

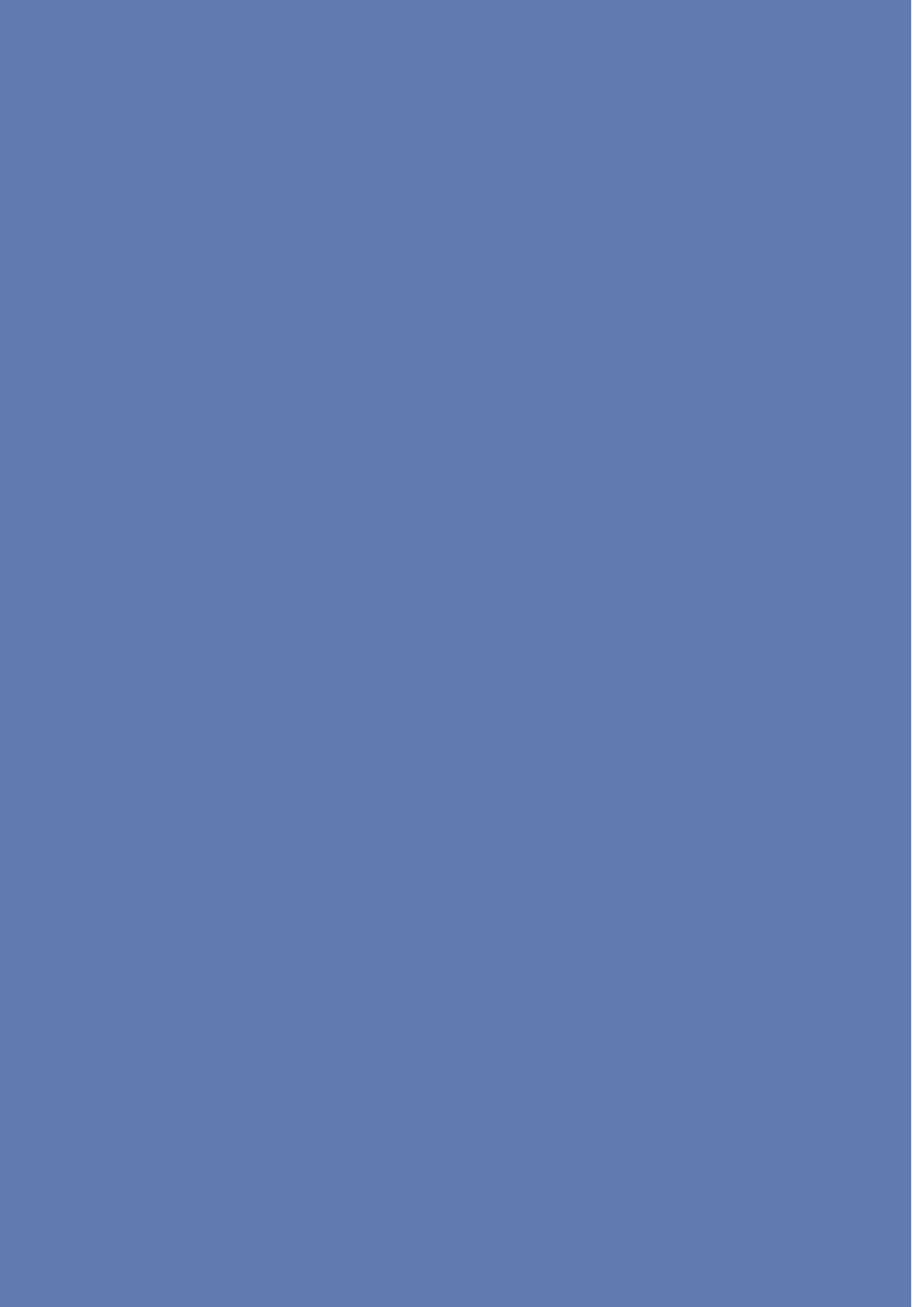


Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

ISSN 1830-0782

2009. GADĀ ZIŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ





Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

2009. GADĀ ZIŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ

Juridisks paziņojums

Šis Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (EMCDDA) publikācijas autortiesības ir aizsargātas ar likumu. EMCDDA neuzņemas nekādas saistības vai atbildību par sekām, kas var rasties, izmantojot dokumentā atrodamo informāciju. Šajā publikācijā paustie atzinumi var nesakrist ar EMCDDA partneru, ES dalībvalstu vai citu Eiropas Savienības vai Eiropas Kopienu iestāžu vai aģentūru pausto oficiālo viedokli.

Plaša papildinformācija par Eiropas Savienību ir pieejama internetā. Tai var piekļūt ar servera *Europa* (<http://europa.eu>) palīdzību.

Europe Direct dienests jums palīdzēs rast atbildes uz jautājumiem par Eiropas Savienību

Bezmaksas tālruņa numurs (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Daži mobilā tālrūna operatori aizlīdz pieeju 00 800 numuriem vai arī, zvanot uz šiem numuriem, iespējams, jāmaksā.

Ziņojums ir pieejams angļu, bulgāru, čehu, dāņu, franču, grieķu, igauņu, itāļu, latviešu, lietuviešu, nīderlandiešu, poļu, portugāļu, rumāņu, slovāku, slovēņu, somu, spāņu, ungāru, vācu, zviedru, norvēģu un turku valodā. Visus tulkojumus ir veicis Eiropas Savienības iestāžu Tulkošanas centrs.

Kataloga dati atrodami publikācijas beigās.

Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs, 2009. gads

ISBN 978-92-9168-332-1

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2009. gads

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

Printed in Luxembourg

IESPIESTS UZ PAPIĒRA, KURA BALINĀŠANĀ NAV IZMANTOTS HLORS.



**Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs**

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugāle
Tālr. +351 211210200 • Fakss +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Saturs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs. Trāpījums kustīgā mērķī – izaicinājums izstrādāt pragmatisku politikas risinājumu mainīgajai narkotiku problēmai	11
1. nodaļa. Politika un tiesību akti	
Starptautiskās un ES politikas aktualitātes • Valstu stratēģijas • Valsts izdevumi • Valsts tiesību akti • Pētījumi	18
2. nodaļa. Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā	
Profilakse • Ārstēšana • Kaitējuma mazināšana • Sociālā reintegrācija • Tiesību aizsardzība un pārkāpumi narkotiku apkarošanas jomā • Veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās	26
3. nodaļa. Kaņepes	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Ārstniecība	38
4. nodaļa. Amfetamīni, ekstazī un halucinogēnās vielas	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Izklaides vietas • Ārstniecība	50
5. nodaļa. Kokaīns un kreka kokaīns	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Ietekme uz veselību • Problemātiska lietošana un ārstniecības pieprasījums • Ārstniecība un kaitējuma mazināšana	61
6. nodaļa. Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana	
Piedāvājums un pieejamība • Problemātiska opioīdu lietošana • Narkotiku injicēšana • Ārstniecība	72
7. nodaļa. Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi	
Infekcijas slimības • Infekcijas slimību profilakse • Nāves gadījumi un mirstība • Nāves gadījumu skaita samazināšana	81
8. nodaļa. Jaunas narkotikas un topošas narkotiku lietošanas tendences	
ES pasākumi saistībā ar jaunām narkotikām • Spice un ar to saistītie sintētiskie kanabinoīdi • Interneta veikali • Vielu pēckontrole	92
Bibliogrāfija	97



Priekšvārds

Šajā ziņojumā ir sniegts savlaicīgs un detalizēts narkomānijas situācijas Eiropā novērtējums. Mēs esam pateicīgi mūsu darbiniekiem, kuri ieguldīja daudz darba, lai to sagatavotu. Tomēr ir jāatzīst, ka šā dokumenta pamatīgumu nosaka ne tikai darbs šeit, Lisabonā, bet lielākoties tā pamatā ir dalībvalstu centieni radīt drošu un vispusīgu informācijas sistēmu. Ceram, ka šī uzraudzības sistēma ne tikai rosinās rūpīgi pārdomātas un uz informāciju balstītas diskusijas par narkotiku problēmu, bet arī radīs labāku un efektīvāku politiku.

Šāda politika ir vajadzīga aizvien vairāk, jo izaicinājumi šajā jomā ir kļuvuši sarežģītāki nekā jebkad agrāk. Šā pārskata kopīgā tēma ir narkotiku problēmas dinamiskums, un mums ir jānodrošina, lai mūsu redzējums atbilstu sarežģītajiem apstākļiem, ar kuriem jāsastopas.

Šogad apritēja 15 gadi kopš EMCDDA uzsāka informācijas apkopošanu un ziņošanu par narkotiku problēmu Eiropā. Lai atzīmētu šo notikumu, organizējam konferenci ar nosaukumu "Eiropas informācijas vajadzību identificēšana efektīvai narkotiku politikai" ("Identifying Europe's information needs for effective drug policy"). Tā bija iespēja zinātniekiem, profesionāļiem un politikas veidotājiem no visas Eiropas un arī ārpus tās robežām satikties Lisabonā un palīdzēt mums apzināt un novērtēt esošo zināšanu bāzi narkotiku jomā un noteikt pašreizējās un turpmākās informācijas vajadzības.

Konference atklāja, ka Eiropa ir kļuvusi par lielisku laboratoriju, kur pētīt un izprast narkotiku lietošanu un ar narkotikām saistītus risinājumus, un tas mums nodrošina lielas iespējas kopīgi mācīties un dalīties zināšanās. Nekur citur nav atrodama tik liela grupa kultūras ziņā atšķirīgu valstu, kurām ir kopīga apņemšanās uzlabot izpratni par šo sarežģīto sociālo problēmu un tās risināšanu. Tas ir vērojams transversālās narkotiku uzraudzības sistēmas attīstībā, kur ir iesaistītas 30 valstis, kuru kopējais iedzīvotāju skaits ir lielāks par pusmiljardu. Tas ir vērojams arī ES narkotiku apkarošanas stratēģijā un rīcības plānā: tie ir rīki, kas izstrādāti, lai pārveidotu pieejamo informāciju par praktisku un kopīgu rīcību. Jo īpaši būtiski tas ir tagad, kad dalībvalstīm ir jāizvēlas prioritātes, kuras finansēt, un kad tās vairāk nekā jebkad koncentrējas uz maksimālu ieguvumu no veiktajiem ieguldījumiem. Mēs esam pārliecināti, ka mūsu pārskats sekmēs šo procesu. Turklāt apsolām, ka efektīvas prakses noteikšana narkotiku

jomā kļūs par aizvien nozīmīgāku EMCDDA turpmāko pasākumu daļu.

Konferencē noteica arī vairākus būtiskus jautājumus, kas ir atspoguļoti šeit piedāvātajā analizē. Mūsu informācijas sistēmām būtu labāk jānosaka un jāanalizē jaunās tendences, un jāziņo par tām. Tomēr ziņošanas sistēmu pilnveidošanas procesā ir būtiski saglabāt tās rūpīgas, pamatotas un tādas, kas nerada lieku satraukumu. Tāpat tika uzsvērta nepieciešamība analizē apvienot gan piedāvājuma, gan pieprasījuma jautājumus. Šā gada pārskatā pievēršam lielāku uzmanību piegādes puses rādītājiem un narkotiku tirgum. Darām to piesardzīgi, jo līdz šim nav paveikts pietiekami daudz, lai šajā jomā uzlabotu Eiropas datu kopuma kvalitāti, ticamību un salīdzināmību. Šobrīd tas ir plaši atzīts, un esam apņēmušies strādāt kopā ar mūsu valstu un Eiropas partneriem, lai risinātu šo jautājumu.

Viens no šā gada pārskata atklājumiem ir tas, ka, novērtējot narkotiku situāciju Eiropā, ir vienlaicīgi jāizprot valstu iezīmes, reģionālās īpatnības un aizvien vairāk arī kopīgās Eiropas vai pat pasaules tendences. Turpmāk mums ir labāk jāraksturo šī sarežģītā saistība, jo tas ļaus ne tikai izprast tos faktorus, kas var veicināt vai kavēt narkotiku problēmu pieaugumu, bet arī palīdzēs izstrādāt atbilstīgus ieviešanas pasākumus.

Visbeidzot ir jāpiebilst, ka Eiropas Savienība un Apvienoto Nāciju Organizācija 2008. gada beigās un 2009. gada sākumā gandrīz vienlaicīgi atjaunināja to narkotiku politikas dokumentus. ES jaunais Narkomānijas apkarošanas rīcības plāns un ANO jaunā politiskā deklarācija un rīcības plāns atspoguļo starptautisko apņemšanos samazināt narkotiku lietošanu un kaitējumu, ko tā var radīt. Šo mērķu sasniegšana ir svarīgs uzdevums, un to varēs paveikt vienīgi tad, ja tiks plaši īstenotas plānotās darbības. Uzraudzība un novērtēšana ir šā procesa pamatelementi, jo ļauj saglabāt mūsu politikas virzienu un atzīmēt sasniegto.

Marcel Reimen

EMCDDA valdes priekšsēdētājs

Wolfgang Götz

EMCDDA direktors



Pateicības

Par šā ziņojuma tapšanā sniegto palīdzību EMCDDA vēlas pateikties:

- *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centru vadītājiem un darbiniekiem;
- visu dalībvalstu dienestiem, kas apkopoja šajā ziņojumā izmantotos datus;
- EMCDDA valdes un Zinātniskās komitejas locekļiem;
- Eiropas Parlamentam, Eiropas Savienības Padomei – īpaši tās Narkotiku jautājumu horizontālajai darba grupai – un Eiropas Komisijai;
- Eiropas Slimību profilakses un kontroles centram (ECDC), Eiropas Zāļu aģentūrai (EMA) un Eiropolam;
- Eiropas Padomes Pompidū grupai, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojam, Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālajam birojam, Interpolam, Pasaules Muitas organizācijai, ESPAD projektam un Zviedrijas Informācijas padomei alkohola un narkotiku jautājumos (CAN);
- Eiropas Savienības iestāžu Tulkošanas centram un Eiropas Savienības Publikāciju birojam.

Reitox tīkla valstu koordinācijas centri

Reitox ir Eiropas narkotiku un narkomānijas informācijas tīkls. To veido ES dalībvalstu, Norvēģijas, kandidātvalstu un Eiropas Komisijas koordinācijas centri. Koordinācijas centri ir valsts iestādes, kas atrodas attiecīgo valsts pārvaldes iestāžu pārziņā un sniedz EMCDDA ar narkotiku jomu saistītu informāciju.

Valstu koordinācijas centru kontaktinformācija ir atrodama šajā tīmekļa vietnē:

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



levada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko valsts ziņojumos EMCDDA ir sniegušas ES dalībvalstis, kandidātvalstis Horvātija un Turcija un Norvēģija. Ziņojumā minētie statistikas dati attiecas uz 2007. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru ir pieejami dati). Ziņojumam pievienotajās diagrammās un tabulās var būt atspoguļota informācija tikai par tām ES valstīm, kas ir sniegušas informāciju par attiecīgo laikposmu.

EMCDDA paziņotās narkotiku mazumtirdzniecības cenas atspoguļo cenas, ko maksā lietotāji. Valstu dati par tīrību vai iedarbību lielākoties ir pamatoti uz izlasi, ko izraugās no visām atsavinātajām narkotikām, un ziņotos datus parasti nevar saistīt ar konkrētu narkotiku tirgus līmeni. Visas analīzes par tīrību, iedarbību un mazumtirdzniecības cenām ir pamatotas uz parastajām jeb modālajām vērtībām vai, ja to nav, uz mediānas vērtībām.

Ziņās par narkotiku lietošanas izplatību, kas pamatotas uz vispārējām iedzīvotāju aptaujām, galvenokārt ir apskatīti valsts iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Atšķirīgu augstāko vai zemāko vecuma robežu izmanto: Bulgārija (18–60 gadi), Čehijas Republika (18), Dānija (16), Vācija (18), Ungārija (18–59), Malta (18), Zviedrija (16) un Apvienotā Karaliste (16–59). Izplatības dati par Apvienoto Karalisti attiecas uz Angliju un Velsu.

Ziņās par ārstniecības pieprasījumu "jauni pacienti" nozīmē pacientus, kuri sākuši ārstēšanos pirmo reizi dzīvē, un "visi pacienti" nozīmē visus ārstētos pacientus. Pacienti, kuri ir sākuši ārstēties pirms attiecīgā gada sākuma, netiek iekļauti. Ja par ārstniecību no primāro narkotiku atkarības ir norādīta ārstniecības pieprasījuma proporcija, saucējs izsaka ārstniecības gadījumu skaitu, kas ir zināms par šo primāro narkotiku.

Tendenču analīzes pamatā ir tikai dati no tām valstīm, kuras sniedza pietiekamus datus, kas raksturo izmaiņas attiecīgajā laikposmā. Narkotiku tirgus tendenču analīzē trūkstošie 2007. gada dati var būt aizstāti ar 2006. gada datiem; citu tendenču analīzē trūkstošie dati var būt interpolēti. Cenu tendences ir koriģētas, ņemot vērā inflāciju attiecīgajās valstīs.

Informācijas par dažādu iejaukšanās pasākumu pieejamību un nodrošināšanu Eiropā pamatā parasti ir valstu ekspertu pamatots novērtējums, kas apkopots strukturētās anketās.

Termins "ziņojumi" ar narkotikām saistītu likumpārkāpumu sakarā dažādās valstīs var apzīmēt dažādus jēdzienus.

Gada ziņojumu 23 valodās var lejupielādēt šajā tīmekļa vietnē:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

Visas gada ziņojuma statistikas analīzē izmantotās tabulas ir atrodamas 2009. gada statistikas biļetenā (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>). Tajā ir sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodiku un apmēram 100 papildu statistikas diagrammas.

Valstu pārskati (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) sniedz pārskatu par narkotiku situācijas svarīgākajiem aspektiem katrā valstī.

Katras valsts narkotiku problēmas izvērsti apraksts un analīze ir sniegta Reitox tīkla valstu koordinācijas centru ziņojumos, kas pieejami EMCDDA tīmekļa vietnē (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Komentārs

Trāpījums kustīgā mērķī – izaicinājums izstrādāt pragmatisku politikas risinājumu mainīgajai narkotiku problēmai

Vienota politika ļauj veidot mērķtiecīgāku rīcības plānu narkotiku apkarošanai

Šajā pārskatā iekļauts svarīgs narkotiku apkarošanas politikas periods gan Eiropā, gan ārpus tās. Eiropas Savienībā esam veikuši 2005.–2008. gada rīcības plāna – piektā kopš 1990. gada – novērtēšanu, izstrādājuši un sākuši īstenot tā pēcteci, kas darbosies 2009.–2012. gadā. Lai gan bieži vien uzmanība ir pievērsta atšķirībām dažādu dalībvalstu narkotiku apkarošanas politikā, no vēsturiskās perspektīvas pārsteidzoša ir ievērojamā saskaņa, kas šobrīd ir skaidri redzama pārrunās Eiropas līmenī. Dalībvalstīm joprojām varētu būt atšķirīgas politikas perspektīvas, kas zināmā mērā atspoguļo atšķirības starp valstīm, tomēr daudzās jomās pārrunas šķiet aizvien pārdomātākas un vienotākas. Tas ir ļāvis izveidot jaunu ES rīcības plānu, kuru var raksturot kā pragmatisku, koncentrētu un mērķtiecīgu. Šī pieeja ir konkrēti ilustrēta, pievēršot uzmanību īpašām praktiskām jomām, piemēram, ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu novēršanai, darbam ieslodzījuma vietās un ārstniecības un citu iejaukšanās pasākumu kvalitātes uzlabošanai.

Starptautiskā mērogā sabiedrības un profesionāļu interese stimulēja debates, kuru rezultātā pieņēma jaunu Apvienoto Nāciju Organizācijas politisko deklarāciju un rīcības plānu, kā apkarot narkotiku problēmu pasaulē, kam sekoja pārskats par 1998. gadā Ģenerālās Asamblejas īpašajā sesijā (UNGASS) izvirzītajiem mērķiem. Šajās debatēs Eiropa pārliecinoši aizstāvēja līdzsvarotu, zinātniski pamatotu un humānu narkotiku apkarošanas politiku. Tas palīdzēja nodrošināt to, ka galīgajā nolīguma versijā tika saglabāti sākotnējo 1998. gada UNGASS dokumentu būtiskākie progresīvie elementi. Lai gan reizēm ANO diskusijas bija spraigas un pat atspoguļoja dziļi iesakņojušās politiskās un ideoloģiskās pozīcijas, tomēr bija arī pazīmes, kas liecināja, ka ir iespējams panākt pragmatiskāku un pamatotāku pieeju, kā noteikt to, kas uzskatāms par efektīvu rīcību. Piemēram, ASV mazināja prasības saistībā ar pieeju sterilu injicēšanas piederumu nodrošināšanai, lai samazinātu ar asinīm pārnēsājamu infekciju risku, tā atspoguļojot ievērojamo pierādījumu bāzi

par efektivitāti, kāda šobrīd panākta šajā jomā. Turklāt jaunākajos politikas paziņojumos ASV, šķiet, tuvojas Eiropas modelim. Pārliecinoša vienprātība radās arī UNGASS sanāsmē par narkomānijas problēmas efektīvas uzraudzības nepieciešamību visā pasaulē, jo īpaši ņemot vērā nepārtraukto problēmu pieaugumu attīstības un pārejas ekonomikas valstīs. Tika kritizēts ziņošanas mehānisms, kas izstrādāts, lai novērtētu UNGASS rīcības plānu īstenošanu. Taču atsakoties no tā, ārpus esošās pasaules ziņošanas sistēmas paliks būtiskas darba jomas, jo īpaši tās, kas attiecas uz pieprasījuma samazināšanas pasākumiem. Šis jautājums, iespējams, būs svarīga tēma nākamajā Narkotisko vielu komisijas sesijā.

Tiesībaizsardzības praksi konfrontē konkurējoši politikas mērķi

Likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā šā gada pārskatā ir pievērsta ļoti liela uzmanība, un īpašajā tēmā ir runāts par notiesāšanu un citiem risinājumiem saistībā ar personām, kas apsūdzētas par narkotiku likumpārkāpumiem. Joprojām pieaug to likumpārkāpumu skaits narkotiku apkarošanas jomā, par kuriem tiek ziņots Eiropā. Un, lai gan šos datus ir grūti interpretēt, minētais apsvērums izraisa jautājumus par to, cik lielā mērā tiesībaizsardzības prakse ir vienota ar politikas mērķiem šajā jomā.

Runājot plašāk, Eiropas politikas debatēs ir izvirzīts viedoklis, ka būtu jāpiešķir prioritāte aizliegšanas darbībām, kuru mērķis ir narkotiku piedāvājums, nevis to lietošana. Atspoguļojot to, dažās valstīs soda mēri, kas ir piemērojami par pārkāpumiem, kuri saistīti ar narkotiku piedāvājumu, ir palielināti vai arī ir ieviesti minimālie soda mēri. Ir grūti novērtēt, cik lielā mērā šī pāreja no narkotiku lietotājiem pie narkotiku izplatītājiem tiek īstenota policijas kontroles praksē. Tikai dažās valstīs to pārkāpumu skaits, kas saistīti ar narkotiku piedāvājumu, ir lielāks nekā to pārkāpumu skaits, kuri ir saistīti ar narkotiku glabāšanu. Kopumā ar piedāvājumu saistīto pārkāpumu skaits ir pieaudzis, taču ir pieaudzis arī to pārkāpumu skaits, kas saistīti ar narkotiku glabāšanu vai lietošanu, turklāt lielākā mērā. Turklāt visā Eiropā ar piedāvājumu saistīto pārkāpumu daudzums nav

vienmērīgs, jo puse valstu, kas iesniegušas ziņojumu, vidēja termiņa datos novēro samazinājumu.

Šim pārskatam pievienotajā padziļinātajā apskatā par notiesāšanu saistībā ar likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā Eiropā ir atklāts, kas notiek ar tiem, kuri pārkāpj likumus narkotiku apkarošanas jomā. Par pārkāpumiem saistībā ar piedāvājumu, ir ierasts piespriest cietumsodu, taču to cenšas piespriest uz mazāko iespējamo termiņu, kas vidēji ir trīs gadi vai mazāk. Tas varētu vienkārši atspoguļot reālo situāciju, ka notiesāti tiek tie, kas atrodas piegādes ķēdes zemākajā posmā, piemēram, ielu narkotiku tirgotāji un atkarīgie, kas pārdevuši narkotikas, lai rastu līdzekļus ieradumam. Šis atklājums liek izstrādāt minimālās notiesāšanas vadlinijas, ja tās paredzētas, lai atturētu augsta līmeņa profesionālus noziedzniekus no iesaistīšanās narkotiku piedāvāšanā.

Lielākajā daļā valstu par narkotiku lietošanu vai glabāšanu cietumsodu piespriež reti. Tas nozīmē, ka tikai neliela daļa to, kas nokļūst tiesā, saņem cietumsodu, iespējams, vainu pastiprinošu apstākļu dēļ. Tāpat aizvien lielāks skaits narkotiku lietotāju saskaras ar krimināltiesību sistēmu vienīgi, lai saņemtu administratīvu sodu vai mazāko soda mēru. Neraugoties uz šāda veida darbības iespējamo iebiedējošo efektu, tas rada jautājumu, kādā mērā šī saskarsme ar noteiktām narkotiku lietotāju grupām liecina par garām palaistu iespēju veikt citas pieprasījuma samazināšanas darbības. Dažas valstis šajā jomā ir izstrādājušas inovatīvas pieejas, taču kopumā tās joprojām ir retums.

Ņemot vērā to, ka tie, kas apsūdzēti likumpārkāpumos narkotiku apkarošanas jomā, iespējams, veido daudzveidīgu grupu, saistībā ar pakalpojumu uzlabošanu šajā jomā īpaši svarīgs ir jautājums par vajadzību novērtējumu. Ar veselību saistītie iejaukšanās pasākumi iekļauj gan profilakses, izglītības un kaitējuma mazināšanas pieejas, gan īsus iejaukšanās pasākumus, un, ja ir atļauts, nosūtīšanu specializētiem narkotiku atkarības ārstniecības un sociālā atbalsta dienestiem. Tāda praktiski realizējama modeļa izstrāde, lai nodrošinātu pienācīgu nosūtīšanas kārtību, varētu radīt organizatoriskas problēmas. Portugāle šo problēmu ir risinājusi citādi. Par narkotiku lietošanu vairs nedraud kriminālatbildība, un tos, kas apsūdzēti par narkotiku glabāšanu, tieši nosūta uz vajadzību novērtēšanu īpašā tiesā, kas pazīstama kā "komisija atrunāšanai no narkotiku ļaunprātīgas lietošanas". Tiesa var piespriest naudas sodu, taču sankcijas nav tās galvenais mērķis. Šī programma darbojas jau astoņus gadus. Šķiet, ka pieejamie dati neapliecina sākotnējās bailes par to, ka šī pieeja palielinās narkotiku tūrisma vai lietošanas līmeni.

Ārstniecība un ar veselību saistītie iejaukšanās pasākumi — no "viena risinājuma visiem gadījumiem" līdz mērķtiecīgu pasākumu kopumam

Pakalpojumi narkotiku lietotājiem Eiropā kļūst aizvien daudzveidīgāki, un tos piedāvā kā daļu no integrētas aprūpes paketes. To var aplūkot gan konceptuāli, gan praksē. Piemēram, kaitējuma mazināšanas un ārstniecības iejaukšanās pasākumi aizvien biežāk ir saistīti un tos piedāvā vieni un tie paši sniedzēji. Kaut arī sociālās reintegrācijas nozīme ir plaši atzīta, tā joprojām ir vāji attīstīta joma, un narkotiku lietotājiem joprojām ir ievērojamas grūtības atrast darbu, piemērotu mājokli un ar narkotikām nesaistītus nodarbošanās veidus.

Lai gan Eiropā narkotiku lietotāju ārstniecībā ir panākts progress, tas nav vienmērīgs — gan attiecībā uz vielām, ar kurām tas saistīts, gan attiecībā uz ģeogrāfisko aptvērumu. Vislielākie panākumi ir gūti opioīdu aizvietošanas terapijas jomā, kur ārstēto cilvēku skaits reģionā šobrīd ir 650 000 un aizvien pieaug. Tomēr Austrumeiropa kopumā veido tikai nelielu daļu šā kopējā skaita, kas liecina par to, ka dažās valstīs pakalpojumi ir jāpaplašina. No vairākām valstīm ir gūta mācība, ka ģimenes ārstu iesaistīšanās var veicināt ārstniecības nodrošinājuma paplašināšanu. Kopīgas aprūpes iestādes ar specializētiem centriem nodrošina ne tikai atbalstu ģimenes ārstiem, bet arī ārstniecības kvalitāti.

Kaut arī lielākajā daļā valstu teorētiski ir iespējams ieslodzījuma vietās turpināt vai uzsākt aizvietošanas terapiju, praksē tas bieži vien ir grūti. Ņemot vērā narkotiku lietotāju skaitu Eiropas cietumos, ir ļoti vajadzīgs paplašināt visa veida ārstniecības iespējas šajā vidē. Šis fakts ir atzīts ES rīcības plānā, taču lielākajā daļā valstu pret to joprojām izturas nevēlīgi.

Attiecībā uz citām narkotikām, kas nav opioīdi, pakalpojumu pieejamība un mūsu izpratne par to, kas ir efektīva aprūpe, Eiropā joprojām ir mazāk attīstīta. Tomēr šo problēmu sāk atzīt, jo Eiropā aizvien pieaug to pētniecības projektu un izmēģinājuma programmu skaits, kas risina stimulantu un kaņepju lietotāju ārstniecības vajadzības. Turklāt, neirozinātnes attīstība ir ne tikai uzlabojusi mūsu izpratni par atkarības bioloģiskajiem mehānismiem, bet arī sāk veicināt dažas inovatīvas pieejas. Viens no piemēriem ir kokaīna vakcīna, kas šobrīd Eiropā tiek plaši izmēģināta. Arī informācijas tehnoloģiju attīstība ir veicinājusi inovācijas, piemēram, uz internetu balstītas ārstniecības programmas un ziņojumu apmaiņas izmantošanu.

Jauni pierādījumi, kas liecina, ka Eiropā sākas kaņepju lietošanas līmeņa samazinājuma periods

20. gs. deviņdesmitajos gados kaņepju lietošanas popularitāte pieauga tik krasi, ka gandrīz ceturtdaļa

pieaugušo Eiropā ziņoja, ka ir tās lietojuši vismaz vienu reizi dzīvē. Vēlāk situācija sāka stabilizēties, un jaunākie dati pārlicinoši atspoguļo pagājušā gada pārskatā iekļauto analīzi, kas liecina par vispārēju narkotiku lietošanas samazinājumu. Īpaši interesanti ir jaunākie rezultāti, kas iegūti Eiropas skolu apsekojuma projektā par alkohola un citu narkotiku lietošanu un kas atspoguļo narkotiku lietošanas tendences skolēnu vidū laikā. Šeit atklātās iezīmes vēlāk varētu iekļauties vecāka gadagājuma kohortā. Interesanti, ka tāpat kā pagātnē kaņepju lietošanas augšupejošajā tendencē bija vērojamas dažādas pagaidu ievirzes, šīs ievirzes, šķiet, pašas atkārtojas apgrieztā secībā. Piemēram, Apvienotā Karaliste, kas bija viena no pirmajām valstīm, kura ziņoja par augstu izplatības līmeni, bija arī pirmā, kas ziņoja par lietošanas samazinājumu. Šobrīd šī ievirze ir vērojama lielākajā daļā pārējo Rietumeiropas valstu. Austrumeiropā lielākajā daļā valstu lietošanas līmenis līdz nesenam laikam joprojām pieaug. Tomēr arī šajās valstīs ir stabilizēšanās pazīmes gados jaunu cilvēku vidū, un, tā kā citur ievirzes atkārtojas, tad arī tur varētu gaidīt samazinājumu.

Ir ļoti būtiski izprast faktorus, kas ietekmē narkotiku, piemēram, kaņepju, popularitāti. Tomēr ir jābūt piesardzīgiem, izdarot secinājumus par vienkāršiem cēloņu skaidrojumiem. Šīs tendences varētu būt ietekmējusi valsts vai ES politika; taču lietošanas līmeņa samazinājums ir vērojams arī ASV un Austrālijā, kas liecina, ka nozīme varētu būt plašākiem sociālkulturāliem faktoriem. Uz kopējā Eiropas fona izceļas neliela valstu grupa, lielākoties Eiropas ziemeļos vai dienvidos, kur kaņepju lietošanas līmenis jau kādu laiku ir bijis zems vai stabils. Ļoti interesanti būtu saprast arī aizsardzības faktorus, kas darbojas šajās valstīs, taču jau atkal analīzē būs pilnībā jāņem vērā kultūras, sociālie un vēsturiskie faktori, kā arī jāapsver narkotiku un sociālās politikas ietekme.

Pretēji datiem par kopējo lietošanas līmeni jaunākā analīze par problemātiskas kaņepju lietošanas ievirzēm Eiropā nav tik viendabīga un tik uzmundrinoša. Bažas rada tas, ka mums šobrīd trūkst labu atkarības vai problemātiskas lietošanas rādītāju, un, lai gan šajā virzienā ir noticis zināms progress, mums ir jāpaļaujas uz netiešākiem rādītājiem. Kaņepju atkarības ārstniecības pieprasījumu

Īss pārskats par narkotiku lietošanas izplatību Eiropā

Šeit minētie aprēķini attiecas uz pieaugušajiem (15–64 gadi) iedzīvotājiem un ir pamatoti ar jaunākajiem pieejamajiem datiem. Vairāk informācijas par datiem un metodoloģiju skatīt pievienotajā statistikas biļetenā.

Kaņepes

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 74 miljoni (22 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā: aptuveni 22,5 miljoni Eiropas pieaugušo vai viena trešdaļa to, kas vismaz reizi lietojuši dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā: apmēram 12 miljoni Eiropas iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,4 % līdz 14,6 %.

Kokaīns

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: aptuveni 13 miljoni (3,9 % Eiropas pieaugušo iedzīvotāju).

Lietojuši pēdējā gada laikā: 4 miljoni Eiropas pieaugušo vai viena trešdaļa to, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā: aptuveni 1,5 miljoni iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,0 % līdz 3,1 %.

Ekstāzē

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: apmēram 10 miljoni (3,1 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā: aptuveni 2,5 miljoni vai viena ceturtdaļa to, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā: mazāk nekā viens miljons iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,1 % līdz 3,5 %.

Amfetamīni

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: aptuveni 12 miljoni (3,5 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā: aptuveni divi miljoni vai viena sestā daļa to, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā: mazāk nekā viens miljons iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,0 % līdz 1,3 %.

Opioidi

Problemātiskie opioīdu lietotāji: aptuveni 1,2 līdz 1,5 miljoni Eiropas iedzīvotāju.

Narkotiku izraisītie nāves gadījumi veido 4 % visu 15–39 gadus vecu Eiropas iedzīvotāju nāves gadījumu, no kuriem aptuveni trīs ceturtdaļas gadījumu bija saistīti ar opioīdu lietošanu.

Galvenā narkotika vairāk nekā 50 % visu gadījumu, kad pieprasīta ārstēšana no narkotiku atkarības.

2007. gadā aptuveni 650 000 opioīdu lietotāju saņēma aizvietojošu terapiju.

skaits šobrīd varētu stabilizēties pēc tam, kad vairākus gadus ir nepārtraukti pieaudzis. Tomēr joprojām nav skaidrs, cik lielā mērā tas atspoguļo lietošanas ievirzes un pakalpojumu kapacitāti. Šobrīd problemātiskas kaņepju lietošanas labākos uzvedības rādītājus nodrošina ekstrapolācija no narkotiku ikdienas lietotāju skaita aplēsēm. Ikdienas lietošanas tendences ir grūti izvērtēt, taču pieejamie dati neliecina par vispārēju samazinājumu. EMCDDA lēš, ka aptuveni 2 % līdz 2,5 % gadus jaunu pieaugušo kaņepes lieto katru vai gandrīz katru dienu, un daudz augstāks lietošanas līmenis ir jauniem vīriešiem. Tā ir liela daļa iedzīvotāju, kas ir pakļauta riskam, un tas nozīmē, ka ir labāk jāizprot šīs grupas pakalpojumu vajadzības.

Heroīns un kokaīns — nav pārliecināto problēmas mazināšanās pazīmi

Nav daudz ko piebilst par heroīna un kokaīna — divu vielu, kas joprojām ir Eiropas narkotiku problēmas centrā — lietošanas situācijas uzlabošanos. Tas nozīmē, ka ir sarežģīti skaidri raksturot šo situāciju, jo ir grūtības saskaņot informāciju, ko sniedz dažādi rādītāji. Īpaši izteikta šī problēma ir saistībā ar kokaīnu, kur līdz ar ražošanas aplēšu kritumu saskaņā ar jaunākajiem datiem ir samazinājies arī Eiropas Savienībā atsavināto narkotiku apjoms, kā arī narkotiku tīrība ielu līmenī lielākajā daļā valstu. Apvienotajā Karalistē, valstī ar lielu kokaīna tirgu, pēdējā laikā ievērojami ir kritusies narkotiku tīrība. Šie dati varētu liecināt par kokaīna pieejamības samazinājumu, taču cita informācija liek apšaubīt šo secinājumu.

Narkotiku atsavināšanas gadījumu skaits joprojām pieaug, cenas samazinās, un tas liek domāt, ka ir mainījušies transportēšanas ceļi, kas tagad ved caur Austrumeiropu, un ka tas varētu būt kavējis apkarošanas centienus. Kokaīna lietošana Eiropā joprojām ir izplatītāka rietumvalstīs, kur tendences pārsvarā ir stabilas vai aizvien pieaugošas. Tomēr ir pierādījumi, kas liecina par to, ka nākotnē narkotikas izplatīsies arī citās valstīs. Tāpat pieaug arī ar kokaīnu saistītais ārstniecības pieprasījums. No pieejamajiem pierādījumiem var secināt, ka pašreizējais lietošanas līmenis noteiktās teritorijās joprojām ir augsts un nesamazinās, un citur turpina pieaugt; taču ir arī rādītāji, kas liecina, ka dažos lielos tirgos piegādātājiem rodas grūtības apmierināt lietotāju pieprasījumu. Būs interesanti novērot, vai nākotnē tiks rasti konkrētāki pierādījumi par narkotiku pieejamības samazinājumu, ņemot vērā jaunākos ziņojumus par kokaīna ražošanas samazinājumu pasaulē.

Heroīns joprojām ir saistīts ar lielāko daļu ar narkotiku lietošanu saistīto slimību un nāves gadījumu Eiropā. Šīs narkotikas lietošanas apjomi kopš 20. gs. deviņdesmito gadu vidus un beigām kopumā ir samazinājušies, taču

šobrīd situācija nav tik skaidra, un dažās teritorijās tas rada bažas. Pēc izteiktā samazinājuma jauno ārstniecības pieprasījumu skaits kopš 2002. gada ir pieaudzis, un daudzas valstis šobrīd ziņo, ka pieaug ar opioīdiem saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits un proporcija. Arī dati par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, kas lielākoties saistīti ar heroīna lietošanu, neliecina par atgriešanos pie samazinājuma tendences, kāda novērota pirms 2004. gada. Tāpat arī dati par narkotiku likumpārkāpumu un atsavināšanas gadījumu skaitu liecina par pieaugumu. Satraucoši ir tas, ka maz valstu ziņo, ka problēmas, kas saistītas ar heroīnu, ir novērotas gados jaunu cilvēku vidū, tādā veidā liecinot par to, ka narkotika ir izplatījusies jaunās iedzīvotāju grupās. Kopumā ar nožēlu jāsecina, ka ar heroīnu saistīto problēmu lejupejošās tendences pozitīvā analīze vairs nav ilgstoša. Un, lai gan pagaidām nav pierādījumu par atgriešanos pie epidēmiskas heroīna lietošanas izplatīšanās, kas novērota pagātnē, veselības un sociālās problēmas, kas rodas šīs narkotikas lietošanas dēļ, ir vērā ņemamas. Jebkura pazīme, kas liecina, ka situācija var pasliktināties, jo īpaši laikā, kad Eiropā ir sācies ekonomisko grūtību periods, ir pamats nopietnām bažām.

Vairāku narkotiku lietošana un vienlaicīgas alkohola problēmas šobrīd ir Eiropas narkotiku problēmas noteicošie elementi

Narkotiku lietošanas novēršanas jomā jau sen ir skaidrs, ka psihoaktīvo vielu lietošanas problēmas vislabāk ir risināt holistiski un veselīgā dzīvesveidā un informācijā balstītas izvēles kontekstā. Gluži pretēji — pārrunas par narkotiku lietošanu biežāk ir saistītas tieši ar psihoaktīvo vielu. Ir grūti nenonākt pie secinājuma, ka šī vienas dimensijas perspektīva kļūst aizvien nelietderīgāka, lai izprastu psihoaktīvo vielu lietošanas ieviržu nepārtraukto attīstību Eiropā. Personas, kas lieto narkotikas, gandrīz nekad neaprobežojas ar vienas psihoaktīvās vielas lietošanu. Šobrīd Eiropā vairāku narkotiku lietošanas ievirze ir norma, un kombinēta dažādu psihoaktīvo vielu lietošana ir iemesls lielākajai daļai problēmu, ar ko mēs sastopamies, vai sarežģī tās. Tas rada nepieciešamību izstrādāt vispusīgāku, integrētu un ar vairākām vielām saistītu perspektīvu, lai labāk izprastu situāciju un izstrādātu, un novērtētu atbilstošus risinājumus. Tāpat tas attiecas arī uz narkotiku tirgu. Darbības, kuru mērķis ir samazināt vienas narkotikas piedāvājumu, ir nevērtīgas, jo tās tikai paver iespēju aizstājēja lietošanai, kas var radīt vēl lielāku kaitējumu.

Šā gada pārskatam ir pievienota īpaša tēma par vairāku narkotiku lietošanu, kurā ir pētīts, kāda ir vairāku psihoaktīvo vielu lietošanas ietekme dažādās narkotiku lietotāju grupās. Secinājumi ir satraucoši. Gados jaunu

cilvēku vidū vairāku psihoaktīvo vielu lietošana var palielināt akūtu problēmu risku, un tā liecina par iespēju vēlāk izveidoties hroniskam narkotiku lietošanas paradumam. Gados vecāku, regulāru narkotiku lietotāju vidū vairāku narkotiku lietošana ir liela problēma saistībā ar narkotiku pārdozēšanu, tā sarežģī narkotiku atkarības ārstniecību un ir saistīta ar vardarbību un likumpārkāpumiem. Eiropā pieaug arī lietotājiem pieejamo narkotiku izvēle. Šajā pārskatā ir norādīts: aizvien lielāks klāsts plaši nekontrolētu psihoaktīvo vielu, kuru mērķis ir kaņepju tirgus; inovācijas sintētisko narkotiku ražošanā; pieaugošs satraukums par receptu zāļu ļaunprātīgu lietošanu. Turklāt ir atzīts, ka Eiropas psihoaktīvo vielu lietošanas problēmas noteicošais faktors ir vienlaicīga alkohola lietošana. Arī to var novērot visās vecuma grupās. Jaunākie dati liecina, ka skolēnu vidū iedzeršana ir ļoti cieši saistīta ar narkotiku lietošanu. Iedzeršana bieži vien ir saistīta ar narkotiku lietošanu izklaides nolūkā, kas palielina negatīvu seku risku gados jaunu pieaugušo vidū. Hronisku narkotiku lietotāju vidū alkohola lietošana ir tik ierasta, ka bieži vien pat netiek pieminēta, un nepieciešamība risināt alkohola atkarību narkotiku atkarības ārstniecības centriem ir kļuvusi par aizvien svarīgāku uzdevumu. Alkohola problēmas var būt īpaši bīstamas cilvēkiem, kas ir atkarīgi no opioīdu narkotikām, jo tiem hepatīta infekcijas dēļ jau var būt traucēta aknu darbība, un pārdozēšanas risks ir lielāks.

Inovācijas un prekursoru pieejamība – mīļdarbīgi faktori, kuriem ir aizvien lielāka ietekme uz sintētisko narkotiku tirgu

EMCDDA novēro aizvien sarežģītāku un nepastāvīgāku sintētisko narkotiku pieejamības un lietošanas situāciju Eiropā. Nelegālais tirgus un tā piegādātāji uzrāda augstu inovāciju līmeni saistībā ar ražošanas procesu, jaunajiem produktiem un tirdzniecības iespējām, kā arī demonstrē spēju ātri piemēroties kontroles pasākumiem. Turklāt satraucoša ir arī nelegālo narkotiku "legālo alternatīvu" tirdzniecības pieaugošā izsmalcinātība.

Tirgus nepastāvības piemērs ir novērojams ekstazī pieejamības jaunākajās tendencēs. Līdz 2007. gadam Eiropā analizētajās ekstazī tabletēs bija 3,4-metilēndioksimetamfetamīns (MDMA) vai cita ekstazī līdzīga viela. Tomēr agrīnā brīdinājuma sistēmas sākotnējie dati par 2009. gada sākumu liecina, ka dažās dalībvalstīs, piemēram, Dānijā un Nīderlandē, situācija mainās. Gandrīz pusē šajās valstīs analizēto tablešu netika atrasts ne MDMA, ne tā analogi. Biežāk tabletes saturēja 1-(3-hlorofenil)piperazīnu (mCPP) – vienu vai apvienojumā ar citām psihoaktīvām vielām. Lai gan mCPP nav minēts ANO konvencijā, dažās dalībvalstīs to kontrolē. Šā brīža

tirgus izmaiņu iemesli nav īsti skaidri, taču viens no iespējamajiem skaidrojumiem ir 3,4-metilēndioksifenil-2-propanona (PMK), MDMA sintēzes galvenā prekursora, trūkums. Nevar pateikt, vai šī situācija ir īslaicīga novirzīšanās vai liecina par būtiskāku pāreju ekstazī tirgū. ES agrīnā brīdinājuma sistēma ir uzraudzījusi mCPP kopš 2005. gada, un EMCDDA un Eiropols uzmanīgi seko līdzi notikumiem šajā jomā, un 2010. gadā sagatavos kopīgu pārskatu par situāciju tirgū.

Izmaiņas ekstazī tirgū varētu norādīt uz veiksmīgiem centieniem novērst prekursoru ķīmisko vielu novirzīšanu, un šie centieni var būtiski ietekmēt arī citu psihoaktīvo vielu pieejamību un lietošanu. Piemēram, ir dažas pazīmes, kas liecina, ka Ziemeļeiropā metamfetamīns varētu aizstāt amfetamīnu. Un šeit atkal būtiski šķiet tirgus faktori un prekursoru ķīmiskās vielas, jo metamfetamīna ražošanas vietas šobrīd atrodas Lietuvā, kuras ģeogrāfiskā atrašanās vieta atvieglo prekursoru, šajā gadījumā 1-fenil-2-propanona (BMK), importu no valstīm, kas ir ārpus Eiropas Savienības. Situācija Ziemeļvalstīs rada bažas par iespējamu metamfetamīna izplatīšanos aiz Čehijas Republikas robežām. Šajā valstī ar metamfetamīnu saistītas problēmas ir radušās jau sen, taču tās ir saistītas ar ražošanu nelielā apjomā personīgai vai vietēja mēroga lietošanai. Šobrīd arī vairākas Centrāleiropas valstis ziņo par metamfetamīna lietošanu, un Eiropols ziņo, ka citās Eiropas daļās ir atklātas un likvidētas dažas lielākas ražošanas vietas. Ir arī daži pierādījumi, kas liecina, ka metamfetamīna lietošanas līmenis ātri pieaug arī valstīs, kas robežojas ar Eiropas Savienību. Līdz šim brīdim šai narkotikai nav izdevies iekarot plašo stimulējošo narkotiku tirgu Rietumeiropā, kur joprojām izplatītāks ir kokaīns un amfetamīns. Tomēr, ņemot vērā to, cik salīdzinoši viegli ir izgatavot metamfetamīnu, un to, cik ievērojami negatīva ietekme šai narkotikai var būt uz sabiedrības veselību, bezrūpība nav pieļaujama. Tas, cik ātri šī problēma var attīstīties, ir vērojams Slovākijā, kura sniedz jaunāko gadījuma pētījumu par valsti, kurā metamfetamīna lietošana ir ievērojami pieaugusi.

Internets un tirdzniecība – vai *spice* ir nākotnes garša?

Tikai nedaudzas mūsdienu dzīves jomas nav pārvērtušas jaunākās informācijas tehnoloģijas – internets šobrīd ir ne tikai neierobežots informācijas avots, bet arī liels virtuāls tirgus, kurā var veikt preču un pakalpojumu apmaiņu. Tādēļ nav nekāds brīnums, ka šis plašsaziņas līdzeklis šobrīd ietekmē arī narkotiku jomu. Šogad EMCDDA izdeva pirmo pārskatu par interneta ārstniecības pieejām, un šķiet, ka dažos profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas ieviešanas pasākumu veidos uz tīmekli balstītajām

pieejām ir ievērojams potenciāls. Mazāk pozitīvi ir tas, ka ir grūti regulēt šo virtuālo un globālo parādību, un internetu var izmantot arī, lai popularizētu psihoaktīvo vielu lietošanu. Papildus bažām, ko radījuši alkohola un zāļu tirgošana tiešsaistē, ir arī bažas par to, ka parādās vairākas it kā "legālas" alternatīvas kontrolētām psihoaktīvām vielām.

EMCDDA šobrīd regulāri uzrauga psihoaktīvās vielas, ko piedāvā tirgotāji tiešsaistē. Pēdējos gados šis tirgus ir audzis, un šobrīd tajā ietilpst plašs klāsts produktu, kuru pamatā ir augi, jo īpaši zāļu maisījumi, kā arī preces, kuru sastāvā ir sintētiskas sastāvdaļas. Jaunās vielas, kas parādās interneta tirgū, var būt gan narkotikas, ko tradicionāli izmanto dažās pasaules daļās, gan eksperimentālas ķīmiskās vielas, kas sintezētas laboratorijās un nav pārbaudītas uz cilvēkiem. Cita inovācija ir noteiktu zīmolu izveide un pievilcīgi iepakojumi. Vērā ņemams piemērs ir zāļu maisījumi, ko pārdod ar nosaukumu *spice*.

Ir atrasti daudz dažādi *spice* zīmoli ar dažādiem iepakojumiem un dažādiem sastāvdaļu sarakstiem. Tomēr tiesu medicīnas ekspertīzei nav izdevies atklāt augu izcelsmes vielas, kas minētas uz šīm etiķetēm, tomēr ir

izdevies identificēt dažus sintētisko kanabinoīdu paraugus, kas pievienoti šiem maisījumiem. Šīs vielas nebija minētas sastāvdaļu sarakstā, tātad tiktu lietotas nezinot. Atrastie kanabinoīdi ir samērā maz pētīti savienojumi, no kuriem daži ir ļoti spēcīgi, un par to ietekmi uz cilvēku ir zināms ļoti maz.

Centieni apiet narkotiku kontroli, pārdodot neregulētas psihoaktīvās vielas, nav nekas jauns. Jaunums ir tas, cik plašs vielu klāsts šobrīd tiek izmantots, produktu, kam pievienotas nepareizas etiķetes, agresīvā tirdzniecība, aizvien plašāka interneta izmantošana un ātrums, kādā tirgus reaģē uz kontroles pasākumiem. *Spice* varētu būt arī brīdinājums par turpmākajām problēmām. Prasmīgu ķīmiķu, kas bieži vien atrodas ārpus Eiropas jurisdikcijas, spēja lēti veikt organisko sintēzi varētu nodrošināt piekļuvi ievērojamam skaitam psihoaktīvo vielu. Tas varētu atklāt pavisam jaunas ķīmisko vielu grupas, tostarp daudzus analogus, kurus būtu grūti atklāt, un tas radītu ievērojamas grūtības kontroles politikai, kas balstīta uz individuāliem savienojumiem. Turklāt, tā kā daļa šo vielu varētu būt likumīgas vai pārdotas likumīgiem mērķiem, tās varētu būt pa vidu starp narkotiku kontroles un tirdzniecības noteikumiem.



1. nodaļa

Politika un tiesību akti

Ievads

Pagājušajā gadā ir izstrādāti divi jauni Eiropas un starptautiski narkotiku apkarošanas politikas dokumenti. 2008. gada decembrī Eiropas Savienība atklāja savu jauno narkotiku apkarošanas rīcības plānu (2009.–2012. gadam), un tam pēc dažiem mēnešiem sekoja Apvienoto Nāciju Organizācijas jaunā politiskā deklarācija un rīcības plāns cīņai ar narkotiku problēmu pasaulē. Šajā nodaļā ir aplūkots narkotiku apkarošanas politikas jauno dokumentu saturs un to organizāciju nozīme šo dokumentu veidošanā, kuras pārstāv pilsonisko sabiedrību.

Starptautiskās politiskajās debatēs bija iekļautas diskusijas par narkotiku tirdzniecību, un šeit ir aplūkotas jaunākās tiesiskās izstrādes par minimālajiem sodiem par narkotiku tirdzniecību Eiropā. Būtisks politisko debašu jautājums bija arī kaitējuma mazināšana, un šajā nodaļā ir aplūkots arī divu būtisku ieviešanās pasākumu šajā jomā, adatu un šļirču apmaiņas programmas un aizvietošanas terapijas, juridiskais statuss.

Citas aplūkotās tēmas ir valstu narkotiku stratēģiju un rīcības plānu nesēnā pieņemšana un izvērtēšana, jauni dati un tendences par valsts izdevumiem saistībā ar narkotikām un pētījumu, kas saistīti ar narkotikām Eiropā, aktualitātes.

Starptautiskās un ES politikas aktualitātes

Jauna ANO politiskā deklarācija un rīcības plāns

ANO Narkotisko vielu komisijas (CND) šā gada sesijas laikā augsta politiskā līmeņa sanāksmē ir pieņemta jauna ANO politiskā deklarācija un rīcības plāns ⁽¹⁾. Tas ir gadu ilgušu pārdomu rezultāts, kas veiktas kā daļa no desmit gadu pārskata par progresu, kas panākts, īstenojot mērķus un uzdevumus, kuri izvirzīti 1998. gadā, divdesmitajā ANO Ģenerālasamlejas īpašajā sesijā (UNGASS) par narkotiku problēmu pasaulē.

Eiropas Savienībai un tās dalībvalstīm bija vadošā loma UNGASS pārskatā. Eiropas nostāja par ANO

narkomānijas apkarošanas politiku, kam jāparādās pārbaudes procesā, tika pausta kopīgās nostājas dokumentā, kuru izstrādāja Eiropas Savienības Padome. Dokumentā ir uzsvērts, cik būtiska ir sabiedrības veselība kā starptautiskās narkotiku kontroles sistēmas galvenais princips un tas, ka starp ANO iestādēm (tostarp INCB, UNODC, UNAIDS, PVO) narkotiku jomā ir vajadzīga visas sistēmas saliedētība. Tā arī aicināja jaunajā ANO politiskajā deklarācijā iekļaut būtisku elementu un prioritāšu kopumu. Tostarp ir arī nepieciešamība pēc vispusīgas, integrētas un līdzsvarotas narkotiku apkarošanas politikas, kur lielāka nozīme piešķirta narkotiku pieprasījuma samazinājumam un ir iekļauta kaitējuma mazināšana. ES uzstāja, ka starptautiskās

Pasaules nelegālo narkotiku tirgus

Jaunā Eiropas Komisijas īstenotā pētījuma par pasaules nelegālo narkotiku tirgu rezultāti tika darīti zināmi narkotiku komisijas 2009. gada sesijā Vinē ⁽¹⁾. Pētījumā netika atklāti nekādi pierādījumi, kas liecinātu, ka laikā no 1998. līdz 2007. gadam narkotiku problēma pasaulē būtu mazinājusies. Dažās valstīs problēma samazinājās, bet citās tā palielinājās, reizēm pat ļoti ievērojami.

Saskaņā ar pētījumu nelegālo narkotiku tirgi nav vertikāli integrēti un tajos nedominē lieli dāļeri vai kartēļi. Lai gan kopumā nelegālo narkotiku tirgus rada vairāk nekā EUR 100 miljardu, lielākā daļa cilvēku, kas iesaistīti narkotiku tirdzniecībā, saņem pieticīgus ienākumus. Dažas personas nopelna milzu bagātības, taču tas veido tikai nelielu daļu no kopējiem ieņēmumiem.

Pētījums ziņo par valstu narkotiku apkarošanas politikas konverģenci, kur vairāk uzsvērts pieprasījuma samazinājums un plašāka piekrišana pausta kaitējuma mazināšanai. Politika attiecībā uz pārdevējiem un tirgoņiem ir kļuvusi stingrāka.

Pētījumā ir norādīts, ka narkotiku aizlieguma īstenošana ir radījusi ievērojamus negaidītus kaitējumus, no kuriem lielu daļu varēja paredzēt (piemēram, ražošanas un tirdzniecības ģeogrāfisko pārvietošanos).

⁽¹⁾ Eiropas Komisija, *Report on global illicit drug markets, 2009* (pieejams: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

⁽¹⁾ Politiskā deklarācija un rīcības plāns par starptautisku sadarbību integrētai un līdzsvarotai stratēģijai cīņā ar narkotiku problēmu pasaulē.

cilvēktiesību konvencijas, tostarp tiesību uz veselību, ievērošanai ir jābūt jaunās narkotiku apkarošanas politikas pamatelementam un ka narkotiku apkarošanas politikas izstrāde ir jābalsta uz zinātniskiem pierādījumiem. Turklāt ES apgalvoja, ka, lai apkarotu narkotiku ražošanu, alternatīvas attīstības atbalsts nedrīkst būt atkarīgs no nelegālas kultūru audzēšanas samazināšanas.

ANO jaunais dokuments pēc satura ir līdzīgs sākotnējām UNGASS deklarācijām un rīcības plāniem, kas pieņemti 1998. gadā. Tajā ir ietverti daudzi elementi, kurus izvirzījusi Eiropas Savienība, kā tas ir redzams rīcības plānā, kurā ir aplūkotas esošās narkotiku apkarošanas politikas problēmas un ir norādītas darbības, ko ANO dalībvalstis ir apņēmušas īstenot nākamajā desmitgadē. Narkotiku pieprasījuma samazinājuma ietvaros galveno darbību un mērķu vidū ir: labāka cilvēktiesību ievērošana, lielāka pakalpojumu pieejamība un uzlabota neaizsargāto grupu noteikšana. Tāpat ir minēts labāks narkotiku apkarošanas politikas līdzsvars par labu narkotiku pieprasījuma samazinājumam un uz pierādījumiem vārstu ieviešanu pasākumu īstenošana, kā arī uzraudzības un kvalitātes nodrošināšanas mehānismi. Tomēr ANO dokuments skaidri neatzīst kaitējuma mazināšanas devumu; tā ir pieeja, kas Eiropā šobrīd tiek zinātniski pētīta.

ES narkotiku apkarošanas rīcības plāni

2008. gada septembrī Eiropas Komisija publicēja 2005.–2008. gada ES narkotiku apkarošanas rīcības plāna novērtējuma galīgo versiju ⁽²⁾. Novērtējumā ir aplūkota darbību īstenošana un rīcības plānā noteikto mērķu sasniegšana. Tajā ir izskatīta arī rīcības plāna ietekme uz ES dalībvalstu valsts narkotiku apkarošanas politiku un aplūkotas jaunākās narkotiku situācijas tendences Eiropā.

Novērtējumā atklājās, ka, lai gan nav īstenotas visas darbības un nav sasniegti visi mērķi, attīstība ir panākta gandrīz visās rīcības plāna jomās. Turklāt atklājās, ka lielākajā daļā valstu narkotiku apkarošanas politikas dokumentu ir iekļauti mērķi, kas atdarina ES rīcības plānu, jo ir redzami pierādījumi, ka starp Eiropas valstīm narkotiku apkarošanas politikas jomā ir vērojama aizvien lielāka konverģence. Ir novērota arī relatīva Eiropas narkotiku situācijas stabilizēšanās, bet ES rīcības plāna ietekmi uz šo tendenci nav iespējams noteikt.

Kopumā, neņemot vērā operatīvos trūkumus, ES rīcības plāns radīja uzlabojumus trīs dažādās jomās: dalībvalstu un ES iestāžu iesaistīšana kopīgo mērķu sasniegšanā; koordinēšanas un vienotas pieejas izstrādes sistēmas nodrošināšanā narkotiku jomā; un kā starptautiska līmeņa politikas paraugs.

Narkotiku apkarošanas rīcības plāna novērtējums noderēja, izstrādājot tā pēcteci – ES narkotiku apkarošanas rīcības plānu (2009.–2012. gadam), kuru Eiropas Komisija apstiprināja 2008. gada decembrī ⁽³⁾. Šis narkotiku apkarošanas rīcības plāns ir piektais kopš 1990. gada un otrais saskaņā ar pašreizējo ES stratēģiju (2005.–2012. gadam). Tā galvenais mērķis ir būtiski samazināt narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū

ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns (2009.–2012. gadam): jaunas iezīmes

Jaunajā ES narkotiku apkarošanas rīcības plānā papildu uzmanība ir pievērsta pilsoniskās sabiedrības dalībai narkotiku apkarošanas politikā. Tādēļ, veidojot “Eiropas rīcību attiecībā uz narkotikām”, rīcības plāna mērķis ir veicināt Eiropas pilsoniskās sabiedrības ieguldījumu un rīcību saistībā ar narkotiku problēmu. Tāpat dalībvalstis rīcības plānā tiek aicinātas iesaistīt pilsonisko sabiedrību visos atbilstīgajos narkotiku apkarošanas politikas līmeņos.

