų yra ir tam tikrų novatoriškų projektų dėl naujų medžiagų priklausomybei nuo opioidų pakaitalais gydyti.

Naujajame modulyje taip pat teikiamos nuorodos į kitus informacijos šaltinius, informacija apie įvertintas intervencines priemones, specialių terminų žodynas ir trumpa santrauka apie dabartinės įrodymų bazės spragas. Portalas bus plečiamas ir ateityje į jį bus įtraukta papildomų temų.

EMCDDA gerosios patirties portalas: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

balais rezultatai) Nyderlanduose, ir tarptautiniai informacijos sklaidai skirti renginiai, pvz., dėl hepatito C ⁽²¹⁾. Be to, įgyvendinant ES finansuojamus projektus dėl Europos sveikatos rodiklių nustatymo ir įgyvendinimo, Europos socialinės įtraukties ir sveikatos tinklas, bendradarbiaudamas su EMCDDA, parengė specializuotoms „žemo slenksčio“ žalos mažinimo agentūroms skirtą duomenų rinkimo protokolą (Hedrich et al., 2008a).

Socialinė reintegracija

Pripažįstama, kad socialinė reintegracija yra esminė visa apimančios kovos su narkomanija strategijos dalis. Ji gali būti vykdoma bet kuriuo narkotikų vartojimo momentu įvairiomis sąlygomis; jos tikslus galima pasiekti stiprinant gebėjimus, gerinant bendravimo įgūdžius, taikant priemones, palengvinančias ir skatinančias įsidarbinimą, aprūpinimą būstu ir užtikrinant geresnes aprūpinimo būstu galimybes. Praktikoje pagal reintegracijos programas gali būti siūlomos profesinės konsultacijos, įdarbinimas ir apgyvendinimo pagalba. Pagal kalėjimuose įgyvendinamas intervencines priemones, kurios turi įtakos narkotikų vartojimo atsinaujinimui ir pakartotiniam nusižengimui, kaliniai, rengiantis juos paleisti į laisvę, gali būti nukreipti į bendruomeninio būsto ir socialinės paramos paslaugas teikiančias tarnybas (Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas, 2008a). Apskritai socialinės reintegracijos priemonių rezultatai dažnai priklauso nuo veiksmingo sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos institucijų bendradarbiavimo.

Benamystė kartu su nuolatinės gyvenamosios vietos neturėjimu yra vienos didžiausių socialinės atskirties formų, su kuriomis susiduria narkotikus vartojantys asmenys. Šią problemą patyrė maždaug 10 proc. iš pradėjusiųjų gydytis 2007 m. ⁽²²⁾ Tam tikrose narkotikų vartotojų grupėse šis skaičius gali būti gerokai didesnis.

Visos valstybės narės praneša turinčios aprūpinimo būstu programų, pagal kurias gali būti apgyvendinti ir narkotikų vartotojai. Tačiau menkai žinoma, kiek yra patenkinami narkotikų vartotojų būsto poreikiai. Slovakijoje, pvz., dėl ribotų finansinių išteklių reabilitacijos tarnybų aprūpinimo būstu galimybės dažnai yra menkesnės už paklausą.

Keletas šalių (pvz., Čekija, Vokietija, Airija, Nyderlandai, Suomija, Švedija, Jungtinė Karalystė) praneša parengusios valstybės remiamo būsto programų. Pagal šias laikinojo apgyvendinimo schemas paprastai apgyvendinama vietose, kuriose siūloma tik nakvynė ir pusryčiai, arba mažuose trumpam laikui nuomojamuose butuose su

baltais, toks apgyvendinimas dažnai parūpinamas asmeniui užbaigus gydymą gyvenamajame gydymo centre, kad jis (ji) galėtų gyventi nepriklausomai. Airijoje, pvz., narkotikų vartotojai turi mokėti nuomą ir mokesčius už tam tikras buitines paslaugas, o paramą jiems teikiantys darbuotojai padeda jiems susirasti būstą nuomotis ir pasinaudoti galimybėmis įgyti išsilavinimą, mokytis ar įsidarbinti.

Pagrindiniai socialinės reintegracijos elementai – pagalba narkotikų vartotojams įsidarbinti ir profesinis mokymas, nes net 45 proc. pradedančių gydytis narkotikų vartotojų geriausiu atveju yra baigę pradinę mokyklą, o maždaug 40 proc. gydytis pradedančių vartotojų yra bedarbiai ⁽²³⁾. Įgyvendinančios šios srities programas praneša dauguma valstybių narių. Vengrijoje, Čekijoje, Lietuvoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje narkotikų vartotojų reintegracijai į darbo rinką padėjo projektai, finansuoti pagal ES kovos su diskriminacija darbo rinkoje iniciatyvą (EQUAL). Pagal didžiąją šių projektų dalį nuo narkomanijos gydomiems pacientams, kurių būklė stabilizavosi, padedama susirasti jų gebėjimus atitinkantį darbą. Šio požiūrio vertingumą patvirtinta vienas Škotijoje atliktas tyrimas, per kurį nustatyta, kad tikimybė susirasti mokamą darbą nuo priklausomybės gyjantiems narkotikų vartotojams, kuriems buvo skirta su įsidarbinimu susijusi parama, yra tris kartus didesnė nei tokios paramos negavusiųjų (McIntosh et al., 2008).

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Narkotikus reglamentuojančių teisės aktų vykdyme dalyvauja įvairiems vyriausybės departamentams (pvz., policija, teisingumas, sveikatos apsauga) priklausančios įvairios institucijos. Praktikoje sąvoka „teisėsauga kovos su narkotikais srityje“ paprastai siejama su veikla, kurią vykdo policija ir policinio pobūdžio institucijos (pvz., muitinė), siekdamos vykdyti teisės aktus, susijusius su narkotikų vartojimu ir narkotikų rinka. Veikla apima tokias sritis kaip narkotikų vartojimas ir laikymas, neteisėta prekyba ir gamyba, taip pat teisinių cheminių medžiagų panaudojimas neteisėtiems narkotikams gaminti, pinigų plovimas ir kt.

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje yra pagrindinė Europos kovos su narkotikais sudedamoji dalis, ir jai tenka didelė, galbūt didžiausia, narkotikų problemai skiriamų išteklių dalis. Neseniai pabandžius palyginti su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų skyrimą Europoje nustatyta, kad vyriausybės išlaidos su narkotikais susijusioms priemonėms viešosios tvarkos ir visuomenės apsaugos srityje (policijos

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

⁽²²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-15 lentelę (ii dalį).

⁽²³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-12 ir TDI-13.

pajėgoms, teismams ir kalėjimams) vidutiniškai gali būti beveik tris kartus didesnės už sumą, skiriamą su narkotikų vartojimu siejamoms sveikatos problemoms spręsti. Didelę dalį viešajai tvarkai ir visuomenės apsaugai skiriamų lėšų greičiausiai gauna policijos pajėgos (EMCDDA, 2008e).

Teisėsaugos kovos su narkotikais srityje veiksmų pobūdis ir intensyvumas gali skirtis priklausomai nuo nacionalinės teisės aktų ir jų taikymo, taip pat nuo dalyvaujančių institucijų, tarp kurių yra ir bendro pobūdžio teisėsaugos agentūrų, ir specializuotų padalinių (kovos su narkotikais būrių), išteklių ir prioritetų.

Priešingai kai kurioms kitoms teisėsaugos sritims, kuriose į įstatymų pažeidimus, apie kuriuos dažnai praneša visuomenės nariai, paprastai reaguoja policijos pareigūnai, didžiąją teisėsaugos kovos su narkotikais srityje atliekamo darbo dalį galima pavadinti iniciatyviu, nes jis daugiausia atliekamas kovos su narkotikais teisėsaugos institucijų iniciatyva. Taip yra dėl to, kad daugelį su narkotikais susijusių nusikaltimų galima laikyti „nusikaltimais konsensuso pagrindu“, t. y. sutinkantys nusikalsti asmenys slapta dalyvauja neteisėtoje veikloje, apie kurią policija nieko nežino tol, kol ji nenustatoma atsitiktinai (pvz., patruliuojant gatvėse) arba ėmusis aktyvių nusikaltimų atskleidimo veiksmų.

Dėl to teisėsauga kovos su narkotikais srityje apima daug įvairių veiklos rūšių, ir dažnai pasikliaujama informacijos rinkimu, apdorojimu ir dalijimusi pasitelkiant žmogiškuosius informacijos šaltinius ir elektronines priemones, įskaitant kompiuterizuotas duomenų bazes ir tikslinius ryšio tinklus. Tokių veiksmų visų pirma imamasi siekiant mažinti narkotikų pasiūlą⁽²⁴⁾, o tokiu atveju teisėsaugai tenka pagrindinis vaidmuo; tokia veikla apima bendravimą su informatoriais, slaptų operacijų vykdymą („darbą po priedanga“) ir elektroninį sekimą, įskaitant pokalbių pasiklausymą.

Operatyvinės taktikos priemonės, kurių Europoje imasi teisėsaugos agentūros, be kita ko, apima kontroliuojamuosius narkotikų gabenimus ir tikslines operacijas, per kurias siekiama suardyti arba likviduoti narkotikų pardavimo punktus. Bendresnio pobūdžio taktika, kuria taip pat siekiama ir kitokių tikslų, pvz., imigracijos kontrolės, apima žmonių ir transporto priemonių tikrinimą ir apieškojimą strateginėse vietose, tokiose kaip uostai, oro uostai ir sausumos pasienio punktai, arba šalia jų.

Daugelyje šalių teisėsaugos institucijoms, ypač muitinėms, pavesta vykdyti ir kontroliuojamas chemines medžiagas reglamentuojančius įstatymus. Tai apima importo ir

eksporto prašymų apdorojimą, taip pat įtartinų sandorių nustatymą ir tyrimą. Šalyse, kuriose gaminami sintetiniai narkotikai, teisėsaugos pajėgoms gali būti pavesta dar viena užduotis – naikinti slaptas laboratorijas, kuriose gaminami neteisėti narkotikai.

Narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimai

Pirminiai pranešimai apie narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimus, kuriuos daugiausia teikia policija, yra vienintelis Europoje įprastai prieinamas duomenų apie su narkotikais susijusius nusikaltimus šaltinis⁽²⁵⁾. Pranešimuose paprastai minimi tokie pažeidimai kaip narkotikų gamyba, neteisėta prekyba ir narkotikų verslas, taip pat narkotikų vartojimas ir laikymas vartojimui.

Duomenys apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams gali būti laikomi netiesioginiais narkotikų vartojimo ir neteisėtos prekybos rodikliais arba labiau tiesioginiais teisėsaugos institucijų veiklos rodikliais. Tačiau šie duomenys apima tik tą su narkotikais susijusią veiklą, į kurią atkreipia dėmesį teisėsaugos institucijos, ir jiems taip pat gali turėti įtakos šalių teisės aktų, prioritetų ir išteklių skirtumai. Be to, gali skirtis nacionalinės informacijos sistemos, ypač registravimo ir pranešimų teikimo praktikos atžvilgiu. Dėl šių priežasčių sunku atlikti patikimus šalių palyginimus, todėl labiau tikėtą lyginti tendencijas, o ne absoliučius skaičius.

Remiantis duomenimis, kuriuos pateikė dvidešimt viena valstybė narė, apimanti 85 proc. Europos Sąjungos gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus, nuo 2002 iki 2007 m. užregistruotų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams skaičius padidėjo apytiksliai 29 proc. Duomenys rodo augimo tendencijas visose ataskaitas pateikusiose šalyse, išskyrus Bulgariją, Čekiją, Graikiją, Liuksemburgą, Vengriją ir Slovėniją, kuriose visose nusikaltimų skaičius šiuo laikotarpiu nepakito arba apskritai sumažėjo⁽²⁶⁾.

Su narkotikų vartojimu ir pasiūla susiję nusikaltimai

Nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, susijusių su vartojimu, ir šių nusikaltimų, susijusių su narkotikų pasiūla (narkotikų verslas, neteisėta prekyba, gamyba), santykis, palyginti su ankstesniais metais, iš esmės nepakito. Daugumoje Europos šalių didžiąją dalį nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams tebesudaro nusikaltimai, susiję su narkotikų vartojimu arba jų laikymu vartojimui, pvz., 2007 m. Ispanijoje tokie nusikaltimai sudarė net 91 proc. visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams⁽²⁷⁾. Tačiau nusikaltimai,

⁽²⁴⁾ Narkotikų pasiūlos mažinimo apibrėžtį žr. EMCDDA 2008 m. ataskaitos langelį p. 28.

⁽²⁵⁾ Ryšių tarp narkotikų ir nusikalstamumo aptarimą žr. EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-1 lentelę.

⁽²⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-2 lentelę.

susiję su narkotikų pasiūla vyrauja Čekijoje (87 proc.) ir Nyderlanduose (69 proc.) (2 pav.). Čekijoje už nedidelių narkotikų kiekių laikymą be ketinimo juos tiekti baudžiama įspėjimu arba bauda, o Nyderlanduose už pažeidimus, susijusius su narkotikų vartojimu, baudžiamojon atsakomybėn paprastai netraukiama ⁽²⁸⁾.

Nuo 2002 iki 2007 m. nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičius padidėjo daugumoje duomenis teikiančių šalių, o apie sumažėjimą šiuo laikotarpiu pranešė tik Bulgarija, Graikija, Nyderlandai ir Slovėnija⁽²⁹⁾. Iš viso su narkotikų vartojimu susijusių nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams skaičius Europos Sąjungoje 2002–2007 m. padidėjo apytiksliai 32 proc.

2002–2007 m. taip pat padaugėjo ir su narkotikų pasiūla susijusių nusikaltimų, bet šis augimas buvo daug lėtesnis. Europos Sąjungoje šių nusikaltimų padaugėjo maždaug 14 proc. Aštuonios šalys praneša, kad su pasiūla susijusių nusikaltimų šiuo laikotarpiu apskritai sumažėjo, o dar aštuonios nurodo, kad tokių nusikaltimų padaugėjo ⁽³⁰⁾.

Su įvairiais narkotikais susijusios tendencijos

Neteisėtas narkotikas, dažniausiai minimas Europos šalių pranešimuose apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, kaip ir anksčiau, yra

EMCDDA 2009 m. pasirinkta tema apie bausmių skyrimo statistiką

2009 m. EMCDDA paskelbė naują pasirinktą temą apie bausmių skyrimo statistiką, kurioje nagrinėjami narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų Europos šalyse pasekmės. Ataskaitoje apibūdinami turimi šalių policijos, prokuratūros ir teismų statistiniai duomenys, kurie nagrinėjami pagal pažeidimo rūšį (laikymas, neteisėta prekyba) ir pasekmės rūšį (bauda, sulaikymas, gydymas). Pagrindinis nagrinėjamas klausimas – kokia yra labiausiai tikėtina sulaikymo dėl narkotikų laikymo ar su jų teikimu susijusio pažeidimo pasekmė kiekvienoje šalyje?

Ši pasirinkta tema išspausdinta atskirai ir paskelbta internete tik anglų kalba (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

kanapės ⁽³¹⁾. Daugumoje Europos šalių su kanapėmis siejami nusikaltimai sudarė nuo 55 proc. iki 85 proc. visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, apie kuriuos pranešta 2007 m. Su kitais narkotikais susijusių nusikaltimų dalis viršija su kanapėmis susijusių nusikaltimų dalį tik dviejose šalyse: Lietuvoje (heroinas, 26 proc.) ir Čekijoje (metamfetaminas, 59 proc.). Latvijoje su kanapėmis, heroinu ir ekstaziu susijusių nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams dalys yra vienodos.

Per penkerių metų (2002–2007 m.) laikotarpį nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, kuriuose minimos kanapės, skaičius liko stabilus arba didėjo daugumoje duomenis pateikusių šalių; Europos Sąjungoje šis skaičius, kaip apskaičiuota, padidėjo 23 proc. Apie mažėjimo tendencijas pranešė Bulgarija, Čekija ir Slovėnija ⁽³²⁾.

Su kokainu susijusių nusikaltimų 2002–2007 m. laikotarpiu padaugėjo visose duomenis pateikusiose šalyse, išskyrus Bulgariją ir Vokietiją. Europos Sąjungoje su kokainu susijusių nusikaltimų skaičius tuo pačiu laikotarpiu apskritai padidėjo maždaug 59 proc. ⁽³³⁾

Ankstesnėse ataskaitose nurodyta su heroinu susijusių nusikaltimų mažėjimo Europos Sąjungoje tendencija, kaip atrodė, jau baigėsi, ir 2002–2007 m. laikotarpiu nustatytas maždaug 7 proc. padidėjimas. Tačiau tendencijos įvairiose šalyse buvo skirtingos, ir augimo tendenciją daugiausia lėmė tokių nusikaltimų skaičiaus padidėjimas Belgijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Lenkijoje ir Portugalijoje per pastaruosius dvejus metus ir stabili padėtis Vokietijoje bei Austrijoje ⁽³⁴⁾.

Su amfetaminais susijusių nusikaltimų, apie kuriuos pranešta Europos Sąjungoje, ir toliau daugėjo – 2002–2007 m. tokių nusikaltimų padaugėjo apytiksliai 59 proc. O su ekstaziu susijusių nusikaltimų tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo apytiksliai 22 proc. ⁽³⁵⁾

Sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose

Įkalinimo įstaigose Europos Sąjungoje bet kurią pasirinktą dieną yra per 600 000 žmonių ⁽³⁶⁾, t. y. vidurkis sudaro maždaug 120 kalinių 100 000 gyventojų. Skirtingose

⁽²⁸⁾ Žr. padėties šalyje apžvalgas apie Čekiją ir Nyderlandus EMCDDA interneto svetainėje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-4 lentelę.

⁽³⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-5 lentelę.

⁽³¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-3 lentelę.

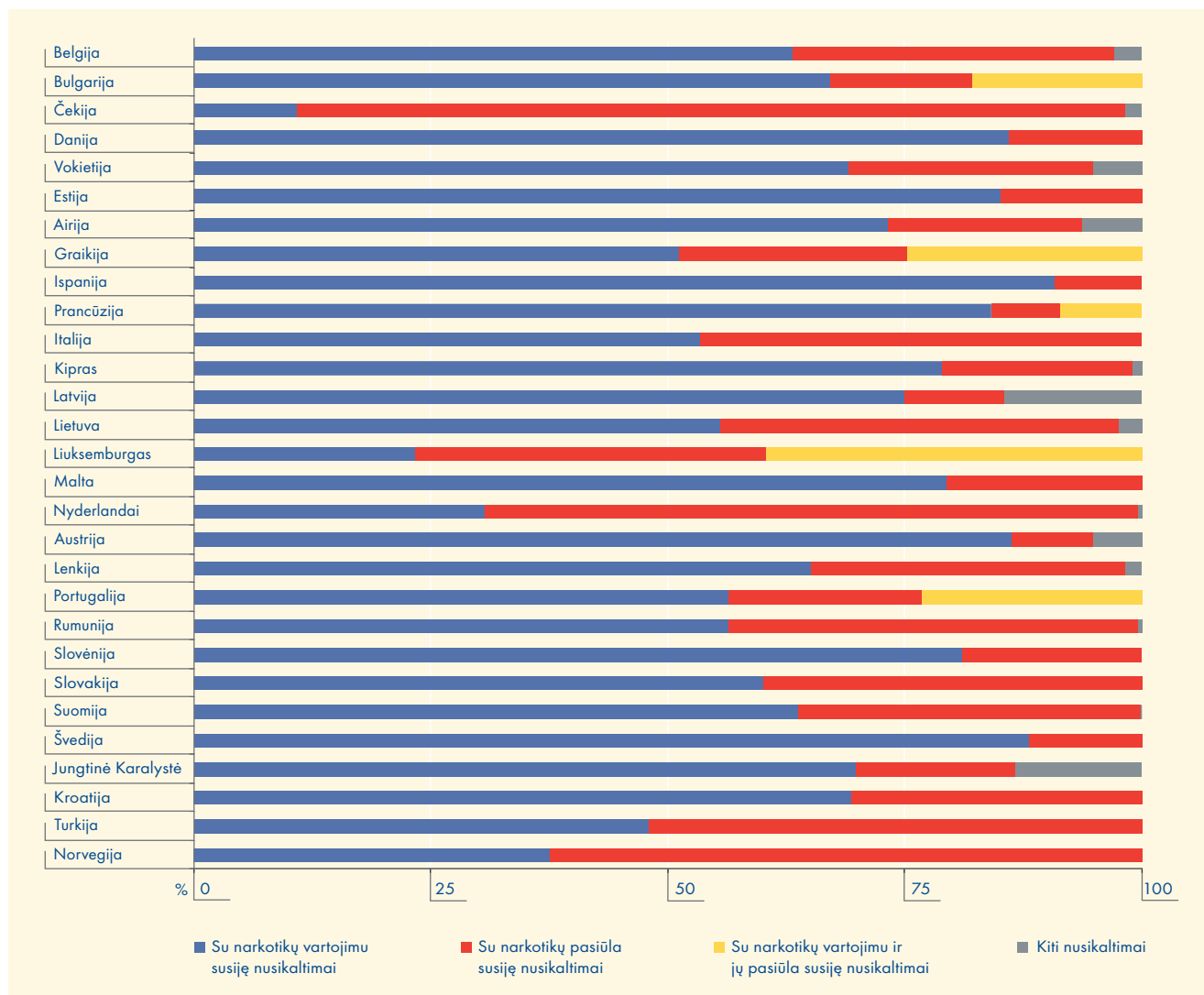
⁽³²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-6 lentelę.

⁽³³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-8 lentelę.

⁽³⁴⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-7 lentelę.

⁽³⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav.

⁽³⁶⁾ Su duomenimis apie kalėjimus Europoje galima susipažinti Europos Tarybos interneto svetainėje http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp.

2 pav. Pranešimuose apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams Europoje nurodytos nusikaltimų rūšys

Pastaba. Dėl papildomos informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio DLO-2 pav.
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

šalyse įkalinimo įstaigose esančių žmonių skaičius svyruoja nuo 65 iki 320 kalinių 100 000 gyventojų, nors daugumos Vidurio ir Rytų Europos valstybių narių nurodomi rodikliai didesni už vidurkį. Vis dėlto įvairių šalių rodikliai ir ES vidurkis tebėra gerokai mažesni už dydžius, kuriuos nurodo Rusija (629) ir JAV (756) ⁽³⁷⁾.

Dėl narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų nuteisti kaliniai daugumoje ES šalių sudaro apytikriai 10–30 proc. įkalinimo įstaigose esančių žmonių. Nuteistųjų dėl nusikaltimų nuosavybei, kuriuos jie įvykdė dėl priklausomybės nuo narkotikų, ar dėl kitų su narkotikais susijusių nusikaltimų, dalis nežinoma. Nors bendri skaičiai nedideli, per pastaruosius keletą metų narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidėjų dalis tarp nuteistų kalinių padidėjo keliose Vidurio ir Rytų Europos valstybėse narėse.

Narkotikų vartojimas tarp kalinių

Per narkotikų vartojimo kalėjimuose tyrimus taikomos apibrėžtys, tyrimo klausimai ir metodikos vis dar nėra iki galo standartizuoti (Vandam, 2009; Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas, 2008a), nors iki šiol atlikti tyrimai rodo, kad narkotikų vartojimas tarp kalinių tebėra labiau paplitęs nei tarp visų gyventojų. Po 2002 m. daugiausia Vakarų Europoje atliktų kelių tyrimų duomenys rodo, kad reguliariai vartoję neteisėtų narkotikų prieš įkalinimą nurodė nuo trečdalis iki pusės apklaustųjų. Tyrimai taip pat rodo, kad tarp kalinių gali būti itin paplitę žalingiausi narkotikų vartojimo būdai – kada nors bandę švirkščiamuosius narkotikus nurodė nuo penktadalio iki trečdalis apklaustųjų ⁽³⁸⁾.

⁽³⁷⁾ Šaltinis: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> (duomenys apie Rusiją ir Jungtines Amerikos Valstijas).

⁽³⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles DUP-105 ir DUP-2.

Patekę į kalėjimą, dauguma vartoja mažiau narkotikų arba liaujasi juos vartoję, daugiausia dėl sunkumų gauti medžiagų. Tačiau ir kalėjimų ekspertai, ir politikos kūrėjai Europoje pripažįsta, kad neteisėti narkotikai patenka į daugumą kalėjimų, nepaisant visų priemonių, kurių imamasi jų pasiūlai sumažinti. Nuo 2002 m. atlikti tyrimai rodo, kad vartoję narkotikų kalėjime nurodo nuo 1 iki 50 proc. kalinių, o iki 27 proc. nurodo, kol buvo įkalinti, vartoję juos reguliariai ⁽³⁹⁾. Per 1 457 kalinių iš šešių Vokietijos kalėjimų tyrimą nustatyta, kad narkotikus kalėjime švirkštėsi 22 proc., o per dar keturiose šalyse atliktus tyrimus nustatyti 10 proc. ar didesni rodikliai ⁽⁴⁰⁾. Panašu, kad suimti švirkščiamųjų narkotikų vartotojai dalijasi savo švirkštimosi priemonėmis dažniau, palyginti su ne kalėjimuose esančiais vartotojais. Tai kelia rūpestį dėl galimo infekcinių ligų plitimo tarp kalinių.

Sveikatos priežiūra Europos kalėjimuose

Kaliniai turi teisę į tokio paties lygio medicininę priežiūrą, kaip ir bendruomenėje gyvenantys žmonės, tad kalėjimo sveikatos priežiūros tarnybos turėtų gebėti teikti gydymą dėl problemų, susijusių su narkotikų vartojimu, panašiomis į siūlomas už kalėjimo ribų sąlygomis (CPT, 2006; PSO, 2007). Šis bendrasis lygiavertiškumo principas Europos Sąjungoje pripažintas 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacijoje dėl su priklausomybe nuo narkotikų susijusios žalos sveikatai prevencijos ir jos mažinimo ⁽⁴¹⁾, o naujajame ES kovos su narkotikais veiksmų plane (2009–2012 m.) raginama jį įgyvendinti.

Nacionalinės politikos kūrėjai dabar skiria sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kaliniams daugiau dėmesio, ir esama ženklų, kad ES valstybės narės teikia geresnės kokybės paslaugas, kurias siūlo kaliniams. Pavyzdžiui, keletas šalių jau praneša parengusios nacionalinę sveikatos priežiūros kalėjimuose politiką ir programas. Vis dėlto norint užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kaliniams lygis ir kokybė būtų panašūs į lygį ir kokybę, užtikrinamą už kalėjimo ribų, reikia dar daug ką atlikti. Be to, kalėjimai turi atsižvelgti į iššūkius, kuriuos kelia specialieji narkotikų vartotojų sveikatos priežiūros poreikiai, pvz., per kraują plintančios infekcinės ligos ir gretutiniai psichikos sutrikimai.

Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime

Europos šalyse kaliniams siūlomos tokios paslaugos: informacija apie narkotikus ir sveikatą, patikrinimas dėl infekcinių ligų ir vakcinavimas, gydymas dėl priklausomybės nuo narkotikų, įskaitant detoksikaciją,

gydymą pakaitalais ir gydymo be narkotikų metodus, rengimas paleidimui į laisvę ir kt. Kaliniams teikiamų paslaugų asortimentas toliau plečiamas, pvz., Čekijos, Lenkijos ir Švedijos kalėjimuose imta taikyti gydymą pakaitalais, Kipre pradėta įgyvendinti gydymo be narkotikų programą, o Danijoje išplėsta „gydymo garantija“ (sudaryti galimybę pradėti gydymą nuo narkomanijos per dvi savaites nuo prašymo pateikimo), į kurią įtraukti ir kalėjimai.

Gydymo pakaitalais tęsimas po įkalinimo oficialiose taisyklėse patvirtintas 26 šalyse, bet penkiose iš jų netaikomas; 21 šalyje patvirtinta, kad šios rūšies gydymas pradėtas taikyti kalėjime. Tačiau, ekspertų vertinimais, ši intervencinė priemonė taikoma nevienodai. Devyniose šalyse gydymas pakaitalais prieinamas beveik visuose kalėjimuose, o dar keturiose – daugiau nei pusėje kalėjimų. Čekijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje gydymas pakaitalais, kaip nustatyta, teikiamas mažiau nei pusėje kalėjimų, o Vengrijoje, Lenkijoje, Suomijoje ir Švedijoje – tik keliuose kalėjimuose. Galiausiai devyniose šalyse (Bulgarijoje, Estijoje, Graikijoje, Kipre, Lietuvoje, Latvijoje, Slovakijoje, Rumunijoje, Turkijoje) šios rūšies gydymas kalėjimuose neprieinamas, nors Bulgarija ir Rumunija jau rengiasi pradėti jį teikti, o Latvijoje svarstomi būtini teisės aktų pakeitimai.

Kai gydymo pakaitalais teikimas bendruomenėje ribotas, kalėjimuose šios rūšies gydymo teikimas paprastai būna ypač ribotas arba jis iš viso neteikiamas ⁽⁴²⁾. Valstybės narės taip pat nurodė tokias kliūtis gauti gydymą pakaitalais kalėjime: reguliavimo sistemos, pagal kurią ji būtų galima pradėti, nebuvimas (Suomija) ir reikalavimas mokėti už gydymą (Belgijos prancūzų bendruomenė). Gydymo pakaitalais teikimas taip pat dažnai priklauso nuo vietos sąlygų, o kartais nuo atskiro kalėjimo gydytojo iniciatyvos.

Ekspertai įvertino ir kitų prevencijos ir žalos mažinimo priemonių prieinamumą kalėjimuose ir jų teikimo lygį 26 ES šalyse, Norvegijoje ir Turkijoje. Individualiai konsultuojama infekcinių ligų klausimais ir su narkotikais susijęs rizikingas elgesys vertinamas dvidešimt šešių šalių kalėjimuose. Tikrinimas dėl hepatito C patekus į kalėjimą prieinamas 22 šalyse, bet ne Vengrijoje, Lenkijoje ar Turkijoje; tačiau Vengrijoje per pirmuosius devynis tebetęsimas 2007 m. pradėtos kampanijos mėnesius dėl hepatito C patikrinta daugiau kaip 14 proc. visų kalinių. Taikomos ir kitos intervencinės priemonės: tikslinės vakcinavimo nuo hepatito B programos kalėjimuose, su narkotikais susijęs

⁽³⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DUP-3 lentelę.

⁽⁴⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DUP-4 lentelę.

⁽⁴¹⁾ OL L 165, 2003 7 3, p. 31.

⁽⁴²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-2 pav.

kalėjimų darbuotojų mokymas skatinti sveiką gyvenseną, patarimai ir mokymas, kaip saugiau vartoti narkotikus; visos šios priemonės, kaip nurodyta, teikiamos trylikoje šalių, nors jų aprėptis nevienoda.

Panašus ir priemonių, kuriomis siekiama išvengti perdozavimo, teikimo lygis. Konsultacijos dėl perdozavimo rizikos prieš paleidžiant į laisvę teikiamos 18 šalių, nors nustatyta, kad per pastaruosius dvylika mėnesių tokios konsultacijos suteiktos daugiau nei vos keletui kalinių tik aštuoniose šalyse. Informacinė medžiaga apie su narkotikų

vartojimu susijusių mirčių skaičių ir skubios pagalbos atvejus, kuri būtų specialiai pritaikyta kalėjimams, rengiama tik septyniose šalyse ⁽⁴³⁾.

Apie taikomą adatų ir švirkštų keitimą kalėjimuose praneša Vokietija, Ispanija, Liuksemburgas, Portugalija ir Rumunija, panaši priemonė planuojama ir Jungtinėje Karalystėje (Škotijoje). Tarp kliūčių sėkmingai įgyvendinti kai kurias adatų ir švirkštų keitimo programas kalėjimuose paminėtas kalėjimo darbuotojų priešinimasis ir konfidencialumo stoka.

⁽⁴³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-7 lentelę.

3 skyrius

Kanapės

Išvadas

Per pastarąjį dešimtmetį kanapių vartojimas Europoje gerokai išsiplėtė, taip pat imta aktyviau diskutuoti, kaip tinkamai kovoti su itin paplitusiu šio narkotiko vartojimu. XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžioje ir viduryje kelios šalys išsiskyrė labai paplitusiu narkotikų vartojimu, tačiau Europoje narkotikų vartojimo paplitimo lygis, vertinant dabartiniais standartais, buvo žemas. XX a. dešimtajame dešimtmetyje ir XXI a. pradžioje kanapių vartojimas daugumoje šalių padidėjo ir dėl to dabar Europos vaizdas yra ne toks įvairus, nors tarp šalių tebėra svarbių skirtumų. Be to, per kelerius pastaruosius metus padidėjo ilgalaikio ir plačiai paplitusio šio narkotiko vartojimo poveikio visuomenės sveikatai suvokimas, taip pat pranešama apie didėjančią su kanapių vartojimu susijusių ligų gydymo paklausą. Bendrųjų gyventojų apklausų ir apklausų mokyklose duomenys rodo, kad šio narkotiko vartojimas nusistovi arba net mažėja, todėl gali būti, kad Europa žengia į naują etapą. Vis dėlto vertinant istoriniais standartais kanapių vartojimo lygis tebėra aukštas ir veiksmingos kovos su kanapių vartojimo priemonės tebėra pagrindinis Europos diskusijų dėl kovos su narkotikais klausimas.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Kanapes galima auginti įvairioje aplinkoje, o gamtoje jos auga daugelyje pasaulio vietų. Dabartiniais vertinimais, kanapės auginamos 172 šalyse ir teritorijose (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Visos šios aplinkybės reiškia, kad yra sunku tiksliai apskaičiuoti pasaulyje užauginamų kanapių kieki. UNODC skaičiavimais (2009), 2008 m. džiovintų kanapių gamybos mastas pasaulyje sudarė nuo 13 300 iki 66 100 tonų.

Kanapių auginimas Europoje plačiai paplitęs ir galbūt didėja (Korf, 2008). 2007 m. apie vietinį kanapių auginimą pranešė 19 Europos šalių, nors šio reiškinio mastas, kaip atrodo, gerokai skiriasi. Vis dėlto didelė Europoje vartojamų kanapių dalimi greičiausiai neteisėtai prekiaujama pačiuose regionuose.

Džiovintų kanapių į Europą taip pat ir importuojama, daugiausia iš Afrikos (pvz., Nigerijos, Maroko, Ganos, Pietų Afrikos Respublikos), rečiau iš Pietvakarių Azijos (Pakistano), Šiaurės ir Lotynų Amerikos (Jamaikos) (INCB, 2009a).

2 lentelė. Džiovintų kanapių ir dervos gamyba, konfiskavimas, kaina ir stiprumas

	Kanapių derva	Džiovintos kanapės
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	2 200–9 900	13 300–66 100
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	1 300	5 600
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	853 (859)	70 (96)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Vidutinio stiprumo intervalas (THC kiekis)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2007 m., išskyrus pasaulinės gamybos įverčius, kurie yra 2008 m.

Šaltiniai: UNODC ataskaita apie narkotikus pasaulyje (2009 m.) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

⁽⁴⁴⁾ Dėl informacijos apie narkotikų pasiūlos ir prieinamumo duomenų šaltinius žr. p. 40.

Manoma, kad 2008 m. pasaulyje pagaminta 2 200–9 900 tonų kanapių dervos (UNODC, 2009), o Marokas tebėra pagrindinis gamintojas. Kanapių, skirtų kanapių dervai gaminti, auginimo plotas, kaip pranešta, 2003–2005 m. sumažėjo nuo 134 000 iki 76 400 hektarų (UNODC ir Maroko Vyriausybė, 2007). Apie kanapių dervos gamybą pranešama taip pat ir kitose šalyse, įskaitant Afganistaną ir Pakistaną (UNODC, 2009). Maroke pagaminta kanapių derva į Europą paprastai vežama kontrabanda per Iberijos pusiasalį ir Nyderlandus, o iš ten platinama į kitas Europos šalis.

Konfiskavimas

2007 m. pasaulyje konfiskuota apytikriai 5 600 tonų džiovintų kanapių ir 1 300 tonų kanapių dervos – iš viso maždaug 10 proc. daugiau negu ankstesniais metais. Didžioji dalis konfiskuotų džiovintų kanapių, kaip ir anksčiau, teko Šiaurės Amerikai (66 proc.), o didžioji dalis konfiskuotos kanapių dervos tebebuvo koncentruota Vakarų ir Vidurio Europoje (66 proc.) (UNODC, 2009).

2007 m. Europoje būta apytikriai 241 000 džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos 96 tonos ⁽⁴⁵⁾. Konfiskavimo atvejų nuo 2002 iki 2007 m. padaugėjo daugiau kaip du kartus. Per pirmuosius dvejus šio laikotarpio metus konfiskuotų džiovintų kanapių kiekis sumažėjo perpus, o vėliau didėjo, nors ir buvo gerokai mažesnis už 2002 m. konfiskuotą 130 tonų kiekį. Daugiausia džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų nurodė Jungtinė Karalystė, kuriai 2005 ir 2006 m. teko maždaug pusė visų konfiskavimo atvejų. 2007 m. apie rekordinius konfiskuotus kiekius pranešė Turkija (25,5 tonos) ir Belgija (12,8 tonos).

Europoje konfiskuojamos kanapių dervos kiekis viršija konfiskuojamų džiovintų kanapių kiekį ir pagal atvejų skaičių, ir pagal konfiskuotą kiekį ⁽⁴⁶⁾. 2007 m. būta apie 325 000 kanapių dervos konfiskavimo atvejų, per kuriuos sulaikytos 859 tonos narkotiko, beveik devynis kartus daugiau, palyginti su konfiskuotu džiovintų kanapių kiekiu. 2002–2007 m. kanapių dervos konfiskavimo atvejų daugėjo, nors konfiskuojamas kiekis tuo laikotarpiu buvo nepastovus. 2007 m. apie kiek daugiau nei pusę visų kanapių dervos konfiskavimo atvejų ir apie maždaug tris ketvirčius konfiskuoto kiekio pranešė Ispanija; rekordinius kanapių dervos kiekius konfiskavo Belgija (59 tonos), Portugalija (43 tonos) ir Turkija (6 tonos).

Kanapių žolės vienetų konfiskavimo atvejų nuosekliai daugėja nuo 2002 m.; 2007 m. jų būta apytikriai 15 000. Pranešdamos apie konfiskuotą kiekį, šalys nurodo žolės vienetų skaičių arba svorio įvertį. Konfiskuota 2,4 mln. kanapių žolės vienetų, ir šis skaičius per pastaruosius dvejus metus buvo gana stabilus, nors didesnis negu 2002 m., kai konfiskuota apie 1,5 mln. žolės vienetų. Konfiskuotų žolės vienetų svoris šiuo laikotarpiu gerokai padidėjo ir 2007 m. sudarė 27 tonas, iš kurių apie 25 tonas pranešė Ispanija.

Narkotikų pasiūla ir prieinamumas – duomenys ir šaltiniai

Vis dar turima nedaug sisteminės ir įprastinės informacijos, aprašančios neteisėtų narkotikų rinkas ir neteisėtą prekybą jais. Heroino, kokaino ir kanapių gamyba vertinama pagal auginimo vertinimus, paremtus darbu vietoje (bandinių ėmimu vietoje) ir apžiūra iš oro arba naudojantis palydovais. Šie vertinimai pasižymi kai kuriais svarbiais trūkumais, susijusiais, pvz., su derliaus apskaičiavimu arba sunkumais stebint pasėlius, tokius kaip kanapės, kurios gali būti auginamos patalpose arba neauginami vien tam tikrose geografinėse vietovėse.

Narkotikų konfiskavimas dažnai laikomas netiesioginiu pasiūlos, kontrabandos kelių ir narkotikų prieinamumo indikatoriumi. Tai labiau tiesiogiai atspindi kovos su narkotikais teisės aktų vykdymo veiklą (pvz., prioritetus, išteklius ir strategijas), o kartu taip pat ir pranešimų teikimo praktiką bei kontrabandininkų pažeidžiamumą. Siekiant perprasti mažmeninę narkotikų rinką, taip pat galima nagrinėti duomenis apie neteisėtų narkotikų grynumą arba stiprumą bei mažmenines jų kainas. Vis dėlto galimybė gauti tokius duomenis gali būti ribota ir gali kilti klausimų apie jų patikimumą ir palyginamumą. Teisėssaugos institucijų teikiama žvalgybinė informacija gali padėti papildyti duomenis trūkstama informacija.

EMCDDA renka konkrečių valstybių duomenis apie narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje, jų grynumą ir mažmenines kainas. Kitus duomenis apie narkotikų pasiūlą teikia UNODC informacinės sistemos ir analizės, kurias papildo Europolo papildomai teikiama informacija. Informacijos apie narkotikų pirmtakus (prekursorius) gaunama iš Europos Komisijos, kuri renka duomenis apie šių medžiagų konfiskavimą ES, ir iš INCB, kuri dalyvauja tarptautinėse iniciatyvose siekdama sutrukdyti teisėtus cheminių medžiagų pirmtakus (prekursorius) naudoti neteisėtų narkotikų gamybai.

Šioje ataskaitoje pateikti duomenys ir įvertiniai rodo tiksliausius turimus apytikrius skaičius, tačiau juos reikia vertinti atsargiai, nes dauguma pasaulio šalių vis dar stokoja modernių informacinių sistemų, susijusių su narkotikų pasiūla.

⁽⁴⁵⁾ Šiame skyriuje minimus duomenis apie narkotikų konfiskavimą Europoje galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio SZR-1–SZR-6 lentelėse.

⁽⁴⁶⁾ Dėl siuntų dydžių ir vežimo atstumų skirtumų, taip pat būtinybės kirsti tarptautines sienas kanapių dervos konfiskavimo rizika gali būti didesnė nei šalyje pagamintų džiovintų kanapių.

Stiprumas ir kaina

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal jose esančio delta-9-tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, kiekį. Kanapių stiprumas skirtingose šalyse ir tose pačiose šalyse labai skiriasi, taip pat skiriasi skirtingų kanapių produktų stiprumas. Duomenys apie kanapių stiprumą daugiausia pagrįsti konfiskuotų kanapių, iš kurių paimama mėginių, teismo medicinos analize. Kiek tiriami mėginiai atspindi padėtį bendroje rinkoje, neaišku, todėl dėl šios priežasties duomenis apie stiprumą reikėtų vertinti atsargiai. 2007 m. šalių nurodytas THC kiekio kanapių dervoje vidurkis svyravo nuo 2,9 iki 13,3 proc. Džiovintų kanapių, išskyrus Nyderlanduose namuose auginamą *sinsemilla* (besėkles kanapes, oland. *nederwiet*), vidutinis stiprumas svyravo nuo 1,2 iki 10,2 proc. 2002–2007 m. kanapių dervos ir džiovintų kanapių vidutinis stiprumas, apie kurį pranešta, nepakito arba sumažėjo daugumoje iš 16 Europos šalių, kurių atžvilgiu galima atlikti šią analizę. Tačiau Portugalijoje ir Liuksemburge nustatyta vidutinio THC kiekio kanapių dervoje didėjimo tendencija. Dar penkiose šalyse pastebėtas džiovintų kanapių stiprumo didėjimas. Informacijos apie vietoje pagamintų džiovintų kanapių stiprumą per daug metų turima tik iš Nyderlandų, kur pastaruoju metu pastebėtas vidutinio *nederwiet* stiprumo sumažėjimas – nuo 2004 m. būto didžiausio 20,3 proc. stiprumo iki 16,0 proc. 2006 m., 2007 m. tas lygis liko toks pat ⁽⁴⁷⁾.

