



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2008 m. METINIS ATASKAITA



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2008 m.
METINIS
ATASKAITA

Teisinis pranešimas

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

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

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

Informacija teikiama nemokamai telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, 2008

ISBN 978-92-9168-331-4

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2008

Leidžiama dauginti, nurodžius šaltinį.

Printed in Luxembourg

SPAUDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks. (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Turinys

Ižanga	5
Padėkos	7
Ivadinė pastaba	9
Komentaras. Narkomanijos padėtis Europoje: perspektyvos ir keletas anksčiau vyravusių realiųjų	11
1 skyrius. Politika ir įstatymai	
Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai • Nacionalinės strategijos • Viešosios išlaidos • Nacionalinė teisėkūra • Nusikaltimai • Nacionaliniai moksliniai tyrimai	18
2 skyrius. Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga	
Prevencija • Gydymas • Žalos mažinimas • Socialinė reintegracija • Veiksmai kalėjimuose sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų srityje	28
3 skyrius. Kanapės	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Gydymas	37
4 skyrius. Amfetaminai, ekstazis ir LSD	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Pasilinksminimo vietos • Numatomas gydymas	48
5 skyrius. Kokainas ir krekas	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Gydymas ir žalos mažinimas	59
6 skyrius. Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštėjimas	
Heroino pasiūla ir prieinamumas • Opioidų narkomanijos paplitimo vertinimas • Narkotikų švirkštėjimas • Priklausomybės nuo opioidų gydymas	69
7 skyrius. Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas	
Infekcinės ligos • Infekcinių ligų prevencija • Mirties atvejai ir mirštamumas • Mirštamumo mažinimas	79
8 skyrius. Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos	
ES veiklos planas naujų psichoaktyviųjų medžiagų srityje • Parduotuvės internete • GHB ir GBL	91
Literatūra	96



Ižanga

Didžiuojamės pristatydami šią – tryliktoją – metinę Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro ataskaitą.

Šią ataskaitą padėjo rengti intensyviai dirbę atsidavę mūsų „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų tinklo partneriai ir visos Europos ekspertai, padėję atlikti analizes. Taip pat esame dėkingi kovos su narkomanija srityje dirbančioms ES agentūroms ir tarptautinėms organizacijoms. Mūsų ataskaita yra bendrų pastangų vaisius, todėl dėkojame visiems, padėjusiems ją rengti. Logiškai ši veikla yra grindžiama tuo, kad kompetentingoms, produktyvioms ir argumentuotoms diskusijoms yra būtina apgalvota turimų žinių apie narkomanijos padėtį analizė. Ji reikalinga tam, kad nuomonės būtų grindžiamos faktais ir kad sunkius politinius sprendimus priimančios politikai galėtų aiškiai suvokti turimų galimybių kaštus ir naudą.

Šiais metais kovos su narkomanija srityje buvo itin daug darbo. ENNSC didžiuojasi jai suteikta galimybe padėti galutinai įvertinti dabartinį ES kovos su narkomanija veiksmų planą ir apžvelgti 1998 m. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos neeilinės sesijos dėl narkotikų problemų rezultatus. Malonu pastebėti, kad pagal tarptautinius standartus Europa išsiskiria kaip viena iš pasaulio vietų, kur yra labiausiai išvystytos stebėsenos galimybės. Nepaisant to, žinome turimų informacijos šaltinių ribotumą ir su mūsų partneriais nuolat stengiamės pagerinti turimų duomenų kokybę ir aktualumą.

Viena iš svarbiausių politinių diskusijų apie kovą su narkomanija temų yra paslėpti ir labiau žinomi narkomanijos problemos Europoje sprendimo kaštai. Šis klausimas nagrinėjamas įvairiose mūsų ataskaitose dalyse. ENNSC siekė geriau suprasti viešąsias kovos su narkomanija ES valstybėse narėse išlaidas. Šis darbas dar tik pradedamas, o gauti skaičiavimai yra labiau orientaciniai nei tikslūs. Vis dėlto matyti, kad išleidžiamos didelės sumos: pirminiais skaičiavimais jos siekia 28–40 mlrd. EUR. Narkomanijos keliamą žalą yra sunkiau išreikšti ekonominiais terminais. Kiek mums kainuoja dėl narkomanijos prarastos gyvybės Europoje, neigiamas poveikis bendruomenėms, kuriose narkotikai yra gaminami arba parduodami, arba tai, kaip nelegali prekyba narkotikais kenkia šalių gamintojų bei tranzito šalių socialinei raidai ir politiniam stabilumui? Tam, kad prisimintume apie netiesioginę žalą, kurią gali kelti ši problema,

tereikia įvertinti nerimą keliančius pokyčius, kuriuos lemia kokaino gabenimas per Vakarų Afriką.

Kalbant apie teigiamus pokyčius pažymėtina, kad narkotikų vartojimas Europoje, atrodo, stabilizuojasi ir galima pastebėti ES valstybių narių padarytą pažangą sprendžiant šį klausimą. Daugelio formų narkotikų vartojimas, mūsų nuomone, nedidėja, o kai kuriose srityse pastebima mažėjimo tendencija. Kovos su narkomanija srityje praktiškai visos valstybės narės priėmė strategiją grindžiamą metodiką ir pastebima glaudesnė sanglauda Europos mastu. Toliau gerėja gydymo prieinamumas, o tam tikrose šalyse pasiekta tiek, kad didžioji dalis heroino vartotojų, anuomet laikytų nežinoma populiacija, dabar palaiko ryšius su vieno ar kito tipo tarnybomis. Neseniai ŽIV infekcija tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų buvo daugiausia nerimo keliantis diskusijų apie kovą su narkomanija klausimas. Nuo tada praktinės įvairios prevencinės, gydymo ir žalos mažinimo priemonės Europoje tapo norma, o naujų su narkomanija susijusių infekcijų procentas sumažėjo ir tebemažėja.

Geros naujienos retai patenka į pirmuosius laikraščių puslapius ir gali likti nepastebėtos. Tačiau svarbu, kad padaryta pažanga būtų pripažinta. Europoje vis geriau suvokiame, kokios priemonės gali būti veiksmingos sprendžiant su narkotikais susijusias problemas. Pripažinimas, kad mūsų veikla gali būti ir yra reikšminga, yra būtina sąlyga paramai investicijoms ir politikai užtikrinti. Tai nereiškia, kad daugelis rūpestį Europos Sąjungoje keliančių klausimų mūsų ataskaitose nėra akcentuojami. Pavyzdžiui, akcentuojamas nuolat didėjantis kokaino vartojimas ir skirtingose šalyse labai besiskiriantis narkomanams skirtų paslaugų prieinamumas ir jų kokybė. Todėl baigiant galima teigti, kad nors pažanga padaryta, darbas yra toli gražu nebaigtas. Kad ir kaip būtų, šiandien mes Europoje tvirčiau nei kada nors anksčiau sutariame, kuria linkme turime eiti.

Marcel Reimen

ENNSC valdybos pirmininkas

Wolfgang Götz

ENNSC direktorius



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą ENNSC dėkoja:

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

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

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

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti:

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



Išvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centrui (ENNSC) nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės ir Norvegija (dalyvaujanti ENNSC veikloje nuo 2001 m.). Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys atspindi 2006 m. padėtį (arba paskutinių metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali atsispindėti tik tam tikras ES šalių pogrupis: pasirenkamos šalys, kurios pateikia duomenų apie nagrinėjamąjį laikotarpį.

Mažmeninės kainos, apie kurias pranešta ENNSC, atspindi vartotojų mokamą kainą. Daugelio šalių nurodomas grynumas arba stiprumas nustatomas pagal visų konfiskuotų narkotikų mėginius, tačiau dažniausiai neįmanoma pateiktų duomenų susieti su konkrečiu narkotikų rinkos lygmeniu. Visos su grynumu arba stiprumu ir mažmeninėmis kainomis susijusios analizės remiasi būdingomis (modalinėmis) arba, jų nesant, vidutinėmis (MEDIAN) vertėmis.

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

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

Tendencijų analizė yra grindžiama tik tų šalių pateiktais duomenimis, kurių jos pateikia pakankamai tam, kad būtų galima apibūdinti per aptariamąjį laikotarpį įvykčius pasikeitimus. 2005 m. skaičiai gali būti naudojami vietoj 2006 m. trūkstamų skaičių, kai analizuojamos narkotikų rinkos duomenų tendencijos. Analizuojant kitas tendencijas, trūkstami duomenys gali būti interpoliuojami. Kainų tendencijos koreguojamos atsižvelgiant į infliaciją nacionaliniu lygmeniu.

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

Išsamesnės informacijos apie duomenis ir analizės metodus galima rasti 2008 m. statistikos biuletenyje.

Metinę ataskaitą galima parsisiųsti 23 kalbomis (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>).

2008 m. statistikos biuletenyje (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) pateiktos visos šaltinių lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinės ataskaitos statistinė analizė. Šiame biuletenyje taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta apie 100 papildomų statistikos grafikų.

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

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



Komentaras

Narkomanijos padėtis Europoje: perspektyvos ir keletas anksčiau vyravusių realijų

Stiprus Europos balsas svarbiais svarstymų ir politikos formavimo metais

2008 m. Europoje vyksta 2005–2008 m. kovos su narkotikais veiksmų plano vertinimas ir parengiamieji naujo plano darbai, siekiant toliau įgyvendinti ES kovos su narkotikais strategiją antruoju laikotarpiu (2009–2012 m.). Tuo pačiu metu 13 valstybių narių iš naujo rengia arba pakartotinai svarsto savo nacionalines kovos su narkotikais strategijas ar veiksmų planus. Tarptautiniu mastu 2008-ieji taip pat yra metai, kuriais, praėjus 10 metų po 20-osios Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos neeilinės sesijos (UNGASS), persvarstomos joje priimtoms deklaracijos ir veiksmų planai. Todėl 2008 m. yra išskirtiniai metai, kai Europos bei viso pasaulio mastu vertinamas ligšiolinis kovos su narkotikais strategijų veiksmingumas ir sprendžiama, kokias kryptis rinktis ateityje.

Pastebėta, kad valstybės narės vis labiau laikosi bendro požiūrio tvirtindamos nacionalines kovos su narkotikais strategijas ir dalyvaudamos pasaulinėse diskusijose narkomanijos tema. Visos (išskyrus vieną) ES valstybės narės yra parengusios nacionalinius kovos su narkotikais politikos dokumentus ir maždaug pusė šių valstybių savo nacionalinės politikos dokumentus rengia vadovaudamosi ES veiksmų plano dokumentais. Tai rodo vis dažnesnę tendenciją Europoje derinti politiką, kuria siekiama spręsti narkomanijos keliamas problemas. ES valstybės narės, remiamos Komisijos, išreiškia vis vieningesnę ES poziciją iš naujo svarstydamos minėtus UNGASS dokumentus. Europa, dalyvaudama minėtose diskusijose, daugiausia dėmesio skiria būtinybei parengti išsamias, darnias ir argumentuotas politikos kryptis bei veiksmus, taip pat geresnei narkotikų problemos stebėsenai pasaulio mastu, pasibaigus UNGASS.

Narkomanija ir baudžiamųjų sankcijų taikymas: situacijų įvairovė

ENNSC pastaruoju metu pastebėjo, kad Europos valstybės yra linkusios savo narkotikus reglamentuojančiuose įstatymuose griežčiau atskirti narkotikų kontrabandą užsiimančius asmenis ir narkotikų prekeivius nuo jų vartotojų. Dėl šio atskyrimo kai kuriose šalyse buvo numatytos švelnesnės bausmės už narkotikų vartojimą,

tačiau kitos šalys atsisakė sušvelninti bausmes ar net jas sugriežtino. Praktikoje dažnai būna labai sunku atskirti narkotikų tiekėją nuo vartotojo, todėl valstybės narės labai įvairiai bando nubrėžti ribą tarp šių dviejų kategorijų.

Turimi duomenys nepatvirtina prielaidos, kad Europos valstybės švelniau baudžia už narkotikų vartojimą. Per pastaruosius penkerius metus padaugėjo pranešimų apie narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimus Europoje. Dauguma pranešimų apie narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimus yra susiję su narkotikų laikymu vartojimui, o ne tiekimui, ir nors su tiekimu susijusių nusikaltimų padaugėjo 12 proc., su laikymu susijusių nusikaltimų skaičius išaugo daugiau nei 50 proc. Kanapės išlieka labiausiai su narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimais susijusiu narkotiku.

Priežastys, dėl kurių didėja narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimų skaičius, nėra aiškios. Viena iš priežasčių galėtų būti tai, kad administracinės asmenų nuteisimo už narkotikų laikymą procedūros kai kuriose šalyse tapo paprastesnės. Kita vertus, duomenys nepatvirtina kai kurių asmenų nuomonės, jog tikimybė, kad narkotikų vartotojams, o ypač kanapių vartotojams, bus pateikti kaltinimai dėl su narkotikais susijusių nusikaltimų, pastaraisiais metais sumažėjo. Be to, nėra aišku, kiek pasikeitė už narkotikų laikymą taikomos sankcijos, ir ENNSC šį klausimą išnagrinės svarstydama pasirinktą temą kitais metais.

Naujas jaunų žmonių požiūris į narkotikus tyrimas

Neseniai atliktoje Eurobarometro apklausoje buvo siekiama ištirti jaunų žmonių požiūrį bei supratimą apie narkotikus, ir rezultatai atskleidė panašią situaciją įvairiose valstybėse. Bendrai 81–96 proc. apklaustųjų manė, kad tokių narkotikų kaip heroinas, kokainas bei ekstazis vartojimo keliami pavojai yra dideli. Didžioji dauguma apklaustųjų (95 proc.) laikėsi nuomonės, kad šie narkotikai turėtų ir toliau būti kontroliuojami Europoje. Tačiau požiūris į kanapes buvo ne toks vienodas: 40 proc. manė, kad šis narkotikas yra labai pavojingas, bet maždaug tiek pat (43 proc.) apklaustųjų buvo įsitikinę, kad kanapės kelia „vidutinio dydžio pavojų sveikatai“, iš esmės panašų į rūkomo tabako keliamus pavojus. Su kanapėmis susijusių pavojų sveikatai sampratą

atspindėjo mažesnė parama tolesniam kanapių draudimui (67 proc.) bei nemažos dalies respondentų (31 %) nuomonė, kad kanapės turėtų būti reguliuojamos panašiai kaip alkoholis ir tabako produktai.

Narkotikų vartojimo prevencija: įrodymų daugėja, bet praktika kinta lėtai

Nepaisant beveik visuotinės paramos narkotikų vartojimo prevencijai, oficialūs vertinimai šioje srityje patiria metodologinių sunkumų, ir istoriškai turimų duomenų, patvirtinančių intervencinių priemonių veiksmingumą šioje srityje, nepakanka. Plečiantis moksliniam narkotikų prevencijos pagrindui, ši situacija keičiasi, ir atliekami vis tikslesni tyrimai. Nors išvadas vis dar dažnai tenka daryti remiantis JAV atliktų tyrimų rezultatais, kurių aktualumas Europos situacijai gali būti abejotinas, Europoje atliekamų darbų apimtys taip pat auga. Bendromis jėgomis surinkta informacija dabar leidžia geriau suprasti, kokio pobūdžio veikla turėtų būti veiksminga ir kaip rūpintis didžiausią riziką patiriančiais asmenimis. Vis dėlto nauji duomenys rodo, kad daugelyje valstybių naudojami pagrindiniai metodai vis dar neturi pakankamai stipraus įrodymų pagrindo, ir tam tikrais atvejais vykdoma veikla gali turėti netgi neigiamą poveikį. Politikos kūrėjams didelis iššūkis yra tai, kad programos, kurios duoda naudos, dažnai reikalauja didesnių investicijų ir daugiau dėmesio mokymams bei kokybės kontrolei.

Skatindama keistis žiniomis ir geriausios praktikos pavyzdžiais narkotikų prevencijos srityje, ENNSC 2008 m. sukūrė geriausios praktikos portalą internete. Portale, kuriame pateikiamas prevencijos modulis, apžvelgiami naujausi duomenys apie programos efektyvumą bei veiksmingumą, taip pat priemones ir standartus, skirtus intervencinių priemonių kokybei gerinti. Be to, pateikiami įvertintos praktikos visoje Europoje pavyzdžiai.

Narkomanijos gydymas: daugiau dėmesio rezultatams ir klientų poreikiams

Narkotikų vartotojų, gydomų nuo šios priklausomybės, skaičius pastaruoju metu labai išaugo. Daugelyje valstybių nemažai daliai asmenų, kenčiančių nuo opioidų narkomanijos, šiuo metu yra taikomas ilgalaikis pakaitinis gydymas. Ši tendencija išplėtė turimas farmacinės galimybes, ir dėl to pagrindiniu politikos prioritetu tapo gydymo kokybė bei rezultatai, o ne dalyvavimo gydyme apimtis. Visų pirma diskusijose nuo šiol klausiama, kokie yra realistiški ilgalaikiai pakaitinio gydymo tikslai ir kiek klientai gali būti socialiai reintegruoti bei grąžinti į normalų gyvenimą. Įsidarbinimas yra vienas iš pagrindinių elementų reintegruojantis į visuomenę – pastebėta, kad

tai labai vertingas požymis, leidžiantis tikėtis asmens reintegracijos. Deja, grįžimas į darbo rinką dažnai būna sudėtingas uždavinys dėl prastų įgūdžių ir nepakankamo išsilavinimo, kuris paprastai būdingas apskritai senstančiai chroniškų narkotikų vartotojų, kuriems taikomas ilgalaikis gydymas, grupei Europoje. Susitarimas, ką galima vadinti sėkmingu ilgalaikių narkomanijos problemų turinčių asmenų gydymo rezultatu ir kaip sėkmingai šie gyventojai gali būti reintegruoti į visuomenę, tampa vis svarbesniu uždaviniu Europos gydymo nuo narkomanijos tarnyboms.

Nors Europoje gydymas nuo narkomanijos plečiasi, tarp valstybių vis dar egzistuoja apčiuopiami priežiūros prieinamumo bei tarnybų sprendžiamų narkomanijos problemų įvairovės skirtumai. Be to, nors plačiai pripažinta, kad narkomanijos gydymas reikalingas ir vartotojams įkalinimo įstaigose, į šioje srityje dirbančias tarnybas dar nėra pakankamai investuota, ir jį lieka prastai išplėtotas daugumoje valstybių. Narkomanijos gydymo tarnybos Europoje susiduria su sudėtingu iššūkiu – priežiūros modeliai turi būti geriau pritaikyti nevienalytės narkotikų vartotojų grupės poreikiams. Susiformavus bendrai situacijai, kai nėra vieną teisingą metodą galinčių pagrįsti įrodymų, kai kurios Europos valstybės kuria naujus įdomius kanapių ir kokaino vartotojų gydymo metodus. Sudėtingos problemos, atsirandančios dėl kelių narkotikų vartojimo kartu įvairiais būdais, dažnai ir su alkoholiu, apsunkina paslaugų plėtrą. Todėl panašu, kad Europos narkomanijos gydymo tarnyboms teks parengti vis įvairesnių priemonių ateityje, siekiant patenkinti vis įvairesnius jų klientų poreikius.

Vis daugiau ženklų, rodančių, kad kanapių populiarumas mažėja

Nauji moksleivių ir suaugusiųjų apklausų duomenys atskleidžia, kad bendras kanapių vartojimas stabilizavosi arba mažėja kai kuriose valstybėse. Tačiau vis dar akivaizdžios nacionalinės tendencijos ir nemaži skirtumai tarp atskirų valstybių. Tai atspindi vidutinės trukmės laikotarpio tendencijos, rodančios padidėjimą mažesnio narkotikų paplitimo šalyse, stabilią situaciją daugelyje kitų šalių ir sumažėjimą kai kuriose didesnio narkotikų paplitimo šalyse.

Paplitimo sumažėjimas ryškiausias tarp jaunesnio amžiaus grupių. Nauji moksleivių apklausų duomenys, gauti atlikus HBSC (mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsenos) tyrimus, rodo narkotikų vartojimo stabilizacijos arba mažėjimo tendencijas tarp penkiolikmečių moksleivių daugumoje valstybių 2001–2006 m., o sprendžiant iš išankstinių ataskaitų šias prielaidas patvirtina Europos moksleivių alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo projekto (ESPAD) paskutinio ciklo duomenys, kurie turėtų būti paskelbti 2008 m. pabaigoje. Jungtinėje Karalystėje,

kuri kažkada išsiskyrė iš kitų šalių pagal kanapių vartojimą, dabar pastebimas pastovus mažėjimas, ypač 16–24 metų asmenų grupėje. Priežastys, dėl kurių kanapės praranda populiarumą tarp jaunimo, nėra pakankamai patvirtintos oficialiais dokumentais, tačiau jos gali būti susijusios su pasikeitusiu šio narkotiko vartojimo pavoju suvokimu. Kai kurie apžvalgininkai teigia, kad kanapių populiarumas mažėja dėl kintančio požiūrio į cigarečių rūkymą. Kanapės Europoje yra dažnai rūkomos kartu su tabaku, o narkotikų prevencijos programose vis labiau akcentuojamos tiek teisėtų, tiek ir neteisėtų medžiagų vartojimo pasekmės sveikatai.

Nepaisant pastarojo laikotarpio pokyčių, kanapių vartojimo lygis Europoje išlieka aukštas žvelgiant iš istorinių perspektyvų, ir daugelyje valstybių aptinkama daug nuolatinių ir intensyvių vartotojų, ypač jaunų vyrų. Nuolatinių ir intensyvių kanapių vartotojų skaičiaus tendencijos gali kisti nepriklausomai nuo šio narkotiko vartojimo paplitimo tarp visų gyventojų, todėl reikia skirti daugiau dėmesio šiems vartojimo modeliams bei susijusioms problemoms.

Namų gamybos kanapės – didysis nežinomasis

Nuo seno kanapių derva buvo dominuojantis produktas ES valstybėse narėse, o Vakarų Europa išlieka pagrindine šio narkotiko vartotojų rinka visame pasaulyje. Tačiau namų gamybos džiovintų kanapių rinka Europoje praktiškai nepastebimai auga. Beveik visos šalys praneša užfiksavusios kanapių gamybą namuose, kurios apimtys – nuo keleto augalų asmeniniam vartojimui iki didžiulių plantacijų, auginamų komerciniais tikslais.

Kadangi namų gamybos džiovintų kanapių kiekis bei santykinė rinkos dalis lieka nežinomi, atsakydama į tai ENNSC atlieka tyrimą, kurio tikslas – nustatyti kanapių rinkos Europoje žemėlapi. Taip pat nuolat vyksta diskusijos apie besiplečiančios kanapių rinkos galimas pasekmes. Rūpestį kelia vietovių, kuriose gaminamos kanapės, daroma žala vietos bendruomenėms dėl padidėjusio nusikalstamumo, taip pat tai, kad vietos gamybos kanapės paprastai turi stiprų poveikį. Vietos gamyba taip pat yra nemenkas iššūkis teisėsaugos institucijoms, nes gamybos vietos yra netoli vartotojo, jas lengva paslėpti ir nereikia gabenti narkotikų kertant valstybės sienas.

Kokaino vartojimas toliau auga pasidalijusioje Europos stimuliuojančiųjų narkotikų rinkoje

Stimuliuojantieji narkotikai vaidina svarbų vaidmenį ne tik narkotikų vartojimo modeliuose, paplitusiuose tarp chroniškų ir už visuomenės ribų atsidūrusių narkomanų Europoje, bet taip pat geriau socialiai integruotų jaunų

Trumpai – narkotikų vartojimo rodikliai Europoje

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

Kanapės

Vartojo bent kartą gyvenime: mažiausiai 71 mln. (22 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 23 mln. suaugusių europiečių, arba trečdalis bent kartą gyvenime kanapes vartojusių asmenų.

Vartojo per praeitą mėnesį: daugiau kaip 12 mln. europiečių.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,8 % iki 11,2 %.

Kokainas

Vartojo bent kartą gyvenime: mažiausiai 12 mln. (3,6 proc. suaugusių europiečių).

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

Vartojo per praeitą mėnesį: apie 2 mln.

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

Ekstazis

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 9,5 mln. (2,8 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: virš 2,6 mln., arba trečdalis bent kartą gyvenime ekstazę vartojusių asmenų.

Vartojo per praeitą mėnesį: daugiau kaip 1 mln.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,2 % iki 3,5 %.

Amfetaminai

Vartojo bent kartą gyvenime: beveik 11 mln. (3,3 proc. suaugusių europiečių).

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

Vartojo per praeitą mėnesį: mažiau nei 1 mln.

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

Opioidai

Opioidų narkomanija: 1 000 suaugusių gyventojų tenka nuo vieno iki šešių atvejų.

2005–2006 m. nuo narkotikų mirė 3,5 % visų 15–39 metų amžiaus mirusių europiečių; opioidų aptikta apie 70 % iš jų.

Beveik 50 % visų asmenų, kurie kreipėsi dėl gydymo nuo narkotikų priklausomybės, vartojo opioidus kaip pagrindinį narkotiką.

2006 m. daugiau kaip 600 000 opioidų vartotojų buvo taikomas pakaitinis gydymas.

asmenų grupėse, kurios renkasi narkotikus daugiau pramogai. Tačiau stimulantų vartojimo modeliai Europoje yra skirtingi: kokainas šiuo metu yra labiausiai paplitęs stimulantas daugelyje Pietų ir Vakarų Europos valstybių, ir jo vartojimas auga. Tačiau amfetamino ir ekstazio vartojimo rodikliai rodo stabilizaciją ar net mažėjimą. Nepaisant to, amfetaminai išlieka labiausiai vartojami stimulantai daugumoje Centrinės, Šiaurės ir Rytų Europos valstybių – tam tikrais atvejais dėl jų čia kyla didžioji dalis narkomanijos problemų. Metamfetamino vartojimas yra retas reiškinys, išskyrus Čekiją ir Slovakiją, nors apie šio narkotiko pasiūlą ar vartojimą retkarčiais praneša ir kitos valstybės.

Kadangi tiek aplinka, kurioje vartojami įvairūs stimuliuojantys narkotikai, tiek ir pateikiami jų vartojimo pateisinimai yra panašūs, šios medžiagos tam tikra prasme gali būti laikomos konkuruojančiais produktais Europos narkotikų rinkoje. Tai reiškia, kad kovojant su atskiromis narkotinėmis medžiagomis ir įgyvendinant intervencines priemones stimuliuojantys narkotikai turi būti laikomi grupe, o ne atskiromis problemomis. Tai yra svarbu, nes vienos iš šių medžiagų prieinamumą veikiančios priemonės gali būti bevertės, jei jos paskatins vartotoją paprasčiausiai rinktis alternatyvų produktą.