Īpaša uzmanība tiek pievērsta ieviešanās pasākumu kvalitātei profilakses, ārstniecības, kaitējuma mazināšanas un rehabilitācijas jomā, ieviešot pasākumus, kas aicina izveidot un apmainīties ar vadlīnijām, labās prakses piemēriem un kvalitātes standartiem un lai izstrādātu ES minimālos kvalitātes standartus jeb kritērijus. Arī cietumi saņem papildu uzmanību saskaņā ar pozīciju par narkotiku pieprasījuma samazinājumu, paredzot pasākumus, kuros dalībvalstis tiek aicinātas nodrošināt narkotiku lietotājiem, kas atrodas cietumā, tādus pašus pakalpojumus, kādi pieejami ārpus cietuma, īstenot pēcaprūpi pēc atbrīvošanas no cietuma un kopumā uzlabot narkotiku problēmu un narkotiku pakalpojumu uzraudzību šajā vidē.

Lielākās daļas ar piedāvājuma samazināšanu saistīto darbību mērķis ir uzlabot tiesībsaizsardzības iestāžu un tiesu sadarbību starp dalībvalstīm, bieži vien vairāk izmantojot ES iestādes, projektus un rīkus. Narkotiku prekursoru novirzīšanas un tirdzniecības samazināšana Eiropā ir septiņu dažādu pasākumu mērķis ar plašu operatīvo centru.

Starptautiskās sadarbības jomā vairāk tiek uzsvērtā alternatīvā attīstība, ar trim pasākumiem aicinot padarīt intensīvāku finanšu un politisko atbalstu šādām programmām. Ārējos nolīgumos un programmās uzmanība tiek pievērsta tam, kā labāk atspoguļot līdzsvarotu pieeju starp pieprasījuma un piedāvājuma samazināšanu.

Informācijas, pētījumu un novērtēšanas pozīcijā ar jaunu pasākumu tiek aicināts attīstīt galvenos rādītājus un stratēģijas datu vākšanai par noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām, nelegālo audzēšanu, narkotiku tirgu un piedāvājuma samazināšanas ieviešanās pasākumiem. Īpaša uzmanība tiek pievērsta arī pētījumu stiprināšanai narkotiku jomā un narkotiku apkarošanas politikas novērtējuma izstrādei valsts un ES līmenī.

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

⁽³⁾ OV C 326, 20.12.2008., 7. lpp.

un samazināt kaitējumu sabiedrībai un veselībai, ko rada nelegālo narkotiku lietošana un tirdzniecība.

Jaunajā ES rīcības plānā ir noteiktas piecas prioritātes, kas atspoguļo tā darbības jomas: koordinēšanas, sadarbības un sabiedrības informēšanas uzlabošana; narkotiku pieprasījuma samazināšana; narkotiku piedāvājuma samazināšana; starptautiskās sadarbības uzlabošana; un problēmas izpratnes uzlabošana. Jaunais plāns ir precīzāks nekā tā priekštecis, tajā ir aptuveni puse izvērztu mērķu (24) un mazāk darbību (72). Tajā ir arī mērķi un darbības, kuru nebija iepriekšējā rīcības plānā ⁽⁴⁾. 2012. gadā ārējs un neatkarīgs vērtētājs veiks pašreizējā narkotiku apkarošanas rīcības plāna un stratēģijas galīgo izvērtēšanu, pēc kuras būs pārdomu periods turpmāko ES narkotiku apkarošanas politikas dokumentu sagatavošanai.

Pilsoniskā sabiedrība un narkotiku apkarošanas politikas veidošana

Nevalstisko organizāciju (NVO) iesaistīšana ES un ANO jauno narkotiku apkarošanas politikas dokumentu sagatavošanas diskusijās ir būtisks solis pilsoniskās sabiedrības iesaistīšanai šajā politikas nozarē. 2008. gada maijā Eiropas Komisijas Pilsoniskās sabiedrības forumā par narkotiku problēmu pārrunāja ES narkotiku apkarošanas rīcības plāna (2005.–2008. gadam) novērtēšanas pirmos rezultātus un apsprieda nākamā rīcības plāna (Eiropas Komisija, 2008a) vajadzības un iespējamo saturu. Divdesmit sešas NVO, kas piedalījās forumā, ierosināja, ka ES narkotiku apkarošanas politikas centrā ir jābūt sabiedrības veselības un cilvēktiesību principiem un jo īpaši ir jāuzsver tas, ka nedrīkst notikt sabiedrības stigmatizācija un diskriminēšana. Tāpat tās aicināja pievērst lielāku uzmanību neaizsargātajām grupām, vairāku narkotiku vienlaicīgai lietošanai, garīgās veselības problēmām, situācijai cietumos un ar narkotikām saistītu nāves gadījumu novēršanai. Forums noteica tādas rīcības prioritātes kā uzlabota koordinācija starp valdību un pilsonisko sabiedrību, kvalitātes standartu izstrāde narkotiku pieprasījuma samazināšanai, uzlaboti datu vākšanas mehānismi un alternatīvās attīstības atbalsts trešajās valstīs.

NVO ieguldījumu 1998. gada UNGASS noteikto mērķu sasniegšanā pārskatīja Vīnes NVO Narkotisko vielu jautājumu komiteja ar Eiropas Komisijas un dažu ES dalībvalstu finanšu atbalstu. "Pēc 2008. gada" procesa pamatā bija deviņas konsultācijas reģionālā mērogā, kuras

2008. gada jūlijā noslēdzās ar Vīnē notikušo forumu. Forumā galīgajā deklarācijā un trijās pieņemtajās rezolūcijās tika izceltas NVO daudzās darbības un to pieaugošā nozīme narkotiku apkarošanas politikas jomā ⁽⁵⁾. NVO aicināja valdības un starptautiskas organizācijas regulāri ar tām konsultēties un sniegt tām lielāku atbalstu. Daudzo un dažādo aicinājumu starpā, kas izteikti dalībvalstīm un starptautiskām organizācijām, var noteikt dažas tēmas, tostarp: vispusīga un līdzsvarota narkotiku apkarošanas politika, kuras pamatā ir cilvēktiesības, sabiedrības veselība un zinātniski pierādījumi, lielākas uzraudzības un novērošanas spējas, labākās prakses un jo īpaši ANO efektīvas ārstēšanas vadošo principu izstrāde un izplatīšana, narkotisko vielu, tādu kā atsāpinošu līdzekļu, pieejamība un pienācīga nodrošināšana; alternatīvas sankcijas un rīcība par noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām, un cietumnieku, kuri ir atkarīgi no narkotikām vai atrodas ieslodzījumā ar narkotikām saistītu noziegumu dēļ, cilvēktiesību ievērošana.

Valstu narkotiku apkarošanas stratēģijas un rīcības plāni

Jaunās ievirzes

Narkotiku apkarošanas stratēģijas un rīcības plāni šobrīd Eiropā ir valstu narkotiku apkarošanas politikas būtiskākie instrumenti. Visas, izņemot vienu no 30 valstīm, kuras uzrauga EMCDDA, ir pieņēmušas šādus dokumentus, kurus periodiski atjaunina.

2008. gadā jaunus narkotiku apkarošanas politikas dokumentus ⁽⁶⁾ pieņēma Grieķija, Francija un Apvienotā Karaliste. Grieķija pieņēma rīcības plānu (2008.–2012. gadam), lai papildinātu jau esošo narkotiku apkarošanas stratēģiju. Viens no jaunā plāna mērķiem ir arī labāk nodrošināta ārstniecība no narkotiku atkarības. Francijas jaunais rīcības plāns (2008.–2011. gadam) attiecas uz nelegālajām narkotikām, alkoholu un tabaku. Plāna galvenā prioritāte ir atturēt jaunus cilvēkus no narkotiku lietošanas uzsākšanas, no jauna apstiprinot aizliegumu lietot narkotikas un informējot jauniešus un viņu vecākus par riska veidiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu. Apvienotās Karalistes pieņemtās jaunās narkotiku apkarošanas stratēģijas (2008.–2018. gadam) un tās rīcības plāna (2008.–2011. gadam) mērķis ir ierobežot nelegālo narkotiku piedāvājumu un samazināt

⁽⁴⁾ Skatīt "ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns (2009.–2012. gadam): jaunas iezīmes", 19. lpp.

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

⁽⁶⁾ Termins "valsts narkotiku apkarošanas politikas dokuments" apzīmē jebkuru oficiālu dokumentu, ko apstiprinājusi valdība un kurā ir definēti vispārīgi principi un īpaši ieviešanas pasākumi vai mērķi narkotiku jomā, un kas ir oficiāli nosaukts par stratēģiju, rīcības plānu, programmu vai citu politikas dokumentu narkotiku jomā.

pieprasījumu pēc tām, īpašu uzmanību pievēršot ģimeņu aizsardzībai un kopienu stiprināšanai.

Desmit citām ES dalībvalstīm valstu narkotiku apkarošanas politikas dokumentu termiņš beidzās 2008. gadā. Spānija jauno narkotiku apkarošanas stratēģiju pieņēma 2009. gada februārī, vēl astoņas valstis (Bulgārija, Īrija, Itālija, Kipra, Lietuva, Portugāle, Rumānija, Slovākija) 2009. gada pirmajā pusē bija jauno narkotiku apkarošanas stratēģiju un rīcības plānu pieņemšanas procesā; Latvija savu programmu 2005.–2008. gadam pagarināja ar viena gada rīcības plānu. Arī Nīderlande 2009. gadā plāno aizstāt savu 1995. gada Balto grāmatu par narkotiku apkarošanas politiku, un vēl vairākām valstīm šā gada laikā beigsies darbības termiņš vismaz vienam no politikas dokumentiem (Čehijas Republikai, Luksemburgai, Ungārijai, Slovēnijai, Horvātijai, Turcijai).

Novērtēšana

Aptuveni divas trešdaļas Eiropas valstu ziņo, ka tās gatavo pastāvīgus vai ikgadējus pārskatus par valsts narkotiku apkarošanas politikas dokumentos noteikto darbību īstenošanu. Lielākajā daļā gadījumu valdībai vai parlamentam tiek iesniegts progresa ziņojums, pamatojoties uz datiem, kas apkopotī no pakalpojumu sniedzējiem un ministrijām, kas iesaistītas narkotiku apkarošanas politikas īstenošanā. Lielākā daļa valstu jau ir sākušas īstenot ES narkotiku apkarošanas rīcības plāna (2009.–2012. gadam) 70. darbību, saskaņā ar kuru ES dalībvalstis ir aicinātas regulāri vai pastāvīgi izvērtēt un precīzi regulēt valsts narkotiku apkarošanas politiku.

Līdzīgu izvērtējumu var veikt arī attiecībā uz valstu narkotiku apkarošanas stratēģiju un rīcības plānu galīgo novērtējumu, kur vairāk nekā 20 valstis ziņo, ka tās šobrīd gatavojas veikt vai nesen ir veikušas šādu novērtējumu. Dažos gadījumos galīgais ziņojums ir ikgadējo īstenošanas pārskatu kopsavilkums; citos gadījumos ir vērojami centieni gūt dziļāku izpratni par īstenošanas procesu, efektivitāti vai politikas ietekmi. Divas valstis no tām, kuras īsteno dziļāku pieeju novērtējumam (Kipra, Luksemburga), ir nolēmušas strādāt kopā ar ārējiem novērtētājiem, kas piesaistīti no citām valstīm.

Narkotiku apkarošanas politikas novērtējumos ir vērojamas grūtības, cenšoties sasaistīt narkotiku apkarošanas stratēģiju vai rīcības plānu ieguldījumu ar narkotiku situācijas izmaiņām. Šo problēmu vidū ir grūtības izvērtēt lielu darbību kopumu ietekmi un pastāv ierobežota izpratne par galveno no konteksta izrietošo elementu ietekmi, piemēram, narkotiku tirgiem vai narkotiku lietošanas tendencēm un jaunu cilvēku dzīvesveidu. Tomēr dažām Eiropas valstīm ir izdevies izveidot saikni starp

narkotiku apkarošanas stratēģijām vai rīcības plāniem un narkotiku situācijas rādītājiem. Un turpmāk tam jābūt vēl vienkāršāk, jo ES narkotiku apkarošanas rīcības plānā (2009.–2012. gadam) tiks pausts aicinājums izstrādāt paņēmienus, kas palīdzēs novērtēt narkotiku apkarošanas politikas efektivitāti un ietekmi. Turklāt EMCDDA izstrādā vadlīnijas, lai palīdzētu dalībvalstīm izvērtēt un interpretēt to narkotiku apkarošanas politikas dokumentu rezultātus.

Valsts izdevumi

Politikas veidotājiem ir jābūt detalizētai, uzticamai informācijai par valsts izdevumiem, kas saistīti ar narkotikām, lai varētu izvērtēt reālo resursu piešķirumu šajā nozarē, kā arī narkotiku apkarošanas politikas izdevumu un ieguvumu attiecību. Tādēļ to resursu novērtēšana no ekonomiskā viedokļa, ko valsts ir izmantojusi, atbildot uz nelegālo narkotiku lietošanu, ir būtisks solis uz plašākas narkotiku lietošanas ietekmes izpratni.

Valsts izdevumu aplēšu pamatā ir valsts budžets un grāmatvedības dokumenti. Tomēr ir grūti aprēķināt kopējos izdevumus, kas radušies, īstenojot valsts narkotiku apkarošanas politiku, jo tad ir jāapkopo skaitļi par darbībām, kas īstenotas dažādos valdības līmeņos (piemēram, vietējā, reģionālā, valsts līmenī), kas finansētas no dažādām budžeta pozīcijām un bieži vien nemaz nav īpaši apzīmētas kā saistītas ar narkotikām.

2005. gadā kopējie valsts izdevumi, kas saistīti ar narkotikām, ir aprēķināti EUR 34 miljardu apmērā (EMCDDA, 2008a). Šīs aplēses nav iespējams atjaunināt, jo par tām netiek pietiekami ziņots. Par grūtībām informācijas vākšanā šajā jomā liecina tas, ka no 23 valstīm, kas iesniedza datus par 2007. gadu, tikai Čehijas Republika varēja iesniegt izdevumu sadalījumu visos valdības līmeņos. Lielākā daļa valstu varēja nodrošināt informāciju par centrālās valdības izdevumiem, un septiņas ziņoja arī par izdevumiem reģionālās vai vietējās pašvaldībās (Beļģija, Dānija, Igaunija, Austrija, Somija, Horvātijā) vai no sociālās apdrošināšanas fondiem (Vācija).

Apzīmētie un neapzīmētie izdevumi

Apzīmētie izdevumi ir plānotie ar narkotikām saistītie valsts izdevumi, kas radušies valsts vispārējai valdībai. Tie atspoguļo valsts labprātīgo ieguldījumu narkotiku apkarošanas jomā un tiem var izsekot detalizētā valsts budžeta pārskatā. No 23 valstīm, kuras sniedza datus par 2007. gadu, 16 ziņoja tikai par apzīmētiem izdevumiem. Daudzos gadījumos (piemēram, Igaunijā, Francijā, Polijā, Rumānijā) lielākā daļa noteikto apzīmēto izdevumu bija

radušies saistībā ar valsts narkotiku apkarošanas politikas dokumentu īstenošanu.

Ne visi izdevumi, kas ir saistīti ar narkotikām, valsts budžetā ir apzīmēti kā tādi. Lielākajā daļā valstu summas, kas ieguldītas ar narkotikām saistītajās darbībās, ir piesaistītas citām programmām un iekļautas pasākumiem (piemēram, vispārējās politikas operatīvajam budžetam, vai iekļautas pasākumiem, kas saistīti gan ar legālām, gan nelegālām vielām). Šādos gadījumos ar izmaksu modelēšanas pieeju ir jāaprēķina "neapzīmētie izdevumi". Iepriekšējo pētījumu rezultāti atklāj, ka lielākajā daļā gadījumu neapzīmētie izdevumi veido lielāko daļu valsts izdevumu saistībā ar narkotiku problēmu.

Ar narkotikām saistītos valsts izdevumus var sadalīt kategorijās atkarībā no valdības funkciju klasifikācijas (COFOG) sistēmas (EMCDDA, 2008e). Trīs valstis iesniedza apzīmētos izdevumus, kas klasificēti COFOG pirmajā līmenī (Luksemburga, Somija, Apvienotā Karaliste – tikai Anglijai), kur tikai Apvienotā Karaliste iekļāva skaitļus par "vispārīgiem sabiedriskajiem pakalpojumiem", "izglītību" un "sociālo aizsardzību" ⁽⁷⁾. Šajās trijās valstīs "veselība" ir saņēmusi vislielāko daļu finansējuma, kam seko "sabiedriskā kārtība un drošība" (1. tabula). Gluži pretēji tajās valstīs, kas sniedza COFOG datus par neapzīmētajiem izdevumiem, lielākā daļa bija piešķirta "sabiedriskajai kārtībai un drošībai", kam seko "veselība". Tas ir saskaņā ar iepriekšējos ziņojumos iegūtajiem datiem (skatīt EMCDDA, 2008e), kas atklāj, ka tad, ja lielāko daļu apzīmēto izdevumu var piešķirt "veselības" iekļaušanās pasākumiem, "sabiedriskās kārtības un drošības" pasākumi iegūst lauvu tiesu ar narkotikām saistīto valsts izdevumu.

Tendences

Lielākajai daļai valstu, par kurām ir pieejama pastāvīga informācija, apzīmētie izdevumi pie nemainīgām cenām 2007. gadā palielinājās, salīdzinot ar 2005. gadu. Pieaugums ir atšķirīgs no 14 %–23 % (Čehijas Republikā, Īrijā, Lietuvā, Luksemburgā, Horvātijā) līdz 72 % (Kiprā, Somijā). Apvienotajā Karalistē apzīmētie izdevumi šajā periodā palika nemainīgi.

Valsts tiesību akti

Eiropas Savienības līdzsvarotā pieeja narkotiku apkarošanas politikai padara vienlīdzīgu narkotiku pieprasījuma samazināšanu un to piedāvājuma samazināšanu. Pēdējos desmit gados izdoto valstu tiesību aktu pārbaude atklāj, ka ES dalībvalstis ir aktīvi izdevušas likumus saskaņā ar šīm politiskajām saistībām. Valstis ir veidojušas normatīvo regulējumu dažām kaitējuma samazināšanas darbībām, tajā pašā laikā palielinot sodus par narkotiku tirdzniecību. Šā perioda pusē papildu impulsu šiem procesiem sniedza divi ES instrumenti. Eiropas Padome 2003. gadā izdeva ieteikumus par narkotiku radītā kaitējuma novēršanu un samazināšanu, kas aicināja īstenot tādas darbības kā atbilstīgas aizvietoģterapijas nodrošināšanu un pieeju injekcijas materiālu izplatīšanai un apmaiņai ⁽⁸⁾. Un Padomes 2004. gada 25. oktobra pamatlēmums 2004/757/TI nosaka stingrākus sodus par nelegālo narkotiku tirdzniecību. Šajā nodaļā ir aprakstītas pēdējo desmit gadu tendences regulējumā, kas attiecas uz kaitējuma samazināšanas darbībām un sodiem narkotiku tirgoņiem. Tajā ir atklāts, ka darbības šajā nozarē valstu līmenī ir atspoguļotas ES līmeņa nolīgumos, tomēr dažas valstis ir

1. tabula. To ES dalībvalstu apzīmētie un neapzīmētie valsts izdevumi 2007. gadā, kuras ziņo saskaņā ar COFOG (valdības funkciju klasifikāciju).

COFOG kategorija	Luksemburga miljoni EUR (%)		Somija ⁽¹⁾ miljoni EUR (%)		Apvienotā Karaliste miljoni EUR (%)
	Apzīmētie	Neapzīmētie ⁽²⁾	Apzīmētie	Neapzīmētie	Apzīmētie
Vispārīgie sabiedriskie pakalpojumi	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Sabiedriskā kārtība un drošība	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Veselība	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Izglītība	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sociālā aizsardzība	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Dati par 2006. gadu.

⁽²⁾ Pilnīgu informāciju par modelēšanas procedūrām, kas izmantotas, lai iegūtu neapzīmēto izdevumu aplēses, ir sniegusi Luksemburga.

Avoti: Reitox tīkla valstu pārskati (2008).

⁽⁷⁾ COFOG klasifikācijā ir trīs hierarhiski līmeņi. Pirmajā līmenī valdības izdevumi ir sadalīti desmit funkcijās.

⁽⁸⁾ 2003. gada 18. jūnija Padomes ieteikumi (OV L 165, 3.7.2003., 31. lpp.)

īstenojušas tiesības ieviest vairāk nekā tikai minimālos standartus, ko nosaka šie nolīgumi.

Opioīdu aizvietoģterapija

Kopš 1998. gada 18 valstis ir ziņojušas par aptuveni 45 juridiskiem tekstiem, kas attiecas uz aizvītotājterapijas programmu tiesiskā regulējuma pieņemšanu vai grozīšanu. Daži no šiem tekstiem ir vēliti detalizētai programmu izveidei vai regulēšanai: Īrijā (1998. gadā), Polijā (1999. gadā), Vācijā (2000. gadā), Čehijas Republikā un Portugālē (2001. gadā), Grieķijā un Luksemburgā (2002. gadā), Beļģijā un Francijā (2004. gadā), Latvijā (2005. gadā) un Austrijā un Lietuvā (2007. gadā).

Lai gan Eiropas valstīs pieņemtajos likumos un noteikumos ir aptvērušas daudz dažādu opioīdu aizvietotājterapijas aspektu, līdz 2004. gadam tām bija vērojama tendence noteikt atļautās vielas. Šajā periodā aptuveni ceturtdaļa tekstu atļāva vai regulēja tādu vielu izmantošanu kā metadons un buprenorfīns. Turpretim kopš 2002. gada trešā daļa tekstu definēja vai atviegloja pieeju programmām. Reizēm ārstniecības centru ārstiem likums ierobežo iespēju izrakstīt vielas opioīdu aizvietotājterapijai, kamēr citi ārsti tās var izrakstīt (?). Tāpat tiesību aktos bieži vien ir noteiktas apstiprinātas izsniegšanas vietas, lielākoties aptiekas vai ārstniecības centri, lai gan dažās valstīs arī ārstiem ir atļauts izsniegt adatas un šļirces.

Adatu un šļirču apmaiņas programmas

Adatu un šļirču apmaiņas programmas var darboties vietējā, reģionālā vai valsts līmenī, reizēm ar īpašu valsts tiesību regulējumu, kas tās atļauj, reizēm bez tā. Likumi, kas Eiropā pieņemti pēdējo desmit gadu sākuma posmā, lielākoties bija paredzēti, lai nodrošinātu šiem ieviešanas pasākumiem tiesisko pamatojumu (Slovēnijā 1999. gadā, Polijā 2001. gadā, Somijā 2003. gadā), vai arī, lai noteiktu vai atvieglotu pieejas tiesības adatu un šļirču apmaiņas programmām (Beļģijā un Francijā 1998. gadā, Somijā 2003. gadā). Tiesību aktu interešu loks ātri nomainījās uz šo programmu regulēšanu, kad Beļģija, Portugāle un Luksemburga, attiecīgi 2000., 2001. un 2003. gadā, pārgāja uz īpašiem, detalizētiem likumiem un dekrētiem, regulējot, kas var īstenot šādas shēmas, un to, vai apmaiņas aparāti ir atļauti vai nav. Portugālē 2007. gadā tiesiskais regulējums tika paplašināts, lai iekļautu tajā adatu un šļirču apmaiņas programmas ieslodzījuma vietās.

Dažas valstis ir pieņēmušas tiesību aktus, lai novērstu bažas par to, ka adatu un šīrču apmaiņas programmas varētu būt pretrunā noteikumiem, kuru mērķis ir narkotiku lietošanas "veicināšanu" vai "kūdišanu" atzīt par

kriminālnozieģumu. Beļģijā un Vācijā šī problēma ir atrisināta, iekļaujot likumā atrunu, kas noteiktas programmas īpaši atbrīvo no šādas apsūdzības, lai gan šādos gadījumos ir iespējams noteikt ierobežotu skaitu izsniegto šļirču. Dažās valstīs policijai ir izdotas vadlīnijas par piemērotu tiesībaizsardzības praksi adatu un šļirču izsniegšanas punktu tuvumā. Kopumā visā Eiropas Savienībā reti tiek ziņots par sterilu šļirču vai adatu konfiscēšanu.

Sodi par narkotiku tirdzniecību

Pēdējo desmit gadu laikā ES dalībvalstis gan individuāli, gan visas kopā ir norādījušas, ka par narkotiku tirdzniecību būtu jāsaņem bargāks sods, lai gan gandrīz 30 valstu tiesību aktos šie pārkāpumi ir definēti atšķirīgi. "Tirdzniecība" var ietvert gan ražošanu un audzēšanu, importu un eksportu, transportēšanu, piedāvāšanu, pārdošanu un/vai glabāšanu ar mērķi izplatīt vai piegādāt, vai ar mērķi "nopelnīt" vai "gūt komerciālu labumu".

Laikā no 1999. līdz 2004. gadam sešas valstis ir pieņēmušas likumus, ar kuriem palielina soda mērus par noteiktiem ar narkotiku tirdzniecību saistītiem pārkāpumiem. Īrija 1999. gadā noteica jaunu kriminālpārkāpumu par liela narkotiku daudzuma (kura vērtība pārsniedz EUR 12 700) glabāšanu, ar mērķi to pārdot, par ko minimālais sods ir desmit gadi cietumā. Apvienotajā Karalistē 2000. gadā par atkārtotu notiesāšanu trešo reizi par A klases narkotiku tirdzniecību ieviesa minimālo sodu – brīvības atņemšanu uz septiņiem gadiem, bet Grieķija 2001. gadā tiesību aktos noteica bargāku sodu narkotiku tirgoņiem, ierobežojot viņu tiesības uz nosacītu atbrīvošanu. Igaunijas Krimināllikuma grozījumi 2002. un 2004. gadā palielināja maksimālo sodu neliela narkotiku daudzuma tirgoņiem no trīs uz pieciem gadiem, un liela narkotiku daudzuma tirgoņiem no pieciem uz desmit gadiem. Dānijā sods par tirdzniecību tika palielināts

Eiropas oficiālā narkotiku datu bāze

Eiropas oficiālā narkotiku datu bāze (*ELDD*) ir *EMCDDA* tiešsaistes datubāze, kurā ir iekļauta tāda informācija par Eiropas tiesību aktiem dalībvalstīm un Norvēģijai, kas saistīti ar narkotikām. *ELDD* nodrošina juridiskos tekstus to oriģinālajā formātā, katras valsts narkotiku likumu raksturojumu un detalizētus ziņojumus par īpašām tēmām. Tēmu pārskatos tajā ir sniegti arī kopsavilkumi par juridisko pozīciju īpašos jautājumos, tostarp par nelegālo narkotiku tirdzniecību, aizvietotājterapiju un adatu un šļirču programmām ⁽¹⁾.

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

(⁹) Skatīt 11. attēlu, 78. lpp.

no sešiem uz desmit gadiem, un par liela daudzuma vai īpaši bīstamu vielu tirdzniecību no desmit uz 16 gadiem. Tāpat 2004. gadā Lietuva palielināja sodu par pārkāpumiem, kas saistīti ar tirdzniecību, no maksimālajiem diviem gadiem uz diviem līdz astoņiem gadiem, un par lielu daudzumu no diviem līdz astoņiem gadiem uz astoņiem līdz desmit gadiem.

2004. gada oktobrī ar Padomes Pamatlēmumu Nr. 2004/757/TI noteica minimālos noteikumus par noziedzīgām darbībām un sodiem par narkotisko vielu tirdzniecību. Kopš tā laika vēl četras valstis ir izdevušas likumus, lai saskaņotu pamata sodus par narkotiku tirdzniecību ar šo lēmumu. 2006. gadā Nīderlande paaugstināja maksimālo sodu par liela daudzuma narkotisko vielu tirdzniecību no četriem uz sešiem gadiem, savukārt Polija palielināja sodus par liela narkotisko vielu daudzuma glabāšanu un pārdošanu nepilngadīgām personām no maksimālajiem pieciem gadiem uz maksimāliem astoņiem gadiem, nosakot arī sešu mēnešu minimālo periodu. Slovākijā pamata sods par tirdzniecību tika palielināts no diviem līdz astoņiem gadiem uz četriem līdz desmit gadiem, maksimālo sodu par liela daudzuma tirdzniecību palielinot uz desmit līdz piecpadsmit vai pat divdesmit gadiem. Visbeidzot, Austrijā maksimālais sods par narkotisko vielu nodošanu citiem vai narkotisku augu audzēšanu 2007. gadā tika palielināts līdz brīvības atņemšanai uz 12 mēnešiem. Sodi par nopietnākiem pārkāpumiem nav mainījušies, lai gan liela daudzuma definīcija tika samazināta no 25 līdz 15 reizēm vairāk par noteikto daudzumu.

Ar narkotikām saistītie pētījumi

Par pētījumiem, kas saistīti ar narkotiku problēmām, kuri veikti Eiropas valstīs, ir ziņots īpašajā izdevumā, kuru EMCDDA publicēja 2008. gadā ⁽¹⁰⁾. Šogad tiek analizētas atsauces uz valstu pētījumiem pēdējos Reitox ziņojumos, lai sniegtu ieskatu pētījumos, kas nesen ir veikti Eiropas valstīs. Tāpat šajā nodaļā ir ziņots par Eiropas Komisijas šogad uzsāktā pētījuma, kas saistīts ar narkotikām, analīzi.

Pētījumu projekti dalībvalstīs

Eiropas valstis atsaucās uz vairāk nekā 350 pētījumu projektiem, kas 2007. un 2008. gadā uzsākti vai publicēti jaunākajos Reitox tīkla valstu ziņojumos. Apvienotā Karaliste atsaucās uz lielāko skaitu pētījumu projektu – vairāk nekā 80, kam sekoja Vācija un Nīderlande, katrai vairāk nekā 30, un Čehijas Republika, Īrija un Somija ar vairāk nekā 20.

Pētījumi par reakciju uz narkotiku situāciju veidoja vairāk nekā trešdaļu jaunāko pētījumu, savukārt viena trešdaļa bija vērsta uz narkotiku lietošanas izplatību un sastopamību, bet viena piektā daļa – uz narkotiku lietošanas sekām. To tematu vidū, kuri piesaistīja ievērojami mazāku pētnieku uzmanību, bija: noteicošie faktori, riska veidi un aizsargfaktori, mehānismi un narkotiku ietekme, piedāvājums un tirgi un metodikas jautājumi.

Šīs analīzes rezultāti, lai gan to loks ir ierobežots, sniedz atbalstu jauno ES rīcības plānu aicinājumiem paplašināt pētījumus mazāk aplūkotajās prioritāšu jomās, jo īpaši par narkotiku piedāvājumu.

Eiropas Savienības narkotiku pētījumu analīze

Narkotiku piedāvājums arī ir to jomu vidū, kas uzskatāmas par nepietiekami pārstāvētām esošajos pētījumos, ko veic Eiropas Komisija, kurai ir tiesības veikt “Nelegālo narkotiku pētījumu salīdzinošo analīzi”. Ziņojumā ir norādīts, ka novēšana, tiesību regulējums un aizliegums arī ir jomas, kas ir neproporcionāli nepietiekami pārstāvētas, savukārt pētījumi par epidemioloģiskām tēmām ir izplatītāki ⁽¹¹⁾. Pētījumos atklājās, ka, lai gan dalībvalstīs pastāv salīdzinošās pārbaudes, tomēr būtu jāievieš uzlabota datu salīdzināmība starp valstīm un labāka pētījumu redzamība.

Atklājās, ka dalība Eiropas pētniecības aktivitātēs dažādās valstīs ir atšķirīga, jo liela daļa starptautiskās sadarbības notiek neoficiālā līmenī. Tomēr pētījumā tika uzsvērts, ka ar narkotikām saistītos pētījumus var veicināt Eiropas un starptautiskie pētnieku tīkli. Pētniecības spēja, vispārējā kvalitāte un finansējuma pieejamība ES ir ļoti atšķirīga, un ir ievērojami jāpalielina šī spēja un finansējums, lai varētu aptvert vairākas politikas jomas, kas saistītas ar ES narkotiku apkarošanas rīcības plānu.

⁽¹⁰⁾ Papildu informācija par ES un valstu pētījumiem, kas saistīti ar narkotikām, ir pieejama <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

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



2. nodaļa

Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā

Ievads

Šajā nodaļā ir sniegts pārskats par narkotiku problēmas risinājumiem Eiropā, iespēju robežās iezīmējot tendences, ievirzes un kvalitātes jautājumus. Vispirms ir aplūkoti profilakses pasākumi, tiem seko iejaukšanās pasākumi ārstniecības jomā, kaitējuma mazināšana un sociālā reintegrācija. Kopā visi šie pasākumi veido visaptverošu pieprasījuma samazināšanas sistēmu. Tos var uzskatīt par savstarpēji papildinošiem un reizēm tos sniedz kādā kombinācijā un vienā vietā. Aizvien biežāk tas ir vērojams, piemēram, attiecībā uz ārstniecības un kaitējuma samazināšanas pasākumiem.

Arī risinājumi, kas radušies narkotiku tiesību aktu ieviešanas ietvaros, ir aplūkoti jaunā nodaļā, kurā ir sniegta jaunākā informācija par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem. Šīs nodaļas beigās ir arī pieejamo datu pārskats par cietumā esošo narkotiku lietotāju vajadzībām un šajā konkrētajā vidē izmantotajiem risinājumiem.

Profilakse

Narkotiku profilaksi var iedalīt dažādos līmeņos vai stratēģijās, sākot no sabiedrības kā vienas lielas mērķa grupas (vides profilakse) un beidzot ar koncentrēšanos uz apdraudētām personām (indicētā profilakse). Ideālā gadījumā abas stratēģijas nekonkurē, bet gan papildina viena otru. Turpmākais pārskats ir vērsts uz jaunākajiem attīstības rādītājiem un uz rezultātiem, par kuriem tiek ziņots pēc kontrolētiem izmēģinājumiem profilakses jomā.

Vispārējā profilakse

Vispārējā profilakse attiecas uz visiem iedzīvotājiem. Tās mērķis ir novērst vai kavēt narkotiku lietošanas uzsākšanu un ar narkotikām saistītās problēmas, sniedzot jauniešiem informāciju un zināšanas, kas tiem nepieciešamas, lai tie nesāktu lietot narkotikas. Šobrīd pirmo reizi Eiropā veikto profilakses pasākumus sistemātiski uzrauga lielākajā daļā dalībvalstu. Visjaunākie ziņojumi apstiprina, ka iejaukšanās pasākumi, kuru mērķis ir informācijas sniegšana par narkotikām, piemēram, vienreizējas

lekcijas, ir galvenā vispārējās profilakses pieeja skolās un sabiedrībā visās šajās valstīs. Tomēr pieejamie pierādījumi neapstiprina šā iejaukšanās pasākumu tipa efektivitāti. Savukārt citas valstis šobrīd ziņo par iejaukšanās pasākumiem ar labāku zinātnisko pamatojumu, piemēram, profilakses programmām, kas seko standarta protokolam (Čehijas Republika, Kipra, Austrija, Polija, Slovēnija, Slovākija).

Ierobežotu skaitu profilakses programmu ar pārbaudītu efektivitāti Eiropā īsteno *EU-Dap* pētījums (www.eudap.net). Iesaistot 7000 audzēkņu vecumā no 12 līdz 14 gadiem septiņās Eiropas valstīs, pētījums vērtē programmu, kuras pamatā ir vispusīga sociālās ietekmes pieeja, kas apvieno dzīves prasmju mācību ar normatīvu izglītību un zināšanu iegūšanu par vielām. Pēc diviem gadiem atklājās, ka programma ir efektīvi samazinājusi biežu atrašanos reibumā un biežu kaņepju lietošanu.

EU-Dap pētījumu ietekmē arī dzimums, un ir atzīts, ka programmas efektivitāte attiecas vienīgi uz zēniem. Nav skaidrs, vai tas ir tādēļ, ka meitenes ir mazāk pakļautas riskam, vai tādēļ, ka tās nereaģē uz programmu. Tāpat efektivitāte atkarībā no dzimuma ir vērojama arī Dānijas dzīves prasmju programmas kontrolētajā izmēģinājumā. Attiecībā uz meitenēm lielākais efekts bija saistīts ar huligānismu, iepriekšējās nedēļas un iepriekšējā mēneša alkohola patēriņu, savukārt zēnu vidū lielākais efekts bija saistīts ar vairāk nekā piecu dzērienu izdzeršanu vienā pasākumā un kaņepju lietošanu.

Kontrolētā izmēģinājumā Prāgā tika salīdzināta uz sabiedrību balstīta programma, kurā bija iekļauts izglītības komponents, izglītošanas pasākumi vienaudžu vadībā, dzīves iemaņu mācības un programmas vecākiem, ar standarta "minimālo profilakses programmu" skolās (Miovský un citi, 2007). Uz sabiedrību balstītā programma bija efektīvāka alkohola lietošanas samazināšanai un tā ietekmēja attieksmi pret vielu lietošanu 13 līdz 15 gadus jaunu skolēnu vidū, jo īpaši dažās neaizsargātās bērnu grupās, tostarp arī bērniem, kurus audzina viens no vecākiem. Tādēļ tika ierosināts programmu izmantot selektīvai profilaksei.

Selektīvā un indicētā profilakse

Gan selektīvajā, gan indicētajā profilaksē ir atzīts, ka narkotiku lietošanas problēma ir sastopama galvenokārt neaizsargātajās grupās vai starp personām, kurām ir ierobežotas sociālās vai personīgās iespējas (EMCDDA, 2008c). Selektīvā profilakse ir paredzēta īpašām grupām, ģimenēm vai pat veselām kopienām, kuru dalībniekiem vājās saiknes ar sabiedrību un iztikas līdzekļu trūkuma dēļ ir lielāka iespēja sākt lietot narkotikas vai kļūt atkarīgiem no tām. Šīs pieejas pierādījumu pamats ir atrodams EMCDDA labākās prakses portāla jaunajā sadaļā ⁽¹²⁾. Indicētās profilakses mērķis ir noteikt personas ar uzvedības vai psiholoģiskām problēmām, kas varētu liecināt, ka šīs personas vēlāk varētu saskarties ar psihoaktīvo vielu lietošanas problēmu, un veikt tām īpaši paredzētus individuālus iejaukšanās pasākumus.

Beļģija un Luksemburga ziņoja par jaunu selektīvo profilaksi, kuras mērķis ir etniskās grupas. Gados jauniem likumpārkāpējiem pēc saskares ar krimināltiesību sistēmu sistemātisks iejaukšanās pasākumu protokols pastāv vienīgi Austrijā, Vācijā, Katalonijā (Spānijā) un Luksemburgā, savukārt pārējās valstīs ziņo par vispārējiem vai punktuāliem iejaukšanās pasākumiem. Kopš 2008. gada ar ES atbalstu desmit dalībvalstīs attiecībā uz gados jauniem likumpārkāpējiem tiek īstenots sistemātisks iejaukšanās pasākumu protokols FRED ⁽¹³⁾. Jauns FRED novērtējums 140 Vācijas iestādēs atklāja ļoti nelielu atkārtotu pārkāpumu un narkotiku lietošanas līmeni.

Par jauniem indicētās profilakses projektiem ziņo vienīgi Vācija, Nīderlande, Slovākija un Zviedrija, un tie Eiropā joprojām ir ļoti reti, neņemot vērā informāciju par to efektivitāti (EMCDDA, 2009b). Šobrīd indicētās profilakses projektu piemērs Eiropā ir Vecāku vadības mācība – Oregonas paraugs, ko īsteno Nīderlandē un Norvēģijā vecākiem, kuriem ir 4–12 gadus veci bērni ar uzvedības traucējumiem. Līdzīga ir arī metode *Komet för föräldrar*, kuru izmanto gandrīz 30 % Zviedrijas pašvaldību, un tās mērķis ir tādu bērnu vecāki, kuriem ir acīmredzamas uzvedības problēmas, ko papildina grūtības veidot pozitīvas attiecības ar vienaudžiem. Nejauši kontrolēti izmēģinājumi, kuros iesaistītas 159 ģimenes, atklāja, ka vecāki, kuri iesaistīti šajā programmā, labāk izprot vecāku lomu un ka tas ir samazinājis viņu bērnu uzvedības problēmas.

Īpašas ar vielām saistītas kampaņas plašsaziņas līdzekļos

Eiropā ir izstrādātas īpašas ar vielām saistītas kampaņas plašsaziņas līdzekļos saistībā ar kanēpju lietošanu (Dānijā, Īrijā, Francijā, Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē) un vēl nesenāk – saistībā ar kokaīna lietošanu (Īrijā, Spānijā, Apvienotajā Karalistē).

Gandrīz visas šīs kampaņas brīdina par briesmām, kas draud, lietojot narkotikas, un dažas no tām izmanto šoka taktiku. Tikai divām kampaņām ir citāda pieeja. Apvienotās Karalistes – Kolumbijas kampaņa *Shared responsibility* informē par lietotāju atbildību par kaitējumu videi un sabiedrībai, kas saistīts ar kokaīna ražošanu. Nīderlandiešu kanēpju kampaņas mērķis 2006. gadā bija normatīvie uzskati, vēstot stāstus no jaunu cilvēku reālās dzīves kā pozitīvus paraugus, nevis brīdinot vai atspoguļojot lietošanu. To izvērtēšanā atklājās, ka tika pastiprinātas sabiedrības negatīvās normas pret kanēpju smēķēšanu un ka nebija nekādas negatīvas ietekmes uz nodomu lietot vai uz normatīvajiem uzskatiem (Wammes un citi, 2007).

Plašsaziņas līdzekļu kampaņas, kas norāda uz to, cik bīstami ir lietot narkotikas, tikai retumis maina uzvedību, attieksmi vai nodomu lietot narkotikas. Turklāt ir izteiktas bažas par to vājo efektivitāti un iespējamo kaitējumu. Piemēram, ASV valsts kanēpju kampaņas rezultātu izvērtēšana neatklāja nekādu ietekmi. Turklāt ir pierādījumi, ka kampaņai ir bijis negaidīts efekts par labu kanēpēm, un personas, kurām pirms tam nebija nekādas intereses par narkotikām, ziņoja par vēlmi tās lietot (Hornik un citi, 2008). Par līdzīgām problēmām liecina arī skotu kokaīna kampaņas *Know the score* (EMCDDA, 2007a) izvērtējums.

Jauniem cilvēkiem lēmumu pieņemšana ir sarežģīts process, kuru ļoti ietekmē vienaudžu grupu mijiedarbība un sabiedrības normu uztvere. Līdz šim plašsaziņas līdzekļu komunikācija nav efektīvi reaģējusi uz šo sarežģītību.

Atkarības ārstniecība

2007. gadā tiek ziņots par aptuveni 400 000 narkotiku lietotāju, kas uzsākuši ārstēšanos ⁽¹⁴⁾. Mazāk nekā puse pacientu, kas uzsāka ārstēšanos, to darīja pirmo reizi. Kopumā lielākā daļa ārstēšanās pieprasījumu (86 %) ir veikti ambulatoros ārstniecības centros. Šī proporcija pēdējos gados dažādu iemeslu dēļ ir augusi, tostarp aizvien lielākas specializētas ambulatorās ārstēšanas pieejamības un dažādības dēļ.

Eiropā ar narkotikām saistītu problēmu ārstēšanai visplašāk izmantotie līdzekļi ir psihosociāli iejaukšanās pasākumi, opioīdu aizvietojošā terapija un detoksikācija. Psihosociāli iejaukšanās pasākumi piedāvā lietotājiem atbalstu, ja tie cenšas uzveikt un pārvarēt problēmas, kas saistītas ar

⁽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⁾ Ārstēšanās pieprasījuma indikators saņēma datus no 23 valstīm par ambulatoriem centriem, kas aptver vairāk nekā 70 % vienību lielākajā daļā valstu, un no 20 valstīm par stacionāriem ārstniecības centriem, kas aptver vairāk nekā 50 % vienību lielākajā daļā valstu.

narkotikām. Šie pasākumi ietver padomu sniegšanu, motivējošu mudināšanu, kognitīvo uzvedības terapiju, gadījuma pārvaldību, grupu un ģimenes terapiju un recidīva novēršanu. Psihosociālie iejaukšanās pasākumi veido pamatu kopienas ambulatorai un stacionārai ārstniecībai, kā arī parasti papildina opioīdu aizvietojošo terapiju. Narkotiku detoksikācija ir īslaicīga, medicīniski uzraudzīta iejaukšanās, kuras mērķis ir novērst atradināšanās simptomus, kas ir saistīti ar hronisku narkotiku lietošanu. To parasti nodrošina stacionārās ārstniecības iestādēs. Dažādo ārstēšanās veidu relatīvo lielumu katrā valstī ietekmē dažādi apstākļi, tostarp valsts veselības aprūpes sistēmas organizācija.

Ambulatorā ārstniecība

Agrāk ārstēšanu no narkotikām lielākoties veica stacionārā, un lielākā daļa pacientu bija heroīna lietotāji. Situācija mainījās 20. gs. astoņdesmitajos un deviņdesmitajos gados, kad ātri izplatījās ambulatorā ārstniecība, un vēl nesenāk aizvien biežāk palīdzību meklēja kaņepju un kokaīna lietotāji. Turklāt aizvien ierastākas kļuva problēmas ar nelegālajām narkotikām vai receptu zālēm.

2007. gadā galvenās narkotikas, par kurām ziņoja lietotāji, kas uzsāka ārstniecību ambulatorās iestādēs, joprojām bija opioīdi, galvenokārt heroīns, kuru kā primāro narkotiku minēja 54 % pacientu, kam seko kaņepes (21 %) un kokaīns (18 %). Dažas valstis ziņoja par lielāku proporciju tādu pacientu, kuri uzsāk ārstēšanos no narkotikām, kas nav opioīdi, jo īpaši jaunie pacienti (skatīt 3. un 5. nodaļu).

Narkotiku lietotāji, kas uzsāk ārstēšanos ambulatorās iestādēs, lielākoties ir jauni cilvēki, vidēji 31 gadu veci, turklāt vīriešu ir gandrīz četras reizes vairāk nekā sievietes (3,7:1). Pacientu vecuma un dzimuma profils mainās atkarībā no primāro narkotiku veida. Kaņepju lietotāji parasti ir daudz jaunāki (25) nekā opioīdu (32) un kokaīna (33) lietotāji. Neatkarīgi no primāro narkotiku veida to pacientu vidējais vecums, kas ārstēšanos uzsāk pirmo reizi, ir aptuveni divus gadus mazāks nekā visiem pacientiem. Lielāka par vidējo vīriešu un sieviešu attiecība ir kokaīna (5,1:1) un kaņepju (5,5:1) lietotāju vidū ⁽¹⁵⁾.

Lielākā daļa pacientu, kas uzsāk ārstēšanos ambulatorā iestādē, to ir uzsākuši pēc pašu iniciatīvas; tie ir aptuveni trešā daļa pacientu; aptuveni ceturto daļu uz ārstēšanos nosūta kriminālās tiesvedības sistēma; pārējie tiek nosūtīti ar sociālo vai veselības aizsardzības dienestu vai neoficiālu tiklu starpniecību, tostarp pēc ģimeņu un draugu

mudinājuma. Nosūtījumi uz ārstēšanos no slimnīcām un citiem medicīnas avotiem ir reti, izņemot Somiju, kur šādu pacientu ir 25 %. Arī Ungārija ir izņēmums ar vairāk nekā 70 % pacientu, kurus ārstēties nosūta kriminālās tiesvedības sistēma ⁽¹⁶⁾. Tas ir tādēļ, ka Ungārijas kriminālā likumā ir paredzēts, ka "par narkotiku glabāšanu nelielos daudzumos nav piemērojams sods, ja narkomāns ir uzsācis ārstēšanos no narkotiku atkarības".

Ambulatoro psihosociālo ārstniecību lielākoties nodrošina valsts iestādes (16 valstīs) vai nevalstiskas organizācijas (desmit valstīs). Saskaņā ar valstu ekspertu viedokli šāds ārstniecības veids desmit valstīs ir pieejams lielākajai daļai cilvēku, kas to vēlas, un gandrīz visiem pārējās 13 valstīs. Tomēr četrās valstīs (Bulgārijā, Igaunijā, Rumānijā, Turcijā) ambulatorā psihosociālā ārstēšana ir pieejama mazāk nekā pusei cilvēku, kas to vēlas (skatīt 1.A attēlu). Šie rādītāji var slēpt ievērojamas variācijas starp valstīm un atšķirības specializētas ārstniecības programmu pieejamībā kaņepju un kokaīna lietotājiem.

Opioīdu aizvietojošā terapija

Aizvietojošā terapija apvienojumā ar psihosociālo aprūpi ir galvenā ārstniecības iespēja opioīdu lietotājiem Eiropā. Parasti to nodrošina kā ambulatoru ārstniecību, lai gan dažās valstīs tā ir pieejama arī stacionārās iestādēs. Piemēram, Austrijā 65 % pacientu, kuri ilgstoši ārstējas stacionārā, ir izrakstīts lēni šķīstošais morfijs. Aizvietojošā terapiju aizvien plašāk nodrošina arī cietumos ⁽¹⁷⁾.

Kopš Kiprā 2007. gadā ir ieviesta ārstniecība ar buprenorfinu lielās devās, opioīdu aizvietojošā terapija tagad ir pieejama visās dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā ⁽¹⁸⁾. Turcijā aizvietojošā terapija vēl ir jāievieš, taču tā ir atļauta saskaņā ar 2004. gadā pieņemtajiem noteikumiem par ārstniecības centriem. Sešpadsmit valstīs galvenie aizvietojošās terapijas nodrošinātāji ir valsts ambulatorie dienesti. Tomēr privātprakses ārstiem, kam bieži vien ir kopīgi aprūpes līgumi ar specializētiem centriem, ir aizvien lielāka nozīme šāda tipa ārstniecības nodrošināšanā, un dažās valstīs tie ir galvenie tās nodrošinātāji (Valonijas reģionā Beļģijā, Čehijas Republikā, Vācijā, Francijā, Luksemburgā, Austrijā, Norvēģijā) (skatīt 6. nodaļu).

Lēš, ka 2007. gadā aizvietojošā terapiju Eiropā saņēma vairāk nekā 650 000 opioīdu lietotāju ⁽¹⁹⁾. Saskaņā ar valstu ekspertu viedokli šāda veida ārstniecība ir pieejama gandrīz visiem opioīdu lietotājiem deviņās valstīs un lielākajai daļai lietotāju pārējās septiņās. Citās desmit

⁽¹⁵⁾ Skatīt tabulas TDI-10 un TDI-21 2009. gada statistikas biļetenā.

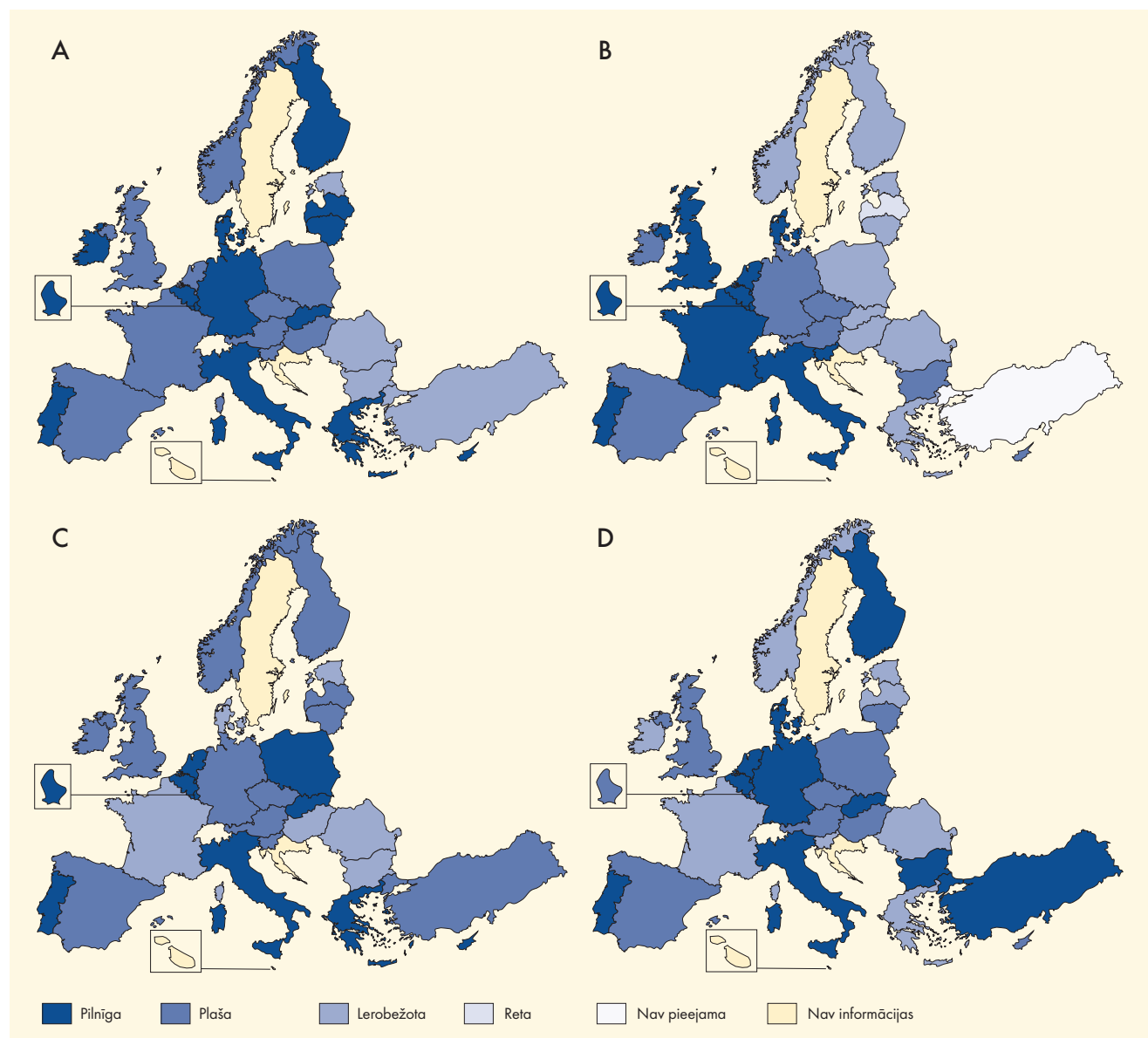
⁽¹⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-16 ii) daļu 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁾ Skatīt "Palīdzība narkotiku lietotājiem cietumā", 35. lpp.

⁽¹⁸⁾ Skatīt tabulas HSR-1 un HSR-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁹⁾ Skatīt Tabulu HSR-3 2009. gada statistikas biļetenā.

1. **attēls.** Ekspertu novērtējums par ārstniecības veidu pieejamību attiecībā pret vajadzību: (A) psihosociālas ambulatoras iestādes, (B) aizvītotā terapija, (C) psihosociālas stacionāras iestādes, (D) detoksikācija.



NB: Pieejamība ir aprēķināta proporcionāli narkotiku lietotājiem, kam tā vajadzīga un kas to saņem: gandrīz visi (pilnīga), lielākā daļa, bet ne gandrīz visi (pārda), vairāk nekā daži, bet ne lielākā daļa (ierobežota), tikai daži (reta), nav pieejama. Informācija ir apkopota ar strukturētās aptaujas palīdzību.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

valstīs (Igaunijā, Grieķijā, Latvijā, Lietuvā, Ungārijā, Polijā, Rumānijā, Slovākijā, Somijā, Norvēģijā) aizvietotājterapija ir pieejama mazākajai daļai opioīdu lietotāju. Dati par aizvietotājterapijas pieejamību liecina, ka ir reģionāls sadalījums, kur Eiropas austrumu un ziemeļu valstīs pieejamības līmenis ir zemāks (skatīt 1.B attēlu).

Stacionārā ārstniecība

Ārstējoties stacionārā, pacientam ir jāpaliek iestādē vairākas nedēļas vai vairākus mēnešus. Parasti šajās

programmās pieņem bezzāļu darbības plānu (bez
aizvietoģterapijas) ar mērķi ļaut pacientam atturēties no
narkotikām. Pacienti tiek piešķirta istaba, pielāgota
individuāli strukturēta psihosociālā ārstēšana un viņi
piedalās aktivitātēs, kuru mērķis ir rehabilitēšana
sabiedrībā. Šajā kontekstā bieži lieto terapeitisku kopienas
pieeju. Narkotiku atkarības ārstēšanu stacionārā nodrošina
arī psihiatriskās slimnīcas, jo īpaši pacientiem ar
patoloģiskiem psihes traucējumiem.

2007. gadā aptuveni 40 000 cilvēku jeb viens no desmit narkotiku lietotājiem, kas uzsāka ārstēšanos, uzsāka to stacionārā. Vairāk nekā puse no tiem nosauca opioīdus kā galveno narkotiku (56 %), otra lielākā pacientu grupa kā galveno narkotiku norādīja kaņepes (14 %), stimulantus, kas nav kokaīns (14 %), un kokaīnu (7%).

To pacientu vidējais vecums, kas uzsāk ārstēšanos stacionārā, ir 30 gadi, bet opioīdu un kokaīna lietotāji vidēji ir vecāki (31) par tiem, kas lieto stimulantus, kas nav kokaīns (28) un kaņepes (26). Lielākā daļa pacientu, kas ārstējas stacionārā, ir vīrieši, un vidējā vīriešu un sieviešu proporcija ir 3,6 pret 1. Šī proporcija ir mazāka stimulantu, kas nav kokaīns, pirmreizējo lietotāju vidū (2,2:1) un augstāka kokaīna lietotāju (5,1:1) un kaņepju lietotāju (8:1) vidū. Lielākajā daļā valstu, kur ir iespējams veikt salīdzināšanu, to pacientu vidū, kas uzsāk ārstēšanos stacionārā, ir daudz vairāk tādu narkotiku lietotāju, kuriem nav darba un pastāvīgas dzīvesvietas, nekā starp ambulatoriem pacientiem ⁽²⁰⁾.

Galvenie stacionārās ārstēšanas sniedzēji ir nevalstiskas organizācijas (12 valstīs) un valsts iestādes (11 valstīs). Privātās iestādes šajā jomā darbojas Dānijā un Luksemburgā, bet desmit citās valstīs tās ir otrs lielākais pakalpojuma sniedzējs. Valstu eksperti lēš, ka psihosociālā ārstēšana stacionārā 12 valstīs ir pieejama lielākajai daļai cilvēku, kas to vēlas, un vēl deviņās valstīs gandrīz visiem, kas to vēlas. Tomēr sešās valstīs (Bulgārijā, Dānijā, Igaunijā, Francijā, Ungārijā, Rumānijā) šis ārstēšanas veids ir pieejams mazāk nekā pusei cilvēku, kas to aktīvi meklē (skatīt 1.C attēlu).

Detoksikācija

Detoksikācija ir priekšnoteikums, lai varētu uzsākt ilgtermiņa, uz atturēšanos balstītu ārstēšanos stacionārā. Tas parasti ir stacionārs ieviešanas pasākums (bet ne tikai), ko sniedz slimnīcās, īpašos ārstniecības centros vai stacionārās iestādēs, kurās ir ārstniecības vai psihiatrijas nodaļa.

Divdesmit vienā valstī galvenais detoksikācijas nodrošinātājs ir valsts iestādes. Nevalstiskās iestādes ir lielākais pakalpojuma nodrošinātājs Beļģijā (Flandrijā) un Nīderlandē, savukārt Luksemburgā un Bulgārijā vadošais ir privātais sektors. Valstu eksperti lēš, ka deviņās valstīs detoksikācija ir pieejama lielākajai daļai cilvēku, kas to vēlas, un vēl desmit valstīs tā ir pieejama gandrīz visiem. Astoņās valstīs (Igaunijā, Īrijā, Grieķijā, Francijā, Latvijā, Rumānijā, Slovēnijā, Norvēģijā) detoksikācija ir pieejama mazāk nekā pusei cilvēku, kas to vēlas (skatīt 1.D attēlu).

Kvalitātes nodrošināšana

Veselības aizsardzības plānotāji un politikas veidotāji Eiropā aizvien vairāk meklē veidus, kā ārstēšanai no narkotikām nodrošināt augstu kvalitāti. Apsverot iespēju nodrošināt ārstniecību un piešķirt finansējumu, tie arī cenšas piešķirt prioritāti "uz pierādījumiem balstītiem" ieviešanas pasākumiem.