2007 m. vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina aštuoniolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 3 EUR iki 11 EUR už gramą; pusė šių šalių nurodė 5–9 EUR kainas. Vidutinė mažmeninė džiovintų kanapių kaina septyniolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 1 EUR iki 12 EUR už gramą; maždaug pusė šių šalių nurodė 4–9 EUR kainas. Remiantis 2002–2007 m. laikotarpio duomenimis, vienuolikoje šalių vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina (pakoreguota dėl infliacijos) sumažėjo. Remiantis turimais duomenimis, džiovintų kanapių kainos tuo pačiu laikotarpiu buvo stabilesnės.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Kanapių vartojimas tarp visų gyventojų

Konservatyviai vertinant, kanapių mažiausiai kartą (bent kartą gyvenime) yra vartoję maždaug 74 mln. europiečių, t. y. daugiau negu kas penktas 15–64 metų amžiaus europietis (duomenų santrauką žr. 3 lentelėje). Padėtis įvairiose šalyse gerokai skiriasi – paplitimo rodikliai šalyse

svyruoja nuo 1,5 iki 38,6 proc. Daugumoje šalių paplitimo įverčiai patenka į 10–30 proc. intervalą.

Dauguma šalių nurodo gana didelį kanapių vartojimo per praeitus metus ir per praeitą mėnesį paplitimo lygį. Manoma, kad kanapes per praeitus metus vartojo maždaug 22,5 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai 6,8 proc. 15–64 metų amžiaus žmonių. Į vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo įverčius patenka ir žmonės, kurie šį narkotiką vartoja reguliariau, nors nebūtinai intensyviai. Apskaičiuota, kad šį narkotiką per praeitą mėnesį vartojo apie 12 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai apie 3,6 proc. visų 15–64 metų amžiaus asmenų.

Kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kanapes daugiausia vartoja jaunimas (15–34 metų amžiaus). Paprastai nurodoma, kad vartojimo per pastaruosius metus lygis yra didžiausias 15–24 metų amžiaus grupėje. Taip yra beveik visose Europos šalyse, išskyrus Portugaliją ⁽⁴⁸⁾.

Gyventojų apklausų duomenys rodo, kad vidutiniškai 31,1 proc. jaunų suaugusiųjų europiečių (15–34 metų amžiaus) yra nors kartą gyvenime vartoję kanapių, 12,5 proc. vartojo šį narkotiką per praeitus metus, o 6,8 proc. – per praeitą mėnesį. Apskaičiuota, kad 15–24 metų amžiaus grupėje kanapes per praeitus metus ar praeitą mėnesį vartojo dar daugiau europiečių – atitinkamai 15,9 proc. ir 8,3 proc. Nacionalinio kanapių vartojimo paplitimo įverčiai tam tikrose šalyse gerokai skiriasi pagal visus paplitimo matavimus; šalys, kuriose šio narkotiko vartojimas yra labiausiai paplitęs, nurodo iki dešimties kartų didesnius skaičius negu šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias.

Nors įvairiose šalyse pastebima didelių skirtumų, kanapes vartojančių vyrų paprastai yra daugiau negu moterų (žr. EMCDDA, 2006a). Pavyzdžiui, vyrų ir moterų, kurie nurodė pastaraisiais metais vartoję kanapių, santykis svyravo nuo 6,4:1 Portugalijoje iki 1,4:1 Austrijoje.

Kanapių vartojimas tarp moksleivių

ESPAD apklausos ⁽⁴⁹⁾ parūpina palyginamų duomenų apie alkoholio ir narkotikų vartojimą tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių Europoje (Hibell *et al.*, 2009). 2007 m. apklausa atlikta 25 ES valstybėse narėse, taip pat Norvegijoje ir Kroatijoje. Tam tikros šalys (pvz., Ispanija, Švedija, Jungtinė Karalystė) pačios atlieka nacionalines apklausas mokyklose. Šių šalių duomenys, įskaitant ir apie kanapių vartojimą, panašūs į ESPAD ir HBSC (Mokyklinio amžiaus vaikų elgesio sveikatingumo tyrimas) apklausų duomenis.

⁽⁴⁷⁾ Dėl duomenų apie stiprumą ir kainas žr. 2009 m. statistikos biuletenio PPP-1 ir PPP-5 lenteles.

⁽⁴⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-1 pav.

⁽⁴⁹⁾ Žr. langelį apie gyventojų apklausas, p. 42.

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

Narkotikų vartojimas tarp visų gyventojų arba moksleivių gali būti vertinamas atliekant reprezentatyvias apklausas, iš kurių galima įvertinti per tam tikrą laiką tarpą konkrečius narkotikus vartojusiųjų procentą. Apklausos taip pat suteikia naudingos susijusios informacijos apie vartojimo būdus, socialines ir demografines vartotojų charakteristikas bei rizikos ir prieinamumo suvokimą.

EMCDDA, glaudžiai bendradarbiaudamas su nacionaliniais ekspertais, parengė bendrus pagrindinius klausimus („Europos pavyzdinį klausimyną“ (angl. *European Model Questionnaire*, EMQ)) suaugusiųjų apklausoms atlikti. Šis protokolas jau taikomas daugumoje ES valstybių narių. Tačiau vis dar yra taikomos metodikos skirtumų, duomenys renkami ne tais pačiais metais, todėl nedidelius skirtumus, ypač tarp įvairių šalių, reikėtų vertinti atsargiai.

Atlikti apklausas brangu, tad duomenis kiekvienais metais renka nedaug Europos šalių, nors dauguma juos renka intervalais nuo dviejų iki ketverių metų. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys paimti iš pačių naujausių apklausų kiekvienoje šalyje, daugiausia tai 2004–2007 m. atliktos apklausos.

Pateikiant apklausų duomenis, narkotikų vartojimas paprastai vertinamas pagal tris standartinius laiko matmenis, plačiausias iš kurių – kurio nors narkotiko vartojimas mažiausiai kartą gyvenime. Šis rodiklis neparodo esamos narkotikų vartojimo padėties tarp suaugusiųjų, bet jis gali būti naudingas siekiant perprasti vartojimo būdus ir paplitimą. Suaugusiesiems EMCDDA taiko šiuos standartinius amžiaus intervalus – 15–64 metai (visi suaugusieji) ir 15–34 metai (jauni suaugusieji), o daugiausia dėmesio skiriama praėjusių metų ir praėjusio mėnesio laiko matmenims (vartota per pastaruosius 12 mėnesių arba pastarąsias 30 dienų iki apklausos) ⁽¹⁾. Moksleiviams taikomi panašūs vartojimo mažiausiai kartą gyvenime ir per praėjusius metus rodikliai, nes neteisėtų narkotikų vartojimo nesulaukus 15 metų atvejų pasitaiko retai.

Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo projekte Europos mokyklose (angl. ESPAD) narkotikų ir alkoholio vartojimui reprezentatyviose 15–16 metų moksleivių imtyse įvertinti taikomi standartizuoti metodai ir priemonės. Apklausos atliktos 1995, 1999, 2003 ir 2007 metais. 2007 m. duomenys rinkti 35 šalyse, įskaitant 25 ES valstybes nares, Norvegiją ir Kroatiją ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Daugiau informacijos ieškokite <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ 2007 m. ESPAD apklausos pagrindinių rezultatų santrauka pateikta 23 kalbomis interneto svetainėje <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>. Su išsamia ataskaita galima susipažinti internete ESPAD interneto svetainėje (<http://www.espad.org>).

2007 m. ESPAD duomenys rodo, kad didžiausias kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių yra Čekijoje (45 proc.) ⁽⁵⁰⁾; Estijos, Prancūzijos, Nyderlandų, Slovakijos ir Jungtinės Karalystės nurodyti paplitimo lygiai svyruoja nuo 26 iki 32 proc. Penkiolika šalių nurodo kanapių vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo lygius 13–25 proc. intervale. Mažiausius lygius (mažiau nei 10 proc.) nurodo Graikija, Kipras, Rumunija, Suomija, Švedija ir Norvegija. Apskritai kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp moksleivių berniukų ir mergaičių mažai skiriasi.

Apie didžiausią kanapių vartojimo per praeitą mėnesį paplitimą tarp 15–16 metų amžiaus jaunimo Europoje pranešė Ispanija (20 proc.) ir Čekija (18 proc.) ⁽⁵¹⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Europos šalių skaičius galima palyginti su kitų pasaulio šalių skaičiais. Pavyzdžiui, Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikus nacionalinę apklausą dėl narkotikų vartojimo ir sveikatos (Samhsa, 2007), apskaičiuota, kad kanapių bent kartą gyvenime yra bandę 49 proc. jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus, perskaičiuota EMCDDA), o pastaraisiais metais šį narkotiką vartojo 21 proc. apklaustųjų. Kanadoje (2004 m.) iš tos pačios amžiaus grupės kanapių mažiausiai kartą gyvenime bandę 58 proc., o per praeitus metus – 28 proc.; Australijoje (2007 m.) šie skaičiai buvo atitinkamai 47 ir 16 proc. Visi šie procentai didesni negu atitinkami Europos vidurkiai – atitinkamai 31,1 ir 12,5 proc.

Kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimo tarp moksleivių lygius, kurie panašūs į nustatytus JAV ir Australijoje, nurodo tik Ispanija ir Čekija.

Kanapių vartojimo tendencijos

EMCDDA pateikti nacionalinių apklausų duomenys rodo, kad XX a. 10-ąjį dešimtmetį kanapių vartojimas labai išplito beveik visose ES šalyse, ypač tarp jaunimo (3 pav.) ir moksleivių. Iki šimtmečio pabaigos daugumoje Europos šalių narkotiką buvo vartoję ar vartojo didelė jaunimo dalis – kaip rodo turimi duomenys, nuo 1998 iki 2003 m. kanapių mažiausiai kartą gyvenime vartojusiųjų 15–34 metų amžiaus grupėje padaugėjo ir sudarė maždaug 30 proc. septyniose šalyse, o dar dviejose viršijo 40 proc. ribą. Atitinkami kanapių vartojimo per praeitus metus lygiai šioje amžiaus grupėje septyniose šalyse siekė net 15–20 proc., o vartojimo per praeitą mėnesį paplitimas šešiose šalyse sudarė 8–15 proc.

Ypač įdomi kanapių vartojimo tendencija Jungtinėje Karalystėje. XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžioje ir viduryje ši šalis išsiskyrė iš kitų Europos šalių didžiausiais

⁽⁵⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (ii dalį).

⁽⁵¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (i dalį).

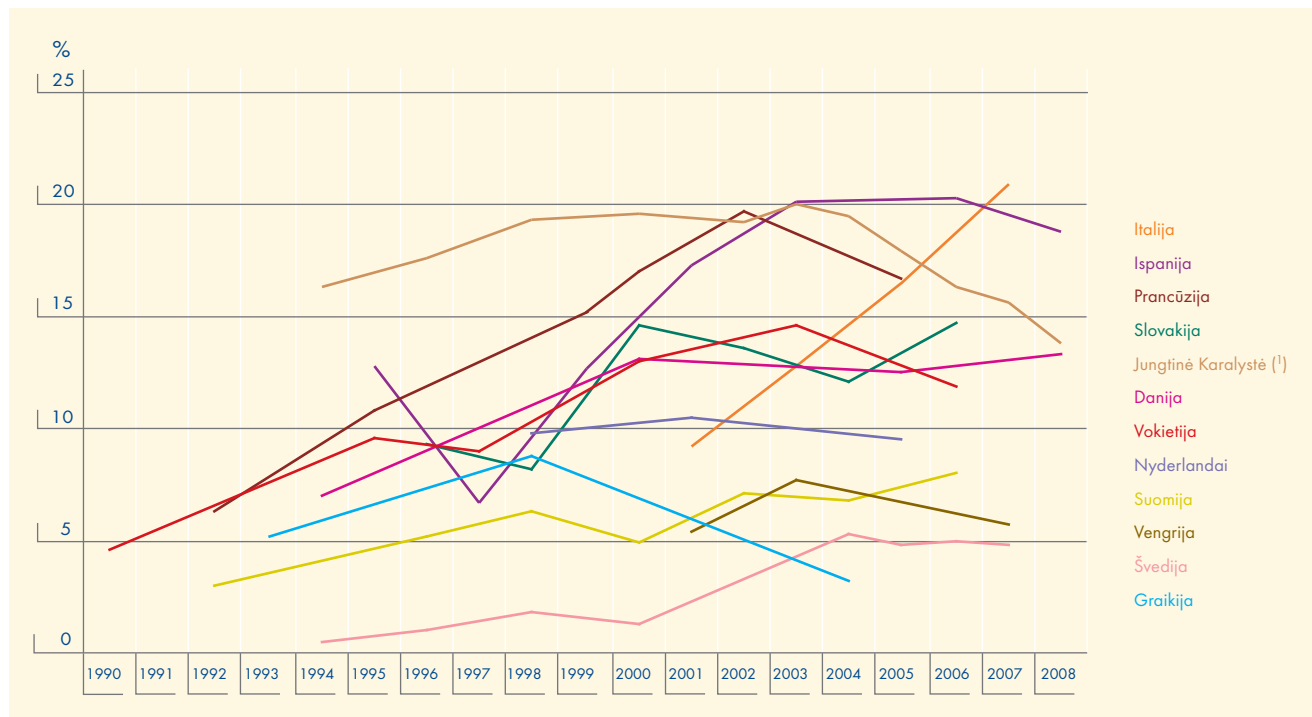
3 lentelė. Kanapių vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus	Per praėjusį mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	74 mln.	22,5 mln.	12 mln.
Europos vidurkis	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Intervalas	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarija (5,6 %) Kipras (6,6 %)	Rumunija (0,4 %) Malta (0,8 %) Graikija (1,7 %) Bulgarija (1,9 %)	Rumunija (0,1 %) Malta (0,5 %) Švedija (0,6 %) Lietuva (0,7 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Danija (38,6 %) Italija (31,2 %) Prancūzija (30,6 %) Jungtinė Karalystė (30,0 %)	Italija (14,6 %) Ispanija (10,1 %) Čekija (9,3 %) Prancūzija (8,6 %)	Italija (7,2 %) Ispanija (7,1 %) Prancūzija, Čekija (4,8 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	41,5 mln.	17 mln.	9 mln.
Europos vidurkis	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Intervalas	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (2,9 %) Malta (4,8 %) Kipras (9,9 %) Graikija (10,8 %)	Rumunija (0,9 %) Malta (1,9 %) Graikija (3,2 %) Kipras (3,4 %)	Rumunija (0,3 %) Švedija (1,3 %) Graikija, Lietuva (1,5 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Danija (48,0 %) Prancūzija (43,6 %) Jungtinė Karalystė (40,1 %) Čekija (38,3 %)	Italija (20,9 %) Čekija (19,3 %) Ispanija (18,8 %) Prancūzija (16,7 %)	Ispanija (13,4 %) Italija (10,4 %) Čekija, Prancūzija (9,8 %)
15–24 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	19 mln.	10 mln.	5 mln.
Europos vidurkis	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Intervalas	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (3,7 %) Malta (4,9 %) Kipras (6,9 %) Graikija (9,0 %)	Rumunija (1,5 %) Graikija, Kipras (3,6 %) Švedija (6,0 %) Portugalija (6,6 %)	Rumunija (0,5 %) Graikija (1,2 %) Švedija (1,6 %) Kipras, Lietuva (2,0 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (43,9 %) Prancūzija (42,0 %) Danija (41,1 %) Vokietija (39,0 %)	Čekija (28,2 %) Ispanija (24,1 %) Italija (22,6 %) Prancūzija (21,7 %)	Ispanija (16,9 %) Čekija (15,4 %) Prancūzija (12,7 %) Italija (11,5 %)
Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (334 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (133 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (63 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamas duomenis galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio skiltyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.			

paplitimo įverčiais. Ši padėtis laipsniškai pasikeitė, nes vartojimo lygiai kitose šalyse padidėjo. Be to, kanapių vartojimas Jungtinėje Karalystėje nuosekliai mažėja nuo maždaug 2003 m., ypač 16–24 metų amžiaus grupėje⁽⁵²⁾, o tai galėtų reikšti kartų kaitą. Mažėjimo ar

stabilizavimosi tendencijų dabar galima matyti ir kitur, tai rodo ir apklausų mokyklose, ir tam tikrų bendrųjų gyventojų apklausų duomenys. Iš vienuolikos šalių, kurių vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų 2002–2007 m. tendenciją galima

⁽⁵²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-10 pav.

3 pav. Kanapių vartojimo pastaraisiais metais paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos

⁽¹⁾ Anglija ir Velsas.

Pastaba. Daugiau informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-4 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2008 m.), paimta iš gyventojų apklausų, ataskaitų ar mokslinių straipsnių.

išanalizuoti, keturiose vartojusiųjų sumažėjo ne mažiau kaip 15 proc., palyginti su pradiniu lygiu, o dar keturiose padėtis atrodo stabili⁽⁵³⁾. Trijose šalyse paplitimo lygiai padidėjo ne mažiau kaip 15 proc., nors kiti duomenys verčia suabejoti šia augimo tendencija.

Tendencijos tarp moksleivių

Kaip ir suaugusiųjų atveju, 1995–2003 m. kanapių vartojimas tarp moksleivių daugelyje Europos šalių padidėjo, bet pastaruoju metu vartojimo augimas apskritai liovėsi arba sumažėjo. Apie didesnę nei trijų procentinių punktų kanapių vartojimo mažiausią kartą gyvenime lygio padidėjimą nuo 2003 m. pranešė tik dvi EMCDDA stebėtos šalys, dalyvavusios 2007 m. ESPAD apklausose mokyklose (Lietuva, Slovakija), o devynios šalys pranešė apie lygiavertį sumažėjimą tuo laikotarpiu⁽⁵⁴⁾. Jungtinėse Valstijose ir Australijoje atliktų apklausų mokyklose duomenys taip pat rodo mažėjimo tendenciją, kuri pirmą kartą pastebėta Australijoje 1999 m.⁽⁵⁵⁾

Nuo 1995 iki 2007 m. Europoje pastebimi skirtingi kanapių vartojimo tarp moksleivių laiko tendencijų modeliai (4 pav.). Septynios šalys, daugiausia Šiaurės ir

Pietų Europoje (Graikija, Kipras, Malta, Rumunija, Suomija, Švedija, Norvegija), nurodė, kad kanapių vartojimo mažiausią kartą gyvenime paplitimas visu laikotarpiu apskritai buvo stabilus ir nedidelis. Daugelyje Vakarų Europos šalių, taip pat Kroatijoje ir Slovėnijoje, kuriose kanapių vartojimo mažiausią kartą gyvenime paplitimas iki 2003 m. buvo didelis arba sparčiai didėjo, 2007 m. paplitimo lygis sumažėjo arba stabilizavosi. Devynios iš šių vienuolikos šalių nurodė, kad paplitimas sumažėjo daugiau nei trimis procentiniais punktais, o dar dviejose paplitimo lygis tebėra pastovus. Daugumoje Vidurio ir Rytų Europos šalių padėtis kiek skiriasi – šiose šalyse nuo 1995 iki 2003 m. laikėsi paplitimo augimo tendencija, kaip atrodo, jau nusistovi. Šešios šio regiono šalys nurodo, kad padėtis stabili, o dvi praneša, kad padidėjimas viršijo tris procentinius punktus⁽⁵⁶⁾.

Kai kuriose Europos šalyse kartu su kanapių vartojimo mažiausią kartą gyvenime paplitimo tarp moksleivių augimu 1995–2003 m. augo ir cigarečių rūkymo mažiausią kartą gyvenime paplitimas. Nuo 2003 m. abi tendencijos daugumoje šalių pasikeitė į priešingąsias, o tai rodo galimą tabako ir kanapių rūkymo jaunimo tarpe sąsają⁽⁵⁷⁾.

⁽⁵³⁾ Nesant tikslų metų duomenų, panaudota ankstesnių arba paskesnių metų informacija.

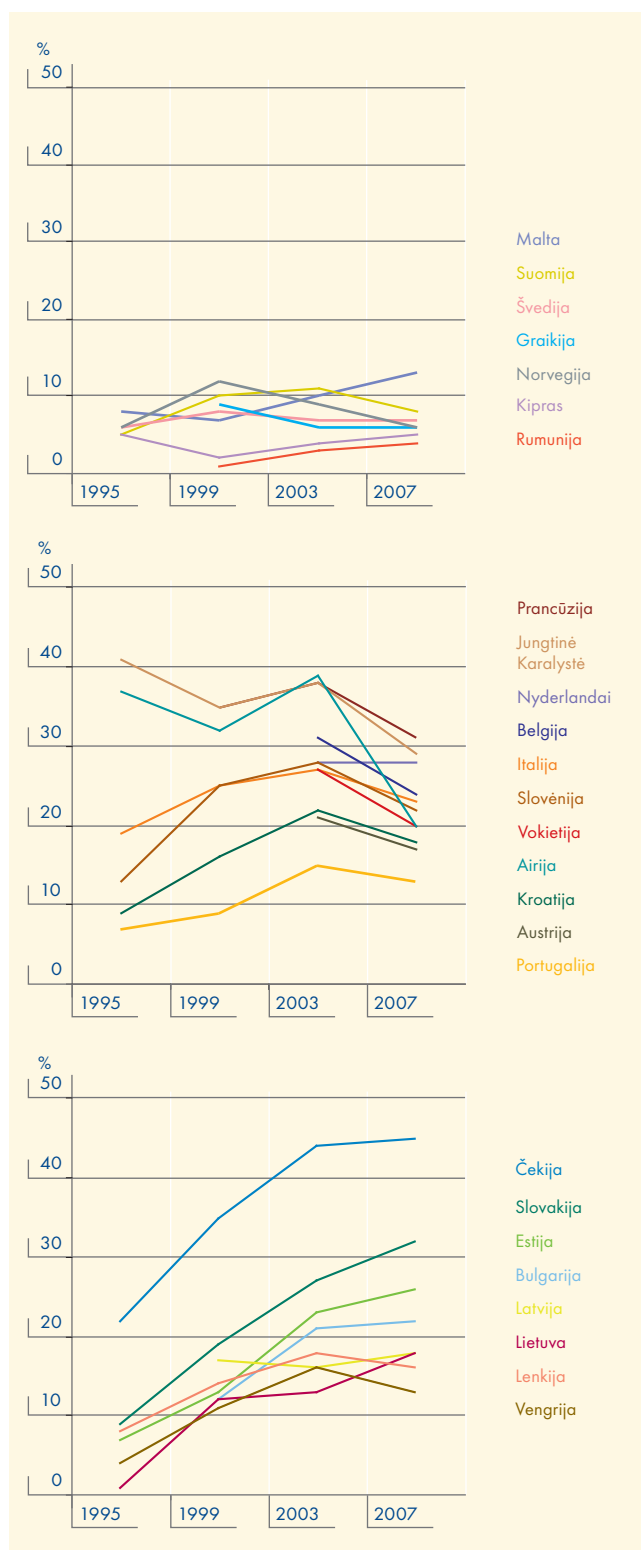
⁽⁵⁴⁾ ESPAD laiko didesnę nei trijų procentinių punktų padidėjimą arba sumažėjimą pokyčio požymiu.

⁽⁵⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (xii dalį).

⁽⁵⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (xiii dalį).

⁽⁵⁷⁾ Žr. pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo.

4 pav. Įvairūs kanapių vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp 15–16 metų moksleivių tendencijų modeliai



Šaltiniai: ESPAD.

Kanapių vartojimo būdai

Turimi duomenys rodo, kad kanapės vartojamos įvairiai. Tik 30 proc. kada nors kanapes vartojusių 15–64 metų amžiaus asmenų jas vartojo praeitais metais ⁽⁵⁸⁾. Tačiau vidutiniškai 50 proc. praeitais metais narkotiką vartojusių asmenų jį vartojo praeitą mėnesį, o naujausi moksliniai tyrimai rodo, kad pakartotinis šios medžiagos vartojimas gali ilgą laiką išlikti nepakitęs net tarp jaunesnių vartotojų (Perkonigg, 2008).

Intensyvaus ir ilgalaikio narkotikų vartojimo būdų paplitimo įvertinimas yra svarbi visuomenės sveikatos problema, nes vartojimas susijęs su neigiamais padariniais, tokiais kaip kvėpavimo sistemos ligos, nepažangumas ar priklausomybė (Hall ir Solowij, 1998). Kasdienis arba beveik kasdienis vartojimas (vartojant 20 ar daugiau dienų iš pastarųjų 30 dienų) šiuo metu yra geriausias turimas lyginamasis intensyvaus vartojimo rodiklis. Duomenys apie šį kanapių vartojimo būdą Europoje buvo surinkti 2007–2008 m. atliekant EMCDDA koordinuojamą bandymą bendradarbiaujant su nacionaliniais ekspertais ir 13 šalių, kurioms tenka 77 proc. suaugusiųjų ES gyventojų (15–64 metų amžiaus) „Reitox“ informacijos biurais. Pagal šiuos duomenis apskaičiuota, kad kasdien arba beveik kasdien kanapes vartoja daugiau nei 1 proc. visų suaugusiųjų europiečių, t. y. apie 4 mln. Dauguma šių kanapių vartotojų – apie 3 mln. – yra nuo 15 iki 34 metų amžiaus, o tai sudaro apytiksliai 2–2,5 proc. visų šios amžiaus grupės europiečių ⁽⁵⁹⁾.

Intensyvaus kanapių vartojimo tendencijas dėl duomenų stokos sunku įvertinti. Keturios (Ispanija, Prancūzija, Italija, Portugalija) iš septynių šalių, teikiančių duomenis apie naujausias tendencijas, nurodė, kad kasdienio kanapių vartojimo paplitimas padidėjo, viena (Airija) nurodė, kad padėtis nepakito, ir tik dvi pranešė, kad tokio vartojimo paplitimas sumažėjo (Graikija, Nyderlandai) ⁽⁶⁰⁾. Šie rezultatai rodo, kad intensyviai kanapes vartojančiųjų skaičius Europoje per pastarąjį dešimtmetį galbūt apskritai padidėjo.

Net jeigu gali atrodyti, kad kanapių vartojimas nėra toks apsunkinantis, o jo padariniai ne tokie rimti kaip padariniai, kartu siejami su kai kuriomis kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis (pvz., heroinu ar kokainu), priklausomybė nuo kanapių vis labiau pripažįstama kaip vienas iš galimų reguliaraus šio narkotiko vartojimo padarinių. Vis dėlto, kadangi kanapes reguliariai vartoja palyginti didesnė gyventojų dalis, bendras intensyvaus kanapių vartojimo būdų poveikis visuomenės sveikatai gali būti reikšmingas.

⁽⁵⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-2 pav.

⁽⁵⁹⁾ Pateikti Europos vidurkiai yra apytikriai apskaičiavimai, grindžiami svertiniais informacijų pateikusių šalių vidurkiais (gyventojų); vidurkis priskiriamas šalims, kurios nepateikė informacijos. Gauti šie skaičiai: 1,2 proc. visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus) ir 2,3 proc. jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus). Žr. 2008 m. statistikos biuletenio GPS-7 lentelę.

⁽⁶⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-7 lentelę.

Vartotojai, ypač intensyviai vartojantys narkotiką, taip pat gali turėti problemų, nors nebūtinai atitinka klinikinius priklausomybės kriterijus.

Tyrimai rodo, kad priklausomybės nuo kanapių vystymasis ne toks staigus kaip kitų narkotikų (pvz., kokaino) atveju, o tarp vartojusiųjų ši narkotiką mažiausiai kartą gyvenime asmenų, kuriems kada nors gali išsivystyti priklausomybė, dalis gali būti mažesnė kaip 10 proc. (Wagner ir Anthony, 2002). Remiantis Jungtinėse Valstijose atliktos bendros gyventojų apklausos duomenimis, priklausomybė nustatyta maždaug 20–30 proc. kasdienių vartotojų ⁽⁶¹⁾. Kiti tyrimai rodo, kad priklausomybė nuo kanapių ilgainiui gali būti palyginti stabili (Swift *et al.*, 2000). Vis dėlto, turbūt daugiau nei pusė priklausomų nuo kanapių vartotojų, kurie nustoja vartoti šį narkotiką, gali tai padaryti be gydymo (Cunningham, 2000; Ellingstad *et al.*, 2006).

Kanapių vartojimo būdai tarp moksleivių

2007 m. ESPAD apklausų duomenys taip pat rodo, kad kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime susijęs su mažesnio šio narkotiko pavojingumo ir didesnio jo prieinamumo suvokimu ⁽⁶²⁾. Palyginti su bendra moksleivių populiacija, tikimybė, kad kanapių vartotojai vartos alkoholi, tabaką ir kitus neteisėtus narkotikus, yra didesnė ⁽⁶³⁾.

Nauji ESPAD tyrimo duomenys taip pat šiek tiek nušviečia intensyvesnio kanapių vartojimo būdus. Dešimtyje Europos šalių vartoja kanapes 40 ar daugiau kartų nurodė 5–12 proc. 15–16 metų amžiaus moksleivių berniukų. Ši dalis buvo mažiausiai dukart didesnė už atitinkamą dalį, nustatytą tarp moksleivių mergaičių, ir tai paremia kitus duomenis, rodančius, kad intensyvaus vartojimo būdai dažniau nustatomi tarp vyriškosios lyties jaunuolių. Ankstyvoji vartojimo pradžia siejama su vėlesniu intensyvesnių ir problemiškesnių narkotikų vartojimo formų išsivystymu. Daugumoje iš dešimties šalių, kuriose dažno vartojimo rodikliai gana dideli, 5–9 proc. moksleivių nurodė pradėję vartoti kanapes būdami 13 metų ar jaunesni ⁽⁶⁴⁾.

Gydymas

Gydymo paklausa

Iš visų besikreipusiųjų gydymo 2007 m. (73 000 pacientų) maždaug 20 proc. sudarė pacientai, kuriems kanapės buvo pagrindinis narkotikas, dėl kurio jiems reikėjo gydytis; taigi šiuo požiūriu kanapės užėmė antrą vietą po heroino.

Probleminių kanapių vartojimo formų vertinimo per bendrąsias gyventojų apklausas trumposios skalės

Esama įrodymų, kad priklausomybę nuo kanapių tarp visų gyventojų galima įvertinti taip pat patikimai, kaip ir gydytų vartotojų imtyse, įskaitant vartojimo nutraukimo simptomų įvertinimą (Mennes *et al.*, 2009). Todėl EMCDDA, bendradarbiaudama su keliomis šalimis, kuria intensyvesnių ir labiau pasireiškiančių ilgalaikio kanapių vartojimo būdų stebėsenos metodus.

Per kelerius pastaruosius metus išbandyta įvairių metodikų, kaip per bendrąsias gyventojų apklausas nustatyti intensyvių ir probleminių narkotikų vartojimo, daugiausia kanapių vartojimo, formų paplitimą. Vokietijos ekspertai išnagrinėjo literatūrą ir šioje srityje šiuo metu atliekamą darbą ir nustatė keturias trumpąsias kanapių skales, kurios išbandytos gyventojų imtyse Europoje. Tai priklausomybės sunkumo skalė (angl. SDS), probleminis marihuanos vartojimas (angl. PUM), piktnaudžiavimo kanapėmis nustatymo testas (angl. CAST) ir su kanapių vartojimu susijusių sutrikimų nustatymo testas (angl. CUDIT) (Piontek *et al.*, 2008). Šios skalės apima nuo keturių iki dešimties punktų, o jų psichometrinės savybės (pvz., jų gebėjimas nuosekliai atskirti tam tikrus atvejus ir laikytis pageidaujamos priklausomybės nuo kanapių ar problemų koncepcijos), kaip iš viso nustatyta, yra labai geros.

Tačiau šioje srityje tebėra tam tikrų sunkumų, nes nėra sutarimo, kuris konstruktas (pvz., priklausomybė, piktnaudžiavimas, žalingas vartojimas, su vartojimu susijusios problemos) ar konstrukto rinkinys turėtų būti vertinamas probleminiams kanapių vartojimo būdams įvertinti. Taip pat yra ir sunkumų dėl apskaičiavimų, nes vertinant nedidelio paplitimo reiškinį, gali būti nustatyta daug „klaidingai teigiamų“ atvejų, todėl probleminio kanapių vartojimo mastas tarp gyventojų gali būti pervertintas. Papildomi patvirtinimo tyrimai, kurie šiuo metu atliekami ar planuojami, galėtų padėti įveikti šiuos sunkumus.

Tačiau šie skaičiai šalyse gerokai skiriasi: Bulgarija, Lietuva ir Slovėnija nurodo, kad kanapės yra pagrindinis narkotikas mažiau nei 5 proc. jų pacientų, o Danijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Turkijoje šis rodiklis viršija 30 proc. Šiuos skirtumus galima paaiškinti kanapių vartojimo paplitimu, gydymo nuo narkomanijos poreikiais, gydymo teikimu ir organizavimu ar siuntimų gydytis praktika. Dviejose šalyse, kuriose kanapių vartotojų pacientų dalys didžiausios, būtent Prancūzijoje veikia konsultaciniai centrai, skiriantys daugiausia dėmesio jauniems narkotikų vartotojams, o Vengrijoje kanapių

⁽⁶¹⁾ 2000–2006 m. Jungtinių Amerikos Valstijų nacionalinių gyventojų apklausų duomenų analizė. Nacionalinių apklausų dėl narkotikų vartojimo ir sveikatos duomenų analizės priemonė internete <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, prisijungta 2008 m. vasario 25 d. ir išanalizuota taikant kintamuosius MJDAY30A (ar vartota marihuanos (hašišo) per pastarąsias 30 dienų) ir DEPNDMRJ (priklausomybė nuo marihuanos per pastaruosius metus).

⁽⁶²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (v dalį) ir (vi dalį).

⁽⁶³⁾ Žr. pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo.

⁽⁶⁴⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (iii dalį) ir (vii dalį).

virtotojams nusikaltėliams vietoj bausmės siūlomas gydymas nuo narkomanijos. Abiejose šiose šalyse baudžiamojo teisingumo institucijos atlieka svarbų vaidmenį siunčiant gydytis, bet abi valstybės narės nurodo, jog dauguma gydytis pradedančių kanapių vartotojų Europoje daro tai savo iniciatyva.

Pacientai, pradedantys gydytis ambulatoriniuose centruose dėl kanapių vartojimo, dažnai taip pat nurodo vartojantys kitus narkotikus. Remiantis 14 šalių surinktais duomenimis, 85 proc. iš jų vartoja kitokį narkotiką, daugiausia alkoholį (65 proc.) arba kokainą (13 proc.), o kai kurie teigia vartojantys ir alkoholį, ir kokainą (12 proc.) ⁽⁶⁵⁾.

Naujų nuo narkomanijos pirmą kartą gydomų pacientų tendencijos

Devyniolikoje šalių, apie kurias turima duomenų, kanapių vartotojų, nurodančių kanapes kaip pagrindinį narkotiką, skaičius ir dalis tarp pirmą kartą gydytis pradedančių pacientų 2002–2007 m. padidėjo nuo maždaug 19 000 iki 34 000 (nuo 25 proc. iki 31 proc.) ⁽⁶⁶⁾. Tačiau panašu, kad 2006–2007 m. ši tendencija nutrūko, nes dauguma šalių pranešė, kad naujų kanapių vartotojų pacientų dalis sumažėjo arba liko tokia pati. Tai gali būti susiję su naujomis kanapių vartojimo tendencijomis, tačiau taip pat gali atspindėti pranešimų teikimo praktikos pokyčius, pernelyg didelę tarnybų pajėgumų apkrovą ar kitų tarnybų naudojimą (pvz., pirminės sveikatos priežiūros, psichikos sveikatos priežiūros).

Pacientų charakteristikos

Ambulatoriškai pradedantys gydytis kanapių vartotojai Europoje dažniausiai esti jauni, vidutiniškai 25 metų amžiaus, vyrai; vyrų ir moterų santykis – 5,5:1 ⁽⁶⁷⁾. Tarp narkotikų vartotojų, pradedančių gydytis ambulatoriškai pirmą kartą, kanapes, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo 67 proc. 15–19 metų amžiaus pacientų ⁽⁶⁸⁾ ir 78 proc. jaunesnių kaip 15 metų amžiaus pacientų.

Apskritai 24 proc. gydytis ambulatoriškai pradedančių kanapių vartotojų, kuriems kanapės yra pagrindinis vartojamas narkotikas, vartoja jį retkarčiais, juos tikriausiai dažnai siunčia gydytis baudžiamojo teisingumo institucijos; 12 proc. vartoja kanapes kartą per savaitę ar rečiau, maždaug 18 proc. vartoja jas 2–6 kartus per savaitę, o 47 proc. vartoja kanapes kasdien ir sudaro problemiškesnią grupę. Tarp šalių pastebima reikšmingų skirtumų. Vengrijoje, Rumunijoje ir Kroatijoje dauguma kanapes vartojančių pacientų vartoja narkotiką retkarčiais,

o Belgijoje, Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Maltoje ir Nyderlanduose dauguma vartoja kanapes kasdien ⁽⁶⁹⁾. Per specializuotų konsultacinių centrų lankytojų Prancūzijoje atliktą tyrimą nustatyta, kad 63 proc. kanapių vartotojų, vartojančių šį narkotiką kasdien, yra nuo jo priklausomi (Obradovic, 2008).

Daugelis kanapes vartojančių pacientų vis dar mokosi ir turi nuolatinę gyvenamąją vietą (EMCDDA, 2008a). Tačiau Prancūzijoje technikos mokyklas lankė 34 proc. kanapes vartojančių pacientų, o tarp visų gyventojų šis dydis sudarė 6,8 proc. (Obradovic, 2008); tai rodo žemesnį išsilavinimo lygį.

Kanapių vartojimo ir gretutinių psichiatrinių sutrikimų santykio klausimas tebėra neišspręstas ir yra sudėtingas (EMCDDA, 2008a). Tačiau per tyrimus nustatyta, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintiems žmonėms, ypač sergantiems šizofrenija, kyla didesnis pavojus imti intensyviai vartoti kanapes (Henquet *et al.*, 2005). Ir turima aiškių įrodymų, kad kanapių vartojimas gali pakenkti jau iš anksčiau psichikos sveikatos problemų turėjusiems asmenims (ACMD, 2008). Kovos su narkotikais tarnyboms gali būti gana įprasta matyti paauglius, kurie siunčiami gydytis dėl su kanapių vartojimu susijusių problemų ir kurie turi esminių psichikos sveikatos problemų (Schroder *et al.*, 2008). Taip gali nutikti dėl to, kad jie gali nesikreipti į bendras psichikos sveikatos priežiūros tarnybas arba gali negauti jose savo sutrikimams tinkamo gydymo (Zachrisson *et al.*, 2006).

Gydymas

Pagal specialiąsias kanapių vartotojams skirtas gydymo programas gali būti teikiamos šios grupės poreikiams pritaikytos paslaugos ir taip pat gali būti sumažintas pavojus, jog jauni žmonės gali patekti į vieną grupę su problemiškesniais ir vyresniais narkotikų vartotojais. 2008 m. EMCDDA surinko duomenis apie tokių programų buvimą Europoje. Nacionaliniai ekspertai pranešė, kad jų yra 13 iš 25 duomenis pateikusių šalių (5 pav.). Paslaugų prieinamumas įvairiose šalyse nėra vienodas. Apskaičiuota, kad Prancūzijoje, Graikijoje ir Slovėnijoje specialųjį gydymą gautų beveik visi dėl jo besikreipiantys, Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje – daugiau nei pusė jų, o kitose aštuoniose šalyse – tik jų mažuma. Iš dvylikos šalių, nurodžiusių, kad specialiųjų programų kanapių vartotojams nėra, Bulgarija, Čekija, Estija, Kipras, Rumunija ir Turkija planuoja jas parengti per ateinančius trejus metus.

⁽⁶⁵⁾ Žr. pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo.

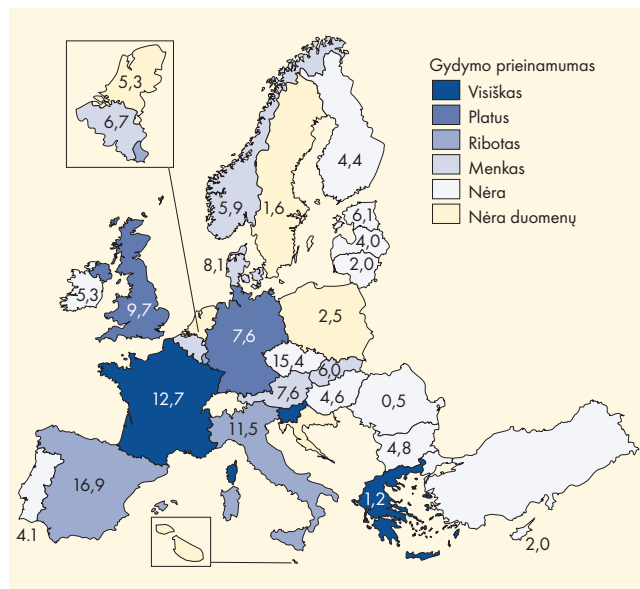
⁽⁶⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-1 ir TDI-2 pav. ir lenteles TDI-3 (iv dalį) ir TDI-5 (ii dalį).

⁽⁶⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-21 lentelę (ii dalį).

⁽⁶⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-10 lentelės (iv dalį) ir (vi dalį).

⁽⁶⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-18 (i dalį) ir TDI-111 (viii dalį).

5 pav. Kanapių vartotojams skirtos specialiosios gydymo programos ir kanapių vartojimo per praeitą mėnesį paplitimas (%) tarp 15–24 metų amžiaus jaunimo



Pastaba. Prieinamumą rodo nustatyta dalis kanapių vartotojų, kuriems reikia gydymo ir kurie gali jį gauti: beveik visi (visiškas), dauguma, bet ne beveik visi (platus), daugiau nei keletas, bet ne dauguma (ribotas), vos keletas (menkas), gydymas neprieinamas.

Duomenis apie specialiųjų gydymo programų buvimą pateikė nacionaliniai ekspertai, įvertinę, kiek gydymo pajėgumas atitinka paklausą tarp gydytis aktyviai siekiančių kanapių vartotojų. Pagal specialiąsias programas gali būti užtikrintas struktūrinis gydymas probleminiams kanapių vartotojams, parama artimiesiems, teikiamos konsultacijos neprobleminiams kanapių vartotojams arba jauniems nusikaltėliams. Tokios programos, kaip pranešama, egzistuoja Nyderlanduose, bet duomenų apie jų prieinamumą nėra. Kanapių vartojimo per praeitą mėnesį paplitimas tarp 15–24 metų amžiaus jaunimo rodo, kokia jaunų žmonių dalis gali susidurti su tokiomis programomis. Jis neparodo gydymo poreikio ar probleminio kanapių vartojimo lygio tam tikroje šalyje.

Dėl papildomos informacijos apie paplitimą žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-16 lentelę.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Kanapių vartotojams skirtos gydymo programos Europoje

Graikijoje Kovos su narkotikais organizacijos (OKANA) paauglių skyriai įgyvendina ankstyvosios intervencijos programą, skirtą narkotikų bandžiusiems ar retkarčiais juos vartojantiems kanapių vartotojams, o intensyviai narkotiką vartojantiems ir probleminiams vartotojams teikiamas labiau struktūrinis gydymas. Gydymas daugiausia pagrįstas sistetine ir šeimos terapija.

Prancūzijoje apie 275 visoje šalyje veikiančiuose specialiuosiuose konsultaciniuose centruose teikiama jauniems narkotikų vartotojams (daugiausia kanapių), jauniems nusikaltėliams ir jų giminėms informacija apie prevenciją ir parama bei įgyvendinamos trumpalaikės intervencinės priemonės. Jei nustatomas probleminis

narkotikų vartojimas (pvz., priklausomybė) arba ūmūs gretutiniai susirgimai, pacientai nukreipiami į specializuotas tarnybas.

Austrijoje keletas konsultacinių centrų (pvz.: „ChEck it!“, „B.I.T.“, „Clean Bregenz“) laikosi specialiųjų jauniems kanapių vartotojams skirtų koncepcijų, kurių tikslas – atskirti juos nuo kitų gydymo programų dalyvių, daugiausia opioidų vartotojų, ir įtraukti jų giminės ir draugus į konsultavimo ar gydymo procesą.