Sintetinių narkotikų gamybos pokyčiai Europoje kelia rūpestį dėl poveikio aplinkai

Europos šalys išlieka pagrindinėmis amfetaminų ir MDMA gamintojomis, nors Europos sąlyginė svarba galbūt ir sumažėjo išaugus gamybos apimtims kitur. Paprastai per metus aptinkama 70–90 gamybos taškų, daugiausia sukoncentruotų keliose Vakarų ir Rytų Europos šalyse. Remiantis teisėsaugos organų duomenimis, sintetinių narkotikų, įskaitant metamfetaminą, gamyba tobulėja – dėl didesnių reakcijos indų, pramoninės ir specialios įrangos bei mobilių cechų plečiasi gamybos procesai.

Plečiantis tipiniams gamybos procesams, gali paaštrėti atliekų išmetimo problema. Paprastai pagaminus vieną kilogramą amfetamino ar MDMA atsiranda 15–20 kg atliekų, įskaitant toksiškas bei degias chemines medžiagas, kurios kelia pavojų aplinkai. Sąnaudų, atsirandančių dėl žalos aplinkai bei valant vietoves, kuriose buvo neteisėtai šalinamos gaminant sintetinius narkotikus atsiradusios cheminės atliekos, gali būti didelės.

Kokaino prekyba per Vakarų Afriką: būtinas dėmesys ir veiksmai

Augant kokaino vartojimui Europoje, dedamos vis didesnės pastangos užkirsti kelią šios rūšies narkotikams. Daugėja kokaino konfiskavimo atvejų ir didėja konfiskuoto

kokaino kiekis – dabar jis siekia 120 t per metus, iš kurių daugiau nei trys ketvirtadaliai konfiskuojami Ispanijoje ir Portugalijoje. Pastangas kovoti su kokaino prekyba sustiprino Lisabonoje įsteigtas Jūrų prekybos narkotikais analizės ir operacijų centras (MAOC-N), kuriam tenka svarbus vaidmuo koordinuojant sulaikymo veiklą ir keičiantis žvalgybine informacija tarp dalyvaujančių valstybių narių.

Nors kokainas į Europą patenka įvairiais keliais, prekyba per Vakarų Afrikos šalis labai padidėjo, ir tai dabar yra pagrindinis kokaino maršrutas į Europos rinką. Situacija gali destabilizuotis ir pakenkti plėtrai regione, kuris jau ir taip susiduria su daugeliu socialinių, sveikatos bei politinių iššūkių. Visų pirma iš kokaino gaunamos pajamos tikrai gali pakenkti teisingumo sistemai ir paskatinti korupciją. Europos Sąjunga ir jos valstybės narės bendradarbiauja su Vakarų Afrikos valstybėmis, rengdamos daugelį priemonių, skirtų kovai su šiomis augančiomis grėsmėmis.

Heroino problema nemažėja, tuo pat metu augant sintetinių opioidų vartojimui

Naujausiais duomenimis, beveik 733 tonas siekianti pasaulinė heroino gamybos apimtis toliau didėja. Tačiau šio didėjimo įtaką narkotiko prieinamumui ir vartojimui Europoje sunku išmatuoti. Turimi duomenys neleidžia šioje srityje daryti išvadų. Pavyzdžiui, Europos Sąjungoje konfiskuojamo heroino kiekis šiek tiek sumažėjo, tačiau jį atsvėrė didelis padidėjimas Turkijoje.

Nėra jokių rimtų duomenų, perspėjančių apie didžiulį heroino problemų paaštrėjimą, kurį didelė Europos dalis išgyveno praeito amžiaus 10-ajame dešimtmetyje. Iš esmės duomenys rodo stabilią, tačiau nemažėjančią problemą. Pats heroino vartojimas Europoje ir toliau lieka rimta Europos visuomenės sveikatos problema, kuriai skiriama didelė dalis visų sveikatos priežiūros ir socialinių išlaidų, susijusių su narkotikų vartojimu. Duomenys rodo, kad opioidus, ypač heroiną, vartoja 60 proc. nuo narkomanijos gydomų asmenų Europoje. Kalbant apie naujai gydomus asmenis, santykinė opioidų vartotojų dalis – bet ne jų faktinis skaičius – kurį laiką mažėjo, tačiau pastaruoju metu ši tendencija nebepastebima. Ir nors esama įrodymų, kad Europos opioidų vartotojų vidutinis amžius auga, duomenys rodo, kad nauji asmenys įtraukiami tokiu greičiu, kuris neleidžia artimoje ateityje tikėtis jokio apčiuopiamo problemos sumažėjimo.

Turbūt priešingai, nei buvo galima tikėtis atsižvelgiant į situaciją Afganistane, problemos, susijusios tiek su gautais iš teisėtų šaltinių, tiek ir su nelegaliai pagamintais sintetiniais opioidais, yra vis aktualesnės tam tikrose valstybėse. Pavyzdžiui, Latvijoje, Lietuvoje

ir Estijoje pastebėta aštrėjanti problema, kurią sukelia 3-metilfentanilio, neteisėtai gaminamo už ES ribų, prieinamumas. Dėl jo stiprumo (fentanilis yra gerokai veiksmingesnis už heroiną) šio narkotiko vartojimas gali būti ypatingai pavojingas – tai patvirtina 70 apsinuodijimo fentaniliu atvejų, užfiksuotų Estijoje 2006 metais. Kitose šalyse pastebėta, kad vis daugiau asmenų kreipiasi pagalbos dėl problemų, susijusių su opioidų, kurie turėjo būti panaudoti gydymo tikslais, vartojimu. Tai aštrina vis didėjančią keletą narkotikų vartojimo kartu problemą, kuri tampa būdinga chroniško narkotikų vartojimo savybe kai kuriose Europos dalyse.

Švirkščiamieji narkotikai ir ŽIV: bendra situacija gerėja, bet yra reikšmingų skirtumų tarp valstybių

Daugiau nei 40 proc. ambulatoriškai gydomų heroino vartotojų pripažįsta švirkštęsi narkotikus, o tai reiškia, kad šis ypač žalingas narkotikų vartojimo būdas išlieka svarbia sveikatos problema Europoje. Švirkštiamasis yra susijęs su daugybe problemų, tokių kaip per kraują perduodamos infekcijos (pvz., ŽIV, hepatitas C). Narkomanų, kurie švirkščiasi narkotikus, proporcijos pokytis gydymą pradedančių asmenų grupėje atskleidžia bendrą švirkštimosi mažėjimo tendenciją, nors duomenys rodo ir nemažus regioninius bei nacionalinius skirtumus. Kai kuriose valstybėse, ypač Rytų Europoje, švirkštiamasis ir toliau yra pagrindinis heroino vartojimo būdas, kurį nurodė daugiau nei 80 proc. gydymą pradedančių heroino vartotojų. Kai kuriose valstybėse narėse taip pat vis dar pastebimas gana aukštas pradėjimo vartoti lygis – tai rodo tarp narkotikus besišvirkščiančių narkomanų atlikti tyrimai, atskleidžiantys nemažą santykinę jaunų ir naujų narkotikus besišvirkščiančių asmenų dalį.

Bendras naujų užsikrėtusiųjų ŽIV infekcija skaičius Europoje mažėja po to, kai jis pasiekė rekordinį lygį dėl lokalių epidemijų kai kuriose valstybėse šio dešimtmečio pradžioje. Panašu, kad mažesnis švirkščiamųjų narkotikų naudojimas, kartu su gydymo bei žalos mažinimo paslaugų prieinamumu, leido pagerinti bendrą situaciją; net ten, kur užfiksuotas naujų infekcijų padidėjimas, jis buvo nedidelis. Vis dėlto tarp šalių išlieka dideli skirtumai. Nors duomenys rodo gerėjančią situaciją Estijoje, Latvijoje ir Portugalijoje, šiose šalyse vis tiek fiksuojami neproporcingai dideli naujų infekcijų atvejų skaičiai, kurie sudaro didelę visų su narkotikų vartojimu susijusių ŽIV atvejų Europoje dalį. Regioninių bei vietinių tyrimų duomenys taip pat rodo, kad ŽIV infekcija taip pat išlieka reikšminga problema Ispanijoje bei Italijoje, nors nesant nacionalinių tokių atvejų registravimo duomenų sunkiau nustatyti tendencijas šiose šalyse. Kitur rizikingas elgesys tęsiasi ir naujų epidemijų pavojus išlieka, reikalaujamas

likti budriems: pavyzdžiui, Bulgarijoje užregistruoti 34 nauji atvejai 2006 m., nors 2000–2003 m. nebuvo užregistruota beveik jokių naujų infekcijos atvejų.

Mirties nuo narkomanijos atvejai – sunki našta visuomenės sveikatai

ENNSC atlieka mirtinų apsinuodijimų, tiesiogiai susijusių su narkotikų vartojimu (narkotikų sukeltų mirčių), stebėseną. Europoje dėl narkotikų kasmet vidutiniškai miršta 7 000–8 000 žmonių, ir tai yra minimalus skaičius, nes yra žinoma, jog daug tokių atvejų lieka neužregistruoti. Opioidai, ypač heroinas, yra dažniausiai su perdozavimu siejami narkotikai, nors dažnai prisideda ir kiti narkotikai bei alkoholis. Keletą metų šio dešimtmečio pradžioje mažėjusi, ši narkotikų sukeliamų mirčių tendencija dabar stabilizavosi. Kodėl taip atsitiko, nėra žinoma, todėl būtina atlikti daugiau tiek perdozavimo veiksmų, tiek prevencinių priemonių veiksmingumo tyrimų. Tikėtina, kad įkalinimo įstaigas paliekantys narkomanai sudaro didžiausios rizikos grupę – pastarojo laikotarpio tyrimai atskleidė 8–10 kartų didesnį mirtingumą, nei tikėtasi. Apskritai perdozavimo prevencija išlieka didesnių investicijų reikalaujanti sritis.

Remiantis tyrimų duomenimis, bendras mirtingumas, kai atsižvelgiama ir į ligas, nelaimingus atsitikimus bei smurtą, yra iki 50 kartų didesnis tarp narkomanų, palyginti su visais gyventojais. Todėl reikia investicijų į gerai parengtus grupių tyrimus, leidžiančius geriau suprasti bendro su narkotikais susijusio mirtingumo priežastis ir apimtis, taip pat išanalizuoti atskirą riziką, pavyzdžiui, pavojus, kurie kyla iš įkalinimo įstaigų išleidžiamiesiems kaliniams ir gydymą nutraukusiems asmenims.

Internetas ir rinkos naujovės – iššūkiai kovos su narkomanija politikai

Naujas ENNSC tyrimas parodė, kad daugiau nei 200 natūralių, pusiau sintetinių ir sintetinių psichoaktyviųjų produktų galima įsigyti interneto parduotuvėse Europoje. Dauguma šių medžiagų vadinamos „teisėtais narkotikais“ arba „žoliniais narkotikais“ ir reklamuojamos kaip alternatyvos kontroliuojamosioms medžiagoms, nors jų faktiškas teisinis statusas gali būti ganėtinai skirtingas įvairiose Europos šalyse. Atskaitose teigiama, kad šių produktų mažmenininkų internete daugėja ir kad jie greitai prisitaiko prie pastangų kontroliuoti rinką, pavyzdžiui, išleidami naujus produktus. Be to, internetinės vaistinės ir internetiniai mažmenininkai, pardavinėjantys psichoaktyviąsias medžiagas tariamai teisėtais tikslais, taip pat gali sukurti naujas galimybes neteisėtai tiekti narkotikus. Bendras pardavimas internetu suteikia nemažą iššūkį tiek tarptautinei bei nacionalinei kovos su narkotikais

politikai, tiek ir kontrolės mechanizmams. Atsižvelgiant į tai, koku greičiu gali atsirasti ir būti išplatinti nauji produktai, veiklos internete stebėsena tampa svarbia plėtos kryptimi.

Vis labiau vertinamas dialogas su pilietine visuomene

Narkomanijos problemos yra susipynusios su daugeliu kitų socialinių bei sveikatos problemų. Todėl siekiant, kad intervencines priemones šioje srityje lydėtų sėkmė, reikia kuo platesnio dalyvių rato, taip pat praverstų bendruomenių, kuriose jos yra įgyvendinamos, parama. Tai suvokiant vis labiau pripažįstama, kad diskusijos dėl politikos turi remtis dialogu su pilietine visuomene. Siekiant šio tikslo, Europos diskusijų apie narkotikus srityje neseniai buvo imtasi keleto veiksmų. Vienas svarbesnių – tai Europos Komisijos įsteigtas pilietinės visuomenės forumas, leidžiantis užtikrinti, kad betarpiška patirtis būtų panaudota kuriant naują ES kovos su narkotikais strategiją, taip pat teikti reikalingą informaciją vertinant ES kovos su narkotikais veiksmų planą. Konsultavimosi su nevyriausybinėmis organizacijų bei vietos bendruomenių atstovais svarba taip pat sulaukė pripažinimo ES kovos su narkotikais strategijoje ir atsispindėjo 2008 m. kovo mėn. Europos Parlamento priimtame pranešime, kuriame

pripažįstamas pilietinės visuomenės esminis vaidmuo kuriant, įgyvendinant, vertinant ir prižiūrint kovos su narkotikais politiką.

Europos moksliniai tyrimai narkotikų srityje ir tarptautinio bendradarbiavimo poreikis

Kaip teigiama 2008 m. ENNSC pasirinktoje temoje dėl mokslinių tyrimų, per paskutinį dešimtmetį su narkotikais susiję moksliniai tyrimai ir infrastruktūra, kuria atliekant juos remiamasi (mokslinių tyrimų centrai, moksliniai žurnalai, finansavimo mechanizmai), Europoje sparčiai vystėsi. Deja, nepaisant šios pažangos, vis dar trūko bendradarbiavimo ir veiklos koordinavimo tarp ES valstybių narių atliekant mokslinius tyrimus narkotikų srityje. Šiai problemai skiriamas vis didesnis dėmesys, ir Europos Komisija užsakė naują tyrimą, kurio tikslas yra parengti mokslinių tyrimų veiklos aprašą ir atlikti lyginamąją Europoje bei kituose pasaulio regionuose esančios infrastruktūros analizę. Ataskaitoje bus pateiktos rekomendacijos, kaip pagerinti bendradarbiavimą ES lygmeniu, ji prisidės prie diskusijų apie tai, kaip būtų galima sustiprinti ryšį tarp Europos mokslinių tyrimų finansavimo galimybių ir mokslinių tyrimų bei politikos poreikių.



1 skyrius

Politika ir įstatymai

Įžanga

Kovos su narkomanija politika 2008 m. bus svarbi. Šiais metais tiek Jungtinės Tautos, tiek Europos Sąjunga įvertins jų kovos su narkomanija dėl neteisėtų narkotikų vartojimo ir jų padarytos žalos rezultatus. Jungtinės Tautos apžvelgs padarytą pažangą įgyvendinant priemonės bei siekiant tikslų, nustatytų 1998 m. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos neeilinėje sesijoje (UNGASS) dėl pasaulio narkotikų problemos. Europoje 2008 m. bus galutinai įvertintas 2005–2008 m. ES kovos su narkomanija veiksmų planas ir rengiamas 2009–2012 m. veiksmų planas. Be to, šiais metais ES valstybių narių skaičius, neturintis precedento, taip pat peržiūri savo nacionalines kovos su narkomanija strategijas bei veiksmų planus ir rengia naujus kovos su narkomanija dokumentus ⁽¹⁾.

Kitoje metinėje ataskaitoje ENNSC aptars 2008 m. išvadas ir pokyčius. Šiais metais 1 skyriuje pagrindinis dėmesys skiriamas pastarojo meto kovos su narkomanija pokyčiams, pateikiami nauji duomenys apie su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas, narkotikus reglamentuojantys įstatymai nagrinėjami trimis konkrečiais aspektais – narkotikų laikymas asmeniniam vartojimui, bausmių alternatyvos ir dėmesys visuomenės apsaugai – ir akcentuojamos naujausios tendencijos su narkotikais siejamų nusikaltimų srityje. Skyriaus pabaigoje apžvelgiami su narkotikais susiję tyrimai ES valstybėse narėse.

Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai

UNGASS 10 metų apžvalga

1998 m. birželio mėn. Jungtinių Tautų Generalinė Asamblėja susirinko į 20-ąją neeilinę sesiją (UNGASS) Niujorke apsvarstyti pasaulinės narkotikų problemos. Šiame aukščiausiojo lygio susirinkime dėl kovos su narkomanija buvo parengta nauja darbotvarkė tarptautinei bendruomenei, priėmus tris svarbius dokumentus ⁽²⁾: politinę deklaraciją, deklaraciją dėl narkotikų paklausos mažinimo principų ir penkių dalių rezoliuciją, kurioje numatytos

tarptautinio bendradarbiavimo skatinimo priemonės. Priimdamos politinę deklaraciją Jungtinių Tautų valstybės narės įsipareigojo iki 2008 m. pasiekti apčiuopiamų rezultatų mažinant neteisėtų narkotikų pasiūlą ir paklausą.

Jungtinių Tautų Narkotinių medžiagų komisija (CND) šių metų sesiją pradėjo per 10 metų padarytos pažangos įgyvendinant 1998 m. UNGASS užsibrėžtus tikslus ir uždavinius apžvalga. Jungtinių Tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuro (UNODC) pateiktoje ataskaitoje tvirtinama, kad nors tam tikrose srityse ir regionuose Jungtinių Tautų valstybės narės nevisiškai įvykdė politinėje deklaracijoje ⁽³⁾ iškeltus tikslus ir uždavinius, per pastaruosius dešimt metų buvo padaryta didelė pažanga. Atlikus šį vertinimą, turi praeiti apmąstymams skirtas vienerių metų laikotarpis, kurio metu bus organizuojamos diskusijos visų pirma tarpvyriausybines ekspertų darbo grupėse, o vėliau – ne sesijų laikotarpiu rengiamuose susirinkimuose. Tai leis pasiruošti specialiam 2009 m. dviejų dienų aukšto lygio CND atstovų susirinkimui, kuriame bus priimtas sprendimas dėl galimų politinių deklaracijų ir priemonių ateityje.

Europos Sąjunga aktyviai dalyvauja UNGASS apžvalgoje. CND 2006 (49/1), 2007 (50/12) ir 2008 (51/4) metų sesijose buvo priimtos ES parengtos rezoliucijos, ir visose jose raginama apžvalgą atlikti mokslškai bei skaidriai. ENNSC taip pat dalyvavo Europos Komisijos finansuotose bei UNODC rengtose konsultacijose su ekspertais ir jų metu bendrai apžvelgė kovos su narkomanija strategijas ir veiksmus Europoje nuo 1998 metų.

ES kovos su narkomanija veiksmų plano vertinimas

2007 m. gruodžio mėn. Europos Komisija pristatė antrąją pažangos įgyvendinant ES kovos su narkomanija veiksmų planą (2005–2008 m.) apžvalgą. Ataskaitoje, kurioje pateikiami duomenys iš ES valstybių narių, ENNSC, Europolo ir Europos Komisijos, įvertinamas mastas, kuriuo buvo įgyvendintos 2007 m. planuotos įgyvendinti priemonės. Viena iš pagrindinių išvadų – pastebimi valstybių narių

⁽¹⁾ Terminas „Nacionalinės kovos su narkomanija dokumentas“ reiškia bet kokią oficialų valstybės patvirtintą dokumentą, kuriame išdėstyti bendrieji principai ir konkretūs veiksmai arba tikslai narkotikų prevencijos ir kontrolės srityse ir kuris oficialiai pristatytas kaip kovos su narkomanija strategija, veiksmų planas, programa arba kitas kovos su narkomanija dokumentas.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

vykdomos kovos su narkomanija politikos konvergencijos požymiai. Taip pat akcentuojami sunkumai renkant duomenis apie pasiūlos mažinimą ir susiejant tam tikrus planuotus veiksmus su jų įgyvendinimo įvertinimui pasirinktais rodikliais.

2008 m. buvo atliktas galutinis dabartinio ES kovos su narkomanija veiksmų plano įvertinimas bendradarbiaujant ES valstybėms narėms, Europolui ir ENNSC. 2008 m. rudenį Komisija turėtų paskelbti vertinimo ataskaitą, o joje pateiktos išvados padės rengiant antrąjį veiksmų planą (2009–2012 m.) remiantis dabartine ES kovos su narkomanija strategija (2005–2012 m.).

Kiti pokyčiai ES

2007 m. rugsėjo mėn. Taryba ir Europos Parlamentas, vadovaudamiesi 2007–2013 m. finansine programa ir Bendrąja programa „Pagrindinės teisės ir teisingumas“, priėmė Narkotikų prevencijos ir informacijos apie juos programą ⁽⁴⁾. Bendrieji programos tikslai yra šie: mažinti narkotikų vartojimą, priklausomybę nuo jų ir su narkotikais susijusią žalą bei vykdyti prevenciją, prisidėti prie informacijos apie narkotikų vartojimą gerinimo, remti veiksmus įgyvendinant ES kovos su narkomanija strategiją (2005–2012 m.). Pagal šią programą bus skirta 21,35 mln. EUR Komisijos atliekamoms studijoms, kovos su narkomanija srityje veikiančioms Europos nevyriausybinėms organizacijoms bei tarptautiniams projektams. Taip pat gali būti imtasi bendrų veiksmų kartu su kitomis Bendrijos programomis, pavyzdžiui, kartu su antrąja Bendrijos veiksmų programa sveikatos srityje (2008–2013 m.) ⁽⁵⁾, kurios dalyje, susijusioje su sveikatos gerinimu, nagrinėjami sveikatą lemiantys veiksniai, nurodomi kovos su neteisėtais narkotikais specifinėse vietose, pavyzdžiui, mokyklose ir darbovietėse, veiksmi.

Kaip numatyta dabartiniame kovos su narkomanija veiksmų plane, 2006 m. birželio mėn. Europos Komisija išleido Žaliąją knygą dėl pilietinės visuomenės vaidmens vykdamas kovos su narkomanija politiką. Vėliau 2007 m. vyko atranka į naują pilietinės visuomenės forumą dėl kovos su narkomanija. Forumo tikslas – padėti neoficialiai keistis nuomonėmis ir informacija tarp Komisijos ir ES, šalių kandidačių ir prireikus Europos kaimynystės politikos šalių pilietinės visuomenės organizacijų. Forume dalyvauja 26 organizacijos, atstovaujančios plačiam nuomonių spektrui. Siekdamas aptarti dabartinį ES kovos su narkomanija veiksmų planą ir naują veiksmų planą, forumas pirmą kartą susirinko 2007 m. gruodžio, vėliau – 2008 m. gegužės mėnesį.

Nacionalinės kovos su narkomanija strategijos

Nauji pokyčiai

Antroje 2007 m. pusėje keturios ES valstybės narės (Čekija, Estija, Vengrija, Suomija), Turkija ir Norvegija priėmė naujus kovos su narkomanija veiksmų planus arba programas. Visi šie dokumentai apima laikotarpį nuo trejų iki ketverių metų, o iki jų priėmimo galiojo ankstesni planai arba programos, išskyrus Turkijos veiksmų planą. Tais pačiais metais Ispanija taip pat priėmė papildomą nacionalinę kovos su kokainu veiksmų programą (2007–2010 m.).

2008 m. pradžioje dar trys valstybės narės priėmė naujus politikos dokumentus. Italijos pirmasis kovos su narkomanija veiksmų planas buvo priimtas vieneriems metams, o vėliau turėtų būti priimtas ketverių metų veiksmų planas (2009–2012 m.), kuris laiko požiūriu bus suderintas su nauju ES kovos su narkomanija veiksmų planu. Apskritai pirmajame Maltos priimtame nacionaliniame kovos su narkomanija dokumente, kuriame nenumatoma jo taikymo laikotarpis, nurodoma beveik penkiasdešimt veiksmų, kurie turės būti įvykdyti artimiausiais metais. Galiausiai nauja 10 metų Jungtinės Karalystės kovos su narkomanija strategija (2008–2018 m.) pirmą kartą papildyta trejų metų veiksmų planu (2008–2011 m.), kuriame nustatomi pagrindiniai veiksmi, kurie turės būti įvykdyti netolimoje ateityje.

Daugumoje 2007 m. pabaigoje ir 2008 m. pradžioje priimtų nacionalinių kovos su narkomanija dokumentų pagrindinis dėmesys skiriamas neteisėtiems narkotikams, o kai kuriuose aptariamos kitos medžiagos, pavyzdžiui, alkoholis, tabakas, vaistiniai preparatai bei sportinį pajėgumą ir išvaizdą gerinančios medžiagos (dopingas). Tai atspindi Europos valstybėse vyraujančią tendenciją, kada pripažįstama, kad esama ryšio ir panašumų tarp neteisėtų ir teisėtų medžiagų vartojimo, tačiau dažniausiai kovos su narkomanija dokumentuose aiškiai aptariami tik neteisėti narkotikai ⁽⁶⁾. Norvegija, į neseniai priimtą veiksmų planą visiškai įtraukdama neteisėtus narkotikus ir alkoholį, ir toliau išlieka viena iš šios tendencijos išimčių. Daug neseniai parengtų nacionalinių kovos su narkomanija strategijų ir veiksmų planų kartu su tais, kurie bus parengti 2009 metams, sudarys sąlygas ENNSC patikrinti, ar išliko 2006 m. pasirinktoje temoje nustatyta didėjanti teisėtų ir neteisėtų narkotikų integravimo į nacionalinę kovos su narkomanija politiką tendencija.

Bendroji padėtis

Šiuo metu Austrija yra vienintelė ES valstybė narė, nepriėmusi nacionalinės kovos su narkomanija strategijos

⁽⁴⁾ 2007 m. rugsėjo 25 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1150/2007/EB dėl Specialiosios programos „Narkotikų prevencija ir informacija apie juos“ kaip Bendrosios programos „Pagrindinės teisės ir teisingumas“ dalies sukūrimo 2007–2013 m. laikotarpiui (OL L 257, 2007 10 3, p. 23).

⁽⁵⁾ 2007 m. spalio 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) (OL L 301, 2007 11 20, p. 3).

⁽⁶⁾ Žr. 2006 m. pasirinktą klausimą „Europos kovos su narkomanija politika: ne tik neteisėti narkotikai?“

arba veiksmų plano, tačiau kiekviena Austrijos federalinė žemė turi regioninę kovos su narkomanija arba priklausomybe strategiją arba veiksmų planą. Kitose 26 valstybėse narėse, taip pat Kroatijoje, Turkijoje ir Norvegijoje kovos su narkomanija politika yra įtvirtinta nacionaliniuose kovos su narkomanija politikos dokumentuose. Palyginimui – 1995 m. tokį dokumentą buvo parengusios tik 10 iš šių 30 valstybių (1 pav.).