Vadlīnijas kļūst par svarīgu rīku narkotiku atkarības ārstēšanas kvalitātes nodrošināšanā. Ārstniecības vadlīnijās ir iekļauti ieteikumi, kuru pamatā ir zinātniski pierādījumi, ekspertu viedokļi, pakalpojuma lietotāju viedokļi un valstu veselības aprūpes sistēmas. Tās ir izstrādātas, lai palīdzētu izvēlēties un piemērot atbilstīgus ieviešanas pasākumus ārstēšanai no narkotikām. Divdesmit valstīs no 27 valstīm, kas iesniedza ziņojumus, valsts vadlīnijas narkomānijas ārstēšanai izstrādā atbildīgā iestāde.

Esošās vadlīnijas lielākoties attiecas uz farmakoloģisku narkomānijas ārstēšanu. Par valstu aizvietoģterapijas vadlīnijām ziņo 18 valstis, un 11 valstis ziņo par detoksikācijas vadlīnijām. Tomēr aptuveni viena trešā daļa šo valstu neziņo par to, ka vadlīnijas būtu jāievēro, lai varētu darboties vai saņemt finansējumu ārstniecības iestādei.

Valstu vadlīnijas psihosociālai ārstēšanai un sociālai reintegrācijai ir sastopamas retāk. Tikai septiņas dalībvalstis (Bulgārija, Čehijas Republika, Vācija, Dānija, Nīderlande, Slovēnija, Apvienotā Karaliste) ziņo par psihosociālo ieviešanas pasākumu vadlīnijām, un piecas (Čehijas Republika, Vācija, Portugāle, Slovēnija, Apvienotā Karaliste) par sociālās reintegrācijas vadlīnijām. Iespējams, ka valstu vadlīniju tik maz ir tādēļ, ka ir pieejams ierobežots skaits pierādījumu, un tas liecina par to, ka šajā jomā ir vajadzīgs vairāk nejausu kontrolētu izmēģinājumu vairākās vietās.

Ir jāturpina apmācīt personālu, lai nodrošinātu ļoti kvalitatīvu pakalpojumu sniegšanu. Eiropas Savienībā ierasti ir mācību kursi, kas izstrādāti īpaši tiem darbiniekiem, kas darbojas narkomānijas ārstēšanā, un noteikta veida tālākizglītība mediķiem saistībā ar narkomānijas ārstēšanu. Lielākajā daļā valstu līdzīgas mācību iespējas ir pieejamas arī citiem profesionāļiem, piemēram, medmāsām, sociālajiem darbiniekiem un psihologiem.

Dažas valstis ziņo par visu narkomānijas ārstniecības veidu regulāru rezultātu novērtējumu. Piecas valstis novērtē aizvietoģterapiju un detoksikāciju, un tikai Dānija, Vācija un Apvienotā Karaliste regulāri novērtē arī psihosociālās ārstēšanas ieviešanas pasākumu rezultātus. Dažas valstis ziņo arī par vienreizējiem vai neregulāriem ārstēšanas rezultātu novērtējumiem.

⁽²⁰⁾ Skatīt tabulas TDI-10, TDI-13, TDI-15 un TDI-21 2009. gada statistikas biļetenā.

Labākās prakses portāls: jauns ārstniecības modulis

Pēc vispārējas un selektīvas profilakses moduļu ieviešanas 2008. gadā EMCDDA savā labākās prakses portālā ieviesa jaunu moduli, kas veltīts narkotiku atkarības ārstēšanai. Tajā ir iekļauta atklājumu sintēze par farmakoloģisko un psihosociālo ārstēšanu no opioīdu, stimulantu un kaņepju radītiem traucējumiem, pamatojoties uz jaunākajiem pārskatiem. Portāla darbību atviegloja Eiropas Komisijas finansēts pētījums par ārstniecības kvalitāti un labās prakses apmaiņu (Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts, 2008b).

Ārstniecības modulis piedāvā pētījumos iegūtos datus, kuros salīdzināta dažādu iejaukšanās pasākumu efektivitāte. Efektivitāte tiek ideāli noteikta, veicot kontrolētus izmēģinājumus vai nejauši izvēlētos kontrolētus izmēģinājumus, kur iejaukšanās pasākumi tiek salīdzināti ar īpašiem rezultātu pasākumiem. Lielāko daļu pierādījumu šajā jomā sniedz Amerikas Savienotajās Valstīs veiktie pētījumi. Šobrīd pētījumi Eiropā kļūst aizvien ierastāki, un tajos ir iekļauti sākotnējie darbi saistībā ar jaunām vielām opioīdu aizvietošanai.

Jaunajā moduļī ir iekļautas arī: saites uz jauniem informācijas avotiem, izvērtēti iekļaušanās pasākumi, glosārijs un īss konspēkts par trūkumiem esošajā pierādījumu bāzē. Portāls tiks paplašināts, lai turpmāk iekļautu papildu tēmas.

EMCDDA labākās prakses portāls: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.

Kaitējuma mazināšana

Ar narkotikām saistītā kaitējuma novēršana un mazināšana ir sabiedrības veselības mērķis visās dalībvalstīs un ES narkotiku apkarošanas stratēģijā (Eiropas Komisija, 2007). Galvenie ieviešanas pasākumi šajā jomā ir opioīdu aizvietojošā terapija un adatu un šļirču apmaiņas programmas (NSP), kuru mērķis ir samazināt letālu pārdozēšanas gadījumu skaitu un infekcijas slimību izplatīšanos. Šie pasākumi saskaņā ar sniegtajām ziņām ir pieejami visās valstīs, izņemot Turciju. Kaut gan pastāv ievērojamas atšķirības pieejamo pakalpojumu klāstā un nodrošinājuma līmenī (skatīt 6. un 7. nodaļu), Eiropā kopumā ir vērojama kaitējuma mazināšanas pasākumu izplatības palielināšanās un konsolidēšanās tendence.

Lielākā daļa valstu sniedz vairākus veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus, tostarp individuālo risku novērtēšanu un konsultēšanu, drošākas lietošanas apmācību, infekcijas slimību pārbaudes un konsultēšanu, vakcinēšanu un vīrusa hepatītu ārstēšanu. Šos pakalpojumus bieži nodrošina zema sliekšņa pakalpojumu

aģentūras. Kaitējuma mazināšanas risinājumi tagad tiek
vērsti ne tikai uz HIV/AIDS epidēmiju, bet arī uz narkotiku
lietotāju, jo īpaši to, kas ir izslēgti no sabiedrības,
veselības un sociālo vajadzību apmierināšanas plašāku
perspektīvu.

Pēdējos gados ir vērojams arī profesionalizācijas process, un tiek pievērsta lielāka uzmanība tam, lai nodrošinātu augstus kvalitātes standartus. Piemēram, 2006./2007. gadā Anglijā tika pārbaudīti kaitējuma mazināšanas dienesti, lai noteiktu jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi. Kvalitāti var nodrošināt, arī stingri ievērojot īpašus standartus līgumu finansēšanā, kā to ziņo Čehijas Republika un Igaunija.

Četrpadsmit valstīs par kvalitātes nodrošināšanu atbild valsts iestādes, bet valstīs ar federālu sistēmu atbildīgas var būt teritoriālā sadalījuma aģentūras. Ieteikumu pamatā var būt pētījumos iegūtie dati par izmaksu efektivitāti, kā tas ir Apvienotās Karalistes ieteikumos par adatu un šļircu programmu (NICE, 2009). Arī pacientu iesaistīšana un atpakaļsaite ar personālu ir paredzētas, lai attīstītu un uzlabotu pakalpojumu kvalitāti. Mehānismā labākās prakses un jaunajos pētījumos iegūto datu izplatīšanai profesionāļiem ir ietvertas valstu zināšanu platformas, līdzīgi kā Nīderlandes *resultaten scoren* (vērtīgie rezultāti) un starptautiskie izglītošanas pasākumi, piemēram, par C hepatītu ⁽²¹⁾. ES finansēto projektu ietvaros ar mērķi izstrādāt un ieviest Eiropas veselības rādītājus Eiropas Sociālās iekļaušanās un veselības tīkls sadarbībā ar EMCDDA (Hedrich un citi, 2008a) izstrādāja arī datu vākšanas protokolu kaitējuma samazināšanas zema sliekšņa pakalpojumu aģentūru speciālistiem.

Sociālā reintegrācija

Sociālā reintegrācija ir atzīta par svarīgu visaptverošu narkotiku apkarošanas stratēģijas sastāvdaļu. To var īstenot jebkurā narkotiku lietošanas stadijā dažādās vidēs, un tā apvieno spēju palielināšanu, sociālo prasmju attīstību, un pasākumus nodarbinātības un dzīvesvietas ieguves vai uzlabošanas sekmēšanai un veicināšanai. Praksē reintegrācijas dienesti var piedāvāt profesionālo konsultēšanu, iekārtošanu darbā un mājokļu atbalstu. Savukārt tie iejaukšanās pasākumi ieslodzījuma vietās, kuri ietekmē recidīvu un atkārtotus pārkāpumus, var palīdzēt ieslodzītajiem nonākt saskarē ar izmitināšanas un sociālā atbalsta dienestiem vietējās sabiedrībā, gatavojoties atbrīvošanai no ieslodzījuma. (Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts, 2008a). Kopumā sociālās reintegrācijas pasākumu rezultāti bieži ir atkarīgi no

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

efektīvas sadarbības starp veselības un sociālās aprūpes iestādēm.

Bezpaumniecība un dzīve bez pastāvīgas dzīvesvietas ir viena no nopietnākajām narkotiku lietotāju sociālās atstumtības formām, ar ko saskārās apmēram 10 % narkotiku lietotāju, kas sāka ārstēties 2007. gadā ⁽²²⁾. Dažās narkotiku lietotāju grupās šis skaitlis varētu būt lielāks.

Visas dalībvalstis ziņo par to, ka ir pieejamas mājokļu atbalsta shēmas narkotiku lietotāju izmitināšanai. Tomēr ir ļoti maz informācijas par to, cik lielā mērā ir iespējams apmierināt narkotiku lietotāju vajadzību pēc mājokļa. Piemēram, Slovākijā ierobežoto finanšu resursu dēļ rehabilitācijas dienestu mājokļu piešķiršanas iespējas bieži vien ir mazākas par pieprasījumu.

Dažas valstis (piemēram, Čehijas Republika, Vācija, Īrija, Nīderlande, Somija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste) ziņo par subsidētiem mājokļiem. Parasti šajās pagaidu mājokļu shēmās ietilpst mājokļi, kur ir pieejama gulta un brokastis, vai arī tie ir mazi mēbelēti dzīvokļi ar īstermiņa nomas noteikumiem, un tos bieži vien nodrošina pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes, lai šīs personas varētu dzīvot neatkarīgi. Piemēram, Īrijā lietotājiem ir jāmaksā īre un komunālie maksājumi, savukārt atbalsta darbinieki palīdz tiem nomaksāt nomu, iegūt izglītību, apgūt prasmes vai atrast darbu.

Tā kā 45 % lietotāju, kas uzsāk ārstēšanos, labākajā gadījumā ir pabeiguši pamatskolu, un aptuveni 40 % lietotāju, kas uzsāk ārstēšanos, ir bezdarbnieki ⁽²³⁾, sociālās reintegrācijas galvenie elementi ir narkotiku lietotāju nodarbināšana un arodizglītība. Par programmām šajā jomā ziņo lielākā daļa dalībvalstu. Ungārijā, Čehijas Republikā, Lietuvā, Slovēnijā un Slovākijā narkotiku lietotāju reintegrācija darba tirgū ir guvusi labumu no projektiem, kas finansēti saskaņā ar ES iniciatīvu pret diskrimināciju darba tirgū (EQUAL). Lielākā daļa šo projektu palīdz pacientiem, kuri stabili ārstējas no narkotikām, atrast darbu, ņemot vērā viņu spējas. Šīs pieejas vērtību pierāda Skotijā veiktie pētījumi, kas atklāj, ka atlabstošajiem narkotiku lietotājiem, kuri saņēmuši ar darbu saistītu palīdzību, ir trīs reizes lielāka iespēja atrast apmaksātu darbu (McIntosh un citi, 2008).

Tiesību aizsardzība un likumpārkāpumi narkotiku apkarošanas jomā

Tiesību aktu izpildē narkotiku apkarošanas jomā ir iesaistītas dažādas iestādes, kas atrodas dažādos

valdības departamentos (piemēram, policija, tiesa, veselības aprūpes iestādes). Praksē terminu "tiesību aizsardzība narkotiku apkarošanas jomā" asociē ar darbību kopumu, ko īsteno policija un tai līdzīgas iestādes (piemēram, muiža), lai izpildītu likumus, kas ir saistīti ar narkotiku lietošanu un narkotiku tirgu. Tas attiecas uz tādām jomām kā narkotiku lietošana un glabāšana, tirdzniecība un ražošana, kā arī ķīmisko vielu novirzīšana un nelegāli iegūto līdzekļu legalizācija.

Tiesību aizsardzība narkotiku apkarošanas jomā ir Eiropas galvenais līdzeklis cīņā ar narkotikām, un tas saņem lielu, iespējams, pat lielāko daļu resursu, kas paredzēti narkotiku problēmu risināšanai. Nesenie centieni Eiropā salīdzināt valstu izdevumus, kas saistīti ar narkotikām, atklāja, ka vidēji valdības izdevumi par "sabiedrisko kārtību un drošību" (policija, tiesas un cietumi) saistībā ar narkotikām varētu būt trīs reizes lielāki nekā summa, kas tiek atvēlēta veselības problēmu risināšanai saistībā ar narkotiku lietošanu. Būtisku daļu naudas līdzekļu, ko saņem "sabiedriskā kārtība un drošība", saņem policijas spēki (EMCDDA, 2008e).

Tiesību aizsardzības narkotiku apkarošanas jomā veids un intensitāte var atšķirties atkarībā no valsts tiesību aktiem un to piemērošanas, kā arī no resursiem un to iesaistīto iestāžu prioritātēm, kuru starpā ir vispārīgas tiesībaizsardzības iestādes un īpašas vienības ("narkotiku nodaļas").

Pretēji citām tiesībaizsardzības jomām, kur policija parasti reaģē uz likuma pārkāpumiem, par kuriem ziņo citi sabiedrības pārstāvji, lielāko daļu tiesībaizsardzības darba, kas saistīts ar narkotikām, var definēt kā aktīvu, jo to īsteno pēc narkotiku tiesībaizsardzības iestāžu iniciatīvas. Tas ir tādēļ, ka daudzus pārkāpumus, kas saistīti ar narkotikām, var uzskatīt par "konsensuālu noziegumu", kur vienprātīgas personas slepeni piedalās nelikumīgā darbībā, par kuru policija neko nevar uzzināt, ja vien nerodas kāda izdevība (piemēram, apgaitas laikā) vai tā netiek atklāta.

Tādēļ tiesību aizsardzība narkotiku apkarošanas jomā aptver plašu darbību kopumu, kas bieži ir saistīts ar tādas informācijas vākšanu, apstrādāšanu un kopīgošanu, ko veic cilvēki vai elektroniski līdzekļi, tostarp datorizētas datu bāzes un īpaši piemēroti komunikācijas tīkli. Jo īpaši tas attiecas uz darbībām, kas paredzētas narkotiku piedāvājuma samazināšanai ⁽²⁴⁾, kur tiesībaizsardzības iestādēm ir galvenā loma, veidojot attiecības ar informatoriem, veicot slepenas operācijas ("darbs aizsegā") un elektronisku uzraudzību, tostarp saziņas pārtveršanu.

⁽²²⁾ Skatīt tabulas TDI-15 ii) daļu 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽²³⁾ Skatīt tabulu TDI-12 un TDI-13 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁴⁾ Narkotiku piedāvājuma definīciju skatīt EMCDDA 2008. gada ziņojuma 28. lpp.

Kontrolētas narkotiku piegādes un īpašas operācijas, kuru mērķis ir sagraut vai iznīcināt narkotiku tirdzniecības vietas, ir dažas no operatīvajām taktikām, kuras tiesībsardzības iestādes izmanto Eiropā. Cilvēku un automobiļu pārbaudes un pārmeklēšana stratēģisku vietu apkārtnē, piemēram, ostās, lidostās un uz valstu robežām, ir vispārējās taktikas, kurām ir arī citi mērķi, piemēram, imigrācijas kontrole.

Tiesībsardzības iestādēm, jo īpaši muitām, daudzās valstīs ir uzdevums piemērot arī tiesību aktus par kontrolētajām ķīmiskajām vielām. Tas nozīmē ieviešanas un izvešanas pieprasījumu apstrādi, kā arī aizdomīgu darījumu atklāšanu un izmeklēšanu. Vēl viens tiesībsardzības iestāžu uzdevums valstīs, kur ražo sintētiskās narkotikas, ir nelegālo slepeno laboratoriju iznīcināšana.

Likumpārkāpumi narkotiku apkaršanas jomā

Sākotnējie ziņojumi par likumpārkāpumiem narkotiku apkaršanas jomā, lielākoties no policijas, ir vienīgie dati par noziegumiem saistība ar narkotikām, kas pieejami Eiropā ⁽²⁵⁾. Ziņojumi parasti attiecas uz tādiem noziegumiem kā narkotiku ražošana, tirdzniecība un pārdošana, kā arī narkotiku lietošana un glabāšana lietošanai.

Datus par likumpārkāpumiem narkotiku apkaršanas jomā var uzskatīt par netiešiem rādītājiem, kas liecina par narkotiku lietošanu un narkotiku tirdzniecību, vai par tiešiem tiesībsardzības darbības rādītājiem. Tomēr tie attiecas tikai uz tām darbībām, kas saistītas ar narkotikām, kuras ir nokļuvušas tiesībsardzības iestāžu uzmanības lokā, un tās var atspoguļot arī valstu tiesību aktu, prioritāšu un resursu atšķirības. Turklāt var atšķirties arī valstu informācijas sistēmas, jo īpaši attiecībā uz prakses reģistrēšanu un ziņošanu par to. Šo iemeslu dēļ ir grūti veikt salīdzināšanu starp valstīm, un drīzāk ir iespējams salīdzināt tendences, nevis absolūtos skaitļus.

Pamatojoties uz datiem, ko iesniegusi 21 dalībvalsts, kas pārstāv 85 % Eiropas Savienības iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem, likumpārkāpumu skaits narkotiku apkaršanas jomā, par ko ir ziņots, laikā no 2005. līdz 2007. gadam ir pieaudzis par aptuveni 29 %. Dati atklāj augšupejošu tendenci visās valstīs, kas iesniegušas ziņojumus, izņemot Bulgāriju, Čehijas Republiku, Grieķiju, Luksemburgu, Ungāriju un Slovēniju, kurās šajā periodā situācija bija stabila vai ar lejupejošu tendenci ⁽²⁶⁾.

Ar lietošanu un izplatīšanu saistītie pārkāpumi

Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem līdzsvars starp likumpārkāpumiem, kas saistīti ar lietošanu, un tiem, kas saistīti ar izplatīšanu (pārdošana, tirdzniecība, ražošana), nav būtiski mainījies. Lielākajā daļā Eiropas valstu pārkāpumi, kas saistīti ar narkotiku lietošanu un glabāšanu lietošanai, joprojām ir lielākā daļa narkotiku likumu pārkāpumu, kas 2007. gadā Spānijā ir veidojuši pat 91 % pārkāpumu ⁽²⁷⁾. Pārkāpumi, kas saistīti ar izplatīšanu, tomēr ir pārsvarā Čehijas Republikā (87 %) un Nīderlandē (69 %) (2. attēls). Čehijas Republikā neliela narkotiku daudzuma glabāšana bez nodoma to pārdot ir sodāma ar brīdinājumu vai soda naudu, savukārt Nīderlandē par likumpārkāpumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu, parasti nesoda ⁽²⁸⁾.

Laikā no 2002. līdz 2007. gadam lielākajā daļā valstu, kas iesniegušas ziņojumus, likumpārkāpumu skaits saistībā ar narkotiku lietošanu ir pieaudzis, izņemot Bulgāriju, Grieķiju, Nīderlandi un Slovēniju, kuras ziņo par samazinājumu šajā laika periodā ⁽²⁹⁾. Kopumā Eiropas Savienībā laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam likuma pārkāpumu skaits saistībā ar narkotiku lietošanu ir pieaudzis aptuveni par 32 %.

Laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam ir palielinājies arī ar narkotiku izplatīšanu saistīto pārkāpumu skaits, taču šis pieaugums notika daudz lēnāk – Eiropas Savienībā vidēji par 14 %. Astoņas valstis šajā periodā ziņo par vispārīgu ar narkotiku izplatīšanu saistīto pārkāpumu skaita samazinājumu, un astoņas ziņo par palielinājumu ⁽³⁰⁾.

EMCDDA 2009. gada īpašais izdevums par sodu piespriešanas statistiku

2009. gadā EMCDDA publicēja jaunu īpašo izdevumu par sodu piespriešanas statistiku, kurā ir pārbaudīti narkotiku likumu pārkāpumu rezultāti Eiropas valstīs. Ziņojumā ir aplūkota pieejamā valstu statistika no policijas, prokuroriem un tiesām, un to pārbauda saskaņā ar pārkāpuma tipu (glabāšana, tirgošana) un rezultāta tipu (soda nauda, ieslodzījums, ārstēšanās). Galvenais risinātais jautājums ir: kāds ir visdrīzāk piemērojamais sods katrā valstī, ja personu aiztur par narkotiku glabāšanu vai tirgošanu?

Šis īpašais izdevums ir pieejams papīra formātā un internetā tikai angļu valodā (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

⁽²⁵⁾ Narkotiku un noziedzības saistība ir izklāstīta EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Skatīt attēlu DLO-1 un tabulu DLO-1 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁷⁾ Skatīt tabulu DLO-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁸⁾ Skatīt "Pārskati par valstīm" par Čehiju un Nīderlandi EMCDDA tīmekļa vietnē (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Skatīt attēlu DLO-1 un tabulu DLO-4 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁰⁾ Skatīt attēlu DLO-1 un tabulu DLO-5 2009. gada statistikas biļetenā.

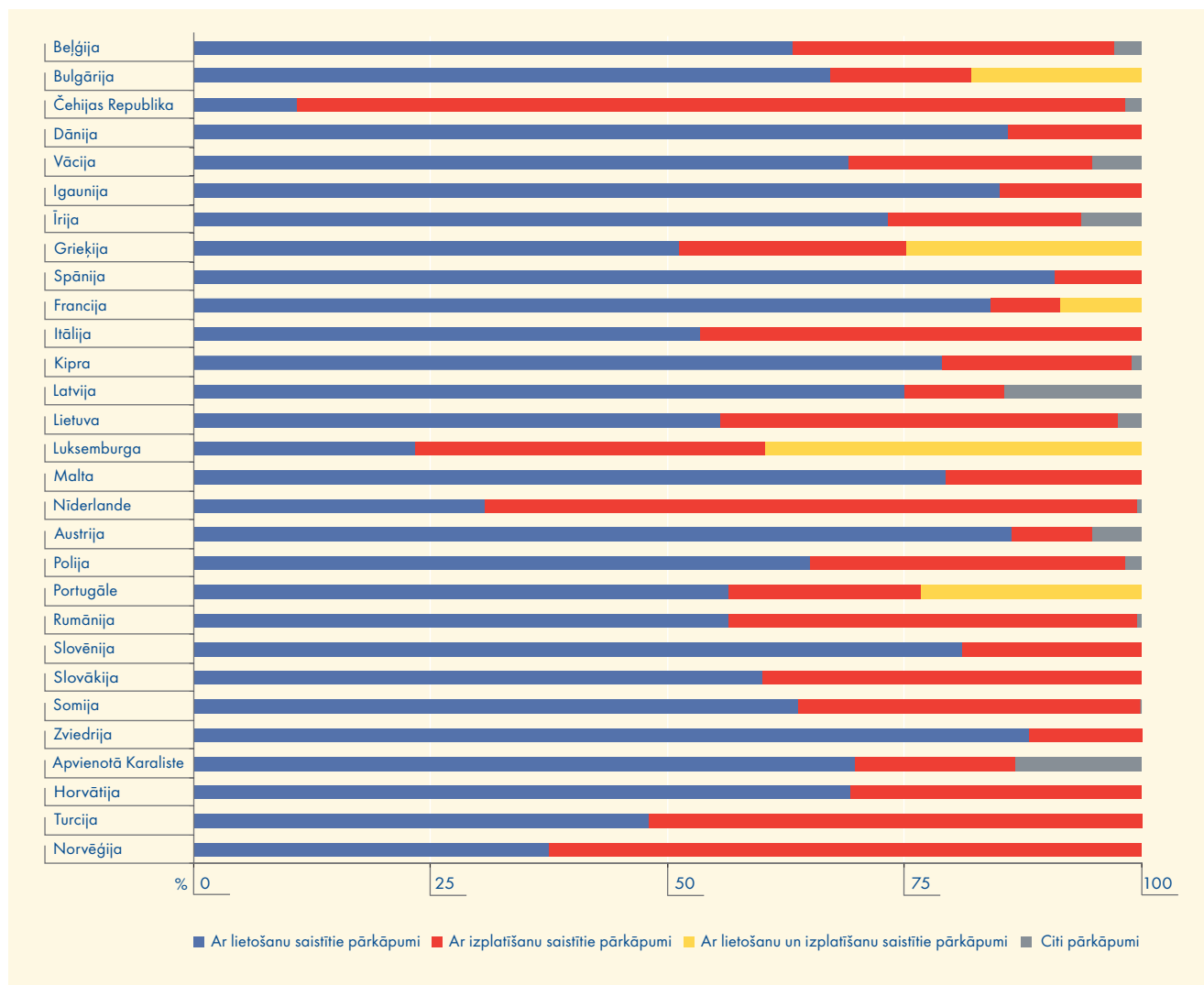
Tendences – pēc narkotiskās vielas veida

Kaņepes joprojām ir nelegālā narkotika, kuru visbiežāk piemin, ziņojot par likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā Eiropā ⁽³¹⁾. Lielākajā daļā Eiropas valstu pārkāpumi, kas saistīti ar kaņepēm, veido 55 % līdz 85 % visu likumpārkāpumu narkotiku apkarošanas jomā, par kuriem ir ziņots 2007. gadā. Ar citiem narkotiku veidiem saistīto pārkāpumu skaits pārspēj ar kaņepēm saistīto pārkāpumu skaitu tikai divās valstīs: Lietuvā – heroīns (26 %) un Čehijas Republikā – metamfetamīns (59 %). Latvijā likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā ir līdzīgs sadalījums starp kaņepēm, heroīnu un ekstazī.

Piecu gadu laikposmā no 2002. gada līdz 2007. gadam lielākajā daļā šajā ziņojumā aplūkoto valstu likumpārkāpumu skaits narkotiku apkarošanas jomā, kuros iesaistītas kaņepes, pieaudzis vai saglabājis nemainīgs, līdz ar to caurmērā Eiropas Savienībā šis skaits ir pieaudzis par 23 %. Bulgārija, Čehijas Republika un Slovēnija ziņo par lejupejošu tendenci ⁽³²⁾.

Ar kokaīnu saistīto pārkāpumu skaits laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam ir pieaudzis visās Eiropas valstīs, izņemot Bulgāriju un Vāciju. Eiropas Savienībā tajā pašā periodā pārkāpumi, kas saistīti ar kokaīnu, kopumā pieauga par 59 % ⁽³³⁾.

2. attēls. Pārkāpumu veidi pārskatos par narkotiku likumu pārkāpumiem Eiropā.



NB: Papildu informāciju skatīt attēlā DLO-2 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

⁽³¹⁾ Skatīt tabulu DLO-3 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³²⁾ Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-8 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³³⁾ Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-7 2009. gada statistikas biļetenā.

Ar heroīnu saistīto pārkāpumu lejupejošā tendence, par kuru tika ziņots iepriekšējos ziņojumos, šobrīd ir apstājusies, un laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam ir vērojams pieaugums par 7 %. Tomēr dažādās valstīs šīs tendences ir atšķirīgas, un augšupejošā tendence lielākoties ir tādēļ, ka pēdējos divos gados palielinājums ir vērojams Beļģijā, Grieķijā, Spānijā, Francijā, Polijā un Portugālē, un stabilizēšanās ir vērojama Vācijā un Austrijā ⁽³⁴⁾.

Ar amfetamīniem saistīto pārkāpumu skaitam, par kuriem ir ziņots Eiropas Savienībā, joprojām ir augšupejošā tendence, un aptuvenais pieaugums laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam ir par 59 %. Gluži pretēji, ar ekstazi saistīto pārkāpumu skaits tajā pašā periodā ir samazinājies par aptuveni 22 % ⁽³⁵⁾.

Veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās

Šobrīd Eiropas Savienībā ieslodzījuma vietās ir vairāk nekā 600 000 cilvēku ⁽³⁶⁾, un vidējais ieslodzīto rādītājs ir aptuveni 120 ieslodzītie uz 100 000 iedzīvotāju. Valstīs cietumnieku skaits ir vidēji no 65 līdz 320 cietumniekiem uz 100 000 iedzīvotāju, kur lielākoties dalībvalstis no Centrāleiropas un Austrumeiropas ziņo par rādītājiem, kas ir augstāki par vidējiem. Tomēr valstu skaitļi un ES vidējie rādītāji ir ievērojami zemāki par rādītājiem, par kuriem ziņo Krievija (629) un ASV (756) ⁽³⁷⁾.

Lielākajā daļā ES valstu cietumnieku, kas notiesāti par likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā, ir aptuveni no 10 % līdz 30 %. Nav zināma to cietumnieku proporcija, kuri notiesāti par noziegumiem pret īpašumu, narkotiku atkarības dēļ vai citiem ar narkotikām saistītiem noziegumiem. Lai gan kopējie skaitļi ir nelieli, vairākās Centrāleiropas un Austrumeiropas dalībvalstīs pēdējos gados ir pieaudzis to ieslodzīto skaits, kas notiesāti par likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā.

Narkotiku lietošana cietumnieku vidū

Joprojām trūkst definīciju, pētāmo jautājumu un metožu, ko izmanto pētījumos par narkotiku lietošanu cietumos, standartu (Vandam, 2009; Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts, 2008a), lai gan esošie pētījumi atklāj, ka cietumnieku vidū narkotiku lietošana ir

daudz izplatītāka nekā pārējā sabiedrībā. Dažos pētījumos, kas uzsākti 2002. gadā, lielākoties Rietumeiropā, iegūtie dati atklāj, ka aptuveni trešā daļa vai pat puse apsekoto personu ziņoja, ka ir lietojuši nelegālas narkotikas pirms ieslodzījuma. Pētījumi arī atklāj, ka ieslodzīto vidū ir izplatīti arī viskaitīgākie narkotiku lietošanas veidi; viena piektā daļa līdz viena trešā daļa apsekoto personu ir kaut reizi mūžā injicējuši narkotikas ⁽³⁸⁾.

Nokļūstot cietumā, lielākā daļa lietotāju samazina vai pārtrauc narkotiku lietošanu, lielākoties tādēļ, ka tās ir grūti dabūt. Gan cietumu eksperti, gan politikas veidotāji atzīst to, ka narkotikas nonāk lielākajā daļā cietumu, neskatoties uz visiem pasākumiem, ko īsteno, lai samazinātu narkotiku piedāvājumu. Pētījumi, kas veikti kopš 2002. gada, atklāj, ka 1 % līdz 50 % ieslodzīto atzinuši, ka cietumā ir lietojuši narkotikas, un līdz 27 % ieslodzīto ziņo par to, ka narkotikas ieslodzījumā lieto regulāri ⁽³⁹⁾. 1457 ieslodzīto pētījumi sešos Vācijas cietumos atklāja, ka 22 % no tiem cietumā ir injicējuši sev narkotikas, bet pētījumi četrās citās valstīs atklāja, ka šis rādītājs ir 10 % vai vairāk ⁽⁴⁰⁾. Cietumā injicējamo narkotiku lietotāji nepieciešamo aprīkojumu kopīgi lieto daudz biežāk nekā lietotāji, kas neatrodas cietumā. Tas rada problēmas, kas ir saistītas ar iespējamu infekcijas slimību izplatīšanos cietumnieku vidū.

Veselības aprūpe Eiropas cietumos

Cietumniekiem ir tiesības uz tādu pašu veselības aprūpes līmeni, kāds ir citiem sabiedrības locekļiem, un cietumu veselības aprūpes dienestiem ir jāspēj sniegt ārstēšanās no problēmām, kas ir saistītas ar narkotiku lietošanu tādos apstākļos, kas ir līdzīgi apstākļiem, kādus piedāvā ārpus cietuma (CPT, 2006; PVO, 2007). Šo vispārīgo vienlīdzības principu Eiropas Savienībā atzīst 2003. gada 18. jūnija Padomes ieteikums par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu ⁽⁴¹⁾, un jaunais ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns (2009.–2012. gadam) aicina to īstenot.

Tagad valstu politikas veidotāji pievērš lielāku uzmanību veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai cietumniekiem, un ir pazīmes, kas liecina, ka ES dalībvalstis uzlabo cietumniekiem sniegtos pakalpojumus. Piemēram, dažas valstis ziņo, ka tām tagad ir valsts cietumu veselības politika un programmas. Tomēr joprojām ir daudz darāmā,

⁽³⁴⁾ Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-7 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁵⁾ Skatīt attēlu DLO-3 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁶⁾ Dati par ieslodzījuma vietām Eiropā ir pieejami Eiropas Padomes tīmekļa vietnē: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp.

⁽³⁷⁾ Avots: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> Krievijas un ASV rādītāji.

⁽³⁸⁾ Skatīt tabulas DUP-105 un DUP-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁹⁾ Skatīt tabulu DUP-3 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁰⁾ Skatīt tabulu DUP-4 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴¹⁾ OV L 165, 3.7.2003., 31. lpp.

lai nodrošinātu cietumniekiem piekļuvi veselības aprūpei tādā līmenī un kvalitātē, kāda ir pieejama ārpus cietuma. Turklāt cietumiem ir jārisina problēmas, kas ir saistītas ar īpašām narkotiku lietotāju veselības aprūpes vajadzībām, piemēram, infekcijas slimībām, kas tiek pārnēsātas ar asinīm, un psihiskām blakusslimībām.

Palīdzība narkotiku lietotājiem cietumā

Pakalpojumi, ko cietumniekiem piedāvā Eiropas valstīs ir: informēšana par narkotikām un veselību; infekcijas slimību pārbaudes un vakcinācija; ārstēšana no narkotiku atkarības, tostarp detoksikācija, aizvietotājterapija un bezzāļu pieeja; sagatavošana atbrīvošanai. Nepārtrauktas cietumniekiem nodrošināto pakalpojumu klāsta paplašināšanās piemērs ir aizvietotājterapijas ieviešana cietumos Čehijas Republikā, Polijā un Zviedrijā, bezzāļu ārstēšanās programma Kiprā un Dānijas "garantētās ārstēšanās" (nodrošināta pieeja ārstēšanai no narkotikām divu nedēļu laikā pēc pieprasījuma) ieviešana cietumos.

Aizvietotājterapijas turpināšana ieslodzījuma laikā ir apstiprināta 26 valstu oficiālajos noteikumos, bet piecās no tām netiek izmantota, savukārt šāda veida ārstēšanās uzsākšana cietumos ir apstiprināta 21 valstī. Saskaņā ar ekspertu vērtējumu šo ieviešanu pasākumu nodrošināšanā pastāv atšķirības. Aizvietotājterapija ir pieejama gandrīz visos cietumos deviņās valstīs, un gandrīz pusē cietumu vēl četrās valstīs. Čehijas Republikā, Francijā, Vācijā un Apvienotajā Karalistē aizvietotājterapija ir pieejama mazāk nekā pusē cietumu, un Ungārijā, Polijā, Somijā un Zviedrijā tikai dažos cietumos. Visbeidzot deviņās valstīs (Bulgārijā, Igaunijā, Grieķijā, Kiprā, Lietuvā, Latvijā, Slovākijā, Rumānijā, Turcijā) šāds ārstniecības veids cietumos nav pieejams, lai gan Bulgārijā un Rumānijā tiek gatavota tā ieviešana un Latvijā notiek sarunas par izmaiņām tiesību aktos.

Parasti aizvietotājterapijas trūkums cietumos atspoguļo to, ka šāda veida ārstniecības nodrošināšana ir ierobežota vai nav pieejama arī sabiedrībā ⁽⁴²⁾. Citi šķēršļi, kas liedz

saņemt aizvietotājterapiju cietumā un par kuriem ziņo dalībvalstis, ir tiesiskā regulējuma trūkums, lai to varētu uzsākt (Somijā), un prasība maksāt par ārstēšanos (franciski runājošajā Beļģijas kopienā). Aizvietotājterapijas nodrošinājums bieži vien ir atkarīgs no vietējiem nosacījumiem un reizēm ir balstīts uz atsevišķa cietuma direktora iniciatīvu.

Ekspertu vērtējums par citu profilaktisku un kaitējuma mazināšanas pasākumu nodrošināšanas līmeni cietumā ir pieejams par 26 ES valstīm, Norvēģiju un Turciju. Ziņo, ka 26 valstīs pastāv individuāla konsultēšana par infekcijas slimībām un ar narkotikām saistītas riska uzvedības novērtēšana. 22 valstīs, nokļūstot cietumā, ir iespējama C hepatīta pārbaude, bet tā nav pieejama Ungārijā, Polijā un Turcijā; tomēr Ungārijā vairāk nekā 14 % cietumnieku notiekošās kampaņas, kas sākās 2007. gadā, pirmajos deviņos mēnešos tika veikta HCV pārbaude. Citu ieviešanu pasākumu starpā ir B hepatīta vakcinācijas programmas, ar narkotiku problēmu saistītas veselības veicināšanas mācības cietumu darbiniekiem, konsultēšana un mācības par drošāku lietošanu, kas tiek veiktas trīspadsmit valstīs, lai gan nodrošinājuma līmenis ir atšķirīgs.

Pasākumu nodrošinājuma līmenis, lai novērstu pārdozēšanu, ir līdzīgs. Lai gan konsultācijas par pārdozēšanas risku pirms atbrīvošanas ir pieejamas 18 valstīs, lēš, ka pēdējos divpadsmit mēnešos vairāk nekā pieciem cietumniekiem tās ir sniegtas tikai astoņās valstīs. Informatīvi materiāli par nāves un ārkārtas gadījumiem narkotiku dēļ, kas izstrādāti īpaši cietumu videi, ir pieejami tikai septiņās valstīs ⁽⁴³⁾.

Par adatu un šļirču apmaiņas nodrošināšanu cietumos ziņo Vācija, Spānija, Luksemburga, Portugāle un Rumānija, un tā ir plānota Apvienotajā Karalistē (Skotijā). Cietumu darbinieku pretestību un konfidencialitātes trūkumu norāda kā šķēršļus veiksmīgai adatu un šļirču apmaiņas programmu īstenošanai cietumos.

⁽⁴²⁾ Skatīt attēlu HSR-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴³⁾ Skatīt tabulu HSR-7 2009. gada statistikas biļetenā.



3. nodaļa

Kaņepes

Ievads

Situācija Eiropā attiecībā uz kaņepēm pēdējā desmitgadē ir ievērojami mainījusies; tāpat ir mainījušās arī diskusijas, kā labāk risināt šīs narkotikas lietošanas lielo izplatību. 20. gs. 90. gadu sākumā un vidū bija maz valstu, kurās izplatības rādītāji bija augsti, bet Eiropā pastāvošais standarta līmenis salīdzinājumā ar šā brīža rādītājiem bija zems. Gandrīz visās valstīs kaņepju lietošana 20. gs. 90. gados un 21. gs. sākumā ir palielinājusies, kā rezultātā situācija Eiropā tagad ir viendabīgāka, kaut gan atšķirības starp valstīm joprojām pastāv. Turklāt pēdējos gados ir palielinājusies izpratne par šo narkotiku ilgtermiņa lietošanas un lielās izplatības ietekmi uz sabiedrības veselību un ārstniecības pieprasījuma līmeni ar kaņepju lietošanu saistītu problēmu gadījumā. Iespējams, ka Eiropā šajā ziņā sākas jauns posms, jo dati, kas iegūti iedzīvotāju un skolu aptaujās, norāda, ka lietošanas līmenis stabilizējas vai pat samazinās. Tomēr no vēsturiskā skatupunkta lietošanas līmenis joprojām ir augsts, un Eiropas diskusijā par narkotikām joprojām ir palicis neatbildēts

svarīgais jautājums, kā efektīvi risināt kaņepju lietošanas problēmu.

Piedāvājums un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kaņepes var audzēt ļoti dažādos apstākļos, turklāt daudzviet pasaulē tās aug brīvā dabā. Pašreiz tiek uzskatīts, ka kaņepes audzē 172 valstīs un teritorijās (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Apkopojot šos faktus, jāsecina, ka precīzi aplēst kaņepju ražošanas apjomus pasaulē varētu būt ļoti grūti. UNODC (2009) lēš, ka 2008. gadā kaņepju ražošanas apjoms visā pasaulē bija 13 300 līdz 66 100 tonnu.

Kaņepju audzēšana Eiropā paplašinās un, iespējams, pieaug (Korf, 2008). 2007. gadā 19 Eiropas valstīs minēja mājas kaņepju audzēšanu, lai gan šis parādības mērogs, šķiet, ir krietni mainīgs. Ievērojama daļa kaņepju, ko izmanto Eiropā, drīzāk ir starpreģionu tirdzniecības rezultāts.

2. tabula. Kaņepju augu un sveķu ražošana, atsavināšana, cena un iedarbība.

	Kaņepju sveķi	Kaņepju augi
Ražošanas aplēses pasaulē (tonnas)	2 200–9 900	13 300–66 100
Atsavināšanas aplēses pasaulē (tonnas)	1 300	5 600
Atsavinātais daudzums (tonnas) ES un Norvēģija (tostarp Horvātija un Turcija)	853 (859)	70 (96)
Atsavināšanas gadījumu skaits ES un Norvēģija (tostarp Horvātija un Turcija)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Vidējā mazumtirdzniecības cena (EUR par gramu) Diapazons (iespējamais diapazons) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Vidējās iedarbības diapazons (THC saturs)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Paziņoto vidējo cenu vidējās daļas diapazons.

NB: Visi dati par 2007. gadu, izņemot ražošanas aplēses visā pasaulē, kas ir par 2008. gadu.

Avoti: UNODC World drug report (2009) par vērtībām pasaulē, Reitox tīkla valstu koordinācijas punktu dati par Eiropu.

⁽⁴⁴⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 39. lpp.

Kaņepju augi Eiropā tiek arī ievesti, lielākoties no Āfrikas (piemēram, Nigērijas, Marokas, Ganas, Dienvidāfrikas) un retāk arī no dienvidrietumu Āzijas (Pakistānas) un Amerikas (Jamaikas) (INCB, 2009a).

Kaņepju sveķu ražošanas apjoms visā pasaulē 2008. gadā bija 2200 līdz 9900 tonnu (UNODC, 2009), un Maroka joprojām ir galvenais ražotājs. Teritorija kaņepju sveķu ražošanai laikā no 2003. līdz 2005. gadam ir samazinājusies no 134 000 hektāru līdz 76 400 hektāriem (UNODC un Marokas valdība, 2007). Ziņo arī par sveķu ražošanu citās valstīs, tostarp Afganistānā un Pakistānā (UNODC, 2009). Kaņepju sveķus, kas ražoti Marokā, parasti kontrabandas ceļā iaved Eiropā caur Ibērijas pussalu un Nīderlandi, kur to tālāk izplata citās Eiropas valstīs.

Atsavināšana

Pasaulē 2007. gadā atsavinātas 5600 tonnas kaņepju augu un 1300 tonnas kaņepju sveķu, kas ir vidēji par 10 % vairāk nekā iepriekšējā gadā. Ziemeļamerika joprojām ziņo par lielāko daļu atsavināto kaņepju (66 %), bet atsavināto sveķu daudzums joprojām ir lielāks Rietumeiropā un Centrāleiropā (66 %) (UNODC, 2009).

Eiropā 2007. gadā kaņepju augi ir atsavināti aptuveni 241 000 reižu, kopā konfiscējot 96 tonnas ⁽⁴⁵⁾. Laikā no 2002. gada līdz 2007. gadam atsavināšanu skaits ir pieaudzis vairāk nekā divas reizes. Atsavināto kaņepju augu daudzums šā perioda pirmajos divos gados samazinājās uz pusi un pēc tam pieauga, tādēļ joprojām ir zemāks nekā 130 tonnu, kas atsavinātas 2002. gadā. Par lielāko skaitu kaņepju augu atsavināšanu ziņoja Apvienotā Karaliste, kur tas bija aptuveni puse no kopējā skaita 2005. un 2006. gadā. Turcija (25,5 tonnas) un Beļģija (12,8 tonnas) par rekordlielu atsavināšanu skaitu ziņoja 2007. gadā.

Kaņepju sveķu atsavināšana Eiropā pārsniedz kaņepju augu atsavināšanu gan skaita, gan atsavinātā apjoma ziņā ⁽⁴⁶⁾. 2007. gadā īstenots aptuveni 325 000 kaņepju sveķu atsavināšanu, kā rezultātā ir pārtvertas 859 tonnas narkotiku, kas ir gandrīz deviņas reizes vairāk nekā atsavinātie kaņepju augi. Laikā no 2002. līdz 2007. gadam kaņepju sveķu atsavināšanu skaits pieauga, lai gan tajā pašā periodā atsavinātais daudzums bija svārstīgs. Par vairāk nekā pusi no kopējā skaita kaņepju sveķu atsavināšanas reižu un aptuveni trīs ceturtdaļām 2007. gadā atsavinātā daudzuma ziņoja Spānija; tāpat par rekordlieliem atsavinātiem kaņepju sveķu daudzumiem

ziņoja arī Beļģija (59 tonnas), Portugāle (43 tonnas) un Turcija (sešas tonnas).

Kopš 2002. gada kaņepju augu atsavināšanu skaits ir lēnām pieaudzis, 2007. gadā sasniedzot aptuveni 15 000 gadījumu. Valstis ziņo par atsavinātajiem daudzumiem, minot vai nu augu skaitu, vai arī aptuveno svaru. Atsavināto augu skaits bija 2,4 miljoni – tas ir skaitlis, kas bija samērā stabils pēdējo divu gadu laikā, pieaugot no 1,5 miljoniem 2002. gadā. Atsavināto augu skaits šā perioda laikā ir ievērojami audzis un 2007. gadā sasniedzis 27 tonnas, no kurām par 25 tonnām ziņoja Spānija.

Narkotiku piedāvājums un pieejamība: dati un to avoti

Joprojām trūkst sistematiskas un regulāras informācijas, kas raksturotu nelegālo narkotiku tirgus un tirdzniecību. Heroīna, kokaīna un kaņepju ražošanas aplēses iegūst no audzēšanas aplēsēm, kas ir balstītas uz lauka darbu (augšnes paraugiem) un novērojumiem no lidaparātiem vai satelīti. Ir būtiski apstākļi, kas ierobežo šo aplēšu precizitāti, piemēram, ražas rādītāju dažādība vai grūtības uzraudzīt kultūras, piemēram, kaņepes, kuras audzē iekštelpās vai kuru audzēšana nav ierobežota kādā ģeogrāfiskā apgabalā.

Par narkotiku piedāvājuma, tirdzniecības ceļu un pieejamības netiešu rādītāju nereti uzskata narkotiku atsavināšanu. Tie drīzāk ir tieši narkotiku likuma izpildes rādītāji (piemēram, prioritātes, resursi, stratēģijas), kā arī tie atspoguļo gan ziņošanas praksi, gan tirgoņu neaizsargātību. Var analizēt arī datus par nelegālo narkotiku tīrību vai iedarbības pakāpi un mazumtirdzniecības cenām, lai izprastu narkotiku mazumtirdzniecības tirgu. Taču šāda veida dati, iespējams, nav pietiekami pieejami, un to ticamība un salīdzināmība ir apšaubāma. Ainu var papildināt ar tiesībsargājošo iestāžu izlūkinformāciju.

EMCDDA apkopo Eiropas valstu datus par narkotiku atsavināšanu, tīrību un mazumtirdzniecības cenām. Pārējie dati par narkotiku piedāvājumu ir iegūti galvenokārt no UNODC informācijas sistēmām un analizēm, pievienojot Eiropola sniegto papildinformāciju. Informāciju par narkotiku prekursoriem iegūst no Eiropas Komisijas, kas vāc datus par šo vielu atsavināšanas gadījumiem ES, un INCB, kas piedalās nelegālo narkotiku ražošanā izmantoto ķīmisko prekursoru novirzīšanas novēršanas starptautiskajās iniciatīvās.

Dati un aplēses, kas sniegtas šajā pārskatā, ir labākie pieejamie tuvinājumi, taču tie ir jāinterpretē piesardzīgi, jo daudzās pasaules daļās joprojām trūkst detalizētu informācijas sistēmu saistībā ar narkotiku piedāvājumu.

⁽⁴⁵⁾ Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku atsavināšanu Eiropā ir atrodami tabulās no SZR-1 līdz SZR-6 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁶⁾ Kravas lieluma un nobrauktā attāluma atšķirību dēļ, kā arī tādēļ, ka ir jāšķirso starptautiskās robežas, kaņepju sveķi ir vairāk pakļauti atsavināšanas riskam, nekā uz vietas audzētās kaņepes.

Iedarbība un cena

Kaņepju preparātu iedarbību nosaka kaņepju primārās aktīvās sastāvdaļas delta-9-tetrahidrokannabinola (THC) daudzums. Dažādās valstīs, individuālu valstu ietvaros un dažādiem kaņepju preparātiem ir novērotas ļoti atšķirīgas iedarbības pakāpes. Informācija par kaņepju iedarbību lielākoties ir balstīta uz atsavināto kaņepju, no kurām izvēlās paraugus, tiesu analīzi. Apmērs, kādā analizētais paraugs atspoguļo tirgu kopumā, ir neskaidrs, tādēļ dati par iedarbību ir interpretējami piesardzīgi. 2007. gadā vidējais THC saturs kaņepju sveķos, par ko ziņoja valstis, bija no 2,9 % līdz 13,3 %. Kaņepju augu vidējā iedarbība, izņemot Nīderlandes vietējās kaņepes – *sinemillas* (*nederwiet*), ir 1,2 % līdz 10,2 %. Laikā no 2002. līdz 2007. gadam vidējā sveķu un augu iedarbība saglabājās nemainīga vai samazinājās lielākajā daļā 16 Eiropas valstu, par kurām var veikt šo analīzi. Tomēr Portugālē un Luksemburgā tika konstatēta tendence pieaugt THC saturam sveķos. Vēl piecās valstīs bija novērots kaņepju augu iedarbības palielinājums. Informācija par vietēji audzētu kaņepju augu iedarbību gadu gaitā ir pieejama tikai par Nīderlandi, kur pēdējā laikā ir novērots *nederwiet* vidējās iedarbības samazinājums no maksimālā lieluma 20,3 % 2004. gadā līdz 16,0 % 2006. gadā, un arī 2007. gadā saglabāja augstu līmeni ⁽⁴⁷⁾.

Vidējā mazumtirdzniecības cena kaņepju sveķiem 2007. gadā bija no EUR 3 līdz EUR 11 par gramu 18 valstīs, kuras sniedza informāciju, no kurām puse ziņoja par summām no EUR 5 līdz EUR 9. Kaņepju augu vidējā mazumtirdzniecības cena bija no EUR 1 līdz EUR 12 par gramu 17 valstīs, kuras sniedza informāciju, no kurām aptuveni puse ziņoja par cenu no EUR 4 līdz EUR 9. Vienpadsmit valstīs, kuru iesniegtie dati attiecās uz periodu no 2002. līdz 2007. gadam, vidējā mazumtirdzniecības cena kaņepju sveķiem inflācijas ietekmē samazinājās. Dati, kas par šo pašu periodu ir pieejami par kaņepju augiem, liecina par stabilāku situāciju.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Kaņepju lietošana iedzīvotāju vidū kopumā

No konservatīvām aplēsēm izriet, ka aptuveni 74 miljoni eiropiešu jeb vairāk nekā viena piektdaļa visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir vismaz reizi (ilgstošas lietošanas izplatība) pamēģinājuši kaņepes (datu apkopojumu skatīt 3. tabulā). Starp valstīm ir vērojamas būtiskas atšķirības, un valstu izplatības rādītāji svārstās no 1,5 % līdz 38,6 %. Lielākajā daļā valstu izplatība ir aptuveni 10–30 %.

Pēc daudzu valstu paziņotajiem datiem kaņepju lietošanas izplatība pagājušā gada laikā un pagājušā mēneša laikā ir bijusi augsta. Saskaņā ar aplēsēm pēdējā gada laikā

Iedzīvotāju apsekojumi: svarīgs instruments Eiropas narkotiku lietošanas ieviržu un tendenču labākai izpratnei

Narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū kopumā vai skolu audzēkņu vidū var noteikt, izmantojot reprezentatīvus apsekojumus, kas ļauj aplēst to indivīdu īpatnību, kuri norāda, ka noteiktā laikposmā ir lietojuši konkrētas narkotikas. Apsekojumi sniedz arī noderīgu plašāku informāciju par lietošanas ievirzēm, lietotāju sociāldemogrāfisko raksturojumu un izpratni par risku un pieejamību.

EMCDDA kopīgi ar valstu ekspertiem ir izstrādājis vispārēju pamatjautājumu kopumu (Eiropas modelļaptauju jeb EMQ), ko izmanto pieaugušo iedzīvotāju apsekojumos. Tas ir ieviests lielākajā daļā ES dalībvalstu. Tomēr valstis vēl arvien izmanto atšķirīgu datu vākšanas metodiku un atsaucies gadus, un nelielas atšķirības, jo īpaši starp valstīm, būtu jāvērtē piesardzīgi.

Tā kā apsekojumi izmaksā dārgi, nav daudz valstu, kas vāc informāciju katru gadu, kaut gan daudzas vāc informāciju ik pēc diviem līdz četriem gadiem. Šajā ziņojumā ir iekļauti jaunākie pieejamie apsekojumu dati, kas pārsvarā attiecas uz laikposmu no 2004. gada līdz 2007. gadam.

No trīs standarta laikposmiem, ko izmanto, ziņojot pārskata datus, ilgstošas lietošanas izplatība (narkotiku lietošana personas dzīves jebkurā laikā) ir visplašākais. Šis pasākums neatspoguļo šā brīža narkotiku lietošanas situāciju pieaugušo vidū, bet var būt noderīgs, lai saprastu lietošanas ievirzes un izplatību. Pieaugušajiem EMCDDA standarta vecums svārstās no 15 līdz 64 gadiem (visi pieaugušie) un no 15 līdz 34 gadiem (jauni pieaugušie), un īpaša uzmanība tiek pievērsta lietošanai pēdējā gada laikā un pēdējā mēneša laikā (lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā vai pēdējo 30 dienu laikā pirms apsekojuma veikšanas) ⁽¹⁾. Skolu audzēkņiem lietošanas dzīves laikā un pēdējā gada laikā izplatība ir līdzīga, jo nelegālo narkotiku lietošana pirms 15 gadu vecuma ir retums.

Eiropas skolu apsekojuma projektā par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD) izmantotas standartizētas metodes un instrumenti, lai izvērtētu narkotiku un alkohola lietošanu starp 15 līdz 16-gadīgu jauniešu paraugiem. Apsekojums ir veikts 1995., 1999., 2003. un 2007. gadā. 2007. gadā dati tika vākti 35 valstīs, tostarp 25 ES dalībvalstīs, Norvēģijā un Horvātijā ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Vairāk informācijas skatīt <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>.

⁽²⁾ ESPAD apsekojuma būtiskāko datu kopsavilkums ir pieejams 23 valodās (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Pilnu ziņojuma tekstu var atrast tiešsaistē ESPAD tīmekļa vietnē (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Datus par iedarbīgumu un cenām skatīt tabulā PPP-1 un PPP-5 2009. gada statistikas biļetenā.

3. tabula. Kaņepju lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā — datu apkopojums.

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms		
	Vismaz vienu reizi mūžā	Pēdējā gada laikā	Pēdējā mēneša laikā
15–64 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	74 miljoni	22,5 miljoni	12 miljoni
Vidēji Eiropā	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Diapazons	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgārija (5,6 %) Kipra (6,6 %)	Rumānija (0,4 %) Malta (0,8 %) Grieķija (1,7 %) Bulgārija (1,9 %)	Rumānija (0,1 %) Malta (0,5 %) Zviedrija (0,6 %) Lietuva (0,7 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Dānija (38,6 %) Itālija (31,2 %) Francija (30,6 %) Apvienotā Karaliste (30,0 %)	Itālija (14,6 %) Spānija (10,1 %) Čehijas Republika (9,3 %) Francija (8,6 %)	Itālija (7,2 %) Spānija (7,1 %) Francija, Čehijas Republika (4,8 %)
15–34 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	41,5 miljoni	17 miljoni	9 miljoni
Vidēji Eiropā	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Diapazons	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (2,9 %) Malta (4,8 %) Kipra (9,9 %) Grieķija (10,8 %)	Rumānija (0,9 %) Malta (1,9 %) Grieķija (3,2 %) Kipra (3,4 %)	Rumānija (0,3 %) Zviedrija (1,3 %) Grieķija, Lietuva (1,5 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Dānija (48,0 %) Francija (43,6 %) Apvienotā Karaliste (40,1 %) Čehijas Republika (38,3 %)	Itālija (20,9 %) Čehijas Republika (19,3 %) Spānija (18,8 %) Francija (16,7 %)	Spānija (14,4 %) Itālija (10,4 %) Čehijas Republika, Francija (9,8 %)
15–24 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	19 miljoni	10 miljoni	5 miljoni
Vidēji Eiropā	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Diapazons	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (3,7 %) Malta (4,9 %) Kipra (6,9 %) Grieķija (9,0 %)	Rumānija (1,5 %) Grieķija, Kipra (3,6 %) Zviedrija (6,0 %) Portugāle (6,6 %)	Rumānija (0,5 %) Grieķija (1,2 %) Zviedrija (1,6 %) Kipra, Lietuva (2,0 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Čehijas Republika (43,9 %) Francija (42,0 %) Dānija (41,1 %) Vācija (39,0 %)	Čehijas Republika (28,2 %) Spānija (24,1 %) Itālija (22,6 %) Francija (21,7 %)	Spānija (16,9 %) Čehijas Republika (15,4 %) Francija (12,7 %) Itālija (11,5 %)
Izplatības aplēses Eiropā ir balstītas uz svērto vidējo no jaunākajiem valstu apsekojumiem, kas veikti no 2001. līdz 2008. gadam (lielākoties no 2004. līdz 2008. gadam), tādēļ tās nevar attiecināt uz vienu gadu. Vidējo izplatību Eiropā aprēķināja ar svērto vidējo saskaņā ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Valstīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamata izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (334 miljoni), 15–34 gadi (133 miljoni) un 15–24 gadi (63 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2009. gada statistikas biļetena sadaļā <i>General population surveys</i> .			

kaņepes ir lietojuši aptuveni 22,5 miljoni eiropiešu jeb caurmērā aptuveni 6,8 % visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Aprēķini par lietošanu pēdējā mēneša laikā aptver iedzīvotājus, kas lieto šīs narkotikas regulārāk,

tomēr tas nenozīmē, ka intensīvāk (skatīt tālāk). Saskaņā ar aplēsēm iepriekšējā mēneša laikā šīs narkotikas ir lietojuši apmēram 12 miljoni eiropiešu jeb caurmērā aptuveni 3,6 % visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem.

Kaņepju izplatība gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū

Kaņepju lietotāji lielākoties ir jaunieši (15–34 gadus veci), un kaņepju lietošana parasti visvairāk ir izplatīta 15–24 gadus vecu iedzīvotāju vidū. Tas ir raksturīgi gandrīz visām Eiropas valstīm, izņemot Portugāli ⁽⁴⁸⁾.

Iedzīvotāju apsekojumos iegūtie dati liecina, ka vidēji 31,1 % gados jaunu pieaugušo (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) Eiropā ir kaut reizi mūžā pamēģinājuši kaņepes, 12,5 % ir lietojuši šīs narkotikas pēdējā gada laikā, bet 6,8 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī. Joprojām lielākā daļa eiropiešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem ir lietojuši kaņepes pēdējā gada laikā (15,9 %) vai pēdējā mēneša laikā (8,3 %). Aplēses par kaņepju lietošanas izplatību dažādās valstīs, aplūkojot lietošanas izplatību jebkurā laikposmā, var ļoti atšķirties; valstīs, kur izplatības rādītājs ir vislielākais, tas pat desmitkārtīgi var pārsniegt to valstu rādītājus, kur konstatēta zemākā izplatība.

Kaņepju lietošanas izplatība parasti lielāka ir vīriešu vidū (skatīt EMCDDA, 2006a), lai gan starp valstīm ir vērojamas atšķirības. Piemēram, no visiem, kas atzinuši, ka pagājušajā gadā lietojuši kaņepes, vīriešu un sieviešu attiecība bija robežās no 6,4 vīriešiem uz vienu sievieti Portugālē līdz 1,4 vīriešiem uz vienu sievieti Austrijā.