Vokietijoje, interneto tinklalapiu paremta kanapių vartojimo nutraukimo programa „Mesk tą mėšlą“ („Quit the shit“) ⁽⁷⁰⁾ perkelta į 12 konsultavimo narkotikų klausimais centrų septyniose federalinėse žemėse. Pagal programą FRED (žr. 2 skyrių) pacientams, kuriuos siunčia baudžiamojo teisingumo institucijos, siūlomos motyvacinės apklausa pagrįstos konsultacijos. Dreždene šiuo metu įgyvendinama CANDIS – dėl kanapių vartojimo sutrikimų turintiems pacientams skirta gydymo programa, paremta motyvacijos didinimu, pažintine elgesio terapija bei psichologinių problemų sprendimu. Įvertinus šią programą, nustatyta teigiamų rezultatų, ir, remiantis dar dešimtyje centrų šiuo metu atliekamo paskesnio tyrimo išvadomis, bus nuspręsta, ar ji bus įgyvendinama ir kitur.

Belgija, Vokietija, Prancūzija, Nyderlandai ir Šveicarija taip pat bendradarbiauja ir atlieka tarptautinį tyrimą INCANT, per kurį tiriama visiško probleminio kanapių vartojimo gydymo šeimoje veiksmingumas.

Šios srities mokslinėje literatūroje nurodoma, kad tam tikros psichoterapijos rūšys, pvz., motyvacinė terapija bei pažintinė elgesio terapija, yra veiksmingos gydant kanapių vartotojus, tačiau nenustatyta, jog kuri nors terapijos forma būtų veiksmingesnė už kitas (Nordstrom ir Levin, 2007). Kai kuriems probleminiams kanapių vartotojams taip pat gali būti naudingos trumpalaikės intervencinės priemonės, kurias įgyvendina, pvz., paaugliams skirtos socialinės tarnybos, bendrosios praktikos gydytojai ir mokyklos.

Per neseniai atliktą atsitiktinę atranka pagrįstą kontroliuojamąjį tyrimą, kuriame dalyvavo 326 intensyviai kanapes vartojančių jaunuolių, nenustatyta – atlikus paskesnį tyrimą po trijų arba šešių mėnesių – jokių kanapių vartojimo nutraukimo masto skirtumų tarp tų, kuriems taikoma motyvacinė apklausa, ir tų, kuriems teikiami tik patarimai ar informacija apie narkotikų vartojimą (McCambridge et al., 2008). Tačiau vertinant kanapių vartojimo nutraukimo mastą po trijų mėnesių, pastebėtas individualių gydytojų poveikis ir sąveika tarp gydytojų ir intervencinių priemonių. Šie rezultatai parodo, kaip svarbu, kad mokymo priežiūros teikėjai taikytų jauniems kanapių vartotojams intervencines priemones, ypač ne specializuotose tarnybose.

⁽⁷⁰⁾ Žr. skirsnį „Gydymas internetu“.

Gydymas internetu

Gydymas nuo narkomanijos internetu Europos Sąjungoje egzistuoja nuo 2004 m., tačiau jo teikimas tebėra ribotas. Neseniai atliktas tyrimas suteikia įžvalgų apie dabartinę šios rūšies intervencinės priemonės plėtros Europos Sąjungoje būklę (EMCDDA, 2009a). Gydymą internetu galima apibrėžti kaip „specialiai išplėtotas arba pritaikytas, struktūrines ir planines gydymo nuo narkomanijos intervencines priemones, siūlomas ir teikiamas per pasaulinį žiniatinklį“. Intervencinių priemonių su kanapių vartojimu susijusiems sutrikimams gydyti nustatyta Vokietijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje, be to, Nyderlanduose taip pat nustatyta ir kitų priemonių, skirtų kokaino ir „klubinių narkotikų“ (pvz., ekstazio) vartotojams.

Gydymą internetu plėtoja gydymo arba prevencijos srityse veikiančios organizacijos, ir jo tikslas – padėti vartotojams įvertinti savo medžiagų vartojimo lygį bei pagelbėti jiems bandant pakeisti tokią elgseną. Pagal šias intervencines priemones siūlomi informacijos ir žinių testai arba žaidimai apie narkotikus ir priklausomybę nuo jų arba savitikros testai dėl narkotikų vartojimo. Visoms šioms priemonės būdinga

struktūrinio gydymo intervencija – tai arba iš anksto specialiai parengta pagalbos sau programa, nenumatanti ryšių su konsultantais, arba struktūrinė programa, apimanti suplanuotus ryšius su jais. Pastaroji programa gali būti įgyvendinama per asmeninius pokalbius internete arba žinučių skiltis. Kartais taip pat numatoma galimybė forume bendrauti su kitais vartotojais, taip sukuriant virtualias pagalbos sau grupes.

Šios rūšies intervencinių priemonių veiksmingumo įrodymų tebestokojama, tačiau pirmųjų atsitiktine atranka pagrįstų kontroliuojamųjų rezultatų rodo, kad jos gali būti naudingos. Išankstiniai kanapių vartotojams Vokietijoje skirtos intervencinės priemonės „Mesk tą mėšlą“ įvertinimo rezultatai rodo, kad 32 proc. dalyvių pranešė, jog užbaigę programą ir nebevartojo narkotiko ir ypač didelė įtaka padaryta tiems, kurie kreipėsi gydymo pirmą kartą. Šios intervencinės priemonės lengvai prieinamos, taigi jomis gali pasinaudoti ir asmenys, nenorintys kreiptis į kitas tarnybas. Kartu jiems taip pat gali kilti rimtų rūpesčių, kaip antai priklausomybė nuo narkotikų ar kitokios psichikos sveikatos problemos, kurių gydymo internetu pajėgumai neapima.

4 skyrius

Amfetaminai, ekstazis ir haliucinogeninės medžiagos

Ižanga

Amfetaminai (bendriniis pavadinimas, apimantis ir amfetaminą, ir metamfetaminą) ir ekstazis yra tarp dažniausiai Europoje vartojamų neteisėtų narkotikų. Vertinant absoliučiais skaičiais, kokainas galbūt labiau vartojamas, tačiau jo geografinė koncentracija reiškia, kad daugelyje šalių ekstazis arba amfetaminai yra antras iš dažniausiai vartojamų neteisėtų medžiagų (po kanapių). Be to, tam tikrose šalyse amfetaminų vartojimas – tai didelė narkomanijos problema, dėl kurios gydymo kreipiasi didžioji dalis narkotikų vartotojų.

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

Ekstaziu vadinamos sintetinės medžiagos, kurios chemiškai giminingos amfetaminui, bet jų poveikis šiek tiek skiriasi. Geriausiai žinomas ekstazio grupės narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randama ir kitų analogų (MDA, MDEA). Iki

XX a. 9-ojo dešimtmečio pabaigos apie ekstazio vartojimą Europoje beveik nieko nebuvo žinoma, tačiau 10-ajame dešimtmetyje jo imta vartoti daug daugiau. Jo populiarumas nuo seno siejamas su šokių muzikos vietomis. Sintetiniu būdu pagaminto narkotiko vartojimas apskritai siejamas su tam tikrais kultūriniais pogrupiais arba socialine aplinka.

Geriausiai žinomas Europoje sintetinis haliucinogeninis narkotikas – lizergo rūgšties dietilamidas (LSD), kurio vartojimo lygis buvo žemas ir ilgai išliko be didesnių pokyčių. Vis dėlto atrodo, kad pastaruoju metu jaunimo susidomėjimas gamtinėmis haliucinogeninėmis medžiagomis, kurių, pvz., randama haliucinogeniniuose grybuose, didėjo.

Pasiūla ir prieinamumas

Sintetinių narkotikų pirmtakai (prekursoriai)

Vykdam įstatymus, pastangos vis labiau kreipiamos į neteisėtų narkotikų gamybai reikalingas kontroliuojamas chemines medžiagas, ir ši sritis yra viena iš tų, kuriose

4 lentelė. Amfetamino, metamfetamino, ekstazio ir LSD gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

	Amfetaminas	Metamfetaminas	Ekstazis	LSD
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	n/d
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	23,6	18,2	7,9	0,9
Konfiskuotas kiekis ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	7,9 tonos (8,1 tonos)	340 kilogramų (340 kilogramų)	Tabletės 21 mln. (22 mln.)	Vienetai 68 000 (68 000)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Vidutinė mažmeninė kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilų) ⁽²⁾	Gramas 5–30 (12–23)	Gramas 8–51	Tabletė 3–19 (4–8)	Dozė 4–30 (7–12)
Vidutinio grynumo intervalas	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Turimi tik bendrieji amfetamino ir metamfetamino gamybos pasaulyje įverčiai.

⁽²⁾ Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2007 m.; n/d – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC ataskaita apie narkotikus pasaulyje (2009 m.) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

tarptautinis bendradarbiavimas ypač vertingas. Projektas „Prizmė“ – tai tarptautinė iniciatyva, sukurta siekiant neleisti teisėtų pirmtakų (prekursorių) chemines medžiagas naudoti neteisėtai sintetinių narkotikų gamybai ⁽⁷¹⁾. Tuo tikslu naudojama išankstinių pranešimų apie eksportą vykdančią prekybos sistema ir pranešama apie sulaikimus krovinius bei konfiskavimą, jeigu sudaromi įtartini sandoriai. Informacija apie šios srities veiklą teikiama Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybai (INCB, 2009b).

INCB ataskaitose nurodoma, kad 2007 m. pasaulyje konfiskuota gerokai daugiau dviejų pagrindinių metamfetamino pirmtakų (prekursorių) – efedrino (22 tonos, 2006 m. – 10,2 tonos) ir tariamojo efedrino (25 tonos, 2006 m. – 0,7 tonos). ES valstybėse narėse (daugiausia Švedijoje ir Bulgarijoje) konfiskuota 0,6 tonos efedrino, daugiau kaip dukart daugiau, palyginti su 2006 m. konfiskuotu kiekiu, ir daugiau kaip 7 tonos tariamojo efedrino, kuris beveik visas konfiskuotas Prancūzijoje.

O 1-fenil-2-propanono (P2P, BMK), kuris gali būti naudojamas neteisėtai ir amfetamino, ir metamfetamino gamybai, pasaulyje 2007 m. konfiskuota gerokai mažiau – 834 litrai (2006 m. – 2 600 litrų). ES konfiskuoti 582 litrai P2P (2006 m. – 2 005 litrai).

2007 m. pasaulyje konfiskuoti MDMA gamybai naudojamo 3,4-metilenedioksifenil-2-propanono (3,4-MDP2P, PMK) kiekiai tebemažėjo ir sudarė 2 300 litrų (2006 m. – 8 800 litrų). Tačiau safrolio, kuris gali būti naudojamas vietoj 3,4-MDP2P MDMA sintetinimui, 2007 m. pasaulyje konfiskuota gerokai daugiau – 46 000 litrų (2006 m. – 62 litrai), nors ES konfiskuoti tik aštuoni litrai.

Amfetaminas

Amfetamino gamyba pasaulyje tebėra sutelkta Europoje, kur veikia 81 proc. amfetaminą gaminančių laboratorijų, apie kurias pranešta 2007 m. (UNODC, 2009), nors jų taip pat randama ir kitose pasaulio šalyse, visų pirma Šiaurės Amerikos ⁽⁷²⁾. 2007 m. pasaulyje konfiskuotos beveik 24 tonos amfetaminų, iš jų maždaug du trečdaliai sulaikyti Artimuosiuose ir Vidurio Rytuose – tai susiję su Pietryčių Europoje gaminamomis „Captagon“ tabletėmis ⁽⁷³⁾ (žr. 4 lentelę). Vakarų ir Vidurio Europoje konfiskuota 36 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, o tai rodo, kad Europa yra ir pagrindinis šio narkotiko

Kas yra narkotikų pirmtakas (prekursorius)?

Narkotikų srityje sąvoka „pirmtakas (prekursorius)“ reiškia teisėto panaudojimo medžiagas, kurios taip pat gali būti naudojamos neteisėtai narkotikų gamybai. Šioms medžiagoms taip pat gali būti taikomos ir kitos sąvokos, pvz., „pagrindinės cheminės medžiagos“.

„Pirmtakų (prekursorių)“ tarptautinės kontrolės teisinis pagrindas – 1988 m. Jungtinių Tautų konvencijos dėl kovos su neteisėta narkotinių ir psichotropinių medžiagų prekyba 12 straipsnis. Konvencijoje pateikiamos dvi lentelės, kuriose išvardytos 23 „medžiagos, dažnai naudojamos neteisėtai gaminant narkotines priemones ir psichotropines medžiagas“, kurias naudoti neteisėtoms paskirtims reikėtų uždrausti.

12 straipsnis perkeltas į 1990 m. priimtą pirminį Europos teisės aktą (Reglamentą (EB) Nr. 3677/90), kuriuo siekiama uždrausti naudoti šias medžiagas neteisėtiems tikslams, ir reglamentus, kurie priimti vėliau, kad būtų galima reguliuoti jų prekybą Europos Sąjungoje (Reglamentas (EB) Nr. 273/2004), tarp ES ir ne ES šalių (Reglamentas (EB) Nr. 111/2005) ir nustatyti licencijų išdavimo procedūras bei stebėsenos taisykles (Reglamentas (EB) Nr. 1277/2005).

ES reglamentų 1 kategorija apima daugiausia tas medžiagas, kurios būtinai reikalingos sintetiniams narkotikams gaminti, kaip antai efedrinas ir tariamasis efedrinas (metamfetamino gamybai), 3,4-metilenedioksifenil-2-propanonas (PMK), izosafrolis ir safrolis (ekstazijos gamybai) ir 1-fenil-2-propanonas (P2P, BMK) (amfetamino ir metamfetamino gamybai). 2 kategorijai priklauso svarbūs reagentai, pvz., kalio permanganatas ir acto rūgšties anhidridas, kurie plačiai naudojami atitinkamai kokainui ir heroinui gaminti. 3 kategorijoje išvardijami bendresnės paskirties reagentai, įskaitant druskos rūgštį ir sieros rūgštį (heroinui ir kokainui gaminti), taip pat tirpiklius, tokius kaip acetonas (kokainui ir MDMA gaminti) ir toluenas (metamfetaminui ir MDMA gaminti).

gamintojas, ir pagrindinis vartotojas (CND, 2008; UNODC, 2009).

Daugiausia Europoje konfiskuojamo amfetamino pagaminama (svarbos tvarka) Nyderlanduose, Lenkijoje ir Belgijoje, šiek tiek mažiau Estijoje ir Lietuvoje. 2007 m. Europos Sąjungoje buvo nustatytos 29 vietos, kuriose buvo gaminamas, tabletuojamas arba saugomas amfetaminas, ir apie jas buvo pranešta Europolui.

2007 m. Europoje būta apytikriai 40 000 amfetamino miltelių konfiskavimo atvejų, konfiskuota 8,1 tonos ⁽⁷⁴⁾. 2002–2007 m. laikotarpiu konfiskavimo atvejų skaičius

⁽⁷¹⁾ Žr. skiltį „Kas yra narkotikų pirmtakas (prekursorius)?“

⁽⁷²⁾ Informacijos dėl duomenų apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą šaltinius žr. p. 40.

⁽⁷³⁾ Captagon yra vienas iš registruotų fenetilino, sintetinio centrinės nervų sistemos stimulianto, prekės ženklų, nors šia emblema pažymėtos tabletės, parduodamos nelegalioje rinkoje, dažniausiai savo sudėtyje turi amfetamino, sumaišyto su kofeinu.

⁽⁷⁴⁾ Ši analizė preliminarinė, nes dar nėra 2007 m. Jungtinės Karalystės duomenų.

nuosekliai didėjo, o sulaikomo amfetamino kiekis buvo įvairus, nors iš viso didėjo ir 2007 m. pasiekė naują rekordą ⁽⁷⁵⁾.

2007 m. Europoje konfiskuotų amfetamino mėginių grynumas buvo labai įvairus – toks įvairus, kad apie vidutinius dydžius reikia kalbėti atsargiai. Vis dėlto vidutinis mėginių grynumas svyruoja nuo mažiau nei 10 proc. Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje iki daugiau nei 30 proc. Nyderlanduose, Lenkijoje ir kai kuriose Baltijos bei Šiaurės šalyse. Per pastaruosius penkerius metus amfetamino grynumas buvo stabilus arba sumažėjo daugumoje iš 20 šalių, apie kurias turima pakankamai duomenų tendencijoms išanalizuoti.

2007 m. daugiau nei pusėje iš 17 duomenis pateikusių šalių vidutinė mažmeninė amfetamino kaina svyravo nuo 10 iki 20 EUR už gramą. Iš vienuolikos šalių, kuriose buvo įmanoma palyginti 2006 ir 2007 m. duomenis, mažmeninė kaina padidėjo Ispanijoje, Prancūzijoje ir Austrijoje, o kitos šalys nurodė, kad kainos liko stabilios arba sumažėjo.

Metamfetaminas

Metamfetamino gamyba sutelkta Šiaurės Amerikoje ir Rytų bei Pietryčių Azijoje, be to, daugėja pranešimų apie susijusių veiklą Lotynų Amerikoje ir Okeanijoje. 2007 m. konfiskuota 18,2 tonos metamfetamino, o konfiskavimo tendencija nekinta nuo 2004 m. Didžioji dalis narkotiko konfiskuota Rytų ir Pietryčių Azijoje (56 proc.), antrą vietą užima Šiaurės Amerika, o Europoje konfiskuota tik 2 proc. (UNODC, 2009).

Europoje tikrai vykdoma neteisėta metamfetamino gamyba, beje, daugiausia jos sutelkta Čekijoje, kurioje 2007 m. nustatyta apie 390 nedidelių gamybinių pajėgumus turinčių „virtuvinių laboratorijų“. Taip pat nurodoma, kad šis narkotikas gaminamas Slovakijoje ir Lietuvoje.

2007 m. Europoje pranešta apie beveik 4 500 metamfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota apytikriai 340 kg narkotiko. Daugiausia jo konfiskuota buvo Norvegijoje, kurioje taip pat konfiskuotas didžiausias metamfetamino kiekis. 2005–2007 m. Europoje ir daugėjo metamfetamino konfiskavimo atvejų, ir didėjo konfiskuoto metamfetamino kiekis, nors, palyginti su kitais narkotikais, jie tebėra nedideli.

Ekstazis

UNODC (2009) apskaičiavimais, 2007 m. ekstazio gamyba pasaulyje sudarė 72–137 tonas. Atrodo, kad gamyba labiau paplito geografiškai ir gaminama arčiau vartojimo rinkų: Šiaurės Amerikoje, Rytų ir Pietryčių Azijoje

Metamfetamino gamyba Europoje – EMCDDA ir Europolo bendras leidinys

2009 m. EMCDDA ir Europolas pradėjo leisti bendrų leidinių apie narkotikų pasiūlą Europoje seriją. Pirmojoje serijos ataskaitoje išsamiai apžvelgiami metamfetamino gamybos ir neteisėtos prekybos Europoje klausimai bei atsakomosios priemonės, kurių imamasi Europos ir tarptautiniu lygmeniu ⁽¹⁾.

Vėliau seriją papildys ataskaitos apie kitų sintetinių narkotikų, įskaitant amfetaminą ir ekstazį, pasiūlą Europoje.

⁽¹⁾ Galima susipažinti interneto svetainėje <http://emcdda.europa.eu/publications/>

bei Okeanijoje. Nepaisant to, Europa tebėra pagrindinė ekstazio gamybos vieta; gamyba sutelkta Nyderlanduose, Belgijoje ir, kiek mažesniu mastu, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Lenkijoje.

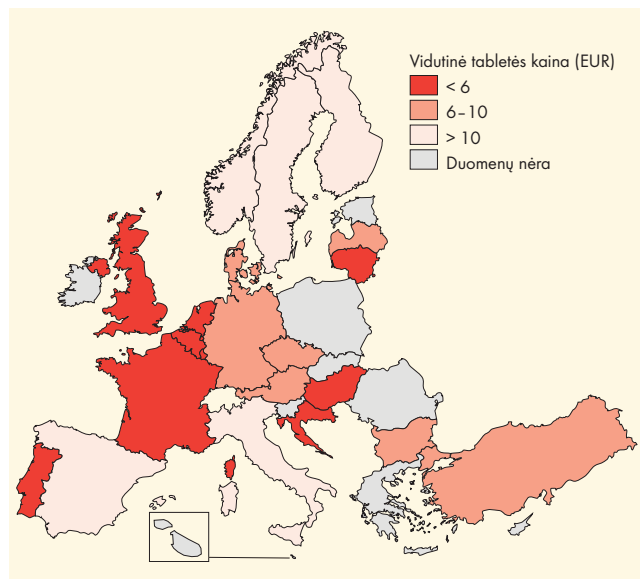
2007 m. pasaulyje konfiskuota 7,9 tonos ekstazio, ir konfiskuoti kiekiai padidėjo daugumoje regionų. Vakarų ir Vidurio Europoje konfiskuota 36 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, o Pietryčių Europoje – 2 proc. (UNODC, 2009). Apskritai 2007 m. Europoje pranešta apie daugiau nei 24 000 konfiskavimo atvejų, per kuriuos sulaikyta apytikriai 22 mln. ekstazio tablečių. Didžiausias kiekis konfiskuotas Nyderlanduose – 8,4 mln. tablečių, dukart daugiau, palyginti su kiekiu, apie kurį pranešta 2006 m. Apie į šį dydį panašius 2007 m. konfiskuotus kiekius pranešė tik dar dvi Europos šalys – ir Prancūzija, ir Vokietija pranešė konfiskavusios po maždaug 1 mln. tablečių. Jungtinė Karalystė pranešė 2006 m. konfiskavusi daugiau nei 6 mln. tablečių, bet 2007 m. duomenų dar nepateikė.

2002–2007 m. laikotarpiu ekstazio konfiskavimo atvejų, apie kuriuos pranešta Europoje, skaičius 2003 m. gerokai sumažėjo, bet nuo to laiko kasmet po truputį didėjo. Tuo pačiu laikotarpiu konfiskuotas kiekis 2005 m. sumažėjo iki mažo lygio, bet paskui vėl padidėjo ir panašu, kad jau artėjama prie 2002 m. lygio.

2007 m. Europoje daugumos ištirtų ekstazio tablečių sudėtyje buvo MDMA arba kitos į ekstazį panašios medžiagos (MDEA, MDA), paprastai tai būdavo vienintelė psichoaktyvioji medžiaga. Septyniolika šalių nurodo, kad tokios tabletės sudarė daugiau kaip 70 proc. visų tirtų tablečių. Apie mažesnes MDMA ar jo analogų turinčių ekstazio tablečių dalis pranešė Bulgarija (47 proc.), Kipras (44 proc.) ir Austrija (61 proc.). Liuksemburge daugumos (83 proc.) ištirtų tablečių sudėtyje, taip pat ir Kipre (53 proc.), nebūdavo jokios kontroliuojamosios

⁽⁷⁵⁾ Duomenų apie šiame skyriuje minimus narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio SZR-11–SZR-18 lentelėse.

6 pav. Mažmeninė ekstazio tablečių kaina



Pastaba. Šalys, nurodžiusios tik mažiausią ir didžiausią kainą, įtrauktos, jei tos kainos patenka į vieno iš kainų intervalų. Žr. 2009 m. statistikos biuletenio PPP-4 lentelę.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

medžiagos. Turkijoje į MDMA panašių medžiagų aptikta tik 23 proc. tirtų tablečių.

Tipiškas MDMA kiekis 2007 m. tirtose ekstazio tabletėse vienuolikoje duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 19 iki 75 mg. Be to, kai kurios šalys (Bulgarija, Prancūzija, Nyderlandai, Slovakija, Norvegija) nurodė aptikusios didelės koncentracijos ekstazio tablečių, kurių sudėtyje MDMA kiekis viršijo 130 mg. Aiškių ekstazio tablečių grynumo tendencijų nėra.

Dabar ekstazis yra gerokai pigesnis negu 10-ąjį dešimtmetį, kai pirmą kartą buvo galima laisvai gauti šio narkotiko. Nors tam tikrose ataskaitose nurodoma, kad tabletės parduodamos už mažiau nei 2 EUR, dauguma šalių praneša, kad vidutinės mažmeninės kainos svyruoja 4–10 EUR už tabletę (6 pav.). Turimi 2002–2007 m. duomenys rodo, kad mažmeninė kaina (pakoreguota dėl infliacijos) toliau mažėja.

Haliucinogeninės medžiagos

Vis dar manoma, kad LSD vartojimas ir neteisėta prekyba Europoje yra nedidelio masto. Turimi duomenys rodo, kad 2002–2007 m. laikotarpiu konfiskuoti kiekiai sumažėjo, o konfiskavimo atvejų skaičius nuo 2003 iki 2007 m. kiek padidėjo. LSD mažmeninės kainos (pakoreguotos dėl infliacijos) po truputį mažėjo nuo 2003 m., o 2007 m. vidutinė vieneto kaina daugumoje duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 5 iki 12 EUR.

Haliucinogeninius grybus, kurie auga gamtoje daugumoje Europos šalių ir jų galima įsigyti internete, paminėjo 11 iš 28 šalių, pateikusių 2007 m. duomenis apie narkotikų konfiskavimą. Penkiose iš šešių šalių, kuriose pasireiškė haliucinogeninių grybų konfiskavimo, vartojimo paplitimo ar prieinamumo tendencija, ta tendencija buvo mažėjanti. Viena šalis (Prancūzija) nurodė, kad vartojimo paplitimas ir konfiskavimo mastas padidėjo, ir tai susieta su galimybe lengvai įsigyti grybų ir jų auginimo reikmenų internete.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Keletas ES valstybių narių (Čekija, Estija, Jungtinė Karalystė) praneša apie gana aukštą amfetaminų ar ekstazio vartojimo tarp visų gyventojų lygį. Keliose šalyse amfetaminų ar metamfetaminų, dažnai susišvirkšdami, vartoja didelė dalis visų probleminių narkotikų vartotojų ir asmenų, ieškančių pagalbos dėl narkomanijos. Priešingai šiems nuolat narkotikus vartojantiems asmenims, apskritai sintetiniu būdu pagamintų narkotikų, visų pirma ekstazio, vartojimą galima susieti su naktiniais klubais ir šokių renginiais; ši sąsaja lemia daug aukštesnį vartojimo lygį tarp jaunimo ir labai didelį vartojimo paplitimo mastą tam tikrose vietose arba konkrečiose subpopuliacijose. Galiausiai bendras haliucinogeninių narkotikų, pvz., lizergo rūgšties dietilamido (LSD) ir haliucinogeninių grybų, vartojimo lygis iš tikrųjų yra žemas ir per kelerius pastaruosius metus išliko be didesnių pakitimų.

Amfetaminai

Naujausios gyventojų apklausos rodo, kad amfetaminų⁽⁷⁶⁾ vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas įvairiose Europos šalyse nevienodas ir svyruoja nuo beveik nulio iki 11,7 proc. visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus). Apskaičiuota, kad vidutiniškai 3,5 proc. visų suaugusių europiečių yra bent kartą vartoję amfetaminų. Šio narkotiko vartojimo per pastaruosius metus paplitimas yra daug mažesnis ir Europoje vidutiniškai siekia 0,5 proc. Šie įverčiai rodo, kad amfetaminų yra bandę maždaug 12 mln. europiečių ir maždaug 2 mln. vartojo narkotiką per pastaruosius metus (duomenų santrauką žr. 5 lentelėje).

Amfetaminų vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) įvairiose šalyse labai skiriasi ir svyruoja nuo 0,1 iki 15,3 proc.; svertinis vidurkis Europoje sudaro maždaug 5 proc. Amfetaminų vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje amžiaus grupėje svyruoja nuo 0,1 iki 3,1 proc., o dauguma šalių nurodo 0,5–2,0 proc. paplitimo įverčius. Apskaičiuota,

⁽⁷⁶⁾ Apklausų duomenyse apie „amfetamino vartojimą“ amfetaminas ir metamfetaminas dažnai neskiriami, nors paplitimo duomenys paprastai yra susiję su amfetamino (sulfato arba deksamfetamino) vartojimu, nes metamfetamino vartojimas Europoje nėra populiarus.

5 lentelė. Amfetamino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	12 mln.	2 mln.
Europos vidurkis	3,5 %	0,5 %
Intervalas	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Malta (0,4 %) Kipras (0,8 %)	Graikija, Malta, Rumunija (0,0 %) Prancūzija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (11,7 %) Danija (6,3 %) Ispanija (3,8 %) Norvegija (3,6 %)	Estija (1,3 %) Danija (1,2 %) Norvegija (1,1 %) Jungtinė Karalystė (1,0 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	5,0 %	1,1 %
Intervalas	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Malta (0,7 %) Kipras (0,8 %)	Graikija, Rumunija (0,1 %) Prancūzija (0,2 %) Kipras (0,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (15,3 %) Danija (10,5 %) Latvija (6,1 %) Norvegija (5,9 %)	Danija (3,1 %) Estija (2,9 %) Norvegija (2,0 %) Latvija (1,9 %)
Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su tam tikrais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (334 mln.) asmenys ir 15–34 metų amžiaus (133 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio skiltyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.		

kad amfetaminų per pastaruosius metus vartojo vidutiniškai 1,1 proc. jaunų europiečių.

Amfetaminų vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių 26 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Kroatijoje – šalyse, kuriose 2007 m. buvo atlikta apklausa – svyravo nuo 1 iki 8 proc., o apie didesnę nei 5 proc. paplitimo lygį pranešama tik Bulgarijoje, Latvijoje (po 6 proc.) ir Austrijoje (8 proc.)⁽⁷⁷⁾.

Probleminis amfetamino vartojimas

EMCDDA probleminio narkotikų vartojimo (PNV) indeksas gali būti taikomas amfetamino vartojimui, jeigu jis apibūdinamas kaip narkotiko švirkštimasis arba ilgalaikis ir (arba) reguliarus jo vartojimas. Naujausią nacionalinį

probleminių amfetamino vartotojų skaičiaus įvertį pateikė tik Suomija, kurioje šių vartotojų 2005 m., kaip apskaičiuota, buvo nuo 12 000 iki 22 000⁽⁷⁸⁾, t. y. maždaug keturis kartus daugiau už apytikrį šalyje esančių probleminių opioidų vartotojų skaičių.

Daugumoje Europos šalių dėl gydymo nuo amfetamino, kaip pagrindinio vartojamo narkotiko, vartojimo kreipiasi gana nedaug pacientų, tačiau jie sudaro didelę pradėtų gydyti pacientų dalį daugiausia Švedijoje (34 proc.), Suomijoje (23 proc.), Latvijoje (16 proc.) ir Vengrijoje (11 proc.). Keturios kitos šalys (Belgija, Danija, Vokietija, Nyderlandai) nurodo, kad amfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo nuo 6 iki 10 proc. pradedančių gydytis pacientų; kitose šalyse ši dalis mažesnė nei 3 proc.⁽⁷⁹⁾

⁽⁷⁷⁾ Visų ESPAD šalių ir Ispanijos duomenys. Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-2 pav. (vi dalį).

⁽⁷⁸⁾ Lygu 3,4–6,3 atvejo 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų; perskaičiuota pagal pradinę 15–54 metų amžiaus gyventojų imtį darant prielaidą, kad 55–64 amžiaus grupėje narkomanų nėra.

⁽⁷⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (ii dalį).

2002–2007 m. bendras amfetaminų vartotojų skaičius ir jų dalis tarp gydymą nuo narkomanijos pradedančių naujų pacientų tebėra gana stabili. Apie nemenką naujų amfetaminą vartojančių pacientų dalies padidėjimą praneša tik Danija, Latvija ir Nyderlandai, o Švedijoje ir Suomijoje ši dalis sumažėjo ⁽⁸⁰⁾. Tačiau vertinant tendencijos duomenis reikėtų atsižvelgti į metodikos apribojimus, nes kai kuriose nacionalinėse stebėsenos sistemose (pvz., Latvijos) pastaruoju metu būta pokyčių.

Gydymą dėl amfetamino vartojimo pradedantis pacientas yra vidutiniškai 29 metų amžiaus vyras. Moterų dalis yra didesnė, palyginti su dalimi moterų, gydomų dėl kitų narkotikų vartojimo, o vyrų ir moterų santykis sudaro maždaug 2:1. Gydomi amfetamino vartotojai dažnai nurodo vartojantys ir kitų narkotikų, daugiausia kanapes ir alkoholį, kartais opioidus ⁽⁸¹⁾. Šalyse, kuriose asmenys, kuriems amfetaminas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, sudaro didelę pradedančių gydytis pacientų dalį, dažniausiai nurodomas vartojimo būdas yra švirkštimasis (63–83 proc.).

Probleminis metamfetamino vartojimas

Priešingai nei kitose pasaulio šalyse, kur metamfetamino pastaraisiais metais imta vartoti daugiau, Europoje jo vartojimo lygis atrodo ribotas. Anksčiau šio narkotiko vartojimas Europoje buvo sutelktas Čekijoje ir Slovakijoje. 2007 m. Čekijoje, kaip apskaičiuota, buvo apytikriai 20 400–21 400 probleminių metamfetamino vartotojų (2,8–2,9 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), t. y. dukart daugiau, palyginti su apytikrių probleminių opioidų vartotojų skaičiumi; Slovakijoje jų buvo apytikriai 5 800–15 700 (1,5–4,0 narkomanai 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), t. y. apie 20 proc. mažiau, palyginti su apytikrių probleminių opioidų vartotojų skaičiumi.

Abiejose šiose šalyse metamfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo didelė gydytis pradedančių pacientų dalis: 61 proc. Čekijoje ir 26 proc. Slovakijoje. 2002–2007 m. su metamfetamino vartojimu susijusio gydymo paklausa didėjo abiejose šalyse ⁽⁸²⁾.

Vartojimo būdas, kurį gydomi metamfetamino vartotojai nurodė dažniausiai, yra švirkštimasis (82 proc. Čekijoje ir 41 proc. Slovakijoje). Taip pat dažnai pranešama apie kitų narkotikų vartojimą, daugiausia kanapes, alkoholį ir opioidus. Slovakijoje pastebėta, kad smarkiai padaugėjo pacientų, kuriems taikomas priklausomybės nuo opioidų pakaitinis gydymas ir kurie nurodo vartoję metamfetaminą.

Gydytis Čekijoje ir Slovakijoje pradedantys metamfetamino vartotojai yra gana jauni, vidutiniškai 24–25 metų amžiaus, ir daugiausia vyrai. Tačiau moterų dalis tarp pacientų, gydomų dėl su metamfetaminu susijusių problemų, yra didesnė, palyginti su dalimis tarp pacientų, gydomų dėl kitų narkotikų vartojimo.

Ekstazis

Apskaičiuota, kad ekstazio yra bandę apie 10 mln. suaugusių europiečių (vidutiniškai 3,1 proc.), o apie 2,5 mln. (0,8 proc.) vartojo jį pastaraisiais metais (duomenų santrauką žr. 6 lentelėje). Tarp įvairių šalių yra labai didelių skirtumų: naujausios apklausos rodo, kad ši narkotiką mažiausiai kartą gyvenime yra bandę nuo 0,3 iki 7,5 proc. visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus), ir dauguma šalių nurodo, kad šio narkotiko vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 1 iki 5 proc. Šio narkotiko vartojimo per pastaruosius metus paplitimas Europoje svyruoja nuo 0,1 iki 3,5 proc. Taikant visus matus, šio narkotiko, kaip ir visų kitų neteisėtų narkotikų, kur kas dažniau vartojo vyrai nei moterys.

Ekstazio vartojimas kur kas labiau paplitęs tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus); vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai nacionaliniu lygmeniu svyravo nuo 0,6 iki 14,6 proc., o vartoję šio narkotiko per pastaruosius metus šioje amžiaus grupėje nurodė nuo 0,2 iki 7,7 proc. Apskaičiuota, kad ekstazio kada nors yra bandę 7,5 mln. jaunų europiečių (5,6 proc.), o maždaug 2 mln. (1,6 proc.) jį vartojo pastaraisiais metais. Paplitimo įverčiai dar didesni jaunesnio amžiaus grupėje: 15–24 metų amžiaus grupėje vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,4 iki 18,7 proc., nors daugelis šalių nurodo 2,1–6,8 proc. įverčius. Ekstazio vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje amžiaus grupėje, kaip apskaičiuota, daugumoje šalių svyruoja nuo 1,0 iki 3,9 proc., nors mažiausias nurodytas nacionalinis įvertis – 0,3 proc. – gerokai skiriasi nuo didžiausio, kuris siekia 12 proc. ⁽⁸³⁾

Daugumoje iš 28 šalių, kuriose 2007 m. atlikta apklausa, ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių svyruoja nuo 1 iki 5 proc. Didesnį paplitimo lygį nurodo tik keturios šalys: Bulgarija, Estija, Slovakija (visos po 6 proc.) ir Latvija (7 proc.).

2007 m. gydytis pradėjusių pacientų, kuriems pagrindinis narkotikas yra ekstazis, tebuvo itin mažai, kaip ir ankstesniais metais. Dviejuose trečdaliuose šalių ekstazį nurodo mažiau nei 1 proc. nuo narkomanijos gydomų

⁽⁸⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-1 pav. ir TDI-36 lentelę.

⁽⁸¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-37 lentelę.

⁽⁸²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (ii dalį).

⁽⁸³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-9 pav. (ii dalį) ir lenteles GPS-17 ir GPS-18.

6 lentelė. Ekstazio vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo terminas	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	10 mln.	2,5 mln.
Europos vidurkis	3,1 %	0,8 %
Intervalas	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,3 %) Graikija (0,4 %) Malta (0,7 %) Lietuva (1,0 %)	Rumunija (0,1 %) Graikija, Malta (0,2 %) Lenkija (0,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (7,5 %) Čekija (7,1 %) Airija (5,4 %) Latvija (4,7 %)	Čekija (3,5 %) Estija (1,7 %) Slovakija (1,6 %) Jungtinė Karalystė, Latvija (1,5 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7,5 mln.	2 mln.
Europos vidurkis	5,6 %	1,6 %
Intervalas	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Graikija, Rumunija (0,6 %) Malta (1,4 %) Lietuva, Lenkija (2,1 %)	Rumunija (0,2 %) Graikija (0,4 %) Lenkija (0,7 %) Italija, Lietuva, Portugalija (0,9 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (14,6 %) Jungtinė Karalystė (12,7 %) Airija (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Čekija (7,7 %) Estija (3,7 %) Jungtinė Karalystė (3,1 %) Latvija, Slovakija, Nyderlandai (2,7 %)

Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su tam tikrais vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (334 mln.) asmenys ir 15–34 metų amžiaus (133 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio skiltyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

EMCDDA pasirinkta tema dėl kelių narkotikų vartojimo

Be 2009 m. ataskaitos, EMCDDA taip pat skelbia pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo. Dokumente apžvelgiamos esamos šio labai paplitusio narkotikų vartojimo būdo apibrėžtys ir pateikiami duomenys, kurie leidžia geriau suprasti, koks yra kelių narkotikų vartojimo paplitimas įvairiose populiacijose (tarp mokyklinio amžiaus vaikų, suaugusiųjų, probleminių narkotikų vartotojų) ir kokios yra to vartojimo charakteristikos. Taip pat apibūdinamos esamos intervencinės priemonės, kurios numatytos dėl šio reiškinio prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo. Ataskaitoje taip pat trumpai apžvelgiami pavojai, siejami su tam tikrais labiausiai paplitusiais narkotikų mišiniais, ir aptariama kelių narkotikų vartojimo stebėsena ateityje.

Ši pasirinkta tema paskelbta spausdintiniame leidinyje ir internete tik anglų kalba (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

pacientų; kitose šalyse ši dalis svyruoja nuo 1 iki 5 proc. Vidutinis ekstazį vartojančių pacientų amžius – 24 metai, ir tai yra viena jauniausių nuo narkomanijos gydomų amžiaus grupių, kurios nariai dažnai nurodo kartu vartojantys kitas medžiagas, įskaitant kanapes, kokainą, alkoholį ir amfetaminus ⁽⁸⁴⁾.

LSD ir haliucinogeniniai grybai

LSD vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus) svyruoja nuo beveik nulio iki 5,2 proc. Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai yra kiek didesni (nuo nulio iki 6,6 proc.), nors nurodomi vartojimo pastaraisiais metais ir 15–24 metų amžiaus grupėje paplitimo rodikliai yra gerokai mažesni ⁽⁸⁵⁾. Priešingai, keliose palyginamuosius duomenis teikiančiose šalyse nustatyta, kad haliucinogeniniai grybai dažnai vartojami dažniau nei LSD; vertinama, kad šios

⁽⁸⁴⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 ir TDI-37 (i dalį), (ii dalį) ir (iii dalį).

⁽⁸⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles GPS-8 (i dalį), GPS-9, GPS-11 ir GPS-17.

medžiagos mažiausiai kartą gyvenime yra bandę 0,3–8,3 proc. jaunų suaugusiųjų, o 0,2–2,8 proc. jos vartojo pastaraisiais metais.

Tarp 15–16 metų moksleivių haliucinogeninių grybų vartojimo paplitimo įverčiai didesni už atitinkamus LSD ir kitų haliucinogeninių medžiagų rodiklius dešimtyje iš 26 šalių, teikiančių duomenis apie šių medžiagų vartojimą. Daugumos šalių nurodomi haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai svyruoja nuo 1 iki 4 proc.; apie aukštesnį lygį praneša Slovakija (5 proc.) ir Čekija (7 proc.)⁽⁸⁶⁾

Amfetaminų ir ekstazio vartojimo tendencijos

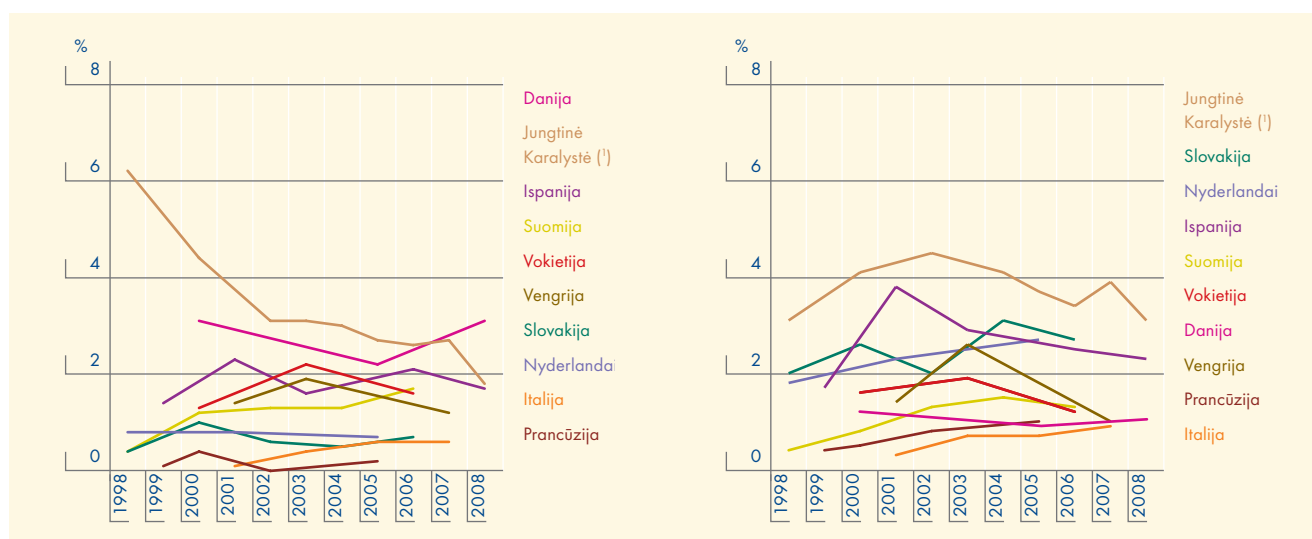
Naujausi duomenys patvirtina ankstesnėse ataskaitose pastebėtas amfetamino ir ekstazio vartojimo Europoje stabilizavimosi ar net mažėjimo tendencijas. Kaip matyti iš gyventojų apklausų, XX a. 10-ajame dešimtmetyje apskritai išplitęs ir vieno, ir kito iš šių narkotikų vartojimas dabar stabilizuojasi arba net šiek tiek mažėja, nors taip yra ne visose šalyse.