Konvergenciją galima įžvelgti taip pat kovos su narkomanija strategijų ir veiksmų planų rengimo srityje. Šiuo metu keturiolika šalių rengia savo nacionalinius kovos su narkomanija dokumentus, laikydamosi principų, panašių į dabartinės ES kovos su narkomanija strategijos ir veiksmų plano rengimo principus. Be to, tiek pat šalių savo nacionalinę kovos su narkomanija politiką dabar įgyvendina naudodamosi dviem papildomomis priemonėmis: bendra strategija ir veiksmų planu (1 pav.). Kai 2000 m. ES pirmą kartą panaudojo šias priemones, tik dvi valstybės narės turėjo du papildomus kovos su narkomanija dokumentus.

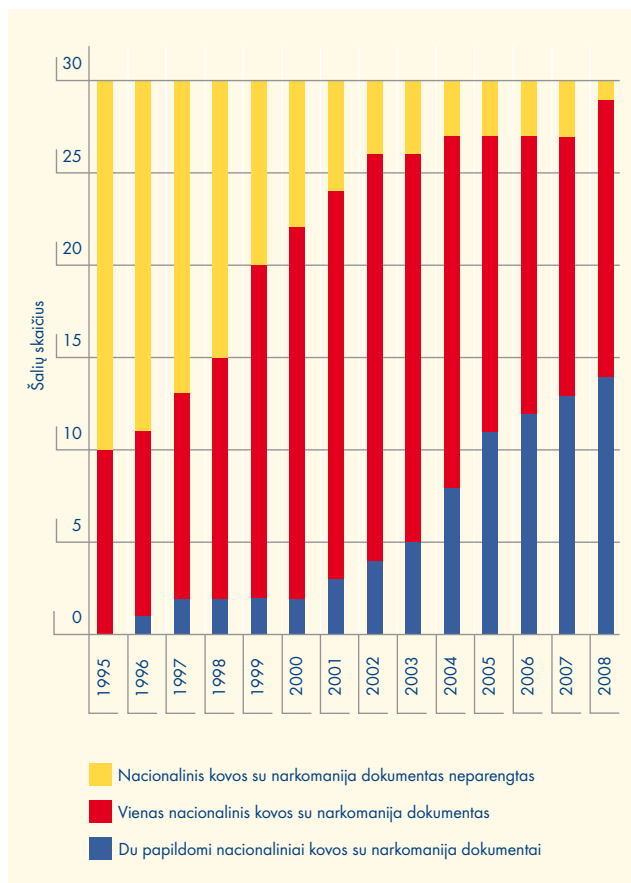
Nuosekliai daugėjant bendrų tikslų ir veiksmų įrodymų skirtingų šalių priimtose nacionalinėse kovos su narkomanija strategijose ir veiksmų planuose, nacionalinių kovos su narkomanija dokumentų turinys yra kita sritis, kurioje stebimi konvergencijos ženklai tarp ES valstybių narių, Kroatijos, Turkijos bei Norvegijos. Vis dėlto atsižvelgiant į tai, kad narkotikų problemos ir politinė, socialinė bei ekonominė aplinka Europos šalyse skiriasi, tikėtina, kad esami nacionalinių kovos su narkomanija politikos skirtumai tam tikru mastu išliks ateityje, nors jų ir mažėja. Kai kurie šiuos skirtumus iliustruojantys pavyzdžiai akcentuojami 2 skyriuje.

Vertinimas

2008 m. 13 ES valstybių narių jau iš naujo parengė arba yra įsipareigoję peržiūrėti ir iš naujo parengti savo nacionalinius kovos su narkomanija dokumentus, todėl šie metai tampa veiklos, neturinčios precedento formuojant nacionalinę politiką, metais. Sekdamas Italijos, Maltos ir Jungtinės Karalystės pavyzdžiu, Airija 2008 m. atnaujins savo kovos su narkomanija strategiją, Prancūzija, Portugalija ir Rumunija atnaujins savo kovos su narkomanija veiksmų planus, Bulgarija, Ispanija, Kipras, Lietuva ir Slovakija atnaujins tiek savo kovos su narkomanija strategijas, tiek veiksmų planus. Galiausiai Nyderlandai, kur taikomas seniausias nacionalinis kovos su narkomanija dokumentas Europoje, 2008 m. ketina parengti naują tokį dokumentą.

Europoje vis labiau pripažįstama, kad į nacionalines kovos su narkomanija strategijas ir veiksmų planus reikia

1 pav. Šalių, parengusių nacionalinius kovos su narkomanija dokumentus, skaičius tarp 27 ES valstybių narių, Kroatijos, Turkijos ir Norvegijos



Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

įtraukti stebėseną ir vertinimą kaip esmines šių dokumentų dalis. Beveik visos pirmiau nurodytos šalys parengė arba planuoja parengti savo kovos su narkomanija strategijų arba veiksmų planų vykdymo pažangos apžvalgą, o kai kurios iš jų, pavyzdžiui, Airija, Kipras ir Portugalija, 2008 m. gali parengti išsamesnį vertinimą.

Vis dėlto skiriasi ES valstybių narių taikomi metodai ir požiūriai, kuriais jos vadovaujasi vertindamos nacionalines kovos su narkomanija strategijas bei veiksmų planus, ir šioje srityje reikia nustatyti gerą praktiką. Tai buvo akcentuota konferencijoje dėl vertinimo, kurią 2007 m. rugsėjo mėn. surengė ES pirmininkaujanti Portugalija. Reaguodamas į tai ENNSC, bendradarbiaudamas su valstybėmis narėmis, svarsto galimybę parengti Europos rekomendacijas šioje srityje.

Viešosios išlaidos

Keturios ES valstybės narės (Čekija, Airija, Lenkija, Portugalija) pateikė išsamią informaciją apie 2006 m.

viešąsias išlaidas, susijusias su narkotikų problema (duomenų santrauką žr. 1 lentelėje). Dvi iš keturių šalių pateikė informaciją apie su narkotikais susijusių išlaidų pasiskirstymą tarp centrinės ir regioninės arba vietinės valdžios, taip sudarydamos galimybę palyginti skirtingų valdžios sektorių vaidmenį. Šalyse, apie kurias turima duomenų, didžioji dalis nurodomų su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų priskiriamos centrinės valdžios finansuojamoms veiklos sritims.

Vienualika valstybių narių pateikė išsamią informaciją apie valstybės išlaidas tam tikroms veikloms sprendžiant narkotikų problemą. Kitos dvi šalys pateikė apytikrius bendrų viešųjų išlaidų, susijusių su narkotikų problema, skaičiavimus (Ispanija, Malta), tačiau nepateikė jokios informacijos apie veiklos sritis, kurioms pinigai buvo išleisti.

Buvo apskaičiuota, kad iš viso su narkotikais susijusios Europos šalių išlaidos 2005 m. siekė apytikriai nuo 13 mlrd. EUR iki 36 mlrd. EUR (ENNSC, 2007a). Šie skaičiavimai atlikti ekstrapoliuojant visas šešių šalių (Belgijos, Vengrijos, Nyderlandų, Suomijos, Švedijos, Jungtinės Karalystės) su narkotikais susijusias išlaidas kitoms valstybėms. Neseniai buvo pateikti (ENNSC, 2008d) peržiūrėti skaičiavimai, į kuriuos įtraukti kitų šalių (Čekijos, Prancūzijos, Liuksemburgo, Lenkijos, Slovakijos) papildomai pateikti duomenys. Naujais skaičiavimais, su narkotikais susijusios išlaidos Europoje siekia 34 mlrd. EUR (skaičiuojant 95 % pasiklovimo intervalu – 28–40 mlrd. EUR), tai prilygsta 0,3 % bendrojo visų ES valstybių narių vidaus produkto. Tai leidžia manyti, kad narkotikų problemai spręsti skiriamos valstybės išlaidos vienam ES piliečiui vidutiniškai kainuoja 60 EUR per metus. Šie skaičiai vis dėlto laikytini orientaciniais, kadangi jie nėra pagrįsti visais duomenimis.

Pranešimai apie narkotikų vartojimo kainą visuomenei

Duomenis apie narkotikų vartojimo socialinę kainą (tiesioginę ir netiesioginę narkotikų vartojimo kainą) pateikė keturios valstybės narės. Nors šios ataskaitos gali būti naudingos narkotikų vartojimo poveikiui šalyje, kurioje ji buvo parengta, suvokti, dėl besiskiriančių metodų ir ataskaitų pateikimo būdų šalių palyginti neįmanoma. Galimybės palyginti skirtingų šalių pateiktus duomenis nebuvimas akivaizdžiai rodo, kad reikia įtvirtinti bendrą metodą narkotikų vartojimo socialinės kainos Europoje stebėsenai atlikti.

Buvo apskaičiuota, kad Italijoje neteisėtų narkotikų vartojimo socialinė kaina siekia 6 473 mln. EUR, kurių didžiausia dalis buvo skirta teisėsaugos veiklai (43 %), o likusioji dalis tenka atitinkamai sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugoms (27 %) ir sumažėjusiam narkotikų vartotojų darbo našumui bei žmonėms, kuriems narkotikų vartojimas turi netiesioginį poveikį (30 %). Be to, buvo apskaičiuota, kad narkotikų vartotojai išleido 3 980 mln. EUR neteisėtiems narkotikams įsigyti. Remiantis šiais duomenimis apskaičiuota, kad Italijoje narkotikų vartojimo kaina siekia 0,7 % šalies bendrojo vidaus produkto. Pagal Austrijos pateiktus 2004 m. duomenis, tiesioginę ir netiesioginę kainą pasiskirsto atvirkščiai, negu nurodoma pagal Italijos pateiktus duomenis: vadovaujantis narkotikų vartojimo socialinės kainos apskaičiavimu, iš 1 444 mln. EUR 72 % tenka netiesioginei kainai.

Jungtinė Karalystė pranešė, kad 2003–2004 m. A klasei ⁽⁷⁾ priskiriamų narkotikų vartojimo ekonominė ir socialinė kaina Anglijoje ir Velse siekė 22,26 mlrd. EUR, t. y. kiekvienam narkotikų vartotojui per metus tenka 63 940 EUR. Buvo padaryta prielaida, kad 99 % visos kainos tenka narkotikų vartotojams. Su narkotikais susijusių nusikaltimų kaina, įskaitant teisėsaugą ir su narkotikais susijusių

1 lentelė. Pasirinktų šalių nurodytos viešosios išlaidos ⁽¹⁾, skirtos kovai su narkomanija

Šalis	Valstybinio sektoriaus nurodytos išlaidos (EUR)				Visų viešųjų išlaidų dalis ⁽²⁾ (%)
	Centrinė valdžia	Regioninė valdžia	Vietinė savivalda	Iš viso	
Čekija	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Airija ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Lenkija	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalija	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Oficialiuose finansinių ataskaitų dokumentuose aiškiai „nurodytos“ kaip kovai su narkomanija skirtos viešosios išlaidos.

⁽²⁾ Visos valdžios sektoriaus išlaidos per metus.

⁽³⁾ Airijoje Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs reikalauja, kad valdžios institucijos ir valstybinės agentūros pateiktų savo metines kovai su narkomanija susijusias viešąsias išlaidas. Šios išlaidos oficialiuose finansinių ataskaitų dokumentuose yra nebūtinai nurodomos kaip skirtos kovai su narkomanija.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai ir Eurostatas (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

⁽⁷⁾ A klasės narkotikams priskiriami pavojingiausiais laikomi narkotikai.

Siekiant geriau suprasti kovai su narkomanija Europoje skirtas viešąsias išlaidas – ENNSC 2008 m. pasirinkta tema

Vykdydamas 2005–2008 m. ES kovos su narkomanija veiksmų planą, ENNSC parengė projektą, kuriuo siekiama nustatyti, sukurti ir išbandyti kiekybinio kovai su narkomanija skirtų viešųjų išlaidų įvertinimo metodus. Šia tema parengtų pasirinktų temų skyrelyje pateikiama 2005 m. ES valstybių narių ir Norvegijos kovai su narkotikais skirtų viešųjų išlaidų apžvalga. Didžioji dalis tokių išlaidų buvo iš karto pažymėta kaip „skirta kovai su narkomanija“, dažniausiai jos atsispindi oficialiuose apskaitos dokumentuose – tai parodo, kad valstybės savanoriškai skiria dėmesį kovos su narkomanija problemai. Kitais atvejais, pritaikius modeliavimo technikas, buvo apskaičiuotos ir kitos, paslėptos ar specialiai nepažymėtos kaip „tikslinės“, lėšos, skiriamos per įvairias, dažniausiai platesnių tikslų siekiančias programas. Taikant tokį dviejų pakopų metodą, gaunami standartine forma išdėstyti labiau patikimi duomenys, pagal kuriuos lengvai palyginamos įvairių šalių kovai su narkomanija ir priklausomybe skiriamos viešosios išlaidos.

Pasirinktą temą galima rasti spausdintine versija ir internete tik anglų kalba (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

nusikaltimų aukas, sudaro didžiausią bendros kainos dalį (90 %, arba 20,1 mlrd. EUR).

Nacionalinė teisėkūra

Šių metų tarptautinėse, Europos ir nacionalinėse kovos su narkomanija dokumentų apžvalgose ir vertinimuose ypač svarbu išnagrinėti narkotikus reglamentuojančių įstatymų pakeitimus, kurie buvo atlikti nuo 1998 m. UNGASS dėl narkotikų. Pastebint pasikeitimus trijose pagrindinėse srityse, šiame skirsnyje klausiama, ar teisinių apibrėžčių ir narkotikų vartotojų gydymo pokyčiai rodo, kad šalys narkotikų vartotojus suvokia nauja, platesne prasme?

Narkotikų laikymas asmeniniam vartojimui

Per pastaruosius 10 metų daugelis Europos šalių ėmė laikytis požiūrio, pagal kurį prekyautojai narkotikais, kurie yra laikomi nusikaltėliais, yra ne tas pats kas narkotikų vartotojai, daugiau laikomi ligoniais, kuriems reikalingas gydymas. Tačiau valstybėse narėse neseniai naujai priimtuose įstatymuose labai skiriasi šių sąvokų apibrėžtys.

Vienas iš klausimų, kuriuo valstybių narių pozicija labiausiai skiriasi, yra asmeniniam vartojimui laikomų

narkotikų kiekio ribos nustatymas arba nenustatymas. 2004–2006 m. laikotarpiu Bulgarija atsisakė narkotikų laikymo asmeniniam vartojimui sąvokos, Italija po 12 metų pertraukos ją iš naujo įtvirtino, o Jungtinė Karalystė sąvoką įtvirtino, tačiau nusprendė jos netaikyti. Kipras ir Belgija 2003 m. atitinkamai nustatė apibrėžtą ribą visiems narkotikams ir kanapėms. Tačiau Vokietijos federalinės žemės stengiasi nuosekliau vykdyti Konstitucinio Teismo nutarimą, kuriame paminėtas „nereikšmingas kiekis“ nebuvo apibrėžtas, todėl, remiantis išaiškinimais, nereikšmingas kiekis buvo nuo 3 iki 30 gramų. Slovakijoje 2005 m. teisinė narkotikų laikymo asmeniniam vartojimui apibrėžtis buvo išplėsta nuo daugiausia vienos dozės iki daugiausia trijų dozių, o didesniems kiekiams – 10 dozių. Tačiau laisvės atėmimo bausmės už bet kokio didesnio kiekio laikymą vykdymo terminas buvo padidintas iki aiškaus minimumo – ketverių metų kalėjimo, jis buvo taikomas už neteisėtą prekybą narkotikais.

Narkotikų vartojimas nedidelėse grupėse yra dar vienas iššūkis mėginant atskirti vartotojus nuo tiekėjų. Belgijoje 2003 m. buvo panaikintas specifinis narkotikų vartojimo grupėje kriminalinis nusikaltimas. Tais pačiais metais Vengrijos baudžiamojo kodekso pataisa leido skirti gydymą nedidelio kiekio narkotikų, vartojamų „kartu“, tiekėjui (nuo to laiko užginčyta kaip teisiškai neaiški). Malta 2006 m. nusprendė, kad tais atvejais, kai narkotikai buvo vartojami bendrai, minimali šešių mėnesių laisvės atėmimo bausmė tiekėjui ne visada buvo tinkama, ir pakeitė įstatymus numatydamą išimtis.

Nuo 2001 m. didžiausios arba galimos bausmės už narkotikų – už visų narkotikų (Estija, Graikija, Vengrija, Portugalija, Suomija) arba tik už kanapių (Belgija, Liuksemburgas, Jungtinė Karalystė), arba už kitų mažiau pavojingų narkotikų (Rumunija) – laikymą asmeniniam vartojimui, nesant sunkinančių aplinkybių, buvo sumažintos įvairiose Europos šalyse. Vis dėlto šiuo laikotarpiu ne visos šalys sušvelnino bausmes: pasikonsultavusios Prancūzija ir Lenkija nusprendė nekeisti savų įstatymų, o Danija padidino „įprastas“ bausmes, įspėjimus pakeisdama pinigėmis baudomis (kurios tuo metu buvo padidintos). Italijoje nauju įstatymu narkotikų vartojimas vėl buvo įtvirtintas kaip administracinis nusižengimas, o kanapės priskirtos prie narkotikų, dėl kurių skiriamos tokios baudos kaip dėl kitų neteisėtų narkotikų, pavyzdžiui, heroino ir kokaino. Jungtinėje Karalystėje buvo paskelbta, kad kanapės tam tikrai narkotikų kategorijai bus priskirtos vėliau.

Bausmių alternatyvos

Gydymo prieinamumo narkotikų vartotojams, kuriuos siunčia gydytis baudžiamosios teisingumo institucijos, pokyčiams iš esmės būdingi du bendri požymiai. Pirma, visi

jie išplėtė narkotikų vartotojų nukreipimo gydymui galimybes. Tačiau šalyse skiriasi pasiūlymo gydytis pateikimo laikas – daugelyje šalių gydymas siūlomas bylą nagrinėjant teisme, o ne anksčiau, kai susiduriama su policija arba prokurorais. Antra, jiems taikomos tam tikros sąlygos: nesilaikius nurodymo gydytis iš naujo pradedama baudžiamojo kaltinimo, patraukimo baudžiamojo atsakomybės arba bausmės skyrimo procedūra.

Įgyvendinant UNGASS ir ES veiksmų plane numatytus tikslus, šalyse vietoj bausmių arba įkalinimo buvo sukurtos arba išplėtos pažeidėjų siuntimo gydymui arba konsultacijoms galimybės arba sistemos. Airijoje ir Maltoje sulaikytas narkotikų vartotojas gali būti siunčiamas gydyti. Taip yra ir Jungtinėje Karalystėje, kurioje arešto metu, tam tikromis aplinkybėmis, gali būti atliktas patikrinimas dėl narkotikų vartojimo. Airijoje, Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Škotijoje) bei Norvegijoje buvo įsteigti specialūs su narkotikais susiję teismai, o Maltoje šis klausimas yra svarstomas. Portugalija sukūrė „atgrasinimo nuo narkotikų vartojimo komisijas“, kurias sudaro teisininkai, gydytojai ir socialiniai darbuotojai. Kitose šalyse naujais įstatymais vietoj bausmės buvo numatytos tam tikros gydymo formos: Prancūzijoje nuo narkotikų nepriklausantys narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidėjai gali sumokėti ir lankyti pažintinius kursus; Ispanijoje, Vengrijoje ir Latvijoje laisvės atėmimo bausmės atlikimas gali būti sustabdytas, jeigu narkotikų vartotojams taikomas gydymas; Bulgarijoje, Vengrijoje, Rumunijoje ir Turkijoje bandomąjį laikotarpį galima derinti su gydymu. Nyderlanduose siekiama plačiau taikyti gydymą, kuris būtų ankstesnio paleidimo į laisvę sąlyga. Suomijoje laisvės atėmimo bausmė nubausti pažeidėjai dabar gali, kai manoma, kad tai tikslinga, būti perkelti atlikti bausmę atvirame kalėjime, jeigu jie ištvėria be narkotikų. Graikijoje jie gali būti siunčiami į specialią gydymo grupę. Italijoje (kai už nusikaltimą skiriama iki šešerių – laikotarpis pailgintas nuo „iki ketverių“ – metų laisvės atėmimo bausmė) ir Ispanijoje (laikotarpis pailgintas nuo „trejų iki penkerių metų“) gydymo nuo narkomanijos programos pradėtos taikyti ir asmenims, nuteistiems už sunkesnius nusikaltimus. Belgijoje visais baudžiamojo proceso etapais yra galimybė siųsti narkotikus vartojančius pažeidėjus gydyti.

Išsamesnį įvairių vietoj bausmės taikomų gydymo būdų ir jų taikymo masto aprašą galima rasti ELDD „temos apžvalgoje“ ir „teisinių ataskaitų“ skirsniuose ⁽⁸⁾.

Dėmesys visuomenės apsaugai

Pastarąjį dešimtmetį vis intensyviau buvo taikoma baudžiamoji teisė, siekiant apsaugoti visuomenę nuo narkotikų vartotojų, lygiagrečiai atskiriant „sergančius“ vartotojus

nuo „nusikalstamo“ pobūdžio platintojų bei kategorijoje „vartotojas“ teisiškai atskiriant kitiems visuomenės nariams trukdančius ir pavojų keliančius vartotojus nuo tokio poveikio neturinčių vartotojų. Šie pokyčiai apima pirmiau aprašytas priemones, sušvelninančias už narkotikų laikymą asmeniniam vartojimui skiriamas bausmes arba nustatančias bausmių alternatyvas. Šios galimybės gydytis suteikiamos arba sumažintos bausmės skiriamos, pavyzdžiui, su sąlyga, kad narkotikų vartotojas netrikdys viešosios tvarkos.

Taip pat buvo sušvelninti kriterijai ir sugriežtintos bausmės tiems pažeidėjams, kurie kelia žalos kitiems visuomenės nariams pavojų. Teisėkūroje daugiausia dėmesio buvo skiriama tiems, kurie vairuoja pavartoję narkotikų (Belgijoje, Čekijoje, Danijoje, Ispanijoje, Suomijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Portugalijoje, Suomijoje). Naujuose darbo vietoje atliekamą patikrinimą dėl narkotikų reglamentuojančiuose Airijos, Suomijos ir Norvegijos įstatymuose pabrėžiama, kad patikrinimą atlikti leidžiama iš esmės tik tais atvejais, kai dėl apsvaigimo nuo psichoaktyviųjų medžiagų kyla didelis pavojus arba rizika. Naujuose įstatymuose reglamentuojamas narkotikų vartojimas, naudojant įvairias transporto priemones: Airijoje – traukinius ir laivus, Latvijoje – laivus, Suomijoje – aviacijos priemones. Per keletą pastarųjų metų taip pat buvo: priimti įstatymai ir strategijos siekiant užkirsti kelią narkotikų vartojimo keliams visuomenei nepatogumams arba už juos bausti (žr. 2005 m. pasirinktą temą), suteikti nauji įgaliojimai uždaryti barus ar kitas patalpas arba iš jų pašalinti žmones (Belgija, Airija, Nyderlandai) bei įgaliojimai uždaryti privačius namus, kuriuose komerciniais tikslais platinami narkotikai arba sistemingai vartojami narkotikai (atitinkamai Nyderlandai, Jungtinė Karalystė). Lygiagrečiai šiuo laikotarpiu visoje Europoje taip pat buvo priimti nauji įstatymai, skirti apsaugoti tabako nevartojančius asmenis: nuo 2004 m. 24 Europos valstybės narės (visos, išskyrus Graikiją, Vengriją ir Lenkiją) uždraudė arba labai apribojo rūkymą uždaroje viešosiose vietose, dažnai nustatydamos dideles pinigines baudas pažeidėjams.

Apibendrinant pirmiau apžvelgtus teisinius pokyčius, matyti, kad nesant sunkinančių aplinkybių baudžiamosios sankcijos individualiems vartotojams dažniausiai buvo sušvelnintos, tačiau, tam beveik sudarant atsvarą, sugriežtintos tiems, kurių veiksmai gali pakenkti kitiems visuomenės nariams. Pastarasis pokytis rodo, kad norint apsaugoti visuomenę labiau linkstama taikyti baudžiamąją teisę.

Su narkomanija susiję nusikaltimai

Su narkotikais susijęs nusikaltimas – tai plati sąvoka, galinti apimti visus nusikaltimus, kurie yra kaip nors susiję su narkotikais ⁽⁹⁾. Praktikoje įprastus duomenis galima

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Diskusiją apie ryšį tarp narkotikų ir nusikaltimų žr. EMCDDA (2007b).

gauti tik iš Europoje, dažniausiai policijos, sudaromų su narkotikais susijusių įstatymų pažeidimų ataskaitų. Vis dėlto tokie duomenys taip pat atspindi nacionalinės teisės aktų skirtumus ir įvairius įstatymų taikymo ir vykdymo būdus. Duomenys taip pat atspindi nustatytų prioritetų ir baudžiamosios teisės įstaigų konkrečioms nusikaltimų rūšims skiriamų išteklių skirtumus. Be to, skiriasi valstybių sistemos, teikiančios informaciją apie su narkotikais susijusius nusikaltimus, ypač jų registravimo ir pranešimų praktika. Kadangi dėl šių skirtumų sunku palyginti šalis, tikslingiau lyginti ne absoliučius skaičius, o tendencijas.

Apskritai nuo 2001 m. iki 2006 m. ES valstybėse narėse pranešimų apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams vidutiniškai padidėjo 36 % (2 pav.). Duomenys rodo augančias tendencijas visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Bulgariją, Graikiją, Latviją ir Slovėniją, kurios per šį penkerių metų laikotarpį nurodė bendrą tokių pranešimų mažėjimą⁽¹⁰⁾.

Su narkotikų vartojimu ir jų pasiūla susiję nusikaltimai

Nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, susijusių su vartojimu, ir šių nusikaltimų, susijusių su narkotikų pasiūla (narkotikų verslas, neteisėta prekyba, gamyba), santykis yra panašus į ankstesniais metais nurodytą santykį. Dauguma Europos šalių nurodo, kad daugiausia nusikaltimų yra susiję su narkotikų vartojimu arba jų laikymu vartojimui; 2006 m. Ispanijoje tokie nusikaltimai sudarė iki 93 %⁽¹¹⁾. Tačiau Čekijoje, Nyderlanduose, Turkijoje ir Norvegijoje vyrauja nusikaltimai, susiję su narkotikų pasiūla; tokie nusikaltimai sudarė iki 52 % (Turkijoje) ir iki 88 % (Čekijoje) visų 2006 m. praneštų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams.