Kaņepju lietošana skolu audzēkņu vidū

ESPAD aptauja ⁽⁴⁹⁾ sniedz salīdzināmus datus par alkohola un narkotiku lietošanu 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū Eiropā (Hibell un citi, 2009). 2007. gadā aptauju veica 25 ES dalībvalstīs, kā arī Norvēģijā un Horvātijā. Dažas valstis (piemēram, Spānija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste) veica savas valsts skolu aptaujas, kas sniedza datus, tostarp par kaņepju lietošanu, kas ir salīdzināmi ar ESPAD un HBSC (skolas vecuma bērnu veselība un uzvedība) aptaujām.

2007. gada ESPAD dati atklāja, ka lielākā kaņepju ilgstošas lietošanas izplatība 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū ir Čehijas Republikā (45 %) ⁽⁵⁰⁾, bet Igaunijā, Francijā, Nīderlandē, Slovākijā un Apvienotajā Karalistē izplatības līmenis ir no 26 % līdz 32 %. Piecpadsmit valstis ziņoja, ka vismaz vienu reizi dzīves laikā kaņepes ir lietojuši 13 % līdz 25 % jauniešu. Viszemākais līmenis (mazāk nekā 10 %) ir Grieķijā, Kiprā, Rumānijā, Somijā, Zviedrijā un Norvēģijā. Kopumā kaņepju ilgstošas lietošanas izplatības atšķirības starp dzimumiem skolu audzēkņu vidū nav lielas.

Pēdējā mēneša laikā kaņepes lietojušo 15–16 gadīgo jauniešu lielākais skaits Eiropā ir Spānijā (20 %) un Čehijas Republikā (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Datus par Eiropu var salīdzināt ar datiem par citām pasaules daļām. Piemēram, Nacionālajā apsekojumā par narkotiku lietošanu un veselību (Samhsa, 2007) Amerikas Savienotajās Valstīs tika noteikts, ka kaņepes vismaz reizi mūžā ir lietojuši 49 % gados jaunu pieaugušo (15–34 gadi saskaņā ar EMCDDA pārrēķinu), bet pēdējā gada laikā – 21 %. Tajā pašā vecuma grupā Kanādā (2004. gadā) kaņepes vismaz reizi mūžā ir lietojuši 58 %, bet pēdējā gada laikā – 28 %, bet Austrālijā (2007. gadā) šie rādītāji bija 47 % un 16 %. Visi šie rādītāji ir lielāki par atbilstošajiem vidējiem rādītājiem Eiropā, kas ir attiecīgi 31,1 % un 12,5 %.

Skolēnu vidū tikai Spānija un Čehijas Republika ziņo par tādu skaitu skolas audzēkņu, kuri vismaz reizi dzīves laikā ir lietojuši kaņepes, kas ir salīdzināms ar Amerikas Savienoto Valstu un Austrālijas sniegtajiem datiem.

Kaņepju lietošanas tendences

EMCDDA ziņotie valstu apsekojumu dati liecina, ka gandrīz visās ES valstīs 20. gs. 90. gados kaņepju lietošana manāmi palielinājās, jo īpaši jauniešu (3. attēls) un skolu audzēkņu vidū. Gadsimtu mijā lielākajā daļā Eiropas valstu liels skaits gados jauno iedzīvotāju bija lietojuši vai lietoja narkotikas, par ko liecina fakts, ka laikā no 1998. līdz 2003. gadam septiņās valstīs cilvēku vecumā no 15 līdz 34 gadiem, kas vismaz reizi dzīves laikā ir lietojuši kaņepes, skaits palielinājās līdz 30 % un vēl divās valstīs pārsniedza 40 %. Šajā pašā vecuma grupā septiņās valstīs to cilvēku, kas kaņepes lietojuši pēdējā gada laikā, proporcija bija 15–20 % un pēdējā mēneša laikā lietojušo skaits sasniedz 8–15 %.

Īpaši interesanta ir kaņepju lietošanas tendence Apvienotajā Karalistē. 20. gs. 90. gadu sākumā un vidū šajā Eiropas valstī bija visaugstākie izplatības rādītāji. Šī situācija mainījās, kad citās valstīs palielinājās lietošanas līmenis. Apvienotajā Karalistē, sākot ar 2003. gadu, kaņepju lietošana pamazām samazinājās, jo īpaši vecuma grupā no 16 līdz 24 gadiem ⁽⁵²⁾, iespējams, paaudžu maiņas dēļ. Lejupejošu vai stabilu tendenci tagad var novērot arī citur, gan skolu, gan vispārējās sabiedrības apsekojumu datos. No vienpadsmit valstīm, par kurām ir iespējams analizēt datus par kaņepju lietošanu pagājušā gada laikā jaunu

⁽⁴⁸⁾ Skatīt attēlu GPS-1 2009. gada statistikas biļetenā.

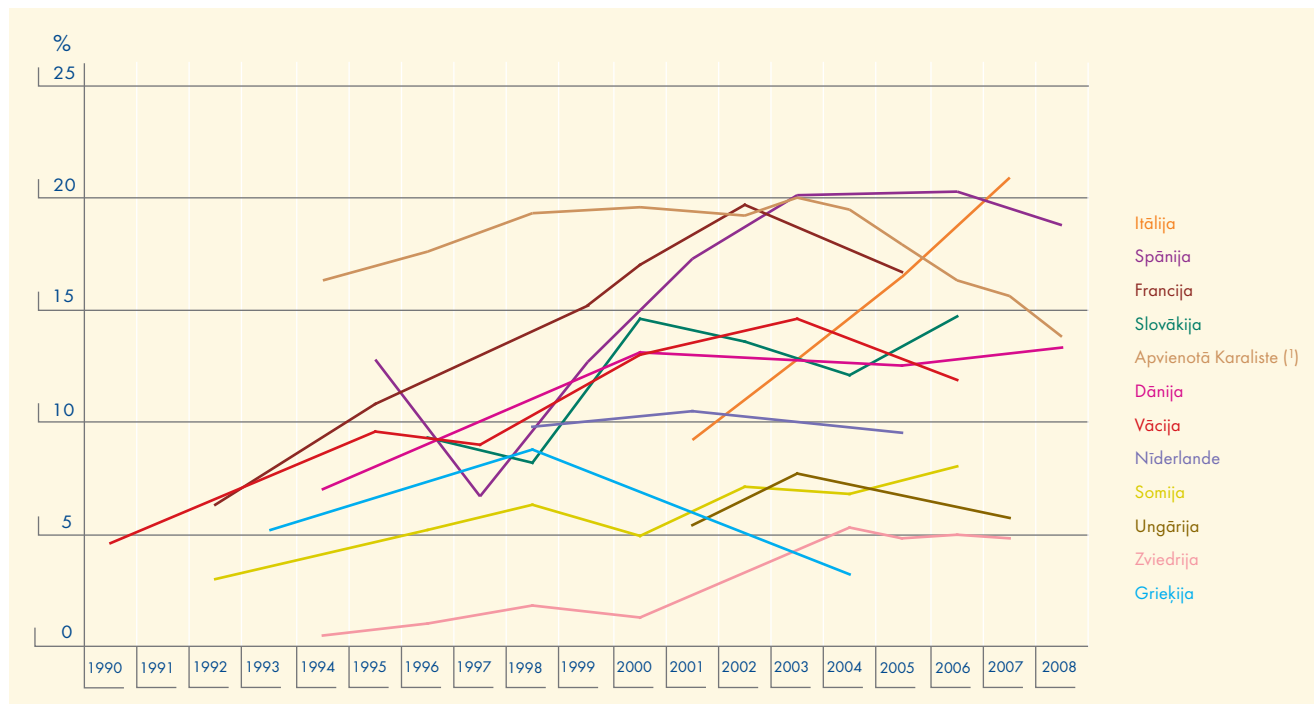
⁽⁴⁹⁾ Skatīt iedzīvotāju aptaujas, 40. lpp.

⁽⁵⁰⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵¹⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (i daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵²⁾ Skatīt attēlu GPS-10 2009. gada statistikas biļetenā.

3. attēls. Lietošanas pēdējā gada laikā izplatības tendences – kaņepju pārsvars jaunu pieaugušo vidū (15–34 gadi).



(¹) Anglija un Velsa.

NB: Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-4 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2008), kas ņemti no iedzīvotāju aptaujām, ziņojumiem un zinātniskiem rakstiem.

pieaugušo vidū laikā no 2002. līdz 2007. gadam, četras ziņo par samazinājumu par vismaz 15 % no sākotnējās vērtības un vēl četrās situācija ir stabila (⁵³). Trīs valstīs izplatības līmenis pieauga vismaz par 15 %, lai gan citi dati apšaubā šo augšupejošo tendenci.

Tendences skolu audzēkņu vidū

Tāpat kā pieaugušo vidū laikā no 1995. gada līdz 2003. gadam daudzās Eiropas valstīs ir vērojams kaņepju lietošanas pieaugums arī skolu audzēkņu vidū, bet pēdējā laikā šis pieaugums ir apstājies vai pat samazinājies. Tikai divas no EMCDDA uzraudzītajām valstīm, kas 2007. gadā piedalījās ESPAD skolu apsekojumos (Lietuva un Slovākija), ziņo par vairāk nekā trīs procentu pieaugumu kopš 2003. gada to narkotiku lietotāju vidū, kas kaņepes ir lietojuši vismaz vienu reizi dzīvē, bet citas valstīs šajā periodā ziņo par ekvivalentu samazinājumu (⁵⁴). Arī skolu apsekojumu dati no Amerikas Savienotajām Valstīm un Austrālijas liecināja par samazinājuma tendenci, kas vispirms novērota Austrālijā 1999. gadā (⁵⁵).

Eiropā skolu audzēkņu vidū laikā no 1995. līdz 2007. gadam ir novērojamas citas kaņepju lietošanas

laika tendenču ievirzes (4. attēls). Septiņas valstis, kas lielākoties atrodas Eiropas ziemeļos un dienvidos (Grieķija, Kipra, Malta, Rumānija, Somija, Zviedrija, Norvēģija), šajā periodā ziņo par stabilu vai zemu to lietotāju skaitu, kas kaņepes ir lietojuši vismaz reizi mūžā. Lielākajā daļā Eiropas valstu, kā arī Horvātijā un Slovēnijā, kurās līdz 2003. gadam ievērojami pieauga kaņepju lietotāju skaits, kas tās ir lietojuši vismaz reizi dzīvē, 2007. gadā novēroja samazinājumu vai stabilizēšanos. No šīm vienpadsmit valstīm deviņas ziņoja par samazinājumu vairāk nekā par trim procentiem, un divās situācija bija stabila. Savukārt Centrālēiropā un Austrumeiropā situācija ir citāda: pieaugoša tendence, kas bija novērojama no 1995. līdz 2003. gadam, šķiet, izlīdzinās. Šajā reģionā sešas valstis ziņo par stabilu situāciju un divas ziņo par pieaugumu par vairāk nekā trīs procentiem (⁵⁶).

Dažās Eiropas valstīs vismaz reizi mūžā kaņepes lietojušo personu skaita pieaugumu skolu audzēkņu vidū laikā no 1995. gada līdz 2003. gadam papildināja arī vismaz reizi mūžā smēķējušo jauniešu skaita pieaugums. Kopš 2003. gada daudzās valstīs abas šīs tendences ir samazinājušās, kas varētu liecināt par saikni starp tabakas un kaņepju smēķēšanu jaunu cilvēku vidū (⁵⁷).

(⁵³) Ja informācija par šo gadu nebija pieejama, tika izmantota informācija par iepriekšējo vai nākamā gadu.

(⁵⁴) ESPAD uzskata, ka pieaugums vai samazinājums par vairāk nekā trīs procentiem norāda uz izmaiņām.

(⁵⁵) Skatīt attēlu EYE-1 (xii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

(⁵⁶) Skatīt attēlu EYE-1 (xiii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

(⁵⁷) Skatīt lpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu.

Kaņepju lietošanas ievirzes

Pieejamie dati norāda uz vairākām kaņepju lietošanas iezīmēm. No visiem 15–64 gadus veciem iedzīvotājiem, kas kaut reizi ir lietojuši kaņepes, tikai 30 % ir lietojuši kaņepes pēdējā gadā ⁽⁵⁸⁾. Taču no tiem, kas lietojuši šo narkotiku pēdējā gada laikā, vidēji 50 % to ir darījuši pēdējā mēneša laikā, un jaunākie pētījumi liecina, ka atkārtota šīs vielas lietošana var notikt ilgu laika periodu arī jaunu lietotāju vidū (Perkonigg, 2008).

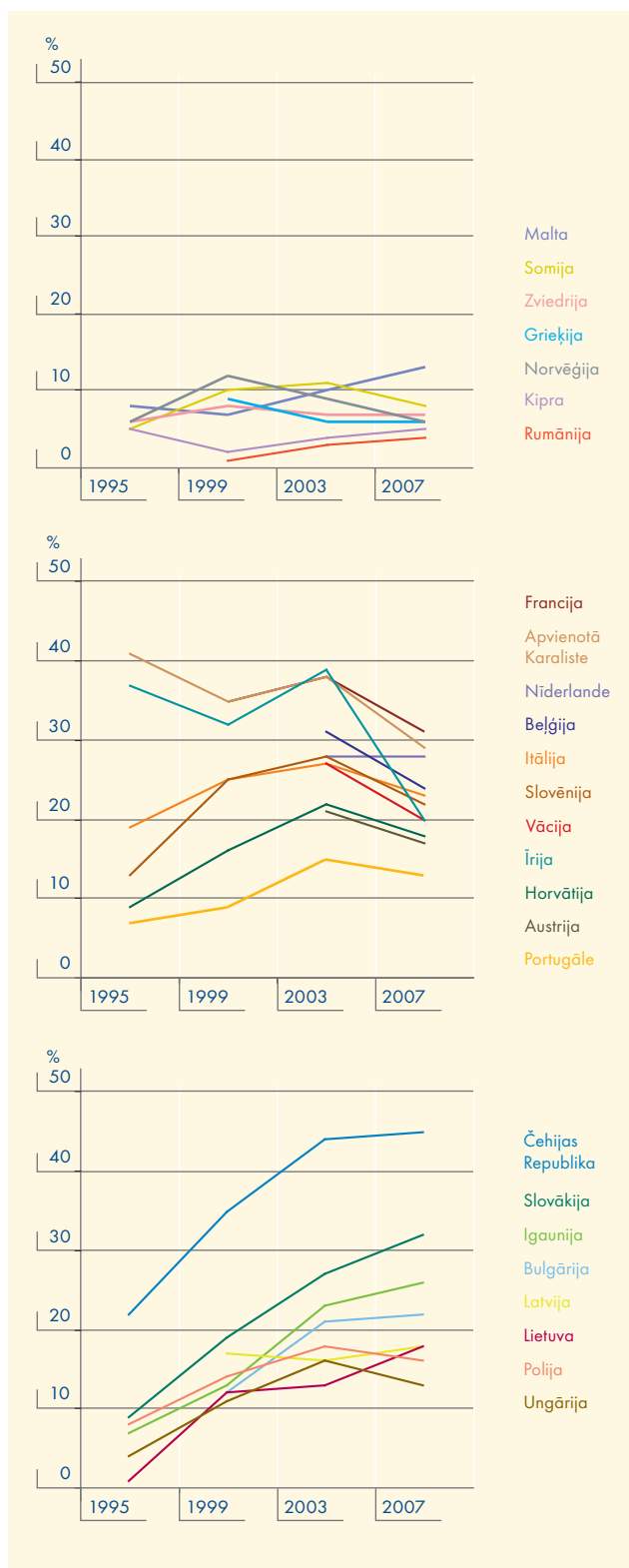
Intensīvas un ilgtermiņa lietošanas ieviržu izplatības izvērtēšana ir būtisks sabiedrības veselības jautājums, jo tas ir saistīts ar negatīvām sekām, piemēram, elpošanas problēmām, vāju sekmību vai atkarību (Hall un Solowij, 1998). Šobrīd vislabāk pieejamais salīdzināmais intensīvas lietošanas rādītājs ir lietošana katru dienu vai gandrīz katru dienu (lietošana 20 vai vairāk dienas pēdējo 30 dienu laikā). Dati par šo kaņepju lietošanas ievirzi Eiropā tika ievākti 2007./2008. gadā kā EMCDCA koordinēta "praktiska izmēģinājuma" daļa sadarbībā ar valstu ekspertiem un Reitox koordinācijas centriem 13 valstīs, aptverot 77 % ES pieaugušo iedzīvotāju (15–64). Pamatojoties uz šiem datiem, lēš, ka katru dienu vai gandrīz katru dienu kaņepes lieto vairāk nekā 1 % visu pieaugušo Eiropā jeb apmēram četri miljoni cilvēku. Lielākā daļa šo kaņepju lietotāju – apmēram trīs miljoni – ir vecumā no 15 līdz 34 gadiem, kas ir aptuveni 2–2,5 % visu eiropiešu šajā vecuma grupā ⁽⁵⁹⁾.

Intensīvas kaņepju lietošanas tendences ir grūti izvērtēt, jo trūkst datu. No septiņām valstīm, kas ir sniegušas datus par jaunākajām tendencēm, četras (Spānija, Francija, Itālija, Portugāle) ziņoja par kaņepju lietošanas pieaugumu ikdienā, viena par situāciju bez izmaiņām (Īrija) un tikai divas ziņoja par samazinājumu (Grieķija, Nīderlande) ⁽⁶⁰⁾. Šie rezultāti liecina par iespējamu vispārīgu intensīvu kaņepju lietotāju skaita pieaugumu Eiropā pēdējo desmit gadu laikā.

Arvien vairāk tiek atzīts, ka regulāri lietojot kaņepes, var rasties atkarība no šīs narkotikas, pat ja tās smaguma pakāpe un sekas šķiet mazākas nekā parasti citām psihoaktīvām vielām (piemēram, heroīnam vai kokaīnam). Tomēr, tā kā kaņepes regulāri lieto salīdzinoši lielāka daļa iedzīvotāju, kaņepju intensīvu lietošanas veidu kopējā ietekme uz sabiedrības veselību varētu būt ievērojama. Lietotāji, jo īpaši intensīvie lietotāji, var saskarties ar problēmām arī tad, ja kliniski nav atzīstami par atkarīgiem.

Pētījumi liecina, ka pieradums pie kaņepēm veidojas lēnāk nekā pie citām narkotikām (piemēram, kokaīna) un ka

4. attēls. Kaņepju ilgstošas lietošanas izplatības tendenču dažādās ievirzes 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū.



Avots: ESPAD.

⁽⁵⁸⁾ Skatīt attēlu GPS-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁹⁾ Eiropas vidējos rādītājus aprēķina, pamatojoties uz svēto vidējo (par iedzīvotājiem) valstīm, par kurām ir informācija, un piedēvējot to valstīm, par kurām nav informācijas. 1,2 % visu pieaugušo (15–64 gadus veci) un 2,3 % gados jaunu pieaugušo (15–34 gadi). Skatīt tabulu GPS-7 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁰⁾ Skatīt tabulu GPS-7 2009. gada statistikas biļetenā.

cilvēku vidū, kuri šo narkotiku ir lietojuši vismaz vienu reizi mūžā, to cilvēku proporcija, kam kādreiz izveidojas atkarība, iespējams, nav lielāka par 10 % (Wagner un Anthony, 2002). Vispārējās sabiedrības apsekojuma datus par ASV atkarība tika atklāta 20–30 % ikdienas lietotāju (⁶¹). Citi pētījumi liecina, ka atkarība no kaņepēm laika gaitā var būt stabila (Swift un citi, 2000). Tomēr aptuveni puse atkarīgo kaņepju lietotāju var pārtraukt narkotiku lietošanu bez ārstniecības (Cunningham, 2000; Ellingstad un citi, 2006).

Ievirzes skolu audzēkņu vidū

2007. gada ESPAD aptaujas arī atklāj, ka kaņepju lietošana vismaz vienu reizi dzīvē ir saistīta ar izpratni par zemāku risku un narkotiku pieejamību (⁶²). Salīdzinot ar studentu vispārīgo iedzīvotāju grupu, kaņepju lietotāji biežāk lieto arī alkoholu, tabaku un citas nelegālās narkotikas (⁶³).

Jaunie ESPAD pētījumu dati atklāj arī kaņepju lietošanas intensitātes ievirzes. Desmit Eiropas valstīs aptuveni 5 % līdz 12 % 15 līdz 16 gadīgu vīriešu dzimuma skolu audzēkņu ir lietojuši kaņepes 40 vai vairāk gadījumos. Šī proporcija ir vismaz divas reizes lielāka nekā sieviešu dzimuma audzēkņu vidū, kas apstiprina citus datus, kuri liecina, ka intensīva kaņepju lietošana ierastāka ir jaunu vīriešu vidū. Agrā lietošanas uzsākšana ir saistīta ar turpmāku intensīvu un problemātisku narkotiku lietošanu. Lielākajā daļā no desmit valstīm, kurā biežas lietošanas rādītāji ir diezgan augsti, 5 % līdz 9 % skolu audzēkņu ziņoja, ka viņi kaņepju lietošanu ir uzsākuši 13 gadu vecumā vai agrāk (⁶⁴).

Ārstniecība

Ārstniecības pieprasījums

2007. gadā kaņepes bija primārā narkotika aptuveni 20 % ārstēšanas ierakstu (73 000 pacientu), tādēļ tā bija otra visbiežāk pieminētā narkotika pēc heroīna. Tomēr atšķirība starp valstīm ir ļoti būtiska, jo Bulgārija, Lietuva un Slovēnija ziņo par mazāk nekā 5 % savu pacientu, kas primāri ir kaņepju lietotāji, bet Dānija, Francija, Ungārija, Nīderlande un Turcija ziņo par vairāk nekā 30 %. Šīs atšķirības var izskaidrot ar kaņepju lietošanas izplatību, narkotiku ārstēšanas vajadzībām, ārstēšanas nodrošinājumu un organizāciju vai konsultāciju praksi. Divās valstīs ar lielāko proporciju pacientu, kas lietojuši

Vērtes skalas, lai iedzīvotāju apsekojumos izvērtētu kaņepju lietošanas problemātiskās formas

Ir pierādījumi, kas liecina, ka atkarību no kaņepēm sabiedrībā var izvērtēt tikpat ticami kā starp ārstēto lietotāju paraugiem, ieskaitot arī abstinences simptomu mērījumus (Mennes un citi, 2009). Tādēļ sadarbībā ar vairākām valstīm EMCDDA izstrādā kaņepju intensīvo un nozīmīgo ilgtermiņa lietošanas veidu uzraudzības metodes.

Pēdējos gados ir izmēģinātas dažādas metodes, kā iedzīvotāju apsekojumos aplēst intensīvu un problemātisku narkotiku, jo īpaši kaņepju, lietošanu. Vācijas eksperti pārskatīja literatūru un šajā jomā jau padarīto darbu un noteica četras kaņepju vērtēšanas skalas, kuras ir izmēģinātas iedzīvotāju paraugos Eiropā. Tā ir atkarības smaguma skala (SDS), marihuānas problemātiska lietošana (PUM), kaņepju ļaunprātīgas izmantošanas skrīninga tests (CAST) un slimību, kas saistītas ar kaņepju lietošanu, identificēšanas tests (CUDIT) (Piontek un citi, 2008). Šajās skalās ir iekļauti četri līdz desmit jautājumi un to psihometriskās īpašības (piemēram, to spēja konsekventi un saskaņā ar vēlamo kaņepju atkarības vai problēmu koncepciju atšķirt gadījumus no tiem, kas tādi nav) lielākajā daļā gadījumu ir uzskatāmas par ļoti labām.

Tomēr šajā jomā joprojām ir dažas grūtības tādēļ, ka trūkst vienprātības attiecībā uz to, kura sastāvdaļa (piemēram, atkarība, ļaunprātīga izmantošana, ar lietošanu saistītas problēmas) vai sastāvdaļu kopums ir jāanalizē, lai novērtētu kaņepju lietošanas problemātiskās formas. Pastāv arī aplēšu problēmas, jo, analizējot parādību, kam ir zema izplatība, var rasties daudzi "nepatiesi pozitīvi" gadījumi, un tas var mākslīgi radīt pārāk lielu skaitu problemātisko kaņepju lietotāju sabiedrībā kopumā. Papildu apstiprinošie pētījumi, kas šobrīd jau notiek vai tiek plānoti, varētu palīdzēt pārvarēt šīs grūtības.

kaņepes, Francijā konsultēšanas centri vairāk pievēršas gados jauniem narkotiku lietotājiem, bet Ungārijā ārstēšanos no narkotikām piedāvā likuma pārkāpējiem kā soda alternatīvu. Abās šajās valstīs, uzsākot ārstniecību, liela nozīme ir kriminālās tiesvedības sistēmas nosūtījumam uz ārstēšanos, bet kopumā dalībvalstis ziņo, ka vairums kaņepju lietotāju, kas uzsāk ārstniecību Eiropā, dara to pēc savas iniciatīvas.

Pacienti, kas ambulatoros centros uzsāk ārstēšanos kaņepju dēļ, bieži vien ziņo arī par citu narkotiku lietošanu. Pamatojoties uz datiem, kas apkopoti 14 valstīs, 85 % no tiem lieto arī citas narkotikas, lielākoties alkoholu (65 %)

(⁶¹) Nacionālās iedzīvotāju aptaujas datu analīze par ASV laikā no 2000. līdz 2006. gadam. NSDUH tiešsaistes analīzes programma: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, piekļuve 2008. gada 25. februārī, analizē izmantoti mainīgie MJDAY30A un DEPNDMRJ.

(⁶²) Skatīt attēlu EYE-1 (v daļa) un (vi daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

(⁶³) Skatīt īpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu.

(⁶⁴) Skatīt attēlu EYE-1 (iii daļa) un (vii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

vai kokaīnu (13 %), un daži ziņo, ka lieto gan alkoholu, gan kokaīnu (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Narkotiku jauno ārstniecības pieprasījumu tendences

Deviņpadsmit valstīs, par kurām ir pieejami dati, primāro kaņepju lietotāju, kas uzsāk ārstēšanos, skaits un proporcija laikā no 2002. līdz 2007. gadam ir pieaugusi no 19 000 līdz 34 000 (no 25 % līdz 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Tomēr šī tendence, šķiet, ir beigusies laikā no 2006. līdz 2007. gadam, jo lielākā daļa valstu ziņo par jauno no kaņepēm atkarīgo pacientu skaita samazinājumu vai stabilizēšanos. Tas varētu būt saistīts ar jaunākajām tendencēm kaņepju lietošanā, bet var atspoguļot arī izmaiņas ziņošanas praksē, pakalpojuma apjoma palielinājumu vai citu pakalpojumu izmantošanu (piemēram, primārā veselības aprūpe, garīgās veselības aprūpe).

Pacientu raksturojums

Kaņepju lietotāji, kas sāk ārstēties ambulatorajās iestādēs, galvenokārt ir jauni vīrieši; dzimumu attiecība ir 5,5 vīrieši uz vienu sievieti, un vidējais vecums ir 25 gadi ⁽⁶⁷⁾. To narkotiku lietotāju vidū, kas uzsāk ambulatoru ārstēšanos pirmo reizi, par kaņepju primāru lietošanu ziņo 67 % pacientu vecumā no 15 līdz 19 gadiem ⁽⁶⁸⁾ un 78 % pacientu, kas jaunāki par 15 gadiem.

Kopumā 24 % primāro kaņepju lietotāju, kas uzsāk ambulatoru ārstēšanos, tās lieto neregulāri, tos bieži ir nosūtījuši kriminālās tiesvedības sistēma; 12 % kaņepes lieto reizi nedēļā vai retāk; aptuveni 18 % tās lieto divas līdz sešas reizes nedēļā; un 47 % lieto ikdienā – tā ir visproblemātiskākā grupa. Starp valstīm ir vērojamas būtiskas atšķirības. Ungārijā, Rumānijā un Horvātijā lielākā daļa kaņepju lietotāju tās lieto reti, bet Beļģijā, Dānijā, Spānijā, Francijā, Maltā un Nīderlandē lielākā daļa tās lieto ikdienā ⁽⁶⁹⁾. Francijā veiktais pētījums specializēto konsultāciju centru pacientu vidū atklāja, ka 63 % pacientu, kas kaņepes lieto ikdienā, bija atkarīgie (Obradovic, 2008).

Daudzi pacienti, kas lieto kaņepes, ir studenti un dzīvo stabilos apstākļos (EMCDDA, 2008a). Tomēr Francijā 34 % pacientu, kas lieto kaņepes, ir apmeklējuši tehniskās skolas, salīdzinot ar 6,8 % vispārējā sabiedrībā (Obradovic, 2008), kas liecina par zemāku izglītības līmeni.

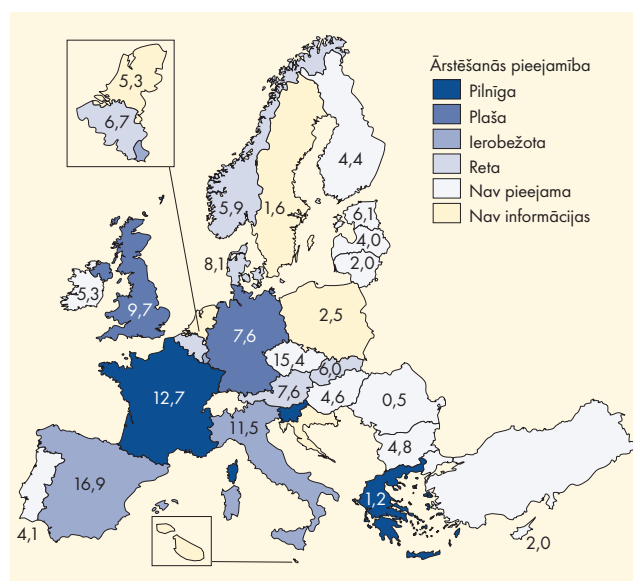
Neatrisināts un sarežģīts jautājums joprojām ir attiecība starp kaņepju lietošanu un psihiskām blakusslimībām (EMCDDA, 2008a). Pētījumi ir atklājuši, ka cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, jo īpaši šizofrēniju, ir lielāks risks uzsākt intensīvu kaņepju lietošanu (Henquet un

citi, 2005). Un ir skaidri pierādījumi, ka kaņepju lietošana var nelabvēlīgi ietekmēt tos, kam ir nosliece uz garīgās veselības problēmām (ACMD, 2008). Narkotiku apkarošanas dienestos ir ierasts redzēt pusaudžus, kam ir problēmas ar kaņepju lietošanu un kuriem ir garīgās veselības problēmas (Schroder un citi, 2008). Tas varētu būt tādēļ, ka viņi nemeklē vai nevar saņemt savām problēmām atbilstīgu ārstēšanu parastos garīgās veselības aprūpes dienestos (Zachrisson un citi, 2006).

Ārstniecības nodrošinājums

Īpašas ārstniecības programmas kaņepju lietotājiem var nodrošināt pakalpojumus, kas īpaši piemēroti šīs grupas vajadzībām un var arī samazināt risku, ka jauni cilvēki tiktu

5. attēls. Īpašu ārstniecības programmu pieejamība kaņepju lietotājiem un kaņepju lietošanas pēdējā mēneša laikā izplatība (%) 15 līdz 24 gadus vecu cilvēku vidū.



NB: Pieejamība ir aprēķināta proporcionāli kaņepju lietotājiem, kam tā vajadzīga un kas to saņem: gandrīz visi (pilnīga), lielākā daļa, bet ne gandrīz visi (plaša), vairāk nekā daži, bet ne lielākā daļa (ierobežota), tikai daži (reti), nav pieejama. Datus par īpašo ārstniecības programmu pieejamību sniedza valstu eksperti, spriežot pēc tā, kā ārstniecības iespējas atbilst to kaņepju lietotāju pieprasījumam, kuri aktīvi meklē palīdzību. Īpašas programmas var nodrošināt strukturētu ārstēšanos problemātiskiem kaņepju lietotājiem, atbalstu radniekiem, konsultācijas neproblemātiskiem kaņepju lietotājiem un gados jauniem pārkāpējiem. Par šādām programmām ziņo Nīderlande, taču nav zināma informācija par to pieejamību. Kaņepju lietošanas pēdējā mēneša laikā izplatība 15 līdz 24 gadus vecu cilvēku vidū norāda uz to jaunu cilvēku īpatsvaru, kuri var nonākt saskarē ar šādām programmām. Tā neliecina par ārstniecības vajadzībām vai problemātisko kaņepju lietotāju daudzumu valstī. Vairāk informācijas par izplatību skatīt tabulā GPS-16 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

⁽⁶⁵⁾ Skatīt Īpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu.

⁽⁶⁶⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un TDI-2, tabulu TDI-3 (iv daļa) un tabulu TDI-5 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-21 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-10 (iv daļa) un (vi daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-18 (i daļa) un TDI-111 (viii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

ārstēti kopā ar problemātiskākiem un vecākiem narkotiku lietotājiem. EMCDDA 2008. gadā vāca informāciju par šādu programmu pieejamību Eiropā. Valstu eksperti ziņoja, ka tādas ir 13 no 25 valstīm, kas iesniedza ziņojumus (5. attēls). Pakalpojumu pieejamība dažādās valstīs ir atšķirīga. Lēš, ka: gandrīz visi, kas vēlas īpašu ārstēšanu, to varētu saņemt Francijā, Grieķijā un Slovēnijā; vairāk nekā puse no tiem saņemtu Vācijā un Apvienotajā Karalistē; tikai neliela daļa pārējās astoņās valstīs. To 12 valstu vidū, kuras ziņo, ka nav īpašu programmu kaņepju lietotājiem – Bulgārija, Čehijas Republika, Igaunija, Kipra, Rumānija un Turcija – plāno tādas izveidot tuvāko trīs gadu laikā.

Ārstniecības programmas kaņepju lietotājiem Eiropā

Grieķijā OKANA vienības pusaudžiem nodrošina agrīnu iekļaušanās pasākumu programmu eksperimentējošiem vai neregulāriem kaņepju lietotājiem, bet intensīviem un problemātiskiem lietotājiem nodrošina strukturētāku ārstēšanu. Ārstēšana lielākoties ir balstīta uz sistēmisku vai ģimenes terapiju.

Francijā aptuveni 275 īpaši konsultāciju centri, kas atrodas visā valstī, gados jauniem narkotiku lietotājiem (lielākoties kaņepju lietotājiem), jauniem likumpārkāpējiem un viņu radniekiem sniedz informāciju par profilaksi, rezumētus iekļaušanās pasākumus un atbalstu. Ja tiek diagnosticēta problemātiska narkotiku lietošana (piemēram, atkarība) vai smagas blakusslimības, pacientus nosūta uz speciāliem dienestiem.

Austrijā daži konsultāciju centri (piemēram, *ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz*) īsteno īpašas koncepcijas gados jauniem kaņepju lietotājiem ar mērķi nodalīt tos no citiem apmeklētājiem, lielākoties opioīdu lietotājiem, un iesaistīt konsultēšanas un ārstēšanas procesā viņu radniekus un draugus.

Vācijā uz internetu balstīta kaņepju lietošanas pārtraukšanas programma *Quit the shit* ⁽⁷⁰⁾ ir ieviesta 12 narkotiku konsultēšanas iestādes septiņās federālajās pavalstīs. FRED (skatīt 2. nodaļu) piedāvā motivējošu, uz intervijām balstītu konsultēšanu personām, kuras ir nosūtījušas kriminālās tiesvedības sistēmā. CANDIS, ārstniecības programma pacientiem ar slimībām, kas saistītas ar kaņepēm, kuras pamatā ir motivācijas veicināšana, kognitīvā uzvedības terapija un psihosociālo problēmu risināšana, šobrīd tiek īstenota Drēzdenē. Programmas novērtēšana atklāja pozitīvus rezultātus, un desmit centros notiekošajos pēcprogrammas pētījumos iegūtie dati noteiks, vai to īsteno arī citur.

Sadarbojoties Beļģijai, Vācijai, Francijai, Nīderlandei un Šveicei, tiek veikts starptautisks pētījums, ar nosaukumu

INCANT, kas pētī vispusīgas ārstniecības efektivitāti ģimenē problemātiskas kaņepju lietošanas ārstēšanā.

Zinātniskā literatūra šajā jomā liecina, ka kaņepju lietotāju ārstēšanā ir pierādīta vairāku psihoterapijas veidu, tostarp motivējošās terapijas un kognitīvās uzvedības terapijas, efektivitāte, taču neviens psihoterapijas veids netika atzīts par efektīvāku nekā pārējie (Nordstrom un Levin, 2007). Daži problemātiskie kaņepju lietotāji var gūt labumu arī no rezumētiem iekļaušanās pasākumiem, ko sniedz, piemēram, sociālie dienesti pusaudžiem, ģimenes ārstiem un skolām.

Internetā balstīta ārstēšana

Internetā balstīta ārstēšana no narkotiku atkarības Eiropas Savienībā pastāv kopš 2004. gada, un tās nodrošināšana joprojām ir ierobežota. Jaunākie pētījumi sniedz ieskatu šā iekļaušanās pasākumu tipa attīstības pašreizējā stāvoklī Eiropas Savienībā (EMCDDA, 2009a). Internetā balstītu ārstēšanu var definēt kā "īpaši izstrādātu vai pieņemtu, strukturētu un iepilnītu narkotiku atkarības ārstēšanas iekļaušanās pasākumus, ko piedāvā un izplata pasaules tīmeklī". Iekļaušanās pasākumi ar kaņepju lietošanu saistītu veselības traucējumu ārstēšanai ir atklāti Vācijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē, bet kokaīna un "klubu narkotiku" (piemēram, ekstāzi) lietotājiem tādi ir atklāti arī Nīderlandē.

Internetā balstītu ārstēšanu izstrādā ārstēšanas un profilakses nozares organizācijas, un to mērķis ir palīdzēt lietotājiem izvērtēt, kā viņi lieto šīs vielas, un palīdzēt tiem panākt izmaiņas uzvedībā. Iekļaušanās pasākumos ir paredzēta informācija un zināšanu testi vai spēles par narkotikām un narkotiku atkarību, vai narkotiku lietošanas paškontroles testi. Tiem visiem kopīga ir strukturēta ārstēšanās pasākuma pieejamība, kas ir vai nu iepriekš sagatavota pašpalīdzības programma, nesazinoties ar konsultantiem, vai strukturēta programma ar plānotiem kontaktiem. Pēdējo var īstenot, izmantojot tērzētavas vai ziņojumu dēļus. Reizēm forumos ir nodrošināta arī kontaktēšanās ar citiem lietotājiem, tādā veidā radot reālas pašpalīdzības grupas.

Joprojām trūkst pierādījumu par šāda veida iekļaušanās pasākumu efektivitāti, taču pirmajos nejausi izvēlētajos kontrolētajos izmēģinājumos iegūtie dati liecina par potenciāliem ieguvumiem. Kaņepju lietotājiem paredzētā pasākuma *Quit the shit* iepriekšējās izvērtēšanas rezultāti Vācijā atklāja, ka 32 % dalībnieku pēc programmas beigām ziņoja par abstinenci, un jo īpaši bija ietekmēti lietotāji, kas pirmo reizi meklēja palīdzību. Šo iekļaušanās pasākumu zema pieejamības sliekšnis varētu ļaut tiem ietekmēt personas, kuras nevēlas izmantot citus pakalpojumus. Tajā pašā laikā tiem varētu rasties nopietnas problēmas, piemēram, atkarība no narkotikām un garīgās veselības problēmas, kuras uz internetu balstīta ārstēšana nespēj risināt.

⁽⁷⁰⁾ Skatīt "Uz internetu balstīta ārstniecība".

Jaunākajā nejaušajā kontrolētajā izmēģinājumā, kurā piedalījās 326 intensīvi kaņepju lietotāji, pārbaudē pēc trīs vai sešiem mēnešiem atklājās, ka nav atšķirības kaņepju lietošanas pārtraukšanas rādītājā starp lietotājiem, kas izgājuši motivējošu intervēšanu, un tiem, kas saņēmuši skaidru ieteikumu vai informāciju par narkotiku lietošanu

(McCambridge un citi, 2008). Saistībā ar kaņepju lietošanas pārtraukšanu pēc trīs mēnešiem tika atklāta individuālā terapeita efekts un terapeita iejaukšanās pasākuma mijiedarbība. Šie atklājumi parāda to, cik būtiski ir izglītēt aprūpes sniedzējus, kas palīdz gados jauniem kaņepju lietotājiem, jo īpaši ārpus īpašajiem dienestiem.



4. nodaļa

Amfetamīni, ekstazī un halucinogēnās vielas

Ievads

Amfetamīni (vispārīgs apzīmējums, kas aptver gan amfetamīnu, gan metamfetamīnu) un ekstazī ir Eiropā visvairāk lietotās nelegālās narkotikas. Izsakot absolūtos skaitļos, kokaīna lietošana var būt izplatītāka, bet tā ir ģeogrāfiski koncentrēta, tādēļ daudzās valstīs pēc kaņepēm otra izplatītākā nelegālā viela ir ekstazī vai amfetamīns. Turklāt dažās valstīs liela narkotiku problēma ir amfetamīnu lietotāji, kam ir ievērojams īpatsvars ārstējamo narkotiku lietotāju vidū.

Amfetamīns un metamfetamīns ir centrālās nervu sistēmas stimulantī. No šiem diviem narkotiku veidiem Eiropā daudz pieejamāks ir amfetamīns, savukārt izskatās, ka metamfetamīnu ievērojamā daudzumā lieto vienīgi Čehijas Republikā un Slovākijā.

Par ekstazī sauc sintētiskas psihoaktīvas vielas, kas ķīmiskā sastāva ziņā ir radniecīgas amfetamīniem, bet to iedarbība nedaudz atšķiras. Pazīstamākais ekstazī grupas preparāts ir 3,4-metilēndioksimetamfetamīns (MDMA), bet reizēm ekstazī tabletēs atrod citas, analogas vielas (MDA,

MDEA). Pirms 20. gs. 80. gadu beigām ekstazī Eiropā bija praktiski nepazīstama viela, taču tās lietošanas izplatība 20. gs. 90. gados ievērojami pieauga. Tās popularitāte vēsturiski tiek saistīta ar deju mūzikas kultūru, un augsts sintētisko narkotiku lietošanas izplatības līmenis vispār tiek saistīts ar konkrētām kultūras apakšgrupām vai sociālajiem slāņiem.

Pazīstamākā halucinogēnā narkotika Eiropā ir lizergīnskābes dietilamīds (LSD), kura patēriņš ilgstoši ir diezgan zems un stabils. Pēdējos gados jauniešu vidū ir arvien lielāka interese par dabiskas izcelsmes halucinogēnajām vielām, piemēram, tām, kas atrodas halucinogēnajās sēnēs.

Piedāvājums un pieejamība

Sintētisko narkotiku prekursori

Tiesībaizsardzības iestāžu mērķis ir kontrolētās ķīmiskās vielas, kas nepieciešamas nelegālo narkotiku ražošanai, un

4. tabula. Amfetamīna, metamfetamīna, ekstazī un LSD ražošana, atsavināšana, cena un fīrība.

	Amfetamīns	Metamfetamīns	Ekstazī	LSD
Ražošanas aplēses pasaulē (tonnas)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	n. p.
Atsavināšanas aplēses pasaulē (tonnas)	23,6	18,2	7,9	0,9
Atsavinātais daudzums ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)	7,9 tonnas (8,1 tonna)	340 kilogrami (340 kilogrami)	Tabletes 21 miljons (22 miljoni)	Vienības 68 000 (68 000)
Atsavināšanas gadījumu skaits ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Vidējā mazumtirdzniecības cena (EUR) Diapazons (ļespējamā amplitūda) ⁽²⁾	Grami 5–30 (12–23)	Grami 8–51	Tabletes 3–19 (4–8)	Deva 4–30 (7–12)
Vidējās fīrības diapazons	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Par amfetamīna un metamfetamīna ražošanu pasaulē ir pieejamas tikai masas aplēses.

⁽²⁾ Paziņoto vidējo cenu vidējās daļas diapazons.

NB: Visi dati ir par 2007. gadu; n. p., dati nav pieejami.

Avoti: UNODC World drug report (2009) par vērtībām pasaulē, Reitox tīkla valstu koordinācijas punktu dati par Eiropu.

ši ir viena no tām jomām, kur īpaši nozīmīga ir starptautiskā sadarbība. Kā piemēru var minēt projektu *Prism*, kas ir starptautiska ierosme, kas izveidota, lai novērstu ķīmisko prekursoru novirzīšanu sintētisko narkotiku nelikumīgai ražošanai ⁽⁷¹⁾, izmantojot pirmsievešanas paziņojumu sistēmu legālai šo vielu tirdzniecībai un ziņošanu par apturētajiem sūtījumiem un veiktajām konfiskācijām aizdomīgu darījumu gadījumos. Informāciju par darbībām šajā jomā sniedz Starptautiskajai narkotiku kontroles padomei (INCB, 2009b).

INCB ziņo, ka 2007. gadā visā pasaulē ir ievērojami palielināties divu metamfetamīna prekursoru – efedrīna ar 22 tonnām (salīdzinot ar 10,2 tonnām) un pseidoefedrīna ar 25 tonnām (salīdzinot ar 0,7 tonnām 2006. gadā) – atsavināšanas gadījumu skaits. ES dalībvalstis (lielākoties

Zviedrija un Bulgārija) ziņoja par 0,6 tonnām efedrīna, kas ir divas reizes vairāk, nekā atsavināts 2006. gadā, un vairāk nekā septiņām tonnām pseidoefedrīna; gandrīz viss šis daudzums atsavināts Francijā.

Gluži pretēji, 1-fenil-2-propanona (P2P, BMK), ko var izmantot gan amfetamīna, gan metamfetamīna nelegālā ražošanā, atsavināšanas gadījumu skaits visā pasaulē 2007. gadā strauji saruka līdz 834 litriem (salīdzinot ar 2600 litriem 2006. gadā). Atsavinātā P2P daudzums ES bija 582 litri, salīdzinot ar 2005 litriem 2006. gadā.

3,4-metilenedioksifenila-2-propanona (3,4-MDP2P, PMK), ko izmanto MDMA ražošanai, atsavināšanas gadījumu skaits visā pasaulē 2007. gadā turpināja samazināties līdz 2300 litriem no 8800 litriem 2006. gadā. Tomēr safrola, kas MDMA sintēzē var aizstāt 3,4-MDP2P, atsavināšanas gadījumu skaits pasaulē 2007. gadā palielinājās, konfiscējot 46 000 litrus (62 litri 2006. gadā), lai gan ES tika konfiscēti tikai astoņi litri.

Kas ir narkotiku prekursors?

Narkotiku jomā termins "prekursors" tiek lietots, lai apzīmētu vielas, kuras ir izmantojamas legāli, taču kuras var izmantot arī nelegālo narkotiku ražošanā. Šīm vielām var piemērot arī citus terminus, piemēram, "svarīgākās ķīmiskās vielas".

Starptautiskas "prekursoru" kontroles tiesiskais pamats ir Apvienoto Nāciju Organizācijas 1988. gada Konvencijas pret narkotisko un psihotropo vielu nelikumīgu tirdzniecību 12. pants. Konvencijā ir divas tabulas, kurās iekļautas 23 "vielas, kuras bieži izmanto narkotisko un psihotropo vielu nelegālā ražošanā" un kuru novirzīšana nelegāliem mērķiem būtu jānovērš.

12. pants tika transponēts sākotnējā Eiropas tiesību aktā, kas pieņemts 1990. gadā, lai novērstu šo vielu novirzīšanu nelegāliem mērķiem ((EEK) Nr. 3677/90), un regulā, kas pieņemta vēlāk, lai regulētu to tirdzniecību ES ((EK) Nr. 273/2004), starp Kopienas un trešām valstīm ((EK) Nr. 111/2005), un noteiktu licencēšanas procedūras un uzraudzības noteikumus ((EK) Nr. 1277/2005).

ES regulu 1. kategorijā lielākoties ir iekļautas vielas, kas ir nepieciešamas sintētisko narkotiku ražošanai, piemēram, efedrīns un pseidoefedrīns (metamfetamīnam); 3,4-metilenedioksifenil-2-propanons (PMK), izosafrols un safrols (ekstāzi); un 1-fenil-2-propanons (P2P, BMK) (amfetamīnam un metamfetamīnam). 2. kategorijā ir iekļauti tādi reaģenti kā kālija permanganāts un acetanhidrīds, kuri attiecīgi plaši tiek izmantoti kokaīna un heroīna ražošanā. 3. kategorijā ir iekļauti vienkāršāki reaģenti, tostarp sāļsskābe un sērskābe (heroīnam un kokaīnam), un šķīdinātāji, piemēram, acetons (kokaīnam un MDMA) un toluols (metamfetamīnam un MDMA).

Amfetamīns

Lielākā daļa pasaules amfetamīna joprojām ir koncentrēta Eiropā, kurā atrodas 81 % amfetamīna laboratoriju, par kurām ziņots 2007. gadā (UNODC, 2009), bet tās ir atrodamas arī citās pasaules daļās, īpaši Ziemeļamerikā ⁽⁷²⁾. 2007. gadā pasaulē atsavināja gandrīz 24 tonnas amfetamīna, no kurām aptuveni divas trešdaļas pārtvertas Tuvajos vai Vidējos Austrumos saistībā ar kaptagona tabletēm ⁽⁷³⁾, kas ražotas Eiropas dienvidaustrumos (skatīt 4. tabulu). Rietumu un Centrāleiropā ziņo par 36 % atsavināšanas gadījumu, kas liecina par to, ka Eiropa ir gan liels šo narkotiku ražotājs, gan patērētājs (CND, 2008; UNODC, 2009).

Lielākā daļa Eiropā atsavinātā amfetamīna, sarīdējot valstis to nozīmīguma kārtībā, ir ražota Nīderlandē, Polijā un Beļģijā un mazākā mērā Igaunijā un Lietuvā. 2007. gadā ir atklātas 29 vietas, kas iesaistītas amfetamīna ražošanā, tablešu izgatavošanā un uzglabāšanā, un par tām ir ziņots Eiropalam.

Eiropā 2007. gadā kaņepju augi ir atsavināti aptuveni 40 000 reižu, kopā konfiscējot 8,1 tonnu ⁽⁷⁴⁾. Laikā no 2002. līdz 2007. gadam atsavināšanas gadījumu skaits ir lēnām pieaudzis, bet pārtvertā amfetamīna daudzums ir bijis mainīgs, lai gan pārsvarā tendence ir bijusi augšupejoša, un 2007. gadā atkal sasniedza augstu līmeni ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷¹⁾ Skatīt "Kas ir narkotiku prekursors?".

⁽⁷²⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 39. lpp.

⁽⁷³⁾ Kaptagons ir viens no fenetilīna – sintētiska centrālās nervu sistēmas stimulantu – reģistrētajiem tirdzniecības nosaukumiem, kaut gan nelegālajā tirgū ar šo logotipu pārdotās tabletes bieži satur amfetamīna un kofeīna maisījumu.

⁽⁷⁴⁾ Šai analīzei ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2007. gada dati par Apvienoto Karalisti.

⁽⁷⁵⁾ Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku atsavināšanas gadījumiem Eiropā ir atrodami tabulā SZR-11 līdz SZR-18 2009. gada statistikas biļetenā.

2007. gadā Eiropā pārtverto amfetamīna paraugu tīrība ievērojami svārstās, pat tādā apmērā, ka jebkādi secinājumi par tipiskajām vērtībām ir jāizsaka piesardzīgi. Vidējā paraugu tīrība svārstās no mazāk nekā 10 % Dānijā, Vācijā, Francijā un Apvienotajā Karalistē līdz vairāk nekā 30 % Nīderlandē, Polijā, Baltijas valstīs un Ziemeļvalstīs. Pēdējos piecus gadus lielākajā daļā no 20 valstīm, par kurām ir pieejami pietiekami analizējami dati, amfetamīna tīrība ir bijusi nemainīga vai samazinājusies.

Amfetamīna tipiskā mazumtirdzniecības cena 2007. gadā pusē 17 ziņojumā aplūkotajās valstīs svārstījās no EUR 10 līdz EUR 20 par gramu. No vienpadsmit valstīm, par kurām bija iespējams veikt 2006. un 2007. gada datu salīdzināšanu, Spānija, Francija un Austrija ziņoja par mazumtirdzniecības cenu pieaugumu, bet pārējās ziņoja par cenu nemainīgumu vai samazinājumu.

Metamfetamīns

Metamfetamīna ražošana ir koncentrēta austrumu un dienvidaustrumu Āzijā un Ziemeļamerikā, kā arī pieaug ziņojumi par saistītu darbību Dienvidamerikā un Okeānijā. 2007. gadā ir atsavinātas 18,2 tonnas metamfetamīna, turpinot stabilu tendenci kopš 2004. gada. Lielākā daļa narkotiku ir atsavinātas austrumu un dienvidaustrumu Āzijā (56 %), kam seko Ziemeļamerika, un Eiropā atsavināti tikai 2 % (UNODC, 2009).

Metamfetamīnu nelegāli ražo arī Eiropā, taču ražošana ir koncentrēta galvenokārt tikai Čehijas Republikā, kur 2007. gadā tika atklāts vairāk nekā 390 nelielu "virtuves laboratoriju". Par šīs narkotikas izgatavošanu ziņo arī Slovākija un Lietuva.

2007. gadā Eiropā ir ziņots par gandrīz 4500 metamfetamīna atsavināšanas gadījumu, kur konfiscēja aptuveni 340 kg narkotiku. Norvēģija ziņo par lielāko skaitu atsavināšanas gadījumu un lielāko daudzumu atklātā metamfetamīna. Laikā no 2005. līdz 2007. gadam

Eiropā pieauga gan atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātā metamfetamīna daudzums, lai gan abi šie rādītāji joprojām ir zemi, salīdzinot ar citām narkotikām.

Ekstazī

UNODC (2009) lēstais 2007. gadā pasaulē saražotais ekstazī daudzums ir 72 līdz 137 tonnas. Pēdējā laikā ražošana ir kļuvusi ģeogrāfiski izkliedētāka, jo ražošana notiek tuvāk patērētāju tirgum Ziemeļamerikā, austrumu un dienvidaustrumu Āzijā un Okeānijā. Neatkarīgi no tā Eiropa joprojām ir galvenā vieta ekstazī ražošanai, kas ir koncentrēta Nīderlandē, Beļģijā un mazākā mērā arī Vācijā, Apvienotajā Karalistē un Polijā.

Visā pasaulē 2007. gadā atsavinātas 7,9 tonnas ekstazī, un lielākā daļa reģionu ziņoja par palielinājumu. Rietumu un Centrālā Eiropa ziņoja par 36 % no pasaules kopējā atsavināšanas gadījumu skaita, un Austrumeiropa par 2 % (UNODC, 2009). Kopumā 2007. gadā Eiropā ir ziņots par vairāk nekā 24 000 atsavināšanas gadījumu, kuru rezultātā ir pārtverti aptuveni 22 miljoni ekstazī tablešu. Nīderlande ziņoja par lielāko konfiscēto daudzumu, kas ir 8,4 miljoni tablešu, tātad divas reizes vairāk, nekā bija ziņots 2006. gadā. Tikai divas Eiropas valstis ziņo par atsavināšanas gadījumiem, kas 2007. gadā tuvojās šim lielumam, proti, Francija un Vācija ziņo par aptuveni vienu miljonu konfiscētu tablešu. Arī Apvienotā Karaliste 2006. gadā ziņoja par vairāk nekā sešiem miljoniem konfiscētu tablešu, bet 2007. gada dati vēl nav pieejami.

2002.–2007. gada periodā ekstazī atsavināšanas gadījumu skaits, par kuru ziņots Eiropā, strauji saruka 2003. gadā, bet kopš tā laika ar katru gadu pieaug. Tajā pašā periodā atsavinātais daudzums saruka 2005. gadā, bet atkal ir palielinājies un tuvojas 2002. gada līmenim.

2007. gadā Eiropā lielākā daļa analizēto ekstazī tablešu ir saturējušas MDMA vai kādu citu ekstazī tipa vielu (MDA, MDEA) kā vienīgo konstatēto psihoaktīvo vielu; 17 valstis norādīja, ka tādas bija vairāk nekā 70 % visu analizēto tablešu. Valstis, kas ziņoja par mazāku proporciju ekstazī tablešu ar MDMA vai tā analogiem, bija Bulgārija (47 %), Kipra (44 %) un Austrija (61 %). Luksemburgā lielākajā daļā analizēto tablešu (83 %) bija nekontrolētas vielas, kā tas bija Kipras gadījumā (53 %). Turcijā tikai 23 % analizēto tablešu saturēja MDMA līdzīgas vielas.

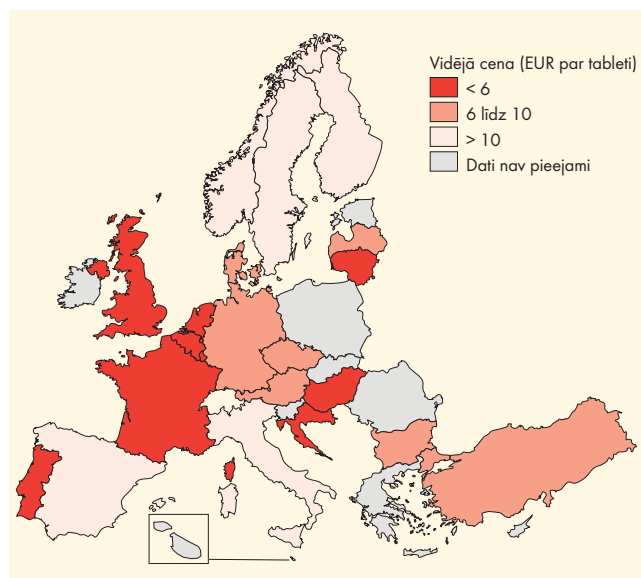
Vienpadsmit valstīs, kas sniedza informāciju, 2007. gadā pārbaudītajās ekstazī tabletēs tipiskais MDMA saturs bija 19 līdz 75 mg. Turklāt dažas valstis (Bulgārija, Francija, Nīderlande, Slovākija, Norvēģija) ziņoja par lielas devas ekstazī tabletēm, kurās bija vairāk nekā 130 mg MDMA. Turklāt dažas valstis (Bulgārija, Francija, Nīderlande, Slovākija, Norvēģija) ziņoja par lielas devas ekstazī

Metamfetamīna ražošana Eiropā: EMCDDA–Eiropola kopīgā publikācija

2009. gadā EMCDDA un Eiropols uzsāka vairākas kopīgas publikācijas par narkotiku piedāvājumu Eiropā. Pirmajā ziņojumā sniegts plašu pārskats par metamfetamīna ražošanas un tirdzniecības jautājumiem Eiropā un aplūkoti risinājumi Eiropas un starptautiskā līmenī (*).

Vēlāk tiem tiks pievienoti ziņojumi par citu sintētisko narkotiku piedāvājumu Eiropā, tostarp amfetamīniem un ekstazī.

(*) Pieejams: <http://emcdda.europa.eu/publications>

6. attēls. Ekstazī tablešu mazumtirdzniecības cena.

NB: Valstis, kas sniedza tikai minimālo vai maksimālo vērtību, tika iekļautas, ja šīs vērtības atbilda vienam no diapazoniem. Skatīt tabulu PPP-4 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

tabletēm, kuras satur vairāk nekā 130 mg MDMA. Nav skaidru ekstazī tablešu tirības tendenču.

Šobrīd ekstazī ir ievērojami lētāks nekā 20. gs. 90. gados, kad tas kļuva plaši pieejams. Lai gan ir ziņojumi par to, ka tabletes tiek pārdotas par mazāk nekā EUR 2, lielākā daļa valstu ziņo, ka vidējā mazumtirdzniecības cena svārstās no EUR 4 līdz 10 par tableti (6. attēls). Dati, kas pieejami par 2002.–2007. gadu, liecina, ka mazumtirdzniecības cena inflācijas ietekmē ir turpinājusi samazināties.

Halucinogēnās vielas

LSD lietošana un tirdzniecība Eiropā joprojām ir margināla. Pieejamie dati liecina, ka laikā no 2002. līdz 2007. gadam atsavinātais daudzums ir samazinājies, lai gan laikā no 2003. līdz 2007. gadam atsavināšanas gadījumu skaits nedaudz pieauga. LSD mazumtirdzniecības cena (inflācijas ietekmē) ir lēnām kritusies kopš 2003. gada un 2007. gadā lielākajā daļā ziņojošo valstu vidējā vērtība bija no EUR 5 līdz 12 par vienību.