Amfetamino vartojimo pastaraisiais metais paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) Jungtinėje Karalystėje gerokai sumažėjo – nuo 6,2 proc. 1998 m. iki 1,8 proc. 2008-aisiais. Danijoje amfetamino vartojimas padidėjo nuo 0,5 proc. 1994 m. iki 3,1 proc. 2000 m., o 2008 m. rodiklis buvo maždaug toks pat⁽⁸⁷⁾. Kitose

kartotinių panašiu laikotarpiu atliktų apklausų duomenis pateikiančiose šalyse (Vokietijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje, Suomijoje) tendencijos yra daugiausia stabilios (7 pav.). Iš vienuolikos šalių, kurios pateikė pakankamai duomenų apie amfetamino vartojimo per pastaruosius metus paplitimą 15–34 metų amžiaus grupėje, keturios nurodo, kad per penkerius metus (2002–2007 m.) vartotojų sumažėjo ne mažiau kaip 15 proc., palyginti su pradiniu dydžiu, trys praneša, kad vartotojų skaičius nusistovėjo, o keturios šalys nurodo, kad vartotojų padaugėjo.

Ekstazio vartojimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) vaizdas margesnis. 9-ojo dešimtmečio pabaigoje ir 10-ojo dešimtmečio pradžioje ekstazio vartojimas tam tikrose Europos šalyse apskritai padidėjo, 10-ojo dešimtmečio viduryje vartojimo lygis Vokietijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje buvo panašus, tačiau vėliau vartojimo per pastaruosius metus paplitimas sumažėjo, ir apytikris Europos vidurkis sudaro 1,6 proc. Iš šalių, kurios atliko naujesnes apklausas, paplitimo lygis Jungtinėje Karalystėje tebėra didesnis negu kitose šalyse⁽⁸⁸⁾. Iš vienuolikos pakankamai informacijos pateikusių šalių trys nurodė, kad ekstazio vartojimo pastaraisiais metais paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų per penkerius metus (2002–2007 m.) sumažėjo ne mažiau kaip 15 proc.,

7 pav. Amfetaminų (kairėje) ir ekstazio (dešinėje) vartojimo per praeitus metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos



⁽¹⁾ Anglija ir Velsas.

Pastaba. Pateikiami duomenys tik apie šalis, 1998–2008 m. atlikusias ne mažiau kaip tris apklausus. Papildomos informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-8 ir GPS-21 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, paimta iš gyventojų apklausų, ataskaitų ar mokslinių straipsnių.

⁽⁸⁶⁾ ESPAD duomenys apie visas šalis, išskyrus Ispaniją. Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-2 pav. (v dalį).

⁽⁸⁷⁾ 1994 m. Danijos informacija susijusi su „sunkiais“ narkotikais, kuriais dažniausiai buvo laikomi amfetaminai.

⁽⁸⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-21 pav.

palyginti su pradiniu lygiu, keturiose šalyse šis lygis tebėra stabilus, o dar keturiose padidėjo.

Gali būti, kad tam tikrose šalyse ir tam tikruose narkotikus vartojančių gyventojų sluoksniuose vietoj amfetaminų ir ekstazio pradeda vartoti kokainą. Pagrindo šiai hipotezei galima rasti Jungtinėje Karalystėje ir tam tikru mastu kitose šalyse (pvz., Danijoje, Ispanijoje), kuriose didėja kokaino vartojimas ir tuo pačiu metu mažėja amfetaminų vartojimas (EMCDDA, 2008b).

ESPAD ir kitos 2007 m. atliktos apklausos mokyklose rodo, kad amfetamino ir ekstazio bandymo tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių lygis išvis nedaug pasikeitė. Sprendžiant pagal ne mažesnį nei dviejų procentinių punktų skirtumą nuo 2003 iki 2007 m., amfetamino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas padidėjo devyniose šalyse. Septyniose šalyse, taikant tokį patį matą, ekstazio vartojimas padidėjo. Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo sumažėjimas pastebėtas tik Estijoje; apie ekstazio vartojimo sumažėjimą pranešė Čekija, Portugalija ir Kroatija.

Amfetaminai ir ekstazis pasilinksminimo vietose – vartojimas ir intervencinės priemonės

Narkotikų ir alkoholio vartojimas kartais siejamas su tam tikromis pasilinksminimo vietomis, kuriose renkasi jaunimas (pvz., šokių renginiai, muzikos festivaliai). Narkotikų vartojimo šiose vietose tyrimai gali atskleisti naudingų duomenų apie amfetaminus ir ekstazį ar kitus narkotikus, kaip antai ketaminą ir GHB, vartojančių asmenų elgesį. Manoma, kad tokiose vietose narkotikų paprastai vartojama daug, bet tokie kiekiai nebūdingi platesniam gyventojų sluoksniui, ir narkotikai didžiąja dalimi vartojami savaitgaliais ir atostogų laikotarpiais (EMCDDA, 2006b).

Paplitimo duomenų, surinktų per 2007 m. pasilinksminimo vietose atliktus tyrimus, turima apie penkias šalis (Belgiją, Čekiją, Latviją, Lietuvą, Austriją). Ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai svyruoja nuo 15 iki 71 proc., o amfetaminų – nuo 17 iki 68 proc. Per keturis iš šių tyrimų taip pat nustatyti haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai – nuo 4 iki 64 proc. Šiose vietose taip pat dažnai vartojamas ekstazis ar amfetaminai, bet šių narkotikų vartojimo lygis apskritai yra gerokai mažesnis.

Faktų apie mastą, kiek šių narkotikų vartojimas gali būti sutelktas jaunų, klubuose besilankančių žmonių grupėje, galima surinkti iš 2007–2008 m. britų nusikalstamumo apžvalgos. 16–24 metų amžiaus grupėje tikimybė, kad tie, kurie nurodė per praeitą mėnesį lankęsi naktiniame klube keturis ar daugiau kartų, per praeitus metus vartojo

ekstazio, buvo daugiau nei tris kartus didesnė (8 proc.), palyginti su tais, kurie naktiniuose klubuose nesilankė (2,3 proc.) (Hoare ir Flatley, 2008).

Naktiniuose klubuose besilankančių ir narkotikus vartojančių žmonių sveikata ir sauga – vis didesnį rūpestį keliantis visuomenės sveikatos klausimas. Svarbia priemone šioje srityje tapo gairės, tokios kaip Jungtinėje Karalystėje parengtos „saugesnių šokių“ gairės. Tokias gaires naktinio gyvenimo centrums jau praneša parengusios dvylika šalių, tačiau tik Nyderlandai, Slovėnija, Švedija ir Jungtinė Karalystė nurodo, kad jos vykdomos ir jų vykdymas stebimas.

Saugaus linksminimosi klubuose gairių tikslas – sumažinti galimybes atsirasti su narkotikais susijusioms problemoms ir užtikrinti šviežio šalto vandens prieinamumą, tiesioginį pirmosios pagalbos prieinamumą ir informavimą apie prevenciją. Nacionaliniai ekspertai pateikė pranešimus apie tokių priemonių taikymą naktiniuose klubuose, kuriuose besilankančios tikslinės gyventojų grupės yra gana didelės, kad reikėtų imtis intervencinių priemonių. Iš tikrųjų jie rodo, kad paprastų priemonių, kurios leistų stabdyti ar apriboti pavojų sveikatai ir narkotikų vartojimą Europos naktinio gyvenimo centruose, taikoma ribotai. Apie prevenciją, kaip pranešama, informuojama daugumoje atitinkamų naktinių klubų tik Lietuvoje ir Slovėnijoje, o dar 18 šalių – mažoje naktinių klubų dalyje. Tokia veikla nevykdoma šešiose šalyse. Penkios šalys nurodo, kad pirmoji pagalba tiesiogiai prieinama daugumoje tokio pobūdžio naktinių klubų (Liuksemburgas, Portugalija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė, Norvegija); penkiolikoje šalių ši priemonė taikoma tik kai kuriuose tokio pobūdžio naktiniuose klubuose ir visiškai netaikoma Graikijoje bei Švedijoje. Galiausiai šviežias šaltas vanduo prieinamas daugumoje tokio pobūdžio naktinių klubų vienuolikoje šalių ir tik mažoje jų dalyje devyniose šalyse. Graikijoje, Kipre ir Rumunijoje ši priemonė netaikoma.

Gydymas

Gydymą amfetaminų vartotojams paprastai teikia ambulatorinio gydymo nuo narkomanijos tarnybos, kurios šalyse, kuriose amfetamino vartojimas per visus metus buvo didelis, gali būti specializuotos šios rūšies narkomanijos problemos srityje. Problemiškiausi amfetaminų vartotojai gali būti gydomi gydymo nuo narkomanijos tarnybų stacionaruose arba psichiatrijos klinikose arba ligoninėse.

Apie probleminiams amfetaminų vartotojams skirtų specialiųjų gydymo programų įgyvendinimą praneša devynios šalys (Vokietija, Estija, Ispanija, Italija, Austrija, Portugalija, Slovėnija, Slovakija, Jungtinė Karalystė). Šių

programų prieinamumas įvairiose šalyse nėra vienodas. Tik trys iš šių šalių (Portugalija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė) nurodo, kad specializuotomis programomis gali pasinaudoti dauguma gydymo aktyviai siekiančių amfetaminų vartotojų. Dar šešiose šalyse, nacionalinių ekspertų vertinimais, specializuotomis gydymo nuo amfetamino vartojimo programomis gali pasinaudoti mažiau negu pusė gydymo siekiančių šio narkotiko vartotojų. Tokių specialiųjų programų, skirtų šių narkotikų vartotojams, turinys dažnai nėra gerai pagrįstas dokumentais.

Paprastai stokojama terapinių metodų, kurių veiksmingumas būtų tvirtai įrodytas ir kurie būtų naudingi taikant gydymą dėl priklausomybės nuo tokių psichostimulantų kaip amfetaminai. Per naujausius farmakologinių medžiagų, kurios skirtos susidoroti su abstinencijos sindromu ar mažinti su priklausomybe nuo amfetaminų susijusį potraukį ir kurių iki šiol stokota, tyrimus gauta daug žadančių rezultatų. Teigiamų pirminių rezultatų gauta per Suomijoje atliktą metilfenidato ir aripiprazolio vartojimo tyrimą – tarp vartojusiųjų metilfenidatą šlapimo mėginiuose amfetaminų nustatyta rečiau, palyginti su tais, kurie vartojo aripiprazolį ar placebą (Tiihonen *et al.*, 2007). Apžvelgus naujausią literatūrą, matyti teigiamų priklausomybės nuo metamfetaminų gydymo rezultatų vartojant ir metilfenidatą, ir deksamfetaminą (Elkashef *et al.*, 2008).

Deksamfetaminas jau seniai taikomas itin probleminių amfetaminų vartotojų gydymui Anglijoje ir Velse, ir šiuose kraštuose jį gali išrašyti bet kuris gydytojas. Tačiau informacijos apie šią praktiką Jungtinėje Karalystėje turima nedaug. Per prieš daugiau nei dešimtmetį vaistinėse atliktą apklausą apskaičiuota, kad šis gydymas teikiamas 900–1 000 pacientų (Strang ir Sheridan, 1997). Daugiausia receptų išrašo ligoninėse ar klinikose dirbantys gydytojai, be to, beveik visus receptus išrašo gydytojai, dirbantys Nacionalinėje sveikatos tarnyboje (angl. NHS). Per 2000 m. atliktą 265 NHS specializuotų tarnybų apklausą nustatyta, kad receptas deksamfetaminui įsigyti gali būti išduotas maždaug trečdalyje apklaustų tarnybų

(Rosenberg *et al.*, 2002). Tačiau stokojant veiksmingumo įrodymų Jungtinės Karalystės priklausomybės nuo narkotikų klinikinio valdymo gairėse nerekomenduojama taikyti pakaitalą ir skirti deksamfetaminą (NTA, 2007).

Dar nė viena psichosocialinė intervencija tvirtai neįrodė galinti veiksmingai padėti psichostimulantų vartotojams nepradėti vartoti narkotikų. Literatūroje teigiama, kad veiksmingiausios intervencinės priemonės gydant stimuliuojančių narkotikų vartotojus buvo pažintinės elgesio terapijos metodai, pvz., atkryčio prevencija. Kitų rūšių intervencinių priemonių veiksmingumas nėra gerai pagrįstas. Literatūroje ypač stokojama informacijos apie gerai atliktus pacientų, kuriems amfetaminas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, tyrimus, ypač gydymo rezultatų tyrimus (Baker *et al.*, 2004). Be to, per neseniai atliktą psichosocialinių intervencijų gydant priklausomybę nuo psichostimulantų *Cochrane* apžvalgą padaryta išvada, kad tvarių ir teigiamų elgesio rezultatų (nuoseklus gydymas, narkotikų vartojimo sumažėjimas) buvo pasiekta tik taikant intervencines priemones, tarp kurių sudedamųjų dalių buvo ir nenumatytų aplinkybių valdymas. Tačiau, nors ir būta keleto bandomųjų projektų, šis požiūris Europoje taikomas retai (žr. 5 skyrių).

Būtina atlikti tolesnius psichosocialinio ir farmakologinio su amfetaminų vartojimu susijusių problemų turinčių asmenų, ypač tų, kurie narkotikus švirkščiasi, gydymo tyrimus. Be to, būtina geriau pagrįsti dabartinę Europos gydymo praktiką ir gydymo aprėptį dokumentais, taip pat reikia daug nuveikti siekiant dalytis gerąja patirtimi. Stokojant tikslinių programų, amfetaminų ar metamfetamų vartotojai gali nejausti paskatų siekti gydytis, ypač ankstyvuosiuose vartojimo etapuose. Be to, tokių programų įgyvendinimas galėtų padėti imti gydyti daugiau vartotojų – tai nustatyta Vokietijoje ir Prancūzijoje probleminių kanapių vartotojų atveju, kai šios šalys padidino tikslinių gydymo programų prieinamumą. Tokios priemonės gali būti ypač naudingos tose šalyse, kuriose probleminių amfetaminų ir metamfetaminų vartotojų, ypač narkotiką susišvirkščiančių, pastaruoju metu padaugėjo (Talu *et al.*, 2009).



5 skyrius

Kokainas ir krekas

Ižanga

Kokaino vartojimas ir konfiskavimo atvejų skaičius Europos Sąjungoje pastarąjį dešimtmetį iš viso didėjo, nors tai daugiausia pasireiškė Vakarų Europos valstybėse narėse, ir padėtis įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Turimi duomenys taip pat atskleidžia didelę kokaino vartotojų įvairovę – ir vartojimo būdų, ir sociodemografinių charakteristikų atžvilgiu. Didžiausią grupę sudaro tie, kurie tik pabando šią medžiagą vieną ar kelis kartus. Kita grupė apima socialiai integruotus reguliarius vartotojus, kurie tam tikrose šalyse sudaro palyginti didelę jaunų žmonių dalį. Kai kurie iš jų imsi vartoti kokainą intensyviau arba vartos jį ilgą laiką tarpą, dėl to gali kilti chroniškų sveikatos ir socialinių problemų ir prireikti gydymo. Trečioji vartotojų grupė apima socialiai atskirtų grupių narius, įskaitant vartojančiuosius opioidus ir anksčiau jų vartojusiuosius. Didžioji jų dalis vartoja kokainą intensyviai, galbūt vartoja kreką ar švirkščiasi narkotiką – dėl to esamos sveikatos ir socialinės problemos gali išlikti ar padidėti ir gali apsunkinti jų gydymą nuo priklausomybės nuo opioidų. Kokaino vartotojų charakteristikos labai įvairios, todėl įvertinti šio narkotiko vartojimo paplitimą, jo

padarinius sveikatai ir socialines pasekmes bei būtinas atsakomąsias priemones kelia ypatingų sunkumų.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Didžioji kokamedžių, iš kurių išgaunamas kokainas, dalis tebėra auginama keliose Andų regiono šalyse ⁽⁸⁹⁾. 2008 m., UNODC (2009) vertinimu, atsižvelgiant į bendrą kokamedžių auginimo mastą, gryno kokaino hidrochlorido galėjo būti pagaminta 845 tonos, iš kurių Kolumbijai tektų 51 proc., Peru – 36 proc., o Bolivijai – 13 proc. 2008 m. kokaino gamyba pasaulyje, kaip apskaičiuota, sumažėjo 15 proc., daugiausia dėl kokaino gamybos sumažėjimo Kolumbijoje – nuo 600 tonų 2007 m. iki 430 tonų 2008 m. Priešingai, Peru ir Bolivijoje kokaino gamyba ir toliau po truputį didėjo.

Didžioji dalis kokamedžių lapų perdirbimo gaminant kokaino hidrochloridą tebėra sutelkta Kolumbijoje, Peru ir

7 lentelė. Kokaino ir kreko gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

	Kokainas	Krekas ⁽¹⁾
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	845	n/d
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	710 ⁽²⁾	0,8
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Konfiskuotas kiekis ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Vidutinio grynumo intervalas (%)	22–57	35–98
⁽¹⁾ Informaciją teikia nedaug šalių, todėl duomenis reikėtų vertinti atsargiai. ⁽²⁾ UNODC vertinimais, šis skaičius lygus 412 tonų gryno kokaino. ⁽³⁾ Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas. Pastaba. Visi duomenys 2007 m., išskyrus pasaulinės gamybos įverčius, kurie yra 2008 m.; n/d – nėra duomenų. Šaltiniai: UNODC ataskaita apie narkotikus pasaulyje (2009 m.) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).		

⁽⁸⁹⁾ Dėl informacijos apie narkotikų pasiūlos ir prieinamumo duomenų šaltinius žr. p. 40.

Bolivijoje, nors gamyba taip pat gali būti plėtojama ir kitose Lotynų Amerikos šalyse. Kolumbijos svarbą kokaino gamybai patvirtina informacija apie sunaikintų laboratorijų ir kalio permanganato – kokaino hidrochloridui sintetinti naudojamo cheminio reagento – konfiskavimo atvejų skaičių. 2007 m. Kolumbijoje sunaikinta 2 471 kokaino laboratorija (78 proc. visų pasaulyje sunaikintų laboratorijų) ir konfiskuota iš viso 144 tonos kalio permanganato (94 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio) (INCB, 2009a).

Turima informacija rodo, kad kokainas tebėra įvairiais keliais kontrabanda vežamas į Europą (EMCDDA, 2008d). Prieš pasiekdamos Europą, kokaino siuntos vežamos per Lotynų ir Centrinės Amerikos šalis – Argentinq, Braziliją, Ekvadorą, Meksiką ir Venesuelą. Pervežti narkotiką į Europą taip pat dažnai naudojamos Karibų šalys. Šiais keliais kokainas kontrabanda gabenamas keleiviniais orlaiviais arba jūra. Per pastaruosius keletą metų nustatytas alternatyvus kelias – per Vakarų Afriką. Iš ten kokainas dažnai pervežamas į Europą žvejybiniais laivais ir burlaiviais, nors taip pat pranešama, kad pasitaiko, kai kontrabanda gabenama oru arba sausuma per Šiaurės Afriką (Europol, 2007).

Per pastaruosius keletą metų taip pat paminėtos ir kitos tranzito šalys. Tai Pietų Afrikos Respublika, Rusija, taip pat šalys Vidurio ir Rytų Europoje, kuriose kokaino konfiskavimo atvejų padaugėjo nuo apytikriai 412 2002 m. iki 1 065 2007 m. Kaip svarbios tranzito šalys vežant kokainą Europoje paminėtos Belgija, Ispanija, Prancūzija, Italija, Nyderlandai, Portugalija ir Jungtinė Karalystė.

Konfiskavimas

Kokainas yra antras po džiovintų kanapių ir kanapių dervos narkotikas, kuriuo pasaulyje neteisėtai prekiaujama dažniausiai. 2007 m. konfiskuotas kokaino kiekis pasaulyje tebėra nepakitęs ir sudarė apie 710 tonų. Didžiausias kiekis, kaip ir anksčiau, konfiskuotas Lotynų Amerikoje – 45 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, antroje vietoje yra Šiaurės Amerika (28 proc.), trečioje – Vakarų ir Vidurio Europa (11 proc.) (UNODC, 2009).

Europoje per pastaruosius 20 metų kokaino konfiskavimo atvejų vis daugėjo, ypač smarkiai – nuo 2003 m. 2007 m. kokaino konfiskavimo atvejų padaugėjo iki 92 000, nors bendras aptiktas kiekis sumažėjo nuo 121 tonos 2006 m. iki 77 tonų. Bendro konfiskuoto kokaino kiekio sumažėjimą daugiausia lėmė Portugalija, kiek mažesniu mastu – Ispanija ir Prancūzija, kurios pranešė 2007 m. konfiskavusios mažesnius kiekius, palyginti su ankstesniais metais ⁽⁹⁰⁾. 2007 m. apie didžiausią konfiskuoto kokaino

kiekį ir didžiausią šio narkotiko konfiskavimo atvejų skaičių (maždaug pusę visų atvejų) Europoje, kaip ir ankstesniais metais, pranešė Ispanija.

Grynumas ir kaina

2007 m. vidutinis kokaino grynumas Europoje svyravo nuo 22 iki 57 proc. ⁽⁹¹⁾ Didžioji dalis šalių, pateikusių pakankamai duomenų ilgalaikėms tendencijoms nagrinėti, nurodo, kad 2002–2007 m. laikotarpiu kokaino grynumas mažėjo; Ispanijoje ir Portugalijoje grynumas padidėjo.

Įstatymai dėl kovos su narkotikų kontrabanda atviroje jūroje

Sėkmė nutraukiant narkotikų kontrabandą jūra priklauso nuo valstybių bendradarbiavimo, kurį palengvina dvi tarptautinės konvencijos.

Pagal 1982 m. Tarptautinės jūrų teisės konvencijos 108 straipsnį valstybė, įtarianti, kad laivas, kuris plaukioja su jos vėliava ⁽¹⁾, užsiima neteisėta narkotikų prekyba, gali prašyti kitų valstybių pagalbos, kad tokia prekyba būtų sustabdyta. Tolesnis bendradarbiavimas numatomas pagal 1988 m. JT konvencijos dėl kovos su neteisėta narkotinių priemonių ir psichotropinių medžiagų apyvarta 17 straipsnį. Pagal šią konvenciją nustatoma tvarka, leidžianti bet kuriai valstybei, turinčiai svarų pagrindą įtarti, kad kitoje šalyje registruotas laivas dalyvauja narkotikų kontrabandoje, prašyti valstybės, kurios vėliava iškelta laive, leidimo įlipti į tą laivą, ieškoti ir konfiskuoti visus rastus narkotikus ir galiausiai patraukti nusikaltėlius baudžiamojon atsakomybėn. Tokių veiksmų gali būti imamasi bet kur už teritorinių vandenų ribų. Kompetentingos nacionalinės institucijos skiriamos atlikti informacinio punkto funkcijas ir turi būti nuolat pasiekiamos telefonu, kad galėtų kuo skubiau atsakyti į tokius prašymus. Prašymai gali būti patenkinti, patenkinti su sąlygomis arba atmesti. Sulaikymą gali vykdyti tik kariniai laivai arba kariniai orlaiviai, arba kiti laivai ar orlaiviai, kurie turi aiškius skiriamuosius ženklus, leidžiančius pažinti, kad jie atlieka vyriausybinių tarnybų ir yra įgalioti šiam tikslui.

Į laivą įlipa ir tolesnius veiksmus atlieka prašančiosios valstybės teisėsaugos pareigūnų būrys, vadinamas teisėsaugos būriu (angl. LEDET). Kai operaciją koordinuoja tarpvyriausybės tarnybos, tokios kaip Jūrų prekybos narkotikais analizės ir operacijų centras (angl. MAOC-N), LEDET kartais plaukia kitos šalies kariniu laivu. Tokiu atveju, siekiant atitikti identifikavimo reikalavimą, per įlipimo operaciją naudojamuose sraigtasparniuose ir mažuose kateriuose laikinai iškeliama LEDET valstybės vėliava, o ne to karinio laivo valstybės vėliava.

⁽¹⁾ Jurisdikciją dėl laivo ir jo įgulos prisiima valstybė, kurioje laivas registruotas („vėliavos valstybė“).

⁽⁹⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles SZR-9 ir SZR-10.

⁽⁹¹⁾ Dėl grynumo ir kainų duomenų žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles PPP-3 ir PPP-7.

Kodėl Europoje mažėja kokaino kainos?

Kokaino kainos (pakitusios dėl infliacijos) Europoje mažėja nuo 2000 m., nors šios medžiagos paklausa padidėjo, kaip rodo kokaino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų ir probleminių narkotikų vartotojų. Šį sveikam protui prieštaraujantį faktą galima paaiškinti keliais veiksniais. Neabejotina, kad pagrindinis veiksnys yra kokaino pasiūlos Europoje padidėjimas, kurį atspindi augančios konfiskuojamų kiekių apimtys. Didesnį dėmesį Europos rinkai gali skatinti Lotynų Amerikos kokaino prekiautojų pastangos rasti alternatyvų JAV rinkai. Be to, juos gali vilioti ir didėjanti Europoje kokaino paklausa. Padidėjęs kokaino vartojimas Europoje ir santykinis Europos valiutų stiprumas, palyginti su JAV doleriu, galėjo atsverti kainų mažėjimą ir galbūt mažesnes pelno maržas.

Tačiau kokaino kainą galėjo paveikti ir kiti veiksniai. Vystantis technologijoms ir naudojant naujus kontrabandos kelius, pvz., Vakarų Afrikos maršrutas, kuriame narkotikai prastai kontroliuojami ir kontrabandininkai nereikalauja didelio užmokesčio, galėjo sumažėti gabenimo išlaidos ir su narkotikų kontrabanda susijęs pavojus. Narkotiko kainai Europoje taip pat galėjo įtakos turėti ir didesnė konkurencija kokaino rinkoje (Desroches, 2007).

Stokojant duomenų šioje srityje, ši analizė iš tikrųjų tėra tik hipotetinė, bet ji pabrėžia, kaip svarbu geriau perprasti veiksnius, darančius įtaką Europos narkotikų rinkai. EMCDDA siekia toliau plėtoti bendradarbiavimą ir šios srities tyrimus.

2007 m. vidutinė mažmeninė kokaino gramo kaina duomenis teikiančiose devyniolikoje šalių svyravo nuo 44 iki 88 EUR, o maždaug pusė šių šalių nurodė vidutinės 58–67 EUR gramo kainas. Šalyse, kurios teikia pakankamai duomenų, kad juos būtų įmanoma palyginti, gatvėje parduodamas kokainas 2002–2007 m. atpigėjo.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Kokaino vartojimas tarp visų gyventojų

Apskritai kokainas tebėra antras po kanapių neteisėtas narkotikas, kuris Europoje vartojamas dažniausiai, nors vartojimo lygis įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Manoma, kad šį narkotiką mažiausiai kartą gyvenime bandė apytiksliai 13 mln. europiečių, vidutiniškai 3,9 proc. suaugusiųjų nuo 15 iki 64 metų amžiaus (duomenų santrauką žr. 8 lentelėje). Vartotojų skaičius šalyse svyruoja nuo 0,1 iki 8,3 proc., o dvylika iš 23 šalių, įskaitant daugumą Vidurio ir Rytų Europos šalių, nurodo žemą narkotiko vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp visų suaugusiųjų lygį (0,5–2 proc.).

Apskaičiuota, kad per pastaruosius metus šį narkotiką vartojo apytiksliai 4 mln. europiečių (vidutiniškai 1,2 proc.), nors vėlgis vartojimas įvairiose šalyse labai skiriasi. Kaip rodo naujausios nacionalinės apklausos, vartojimo per pastaruosius metus paplitimo įverčiai svyruoja nuo nulio iki 3,1 proc., nors aštuoniolikoje iš 24 šalių vartojimo lygis neviršija 1 proc. Kokaino vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo Europoje įvertis – maždaug 0,4 proc. suaugusių gyventojų arba apytiksliai 1,5 mln. asmenų. Šie įverčiai gali būti mažesni už tikruosius rodiklius.

Apskritai atrodo, kad kokaino vartojimas sutelktas keliose šalyse, visų pirma Danijoje, Ispanijoje, Italijoje, Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje, o kitose Europos šalyse šio narkotiko vartojimo lygis tebėra palyginti žemas. Beveik visose šalyse, kuriose neteisėtų stimuliuojančių narkotikų rinkoje vyrauja amfetaminai, kokaino vartotojų yra mažai. Ir atvirkščiai, daugumoje šalių, kuriose dažniausiai vartojamas neteisėtas stimulantas yra kokainas, yra nedaug amfetamino vartotojų.

Panašu, kad tik maža dalis bandžiusių kokaino mažiausiai kartą gyvenime ima intensyviai vartoti šį narkotiką. Bendrųjų gyventojų apklausų duomenys rodo, kad daug kokaino vartotojų liaujasi jį vartoti. Šalyse, kuriose vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo rodiklis viršija 2 proc., dauguma nors kartą kokaino vartojusių suaugusiųjų (80–95 proc.) per praeitą mėnesį jo nevartojo ⁽⁹²⁾.

Kokaino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Apskaičiuota, kad Europoje mažiausiai kartą gyvenime kokaino bandė 7,5 mln. jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus), t. y. vidutiniškai 5,6 proc. Įvairiose valstybėse šis skaičius svyruoja nuo 0,1 iki 12,0 proc. Europoje kokaino vartojimo per pastaruosius metus vidurkis šioje amžiaus grupėje, kaip apskaičiuota, sudaro 2,2 proc. (3 mln.), o vartojimo per praeitą mėnesį vidurkis – 0,8 proc. (1 mln.).

Kokainą itin dažnai vartoja jauni (15–34 metų amžiaus) vyrai. Danijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje grupėje svyruoja nuo 4,2 iki 7,7 proc. ⁽⁹³⁾ Daugumoje šalių vyrų ir moterų santykis tarp jaunų suaugusiųjų, vartojusių kokaino per pastaruosius metus, sudaro mažiausiai 2:1.

Apskaičiuotas kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas 15–24 metų amžiaus grupėje – 2,2 proc., t. y. 1,5 mln. vartotojų Europoje. Priešingai kanapių ar ekstazijos vartojimo paplitimo įverčiams, kurie yra didžiausi 15–24 metų amžiaus grupėje, kokaino vartojimo pastaruoju metu (per praeitus metus ir praeitą mėnesį) rodikliai 15–34 metų ir 15–24 metų amžiaus grupėse yra panašūs ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁹²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-16 pav.

⁽⁹³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-13 pav.

⁽⁹⁴⁾ Visų metų duomenų žr. GPS-15 pav. ir lenteles GPS-14, GPS-15 ir GPS-16; naujausių duomenų žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles GPS-17, GPS-18 ir GPS-19.

Kokaino vartojimas taip pat siejamas su alkoholio vartojimu ir tam tikrais gyvenimo būdais. Pavyzdžiui, išanalizavus 2007–2008 m. Didžiosios Britanijos nusikalstamumo apžvalgos duomenis, nustatyta, kad tarp 16–24 metų amžiaus asmenų, kurie per paskutinį mėnesį apsilankė bare

devynis ar daugiau kartų, vartoję kokaino per pastaruosius metus nurodė 13,5 proc., o tarp tų, kurie bare nesilankė, šis rodiklis buvo 1,7 proc. Su didesniu kokaino vartojimu taip pat susietas ir lankymasis naktiniuose klubuose – vartoję kokaino per pastaruosius metus nurodo beveik 10 proc.

8 lentelė. Kokaino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus	Per praėjusį mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	13 mln.	4 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Intervalas	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Lietuva, Malta (0,4 %) Graikija (0,7 %)	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Čekija, Vengrija, Lenkija (0,2 %)	Čekija, Graikija, Estija, Rumunija (0,0 %) Malta, Lietuva, Lenkija, Suomija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Ispanija (8,3 %) Jungtinė Karalystė (7,6 %) Italija (6,8 %) Airija (5,3 %)	Ispanija (3,1 %) Jungtinė Karalystė (2,3 %) Italija (2,2 %) Airija (1,7 %)	Ispanija (1,1 %) Jungtinė Karalystė (1,0 %) Italija (0,8 %) Airija (0,5 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7,5 mln.	3 mln.	1 mln.
Europos vidurkis	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Intervalas	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Lietuva (0,7 %) Malta (0,9 %) Graikija (1,0 %)	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Lenkija (0,3 %) Vengrija, Čekija (0,4 %)	Estija, Rumunija (0,0 %) Čekija, Graikija, Lenkija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (12,0 %) Ispanija (11,8 %) Danija (9,5 %) Airija (8,2 %)	Ispanija (5,5 %) Jungtinė Karalystė (4,5 %) Danija (3,4 %) Airija, Italija (3,1 %)	Jungtinė Karalystė (2,1 %) Ispanija (1,9 %) Italija (1,2 %) Airija (1,0 %)
15–24 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	3 mln.	1,5 mln.	0,6 mln.
Europos vidurkis	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Intervalas	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,6 %) Lietuva (0,7 %) Malta, Lenkija (1,1 %)	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Lenkija (0,3 %) Čekija (0,4 %)	Estija, Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Čekija, Lenkija, Portugalija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (9,9 %) Ispanija (9,3 %) Danija (9,2 %) Airija (7,0 %)	Danija (5,6 %) Ispanija (5,4 %) Jungtinė Karalystė (5,0 %) Airija (3,8 %)	Jungtinė Karalystė (2,5 %) Ispanija (1,7 %) Italija (1,2 %) Airija (1,1 %)

Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (334 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (133 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (63 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamas duomenis galima rasti 2009 m. statistikos biuletenio skylyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

16–24 metų amžiaus asmenų, kurie per paskutinį mėnesį lankėsi klube keturis ar daugiau kartų, o tarp tų, kurie klube nesilankė, šis rodiklis buvo 3,3 proc. Toje pačioje apklausoje nurodoma, kad krekto vartojimo lygis yra žemas, net ir tarp kokaino vartotojų, o tai patvirtina kitų tyrimų rezultatus, kurie rodo, kad šių dviejų medžiagų vartotojų charakteristikos skiriasi (Hoare ir Flatley, 2008). Per pasilinksminimo vietose atliktus tyrimus taip pat nustatomi didesni kokaino vartojimo paplitimo lygiai, palyginti su vartojimu tarp visų gyventojų (EMCDDA, 2007a). Be to, per neseniai atliktą elektroninės muzikos mėgėjų interneto apklausą Čekijoje nustatyta, kad kokaino vartojo 30,9 proc. respondentų.

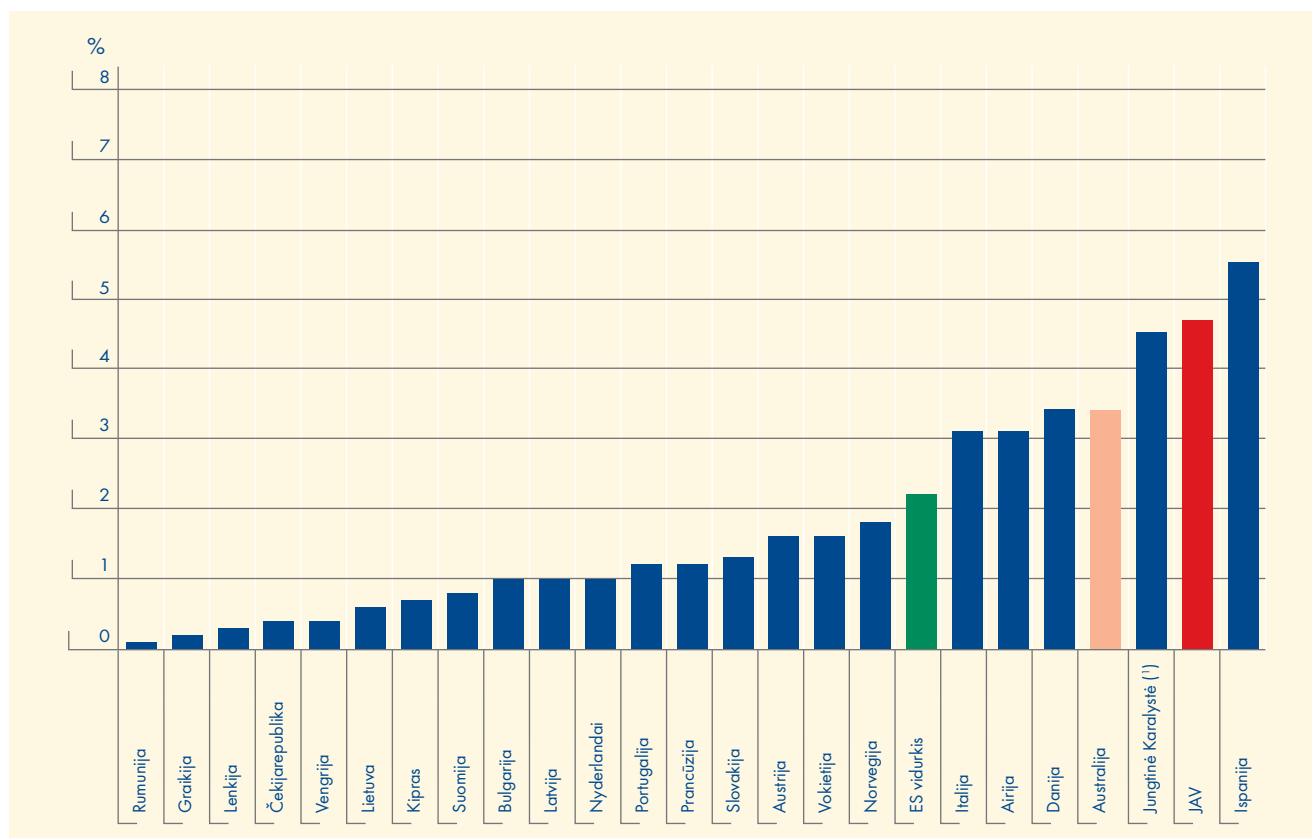
2008 m. dvidešimt septyniose ES valstybėse narėse atliktos Eurobarometro apklausos duomenys rodo, kad 85 proc. 15–25 metų amžiaus jaunuolių suvokia, jog kokaino vartojimas kelia didelį pavojų asmens sveikatai. Respondentų, suvokiančių, kad kitų medžiagų vartojimas

kelia sveikatai panašaus lygio pavojų, dalys gerokai mažesnės: 40 proc. kanapių atveju, 28 proc. tabako atveju ir 24 proc. alkoholio atveju. Didesnė suvokiančiųjų didelį pavojų sveikatai dalis yra tik dėl heroino vartojimo. Skirtumai tarp įvairių šalių nedideli, ir 95 proc. respondentų pareiškė manantys, jog kokainas turėtų būti uždraustas (Europos Komisija, 2008b).

Kokaino vartojimas tarp moksleivių

Kokaino vartojimo paplitimo tarp moksleivių įverčiai yra gerokai mažesni, palyginti su kanapių vartojimu. Kaip nustatyta per ESPAD apklausą, kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių svyruoja nuo 1 iki 2 proc. pusėje iš 28 duomenis pateikusių šalių. Dauguma kitų šalių nurodo 3–4 proc. paplitimo lygį, o Prancūzija, Italija ir Jungtinė Karalystė – 5 proc. Daugumoje šalių kokaino vartojimo

8 pav. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) Europoje, Australijoje ir JAV



(¹) Anglija ir Velsas.

Pastaba. Duomenys paimti iš paskutinės turimos kiekvienos šalies atliktos apklausos. Vidutinis paplitimo Europoje dydis apskaičiuotas kaip nacionalinių paplitimo dydžių vidurkis atsižvelgiant į 15–34 metų amžiaus gyventojų skaičių kiekvienoje šalyje (2006 m., paimta iš Eurostato). JAV ir Australijos duomenys perskaičiuoti 15–34 metų amžiaus grupei remiantis pirminiais apklausų rezultatais. Papildomos informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-20 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

SAMHSA (JAV), Taikomųjų studijų biuras (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). 2007 m. nacionalinė apklausa apie narkotikų vartojimą ir sveikatą.

Australijos sveikatos ir gerovės institutas, 2008 m. 2007 m. nacionalinė namų ūkių apklausa dėl narkotikų strategijos: išsamūs rezultatai. Narkotikų statistikos serija Nr. 22. Katalogo Nr. PHE 107. Kanbera: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp berniukų didesnis negu tarp mergaičių, o didžiausius lygius (6 proc.) nurodo Prancūzija ir Italija ⁽⁹⁵⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Apskritai apytikris kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų Europos Sąjungoje yra mažesnis nei tarp jų „kolegų“ Australijoje ir JAV. Tačiau dviejų šalių – Ispanijos ir Jungtinės Karalystės (Anglijos ir Velso) – nurodomi rodikliai yra didesni negu Australijos, o didesnę nei JAV įvertį praneša tik Ispanija (8 pav.).

Kokaino vartojimo tendencijos

Kalbant paprastai, kokaino vartojimo tendencijos Europoje plėtojosi nevienodai. Dviejose šalyse, kuriose kokaino vartojimo paplitimas didžiausias (Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje), šio narkotiko vartojimas 10-ojo dešimtmečio pabaigoje stipriai padidėjo, o vėliau vartojimas tapo stabilus, nors apskritai tebedidėja. Antroje grupėje šalių, įskaitant Daniją, Airiją ir Italiją, paplitimo augimas buvo ne toks ryškus ir pasireiškė kiek vėliau. Vis dėlto vartojimo lygiai šiose trijose šalyse yra dideli, palyginti su kitomis Europos šalimis. Kitose Europos šalyse padėtį sunku aiškinti –

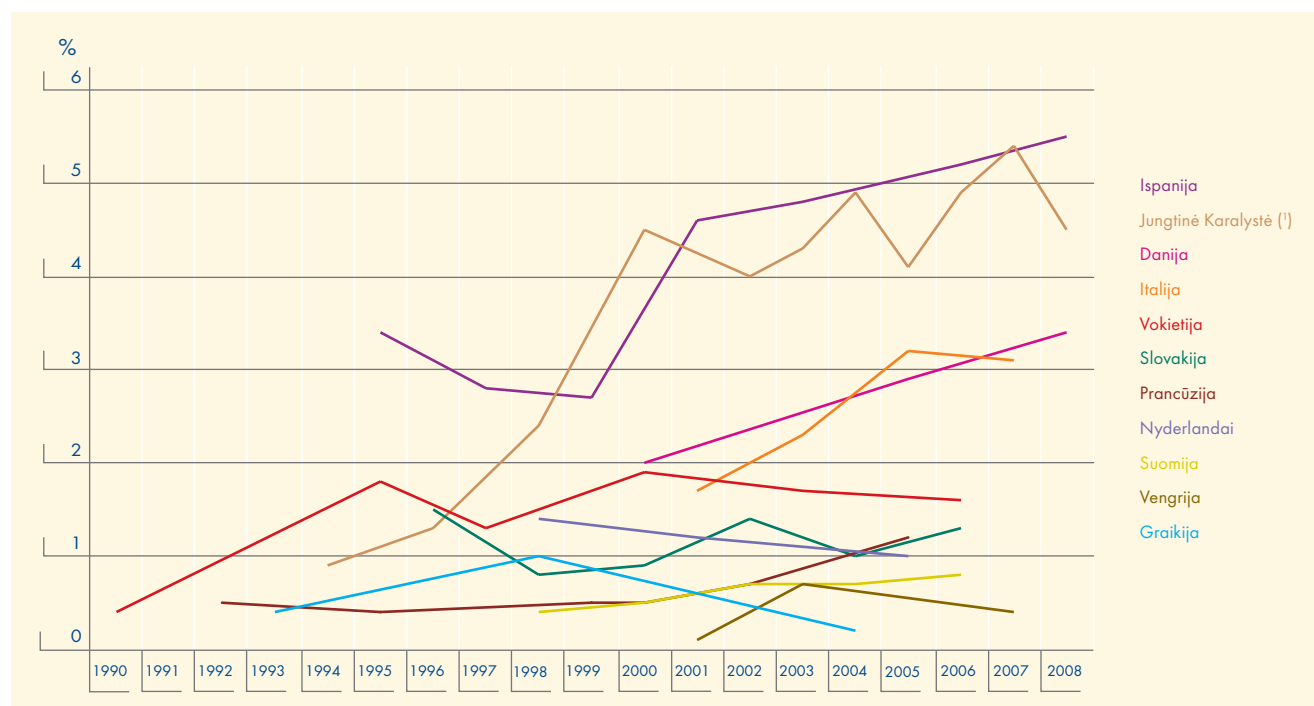
apskritai paplitimo lygiai nedideli, o kai kuriose šalyse pastebimas ir nedidelis augimas, ir nedidelis mažėjimas. Iš vienuolikos šalių, kuriose įmanoma išnagrinėti 2002–2007 m. tendenciją, penkiose šalyse (Airijoje, Italijoje, Latvijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje) vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) padidėjo ne mažiau kaip 15 proc., palyginti su pradiniu dydžiu ⁽⁹⁶⁾, dviejose šalyse (Vengrijoje, Lenkijoje) atitinkamas lygis sumažėjo, o keturiose (Vokietijoje, Ispanijoje, Slovakijoje, Suomijoje) liko nepakitęs (9 pav.).