Nuo 2001 m. iki 2006 m. nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičius Europos Sąjungoje vidutiniškai padidėjo 51 %. Du trečdaliai šalių praneša apie augančią tendenciją ir tik Slovėnija ir Norvegija praneša apie mažėjančią tendenciją per šį penkerių metų laikotarpį⁽¹²⁾. Be to, verta paminėti, kad proporcingai visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams skaičiui su vartojimu susijusių nusikaltimų per tą patį laikotarpį padaugėjo pusėje iš ataskaitas pateikusių šalių.

2001–2006 m. laikotarpiu taip pat padaugėjo su narkotikų pasiūla susijusių nusikaltimų, tačiau šis augimas buvo daug lėtesnis. Europos Sąjungoje šių nusikaltimų

vidutiniškai padidėjo 12 %. Per šį laikotarpį su pasiūla susijusių nusikaltimų padaugėjo daugiau nei pusėje iš ataskaitas pateikusių šalių, sumažėjo keturiose šalyse (Vokietijoje, Kipre, Nyderlanduose, Slovėnijoje)⁽¹³⁾.

Su atskirais narkotikais susijusios tendencijos

2006 m. daugumos Europos šalių pranešimuose apie nusikaltimus narkotikus reglamentuojantiems įstatymams ir toliau dažniausiai minimu neteisėtu narkotiku išlieka kanapės⁽¹⁴⁾. Šiose šalyse su kanapėmis siejami nusikaltimai sudarė 36–86 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams. Tam tikrose šalyse vyravo ne su kanapėmis, o su kitais narkotikais susiję nusikaltimai narkotikus reglamentuojantiems įstatymams: Čekijoje nusikaltimai, susiję su metamfetaminu, sudarė 60 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams; Maltoje su heroinu susiję nusikaltimai sudarė 41 % visų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams; Liuksemburge nusikaltimai narkotikus reglamentuojantiems įstatymams buvo beveik vienodai susiję su kanapėmis, heroinu ir kokainu.

Per penkerių metų (2001–2006 m.) laikotarpį nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams, kuriuose minimos kanapės, skaičius liko stabilus arba didėjo daugumoje ataskaitas atsiuntusių šalių; Europos Sąjungoje šis skaičius vidutiniškai padidėjo 34 % (2 pav.). Tačiau mažėjimo tendencijas nurodė Bulgarija, Čekija (2002–2006 m.), Italija ir Slovėnija⁽¹⁵⁾.

2001–2006 m. su kokainu siejamų nusikaltimų daugėjo visose Europos šalyse, išskyrus Bulgariją, Vokietiją ir Slovakiją. Per tą patį laikotarpį tokių nusikaltimų visoje Europos Sąjungoje padaugėjo vidutiniškai 61 %.

2001–2006 m. laikotarpiu su heroinu siejami nusikaltimai narkotikus reglamentuojantiems įstatymams rodo kitokį vaizdą nei nusikaltimai, siejami su kanapėmis ar kokainu: Europos Sąjungoje jų sumažėjo vidutiniškai 14 %, daugiausia 2001 m. ir 2003 m. Tačiau nacionalinės su heroinu siejamų nusikaltimų tendencijos tuo pačiu laikotarpiu buvo skirtingos: trečdalis šalių nurodė augančią tendenciją⁽¹⁶⁾.

Vidutinės nusikaltimų, siejamų tiek su amfetaminu, tiek su ekstaziu, tendencijos 2004 m. pasiekė aukščiausią tašką. Nors su amfetaminu susijusių nusikaltimų tendencija ir toliau augo (2001–2006 m. vidutiniškai jų padaugėjo 41 %), su ekstaziu susijusių nusikaltimų vidurkis Europos Sąjungoje šiuo laikotarpiu svyravo, tačiau bendrų pokyčių nuo 2001 m. iki 2006 m. nebuvo.

⁽¹⁰⁾ Žr. DLO-1 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁾ Žr. DLO-2 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁾ Žr. DLO-2 lentelę ir DLO-4 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

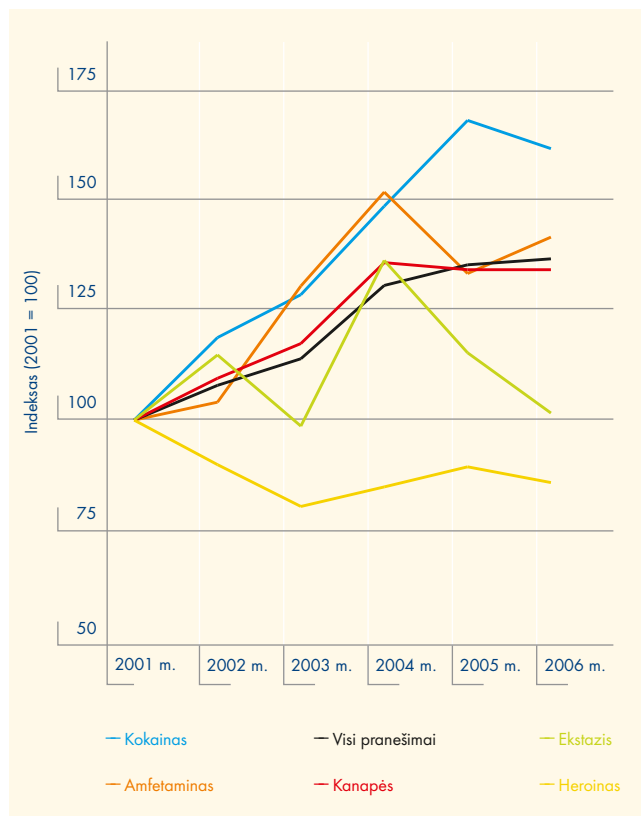
⁽¹³⁾ Žr. DLO-5 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁾ Žr. DLO-3 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁾ Žr. DLO-6 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje. Išsamesnę su kanapėmis susijusių nusikaltimų analizę žr. 3 skyriuje.

⁽¹⁶⁾ Žr. DLO-7 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

2 pav. 2001–2006 m. indeksuotų skaičių tendencijos pranešimuose apie narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimus ES valstybėse narėse



Pastaba: Tendencijos nustatytos pagal turimus ES valstybių narių teisėsaugos institucijų pranešimų apie nusikaltimų (baudžiamųjų ir ne baudžiamojų pobūdžio) pagal narkotikus reglamentuojančius įstatymus skaičius; visos eilutės indeksuotos, prilyginant 2001 m. skaičius 100 ir išvedant bendrą ES tendenciją bei juos indeksavus pagal šalių gyventojų skaičių. Bendras 2006 m. šalyse praneštų nusikaltimų skaičius, įtrauktas į tendencijas (prieš koregavimą) buvo: 41 069 su amfetaminu susijusių nusikaltimų, 550 878 su kanapėmis susijusių nusikaltimų, 100 117 su kokainu susijusių nusikaltimų, 77 242 su heroinu susijusių nusikaltimų, bendras pranešimų skaičius – 936 866. Apskaičiuojant tendencijas, šalys, kurios neturi duomenų apie dvejus ar daugiau iš eilės metų, neįskaičiuojamos: bendra tendencija išvesta pagal visų ES šalių, išskyrus Jungtinę Karalystę, duomenis; kanapių tendencija grindžiama 18 šalių duomenimis, heroino tendencija – 18 šalių duomenimis, kokaino – 17, amfetamino – 12, o ekstazio – 13 šalių duomenimis. Dėl papildomos informacijos metodologiniais klausimais, žr. DLO-3 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, o duomenų apie gyventojus – Eurostatas (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Nacionaliniai moksliniai tyrimai narkotikų srityje

Visose Europos šalyse atliekami narkotikų problemos moksliniai tyrimai, suteikiantys informacijos, kuri yra labai svarbi siekiant aprašyti ir suprasti neteisėtų narkotikų poveikį nacionaliniu lygmeniu. Remiantis 25 valstybių narių, Kroatijos ir Norvegijos pateiktomis ataskaitomis, galima apžvelgti su narkotikais susijusius mokslinius tyrimus Europos šalyse. Vis labiau pripažįstant įrodymais paremtos intervencijos svarbą, reikia pažymėti, kad 21 šalis nurodė,

kad mokslinių tyrimų rezultatai suteikia bent kažkiek informacijos kovos su narkomanija politikai įgyvendinti.

Koordinavimas ir finansavimas

Su narkotikais susiję moksliniai tyrimai yra paminėti – arba nurodomi kaip atskira tema, arba vadinami esmine įrodymais paremtos politikos sudedamąja dalimi – 20 iš 27 ataskaitas pateikusių šalių nacionalinėse kovos su narkomanija strategijose arba veiksmų planuose. 15 iš 27 ataskaitas pateikusių šalių sukurta su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų koordinavimo sistema nacionaliniu lygmeniu. Tik penkios šalys praneša, kad jų nacionalinėse strategijose su narkotikais susiję moksliniai tyrimai nėra minimi arba kad jos nėra sukūrusios su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų nacionalinės koordinavimo sistemos.

Pagrindinis valstybių narių nurodomų su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų finansavimo šaltinis yra valstybė; jie yra finansuojami arba pagal bendrųjų mokslinių tyrimų programas, arba pagal mokslinių tyrimų programas narkotikų srityje. Sveikatos ir socialiniai mokslai yra dvi iš pagrindinių bendrųjų mokslinių tyrimų sričių, kurioms skirtomis lėšomis gali būti finansuojami su narkotikais susiję moksliniai tyrimai. Konkrečiai su narkotikais susijusiems moksliniams tyrimams skirtą finansavimą gali parūpinti nacionalinės kovos su narkotikais koordinavimo institucijos (Čekijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge, Vengrijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Norvegijoje). Dažnai tiek vieno, tiek kito tipo finansavimo programose su neteisėtais narkotikais susiję moksliniai tyrimai yra siejami su tyrimais kitose su priklausomybe, pavyzdžiui, alkoholiui, tabakui ir lošimams, susijusiose srityse. Lėšos dažniausiai skiriamos pagal sutartis dėl užsakytų tyrimų arba per mokslinių tyrimų pagrindų programas, pagal kurias mokslininkai teikia paraiškas. Kitiems nurodomiems finansavimo šaltiniams priklauso fondų, mokslo akademijų, privačių įstaigų, specialių kovos su narkomanija fondų, Europos Komisijos ir Jungtinių Tautų lėšos.

Struktūros ir projektai

Dauguma šalių nurodo, kad moksliniai tyrimai dažniausiai yra atliekami universitetuose ir specializuotuose centruose – kai kuriuose jų yra įsikūrę nacionaliniai informacijos biurai – bei viešuosiuose ir privačiuose mokslo centruose. Kai kurios šalys (Vokietija, Ispanija, Portugalija) praneša apie nacionalinius mokslinių tyrimų tinklus. Jie gali atlikti svarbų vaidmenį vykdant ir finansuojant mokslinius tyrimus, taip pat gali paskatinti dar atviresnius ryšius tarp mokslinių tyrimų ir praktikos.

Daugiau kaip pusė iš valstybių narių nurodytų svarbiausių studijų, kurios buvo vykdytos nuo 2000 m., buvo atliktos epidemiologijos srityje, maždaug trečdalis – taikomųjų mokslinių tyrimų srityje (daugiausia prevencijos ir gydymo priemonių vertinimas). Taip pat buvo paminėtos narkotikų vartojimą lemiančių veiksnių, vartojimo keliamo pavojaus bei apsaugojimo nuo vartojimo veiksnių, narkotikų vartojimo padarinių, kovos su narkomanija priemonių ir poveikio studijos.

Kai kurios šalys pranešė apie sunkumus vykdant su narkotikais susijusius mokslinius tyrimus. Be kita ko, nustatyti šie sunkumai: organizacinio pobūdžio sunkumai, pavyzdžiui, nepakankamas koordinavimas ir netvarkingi ištekliai (Vokietija, Prancūzija, Austrija); kvalifikuotų mokslo darbuotojų trūkumas (Latvija, Vengrija); ir metodologinio pobūdžio sunkumai (duomenų apsaugos klausimai, sunkumai susisiekiant su besislapstančiais gyventojais, mokslinių tyrimų projektų tęstinumo stoka). Kelios šalys nurodė, kad didžiausias sunkumas yra ribotas finansavimas, skiriamas su narkotikais susijusiems moksliniams tyrimams (Belgija, Graikija, Lenkija, Rumunija, Suomija).

Daugiau informacijos apie tyrimus kovos su narkomanija srityje

Išsamią informaciją apie Europos valstybėse atliekamus tyrimus kovos su narkomanija srityje ENNSC renka per savo „Reitox“ nacionalinių informacinių biurų tinklą. Teikdamos atitinkamą informaciją, valstybės narės apibūdina nacionalines mokslinių tyrimų institucijas ir jų veiklos finansavimo tvarką. Valstybės narės taip pat pateikė pagrindinių nuo 2000 m. atliktų tyrimų sąrašus, nurodė mokslo darbus, taip pat mokslo žurnalus ir nuorodas į interneto svetaines, per kurias buvo platinami jų šalyse atliktų mokslinių tyrimų rezultatai. Šią ir dar daug kitos informacijos ENNSC skelbia įvairiomis informacijos sklaidimo priemonėmis ir kanalais (žr. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Norint išsamiau susipažinti su šiomis temomis, galima žr. 2008 m. pasirinktą temą apie su narkotikais susijusius tyrimus (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Informacijos sklaida

Buvo nustatyta, kad Europoje iš viso yra leidžiami 25 recenzuojami žurnalai narkotikų tema, rengiami, neįskaitant anglų kalbos, 11 kalbų. Daugumoje šių žurnalų yra pateikiamos santraukos anglų kalba, o kitų šalių autoriai kviečiami prisidėti juos rengiant. Be specializuotų leidinių apie neteisėtus narkotikus ir priklausomybę, taip pat yra skelbiami straipsniai apie neteisėtų narkotikų vartojimą daugelio mokslinių disciplinų recenzuojamuose žurnaluose bei profesiniuose žurnaluose. 2006 m. su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų išvados buvo paskelbtos per 100 tokių žurnalų Europoje. Platinant informaciją, taip pat yra svarbūs kitokio pobūdžio leidiniai, įskaitant nacionalinių informacijos centrų leidinius.

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai taip pat svarbūs platinant mokslinių tyrimų rezultatus visose ataskaitas pateikusiose šalyse, daugiausia teikdami informaciją savo nacionalinėse ataskaitose.

Europos Komisija yra užsakiusi palyginamąją neteisėtų narkotikų Europos Sąjungoje tyrimų analizę. Tokia analizė turėtų apibendrinti duomenis apie narkomanijos problemos tyrimams valstybių narių ir Europos Sąjungos skiriamą finansavimą, remiantis atitinkamos tyrimo srities rezultatais, ir apimti platesnes sritis, tokias kaip tyrimai kovos su narkotikų tiekimu ir saugumo didinimu srityje. Šioje studijoje bus peržiūrėtos valstybėse narėse ir visos Europos mastu veikiančios mokslinių tyrimų infrastruktūros, pateikti palyginimai su padėtimi kituose regionuose, tokiuose kaip Šiaurės Amerika ir Australija. Šio darbo pabaigoje bus pateiktos rekomendacijos dėl galimų alternatyvių strategijų, siekiant šalinti žinių spragas ir gerinti bendradarbiavimą Europos lygmeniu. Jame taip pat bus įvertinti Europoje veikiantys tinklai, įskaitant ENNSC ir jos „Reitox“ nacionalinius informacinius biurus. Šio tyrimo rezultatai bus paskelbti 2009 m. pradžioje.



2 skyrius

Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga

Ižanga

Šiame skyriuje apžvelgiama, kaip Europoje kovoama su narkotikų problema, kai įmanoma, pabrėžiamos tendencijos, pokyčiai ir su kokybe susiję klausimai. Šioje dalyje apžvelgiamos priemonės apima: prevenciją, gydymą, žalos mažinimą ir socialinę reintegraciją, kuriomis, jas vertinant kartu, sukuriama visapusiška narkotikų paklausos mažinimo sistema. Šiame skyriuje apžvelgiami turimi duomenys apie kalėjimuose kalinčių narkotikų vartotojų poreikius ir esamus kovos su narkotikų vartojimu būdus šioje aplinkoje. Be to, trumpai aptariami būsimi su stebėsena susiję iššūkiai kitoje kovos su narkomanija politikos srityje – narkotikų pasiūlos mažinimo srityje.

Prevencija

Galima išskirti du narkotikų vartojimo prevencijos lygmenis arba strategijas – nuo aplinkos iki tikslinės prevencijos, kurios tarpusavyje nekonkuruoja, bet puikiai viena kitą papildo. Toliau pateikiamas dabartinės situacijos ir tendencijų Europoje aprašymas yra paremtas kokybiniais duomenimis apie vykdomą visuotinę ir atrankinę prevenciją, apie kurią 2007 m. buvo pranešta ENNSC ⁽¹⁷⁾, ir literatūros apie tikslinę prevenciją apžvalga (EMCDDA, 2008f).

Visuotinė prevencija

Atrodo, kad Europoje vykdomos visuotinės prevencijos mokyklose tikslai pastaraisiais metais pasikeitė. 2007 m. gyvenimo įgūdžių lavinimas buvo dažniausiai nurodomas prevencinės veiklos tikslas (12 iš 28 duomenis pateikusių šalių), tačiau 2004 m. pusė šalių (13 iš 26) nurodė, kad pagrindinis tikslas buvo didinti supratimą apie problemą ir teikti informaciją. Saugios aplinkos mokyklose sukūrimas – tam tikra struktūrinė priemonė – kaip pagrindinis tikslas taip pat dažniau buvo paminėtas 2007 m. (šešios šalys) nei 2004 m. (keturios šalys). Nurodytų tikslų pasikeitimas gali atspindėti racialesnio ir įrodymais pagrįsto požiūrio įtvirtinimą, tačiau neaišku, kiek šis tikslų pasikeitimas atspindi realų prevencijos vykdymą.

Tobulinant narkotikų pasiūlos mažinimo stebėsenos sistemas

Narkotikų pasiūlos mažinimas gali būti apibūdinamas kaip veikla, kuria siekiama užkirsti kelią neteisėtiems narkotikams pasiekti vartotojus. Priemonės ir būdai gali būti patys įvairiausi, pavyzdžiui, tarptautinės konvencijos, ES ir nacionalinės teisės aktai ir strategijos, taip pat veiksmų planai, kuriais siekiama kovoti su įvairiausiais reiškiniais ir veikėjais, susijusiais su neteisėta narkotikų gamyba ir prekyba jais, neteisėtu narkotikų vartojimu, ar su neteisėta leidžiamų preparatų (vaistų, cheminių priedų (prekursorių)) gamyba, ar su iš narkotikų gautų lėšų plovimu. Svarų indėlių mažinant narkotikų pasiūlą įneša teisėsaugos ir teisėtvarkos institucijų veikla, alternatyvaus vystymo iniciatyvos ir kovos su nusikalstamumu, susijusiu su narkotikais, projektai. Kaip ir narkotikų paklausos mažinimo srityje, stebėsena ir analizė yra labai svarbūs šios veiklos aspektai ir padeda ją tiksliau įvertinti.

Pastaruju metu renkant duomenis, reikalingus ES kovos su narkomanija veiksmų plano įgyvendinimo pažangai įvertinti ir UNGASS peržiūrai atlikti (žr. 1 skyrių), pastebėta, kad galimybės gauti duomenis apie veiklą pasiūlos mažinimo srityje labai nevienodos. Su tarptautiniais projektais susijusi veikla dažniausiai tvarkingai dokumentuojama, tačiau su nacionaliniu mastu vykdomais veiksmais susijusius duomenis dažnai sunku gauti ar palyginti. Europos Komisija, Eurostatas, Europolas ir ENNSC siekia šią padėtį pagerinti rengdami kitą ES kovos su narkomanija veiksmų planą (2009–2012 m.). Būtina peržiūrėti šiuo metu galiojančias koncepcijas, informacines sistemas, taip pat kitus galimus pasiūlos mažinimo stebėsenos veiklai valstybėse narėse vykdyti reikalingus informacijos šaltinius. Taip pat būtina siekti geriau suprasti narkotikų rinkas, ypač jose veikiančius tiekimo ir platinimo susitarimus, ir jų ekonominį bei socialinį poveikį. Dvi Europos Komisijos finansuojamos studijos nagrinės ir informacines sistemas, ir surinktą medžiagą apie narkotikų pasiūlos mažinimo priemones, ir tarptautines narkotikų rinkas.

Tėvams skirti renginiai ir strategijos, per kuriuos tik teikiama informacija (informacinės dienos, ekspertų arba policijos pareigūnų lankymasis mokyklose), yra minimi tarp prevencijos priemonių, kurios vykdomos mokyklose ir kurias nurodo daugiausia šalių (3 pav.). Neaišku, ar šios priemonės yra veiksmingos. Priešingai, tik keletas šalių nurodo labiau įrodymais pagrįstas priemones. Į jas įeina standartizuotos programos, bendraamžiams skirta metodika arba specialiai berniukams skirtos priemonės.

⁽¹⁷⁾ Duomenis pateikė valstybių narių nacionaliniai ekspertai.

Visomis šiomis priemonėmis siekiama pagerinti bendravimo įgūdžius, sustiprinti gebėjimą valdyti konfliktines situacijas, stresą ir nusivylimą arba pakoreguoti norma tapusį klaidingą supratimą apie narkotikų vartojimą. Įrodymais nepagrįstų arba menkai pagrįstų priemonių vyравimas gali būti susijęs su tuo, kad tokios priemonės reikalauja mažiau išteklių ir darbuotojų apmokymo.

Be kovai su narkotikų vartojimu specialiai skirtos veiklos, taip pat taikomos struktūrinės priemonės. Siekiant sukurti saugią ir teisingą socialinę aplinką, struktūrinėmis priemonėmis stengiamasi daryti įtaką jaunų žmonių pasirinkimui dėl narkotikų vartojimo (Toumbourou *et al.*, 2007). Šis požiūris dera su bendra prevencijos politika, kurią įgyvendinant nustatomos vis griežtesnės taisyklės dėl tabako ir alkoholio vartojimo mokyklose. Dvidešimt šalių nurodo esą visiškai uždraudusios rūkyti mokyklose, o 18 nurodo įgyvendinančios ⁽¹⁸⁾ visapusišką arba plataus masto kovos su narkomanija politiką mokyklose. Ypač Vidurio ir Rytų Europos valstybės narės praneša įgyvendinusios struktūrines priemones, kuriomis siekiama sumažinti tabako ir alkoholio

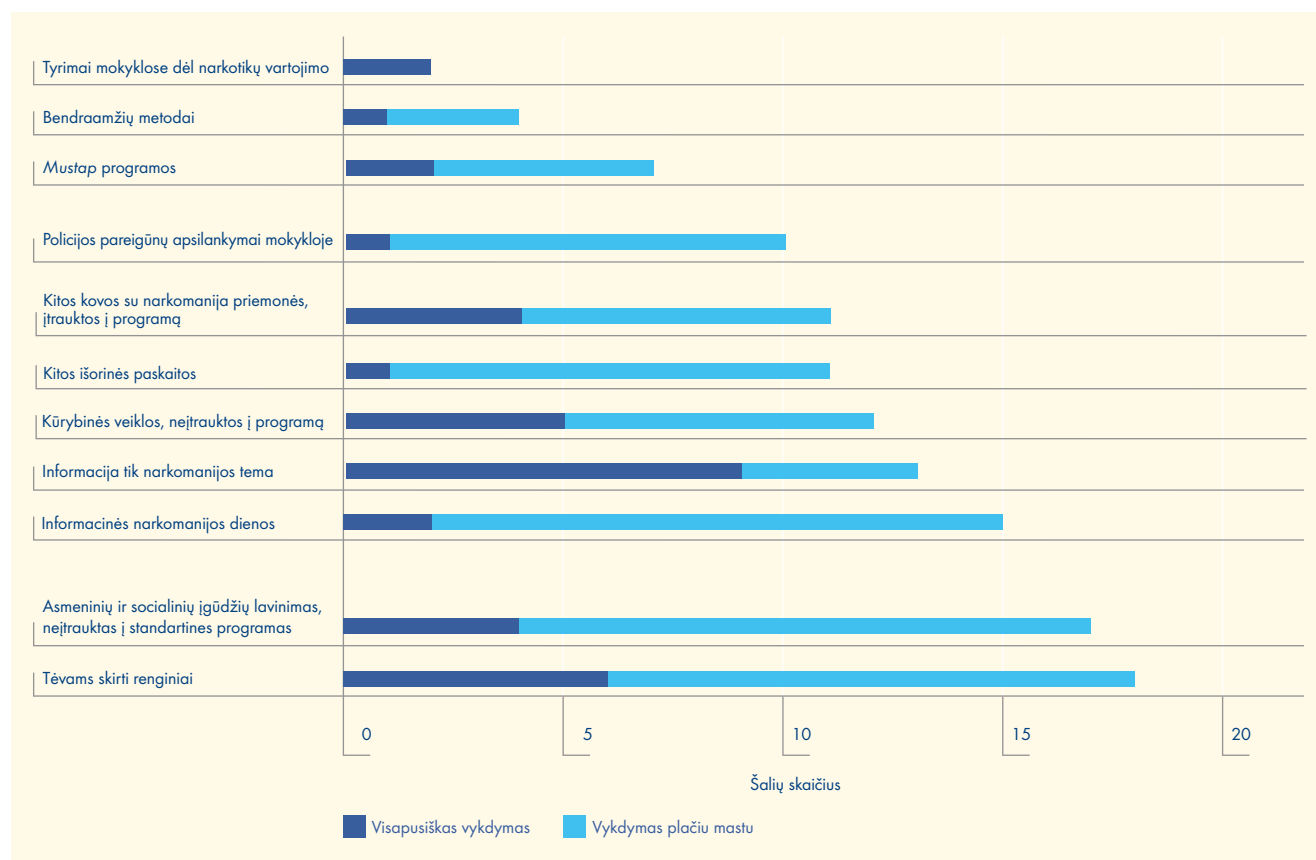
vartojimą mokyklose. Šias prevencines priemones galima papildyti kitomis struktūrinėmis priemonėmis, pavyzdžiui, tobulinant mokyklų pastatų dizainą ir gerinant buvimo mokykloje sąlygas.

Šeimos pagrindu vykdoma prevencija yra kitas plačiai naudojamas prevencijos įgyvendinimo būdas. Vienuolika šalių nurodė visapusiškai arba plačiu mastu rengiančios šeimų susirinkimus ir vakarus. Atrodo, kad vykdančios prevenciją šeimos pagrindu, kartu su prevencija mokyklose, daugiausia dėmesio skiriama informacijos teikimui. Retai siūloma pagalba šeimoms bei jų mokymas – kaip parodė studijos (Petrie *et al.*, 2007), tai yra visapusiškai veiksminga priemonė. Tik septynios ataskaitas pateikusios šalys nurodo intensyviai įgyvendinančios šią priemonę.