Halucinogēnās sēnes, kuras savvaļā aug daudzās Eiropas valstīs un kuras var iegādāties internetā, minēja 11 no 28 valstīm, kas ziņoja par narkotiku atsavināšanu 2007. gadā. Piecās no sešām valstīm, kas ziņoja par atsavināšanas, lietošanas izplatības vai halucinogēno sēņu pieejamības tendenci, tā bija lejupejoša. Viena valsts (Francija) ziņoja par lietošanas izplatības un atsavināšanas gadījumu skaita pieaugumu, kas attiecināts

uz sēņu un sēņu audzēšanas piederumu pieejamību internetā.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Par salīdzinoši augstu amfetamīna vai ekstazī lietošanas līmeni vispārējā sabiedrībā ziņo vairākas ES dalībvalstis (Čehijas Republika, Igaunija, Apvienotā Karaliste). Dažās valstīs ievērojama daļa problemātisko narkotiku lietotāju vai lietotāju, kuri meklē medicīnisko palīdzību, ir amfetamīna vai metamfetamīna lietotāji, kuri bieži šo narkotiku lieto injicējot. Pretstatā šīm hronisko lietotāju grupām pastāv vispārīgāka saistība starp sintētiskajām narkotikām, jo īpaši ekstazī, un naktsklubiem un deju pasākumiem, kā rezultātā jauniešu vidū tiek konstatēti ievērojami lielāki lietošanas rādītāji, bet dažās vidēs vai noteiktās sociālās grupās ir novēroti ļoti augsti lietošanas rādītāji. Kopējais halucinogēno narkotiku, piemēram, lizergīnskābes dietilamīda (LSD), un halucinogēno sēņu patēriņa līmenis ir neliels un pēdējos gados ir bijis stabils.

Amfetamīni

Jaunākie iedzīvotāju apsekojumi liecina, ka amfetamīnu ilgstošas lietošanas izplatības rādītāji ⁽⁷⁶⁾ dažādās Eiropas valstīs atšķiras, proti, no gandrīz nulles līdz 11,7 % visu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 64 gadiem). Vidēji 3,5 % visu Eiropas pieaugušo atzīst, ka vismaz vienu reizi ir lietojuši amfetamīnus. Lietošanas līmenis pēdējā gada laikā ir daudz zemāks, caurmērā Eiropas rādītājs ir 0,5 %. Aplēses liecina, ka apmēram 12 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnus, un apmēram divi miljoni ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gada laikā (datu kopsavilkumu skatīt 5. tabulā).

Gados jaunu (15–34 gadi) pieaugušo vidū amfetamīna ilgstošas lietošanas izplatība dažādās valstīs ievērojami atšķiras, svārstoties no 0,1 % līdz 15,3 %, bet vidējais rādītājs Eiropā ir apmēram 5 %. Lietošanas pēdējā gada laikā izplatības līmenis šajā vecuma grupā ir robežās no 0,1 % līdz 3,1 %, bet lielākajā daļā valstu saskaņā ar aplēsēm izplatības līmenis ir no 0,5 % līdz 2,0 %. Lēši, ka caurmērā pēdējā gada laikā amfetamīnus ir lietojuši 1,1 % gados jauno eiropiešu.

15–16 gadus jaunu skolu audzēkņu vidū amfetamīnu ilgstošas lietošanas izplatības līmenis 26 ES dalībvalstīs, Norvēģijā un Horvātijā, kas apsektas 2007. gadā, svārstās no 1 % līdz 8 %, kur par izplatības līmeni, kas augstāks par 5 %, ziņo Bulgārija un Latvija (abās 6 %) un Austrija (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

⁽⁷⁶⁾ Apsekojumu datus par "amfetamīna lietošanu" amfetamīns un metamfetamīns bieži nav nošķirti, tomēr parasti dati attiecas uz amfetamīna (sulfāta vai deksamfetamīna) lietošanu, jo metamfetamīna lietošana Eiropā nav izplatīta.

⁽⁷⁷⁾ Dati no visām ESPAD valstīm un Spānijas. Skatīt attēlu EYE-2 (vi daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

5. tabula. Amfetamīnu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums.

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms	
	Vismaz vienu reizi dzīves laikā	Pēdējā gada laikā
15–64 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	12 miljoni	2 miljoni
Vidēji Eiropā	3,5 %	0,5 %
Diapazons	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Malta (0,4 %) Kipra (0,8 %)	Grieķija, Malta, Rumānija (0,0 %), Francija (0,1 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (11,7 %) Dānija (6,3 %) Spānija (3,8 %) Norvēģija (3,6 %)	Igaunija (1,3 %) Dānija (1,2 %) Norvēģija (1,1 %) Apvienotā Karaliste (1,0 %)
15–34 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7 miljoni	1,5 miljoni
Vidēji Eiropā	5,0 %	1,1 %
Diapazons	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Malta (0,7 %) Kipra (0,8 %)	Grieķija, Rumānija (0,1 %) Francija (0,2 %) Kipra (0,3 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (15,3 %) Dānija (10,5 %) Latvija (6,1 %) Norvēģija (5,9 %)	Dānija (3,1 %) Igaunija (2,9 %) Norvēģija (2,0 %) Latvija (1,9 %)
Izplatības aplēses Eiropā ir balstītas uz svērto vidējo no jaunākajiem valstu apsekojumiem, kas veikti no 2001. līdz 2008. gadam (lielākoties no 2004. līdz 2008. gadam), tādēļ tās nevar attiecināt uz vienu gadu. Vidējo izplatību Eiropā aprēķināja ar svērto vidējo saskaņā ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Valsfīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamata izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (334 miljoni) un 15–34 gadi (133 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2009. gada statistikas biļetena sadaļā <i>General population surveys</i> .		

Problemātiska amfetamīna lietošana

EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas indikators var attiecināt uz amfetamīnu lietošanu, par šādu lietošanu tiek uzskatīta injicēšana vai ilgstoša/regulāra šīs vielas lietošana. Tikai Somija ir sniegusi nesenus valsts datus par problemātiskiem amfetamīnu lietotājiem, lēšot, ka 2005. gadā to ir bijis 12 000 līdz 22 000 ⁽⁷⁸⁾, kas aptuveni četras reizes pārsniedz problemātisku opioīdu lietotāju skaitu valstī.

Lielākajā daļā Eiropas valstu paziņotais ar amfetamīna lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits ir salīdzinoši neliels, bet tas veido lielu kopējā ārstniecības pieprasījuma daļu Zviedrijā (34 %), Somijā (23 %), Latvijā (16 %) un Ungārijā (11 %). Citas četras valstis (Beļģija, Dānija, Vācija, Nīderlande) ziņo par 6 % līdz 10 %

ārstēšanas pieprasījumu no pacientiem, kas amfetamīnu min kā primāro narkotiku; pārējās valstīs proporcija ir mazāka par 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Kopējais amfetamīna lietotāju skaits un proporcija jauno pacientu vidū, kas uzsāk ārstēšanos no narkotikām laikā no 2002. līdz 2007. gadam, ir bijis stabils. Vienīgi Dānija, Latvija un Nīderlande ziņo par ievērojamu pieaugumu, bet Zviedrija un Somija ziņo par jauno pacientu, kas ārstējas no amfetamīnu atkarības, proporcijas samazinājumu ⁽⁸⁰⁾. Tomēr, aplūkojot datus par tendencēm, ir jāņem vērā metodoloģiskas izmaiņas valsts uzraudzības sistēmu neseno izmaiņu dēļ (piemēram, Latvijā).

Amfetamīna lietotāju, kas uzsāk ārstēšanos, vidējais vecums ir 29 gadi. Sieviešu īpatsvars ir lielāks nekā citām narkotikām, un sieviešu un vīriešu attiecība ir aptuveni 2:1.

⁽⁷⁸⁾ Ekvivalents 3,4 līdz 6,3 gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem; pārrēķināts no sākotnējā parauga 15 līdz 54 gadiem, pieņemot, ka vecuma grupā no 55 līdz 64 gadiem šādu gadījumu nav.

⁽⁷⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (ii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁰⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un tabulu TDI-36 2009. gada statistikas biļetenā.

Amfetamīna lietotāji, kas ārstējas, bieži vien ziņo arī par citu narkotiku, lielākoties kaņepju un alkohola, reizēm opioīdu lietošanu.⁽⁸¹⁾ Tajās valstīs, kur primārie amfetamīna lietotāji veido lielu īpatsvaru pacientu, kas uzsāk ārstēšanos, visizplatītākais lietošanas veids, par kuru tiek ziņots, ir injekcijas (63–83 %).

Problemātiska metamfetamīna lietošana

Pretēji citām pasaules daļām, kur pēdējos gados vērojams metamfetamīna lietošanas pieaugums, šķiet, ka Eiropā metamfetamīna lietošanas līmenis joprojām ir ierobežots. Eiropā šīs narkotikas lietošana vēsturiski ir bijusi koncentrēta Čehijas Republikā un Slovākijā. 2007. gadā problemātisko metamfetamīna lietotāju skaits Čehijas Republikā bija aptuveni 20 400–21 400 (2,8 līdz 2,9 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), divas reizes vairāk par aptuveno skaitu problemātisko opioīdu lietotāju; un Slovākijā aptuveni 5800–15 700 (1,5 līdz 4,0 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), aptuveni par 20 % mazāk nekā aptuvenais problemātisko opioīdu lietotāju skaits.

Abās valstīs liels skaits pacientu, kas uzsāk ārstēšanos, metamfetamīnu min kā primāro narkotiku: 61 % Čehijas Republikā un 26 % Slovākijā. Laikā no 2002. līdz 2007. gadam abās valstīs ir palielinājis ārstniecības pieprasījumu skaits saistībā ar metamfetamīnu⁽⁸²⁾.

Injicēšana ir narkotiku lietošanas veids, par kuru ir visbiežāk ziņo metamfetamīna lietotāji (82 % Čehijas Republikā, 41 % Slovākijā). Tāpat bieži tiek ziņots par citu narkotiku lietošanu, lielākoties kaņepēm, alkoholu un opioīdiem. Slovākijā ir novērots straujš to opioīdu aizvietošanas terapijas saņēmēju skaits, kas lieto metamfetamīnu.

Metamfetamīna lietotāji, kas uzsāk ārstēšanos Čehijas Republikā un Slovākijā, ir samērā jauni, vidēji 24–25 gadi, un lielākoties vīrieši. Tomēr to sieviešu īpatsvars, kuras uzsāk ārstēšanos no problēmām, kas saistītas ar metamfetamīnu, ir lielāks nekā citām narkotikām.

Ekstazī

Tiek lēsts, ka ekstazī ir pamēģinājuši apmēram 10 miljoni Eiropas pieaugušo (caurmērā 3,1 %) un ka apmēram 2,5 miljoni (0,8 %) ir lietojuši to pēdējā gadā (datu apkopojumu skatīt 6. tabulā). Valstu individuālie rādītāji ievērojami atšķiras, un jaunākie apsekojumi liecina, ka vismaz vienu reizi mūžā šo narkotiku ir pamēģinājuši no

0,3 % līdz 7,5 % visu pieaugušo (15–64 gadus veci), un lielākā daļa valstu ziņo ilgstošas lietošanas izplatību 1–5 % robežās. Pēdējā gada laikā šo narkotiku Eiropā ir lietojuši 0,1 % līdz 3,5 % iedzīvotāju. Tāpat kā lielākajai daļai nelegālo narkotiku visos rādītājos vīriešu vidū ir daudz lielāks lietotāju īpatsvars nekā sieviešu vidū.

Ekstazī lietošana vairāk ir izplatīta gados jaunu (15–34 gadi) pieaugušo vidū, kur aplēstā ilgstošas lietošanas izplatība valstu līmenī svārstījās no 0,6 % līdz 14,6 %, bet 0,2 % līdz 7,7 % šajā vecuma grupā atzina, ka ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā. Aplēses liecina, ka ekstazī ir pamēģinājuši 7,5 miljoni gados jaunu eiropiešu (5,6 %), un apmēram divi miljoni (1,6 %) atzina, ka ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā. Aplūkojot jaunāku vecuma grupu, izplatības aplēses ir vēl lielākas: vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem ilgstošas lietošanas izplatības rādītājs ir no 0,4 % līdz 18,7 %, bet lielākajā daļā valstu ziņotie izplatības rādītāji bija 2,1 % līdz 6,8 % robežās. Pēdējā gada laikā šajā vecuma grupā ekstazī lietojuši 1,0 % līdz 3,9 % lielākajā daļā valstu, lai gan ir liela atšķirība starp zemāko valsts rādītāju 0,3 % un augstāko 12 %⁽⁸³⁾.

15 līdz 16 gadus jaunu skolu audzēkņu ilgstošas lietošanas izplatība 28 valstīs, kas apsekotas 2007. gadā, svārstās no 1 % līdz 5 %. Tikai četras valstis ziņo par lielāku izplatības līmeni: Bulgārija, Igaunija un Slovākija (visām 6 %) un Latvija (7 %).

Primāro ekstazī lietotāju skaits, kas uzsākuši ārstēšanu 2007. gadā, joprojām ir niecīgs. Divās trešdaļās valstu ekstazī ir minējis mazāk nekā 1 % narkotiku lietotāju; citur šis īpatsvars svārstās no 1 % līdz 5 %. Ekstazī lietotāju vidējais vecums ir 24 gadi, kas nozīmē, ka tie ir viena no jaunākajām narkotiku lietotāju grupām, kas sāk ārstēties no narkotiku lietošanas, turklāt tie regulāri ziņo, ka paralēli lieto arī citas vielas, tostarp kaņepes, kokaīnu, alkoholu un amfetamīnus⁽⁸⁴⁾.

LSD un halucinogēnās sēnes

LSD ilgstošas lietošanas izplatības rādītāji visu pieaugušo (15–64 gadus vecu) vidū sniedzas no gandrīz nulles līdz 5,2 %. Gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū ilgstošas lietošanas izplatības rādītāji ir nedaudz augstāki (no nulles līdz 6,6 %), taču vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem ir novērots zemāks izplatības līmenis⁽⁸⁵⁾. Turpretim halucinogēno sēņu lietošanas izplatība tajās dažās valstīs, kuras sniedza salīdzināmus datus, bieži pārsniedz LSD lietošanas līmeni; gados jaunu pieaugušo vidū sēņu ilgstošas lietošanas izplatības rādītāji ir no

⁽⁸¹⁾ Skatīt tabulu TDI-37 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸²⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸³⁾ Skatīt attēlu GPS-9 (ii daļa) un tabulu GPS-17 un GPS-18 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-5 un tabulu TDI-37 (i daļu), (ii daļu) un (iii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁵⁾ Skatīt tabulu GPS-8 (i daļu), GPS-9, GPS-11 un GPS-17 2009. gada statistikas biļetenā.

6. tabula. Ekstazī lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā — datu apkopojums.

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms	
	Vismaz vienu reizi mūžā	Pēdējā gada laikā
15–64 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	10 miljoni	2,5 miljoni
Vidēji Eiropā	3,1 %	0,8 %
Diapazons	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,3 %) Grieķija (0,4 %) Malta (0,7 %) Lietuva (1,0 %)	Rumānija (0,1 %) Grieķija, Malta (0,2 %) Polija (0,3 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (7,5 %), Čehijas Republika (7,1 %), Īrija (5,4 %), Latvija (4,7 %)	Čehijas Republika (3,5 %) Igaunija (1,7 %) Slovākija (1,6 %) Apvienotā Karaliste, Latvija (1,5 %)
15–34 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7,5 miljoni	2 miljoni
Vidēji Eiropā	5,6 %	1,6 %
Diapazons	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Valstis ar zemāko izplatību	Grieķija, Rumānija (0,6 %) Malta (1,4 %) Lietuva, Polija (2,1 %)	Rumānija (0,2 %) Grieķija (0,4 %) Polija (0,7 %) Itālija, Lietuva, Portugāle (0,9 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Čehijas Republika (14,6 %) Apvienotā Karaliste (12,7 %) Īrija (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Čehijas Republika (7,7 %) Igaunija (3,7 %) Apvienotā Karaliste (3,1 %) Latvija, Slovākija, Nīderlande (2,7 %)

Izplatības aplēses Eiropā ir balstītas uz svērto vidējo no jaunākajiem valstu apsekojumiem, kas veikti no 2001. līdz 2008. gadam (lielākoties no 2004. līdz 2008. gadam), tādēļ tās nevar attiecināt uz vienu gadu. Vidējo izplatību Eiropā aprēķināja ar svērto vidējo saskaņā ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Valsīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamātā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (334 miljoni) un 15–34 gadi (133 miljoni). Šeit apkopoti dati ir pieejami 2009. gada statistikas biļetena sadaļā *General population surveys*.

EMCDDA īpašais ziņojums par vairāku narkotiku lietošanu

Līdz ar 2009. gada pārskatu EMCDDA ir publicējis īpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu. Dokumentā ir aplūkotas šīs ļoti ierastās narkotiku lietošanas ievirzes pieejamās definīcijas un sniegti dati, kas ļauj labāk izprast vairāku narkotiku lietošanas izplatību un raksturojumu dažādās iedzīvotāju grupās (skolas vecuma bērni, pieaugušie, problemātiskie narkotiku lietotāji). Ir raksturoti arī pašreizējie iejaukšanās pasākumi, kas paredzēti šīs parādības profilakses, ārstēšanas un kaitējuma mazināšanas jomā. Tāpat ziņojumā ir iekļauts īss pārskats par riskiem, kas saistīti ar dažiem ierastākajiem narkotiku maisījumiem, un diskusija par vairāku narkotiku lietošanas uzraudzību nākotnē.

Šis īpašais izdevums ir pieejams papīra formātā un internetā tikai angļu valodā (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

0,3 % līdz 8,3 %, bet lietošanas pēdējā gada laikā izplatības līmenis ir no 0,2 % līdz 2,8 %.

Desmit valstīs no 26, kas ir ziņojušas par šīm vielām, 15 līdz 16 gadus jaunu skolu audzēkņu vidū halucinogēno sēņu lietošanas izplatības aplēses ir augstākas nekā LSD un citiem halucinogēniem. Lielākā daļa valstu ziņo, ka halucinogēno sēņu ilgstošas lietošanas izplatības aplēses ir no 1 % līdz 4 %, bet Slovākija (5 %) un Čehijas Republika (7 %) ziņo par lielākiem skaitļiem ⁽⁸⁶⁾.

Amfetamīnu un ekstazī lietošanas tendences

Lielākā daļa jaunāko datu apstiprina nemainīgu vai pat lejupejošu amfetamīna un ekstazī lietošanas tendenci Eiropā, kas novērota iepriekšējos ziņojumos. Pēc vispārēja pieauguma 20. gs. 90. gados iedzīvotāju apsekojumi norāda uz abu narkotiku popularitātes stabilizēšanos vai

⁽⁸⁶⁾ Dati no ESPAD par visām valstīm, izņemot Spāniju. Skatīt attēlu EYE-2 (v daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

pat mērenu krišanos, tomēr šī iezīme nav manāma visās valstīs.

Lietošanas pēdējā gada laikā izplatības rādītājs gados jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū Apvienotajā Karalistē ir ievērojami samazinājies no 6,2 % 1998. gadā līdz 1,8 % 2008. gadā. Dānijā amfetamīna lietošana palielinājās no 0,5 % 1994. gadā līdz 3,1 % 2000. gadā ar līdzīgiem rādītājiem 2008. gadā ⁽⁸⁷⁾. Valstīs, kas sniedza informāciju par atkārtotiem apsekojumiem līdzīgā laikposmā (Vācijā, Grieķijā, Spānijā, Francijā, Nīderlandē, Slovākijā, Somijā), tendences lielākoties ir stabilas (7. attēls). No tām 11 valstīm, kas sniedza pietiekamus datus par amfetamīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatību vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem piecu gadu laikposmā no 2002. gada līdz 2007. gadam, četras valstis ziņo par vismaz 15 % kritumu no sākotnējās vērtības, trīs ziņo par stabilizēšanos un četras ziņo par kāpumu.

Ekstazī lietošanas aina gados jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū nav tik viendabīga. Pēc vispārēja lietošanas izplatības pieauguma 20. gs. 80. gadu beigās un 90. gadu sākumā dažās Eiropas valstīs 90. gadu vidū izlīdzinājās ekstazī lietošanas līmenis Vācijā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē, lietošanas pēdējā gada laikā izplatības līmenis samazinājās līdz vidējam Eiropas rādītājam 1,6 %. To valstu vidū, par kurām ir pieejami jaunāki dati, Apvienotajā Karalistē izplatība joprojām ir lielāka nekā citās valstīs ⁽⁸⁸⁾. Piecos gados no 2002. gada līdz 2007. gadam ekstazī lietošanas pēdējā gada laikā

izplatības līmenis gados jaunu pieaugušo vidū trijās no 11 valstīm, kuras sniedza pietiekamu informāciju, samazinājās par vismaz 15 % no sākotnējās vērtības; četrās valstīs šis rādītājs saglabājās nemainīgs un četrās valstīs pieauga.

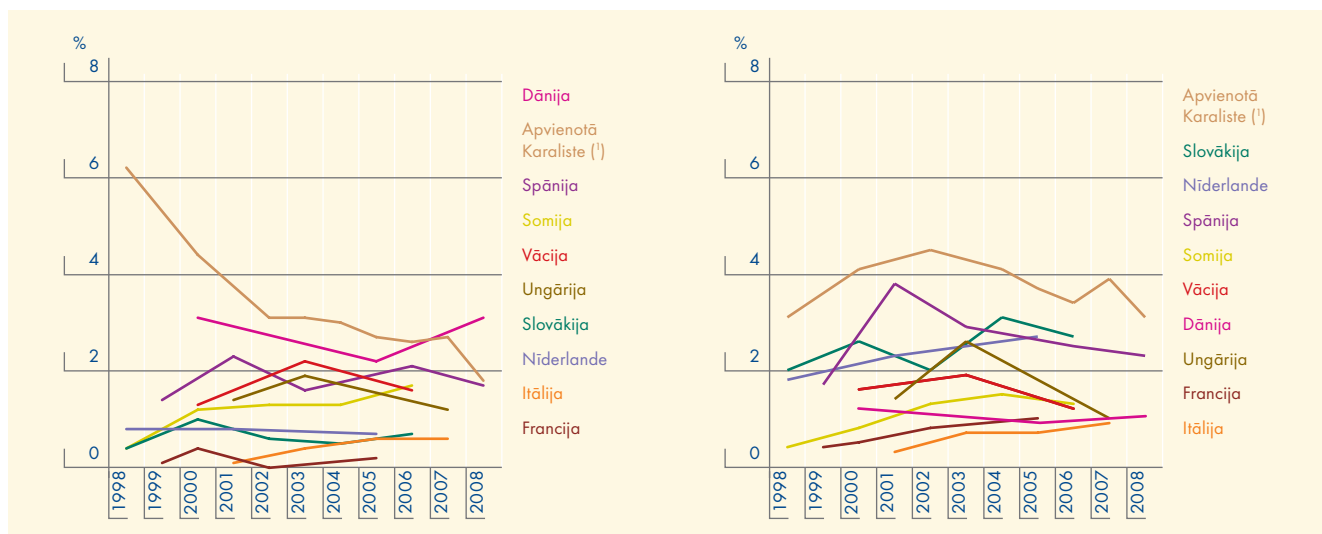
Dažās narkotiku lietotāju grupās un dažās valstīs amfetamīnus un ekstazī, iespējams, nomaina kokaīns. Šī hipotēze varētu īstenoties Apvienotajā Karalistē uz zināmā mēra arī citās valstīs (piemēram, Dānijā, Spānijā), kur šobrīd ir novērojams kokaīna patēriņa pieaugums un amfetamīnu lietošanas samazinājums (EMCDDA, 2008b).

ESPAD un citi skolu apsekojumi, kas veikti 2007. gadā liecina, ka kopumā 15 līdz 16 gadus jaunu audzēkņu vidū eksperimentēšanas ar amfetamīnu un ekstazī līmenis nav īpaši mainījies. Ņemot vērā atšķirību par vismaz diviem procentu punktiem laikposmā no 2003. līdz 2007. gadam, amfetamīna ilgstošas lietošanas izplatība ir palielinājusies deviņās valstīs. Tāpat ekstazī lietošana ir palielinājusies septiņās valstīs. Amfetamīna ilgstošas lietošanas izplatības samazinājums ir novērots vienīgi Līkumvaldī, bet Čehijas Republika, Portugāle un Horvātijā ziņo par ekstazī lietošanas samazinājumu.

Amfetamīns un ekstazī izklaides vietās: lietošana un iekļaušanās pasākumi

Narkotiku un alkohola lietošana reizēm tiek asociēta ar noteiktiem izklaides pasākumiem, kur pulcējas jauni cilvēki (piemēram, deju pasākumi, mūzikas festivāli). Pētījumi par

7. attēls. Amfetamīna (pa kreisi) un ekstazī (pa labi) lietošanas pagājušā gada laikā tendences jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū.



⁽¹⁾ Anglija un Velsa.

NB: Izmantoti dati tikai par valstīm, kurās laikā no 1998. līdz 2008. gadam ir veikti vismaz trīs apsekojumi. Papildu informāciju skatīt attēlos GPS-8 un GPS-21 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu pārskati, kas ņemti no iedzīvotāju aptaujām, ziņojumiem un zinātniskiem rakstiem.

⁽⁸⁷⁾ Dānijā informācija par 1994. gadu attiecas uz "smagajām narkotikām"; par tādām tika uzskatīti galvenokārt amfetamīni.

⁽⁸⁸⁾ Skatīt attēlu GPS-21 2009. gada statistikas biļetenā.

narkotiku lietošanu šādos pasākumos var atklāt to, kā uzvedas amfetamīna un ekstazī vai citu narkotiku, piemēram, ketamīna un GHB, lietotāji. Tiek lēsts, ka šajās vietās narkotiku lietošanas līmenis parasti ir augsts, bet to nevar vispārināt uz plašāku iedzīvotāju kopumu, un lielākoties narkotikas lieto nedēļas nogalēs un brīvdienās (EMCDDA, 2006b).

Izplatības dati no pētījumiem, kas izklaidēs vietās veikti 2007. gadā, ir pieejami par piecām valstīm (Beļģiju, Čehijas Republiku, Latviju, Lietuvu, Austriju). Ilgstošas lietošanas izplatība ir aptuveni 15 % līdz 71 % ekstazī lietošanai un 17 % līdz 68 % amfetamīniem. Četros no šiem pētījumiem ir ziņots arī par halucinogēno sēņu ilgstošas lietošanas izplatību kas svārstās no 4 % līdz 64 %. Šajās vietās ir sastopama arī bieža ekstazī vai amfetamīnu lietošana, bet parasti tās ir daudz mazāk.

Norādījumus par to, kādā mērā šo narkotiku lietošana ir sastopama jaunu cilvēku vidū, kas apmeklē klubus, var gūt Lielbritānijas 2007./2008. gada noziedzības pārskatā. 16 līdz 24 gadus vecu jauniešu vidū starp tiem, kas pēdējā mēneša laikā naktisklubus ir apmeklējuši četras vai vairāk reizes, ir trīs reizes vairāk tādu, kas pēdējā gada laikā ir lietojuši ekstazī (8 %), nekā starp tiem, kas naktisklubu nav apmeklējuši (Hoare un Flatley, 2008).

Cilvēku, kas apmeklē naktisklubus un lieto narkotikas, veselība un drošība rada aizvien lielākas bažas par sabiedrības veselību. Šajā jomā par nozīmīgu rīku ir kļuvušas vadlīnijas, piemēram, Apvienotajā Karalistē izstrādātās vadlīnijas "Drošāka dejošana". Lai gan 12 valstīs ziņo par to, ka ir izstrādātas vadlīnijas šādām naktsdzīves norises vietām, tikai Nīderlande, Slovēnija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste ziņo, ka tās tiek arī uzraudzītas un īstenotas.

Drošas klubu dzīves vadlīniju mērķis ir samazināt ar narkotikām saistītu problēmu iespējamību, padarīt pieejamu bezmaksas auksto ūdeni, tūlītēju pirmo palīdzību un veicināt profilakses darbu. Valstu eksperti nodrošināja ziņojumus par šādu pasākumu pieejamību naktisklubos ar pietiekami plašu mērķa auditoriju īstenojamajiem ieviešanas pasākumiem. Kopumā atklājās ierobežota vienkāršu pasākumu pieejamība veselības risku un narkotiku lietošanas Eiropas naktsdzīves iestādēs novēršanai vai samazināšanai. Profilaktiski pasākumi uz vietas ir pieejami lielākajā daļā attiecīgo naktisklubu tikai Lietuvā un Slovēnijā un mazākumā naktisklubu vēl 18 valstīs. Sešās valstīs tādu nav. Piecas valstīs ziņo par to, ka lielākajā daļā naktisklubu ir pieejama tūlītēja pirmā palīdzība (Luksemburgā, Portugālē, Slovēnijā, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā); pasākums ir pieejams tikai dažos naktisklubos 15 valstīs un nav pieejams Grieķijā un

Zviedrijā. Visbeidzot auksts bezmaksas ūdens ir pieejams lielākajā daļā naktisklubu 11 valstīs un nelielā daļā naktisklubu deviņās valstīs. Tas nav pieejams Grieķijā, Kiprā un Rumānijā.

Ārstniecība

Parasti amfetamīna lietotāji saņem ārstniecību ambulatoros narkotiku apkarošanas dienestos, kuri valstīs, kur vēsturiski ir ievērojams amfetamīna lietotāju skaits, varētu būt specializējušies šāda veida narkotiku problēmu risināšanā. Ārstniecību visproblemātiskākajiem amfetamīna lietotājiem varētu sniegt stacionāros narkotiku apkarošanas dienestos vai psihiatriskās klinikās vai slimnīcās.

Par īpašām ārstniecības programmām problemātiskiem amfetamīnu lietotājiem ziņo deviņas valstīs (Vācija, Igaunija, Spānija, Itālija, Austrija, Portugāle, Slovēnija, Slovākija, Apvienotā Karaliste). Dažādās valstīs šo programmu pieejamība atšķiras. Tikai trīs no šīm valstīm (Portugālē, Slovēnijā, Apvienotajā Karalistē) ziņo par specializētām programmām, kas pieejamas lielākajai daļai amfetamīna lietotāju, kuri aktīvi meklē iespēju ārstēties. Vēl sešās valstīs valstu eksperti lēš, ka specializēta amfetamīnu ārstēšanas programma ir pieejama mazāk nekā pusei lietotāju, kas to vēlas. Šo specializēto programmu narkotiku lietotājiem saturs bieži vien nav skaidri dokumentēts.

Psihostimulantu, piemēram, amfetamīnu, atkarības ārstēšanā kopumā trūkst terapeitisku alternatīvu, kas būtu stabili apliecinājušas efektivitāti. Daudzsološus rezultātus uzrāda jaunākie pētījumi par farmakoloģiskiem līdzekļiem, kas palīdz atturēties vai samazināt kāri, kas saistīta ar atkarību no amfetamīniem, kā līdz šim brīdim ir trūcis. Somijā veiktie pētījumi par metilfenidāta un aripaprizola lietošanu sniedza pozitīvus sākotnējos rezultātus, jo tie, kas saņēma metilfenidātu, uzrādīja mazāk amfetamīna pozitīvu urīna paraugu nekā tie, kas saņēma aripaprizolu vai placebo (Tiihonen un citi, 2007). Arī nesenie literatūras pārskati sniedza pozitīvus rezultātus gan par metilfenidāta, gan deksamfetamīna lietošanu metamfetamīnu atkarības ārstēšanā (Elkashaf un citi, 2008).

Dekamfetamīns ilgi ir bijis pieejams ļoti problemātisku amfetamīnu lietotāju ārstēšanai Anglijā un Velsā, kur to var izrakstīt jebkurš ārsts. Tomēr informācija par šo praksi Apvienotajā Karalistē ir ierobežota. Farmācijas dienestu apsekojumā, kas veikts pirms vairāk nekā desmit gadiem, ir lēsts, ka šo ārstēšanās veidu saņem 900 līdz 1000 pacientu (Strang un Sheridan, 1997). Lielāko daļu recepšu ir izrakstījuši ārsti, kas strādā slimnīcās vai klinikās, un gandrīz visi ārsti strādā Valsts veselības dienestā (NSH).

265 NSH speciālistu dienestu apsekojums, kas veikts 2000. gadā, atklāja, ka deksamfetamīna izrakstīšana bija iespējama aptuveni vienā trešdaļā apsekoto dienestu (Rosenberg un citi, 2002). Tomēr Apvienotās Karalistes vadlīnijas par narkotiku atkarības klīnisku vadību iesaka neizrakstīt deksamfetamīnu kā aizvietošanu, jo trūkst datu par tā efektivitāti (NTA, 2007).

Tādēļ pagaidām neviens psihosociāls iejaukšanās pasākums nav atklājis drošus pierādījumus, ka tas palīdzētu psihostimulantu lietotājiem atturēties no to lietošanas. Literatūrā ir lasāms, ka iejaukšanās pasākums, kurš uzrādījis vislielāko efektivitāti stimulantu lietotāju ārstēšanā ir kognitīvās uzvedības pieejas, piemēram, recidīva novēršana. Citu iejaukšanās pasākumu veidu efektivitāte nav atbalstīta. Jo īpaši literatūrā trūkst ziņu par veiksmīgu pētījumu starp primāriem amfetamīna lietotājiem rezultātiem, tostarp pētījumu par ārstēšanas iznākumu (Baker un citi, 2004). Nesenā *Cochrane* veiktā psihostimulantu lietotājiem paredzētu psihosociālu iejaukšanās pasākumu apskatā secināja, ka konsekventi, pozitīvi rezultāti, kas izpaužas uzvedībā (terapijas

turpināšana, narkotiku lietošanas samazināšana), tika novēroti psihosociāliem iejaukšanās pasākumiem, kuros bija paredzētas motivējošas ārstniecības metodes. Tomēr Eiropā šo pieeju lieto reti, lai gan ir bijuši daži eksperimentāli projekti (skatīt 5. nodaļu).

Ir vajadzīgi papildu pētījumi par psihosociālu un farmakoloģisku ārstēšanu cilvēkiem, kam ir problēmas, kas saistītas ar amfetamīniem, jo īpaši injicētājiem. Ir labāk jādokumentē arī esošā ārstniecības prakse un pārklājums Eiropā, kā arī jāuzlabo labās prakses kopīgošana. Piemērotu programmu trūkums varētu traucēt amfetamīna vai metamfetamīnu lietotājiem meklēt ārstniecību, jo īpaši lietošanas sākuma stadijā. Turklāt šādu programmu pieejamība varētu palīdzēt iesaistīt ārstniecībā vairāk lietotāju, kā tas pierādījās saistībā ar problemātiskajiem kaņepju lietotājiem Vācijā un Francijā, kad šīs valstis paplašināja piemērotu ārstniecības programmu pieejamību. Īpaši lietderīgi šie pasākumi varētu būt valstīs, kurās nesen ir pieaudzis problemātisko amfetamīna un metamfetamīna lietotāju, jo īpaši injicētāju, skaits (Talū un citi, 2009).

5. nodaļa

Kokaīns un kreka kokaīns

Ievads

Pēdējā desmitgadē Eiropā ir novērots vispārējs kokaīna lietošanas un kokaīna atsavināšanas gadījumu skaita pieaugums, lai gan tas vairāk attiecas uz rietumu dalībvalstīm un starp valstīm pastāv ievērojamas atšķirības. Arī pieejamie dati liecina par ievērojamu atšķirību kokaīna lietotāju vidū gan lietošanas ievirzes, gan sociāli demogrāfiskā ziņā. Vislielāko grupu veido tie, kas tikai eksperimentē ar šo vielu vienu vai dažas reizes. Citā grupā ietilpst sociāli integrēti lietotāji, kuri dažās valstīs ir salīdzinoši liels skaits jaunu cilvēku. Daži no tiem kokaīnu lieto intensīvāk vai arī lieto to ilgākā laika periodā, kas var radīt hroniskas veselības un sociālās problēmas un radīt nepieciešamību ārstēties. Trešais lietotāju kopums ir sociāli atstumto grupu locekļi, kuru vidū ir esošie un bijušie opioīdu lietotāji. Lielākā daļa no viņiem kokaīnu lieto intensīvi, iespējams, izmantojot krekus vai injicējot šo narkotiku, kas var paildzināt vai padziļināt esošās veselības un sociālās problēmas, vai apgrūtināt ārstēšanos no opioīdu lietošanas. Ņemot vērā kokaīna lietotāju daudzveidību, narkotikas lietošanas izplatības

novērtēšana, tās ietekme uz veselību un sabiedrību, un nepieciešamo risinājumu meklēšana ir unikāls izaicinājums.

Piedāvājums un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kokas krūmu – kokaīna ieguves avota – audzēšana joprojām ir koncentrēta dažās Andu reģiona valstīs ⁽⁸⁹⁾. UNODC (2009) lēš, ka no kopējā 2008. gadā izaudzētā kokas krūmu daudzuma ir iespējams izgatavot 845 tonnas tīra kokaīna hidrohlorīda. Kolumbija veido 51 %, Peru 36 % un Bolīvija 13 %. 2008. gadā kokaīna ražošanas apjoms pasaulē ir samazinājies par aptuveni 15 %, lielākoties tādēļ, ka kokaīna ražošana ir samazinājusies Kolumbijā – no 600 tonnām 2007. gadā līdz 430 tonnām 2008. gadā. Savukārt Peru un Bolīvijā kokaīna ražošana ir nedaudz pieaugusi.

Process kokas lapu pārvēršanai par kokaīna hidrohlorīdu joprojām lielākoties ir koncentrēts Kolumbijā, Peru un

7. tabula. Kokaīna un kreka kokaīna ražošana, atsavināšana, cena un tīrība.

	Kokaīns	Kreka kokaīns ⁽¹⁾
Ražošanas aplēses pasaulē (tonnas)	845	n. p.
Atsavināšanas aplēses pasaulē (tonnas)	710 ⁽²⁾	0,8
Atsavinātais daudzums (tonnas) ES un Norvēģija (tostarp Horvātijā un Turcijā)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Atsavināšanu skaits ES un Norvēģija (tostarp Horvātijā un Turcijā)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Vidējā mazumtirdzniecības cena (EUR par gramu) Diapazons (Iespējamais diapazons) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Vidējās tīrības diapazons (%)	22–57	35–98
⁽¹⁾ Dati ir interpretējami piesardzīgi, jo ziņojumus ir iesniegušas tikai dažas valstis. ⁽²⁾ UNODC lēš, ka šis skaits varētu būt ekvivalents 412 tonnām tīra kokaīna. ⁽³⁾ Paziņoto vidējo cenu vidējās daļas diapazons. NB: Visi dati par 2007. gadu, izņemot ražošanas aplēses visā pasaulē, kas ir par 2008. gadu; n. p., dati nav pieejami. Avoti: UNODC World drug report (2009) par vērtībām pasaulē, Reitox tīkla valstu koordinācijas punktu dati par Eiropu.		

⁽⁸⁹⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 39. lpp.

Bolīvijā, lai gan tas var notikt arī citās Dienvidamerikas valstīs. Kolumbijas nozīmīgumu kokaīna ražošanā apstiprina informācija par likvidētajām laboratorijām un atsavināto kālija permanganātu – ķīmisko reaģentu, ko izmanto kokaīna hidrohlorīda sintēzē. 2007. gadā Kolumbijā ir likvidēta 2471 laboratorija (78 % kopējā laboratoriju skaita pasaulē) un atsavinātas 144 tonnas kālija permanganāta (94 % kopējā atsavinātā daudzuma) (INCB, 2009a).

Pieejamā informācija liecina, ka kokaīns pa dažādiem ceļiem joprojām tiek tirgots Eiropai (EMCDDA, 2008d). Kokaīna sūtījumi pirms nokļūšanas Eiropā šķērso Dienvidu un Centrālamerikas valstis, piemēram, Argentīnu, Brazīliju, Ekvadoru, Meksiku un Venecuēlu. Arī Karību jūras valstis bieži tiek izmantotas kā starpposms narkotiku transportēšanai uz Eiropu. Šajos maršrutos kokaīns tiek pārvadāts kā kontrabanda ar komercidojumiem un pa jūras ceļiem. Pēdējos gados ir atklāts alternatīvs ceļš caur Rietumāfriku. No turienes kokaīns bieži tiek vests uz Eiropu ar zvejnieku laivām un burulaivām, lai gan tiek ziņots arī par pārvadājumiem pa gaisa ceļiem un sauszemi caur Ziemeļāfriku (Eiropols, 2007).

Pēdējos gados ir minētas arī citas tranzīvalstis. Starp tām ir Dienvidāfrika, Krievija, tāpat arī Centrāleiropas un Austrumeiropas valstis, kur kokaīna atsavināšanas gadījumu skaits ir pieaudzis no aptuveni 412 gadījumiem 2002. gadā līdz 1065 gadījumiem 2007. gadā. Beļģija, Spānija, Francija, Itālija, Nīderlande, Portugāle un Apvienotā Karaliste tiek minētas kā būtiskas kokaīna transportēšanas tranzīvalstis Eiropas iekšienē.

Atsavināšana

Kokaīns pēc kaņepju augiem un kaņepju sveķiem ir otra visvairāk tirgotā narkotika. 2007. gadā konfiscētais kokaīna daudzums joprojām ir stabils – 710 tonnu. Tāpat kā iepriekš visvairāk kokaīna – 45 % pasaulē konfiscētā daudzuma – tika atsavināts Dienvidamerikā, kam seko Ziemeļamerika ar 28 %, Rietumeiropa un Centrāleiropa ar 11 % (UNODC, 2009).

Kokaīna atsavināšanas gadījumu skaits pēdējos 20 gados Eiropā ir pieaudzis, jo īpaši kopš 2003. gada. 2007. gadā kokaīna atsavināšanas gadījumu skaits pieauga līdz 92 000 gadījumu, lai gan kopējais atklātais daudzums samazinājās līdz 77 tonnām, salīdzinot ar 121 tonnu 2006. gadā. Kopējā atsavinātā kokaīna daudzuma samazinājums lielākoties ir atkarīgs no Portugāles un mazākā mērā no Spānijas un Francijas, kas 2007. gadā ziņoja par mazāku atsavināto daudzumu, salīdzinot ar iepriekšējo gadu ⁽⁹⁰⁾. Spānija 2007. gadā

joprojām bija valsts, kas ziņoja gan par lielāko atsavinātā kokaīna daudzumu, gan lielāko skaitu šīs narkotikas atsavināšanas gadījumu Eiropā – aptuveni pusi.

Tīrība un cena

2007. gadā kokaīna vidējā tīrība svārstījās no 22 % līdz 57 % ⁽⁹¹⁾. Lielākā daļa valstu, par kurām ir pietiekami daudz datu, lai analizētu tendences laika gaitā, ziņo, ka laikā no 2002. līdz 2007. gadam kokaīna tīrība ir samazinājusies; izņēmums ir Spānija un Portugāle.

2007. gadā kokaīna vidējā mazumtirdzniecības cena 19 valstīs, kuras iesniedza datus, svārstījās no EUR 44 līdz EUR 88 par gramu, un aptuveni puse valstu ziņo par vidējo cenu no EUR 58 līdz EUR 67 par gramu. Valstīs,

Likumi narkotiku tirdzniecības apkarošanai starptautiskajos ūdeņos

Lai varētu veiksmīgi apkarot narkotiku tirdzniecību jūrā, ir vajadzīga sadarbība starp valstīm, un to atvieglo divas starptautiskas konvencijas.

Saskaņā ar Starptautiskās jūras tiesību konvencijas (1982. gads) 108. pantu valsts, kurai ir aizdomas, ka kuģis, kas kuģo ar tās karogu ⁽¹⁾, ir iesaistīts narkotiku tirdzniecībā, var lūgt citu valstu palīdzību šīs tirdzniecības apkarošanā. Tāpat sadarbība ir paredzēta ANO 1988. gada konvencijas pret tirdzniecību 17. pantā. Šī konvencija nosaka mehānismu, kas ļauj jebkurai valstij, kurai ir saprātīgs pamatojums aizdomām, ka kuģis, kas reģistrēts citā valstī, ir iesaistīts narkotiku tirdzniecībā, pieprasīt valstij, ar kuras karogu kuģis kuģo, atļauju uzskatīt uz kuģa, pārmeklēt to un atsavināt narkotikas, un attiecīgi sodīt likuma pārkāpējus. Šīs darbības var notikt jebkurā vietā ārpus teritoriālajiem ūdeņiem. Valstu atbildīgās iestādes ir pilnvarotas darboties kā kontaktpunkti pastāvīgi pēc pieprasījuma, lai varētu uz šādu pieprasījumu atbildēt pēc iespējas ātrāk. Pieprasījumam var piekrist, piekrist ar nosacījumiem vai to noraidīt. Aizliegumu var noteikt vienīgi karakuģis vai militārais gaisa kuģis, vai citi kuģi vai gaisa kuģi, kas ir skaidri identificējami kā piederoši valdības dienestiem un pilnvaroti to darīt.

Uzkāpšanu uz kuģa un attiecīgās turpmākās darbības veic pieprasījumu iesniegušās valsts tiesībsargniecības iestāžu darbinieku komanda, un šī darbība ir pazīstama kā tiesībsargniecības nošķirtība (LEDET). Ja to koordinē starpvaldību aģentūras, piemēram, MAOC-N (Analīzes un operāciju centrs jautājumos par narkotikām uz jūras), LEDET reizēm veic citas valsts karakuģis. Šādā gadījumā, lai izpildītu identificēšanas prasības, helikopteriem un kuģīšiem, ko izmantos uzkāpšanas uz klāja operācijā, īslaicīgi būs LEDET valsts karogs, nevis viņu karakuģa karogs.

⁽¹⁾ Juridisko atbildību par kuģi un tā komandu uzņemas tā valsts, kurā kuģis ir reģistrēts ("karoga valsts").

⁽⁹⁰⁾ Skatīt tabulu SZR-9 un SZR-10 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹¹⁾ Tīrības un cenu datus skatīt tabulā PPP-3 un PPP-7 2009. gada statistikas biļetenā.

Izpratne par kokaīna krītošajām cenām Eiropā

Kopš 2000. gada kokaīna cenas inflācijas ietekmē Eiropā ir kritušās, bet šīs vielas pieprasījums ir audzis, par ko liecina kokaīna izplatība sabiedrībā un problemātisko narkotiku lietotāju vidū. Šos veselajam saprātam neatbilstošos atklājumus var skaidrot ar vairākiem faktoriem. Galvenais faktors, protams, ir kokaīna piedāvājuma palielinājums Eiropā, kas atspoguļojas aizvien lielākos atsavināšanas gadījumu apjomos. Tas, ka Dienvidamerikas narkotiku tirgoņi meklē alternatīvas Amerikas Savienoto Valstu tirgum, varētu būt "mudinošs" faktors, kādēļ īpaša uzmanība ir pievērsta Eiropas tirgum. Turklāt "piesaistošs" faktors ir bijis pieaugošais kokaīna pieprasījums Eiropā. Aizvien lielāka kokaīna apjoma patēriņš Eiropā, kā arī relatīvi stabila Eiropas valūta, salīdzinot ar ASV dolāru, varētu būt kompensējusi cenu kritumu un, iespējams, mazākas peļņas robežas.

Kokaīna cenas varētu būt ietekmējuši arī citi faktori. Tehnoloģiju attīstība un jaunu tirdzniecības ceļu izmantošana, piemēram, Rietumāfrikas ceļš, kur narkotiku kontroles pasākumi ir vāji un kur ir pieejami lēti pārvadātāji, varētu būt samazinājuši transporta izdevumus un pārvadāšanas risku. Arī lielāka konkurence kokaīna tirgū (Desroches, 2007) varētu būt ietekmējusi narkotiku cenas Eiropā.

Datu trūkums šajā jomā šo analīzi padara tikai teorētisku, un norāda uz to, cik būtiski ir labāk izprast faktorus, kas ietekmē Eiropas narkotiku tirgu. EMCDDA ir apņēmies turpināt attīstīt sadarbību un pētījumus šajā jomā.

kuras sniedz pietiekami daudz datu, lai varētu veikt salīdzināšanu, kokaīns, kas pārdots uz ielas, laikā no 2002. līdz 2007. gadam ir kļuvis lētāks.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Kokaīna lietošana iedzīvotāju vidū kopumā

Kokaīns ir otra visbiežāk lietotā nelegālā narkotika Eiropā pēc kaņepēm, lai gan tā lietošanas izplatība dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Aplēses liecina, ka apmēram 13 miljoni eiropiešu to ir lietojuši vismaz vienreiz mūžā, kas atbilst vidēji 3,9 % pieaugušo vecumā no 15 līdz 64 gadiem (datu apkopojumu skatīt 8. tabulā). Valstu rādītāji ir atšķirīgi – no 0,1 % līdz 8,3 %, kur 12 no 23 valstīm, tostarp lielākā daļa Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs, ziņo par nelielu ilgstošas lietošanas izplatību pieaugušo vidū (0,5–2 %).

Tiek lēsts, ka pēdējā gadā šo narkotiku ir lietojuši apmēram četri miljoni eiropiešu (caurmērā 1,2 %), tomēr arī šajā

ziņā rādītāji atšķiras. Jaunākie valstu apsekojumi atklāj, ka lietošanas pēdējā gada laikā izplatība svārstās starp nulli un 3,1 %; 18 no 24 valstīm šis līmenis nepārsniedz 1 %. Pēdējā mēneša laikā kokaīnu Eiropā ir lietojuši aptuveni 0,4 % pieaugušo jeb aptuveni 1,5 miljoni personu. Šīs aplēses, visticamāk, ir konservatīvas.

Kopumā šķiet, ka kokaīna lietošana ir koncentrēta dažās valstīs, galvenokārt, Dānijā, Spānijā, Itālijā, Īrijā un Apvienotajā Karalistē, bet citur Eiropā narkotikas lietošanas rādītāji ir salīdzinoši zemi. Valstīs, kur tirgū nelegālo stimulantu vidū dominē amfetamīni, gandrīz vienmēr ir zemas kokaīna lietošanas izplatības aplēses. Attiecīgi valstīs, kur kokaīns ir visizplatītākais nelegālais stimulants, tiek ziņots par nelielu amfetamīnu lietošanas līmeni.

Tikai neliela daļa to, kas vienu reizi mūžā ir lietojuši kokaīnu, turpina to lietot intensīvi. Iedzīvotāju apsekojumus iegūtie dati liecina, ka kokaīna lietotāju vidū ir liels to lietotāju īpatsvars, kuri neturpina lietot šo narkotiku. Valstīs, kur ilgstošas lietošanas izplatība ir lielāka par 2 %, lielākā daļa pieaugušo, kas kādreiz ir lietojuši kokaīnu (80–95 %), pēdējā mēneša laikā to nav lietojuši ⁽⁹²⁾.

Kokaīna lietošana gados jaunu pieaugušo vidū

Saskaņā ar aplēsēm vismaz vienreiz mūžā kokaīnu ir pamēģinājuši 7,5 miljoni gados jaunu (15–34 gadi) Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji 5,6 %. Valstu rādītāji ir no 0,1 % līdz 12,0 %. Tiek lēsts, ka kokaīna lietošanas līmenis pēdējā gada laikā caurmērā Eiropā šajā vecuma grupā ir 2,2 % (trīs miljoni), bet lietošanas līmenis pēdējā mēneša laikā ir 0,8 % (viens miljons).

Lietošanas izplatība ir īpaši augsta gados jaunu (15–34 gadi) vīriešu vidū, kam Dānijā, Spānijā, Īrijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē lietošanas pēdējā gada laikā izplatība ir no 4,2 % līdz 7,7 % ⁽⁹³⁾. Lielākajā daļā valstu pēdējā mēneša laikā lietojušo vīriešu un sieviešu attiecība jaunu pieaugušo vidū ir 2:1.

Kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatība 15 līdz 24 gadus jaunu cilvēku vidū ir aptuveni 2,2 %, kas ir 1,5 miljoni lietotāju Eiropā. Gluži pretēji kaņepju un ekstazī lietošanas izplatības aplēsēm, kas ir lielākas 15–24 gadu vecuma grupā, biežākas kokaīna lietošanas (pēdējā gada laikā un pēdējā mēneša laikā) rādītāji 15–34 un 15–24 gadu vecuma grupās ir līdzīgi ⁽⁹⁴⁾.

Kokaīna lietošana ir saistāma arī ar alkohola lietošanu un noteiktu dzīvesveidu. Piemēram, Lielbritānijas 2007./2008. gada noziedzības pārskata datu analīzē atklājās, ka 16 līdz 24-gadīgu jauniešu vidū, kuri pēdējā

⁽⁹²⁾ Skatīt attēlu GPS-16 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹³⁾ Skatīt attēlu GPS-13 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁴⁾ Skatīt attēlu GPS-15 un tabulu GPS-14, GPS-15 un GSP-16 visiem gadiem; tabulu GPS-17, GPS-18 un GPS-19 par jaunākajiem datiem 2009. gada statistikas biļetenā.

8. tabula. Kokaīna lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā — datu apkopojums.

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms		
	Vismaz vienu reizi dzīves laikā	Pēdējā gada laikā	Pēdējā mēneša laikā
15–64 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	13 miljoni	4 miljoni	1,5 miljoni
Vidēji Eiropā	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Diapazons	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Lietuva, Malta (0,4 %) Grieķija (0,7 %)	Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Čehijas Republika, Ungārija, Polija (0,2 %)	Čehijas Republika, Grieķija, Igaunija, Rumānija (0,0 %) Malta, Lietuva, Polija, Somija (0,1 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Spānija (8,3 %), Apvienotā Karaliste (7,6 %), Itālija (6,8 %), Īrija (5,3 %)	Spānija (3,1 %), Apvienotā Karaliste (2,3 %), Itālija (2,2 %), Īrija (1,7 %)	Spānija (1,1 %), Apvienotā Karaliste (1,0 %), Itālija (0,8 %), Īrija (0,5 %)
15–34 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7,5 miljoni	3 miljoni	1 miljons
Vidēji Eiropā	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Diapazons	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Lietuva (0,4 %) Malta (0,7 %) Grieķija (1,0 %)	Rumānija (0,1 %) Grieķija (0,2 %) Polija (0,3 %) Ungārija, Čehijas Republika (0,4 %)	Igaunija, Rumānija (0,0 %) Čehijas Republika, Grieķija, Polija (0,1 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (12,0 %) Spānija (11,8 %) Dānija (9,5 %) Īrija (8,2 %)	Spānija (5,5 %), Apvienotā Karaliste (4,5 %), Itālija (3,4 %), Īrija, Itālija (3,1 %)	Apvienotā Karaliste (2,1 %) Spānija (1,9 %) Itālija (1,2 %) Īrija (1,0 %)
15–24 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	3 miljoni	1,5 miljoni	0,6 miljoni
Vidēji Eiropā	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Diapazons	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Grieķija (0,6 %) Lietuva (0,7 %) Malta, Polija (1,1 %)	Rumānija (0,1 %) Grieķija (0,2 %) Polija (0,3 %) Čehijas Republika (0,4 %)	Igaunija, Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Čehijas Republika, Polija, Portugāle (0,2 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (9,9 %) Spānija (9,3 %) Dānija (9,2 %) Īrija (7,0 %)	Dānija (5,6 %) Spānija (5,4 %) Apvienotā Karaliste (5,0 %) Īrija (3,8 %)	Apvienotā Karaliste (2,5 %) Spānija (1,7 %) Itālija (1,2 %) Īrija (1,1 %)
Izplatības aplēses Eiropā ir balstītas uz svērto vidējo no jaunākajiem valstu apsekojumiem, kas veikti no 2001. līdz 2008. gadam (lielākoties no 2004. līdz 2008. gadam), tādēļ tās nevar attiecināt uz vienu gadu. Vidējo izplatību Eiropā aprēķināja ar svērto vidējo saskaņā ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Valsīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamātā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (334 miljoni), 15–34 gadi (133 miljoni) un 15–24 gadi (63 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2009. gada statistikas biļetena sadaļā General population surveys.			

mēneša laikā deviņas vai vairāk reizes ir apmeklējuši krogu, 13,5 % ziņo, ka ir lietojuši kokaīnu pēdējā gada laikā, salīdzinot ar 1,7 %, kas nav apmeklējuši krogu. Arī naktsklubu apmeklēšana ir saistīta ar biežāku kokaīna lietošanu, jo gandrīz 10 % 16 līdz 24-gadīgu jauniešu, kas

ir apmeklējuši naktsklubu vismaz četras reizes pēdējā mēneša laikā, ziņo, ka pēdējā gada laikā ir lietojuši kokaīnu, salīdzinot ar 3,3 % to, kas klubu nav apmeklējuši. Apsekojums atklāja arī zemu kokaīna lietošanas līmeni, arī kokaīna lietotāju vidū, apstiprinot citu pētījumu datus, kas

liecināja par abu šo vielu lietotāju raksturojuma atšķirībām (Hoare un Flatley, 2008). Arī izklaides vietās veiktie pētījumi liecina par lielāku kokaīna lietošanas izplatību nekā pārējā sabiedrībā (EMCDDA, 2007a). Turklāt nesen Čehijas Republikā veiktā elektroniskās mūzikas cienītāju aptauja internetā liecina, ka 30,9 % respondentu ir lietojuši kokaīnu.

2008. gada Eurobarometer aptauja, kas veikta 27 ES dalībvalstīs, liecina, ka 85 % 15 līdz 25 gadus vecu jauniešu uzskata kokaīna lietošanu par nopietnu apdraudējumu cilvēka veselībai. To respondentu īpatsvars, kas uzskata, ka tikpat liels apdraudējums veselībai ir arī no citām narkotikām, ir daudz mazāks: 40 % kaņepēm, 28 % tabakai un 24 % alkoholam. Lielāka daļa respondentu par lielu risku uzskata vienīgi heroīna lietošanu. Starp valstīm pastāv ļoti neliela atšķirība, un 95 % respondentu uzskata, ka kokaīna lietošanai joprojām ir jābūt aizliegtai (Eiropas Komisija, 2008b).

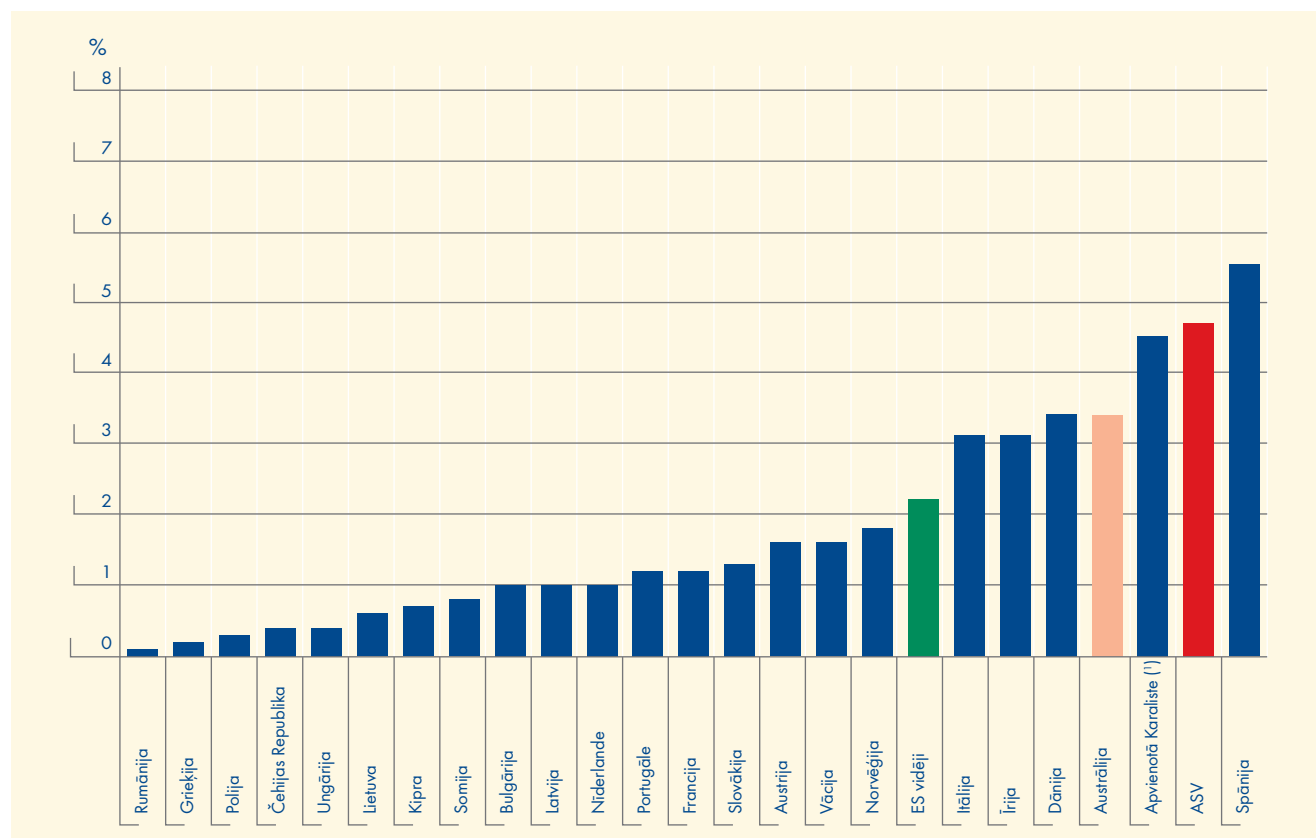
Kokaīna lietošana skolu audzēkņu vidū

Aplēses par kokaīna lietošanas izplatību skolu audzēkņu vidū ir daudz mazākas nekā par kaņepju lietošanu. Pusē no 28 valstīm, kas iesniegušas ziņojumu, kokaīna ilgstošas lietošanas izplatība 15 līdz 16 gadus jaunu skolu audzēkņu vidū ESPAD apsekojumā ir 1 % līdz 2 %. Lielākā daļa atlikušo valstu ziņo par izplatības līmeni no 3 % līdz 4 %, bet Francija, Itālija un Apvienotā Karaliste ziņo par 5 %. Lielākajā daļā valstu kokaīna ilgstošas lietošanas izplatība vīriešu vidū ir lielāka nekā sievietes vidū, un par lielāko līmeni (6 %) ziņo Francija un Itālija ⁽⁹⁵⁾.

Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Kopumā aptuvenais kokaīna lietošanas vismaz vienu reizi dzīves laikā izplatības līmenis Eiropas Savienībā gados jaunu pieaugušo vidū ir zemāks nekā vienaudžu vidū Austrālijā un Amerikas Savienotajās Valstīs. Tomēr divas valstis, Spānija un Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa),

8. attēls. Kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatība jaunu (15–34) pieaugušo vidū Eiropā, Austrālijā un ASV.



⁽¹⁾ Anglija un Velsa.

NB: Dati ir no pēdējiem pieejamiem apsekojumiem katrā valstī. Eiropas vidējais izplatības rādītājs aprēķināts kā valstu izplatības rādītāju svētais vidējais pēc gados jaunu (15–34 gadi) cilvēku skaita valstī (2006, no Eurostat). ASV un Austrālijas dati ir pārrēķināti pēc sākotnējiem apsekojumu rezultātiem par vecuma grupu no 15 līdz 34 gadiem. Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-20 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

SAMHSA (ASV), praktisko pētījumu birojs (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Valsts apsekojums par narkotiku lietošanu un veselību, 2007.

Austrālijas Veselības un labklājības institūts, 2008. gads. 2007. gada Valsts narkotiku apkarošanas stratēģijas saimniecības apsekojums: detalizēti dati. Datu statistikas sērija nr. 22. Kat. nr. PHE 107. Kanbera: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Skatīt tabulu EYE-12 2009. gada statistikas biļetenā.

ziņo par lielākiem skaitļiem nekā Austrālija, un tikai Spānija ziņo par lielākām aplēsēm nekā Amerikas Savienotās Valstis (8. attēls).

Kokaīna lietošanas tendences

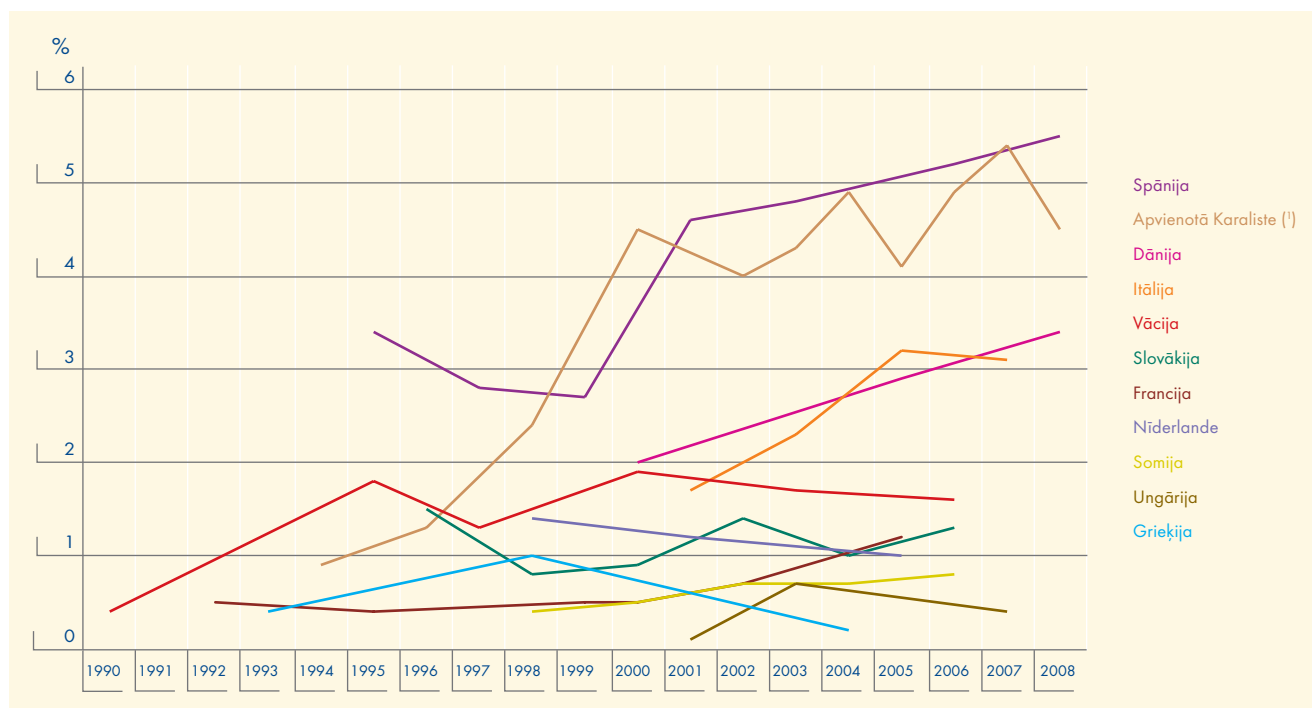
Kokaīna lietošanas tendences Eiropā ir sekojušas dažādām iezīmēm. Divās valstīs ar vislielāko kokaīna lietošanas izplatību (Spānijā un Apvienotajā Karalistē) 20. gs. deviņdesmitajos gados narkotiku lietošana ir dramatiski pieaugusi, pirms tendence kļuva stabila, taču joprojām augoša. Otrā valstu grupā, kurā ietilpst Dānija, Īrija un Itālija, pieaugoša izplatība bija mazāk izteikta un atklājās nedaudz vēlāk. Tomēr, salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, lietošanas līmenis šajās trīs valstīs ir augsts. Citur Eiropā situācija ir grūti interpretējama, jo kopumā izplatības līmenis ir zems un dažās valstīs ir novērojams gan neliels pieaugums, gan neliels kritums. Vienpadsmit valstīs, par kurām ir iespējams analizēt 2002. un 2007. gada tendences, lietošanas pēdējā gada laikā izplatība jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū piecās valstīs (Īrijā, Itālijā, Latvijā, Portugālē, Apvienotajā Karalistē) ^(%) ir palielinājusies par vismaz 15 % no sākotnējās vērtības, divās valstīs (Ungārijā, Polijā) samazinājusies un četrās valstīs (Vācijā, Spānijā, Slovākijā, Somijā) palika stabila (9. attēls).

ESPAD skolu aptaujas, kas veiktas 2007. gadā, atklāja, ka Francijā, Kiprā, Maltā, Slovēnijā un Slovākijā kokaīna lietošanas vismaz vienu reizi dzīves laikā izplatība 15 līdz 16-gadīgu skolu audzēkņu vidū pieauga vismaz par diviem procentiem, salīdzinot ar 2003. gadu. Spānijas skolu aptauja liecināja, ka laikā no 2004. līdz 2007. gadam ir noticis samazinājums par diviem procentiem.

Kokaīna lietošanas ietekme uz veselību

Kokaīna lietošanas ietekme uz veselību netiek pietiekami novērtēta. Tas ir tādēļ, ka patoloģijas, kas rodas pēc ilglaicīgas kokaīna lietošanas, bieži vien ir nespecifiskas un hroniskas, un nereti rodas grūtības atrast cēlonisku saikni starp slimību un narkotiku lietošanu. Regulāru kokaīna lietošanu, tostarp to iešņaucot, var saistīt ar sirds asinsvadu, neiroloģiskām un psihiskām problēmām, kā arī lielāku negadījumu un vardarbības risku. Vienlaikus lietojot arī citas vielas, tostarp alkoholu, var pastiprināt dažas ar kokaīnu saistītas problēmas (skatīt EMCDDA, 2007a). Amerikas Savienotajās Valstīs veiktais apsekojums atklāja, ka personām, kas regulāri lieto kokaīnu, ir septiņas reizes lielāks neletāla miokarda infarkta risks nekā personām, kas kokaīnu nelieto (Qureshi un citi, 2001). Kopumā lēš, ka ceturtdaļa

9. attēls. Kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatība jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū.



(¹) Anglija un Velsa.

NB: Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-14 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu pārskati (2008), kas ņemti no iedzīvotāju aptaujām, ziņojumiem un zinātniskiem rakstiem.

(%) Arī Dānijā ir novērots palielinājums, bet citā laikposmā.

neletālo miokarda infarktu personām vecumā no 18 no 45 gadiem ir attiecināmas uz "biežu kokaīna lietošanu".

Jaunākie ziņojumi atklāj, ka valstīs ar salīdzinoši lielu kokaīna lietošanas izplatību šai narkotikai, šķiet, ir saistība ar lielāko daļu ar narkotikām saistīto slimnīcu ārkārtas gadījumu. Amerikas Narkotiku ļaunprātīgas izmantošanas ziņošanas tīkls (DAWN) lēš, ka kokaīns, viens vai apvienojumā ar citām narkotikām, ir iesaistīts sešos no desmit ar narkotikām saistītos ātrās palīdzības izsaukumos 2006. gadā. Spānijā valsts slimnīcu ātrās palīdzības ziņošanas sistēma par psihoaktīvo vielu nemedicīnisku lietošanu atklāja, ka 2006. gadā kokaīns bija visbiežāk lietotā viela (59 %), tam seko kaņepes (31 %), sedatīvi (28 %) un heroīns (22 %), un alkohols bieži vien ir saistīts ar visām šīm vielām. Pētot pacientus, kas apmeklēja Barselonas slimnīcas ātrās palīdzības nodaļu problēmu dēļ, kas tieši saistītas ar kokaīna lietošanu, lielākoties sūdzējās par nemieru vai uzbudinājumu (48 %) un sāpēm krūškurvī vai paātrinātu sirdsdarbību (25 %).

Kokaīna injekcijas un kreka lietošana ir saistīta ar vislielāko apdraudējumu veselībai (tostarp sirds asinsvadu un garīgās veselības problēmām, veselības pasliktināšanos). Parasti tas ir saistīts arī ar sociālu marginalizāciju un citām papildu problēmām, piemēram, risks, kas saistīts ar injekcijām. Paralēla opioīdu un kokaīna lietošana varētu būt saistīta ar lielāku opioīdu pārdozēšanas risku (EMCDDA, 2007a).

Atkarība ir viena no negatīvākajām kokaīna lietošanas sekām. Amerikas Savienotajās Valstīs veiktais pētījums atklāja, ka aptuveni 5 % kokaīna lietotāju var kļūt atkarīgi jau pirmajā lietošanas gadā, lai gan aptuveni 20 % lietotāju atkarība ir izveidojusies ilgākā laika posmā (Wagner un Anthony, 2002). Cits pētījums atklāja, ka no tiem, kas ir kļuvuši atkarīgi, gandrīz 40 % atveseļojas bez narkotiku vai alkohola atkarības ārstēšanas (Cunningham, 2000). Ir arī pierādījumi, ka daudzi kokaīna lietotāji kontrolē narkotiku lietošanu, nosakot noteikumus, piemēram, par daudzumu, lietošanas biežumu vai kontekstu (Decorte, 2000).

Problemātiska kokaīna lietošana un ārstniecības pieprasījums

Valsts mēroga aplēses par problemātisku kokaīna lietošanu (injicēšanu vai ilgstošu/regulāru lietošanu) ir pieejamas tikai par Spāniju un Itāliju, bet reģionu mēroga aplēses un aplēses par kreka kokaīnu ⁽⁹⁷⁾ ir pieejamas par Apvienoto Karalisti. Itālijā saskaņā ar aplēsēm 2007. gadā uz 1000 pieaugušo bija 3,8–4,7 problemātiski kokaīna lietotāji. Jaunākie dati par Spāniju liecina, ka uz 1000

pieaugušo (15–64 gadus vecu) iedzīvotāju 2002. gadā bija 4,5–6 problemātiski kokaīna lietotāji. Problemātisko kokaīna lietotāju aplēses, iespējams, ir mazākas nekā reālais cilvēku skaits, kam ir nepieciešama ārstēšana vai nelieli iejaukšanās pasākumi, jo izmantoto avotu datus varētu nebūt uzraudzīti visi sociāli integrētie problemātiskie kokaīna lietotāji.

Apmēram 17 % visu pacientu 2006. gadā, kuri sāka ārstēties no narkotiku lietošanas, kā ārstēšanās galveno iemeslu minēja kokaīnu, galvenokārt, kokaīna pulveri; tas atbilst apmēram 61 000 reģistrēto gadījumu 25 Eiropas

Kreka kokaīna lietošana Eiropā

Eiropā kokaīns ir pieejams divos veidos: kokaīna pulveris (kokaīna HCl, hidrohlorīda sāļi) un retāk lietotais kreka kokaīns (brīva bāze). Kreku parasti smēķē, un tas rada pastiprinātu eiforiju, kuras rezultāts var būt problemātiskas lietošanas iezīmes. Parasti to ražo no kokaīna HCl vietā, kas ir tuvu tai vietai, kur to pārdod vai lieto.

Kreka lietošana sāka izplatīties Amerikas Savienotajās Valstīs 20. gs. 80. gados, lielākoties metropoļu centrālās daļas trūcīgajos rajonos, neproporcionāli skarot etniskās minoritātes. Pastāvēja bailes, ka līdzīga parādība varētu izplatīties arī Eiropā, taču nopietna kreka epidēmija tomēr nav novērota.

Tomēr dažās Eiropas pilsētās kreka kokaīns tiek lietots, lai gan ir grūti noteikt šīs parādības reālos apmērus. Arī ziņojumi par situāciju Londonā (GLADA, 2004) un Dublinā (Connolly un citi) liecina, ka varētu būt gaidāms palielinājums. Londonā kreka lietošana ir uzskatāma par pilsētas narkotiku problēmas galveno daļu, un tās palielinājums kopš 20. gs. 90. gadiem lielākoties ir atkarīgs no tā, ka pieaug opioīdu lietotāju skaits, kas lieto arī kreku.

Par lielāko daļu ārstniecības pieprasījumu, kas ir saistīts ar kreku, un lielāko daļu atsavināšanas gadījumu ziņo Apvienotā Karaliste. Vienā pētījumā aplēstais problemātisko kreka kokaīna lietotāju skaits Anglijā 2006.–2007. gadā ir ap 5,2–5,6 personām uz 1000 pieaugušajiem. Par lielu skaitu problēmu, kas saistītas ar kreka lietošanu, ziņo arī citas Eiropas valstis.

Kreka lietošana parasti notiek marginalizētās un nelabvēlīgās grupās, piemēram, prostitūtas un problemātiski opioīdu lietotāji, un dažas valstis ziņo par tā lietošanu atsevišķu etnisko minoritāšu vidū (piemēram, Francijā, Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē). Starp sociāli integrētām personām, tostarp regulāriem kokaīna pulvera lietotājiem, kreka lietošana ir ļoti neierasta (Prinzleve un citi, 2004). Tomēr kreka lietošanas pastāvība dažās grupās norāda uz risku, ka tas var izplatīties arī plašākā sabiedrībā.

⁽⁹⁷⁾ Skatīt "Kreka kokaīna lietošana Eiropā".

valstīs. To cilvēku vidū, kas ārstēšanos uzsāk pirmo reizi, par kokaīnu kā primāro narkotiku ziņo lielāks skaits lietotāju (22 %).

Starp valstīm ir būtiskas atšķirības attiecībā uz kokaīna lietotāju proporciju visu un jauno pacientu vidū. Spānija ziņo par lielāko proporciju visu pacientu vidū (45 %) un starp jauniešiem pacientiem (60 %), kam seko Nīderlande (32 % un 29 %) un Itālija (23 % un 26 %). Beļģijā, Īrijā, Kiprā, Luksemburgā un Apvienotajā Karalistē kokaīna lietotāji ir 11 % līdz 13 % visu narkotiku pacientu un 11 % līdz 19 % jauno pacientu; citur Eiropā kokaīna lietotāji veido mazāk nekā 10 % visu pacientu, kas ārstējas no narkotiku atkarības, un septiņas valstis ziņo par mazāk nekā 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Pacientu skaits, kas uzsāk ārstēšanu primāri kokaīna dēļ, pēdējos gados ir pieaudzis, lai gan tendenci ļoti ietekmē dažas valstis. Laikā no 2002. līdz 2007. gadam par vislielāko proporcijas pieaugumu jauno pacientu vidū ziņo Spānija, Īrija un Itālija. Tajās valstīs, par kurām ir pietiekami daudz datu, lai analizētu tendences laika gaitā, visu pacientu, kas uzsāk ārstēšanos, minot kokaīnu kā primāro narkotiku, skaits ir pieaudzis no 13 % līdz 19 % (pamatojoties uz 18 valstīm) ⁽⁹⁹⁾. Jaunu pacientu vidū proporcija ir pieaugusi no 17 % līdz 25 % (pamatojoties uz 19 valstīm). Kopš 2005. gada valstis ar vislielāko kokaīna pacientu proporciju – Spānija un Itālija – ziņo par stabilu situāciju, bet Nīderlande uzrāda lejupejošu to jauno klientu proporciju, kas uzsāk ārstēšanos no kokaīna atkarības. Tomēr šobrīd proporcija pieaug citās valstīs, piemēram, Dānijā, Īrijā, Grieķijā un Portugālē ⁽¹⁰⁰⁾.

Ārstējamo pacientu raksturojums

Par gandrīz visiem kokaīna pacientiem ziņo ambulatorie ārstniecības centri, lai gan daži kokaīna lietotāji varētu ārstēties privātās klīnikās, kuras esošajā uzraudzības sistēmā gandrīz nemaz nav pārstāvētas.

Kokaīna pacientiem ir viena no lielākajām vīriešu un sieviešu attiecībām (pieci vīrieši uz vienu sievieti) un viens no lielākajiem vecumiem (ap 32 gadiem) starp visiem pacientiem, kas ārstējas no narkotikām. Jo īpaši izteikti tas ir dažās valstīs, kur ir liels skaits primāru kokaīna pacientu, tostarp Itālijā, kur dzimumu attiecība ir 8:1 un vidējais vecums – 35 gadi. Gandrīz puse lietotāju sāk lietot kokaīnu pirms 20 gadu vecuma, un 88 % pirms 30 gadu vecuma. Spānija, Itālija un Nīderlande ziņo par ilgu laika

posmu (9–12 gadi) starp pirmo kokaīna lietošanas reizi un pirmo ārstēšanās uzsākšanu ⁽¹⁰¹⁾.

Lielākā daļa pacientu kokaīnu iešņauc (55 %) vai smēķē (32 %), un mazāk nekā 7 % ziņo par injicēšanu ⁽¹⁰²⁾.

2006. gadā 14 valstīs veiktā analīze atklāja, ka aptuveni 63 % kokaīna pacientu ir vairāku narkotiku lietotāji. No tiem 42 % lieto arī alkoholu, 28 % kaņepes un 16 % heroīnu. Kokaīns bieži tiek minēts arī kā otrā narkotika, jo īpaši starp klientiem, kuriem primāra ir heroīna problēma (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

2007. gadā tiek ziņots par aptuveni 8000 klientu, kas uzsākuši ambulatoru ārstēšanos no primāras kokaīna lietošanas, kas veido 15 % visu kokaīna pacientu un 2,7 % visu narkotiku pacientu ambulatorās ārstniecības iestādēs. Par vislielāko daļu kokaīna pacientu (apmēram 6500) ziņo Apvienotā Karaliste, kur tie veido 45 % visu ārstēto kokaīna pacientu. Gandrīz ceturtdaļa (22 %) primāro kokaīna pacientu lieto arī heroīnu, un liela daļa šo pacientu ir bezdarbnieki un bezpajumtnieki ⁽¹⁰⁴⁾.

Kopumā ārstēšanā ir noteiktas divas galvenās kokaīna pacientu grupas: sociāli integrētas personas, kas izmanto kokaīna pulveri, un marginalizētāka pacientu grupa, kas lieto kokaīnu, bieži vien kokaīnu, kombinācijā ar opioīdiem. Pirmā grupa parasti ziņo par narkotikas iešņaukšanu, reizēm lietojot to kopā ar citām vielām, piemēram, alkoholu vai kaņepēm, bet ne ar opioīdiem. Dažus no šīs grupas locekļiem uz ārstēšanos nosūta kriminālās tiesvedības sistēma. Otrā grupa bieži ziņo par narkotiku injicēšanu, lietojot gan kokaīnu, gan opioīdus, reizēm smēķē kokaīnu, un tiem ir bīstams veselības un sociālais stāvoklis. Tā ietver arī bijušos heroīna lietotājus, kuri atkārtoti uzsāk ārstēšanos kokaīna lietošanas dēļ.

Ārstniecība un kaitējuma mazināšana

Ārstniecība

Eiropā valsts narkotiku ārstniecības iestādes lielākoties orientējas uz opioīdu lietotāju vajadzībām, un tās iestādes, kas koncentrējas uz kokaīna lietotāju ārstniecību, ir retas un bieži vien privātas. Tomēr dažās valstīs (piemēram, Īrijā, Itālijā, Spānijā) ir īstenotas stratēģijas vai ārstniecības programmas, kuru mērķis ir kokaīna lietotāji, un Francija ir šādu programmu izstrādes procesā.

Kokaīna lietotāju neviendabīgums, viņu problēmas un vajadzības sarežģī ārstniecības pakalpojumu organizāciju

⁽⁹⁸⁾ Skatīt attēlu TDI-2 un tabulu TDI-5 (i daļa) un (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā; dati par Spāniju attiecas uz 2006. gadu.

⁽⁹⁹⁾ Iekļauti ir pacienti, kas ziņo, ka primāri lieto opioīdus, kaņepes, kokaīnu vai citus stimulantus.

⁽¹⁰⁰⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un TDI-3 un tabulu TDI-3 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰¹⁾ Skatīt tabulu TDI-10, TDI-11 (iii daļa), TDI-21 un TDI-103 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰²⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰³⁾ Skatīt īpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu.

⁽¹⁰⁴⁾ Skatīt "Kreka kokaīna lietošana Eiropā" (67. lpp.), un tabulu TDI-7 un TDI-115 2009. gada statistikas biļetenā.

un sniegšanu tiem, kam tie nepieciešami. Dažām kokaīna lietotāju grupām ir grūti piekļūt, tādēļ grūti iesaistīt ārstniecībā. Piemēram, izstumtie kokaīna injicētāji un kreka lietotāji labprātīgi palīdzību nemeklē. Šo iemeslu dēļ Īrijā ir ieteikts darbs uz vietas un citi iejaukšanās pasākumi, lai varētu piesaistīt ārstniecībai tādus lietotājus, kas citādi netiktu aizsniegti (Connolly un citi, 2008). Ārstniecības programmas uz vietas var sniegt labumu arī noteiktām grupām. Piemērs tam ir Nīderlandes pētījums, kura mērķis ir izstumtie kreka lietotāji. Ārstniecības programma sasniedza augstu atbilstības līmeni un pacientu apmierinātību ar ārstēšanu. Ārstētie pacienti ziņoja par veselības stāvokļa, dzīves apstākļu, ģimenes un sociālo attiecību, un psihiskā stāvokļa uzlabošanos (Henskens un citi, 2008).

Arī sociāli integrētos kokaīna lietotājus varētu būt grūti iesaistīt ārstniecībā. Piemēram, viņi var neatrast savu vajadzību risinājumu ārstniecības iestādēs, kur pacienti pārsvarā ir opioīdu lietotāji. Dažas valstis ziņo par pasākumiem, lai pārvarētu šīs problēmas. Piemēram, Itālijā *Progetto nazionale cocaina*, kas uzsākts 2007. gadā, sniedz specializētus pakalpojumus, kas ir piemērotāki sociāli integrētiem kokaīna lietotājiem un viņu ģimenēm (piemēram, pēc darba). Par līdzīgu pieeju ziņo arī Īrija, kur ir izstrādātas īpašas programmas, lai piesaistītu kokaīna pulvera lietotājus.

Tāpat ir ļoti svarīgi nepārtraukt problemātisko kokaīna un kreka lietotāju ārstniecību, jo intensīva kokaīna lietošana ir saistīta ar uzvedības, sociāliem un psiholoģiskiem traucējumiem (piemēram, impulsīvu un agresīvu uzvedību) un dažās grupās – ar haotisku dzīvesveidu un smagu garīgu un fizisku sabrukumu. Tādēļ regulāru terapijas sesiju uzturēšana un jēgpilni terapeitiski dialogi profesionāļiem ir grūts uzdevums (Connolly un citi, 2008). Kokaīna lietošana var izjaukt arī ārstniecību no citu narkotiku atkarības un apdraudēt veiksmīgus panākumus atturībā no heroīna. Piemēram, Vācijā vienlaicīga kokaīna lietošana tiek uzskatīta par izšķirošo faktoru to pacientu vidū, kas pamet opioīdu aizvietojošajā terapijā.

Lietotāju piesaistīšana ārstniecībai un noturēšana ir sarežģīta arī tādēļ, ka nav īpašu psihosociālu iejaukšanās pasākumu ar būtiskiem pierādījumiem par efektivitāti un nav pieejama efektīva farmakoloģiskā terapija, lai palīdzētu atkarīgajiem lietotājiem saglabāt atturību vai samazināt lietošanu šajā periodā.

Šīs grūtības var atrisināt, izstrādājot īpašas ārstniecības programmas un mācību kursus, kas piemēroti problēmām, kuras saistītas ar kokaīna un kreka lietošanu. Par īpašu mācību programmu ārstniecības personālam par kokaīna lietošanu ziņo Īrija, Itālija un Apvienotā Karaliste. Turklāt 11 dalībvalstis, tostarp visas tās, kurās ir augsts kokaīna lietošanas līmenis un ārstniecības pieprasījums, ziņo, ka

kokaīna un kreka lietotājiem ir pieejamas īpašas ārstniecības programmas līdzās tradicionāliem ārstniecības pakalpojumiem. Kamēr valstu eksperti no Itālijas, Portugāles, Slovēnijas un Apvienotās Karalistes lēš, ka šādas programmas ir pieejamas lielākajai daļai kokaīna lietotāju, kam ir vajadzīga ārstniecība, Dānijas, Vācijas, Īrijas, Austrijas, Nīderlandes, Francijas un Spānijas eksperti lēš, ka tās ir pieejamas tikai nelielai daļai.

Pēc perioda, kad gandrīz visi pētījumi tika veikti ASV, dažus pētījumus par kokaīna atkarības ārstniecību uzsāka arī Eiropā. Apvienotajā Karalistē klīniskā izmēģinājumā tiek izmeklēta kognitīvās uzvedības terapijas efektivitāte apvienojumā ar motivējošām ārstniecības metodēm (skatīt EMCDDA, 2008b) primāriem kokaīna lietotājiem. Saskaņā ar jaunāko *Cochrane* pārskatu šī kombinācija deva labus rezultātus stimulantu atkarības ārstniecībai (Knapp un citi, 2007). Cits klīniskais pētījums Apvienotajā Karalistē izmeklēja modafinila efektivitāti apvienojumā ar motivējošām metodēm, pamatojoties uz kuponiem, starp pacientiem, kas saņēma opioīdu aizvietojošā terapiju un lieto kreka kokaīnu. Modafinils jau ir pierādījis terapeitisku potenciālu vairākos izmēģinājumos kā stimulantu atkarības aizvietojošā viela.

Nīderlandē piecos klīniskos izmēģinājumos šobrīd izmeklē vairāku farmaceitisku vielu efektivitāti, ārstējot atkarību no kokaīna, tostarp deksamfetamīna un modafinila. Cits nīderlandiešu klīniskais izmēģinājums pēta sabiedrības pastiprināšanas pieeju kombinācijā ar motivējošām metodēm opioīdu aizvietojošās terapijas pacientiem, kuriem ir atkarība no kokaīna. Rezultāti atklāja būtisku kokaīna patēriņa samazinājumu, salīdzinot ar standarta ārstēšanu.

Visbeidzot kopīgajā Spānijas un Itālijas pētījumā vairākās vietās pēta kokaīna vakcīnas TA-CD efektivitāti. Tas ir plašākais izmēģinājums, kas līdz šim veikts ar šo vakcīnu, un tajā piedalās vairāki simti brīvprātīgo. Sākotnējie TA-CD drošības pētījumi ASV atklāja kokaīna subjektīvo efektu samazinājumu un narkotikas lietošanas samazinājumu, kā arī labāku ārstēšanas nepārtrauktību.

Kaitējuma mazināšana

Kaitējuma samazināšanas iejaukšanās pasākumi, kuru mērķis ir problemātiski kreka un kokaīna lietotāji, ir jauna darba joma daudzās dalībvalstīs. Viens iemesls, kādēļ šajā jomā ir ierobežoti iejaukšanās pasākumi, jo īpaši attiecībā uz kreka lietotājiem, ir galveno darbinieku zināšanu trūkums par šo narkotiku, mērķa grupu un tās vajadzībām.

Parasti dalībvalstis injicējošajiem kokaīna lietotājiem sniedz tādus pašus pakalpojumus un iespējas kā opioīdu lietotājiem, tostarp: ieteikumus par drošu lietošanu, drošākas injicēšanas mācības, adatu un šļirču programmas. Tomēr kokaīna injicēšana var būt saistīta ar lielāku risku,

kopīgi izmantojot aprīkojumu un veicot biežas injekcijas, kas var izraisīt vēnu plīšanu un injekciju veikšanu augstāka riska ķermeņa daļās (piemēram, kājās, plaukstās, pēdās un cirkšņos). Tādēļ drošas lietošanas ieteikumi būtu jāpiemēro šiem īpašajiem riska veidiem. Dažās valstīs (piemēram, Beļģijā, Francijā) dažās zema sliekšņa pakalpojumu aģentūrās tiek nodrošinātas arī tīras kreka pīpes.

Kaitējuma mazināšanas ieviešanās pasākumi, kuru mērķis ir kokaīna lietotāji izkļādes vietās, lielākoties ir vērsti uz zināšanu paplašināšanu. Dalībvalstu īstenoto programmu ietvaros jauniešiem tiek sniegtas konsultācijas un informācija par risku, kas saistīts ar alkohola un narkotiku lietošanu vispār, parasti iekļaujot arī materiālus par risku, kas saistīts ar kokaīna lietošanu.



6. nodaļa

Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana

Ievads

Heroīna lietošana, jo īpaši narkotiku injicējot, ir cieši saistīta ar problemātisku narkotiku lietošanu Eiropā jau kopš 20. gs. 70. gadiem. Šobrīd šī narkotika joprojām ir saistīta ar lielāko daļu saslimstības un mirstības, kas saistīta ar narkotiku lietošanu Eiropas Savienībā. Pēdējos gados ir novērots heroīna lietošanas un ar to saistīto problēmu samazinājums, lai gan jaunākie dati liecina, ka dažās valstīs šī tendence varētu mainīt virzienu. Turklāt ziņojumi par sintētisko opioīdu, piemēram, fentanila, lietošanu, un stimulantu narkotiku, piemēram, kokaīna un amfetamīnu, injicēšanu atspoguļo narkotiku lietošanas problēmas daudzšķautņainību Eiropā.

Piedāvājums un pieejamība

Eiropas nelegālo narkotiku tirgū vēsturiski tiek tirgoti divi importētā heroīna veidi: plaši pieejamais brūnais heroīns (ķīmiskajā pamatformā), ko ievieš galvenokārt no Afganistānas, un baltais heroīns (sāls formā), kas parasti nāk no Dienvidaustrumāzijas, lai gan šis heroīna veids pašlaik ir ievērojami mazāk sastopams⁽¹⁰⁵⁾. Turklāt neredz opioīdu narkotiku ražo arī Eiropā, galvenokārt mājās pagatavotus magoņu preparātus (piemēram, magoņu salmus vai no sasmalcinātiem magoņu kātiem un galviņām izgatavotu magoņu koncentrātu), kurus izgatavo vairākās Austrumeiropas valstīs (piemēram, Latvijā, Lietuvā).

Ražošana un tirdzniecība

Heroīnu, ko lieto Eiropā, pārsvarā ražo Afganistānā, kurā tiek saražota lielākā daļa pasaules nelegālā opija. Citas ražojošās valstis ir Mjanma, kas lielākoties apgādā tirgus austrumu un dienvidaustrumu Āzijā, Pakistāna, Laosa, kam seko Meksika un Kolumbija, kas uzskatāmas par lielāko heroīna piegādātāju Amerikas Savienotajām Valstīm (UNODC, 2009). Tiek lēsts, ka pasaulē opija ražošanas apjoms ir samazinājies pēc straujā palielinājuma 2007. gadā, lielākoties tādēļ, ka ir samazinājusies ražošana Afganistānā no 8890 tonnām līdz aptuveni 8000 tonnu 2008. gadā. Visjaunākās aplēses par potenciālo heroīna ražošanu pasaulē ir 735 tonnas

2007. gadā (UNODC, 2009). Spriežot pēc Afganistānā likvidēto laboratoriju skaita palielināšanās pēdējos dažos gados, opijs aizvien vairāk tiek pārstrādāts morfijā vai heroīnā turpat uz vietas. Tomēr lielais kaimiņvalstīs (Pakistānā, Irānā) konfiscētā opija un morfija daudzums liecina, ka arī ārpus Afganistānas tiek pārstrādāts liels daudzums šīs narkotikas (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroīns nonāk Eiropā pa diviem galvenajiem kontrabandas ceļiem: pēc tranzīta caur Pakistānu, Irānu un Turciju pa vēsturiski svarīgo Balkānu ceļu un tā vairākiem atzariem, un pa "ziemeļu ceļu", kas ved caur Vidusāziju un Krievijas Federāciju, kur heroīnu transportē, piemēram, uz Poliju tieši ar vilcienu (INCB, 2009a) vai uz Norvēģiju caur Lietuvu. Saskaņā ar ziņojumiem heroīnu no Dienvidrietumāzijas ved arī pa sekundāriem kontrabandas

9. tabula. Heroīna ražošana, atsavināšana, cena un tirdzniecība

Ražošana un atsavināšana	Heroīns
Potenciālās ražošanas aplēses pasaulē (tonnas) ⁽¹⁾	735
Pasaulē atsavinātais daudzums Heroīns (tonnas) Morfīns (tonnas)	65 27
Atsavinātais daudzums (tonnas) ES un Norvēģija (tostarp Horvātija un Turcija)	8,8 (22)
Atsavināšanu skaits ES un Norvēģija (tostarp Horvātija un Turcija)	56 000 (58 000)
Cena un tirdzniecība Eiropā	
Vidējā mazumtirdzniecības cena (EUR par gramu) Diapazons (iespējamais diapazons) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Vidējā tirdzniecība (%) Diapazons (iespējamais diapazons) ⁽²⁾	9–50 (16–27)

⁽¹⁾ UNODC rādītāja pamatā ir nelegālā opija pasaulē saražotā daudzuma aplēses (8870 tonnas 2008. gadā) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Paziņoto vidējo cenu vai tirdzniecības vidējās daļas diapazons.

NB: Dati ir par 2007. gadu, izņemot aplēses par potenciālo ražošanu pasaulē.

Avoti: UNODC World drug report (2009) par vērtībām pasaulē, Reitox tīkla valstu koordinācijas punktu dati par Eiropu.

⁽¹⁰⁵⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 39. lpp.

ceļiem, piemēram, no Afganistānas un Pakistānas pa gaisa ceļu caur Vidējo Austrumu un Austrumāfrikas valstīm uz nelegālajiem tirgiem Eiropā (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroīns no dienvidrietumu Āzijas tiek vests kontrabandas ceļā arī tieši uz Eiropu (Apvienoto Karalisti) pa gaisa ceļu no Pakistānas. Eiropas Savienībā nozīmīgu vietu kā sekundārs izplatīšanas mezgls ieņem Nīderlande un mazākā mērā – Beļģija (Eiropols, 2008).

Atsavināšana

2007. gadā visā pasaulē atsavinātā opija daudzums ir ievērojami pieaudzis līdz 510 tonnām, no kurām 84 % atsavināti Irānā. Pasaulē atsavinātā morfija daudzums strauji saruka līdz 27 tonnām, bet pasaulē atsavinātais heroīna daudzums nedaudz pieauga līdz 65 tonnām. Par vislielāko atsavinātā heroīna daudzumu ziņoja Irāna (25 % no pasaulē atsavinātā), kam seko Turcija un Afganistāna (UNODC, 2009).

Eiropā 2007. gadā ir bijuši 58 000 atsavināšanas gadījumi, kuros ir pārtvertas 22 tonnas heroīna. Eiropā lielākais konfiskāciju skaits joprojām ir bijis Apvienotajā Karalistē, bet Turcijā joprojām ir atsavināts lielākais heroīna daudzums, 2007. gadā sasniedzot 13,2 tonnas ⁽¹⁰⁶⁾. Dati par laikposmu no 2002. līdz 2007. gadam no 25 valstīm, kas iesniegušas ziņojumus, norāda, ka pēc samazinājuma pirmajā gadā kopš 2003. gada atsavināšanas gadījumu skaits ir lēnām pieaudzis. Turcijā pārtvertā heroīna daudzuma kopējā tendence atšķiras no tās, kas novērota Eiropas Savienībā. Kamēr Turcija ziņo par piekārtīgu heroīna daudzuma, kas atsavināts laikā no 2002. līdz 2007. gadam, pieaugumu, Eiropas Savienībā atsavinātais daudzums šajā periodā ir samazinājies, lai gan 2006. un 2007. gadā bija vērojams pieaugums.

Pasaulē atsavinātā acetanhidrīda (šo vielu izmanto nelegālā heroīna ražošanā) daudzums 2007. gadā palielinājās, sasniedzot 56 300 litrus, no kuriem gandrīz puse atklāta Krievijas Federācijā (25 000 litru), kam sekoja Turcija (13 300 litru) un Slovēnija (6500 litru) (INCB, 2009b). INCB lēš, ka "gandrīz 80 % acetanhidrīda, ko izmanto Afganistānas heroīna laboratorijās, kontrabandas ceļā ved caur austrumu un dienvidaustrumu Eiropu", tādēļ aicināja ES Komisiju un ES dalībvalstis novērst acetanhidrīda novirzīšanu no iekšējā tirgus (INCB, 2009a).

Tīrība un cena

2007. gadā lielākajā daļā valstu, kas iesniedza ziņojumus, testētā brūnā heroīna vidējā tīrība svārstījās no 15 % līdz 30 %, lai gan par vērtībām zem 15 % ziņoja Francija

Heroīna cenas dažādos tirgus līmeņos

Narkotiku cenu uzraudzība ir būtisks rīks, lai izprastu narkotiku tirgu. EMCDDA vāc datus par mazumtirdzniecības cenām, kas izteiktas euro par gramu, devu vai tableti. Pamatojoties uz šo informāciju, ir iespējams aplēst parasto cenu, ko Eiropas valstī maksā lietotājs, lai iegūtu minēto narkotiku. Cenu izmaiņas laika gaitā var norādīt uz iespējamām izmaiņām narkotiku piedāvājumā vai pieprasījumā. Informācija par vairumtirdzniecības cenām, kas ir cena, ko narkotiku tirgoņi maksā lieliem izplatītājiem tirgū, kur narkotikas tiek patērētas, ir vēl viens lietderīgs rādītājs, kas ļauj ielūkoties tirgus ienākumos.

Salīdzināmi dati par vairumtirdzniecības un mazumtirdzniecības cenām 2007. gadā ir pieejami tikai par dažām valstīm (Čehijas Republiku, Vāciju, Spāniju, Rumāniju, Apvienoto Karalisti). Šajās valstīs heroīna vairumtirdzniecības cena svārstās no EUR 12,5 līdz EUR 35,8 par gramu, un vidējā mazumtirdzniecības cena, kur tā bija zināma, svārstās no EUR 36 līdz EUR 62,7. Gan vairumtirdzniecībā, gan mazumtirdzniecībā par zemākajām cenām ziņoja Rumānija, bet par augstākajām – Spānija. Attiecība starp mazumtirdzniecības un vairumtirdzniecības cenām ievērojami atšķiras – no 1,6:1 Čehijas Republikā līdz 2,8:1 Apvienotajā Karalistē. Iespējamās narkotiku tīrības atšķirības dažādās valstīs, tirgus līmeņos un laika gaitā liek būt piesardzīgiem, veicot salīdzināšanu. Tomēr analīze šajā jomā var būt informatīva, jo īpaši attiecībā uz tendencēm laika gaitā, jo tas var norādīt uz būtiskām izmaiņām tirgū.

(12 %) un Austrija (9 %), bet par augstākām ziņoja Apvienotā Karaliste (50 %) un Norvēģija (35 %). Baltā heroīna tipiskā tīrība tajās dažās Eiropas valstīs, kuras sniedza ziņas, parasti bija augstāka (30–50 %) ⁽¹⁰⁷⁾.

Mazumtirdzniecības cena brūnajam heroīnam Ziemeļvalstīs joprojām bija augstāka nekā pārējā Eiropā, kur Zviedrija ziņo par vidējo cenu EUR 119 par gramu un Dānija EUR 96 par gramu. Desmit citās valstīs mazumtirdzniecības cena brūnajam heroīnam svārstās no EUR 30 līdz EUR 80 EUR par gramu, bet Turcijā vidējā cena par šo vielu bija EUR 15. Laikposmā no 2002. līdz 2007. gadam brūnā heroīna cena samazinājās 12 valstīs, kas ziņo par laika tendencēm, un pieaugusi piecās. Ziņas par baltā heroīna mazumtirdzniecības cenu sniedza tikai dažas Eiropas valstis, un tā bija no EUR 31 līdz EUR 151 par gramu.

Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses

Šajā sadaļā minētās informācijas avots ir EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas (PDU) rādītājs, kas

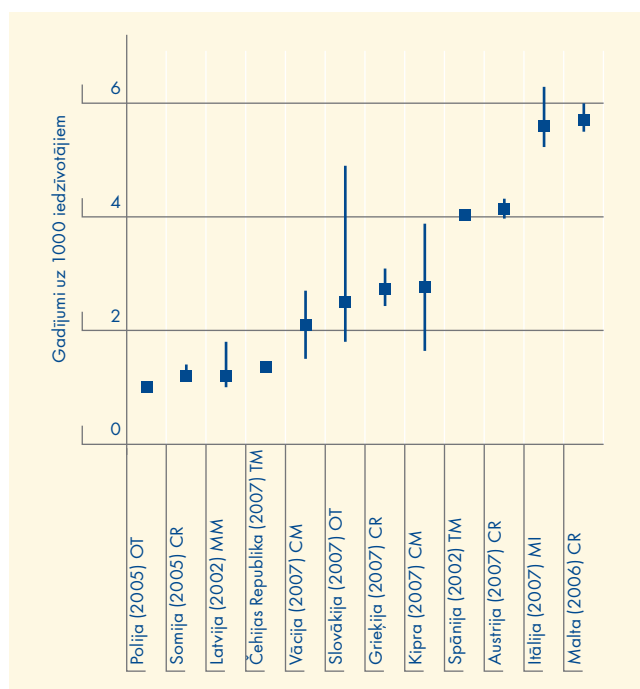
⁽¹⁰⁶⁾ Skatīt tabulu SZR-7 un SZR-8 2009. gada statistikas biļetenā. Ievērojiet, ka aplēsēs par Eiropu kopumā, ja trūkst datu par 2007. gadu, ir izmantoti atbilstošie 2006. gada dati. Šai analīzei ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2007. gada dati par Apvienoto Karalisti.

⁽¹⁰⁷⁾ Datus par tīrību un cenu skatīt tabulā PPP-2 un PPP-6 2009. gada statistikas biļetenā.

aptver galvenokārt injicējamo narkotiku lietošanu un opioīdu lietošanu, bet dažās valstīs svarīga šā rādītāja daļa ir arī amfetamīnu vai kokaīna lietotāji. Daudzas valstis ziņo, ka lielāko daļu "problemātisko opioīdu lietotāju" var raksturot kā vairāku narkotiku lietotājus, kuri lieto arī opioīdus. Ņemot vērā šā narkotiku lietošanas veida salīdzinoši zemo izplatību un slēpto raksturu, statistikas pētījumiem ir jāiegūst izplatības aplēses no pieejamajiem datu avotiem.

Problemātiskas narkotiku lietošanas aplēses par laikposmu no 2002. gada līdz 2007. gadam rāda, ka Eiropas valstīs uz katrēm 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir aptuveni viens līdz seši problemātiski opioīdu lietotāji; aplēses liecina, ka kopējais problemātiskas

10. attēls. Aplēses par problemātiskas opioīdu lietošanas pēdējā gada laikā izplatību (gadījumu skaits uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem).



NB: Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsvirzī apzīmē aprēķinu nenoteiktības intervālus, kas var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze. Mērķa grupas var nedaudz atšķirties atkarībā no aprēķinu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi ir jāveic piesardzīgi. Somijā (15–54 gadi), Maltā (12–64 gadi) un Polijā (visi vecumi) pētījumos tika izmantotas nestandarta vecuma grupas. Visi trīs rādītāji tika pielāgoti iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, pieņemot, ka citās vecuma grupās narkotiku lietošana būs nenozīmīga. Vācijai un Kiprai intervāls nozīmē intervālu starp visu pieejamo aplēšu zemāko apakšējo robežu un augstāko augšējo robežu, un punktu aplēse nozīmē viduspunktu vienkāršu vidējo rādītāju. Aplēsēs izmantoto metožu saīsinājumi: CR = aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM = ārstēšanas koeficients; MI = dažādības rādītājs; MM = mirstības koeficients; CM = vairākas metodes; OT = citas metodes. Papildinformāciju skatīt attēlā PDU-1 (ii daļa). 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

narkotiku lietošanas rādītājs ir viens līdz desmit problemātiski narkotiku lietotāji uz 1000 iedzīvotāju. Zemākie pienācīgi dokumentētie problemātiskas opioīdu lietošanas rādītāji ir Čehijas Republikai, Latvijai, Polijai un Somijai (kaut gan Čehijas Republikai un Somijai ir liels problemātisku amfetamīnu lietotāju skaits), bet augstākie rādītāji ir Maltai, Itālijai, Austrijai un Spānijai (10. attēls).

Vidējā problemātiskas opioīdu lietošanas izplatība valstīs, kuras sniedza datus, ir aptuveni 3,6 līdz 4,6 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Pieņemot, ka tas atspoguļo situāciju visā Eiropā, tas liecina, ka ES un Norvēģijā 2007. gadā bija aptuveni 1,4 miljoni (1,2–1,5 miljoni) problemātisku opioīdu lietotāju ⁽¹⁰⁸⁾. Aplēsēs nav pietiekami iekļauti cietumos

Problemātiskas opioīdu lietošanas sastopamība

Problemātiskas narkotiku lietošanas sastopamības – to personu skaits, kas sāk lietot šo vielu attiecīgajā gada un kļūst par problemātiskiem narkotiku lietotājiem – uzraudzība ir vajadzīga tādēļ, lai varētu sekot Eiropas narkotiku situācijas tendencēm un izstrādāt piemērotu politiku un iejaukšanās pasākumus.

EMCDDA ir veicinājis pētījumus, veicot aplēses par problemātiskas narkotiku lietošanas sastopamību, un nesen publicēja vadlīnijas šajā jautājumā (*Scalia Tomba* un citi, 2008). Sadarbībā ar Cīrihes Universitāti tas uzsāka arī pētījumu, lai pārbaudītu jauno "vienas dienas" metodi, izmantojot "latentā laika" sadalījumu (laiks ārstēšanai) ārstēto heroīna lietotāju šķēsgriezuma paraugā. Metode izmanto funkciju, kas apraksta iespējamību izmantot aizvietoģterapiju (vispārīgās iekļaušanas funkcija, *GIF*), ja nekādi noteikumi neierobežotu piekļuvi ārstēšanai, ņemot vērā latentu laiku, mirstību un narkotiku lietošanas pārtraukšanas rādītājus. Aplēses var atvasināt no datiem par ārstēšanu vienā dienā, savukārt ieviestajām metodēm ir vajadzīgs ilgs laika posms – vismaz astoņi līdz desmit gadi.

Pētījums tika veikts sešās ES dalībvalstīs (Spānijā, Itālijā, Maltā, Nīderlandē, Slovākijā, Apvienotajā Karalistē), un tas atklāja, ka *GIF* metode ļauj aplēst problemātiskas heroīna lietošanas izplatību arī tad, ja nav pieejami pilnīgi dati par aizvietoģterapiju. Vismaz piecos reģionos sastopamības aplēses ļāva atvasināt izplatības aplēses, kuras labi saskanēja ar citām aplēsēm (piemēram, aizturēšanas/atkārtotas aizturēšanas metode).

Šķiet, ka *GIF* metode ir spēcīga un papildus sastopamības aplēsēm var nodrošināt arī efektīvu izmaksu aplēses par problemātiskas opioīdu lietošanas izplatību, kā arī par aizvietoģterapijas aptvērumu un tā izmaiņām laika gaitā. Turpmākajā darbā varētu būt iekļauti pētījumi citās ES valstīs, telpisku atšķirību, dzimumu un lietošanas veidu analīze.

⁽¹⁰⁸⁾ Šīs aplēses tika precizētas no 1,5 miljoniem uz 1,4 miljoniem, pamatojoties uz jauniem datiem. Garo konfidencialitātes intervālu dēļ un tādēļ, ka aplēses ir balstītas uz datiem par dažādiem gadiem, nav iespējams secināt, ka jaunās aplēses liecina par problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības samazinājumu Eiropā.

esošie problemātiskie opioīdu lietotāji, jo īpaši tie, kam ir garāki ieslodzījuma termiņi.

Ārstējamie opioīdu lietotāji

Opioīdus, jo īpaši heroīnu, kā galveno lietoto narkotiku joprojām min lielākā daļa cilvēku, kas meklē ārstniecības iespējas Eiropā. Tomēr Eiropā ir ievērojamas to narkotiku lietotāju īpatsvara atšķirības, kas uzsāk ārstēšanos no narkotiku problēmām; opioīdu lietotāji veido vairāk nekā 90 % to, kas uzsāk ārstēšanos Bulgārijā un Slovēnijā, 50 % līdz 90 % 15 valstīs un 10 % līdz 49 % vēl deviņās valstīs ⁽¹⁰⁹⁾. Kopumā no aptuveni 325 000 ārstniecības ierakstu, kuriem ir zināma primārā narkotika, 49 % gadījumu kā primārā narkotika ir minēts heroīns; ja pieskaita arī citus opioīdus, šis skaitlis pieaug līdz 55 % pacientu ⁽¹¹⁰⁾. Dažās valstīs pēdējos gados ir pieaudzis to ārstniecības ierakstu skaits, kas saistīti ar citiem opioīdiem, kas nav heroīns, gan proporcijas, gan skaitliskā izteiksmē ⁽¹¹¹⁾.

Daudzi opioīdu lietotāji ir iesaistīti programmās, kas nodrošina ilgtermiņa aprūpi. Tas atspoguļojas kā lielāka proporcija primāro opioīdu lietotāju, kas jau uzsākuši ārstniecību. Jaunākā datu analīze par pacientiem, kuri ārstējas no narkotikām, 14 valstīs atklāja, ka primārie opioīdu lietotāji veido 61 % visu narkomānijas pacientu, bet tikai 38 % pacientu ārstēšanos uzsāk pirmo reizi ⁽¹¹²⁾. Tiek ziņots, ka primāro opioīdu lietotāju procents to pacientu vidū, kas ārstējas vairāk par vienu gadu, ir lielāks par 50 % visās valstīs, kas piedalījās pētījumā.

Pacienti, kas uzsāk ārstniecību no primāras opioīdu lietošanas ziņo, ka lieto arī citas narkotikas. 2006. gadā 14 valstu iesniegto datu analīze atklāja, ka 59 % heroīna lietotāju lieto otru narkotiku, lielākoties kokaīnu (28 %), kaņepes (14 %) un alkoholu (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Problemātiskas opioīdu lietošanas tendences

Ir ļoti grūti novērot tendences laika gaitā, jo ir ierobežots skaits atkārtotu aplēšu par problemātiskas opioīdu lietošanas sastopamību un izplatību, kā arī pastāv statistiska nenoteiktība par atsevišķām aplēsēm. Deviņu valstu dati ar atkārtotām izplatības aplēsēm 2002.–2007. gada laika periodā liecina par samērā stabilu situāciju. Iespējamais pieaugums, kas Austrijā novērots līdz 2005. gadam, jaunākajos datos neapstiprinājās. Citur ir informācija, kas var norādīt uz nesenām izmaiņām. Kiprā 2007. gadā

veiktās aplēses atklāj, ka problemātiska opioīdu lietošana ir ievērojami pieaugusi, kas ir saistīts ar to, ka ārstēšanos uzsāk citu valstu pilsoņi ⁽¹¹⁴⁾. Informācija no Francijas *TREND* sistēmas, kuras pamatā ir gan kvalitātes, gan kvantitātes dati, norāda uz heroīna izplatīšanu jaunu grupu vidū, kurās ietilpst arī sociāli integrētas personas un "tehnomūzikas" pasākumu apmeklētāji.

Ja nav pieejami atbilstīgi un jauni dati par problemātiskas opioīdu lietošanas sastopamību un izplatību, joprojām ir iespējams analizēt tendences laika gaitā, izmantojot citus, lielākoties netiešus, rādītājus, piemēram, datus par ārstniecības pieprasījumu. Pamatojoties uz 19 valstu piemēru, laikā no 2002. gada līdz 2007. gadam kopējais to primāro heroīna lietotāju skaits, kuri uzsāk ārstēšanos, ir pieaudzis. Koncentrējoties uz nesenāku laika posmu, no 2006. līdz 2007. gadam astoņās valstīs to lietotāju daudzums, kuri uzsāk ārstēšanos no heroīna kā primārās narkotikas lietošanas, ir palielinājies gan skaita, gan proporcijas ziņā no visiem narkotiku pacientiem. Turklāt kopš 2004. gada desmit valstīs ziņo gan par to jauno pacientu skaita un proporcijas pieaugumu, kas uzsāk ārstēšanos no heroīna kā primārās narkotikas ⁽¹¹⁵⁾.

Citi rādītāji apstiprina šo analīzi. Dati par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem 2007. gadā, kas lielākoties saistīti ar opioīdu lietošanu, neliecina par atgriešanos pie samazinājuma, kas novērots līdz 2003. gadam (skatīt 7. nodaļu). Vairāk nekā puse valstu, kas sniedza ziņojumus, laikā no 2006. līdz 2007. gadam ir reģistrējušas narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaita pieaugumu ⁽¹¹⁶⁾. Tāpat arī Eiropas Savienībā līdz 2003. gadam novēroto heroīna atsavināšanu skaita samazinājumu pēdējā laikā ir nomainījis lēns pieaugums. Jaunākajos datos par likumpārkāpumiem narkotiku apkarošanas jomā ir novērojams ar heroīnu saistītu gadījumu skaita pieaugums.

Pieejamie dati liecina, ka opioīdu rādītāju lejupejošā tendence, kas novērota līdz 2003. gadam, ir izlīdzinājusies. Tas, iespējams, visskaidrāk ir redzams kopš 2003. gada pēc atsavināšanas gadījumu un narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaita un pēc 2004. gada pēc jaunā ārstniecības pieprasījuma saistībā ar heroīna lietošanu. Šīs izmaiņas ir notikušas vienlaicīgi ar lielāku opija ražošanu Afganistānā, kas rada bažas par to, ka šie notikumi var būt saistīti ar lielāku heroīna pieejamību Eiropas tirgū.

⁽¹⁰⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (ii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-113 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹¹⁾ Skatīt "Recepšu opioīdu nepareiza lietošana", 77. lpp.

⁽¹¹²⁾ Skatīt tabulu TDI-38 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹³⁾ Skatīt 2009. gada Īpašo izdevumu par vairāku narkotiku lietošanu.

⁽¹¹⁴⁾ Skatīt tabulu PDU-6 (ii daļa) un PDU-102 2009. gada statistikas biļetenā, lai iegūtu pilnīgu informāciju, tostarp par konfidencialitātes intervāliem.

⁽¹¹⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-3 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁶⁾ Skatīt tabulu DRD-2 (i daļa) (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

Narkotiku injicēšana

Narkotiku injicēšanas izplatība

Narkotiku injicētāji ļoti riskē iegūt ar narkotiku lietošanu saistītus veselības traucējumus, piemēram, saslimt ar infekcijas slimībām, kas tiek pārnestas ar asinīm (piemēram, HIV/AIDS, hepatīts), vai mirt no narkotiku lietošanas. Tikai 12 valstis spēja sniegt informāciju par aplēsto narkotiku injicēšanas izplatību⁽¹¹⁷⁾, lai gan saistībā ar sabiedrības veselību šādas aplēses ir ļoti svarīgas. Tādēļ Eiropas veselības pārraudzības sistēmu attīstības kontekstā par šo īpašo narkotiku lietotāju grupu pieejamās informācijas līmeņa uzlabošana ir uzskatāma par vienu no būtiskākajiem uzdevumiem.

Par narkotiku injicēšanu pieejamās aplēses liecina, ka izplatība dažādās valstīs būtiski atšķiras. Tiek lēsts, ka lielākajā daļā valstu izplatība ir no mazāk nekā viena līdz pieciem gadījumiem uz 1000 iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem, taču Igaunija ziņo par ļoti augstu izplatības līmeni – 15 gadījumi uz 1000 iedzīvotāju.

Datu trūkums neļauj izdarīt secinājumus par narkotiku injicēšanas izplatības tendencēm laikā, taču pieejamie dati

liecina par stabilu situāciju Čehijas Republikā, Grieķijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā⁽¹¹⁸⁾. Pieaugums ir novērots arī Kiprā.

Arī dati no apsekojumiem par infekcijas slimībām var sniegt informāciju par valstu atšķirībām un izmaiņām laika gaitā attiecībā uz narkotiku injicēšanu. Tomēr salīdzinājums starp valstīm ir jāveic uzmanīgi, ņemot vērā izmantotās veselības veicināšanas vietas. Samērā liela daļa (vairāk par 20 %) jauno injicējošo narkotiku lietotāju (kas injicē mazāk nekā divus gadus) ir atklāta trīs valstīs – iespējams, tas norāda uz būtisku jaunu lietotāju iesaistīšanu injicēšanā. Desmit citās valstīs šī proporcija bija zem 10 %⁽¹¹⁹⁾. Vēl viens rādītājs, kas liecina par agru injicēšanas uzsākšanu, ir jauno injicētāju īpatsvars (jaunāki par 25 gadiem), kas atrasti piemēros. Tie veidoja vairāk nekā 40 % injicētāju Čehijas Republikā, Igaunijā, Latvijā, Lietuvā, Austrijā, Rumānijā un Slovākijā, lai gan 11 citās valstīs jaunāki par 25 gadiem bija mazāk nekā 20 % injicētāju.

Injicēšana opioīdu lietotāju vidū

Par injicēšanu bieži ziņo kā par ierastu lietošanas veidu starp opioīdu lietotājiem, kuri uzsāk ārstniecību, kas attiecas uz vairāk nekā pusi opioīdu pacientu lielākajā daļā valstu, no 25 % līdz 50 % septiņās valstīs un mazāk par 25 % piecās valstīs. Par vismazāko īpatsvaru to injicētāju opioīdu lietotāju vidū, kuri uzsāk ārstniecību, ziņoja Dānija un Nīderlande, un par lielāko Latvija, Lietuva un Rumānija⁽¹²⁰⁾. Ziņojumos par ārstniecību tiek lēsts, ka injicēšanas popularitāte opioīdu lietotāju vidū starp valstīm var ievērojami atšķirties. Piemēram, Spānijas autonomajās kopienās injicētāju īpatsvars jaunu opioīdu pacientu vidū var svārstīties no 0,9 % līdz 47,2 %.

Starp opioīdu lietotājiem, kuri uzsāk ārstēšanos pirmo reizi, to pacientu proporcija, kas narkotiku injicē (42 %), ir zemāka nekā starp visiem opioīdu lietotājiem, kas uzsāk ārstniecību (44 %). Tas attiecas uz gandrīz visām 22 valstīm, kas iesniegušas ziņojumus. Datu analīze 14 valstīs par narkotiku lietotājiem, kas uzsākuši ārstēšanos, atklāja, ka injicēšana joprojām ir populāra visu narkotiku lietotāju vidū, kas uzsāk ārstniecību (62 %), lai gan ir arī daži ievērojami izņēmumi, piemēram, Nīderlande, kur šis skaitlis ir 6,1 %⁽¹²¹⁾.

Injicētāju īpatsvars to heroīna lietotāju vidū, kas uzsāka ārstēšanos, 2007. gadā joprojām samazinājās. Tagad šī tendence ir skaidri redzama arī valstīs, kur iepriekš tā nebija novērota (piemēram, Čehijas Republikā, Vācijā). Laikā no 2002. līdz 2007. gadam injicētāju īpatsvars to

EMCDDA īpašais izdevums par narkotiku lietošanu injicējot

Injicējošie narkotiku lietotāji ir būtiskākais noteicošais faktors, kas rada nopietnas sabiedrības veselības problēmas narkotiku lietotāju vidū, tostarp HIV/AIDS, C hepatītu un pārdozēšanu. Visā Eiropā narkotiku lietošanas injicējot izplatība un tendences starp dalībvalstīm būtiski atšķiras un laika gaitā var mainīties. Līdzās narkotiku injicēšanai var pastāvēt alternatīvi lietošanas veidi (piemēram, smēķēšana) un narkotiku lietotāji var mainīt lietošanas veidus.