Per 2007 m. atliktas ESPAD apklausas mokyklose nustatyta, kad nuo 2003 m. kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių Prancūzijoje, Kipre, Maltoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje padidėjo ne mažiau kaip dviem procentiniais punktais. Per Ispanijos mokyklose atliktą apklausą nustatyta, kad 2004–2007 m. paplitimo lygis sumažėjo dviem procentiniais punktais.

Kokaino vartojimo pasekmės sveikatai

Kokaino vartojimo pasekmių sveikatai mastas gali būti nepakankamai įvertintas. Tai iš dalies lemia dažnai nenustatytas ar lėtinis patologijų, kurios paprastai

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



⁽¹⁾ Anglija ir Velsas

Pastaba. Dėl papildomos informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio GPS-14 pav. (ii dalį).

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2008 m.), paimta iš gyventojų apklausų, ataskaitų ar mokslinių straipsnių.

⁽⁹⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio EYE-12 lentelę.

⁽⁹⁶⁾ Padidėjimą taip pat pastebėjo ir Danija, bet kitu laikotarpiu.

atsiranda ilgai vartojant kokainą, pobūdis ir iš dalies sunkumai nustatant priežastinį ryšį tarp ligos ir narkotiko vartojimo. Reguliarus kokaino vartojimas, įskaitant įtraukimą per nosį, gali būti susietas su širdies ir kraujagyslių ligomis, neurologinėmis ir psichiatrinėmis problemomis, taip pat su didesne nelaimių ir smurto rizika. Kartu vartojant kitas medžiagas, tarp jų ir alkoholį, tam tikros su kokainu susijusios problemos gali padidėti (žr. EMCDDA, 2007a). Per Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktą apklausą nustatyta, kad dažnai vartojantiems kokainą grėsusi nemirtino miokardo infarkto rizika buvo septynis kartus didesnė, palyginti su nevartojančiais kokaino (Qureshi *et al.*, 2001). Iš viso apskaičiuota, kad su „dažnu kokaino vartojimu“ sietinas ketvirtadalis nemirtinų miokardo infarkto atvejų tarp 18–45 metų amžiaus asmenų.

Naujausios ataskaitos rodo, kad šalyse, kuriose kokaino vartojimo paplitimo lygis palyginti aukštas, šis narkotikas, kaip atrodo, susijęs su dauguma atvejų, kai dėl narkotikų vartojimo prireikia skubios pagalbos ligoninėje. JAV įspėjimo apie piktnaudžiavimą narkotikais tinklo (DAWN) vertinimais, 2006 m. kokainas – vienas arba mišriai su kitais narkotikais – buvo susijęs su šešiais iš kas dešimties atvejų, kai dėl narkotikų vartojimo teko kreiptis skubios medicininės pagalbos. Ispanijoje per nacionalinę pranešimo apie skubios pagalbos ligoninėje atvejus, susijusius su nemedicininio psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, sistemą nustatyta, kad 2006 m. dažniausiai nurodoma medžiaga buvo kokainas (59 proc.), rečiau – kanapės (31 proc.), raminamieji (28 proc.) ir heroinas (22 proc.); su visomis šiomis medžiagomis dažnai buvo sietas ir alkoholis. Per pacientų, kurie Barselonoje kreipėsi į ligoninės greitosios pagalbos skyrių dėl tiesiogiai su kokaino vartojimu susijusių problemų, tyrimą pagrindiniai nurodyti nusiskundimai buvo nerimas arba susijaudinimas (48 proc.) ir skausmas krūtinėje arba smarkus širdies plakimas (2 proc.).

Su didžiausiu pavojumi sveikatai (įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas bei psichikos sveikatos problemas, sveikatos būklės pablogėjimą) siejamas kokaino švirkštimas ir krekto vartojimas. Padėtį dėl tokio vartojimo paprastai apsunkina socialinė marginalizacija ir papildomos specialiosios problemos, pvz., su švirkštėjimu susijusi rizika. Kokaino vartojimas kartu su opioidais, regis, yra susijęs su didesne opioidų perdozavimo rizika (EMCDDA, 2007a).

Viena iš neigiamų kokaino vartojimo pasekmių asmeniui yra priklausomybė. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktas tyrimas parodė, kad tapti priklausomais per pirmuosius vartojimo metus gali apie 5 proc. kokaino vartotojų, nors

ilgu laikotarpiu priklausomybė išsivystė ne daugiau nei apytiksliai 20 proc. vartotojų (Wagner ir Anthony, 2002). Kitas tyrimas parodė, kad tarp tampančiųjų priklausomais beveik 40 proc. atsigauja be gydymo nuo priklausomybės nuo narkotikų ar alkoholio (Cunningham, 2000). Taip pat esama įrodymų, kad daug kokaino vartotojų kontroliuoja narkotiko vartojimą nusistatydami taisykles, pvz., dėl vartojimo kiekio, dažnumo ar aplinkybių (Decorte, 2000).

Probleminis kokaino vartojimas ir gydymo paklausa

Probleminio kokaino vartojimo (švirkštimosi arba ilgalaikio ir (arba) reguliaraus vartojimo) įverčius skirtingose šalyse pateikė tik Ispanija ir Italija, vartojimo regionuose ir krekto vartojimo įverčius ⁽⁹⁷⁾ pateikė Jungtinė Karalystė. 2007 m. Italijoje, kaip apskaičiuota, buvo 3,8–4,7 probleminio kokaino vartotojų 1 000 suaugusiųjų. Remiantis naujausiais Ispanijos pateiktais duomenimis, 2002 m. šioje šalyje buvo nuo 4,5 iki 6 probleminių kokaino vartotojų 1 000 suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus). Probleminių kokaino vartotojų įverčiai tikriausiai mažesni už tikrąjį gyventojų, kuriems reikia gydymo ar trumpų intervencinių priemonių, skaičių, nes į naudotus duomenų šaltinius gali būti įtraukta per mažai socialiai integruotų probleminių kokaino vartotojų.

2007 m. kokainą, dažniausiai kokaino miltelius, kaip pagrindinę priežastį, dėl kurios pradėta gydytis, nurodė maždaug 17 proc. visų nuo narkomanijos gydymų pacientų, t. y. maždaug 61 000 užregistruotų atvejų 25 Europos šalyse. Tarp pirmą kartą pradedančių gydytis pacientų, kurie kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo kokainą, dalis yra didesnė (22 proc.).

Kokainą vartojančių pacientų dalys tarp visų ir naujų pacientų įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Didžiausias tokių pacientų dalis tarp visų pacientų (45 proc.) ir naujų pacientų (60 proc.) nurodo Ispanija, antroje vietoje Nyderlandai (32 proc. ir 29 proc.), trečioje – Italija (23 proc. ir 26 proc.). Belgijoje, Airijoje, Kipre, Liuksemburge ir Jungtinėje Karalystėje kokainą vartojantys pacientai sudaro nuo 11 iki 13 proc. visų nuo narkomanijos gydymų pacientų ir nuo 11 iki 19 proc. naujų pacientų; kitose Europos šalyse kokainą vartoja mažiau nei 10 proc. nuo narkomanijos gydymų pacientų, o septyniose šalyse šis rodiklis yra mažesnis nei 1 proc. ⁽⁹⁸⁾

Gydytis nuo narkomanijos pradedančių pacientų, kuriems kokainas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, Europoje kelerius metus daugėjo, nors ši tendencija smarkiai keičiasi

⁽⁹⁷⁾ Žr. skirsnį „Krekto vartojimas Europoje“, p. 69.

⁽⁹⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. ir lentelę TDI-5 (i dalį) ir (ii dalį); Ispanijos duomenys yra 2006 m.

vos keliose šalyse. 2002–2007 m. apie didžiausią šių pacientų dalies tarp naujų pacientų padidėjimą pranešė Ispanija, Airija ir Italija. Šalyse, apie kurias turima pakankamai duomenų ilgalaikėms tendencijoms išnagrinėti, visų gydytis pradedančių pacientų, kurie pagrindiniu vartojamu narkotiku nurodo kokainą, dalis padidėjo nuo 13 iki 19 proc. (remiantis 18 šalių duomenimis) ⁽⁹⁹⁾. Tarp pirmą kartą gydomų pacientų ši

dalys padidėjo nuo 17 iki 25 proc. (remiantis 19 šalių duomenimis). Nuo 2005 m. iš šalių, kuriose kokainą vartojančių pacientų dalys yra didžiausios, Ispanija ir Italija praneša, kad padėtis stabili, o Nyderlanduose naujų pacientų, pradedančių gydytis dėl kokaino vartojimo, dalis mažėja. Tačiau dabar ši dalis didėja kitose šalyse, būtent Danijoje, Airijoje, Graikijoje ir Portugalijoje ⁽¹⁰⁰⁾.

Gydomų pacientų charakteristika

Beveik visi dėl kokaino vartojimo gydomi pacientai gydomi ambulatoriniuose centruose, nors kai kurie kokaino vartotojai gali būti gydomi privačiose klinikose, kurios beveik nėra įtrauktos į dabartinę stebėsenos sistemą.

Vyrų ir moterų santykis tarp nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų – vienas iš didžiausių (penki vyrai vienai moteriai), šioje grupėje taip pat ir vienas iš didžiausių amžiaus vidurkių (maždaug 32 metai) tarp nuo narkomanijos gydomų pacientų. Tai ypač pasireiškia tam tikrose šalyse, kuriose yra daug pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, ypač Italijoje, kurioje lyčių santykis yra 8:1, o amžiaus vidurkis – 35 metai. Beveik pusė nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų pradeda vartoti šį narkotiką nesulaukę 20-ies, o 88 proc. – nesulaukę 30-ies. Apie ilgus laiko tarpus (9–12 metų) tarp pirmojo kokaino pavartojimo ir pirmojo pradėto gydymosi pranešama Ispanijoje, Italijoje ir Nyderlanduose ⁽¹⁰¹⁾.

Dauguma nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų šį narkotiką šniaukščia (55 proc.) arba rūko (32 proc.), o tik mažiau nei 7 proc. nurodo, kad jį leidžiasi ⁽¹⁰²⁾. Per 2006 m. 14-oje šalių atliktą analizę nustatyta, kad maždaug 63 proc. nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų vartoja kelis narkotikus. Iš jų 42 proc. taip pat vartoja alkoholį, 28 proc. – kanapes, o 16 proc. – heroiną. Kokainas taip pat dažnai minimas kaip antrinis narkotikas, ypač tarp pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra heroinas (28 proc.) ⁽¹⁰³⁾.

2007 m. pranešta apie maždaug 8 000 pacientų, pradėjusių gydytis ambulatoriškai nuo krekos, kuris jiems yra pagrindinis narkotikas, vartojimo; jie sudaro 15 proc. visų nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų ir 2,7 proc. visų nuo narkomanijos ambulatoriškai gydomų pacientų. Apie daugiausia kreką vartojančių pacientų (apie 6 500) praneša Jungtinė Karalystė, kurioje šie pacientai sudaro 45 proc. gydomų kokainą vartojančių pacientų. Beveik ketvirtadalis (22 proc.) pacientų, kuriems pagrindinis vartojamas narkotikas yra krekas, taip pat vartoja ir

Kreko vartojimas Europoje

Europoje prieinamas dviejų pavidalų kokainas: kokaino milteliai (kokaino hidrochloridas, hidrochlorido druska) ir krekas (laisvoji bazė), kurio vartojimas mažiau paplitęs. Krekas paprastai rūkomas ir yra žinoma, kad jis sukelia stiprų apsvaigimą, dėl kurio gali būti imta taikyti problemiškus vartojimo būdus. Paprastai jis gaminamas iš kokaino hidrochlorido greta tų vietų, kur jis parduodamas vartotojams ir vartojamas.

Kreko vartojimas pradėjo plisti Jungtinėse Amerikos Valstijose XX a. 9-ojo dešimtmečio viduryje, daugiausia didmiesčių skurdžių kvartaluose, neproporcingai paveikdamas etnines mažumas. Baimintis, kad panašūs reiškinys gali išplisti ir Europą, bet rimta krekos epidemija lig šiol nepasireiškė.

Tačiau krekas yra vartojamas tam tikruose Europos miestuose, nors tikslų šio reiškinio mastą sunku nustatyti. Ataskaitos apie padėtį Londone (GLADA, 2004) ir Dubline (Connolly *et al.*, 2008) taip pat rodo, kad vartojimas gali plisti. Londone krekos vartojimas laikomas labai svarbia miesto narkotikų problemos dalimi, ir jo didėjimas nuo 10-ojo dešimtmečio vidurio daugiausia siejamas su opioidų vartotojų, kurie taip pat vartoja kreką, gausėjimu.

Europoje apie didžiąją dalį krekos vartotojų, kurie kreipiasi dėl gydymo, ir apie didžiąją dalį šio narkotiko konfiskavimo atvejų praneša Jungtinė Karalystė. Per vieną tyrimą apskaičiuota, kad probleminių krekos vartotojų Anglijoje 2006–2007 m. buvo 5,2–5,6 1 000 suaugusiųjų. Apie dideles su krekos vartojimu susijusias problemas taip pat buvo pranešama ir iš kitų Europos šalių miestų.

Krekas daugiausia vartojamas visuomenės paribyje esančiose ir nepalankioje padėtyje esančiose grupėse, pvz., sekso darbuotojų ar probleminių opioidų vartotojų, o kai kuriose šalyse (pvz., Prancūzijoje, Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje) pranešama apie šio narkotiko vartojimą specifinėse etninėse mažumose. Tarp socialiai integruotų asmenų, įskaitant reguliariai vartojančiuosius kokaino miltelius, krekas vartojamas labai retai (Prinzleve *et al.*, 2004). Vis dėlto krekos vartojimo trukmė tam tikrose grupėse ir miestuose pabrėžia riziką, kad vartojimas gali išplisti ir apimti didesnę gyventojų dalį.

⁽⁹⁹⁾ Įtraukti tik pacientai, pagrindiniu vartojamu narkotiku nurodantys opioidus, kanapes, kokainą ir kitus stimuliantus.

⁽¹⁰⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-1 ir TDI-3 pav. bei TDI-3 lentelę (ii dalį).

⁽¹⁰¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10, TDI-11 (iii dalį), TDI-21 ir TDI-103 (ii dalį).

⁽¹⁰²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-17 lentelę (iv dalį).

⁽¹⁰³⁾ Žr. pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo.

heroiną; jų grupėje yra aukštas nedarbo ir benamystės lygis (¹⁰⁴).

Apskritai tarp gydomų kokainą vartojančių pacientų išskirtos dvi pagrindinės grupės: socialiai integruoti asmenys, vartojantys kokaino miltelius, ir labiau visuomenės paribyje esantys pacientai, vartojantys kokainą – dažnai kreką – kartu su opioidais. Pirmosios grupės pacientai paprastai nurodo narkotiką šniaukščiantys, retsykiais vartojantys jį kartu su kitomis medžiagomis, pvz., su alkoholiu ar kanapėmis, bet ne su opioidais. Kai kuriuos šios grupės narius gydytis siūnčia baudžiamojo teisingumo institucijos. Antrosios grupės pacientai dažnai nurodo susileidžiantys narkotikų, vartojantys ir kokainą, ir opioidus, kartais rūkantys kreką; šios grupės pacientų sveikatos būklė dažnai būna prasta, o socialinė padėtis rizikinga. Šiai grupei priklauso ir buvę heroino vartotojai, pakartotinai pradedantys gydytis nuo narkomanijos dėl kokaino vartojimo.

Gydymas ir žalos mažinimas

Gydymas

Europoje viešieji gydymo nuo narkomanijos centrai daugiausia rūpinasi opioidų vartotojų poreikiais, o tokių centrų, kurie telktų dėmesį į kokaino vartotojų gydymą, pasitaiko retai, o ir tie dažnai būna privatūs. Tačiau kai kurios šalys (pvz., Airija, Italija, Ispanija) įgyvendino kokaino vartotojus apimančias strategijas arba gydymo programas, o Prancūzija šiuo metu rengia tokias programas.

Kokaino vartotojai, jų problemos ir poreikiai labai nevienodi, ir tai apsunkina gydymo paslaugų organizavimą ir teikimą tiems, kuriems jų reikia. Tam tikras kokaino vartotojų grupės sunku pasiekti, todėl sunku ir paskatinti gydytis. Pavyzdžiui, marginalizuoti kokaino vartotojai, kurie narkotiką leidžiasi, ir kreką vartotojai retai kada kreipiasi gydytis savanoriškai. Dėl šios priežasties Airijoje rekomenduojama imtis socialinio darbo gatvėje ir kitų intervencinių priemonių, kad būtų įmanoma pritraukti gydytis tuos vartotojus, kurių kitais būdais nepavyktų pasiekti (Connolly *et al.*, 2008). Be to, tam tikroms grupėms gali būti naudingos informavimo apie gydymą programos. Tokių programų pavyzdys pateiktas viename Nyderlandų atliktame tyrime, kuriame dėmesys buvo sutelktas į visuomenės paribyje esančius kreką vartotojus. Per gydymo programą pasiektas aukštas gydymo reikalavimų laikymosi ir pacientų pasitenkinimo gydymu lygis. Gydytieji nurodė, kad jų sveikatos, gyvenimo sąlygos, santykiai šeimoje ir visuomenėje bei psichikos būklė pagerėjo (Henskens *et al.*, 2008).

Taip pat gali būti sunku paskatinti gydytis ir socialiai integruotus kokaino vartotojus. Pavyzdžiui, jie gali jausti, kad gydymo tarnybose, kurių pagrindiniai pacientai yra opioidų vartotojai, į jų poreikius neatsižvelgiama. Tam tikros šalys praneša besiidmančios priemonių šioms problemoms spręsti. Pavyzdžiui, Italijoje pagal 2007 m. pradėtą įgyvendinti projektą „Nacionalinis kokaino projektas“ (it. „Progetto nazionale cocaina“) specializuotos paslaugos teikiamos socialiai integruotiems kokaino vartotojams ir jų šeimoms tinkamesniu laiku (pvz., po darbo). Panašų požiūrį taip pat praneša taikanti ir Airija, kurioje rengiamos specialiosios programos, kad pritrauktų gydytis kokaino miltelių vartotojus.

Taip pat svarbu pasirūpinti, kad probleminiai kokaino ir kreką vartotojai nenutrauktų gydymo, nes intensyvus kokaino vartojimas siejamas su elgesio, socialinėmis ir psichologinėmis disfunkcijomis (pvz., impulsyvus ir agresyvus elgesys), o tam tikrose grupėse – su chaotiška gyvensena ir smarkiu psichinės ir fizinės būklės pablogėjimu. Taigi, kaip teigia specialistai, taip pat sunku užtikrinti reguliarių lankymųsi gydymo seansuose ir prasmingą terapinį dialogą (Connolly *et al.*, 2008). Dėl kokaino vartojimo taip pat gali nutrūkti gydymas nuo priklausomybės nuo kitų narkotikų ir kilti grėsmė sėkmingai pasiekti abstinencijai nuo heroino. Pavyzdžiui, Vokietijoje nustatyta, kad lygiagretus kokaino vartojimas buvo lemiamas pasitraukimo iš pakaitinio gydymo nuo opioidų vartojimo veiksnys.

Pritraukti vartotojus gydytis ir užtikrinti, kad jie tęstų gydymą, taip pat sudėtinga ir tada, kai nėra konkrečių psichosocialinių intervencinių priemonių, kurių veiksmingumas būtų aiškiai įrodytas, ir nėra veiksmingų farmakologinio gydymo būdų, kurie priklausomiems nuo kokaino vartotojams padėtų laikytis abstinencijos arba sumažinti vartojimą gydymo laikotarpiu.

Šiuos sunkumus galima spręsti rengiant specialiąsias gydymo programas ir mokymo kursus, pritaikytus prie problemų, kurios siejamos su kokaino ir kreką vartojimu. Apie gydymo personalui organizuojamą su kokainu susijusį mokymą pranešama Airijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Be to, vienuolika valstybių narių, įskaitant visas šalis, kuriose yra aukštas kokaino vartojimo lygis ir didelė gydymo paklausa, nurodo, be tradicinių gydymo paslaugų, įgyvendinančios specialiąsias gydymo programas, skirtas kokaino arba kreką vartotojams. Italijos, Portugalijos, Slovėnijos ir Jungtinės Karalystės nacionalinių ekspertų vertinimu, šios programos prieinamos daugumai kokaino vartotojų, kuriems reikia gydymo, tačiau Danijos, Vokietijos, Airijos, Austrijos, Nyderlandų, Prancūzijos ir Ispanijos ekspertai mano, kad šiose šalyse tokios programos prieinamos tik mažai tokių vartotojų daliai.

(¹⁰⁴) Žr. skirsnį „Kreką vartojimas Europoje“ (p. 69) ir 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-7 ir TDI-115.

Tam tikru laikotarpiu beveik visi moksliniai tyrimai buvo atliekami tik Jungtinėse Amerikos Valstijose, tačiau šiuo metu keletas gydymo nuo priklausomybės nuo kokaino tyrimų jau atliekama ir Europoje. Jungtinėje Karalystėje atliekamas klinikinis tyrimas, per kurį tiriamas pažintinės elgesio terapijos, taikomos kokaino vartotojams, kuriems tai yra pagrindinis vartojamas narkotikas, kartu su nenumatytų aplinkybių valdymu, veiksmingumas (žr. EMCDDA, 2008b). Kaip rodo naujausia *Cochrane* apžvalga, taikant šį derinį priklausomybei nuo stimuliantų gydyti pasiekti geriausi rezultatai (Knapp *et al.*, 2007). Per kitą Jungtinėje Karalystėje atliekamą klinikinį tyrimą tiriamas modafinilo veiksmingumas skiriant jį pacientams, kuriems taikomas pakaitinis priklausomybės nuo opioidų gydymas ir kurie vartoja kreką, ir kartu pasitelkiant čekiais pagrįstą nenumatytų aplinkybių valdymą. Per kelis tyrimus jau įrodyta, kad modafilinas turi gydymąjį poveikį kaip pakaitinė priemonė gydant nuo priklausomybės nuo stimuliantų.

Nyderlanduose šiuo metu atliekami penki klinikiniai tyrimai, per kuriuos tiriamas keleto vaistinių priemonių, tarp jų deksamfetamino ir modafinilo, veiksmingumas priklausomybei nuo kokaino gydyti. Per kitą Nyderlanduose atliktą klinikinį tyrimą ištirtas bendruomenės paramos ir nenumatytų aplinkybių valdymo metodų derinio veiksmingumas taikant jį opioidus vartojantiems pacientams, kuriems taikomas pakaitinis gydymas ir kurie yra priklausomi nuo kokaino. Rezultatai parodė, kad kokaino vartojimas, palyginti su standartiniu gydymu, gerokai sumažėjo.

Galiausiai per bendrą Ispanijoje ir Italijoje atliekamą daugiacentrį tyrimą tiriamas kokaino vakcinos (TA-CD) veiksmingumas. Tai didžiausias iki šiol surengtas šios vakcinos tyrimas – jame dalyvauja keli šimtai savanorių.

JAV atlikti pirminiai TA-CD vakcinos saugumo tyrimai parodė, kad subjektyvus kokaino poveikis silpnėjo, mažėjo narkotiko vartojimas ir geriau tęstas gydymas.

Žalos mažinimas

Žalos mažinimo intervencinės priemonės, numatytos probleminiams kreką ir kokaino vartotojams, daugelyje valstybių narių yra nauja darbo sritis. Viena iš priežasčių, kodėl intervencinių priemonių, visų pirma skirtų kreką vartotojams, taikymas šioje srityje yra ribotas, gali būti pagrindinių darbuotojų žinių apie narkotiką, tikslinę grupę ir jos poreikius stoka.

Kokaino vartotojams, kurie narkotiką švirkščiasi, valstybės narės paprastai teikia tas pačias paslaugas ir sudaro tokias pačias sąlygas, kokias gauna ir turi opioidų vartotojai, pvz., saugesnio vartojimo rekomendacijas, saugesnio švirkštimosi mokymą, adatų ir švirkštų keitimo programas. Tačiau kokaino švirkštymasis gali būti siejamas su didesne švirkštimosi įrangos dalijimosi rizika ir dažnu švirkštymusi, dėl kurio gali atsirasti venų kolapsas ir gali būti imamasi švirkštis į didesnės rizikos kūno dalis (pvz., kojas, rankas, pėdas ir kirkšni). Todėl rekomendacijas dėl saugesnio vartojimo reikėtų pritaikyti atsižvelgiant ir į šiuos specialiuosius pavojus. Kai kuriose šalyse (pvz., Belgijoje, Prancūzijoje) tam tikrose „žemo slenksčio“ tarnybose teikiamos ir švarios kreką pypkės.

Igyvendinant žalos mažinimo intervencines priemones, skirtas kokaino vartotojams pasilinksminimo vietoje, iš esmės daugiausia stengiamasi didinti informuotumą. Pagal šias programas jaunimui teikiami bendrieji patarimai ir informacija apie pavojus, susijusius su alkoholio ir narkotikų vartojimu, ir paprastai siūloma medžiaga apie kokaino vartojimo keliamą riziką.

6 skyrius

Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis

Ižanga

Heroino vartojimas, ypač šio narkotiko švirkštimasis, glaudžiai siejamas su probleminiu narkotikų vartojimu Europoje nuo XX a. 8-ojo dešimtmečio. Ir dabar šis narkotikas atsakingas už didžiausią su narkotikų vartojimu susijusio sergamumo ir mirštamumo dalį Europos Sąjungoje. Per pastarąjį dešimtmetį heroino vartojimas ir susijusių problemų mastas mažėjo, nors naujausi duomenys rodo, kad kai kuriose šalyse tendencijos kryptis pasikeitė. Be to, pranešimai apie sintetinių opioidų, pvz., fentanilo, vartojimą ir stimuliuojančių narkotikų, tokių kaip kokainas ar amfetaminai, švirkštimasis rodo, kad probleminio narkotikų vartojimo pobūdis Europoje tampa vis labiau įvairialypis.

Pasiūla ir prieinamumas

Istoriškai Europos neteisėtoje narkotikų rinkoje yra siūlomas dviejų rūšių importuojamas heroinas: plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas), įvežamas daugiausia iš Afganistano, ir baltasis heroinas (druskos pavidalo), paprastai kilęs iš Pietryčių Azijos šalių, nors tokiu pavidalu šis narkotikas pasitaiko gerokai rečiau ⁽¹⁰⁵⁾. Be to, nedideli opioidų kiekiai taip pat gaminiai Europoje, daugiausia – naminiai aguonų produktai (pvz., aguonų šiaudeliai, aguonų koncentratas iš sutrintų aguonų stiebelių arba galvučių) – kai kuriose Rytų Europos šalyse (pvz., Latvijoje, Lietuvoje).

Gamyba ir neteisėta prekyba

Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane, kuriam tenka didžioji neteisėto opijaus gamybos pasaulyje dalis. Heroiną taip pat gamina Mianmaras, kuris paprastai tiekia narkotiką į Rytų ir Pietryčių Azijos rinkas, Pakistanas, Laosas, taip pat Meksika ir Kolumbija, kurios laikomos didžiausiais heroino tiekėjais į Jungtines Amerikos Valstijas (UNODC, 2009). 2007 m. rekordinį lygį pasiekusi opijaus gamyba pasaulyje pernai, kaip manoma, sumažėjo, daugiausia dėl gamybos Afganistane sumažėjimo nuo 8 890 tonų iki maždaug 8 000 tonų 2008 m. Naujausiais vertinimais, potenciali pasaulinė heroino gamyba 2007 m. sudarė 735 tonas (UNODC,

2009). Didėjantis per pastaruosius keletą metų Afganistane sunaikintų laboratorijų skaičius liudija apie tai, kad vis daugiau opijaus perdirbama į morfijų arba heroiną pačioje šalyje. Tačiau didelio kiekio opijaus ir morfino konfiskavimo kaimyninėse šalyse (Pakistanas, Irane) atvejai rodo, kad didelio masto perdirbimas vyksta ir greta Afganistano (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroinas į Europą įvežamas daugiausia dviem kontrabandos keliais: istoriškai svarbiu Balkanų keliu ir keletu jo atšakų, tranzitu pervažiuojant Pakistaną, Iraną ir Turkiją, kur konfiskuojamas didžiausias šio narkotiko kiekis, ir „šiaurės keliu“ per Vidutinę Aziją ir Rusiją, kai heroinas kontrabanda tiesiogiai traukiniu vežamas, pvz., į Lenkiją (INCB, 2009a) arba į Norvegiją per Lietuvą. Antriniai heroino kontrabandos keliai, kaip pranešama, eina iš

9 lentelė. Heroino gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

Gamyba ir konfiskavimas	Heroinas
Pasaulinės galimos gamybos įvertis (tonomis) ⁽¹⁾	735
Pasaulyje konfiskuotas kiekis Heroino (tonomis) Morfino (tonomis)	65 27
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	8,8 (22)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	56 000 (58 000)
Kaina ir grynumas Europoje	Rudasis heroinas
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Vidutinis grynumas (%) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽²⁾	9–50 (16–27)
⁽¹⁾ UNODC skaičius pagrįstas neteisėto opijaus gamybos pasaulyje įverčiu (8 870 tonų 2008 m.) (UNODC, 2009).	
⁽²⁾ Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinėsios dalies intervalas. Visi duomenys 2007 m., išskyrus pasaulinės galimos gamybos įvertį. Šaltiniai: UNODC ataskaita apie narkotikus pasaulyje (2009 m.) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).	

⁽¹⁰⁵⁾ Dėl informacijos apie narkotikų pasiūlos ir prieinamumo duomenų šaltinius žr. p. 40.

Pietvakarių Azijos, pvz., oro transportu iš Afganistano ir Pakistano per Artimųjų Rytų ir Rytų Afrikos šalis į neteisėtą Europos rinkas (INCB, 2009a; PMO, 2008). Heroinas iš Pietvakarių Azijos taip pat tiesiogiai kontrabanda skraidinamas į Europą (Jungtinę Karalystę) iš Pakistano. Europos Sąjungoje svarbūs antriniai perskirstymo punktai yra Nyderlandai ir Belgija (ši mažiau svarbi) (Europol, 2008).

Konfiskavimas

Pagal pranešimus, visame pasaulyje konfiskuoto opijaus kiekis 2007 m. gerokai padidėjo ir sudarė 510 tonų, iš kurių 84 proc. konfiskuota Irane. Pasaulyje konfiskuoto morfino kiekis, apie kurį pranešta, gerokai sumažėjo ir sudarė 27 tonas, o konfiskuotas heroino kiekis šiek tiek padidėjo – iki 65 tonų. Daugiausia heroino konfiskuota Irane (25 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio), kiek mažiau – Turkijoje ir Afganistane (UNODC, 2009).

2007 m. Europoje per maždaug 58 000 konfiskavimo operacijų sulaikytos 22 tonos heroino. 2007 m. daugiausia konfiskavimo operacijų ir vėl atlikta Jungtinėje Karalystėje, o didžiausias konfiskuotas kiekis ir vėl buvo Turkijoje – 13,2 tonos⁽¹⁰⁶⁾. Dvidešimt penkių duomenis teikiančių šalių 2002–2007 m. duomenys rodo, kad pirmaisiais metais konfiskavimo atvejų skaičius sumažėjo, bet nuo 2003 m. nuosekliai didėjo. Bendra Turkijoje sulaikomo heroino kiekio tendencija skiriasi nuo atitinkamų tendencijų Europos Sąjungoje. Nuo 2002 iki 2007 m. Turkijoje konfiskuoto heroino kiekis padidėjo penkis kartus, o Europos Sąjungoje konfiskuotas kiekis šiuo laikotarpiu apskritai sumažėjo, nors 2007 m. ir buvo didesnis negu 2006-aisiais.

Pasaulyje konfiskuoto acto anhidrido (naudojamo heroinui gaminti) kiekis 2007 m. padidėjo iki 56 300 litrų; beveik pusė šio kiekio sulaikyta Rusijoje (25 000 litrų), kiek mažiau – Turkijoje (13 300 litrų) ir Slovėnijoje (6 500 litrų) (INCB, 2009b). INCB skaičiavimais, „beveik 80 proc.“ Afganistano heroino laboratorijose naudojamo acto anhidrido kontrabanda vežama per Rytų ir Pietryčių Europą, todėl valdyba ragina ES Komisiją ir ES valstybes nares uždrausti acto anhidridą išvežti iš vidaus rinkos (INCB, 2009a).

Grynumas ir kaina

2007 m. vidutinis ištirto rudojo heroino grynumas daugelyje duomenis pateikusių šalių svyravo nuo 15 iki 30 proc., nors gauta pranešimų apie mažesnę nei 15 proc. grynumą – iš Prancūzijos (12 proc.) ir Austrijos (9 proc.) bei apie didesnį grynumą – iš Jungtinės Karalystės (50 proc.) ir Norvegijos (35 proc.). Tipinis baltojo heroino

grynumas paprastai buvo didesnis (30–50 proc.), sprendžiant pagal duomenis, kuriuos pateikė kelios Europos šalys⁽¹⁰⁷⁾.

Šiaurės šalyse mažmeninė rudojo heroino kaina tebebuvo didesnė nei kitose Europos šalyse – Švedija nurodė 119 EUR vidutinę gramo kainą, o Danija – 96 EUR. Dešimtyje kitų šalių mažmeninė rudojo heroino gramo kaina svyravo nuo 30 iki 80 EUR, o Turkijoje vidutinė šios medžiagos gramo kaina sudarė 15 EUR. 2002–2007 m. laikotarpiu mažmeninė rudojo heroino kaina sumažėjo septyniose iš dvylikos Europos šalių, teikiančių duomenis apie tendencijas, o penkiose – padidėjo. Baltojo heroino mažmeninę kainą nurodė vos keletas Europos šalių, kuriose gramo kaina svyravo nuo 31 iki 151 EUR.

Probleminio opioidų vartojimo paplitimo vertinimas

Šiame skirsnyje pateikiami duomenys, gauti iš EMCDDA probleminio narkotikų vartojimo (PNV) indekso, kuris daugiausia atspindi narkotikų švirkštimąsi ir opioidų vartojimą, nors kai kuriose šalyse reikšmingą sudedamąją jo

Heroino kainos įvairaus lygio rinkose

Narkotikų kainų stebėsena – svarbi priemonė narkotikų rinkoms perprasti. EMCDDA renka duomenis apie mažmenines kainas, dažniausiai nurodomas eurai už gramą, dozę ar tabletę. Remiantis šia informacija galima apskaičiuoti tipinę kainą, kurią moka vartotojas konkrečiam narkotikui tam tikroje Europos šalyje įsigyti. Kainų kitimas laikui bėgant gali rodyti galimus narkotikų pasiūlos ar paklausos pokyčius. Informacija apie didmenines kainas, t. y. kainas, kurias narkotikų prekeiviai moka stambiems platintojams rinkoje, kurioje vartojamas narkotikas, yra dar vienas naudingas rodiklis, galintis suteikti įžvalgų apie pelno lygį šioje rinkoje.

Palyginamų duomenų apie didmenines ir mažmenines kainas 2007 m. turima tik apie kelias šalis (Čekiją, Vokietiją, Ispaniją, Rumuniją, Jungtinę karalystę). Šiose šalyse nurodyta didmeninė heroino gramo kaina svyravo nuo 12,5 iki 35,8 EUR, o vidutinė mažmeninė kaina (jei tokių duomenų yra) – nuo 36 iki 62,7 EUR. Apie mažiausias kainas – ir didmeninėje, ir mažmeninėje rinkoje – pranešama Rumunijoje, o didžiausias – Ispanijoje. Mažmeninės ir didmeninės kainos santykis taip pat gerokai įvairuoja – nuo 1,6:1 Čekijoje iki 2,8:1 Jungtinėje Karalystėje. Galimus narkotiko grynumo skirtumus – tarp šalių, įvairiuose rinkos lygmenyse ar tam tikru laikotarpiu – reikėtų lyginti atsargiai. Vis dėlto analizė šioje srityje gali būti informatyvi, ypač ilgalaikių tendencijų atžvilgiu, nes gali atskleisti svarbius rinkoje vykstančius pokyčius.

⁽¹⁰⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles SZR-7 ir SZR-8. Atkreipkite dėmesį, kad nesant 2007 m. duomenų, bendriems Europos rodikliams apskaičiuoti naudojami atitinkami 2006 m. duomenys. Ši analizė išankstinė, nes dar neturima 2007 m. duomenų iš Jungtinės Karalystės.

⁽¹⁰⁷⁾ Grynumo ir kainos duomenis žr. 2009 m. statistikos biuletenio lentelėse PPP-2 ir PPP-6.

dalį sudaro duomenys apie amfetaminų arba kokaino vartotojus. Verta paminėti, kad daugelis šalių nurodo, jog daugumą „probleminių opioidų vartotojų“ galima vadinti kelių narkotikų vartotojais, kurie taip pat vartoja opioidus. Atsižvelgiant į palyginti nedidelį šio narkotikų vartojimo tipo paplitimą ir slaptą jo pobūdį, reikalingas statistinis ekstrapoliavimas, kad būtų įmanoma nustatyti paplitimo įverčius pagal turimus duomenų šaltinius.

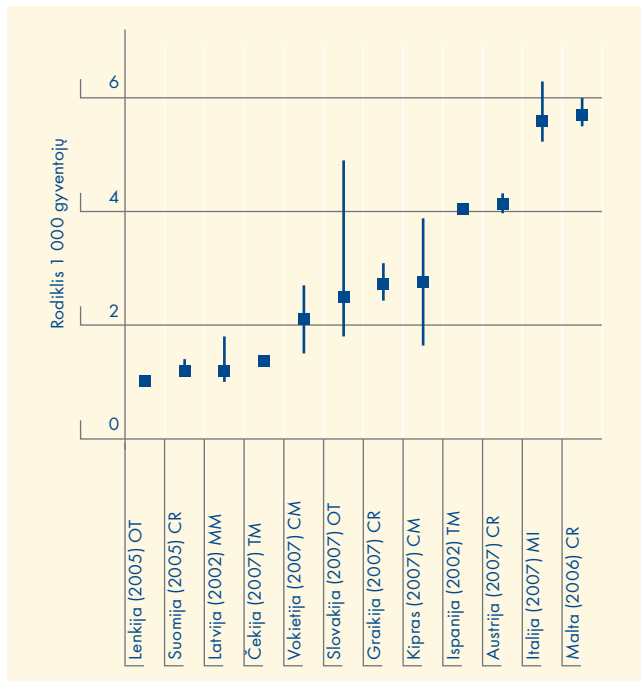
2002–2007 m. laikotarpiu probleminio opioidų vartojimo paplitimo Europos šalyse įverčiai svyruoja nuo maždaug vieno iki šešių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus; bendras apskaičiuotas probleminio narkotikų vartojimo paplitimas – nuo mažiau nei trijų iki dešimties atvejų 1 000 gyventojų. Mažiausi iš dokumentais gerai pagrįstų probleminio opioidų vartojimo įverčių yra Čekijoje, Latvijoje, Lenkijoje ir Suomijoje (nors ir Čekijoje, ir Suomijoje daug probleminių amfetaminų vartotojų), o didžiausius įverčius pateikia Malta, Italija, Austrija ir Ispanija (10 pav.).

Vidutinis probleminio opioidų vartojimo paplitimas duomenis teikiančiose šalyse, kaip apskaičiuota, yra nuo 3,6 iki 4,6 atvejo 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus. Jeigu būtų pagrindo manyti, kad tai atspindi padėtį visoje ES, tada 2007 m. ES ir Norvegijoje buvo apie 1,4 mln. (1,2–1,5 mln.) probleminių opioidų vartotojų⁽¹⁰⁸⁾. Šiame įvertyme gali būti nepakankamai atsižvelgta į kalėjimuose esančius probleminius opioidų vartotojus, ypač tuos, kuriems skirtos ilgesnės trukmės laisvės atėmimo bausmės.

Opioidų vartotojų gydymas

Dauguma narkotikų vartotojų, besikreipiančių dėl gydymo Europoje, ir toliau nurodo opioidus, daugiausia heroiną, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką. Tačiau narkotikų vartotojų, pradedančių gydytis dėl problemų, susijusių su šiais narkotikais, dalis Europoje gerokai skiriasi; Bulgarijoje ir Slovėnijoje opioidus vartojantys pacientai sudaro daugiau kaip 90 proc. pradedančiųjų gydytis, penkioolikoje šalių – 50–90 proc., o dar devyniose – 10–49 proc.⁽¹⁰⁹⁾ Apskritai iš maždaug 325 000 pradėjusių gydytis, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra žinomas, 49 proc. pagrindiniu vartojamu narkotiku įvardijo heroiną; įskaitant ir kitus opioidus, šis rodiklis padidėja iki 55 proc. šių pacientų⁽¹¹⁰⁾. Kai kuriose šalyse per pastaruosius keletą metų padidėjo ir pradedančiųjų gydytis nuo priklausomybės nuo kitokių nei heroinas opioidų dalis, ir tokių pacientų skaičius⁽¹¹¹⁾.

10 pav. Probleminio opioidų vartojimo paplitimo metiniai įverčiai (rodiklis 1 000 gyventojų, 15–64 metų)



Pastaba. Simbolis rodo apskaičiavimo tašką; brūkšnelis rodo vertinimo neapibrėžties intervalą: 95 % pasikliautinąjį intervalą arba intervalą, pagrįstą jautrumo analize. Tikslinės grupės dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių gali šiek tiek skirtis, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Suomijoje (15–54 m.), Maltoje (12–64 m.) ir Lenkijoje (visi amžiai) tyrimuose buvo naudojami nestandartiniai amžiaus intervalai. Visi trys rodikliai buvo pritaikyti 15–64 metų amžiaus grupei, manant, kad narkotikų vartojimo mastas kitose amžiaus grupėse bus menkas. Vokietijos ir Kipro atveju intervalas rodo visų esančių įverčių aukščiausią ir žemiausią ribas, o apskaičiavimo taškas rodo paprasčiausią visų vidurio taškų vidurkį. Nurodant vertinimo metodus, vartojamos santrumpos: CR = įskaitymas-pakartotinis įskaitymas (angl. capture-recapture); TM = gydymo multiplikatorius (angl. treatment multiplier); MI = mišrusis indikatorius (angl. multivariate indicator); MM = mirštamumo multiplikatorius (angl. mortality multiplier); CM = sujungti metodai (angl. combined methods); OT = kiti metodai (angl. other methods). Išsamesnės informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio PDU-1 pav. (ii dalį).