Atrankinė prevencija

Atrankinė prevencija vykdoma remiantis socialiniais ir demografiniais rodikliais, pavyzdžiui, nedarbo, nusikalstamumo arba pravaikštų lygiu. Ji taikoma savitoms grupėms, šeimoms arba visoms bendruomenėms, kurioms priklausančios žmonės

3 pav. Dažniausiai pasitaikančios intervencijų rūšys taikant visuotinę prevenciją mokyklose



Pastaba: Mustap – kelių pakopų standartinė programa, pateikiama su spausdinta medžiaga.
Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

⁽¹⁸⁾ Vykdymas plačiu mastu: priemonės taikomos daugumoje vietų, kuriose yra pakankamai didelė tikslinė grupė, kad ją būtų galima įgyvendinti. Visapusiškas vykdymas: priemonė taikoma beveik visose vietose, kuriose yra pakankamai didelė tikslinė grupė, kad ją būtų galima įgyvendinti.

dėl skurdžių socialinių ryšių ir išteklių yra labiau linkę pradėti vartoti narkotikus arba išsiugdyti priklausomybę jiems.

Trylika šalių nurodo, kad didžioji dalis šeimos pagrindu vykdomos prevencijos yra atrankinė. Vis dėlto Europoje retai aptariami svarbūs šeimų rizikingumo veiksniai. Iš 30 ataskaitas pateikusių šalių tik septynios nurodo visapusiškai arba plačiu mastu įgyvendinusios priemones dėl medžiagų vartojimo šeimose, o penkios nurodo, kad ėmėsi priemonių dėl konfliktų ir aplaidumo šeimoje. Be to, keturios šalys nurodė visas šias priemonių kategorijas: nepalankios socialinės padėties problemų sprendimas (pvz., nedarbas), pagalba sprendžiant baudžiamosios teisenos problemas arba pagalba etninėms mažumoms priklausančioms šeimoms, esančioms visuomenės paribyje. Be to, tik trys šalys atsižvelgia į šeimų, susiduriančių su psichikos sveikatos problemomis, poreikius.

Nepaisant didėjančios svarbos politikai, retai atsižvelgiama į jaunų pažeidžiamų grupių, pavyzdžiui, jaunų pažeidėjų, benamių, pamokas praleidžiančių asmenų, socialiai nuskriausto bei mažumoms priklausančio jaunimo, rizikos veiksnius. Nuo 2004 m. vis dažniau kovos su narkomanija politikoje šios grupės nurodomos kaip pagrindinė tikslinė grupė, tačiau įgyvendinamų priemonių, apie kurias pranešama, šiuo laikotarpiu nepadaugėjo.

Tikslinė prevencija

Tikslinės prevencijos tikslas – nustatyti asmenis, susiduriančius su elgesio ar psichologinėmis problemomis, pagal kurias galima numatyti besivystančią problemą dėl medžiagų vartojimo vėlesniu gyvenimo etapu, ir dėl jų atskirai imtis konkrečių priemonių. Tokiems asmenims priskiriami iš mokyklos pašalinti asmenys, psichikos sutrikimų turintys, antisuomeninių elgesiu pasižymintys asmenys arba asmenys, kuriuose pastebimi pirminiai narkotikų vartojimo požymiai. EMCDDA (2008f) neseniai paskelbtoje ataskaitoje pateikiamas tęstinis tyrimas, kurio metu nustatomos problemų kreivės, neurologinis su elgsena susijusių medžiagų tyrimas ir stiprėjančios žinios apie smegenų plastiškumą bei neuromediatorių vaidmenį ir akcentuojamos valstybių narių nurodytos priemonių įgyvendinimo išvados.

Elgesio sutrikimais pasižymintiems vaikams, pavyzdžiui, vienu metu turintiems dėmesio (hiperaktyvumas) ir elgesio sutrikimų, gresia didelis narkotikų vartojimo problemų išsivystymo pavojus. Norint anksčiau taikyti priemones vaikams, pasižymintiems elgesio sutrikimais, būtinas glaudus medicinos, socialinių ir jaunimo reikalų tarnybų bendradarbiavimas. Pavyzdžiui, pagal Vokietijoje taikomą „daugiamodulinio gydymo koncepciją“ siūloma derinti konsultacijas tėvams ir globėjams; vienu metu

Narkotikai ir pažeidžiamos jaunimo grupės – ENNSC 2008 m. pasirinkta tema

Tam tikrų grupių jaunimui kyla pavojus tapti socialiai atskirtais žmonėmis, o tai juos gali paskatinti vartoti narkotikus ir sukelti su narkomanija susijusių problemų. Narkomanijos ir narkomanijos žalos mažinimo priemonės pritaikius specialioms grupėms, yra didesnė tikimybė atsižvelgti į šių grupių poreikius ir daugiau galimybių, kad priemonės bus veiksmingos.

Šioje pasirinktoje temoje pateikiama išsami informacija apie rizikos veiksnius ir tam tikrų grupių pažeidžiamumo charakteristikas, nagrinėjami jų narkotikų vartojimo būdai bei su tuo susijusios problemos. Šiame tekste taip pat nurodomi pažeidžiamumo, kuris pasireiškia dėl pamokų praleidinėjimo, nebaigto mokslo, socialinių sunkumų, problemų šeimoje ir nusikalstamumo, padariniai. Čia taip pat aptariami konkretūs veiksmai, kurių reikia imtis sprendžiant pažeidžiamų grupių narkomanijos ir susijusias problemas, įskaitant teisėkūrą, prevenciją ir gydymą.

Šios temos spausdintinė versija ir elektroninė versija pateikiama tik anglų kalba (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

teikti medicininę, psichoterapinę ir psichosocialinę paramą bei teikti mokymosi paramą vaikų darželyje arba mokykloje. Airijoje taikomo jaunų žmonių tikslinio švietimo ir psichologinių konsultacijų, visų pirma siekiant užkirsti kelią problemoms atsirasti mokyklose, mokymo įstaigose ir šeimoje, bendri vertinimo rezultatai buvo teigiami. Nyderlanduose atlikus ilgalaikio prevencinio poveikio, kurį lemia jaunų vidutinio amžiaus vaikų (8–13 m.) sutrikusio elgesio gydymas, tyrimą buvo prieita prie išvados, kad, palyginti su įprastiniu gydymu, elgesio terapijos, atliktos naudojant gydymo vadovus, taikymas lėmė kur kas geresnius rezultatus rūkymo ir kanapių vartojimo aspektu (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Priemonių veiksmingumas ir pavojai

Europoje vykdant tikslinę prevenciją ir toliau didžiausias dėmesys skiriamas narkotikų vartojimui tarp vaikų ir šeimose. Daug socialinių ir neurologinių su elgsena susijusių medžiagų vartojimo pradžios požymių tyrimų rodo, kad į narkotikus neorientuotos pastangos taip pat gali turėti poveikį narkotikų vartojimui. Tiek atrankinė, tiek tikslinė prevencija gali sumažinti ankstyvojo lavinimo sunkumų, jų pavirtimo socialine atskirtimi ir vėlesnio įsitraukimo į piktnaudžiavimą medžiagomis poveikį. Keli moksliniai tyrimai parodė, kad mokyklinio amžiaus pradžioje įgyvendinamos priemonės, kuriomis siekiama pagerinti mokymosi aplinką ir sumažinti socialinę atskirtį,

taip pat turi ribojantį poveikį vėlesniam medžiagų vartojimui (Toumbourou *et al.*, 2007).

Buvo suabejota (Coggans, 2006; Gorman *et al.*, 2007) bendru prevencijos mokyklose veiksmingumu. Vis dėlto iš naujausių literatūros apžvalgų ⁽¹⁹⁾ matyti, kad tam tikri prevencijos mokyklose elementai, pavyzdžiui, dėmesys teisingoms vertybių sistemoms ir gyvenimo įgūdžiams, yra veiksmingi. Pavyzdžiui, atlikus *EU-Dap* tyrimą, atsitiktine atranka atliktą kontroliuojamąją Europos Komisijos bendrai finansuojamą tyrimą Europoje, kuriuo siekiama sukurti ir įvertinti prevencijos mokyklose programą, buvo gauti teigiami rezultatai ⁽²⁰⁾. Atlikus papildomą tyrimą nustatyta, kad praėjus penkiolikai mėnesių nuo priemonių įgyvendinimo pradžios programos poveikis išliko toks pat – pastebėta, kad tyrime dalyvaujantys asmenys rečiau girtuokliauja ir vartoja kanapes. Tyrimo metu naudota „atskira“ programa sukėlė abejonių dėl medžiagų vartojimo paplitimo tarp jaunimo priimtumo ir su tuo susijusių įsitikinimų nuostatų.

Prevencija turėtų būti ne tik veiksminga, bet ir saugi. Turi būti siekiama kuo labiau apriboti nepageidaujamus padarinius. Todėl rengiant ir vertinant priemones reikia kruopščiai įvertinti neigiamo poveikio riziką. Tai ypač svarbu visuotinei prevencijai mokyklose, kuri yra vykdoma didelių ir skirtingų tikslinių grupių atžvilgiu. Laikantis šiuo metu Europoje labai paplitusio požiūrio ir apsiribojant vien tik informacijos apie narkotikų poveikį teikimu, tai yra ne tik neveiksminga, tačiau taip pat kelia nepageidaujamų padarinių atsiradimo pavojų (Werch ir Owen, 2002). Tai taip pat taikytina ir žiniasklaidos kampanijoms, kurioms būdinga polinkio vartoti medžiagas didinimo rizika ⁽²¹⁾.

Prevencijos projektų vykdymo ir jų turinio standartų sukūrimas yra vienas iš būdų užtikrinti, kad prevencijos programos būtų grindžiamos įrodymais ir kad būtų sumažinta nepageidaujamų padarinių rizika. Valstybių narių, kurios pateikia projektų rengimo ir vertinimo standartus, skaičius padidėjo nuo trijų (2004 m.) iki devynių (2007 m.). Kelios valstybės narės nurodė kuriančios sertifikavimo procedūras, kad būtų užtikrinta programų kokybė ir veiksmingai panaudoti viešojo sektoriaus biudžeto išteklių (Čekija, Vengrija, Lenkija, Portugalija). Čekijoje, pavyzdžiui, siekiant gauti paramą iš valstybės biudžeto reikia sertifikuoti prevencines veiklas.

Gydymas

Šiame skirsnyje apžvelgiamas Europoje taikomas gydymas dėl narkotikų vartojimo, aprašomas paslaugų organizavimas bei jų teikimas.

ENNSC geriausios patirties portalas

Šiais metais ENNSC savo interneto geriausios patirties portale paskelbė kovai su narkotikais skirtų intervencijų modulį (prevencija, gydymas, žalos mažinimas ir socialinė reintegracija). Portale skelbiama naujausia informacija apie įvairių taikomų intervencijos priemonių veiksmingumą, pristatomos intervencijų kokybės gerinimo priemonės ir standartai, aprašomi geriausios patirties pavyzdžiai iš visos Europos. Portalas skirtas praktikuojantiems specialistams, politikos kūrėjams ir narkomanijos srityje tyrimus atliekantiems mokslininkams visoje Europoje.

Pirmasis portalo modulis daugiausia skirtas visuotinės prevencijos klausimams, jame nagrinėjami įvairūs prevencijos veiksmingumo aspektai, remiantis keliomis nuo 2000 m. skelbtomis apžvalgomis. Išsamiau išvados aprašytos <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portale pateikiama informacija apie įvairių intervencinių priemonių veiksmingumą, tačiau būtina pažymėti, kad dažnai galimybės patvirtinti įvairias prielaidas yra ribotos, todėl tinkamiausias intervencijos priemonės pasirinkti galima tik labai apgalvotai. Be to, kadangi programų veiksmingumas vertinamas kontroliuojamaisiais bandymais, visada lieka neaišku, kaip tam tikros intervencijos veiks kitomis aplinkybėmis. Naudingą informacijos šaltinių gali tapti ir portale skelbiama nauja EDDRA duomenų banko redakcija (EDDRA – Narkotikų paklausos mažinimo veiksmų pasikeitimo programa), kurioje apibūdinamas įvairiose šalyse ir įvairioje aplinkoje vykdytų intervencijų poveikis.

Paslaugų organizavimas

Paprastai narkomanų gydymo paslaugas ES valstybėse narėse teikia viešojo sektoriaus tarnybos, tačiau nevyriausybinių organizacijų (NVO) gali būti tiek pat svarbios (septyniuose valstybėse narėse) arba net būti pagrindinės gydymo paslaugų teikėjos (penkiose valstybėse narėse). Bendrosios praktikos gydytojų vaidmuo taip pat yra labai svarbus ir tam tikrose šalyse jie yra pagrindiniai pakaitinio gydymo paslaugų teikėjai. Kai kuriose šalyse šioje veikloje, daugiausia teikiant paslaugas stacionarinėmis sąlygomis, gali dalyvauti ir privataus sektoriaus atstovai. Vis dėlto narkomanų gydymas daugiausia finansuojamas valstybės arba socialinio ar sveikatos draudimo lėšomis.

Paslaugų teikimas

Narkomanų gydymo paslaugos paprastai teikiamos įvairiose vietose, įskaitant gydymą centruose ambulatorinėmis ir stacionarinėmis sąlygomis, bendrosios praktikos gydytojų teikiamas paslaugas, „žemo slenkščio“ agentūras ir kalėjimus. Europoje narkomanų gydymas

⁽¹⁹⁾ Žr. geriausios praktikos pavyzdžius portale <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Žr. šios ataskaitos 3 skyrių ir 2007 m. metinę ataskaitą.

dažniausiai teikiamas ambulatorinėmis sąlygomis, įskaitant bendrosios praktikos gydytojų teikiamas paslaugas; taip yra iš esmės todėl, kad tokiais sąlygomis yra suteikiamas pakaitinis gydymas. Pagal naujausius gydymo paklausos indekso duomenis, ambulatoriškai gydytis pradeda vidutiniškai apie 30 metų amžiaus narkotikus vartojantys asmenys, daugiausia vyrai ⁽²²⁾. Maždaug trečdalis narkotikų vartotojų gydytis nusprendžia patys, 22 % gydytis siunčia baudžiamosios teisės sistema – pastaraisiais metais šis skaičius didėja, o likusi dalis gydytis ateina per socialinės ir sveikatos priežiūros tarnybas arba neoficialiais būdais ⁽²³⁾.

Pusė iš ambulatorinėmis sąlygomis pradedančių gydytis pacientų nurodė, kad opioidai buvo pagrindinis jų vartojamas narkotikas, 21 % procentas nurodė kanapes ir 16 % – kokainą. Ne opioidus vartojančių pacientų, ypač naujų, kuriems skirtas gydymas, dalies padidėjimas gali reikšti geresnį gydymo prieinamumą kanapių bei kokaino vartotojams keliose valstybėse narėse ir padidėjusį gydytis dėl šių narkotikų vartojimo norinčių asmenų skaičių (žr. 3 ir 5 skyrius). Vis dėlto bendras paslaugų, specialiai skirtų tenkinti ne opioidus vartojančių asmenų poreikius, prieinamumas išlieka ribotas.

Gydymas stacionarinėmis sąlygomis dažniausiai teikiamas terapinėse bendruomenėse, psichiatrinėse ligoninėse ir specializuotuose įprastinių ligoninių skyriuose. Čia teikiamos įvairios paslaugos – nuo trumpalaikės detoksikacijos iki ilgalaikio psichiatrinio ir susilaikymo grindžiamo gydymo programų. Stacionaro paslaugos gali būti ypač tinkamos narkotikų vartotojams, kuriems reikalingas sudėtingas gydymas dėl vienu metu patiriamų fizinės ir psichikos sveikatos sutrikimų. Stacionare gydomi pacientai paprastai būna panašūs į ambulatorinius pacientus: daugiausia maždaug 30 metų vyrai, gydytis pradedantys dėl opioidų, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo ⁽²⁴⁾. Vis dėlto daugelyje šalių, kuriose galima palyginti duomenis, didesnė dalis narkomanų, kurie yra bedarbiai ir neturi nuolatinės gyvenamosios vietos, dažniau gydosi stacionaro nei ambulatorinėmis sąlygomis ⁽²⁵⁾.

Istoriškai teikiant narkomanų gydymo paslaugas buvo atsižvelgiama į opioidus vartojančių asmenų poreikius, kurie vis dar sudaro didžiąją gydomų narkomanų dalį. Daugumoje valstybių narių opioidų vartotojai dažniau renkasi pakaitinį gydymą ir kartu teikiamą psichosocialinę pagalbą. 2007 m. Kipre pradėjus taikyti gydymą didelėmis buprenorfino dozėmis, šiandien pakaitinis gydymas yra prieinamas visose valstybėse

narėse ir Kroatijoje bei Norvegijoje ⁽²⁶⁾. Turkijoje pakaitinis gydymas dar netaikomas, nors 2004 m. teisės aktai dėl gydymo centrų jį taikyti leidžia. Buprenorfinas yra antras po metadono tarp dažniausiai išrašomų opioidų pakaitalų ir pastaraisiais metais jis yra vis dažniau naudojamas gydyti priklausomybę opioidams (žr. 6 skyrių). Dabar jį galima pasirinkti gydantis visose valstybėse narėse, išskyrus Bulgariją, Vengriją ir Lenkiją. Apskaičiuota, kad 2006 m. 594 000 opioidų vartotojų Europoje buvo taikytas pakaitinis gydymas. 16 iš 22 duomenis pateikusių šalių nurodo, kad, palyginti su pastaraisiais metais, pakaitinio gydymo atvejų padaugėjo.

Žalos mažinimas

Visose valstybėse narėse ir ES kovos su narkomanija strategijoje bei veiksmų plane (Europos Komisija, 2007a) su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas yra visuomenės sveikatos politikos tikslas. Pagrindinės šioje srityje vykdomos priemonės yra opioidus pakeičiantis gydymas ir adatų bei švirkštų keitimo programos (AŠP), kurie yra skirti mirtims dėl perdozavimo ir infekcinių ligų platinimui sumažinti. Nurodoma, kad šios priemonės yra prieinamos visose šalyse, išskyrus Turkiją (taip pat žr. 6 ir 8 skyrius), ir nors teikiamų paslaugų įvairovė ir kiekis labai skiriasi, Europoje vyrauja bendra žalos mažinimo priemonių daugėjimo ir tvirtėjimo tendencija.

Be to, daugelyje šalių tam tikros sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos yra teikiamos „žemo slenksčio“ agentūrose. Vis dėlto tam tikros šalys nurodo, kad dėl nepakankamos politinės paramos žalos mažinimo priemonių įgyvendinimas buvo atidėtas. Graikijoje „žemo slenksčio“ paslaugų ir pakaitinio gydymo plėtra sustojo; nutrūkus išoriniam finansavimui, Rumunijoje ir Lenkijoje 2006 m. pamažu sumažėjo adatų ir švirkštų keitimo programų; vienintelė Kipro adatų ir švirkštų keitimo programa nebuvo oficialiai įtvirtinta. Vengrijoje, kur daugėja AŠP ir intensyvėja informacijos sklaidos veikla, apklausus gydymą baigusius asmenis manytina, kad teikiamų paslaugų trūksta ir yra didelių jų prieinamumo kliūčių.

Dėl specifinės padėties ŽIV ir (arba) AIDS srityje Baltijos valstybėse ir Rumunijoje tarptautiniai paramos teikėjai šiose šalyse vis dar yra labai svarbūs. Pasaulinis fondas „Kovos su AIDS, maliarija ir tuberkulioze programa“ finansiškai remia žalos mažinimo veiklą, tačiau Estijoje, Lietuvoje ir Latvijoje UNODC neseniai pradėjo įgyvendinti projektą „ŽIV ir (arba) AIDS prevencija tarp

⁽²²⁾ Žr. TDI-10 lentelę (iii dalį) ir TDI-21 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²³⁾ Žr. TDI-16 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²⁴⁾ Žr. TDI-10 lentelę (vi dalį) ir TDI-21 lentelę (iv dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²⁵⁾ Žr. TDI-13 lentelę ir TDI-15 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²⁶⁾ Žr. HSR-1 lentelę ir HSR-2 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

švirkščiamuosius narkotikus vartojančių ir kalinių asmenų bei jų priežiūra“.

Galiausiai kai kurios valstybės narės neseniai apžvelgė įgyvendinamų žalos mažinimo priemonių rezultatus. Prancūzijoje užfiksuotas narkotikų vartotojų mirtingumo mažėjimas sutapo su trigubos antivirusinės terapijos taikymo pradžia, žalos mažinimo politikos vykdymu ir galimybe taikyti pakaitinį gydymą opioidus vartojantiems asmenims. Ispanijoje narkotikų vartotojų infekcinių ligų ir mirčių sumažėjimą lėmė sumažėjęs švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius ir geresnės palaikomojo gydymo metadonu galimybės (De la Fuente *et al.*, 2006). Turimi duomenys rodo, kad Portugalijoje stabilizavosi sergamumas infekcinėmis ligomis, kurį iš dalies galima sieti su pagerėjusiu žalos mažinimu ir geresnėmis gydymo galimybėmis.

Socialinė reintegracija

Nurodoma, kad labai dažnai nuo narkomanijos gydomi asmenys būna bedarbiai ir benamiai. Šios aplinkybės dažniau yra būdingos konkrečioms narkotikų vartotojų grupėms, visų pirma moterims, heroino ir kreko vartotojams, etninėms mažumoms priklausantiems asmenims bei asmenims, dar sergantiems ir psichikos ligomis.

Pripažįstama, kad socialinė reintegracija yra esminė visapusiškos kovos su narkomanija strategijos dalis ir ji gali būti vykdoma bet kuriuo narkotikų vartojimo momentu įvairiomis sąlygomis. Socialinės reintegracijos tikslus galima pasiekti stiprinant gebėjimus, gerinant bendravimo įgūdžius, taikant priemones, palengvinančias ir skatinančias įsidarbinimą, aprūpinimą būstu ir užtikrinant geresnes aprūpinimo būstu galimybes. Praktikoje reintegracijos paslaugos – tai profesinės konsultacijos, įdarbinimas ir apgyvendinimo pagalba; kalėjimuose taikomomis priemonėmis būtų galima numatyti prieš kaliniams išeinant į laisvę juos nukreipti į bendruomeninio būsto ir socialinės paramos paslaugas teikiančias tarnybas.

Benamystė kartu su nuolatinės gyvenamosios vietos neturėjimu yra vienos didžiausių socialinės atskirties formų, su kuriomis susiduria narkotikus vartojantys asmenys. 10% iš 2006 m. pradėjusių gydytis patyrė šią problemą⁽²⁷⁾. Nors daugelyje šalių nuo narkomanijos gydomiems pacientams teikiama aprūpinimo būstu parama, apgyvendinimo galimybių stinga. Dvi šalys nurodo, kad narkotikų vartotojams sunku gauti bendras benamiams skirtas paslaugas, kuriomis įprastai naudojasi problemų dėl alkoholio vartojimo turintys asmenys (Airija, Italija). Trijose šalyse (Belgijoje,

Danijoje, Nyderlanduose) imtasi naujų priemonių, galinčių padėti patenkinti nuo narkomanijos gydomų asmenų apgyvendinimo poreikius. Šios šalys nurodo, kad vykdoma benamiams, turintiems ilgalaikės priklausomybės problemų, skirtų apgyvendinimo paslaugų centralizacija ir atidaromi specialiai pritaikyti priežiūros centrai, skirti probleminiu elgesiu pasižymintiems arba keliomis ligomis sergantiems narkotikų vartotojams.

Kadangi kas antras pradedantis gydytis pacientas yra bedarbis, nuo narkomanijos gydomiems pacientams teikiama įdarbinimo pagalba yra esminis socialinės reintegracijos aspektas⁽²⁸⁾. Pranešama, kad naujos priemonės padedant pacientams rasti darbą ir jį išsaugoti pasiteisino. Šios priemonės tai – „stebėsenos schemos“, valstybės dotuojamos darbo vietos (nuo 2006 m. taikoma ir Lietuvoje) ir speciali pagalba darbdaviams bei darbuotojams, pavyzdžiui, Airijoje įgyvendinamas projektas „Pasirengęs darbiui“ arba įvairios Čekijos „darbo ir socialinių reikalų agentūrų“ vykdomos priemonės.

Veiksmai kalėjimuose sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų srityje

Narkotikų vartotojams taikomų sveikatos priežiūros ir socialinių priemonių požiūriu kalėjimas yra svarbi vieta. Šiame skirsnyje kartu apžvelgiami duomenys apie narkotikų vartojimą ir narkotikų vartotojus Europos kalėjimuose bei nauja informacija apie įkalintiems narkotikų vartotojams teikiamas paslaugas ir naujus įstatymus dėl narkomanijos gydymo kalėjimuose.

Narkotikų vartojimas

Įvairių tyrimų duomenys rodo, kad, palyginti su visais gyventojais, Europos kalėjimuose yra pernelyg daug narkotikų vartotojų. 2001–2006 m. atlikti tyrimai rodo, kad kalinių dalis⁽²⁹⁾ kalėjimuose, įkalinimo įstaigose ir šalyse, kurie nurodo nors kartą vartoję neteisėtus narkotikus, labai skiriasi – daugelyje tyrimų nurodoma, kad ši dalis siekia nuo trečdalio (Bulgarija, Vengrija, Rumunija) iki daugiau negu 50% ir iki 84% moterų kalėjime Anglijoje ir Velse. Kanapės išlieka dažniausiai kalinių paminėtu neteisėtu narkotiku – kada nors gyvenime kanapes bandžiusių kalinių yra iki 78%. Nors gali būti, kad, remiantis skaičiais, kai kuriuose kalėjimuose kitas medžiagas nors kartą gyvenime yra vartoję labai maža dalis kalinių (siekia 1%), kai kurie tyrimai rodo, kad nors kartą gyvenime heroino, amfetamino arba kokaino yra bandę 50–60% kalinių⁽³⁰⁾. Taip pat tarp kalinių gali pasitaikyti

⁽²⁷⁾ Žr. TDI-15 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²⁸⁾ Žr. TDI-20 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽²⁹⁾ Sąvoka „kaliniai“ šiame kontekste vartojama plačiąja prasme. Ji apima tiek asmenis, kuriems taikomos kardomosios priemonės, tiek kaltais pripažintus įkalintus asmenis.

⁽³⁰⁾ Žr. DUP-1 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

žalingiausių narkotikų vartojimo formų – kai kuriuose tyrimuose nurodoma, kad daugiau negu trečdalis apklaustųjų kada nors bandė švirkščiamuosius narkotikus ⁽³¹⁾.