Īpašais izdevums ir vērsts uz narkotiku injicēšanas situāciju un tendencēm un uz īpašiem ieviešanas pasākumiem, kuru mērķis ir narkotiku lietotāji Eiropā. Publikācijā ir aplūkoti arī iespējamie mehānismi, kas slēpjas aiz narkotiku injicēšanas samazinājuma, kas novērots dažās valstīs un reģionos, un tas, kādēļ citos reģionos līmenis joprojām ir augsts (vai pieaugošs). Tajā ir aplūkoti arī ieviešanas pasākumi un politika, kuras mērķis ir samazināt injicēšanu un aicināt lietotājus izmantot mazāk kaitīgus lietošanas veidus.

Šis īpašais izdevums ir pieejams papīra formātā un internetā tikai angļu valodā (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) no 2009. gada decembra.

⁽¹¹⁷⁾ Skatīt attēlu PDU-2 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁸⁾ Skatīt tabulu PDU-6 (iii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁹⁾ Skatīt attēlu PDU-3 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁰⁾ Skatīt tabulu PDU-104, TDI-5 un TDI-17 (v daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²¹⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (v daļu) un TDI-38 2009. gada statistikas biļetenā.

primāro opioīdu pacientu vidū, kas uzsākuši ārstniecību, ir samazināties lielākajā daļā valstu, un par statistiski būtisku samazinājumu ziņo 13 valstis. Tomēr divas valstis ziņo par pieaugumu šajā periodā (Bulgārija, Slovākija) ⁽¹²²⁾.

Citi pētījumi parasti apstiprina injicēšanas opioīdu lietotāju vidū lejupejošo tendenci. Piemēram, Francijā, injicēšanas izplatības samazinājums ārstniecības datos ir novērojams kopš 2001. gada, un pētījumi atklāj, ka heroīna lietošanu aizvien biežāk uzsāk ar iešņaukšanu, un injicēšana tiek uzsākta vēlākā narkotiku lietošanas posmā nekā agrāk.

Recepšu opioīdu ļaunprātīga lietošana

Opioīdu analģētiķi ir visspēcīgākās zāles, kas palīdz pret spēcīgām un hroniskām sāpēm. Opioīdus izmanto kā aizvītiotājmedikamentus opioīdu atkarības ārstēšanā. Šīs zāles, kas pieejamas ar recepti, var izmantot ļaunprātīgi, un tas var radīt gluži pretēju ietekmi uz veselību, piemēram, radīt atkarību, pārdozēšanu un kaitējumu saistībā ar injicēšanu. Recepšu opioīdi var nonākt arī nelegālo narkotiku tirgū, ja aizvītiotājmedikamentus novirza nepareizai lietošanai. Amerikas Savienotajās Valstīs sava loma recepšu medikamentu pieejamībā ir arī interneta aptiekām (INCB, 2009a), taču Eiropā to loma ir ierobežota. Eiropā līdz ar recepšu aizvītiotājmedikamentu izplatīšanos no opioīdiem atkarīgu narkotiku lietotāju vidū pieauga ziņojumu skaits par šo zāļu ļaunprātīgu lietošanu.

Par opioīdiem, izņemot heroīnu, kā primāro narkotiku ziņo aptuveni 5 % (17 810) pacientu, kas Eiropā uzsāk ārstniecību. Vietas, par kurām ziņo visbiežāk, ir: buprenorfīns, kas Somijā ir reģistrēts kā primārā narkotika 41 % ārstniecības pieprasījumu un Francijā 7 %; metadons, kas veido 18,5 % ārstniecības pieprasījumu Dānijā; un citi recepšu opioīdi Latvijā, Austrijā un Zviedrijā, kur tie veido 5 % līdz 15 % visu ārstniecības pieprasījumu ⁽¹⁾. Arī Čehijas Republika ziņoja par aptuveni 4250 problemātiskiem buprenorfīna lietotājiem 2007. gadā. Lielākoties tas liecina par to, ka problemātiskie heroīna lietotāji ir nomainījuši vietas, taču neliecina par vispārēju problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības palielinājumu. Vācijas Phar-Mon sistēma, kas uzrauga plašu klāstu medikamentu, saistībā ar kuriem ir iespējama ļaunprātīga lietošana, arī ir reģistrējusi recepšu opioīdu ļaunprātīgas lietošanas pieaugumu, kur aizvītiotājmedikamentiem ir būtiskāka nozīme nekā analģētiķiem (Roesner un Küfner, 2007).

Recepšu opioīdu ļaunprātīga lietošana rada būtiskus ļautājumu attiecībā uz aizvītiotājmedikamentu un opioīdu analģētiķu novirzīšanu nelegālajam tirgum. Tajā pašā laikā ir jāparūpējas, lai netiktu kompromitēta šo vielu legāla lietošana (Cherny un citi, 2006).

⁽¹⁾ Skatīt Tabulu TDI-113 2009. gada statistikas biļetenā.

Problemātiskas opioīdu lietošanas ārstēšana

Vidējais to pacientu vecums, kuri uzsāk ambulatoru ārstēšanos no primāras opioīdu lietošanas, ir 33 gadi, un gandrīz visas valstis ir ziņojušas par palielinājumu kopš 2003. gada ⁽¹²³⁾. Pacientes sievietes, opioīdu lietotājas, kas ārstniecību uzsāk pirmo reizi, un pacientes dalībvalstīs, kuras ES pievienojās 2004. gadā, vidēji ir jaunākas nekā viņu līdzinieki.

Sievietes narkotiku lietotājas ir identificētas kā īpaši neaizsargāta grupa. Kopumā vīriešu un sieviešu attiecība starp pacientiem, kas ārstējas no opioīdiem, ir 3,5:1, lai gan Ziemeļvalstīs sievietes veido lielāku daļu to pacientu, kas ārstējas no opioīdiem (piemēram, Zviedrijā, Somijā), un dienvidu valstīs mazāku (piemēram, Grieķijā, Itālijā, Portugālē) ⁽¹²⁴⁾.

Opioīdu lietotāji, kas uzsāk ārstēšanos, ziņo par lielāku bezdarba līmeni un zemāku iegūtās izglītības līmeni nekā citiem pacientiem (skatīt 2. nodaļu). Šajā iedzīvotāju grupā ziņo par augstu psihisko slimību līmeni, piemēram, Itālijā veiktajā pētījumā atklājās, ka lielākā daļa (72 %) pacientu,

Blakusslimības: narkotiku lietošana un garīgas slimības

Blakusslimības ir bieži neatzīta narkotiku lietošanas problēmu un psihisku slimību vienlaicīga parādīšanās vienam cilvēkam. Pētījumos ir atklāta gan paaugstināta psihiatrisko problēmu izplatība to pacientu vidū, kas ārstējas no narkotikām, gan lielāka narkotiku problēmu izplatība psihiatrisko dienestu pacientu vidū (EMCDDA, 2005).

Garīgās slimības, par kurām visbiežāk ziņo narkotiku lietotāji Eiropā, ir depresija, nemiers, šizofrēnija, personības problēmas, uzmanības trūkums un hiperaktivitāte. Īpaša ārstniecība narkotiku lietotājiem ar blakusslimībām Eiropā joprojām ir ierobežota. Valstu eksperti ziņo, ka īpašas programmas ir 18 valstīs, taču 14 no tām tās ir pieejamas tikai nelielai daļai pacientu, kuriem tās vajadzīgas. Septiņās citās valstīs nav nekādu īpaši piemērotu programmu, taču piecas no tām plāno šādas programmas izstrādāt tuvākajos trīs gados.

Nesen tika veikts Eiropas perspektīvas vairāku centru pētījums (Isadora), kurā bija iesaistīti pacienti ar vairākām diagnozēm no akūtas psihiatrijas nodaļām ⁽¹⁾. Tajā atklātie dati uzsver to, cik grūti ir veikt salīdzinošās analīzes šajā jomā, norādot, ka Eiropā ir vajadzīga saskaņotāka pieeja diagnožu noteikšanā, ārstēšanā un blakusslimību pētījumos (Baldacchino un citi, 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

⁽¹²²⁾ Skatīt tabulas TDI-4 un TDI-5 2006. un 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²³⁾ Skatīt tabulu TDI-10, TDI-32 un TDI-103 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-5 un TDI-21 2009. gada statistikas biļetenā.

kas ārstējas no narkotikām un sirgst ar psihiskām slimībām, bija primāri opioīdu lietotāji ⁽¹²⁵⁾.

Gandrīz visi opioīdu lietotāji, kas uzsāk ārstēšanos, ziņo, ka lietošanu ir sākuši pirms 30 gadu vecuma un aptuveni puse pirms 20 gadu vecuma. Vidējais laika posms, kas paiet starp pirmo lietošanas reizi un pirmo saskarsmi ar ārstēšanos no narkotikām, ir aptuveni astoņi gadi ⁽¹²⁶⁾.

Ārstniecības nodrošinājums un pārklājums

Opioidu lietotājus lielākoties ārstē ambulatorajās iestādēs, kas var būt gan specializēti centri, ģimenes ārsti un t. s. “zemā sliekšņa” pakalpojumu iestādes (skatīt 2. nodaļu). Dažās valstīs, galvenokārt Bulgārijā, Grieķijā, Somijā un Zviedrijā, būtisku lomu ieņem arī stacionāri ārstniecības centri ⁽¹²⁷⁾. Eiropā pieejamās ārstēšanās no opioidu atkarības iespējas ir plašas un kļūst aizvien daudzveidīgākas, lai gan ģeogrāfiski tā atšķiras gan pieejamības, gan pārklājuma ziņā. Ārstēšana no opioidu lietošanas, izmantojot bezzāļu terapiju vai aizvietoģterapiju, ir pieejama visās ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā. Turcijā pašlaik tiek pētģta iespēja nākotnē izmantot aizvietoģterapiju.

Bezzāļu ārstēšana ir terapeitiska pieeja, kuras laikā personām ir jāatsakās no visa veida vielām, tostarp aizvītotajiem medikamentiem. Pacienti piedalās dienas

aktivitātēs un saņem intensīvu psiholoģisko atbalstu. Lai gan bezzāļu ārstēšanu var īstenot gan ambulatorās, gan stacionārās iestādēs, visbiežāk Eiropas Savienībā ir ziņots par stacionārām programmām, kurās tiek piemēroti terapeitiski sabiedrības principi jeb Minesotas modelis.

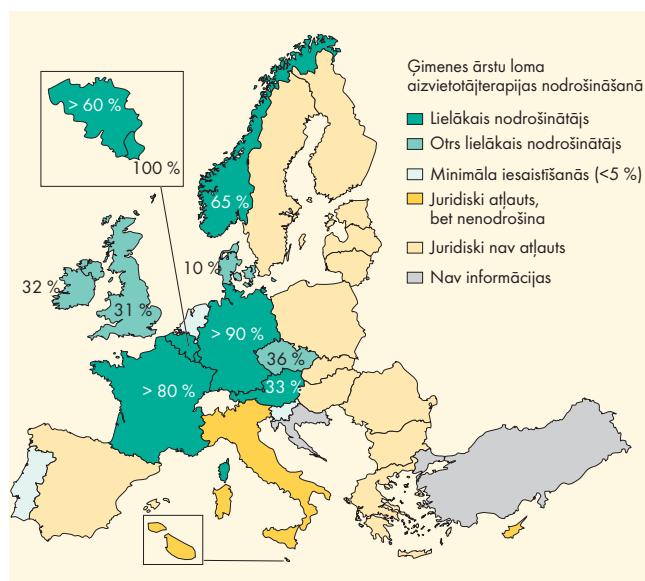
Aizvietotājterapiju – visbiežāk apvienojumā ar psihosociālu aprūpi – parasti nodrošina specializētos ambulatoros centros. Trīspadsmit valstis ziņo, ka aizvietotājterapiju nodrošina arī ģimenes ārsti, parasti saskaņā ar kopīgiem aprūpes nolīgumiem ar specializētiem aprūpes centriem (skatīt 11. attēlu). Čehijas Republikā, Francijā, Nīderlandē, Portugālē, Apvienotajā Karalistē un Horvātijā aizvietotājterapiju var nodrošināt jebkurš ģimenes ārsts, savukārt Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Īrijā, Luksemburgā, Austrijā un Norvēģijā to var sniegt tikai īpaši apmācīti vai akreditēti ārsti, kam ir tiesības to nodrošināt. Vairākas valstis ziņo, ka, uzlabojot ģeogrāfisko aptvērumu, samazinot gaidīšanas laiku un atvieglojot pieeju ārstēšanai, ģimenes ārstu iesaistīšana palīdzēja uzlabot aizvietotājterapijas pieejamību un aptvērumu (Čehijas Republika, Vācija, Francija, Austrija, Apvienotā Karaliste).

Saskaņā ar ekspertu aplēsēm opioīdu aizvietotājterapijas pieejamība ir diezgan liela 16 valstīs, kur tā ir pieejama vismaz pusei opioīdu lietotāju (skatīt 2. nodaļu). Šajās valstīs bezzāļu ārstēšana ir izvēles ārstēšana 10 % līdz 25 % opioīdu lietotāju. Citās desmit valstīs (Igaunijā, Grieķijā, Latvijā, Lietuvā, Ungārijā, Polijā, Rumānijā, Slovēnijā, Somijā, Norvēģijā) aizvietotājterapija ir pieejama mazākajai daļai opioīdu lietotāju. Tas varētu būt tādēļ, ka bezzāļu terapija ir izvēles ārstēšana, jo īpaši gados jauniem vai pirmreizējiem pacientiem, vai arī tādēļ, ka ir grūti piekļūt aizvietotājterapijai. Piemēram, Grieķijā gaidīšanas laiks, lai uzsāktu aizvietotājterapiju, vidēji ir trīs gadi.

Psihosociālās aprūpes nodrošināšana ir uzskatāma par būtisku, lai nodrošinātu aizvietotāterapijas efektivitāti. Saskaņā ar ekspertu aplēsēm gandrīz visiem pacientiem to nodrošina septiņās valstīs (Grieķijā, Itālijā, Latvijā, Portugālē, Rumānijā, Slovākijā, Apvienotajā Karalistē) un lielākajai daļai pacientu vēl 14 valstīs. Četrās valstīs (Igaunijā, Luksemburgā, Ungārijā, Nīderlandē) to nodrošina tikai nelielai daļai aizvietotāterapijas pacientu.

Kopējais pacientu skaits, kas saņem aizvītotājterapiju ES, Horvātijā un Norvēģijā, 2007. gadā bija aptuveni 650 000, kas ir vairāk nekā 560 000 pacientu 2005. gadā un 500 000 pacientu 2003. gadā. Pieejamie dati liecina par pieaugumu visās valstīs, izņemot Spāniju, kur to pacientu skaits, kas saņem aizvītotājterapiju, kopš 2002. gada ir samazinājies, un Franciju, Luksemburgu, Ungāriju un Nīderlandi, kuras ziņo par nelielu

11. attēls. Ģimenes ārstu sniegtas opioīdu aizvietoājterapijas nodrošinājums.



NB: Aizvietotājterapijas pacientu procentu daļa, kas kopienā saņem ārstēšanos pie ģimenes ārsta, ir norādīta uz kartes.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

(¹²⁵) Skatīt arī: "Blakusslimības: narkotiku lietošana un garīgas slimības".

⁽¹²⁶⁾ Skatīt tabulas TDI-11, TDI-33, TDI-107 un TDI-109 2009. gada statistikas biļetenā.

(¹²⁷) Skatīt tabulu TDI-24 2009. gada statistikas biļetenā.

samazinājumu vai stabiliem rādītājiem. Starp valstīm, kas izvērtā aizvietotājterapijas nodrošinājumu, lielākie pieauguma rādītāji ir novēroti Igaunijā, kur pacientu skaits piecu gadu laikā pieauga no 60 līdz vairāk nekā 1000, un Bulgārijā, kur ārstniecības vietu skaits laikā no 2003. līdz 2007. gadam pieauga no 380 līdz teju 3000. Aizvietotājterapijas pacientu skaits šajā laikā vairāk nekā dubultojies arī Čehijas Republikā, Latvijā, Somijā un Norvēģijā, bet Grieķijā, Polijā, Portugālē, Rumānijā un Zviedrijā ziņo par vairāk nekā 40 % pieaugumu.

Vienkāršs salīdzinājums starp problemātisko opioīdu lietotāju aptuveno skaitu un sniegto ārstēšanu liecina, ka vairāk nekā 40 % pacientu varētu saņemt aizvietotājterapiju. Tomēr abos datu kopumos joprojām trūkst precizitātes, un šīs aplēses ir jāaplūko piesardzīgi. Tā paša iemesla dēļ grūta ir arī salīdzināšana, lai gan pieejamie dati liecina, ka problemātisko opioīdu lietotāju, kas saņem aizvietotājterapiju, īpatsvars starp valstīm ievērojami atšķiras, jo aptuvenie rādītāji svārstās no 5 % līdz vairāk nekā 50 % ⁽¹²⁸⁾.

Lielākā daļa aizvietotājterapijas pacientu Eiropā saņem metadonu (70 %), bet to valstu skaits, kurās tā ir vienīgā izrakstītā viela, aizvien samazinās, jo šobrīd visās ES valstīs, izņemot četras (Bulgārija, Spānija, Ungārija, Polija), ir pieejams buprenorfinis. Čehijas Republikā, Francijā, Latvijā un Zviedrijā vairāk nekā 50 % aizvietotājterapijas pacientu izraksta buprenorfinu. Papildu iespēja ir lēni šķīstošais morfijs (Bulgārijā, Austrijā, Slovēnijā) un kodeīns (Vācijā, Austrijā, Kiprā). 2006. gadā ES tirgum tika apstiprināta jaunā buprenorfina – naloksone kombinācija, un tiek ziņots, ka tā ir ieviesta 11 valstīs. Sešas Eiropas valstis nodrošina arī ārstēšanu ar heroīna palīdzību lietotājiem, kuri negūst pietiekamu labumu no citiem ārstniecības veidiem.

Ārstniecības efektivitāte, kvalitāte un standarti

Nejausu kontrolētu izmēģinājumu un novērošanas pētījumu pārskatos ir secināts, ka aizvietotājterapija ar metadonu vai buprenorfinu var būt efektīva opioīdu atkarības ārstniecībā. Kopumā šis ārstniecības veids ir saistīts ar vairākiem pozitīviem rezultātiem, tostarp terapijas nepārtrauktību, nelegālo opioīdu narkotiku lietošanas un injicēšanas samazināšanu, nāves gadījumu un krimināli sodāmas rīcības samazināšanu un hronisku heroīna lietotāju sociālo apstākļu un veselības stāvokļa stabilizēšanos un uzlabošanos. Turklāt nesenie nejausie kontrolētie izmēģinājumi atklāja, ka ārstēšana ar heroīna palīdzību ir efektīva, lai samazinātu nelegālo narkotiku lietošanu, uzlabotu psihisko un garīgo veselību un samazinātu krimināli sodāmu rīcību to pacientu vidū, kas uzskatāmi par grūti ārstējamiem, vai attiecībā uz kuriem nav bijuši sekmīgi citi ārstniecības veidi.

Psihosociālie un psihoterapeitiskie iejaukšanās pasākumi apvienojumā ar farmakoloģisku terapiju arī ir izrādījušies efektīvi, veicot ārstēšanās rezultātu izpēti (Schulte un citi, 2008). Šo pieeju mērķis ir palielināt motivāciju ārstēties, novērst atkārtēšanos un samazināt kaitējumu. Turklāt tie var sniegt padomu un praktisku palīdzību pacientiem, kuriem paralēli ārstēšanās procesam no opioīdu atkarības ir jārisina mājokļa, nodarbinātības un ģimenes jautājumi.

PVO nesen (2009. gadā) izstrādāja minimālo prasību kopumu un starptautiskas vadlīnijas psihosociāli atbalstītai farmakoloģiskai ārstēšanai personām, kas atkarīgas no opioīdiem. Šis dokuments ir atbilde Apvienoto Nāciju Organizācijas Ekonomikas un sociālās padomes (ECOSOC) rezolūcijai un tā pamatā ir sistemātiski pārskati par zinātnisko literatūru un konsultācijas ar vairākiem slaveniem ekspertiem no dažādām pasaules valstīm. Aizvietotājterapijas vadlīnijas izstrādāja arī lielākā daļa Eiropas valstu (skatīt 2. nodaļu).

⁽¹²⁸⁾ Skatīt attēlu HSR-1 2009. gada statistikas biļetenā.

7. nodaļa

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības

Vissmagāko ietekmi uz veselību narkotiku lietošanas rezultātā rada infekcijas slimības, piemēram, HIV un B un C hepatīts. Pat valstīs, kur HIV izplatība narkotiku injicētāju vidū ir zema, narkotiku lietotājus var pārmērīgi ietekmēt citas infekcijas slimības, tostarp A, B un C hepatīts, seksuāli transmisīvās slimības, tuberkuloze, tetānuss, botulisms un cilvēka T-limfotropais vīruss. EMCDDA sistemātiski pārrauga HIV un B un C hepatītu narkotiku lietotāju vidū (antivielu izplatība vai citu īpašu marķieru izplatība B hepatīta gadījumā) ⁽¹²⁹⁾.

HIV un AIDS

Pieejamā informācija liecina, ka līdz 2007. gada beigām jaunatklāto HIV infekcijas gadījumu īpatsvars narkotiku injicētāju vidū lielākajā daļā Eiropas Savienības valstu joprojām bija zems, un situācija ES kopumā pasaules kontekstā ir salīdzinoši pozitīva. Šādas situācijas iemesls vismaz daļēji varētu būt profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumu, tostarp aizvietošanas terapijas un šļirču apmaiņas programmu, pieejamības palielināšanās. Dažas valstis ir ziņojušas par citiem faktoriem, kam arī varētu būt bijusi ievērojama loma, piemēram, narkotiku injicēšanas apmēru samazināšanās. Tomēr dati liecina, ka dažās Eiropas valstīs ar narkotiku injicēšanu saistītā HIV pārņemšana 2007. gadā joprojām ir turpinājusies samērā plaši, neļaujot aizmirst par neatliekamo vajadzību nodrošināt vietējās profilakses pasākumu pārklājumu un efektivitāti.

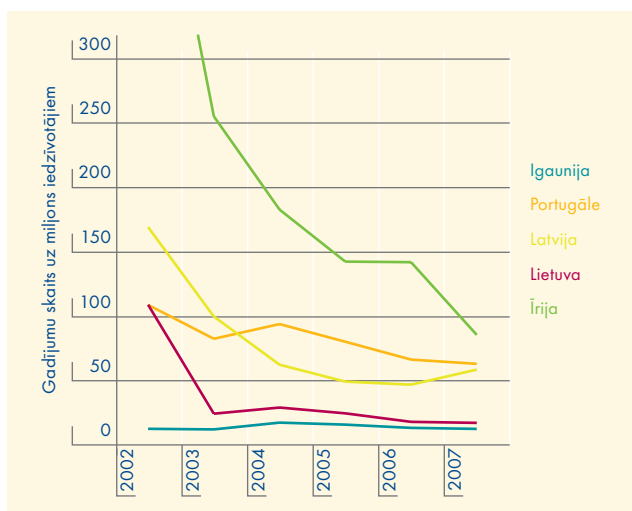
HIV infekcijas izplatības tendences

Dati par jaunatklātiem, ar narkotiku injicēšanu saistītiem gadījumiem 2007. gadā liecina, ka kopumā Eiropas Savienībā pēc maksimuma sasniegšanas 2001.–2002. gadā uzliesmojumu dēļ Igaunijā, Latvijā un Lietuvā infekcijas izplatības rādītāji joprojām kritās ⁽¹³⁰⁾. Jaunatklātu infekciju sastopamības rādītājs injicējošu narkotiku lietotāju vidū 2007. gadā tajās 24 ES valstīs, par kurām bija

pieejami dati, bija 4,7 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju, kas ir mazāk nekā 2006. gadā – 5,0 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotāju ⁽¹³¹⁾. No trim valstīm, kas ziņo par lielākajiem rādītājiem attiecībā pret no jauna atklāto infekciju, Portugāle un Igaunija turpināja tās lejupejošo tendenci, lai gan Portugālē šī tendence, šķiet, izlīdzinās. Turpretim Latvija ziņoja par pieaugumu no 47,1 gadījuma uz miljonu iedzīvotāju 2006. gadā līdz 58,7 gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju 2007. gadā (skatīt 12. attēlu).

Kopumā laikā no 2002. gada līdz 2007. gadam nav novērots būtisks jauno HIV infekciju pieaugums, un rādītāji joprojām ir zemi. Tomēr Bulgārijā un Zviedrijā no jauna paziņoto infekcijas slimību rādītājs ir strauji pieaudzis – no 0,3 jauniem gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju 2002. gadā līdz maksimumam, 6,7 gadījumiem 2007. gadā, un 2008. gadā atgriezās iepriekšējā līmenī, liecinot par to, ka HIV uzliesmojuma draudi injicējošo narkotiku lietotāju vidū joprojām pastāv.

12. attēls. Tendences piecās ES dalībvalstīs, kurās ir lielākais no jauna ziņoto HIV infekciju skaits injicējošu narkotiku lietotāju vidū.



NB: Igaunijai 2002. gada vērtība ir lielāka par skalā norādīto (516 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju). Papildinformāciju skatīt tabulā INF-104 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: ECDC un PVO Eiropa.

⁽¹²⁹⁾ Sīkāku informāciju par metodēm un definīcijām skatīt 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁰⁾ Skatīt tabulu INF-104 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³¹⁾ Valsts mēroga dati nav pieejami par Spāniju, Itāliju un Austriju.

Tendenču dati par injicējošo narkotiku lietotāju HIV izplatības uzraudzību ir būtisks papildinājums datiem no HIV gadījumu ziņošanas. Izplatības dati par laiku no 2002. gada līdz 2007. gadam ir pieejami par 25 valstīm ⁽¹³²⁾. 11 valstīs HIV izplatība minētajā laikposmā saglabājās nemainīga. Sešās valstīs (Bulgārijā, Vācijā, Spānijā, Itālijā, Latvijā, Portugālē) valsts mēroga izlasēs bija vērojams statistiski nozīmīgs HIV izplatības samazinājums. Tomēr divās no šīm valstīm tiek ziņots par reģionālu pieaugumu: Bulgārijā tas tika konstatēts vienā pilsētā (Sofijā), bet Itālijā trijos no 21 reģiona. Divās valstīs (Lietuvā, Polijā) HIV izplatība uzrādīja statistiski ievērojamu palielinājumu, abās pamatojoties uz valsts mēroga izlasēm.

Salīdzinot jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu infekciju tendences ar HIV izplatības tendencēm narkotiku injicētāju vidū, jāsecina, ka jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu HIV gadījumu skaits lielākajā daļā valstu samazinās.

Tomēr jauno HIV diagnožu saistībā ar narkotiku injicēšanu augstais gada rādītājs Igaunijā, Latvijā un Portugālē liecina, ka šajās valstīs pārņemšana joprojām notiek diezgan augstā līmenī, lai gan Igaunijā un Portugālē rādītāji šobrīd krītas. Igaunijai ziņas par pārņemšanu apstiprina 2005. gada izplatības dati, kas liecina, ka apmēram trešdaļa nesenu injicējošo narkotiku lietotāju (kas injicē narkotikas mazāk nekā divus gadus) ir HIV pozitīvi. Papildu liecības par HIV izplatīšanos ir redzamas vairāku valstu iesniegtos ziņojumos par augstu izplatības līmeni – virs 5 % gados jaunu injicējošo narkotiku lietotāju vidū (50 vai vairāk līdz 25 gadu vecu injicējošo narkotiku lietotāju izlasēs): Spānija (valsts dati, 2006. gads), Francija (piecas pilsētas, 2006. gads), Igaunija (divi reģioni, 2005. gads), Lietuva (viena pilsēta, 2006. gads) un Polija (viena pilsēta, 2005. gads) ⁽¹³³⁾.

AIDS izplatība un HAART pieejamība

Informācija par AIDS izplatību ir svarīga, lai pierādītu simptomātiskas slimības jaunu parādīšanos, lai gan tas nav HIV izplatības drošs rādītājs. Augsta AIDS sastopamība dažās Eiropas valstīs var norādīt uz to, ka daudzi ar HIV inficēti injicējoši narkotiku lietotāji nesaņem augstas aktivitātes antiretrovirālo terapiju (HAART) pietiekami agrīnā infekcijas stadijā, lai terapija būtu maksimāli iedarbīga.

Igaunija ir valsts ar vislielāko AIDS gadījumu skaitu, kas saistīti ar narkotiku injicēšanu – aptuveni 33,5 gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju 2007. gadā, kas ir vairāk nekā 17,1 jauns gadījums 2006. gadā. Par relatīvi lielu skaitu

HIV injicējošu narkotiku lietotāju vidū Eiropas Savienībā un kaimiņvalstīs: pieaugoša tendence austrumos

HIV epidēmija injicējošu narkotiku lietotāju vidū Eiropā turpina attīstīties atšķirīgi. Eiropas Savienības valstīs no jauna ziņoto HIV infekcijas diagnožu skaits injicējošu narkotiku lietotāju vidū lielākoties ir stabilā vai zemā līmenī, vai samazinās. Tomēr daudzās bijušajās padomju valstīs 2007. gadā rādītāji palielinājās (Wiessing un citi, 2008b), liecinot, ka esošie profilakses pasākumi varētu nebūt pietiekami un ka tie būtu jāpilnveido.

Tajās austrumu valstīs, kur kopš maksimāla 2001. gadā bija vērojams samazinājums (Krievija, Baltkrievija), pēdējos gados atkal ir vērojams pieaugums. 2007. gadā no jauna diagnosticēto un ziņoto HIV infekciju rādītāji injicējošo narkotiku lietotāju vidū svārstās no nulles Turkmēnijā līdz 80 gadījumiem uz miljonu iedzīvotājiem Kazahstānā un 152 gadījumiem uz miljonu iedzīvotājiem Ukrainā. Visjaunākie skaitļi par Krieviju ir 78 gadījumi uz miljonu iedzīvotājiem 2006. gadā.

Absolūtos skaitļos Ukraina 2007. gadā ziņo par lielāko skaitu no jauna ziņoto HIV gadījumu injicējošo narkotiku lietotāju vidū (7087 gadījumi), kam seko Uzbekistāna (1816 gadījumi) un Kazahstāna (1246 gadījumi), bet 2006. gadā Krievija ziņoja par 11 161 gadījumu. Dažas citas bijušās padomju republikas, kurās kopumā ir zemāki skaitļi un rādītāji, atklāj ziņoto gadījumu pieaugošu tendenci, liekot domāt, ka starp injicējošiem narkotiku lietotājiem, iespējams, plosās epidēmija. Šīs valstis ir Azerbaidžāna, Baltkrievija, Gruzija, Kirgizstāna, Moldova un Tadžikistāna.

AIDS gadījumu ziņo arī Latvija, Spānija, Portugāle un Lietuva: attiecīgi 13,2, 8,8, 8,6 un 6,2 gadījumi uz vienu miljonu. Starp šīm četrām valstīm Spānijā, Latvijā un Portugālē tendence ir lejupejoša, bet Lietuvā – tā nav ⁽¹³⁴⁾.

B un C hepatīts

Augsta HIV infekcijas izplatība ir tikai dažās ES dalībvalstīs, savukārt vīrusu hepatīts, jo īpaši hepatīts, ko izraisa C hepatīta vīruss (HCV), ir plaši sastopams injicējošo narkotiku lietotāju vidū visā Eiropā. HCV antivielu līmenis injicējošu narkotiku lietotāju valsts mēroga paraugos 2006. – 2007. gadā svārstās no aptuveni 18 % līdz 95 %, kur pusē valstu, kas iesniegušas ziņojumu, šis līmenis pārsniedz 40 %. Trīs valstīs (Bulgārija, Čehijas Republika, Slovēnija) ziņo par izplatību zem 25 % injicējošo narkotiku lietotāju valsts mēroga paraugos ⁽¹³⁵⁾; tādēļ infekciju rādītāji šajā līmenī joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma.

Dažādās valstīs HCV izplatības līmenis var ievērojami atšķirties, kas var liecināt gan par reģionu atšķirībām, gan

⁽¹³²⁾ Skatīt tabulu INF-108 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³³⁾ Skatīt tabulu INF-109 un INF-110 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁴⁾ Skatīt attēlu INF-1 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁵⁾ Skatīt tabulas INF-111 līdz INF-113 2009. gada statistikas biļetenā.

par izlasē iekļauto personu īpašībām. Piemēram, Apvienotajā Karalistē vietējas nozīmes pētījumos izplatība svārstās no 29 % līdz 60 %, bet Itālijā izplatības aplēses dažādos reģionos ir no 36 % līdz 92 %.

Jaunākie pētījumi (2006.–2007. gads) atklāj vairākus izplatības līmeņus starp injicējošiem narkotiku lietotājiem, kas jaunāki par 25 gadiem, un tiem, kas injicē mazāk nekā divus gadus, kas liecina, ka šajās iedzīvotāju grupās HCV gadījumu skaits ir atšķirīgs ⁽¹³⁶⁾. Tomēr šie pētījumi arī norāda uz to, ka daudzi injicētāji iegūst vīrusu, uzsākot injicēšanu, tādēļ atliek ļoti maz laika, lai uzsāktu efektīvus HCV novēršanas pasākumus.

B hepatīta vīrusa (HBV) antivielu izplatības līmeņi ievērojami atšķiras, iespējams, dažādo vakcinācijas līmeņu dēļ, kaut gan to var būt ietekmējuši arī citi faktori. Vispilnīgākā datu kopa ir pieejama par B hepatīta serdes antigēnu (*anti-HBc*), kas norāda inficēšanās vēsturi. 2006.–2007. gadā trijās no desmit valstīm, kas iesniedza ziņojumus par injicējošajiem narkotiku lietotājiem, ziņo, ka *anti-HBc* izplatības līmenis ir lielāks par 40 % ⁽¹³⁷⁾.

Paziņoto B un C hepatīta gadījumu laika tendences atklāj atšķirīgu ainu. Tomēr ieskatu šo infekciju epidemioloģijā var sniegt injicējošo narkotiku lietotāju īpatsvars starp

visiem gadījumiem, par kuriem ir ziņots, kur ir zināmi riska faktori (Wiessing un citi, 2008a). B hepatītam injicējošo narkotiku lietotāju skaits laikā no 2002. līdz 2007. gadam četrās no 17 valstīm ir samazinājies. Attiecībā uz C hepatītu *IDU* proporcija visu paziņoto gadījumu skaitā piecās valstīs ir samazinājusies, bet palielinājusies piecās citās valstīs (Čehijas Republikā, Luksemburgā, Maltā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē) ⁽¹³⁸⁾.

Infekcijas slimību novēršana un to ārstniecība

Septiņpadsmit ES dalībvalstis un Turcija ziņo, ka infekcijas slimību novēršana narkotiku lietotāju vidū ir to valsts narkotiku apkarošanas stratēģijas daļa, un sešas citas valstis ziņo, ka tas ir īpašas stratēģijas mērķis. Desmit no

Injicējošu narkotiku lietotāju, kuriem ir hronisks C hepatīts, ārstēšana

Līdz pat 30 % pacientu ar neārstētu C hepatītu 30 gadu laikā izveidosies aknu ciroze, un izmaksas, kas rodas, ārstējot aknu slimību pēdējā stadijā, ir ievērojamas (Jager un citi, 2004). Lai samazinātu C hepatīta slogu Eiropai, ir būtiski veicināt un paplašināt piekļuvi ārstēšanai lielākajām pacientu grupām – hroniskiem vīrusa nēsātājiem, kuri ir aktīvi narkotiku injicētāji.

Šā brīža hroniska C hepatīta ārstēšana – sešu līdz 12 mēnešu kombinētās terapijas kurss ar ilgstošas darbības interferonu un robavirīnu – iedarbojas uz vairāk nekā 50 % pacientu, panākot noturīgu atbildes reakciju pret vīrusu. Lai gan ilgtermiņa pētījumu skaits joprojām nav liels, pieejamie pētījumi atklāj labu atbilstību un panākumus injicējošu narkotiku lietotāju pretvīrusu ārstēšanā (piemēram, Moussalli un citi, 2007). Ir atklātā arī C hepatīta ārstēšanas izmaksu efektivitāte cietumos (Sutton un citi, 2008) un narkotiku lietotāju ar psihiskām blakusslimībām ārstniecības drošība un efektivitāte (Loftis un citi, 2006).

Tomēr narkotiku lietotāju piekļuve C hepatīta ārstēšanai joprojām ir neliela. Iemesls varētu būt nepietiekama ārstniecības kapacitāte, informācijas trūkums par ārstniecības iespējām vai narkotiku lietotāju zemā prioritāte. Dažas ES valstis, tostarp Dānija, Vācija, Francija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste, pēdējos gados ir pārskatījušas savu politiku, lai paplašinātu piekļuvi pārbaudēm un ārstēšanai hroniskiem C vīrusa hepatīta pārnēsātājiem, kuri ir aktīvi narkotiku injicētāji.

C hepatīta terapija narkotiku atkarības kontekstā reizēm ir problemātiska, bet to var uzlabot ar rūpīgi plānotu un organizētu klinisko pārvaldību un pacienta sadarbošanos pēc informētas piekrišanas. Ārstniecības rezultātus uzlabo vairāku disciplīnu komandas, kuras var pārvaldīt narkotiku atkarību, aknu ārstēšanu un garīgās blakusslimības (Grebely un citi 2007).

C hepatīta izplatība kā, iespējams, ar injicējamais saistīta HIV riska rādītājs

Modelētāju un epidemiologu grupa, kuru apvienoja EMCDDA, pārbaudīja, kādas būtu iespējas izmantot informāciju par C vīrusa hepatīta (HCV) izplatību narkotiku injicētāju vidū kā HIV transmisijas riska rādītāju. HCV tiek nodots, kopīgi lietojot adatas, līdzīgi kā HIV. Tā kā HCV ir daudz lipīgāks, tas var atklāt vispārējo riska uzvedības līmeni, tostarp kopīgu adatu lietošanu, kopēju piederumu lietošanu un injicēšanas partneru maiņu, injicējošu narkotiku lietotāju vidū, kur HIV vēl nav izplatījies.

Kopīga HCV un HIV izplatības datu analīze atklāja, ka HCV izplatība injicētāju vidū līdz aptuveni 30 % (95 % ticamības intervāls, 21–38 %) ir saistīta ar nulles vai ļoti nelielu HIV izplatību. Pie augstākiem HCV izplatības līmeņiem starp HIV un HCV izplatību tika atklāta lineāra attiecība, un dati par laika posmu liecina, ka novērotā HIV izplatība palielinās par aptuveni pusi HCV izplatības rādītāja.

Šie dati liecina, ka HCV izplatību varētu izmantot, lai palīdzētu izstrādāt mērķtiecīgus profilakses un kaitējuma mazināšanas ieviešanas pasākumus injicējošu narkotiku lietotāju vidū. Turklāt tos varētu izmantot, lai novērtētu HIV izplatīšanās risku valstīs, kur HIV izplatība injicējošo narkotiku lietotāju vidū joprojām nav liela.

Avots: Vickerman un citi (iesniegts).

⁽¹³⁶⁾ Skatīt attēlu INF-6 (ii daļu) un (iii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁷⁾ Skatīt tabulu INF-115 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁸⁾ Skatīt tabulu INF-105 un INF-106 2009. gada statistikas biļetenā.

šīm 23 valstīm ziņo arī par to, ka tām ir stratēģijas infekcijas slimību novēršanai vietējā un reģionālā līmenī.

ES dalībvalstis reaģē uz infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū ar pieeju kombināciju, tostarp ārstēšanos no narkotiku atkarības; sterilu injicēšanas piederumu nodrošināšanu; un uz sabiedrību balstītas darbības, kas sniedz informāciju, izglītību, testēšanu un ar uzvedību saistītus iejaukšanās pasākumus, bieži vien ar zema sliekšņa pakalpojumu aģentūru starpniecību. Eksperti no 27 valstīm ziņoja par prioritātes līmeni, kas piešķirts izvēlētajiem iejaukšanās pasākumiem, lai novērstu infekcijas slimības narkotiku lietotāju vidū ⁽¹³⁹⁾. Pieeja sterilam injicēšanas aprīkojumam, ar adatu un šļirci programmas palīdzību, ir prioritāte 23 valstīs, testēšana un konsultēšana par infekcijas slimībām 16 valstīs un informācijas izplatīšana, izglītība un komunikācijas materiāli 14 valstīs.

Pieeja sterilām šļircēm ir prioritāte, par kuru ziņo visbiežāk, kā tas atklājās līdzīgā uzdevumā, kas veikts 2005. gadā. Aizvien lielāks skaits valstu tagad kā prioritāti min konsultēšanu par infekcijas slimībām un testēšanu, kā arī mērķtiecīgas imunizācijas programmas.

Iejaukšanās pasākumi

Pētījums atklāja, ka ilgstoša ārstniecība ir saistīta ar narkotiku injicēšanas samazināšanu un ar to saistītu riska uzvedību, un līdz ar to ar aizsardzību pret HIV infekciju. Lielākajā daļā Eiropas valstu kaitējuma samazināšanas un ārstniecības pakalpojumu nodrošināšana ir ievērojami palielinājusies kopš 20. gs. deviņdesmito gadu vidus (*Hedrich un citi*, 2008b). Opioīdu aizvietojošā terapija ir pieejama visās ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā, bet dažās valstīs šā iejaukšanās pasākuma nodrošināšana joprojām ir ierobežota (skatīt 2. un 6. nodaļu).

Valstu eksperti lēš, ka individuālas konsultācijas par infekcijas slimībām pēdējā gada laikā ir saņēmuši gandrīz visi problemātiskie narkotiku lietotāji 17 valstīs ⁽¹⁴⁰⁾. Divpadsmit valstīs tas attiecas arī uz HCV testēšanu, savukārt 11 valstu eksperti lēsa, ka pēdējā gada laikā lielākā daļa problemātisko narkotiku lietotāju saņēma praktiskus padomus un drošas lietošanas un injicēšanas apmācību. B hepatīta potes ir iekļautas parastajā imunizācijas kalendārā 21 no 28 valstīm, kas sniedza ziņojumus, un 17 valstīs pastāv arī īpašas vakcinācijas programmas, kuru mērķis ir narkotiku lietotāji. 17 valstīs ziņo arī par izglītības pasākumiem saistībā ar veselību, tostarp iesaistot arī mācību vadītājus ar tādām pašām problēmām.

Adatu un šļirci apmaiņas programmas pastāv visās ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā.

Tomēr Kiprā 2007. gada laikā šī programma tika reti izmantota. Piecpadsmit valstīs lielākā daļa injicējošo narkotiku lietotāju pēdējo 12 mēnešu laikā vismaz vienu reizi ir saņēmuši šļirci šādu programmu ietvaros. Vienpadsmit valstīs šajā pašā laika periodā šļirci ir saņēmuši tikai lielākā daļa injicētāju, lai gan deviņas no šīm valstīm norāda pieeju sterilam injicēšanas aprīkojumam kā prioritāru pasākumu, lai novērstu infekcijas slimību izplatīšanos.

Laikā no 2005. līdz 2007. gadam 18 valstīs no 26, par kurām ir pieejami dati, adatu un šļirci apmaiņas programmas ietvaros nodrošināto šļirci skaits ir pieaudzis. Gada laikā pacientiem izsniegto šļirci skaits ievērojami atšķiras – no aptuveni 50 šļircēm uz vienu adatu un šļirci programmas pacientu Horvātijā un Lietuvā līdz 200 šļircēm Somijā un 300 šļircēm Rumānijā 2007. gadā ⁽¹⁴¹⁾.

Kopējais 2007. gadā izsniegto šļirci skaits bija par 33 % lielāks nekā 2003. gadā 14 valstīs, par kurām ir pieejami ticami dati vai aplēses. Par palielinājumu šajā periodā ziņoja Beļģija, Bulgārija, Čehijas Republika, Igaunija, Ungārija, Austrija, Slovākija un Somija. Latvijā nodrošināto šļirci skaits palika nemainīgs, bet Spānija, Lietuva, Luksemburga, Portugāle un Polija ziņoja par samazinājumu.

Dati par 15 valstīm atklāj, ka 2007. gadā aģentūrām ar adatu un šļirci programmām ir piekļuvusi vairāk nekā 125 000 personu ⁽¹⁴²⁾. Tomēr informācija par pacientu piekļuvi programmai nav pieejama par četrām lielākajām ES valstīm (Vāciju, Spāniju, Itāliju, Apvienoto Karalisti). Valsts apsekojums, kas veikts 120 Francijas CAARUD kaitējuma samazināšanas centros atklāja, ka tās 2007. gadā izmantoja aptuveni 40 000 personu (*Toufik un citi*, 2008). Apvienotajā Karalistē 2008. gadā ir ieviesta jauna adatu apmaiņas uzraudzības sistēma.

Zema sliekšņa pakalpojumu iestādes var sniegt iespēju nodrošināt primārās veselības aprūpes pakalpojumus un kaitējuma samazināšanas iejaukšanās pasākumus grūti sasniedzamajai iedzīvotāju daļai. Zema sliekšņa veselības aprūpes centru neseno Somijas apsekojumā attiecībā uz injicējošiem narkotiku lietotājiem ir secināts, ka šādai pakalpojumu kombinācijai ir būtiska nozīme infekcijas slimību novēršanā. Tā ir uzskatāma arī par efektīvu izmaksu inovāciju, kas var darboties valsts ierobežotajā narkotiku apkarošanas politikā (*Arponen un citi*, 2008).

Adatu un šļirci shēmām var būt būtiska nozīme arī veselības veicināšanā. Adatu un šļirci programmas

⁽¹³⁹⁾ Skatīt tabulu HSR-6 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁰⁾ Eksperti no 26 ES valstīm, Turcijas un Norvēģijas vērtēja izvēlēto iejaukšanās pasākumu nodrošinājuma līmeni narkotiku lietotājiem.

⁽¹⁴¹⁾ Skatīt tabulu HSR-5 (i daļu) un (ii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴²⁾ Skatīt tabulu HSR-5 (ii daļu) 2009. gada statistikas biļetenā.

darbiniekiem 20 valstīs un farmaceitiem deviņās valstīs ir nodrošinātas mācības par veselības veicināšanu, pamatojoties uz oficiālu mācību programmu vai rokasgrāmatām. 11 ES dalībvalstīs ziņo arī par vadlīnijām darbam zema sliekšņa pakalpojumu iestādēs, kuras atbild par tādiem jautājumiem kā infekciju slimību testēšana, darbs uz vietas un līdzinieku mācības.

Ar narkotikām saistīti nāves gadījumi un mirstība

Narkotiku lietošana ir viens no būtiskākajiem Eiropas jauniešu veselības problēmu un nāves gadījumu cēloņiem. Tas ir atspoguļots starptautiskā EMCDDA atbalstītā pētījumā, kurā tika noskaidrots, ka septiņās urbanizētās teritorijās Eiropā uz opioīdu lietošanu var attiecināt 10 % līdz 23 % mirstības līmeņa 15 līdz 49 gadus vecu iedzīvotāju vidū (Bargagli un citi, 2005).

Ar narkotikām saistītā mirstība ir gan nāves gadījumi, kurus tieši izraisa vienas vai vairāku vielu farmakoloģiskā iedarbība (narkotiku izraisīta nāve), gan nāves gadījumi,

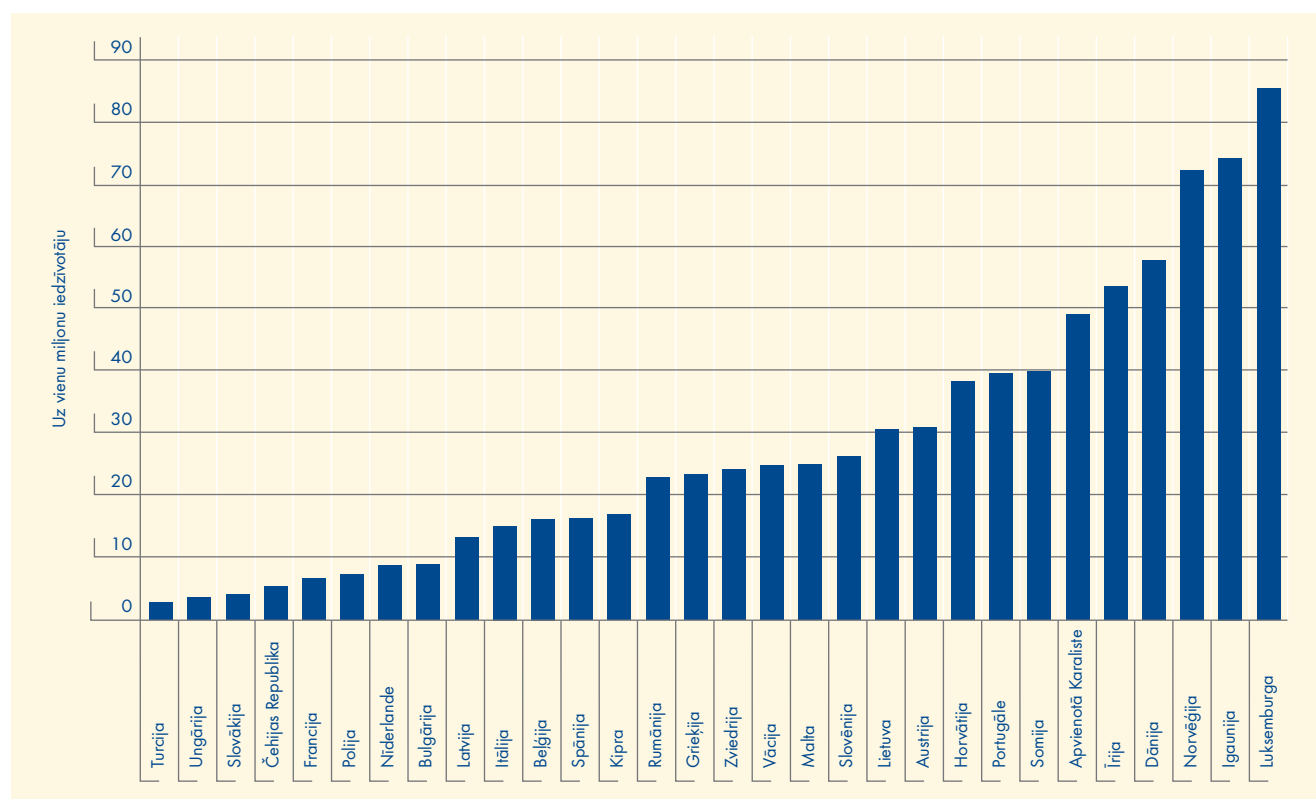
kurus netieši izraisa narkotiku lietošana, bieži saistībā ar citiem faktoriem (piemēram, negadījumi). Zināmie nāves iemesli ir akūta toksicitāte, satiksmes negadījumi, jo īpaši apvienojumā ar alkoholu (EMCDDA, 2007c), vardarbība, pašnāvības gadījumi starp neaizsargātākajiem cilvēkiem vai hronisks stāvoklis atkārtotas lietošanas dēļ (piemēram, sirds asinsvadu problēmas kokaīna lietotājiem). Lai gan lielākā daļa ar narkotikām saistīto nāves gadījumu notiek problemātisko narkotiku lietotāju vidū, reizēm tie notiek arī citu lietotāju vidū, tostarp to, kas narkotikas lieto tikai dažreiz⁽¹⁴³⁾.

Narkotiku izraisīti nāves gadījumi

Narkotiku izraisītu nāves gadījumu EMCDDA definīcija attiecas uz nāves gadījumiem, kurus tieši (pārdozēšanas dēļ) izraisa vienas narkotikas vai vairāku narkotiku lietošana, ja vismaz viena no tām ir nelegāla narkotika.

Nāves gadījumu kopskaitu var ietekmēt tādi faktori kā narkotiku lietošanas izplatība un lietošanas veids (injicēšana, vairāku narkotiku lietošana), narkotiku lietotāju

13. attēls. Narkotiku izraisītu nāves gadījumu rādītājs visu pieaugušo (15–64 gadi) vidū.



NB: Čehijas Republikai EMCDDA D sadaļa ir izmantota valsts definīcijas vietā; Apvienotajai Karalistei ir izmantota narkotiku stratēģijas definīcija; Rumānijai dati attiecas tikai uz Bukaresti un dažiem apgabaliem, kas ir Bukarestes Toksikoloģijas laboratorijas pārziņā; Portugālei datus ir iekļauti visi gadījumi, kuros pēcnāves analizēs tika atklātas nelegālas narkotikas, un aprēķins varētu būt pārvērtēts, salīdzinot ar D sadaļu. Iedzīvotāju mirstības rādītāju aprēķinu pamatā ir valstu iedzīvotāju skaits 2006. gadā saskaņā ar Eurostat ziņām. Iedzīvotāju rādītāju salīdzinājums ir jāveic piesardzīgi, jo pastāv atšķirīgas gadījumu definīcijas un atšķirīga ziņošanas kvalitāte. Papildinformāciju skatīt attēlā DRD-7 (i daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2008), dati ir iegūti no valstu mirstības reģistra vai īpašiem reģistriem (tiesu medicīnas vai policijas) un Eurostat.

⁽¹⁴³⁾ Skatīt "Ar narkotiku lietošanu saistīta mirstība: kompleks jēdziens", 2008. gada pārskatā.

vecums un blakusslimības, kā arī ārstniecības un pirmās palīdzības pakalpojumu pieejamība.

Eiropas datu kvalitātes un uzticamības uzlabojumi pēdējos gados ļāvu labāk aprakstīt gan vispārējās, gan valstu tendences, un lielākā daļa valstu ir izvēlējušās lietot gadījuma definīciju, kas ir saskaņā ar EMCDDA definīciju ⁽¹⁴⁴⁾. Tomēr atšķirības starp valstīm gadījumu noskaidrošanas kvalitātē, ziņošanā valsts mirstības reģistriem un ziņošanā EMCDDA liecina, ka salīdzināšana ir jāveic piesardzīgi.

Laikposmā no 1990. gada līdz 2006. gadam ES dalībvalstīs, Horvātijā, Norvēģijā un Turcijā katru gadu ir ziņojušas par 6400 līdz 8500 narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, kas kopā atbilst vairāk nekā 135 000 nāves gadījumu. Apvienotā Karaliste un Vācija 2006. gadā ziņoja par pusi no šiem nāves gadījumiem. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits iedzīvotāju vidū dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgs, svārstoties no trīs līdz vairāk nekā 85 nāves gadījumiem uz miljoniem iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem (vidēji 22 nāves gadījumi uz miljonu iedzīvotāju). Par vairāk nekā 20 nāves gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju ziņo 17 no 30 valstīm un par vairāk nekā 40 nāves gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju ziņo sešas valstis (skatīt 13. attēlu). Starp eiropiešiem vecumā no 15 līdz 39 gadiem narkotiku pārdozēšana ir izraisījusi 4 % visu nāves gadījumu ⁽¹⁴⁵⁾.

Ar opioīdu lietošanu saistītie nāves gadījumi

Heroīns

Opioīdu, lielākoties heroīna vai tā metabolītu, klātbūtne tiek konstatēta lielākajā daļā Eiropā pazīnīto narkotiku izraisītu nāves gadījumu. 22 valstīs, kas sniegušas datus, opioīdi ir minēti 35 % līdz gandrīz 100 % visu gadījumu, kur 11 valstīs ziņo par proporciju, kas lielāka par 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. Papildus heroīnam toksikoloģijas ziņojumos ir atrodamas arī citas vielas. Visbiežāk ir saņemtas ziņas par alkoholu, benzodiazepīniem, citiem opioīdiem un dažās valstīs arī par kokaīnu. Tas liecina, ka ievērojama daļa visu narkotiku izraisīto nāves gadījumu var būt saistīta ar vairāku narkotiku lietošanu.

Visvairāk heroīna pārdozēšanas gadījumu Eiropā notiek vīriešu vidū (82%). Lielākajā daļā valstu vidējais to personu vecums, kas mirst no narkotiku pārdozēšanas, ir nedaudz pāri trīsdesmit, un daudzviet tas aizvien pieaug, liecinot, ka gados jaunu heroīna lietotāju skaits stabilizējas

vai pat samazinās. Kopumā 14 % nāves gadījumu pārdozēšanas dēļ, par ko ziņo Eiropā, notiek tādu narkotiku lietotāju vidū, kas jaunāki par 25 gadiem, lai gan Bulgārijā, Austrijā un vēl dažās valstīs, kas ziņo par nelielu skaitu narkotiku izraisītu nāves gadījumu (Kipra, Malta, Slovākija, Rumānija), vairāk nekā trešā daļa nāves gadījumu pārdozēšanas dēļ notiek šajā vecuma grupā. Tas varētu liecināt, ka šajās valstīs heroīnu lieto un narkotikas injicē gados jaunāki cilvēki ⁽¹⁴⁷⁾.

Faktori, kas saistīti ar heroīna pārdozēšanu, ir injicēšana un tā vienlaicīga lietošana ar citām vielām, jo īpaši alkoholu, benzodiazepīniem un dažiem antidepresantiem, kā arī blakusslimības, iepriekšēja pārdozēšanas pieredze un vientulība (Skotijas valdība, 2008). Īpaši bīstams laiks pārdozēšanai ir laika posms uzreiz pēc atbrīvošanas no cietuma vai ārstēšanās no narkotikām pārtraukšana.

Tiek lēsts, ka uz vienu letālu pārdozēšanas gadījumu varētu būt 20 līdz 25 neletāli pārdozēšanas gadījumi, bet to sekas nav pietiekami atzītas. EMCDDA veic kritisku pārskatu par saistītajiem riska faktoriem un iespējamām ieviešanas pasākumiem šajā jomā.

Metadons un buprenorfīns

Pētījumi liecina, ka opioīdu aizvietojošā terapija samazina letālas pārdozēšanas risku. Taču katru gadu tiek ziņots par nāves gadījumiem, kas saistīti ar opioīdu aizvietojošajā terapijā izmantotajiem medikamentiem (metadonu un buprenorfinu), lielākoties ļaunprātīgas lietošanas dēļ, bet nelielā skaitā gadījumu – terapijas laikā radušos problēmu dēļ.

Vairākas valstis ziņo par metadona klātbūtni ievērojamā daļā narkotiku radīto nāves gadījumu, taču, tā kā nav vienotu ziņošanas standartu, šīs vielas nozīme bieži nav skaidra, jo klāt var būt arī citas vielas. Turklāt var būt iesaistīti citi faktori, tostarp: opioīdu tolerances zaudējums, pārmērīgas devas vai neatbilstoša lietošana, piemēram, neregulāra lietošana vai tādiem mērķiem, kas nav terapeitiski. Nāves gadījumi saindēšanās ar buprenorfinu dēļ nav bieži, lai gan to Eiropā aizvien biežāk izmanto aizvietojošajā terapijā (skatīt 6. nodaļu). Tomēr Somijā buprenorfīns šobrīd ir visbiežāk konstatētā viela lielākajā daļā narkotiku izraisīto nāves gadījumu, bieži kopā ar nomierinošiem medikamentiem vai alkoholu, vai arī buprenorfīns ir injicēts.

⁽¹⁴⁴⁾ Detalizētu metodoloģisko informāciju skatīt 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁵⁾ Skatīt attēlu DRD-7 (i daļa) un tabulu DRD-5 (ii daļa) un DRD-107 (i daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁶⁾ Tā kā lielākā daļa EMCDDA pazīnīto gadījumu ir opioīdu (galvenokārt, heroīna) pārdozēšanas gadījumi, opioīdu pārdozēšanas gadījumu aprakstīšanai ir izmantotas narkotiku izraisītu nāves gadījumu vispārīgās pazīmes. Skatīt attēlu DRD-1 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁷⁾ Skatīt attēlu DRD-2 un DRD-3, un tabulu DRD-1 (i daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

Fentanils un citi sintētiskie opioīdi

2005./2006. gadā epidēmiska saindēšanās ar fentanilu Igaunijā izraisīja 117 injicējošu narkotiku lietotāju nāves gadījumus (EMCDDA, 2008b). Nav pieejama informācija par nāves gadījumiem, kas saistīti ar fentanilu Igaunijā 2007. gadā, lai gan jaunākie pētījumi apstiprina, ka šo narkotiku aizvien biežāk lieto injicējošie narkotiku lietotāji. 2007. gadā divas trešdaļas aptaujāto injicētāju Tallinā ziņoja, ka viņu primārā narkotika ir fentanils, un viens no desmit injicētājiem, kas piedalījās šļirču apmaiņas programmā, ziņoja, ka ir injicējis fentanilu pēdējā mēneša laikā. Citā pētījumā, kas veikts Tallinā, atklājās, ka to injicētāju vidū, kuri ziņo, ka fentanils ir viņu galvenā narkotika, ir lielāka HIV izplatība un lielāka injicēšanas riska uzvedība un iespēja pārdozēt dzīves laikā, salīdzinot ar amfetamīna injicētājiem (Talv un citi, 2009). Somijā par opioīdu, piemēram, oksikodona, tramadola un fentanila klātbūtni ir ziņots 21 nāves gadījumā, lai gan šo narkotiku loma nebija norādīta.