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Daugelis opioidų vartotojų įtraukiami į ilgalaikės priežiūros programas. Dėl to opioidų vartotojų, kuriems tai yra pagrindinis vartojamas narkotikas, dalis tarp jau gydomų narkotikų vartotojų yra didesnė. Per nesenai atliktą nuo narkomanijos keturiolikoje šalių gydomų pacientų duomenų analizę nustatyta, kad opioidų vartotojai, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, sudarė 61 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų, bet tik 38 proc. pacientų, pradedančių gydytis pirmą kartą⁽¹¹²⁾. Nustatyta, kad

⁽¹⁰⁸⁾ Šis įvertis sumažintas nuo 1,5 iki 1,4 mln. remiantis naujais duomenimis. Atsižvelgiant į didelius pasikliautinusius intervalus ir į tai, kad įvertis pagrįstas skirtingų metų duomenimis, negalima daryti išvados, kad naujasis įvertis rodo, jog probleminio opioidų vartojimo paplitimas Europoje sumažėjo.

⁽¹⁰⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (ii dalį).

⁽¹¹⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-113 lentelę.

⁽¹¹¹⁾ Žr. skirsnį „Netinkamas receptinių opioidų naudojimas“, p. 78.

⁽¹¹²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-38 lentelę.

Probleminio opioidų vartojimo tikimybė

Siekiant suvokti padėties Europos narkotikų srityje tendencijas ir rengti tinkamas politikos bei intervencijos priemonės, būtina stebėti probleminio narkotikų vartojimo tikimybę, t. y. asmenų, kurie pradeda vartoti medžiagą konkrečiais metais ir kurie tampa problemineis narkotikų vartotojais, skaičių.

EMCDDA skatina mokslinius tyrimus, per kuriuos vertinama probleminio narkotikų vartojimo tikimybė, ir neseniai paskelbė gaires šiuo klausimu (Scalia Tomba et al., 2008). Be to, bendradarbiaudamas su Ciuricho universitetu, centras pradėjo tyrimą, per kurį siekiama išbandyti naują „vienos dienos“ metodą naudojant „gaišties laiką“ (laiko iki gydymo) pasiskirstymą įvairiems sluoksniams atstovaujančių gydytų heroino vartotojų imtyje. Pagal šį metodą taikoma funkcija, apibūdinanti galimybę gydytis pakaitalais (Bendroji įtraukties funkcija, angl. GIF), jeigu nėra jokių taisyklių, ribojančių gauti galimybę gydytis, ir atsižvelgiama į gaišties laiką, mirštamumą ir narkotikų vartojimo nutraukimo dydžius. Įverčiai gali būti apskaičiuoti remiantis vienos dienos gydymo duomenimis, o taikant nusistovėjusius metodus būtinai ilgalaikių duomenų serijos, apimančios ne mažiau nei aštuonerius–dešimt metų.

Šešiose ES valstybėse narėse (Ispanijoje, Italijoje, Maltoje, Nyderlanduose, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje) atliktas tyrimas, kuris parodė, kad GIF metodas leidžia įvertinti probleminio heroino vartojimo tikimybę, net jei duomenų apie gydymą pakaitalais rinkiniai neišsamūs. Remiantis tikimybės įverčiais apskaičiuoti paplitimo įverčiai buvo labai panašūs į kitus esamus įverčius (apskaičiuotus, pvz., taikant įskaitymo ir pakartotinio įskaitymo metodą) ne mažiau nei penkiuose regionuose.

GIF metodas atrodo patikimas ir, be tikimybės vertinimo, taip pat galėtų būti taikomas, norint mažiausiomis sąnaudomis įvertinti probleminio opioidų vartojimo paplitimą ir gydymo pakaitalais aprėptį, taip pat ilgai vykstančius jų pokyčius. Ateityje gali būti atlikta tyrimų kitose ES šalyse, taip pat geografinių skirtumų, su lytimi ir vartojimo būdu susijusių skirtumų analizė.

opioidų vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, procentinė dalis tarp ilgiau nei metus gydytų pacientų buvo didesnė nei 50 proc. visose tyrimė dalyvavusiose šalyse.

Dėl priklausomybės nuo opioidų gydytis pradedantys pacientai, kuriems tai yra pagrindinis vartojamas narkotikas, dažnai nurodo vartojantys ir kitų narkotikų. Per 2006 m. atliktą keturiolikos šalių duomenų analizę nustatyta, kad 59 proc. heroiną vartojančių pacientų vartoja antrinį narkotiką, daugiausia kokainą (28 proc.), kanapes (14 proc.) ir alkoholį (7 proc.)⁽¹¹³⁾.

Probleminio opioidų vartojimo tendencijos

Pakartotinai skaičiuojamų probleminio opioidų vartojimo tikimybės ir paplitimo įverčių nėra daug, o kai kurie įverčiai susiję su statistiniu neapibrėžtumu, ir tai padidina sunkumus, su kuriais susiduriama siekiant stebėti ilgalaikes tendencijas. Devynių šalių, kuriose 2002–2007 m. buvo pakartotinai skaičiuojami paplitimo įverčiai, duomenys rodo, kad padėtis gana stabili. Iki 2005 m. paplitimas Austrijoje akivaizdžiai didėjo, bet naujausi duomenys to nepatvirtina. Kitose šalyse turima informacijos, kuri galėtų rodyti, jog pastaruoju metu būta pokyčių. Kipre 2007 m. nustatytas įvertis rodo, kad probleminis opioidų vartojimas gerokai padidėjo, ir tai siejama su gydomų užsienio piliečių pagausėjimu⁽¹¹⁴⁾. Prancūzijos TREND sistemos, kuri remiasi ir kokybiniais, ir kiekybiniais duomenimis, informacija rodo, kad heroinas ima skliti po naujas vartotojų grupes, tarp kurių yra ir socialiai integruotų asmenų, ir „techno“ vakarėlių lankytojų, o tai kelia nerimą.

Jeigu atitinkamų ir naujausių probleminio opioidų vartojimo tikimybės ir paplitimo įverčių nėra, nagrinėti ilgalaikes tendencijas vis vien gali būti įmanoma, būtent pasitelkiant kitus, daugiausia netiesioginius rodiklius, pvz., duomenis apie gydymo paklausą. Remiantis 19 šalių imtimi, 2002–2007 m. bendras gydytis pradėjusių heroino vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius padidėjo. Žvelgiant į pastarųjų keletą metų laikotarpį, 2006–2007 m. aštuoniose šalyse padidėjo ir gydytis pradėjusių heroino vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius, ir jų dalis tarp visų nuo narkomanijos gydomų pacientų. Per keletą metų prieš šį padidėjimą dažnai pasireikšdavo ganėtinai mažėjimas. Be to, dešimt šalių jau nuo 2004 m. praneša ir apie naujų gydytis pradedančių pacientų, kuriems heroinas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičiaus, ir apie jų dalies didėjimą⁽¹¹⁵⁾.

Kiti rodikliai paremia šią analizę. 2007 m. duomenys apie mirties nuo narkotikų atvejus, kurie dažniausiai siejami su opioidų vartojimu, nerodo jokių požymių, kad vėl įsivyratų iki 2003 m. pasireiškusi mažėjimo tendencija (žr. 7 skyrių). 2006–2007 m. daugiau mirčių nuo narkotikų užregistravo daugiau nei pusė duomenis teikiančių šalių⁽¹¹⁶⁾. Panašiai, iki 2003 m. Europos Sąjungoje stebėtą heroino konfiskavimo atvejų mažėjimą dabar pakeitė nuoseklus didėjimas. Žvelgiant į naujausius duomenis apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus, taip pat galima pastebėti, kad su heroinu susijusių pažeidimų daugėja.

Turimi duomenys rodo, kad iki 2003 m. pasireiškusių opioidų vartojimo rodiklių tendencijų mažėti pakeitė

⁽¹¹³⁾ Žr. 2009 m. pasirinktą temą dėl kelių narkotikų vartojimo.

⁽¹¹⁴⁾ Išsamios informacijos, įskaitant ir apie pasikliautinusius intervalus, žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles PDU-6 (ii dalį) ir PDU-102.

⁽¹¹⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-3 lentelę.

⁽¹¹⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-2 lentelę (i dalį).

stabilumas. Tai galbūt aiškiausiai matyti nuo 2003 m. vertinant konfiskavimo ir mirties nuo narkotikų atvejus, o po 2004 m. – naujų su heroino vartojimu susijusio gydymo prašymų skaičių. Vykstant šiems pokyčiams, plėtėsi opijaus gamyba Afganistane, o tai kelia susirūpinimą dėl šių reiškinių sąsajos, kurią lemia padidėjęs heroino prieinamumas Europos rinkoje.

Narkotikų švirkštimasis

Narkotikų švirkštimosi paplitimas

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai priklauso didžiausią riziką savo sveikatai dėl narkotikų vartojimo keliančių narkomanų grupei. Jiems gresia per kraują plintanti infekcijos (pvz., ŽIV (AIDS), hepatitas) arba dėl narkotikų vartojimo išstinganti mirtis. Nepaisant to svarbos visuomenės sveikatai, tik dvylika šalių galėjo pateikti naujausius švirkščiamųjų narkotikų vartojimo lygio įverčius ⁽¹¹⁷⁾. Todėl informacijos apie šią ypatingą žmonių grupę tikslumo didinimas tebėra svarbus iššūkis plėtojant sveikatos stebėsenos sistemas Europoje.

Turimi įverčiai rodo, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimas įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Daugumoje šalių įverčiai svyruoja nuo mažiau nei vieno iki penkių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus, o Estijoje nustatytas ypač didelis 15 atvejų 1 000 gyventojų rodiklis.

Stokojant duomenų, sunku daryti išvadas apie ilgalaikes narkotikų švirkštimosi paplitimo tendencijas, nors turimi duomenys rodo, kad Čekijoje, Graikijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje padėtis stabili ⁽¹¹⁸⁾. Kipre pastebėtas švirkštimosi paplitimo padidėjimas.

Infekcinių ligų tyrimų duomenys taip pat gali suteikti informacijos apie skirtumus tarp šalių dėl narkotikų švirkštimosi ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo pokyčius laikui bėgant. Tačiau lyginti šalis reikėtų atsargiai, nes tokių tyrimų dalyviai gali būti atrenkami iš skirtingų grupių. Trijose šalyse nustatyta ganėtinai didelė naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (kurie švirkščiasi trumpiau kaip dvejus metus) dalis (per 20 proc.), o tai galbūt rodo, kad švirkštis pradeda daug vartotojų. Dar dešimtyje šalių ši dalis nesiekė 10 proc. ⁽¹¹⁹⁾. Kitas neseniai pradėto švirkštimosi ženklas – imtyse nustatyta jaunų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų (jaunesnių kaip 25 metų) dalis. Čekijoje, Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Austrijoje, Rumunijoje ir Slovakijoje tokie asmenys sudarė daugiau kaip 40 proc. tirtų susišvirkščiančiųjų, o vienuolikoje kitų šalių jaunesnių kaip 25 metų yra mažiau kaip 20 proc. tirtų susišvirkščiančiųjų.

EMCDDA pasirinkta tema dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo

Švirkščiamųjų narkotikų vartojimas – vienas iš pagrindinių lemiamų rimtų visuomenės sveikatos problemų tarp narkotikų vartotojų, įskaitant ŽIV (AIDS), hepatitą C ir perdozavimą, veiksnį. Švirkščiamųjų narkotikų vartojimo Europoje paplitimas ir tendencijos skirtingose valstybėse narėse nevienodos ir laikui bėgant gali keistis. Švirkščiantis narkotikus, kartu gali būti taikomi ir alternatyvūs vartojimo būdai (pvz., rūkymas), ir narkotikų vartotojai gali keisti narkotikų vartojimo metodą.

Pasirinktoje temoje dėmesys sutelktas į švirkščiamųjų narkotikų vartojimo padėtį ir tendencijas bei į specialiąsias intervencines priemones, numatytas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams Europoje. Leidinyje taip pat aptariamos galimos priežastys, kurios galėjo lemti kai kuriose šalyse ar regionuose pastebėtą narkotikų švirkštimosi masto sumažėjimą, ir kodėl švirkštimosi lygiai kituose regionuose vis dar dideli (arba didėja). Jame taip pat aptariamos intervencinės priemonės ir politikos kryptys, kuriomis siekiama mažinti švirkštimosi mastą ir kurios gali paskatinti vartotojus taikyti mažiau kenksmingus narkotikų vartojimo būdus.

Ši pasirinkta tema bus išspausdinta atskirai ir paskelbta internete tik anglų kalba (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) 2009 m. gruodžio mėn.

Švirkštimasis tarp opioidų vartotojų

Gydytis pradedantys opioidų vartotojai dažnai nurodė, kad švirkštimasis yra įprastas jų narkotikų vartojimo būdas – daugelyje šalių jų buvo daugiau nei pusė nuo priklausomybės nuo opioidų gydomų pacientų, septyniose šalyse – 25–50 proc., o dar penkiose – mažiau nei 25 proc. Apie mažiausias susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių opioidų vartotojų praneša Danija ir Nyderlandai, o didžiausias nurodo Lietuva, Latvija ir Rumunija ⁽¹²⁰⁾. Gydymo ataskaitos taip pat rodo, kad švirkštimosi populiarumas tarp opioidų vartotojų toje pačioje šalyje gali gerokai skirtis. Pavyzdžiui, Ispanijos autonominėse bendruomenėse susišvirkščiančiųjų dalis tarp pradedančių gydytis opioidų vartotojų svyruoja nuo 0,9 iki 47,2 proc.

Tarp opioidų vartotojų, pradedančių gydytis pirmą kartą, teigiančiųjų, kad narkotiką susišvirkščia, dalis (42 proc.) yra mažesnė nei tarp visų gydytis pradedančių opioidų vartotojų (44 proc.). Ši tendencija pasireiškia beveik visose iš 22 atitinkamus duomenis teikiančių šalių. Keturiolikoje šalių gydomų narkotikų vartotojų duomenų analizė rodo,

⁽¹¹⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio PDU-2 pav.

⁽¹¹⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio PDU-6 lentelę (iii dalį).

⁽¹¹⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio PDU-3 pav.

⁽¹²⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles PDU-104, TDI-5 ir TDI-17 (v dalį).

kad švirkštimosi lygis tarp visų gydomų narkotikų vartotojų tebėra aukštas – 62 proc., nors ir yra tam tikrų įsidėmėtinų išimčių, pvz., Nyderlanduose, kuriuose šis rodiklis siekia 6,1 proc. ⁽¹²¹⁾

2007 m. susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių heroino vartotojų ir toliau mažėjo. Tam tikrose šalyse šios tendencijos anksčiau nebuvo pastebėta, bet dabar ji aiškiai pasireiškė (pvz., Čekijoje, Vokietijoje). 2002–2007 m. susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių opioidų vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, sumažėjo daugumoje šalių, o statistiškai reikšmingas sumažėjimas nustatytas trylikoje šalių. Tačiau dvi šalys nurodo, kad atitinkama dalis šiuo laikotarpiu padidėjo (Bulgarija, Slovakija) ⁽¹²²⁾.

Kiti tyrimai bendrai patvirtina švirkštimosi tarp opioidų vartotojų mažėjimo tendenciją. Pavyzdžiui, Prancūzijoje, vertinant gydymo duomenis, švirkštimosi paplitimo mažėjimas pasireiškė nuo 2001 m., ir tyrimai atskleidžia, kad heroinas vis dažniau pradedamas vartoti šniaukščiant, o švirkštis, kaip atrodo, pradedama vėlesniame narkotikų vartojimo etape, nei būta anksčiau.

Gydymas nuo probleminio opioidų vartojimo

Nuo priklausomybės nuo opioidų, kurie yra pagrindinis vartojamas narkotikas, ambulatoriškai pradedančių gydytis pacientų amžiaus vidurkis – 33 metai, ir beveik visos šalys nurodo, kad nuo 2003 m. šis vidurkis padidėjo ⁽¹²³⁾. Pacientės, opioidų vartotojai, pradedantys gydytis pirmą kartą, ir pacientai nuo 2004 m. prie ES prisijungusiose valstybėse narėse vidutiniškai būna jaunesni.

Narkotikus vartojančios moterys laikomos ypač pažeidžiama grupe. Apskritai vyrų ir moterų santykis tarp nuo opioidų priklausomų pacientų yra 3,5:1, nors Šiaurės šalyse (pvz., Švedijoje, Suomijoje) moterų dalis tarp nuo opioidų priklausomų pacientų yra didesnė, o pietinėse šalyse (pvz., Graikijoje, Italijoje, Portugalijoje) – mažesnė ⁽¹²⁴⁾.

Gydytis pradedančių opioidų vartotojų nedarbingumo lygis aukštesnis, o išsilavinimas žemesnis negu kitų nuo priklausomybės nuo narkotikų gydomų pacientų (žr. 2 skyrių). Šioje grupėje dažni psichiatriniai sutrikimai; pvz., per vieną Italijoje atliktą tyrimą nustatyta, kad dauguma (72 proc.) nuo narkomanijos gydomų pacientų, kuriems kartu pasireiškė psichiatriniai sutrikimai, buvo opioidų vartotojai, kuriems tai buvo pagrindinis vartojamas narkotikas ⁽¹²⁵⁾.

Netinkamas receptinių opioidų vartojimas

Opioidiniai analgetikai yra stipriausi turimi vaistai ūmiam ir lėtiniam skausmui malšinti. Opioidai taip pat vartojami kaip pakaitalai gydant nuo priklausomybės nuo opioidų. Šie vaistai, kurių galima įsigyti pagal receptą, gali būti netinkamai vartojami ir dėl to gali pasireikšti nepageidaujamas poveikis sveikatai, pvz., priklausomybė, perdozavimas ar žala, siejama su švirkštimusi. Receptiniai opioidai gali patekti į neteisėtą narkotikų rinką, jeigu narkotikų pakaitalai vartojami ne pagal jų tikrąją paskirtį. Jungtinėse Valstijose svarbų vaidmenį užtikrinant receptinių opioidų prieinamumą, kaip atrodo, atlieka internetinės vaistinės (INCB, 2009a), tačiau Europoje jų vaidmuo, regis, yra ribotas. Europoje didėjant narkotikų pakaitalų skyrimo nuo opioidų priklausomiems narkotikų vartotojams mastui, daugėja ir pranešimų apie netinkamą šių preparatų vartojimą.

Maždaug 5 proc. (17 810) gydytis nuo narkomanijos Europoje pradedančių pacientų nurodo, kad pagrindinis jų vartojamas narkotikas yra kitokie nei heroinas opioidai. Dažniausiai minimos šios medžiagos: buprenorfinas, kuris Suomijoje nustatomas kaip pagrindinis vartojamas narkotikas 41 proc. visų gydymo prašymų, o Prancūzijoje – 7 %, metadonas, kuriam tenka 18,5 proc. visų gydymo prašymų Danijoje, ir kiti receptiniai opioidai Latvijoje, Austrijoje ir Švedijoje, kur jiems tenka nuo 5 iki 15 proc. visų gydymo prašymų ⁽¹⁾. Čekija nurodė, kad 2007 m. šalyje būta apytiksliai 4 250 probleminių buprenorfino vartotojų. Tai daugiausia atspindi probleminių heroino vartotojų vartojamų medžiagų pokytį, bet ne bendro probleminio opioidų vartojimo paplitimo padidėjimą. Vokietijos sistemoje *Phar-Mon*, per kurią stebima daugybė vaistinių preparatų, kurie gali būti netinkamai vartojami, taip pat užfiksuotas netinkamo receptinių opioidų vartojimo padidėjimas, ir narkotikų pakaitalai atlieka svarbesnį vaidmenį nei analgetikai (Roesner ir Küfner, 2007).

Netinkamas receptinių opioidų vartojimas kelia svarbių klausimų dėl būtinybės imtis priemonių, kurios neleistų narkotikų pakaitalams ir opioidiniams analgetikams patekti į neteisėtą rinką. Kartu būtina pasirūpinti, kad nebūtų pakenkta teisėtam šių medžiagų vartojimui (Cherny *et al.*, 2006).

⁽¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-113 lentelę.

Beveik visi gydytis pradedantys opioidų vartotojai nurodo pradėję vartoti jaunesni kaip 30 metų amžiaus, o maždaug pusė – dar nesulaukę 20-ies. Nuo pirmojo opioidų pavartojimo iki gydymo nuo narkotikų priklausomybės pradžios, kaip nurodoma, vidutiniškai praeina maždaug aštuoneri metai ⁽¹²⁶⁾.

⁽¹²¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-17 (v dalį) ir TDI-38.

⁽¹²²⁾ Žr. 2006 m. ir 2009 m. statistikos biuletenių lenteles TDI-4 ir TDI-5.

⁽¹²³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10, TDI-32 ir TDI-103.

⁽¹²⁴⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 ir TDI-21.

⁽¹²⁵⁾ Taip pat žr. skirsnį „Sergamumas gretutinėmis ligomis: narkotikų vartojimas ir psichikos sutrikimai“.

Sergamumas gretutinėmis ligomis: narkotikų vartojimas ir psichikos sutrikimai

Sergamumas gretutinėmis ligomis – tai dažnai nepripažįstamas reiškinys, kai problemų dėl narkotikų vartojimo turintis asmuo kartu kenčia ir nuo psichikos sutrikimų. Per tyrimus nustatytas ir didesnis psichikos problemų paplitimas tarp nuo narkomanijos gydomų pacientų, ir didesnis problemų dėl narkotikų vartojimo paplitimas tarp psichiatrijos tarnybų pacientų (EMCDDA, 2005).

Psichikos sutrikimai tarp narkotikų vartotojų Europoje, apie kuriuos pranešama dažniausiai, tai: depresija, nerimas, šizofrenija, asmenybės sutrikimai, dėmesio trūkumas ir hiperaktyvumas. Europoje gana ribotai teikiamas specialusis gydymas gretutinėmis ligomis sergantiems narkotikų vartotojams. Šalių ekspertai praneša, kad specialiųjų programų esama aštuoniolikoje šalių, tačiau keturiolikoje iš jų tos programos prieinamos tik mažai pacientų, kuriems reikia tokio gydymo, daliai. Dar septyniose šalyse atitinkamų tikslinių programų išvis nėra, bet penkios iš jų planuoja parengti tokias programas per ateinančius trejus metus.

Europoje neseniai atliktas perspektyvinis daugiacentris tyrimas (*Isadora*), kuriame dalyvavo ūmios psichiatrijos skyrių pacientai, kuriems nustatyta dviguba diagnozė⁽¹⁾. Tyrimo rezultatai pabrėžia sunkumus, kurių kyla norint atlikti šios srities lyginamąją analizę, ir rodo, jog Europoje būtina taikyti darnesnę požiūrį į sergamumo gretutinėmis ligomis diagnostiką, gydymą ir tyrimą (Baldacchino et al., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

Gydymas ir jo aprėptis

Opioidų vartotojai daugiausia gydomi ambulatoriškai – gydymą gali teikti specializuoti centrai, bendrosios praktikos gydytojai ir „žemo slenksčio“ agentūros (žr. 2 skyrių). Keliose šalyse, ypač Bulgarijoje, Graikijoje, Suomijoje ir Švedijoje, svarbų vaidmenį gydymo nuo narkomanijos sistemoje atlieka ir stacionarinio gydymo centrai⁽¹²⁷⁾. Priklausomybės nuo opioidų gydymo būdų pasirinkimas Europoje yra platus ir vis labiau diferencijuojamas, nors gydymo prieinamumas ir aprėptis įvairiose šalyse nevienoda. Gydymas nuo priklausomybės nuo opioidų be narkotinių medžiagų ir jų pakaitalais yra prieinamas visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje. Turkijoje šiuo metu tiriama, kaip taikyti gydymą pakaitalais ateityje.

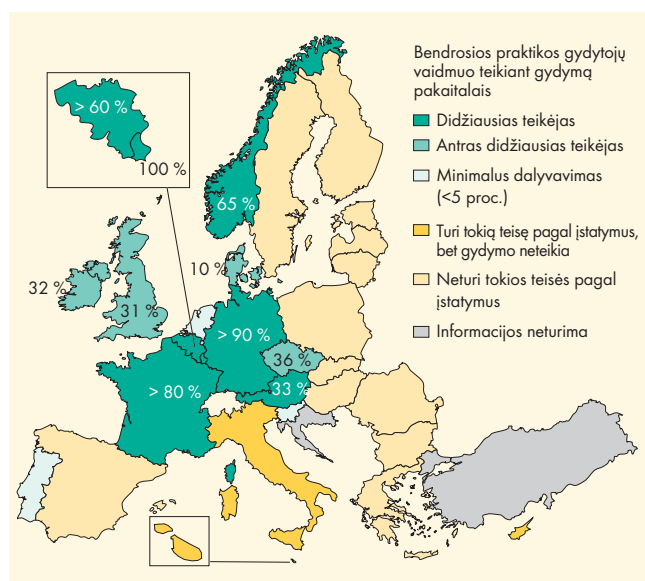
Gydymas be narkotinių medžiagų – tai terapinis metodas, pagal kurį asmenų paprastai reikalaujama susilaikyti nuo visų medžiagų, įskaitant pakaitalus, vartojimo. Pacientai dalyvauja dienos veikloje ir jiems teikiama intensyvi

psichologinė parama. Gydymas be narkotinių medžiagų gali būti teikiamas ir ambulatoriškai, ir stacionare, bet valstybės narės dažniausiai praneša įgyvendinančios programas stacionaruose taikant terapinio poveikio bendruomenės principus arba Minesotos modelį.

Gydymas pakaitalais, paprastai susietas su psichosocialine rūpyba, paprastai teikiamas specializuotuose ambulatoriniuose centruose. Trylika šalių praneša, kad gydymą pakaitalais taip pat teikia bendrosios praktikos gydytojai, paprastai pagal bendrosios su specializuotais gydymo centrais rūpybos schemas (žr. 11 pav.). Čekijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Kroatijoje gydymą pakaitalais gali teikti bet kuris bendrosios praktikos gydytojas, o Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Airijoje, Liuksemburge, Austrijoje ir Norvegijoje teisę teikti tokį gydymą turi tik tie bendrosios praktikos gydytojai, kurie yra specialiai tam apmokyti arba akredituoti. Keletas šalių (Čekija, Vokietija, Prancūzija, Austrija, Jungtinė Karalystė) nurodo, kad bendrosios praktikos gydytojų dalyvavimas padėjo padidinti gydymo pakaitalais prieinamumą ir jo aprėptį, nes padidėjo geografinė aprėptis, sumažėjo laukimo laikas ir sudarytos galimybės lengviau gauti gydymą.

Ekspertų vertinimais, gydymo opioidų pakaitalais prieinamumas ganėtinai didelis šešiolikoje šalių, kuriose jis prieinamas ne mažiau kaip pusei opioidų vartotojų (žr. 2 skyrių). Tose šalyse gydymą be narkotikų renkasi nuo 10 iki

11 pav. Kabinetuose dirbančių bendrosios praktikos gydytojų teikiamas priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais



Pastaba. Pakaitalais gydomų pacientų, kuriems gydymą teikia bendruomenės bendrosios praktikos gydytojai, dalis procentais nurodyta žemėlapyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

⁽¹²⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-11, TDI-33, TDI-107 ir TDI-109.

⁽¹²⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio TDI-24 lentelę.

25 proc. opioidų vartotojų. Dar dešimtyje šalių (Estijoje, Graikijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Suomijoje, Norvegijoje) gydymas pakaitalais, kaip apskaičiuota, prieinamas mažai opioidų vartotojų daliai. Taip gali būti dėl to, jog pasirenkamas gydymas be narkotikų, ypač jaunesnių ar pirmą kartą gydytis pradedančių pacientų, arba dėl sunkumų norint pasinaudoti gydymu pakaitalais. Graikijoje, pvz., priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais vidutiniškai tenka laukti ilgiau negu trejus metus.

Siekiant užtikrinti gydymo pakaitalais veiksmingumą, būtina, kaip manoma, pasirūpinti ir psichosocialine priežiūra. Ekspertų vertinimais, ji teikiama beveik visiems pakaitalais gydomiems pacientams septyniose šalyse (Graikijoje, Italijoje, Latvijoje, Portugalijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje) ir jų daugumai dar keturiolikoje šalių. Keturiuose šalyse (Estijoje, Liuksemburge, Vengrijoje, Nyderlanduose), kaip nustatyta, tokia priežiūra teikiama tik mažumai pakaitalais gydomų pacientų.

2007 m. ES, Kroatijoje ir Norvegijoje pakaitalais iš viso gydyta apytiksliai apie 650 000 pacientų, 2005 m. jų būta 560 000, o 2003-iaisiais – 500 000. Turimi duomenys rodo, kad tokių pacientų padaugėjo visose šalyse, išskyrus Ispaniją, kurioje gydomųjų pakaitalais mažėjo nuo 2002 m., taip pat Prancūziją, Liuksemburgą, Vengriją ir Nyderlandus – kaip pranešama, šiose šalyse gydomųjų pakaitalais šiek tiek sumažėjo arba jų skaičius nepakito. Tarp gydymo pakaitalais teikimą išplėtusių šalių didžiausi padidėjimo rodikliai užfiksuoti Estijoje, kurioje pacientų skaičius per penkerius metus padidėjo nuo 60 iki daugiau nei 1 000, ir Bulgarijoje, kurioje gydymo vietų skaičius 2003–2007 m. padidėjo nuo 380 iki beveik 3 000. Čekijoje, Latvijoje, Suomijoje ir Norvegijoje pakaitalais gydomų pacientų šiuo laikotarpiu padaugėjo daugiau kaip du kartus, o Graikijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Rumunijoje ir Švedijoje – daugiau kaip 40 proc.

Paprastas apytikrio probleminių opioidų vartotojų skaičiaus ir gydomų asmenų skaičiaus palyginimas rodo, kad pakaitalais gydoma galbūt daugiau nei 40 proc. Tačiau reikia nepamiršti, kad abu duomenų rinkiniai tebėra gana tikslūs, tad minėtų įvertį reikėtų vertinti atsargiai. Dėl tos pačios priežasties sunku atlikti ir kitus palyginimus, nors turimi duomenys rodo, kad pakaitalais gydomų probleminių opioidų vartotojų dalis įvairiose šalyse gerokai skiriasi ir, kaip apskaičiuota, svyruoja nuo 5 proc. iki daugiau nei 50 proc. ⁽¹²⁸⁾

Dauguma pakaitalais gydomų pacientų Europoje gydoma metadonu (70 proc.), tačiau šalių, kuriose tai vienintelė skiriama medžiaga, skaičius mažėja, ir visose šalyse, išskyrus keturias ES valstybes nares (Bulgariją, Ispaniją, Vengriją,

Lenkiją), jau imta skirti buprenorfiną. Čekijoje, Prancūzijoje, Latvijoje ir Švedijoje buprenorfinas skiriamas daugiau nei 50 proc. pakaitalais gydomų pacientų. Yra ir kitų galimybių – ilgesnio veikimo morfinas (Bulgarija, Austrija, Slovėnija) ir kodeinas (Vokietija, Austrija, Kipras). 2006 m. ES rinkoje leista vartoti kombinuotą buprenorfino ir nalaksono preparatą, kurį, kaip pranešta, jau imta vartoti vienuolikoje šalių. Šešiose Europos šalyse pacientams, kuriems kiti gydymo būdai nėra pakankamai veiksmingi, gydyti taip pat gali būti naudojamas heroinas.

Gydymo veiksmingumas, kokybė ir standartai

Atsitiktine atranka pagrįstų kontroliuojamųjų tyrimų ir stebėjimo studijų apžvalgose daroma išvada, kad gydymas pakaitalais vartojant metadoną ar buprenorfiną gali būti veiksmingas priklausomybei nuo opioidų gydyti. Iš viso tokio pobūdžio gydymas duoda keletą teigiamų rezultatų: gydomasi noriai, sumažėja nelegalus opioidų vartojimas ir švirkštimsis, sumažėja mirštamumas ir kriminalinio elgesio atvejų, stabilizuojasi ir gerėja chroninių heroino vartotojų sveikata ir socialinės sąlygos. Be to, per neseniai atliktus atsitiktine atranka pagrįstus kontroliuojamuosius tyrimus nustatyta, kad pacientų, kurie laikomi sunkiai gydomais arba kurių atžvilgiu kiti gydymo metodai nebuvo veiksmingi, gydymas heroinu veiksmingai padeda sumažinti nelegalų narkotikų vartojimą, pagerinti fizinę ar psichinę būklę bei sumažinti kriminalinio elgesio apraiškų.

Gydymo rezultatų studijos taip pat parodė, kad psichosocialinė ir psichoterapinė intervencija kartu su vaistų terapija irgi yra veiksmingos (Schulte et al., 2008). Šių metodų tikslas – padidinti motyvaciją gydytis, apsaugoti nuo grįžimo prie narkomanijos ir sumažinti žalą. Be to, juos taikant narkomanams, kuriems kartu su gydymusi nuo priklausomybės nuo opioidų būtina išspręsti būsto, darbo ir šeimos problemas, gali būti teikiamos konsultacijos ir praktinė parama.

PSO neseniai (2009 m.) parengė būtiniausius reikalavimus ir tarptautines gaires dėl nuo opioidų priklausomų asmenų gydymo vaistais ir psichosocialinės paramos. Šis dokumentas parengtas atsižvelgus į Jungtinių Tautų Ekonominės ir socialinės tarybos (ECOSOC) rezoliuciją ir jį pagrindė sisteminga mokslinės literatūros apžvalga bei konsultacijomis su įvairiais garsiais ekspertais iš įvairių pasaulio šalių. Daugelis Europos šalių taip pat parengė gydymo pakaitalais gaires (žr. 2 skyrių).

⁽¹²⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-1 pav.



7 skyrius

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos

Infekcinės ligos, tokios kaip ŽIV ir hepatitas B ir C, yra vieni rimčiausių narkotikų vartojimo padarinių sveikatai. Netgi tose šalyse, kuriose ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nėra didelis, narkotikų vartotojai gali neproporcingai dažnai apsikrėsti kitomis infekcinėmis ligomis, įskaitant hepatitą A, B ir C, lytiniu būdu plintančias ligas, tuberkuliozę, stabligę, botulizmą ir žmogaus T-limfotropinį virusą. EMCDDA nuolat stebi švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sergamumą ŽIV ir hepatitu B ir C (antikūnų lygį ar kitus specifinius žymenis hepatito B atveju) ⁽¹²⁹⁾.

ŽIV ir AIDS

Iki 2007 m. pabaigos užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius, kaip atrodo, tebuvo nedidelis daugumoje Europos Sąjungos šalių, ir pasaulio mastu bendra padėtis ES atrodo ganėtinai teigiama. Tai gali būti bent iš dalies dėl to, kad plačiau taikomos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo priemonės, įskaitant pakaitinį gydymą bei adatų ir švirkštų keitimo programas. Svarbų vaidmenį taip pat tikriausiai atliko ir kiti veiksniai, tokie kaip kai kuriose šalyse nustatytas švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimas. Tačiau duomenys rodo, kad kai kuriose Europos šalyse ir regionuose ŽIV perdavimo lygis tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų buvo gana aukštas ir 2007 m., o tai rodo, kad reikia siekti taikyti ir veiksmingiau įgyvendinti vietines prevencinės praktikos priemones.

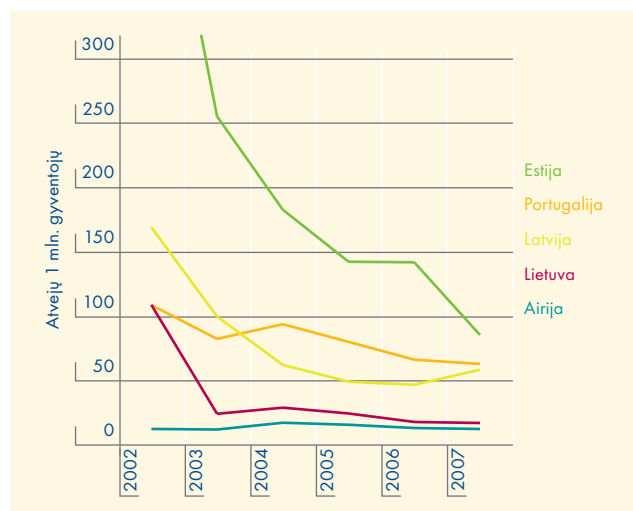
ŽIV infekcijos paplitimo tendencijos

Turimi 2007 m. duomenys apie naujus užregistruotus su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusius infekcijos atvejus rodo, kad užsikrėtimo lygis Europos Sąjungoje, 2001–2002 m. – daugiausia dėl ligos protrūkių Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje – pasiekęs iki šiol aukščiausią lygį, apskritai tebemažėja ⁽¹³⁰⁾. 2007 m. 24 ES valstybėse narėse, apie kurias turima nacionalinių duomenų, bendras naujai užregistruotų užsikrėtimo atvejų skaičius tarp

švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sudarė 4,7 atvejo vienam milijonui gyventojų ir buvo kiek mažesnis negu 2006 m., kai sudarė 5 atvejus milijonui gyventojų ⁽¹³¹⁾. Iš trijų šalių, kuriose naujai užregistruotų infekcijos atvejų skaičius buvo didžiausias, Portugalijoje ir Estijoje tebevyraavo susirgimų skaičiaus mažėjimo tendencija, nors panašu, kad Portugalijoje smukimas jau liaujasi ir padėtis stabilizuojasi. O Latvijoje, priešingai, pranešta apie padidėjimą nuo 47,1 atvejo vienam milijonui gyventojų 2006 m. iki 58,7 atvejo vienam milijonui gyventojų 2007 m. (12 pav.).

Apskritai 2002–2007 m. žymesnio naujų ŽIV infekcijos atvejų padidėjimo nebūta, ir nurodomi paplitimo lygiai tebėra nedideli. Tačiau Bulgarijoje ir Švedijoje naujų užfiksuotų infekcijos atvejų imta daugėti sparčiau – nuo 0,3 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų 2002 m. iki 5,6 atvejo 2007 m. Bulgarijoje, o Švedijoje – nuo 3,5 naujo atvejo milijonui gyventojų 2002 m. iki aukščiausio

12 pav. Tendencijos penkiose ES valstybėse narėse, kuriose daug naujų nustatytų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų



Pastaba. 2002 m. Estijos vertė už skalės ribų (516 atvejų vienam milijonui gyventojų). Dėl papildomos informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-104 lentelę.

Šaltiniai: ECDC ir PSO Europos regiono biuras.

⁽¹²⁹⁾ Dėl išsamesnės informacijos apie metodus ir apibrėžtis žr. 2009 m. statistikos biuletenį.

⁽¹³⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-104 lentelę.

⁽¹³¹⁾ Nacionalinių duomenų apie Ispaniją, Italiją ir Austriją nėra.

6,7 atvejo lygio 2007 m. (2008 m. rodiklis sumažėjo iki ankstesnio lygio), o tai rodo, kad ŽIV protrūkių tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali būti ir ateityje.

Stebint ŽIV paplitimą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse gauti duomenys apie tendencijas svariai papildo duomenis apie praneštus susirgimo ŽIV atvejus. Paplitimo 2002–2007 m. duomenys gauti iš 25 šalių ⁽¹³²⁾. Vienuolikoje šalių ŽIV paplitimo lygis tuo laikotarpiu liko nepakitęs. Šešiose šalyse (Bulgarijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje, Latvijoje, Portugalijoje), visais atvejais remiantis nacionaline imtimi, ŽIV paplitimo lygis statistiškai reikšmingai sumažėjo. Tačiau dviejose iš šių šalių susirgimų atvejų padaugėjo regionų mastu: viename mieste Bulgarijoje (Sofijoje) ir trijuose iš 21 regiono Italijoje. Dviejose šalyse (Lietuvoje, Lenkijoje), abiem atvejais remiantis nacionaline imtimi, ŽIV paplitimas statistiškai reikšmingai padidėjo.

Palyginus tendencijas, kaip kinta su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių naujai užregistruotų infekcijos atvejų skaičius, su ŽIV paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tendencijomis, galima daryti išvadą, kad su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusios ŽIV infekcijos paplitimas nacionaliniu lygmeniu mažėja daugumoje šalių.

Tačiau didelis metinis su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių naujų diagnozuotų ŽIV infekcijos atvejų skaičius Estijoje, Latvijoje ir Portugalijoje leidžia daryti išvadą, kad infekcijos perdavimo atvejai šiose šalyse vis dar gana dažni, nepaisant to, kad Estijoje ir Portugalijoje šie rodikliai dabar mažėja. Estijoje prielaidą dėl infekcijos perdavimo patvirtina ir 2005 m. paplitimo duomenys, pagal kuriuos maždaug kas trečias naujas švirkščiamųjų narkotikų vartotojas (vartojantis švirkščiamuosius vaistus mažiau negu dvejus metus) buvo užsikrėtęs ŽIV. Besitęsiantį ŽIV infekcijos perdavimą taip pat patvirtina ir pranešimai apie didesnę nei 5 proc. ŽIV paplitimo lygį tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (tirtos 50 ar daugiau jaunesnių nei 25 metų amžiaus švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtys) keliose šalyse: Ispanijoje (2006 m. nacionaliniai duomenys), Prancūzijoje (penki miestai 2006 m.), Estijoje (du regionai 2005 m.), Lietuvoje (vienas miestas 2006 m.) ir Lenkijoje (vienas miestas 2005 m.) ⁽¹³³⁾.

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

Informacija apie AIDS paplitimą, nors tai ir nėra tikslus ŽIV perdavimo masto rodiklis, yra svarbus naujų šios simptomatinės ligos atsiradimo atvejų statistikos rodiklis. Didelis AIDS paplitimas kai kuriose Europos šalyse gali reikšti, kad daugelis ŽIV infekuotų švirkščiamųjų narkotikų

vartotojų negauna labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo (HAART) gana ankstyvais susirgimo etapais, kad toks gydymas būtų kuo veiksmingesnis.

Didžiausias AIDS paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra Estijoje, kurioje naujų atvejų skaičius padidėjo nuo 17,1 vienam milijonui gyventojų 2006 m. iki apytiksliai 33,5 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų 2007 m. Apie santykinai daug AIDS atvejų taip pat pranešama Latvijoje, Ispanijoje, Portugalijoje ir Lietuvoje – atitinkamai 13,2, 8,8, 8,6 ir 6,2 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų. Tarp šių keturių šalių susirgimų atvejų skaičius mažėja Ispanijoje, Latvijoje ir Portugalijoje, o Lietuvoje ne ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B ir C

Nors ŽIV infekcijos paplitimas didelis tik keliose ES valstybėse narėse, virusinis hepatitas, ypač hepatito C viruso (HCV) sukelta infekcija, tarp švirkščiamųjų narkotikų

ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse – augimo tendencijos Rytuose

ŽIV epidemijos plitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Europoje tebėra nevienodas. Europos Sąjungos šalyse švirkščiamųjų narkotikų vartotojams naujų diagnozuotų užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų rodikliai daugiausia nekinta ir yra nedideli arba mažėja. Tačiau daugelyje buvusių sovietinių respublikų rodikliai 2007 m. padidėjo (Wiessing et al., 2008b), o tai leidžia manyti, kad taikomos prevencijos priemonės gali būti nepakankamai veiksmingos ir jas reikėtų stiprinti.

Tose Rytų šalyse, kuriose po 2001 m., kai infekcijos rodikliai buvo didžiausi, plitimas šiek tiek lėtėjo (Rusijoje, Baltarusijoje), per pastaruosius keletą metų vėl pastebėtas rodiklių augimas. 2007 m. naujų diagnozuotų užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų rodikliai svyravo nuo nulio Turkmėnijoje iki 80 atvejų vienam milijonui gyventojų Kazachstane ir 152 atvejų vienam milijonui gyventojų Ukrainoje. Naujausiais iš Rusijos turimais duomenimis, 2006 m. užregistruoti 78 nauji atvejai vienam milijonui gyventojų.