Tiek kalėjimų ekspertai, tiek politikai pripažįsta, kad nepaisant priemonių, kurių imamasi siekiant sumažinti narkotikų tiekimą, narkotikai patenka į daugelį kalėjimų. 2001–2006 m. Europoje atlikti tyrimai rodo, kad 1–56 % kalinių nurodo vartoję narkotikus kalėjime, o trečdalis jų vartojo švirkščiamuosius narkotikus ⁽³²⁾. Ypač švirkštų dalijimasis kelia susirūpinimą dėl galimo infekcinių ligų plitimo.

Europos Sąjungoje kalėjimuose kali daugiau negu 607 000 kalinių ⁽³³⁾, o per metus pasikeičia 860 000 kalinių. Daugumoje šalių už nusikaltimus narkotikus reglamentuojamiems įstatymams nuteistų laisvės atėmimo bausmė kalinių dalis sudaro nuo 10 % iki 30 %. Pagal turimus duomenis galima apskaičiuoti, kad kiekvienais metais daugiau negu 400 000 žmonių, kurie vartojo arba tebevartoja neteisėtus narkotikus, pabūna ES kalėjimuose. Didelė jų dalis taps problemine narkotikų vartotojais. Šios gausios gyventojų, kurie Europos kalėjimuose vartojo arba dabar vartoja narkotikus, grupės sveikatos priežiūros poreikį tam tikra prasme lems su narkotikų vartojimu susijusios sveikatos problemos, t. y. infekcinės ligos, pavyzdžiui, hepatito B ir C virusai bei ŽIV ir (arba) AIDS (žr. 7 skyrių).

Sveikatos priežiūra

Daugelyje šalių atsakomybė už sveikatos priežiūrą kalėjimuose tenka Teisingumo ministerijai. Tačiau tai keičiasi ir vis daugiau Europos šalių šią atsakomybę priskyrė sveikatos priežiūros sistemai (Prancūzija, Italija, Jungtinėje Karalystėje – Anglija ir Velsas, Norvegija). Vadovaujantis nacionalinėje kovos su narkotikų vartojimu strategijoje (2000–2008 m.) numatytu veiksmų planu ir remiantis bendradarbiavimo protokolu, kurį 2005 m. pasirašė Sveikatos apsaugos ir Vidaus reikalų ministerijos, visuose Ispanijos kalėjimuose buvo sukurtos visapusiškos narkotikų vartotojams skirtos paslaugos. Kitose šalyse, siekiant patenkinti vis gausėsių įkalintų narkotikų vartotojų poreikius, kalėjimai pradėjo bendradarbiauti su viešojo sektoriaus sveikatos priežiūros tarnybomis ir specializuotomis nevyriausybinėmis narkotikų agentūromis bendrijoje.

Europos Sąjungoje padaugėjo priemonių, orientuotų į narkotikus vartojančius kalinius. Palyginti su prieš penkerius metus buvusia situacija, dabar daugiau šalių praneša apie veiksmus šiose srityse: narkotikų prevencija ir informacijos apie narkotikus teikimas, patikrinimas dėl infekcinių ligų ir vakcinacija bei priklausomybės nuo narkotikų gydymas, įskaitant pakaitinį gydymą. Be to, šalyse galimybės pasinaudoti šiomis priemonėmis tapo geresnės. Pakaitinis gydymas kalėjimuose tapo oficialiai prieinamas visose šalyse, išskyrus Bulgariją, Estiją, Latviją, Lietuvą, Kiprą, Slovakiją ir Turkiją. Vis dėlto daugelyje šalių bendras šios

Naujausi teisės aktai, reglamentuojantys narkomanų gydymą kalėjimuose

2006 m. ir 2007 m. pradžioje šešios valstybės peržiūrėjo savo teisinės sistemas ir gaires, reglamentuojančias kalinių teisę gauti gydymą nuo priklausomybės narkotikams.

Belgijos teisingumo ministro 2006 m. įsakyme teigiama, kad kaliniai turi teisę pasinaudoti tokiomis pačiomis gydymo alternatyvomis, kokios yra siūlomos už kalėjimo ribų. Tačiau Airijos naujosios Kalėjimų tarnybos gairės apibrėžia kalėjimo tarnyboms taikomus sveikatos priežiūros standartus, kurie turėtų būti panašūs į taikomus kitiems gyventojams, nors pritaikyti konkrečioms kalėjimo sąlygoms.

Danijoje 2007 m. sausio mėn. įsigaliojus įstatymo pataisoms, laisvės atėmimo bausmę atliekantys narkomanai turi teisę gauti nemokamą gydymą nuo narkomanijos. Įstatyme nustatyta, kad gydymas turėtų būti pradėtas ne vėliau kaip per 14 dienų nuo tada, kai bausmę atliekantis asmuo kreipėsi dėl tokio gydymo į Danijos kalėjimų ir lygtinio paleidimo tarnybą. Tačiau kalinis tokia teise pasinaudoti negalės, jeigu jį numatoma išleisti į laisvę per artimiausius tris mėnesius

arba jis negali būti gydomas dėl kitų priežasčių ar yra nepakankamai motyvuotas.

Rumunijoje nauja pakaitinio gydymo kalėjimuose teisinė bazė buvo sukurta 2006 m. gegužės mėn. teisingumo, visuomenės sveikatos, administravimo ir vidaus reikalų ministrams priėmus bendrą įsakymą dėl integruotos medicininės, psichologinės ir socialinės pagalbos kaliniams programos pratęsimo.

Norvegijoje 2006 m. teisingumo ministro, sveikatos apsaugos ir socialinių reikalų ministro priimtas aplinkraštis sustiprino šių dviejų sektorių bendradarbiavimą, kuriuo siekiama įgyvendinti veiksmingesnes kontrolės priemones laisvės atėmimo bausmę atliekantiems ir jau atlikusiems asmenims. Pagal Slovakijoje 2006 m. priimtą įstatymą leidžiama teikti psichologinę pagalbą asmenims, kuriems skirtos kardamosios priemonės ir kurie kenčia nuo abstinencijos sindromo. Šiuo įstatymu siekiama tokias paslaugas suteikti kaliniams būtent tuo metu, kai jos jiems labiausiai reikalingos, t. y. kai jie kenčia nuo abstinencijos sindromo iš karto patekę į bausmės atlikimo įstaigą. Taip sukuriamas tam tikras teisinis jau šiuo metu veikiančių bausmę atliekančių narkomanų gydymo padalinių veiklos pagrindas.

⁽³¹⁾ Žr. DUP-2 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽³²⁾ Žr. DUP-3 lentelę ir DUP-4 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽³³⁾ Europos Tarybos renkama metinė statistika baudžiamosios teisės srityje (SPACE), paremta kalinių apklausa 2006 m. rugsėjo 1 d.

gydymo galimybės prieinamumas yra ribotas. Šiuo metu Ispanija yra vienintelė Europos šalis, kurios kalėjimuose įgyvendinama daug žalos mažinimo priemonių.

2006 m. tik keturios valstybės narės pateikė socialinius demografinius duomenis ir informaciją apie narkotikų, kuriuos vartoja pagal nacionalines gydymo stebėsenos

sistemas nuo narkomanijos gydomi kaliniai, vartojimo būdus. Prancūzijos, Kipro ir Slovakijos kalėjimuose pradedantys gydytis nuo narkomanijos dažniausiai kaip pagrindinį narkotiką nurodo opioidus, paprastai heroiną, o Švedijos kalėjimuose – amfetaminą. Tai aiškiai rodo šalies narkotikų vartojimo tendencijas.

3 skyrius

Kanapės

Ižanga

Per pastarąjį dešimtmetį labai pasikeitė ne tik kanapių vartojimo Europoje vaizdas, bet ir diskusijos dėl tinkamo kovos su šio itin paplitusio narkotiko vartojimu būdo. XX a. devintojo dešimtmečio pradžioje ir viduryje kelios šalys išsiskyrė aukštu narkotikų vartojimo paplitimu, tačiau Europoje narkotikų vartojimo paplitimo lygis, vertinant dabartiniais standartais, paprastai buvo žemas. Beveik visose šalyse kanapių vartojimas išaugo XX a. devintajame dešimtmetyje ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje. Tai lėmė, kad šiandien Europos vaizdas yra kur kas mažiau įvairus, nepaisant vis dar tarp šalių vyraujančių skirtumų. Be to, per pastaruosius kelerius metus pagerėjo suvokimas apie ilgalaikio šio narkotiko vartojimo ir paplitimo poveikį sveikatai, taip pat pranešama apie didėjančią su kanapių vartojimu susijusių ligų gydymo paklausą. Pateikti duomenys rodo, kad šio narkotiko vartojimas nusistovi arba net mažėja, todėl gali būti, kad Europa pereina į naują etapą. Vis dėlto vertinant istoriniais standartais kanapių vartojimo lygis išlieka aukštas ir Europoje diskutuojant kovos su narkomanija tema išlieka pagrindinis klausimas – veiksmingos kovos su kanapių vartojimu klausimas.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Kanapes galima auginti įvairioje aplinkoje ir gamtoje jos auga daugelyje pasaulio vietų; šiuo metu yra manoma, kad šis augalas auginamas 172 šalyse ir teritorijose (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Šios aplinkybės reiškia, kad sunkiai galima tiksliai apskaičiuoti pasaulyje užauginamų kanapių kiekį. Pagal naujausius UNODC skaičiavimus, pasauliniai džiovintų kanapių gamybos mastai siekia 41 600 tonų (2006 m.), iš kurių daugiau kaip pusė tenka Amerikai (Šiaurės Amerikai ir Pietų Amerikai) ir beveik ketvirtis Afrikai (UNODC, 2008).

Didelis kanapių auginimo paplitimas taip pat reiškia, kad didelė neteisėtos prekybos dalis gali vykti pačiuose regionuose. Tą galima pasakyti apie dalį džiovintų

kanapių Europoje, kur Albanija ir Nyderlandai, be vietinės gamybos ⁽³⁵⁾, buvo pastebėtos kaip kilmės šalys („Reitox“ nacionalinės ataskaitos). Taip pat nurodoma, kad džiovintos kanapės į Europą atkeliauja iš kitų pasaulio vietų, įskaitant: vakarų ir pietų Afriką (Nigeriją, Angolą), pietryčių Aziją (Tailandą), pietvakarių Aziją (Pakistaną) ir Ameriką (Kolumbiją, Jamaiką) (CND, 2008; Europolas, 2008).

Manoma, kad pasaulyje 2006 m. buvo pagaminta 6 000 tonų kanapių dervos, mažiau negu 2004 m. – 7 500 tonų (UNODC, 2007), ir Marokas išlieka pagrindinis tarptautinis gamintojas. Kanapių, skirtų kanapių dervos gamybai, auginimo plotai sumažėjo nuo 134 000 hektarų 2003 m. iki 76 400 hektarų, iš kurių pagaminta 1 066 tonų kanapių dervos, 2005 m. (UNODC ir Maroko Vyriausybė, 2007). Nurodoma, kad kanapių derva taip pat gaminama Afganistane, kuriame gamybos mastas sparčiai didėja, Pakistane, Indijoje, Nepale ir Centrinėje Azijoje bei kitose NVS šalyse (UNODC, 2008). Maroke pagaminta kanapių derva į Europą vežama paprastai kaip kontrabanda per Iberijos pusiasalį (Europolas, 2008), dalis jos toliau platinama iš Nyderlandų.

Konfiskavimas

Palyginti su 2004 m., sumažėjo konfiskuojamų džiovintų kanapių ir kanapių dervos – 2006 m. pasaulyje buvo konfiskuota 5 230 tonų džiovintų kanapių ir 1 025 tonos kanapių dervos. Šiaurės Amerikoje vis dar konfiskuojama didžioji dalis džiovintų kanapių (58 %), tačiau Vidurio ir Vakarų Europai vis dar priklauso didžioji konfiskuojamos kanapių dervos dalis (62 %) (UNODC, 2008).

Apskaičiuota, kad 2006 m. Europoje buvo 177 000 džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos 86 tonos ⁽³⁶⁾. Nors 2006 m. duomenys dar nepateikti, Jungtinė Karalystė yra ES valstybė narė, nurodanti daugiausia džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų. Turkija nurodė 2006 m. konfiskavusi rekordinį kiekį džiovintų kanapių. Nors iki 2005 m. apskritai konfiskuojamų narkotikų kiekis mažėjo, bet, remiantis naujausiais duomenimis, pastebimas didėjimas, džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų Europoje nuo 2001 m. nuolat daugėja.

⁽³⁴⁾ Dėl informacijos apie duomenų apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą šaltinius žr. šio puslapio langelį.

⁽³⁵⁾ Žr. „Kanapių gamyba Europoje“, p. 39.

⁽³⁶⁾ Duomenis apie narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje, kuriais remiamasi šiame skirsnyje, galima rasti 2008 m. statistikos biuletenio SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 ir SZR-6 lentelėse.

Europoje konfiskuojamos kanapių dervos kiekis viršijo konfiskuojamų džiovintų kanapių kiekį tiek pagal atvejų skaičių, tiek pagal kiekį: konfiskuojama dvigubai dažniau (325 000 atvejų) ir aštuonis kartus daugiau (713 tonų). Nurodoma, kad Ispanijoje kanapių derva konfiskuojama dažniausiai (apie pusę konfiskavimo atvejų ir konfiskuota apie trys ketvirtadaliai viso 2006 m. konfiskuoto kiekio), kiek mažiau buvo konfiskuota Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Kanapių dervos konfiskavimo atvejų skaičius Europoje 2001–2003 m. laikotarpiu stabilizavosi, vėliau augo. Šios medžiagos sulaikomas kiekis 2003–2004 m. didėjo, tačiau vėliau pradėjo mažėti.

Nustatyta, kad 2006 m. Europoje buvo 10 500 konfiskavimo atvejų, kurių metu buvo konfiskuota 2,3 milijono kanapių žolės ⁽³⁷⁾ vienetų ir 22 tonos džiovintų kanapių (64 % konfiskuota Ispanijoje). Nuo 2001 m. nuolat didėjęs kanapių žolės vienetų konfiskavimo atvejų skaičius 2006 m. stabilizavosi. Po to, kai 2001 m. buvo konfiskuota rekordiškai daug kanapių žolės vienetų, 2002 m. šis skaičius smarkiai sumažėjo, vėliau Europoje konfiskuotų žolės vienetų daugėjo, nors 2006 m. šis skaičius stabilizavosi ⁽³⁸⁾ pusės 2001 m. nurodyto kiekio lygyje. Per penkerius metus Europoje konfiskuotų kanapių žolės vienetų kiekis, nurodytas kilogramais, nuolat didėja. Dėl rekordinio Lietuvoje konfiskuoto šios medžiagos kiekio 2006 m. augimo tendencija pagreitėjo.

Stiprumas ir kaina

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal jose esamo delta-9-tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios

medžiagos, kiekį. Kanapių stiprumas skirtingose šalyse ir pačiose šalyse labai skiriasi, taip pat skiriasi skirtingų kanapių pavyzdžių ir produktų stiprumas. Dėl tam tikrų metodologinių priežasčių sunku interpretuoti duomenis šioje srityje, ir abejotina, kiek tiksliai ištirti konfiskavimo atvejai atspindi bendrą rinkos situaciją. Moksliniai tyrimai rodo, kad namuose intensyviomis sąlygomis pagamintos kanapės dažniausiai būna stipresnės. Nurodoma, kad 2006 m. THC kiekis kanapių dervoje svyravo nuo 2,3 % iki 18,4 %, o džiovintose kanapėse – nuo mažiau kaip 1 % iki 13 %. 2001–2006 m. daugelyje iš 16 šalių, kurios pateikia pakankamai duomenų, kanapių dervos ir džiovintų kanapių stiprumas išliko nepakitęs arba sumažėjo. Tačiau buvo pastebėta augimo tendencija į Nyderlandus įvežamoje kanapių dervoje, o kitose septyniose šalyse – džiovintose kanapėse. Šalyje keletą metų gamintų džiovintų kanapių stiprumą galima įvertinti tik Nyderlanduose, kurie praneša, kad nuo 2004 m. iki 2006 m. stiprumas sumažėjo nuo 20,3 % iki 16 % ⁽³⁹⁾.

Įprastinės tiek džiovintų kanapių, tiek kanapių dervos mažmeninės kainos svyravo nuo 2 EUR iki 14 EUR už gramą. Daugelis Europos šalių nurodo, kad abiejų produktų kainos svyravo nuo 4 EUR iki 10 EUR. Nurodoma, kad 2001–2006 m. laikotarpiu kanapių dervos mažmeninės kainos (pakoreguotos dėl infliacijos) sumažėjo, išskyrus Belgiją ir Vokietiją. Išskyrus Vokietiją ir Austriją, kur stebimas kainų augimas, didžiosios dalies šalių pateikti duomenys rodo, kad šiuo laikotarpiu džiovintų kanapių kainos buvo stabilios.

Narkotikų pasiūla ir prieinamumas – duomenys ir šaltiniai

Vis dar turima nedaug sisteminės ir įprastinės informacijos, aprašančios neteisėtų narkotikų rinkas ir neteisėtą prekybą jais. Heroino, kokaino ir kanapių gamyba vertinama pagal auginimo vertinimus, paremtus darbu vietoje (bandinių paėmimas vietoje) ir apžiūra iš oro arba naudojantis palydovais. Šie vertinimai pasižymi dideliais trūkumais, susijusiais su derliaus apskaičiavimu arba sunkumais stebint pasėlius, kurie neauginami apibrėžtose vietose (pvz., kanapės).

Narkotikų konfiskavimas dažnai laikomas netiesioginiu pasiūlos, kontrabandos kelių ir narkotikų prieinamumo indikatoriumi, nors tai taip pat atspindi įstatymų vykdymo prioritetus, išteklius ir strategijas, kontrabandininkų pažeidžiamumą ir pranešimų praktiką. Siekiant suvokti mažmeninę narkotikų rinką, taip pat galima nagrinėti duomenis apie neteisėtų narkotikų grynumą arba stiprumą bei mažmenines jų kainas. Vis dėlto galimybė gauti tokius

duomenis gali būti ribota ir gali kilti klausimų apie jų patikimumą ir palyginamumą. Teisėsaugos institucijų teikiama žvalgybinė informacija gali padėti papildyti duomenis trūkstama informacija.

ENNSC renka atskirų valstybių duomenis apie narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje, jų grynumą ir mažmenines kainas. Kitą informaciją didžiąja dalimi teikia UNODC informacinės sistemos ir analizės, kurias papildo Europolo papildomai teikiama informacija. Informacija apie narkotikų pirmtakus (prekursorius) gaunama iš INCB, kuri dalyvauja tarptautinėse iniciatyvose siekdama užkirsti kelią teisėtam cheminių medžiagų pirmtakų (prekursorių) naudojimui neteisėtų narkotikų gamybai.

Kadangi daugumoje pasaulio šalių nėra modernių informacinių sistemų, susijusių su narkotikų pasiūla, tam tikrus skaičiavimus ir pateiktus duomenis, nors jie rodo tiksliausius turimus apytikrius skaičius, reikia vertinti atsargiai.

⁽³⁷⁾ Kadangi Turkija nurodo, kad 2005 m. ir 2006 m. kanapių žolės vienetų konfiskuota nebuvo, nors ji buvo pranešusi apie aukštą šios medžiagos konfiskavimo lygį 2001–2004 m. laikotarpiu, šios šalies pateikti duomenys neįtraukti į Europos analizę.

⁽³⁸⁾ Šis vertinimas yra preliminarus, kadangi Jungtinė Karalystė, kuri nurodė 2005 m. konfiskavusi daugiausia kanapių žolės vienetų, dar nepateikė 2006 m. duomenų.

⁽³⁹⁾ Žr. PPP-1 lentelę ir PPP-5 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje dėl duomenų apie stiprumą ir kainą.

Kanapių gamyba Europoje

Vietinės kanapių gamybos klausimas Europoje pastaraisiais metais tapo dar aktualesnis, tai rodo, kad dauguma Europos šalių dabar praneša apie vietinės reikšmės kanapių auginimą ir tam tikrus esminius kanapių žolės vienetų konfiskavimo atvejus. Pranešama, kad Europoje kanapės auginamos tiek uždaromis sąlygomis, kada jos auginamos intensyviai, tiek atvirose erdvėse esančiose plantacijose. Plantacijų dydis yra labai įvairus, priklauso nuo augintojo motyvų ir išteklių ir svyruoja nuo kelių augalų, skirtų asmeniniam vartojimui, iki kelių tūkstančių augalų dideliose plotuose, auginamų komerciniais tikslais.

Turima informacija yra labai įvairi ir neleidžia tiksliai įvertinti kanapių auginimo masto Europoje. Vis dėlto tam tikrų valstybių pateikiamose ataskaitose nurodoma, kad jos nebegalima laikyti nereikšminga. Pavyzdžiui, Prancūzijos gyventojų apklausose 2005 m. buvo įvertinta, kad apytiksliai 200 000 žmonių bent kartą gyvenime yra auginę kanapes. Jungtinėje Karalystėje 2005–2006 m. policija sunaikino per 1 500 „kanapių ūkių“, kuriuose vidutiniškai buvo auginama po 400 augalų (Daly, 2007).

Vis dėlto didžioji dalis džiovintų kanapių, kurių galima gauti šiuo metu, auginama šioje arba kitose Europos šalyse. Nyderlanduose kanapių auginimas plačiai paplitęs tam tikrose šalies vietose, apskaičiuota, kad 2005 m. ir 2006 m. buvo sunaikinta 6 000 kanapių auginimo vietų.

Atrodo, kad kanapių gamyba tam tikrose Vakarų Europos šalyse staigiai išaugo – iš dalies dėl kanapių vartotojų reakcijos į pastebėtą prastą įvežtos dervos, kadaise labiausiai vartojamo kanapių produkto, kokybę ir didelę kainą – nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio. Atrodo, kad tam tikrose šalyse didžioji dalis vartotojų šiuo metu vartoja šalyje pagamintas džiovintas kanapes. Šis dalinis įvežtos kanapių dervos pakeitimas vietoje pagamintomis džiovintomis kanapėmis tapo įmanomas dėl geresnių sodininkystės žinių ir pažangesnių technologijų (siekiant maksimaliai padidinti derlių ir išvengti aptikimo), kurios vėliau plito per internetą (Hough *et al.*, 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Šalyje gaminamos kanapės gamintojo atžvilgiu pranašesnės tuo, kad jų nereikia vežti per valstybės sieną.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Tarp visų gyventojų

Konservatyviai vertinant, kanapes bent kartą (bent kartą gyvenime) yra vartoję daugiau kaip 70 mln. europiečių, t. y. daugiau negu kas penktas 15–64 metų amžiaus europietis (duomenų santrauką žr. 2 lentelėje). Nors skirtingose šalyse duomenys labai skiriasi – valstybių pateikiami skaičiai svyruoja nuo 2 % iki 37 % – pusė šalių nurodo 11–22 % diapazoną.

Daugelis šalių nurodo palyginti didelį kanapių vartojimo paplitimą per pastarųjų metų paskutinį mėnesį. Manoma, kad maždaug 23 mln. europiečių bent kartą per pastaruosius metus vartojo kanapes, t. y. vidutiniškai 7 % 15–64 metų amžiaus žmonių. Į paskutinio mėnesio paplitimo vertinimą patenka žmonės, kurie šį narkotiką vartoja reguliariau, nors nebūtinai intensyviai (žr. toliau). Apskaičiuota, kad šį narkotiką per ankstesnį mėnesį vartojo 12,5 mln. europiečių, vidutiniškai apie 4 % visų 15–64 metų amžiaus asmenų.

Kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kanapes daugiausia vartoja jaunimas (nuo 15 iki 34 metų amžiaus). Paprastai nurodoma, kad didžiausią vartojančiųjų dalį sudaro asmenys nuo 15 iki 24 metų amžiaus. Taip yra beveik visose Europos šalyse, išskyrus Belgiją, Kiprą ir Portugaliją ⁽⁴⁰⁾.

Gyventojų apklausos duomenys rodo, kad vidutiniškai 31 % jaunų suaugusiųjų europiečių (nuo 15 iki 34 metų

amžiaus) yra nors kartą gyvenime bandę kanapių, 13 % nurodo vartoję kanapes praeitais metais, o 7 % nurodo jas vartoję praeitą mėnesį. Apskaičiuota, kad netgi didesnė europiečių nuo 15 iki 24 metų amžiaus dalis vartojo kanapes praeitais metais (17%) arba praeitą mėnesį (9%), nors vidutiniškai šioje amžiaus grupėje šį narkotiką yra bandę mažesnė dalis europiečių (30 %).

Nacionalinio kanapių vartojimo paplitimo įvairiomis formomis vertinimas skirtingose šalyse labai skiriasi – šalys, kuriose šio narkotiko vartojimas yra labiausiai paplitęs, nurodo iki 10 kartų didesnius skaičius negu šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias.

Nors skirtingų šalių rinkose pastebimi skirtumai, kanapes vartojančių vyrų yra daugiau negu moterų (žr. 2006 m. pasirinktą temą dėl lyties klausimų). Pavyzdžiui, vyrų ir moterų, kurie nurodė praeitais metais vartoję kanapes, santykis svyravo nuo 6,4 Portugalijoje iki 1,3 Italijoje.

Kanapių vartojimas tarp mokinių

Be tabako ir alkoholio, kanapės yra vienos iš dažniausiai mokinių vartojamų psichoaktyviųjų medžiagų.

Galima teigti, kad bent kartą gyvenime kanapių bandžiusių mokinių nuo 15 iki 16 metų amžiaus skaičius atspindi naujausias arba dabartines šios medžiagos vartojimo tendencijas, kadangi dažnai šios medžiagos pirmą kartą yra pabandoma esant šio arba panašaus amžiaus. 2005–2006 m. HBSC atliktos apklausos tarp 15 metų amžiaus mokinių duomenys rodo, kad bent kartą gyvenime narkotiko bandžiusių asmenų skaičius labai

⁽⁴⁰⁾ Žr. GPS-1 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Narkotikų vartojimas tarp visų gyventojų arba mokinių gali būti vertinamas atliekant reprezentatyvias apklausas, iš kurių galima įvertinti per tam tikrą laiką narkotikus vartojusiųjų procentą. Apklausos taip pat gali suteikti naudingos kontekstinės informacijos apie vartojimo būdus, sociologines ir demografines vartotojų charakteristikas bei rizikos ir prieinamumo suvokimą ⁽¹⁾.

ENNSC kartu su nacionaliniais ekspertais sukūrė bendrus pagrindinius klausimus („Europos pavyzdinį klausimyną“ (angl. *European Model Questionnaire*, EMQ)) suaugusiųjų apklausoms atlikti. Šis protokolas taikomas daugumoje ES valstybių narių ⁽²⁾. Tačiau vis dar yra skirtumų įvairių šalių taikomoje metodikoje, duomenys renkami ne tais pačiais metais, todėl pastebėtus nedidelius skirtumus tarp įvairiose šalyse nustatytų faktų reikėtų vertinti atsargiai ⁽³⁾.