Ar citu narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi

Kokaīna izraisītus nāves gadījumus ir grūtāk definēt un identificēt nekā ar opioīdiem saistītos. Nāves gadījumi, kuru tiešs cēlonis ir farmakoloģiska pārdozēšana, ir reti sastopami, un tie parasti ir saistīti ar ļoti lielām kokaīna devām. Lielākā daļa kokaīna izraisīto nāves gadījumu, šķiet, ir saistīti ar hronisku šīs narkotikas lietošanu, kā rezultātā rodas sirds asinsvadu slimības un neiroloģiski traucējumi, ko saasina kokaīna lietošana. Kokaīna lomu šajos nāves gadījumos ne vienmēr var noteikt, tādēļ ziņojumos ne vienmēr parādās to saistība ar kokaīnu. Datu interpretāciju apgrūtina arī tas, ka daudzos gadījumos tiek konstatēta arī citu vielu klātbūtne, kas neļauj noteikt precīzas cēloņsakarības.

2007. gadā 12 dalībvalstīs ziņoja par aptuveni 500 nāves gadījumiem, kas saistīti ar kokaīnu (salīdzinot ar 450 gadījumiem 14 valstīs 2006. gadā). Tomēr ir iespējams, ka par visiem ar kokaīna lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem Eiropas Savienībā netiek paziņots.

Bieži tiek ziņots par nāves gadījumiem, kuros konstatēta ekstāzi klātbūtne, un lielākajā daļā šo gadījumu šī narkotika nav identificēta kā galvenais nāves cēlonis. Kaut gan nāves gadījumi amfetamīna lietošanas dēļ Eiropā nav izplatīti, Čehijas Republikā ievērojams daudzums letālu pārdozēšanas gadījumu – izņemot zāles – (11 no 40) 2007. gadā ir saistīti ar pervitīnu (metamfetamīnu), salīdzinot ar 14 nāves gadījumiem, kas saistīti ar opioīdiem. Somijā tika ziņots par amfetamīnu klātbūtni

40 % 229 nāves gadījumu, taču tas vēl nenozīmē, ka šī narkotika ir bijusi nāves tiešais cēlonis (¹⁴⁸).

Narkotiku lietošanas izraisīto nāves gadījumu tendences

20. gs. 80. gados un 90. gadu sākumā Eiropā vienlaikus ar heroīna lietošanas un narkotiku injicēšanas apmēru pieaugumu krasī palielinājās narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits, kas pēc tam saglabājās augstā līmenī. Taču dati no valstīm, kuru laikā rindas aptver ilgu laikposmu, liecina par dažādām tendencēm: dažās (piemēram, Vācijā, Spānijā, Francijā, Itālijā) nāves gadījumu skaits sasniedza maksimumu 20. gs. 90. gadu sākumā vai vidū; citās valstīs (piemēram, Grieķijā, Portugālē, Somijā) lielākais nāves gadījumu skaits tika novērots apmēram 2000. gadā; bet dažās citās valstīs (piemēram, Dānijā, Nīderlandē, Austrijā, Apvienotajā Karalistē) tika novērota augšupejoša tendence, taču bez izteikta maksimuma (¹⁴⁹).

Laikā no 2000. līdz 2003. gadam daudzas ES valstīs ziņoja par nāves gadījumu skaita samazināšanos, kam sekoja nāves gadījumu skaita pieaugums laikā no 2003. līdz 2006. gadam. Provizorisks dati, kas pieejami par 2007. gadu, liecina par skaitli, kas ir vismaz tāds pats kā iepriekšējā gadā, bet 14 valstīs no 18 ziņo par pieaugumu.

Iemeslus, kādēļ narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits ilgstoši nemainās, ir grūti izskaidrot, jo īpaši, ņemot vērā rādītājus, kas liecina, ka ir samazinājies injicējošo narkotiku lietotāju skaits un ir pieaudzis to opioīdu lietotāju skaits, kas nonāk saskarē ar ārstniecības un kaitējuma mazināšanas dienestiem. Ņemot vērā apdraudēto iedzīvotāju iespējamo samazinājumu, stabils vai pat pieaugošais narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits ir kļuvis par nopietnu iemeslu bažām.

Šai parādībai var būt dažādi iemesli, kuriem visiem ir nepieciešama papildu izmeklēšana. Tostarp: novecojošie un aizvien hroniskākie iedzīvotāji kļūst neaizsargātāki; lielāka vairāku narkotiku lietošanas un augsta riska uzvedības izplatība; esošo dienestu nespēja aizsniegt tos, kas ir visneaizsargātākie; vai pat aizvien lielāks skaits atkārtotu opioīdu lietotāju, kas tiek atbrīvoti no cietuma vai ārstēšanās un kas zināmi kā īpaši augsta riska grupa (¹⁵⁰).

Kopējā mirstība saistībā ar narkotikām

Papildus narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem kopējā mirstībā, kas saistīta ar narkotiku lietošanu, ietilpst arī nāves gadījumi, kas ir netieši saistīti ar narkotiku lietošanu.

(¹⁴⁸) Datus par nāves gadījumiem, kas saistīti ar citām narkotikām, izņemot heroīnu, skatīt tabulā DRD-108 2009. gada statistikas biļetenā.

(¹⁴⁹) Skatīt tabulu DRD-8 un DRD-11 2009. gada statistikas biļetenā. Vēsturisku apsvērumu dēļ ES tendence attiecas uz ES-15 valstīm un Norvēģiju.

(¹⁵⁰) Skatīt "Pārdozēšanas dēļ izraisītu nāves gadījumu skaita samazināšana pēc cietuma", 90. lpp.

Šādi nāves gadījumi koncentrējas ap problemātiskiem narkotiku lietotājiem, lai gan reizēm var gadīties arī starp gadījuma narkotiku lietotājiem (piemēram, satiksmes negadījumi, pašnāvības). Lai gan ir grūti noteikt precīzu nāves gadījumu skaitu, kas saistīti ar narkotiku lietošanu, tomēr to ietekme uz sabiedrības veselību varētu būt vēra ņemama.

Kopējo mirstību var aprēķināt dažādos veidos: viena metode ir kombinēt informāciju no mirstības kohortu pētījumiem ar aplēsēm par narkotiku lietošanas izplatību⁽¹⁵¹⁾. Cita pieeja ir izmantot esošo vispārējo mirstības statistiku un aprēķināt proporciju, kas saistīta ar narkotiku lietošanu. Var izmantot arī citus īpašās informācijas avotus, piemēram, attiecībā uz mirstību, kas saistīta ar HIV/AIDS, tiek kombinēta Eurostat un EuroHIV informācija.

Mirstības kohortas pētījumi

Mirstības kohortas pētījumi seko vienai problemātisko narkotiku lietotāju grupai laika gaitā un, saistot ar mirstības reģistriem, cenšas noteikt visu nāves gadījumu, kas notiek šajā grupā, cēloņus. Šis pētījuma veids var noteikt kohortas kopējās un specifiskās mirstības rādītājus un var aplēst grupas pārmērīgo mirstību, salīdzinot ar pārējo sabiedrību. Plaša mēroga ilgstošus kohortas pētījumus var izmantot, lai pārbaudītu hipotēzi, piemēram, par iemesliem, kādēļ ir mainījies narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits, kā arī, lai novērotu vispārējo risku un noteiktu nāves iemeslu veidu mainīgumu.

Atkarībā no piesaistīšanas veida (piemēram, pētījumi, kas veikti narkomānijas ārstniecības iestādēs) un iekļaušanas kritērijiem (piemēram, injicējošie narkotiku lietotāji, heroīna lietotāji) lielākā daļa kohortas pētījumu atklāja rādītājus no 1–2 % gadā problemātisko narkotiku lietotāju vidū. Lai gan dažādās valstīs un dažādos laikos ir atšķirīga nāves iemeslu relatīvā nozīmība, pārsvarā nāves iemesls ir narkotiku pārdozēšana, kas valstīs ar zemu HIV/AIDS izplatību veido 50–60 % nāves gadījumu injicētāju vidū. Diemžēl dažās valstīs vispārīgajos mirstības reģistros ir zems pārdozēšanas gadījumu noteikšanas rādītājs, tādēļ liela daļa nāves gadījumu, kas reģistrēti ar "nezināmu" vai nepietiekami noteiktu iemeslu (piemēram, sirdsdarbības apstāšanās) varētu būt pārdozēšanas rezultāts. Lai uzlabotu nāves cēloņu aprakstu pareizību, var izmantot arī citus informācijas avotus (piemēram, īpašos policijas vai tiesu medicīnas mirstības reģistrus).

EMCDDA ir izstrādājusi protokolu, lai iedrošinātu dalībvalstis uzsākt mirstības kohortas pētījumus ar mērķi

Ar problemātisku narkotiku lietošanu saistītās kopējās mirstības aplēses: jaunās ievirzes

Jaunākie mirstības kohortas pētījumi Eiropas Savienībā liecina, ka narkotiku izraisīti nāves gadījumi (pārdozēšana) parasti veido vienu piektdaļu līdz pusi kopējā nāves gadījumu skaita problemātisku narkotiku lietotāju vidū. Tas nozīmē, ka kopējā mirstība šajā iedzīvotāju grupā varētu būt divas līdz piecas reizes lielāka, nekā ir reģistrēti narkotiku izraisīti nāves gadījumi. Šis skaitlis dažādās valstīs atšķiras saskaņā ar atšķirīgiem faktoriem, tostarp riska uzvedību, letālu pārdozēšanu rādītājiem un citu iespējamu nāves cēloņu izplatību.

EMCDDA popularizē pētījumus, lai aplēstu kopējo mirstību problemātisko narkotiku lietotāju vidū. 2008. gadā projektā sadarbībā ar pētniekiem no Čehijas Republikas pārskatīja literatūru, datu avotus un iespējamās metodes šajā jomā⁽¹⁾.

Ekspertu grupa turpmākiem pētījumiem ieteica divas metodes: koeficienta metodi, kuras pamatā ir reģistrēto letālu pārdozēšanu skaits; un ekstrapolācijas metodi, kuras pamatā ir mirstības rādītājs problemātisko narkotiku lietotāju kohortā un valstu aplēses par problemātisko narkotiku lietotāju skaitu. Abas metodes ir veiksmīgi pārbaudītas Čehijas Republikā, un EMCDDA plāno izveidot ieinteresēto valstu grupu, kas varētu tuvākajā nākotnē izmantot šo darbu.

⁽¹⁾ Skatīt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

nodrošināt salīdzināmu informāciju par mirstības riskiem problemātisko narkotiku lietotāju vidū un lai gūtu informāciju profilakses un aprūpes politikai. Visjaunākie Eiropas pētījumi ir veikti Vācijā, Spānijā, Itālijā, Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā. Trešā daļa ES dalībvalstu jau ir veikušas mirstības kohortas pētījumu, dažas valstis ziņo, ka pētījumi šobrīd notiek vai tiek plānoti 2009. gadā (piemēram, Čehijas Republika, Francija, Latvija, Polija).

Ar narkotiku lietošanu netieši saistītie nāves gadījumi

Saskaņā ar aplēsēm 2006. gadā Eiropas Savienībā vairāk nekā 2100 cilvēku nomira no HIV/AIDS, kas bija saistīts ar narkotiku lietošanu⁽¹⁵²⁾, un 89 % šo nāves gadījumu notika Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē. Pēc augstas aktivitātes antiretrovirālās terapijas ieviešanas 1996. gadā mirstība no HIV/AIDS lielākajā daļā ES valstu ievērojami samazinājās, lai gan Portugālē šis samazinājums bija mazāk jūtams. Palielinājums, kas pēdējos gados novērojams Igaunijā, saskan ar lielajām aplēsēm par HIV izplatību injicējošo narkotiku lietotāju vidū šajā valstī (pieci

⁽¹⁵¹⁾ Skatīt "Ar problemātisku narkotiku lietošanu saistītas kopējās mirstības aplēses: jaunās ievirzes".

⁽¹⁵²⁾ 2006. gads tika izmantots kā jaunākais gads, par kuru ar Eurostat starpniecību no gandrīz visām dalībvalstīm ir pieejama informācija attiecībā uz nāves cēloņiem. Sīkāku informāciju par avotiem, par transmisijas grupām, skatītiem un aprēķiniem skatīt tabulā DRD-5 (iii daļa) 2009. gada statistikas bijetenā.

līdz seši no desmit), un liela daļa no viņiem nemaz nezina par infekciju. Par pieaugumu pēdējā laikā ziņo arī Latvija. Šobrīd aptuvenais mirstības no HIV/AIDS rādītājs starp narkotiku lietotājiem ir zems gandrīz visās valstīs, izņemot Spāniju un Portugāli. Itālijā, Francijā un Latvijā mirstībai no HIV/AIDS un mirstībai no pārdozēšanas ir līdzīgs līmenis ⁽¹⁵³⁾.

Citas slimības, kuras arī var izraisīt narkotiku lietotāju nāvi, ir hroniski stāvokļi, piemēram, aknu slimības (C hepatīta infekcijas dēļ un liela daudzuma alkohola lietošanas dēļ), vēzis un sirds asinsvadu problēmas. Citi iemesli ir guvuši daudz mazāku uzmanību, lai gan ir rādītāji, kas liecina par to būtisko ietekmi. Piemēram, traumas (nelaimes gadījumi, slepkavības un cita veida vardarbība) un pašnāvības veido 25 % vai vairāk problemātisko narkotiku lietotāju mirstības. Literatūras pārskatā (Darke un Ross, 2002) secināts, ka pašnāvības heroīna lietotāju vidū ir 14 reizes biežākas nekā iedzīvotāju vidū kopumā. Jaunākajos kohortas pētījumos Eiropā pašnāvības veidoja 6 % līdz 11 % problemātisko narkotiku lietotāju nāves gadījumu. Tomēr šo iemeslu vispārējo ietekmi ir grūti izvērtēt datu ierobežotās pieejamības dēļ.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšana

Divpadsmit valstīs ziņo, ka to valsts narkotiku apkarošanas stratēģijā ir daļa, kas īpaši paredzēta ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšanai. Vienai valstij, Apvienotajai Karalistei, ir īpašs rīcības plāns, kā samazināt ar narkotikām saistīto kaitējumu, kurā ir noteiktas īpašas darbības ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu novēršanai. Trīspadsmit valstīm nav ne īpašas stratēģijas, ne sadaļas valsts narkotiku apkarošanas stratēģijā, kas būtu paredzēta ar narkotiku lietošanu saistītu nāves gadījumu samazināšanai, un divas valstis nesniedza nekādu informāciju.

Iejaukšanās pasākumi

Ilglaicīgā perspektīvas pētījumā starp problemātiskiem narkotiku lietotājiem, kas uzsāka ārstēšanos Itālijā, atklājās, ka šajā kohortā nāves risks, salīdzinot ar vispārējo sabiedrību, bija desmit reizes lielāks (Davoli un citi, 2007). Ārstēšanās uzsākšana risku samazināja četras reizes, salīdzinot ar vispārējo sabiedrību, tādā veidā pierādot, ka ārstēšanās samazina ar narkotiku lietošanu saistīto mirstību. Tomēr pētījums arī atklāja, ka lielākais mirstības rādītājs starp narkotiku lietotājiem bija

novērojams 30 dienu laikā pēc ārstēšanās pārtraukšanas. Šis atklājums uzsver to, ka ir nepieciešama rūpīga vadība pēc ārstēšanās, kā arī izvairīšanās no ļoti īsām ārstēšanās epizodēm, kur risks var izrādīties lielāks par ieguvumiem no ārstēšanās.

Lielākā daļa valstu, par kurām ir pieejama informācija, ziņo par informatīvu un profilaktisku materiālu nodrošināšanu. Saskaņā ar 28 valstu ekspertu viedokli ⁽¹⁵⁴⁾ drukāti un dažādu plašsaziņas līdzekļu materiāli narkotiku lietotājiem par pārdozēšanu pagājušajā gadā ir nodrošināti lielākajai daļai vai gandrīz visiem problemātiskajiem narkotiku lietotājiem deviņās valstīs un mazai daļai divpadsmit valstīs un Beļģijas franču kopienā. Šādu materiālu nav Turcijā, un tikai nelielam skaitam problemātisko narkotiku lietotāju ir pieeja tiem Igaunijā, Latvijā, Ungārijā un Slovākijā. Nekāda informācija nav pieejama Bulgārijā.

Lielai daļai letālo un neletālo narkotiku pārdozēšanas gadījumu ir liecinieki, tostarp tādi paši narkotiku lietotāji vai ģimenes locekļi, veselības aprūpes un sociālie darbinieki, policija un cietumu apsargi, kuriem ir iespēja iejaukties. Desmit valstīs ziņo par īpašiem materiāliem, kuru mērķis ir palīdzēt narkotiku lietotāju ģimenēm atpazīt narkotiku pārdozēšanas gadījumus un atbilstīgi rīkoties; astoņās valstīs šādi materiāli ir pieejami policijas darbiniekiem; un septiņās valstīs tādi ir izstrādāti cietumu darbiniekiem ⁽¹⁵⁵⁾. Citas mērķa grupas ir narkotiku apkarošanas aģentūru darbinieki, ātrās palīdzības darbinieki, nelaimes un ārkārtas gadījumu novēršanas darbinieki, kā arī imigranti no krieviski runājošajām valstīm un romi. Tomēr to valstu skaits, kurās ir pieejami materiāli vairākām mērķa grupām, ir ierobežots, un ne visi materiāli ir pieejami visā valstī.

Visas valstīs ziņo par izglītošanu par pārdozēšanas risku, deviņās no tām tā pastāv lielākajā daļā pilsētu, kurās ir ievērojams skaits problemātisku narkotiku lietotāju. Tomēr četras valstīs šādas darbības notiek tikai nelielā daļā šādu pilsētu, un vēl divpadsmit valstīs tikai dažās pilsētās.

Īpaši mācību kursi par reaģēšanu pārdozēšanas gadījumā notiek individuāli vai grupu sesijās. Narkotiku lietotājus informē par pārdozēšanas risku, tostarp sliktāku panesamību pēc abstinences perioda, vairāku narkotiku lietošanas ietekmi un risku, jo īpaši par vienlaicīgu alkohola lietošanu, risku, lietojot narkotikas vienatnē, un pirmās palīdzības prasmēm. Valstu eksperti lēš, ka septiņās valstīs pēdējo 12 mēnešu laikā lielākā daļa problemātisko narkotiku lietotāju ir saņēmuši mācības par reaģēšanu uz pārdozēšanu, bet desmit valstīs to ir saņēmusi tikai mazākā

⁽¹⁵³⁾ Skatīt attēlu DRD-7 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁴⁾ Skatīt tabulu HSR-8 2009. gada statistikas biļetenā. Eksperti no 26 ES valstīm, Turcijas un Norvēģijas vērtēja izvēlēto iejaukšanās pasākumu, lai novērstu ar narkotikām saistītus nāves gadījumus, nodrošinājuma līmeni.

⁽¹⁵⁵⁾ Skatīt tabulu HSR-8 (ii daļa) 2009. gada statistikas biļetenā.

Pārdozēšanas dēļ izraisīto nāves gadījumu skaita samazināšana pēc atbrīvošanas no cietuma

Anglijā ir aplēsts, ka 15 % no 1506 nāves gadījumiem narkotiku pārdozēšanas dēļ 2005. gadā notika cilvēkiem, kas nesen atbrīvoti no cietuma (Veselības departaments, 2007). Starptautiski pētījumi apstiprina šo paaugstināto nāves risku nejaušas narkotiku pārdozēšanas dēļ drīz pēc atbrīvošanas no cietuma (piemēram, *Farrell un Marsden*, 2008). Šie pētījumi arī uzsver, cik ļoti svarīgi ir labāk reaģēt uz to cilvēku garīgās veselības un narkotiku problēmām, kas ir bijuši cietumā.

Saskaņā ar 24 valstu ekspertu viedokli cietumu pirmsatbrīvošanas konsultēšana par pārdozēšanas risku un profilaksi šobrīd nav pieejama sešās Eiropas valstīs, tikai dažiem problemātiskiem narkotiku lietotājiem cietumos desmit valstīs un mazāk nekā pusei lietotāju pārējās sešās valstīs. Vienīgi Itālija un Luksemburga šo pakalpojumu nodrošina lielākajai daļai mērķa grupas. Tā kā atbrīvošanas termiņu ir grūti paredzēt, jo īpaši personām, kas atrodas iepriekšējā apcietinājumā, izglītošana par pārdozēšanas risku labākajā gadījumā cietumos būtu jānodrošina regulāri, lai samazinātu riska uzvedību.

Opioīdu aizvietojošā terapija, kas ir pierādījusi aktīvu ietekmi cietumu kontekstā (*Dolan un citi*, 2005), ES cietumos kļūst pieejamāka, un 21 valstī ir tiesiska iespēja cietumā uzsākt aizvietojošā terapiju (skatīt 2. nodaļu). Iespēja uzsākt šāda veida ārstēšanos cietumā samazina pārdozēšanas un nāves risku, izejot no cietuma, un samazina atkārtotas ieslodzīšanas rādītājus (PVO, 2009). Tomēr ir svarīgi, lai cietumu veselības dienesti un uz sabiedrību balstīti ārstniecības nodrošinātāji būtu pienācīgi saistīti, lai izvairītos no ārstēšanās pārtraukumiem.

daļa lietotāju, un vēl sešās valstīs (Beļģijā, Latvijā, Austrijā, Polijā, Rumānijā, Slovākijā) tikai daži problemātiskie narkotiku lietotāji ir saņēmuši šāda veida mācības. Mācības par reaģēšanu pārdozēšanas gadījumā nav pieejamas Igaunijā, Ungārijā un Turcijā.

Narkotiku lietotāji, kas ir pieredzējuši neletālu pārdozēšanu, ir īpaši pakļauti atkārtotas pārdozēšanas riskam (*Coffin un citi*, 2007) un tiem ir jāpievērš īpaša uzmanība. Īpaši apmācīti darbinieki veic individuālu pārdozēšanas riska novērtēšanu un identificē personas, kam ir nepieciešama papildu palīdzība. Saskaņā ar ekspertu viedokli deviņās valstīs lielākā daļa problemātisko

narkotiku lietotāju ir saņēmuši pārdozēšanas riska novērtējumu vismaz vienu reizi iepriekšējā gada laikā, bet 16 valstīs šādu iekļaušanās pasākumu ir saņēmusi tikai mazākā daļa lietotāju. Nekāda informācija nav pieejama par Bulgāriju, Vāciju un Franciju.

Naloksona nodrošināšana lietotājiem nav standarta pieeja pārdozēšanas novēršanai visā Eiropā, tomēr līdzīgs ņemšanai paredzētu krājumu izplatīšana ir ierasta narkotiku apkarošanas dienestos Itālijā, kur to var arī iegādāties aptiekā bez receptes. Apvienotajā Karalistē naloksona legālais statuss tika mainīts 2005. gada jūnijā, un tur dzīvības glābšanas apstākļos to var izmantot jebkurš sabiedrības loceklis. Turklāt mācību par pārdozēšanu, kur iekļauta naloksona piegāde, ietekme tika novērtēta kohortas pētījumā, kurā piedalījās 239 opioīdu lietotāji, kas piesaistīti no ārstniecības dienestiem (*Strang un citi*, 2008). Rezultāti atklāj labākas zināšanas par pārdozēšanas pazīmēm un lielāku uzticēšanos naloksona lietošanai. Pirmo trīs mēnešu laikā visi 12 pārdozēšanas gadījumi, kuros tika lietots naloksons, beidzās laimīgi, savukārt viens no sešiem pārdozēšanas gadījumiem, kad tas netika lietots, beidzās ar nāvi. Autori secina, ka plašāka nodrošināšana turpmāk varētu samazināt ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaitu, un iesaka veikt papildu pētījumus par to, kā mācības par pārdozēšanu un naloksona nodrošinājums ārkārtas gadījumos ietekmē opioīdu lietotājus.

Cita strīdīga pieeja ir uzraudzītu narkotiku lietošanas iestāžu nodrošināšana ⁽¹⁵⁶⁾, kuru mērķis ir samazināt pacientiem nāves risku, sniedzot tūlītēju un pienācīgu medicīnisko palīdzību gadījumā, ja notiek pārdozēšana uz vietas. Operatīvie dati no šādām iestādēm Eiropā, Kanādā un Austrālijā liecina, ka narkotiku pārdozēšanas gadījumi, kas notiek iestādē, tiek veiksmīgi atrisināti un ka tajās nav ziņu par letāliem pārdozēšanas gadījumiem. *Milloy* ar kolēģiem aprēķināja nāves gadījumu skaitu, kas ir potenciāli novērsti tādēļ, ka Vankūverā darbojas šāda narkotiku lietošanas iestāde. Viņi aprēķināja, ka gada laikā var novērst divus līdz 12 nāves gadījumus (*Milloy un citi*, 2008). Tas apstiprina agrākos atklājumus par šādu iestāžu labvēlīgo ietekmi uz pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaitu tuvākajā apkaimē, kur ir pietiekams aptvērums.

⁽¹⁵⁶⁾ Skatīt *EMCDDA* (2004) pārskatu šajā jautājumā.



8. nodaļa

Jaunas narkotikas un topošas narkotiku lietošanas tendences

Ievads

Jaunu psihoaktīvo vielu lietošanai un jaunām lietošanas ievirzēm var būt nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselību un politiku. Tomēr jaunas narkotiku lietošanas ievirzes ir grūti konstatēt, jo parasti to izplatība pēc parādīšanās ir neliela, ierobežota ģeogrāfiskā ziņā vai noteiktās sabiedrības apakšgrupās. Tikai dažu valstu uzraudzības sistēmas var konstatēt šādas pazīmes, un šāda veida narkotiku lietošanas uzraudzība rada ievērojamas grūtības metodiskā ziņā. Tomēr iespējamu vai jaunu draudu atpazīšanas nozīmīgums ir vispāratzīts. Eiropas Savienība ir izstrādājusi agrīnā brīdinājuma sistēmu, kurā ietverts ātrās reaģēšanas mehānisms gadījumam, ja narkotiku aprītē parādītos jaunas psihoaktīvās vielas. Atbalsts agrīnā brīdinājuma sistēmai ir nozīmīga EMCDDA darba daļa, kas palīdz veidot plašāku perspektīvu, kurā izmantoti dažādi datu avoti, lai uzlabotu Eiropas narkotiku uzraudzības sistēmas reaģēšanas ātrumu un jutīgumu.

Pasākumi saistībā ar jaunām narkotikām

Ar Padomes lēmumu par jaunām psihoaktīvām vielām ⁽¹⁵⁷⁾ tiek izveidots mehānisms ātrai informācijas apmaiņai par jaunām psihoaktīvām vielām, kas var apdraudēt sabiedrības veselību un radīt sociālus draudus (agrīnā brīdinājuma sistēma) ⁽¹⁵⁸⁾. Tas ļauj arī veikt oficiālu riska novērtēšanas procesu, kura rezultāts var būt politisks lēmums, saskaņā ar kuru jaunās vielas visā Eiropas Savienībā tiktu pakļautas kontrolei.

Agrīnā brīdinājuma sistēmā kopš tās izveides 1997. gadā ir ziņots par vairāk nekā 90 vielām. Līdz nesenam laikam liela daļa ziņojumu bija par fenetilamīniem un triptamīniem. Tomēr pēdējos gados ir parādījušies daudz plašāks vielu klāsts. Tostarp ir daudz piperazīna un katinona atvasinājumu, kā arī citu vielu neviendabīgu maisījumu, tostarp augu produkti, daži neparasti stimulantu un halucinogēni, un daži ārstnieciskie līdzekļi.

2008. gadā ar agrīnā brīdinājuma sistēmas starpniecību ES pirmo reizi oficiāli tika paziņots par 13 jaunām

psihoaktīvām vielām. Līdzās jaunām sintētiskām narkotikām, kuras bija 11 no jaunajām vielām, grupā bija iekļauti arī divi augi, bet ārstniecisku līdzekļu nebija.

Divu augu, par kuriem tika ziņots – *kratom* un *kava* – ķīmiskais sastāvs ir samērā labi pazīstams no literatūras. Parasti tos lieto citās pasaules daļās, un to sastopamība Eiropas narkotiku tirgū ir diezgan ierobežota.

Lielākā daļa sintētisko savienojumu, par kuriem ziņots tika pirmo reizi, ir psihotropas vielas, kas līdzīgas sintētiskajām narkotikām, kuras minētas ANO 1971. gada Konvencijas par psihotropajām vielām I un II sarakstā. Jaunās vielas, par kurām ziņots 2008. gadā, pie galvenajām ķīmisko vielu grupām – fenetilamīniem (viena), triptamīniem (divas) un piperazīniem (neviens) pieder mazāk, nekā iepriekšējos gados. Sešas no jaunajām vielām ir katinona atvasinājumi. Lielākajai daļai jauno sintētisko vielu ir stimulantu īpašības, un tikai trīs rada halucinogēnu efektu.

2008. gadā pirmo reizi agrīnās brīdināšanas sistēmā tika ziņots par sintētisku kanabinoīdu (*JWH-018*). Sintētisko kanabinoīdu parādīšanās liecina par “dizaina narkotiku” attīstības pēdējo stadiju: no tām, kuru pamatā ir fentanils 20. gs. astoņdesmitajos gados, un fenetilamīnam ar mainītu kodolu 20. gs. astoņdesmito gadu beigās un deviņdesmitajos gados līdz piperazīniem un katinona atvasinājumiem 21. gadsimta sākumā. Šobrīd ir vairāk nekā simt savienojumu ar kanabinoīdu receptoru aktivitāti, un var pieņemt, ka arī turpmāk narkotiku aprītē parādīsies jaunas vielas no dažādām ķīmisko vielu grupām. Tas viss rada nepārtrauktu izaicinājumu sabiedrības veselības un tiesībsargāšanas iestādēm, jo abām ir analītiski un toksikoloģiski jāidentificē jaunas vielas, jāveic tūlītējs riska novērtējums un vajadzības gadījumā jāievieš kontroles pasākumi.

Spice produkti un saistītie sintētiskie kanabinoīdi

Internetā un dažos īpašos veikalos pārdotie produkti ar nosaukumu *spice* ir pieejami vismaz kopš 2006. gada. Lai

⁽¹⁵⁷⁾ Padomes lēmums Nr. 2005/387/TI (2005. gada 10. maijs) par informācijas apmaiņu, riska novērtējumu un kontroli attiecībā uz jaunām psihoaktīvām vielām (OV, L 127, 20.5.2005., 32. lpp.).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>.

Psihoaktīvie augi, par kuriem ziņo agrīnā brīdinājuma sistēmā

Pēdējos gados ir ziņots par pieciem psihoaktīviem augiem. Sugas, kuras atklāja agrīnā brīdināšanas sistēma, netiek starptautiski kontrolētas, taču tās varētu kontrolēt ES.

Kava (*Piper methysticum*) ir krūms, kuru Klusā okeāna dienvidu salās gadsimtiem ilgi ir izmantojuši ceremonijās. Tēju, kas gatavota no šā auga saknēm, varētu lietot tās nomierinošo un relaksējošo īpašību dēļ. Radās bažas, ka ilgstoša kava lietošana var izraisīt aknu bojājumus. Ne augs, ne tā aktīvās vielas (kavalaktoni) netiek kontrolēti nevienā dalībvalstī.

Khat veido *Catha edulis* lapas un svaigi dzinumi; tas ir krūms, kuru audzē Austrumāfrikā un Arābijas pussalā. To lieto kā vieglu stimulantu, košļājot svaigas auga daļas. Aktīvās sastāvdaļas, katinons un katins, ir tuvs ķīmisks radnieks sintētiskām narkotikām, piemēram, amfetamīnam un metkatinonam, un to starptautiski kontrolē saskaņā ar 1971. gada ANO konvenciju. *Catha edulis* kontrolē 12 dalībvalstīs.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) ir koks, kas aug dienvidaustrumu Āzijā. Lapas var košļāt, smēķēt un vārīt tējā. Nelielās devās tam ir stimulējošs efekts. Lielās devās *kratom* ir opioīdiem līdzīga iedarbība, tādēļ to izmanto tradicionālajā

medicīnā, lai ārstētu sāpes un palīdzētu atmetst narkotiku lietošanu. *Kratom* galvenās aktīvās vielas ir mitraginīns, mitrafilīns un 7-hidroksimitragīns; tādēļ mitraginīns, iespējams, atbild par kratoma analgētisko darbību un par atturēšanās no opioīdiem simptomu atvieglošanu. Augu, mitraginīnu un 7-hidroksimitragīnu kontrolē Dānijā, bet Lietuvā kontrolē augu un mitraginīnu.

Salvia divinorum ir daudzgadīgs augs, kura dzimtene ir Meksika, kur halucinogēno īpašību dēļ to tradicionāli izmanto ceremoniāliem mērķiem. Galvenā aktīvā viela, salvīnorīns-A, ir spējīgs *kappa* opioīdu receptoru agonists. Salviju izklaides vietās lieto, košļājot lapas un smēķējot vai izmantojot koncentrētu ekstraktu zem mēles, kas rada intensīvu efektu. Šā auga lapu vai sēklu norīšana rada ilgstošāku efektu, taču tas ir mazāk intensīvs. *Salvia divinorum* vai tās aktīvās vielas kontrolē sešās dalībvalstīs un Horvātijā.

Havajiešu mazā kokroze (*Argyrea nervosa*) ir daudzgadīgs vītēnaugs. Tās sēklās ir aktīvā viela d-lizergīnacidamīns (LSA, zināms kā d-lizergamīns) – viela, kas cieši saistīta ar LSD un var radīt vieglu halucinogēnu efektu. LSA kontrolē kā narkotiku Īrijā un Apvienotajā Karalistē.

gan *spice* reklamē kā vīraku, ja tā dūmus ieelpo, efektu daži lietotāji raksturo kā līdzīgu kaņepju radītajam efektam. Saskaņā ar Zviedrijas ziņojumu agrīnā brīdinājuma sistēma *spice* produktus uzrauga kopš 2008. gada sākuma.

Informācijā uz *spice* iepakojumiem ir norādīts, ka to sastāvā ir pat 14 augu izcelsmes sastāvdaļas. Lai gan divām sastāvdaļām – *Pedicularis densiflora* un *Leonotis leonurus* – varētu būt psihoaktīvs efekts, par *spice* produktos esošo augu izejvielu farmakoloģiskajām un toksikoloģiskajām īpašībām nekas daudz nav zināms. Tādēļ nav iespējams izteikt noteiktu spriedumu par šo produktu potenciālo risku veselībai vai iespējamu psihoaktīvu efektu. Sintētiskas sastāvdaļas produkta informācijā nav minētas.

2008. gadā *spice* produktus, kā arī daudzus citus tiem līdzīgus zāļu maisījumus varēja iegādāties tiešsaistes veikalos, un reizēm arī *head jeb smart* veikalos, kas pārdod "legālas apreibinošas vielas" vismaz deviņās ES dalībvalstīs (Čehijas Republikā, Vācijā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Austrijā, Polijā, Portugālē, Apvienotajā Karalistē).

Dalībvalstis ir īstenojušas plašas analītiski zinātniskas izmeklēšanas, lai varētu noteikt *spice* produktu psihoaktīvās sastāvdaļas. 2008. gada decembrī Vācija un

Austrija atklāja sintētisku kanabinoīdu *JWH-018* ⁽¹⁵⁹⁾. *JWH-018* ķīmiskā struktūra ievērojami atšķiras no tetrahidrokanabinola (THC), kaņepju produktu galvenās aktīvās vielas, struktūras. Eksperimentos ar dzīvniekiem *JWH-018* izraisīja tādu pašu efektu kā THC, un tika ziņots, ka tas ir iedarbīgāks. 2009. gada sākumā Eiropā tika atklāts vēl viens sintētisks kanabinoīds, *CP 47,497* ⁽¹⁶⁰⁾, un trīs homologi.

Sintētiskie kanabinoīdi ir atklāti ierobežotā skaitā paraugu un dažādos daudzumos. Šķiet, ka šīs sintētiskās vielas ir pievienotas slepeni, jo informācijā uz *spice* produktu iepakojuma ir minētas tikai zāļu izcelsmes sastāvdaļas.

Nav zināms, ka vielas *JWH-018* un *CP 47,497*, un to homologi tiktu izmantoti psihoaktīvās narkotikās. Tādēļ vēl ir jānoskaidro, vai pēc šīm vielām ir īpašs pieprasījums un vai ir jārikojas tā, kā noteikts Padomes Lēmumā Nr. 2005/387/TI.

Atbildot uz iespējamām bažām par veselību, piecas dalībvalstis ir īstenojušas dažādus tiesiskus pasākumus, lai aizliegtu vai citādi kontrolētu *spice* produktus un līdzīgus sastāvus. Vācija izmantoja narkotiku ārkārtas tiesību aktus, lai vienu gadu kontrolētu piecus sintētiskos kanabinoīdus, kas atklāti *spice* produktos. Francija kā narkotikas klasificēja sešus sintētiskos kanabinoīdus, kurus atklāja *spice* produktos. Austrija izmantoja savu zāļu likumu, lai aizliegtu smēķējamos maisījumus, kuru sastāvā ir seši

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalēn-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanons.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimetileptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroksikikloheksil]-fenols.

Valsts riska novērtēšanas procedūras

2008. gadā EMCDDA pētīja dažādas valsts tiesiskās procedūras, kas saistītas ar jaunu vielu pakļaušanu narkotiku tiesību aktu kontrolei, laiku, ko prasa šāda procedūra, un to, vai ir iesaistīta kāda valsts riska novērtēšanas procedūra. 26 valstīs, kuras tika pētītas, var izšķirt trīs dažādas pieejas riska novērtēšanai. Sešās valstīs riska novērtēšana netiek veikta. Parasti šīs valstis ļauj uz starptautiskā vai Eiropas līmenī veiktu riska novērtējumu. Septiņās valstīs valsts riska novērtējumu var veikt kā īpašu pasākumu, ja tas ir vajadzīgs. 13 valstīs riska novērtēšanas formu uzsāks, kad būs nolemts, vai uzsākt vielas kontroli, vai kā narkotiku likuma norādījums vai ekvivalents, vai kā daļa obligātas procedūras, lai ierosinātu jaunu tiesību aktu.

Atklātā kaitējuma līmenis neietekmēs likumdošanas procedūru 12 no 20 valstīm, kuras var veikt pašas savu riska novērtējumu. Četras valstis (Vācija, Luksemburga, Slovākija, Zviedrija) var pāriet uz paātrinātu likumdošanas procedūru, ja riska līmenis ir uzskatāms par augstu. Francijā, Austrijā un Norvēģijā ārkārtas gadījumu dēļ var samazināt riska novērtēšanas ilgumu. Nīderlandē ir pieejamas abas šīs iespējas.

16 valstīs riska novērtēšanu veic valsts pārvaldes, atbildīgās ministrijas vai valsts, vai valdības aģentūras ekspertu grupa. Sešas valstis izmanto vai var izmantot iespēju konsultēties ar neatkarīgiem zinātniekiem, ja tas ir vajadzīgs. Un trīs valstīs (Nīderlandē, Austrijā, Apvienotajā Karalistē) riska novērtēšanu veic neatkarīgas zinātniskās iestādes.

Papildu informāciju skatīt ELDD juridiskajos pārskatos (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

sintētiskie kanabinoīdi, kas tiek valstī importēti vai tirgoti. Luksemburga nolēma kontrolēt dažādus sintētiskos kanabinoīdus kā psihotropas vielas. Polija grozīja narkotiku likumu, pakļaujot kontrolei JWH-018 un divas spice produktu iespējamās zāļu izcelsmes sastāvdaļas.

Internets – psihoaktīvo vielu tirdzniecības vieta

Internets kļūst par jaunu psihoaktīvo vielu tirdzniecības vietu, sniedzot mazumtirgotājiem iespēju piedāvāt plašai publikai kontrolēto narkotiku alternatīvas. Tiešsaistes tirdzniecībai ir potenciāls izplatīt jaunas psihoaktīvās vielas, un tās uzraudzība ir aizvien svarīgāka, lai varētu atklāt narkotiku jaunākās tendences. Jo īpaši ir jākoncentrējas uz riska veidiem, kas saistīti ar vielām, kuras piedāvātas tirdzniecībai. Informācija par jauniem produktiem ir vajadzīga gan lietotājiem, gan profesionāļiem, tostarp klīniskiem toksikologiem, indes kontroles speciālistiem un personām, kas strādā narkotiku jomā.

Lai identificētu jaunākās aktualitātes tiešsaistes narkotiku tirgū, EMCDDA veic ikgadēju momentuzņēmumu pētījumu.

2009. gadā kopumā tiek uzraudzīti 115 veikali tiešsaistē. Pamatojoties uz valstu domēnu kodiem un citu informāciju, kas pieejama tīmekļa vietnēs, šķiet, ka šie tiešsaistes veikali atrodas 17 Eiropas valstīs. Lielākā daļa identificēto tiešsaistes mazumtirgotāju atrodas Apvienotajā Karalistē (37 %), Vācijā (15 %), Nīderlandē (14 %) un Rumānijā (7 %).

2009. gadā atšķirībā no 2008. gada nevienā no tiešsaistes veikaliem netika piedāvātas halucinogēnās sēnes, kuru sastāvā ir psilocīns un psilocibīns. Tomēr četri mazumtirgotāji tiešsaistē Francijā un Nīderlandē piedāvāja *scalerotia* – cietu halucinogēno sēņu *Psilocybe mexicana* un *Psilocybe tampanensis* micēliju.

To jauno produktu vidū, kurus tirdzniecībā piedāvā 2009. gadā, ir vairāki zāļu izcelsmes smēķējamie produkti un "ballīšu tabletes", kuru sastāvā ir jaunas legālas benzilpiperazīna (BZP) alternatīvas. Aizvien lielāka uzmanība tiek pievērsta arī šņaucamiem produktiem un zāļu pulveriem.

Spice produktus ⁽¹⁶¹⁾ pārdošanā piedāvāja 48 % uzraudzīto pārdevēju. Lai gan tiešsaistes veikali, kas pārdod spice produktus, atrodas 14 dažādās Eiropas valstīs, vairāk nekā divas piektdaļas šo veikalu atrodas Apvienotajā Karalistē (42 %) un ievērojams skaits arī Īrijā, Latvijā un Rumānijā.

Bažas par spice produktiem ir likušas daudzām valstīm īstenot tiesisku rīcību, lai aizliegtu vai citādi kontrolētu šīs vielas. Līdz 2009. gada martam spice produkti ir atsaukti no tiešsaistes veikaliem Vācijā, Austrijā un Francijā.

2009. gadā tiešsaistes tirdzniecības vietās sāka parādīties alternatīvi maisījumi smēķēšanai. Uzraudzītie tirgotāji piedāvāja vismaz 27 dažādus zāļu maisījumus smēķēšanai kā alternatīvu spice. Šie produkti tiek reklamēti kā tādi, kuru sastāvā ir uz zāļu izcelsmes vielām balstītas sastāvdaļas, lai gan dažu sastāvā ir arī halucinogēnā sēne *Amanita muscaria*. To spice alternatīvu vidū, kas pieejamas pārdošanā Austrijā un Vācijā, ir vairāki zāļu maisījumi, kas tiek pārdoti kā "telpas aromatizētāji" jeb vīraks. Ātrums, kādā parādās spice aizvietojošie produkti, norāda uz šīs tirdzniecības vietas spēju ātri reaģēt uz izmaiņām psihoaktīvo vielu juridiskajā statusā, bieži "ielaižot" tirgū jaunas vielas.

Kopš BZP ES dalībvalstīs tiek kontrolēts, šo vielu vairs nedrīkst izmantot "ballīšu tabletēs", ko pārdod kā legālu ekstazī alternatīvu. 2009. gada sākumā daudzi tiešsaistes tirgotāji piedāvāja "ballīšu tabletes" bez BZP. Piemēram, tiešsaistes veikali Īrijā, Polijā un Apvienotajā Karalistē piedāvāja "retro tabletes", kurās esot 1-(4-fluorofenils)

⁽¹⁶¹⁾ Skatīt "Spice produkti un saistītie sintētiskie kanabinoīdi", 92. lpp.

piperazīns (pPPP) – viela, kurai ir viegls halucinogēns un spēcīgs eiforisks efekts.

Šņaucamie produkti tiek pārdoti kā alternatīva kontrolētām narkotikām, piemēram, kokaīnam vai amfetamīniem. Produktu sastāvā ir kofeīns un vairākas citas dabiskas izcelsmes sastāvdaļas, piemēram, *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* un *Tilia europea*.

Vielu pēckontrole

Piperazīns

2007. gadā EMCDDA – Eiropola aktīvās uzraudzības ziņojumā par mCPP (1-(3-hlorofenil) piperazīnu) ir secināts, ka tas lietotājiem nešķiet pievilcīgs un diez vai nostiprināsies kā izklaides vietu narkotika. Tomēr 2008. gadā mCPP joprojām bija visplašāk pieejamā jaunā sintētiskā narkotika nelegālo narkotiku tirgū, kas sastopama viena vai kombinācijā ar MDMA. Par to liecina gan atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātā materiāla daudzums, par ko ir ziņots EMCDDA un Eiropalam. Joprojām nav skaidrs, vai šo vielu izmanto, lai uzlabotu vai atdarinātu MDMA efektus, vai vienkārši kā “asu aktīvo vielu”. Tomēr mCPP daudzās dalībvalstīs nav kontrolēta viela, un par tās atsavināšanu netiek ziņots pietiekami.

Padome 2008. gada 3. martā nolēma, ka dalībvalstīm saskaņā ar saviem tiesību aktiem ir jāveic pasākumi, lai BZP varētu piemērot vielas bīstamībai atbilstošus kontroles pasākumus un kriminālsodus, kā tas paredzēts tiesību aktos saskaņā ar pienākumiem, kas izriet no ANO 1971. gada Konvencijas par psihotropajām vielām ⁽¹⁶²⁾. Dalībvalstis centīsies to veikt pēc iespējas ātrāk, taču ne vēlāk kā viena gada laikā pēc lēmuma pieņemšanas. Šā pārskata sagatavošanas laikā 17 dalībvalstis ⁽¹⁶³⁾ ziņoja, ka tās kontrolē BZP.

GHB/GBL un ketamīns

Gamma-hidroksibutirīnskābe (GHB) un ketamīns Eiropā tiek uzraudzīti kopš 2000. gada, kad saskaņā ar 1997. gada vienotajā rīcībā par jaunajām sintētiskajām narkotikām (EMCDDA, 2002) paredzētajiem noteikumiem tika veikts šo vielu riska novērtējums.

Dažas valstis ziņo par GHB un ketamīna izplatību, un izplatības aplēses joprojām ir daudz zemākas nekā citām nelegālajām narkotikām. Situācijas izmaiņas ir grūti izvērtēt, jo izplatības dati ir iegūti no varbūtējiem paraugiem ar ierobežotu salīdzināmību laika gaitā un starp dažādiem paraugiem. Nīderlandes Tendenču novērošanas pētījumā 2007. gadā ir atklāts neliels GHB lietošanas pieaugums noteiktos Nīderlandes tīklos un reģionos, taču gan GHB, gan ketamīns ir lietoti retāk nekā citas ballīšu narkotikas un lielākoties slēptā iedzīvotāju grupā, mājās un ballītēs. Pretēji pieaugumam, par ko ziņots iepriekšējos gados, pēdējā medicīnisko ar GHB saistīto ārkārtas gadījumu statistika Amsterdamā norāda uz ievērojamu samazinājumu – no 444 gadījumiem 2006. gadā līdz 110 gadījumiem 2007. gadā. Pētījumā, kas veikts Londonas slimnīcā, ir ziņots par 58 ārkārtas gadījumiem saistībā ar ketamīna lietošanu 2006. gadā un tādu pašu skaitu 2007. gadā. Lielākajā daļā gadījumu, kas saistīti ar ketamīnu, narkotika bija lietota kopā ar citām narkotikām, kur ketamīns bija tikai 11 %, un nevienā gadījumā nebija jāuzsāk īpaša aprūpe (Wood un citi, 2008). ESPAD skolu audzēkņu aptauja, kas veikta 2007. gadā, sniedz visjaunākos datus par GHB lietošanu 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū Eiropā. To skolu audzēkņu vidū, kas aptaujāti 26 ES valstīs, kā arī Norvēģijā un Horvātijā, GHB ilgstošas lietošanas izplatība svārstās no nulles līdz 3 %, lai gan lielākā daļa valstu ziņo par 1 % vai mazāk.

⁽¹⁶²⁾ Padomes 2008. gada 3. marta Lēmums Nr. 2008/206/TI par 1-benzilpiperazīna (BZP) pasludināšanu par jaunu psihoaktīvu vielu, uz kuru attiecas kontroles pasākumi un krimināltiesību normas.

⁽¹⁶³⁾ Beļģija, Dānija, Vācija, Igaunija, Īrija, Grieķija, Francija, Itālija, Kipra, Lietuva, Luksemburga, Malta, Ungārija, Portugāle, Slovākija, Zviedrija un Somija, kā arī Horvātijā, Turcijā un Norvēģijā.



Bibliogrāfija

- ACMD (2008). *Cannabis: classification and public health*. Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office. Londona. (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>)
- Arponen A., Brummer-Korvenkontio H., Liitsola K. un Salminen M. (2008). *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*. National Public Health Institute, Helsinki. (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf)
- Baker A., Lee N. K. un Jenner L. (redaktori) (2004). *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. izdevums), *National Drug Strategy Monograph Series* No. 51. Austrālijas valdības veselības un novecošanas departaments. Kanbera.
- Baldacchino A., Groussard-Escaffre N., Clancy C. un citi (2009). Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European Isadora project. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, 88.–100. lpp.
- Bargagli A. M., Hickman M., Davoli M. un citi (2005). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *European Journal of Public Health* 16, 198.–202. lpp.
- Cherny N. I., Catane R. un 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, 885.–887. lpp.
- CND (2008). World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat. Narkotisko vielu komisija, ANO: Ekonomikas un sociālā padome. Vīne.
- Coffin P. O., Tracy M., Bucciarelli A. un citi (2007). Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose. *Academic Emergency Medicine* 14, 616.–623. lpp.
- Connolly J., Foran S., Donovan A. M. un citi (2008). Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy. *HRB Research Series* 6. Veselības pētniecības pārvalde. Dublina. (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, 211.–213. lpp.
- Darke S. un Ross J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* 97, 1383.–1394. lpp.
- Davoli M., Bargagli A. M., Perucci C. A. un citi (2007). Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction* 102, 1954.–1959. lpp.
- Decorte T. (2000). *The taming of cocaine*. VUB University Press. Brisele.
- Desroches F. (2007). Research on upper level drug trafficking: a review. *Journal of Drug Issues* 37, 827.–844. lpp.
- Dolan K. A., Shearer J., White B. un citi (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 100, 820.–828. lpp.
- ECDC un PVO Eiropas reģionālais birojs (2008). HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. Eiropas slimību profilakses un kontroles centrs. Stokholma.
- Eiropas Komisija (2007). Komisijas ziņojums Eiropas Parlamentam un Padomei par to, kā tiek īstenots Padomes 2003. gada 18. jūnija ieteikums par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu. COM (2007) 199 galīgā redakcija (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Eiropas Komisija (2008a). Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008. Galīgais ziņojums (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Eiropas Komisija (2008b). Young people and drugs among 15–24 year-olds. *Flash Eurobarometer* 233. (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm)

Eiropas komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai (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>).

Eiropols (2007b). *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*. Eiropols. Hāga.

Eiropols (2008). *European Union drug situation report 2007*. Eiropols. Hāga.

Elkashef A., Vocci F., Hanson G. un citi (2008). Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update. *Substance Abuse* 29, 31.–49. lpp.

Ellingstad T. P., Sobell L. C., Sobell M. B. un citi (2006). Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviours* 31, 519.–530. lpp.

EMCDDA (2002). *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2004). *European report on drug consumption rooms*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2005). Co-morbidity: drug use and mental disorders. *Drugs in focus* Nr. 14. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, Lisabona.

EMCDDA (2006a). *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*. Selected issue. Eiropas narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2006b). *Developments in drug use within recreational settings*. Selected issue. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2007a). *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Selected issue. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2007b). *Drugs and crime: a complex relationship*. *Drugs in focus* Nr. 16. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2007c). *Drugs and driving*. Selected issue. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2008a). *A cannabis reader: global issues and local experiences*. *Monograph* Nr. 8. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2008b). *2008. gada pārskats: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2008c). *Drugs and vulnerable groups of young people*. Selected Issue. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2008d). *Monitoring the supply of cocaine to Europe. Technical datasheet*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. 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. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.

EMCDDA (2009a). Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States. *Insights* Nr. 10. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. 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. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>)

Farrell M. un Marsden J. (2008). Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment. *Addiction* 103, 251.–255. lpp.

GLADA (2004). *An evidence base for the London crack cocaine strategy*. Londonas izpildvara. Londona.

Grebely J., Genoway K., Khara M. un citi (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, 437.–443. lpp.

Hall W. un Solowij N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet* 1352. 1611.–1616. lpp.

Hedrich D., Majo Roca X., Marvanykövi F. un Razc J. (redaktori) (2008a). Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies. Foundation Regenboog-AMOC. Korelācijas tīkls. Amsterdamā. (<http://www.correlation-net.org/images/stories/pdfs/products/datacollection.pdf>)

Hedrich D., Pirona A. un 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, 503.–517. lpp. (doi:10.1080/09687630802227673).

- Henquet C., Krabbendam L., Spauwen J. un citi (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people. *BMJ* 330, 11. lpp.
- Henskens R., Garretsen H., Bongers I. un citi (2008). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction. *Substance Use Misuse* 43, 1464.–1475. lpp.
- Hibell B. un citi (2009.g.). *ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Zviedrijas informācijas padome alkohola un narkotiku jautājumos (CAN) un Eiropas Padomes Pompidū grupa.
- Hoare R. un Flatley J. (2008). *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*. Home Office Statistical Bulletin. Iekšlietu ministrija. Londona.
- Hornik R., Jacobsohn L., Orwin R. un citi (2008). Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths. *American Journal of Public Health* 98, 2229.–2236. lpp.
- INCB (2009a). *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*. ANO: Starptautiskā Narkotiku kontroles padome. Ņujorka.
- INCB (2009b). *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*. ANO: Starptautiskā Narkotiku kontroles padome. Ņujorka.
- Jager J., Limburg W., Kretzschmar M. un citi (redaktori) (2004). *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisbona.
- Knapp W. P., Soares B. G., Farrell M. un Lima M. S. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf D. (redaktors) (2008). *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*. Pompidū grupa. Pabst Science Publishers. Lengerich, Vācija.
- Loftis J. M., Matthews A. M. un Hauser P. (2006). Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management. *Drugs* 66, 155.–174. lpp.
- McCambridge J., Slym R. L. un Strang J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction* 103, 1819.–1820. lpp.
- McIntosh J., Bloor M. un Robertson M. (2008). Drug treatment and the achievement of paid employment. *Addiction Research and Theory* 16, 37.–45. lpp.
- Mennes C. E., Ben Abdallah A. un 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, 223.–226. lpp.
- Milloy M., Kerr T., Tyndall M. un citi (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., Miovska L., Řehan V. un Trapková B. (2007). Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study. *Československá Psychologie* 103 (51. papildinājums), 109.–118. lpp. (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli J., Melin P., Wartelle-Bladou C. un 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, S51.–S55. lpp.
- NICE (2009). Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. *Public health guidance* 18. Veselības un klīniskās izcilības nacionālais institūts. Londona.
- Nordstrom B. R. un Levin F. R. (2007). Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature. *American Journal of Addiction* 16, 331.–342. lpp.
- 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. Parīze.
- Perkonig A., Goodwin R. D., Fiedler A. un citi (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction* 103, 439.–449. lpp.
- Piontek D., Kraus L. un Klempova D. (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, 25. lpp.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurchold H. un citi (2004). Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups. *European Addiction Research* 10, 147.–155. lpp.

- PVO (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. PVO Eiropas reģionālais birojs. Kopenhāgena. (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>)
- PVO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Pasaules Veselības organizācija. Ženēva. (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf)
- Qureshi A. I., Suri M. F. K., Guterman L. R. un 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, 502.–506. lpp.
- Roesner S. un Kufner H. (2007). Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (Pharmon). *Sucht* 53 (1. papildinājums), S65.–S77. lpp.
- Rosenberg H., Melville J. un McLean P. C. (2002). Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services. *Addiction* 97, 59.–65. lpp.
- Samhsa (2007). National survey on drug use and health. Vielu ļaunprātīgas lietošanas un garīgās veselības dienestu pārvalde. Rokvila. (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>)
- Scalia Tomba G. P., Rossi C., Taylor C. un citi (2008). *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisbona.
- Schroder R., Sellman D., Frampton C. un 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, 963.–968. lpp.
- Schulte B., Thane K., Rehm J. un citi (2008). Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Skotijas valdība (2008). *Reducing drug users' risk of overdose*. Skotijas valdības sabiedriskais pētījums (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang J. un Sheridan J. (1997). Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. *Addiction* 92, 833.–838. lpp.
- Strang J., Manning V., Mayet S. un citi (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, 1648.–1657. lpp.
- Sutton A. J., Edmunds W. J., Sweeting M. J. un 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, 797.–808. lpp.
- Swift W., Hall W. un Copeland J. (2000). One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence* 59, 309.–318. lpp.
- Talu A., Rajaleid K., Abel-Ollo K. un citi (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. un citi (2007). A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *American Journal of Psychiatry* 164, 160.–162. lpp.
- Toufik A., Cadet-Taïrou A., Janssen E. un Gandilhon M. (2008). The first national survey on users of the CAARUD centres. *Tendances* Nr. 61. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Parīze.
- UNODC (2009). *2008 World drug report*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vīne.
- UNODC un Marokas valdība (2007). *Morocco cannabis survey 2005*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vīne.
- Vandam L. (2009). Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature, in Cools M. un citi (redaktori). *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antverpene.
- Veselības departaments (2007). *Reduction of drug-related harm: an action plan*. Veselības departaments. Londona. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850)

Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts (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*. Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts. Brisele. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf)

Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts (2008b). *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*.

Veselības un patērētāju aizsardzības ģenerāldirektorāts. Brisele. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf)

Vickerman P., Hickman M., May M. un citi (iesniegts). 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. un Anthony J. C. (2002). From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology* 26, 479.–488. lpp.

Wammes A., Van Leeuwen L. un Lokman S. (2007). *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 “Je bent niet gek als je niet blowt”*. Trimbo Institute. Utrehta.

WCO (2008). *Customs and drugs report 2007*. Pasaules Muitas Organizācija. Brisele.

Wiessing L., Guarita B., Giraudon I. un citi (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. un citi (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. un Dargan P. I. (2008). Ketamine-related toxicology presentations to the ED. *Clinical Toxicology* 46, 630. lpp.

Zachrisson H. D., Rödje K. un 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).

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

2009. gada ziņojums: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs

2009 – 101 lpp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-389-5

Kā saņemt ES izdevumus

Maksas izdevumi:

- iepērkoties *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- grāmatnīcās, norādot nosaukumu, izdevēju un/vai ISBN numuru;
- tieši sazinoties ar vienu no mūsu pārdošanas punktiem. Informāciju saziņai varat iegūt šādā interneta adresē: <http://bookshop.europa.eu> vai sūtot faksu uz +352 2929-42758.

Bezmaksas izdevumi:

- izmantojot *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- Eiropas Komisijas pārstāvniecībās un delegācijās. Informāciju saziņai varat iegūt šādā interneta adresē: <http://ec.europa.eu> vai sūtot faksu uz +352 2929-42758.

Par EMCDDA

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (*EMCDDA*) ir viena no Eiropas Savienības decentralizētajām aģentūrām. Centru nodibināja 1993. gadā, tas atrodas Lisabonā un ir galvenais avots, no kura iegūst visaptverošu informāciju par narkotikām un narkomāniju Eiropā.

EMCDDA vāc, analizē un izplata faktisku, objektīvu, uzticamu un salīdzināmu informāciju par narkotikām un narkomāniju. Veicot šo uzdevumu, tas sniedz interesentiem ar pierādījumiem pamatotu pārskatu par narkomānijas problēmu Eiropas līmenī.

Centra publikācijas ir galvenais informācijas avots plašai auditorijai, ieskaitot politiķus un to padomdevējus, speciālistus un pētniekus, kas darbojas narkotiku jomā, un tas sniedz visplašāko informāciju plašsaziņas līdzekļiem un sabiedrībai.

Šajā gada ziņojumā ir *EMCDDA* gada pārskats par narkomānijas problēmu ES dalībvalstīs un Norvēģijā, un šis ziņojums ir svarīgs atsaucē materiāls tiem, kuri vēlas uzzināt jaunākos datus par narkotikām Eiropā.



Publikāciju birojs