Vertinant absoliučiais skaičiais, 2007 m. apie didžiausią naujų užregistruotų ŽIV atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičių pranešė Ukraina (7 087 atvejai), antroje vietoje buvo Uzbekistanas (1 816 atvejų), trečioje – Kazachstanas (1 246 atvejai). 2006 m. Rusija pranešė apie 11 161 atvejį. Kelete kitų buvusių sovietinių respublikų, kuriose skaičiai ir rodikliai apskritai mažesni, užregistruojamų atvejų daugėja, o tai leidžia spėti, kad tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali plisti epidemija. Šios šalys – tai Azerbaidžanas, Baltarusija, Gruzija, Kirgizija, Moldova ir Tadžikistanas.

⁽¹³²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-108 lentelę.

⁽¹³³⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles INF-109 ir INF-110.

⁽¹³⁴⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-1 pav.

vartotojų kur kas labiau paplitęs visoje Europoje. Per 2006–2007 m. atliktus tyrimus nustatyta, kad HCV antikūnų lygis švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nacionalinėse imtyse svyruoja nuo maždaug 18 iki 95 proc., o pusėje šalių pagal jų pateikiamus duomenis šis lygis viršija 40 proc. Trys šalys (Bulgarija, Čekija, Slovėnija) nurodė, kad jų nacionalinėse švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse vidutinis antikūnų lygis nesiekia 25 proc. ⁽¹³⁵⁾; ir vis dėlto toks infekcijos paplitimo lygis vis vien kelia rimtą grėsmę visuomenės sveikatai.

Pačiose šalyse HCV paplitimo lygis gali gerokai skirtis – tai rodo ir skirtumus tarp regionų, ir imtimis apimamų gyventojų charakteristikas. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje, vietos mastu atliktų tyrimų duomenimis, šis lygis svyruoja nuo 29 iki 60 proc., o tam tikruose Italijos regionuose – nuo maždaug 36 iki 92 proc.

Neseniai atlikti tyrimai (2006–2007 m.) rodo, kad HCV paplitimas tarp jaunesnių kaip 25 metų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir tų, kurie švirkščiamuosius narkotikus vartoja mažiau nei dvejus metus, labai įvairuoja, o tai rodo, kad HCV paplitimas šiose grupėse nevienodas visoje Europoje ⁽¹³⁶⁾. Vis dėlto tie patys tyrimai taip pat rodo, kad daugelis susiškščiamųjų užsikrečia virusu ankstyvajame švirkštimosi etape, tad laiko tarpsnis, per kurį būtų galima imtis veiksmingų HCV prevencijos priemonių, yra labai neilgas.

Hepatito B viruso (HBV) antikūnų paplitimas taip pat labai įvairuoja, galbūt iš dalies dėl skirtingų vakcinavimo lygių, nors įtakos taip pat gali turėti ir kiti veiksniai. Išsamiausių duomenų turima apie pagrindinio hepatito B antigeno antikūną (anti-HBc), kuris rodo buvusių infekciją. 2006–2007 m. trys iš dešimties šalių, teikiančių duomenis apie švirkščiamųjų narkotikų vartotojus, nurodė, kad anti-HBc paplitimas viršija 40 proc. ⁽¹³⁷⁾

Praneštų hepatito B ir C atvejų ilgalaikės tendencijos rodo skirtingą vaizdą, bet jas sunku aiškinti. Tačiau tam tikrų įžvalgų apie šių infekcijų epidemiologiją gali suteikti duomenys apie švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalį tarp visų praneštų atvejų, kuriais rizikos veiksniai yra žinomi (Wiessing *et al.*, 2008a). Hepatito B atveju švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis 2002–2007 m. sumažėjo keturiose iš septyniolikos šalių. Hepatito C atveju švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis tarp atvejų, apie kuriuos pranešta, 2002–2007 m. sumažėjo septyniuose šalyse ir padidėjo keturiose kitose šalyse (Čekijoje, Liuksemburge, Maltoje, Jungtinėje Karalystėje) ⁽¹³⁸⁾.

Hepatito C paplitimas kaip galimas su švirkštimosi susijusios ŽIV rizikos rodiklis

EMCDDA suburta modeliavotųjų ir epidemiologų grupė išnagrinėjo, ar informacija apie hepatito C viruso (HVC) paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali būti naudojama kaip ŽIV perdavimo rizikos rodiklis. HCV perduodamas dalijantis švirkštu ir adata, panašiai kaip ir ŽIV. HCV kur kas labiau užkrečiamas, tad jis galėtų atskleisti bendrą lygį, kiek yra paplitęs rizikingas elgesys, įskaitant dalijimąsi švirkštu ir adata, dalijimąsi reikmenimis ir švirkščiamuosius narkotikus vartojančio partnerio keitimą, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų grupėse, kuriose ŽIV dar neišplito.

Sujungtų HCV ir ŽIV paplitimo duomenų analizė parodė, kad HCV paplitimui tarp susiškščiamųjų sudarant iki maždaug 30 proc. (95 proc. pasikliautinasis intervalas, 21–38 proc.), ŽIV paplitimas lygus nuliui arba yra labai nedidelis. Esant aukštesniam HCV paplitimo lygiui, tarp ŽIV ir HCV paplitimo nustatytas linijinis santykis, o laiko eilutės duomenys leidžia spėti, kad stebėtas ŽIV paplitimo lygis auga maždaug perpus lėčiau, palyginti su HCV paplitimo lygio augimu.

Šie rezultatai leidžia manyti, kad HCV paplitimo rodikliai galėtų būti panaudoti kaip pagalbinė priemonė rengiant švirkščiamųjų narkotikų vartotojams skirtas tikslines prevencijos ir žalos mažinimo intervencines priemones. Be to, tokie rezultatai taip pat galėtų būti panaudoti rizikai vertinti ŽIV protrūkio šalyse, kuriose ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tebėra nedidelis.

Šaltinis: Vickerman *et al.* (pateikta).

Infekcinių ligų prevencija ir jų atžvilgiu įgyvendinamos priemonės

Septyniolika ES valstybių narių ir Turkija nurodo, kad infekcinių ligų plitimo tarp narkotikų vartotojų prevencija yra jų nacionalinės kovos su narkotikais strategijos dalis, o šešios kitos šalys nurodo, kad tokiai prevencijai taikoma specialioji strategija. Dešimt iš šių 23 šalių taip pat nurodo įgyvendinančios strategijas dėl infekcinių ligų plitimo prevencijos vietos arba regionų lygmeniu.

ES valstybės narės į infekcinių ligų plitimą tarp narkotikų vartotojų reaguoja derindamos įvairias priemones, įskaitant gydymą nuo narkomanijos, sterilių švirkštimosi priemonių teikimą ir bendruomeninę veiklą, kuri apima informacijos teikimą, švietimą, testų atlikimą ir elgesio intervencijas, tam dažnai pasitelkiant socialinio darbo gatvėje ar „žemo slenkščio“ agentūras. Ekspertai iš 27 šalių įvertino, kokio lygio prioritetą skiriamas tam tikroms intervencinėms priemonėms, kurių imamasi infekcinių ligų plitimui tarp

⁽¹³⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-111–INF-113 lenteles.

⁽¹³⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-6 pav. (ii dalį) ir (iii dalį).

⁽¹³⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio INF-115 lentelę.

⁽¹³⁸⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio lenteles INF-105 ir INF-106.

narkotikų vartotojų išvengti ⁽¹³⁹⁾. Galimybę gauti sterilių švirkštimosi priemonių pagal adatų ir švirkštų keitimo programas savo prioritetu įvardija 23 šalys, infekcinių ligų testų atlikimą ir konsultacijas infekcinių ligų klausimais – šešiolika šalių, o informacijos, mokymo ir reklaminės medžiagos sklaidą – keturiolika šalių.

Dažniausiai nurodomas prioritetas – galimybė gauti sterilių švirkštų, kaip kad jau buvo nustatyta per panašų tyrimą 2005 m. Vis daugiau šalių dabar tarp prioritetų įvardija ir konsultavimą infekcinių ligų klausimais bei testus, ir tikslines hepatito imunizacijos programas.

Lėtinio hepatito C sergančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gydymas

Per 30 metų kepenų ciroze susirgs iki 30 proc. negydomų lėtinio hepatito C sergančių pacientų, o išlaidos, patiriamos gydant kepenų ligą paskutiniame jos etape, yra nemenkos (Jager *et al.*, 2004). Siekiant mažinti hepatito C našą Europoje, būtina skatinti galimybes gydytis ir užtikrinti jas didžiausiai pacientų grupei – lėtiniam viruso nešiotojams, kurie aktyviai vartoja švirkščiamuosius narkotikus.

Dabartiniai lėtinio hepatito C gydymo būdai – nuo šešių iki dvylikos mėnesių trunkantis kombinuotojo gydymo ilgo veikimo interferonu ir ribavirinu kursas – veiksmingas daugiau nei 50 proc. pacientų, kuriems pasireiškia ilgalaikis virusologinis atsakas. Nors ilgalaikių tyrimų vis dar atlikta nedaug, per jau atliktus tyrimus nustatyta, kad gydomi švirkščiamųjų narkotikų vartotojai gerai laikėsi gydymo rekomendacijų ir antivirusinis gydymas buvo sėkmingas (pvz., Moussalli *et al.*, 2007). Taip pat įrodytas hepatito C gydymo kalėjimuose ekonominis veiksmingumas (Sutton *et al.*, 2008) ir narkotikų vartotojų, turinčių gretutinių psichikos sutrikimų, gydymo saugumas ir veiksmingumas (Loftis *et al.*, 2006).

Tačiau narkotikų vartotojų galimybės naudotis gydymu nuo hepatito C tebėra menkos. To priežastys, be kita ko, gali būti nepakankamas gydymo pajėgumas, informacijos apie gydymo galimybes stoka arba tai, kad narkotikų vartotojai tam beveik neteikia pirmenybės. Keletas ES šalių, įskaitant Daniją, Vokietiją, Prancūziją, Nyderlandus ir Jungtinę Karalystę per keletą pastarųjų metų persvarstė savo politikos priemones, siekdamos sudaryti lėtiniam hepatito C viruso nešiotojams, kurie aktyviai vartoja švirkščiamuosius narkotikus, galimybę atlikti tyrimus ir pasinaudoti gydymu.

Gydyti nuo hepatito C, esant priklausomybei nuo narkotikų, kartais sudėtinga, bet gydymą galima pagerinti, jeigu kruopščiai suplanuojama ir organizuojama klinikinė priežiūra, o pacientai, pasirašę informuotą sutikimą, bendradarbiauja su gydytojais. Daugiadisciplinės grupės, galinčios pasirūpinti priklausomybe nuo narkotikų, kepenų gydymu ir gretutinėmis psichikos problemomis, pagerina gydymo rezultatus (Grebely *et al.*, 2007).

Intervencinės priemonės

Tyrimai parodė, kad ilgalaikis gydymas siejamas su švirkščiamųjų narkotikų vartojimo ir susijusios rizikingos elgsenos apraiškų mažėjimu, taigi ir su apsauga nuo ŽIV infekcijos. Nuo 10-ojo dešimtmečio vidurio žalos mažinimo ir gydymo paslaugų teikimo mastas gerokai padidėjo daugumoje Europos šalių (Hedrich *et al.*, 2008b). Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais prieinamas visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje, nors keliose šalyse ši intervencinė priemonė tebeteikiama ribotai (žr. 2 ir 6 skyrius).

Nacionalinių ekspertų vertinimu, infekcinių ligų klausimais per praėjusius metus septyniolikoje šalių individualiai konsultavosi beveik pusė visų probleminių narkotikų vartotojų ⁽¹⁴⁰⁾. Dvylikoje šalių beveik pusė pasinaudojo galimybe atlikti HCV testus. Vienuolikos šalių ekspertų vertinimais, šiose šalyse praeitais metais daugumai probleminių narkotikų vartotojų suteikta praktinių patarimų ir parūpintas mokymas, kaip saugiau vartoti narkotikus ir švirkštis. Hepatito B vakcinacija įtraukta į įprastinės imunizacijos planus 21 iš 28 atitinkamus duomenis teikiančių šalių, o 17 šalių taip pat yra specialių vakcinacijos programų, skirtų bendruomenėje esantiems narkotikų vartotojams. Be to, 17 šalių praneša įgyvendinančios narkotikų vartotojų švietimo sveikatos klausimais priemones, pagal kurias mokymą teikia tos pačios amžiaus grupės ar socialinės padėties ugdytojai.

Adatų ir švirkštų keitimo programos taikomos visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje. Tačiau Kipre 2007 m. ši programa beveik netaikyta. Penkiolikoje šalių per paskutinius dvylika mėnesių švirkštų pagal tokią programą mažiausiai kartą gavo, kaip vertinama, dauguma švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Vienuolikoje šalių švirkštų tuo pat laikotarpiu gavo tik maža susišvirkščiančiųjų dalis, nors devynios iš šių šalių įvardija galimybę gauti sterilių švirkštimosi priemonių kaip vieną iš prioritetinių priemonių, kuriomis siekiama sustabdyti infekcinių ligų plitimą.

Nuo 2005 iki 2007 m. pagal adatų ir švirkštų keitimo programas išdalintų švirkštų skaičius padidėjo aštuoniolikoje iš 26 šalių, apie kurias turima tokių duomenų. Vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojui per metus išduodamų švirkštų skaičius gerokai įvairuoja – nuo, pvz., maždaug 50 švirkštų vienam adatų ir švirkštų keitimo programos vartotojui Kroatijoje ir Lietuvoje 2007 m. iki 200 Suomijoje ir 300 Rumunijoje tais pačiais metais ⁽¹⁴¹⁾.

2007 m. išdalytų švirkštų bendras skaičius keturiolikoje šalių, apie kurias turima patikimų duomenų ar įverčių, buvo

⁽¹³⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-6 lentelę.

⁽¹⁴⁰⁾ Pasirinktų intervencinių priemonių teikimo narkotikų vartotojams lygį įvertino 26 ES valstybių narių, Turkijos ir Norvegijos ekspertai.

⁽¹⁴¹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-5 lentelės (i dalį) ir (ii dalį).

33 proc. didesnis negu 2003 m. Apie nuolatinį išdalijamo švirkštų skaičiaus didėjimą šiuo laikotarpiu pranešė Belgija, Bulgarija, Čekija, Estija, Vengrija, Austrija, Slovakija ir Suomija. Latvijoje išdalytų švirkštų skaičius nepakito, o Ispanijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Portugalijoje ir Lenkijoje – sumažėjo.

Penkiolikos šalių pateikti duomenys rodo, kad 2007 m. į adatų ir švirkštų keitimo programas įgyvendinančias tarnybas kreipėsi daugiau kaip 125 000 asmenų ⁽¹⁴²⁾. Tačiau nėra duomenų apie narkotikų vartotojų kreipimąsi dėl adatų ir švirkštų keitimo keturiose didžiausiose ES valstybėse narėse (Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje). Per nacionalinę apklausą, atliktą 120 Prancūzijos žalos mažinimo centrų CAARUD, nustatyta, kad 2007 m. jų paslaugomis pasinaudojo apytiksliai 40 000 asmenų (Toufik *et al.*, 2008). Jungtinėje Karalystėje 2008 m. sukurta nauja adatų keitimo stebėsenos sistema.

„Žemo slenksčio“ tarnybos gali sudaryti galimybę teikti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas sunkiai pasiekiamoms asmenų grupėms ir taikyti jiems žalos mažinimo intervencines priemones. Per Suomijoje neseniai atliktą į švirkščiamųjų narkotikų vartotojus orientuotą „žemo slenksčio“ sveikatos paslaugų centrų įvertinimą padaryta išvada, kad toks paslaugų derinys atliko svarbų vaidmenį siekiant stabdyti infekcinių ligų plitimą. Taip pat manyta, kad tai yra ekonomiškai veiksminga naujovė, pajėgi veikti varžančios šalies kovos su narkotikais politikos ribose (Arponen *et al.*, 2008).

Adatų ir švirkštų keitimo programos taip pat gali atlikti svarbų vaidmenį skatinant stiprinti sveikatą. Formaliu mokymo planu arba vadovėliais pagrįstas mokymas sveikatos stiprinimo srityje dvidešimtyje šalių siūlomas adatų ir švirkštų keitimo programų darbuotojams, o devyniose šalyse – vaistinėms. Be to, vienuolika ES valstybių narių praneša esant parengtų darbo „žemo slenksčio“ centruose gairių, kurios apima tokius klausimus kaip tikrinimas, ar nesergama infekcinėmis ligomis, švirkštų keitimas, socialinis darbas gatvėje, mokymai, kuriuose moko bendraamžiai ar tos pačios socialinės grupės atstovai ir kt.

Mirties nuo narkotikų atvejai ir mirštamumas

Narkotikų vartojimas yra viena iš pagrindinių Europos jaunų žmonių sveikatos sutrikimų ir mirčių priežasčių. Tai įrodė ir EMCDDA remtas tarptautinis tyrimas, per kurį nustatyta, kad septyniuose Europos miestų regionuose su opioidų vartojimu

galima sieti nuo 10 iki 23 proc. 15–49 metų amžiaus asmenų mirštamumą (Bargagli *et al.*, 2005).

Su narkotikais siejamo mirštamumo sąvoka apima mirties atvejus, kai mirtį tiesiogiai sukelia farmakologinis vieno ar kelių narkotikų poveikis (mirties dėl narkotikų atvejai), ir tuos mirties atvejus, kai narkotikų vartojimas sukelia mirtį netiesiogiai, dažnai sąveikaudamas su kitais tuo pačiu metu pasireiškiančiais veiksniais (pvz., nelaimės). Žinomos tokios mirties priežastys kaip ūmus toksiškas poveikis, eismo nelaimės, ypač kai kartu vartojama alkoholio (EMCDDA, 2007c), smurtas, savižudybės tarp jų ir šiaip pažeidžiamų žmonių arba lėtinės ligos, kurias sukelia pakartotinis vartojimas (pvz., kokaino vartotojų širdies ir kraujagyslių ligos). Dauguma mirties nuo narkotikų atvejų pasitaiko tarp probleminių narkotikų vartotojų, bet tokių atvejų pasitaiko ir kitose vartotojų grupėse, įskaitant tuos, kurie vartoja narkotikus tik retkarčiais ⁽¹⁴³⁾.

Mirties nuo narkotikų atvejai

EMCDDA vartojama mirties nuo narkotikų atvejų apibrėžtis apima mirties, kurią tiesiogiai sukelia vieno ar daugiau narkotikų, bent vienas iš kurių yra neteisėtas, vartojimas (perdozavus), atvejus. Mirties atvejų skaičiui gali turėti įtakos įvairūs veiksniai: narkotikų vartojimo paplitimas ir vartojimo būdai (švirkštėjimas, kelių narkotikų vartojimas), narkotikų vartotojų amžius ir gretutinės ligos, galimybė pasinaudoti gydymo ir neatidėliotinos pagalbos paslaugomis.

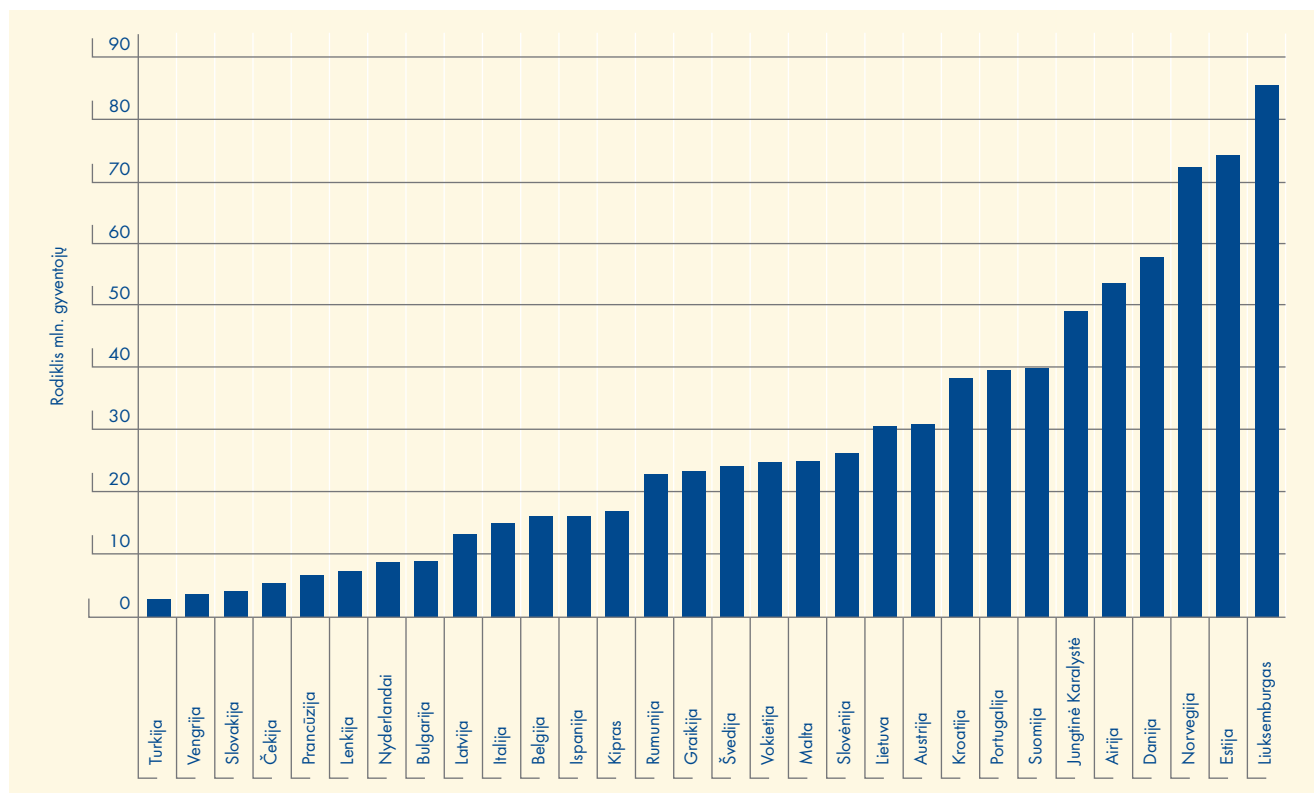
Padidėjus Europos mastu gaunamų duomenų patikimumui, pavyko geriau apibrėžti Europos ir nacionalines tendencijas, ir daugelis šalių jau yra priėmusios EMCDDA taikomą mirties nuo narkotikų atvejo apibrėžtį ⁽¹⁴⁴⁾. Vis dėlto mirties priežasties nustatymo, pranešimų nacionaliniams mirštamumo registrams ir EMCDDA teikimo kokybė įvairiose šalyse nevienoda, todėl bet kokie palyginimai turėtų būti daromi labai atsargiai.

1990–2006 m. laikotarpiu ES valstybės narės, Kroatija, Norvegija ir Turkija kasmet pranešdavo apie nuo 6 400 iki 8 500 mirties nuo narkotikų atvejų, vadinasi, per visą tą laikotarpį nuo narkotikų mirė daugiau kaip 135 000 žmonių. 2006 m. pusė visų mirties atvejų, apie kuriuos pranešta, teko Jungtinei Karalystei ir Vokietijai. Mirštamumas nuo narkotikų įvairiose šalyse labai skiriasi: nuo 3 iki daugiau kaip 85 mirčių viename milijonui gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus, t. y. vidutiniškai 22 mirties atvejai viename milijonui Europos gyventojų. Septyniolikoje iš trisdešimties Europos šalių rodikliai didesni nei 20 mirties atvejų viename milijonui gyventojų,

⁽¹⁴²⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-5 lentelės (ii dalį).

⁽¹⁴³⁾ Žr. 2008 m. ataskaitos skirsnį „Mirštamumas nuo narkotikų: sudėtinga koncepcija“.

⁽¹⁴⁴⁾ Dėl išsamios metodinės informacijos žr. 2009 m. statistikos biuletenį.

13 pav. Mirties nuo narkotikų atvejų procentas tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų)

Pastaba. Čekijos atveju vietoj šalies apibrėžties taikyta EMCDDA D parinkties apibrėžtis; Jungtinės Karalystės atveju panaudota kovos su narkomanija strategijoje pateikta apibrėžtis; Rumunijos atveju pateikiami tik Bukarešto ir kelių apygardų, patenkančių į Bukarešto toksikologijos laboratorijos jurisdikciją, duomenys; Portugalijos atveju duomenys apima visus atvejus, kuriais atliekant lavono skrodimas nustatyta neteisėtų narkotikų, ir įvertinimas gali būti per didelis, palyginti su D parinktimi. Gyventojų mirštamumas apskaičiuotas remiantis Eurostato nurodytais 2006 m. nacionalinių populiacijų duomenimis. Populiacijų procentus reikėtų lyginti atsargiai, nes šiek tiek skiriasi apibrėžtys ir pateiktų duomenų kokybė. Daugiau informacijos apie duomenis žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (i dalį).

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2008 m.), paimta iš nacionalinių mirštamumo arba specialiųjų registrų (teismo medicinos arba policijos) ir Eurostato.

šešiose šalyse – didesni nei 40 atvejų vienam milijonui gyventojų (13 pav.). Mirties nuo perdozavimo atvejai sudarė 4 proc. visų mirties tarp 15–39 metų amžiaus europiečių atvejų ⁽¹⁴⁵⁾.

Mirties nuo opioidų atvejai

Heroinas

Opioidai, daugiausia heroinas arba jo metabolitai, yra minimi daugeliu mirties nuo narkotikų atvejų Europoje. Dvidešimt dviejose duomenų pateikusiose šalyse opioidams teko nuo 35 iki beveik 100 proc. visų mirties nuo narkotikų atvejų, o vienuolikoje iš šių šalių ši dalis viršijo 85 proc. ⁽¹⁴⁶⁾ Toksikologų ataskaitose dėl heroino sukeltų mirčių taip pat nurodomos ir kitos aptiktos medžiagos. Dažniausiai minimi alkoholis, benzodiazepinai ar kiti opioidai, o kai kuriose šalyse – kokainas. Tai leidžia daryti

prielaidą, kad didelė visų mirties nuo narkotikų atvejų dalis gali būti susijusi su kelių narkotikų vartojimu.

Nuo heroino perdozavimo Europoje daugiausia miršta vyrai (82 proc.). Daugelyje šalių mirusiųjų nuo narkotikų perdozavimo vidutinis amžius – ketvirtosios dešimtys vidurys, ir daugumoje atvejų amžiaus vidurkis didėja, o tai gali reikšti, kad jaunų heroino vartotojų skaičius galbūt stabilizuojasi arba mažėja. Apskritai jaunesni negu 25 metų amžiaus žmonės sudaro 14 proc. mirusiųjų Europoje nuo perdozavimo, nors Bulgarijoje, Austrijoje ir kai kuriose šalyse, kurios nurodo nedidelį mirties nuo narkotikų atvejų skaičių (Malta, Kipras, Slovakija, Rumunija), šiai amžiaus grupei tenka daugiau nei trečdalis mirties nuo perdozavimo atvejų. Tai gali reikšti, kad šiose šalyse heroiną ar švirkščiamuosius narkotikus vartoja jaunesni žmonės ⁽¹⁴⁷⁾.

⁽¹⁴⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (i dalį) ir lenteles DRD-5 (ii dalį) ir DRD-107 (i dalį).

⁽¹⁴⁶⁾ Dauguma atvejų, apie kuriuos pranešama EMCDDA, yra opioidų (daugiausia heroino) perdozavimo atvejai, tad su opioidais susijusiems atvejams apibūdinti taikomos bendros mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešta, charakteristikos.
(Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-1 pav.)

⁽¹⁴⁷⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-2 ir DRD-3 pav. bei DRD-1 lentelę (i dalį).

Veiksniai, susiję su heroino perdozavimu, apima švirkštimąsi ir gretutinį kitų medžiagų, visų pirma alkoholio, benzodiazepinų ir tam tikrų antidepresantų, vartojimą, taip pat sergamumą gretutinėmis ligomis, perdozavimą praeityje ir vienišumą (Škotijos Vyriausybė, 2008). Nustatyta, kad ypač didelis perdozavimo pavojus gresia iš karto po paleidimo iš kalėjimo arba išrašymo po gydymo nuo narkomanijos.

Apskaičiuota, kad kiekvienam mirties nuo perdozavimo atvejui gali tekti net iki 20–25 nemirtino perdozavimo atvejų, bet jų padariniai prastai atpažįstami. EMCDDA atlieka kritinę susijusių rizikos veiksnių ir galimų intervencinių priemonių šioje srityje peržiūrą.

Metadonas ir buprenorfinas

Moksliniai tyrimai rodo, kad priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais sumažina mirties nuo perdozavimo pavojų. Tačiau kasmet pranešama apie pasitaikančias mirtis, susijusias su gydymui pakaitalais taikytomis medžiagomis (metadonu ar buprenorfinu), daugiausia dėl netinkamo jų vartojimo arba, labai retai, dėl gydymo metu kilusių problemų.

Apie aptiktą metadoną gana daugeliu mirties nuo narkotikų atvejų praneša keletas šalių, tačiau nesant nustatytų bendrų ataskaitų teikimo standartų, metadono vaidmuo dažnai lieka neaiškus, nes mirties priežastis gali būti ir kiti narkotikai. Be to, įtakos gali turėti ir kiti veiksniai, įskaitant tolerancijos opioidams praradimą, pernelyg didelių dozių vartojimą arba nederamą vartojimą, pvz., nereguliarų vartojimą ar vartojimą kitais nei terapijos tikslais. Mirčių apsinuodijus buprenorfinu pasitaiko retai, nepaisant to, kad šis preparatas vis plačiau taikomas Europoje gydymui pakaitalais (žr. 6 skyrių). Tačiau Suomijoje tiriant mirties nuo narkotikų atvejus buprenorfino pėdsakų dabar randama dažniausiai; šis preparatas paprastai vartotas kartu su migdomaisiais vaistais ar alkoholiu arba buvo švirkščiamas.

Fentanilas ir kiti sintetiniai opioidai

2005–2006 m. per apsinuodijimų fentanilu protrūkį Estijoje mirė 117 švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (EMCDDA, 2008b). Duomenų apie su fentanilu susijusius mirties atvejus Estijoje 2007 m. nėra, nors neseniai atlikti tyrimai patvirtina, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai vis dažniau vartoja šį preparatą. 2007 m. fentanilą pagrindiniu vartojamu narkotiku įvardijo du trečdaliai Taline apklaustų susišvirkščiančiųjų, o susišvirkštęs fentanilo per paskutinį mėnesį nurodė kas dešimtas švirkštų keitimo programoje dalyvaujantis susišvirkščiantysis. Per kitą Taline atliktą tyrimą nustatyta, kad ŽIV paplitimas tarp

susišvirkščiančiųjų, kurie kaip pagrindinį vartojamą narkotiką įvardijo fentanilą, buvo didesnis negu tarp susišvirkščiančiųjų amfetaminus, be to, jiems grėsė didesnis rizikingo elgesio ir perdozavimo mažiausiai kartą gyvenime pavojus (Talu *et al.*, 2009). Suomijoje opioidų, tokių kaip oksikodonas, tramadolas ar fentanilas, pėdsakų rasta 21 mirties atveju, nors nebuvo nurodyta, kad būtent šis narkotikas sukėlė mirtį.

Mirties nuo kitų narkotikų atvejai

Apibrėžti ir nustatyti mirties nuo kokaino atvejus sunkiau nei mirties nuo opioidų. Tiesiogiai šio preparato perdozavimo sukeltų mirčių, kaip atrodo, pasitaiko retai, ir jos dažniausiai siejamos su labai didelėmis kokaino dozėmis. Kitais atvejais daugumos mirčių nuo kokaino priežastis, atrodo, yra buvęs ilgalaikis šio narkotiko vartojimas, kuris sukėlė širdies ir kraujagyslių sistemos bei neurologinės komplikacijas. Tokiais mirties atvejais kokaino vaidmuo ne visada yra tiksliai nustatomas, todėl tokios mirtys nebūna priskiriamos prie sukeltųjų kokaino. Duomenų aiškinimą dar labiau apsunkina ir tai, kad dažnai nustatomos ir kitos medžiagos, dėl kurių nustatyti priežastinius ryšius tampa itin sudėtinga.

2007 m. dvylikoje valstybių narių užregistruota maždaug 500 mirties nuo kokaino atvejų (2006 m. keturiolikoje šalių – 450 atvejų). Vis dėlto tikėtina, kad šis skaičius neatspindi tikro mirties dėl kokaino Europos Sąjungoje masto.

Apie mirties nuo ekstazio atvejus pranešama retai, ir dažniausiai šis preparatas nebuvo įvardytas kaip tiesioginė mirties priežastis. Nors mirčių nuo amfetamino Europoje pasitaiko taip pat nedažnai, 2007 m. Čekijoje nemaža mirčių nuo perdozavimo (išskyrus vaistinių preparatų perdozavimą) dalis (11 iš 40) susieta su pervitinu (metamfetaminu), o su opioidais susieta 14 mirčių. Suomijoje amfetaminų pėdsakų nustatyta 40 proc. iš 229 mirties atvejų, apie kuriuos pranešta 2007 m., nors tai nebūtina reiškia, kad būtent šis preparatas buvo tiesioginė mirties priežastis ⁽¹⁴⁸⁾.

Mirštamumo nuo narkotikų tendencijos

Mirčių nuo narkotikų Europoje labai padaugėjo XX a. 9-ąjį dešimtmetį ir 10-ojo dešimtmečio pradžioje (lygiagrečiai išaugo ir heroino vartojimo bei narkotikų švirkštimosi mastas) ir nuo to laiko šis rodiklis taip ir liko didelis. Tačiau ilgalaikių duomenų šioje srityje turinčių šalių duomenys rodo skirtingas tendencijas: kai kuriose šalyse (pvz., Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje) mirčių skaičius pasiekė aukščiausią lygį laikotarpiu nuo 10-ojo dešimtmečio pradžios iki vidurio. Kitose šalyse (pvz., Graikijoje, Portugalijoje, Suomijoje) daugiausia mirčių

⁽¹⁴⁸⁾ Dėl duomenų apie su kitokiais nei heroinas narkotikais susijusius mirties atvejus žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-108 lentelę.

užregistruota maždaug 2000 m., o dar kitose valstybėse (pvz., Danijoje, Nyderlanduose, Austrijoje, Jungtinėje Karalystėje) reiškėsi nuolatinio didėjimo tendencija, nors aiškaus vieno kulminacinio taško jose nebuvo pasiekta ⁽¹⁴⁹⁾.

2000–2003 m. laikotarpiu dauguma ES valstybių narių nurodė, kad mirčių sumažėjo, bet 2003–2006 m. jų padaugėjo. Turimais išankstiniais 2007 m. duomenimis, rodiklis bent jau buvo lygus ankstesnių metų rodikliui, o apie mirčių skaičiaus padidėjimą pranešė keturiolika iš aštuoniolikos šalių.

Sunku paaiškinti, kodėl mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama, skaičiai tebėra stabilūs, ypač atsižvelgiant į požymius, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimas mažėja, o opioidų vartotojų, kurie kreipiasi dėl gydymo ir į žalos mažinimo tarnybas, daugėja. Atsižvelgiant į šį galimą rizikos grupę priklausančių gyventojų skaičiaus mažėjimą, mirčių nuo narkotikų skaičiaus vienodumas ar didėjimas kelia labai didelį susirūpinimą.

Šį reiškinį gali lemti keletas galimų veiksnių, kuriuos visus būtina toliau nagrinėti. Pavyzdžiui, taip gali nutikti dėl to, kad senstantys ir ilgoką laiką narkotikus vartojantys narkomanai tampa labiau pažeidžiami, vis platesniu mastu vartojami keli narkotikai ar padažnėja rizikingo elgesio atvejų, veikiančios tarnybos nesugeba nukreipti dėmesį į pažeidžiamiausiuosius arba negali jų pasiekti, arba galbūt net ir dėl to, kad padaugėja iš kalėjimo paleistų ar gydymą užbaigusių ir narkotikus vėl pradėjusių vartoti opioidų vartotojų, kurie, kaip žinoma, sudaro ypač didelės rizikos grupę ⁽¹⁵⁰⁾.

Bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas

Be mirčių dėl narkotikų, bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas apima ir tuos mirties atvejus, kuriuos narkotikų vartojimas sukelia netiesiogiai. Tokių mirčių daugiausia būna tarp probleminių narkotikų vartotojų, nors jų gali pasitaikyti ir tarp vartojančiųjų narkotikus tik retkarčiais (pvz., eismo nelaimės, tam tikros savižudybės). Nors su narkotikų vartojimu netiesiogiai susijusių mirčių skaičių sunku įvertinti, jo poveikis visuomenės sveikatai gali būti reikšmingas.

Bendras mirštamumas gali būti įvertintas įvairiais būdais: pagal vieną iš metodų per mirštamumo tyrimus grupėse gauta informacija suderinama su narkotikų vartojimo paplitimo įverčiais ⁽¹⁵¹⁾. Taikant kitą metodą, pagal turimus bendrojo mirštamumo statistinius duomenis apskaičiuojama su narkotikų vartojimu susijusi dalis. Gali būti naudojami

kiti specializuotos informacijos šaltiniai, pvz., su ŽIV (AIDS) susijusio mirštamumo atveju sujungiamo Eurostato ir EuroHIV informacija.

Mirštamumo tyrimai grupėse

Per mirštamumo tyrimus grupėse ilgą laiką stebimos tos pačios probleminių narkotikų vartotojų grupės ir, remiantis mirštamumo registrais, bandoma nustatyti visų grupėse pasitaikančių mirčių priežastis. Per šios rūšies tyrimus gali būti nustatyti ir bendro mirštamumo grupėje, ir mirštamumo nuo konkrečios priežasties rodikliai, taip pat gali būti apskaičiuota, kiek mirštamumo grupėje lygis yra didesnis už atitinkamą visų gyventojų rodiklį. Norint išbandyti hipotezes dėl, pvz., mirčių nuo narkotikų skaičiaus pokyčių priežasčių, taip pat stebėti bendrą riziką ir nustatyti mirties priežasčių pobūdžio pokyčius, gali būti atlikti plataus masto ilgalaikiai grupės tyrimai.

Atsižvelgiant į aplinką, kurioje atrenkami grupės dalyviai (pvz., tyrimai gali būti atliekami gydymo nuo narkomanijos centruose) ir įtraukimo į tyrimą kriterijus (pvz., švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, heroino vartotojai), per daugumą tyrimų grupėse nustatyti mirštamumo tarp probleminių narkotikų vartotojų dydžiai sudaro apie 1–2 proc. per metus. Nors santykinė mirties priežasčių svarba įvairiose šalyse ir laikui bėgant skiriasi, pagrindinė priežastis paprastai yra narkotikų perdozavimas, kuris sukelia iki 50–60 proc. mirties atvejų tarp susišvirkščiančiųjų mažo ŽIV (AIDS) paplitimo šalyse. Deja, kai kuriose šalyse perdozavimas bendruosiuose mirštamumo registruose nustatomas retai, taigi didelė dalis mirčių, kurios užregistruotos nurodant, kad mirties priežastis „nežinoma“ arba ta priežastis nurodyta nepakankamai tiksliai (pvz., sustojusi širdis), gali būti perdozavimo padarinys. Siekiant didinti mirties priežasčių išdėstymo patikimumą, galima naudotis ir kitais informacijos šaltiniais (pvz., specialiaisiais policijos ar teismo medicinos mirštamumo registrais).

EMCDDA parengė specialųjį protokolą siekdamas paskatinti valstybes nares atlikti mirštamumo tyrimus grupėse, kad būtų teikiama palyginama informacija apie mirštamumo riziką probleminių narkotikų vartotojų grupėse ir būtų kuo remtis kuriant prevencijos ir priežiūros politikos priemones. Naujausi tyrimai Europoje buvo atlikti Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje. Mirštamumo tyrimo grupėse dar neatliko trečdalis ES valstybių narių, nors keletas šalių praneša jau pradėjusios tokį tyrimą arba planuojančios jį pradėti 2009 m. (pvz., Čekija, Prancūzija, Latvija, Lenkija).

⁽¹⁴⁹⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-8 ir DRD-11 pav. Dėl istorinių aplinkybių ES tendencija apima EU-15 ir Norvegiją.

⁽¹⁵⁰⁾ Žr. skiltį „Mirštamumo nuo perdozavimo tarp išėjusiųjų iš kalėjimo mažinimas“, p. 92.

⁽¹⁵¹⁾ Žr. skiltį „Su probleminiu narkotikų vartojimu siejamo bendro mirštamumo įvertinimas – nauji pokyčiai“, p. 90.

Su probleminiu narkotikų vartojimu siejamo bendro mirštamumo įvertinimas – nauji pokyčiai

Europos Sąjungoje neseniai atlikti mirštamumo tyrimai grupėse rodo, kad mirtys nuo narkotikų (dėl perdozavimo) paprastai sudaro nuo penktadalio iki pusės viso mirčių tarp probleminių narkotikų vartotojų skaičiaus. Tai leidžia spėti, kad bendras mirštamumas šioje grupėje galėtų būti nuo dviejų iki penkių kartų didesnis nei užregistruotų mirčių nuo narkotikų skaičius. Šis koeficientas skirtingose šalyse įvairuoja ir priklauso nuo daugelio veiksnių, įskaitant rizikingą elgseną, mirtino perdozavimo lygį ir kitų galimų mirties priežasčių paplitimą.

EMCDDA skatina atlikti mokslinius tyrimus bendram mirštamumui tarp probleminių narkotikų vartotojų įvertinti. 2008 m. bendradarbiaujant su Čekijos mokslo darbuotojais įgyvendintas projektas, pagal kurį apžvelgta literatūra, duomenų šaltiniai ir galimi metodai šioje srityje⁽¹⁾. Ekspertų grupė rekomendavo būsimuose tyrimuose taikyti du metodus: koeficiento metodą, pagrįstą registruotų mirtino perdozavimo atvejų skaičiumi, ir ekstrapoliacijos metodą, pagrįstą mirštamumo probleminių narkotikų vartotojų grupėse rodikliais ir nacionaliniais probleminių narkotikų vartotojų skaičiaus įverčiais. Abu metodai sėkmingai išbandyti per Čekijoje atliktus bandomuosius tyrimus, todėl EMCDDA planuoja suburti suinteresuotųjų šalių, kurios galėtų artimiausioje ateityje panaudoti šį darbą, grupę.

(¹) Žr. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

Mirties dėl netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių priežasčių atvejai

Kaip galima apskaičiuoti, 2006 m. Europos Sąjungoje nuo ŽIV (AIDS), kurį sukėlė narkotikų vartojimas, mirė daugiau kaip 2 100 žmonių (¹⁵²), ir 89 proc. šių mirčių pasidalijo Ispanija, Prancūzija, Italija ir Portugalija. 1996 m. pradėjus taikyti labai aktyvų antivirusinį gydymą, mirštamumas nuo ŽIV (AIDS) pastebimai sumažėjo daugumoje ES šalių, nors Portugalijoje sumažėjimas buvo gerokai menkesnis. Per pastaruosius keletą metų Estijoje pasireiškęs mirštamumo padidėjimas atitinka didelį ŽIV paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų šioje šalyje rodiklį (penki šeši iš dešimties) ir tai, kad didelė jų dalis, kaip teigiama, nežino, jog yra užsikrėtę. Apie pastaruoju metu pastebėtą padidėjimą taip pat praneša ir Latvija. Šiuo metu apytikriai mirštamumo nuo ŽIV (AIDS) rodikliai tarp narkotikų vartotojų yra nedideli daugumoje šalių, išskyrus Ispaniją ir Portugaliją. Italijoje, Prancūzijoje ir Latvijoje mirštamumo nuo ŽIV (AIDS) ir mirštamumo perdozavus lygiai yra panašūs (¹⁵³).