Kadangi atlikti apklausą brangu, nėra daug šalių, kurios rinktų duomenis kiekvienais metais, nors dauguma jų renka ją intervalais nuo dvejų iki ketverių metų. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys yra paimti iš pačių naujausių apklausų kiekvienoje šalyje, daugeliu atvejų tai 2004–2007 m. atliktos apklausa.

Pateikiant apklausų duomenis, narkotikų vartojimas paprastai vertinamas pagal tris rodiklius, plačiausiai taikomas – bent kartą gyvenime medžiagos vartojusių asmenų skaičius. Šis rodiklis neparodo esamos narkotikų vartojimo padėties tarp suaugusiųjų, tačiau jis yra naudingas pateikiant duomenis apie mokinius ir gali duoti tam tikros informacijos apie vartojimo būdus ir paplitimą. Svarbiausias yra per pastaruosius metus ir per paskutinį mėnesį medžiagos vartojusių suaugusiųjų skaičiaus rodiklis ⁽⁴⁾. Nustatyti asmenis, kurie vartoja narkotikus nuolatos ir dėl to turi problemų, yra svarbu. Šiuo požiūriu, sukūrus skales intensyvumams vartojimo tarp visų visuomenės narių, suaugusiųjų ir mokinių, formoms vertinti, pasiekta tam tikros pažangos (žr. langelį „Psichometrinų skalių kūrimas“ 2007 m. metinėje ataskaitoje).

⁽¹⁾ Daugiau informacijos apie apklausos metodiką rasite 2008 m. statistikos biuletenyje (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Ieškokite: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Dėl išsamesnės informacijos apie nacionalines apklausas žr. GPS-121 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁾ ENNSC standartinis suskirstymas pagal amžių: visi suaugusieji (nuo 15 iki 64 metų) ir jauni suaugusieji (15–34 metų). Šioje ataskaitoje atitinkamai yra vartojami terminai „bent kartą gyvenime vartojusiųjų skaičius arba paplitimas“, „per praėjusius metus vartojusiųjų skaičius“ ir „per praėjusį mėnesį vartojusiųjų skaičius“, taip pat kartais labiau šnekamosios kalbos terminai „vartojimas bent kartą gyvenime“, „vartojimas pastaruoju metu“ ir „vartojimas dabar“.

skiriasi 27 šalyse. Penkios šalys nurodo, kad bent kartą gyvenime kanapių bandžiusių skaičius nesiekia 10 %, 11 šalių – nuo 10 % iki 20 % ir 11 šalių – nuo 21 % iki 31 % (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. Šioje amžiaus grupėje kanapių vartojimo paplitimo procentas tarp berniukų yra didesnis negu tarp mergaičių, tačiau nurodoma, kad kai kuriose šalyse, kuriose paplitimo procentas yra didžiausias, paplitimo tarp berniukų ir mergaičių skirtumas yra mažas arba jo net nėra.

Kaip ir bent kartą gyvenime šio narkotiko vartojusių asmenų skaičius, skirtingose šalyse labai skiriasi per praėjusius 30 dienų narkotikus vartojusių mokinių skaičius procentais. Kai kurios šalys su tuo susijusios informacijos praktiškai nepateikia, tačiau kitose šalyse apie 15 % apklaustųjų nurodo vartoję kanapes per praėjusius 30 dienų, kartais nurodomas net didesnis kanapes vartojusių berniukų skaičius procentais. Remiantis ankstesnių ESPAD apklausų metu surinktais duomenimis, apskaičiuota, kad 2003 m. bent kartą gyvenime kanapes vartojusių mokinių nuo 15 iki 16 metų amžiaus ES valstybėse narėse bei Kroatijoje ir Turkijoje kartu sudėjus buvo apie 3,5 mln. (22,1 %), apie 1,7 mln. (11 %) mokinių narkotikus vartojo per pastarąjį mėnesį prieš apklausą.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Europos šalių skaičius galima palyginti su kitų pasaulio šalių skaičiais. Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikus nacionalinę apklausą dėl narkotikų vartojimo ir sveikatos

(Samhsa, 2005) buvo apskaičiuota, kad kanapių bent kartą gyvenime yra bandę 49 % jaunų suaugusiųjų (nuo 15 iki 34 metų amžiaus, ENNSC perskaičiavo), o praeitais metais šį narkotiką vartojo 21 % apklaustųjų. Kanadoje (2004 m.) toje pačioje amžiaus grupėje kanapių bent kartą gyvenime buvo bandę 58 %, o praeitais metais šį narkotiką

Naujausios apklausos mokyklose

Mokyklinio amžiaus vaikų elgesio sveikatingumo tyrimas (HBSC) yra bendras PSO tyrimas, kurio metu tiriama vaikų sveikata ir elgesio sveikatingumas ir į kurį yra įtraukti klausimai apie kanapių vartojimą tarp 15 metų amžiaus mokinių nuo 2001 metų. Nuo 2005 m. spalio mėn. iki 2006 m. gegužės mėn. buvo vykdomas antrasis šios apklausos, kurioje dalyvavo 26 ES valstybės narės bei Kroatija ir į kurį buvo įtraukti klausimai apie kanapes, etapas.

2007 m. buvo vykdytas Europos mokyklų tyrimų projekto apie alkoholį ir kitus narkotikus (ESPAD) ketvirtasis etapas, jame dalyvavo 25 ES narės, Kroatija ir Norvegija. Apklausos metu buvo tiriamas medžiagų vartojimas tarp mokinių, kuriems tais kalendoriniais metais sukanka 16 metų. Naujausių apklausų duomenys bus paskelbti 2008 m. gruodžio mėnesį.

Kiekvienu šio tarptautinio tyrimo, kurį kiekvienas buvo vykdomas kas ketveri metai, etapu dalyvių vis daugėjo ir dabar jame dalyvauja dauguma Europos šalių.

Ispanija, Italija, Portugalija, Slovakija, Švedija ir Jungtinė Karalystė taip pat pateikė duomenis apie kanapių vartojimą, paimtus iš jų pačių surengtų nacionalinių apklausų mokyklose 2006 metais.

⁽⁴¹⁾ Žr. EYE-5 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Kartą gyvenime	Praėjusiais metais	Praėjusį mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	71,5 mln.	23 mln.	12,5 mln.
Vidurkis Europoje	21,8 %	6,8 %	3,8 %
Diapazonas	1,7–36,5 %	0,8–11,2 %	0,5–8,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (1,7 %), Malta (3,5 %), Bulgarija (4,4 %), Kipras (6,6 %)	Malta (0,8 %), Bulgarija (1,5 %), Graikija (1,7 %), Švedija (2,0)	Malta (0,5 %), Švedija (0,6 %), Lietuva (0,7 %), Bulgarija (0,8 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Danija (36,5 %), Prancūzija (30,6 %), Jungtinė Karalystė (30,1 %), Italija (29,3 %)	Italija, Ispanija (11,2 %), Čekija (9,3 %), Prancūzija (8,6 %)	Ispanija (8,7 %), Italija (5,8 %), Jungtinė Karalystė, Prancūzija, Čekija (4,8 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	42 mln.	17,5 mln.	10 mln.
Vidurkis Europoje	31,2 %	13 %	7,3 %
Diapazonas	2,9–49,5 %	1,9–20,3 %	1,5–15,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (2,9 %), Malta (4,8 %), Bulgarija (8,7 %), Kipras (9,9 %)	Malta (1,9 %), Graikija (3,2 %), Kipras (3,4 %), Bulgarija (3,5 %)	Graikija, Lietuva, Švedija (1,5 %) Bulgarija (1,7 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Danija (49,5 %), Prancūzija (43,6 %), Jungtinė Karalystė (41,4 %), Ispanija (38,6 %)	Ispanija (20,3 %), Čekija (19,3 %), Prancūzija (16,7 %), Italija (16,5 %)	Ispanija (15,5 %), Prancūzija, Čekija (9,8 %), Jungtinė Karalystė (9,2 %)
15–24 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	20 mln.	11 mln.	6 mln.
Vidurkis Europoje	30,7 %	16,7 %	9,1 %
Diapazonas	2,7–44,2 %	3,6–28,2 %	1,2–18,6 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (2,7 %), Malta (4,9 %), Kipras (6,9 %), Graikija (9,0 %)	Graikija, Kipras (3,6 %), Švedija (6,0 %), Bulgarija, Portugalija (6,6 %)	Graikija (1,2 %), Švedija (1,6 %), Kipras, Lietuva (2,0 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Danija (44,2 %), Čekija (43,9 %), Prancūzija (42,0 %), Jungtinė Karalystė (39,5 %)	Čekija (28,2 %), Ispanija (24,3 %), Prancūzija (21,7 %), Jungtinė Karalystė (20,9 %)	Ispanija (18,6 %), Čekija (15,4 %), Prancūzija (12,7 %), Jungtinė Karalystė (12,0 %)

Informacija pateikiama remiantis paskutinių kiekvienoje šalyje atliktų apklausų duomenimis. Tyrimai atlikti 2001–2007 metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje vidurkį. Šalims, kurios nepateikė informacijos, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (328 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (134 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (64 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2008 m. statistikos biuletenyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

vartojo 28 % apklaustųjų, tačiau Australijoje (2004 m.) šie skaičiai buvo atitinkamai 48 % ir 20 %. Visi šie procentai yra didesni negu atitinkami Europos vidurkiai – atitinkamai 31 % ir 13 %.

Kanapių vartojimo būdai

Turimi duomenys rodo, kad kanapės yra vartojamos įvairiai. Tik 30 % kada nors kanapes bandžusių asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus jas vartojo praėjusiais metais ⁽⁴²⁾. Tačiau vidutiniškai 56 % praeitais metais narkotikus vartojusių asmenų juos vartojo praėjusį mėnesį.

Intensyvaus ir ilgalaikio narkotikų vartojimo įvertinimas yra svarbi visuomenės sveikatos problema. Kasdienis arba beveik kasdienis narkotikų vartojimas (vartojant 20 iš pastarųjų 30 dienų) gali būti intensyvaus vartojimo rodiklis. Duomenys apie šią kanapių vartojimo formą Europoje buvo surinkti 2007–2008 m., atliekant ENNSC koordinuojamą bandymą bendradarbiaujant su nacionaliniais ekspertais ir 13 šalių „Reitox“ informaciniais centrais. Nors duomenys buvo neišsamūs, jais remiantis buvo apskaičiuota, kad kasdien arba beveik kasdien kanapes vartoja daugiau negu 1 %, t. y. apie 4 mln., suaugusiųjų europiečių. Dauguma, apie 3 mln., šių kanapes vartojančiųjų yra nuo 15 iki 34 metų amžiaus, ir tai sudaro apytiksliai 2–2,5 % visų šios amžiaus grupės europiečių ⁽⁴³⁾.

Sunku įvertinti intensyvaus kanapių vartojimo tendencijas Europoje, tačiau abiejuose (2004 m. ir 2007 m.) bandymuose dalyvavusiose šalyse (Prancūzijoje, Ispanijoje, Airijoje, Graikijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje) intensyvus vartojimas vidutiniškai išaugo 20 %, nors šiam vertinimui labai didelės reikšmės turi duomenys Prancūzijoje, Ispanijoje ir Italijoje.

Pakartotinis kanapių vartojimas gali ilgą laiką išlikti ir praktiškai nepakitęs net tarp jaunesnių vartotojų. Neseniai paskelbti Vokietijoje atlikto tyrimo, kurio metu 10 metų buvo stebima atitinkama amžiaus grupė nuo 14 iki 24 metų, rezultatai parodė, kad didelė dalis tų, kurie pradėdant tyrimą kanapes buvo vartoję pakartotinai (penkis kartus per gyvenimą arba daugiau), toliau vartojo narkotikus, 56 % iš jų nurodo vartojantys narkotikus po ketverių metų, o 46 % – po 10 metų vis dar vartojantys narkotikus. Priešingai, atrodo, kad atsitiktinis narkotikų vartojimas (nuo 1 iki 4 kartų) tyrimo pradžioje nėra siejamas su ilgalaikio ir daugiau sunkumų sukeliančio narkotikų vartojimo formos išsivystymu vėliau (Perkonig, 2008).

Net jeigu gali atrodyti, kad kanapių vartojimas nėra toks apsinquinantis, o jo padariniai ne tokie rimti kaip kai kurių kitų įprastinių psichoaktyviųjų medžiagų, vis labiau pripažįstama, kad priklausomybė nuo kanapių gali būti reguliaraus narkotikų vartojimo pasekmė. Vis dėlto, kadangi kanapes reguliariai vartoja palyginti didesnė žmonių dalis, bendras intensyvaus kanapių vartojimo formų poveikis visuomenės sveikatai gali būti reikšmingas. Išnagrinėjus nacionalinės Jungtinių Amerikos Valstijų gyventojų apklausos duomenis matyti, kad 2000–2006 m. apie 20–30 % kasdienių vartotojų tapo priklausomais nuo narkotikų ⁽⁴⁴⁾. Iš Australijoje atlikto tyrimo matyti, kad 92 % kanapes ilgą laiką vartojusiųjų buvo priskirti prie vartotojų, kurie kada nors gyvenime buvo priklausomi, ir daugiau kaip pusė iš jų laikyti buvę priklausomais nuo šio narkotiko tyrimo metu. Po metų atliktas tęstinis tyrimas parodė, kad tarp ilgalaikių kanapių vartotojų per šį laikotarpį kanapių vartojimo mastas ir priklausomybės lygis gali išlikti nepakitę (Swift et al., 2000).

Bendradarbiaudamas su keliomis šalimis, ENSSC kuria intensyvesnių ir labiau pasireiškiančių ilgalaikio kanapių vartojimo formų, įskaitant priklausomybę, stebėsenos metodus. Tam tikrose ES šalyse yra bandomos psichometrinės skalės ir šiemet bus išanalizuoti turimi įrodymai. Ši informacija gali padėti ES valstybėms narėms įvertinti daugiau problemų sukeliančių kanapių vartojimo formų poveikį visuomenės sveikatai ir numatyti atitinkamas priemones ⁽⁴⁵⁾.

Kanapių vartojimo būdai tarp mokinių

HBSC duomenys rodo, kad retas 15 metų mokinyt kanapes vartoja dažnai. Tik šešios šalys nurodo, kad dažnai kanapes vartoja (t. y. 40 kartų per paskutinius 12 mėnesių arba dažniau) daugiau negu 2 % mokinių. Vis dėlto dažnas kanapių vartojimas yra labiau paplitęs tarp vyrų – septyniose šalyse šis paplitimas siekia iki 5 %. Ataskaitose nurodoma, kad problemiškesni kanapių vartojimo būdai ir priklausymas pažeidžiamai grupei (pvz., jauni pažeidėjai, pamokas praleidinėjantys mokiniai, prastai besimokantys mokiniai) yra tarpusavyje susiję, o tai reiškia, kad būtina imtis tam tikrų veiksmų užtikrinant šio ypač pažeidžiamo jaunimo saugumą. Šis klausimas akcentuojamas 2008 m. pasirinktoje temoje dėl jaunimo pažeidžiamumo.

Bendradarbiaujant su ESPAD, buvo atliktas kelis narkotikus vartojančių vartotojų tyrimas 2003 m. lyginant mokinius nuo 15 iki 16 metų amžiaus, kurie per praėjusias 30 dienų vartojo kanapes, su kitais mokiniais. Atlikus palyginimą matyti, kad paprastai yra didesnė tikimybė, jog kitas

⁽⁴²⁾ Žr. GPS-2 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴³⁾ Pateikti Europos vidurkiai yra apytikriai skaičiavimai, grindžiami svertiniais pateikusių informaciją šalių vidurkais (gyventojų). Vidurkis yra priskiriamas šalims, kurios informacijos nepateikė. Gauti šie skaičiai: 1,2 % suaugusiųjų (nuo 15 iki 64 metų amžiaus) ir 2,3 % jaunų suaugusiųjų (nuo 15 iki 34 metų amžiaus). Žr. GPS-7 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH analizės priemonė internete: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, prisijungta 2008 m. vasario 25 d., analizei buvo pateiktos šios nuorodos – MJDAY30A ir DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Priemonės, t. y. gydymo būdai, pateikiami „Gydymas“, p. 45.

medžiagas vartojo kanapes vartoję mokiniai. Nors praeitą mėnesį vartojusių kitą narkotiką kanapių vartotojų yra mažai (mažiau negu 10 %), cigaretės rūkančių ir išgėrinėjančių tarp kanapių vartotojų yra beveik dvigubai daugiau (80 %) negu tarp įprastų mokinių. Šie palyginimai rodo, kad kanapių vartojimas yra susijęs su daug dažnesniu, negu yra vidurkis, tiek teisėtų, tiek neteisėtų narkotikų vartojimu ⁽⁴⁶⁾.

Kanapių vartojimo tendencijos

Tik Švedija ir Norvegija nurodo, kad nuo aštuntojo dešimtmečio buvo atliekamos kariuomenės šauktinių ir mokinių apklausos. Aštuntajame dešimtmetyje buvo pastebėta pirmoji kanapių vartojimo banga, kuri devintajame dešimtmetyje nulsūgo, o dešimtajame dešimtmetyje narkotikų vartojimas iš naujo labai suintensyvėjo. Išanalizavus naujausių apklausų dėl narkotikų vartojimo pradžios duomenis taip pat matyti, kad Ispanijoje (aštuntojo dešimtmečio viduryje) ir Vokietijoje (dešimtojo dešimtmečio pradžioje) labai padidėjo kanapių vartojimas (žr. 2004 m. ir 2007 m. metinės ataskaitas).

ENNSC pateikti nacionalinių apklausų duomenys rodo, kad ypač tarp jaunimo (4 pav.) ir mokinių beveik visose ES šalyse kanapių vartojimas labai išaugo dešimtajame dešimtmetyje. Nuo 2000 m. kanapių bent kartą gyvenime bandžiusių amžiaus grupėje nuo 15 iki 34 m. padaugėjo ir viršijo 30 % procentų ribą devyniose šalyse, o dviejose šalyse pasiekė 40 % ribą. Tačiau praėjusiais metais vartojusiųjų kanapes skaičius septyniose šalyse siekė 15–20 %, o praėjusį mėnesį vartojusiųjų kanapes skaičius šešiose šalyse siekė 8–15 %. Labai svarbi yra kanapių vartojimo tendencija Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse), šalyje, kuri nurodo pasižyminti didžiausiu kanapių vartojimo paplitimu Europoje dešimtojo dešimtmečio pradžioje ir viduryje, tačiau kurioje nuo to laiko pastebima stabili mažėjimo, ypač amžiaus grupėje nuo 16 iki 24 metų, tendencija ⁽⁴⁷⁾.

Naujausiose nacionalinėse apklausose surinkta informacija rodo, kad daugelyje šalių kanapių vartojimas stabilizuojasi. Iš 16 šalių, kurių tendencijas nuo 2001 m. ir 2006 m. galima išanalizuoti, šešiose praėjusiais metais kanapes vartojusių jaunų suaugusiųjų padaugėjo 15 % arba daugiau, trijose jų panašiai tiek sumažėjo ir septyniose jų skaičius išliko pastovus ⁽⁴⁸⁾.

Remiantis naujausiais paskelbtais duomenimis apie kanapių vartojimą tarp mokinių, taip pat aiškiai matyti pastovi arba mažėjanti tendencija. Lyginant 2001–2002 m. ir 2005–

2006 m. HBSC duomenis, daugelyje ES šalių pastebima tendencija, kad nesikeičia arba mažėja tiek kada nors gyvenime bandžiusių kanapes, tiek kitokiu būdu dažniau vartojusių kanapes 15 metų amžiaus mokinių skaičius procentais ⁽⁴⁹⁾. Kitos naujausios nacionalinės apklausos Ispanijos, Portugalijos, Slovakijos, Švedijos ir Jungtinės Karalystės mokyklose taip pat rodo nesikeičiančias arba mažėjančias tendencijas.

Atrodo, kad visoje Europoje kanapių pasiūla nesikeičia, o kainos daugelyje informaciją teikiančių šalių mažėja, todėl reikia rasti kitokį paaiškinimą dabartiniam kanapių vartojimo stabilizavimuisi arba mažėjimui. 2005 m. Prancūzijoje atliktoje gyventojų apklausoje *Baromètre Sante* buvo pastebėta, kad 80 % kanapes nustojusių vartoti asmenų susidomėjimo stoką nurodė kaip pagrindinę nustoti vartoti kanapes paskatinusią priežastį. Iš dalies tai taip pat galima paaiškinti pastebimu tabako, kuris vartojamas tokiu pat būdu kaip ir kanapės, rūkymo sumažėjimu ir todėl jų vartotojų elgsena tam tikru mastu gali būti susijusi („Reitox“ nacionalinės ataskaitos ir Currie et al., 2008).

Eksperimentinio arba atsitiktinio kanapių vartojimo sumažėjimas nebūtinai yra tiesiogiai susijęs su reguliaraus šio narkotiko vartojimo tendencijomis. Tai galima spręsti remiantis dviejų iš eilės atliktų paauglių apklausų Vokietijoje duomenimis, iš kurių matyti, kad asmenų skaičius procentais, bent kartą gyvenime pabandžiusių kanapes arba jas vartojusių praeitais metais, mažėja, tačiau „reguliarus“ kanapių vartojimas (t. y. daugiau negu dešimt kartų praėjusiais metais) išliko nepakitęs (2,3 %) (Vokietijos nacionalinėje ataskaitoje paminėti BZgA, 2004 ir BZgA, 2007).

Kanapių vartotojų gydymas

Duomenys apie gydymo paklausą

Tarp 390 000 pacientų, kurie kreipėsi gydymo 2006 m. (duomenis pateikė 24 šalys), 21 % sudarė pacientai, kuriems kanapės buvo pagrindinis narkotikas, dėl kurio jiems reikėjo gydymo; taigi, šiuo požiūriu kanapės užėmė antrą vietą po heroino ⁽⁵⁰⁾. Vis dėlto šalyse šie skaičiai labai skiriasi: Bulgarijoje, Lietuvoje, Liuksemburge ir Rumunijoje mažiau negu 5 % pacientų nurodo kanapes kaip pagrindinį narkotiką, dėl kurio jiems reikėjo gydymo, tačiau Prancūzijoje, Vengrijoje ir Nyderlanduose daugiau

⁽⁴⁶⁾ Ši analizė parengta, remiantis duomenimis, gautais iš Europos mokyklų tyrimų projekto apie alkoholį ir kitus narkotikus (ESPAD) duomenų bazės, ir laikantis naudojimosi ESPAD duomenų baze taisyklių. Pagrindinius nacionalinius tyrėjus, teikiančius informaciją apie kiekvieną iš projekte dalyvaujančių valstybių, galima rasti projekto internetiniame tinklalapyje (www.espad.org).

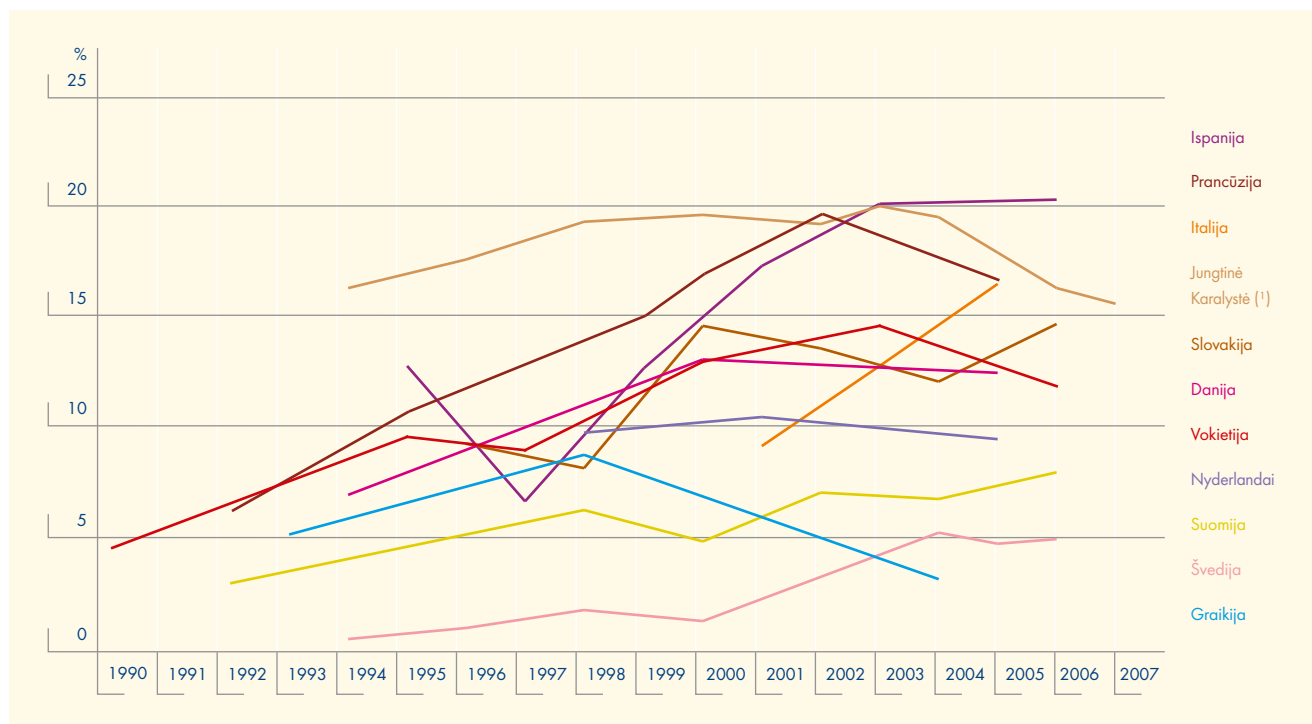
⁽⁴⁷⁾ Žr. GPS-10 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁸⁾ Jeigu su konkrečiais metais susijusi informacija nebuvo pateikta, buvo naudojama paskutinių tyrimų arba ankstesnių metų informacija. Jeigu tokia informacija nebuvo pateikta, analizė nebuvo atliekama.

⁽⁴⁹⁾ Žr. EYE-4 pav. ir EYE-5 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁰⁾ Žr. TDI-2 lentelę (iii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

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



(¹) Anglija ir Velsas.

Pastaba: Daugiau informacijos žr. GPS-4 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2007 m.), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

negu 30 % pacientų šį narkotiką nurodo kaip pagrindinį, dėl kurio jiems reikėjo gydymo (⁵¹).