Kitos ligos, kurios taip pat sukelia dalį mirčių tarp narkotikų vartotojų, apima lėtines ligas, kaip antai kepenų ligos (dėl hepatito C infekcijos ir didelių alkoholio kiekių vartojimo), vėžys ir širdies bei kraujagyslių ligos. Į kitas priežastis kreipiamas gerokai mažiau dėmesio, nors ir yra požymių, kad jos daro didelį poveikį. Pavyzdžiui, traumos (nelaimingi atsitikimai, nužudymai ir kiti prievartiniai nusikaltimai) ir savižudybės gali sudaryti iki 25 proc. mirčių tarp probleminių narkotikų vartotojų ar dar daugiau. Apžvelgus literatūrą (Darke ir Ross, 2002) nustatyta, kad savižudybių lygis tarp heroino vartotojų yra 14 kartų didesnis, palyginti su atitinkamu visų gyventojų rodikliu. Per pastaruosiu metų Europoje atliktus grupės tyrimus nustatyta, kad 6–11 proc. mirčių tarp probleminių narkotikų vartotojų buvo savižudybės. Tačiau bendrą šių priežasčių poveikį sunku įvertinti, nes turimų duomenų nėra daug.

Mirštamumo dėl narkotikų mažinimas

Dvylika šalių praneša į savo nacionalinę kovos su narkotikais strategiją įtraukusios mirštamumo nuo narkotikų mažinimui skirtą dalį. Viena šalis – Jungtinė Karalystė – yra parengusi specialųjį veiksmų planą su narkotikais susijusiai žalai mažinti, kuriame nustatė konkrečių veiksmų mirties nuo narkotikų atvejų prevencijai. Trylika šalių neturi nei konkrečios strategijos, nei nacionalinės kovos su narkotikais strategijos skirsnio, kuris būtų skirtas mirštamumo nuo narkotikų mažinimui, o dar dvi šalys nepateikė jokios informacijos.

Intervencinės priemonės

Italijoje atliktas perspektyvinis ilgalaikis gydymą pradedančių probleminių narkotikų vartotojų tyrimas parodė, kad mirties rizika grupėje buvo dešimt kartų didesnė negu tarp visų gyventojų (Davoli et al., 2007). Gydymas sumažino mirties riziką iki keturis kartus didesnio lygio už visų gyventojų rodiklį; taigi pasitvirtino, kad gydymas nuo narkomanijos mažina mirštamumą nuo narkotikų. Tačiau tyrimas taip pat parodė, kad mirštamumo lygis tarp narkotikų vartotojų buvo didžiausias per 30 dienų nuo gydymo nutraukimo. Šis nustatytas faktas rodo, jog būtina užtikrinti rūpestingą priežiūrą po gydymo, taip pat vengti labai trumpų gydymo kursų, kurių rizika gali nusverti gydymo naudą.

Dauguma šalių, apie kurias turima informacijos, praneša teikiančios informuotumo didinimui ir prevencijai skirtą medžiagą. Ekspertų iš 28 šalių vertinimu (¹⁵⁴), per pastutinius metus narkotikų vartotojams skirta medžiaga

(¹⁵²) 2006-ieji buvo pasirinkti kaip artimiausi metai, kurių Eurostatas yra surinkęs informaciją apie mirčių priežastis iš beveik visų valstybių narių. Išsamesnė informacija apie šaltinius, perdavimo grupes, skaičius ir skaičiavimus pateikta 2009 m. statistikos biuletenio DRD-5 lentelėje (iii dalyje).

(¹⁵³) Žr. 2009 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (ii dalį).

(¹⁵⁴) Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-8 lentelę. Pasirinktų intervencinių priemonių, kuriomis siekiama sumažinti mirčių nuo narkotikų skaičių, teikimo lygį vertino ekspertai iš 26 ES valstybių narių, Turkijos ir Norvegijos.

apie perdozavimo prevenciją spausdintinu arba daugialypės terpės pavidalu devyniose šalyse pateikta daugumai arba beveik visiems probleminiams narkotikų vartotojams, dar dvylikoje šalių ir Belgijos prancūzų bendruomenėje – jų mažumai. Tokios medžiagos nėra Turkijoje, o Estijoje, Latvijoje, Vengrijoje ir Slovakijoje jos gali gauti nedaug probleminių narkotikų vartotojų. Informacijos apie Bulgariją neturima.

Didelė dalis mirtino ir nemirtino narkotikų perdozavimo atvejų įvyksta kitų žmonių, įskaitant kitus narkotikų vartotojus ar šeimos narius, sveikatos priežiūros ar socialinės apsaugos įstaigų darbuotojus, policijos pareigūnus ar kalėjimo prižiūrėtojus, kurie galėtų suteikti pagalbą, akivaizdoje. Dešimt šalių praneša parengusios specialiosios medžiagos, kurios tikslas – padėti narkotikų vartotojų šeimoms atpažinti narkotikų perdozavimą ir imtis reikiamų priemonių; aštuoniose šalyse tokia medžiaga teikiama policijos pareigūnams, o septyniose šalyse tokia medžiaga parengta kalėjimo darbuotojams ⁽¹⁵⁵⁾. Kitos tikslinės grupės – narkologijos tarnybų darbuotojai, greitosios medicininės pagalbos darbuotojai, darbuotojai, teikiantys pagalbą nelaimių atveju ir neatidėliotiną pagalbą, taip pat imigrantai iš rusiškai kalbančių šalių ir romai. Tačiau šalių, kuriose būtų kelioms tikslinėms grupėms skirtos medžiagos, yra nedaug, ir ne visa medžiaga yra prieinama visoje šalyje.

Visos šalys praneša besirūpinančios švietimu apie perdozavimo riziką, ir devyniose iš jų tokia priemonė taikoma visuose svarbiausiuose miestuose, kuriuose yra daug probleminių narkotikų vartotojų. Tačiau keturiose šalyse tokia veikla plėtojama tik mažoje svarbių miestų dalyje, o dar dvylikoje šalių – vos keliuose miestuose.

Specialieji kursai, kuriuose mokoma, kokių priemonių imtis perdozavimo atveju, teikiami individualiai arba grupėms. Narkotikų vartotojai informuojami apie perdozavimo keliamą riziką, įskaitant sumažėjusią toleranciją po abstinencijos laikotarpių, kelių narkotikų vartojimo poveikį ir keliamą riziką, ypač kai kartu vartojamas alkoholis, narkotikų vartojimo būnant vienam (vienai) keliamą pavojų, ir mokomi pirmosios pagalbos teikimo įgūdžių. Nacionalinių ekspertų vertinimu, per paskutinius 12 mėnesių tam tikras mokymas, kokių priemonių imtis perdozavimo atveju, septyniose šalyse buvo parūpintas daugumai probleminių narkotikų vartotojų, kitose dešimtyje šalių – tik mažai jų daliai, o dar šešiose šalyse (Belgijoje, Latvijoje, Austrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje) tokio pobūdžio mokymas parūpintas vos keletui probleminių narkotikų vartotojų. Estijoje, Vengrijoje ir Turkijoje mokymo, kokių priemonių imtis perdozavimo atveju, visai neorganizuojama.

Nemirtingą perdozavimą praeityje patyrusiems narkotikų vartotojams gresia didelis perdozavimo ateityje pavojus (Coffin *et al.*, 2007), todėl jiems turėtų būti skiriamas ypatingas dėmesys. Specialiai apmokyti darbuotojai atlieka individualius perdozavimo rizikos vertinimus, kad nustatytų tuos, kuriems reikalinga papildoma parama. Ekspertų vertinimu, per praeitus metus devyniose šalyse bent kartą įvertinta daugumos probleminių narkotikų vartotojų perdozavimo rizika, o dar šešiolikoje – tik mažos jų dalies. Informacijos iš Bulgarijos, Vokietijos ir Prancūzijos negauta.

Naloksono skyrimas narkotikų vartotojams nėra vienas iš standartinių perdozavimo prevencijos metodų, kuris būtų taikomas visoje Europoje, nors Italijoje narkologijos tarnybose paplitęs šio preparato išdavimas išsinešti į namus, be to, šioje šalyje šio preparato galima įsigyti vaistinėse be recepto. Jungtinėje Karalystėje naloksono teisinis statusas pakeistas 2005 m. birželio mėn., leidus jį vartoti bet kuriam visuomenės nariui, jei tai būtina gyvybei išgelbėti. Be to, atliktas grupės tyrimas, kuriame dalyvavo 239 gydymo tarnybose atrinkti opioidų vartotojai, ir per kurį vertintas mokymo, kaip elgtis perdozavimo atveju, poveikis ir kartu buvo išduodama naloksono išsinešti į namus (Strang *et al.*, 2008). Rezultatai rodo, kad išmanymas apie perdozavimo požymius pagerėjo, taip pat sustiprėjo pasitikėjimas naloksonu. Per pirmus tris mėnesius visi pasitaikę dvylika perdozavimo atvejų, per kuriuos panaudotas naloksonas, baigėsi sėkmingai, o iš šešių perdozavimo atvejų, kai šis preparatas nenaudotas, vienas baigėsi mirtimi. Autoriai daro išvadą, kad platesnis preparato naudojimas gali dar labiau sumažinti mirštamumą nuo narkotikų, ir rekomenduoja atlikti papildomų tyrimų mokymo, kaip elgtis perdozavimo atveju, ir naloksono teikimo opioidų vartotojams, kad jie galėtų jį panaudoti kritiniais atvejais, poveikiui išnagrinėti.

Yra ir kitas prieštarai vertinamas požūris – įrengti prižiūrimas narkotikų vartojimo patalpas ⁽¹⁵⁶⁾, taip siekiant sumažinti jų lankytojų mirties riziką, nes perdozavimo vietoje atveju būtų skubiai suteikta reikiama medicininė pagalba. Iš tokių patalpų Europoje, Kanadoje ir Australijoje gaunami duomenys rodo, kad narkotikų perdozavimo, kurio pasitaiko šiuose centruose, atvejai sėkmingai valdomi, ir neužfiksuota nė vieno perdozavimo, kuris baigtųsi mirtimi. Milloy ir kolegos apskaičiavo mirčių, kurias galimai sutrukdė Vankuveryje veikiantis narkotikų vartojimo centras, skaičių. Jų duomenimis, galimai išvengta nuo dviejų iki dvylikos mirčių per metus (Milloy *et al.*, 2008). Tai patvirtina anksčiau gautus rezultatus dėl galimai naudingo tokių patalpų poveikio, stengiantis mažinti mirštamumą nuo perdozavimo rajonuose, kuriuose tokių centrų veiklos mastas yra gana didelis.

⁽¹⁵⁵⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-8 lentelę (ii dalį).

⁽¹⁵⁶⁾ Šio klausimo apžvalgos žr. EMCDDA (2004).

Mirštamumo nuo perdozavimo tarp išėjusiųjų iš kalėjimo mažinimas

Anglijoje apskaičiuota, kad 15 proc. iš 1 506 mirusiųjų dėl narkotikų perdozavimo 2005 m. buvo neseniai iš įkalinimo įstaigų paleisti žmonės (Sveikatos departamentas, 2007). Tarptautiniai tyrimai patvirtina, kad dėl netyčinio narkotikų perdozavimo laikotarpiu tuoj po paleidimo iš įkalinimo įstaigos kyla didesnė mirties rizika (pvz., Farrell ir Marsden, 2008). Šie tyrimai taip pat parodo, jog būtina geriau spręsti kalėjime buvusių žmonių psichinės sveikatos problemas ir problemas dėl narkotikų vartojimo.

Ekspertų iš 24 šalių vertinimu, konsultavimas dėl perdozavimo rizikos ir prevencijos prieš paleidimą iš kalėjimo šiuo metu neteikiamas šešiose Europos šalyse. Dešimtyje šalių tokios konsultacijos teikiamos nedaugeliui kalėjimuose esančių probleminių narkotikų vartotojų, o dar šešiose šalyse – mažiau

nei jų pusei. Tik Italija ir Liuksemburgas teikia šią paslaugą didžiajai tikslinės grupės daliai. Paleidimo į laisvę dieną gali būti sunku numatyti, ypač suimtųjų kardomojo kalinimo tvarka, tad būtų geriausia, jei perdozavimo rizikos klausimais kalėjimuose būtų mokoma reguliariai, taip siekiant mažinti rizikingo elgesio apraiškų.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais, kuris įrodė turįs apsauginį poveikį kalėjimo aplinkoje (Dolan *et al.*, 2005), atrodo, tampa vis labiau prieinamas ES kalėjimuose, ir galimybė pradėti gydymą pakaitalais kalėjime numatyta 21 šalies teisės aktuose (žr. 2 skyrių). Galimybė pradėti šios rūšies gydymą kalėjime sumažina perdozavimo ir mirties išėjus iš kalėjimo riziką, taip pat sumažina ir pakartotinio įkalinimo rodiklius (PSO, 2009). Tačiau svarbu užtikrinti tinkamą sąsają tarp kalėjimo sveikatos priežiūros tarnybų ir bendruomeninių gydymo teikėjų, kad būtų išvengta bet kokių gydymo tęstinumo spragų.



8 skyrius

Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos

Ižanga

Naujų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas ir nauji narkotikų vartojimo būdai gali daryti didelį poveikį visuomenės sveikatai ir politikai. Tačiau juos sunku nustatyti dažniausiai dėl to, kad tai pirmiausia pasireiškia labai ribotu mastu, konkrečiose vietovėse ar nedidelėse gyventojų grupėse. Stebėsenos sistemos, kurios galėtų jautriai reaguoti į naujus reiškinius narkotikų srityje, turi vos kelios šalys, o stengiantis juos nustatyti susiduriama su nemažais metodologiniais sunkumais. Ir vis dėlto plačiai pripažįstama, jog svarbu nustatyti galimus naujus pavojus. Europos Sąjungos ankstyvojo įspėjimo sistema veikia kaip greitojo reagavimo į naujų psichoaktyviųjų medžiagų atsiradimą narkotikų srityje mechanizmas. Parama šios ankstyvojo įspėjimo sistemos taikymui yra svarbi EMCDDA veiklos sritis, vykdoma įgyvendinant platesnės perspektyvos uždavinius naudoti įvairių šaltinių duomenis ir laiku gerinti Europos narkotikų stebėsenos sistemos veikimą bei jos gebėjimą greičiau reaguoti į vykstančius pokyčius.

Veiksmai naujų narkotikų srityje

Tarybos sprendimu dėl naujų psichoaktyviųjų medžiagų ⁽¹⁵⁷⁾ sukurtas skubaus keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, kurios gali kelti pavojų visuomenės sveikatai ir socialinę grėsmę, mechanizmas (ankstyvojo įspėjimo sistema) ⁽¹⁵⁸⁾. Sprendimu taip pat numatyta galimybė pasinaudoti formalia rizikos vertinimo tvarka, pagal kurios rezultatus gali būti priimtas politinis sprendimas pritaikyti naujoms medžiagoms kontrolės priemones visoje Europos Sąjungoje.

Nuo ankstyvojo įspėjimo sistemos sukūrimo 1997 metais per ją pranešta apie daugiau kaip 90 medžiagų. Didelė pranešimų dalis iki neseniai buvo susijusi su fenetilaminais ir triptaminais. Tačiau per pastaruosius keletą metų medžiagų, apie kurias pranešama, įvairovė gerokai padidėjo. Tai ir daugybė piperazino ir katinono darinių, taip pat įvairiarūšių kitų medžiagų mišiniai, įskaitant augalinius produktus, keletas neįprastų stimulantų ir haliucinogenų bei tam tikri vaistiniai preparatai.

Per 2008 m. per ankstyvojo įspėjimo sistemą ES pirmą kartą oficialiai pranešta apie 13 naujų psichoaktyviųjų medžiagų. Be naujų sintetinių narkotikų (11 iš medžiagų, apie kurias pranešta), į šią grupę įėjo ir du augalai, bet vaistinių preparatų nebūta.

Cheminė dviejų augalų, apie kuriuos pranešta – puošnioji vožtė ir kava-kava – sandara ganėtina gerai žinoma iš literatūros. Jie tradiciškai vartojami kitose pasaulio šalyse, o jų buvimas Europos narkotikų rinkoje, atrodo, ribotas.

Didžioji dalis naujų sintetinių junginių, apie kuriuos pranešta, – tai psichotropinės medžiagos, panašios į išvardytąsias 1971 m. Jungtinių Tautų psichotropinių medžiagų konvencijos I ir II sąrašuose. Lyginant naujas medžiagas, apie kurias pranešta 2008 m., su ankstesniais metais, pagrindinėms cheminėms grupėms – fenetilaminams (viena), triptaminams (dvi) ir piperazinams (nė vienos) – priklauso mažiau medžiagų. Šešios iš naujų medžiagų, apie kurias pranešta, yra katinono dariniai. Didžioji dalis naujų sintetinių medžiagų pasižymi stimuliuojančiomis savybėmis ir tik trys sukelia haliucinogeninį poveikį.

2008 m. per ankstyvojo įspėjimo sistemą pirmą kartą pranešta apie sintetinį kanabinoidą (JWH-018). Sintetinių kanabinoidų atsiradimas – naujausias narkotikų analogų kūrimo etapas: XX a. 9-ąjį dešimtmetį analogai buvo kuriami fentanilo pagrindu, 9-ojo dešimtmečio pabaigoje – pakeisto žiedo fenetilaminai, 10-ąjį dešimtmetį – triptaminai, XXI a. pradžioje – piperazinai ir katinono dariniai. Egzistuoja per šimtą kanabinoidų receptorių aktyvumu pasižyminčių junginių ir galima manyti, kad narkotikų rinkoje ir toliau rasis naujų įvairioms cheminėms grupėms priklausančių medžiagų. Visa tai nuolat kelia iššūkių visuomenės sveikatos ir teisėsaugos tarnyboms – ir teismo medicinos bei toksikologinio naujų medžiagų identifikavimo srityje, ir siekiant skubiai įvertinti riziką ir, jeigu reikia, įgyvendinti kontrolės priemones.

„Spice“ produktai ir susiję sintetiniai kanabinoidai

Internete ir tam tikrose specializuotose parduotuvėse „spice“ pavadinimu parduodami produktai siūlomi jau nuo 2006 m.

⁽¹⁵⁷⁾ 2005 m. gegužės 10 d. Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės (OL L 127, 2005 5 20, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psichoaktyvių savybių turintys augalai, apie kuriuos pranešta per ankstyvojo įspėjimo sistemą

Per pastaruosius keletą metų pranešta apie penkių psichoaktyvių savybių turinčių augalų produktus. Ankstyvojo pranešimo sistemos aptiktoms rūšims tarptautinė kontrolė netaikoma, bet jas gali kontroliuoti ES valstybės narės.

Kava-kava (lot. *Piper methysticum*) – tai krūmokšnis, išstisus šimtmečius naudotas per apeigas pietų Ramiojo vandenyno salose. Augalo šaknų arbata gali būti geriama dėl daromo raminamojo ir atpalaiduojančio poveikio. Vis labiau susirūpinimą kelia tai, kad ilgalaikis kava-kava vartojimas gali pakenkti kepenims. Nė viena iš ES valstybių narių nenurodo kontroliuojanti šį augalą ar veikliąsias jo sudedamąsias dalis (kavalaktonus).

Katą sudaro *Catha edulis*, Rytų Afrikoje ir Arabijos pusiasalyje auginamo krūmokšnio lapai ir jauni ūgliai. Jis vartojamas – kramtoma šviežia augalinė medžiaga – kaip lengvas stimulantas. Veikliosios medžiagos – katinonas ir katinas – pagal cheminę sudėtį artimi sintetiniams narkotikams, tokiems kaip amfetaminas ir metkatinonas, ir jie kontroliuojami tarptautiniu mastu pagal 1971 m. JT konvenciją. *Catha edulis* kontroliuojamas dvylikoje ES valstybių narių.

Puošnioji vožtė (lot. *Mitragyna speciosa*) – vietinis Pietryčių Azijos medis. Jo lapai gali būti kramtomi, rūkomi arba iš jų gali būti plikoma arbata. Vartojamas nedidelėmis dozėmis augalas pasižymi stimuliuojančiu poveikiu. Vartojant didesnes

dozes, poveikis panašus į opioidų, todėl augalas vartojamas tradicinėje medicinoje skausmui malšinti ir opioidų vartojimui nutraukti. Pagrindinės veikliosios puošniosios vožtės sudedamosios dalys – mitragininas, mitrafilinas ir 7-hidroksimitragininas, nors skausmą malšinanti puošniosios vožtės poveikį ir su opioidų vartojimo nutraukimu susijusių simptomų lengvinimą tikriausiai užtikrina mitragininas. Augalas, mitragininas ir 7-hidroksimitragininas kontroliuojami Danijoje, o Lietuvoje kontroliuojamas ir augalas, ir mitragininas.

Kvaitulinis šalavijas (lot. *Salvia divinorum*) – tai daugiametis augalas, augantis pietinėje Meksikos dalyje, kurioje dėl savo haliucinogeninių savybių tradiciškai naudojamas per apeigas. Pagrindinė veiklioji sudedamoji dalis – salvinorinas A – stipriai veikiantis kapa opioidinių receptorių agonistas. Pasilinksminimo tikslais gali būti kramtomi *Salvia divinorum* lapai, rūkomi arba dedami po liežuvio koncentruoti ekstraktai; jų poveikis, kaip atrodo, yra intensyvesnis. Prarijus augalo lapų arba sėklų, poveikis trunka ilgiau, bet yra ne toks intensyvesnis. *Salvia divinorum* ar šio augalo veikliosios sudedamosios dalys kontroliuojami šešiose valstybėse narėse ir Kroatijoje.

Gyslotasis vyklys (*Argyrea nervosa*) – tai daugiametis vijoklinis augalas. Jo sėklose esanti veiklioji sudedamoji dalis – d-lizergo rūgšties amidas (LSA, taip pat žinomas kaip d-lizergamidas) – tai į LSD labai panaši medžiaga, galinti sukelti lengvą haliucinogeninį poveikį. LSA kontroliuojamas kaip narkotikas Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Nors „spice“ produktai gali būti pristatomi kaip smilkalai, juos rūkant, kaip apibūdina kai kurie vartotojai, poveikis panašus į kanapių. Remiantis Švedijos pateikta ataskaita, „spice“ produktai nuo 2008 m. pradžios stebimi per ankstyvojo įspėjimo sistemą.

Ant „spice“ produktų pakuočių nurodoma, kad juos sudaro net iki 14 augalinės kilmės ingredientų. Mažiausiai du ingredientai – *Pedicularis densiflora* ir *Leonotis leonurus* – gali daryti tam tikrą psichoaktyvų poveikį, tačiau apie augalinių medžiagų, kurių, kaip teigiama, yra „spice“ produktų sudėtyje, farmakologines ir toksikologines savybes kol kas nedaug žinoma. Taigi negalima padaryti jokių aiškių išvadų apie galimą šių produktų pavojų sveikatai ar galimą jų psichoaktyvų poveikį. Sintetiniai ingredientai informacijoje apie produktą neminimi.

2008 m. „spice“ produktų, taip pat įvairių kitų „spice“ tipo žolinių mišinių buvo galima įsigyti internetinėse parduotuvėse, taip pat gauti „teisėtais narkotikais“ (angl. *legal highs*) prekiaujančiose reikmenų ar narkotinių medžiagų parduotuvėse ne mažiau kaip devyniose ES valstybėse narėse (Čekijoje, Vokietijoje, Latvijoje, Lietuvoje,

Liuksemburge, Austrijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje).

Valstybės narės, stengdamosi nustatyti psichoaktyvias „spice“ produktų sudedamąsias dalis, atliko išsamių teismo medicinos mokslo tyrimų. 2008 m. gruodžio mėn. Vokietijoje ir Austrijoje aptiktas sintetinis kanabinoidas JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. Cheminė JWH-018 struktūra gerokai skiriasi nuo tetrahydrokanabinolio (THC), pagrindinės aktyviosios visų kanapių produktų sudedamosios dalies, struktūros. Atliekant bandymus su gyvūnais, JWH-018 sukeldavo tokį patį poveikį, kaip ir THC; taip pat nurodyta, kad jo poveikis stipresnis. 2009 m. pradžioje „spice“ mėginiuose Europoje nustatytas antras sintetinis kanabinoidas – CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾ ir trys jo homologai.

Nevienodas kiekis sintetinių kanabinoidų nustatyta tik nedideliame skaičiuje mėginių. Atrodytų, kad šių sintetinių medžiagų įmaišoma slapčiomis, nes „spice“ produktų aprašuose ant pakuotės minimos tik žolinės sudedamosios dalys.

Nežinoma, ar JWH-018 ir CP 47,497 medžiagos bei jų homologai yra plačiai atskirai vartojami kaip psichoaktyvūs narkotikai. Taigi vis dar reikia nustatyti, ar šioms konkrečioms

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanonas.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroksicikloheksil]-fenolas.

medžiagoms yra specialioji paklausa ir ar reikia imtis tolesnių priemonių, kaip nustatyta Tarybos sprendime 2005/387/TVR.

Atsižvelgdamos į galimą pavojų sveikatai, penkios valstybės narės ėmėsi įvairių teisinių veiksmų, kad uždraustų „spice“ produktus ir susijusius junginius arba kitaip juos kontroliuotų. Vokietija pasinaudojo ypatinguoju narkotikus reglamentuojančiu teisės aktu, kad metams taikytų kontrolės priemones penkiems „spice“ nustatytiems sintetiniams kanabinoidams. Prancūzija šešis „spice“ produktuose aptiktus sintetinius kanabinoidus priskiria prie narkotikų. Austrija, remdamasi savo vaistų įstatymu, uždraudė importuoti į šalį rūkomuosius mišinius, kurių sudėtyje yra šeši sintetiniai kanabinoidai, arba prekiauti jais šalyje. Liuksemburgas nusprendė kontroliuoti įvairius sintetinius kanabinoidus kaip psichotropines medžiagas. Lenkija

Nacionalinės rizikos vertinimo procedūros

2008 m. EMCDDA išnagrinėjo įvairias nacionalines teisines procedūras, taikomas įtraukiant naujas medžiagas į kovos su narkotikais teisės aktuose numatytų kontrolės priemonių taikymo sritį, terminus tokioms procedūroms atlikti ir susijusį kokių nors nacionalinių rizikos vertinimo procedūrų taikymą. Tarp dvidešimt šešių ištirtų šalių aiškiai matyti trys skirtingi požiūriai į rizikos vertinimą. Šešiose šalyse nacionalinis rizikos vertinimas neatliekamas. Šios šalys paprastai pasikliauja tarptautiniu arba Europos lygmeniu atliekamu rizikos vertinimu. Septyniuose šalyse nacionalinis rizikos vertinimas, jeigu reikia, gali būti atliekamas *ad hoc* pagrindu. O trylikoje šalių tam tikro pobūdžio rizikos vertinimas atliekamas, kai svarstoma, ar reikėtų taikyti kuriai nors medžiagai kontrolės priemones, kaip numatoma kovos su narkotikais ar lygiaverčiame teisės akte arba pagal reikalaujamą procedūrą rengiant pasiūlymą dėl kurio nors naujo teisės akto.

Nustatytas žalos lygis nedarys įtakos teisėkūros procedūros spartai dvylikoje iš dvidešimties šalių, kurios pačios gali atlikti rizikos vertinimą. Keturios šalys (Vokietija, Liuksemburgas, Slovakija, Švedija) gali imti taikyti pagreitintą teisėkūros procedūrą, jeigu nusprendžia, kad rizikos lygis aukštas. Prancūzijoje, Austrijoje ir Norvegijoje skubiais atvejais bus sutrumpinta rizikos vertinimo trukmė. Nyderlanduose gali būti pasinaudota abiem galimybėmis.

Šešiolikoje šalių nacionalinį rizikos vertinimą atlieka viešojo administravimo – kompetentingos ministerijos arba valstybinės ar vyriausybės tarnybos – ekspertų grupė. Šešios šalys, jei mano, kad reikia, konsultuojasi su nepriklausomais mokslininkais arba gali numatyti tokią galimybę. O trijose šalyse (Nyderlanduose, Austrijoje, Jungtinėje Karalystėje) rizikos vertinimą atlieka nepriklausomos mokslo įstaigos.

Dėl papildomos informacijos žr. ELDD teisines ataskaitas (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

pakeitė kovos su narkotikais įstatymą ir nustatė kontrolės priemones JWH-018 ir dviem, kaip teigiama, žolinėms „spice“ sudedamosioms dalims.

Internetas – psichoaktyviųjų medžiagų rinka

Internetas tapo nauja psichoaktyviųjų medžiagų rinka, suteikiančia mažmenininkams galimybę siūlyti didelei visuomenės daliai pirkti kontroliuojamų narkotikų alternatyvas. Interneto rinka gali būti naudojama galimai skleisti naujas psichoaktyvias medžiagas, tad jos stebėsenos svarba nustatant naujas tendencijas narkotikų srityje vis didėja. Visų pirma būtina sutelkti dėmesį į pavojus, susijusius su pirkti siūlomomis medžiagomis. Informacijos apie naujus produktus reikia ir vartotojams, ir specialistams, įskaitant klinikinius toksikologus, nuodų kontrolės specialistus ir dirbančiuosius narkotikų srityje.

Siekdamas nustatyti einamąsias internetinės narkotikų rinkos tendencijas, EMCDDA kasmet atlieka šios rinkos tyrimą. 2009 m. stebėta iš viso 115 interneto parduotuvių. Remiantis šalių kodų domenais ir kita interneto svetainėse teikiama informacija, aiškėja, kad šios interneto parduotuvės įsikūrusios 17 Europos šalių. Dauguma nustatytų interneto mažmenininkų buvo įsikūrę Jungtinėje Karalystėje (37 proc.), Vokietijoje (15 proc.), Nyderlanduose (14 proc.) ir Rumunijoje (7 proc.).

2009 m., priešingai negu 2008-aisiais, haliucinogeninių grybų, kurių sudėtyje yra psilocino ir psilocibino, nesiūlyta nė vienoje iš stebėtų internetinių parduotuvių. Tačiau keturi Prancūzijoje ir Nyderlanduose įsikūrę interneto mažmenininkai siūlė sklerotį – sukietėjusį haliucinogeninių grybų *Psilocybe mexicana* ir *Psilocybe tampanensis* micelį.

Tarp 2009 m. pasiūlytų naujų produktų yra įvairių rūkyti tinkamų žolinių produktų ir „vakarėlių tablečių“, kurių sudėtyje yra naujų teisėtų benzilpiperazino (BZP) alternatyvų. Taip pat vis daugiau domimasi uostomaisiais produktais arba miltelių pavidalo žolinėmis medžiagomis.

„Spice“ produktų ⁽¹⁶¹⁾ siūlė pirkti 48 proc. stebėtų mažmenininkų. „Spice“ mišiniais prekiaujančios internetinės parduotuvės įsikūrusios keturiolikoje įvairių Europos šalių, bet daugiau nei du penktadaliai šių parduotuvių veikė Jungtinėje Karalystėje (42 proc.), jų taip pat daug Airijoje, Latvijoje ir Rumunijoje.

Kilus rūpesčiui dėl „spice“ produktų, keletas šalių ėmėsi teisinių veiksmų, siekdamas uždrausti arba kitaip kontroliuoti šias medžiagas. Iki 2009 m. kovo mėn. „spice“ produktai pašalinti iš internetinių parduotuvių asortimento Vokietijoje, Austrijoje ir Prancūzijoje.

⁽¹⁶¹⁾ Žr. skirsnį „Spice“ produktai ir susiję sintetiniai kanabinoidai“, p. 94.

2009 m. internetinėje rinkoje ėmė rasti „spice“ alternatyvių rūkomųjų mišinių. Stebėti mažmenininkai kaip „spice“ alternatyvą siūlė pirkti ne mažiau nei 27 įvairius rūkomuosius žolinius mišinius. Skelbimuose nurodoma, kad šiuose produktuose yra augalinės kilmės sudedamųjų dalių, nors kai kuriuose taip pat gali būti haliucinogeninio grybo *Amanita muscaria*. Tarp „spice“ alternatyvų, kurių siūloma pirkti Austrijoje ir Vokietijoje, yra keletas rūkomųjų žolinių mišinių, kurie parduodami kaip „kambarių kvapikliai“ arba smilkalai. Greitas „spice“ pakaitalų atsiradimas rodo šios rinkos gebėjimą skubiai reaguoti į psichoaktyviųjų medžiagų teisinio statuso pokyčius, dažnai pateikiant į rinką naujų medžiagų.

ES valstybės narės ėmė taikyti BZP kontrolės priemones, todėl ši medžiaga nebegali būti naudojama „vakarėlių tabletėse“, kuriomis prekiaujama kaip teisėtoms ekstazės alternatyvomis. 2009 m. pradžioje daugelis interneto mažmenininkų siūlė BZP neturinčių „vakarėlių tablečių“. Pavyzdžiui, Airijoje, Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje įsikūrusios internetinės parduotuvės siūlė „retro tablečių“, kurių sudėtyje, kaip teigiama, yra 1-(4-fluorofenil) piperazino (pPPP), medžiagos, kuri, kaip apibūdinama, pasižymi nedideliu haliucinogeniniu ir stipriu euforiniu poveikiu.

Uostomieji produktai siūlomi rinkoje kaip kontroliuojamų narkotikų, tokių kaip kokainas ar amfetaminai, alternatyva. Produktuose, kaip teigiama, yra kofeino ir įvairių kitų augalinės kilmės sudedamųjų dalių, tokių kaip *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* ir *Tilia europea*.

Tolesnė veikla medžiagų atžvilgiu

Piperazina

2007 m. parengtoje EMCDDA ir Europolo aktyvių 1-(3-chlorofenilo)piperazino (mCPP) stebėsenos priemonių ataskaitoje padaryta išvada, kad medžiaga nėra itin patraukli vartotojams, todėl mažai tikėtina, kad ji taptų savarankiška pasilinksminimo vietoje vartojama medžiaga. Tačiau 2008 m. mCPP ir toliau buvo plačiausiai prieinamas neteisėtoje narkotikų rinkoje naujas sintetinis narkotikas, aptinkamas vienas arba kartu su MDMA. Tai įrodo ir konfiskavimo atvejų skaičius, ir konfiskuotos medžiagos kiekis, apie kurį pranešta EMCDDA ir Europolui. Tebėra neaišku, ar ši medžiaga vartojama tam tikram MDMA poveikiui sustiprinti ar imituoti, arba paprasčiausiai kaip priemaiša. Tačiau daugumoje valstybių narių mCPP kontrolės priemonės netaikomos, taigi įmanoma, kad konfiskavimo

rodikliai, apie kuriuos pranešama, nevisiškai tiksliai atitinka tikruosius.

2008 m. kovo 3 d. Taryba nusprendė, kad valstybės narės, vadovaudamosi savo nacionaline teise, turėtų imtis būtinų priemonių ir taikyti BZP kontrolės priemones, kurios būtų proporcingos medžiagos keliamam pavojui, ir baudžiamąsias sankcijas, kaip nustatyta jų teisės aktuose, atitinkančiuose jų įpareigojimus pagal 1971 m. Jungtinių Tautų psichotropinių medžiagų konvenciją⁽¹⁶²⁾. Valstybės narės turi stengtis imtis šių priemonių kuo įmanoma greičiau, bet ne vėliau nei praėjus metams nuo sprendimo priėmimo dienos. Rengiant šią ataskaitą, apie BZP pradėtas taikyti kontrolės priemones pranešė 17 valstybių narių⁽¹⁶³⁾.

GHB/GBL ir ketaminas

Europoje gama-hidroksibutirinė rūgštis (GHB) ir ketaminas stebimi jau nuo 2000 m., kai pagal 1997 m. bendrų veiksmų dėl naujų sintetinių narkotinių medžiagų programą buvo atliktas abiejų šių medžiagų rizikos įvertinimas (EMCDDA, 2002).

Duomenis apie GHB ir ketamino paplitimą teikia nedaug šalių, o nurodomi paplitimo įverčiai tebėra gerokai mažesni, palyginti su atitinkamais kitų neteisėtų narkotikų rodikliais. Padėties pokyčius sunku įvertinti, nes paplitimo duomenys nustatomi remiantis netikimybiniais mėginiais, o galimybės lyginti duomenis pagal laiką ir atskirų mėginių duomenis yra ribotos. Per Nyderlanduose atliktą tendencijų tyrimą (*TrendWatch*) nustatyta, kad 2007 m. konkrečiuose Nyderlandų tinkluose ir regionuose GHB vartojimas šiek tiek padidėjo, tačiau ir GHB, ir ketaminas vartojami rečiau negu kiti vakarėlių narkotikai ir dažniausiai slaptose grupėse, namuose ir per vakarėlius. Priešingai padidėjimui, apie kurį pranešta per keletą ankstesnių metų, naujausi statistiniai duomenys apie su GHB susijusius skubios medicininės pagalbos atvejus Amsterdame rodo, kad atvejų skaičius gerokai sumažėjo – nuo 444 2006 m. iki 110 2007 m. Per vienoje Londono ligoninėje atliktą tyrimą 2006 m. nustatyti 58 su ketamino vartojimu susiję skubios pagalbos atvejai ir tiek pat 2007 m. Daugumoje su ketaminu susijusių atvejų narkotikas vartotas kartu su kitais narkotikais, o vien ketaminas vartotas tik 11 proc. atvejų ir intensyvios terapijos ir reanimacijos neprireikė nė vienu iš jų (Wood et al., 2008).

Naujausi duomenys apie GHB vartojimą tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių Europoje gauti per 2007 m. atliktas ESPAD apklausas mokyklose. GHB vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 26 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Kroatijoje apklaustų moksleivių svyruoja nuo nulio iki 3 proc., nors dauguma šalių nurodo 1 proc. arba mažesnį lygį.

⁽¹⁶²⁾ 2008 m. kovo 3 d. Tarybos sprendimas 2008/206/TVR dėl 1-benzilpiperazino (BZP) apibrėžimo kaip naujos psichoaktyviosios medžiagos, dėl kurios turi būti taikomos kontrolės priemonės ir baudžiamosios nuostatos.

⁽¹⁶³⁾ Belgija, Danija, Vokietija, Estija, Airija, Graikija, Prancūzija, Italija, Kipras, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Vengrija, Portugalija, Slovakija, Švedija ir Suomija, taip pat Kroatija, Turkija ir Norvegija.



Literatūra

ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londonas (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).

Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. ir Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinkis (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).

Baker, A., Lee, N.K. ir Jenner, L. (red.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2 leidimas), National Drug Strategy Monograph Series Nr. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Kanbera.

Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. et al. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European Isadora Project“, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, p. 88–100.

Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, p. 198–202.

Cherny, N. I., Catane, R. ir 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, p. 885–887.

CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Viena.

Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A. et al. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose“, *Academic Emergency Medicine* 14, p. 616–623.

Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublinas (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, p. 211–213.

Darke, S. ir Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, p. 1383–1394.

Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, p. 1954–1959.

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Briuselis.

Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londonas (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, p. 827–844.

Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. et al. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, p. 820–828.

ECDC ir PSO Europos regiono biuras (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stokholmas.

Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. et al. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update“, *Substance Abuse* 29, p. 31–49.

Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B. et al. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse Resolution“, *Addictive Behaviours* 31, p. 519–530.

EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2005), *Sergamumas gretutinėmis ligomis – narkotikų vartojimas ir psichikos sutrikimai*, Taikiny – narkotikai Nr. 14, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2007b), *Narkotikai ir nusikaltimai – sudėtingas ryšys*, Taikinys – narkotikai Nr. 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2008b), *2008 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Selected Issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).

EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights Nr. 10, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.

EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

Europos Komisija (2007), *Komisijos ataskaita Europos Parlamentui ir Tarybai dėl 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacijos dėl priklausomybės nuo narkotikų sveikatai daromos žalos prevencijos ir mažinimo įgyvendinimo*, COM(2007) 199 galutinis (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).

Europos Komisija (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).

Europos Komisija (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds“, *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).

Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT) (2006), *The CPT standards – ‘substantive’ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).

Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haga.

Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haga.

Farrell, M. ir Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103, p. 251–255.

GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londonas.

Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. et al. (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, p. 437–443.

Hall, W. Ir Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis“, *Lancet* 1352, p. 1611–1616.

Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. Ir Razc, J. (red.) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdamas (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).

Hedrich, D., Pirona, A. ir Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, p. 503–517 (doi:10.1080/09687630802227673).

Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. et al. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people“, *BMJ* 330, p. 11.

Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. et al. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction“, *Substance Use Misuse* 43, p. 1464–1475.

Hibell, B. et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.

Hoare, R. ir Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londonas.

Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. et al. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths“, *American Journal of Public Health* 98, p. 2229–2236.

- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, United Nations: International Narcotics Control Board, Niujorkas.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, United Nations: International Narcotics Control Board, Niujorkas.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. et al. (red.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. ir Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (red.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Vokietija.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. ir Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management“, *Drugs* 66, p. 155–174.
- McCambridge, J., Slym, R. L. ir Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users“, *Addiction* 103, p. 1819–1820.
- McIntosh, J., Bloor, M. ir Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, p. 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. ir 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, p. 223–226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. et al. (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. ir 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), p. 109–118 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. ir 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, p. 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, Londonas.
- Nordstrom, B. R. ir Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, p. 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, Paryžius.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, p. 439–449.
- Piontek, D., Kraus, L. ir Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties“, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.
- PMO (2008), *Customs and drugs report 2007*, World Customs Organisation, Briuselis.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, p. 147–155.
- PSO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- PSO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Ženeva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. ir 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, p. 502–506.
- Roesner, S. ir Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)“, *Sucht* 54 (Supplement 1), p. S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. ir McLean, P. C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services“, *Addiction* 97, p. 59–65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rokvilis (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. et al. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabona.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. ir 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, p. 963–968.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, *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).

Strang, J. ir Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales“, *Addiction* 92, p. 833–838.

Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (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, p. 1648–1657.

Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J. ir 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, p. 797–808.

Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas (2008a), *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*, Directorate-General for Health and Consumers, Briuselis (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Directorate-General for Health and Consumers, Briuselis (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).

Swift, W., Hall, W. ir Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 309–318.

Škotijos vyriausybė (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. et al. (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. et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, p. 160–162.

Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. ir Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryžius.

UNODC (2009), *World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viena.

UNODC ir Maroko vyriausybė (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Viena.

Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“, Cools, M. et al. (red.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antverpenas.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (pateikta), „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. ir Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol“, *Neuropsychopharmacology* 26, p. 479–488.

Wammes, A., Van Leeuwen, L. ir Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbo's Institute, Utrechtas.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. et al. (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. et al. (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. ir Dargan, P. I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED“, *Clinical Toxicology* 46, p. 630.

Zachrisson, H. D., Rödje, K. ir 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).

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2009 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras

2009 – 102 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-389-5

Kaip įsigyti ES leidinių?

Parduodamų leidinių galite įsigyti:

- *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- knygyne, nurodę leidinio pavadinimą, leidėją ir (arba) ISBN kodą;
- tiesiogiai iš mūsų platintojų. Jų adresus rasite tinklavietėje: <http://bookshop.europa.eu> arba sužinosite kreipęsi faksu: +352 2929-42758.

Nemokamų leidinių galite įsigyti:

- *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- Europos Komisijos atstovybėse arba delegacijose. Jų adresus rasite tinklavietėje: <http://ec.europa.eu> arba sužinosite kreipęsi faksu: +352 2929-42758.

Apie EMCDDA

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (EMCDDA) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 metais, jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir narkomaniją Europoje šaltinis.

EMCDDA renka, analizuoja ir platina faktinę, objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinių Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis įvairiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija teikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateikta kasmetinė EMCDDA narkotikų reiškinių Europos Sąjungoje apžvalga. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.



Leidinių biuras

ISBN 978-929168389-5



9 789291 683895