Taip pat labai skiriasi pirmą kartą gydymo besikreipiančių pacientų skaičius: kanapes kaip pagrindinį narkotiką, dėl kurio jiems reikėjo gydymo, nurodo mažiau kaip 10 % naujų pacientų Bulgarijoje, Lietuvoje ir Rumunijoje ir daugiau kaip 50 % Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje ir Vengrijoje (⁵²). Šiuos skirtumus galima paaiškinti nevienodu intensyvaus kanapių vartojimo paplitimu, gydymo nuo narkomanijos taikymu ir siuntimų gydytis praktika. Kai kuriose šalyse, kuriose yra daug gydomų kanapių vartotojų (pvz., Vokietijoje, Vengrijoje, Austrijoje, Švedijoje), vietoj bausmės siūlomas gydymas, o kartais, jeigu asmuo yra sulaikomas, gydymas yra privalomas. Neseniai Prancūzijoje, kuri nurodo didžiausią dėl kanapių vartojimo gydomų pacientų skaičių, buvo įsteigti specializuoti centrai kanapių vartotojams, ir tai turės tiesioginį poveikį ataskaitoms.

Kanapių vartotojai dažniausiai gydomi ambulatoriniuose centruose, tačiau kai kurios šalys (Airija, Slovakija, Suomija, Švedija) nurodo, kad maždaug trečdalis pacientų gydomi stacionare (⁵³). Nurodoma, kad didžioji dalis

kanapių vartotojų pacientų gydytis ateina patys, tačiau kanapių vartotojai pacientai gydytis siunčiami rečiau nei pacientai, pagalbos besikreipiantys dėl su kitais narkotikais susijusių sunkumų.

Pacientai, kurie ambulatorinėmis sąlygomis gydosi dėl kanapių, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo, nurodo taip pat vartojantys kitus narkotikus: 21 % pacientų nurodo vartojantys alkoholį kaip antrinę medžiagą, 12 % nurodo amfetaminą ir ekstazį ir 10 % – kokainą. Po alkoholio (32 %) kanapes kaip dažniausią antrinę medžiagą (21 %) nurodo dėl pagrindinio narkotiko vartojimo besigydančys pacientai (⁵⁴).

Naujų nuo narkomanijos pirmą kartą gydomų pacientų tendencijos

Nurodoma, kad 2006 m. tarp apytiksliai 160 000 naujų nuo narkomanijos pirmą kartą gydomų pacientų (duomenis pateikė 24 šalys) kanapių vartotojai pacientai yra antra pagal dydį grupė (28 %) po heroino vartotojų pacientų (34 %). Dėl kanapių vartojimo pirmą kartą gydomų pacientų dalis, palyginti su visais pacientais, nurodančiais kanapes kaip pagrindinį narkotiką, yra didesnė. Pusė šalių

(⁵¹) Žr. TDI-5 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁵²) Žr. TDI-4 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁵³) Žr. TDI-24 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁵⁴) Žr. TDI-22 ir TDI-23 (i ir iv dalis) lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje

nurodo, kad naujų dėl kanapių, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo pirmą kartą gydomų pacientų dalis auga. Absoliutus naujų dėl kanapių, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo pirmą kartą gydomų pacientų skaičius padidėjo 2002–2006 m., nors naujų dėl kanapių, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo pirmą kartą gydomų pacientų skaičius nuo 2002 m. iki 2005 m. didėjo, o 2006 m. išliko nepakitęs ⁽⁵⁵⁾.

Stebima priklausomybės nuo kanapių gydymo poreikio didėjimo tendencija gali būti siejama su šiais veiksniais: padidėjęs kanapių vartojimas arba intensyvus ir ilgalaikis vartojimas, duomenų padaugėjimas, nauja gydymo sistemos plėtra ir jos įvairinimas, kuriame anksčiau didžiausias dėmesys buvo skiriamas heroino vartotojams, o dabar atsižvelgiama ir į kitų narkotikų vartotojus, įstatymų ir politikos pokyčiai, dėl kurių kartais padaugėja baudžiamojo teisingumo institucijų išduodamų siuntimų (EMCDDA, 2008a). Neseniai nusistovėjusių su kanapių vartojimu siejamą gydymo paklausą taip pat galima paaiškinti naujesnėmis kanapių vartojimo tendencijomis, gydymo sistemos pokyčiais arba siuntimo gydytis būdų pakeitimais.

Pacientų charakteristikos

Ambulatoriškai pradedantys gydytis kanapių vartotojai dažniausiai esti jauni, vidutiniškai 24 metų amžiaus, vyrai; vyrų ir moterų santykis – 5,2. Jaunesnio amžiaus grupėse kanapės nurodomos kaip dažniausiai vartojamas pagrindinis narkotikas. 67 % pirmą kartą gydomų 15–19 metų amžiaus asmenų ir 80 % jaunesnių kaip 15 metų amžiaus asmenų nurodo kanapes vartoję kaip pagrindinį narkotiką ⁽⁵⁶⁾.

Palyginti su asmenimis, kurie kreipiasi pagalbos dėl kitų rūšių narkotikų vartojimo, daugelis kanapių vartotojų pacientų atrodo esantys gana gerai socialiai integruoti asmenys. Daugelis jų vis dar mokosi ir turi nuolatinę gyvenamąją vietą, dažnai gyvena su tėvais. Vis dėlto nauji moksliniai tyrimai rodo, kad kanapių vartotojų pacientų socialinė padėtis skiriasi nuo kitų to paties amžiaus visuomenės narių, jie yra labiau socialiai nuskriausti (EMCDDA, 2008a).

Apskritai, kanapes, kaip pagrindinį narkotiką, vartojančius pacientus galima suskirstyti į tris grupes: (30 %) pacientai, kurie kanapes vartoja tik kartais; (30 %) pacientai, kurie kanapes vartoja kartą ar keletą kartų per savaitę; ir (40 %) pacientai, kurie kanapes vartoja kasdien ⁽⁵⁷⁾. Tačiau pastebima, kad ypač gydytis pradedančių reguliariai kanapes vartojančių asmenų procentas skirtingose šalyse labai skiriasi. Tose šalyse, kuriose yra daugiau kanapių vartotojų pacientų, kasdien vartojančių pacientų dalis svyruoja nuo daugiau nei 70 % Nyderlanduose ir Danijoje

iki 40–60 % Ispanijoje, Prancūzijoje ir Italijoje bei 20–30 % Vokietijoje ir Vengrijoje.

Gydymas

ENNSC atliktos apklausos pasirinktose narkomanų gydymo tarnybose 19 valstybių narių metu buvo nustatyta, kad pusė iš apklausoje dalyvavusių tarnybų neturėjo specialiai su kanapių vartojimu susijusioms problemoms skirtos programos (EMCDDA, 2008a). Tai rodo, kad daug kanapių vartotojų yra gydomi tomis pačiomis sąlygomis kaip kitų narkotikų vartotojai, ir tai gali sukelti sunkumų tiek gydymo personalui, tiek pacientams.

Dauguma iš apklaustų tarnybų siūlė trumpą kanapių vartotojų gydymo, kuriame paprastai buvo numatyta mažiau nei 20 užsiėmimų. Dažniausiai gydymas buvo taikomas individualių konsultacijų ir terapijos taikymo arba konsultacijų apie galimus kanapių vartojimo padarinius forma. Tam tikros agentūros nurodo, kad gydymas gali būti užtikrinamas šiomis priemonėmis: kanapių vartotojų detoksikacija, šeimos terapija, reabilitacinės ir tarpusavio pagalbos grupės. Kanapių vartotojų gydymas stacionare, jeigu toks gydymas yra teikiamas, paprastai buvo taikomas mažiau socialinėmis elgesio problemomis pasižyminčioje aplinkoje.

Šios srities mokslinėje literatūroje nurodoma, kad tam tikros psichoterapijos rūšys – įskaitant motyvacinę terapiją bei pažintinę ir elgsenos terapiją – įrodė esančios veiksmingos gydant kanapių vartotojus, tačiau nenustatyta, kuri terapijos forma yra veiksmingiausia (Nordstrom ir Levin, 2007). Nors didžioji dalis kanapių vartotojų gydymo veiksmingumo tyrimų buvo atlikta Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Australijoje, dabar tokie tyrimai vykdomi ir Europoje bei skelbiami jų rezultatai. 2004 m. Vokietijoje buvo pradėtas vykdyti atsitiktine atranka pagrįstas kontroliuojamasis tyrimas CANDIS, kurio metu buvo nagrinėjamos dėl kanapių vartojimo susirgusiems paaugliams skirtos programos. Programa yra paremta motyvacijos didinimu, pažintine ir elgsenos terapija bei psichologinių problemų sprendimu. Pirminiai rezultatai rodo, kad pabaigus gydymą pusė pacientų nustojo vartoti kanapes. Dar 30 % pacientų kanapių vartojo mažiau. Be to, nurodoma, kad labai sumažėjo su kanapių vartojimu susijusių psichinių ir socialinių problemų. Tyrimą numatoma tęsti.

Kelios šalys nurodo pradėjusias taikyti jauniems kanapių vartotojams skirtą gydymą. Nuo 2005 m. visoje Prancūzijoje buvo įsteigta 250 kanapių vartotojams skirtų specialių konsultacinių centrų, teikiančių konsultacijas ir paramą vartotojams ir jų šeimoms. Danijoje neseniai buvo skirtas specialus finansavimas jauniems kanapių vartotojams skirtoms tikslinėms programoms parengti. Be

⁽⁵⁵⁾ Žr. TDI-1 ir TDI-2 pav. ir TDI-3 (iv dalį) bei TDI-5 (ii dalį) lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁶⁾ Žr. TDI-10 ir TDI-21 (ii dalį) lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁷⁾ Žr. TDI-18 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

to, Belgija, Vokietija, Prancūzija, Nyderlandai ir Šveicarija bendradarbiauja atliekant tarptautinį tyrimą dėl visiško kanapes vartojančių narkomanų gydymo šeimoje veiksmingumo (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

Vokietijoje mėginama vietos valdžios institucijoms, atsakingoms už jaunimo gerovę ir kovą su narkomanija, arba priklausomybės nuo narkotikų prevencijos tarnyboms perduoti interneto tinklalapiu paremtą kanapių vartojimo nutraukimo programą „Mesk tą mėšlą“ (*Quit the shit*) ⁽⁵⁹⁾, pagal kurią, bendradarbiaujant su ambulatorinio gydymo centrais, teikiamos interaktyvios konsultacijos.

Europoje ir toliau vis dažniau naudojamos informavimo ir komunikacijų technologijos įgyvendinant narkotikų paklausos mažinimo priemones. Devynios šalys nurodė, kad 2006–2007 m. buvo galimybė gauti konsultacijų ir patarimų dėl narkotikų vartojimo, aštuonios iš jų nurodė pasitelkusios internetą (Čekija, Vokietija, Estija, Nyderlandai, Portugalija, Austrija, Slovakija, Jungtinė Karalystė), o Danija – SMS. Šios internetu teikiamos paslaugos yra orientuotos į jaunimą ir didžiausias dėmesys skiriamas su alkoholio ir kanapių vartojimu susijusioms problemoms.

Su teisėsauga reikalų turintys kanapių vartotojai

Policijos ataskaitose dėl Europoje įvykdomų nusikaltimų narkotikus reglamentuojantiems įstatymams ⁽⁶⁰⁾ kanapės yra dažniausiai minimas neteisėtas narkotikas. Nuo 2001 m. iki 2006 m. su šiuo narkotiku susijusių nusikaltimų Europos Sąjungoje padaugėjo 34 % (2 pav.). Iš turimų duomenų matyti, kad didžioji dalis nurodomų nusikaltimų dėl kanapių vartojimo labiau yra susiję su narkotikų vartojimu arba jų

laikymu vartojimui, o ne su neteisėta prekyba ir pasiūla. Daugumoje ataskaitas pateikusių šalių su vartojimu susiję nusikaltimai sudaro 62–95 % visų su kanapių vartojimu susijusių nusikaltimų, apie kuriuos pranešama.

Atsižvelgiant į tai, kad didžioji dalis narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidėjų yra jauni kanapių vartotojai, pranešama, kad bendradarbiavimas tarp teisminių institucijų, mokyklose įsikūrusių prevencijos bei konsultacijų tarnybų ir tarnybų, atsakingų už jaunimo gerovę, tampa glaudesnis, kadangi antraip jauni kanapių vartotojai gali nesikreipti į narkomanams skirtas tarnybas. Vokietija, Ispanija (Katalonija), Liuksemburgas ir Austrija įgyvendino protokolus ir programas, skirtas narkotikus reglamentuojančius įstatymus pažeidžiančiam jaunimui arba pripažintam kaltu už narkotikų, dažniausiai kanapių, vartojimą ar laikymą. Prasižengusiam gali būti leista, užuot sumokėjus baudą, lankyti kursus. Įvairiose šalyse siūlomomis programomis siekiama užkirsti kelią tolesniam narkotikų vartojimo plitimui arba pakartotiniam prasižengimui, į jas gali būti įtraukiama šeima, mokykla arba psichologinės konsultacijos.

Vėliau atliktas Vokietijos FReD programų, skirtų jauniems pažeidėjams (100 respondentų), vertinimas parodė, kad 44 % programos dalyvių vartojo mažiau alkoholio ir tabako, 79 % vartojo mažiau neteisėtų narkotikų arba jų nebevartojo, ir 69 % nurodė, kad pasibaigus kursams iš naujo neprasižengė. Jungtinėje Karalystėje įvertinus panašias jaunųjų pažeidėjų grupes (JPG) nustatyta, kad šis metodas gali duoti labai daug naudos (*Matrix Research*, 2007).

Draudimas rūkyti ir kanapės

Galimas ryšys tarp kovos su tabako vartojimu politikos ir kanapių rūkymo yra dėmesio vertas klausimas. Europoje vis dažniau įvedamas draudimas rūkyti: devyniose šalyse visiškai uždrausta rūkyti (viešose vietose ir darbo vietoje, įskaitant restoranus ir barus), tačiau Belgija, Danija, Vokietija, Nyderlandai ir Portugalija neseniai įvedė bent dalinius draudimus rūkyti.

Ryšys tarp tabako vartojimo ir neteisėto narkotiko vartojimo vėliau silpnėja, jeigu jis pakoreguojamas pagal tai lemiančius rizikos veiksnius, kaip tai parodė perspektyviniai tyrimai (Mathers *et al.*, 2006). Vis dėlto Europoje tabaką rūkantys asmenys kanapes vartoja dažniau negu nerūkantys

ir tvirta teisėkūros politika dėl tabako gali teigiamai paveikti normų, kurių laikantis vartojamas tabakas ir kanapės, suvokimą.

Taip pat esama tam tikrų įrodymų, kad kanapės yra ekonominis papildinys (t. y. pasižymi panašiais požymiais kainos ir prieinamumo prasme) cigaretėms (Cameron ir Williams, 2001). Atskirais tyrimais nustatyta, kad, regis, didesnis cigarečių apmokestinimas sumažina marihuanos vartojimą ir gali turėti nedidelį neigiamą poveikį jos vartojimui tarp vyrų (Farrelly *et al.*, 2001).

Galiausiai verta paminėti, kad Nyderlanduose įvestas draudimas rūkyti tabaką restoranuose ir baruose taip pat taikomas ir „kavos parduotuvėms“ ir kad Amsterdame buvo nuspręsta uždrausti rūkyti kanapes viešose vietose.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Žr. DLO-6 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.



4 skyrius

Amfetaminai, ekstazis ir LSD

Ižanga

Apskritai amfetaminai (bendrasis pavadinimas, apimantis tiek amfetaminą, tiek metamfetaminą) ir ekstazis yra tarp dažniausiai vartojamų neteisėtų narkotikų po kanapių. Šiuo metu, vertinant absoliučiais skaičiais, Europoje kokainas galbūt yra labiau vartojamas, tačiau dėl geografinės kokaino koncentracijos keliose šalyse reiškia, kad didžiojoje Europos Sąjungos dalyje tam tikro pavidalo sintetiniu būdu pagamintas narkotikas yra antras iš dažniausiai vartojamų neteisėtų medžiagų. Be to, tam tikrose Europos šalyse amfetamino vartojimas – tai didelė narkomanijos problema, dėl kurios gydymo kreipiasi didžioji dalis narkotikų vartotojų.

Amfetaminas ir metamfetaminas yra centrinės nervų sistemos stimulantai. Iš jų amfetaminas yra daug įprastesnis

Amfetaminas ir metamfetaminas: panašumai ir skirtumai

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

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

Priklausomai nuo fizinio pavidalo, amfetaminas ir metamfetaminas gali būti vartojami per burną, šniaukščiami, įkvepiami ar retesniais atvejais švirkščiami. Skirtingai nuo amfetamino sulfato druskos, metamfetamino hidrochloridas, ypač kristalinio pavidalo („ledas“), yra pakankamai lakus rūkymui.

Šaltinis: ENNSC narkotikų charakteristikos (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Europoje, tačiau atrodo, kad dideli metamfetamino kiekiai vartojami tik Čekijoje ir Slovakijoje.

Ekstaziu vadinamos sintetinės medžiagos, kurios chemiškai yra giminingos amfetaminams, bet jų poveikis šiek tiek skiriasi. Geriausiai žinomas ekstazio grupės narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randama ir kitų analogų (MDA, MDEA). Iki devintojo dešimtmečio apie ekstazio vartojimą praktiškai nebuvo žinoma, tačiau jo vartojimas stipriai išaugo dešimtajame dešimtmetyje. Jo populiarumas praeityje buvo siejamas su šokių muzikos vietomis, o didelis sintetiniu būdu pagaminto narkotiko vartojimo paplitimas yra siejamas su tam tikrais kultūriniais pogrupiais arba socialine aplinka.

Manoma, kad geriausiai žinomo haliucinogeninio narkotiko – lizergo rūgšties dietilamido (LSD) – vartojimo lygis Europoje nebuvo aukštas ir ilgai išliko be didesnių pakitimų. Vis dėlto atrodo, kad jaunimo susidomėjimas gamtinėmis haliucinogeninėmis medžiagomis didėja.

Pasiūla ir prieinamumas

Amfetaminas

2006 m. pagaminto amfetamino kiekis pasaulyje buvo skaičiuojamas 126 tonomis, o jo gamyba išlieka sutelkta Europoje, kur veikia 79 % amfetaminą gaminančių laboratorijų, apie kurias buvo pranešta 2006 m. (UNODC, 2008), nors jų atsiranda ir kitose pasaulio šalyse, visų pirma Šiaurės Amerikoje ir Pietryčių Azijoje ⁽⁶¹⁾. 2006 m. pasaulyje konfiskuota 19 tonų amfetamino, daugiausia jo sulaikyta Artimuosiuose ir Vidurio Rytuose (67 %) – tai susiję su Pietryčių Europoje gaminamomis „Captagon“ tabletėmis ⁽⁶²⁾, mažiau konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje (27 %). Tai rodo, kad Europa yra ir pagrindinis šio narkotiko gamintojas, ir pagrindinis vartotojas (CND, 2008; UNODC, 2008).

Daugiausia Europoje konfiskuojamo amfetamino pagal svarbą pagaminama Nyderlanduose, Lenkijoje ir Belgijoje, šiek tiek mažiau Estijoje ir Lietuvoje. 2006 m. Europos Sąjungoje buvo aptikta 40 vietų, kuriose buvo gaminamas,

⁽⁶¹⁾ Informacijos dėl duomenų apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą šaltinius žr. p. 38.

⁽⁶²⁾ Captagon yra registruotas fenetilino, sintetinio centrinės nervų sistemos stimulantų, prekės ženklas, nors šia emblema pažymėtos tabletės, parduodamos nelegalioje rinkoje, dažniausiai savo sudėtyje turi amfetamino, sumaišyto su kofeinu.

pakuojamas arba saugomas amfetaminas (Europolas, 2007a); UNODC (2008) nurodo, kad Europos šalyse buvo sunaikintos 123 laboratorijos.

Turkija pranešė konfiskavusi apie 20 mln. amfetamino tablečių su „Captagon“ emblema. Nurodoma, kad šio pavidalo amfetaminas yra gaminamas tiek Bulgarijoje, tiek Turkijoje ir didžiąja dalimi skirtas jį vartojančioms Artimųjų ir Vidurio Rytų šalims.

Europoje 2006 m. buvo 38 000 amfetamino miltelių konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota 6,2 tonos. Nors, preliminariais vertinimais, 2006 m. konfiskavimo atvejų, palyginti su dideliais 2004 m. ir 2005 m. skaičiais, sumažėjo, per penkerių metų laikotarpį (2001–2006 m.) padaugėjo tiek sulaikomo amfetamino konfiskavimo atvejų, tiek padidėjo sulaikyto amfetamino kiekis (⁶³). Vis dėlto tai tik preliminaris išvada, kadangi Jungtinė Karalystė, kuri paprastai praneša apie daugiausia konfiskavimo atvejų, dar nepateikė naujausių duomenų. Kelios šalys vis dažniau praneša apie amfetamino tablečių, o ne miltelių, konfiskavimo atvejus, 2006 m. Europos Sąjungoje (daugiausia Ispanijoje) konfiskuota 390 000 tablečių.

2006 m. Europoje konfiskuoto amfetamino grynumas buvo labai įvairus, toks įvairus, kad apie būdingą grynumą reikia kalbėti atsargiai. Vis dėlto 2006 m. duomenis pateikusias šalis galima suskirstyti į dvi grupes: 10 šalių nurodo, kad grynumas svyruoja nuo 2 % iki 10 %, kitos nurodo aukštesnį grynumo lygį (25–47 %). Pastarajai grupei paprastai priklauso šalys, žinomos dėl amfetamino gamybos, neteisėtos

prekybos juo arba jo vartojimo (Nyderlandai, Lenkija, Baltijos ir Šiaurės valstybės). Daugelyje iš 19 šalių, kurių analizei pakanka pateiktų duomenų, per pastaruosius penkerius metus amfetamino grynumas buvo stabilus arba sumažėjo.

2006 m. būdinga mažmeninė amfetamino kaina ataskaitas pateikusiose šalyse svyravo nuo 10 EUR iki 15 EUR už gramą. Nurodoma, kad 2001–2006 m. visose 16 šalių, pateikusių pakankamai duomenų analizei atlikti, išskyrus Čekiją, Ispaniją ir Rumuniją, mažmeninė amfetamino kaina sumažėjo.

Metamfetaminas

Metamfetamino gamyba yra sutelkta Šiaurės Amerikoje ir Rytų bei Pietryčių Azijoje. 2006 m. pasaulyje pagaminto metamfetamino kiekis skaičiuojamas 266 tonomis, jo pagaminama daugiau negu bet kurio kito sintetiniu būdu gaminamo neteisėto narkotiko. 2006 m. visame pasaulyje buvo konfiskuota apie 15,8 tonos metamfetamino: didžioji dalis konfiskuota Rytų ir Pietryčių Azijoje, antrą vietą užima Šiaurės Amerika, ir mažiau negu 1 % konfiskuota Europoje (UNODC, 2007a, 2008).

Europoje tikrai vyksta neteisėta metamfetamino gamyba, nors daugiausia jos sutelkta Čekijoje; joje 2006 m. buvo aptikta daugiau kaip 400 nedidelių gamybinių pajėgumus turinčių „virtuvinių laboratorijų“. Taip pat nurodoma, kad šis narkotikas gaminamas Slovakijoje ir kiek mažesniu mastu Lietuvoje (INCB, 2008a).

2006 m. 17 Europos šalių praneša apie maždaug 3 000 metamfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota

Tarptautiniai kovos su sintetinių narkotikų pirmtakų (prekursorių) gamyba ir neteisėtų jų naudojimu veiksmai

Vykdant įstatymus, pastangos, kaip papildoma atsakomoji priemonė, vis labiau orientuojamos į teisėtus pirmtakus (prekursorius), chemines medžiagas, reikalingas neteisėtų narkotikų gamybai, ir ši sritis yra viena iš tų, kurioje tarptautinis bendradarbiavimas ypač vertingas. Projektas „Prizmė“ – tai tarptautinė iniciatyva, sukurta siekiant užkirsti kelią teisėtų pirmtakų (prekursorių) cheminių medžiagų naudojimui neteisėtai sintetinių narkotikų gamybai. Tuo tikslu naudojama išankstinių pranešimų apie eksportą vykdant teisėtą prekybą sistema ir pranešama apie sulaikomus krovinius bei konfiskavimo atvejus, jeigu sudaromi įtartiniai sandoriai. Informacija apie veiklą šioje srityje teikiama Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybai (INCB, 2008b).

Ataskaitose nurodoma, kad 2006 m. pasaulyje buvo konfiskuota daugiau kaip 11 tonų efedrino ir tariamojo efedrino, kurie yra pagrindiniai metamfetamino pirmtakai (prekursoriai). Kinijoje konfiskuota maždaug pusė viso kiekio, kiek mažiau – Kanadoje ir Mianmare. ES valstybėse narėse

(daugiausia Belgijoje ir Vengrijoje) kartu su Rusijos Federacija ir Ukraina konfiskuota tik 0,3 tonos, nors Europolas (2008) nurodo, kad neseniai šių chemikalų eksportas, pervežimas ir įvežimas į Europos Sąjungą padidėjo.

2006 m. pasaulyje sumažėjo konfiskuoto 1-fenil-2-propanono (P-2-P), kuris gali būti naudojamas neteisėtai amfetamino ir metamfetamino gamybai. Šios tendencijos išimtį sudarė ES valstybės narės (daugiausia Danija, Nyderlandai ir Lenkija) kartu su Turkija ir Rusijos Federacija, kuriose kartu sudėjus konfiskuota 2 600 litrų P-2-P viso pasaulyje konfiskuoto kiekio. Šis pirmtakas (prekursorius) dažniausiai naudojamas amfetamino gamybai Europoje, o dažniausiai jis gaminamas Azijos šalyse (Kinijoje), nors pranešama, kad nuo 2004 m. jis yra gaminamas ir neteisėtai įvežamas iš Rusijos Federacijos (Europolas, 2007a).

2006 m. pasaulyje konfiskuoti kiekiai 3,4-metilenedioksifenil-2-propanono (3,4-MDP-2-P), naudojamo MDMA gamybai, sumažėjo iki 7 500 litrų, ir beveik visas šis kiekis, išskyrus 105 litrus, konfiskuotus Nyderlanduose, buvo konfiskuotas Kanadoje. 2006 m. safrolio, kuris gali būti naudojamas vietoj 3,4-MDP-2-P MDMA sintetiniui, konfiskuoti kiekiai išliko nedideli. Pasaulyje jo konfiskuota 62 litrai, daugiausia Australijoje; Europoje tik Prancūzija pranešė konfiskavusi safrolio (7 litrus).

⁽⁶³⁾ Šiame skyriuje pateikiamų duomenų apie konfiskavimo atvejus ieškokite lentelėse nuo SZR-11 iki SZR-18 2008 m. statistikos biuletenyje. Atkreiptinas dėmesys, kad jeigu 2006 m. duomenys nebuvo pateikti, atliekant vertinimą Europos mastu, buvo naudojami atitinkami 2005 m. duomenys.

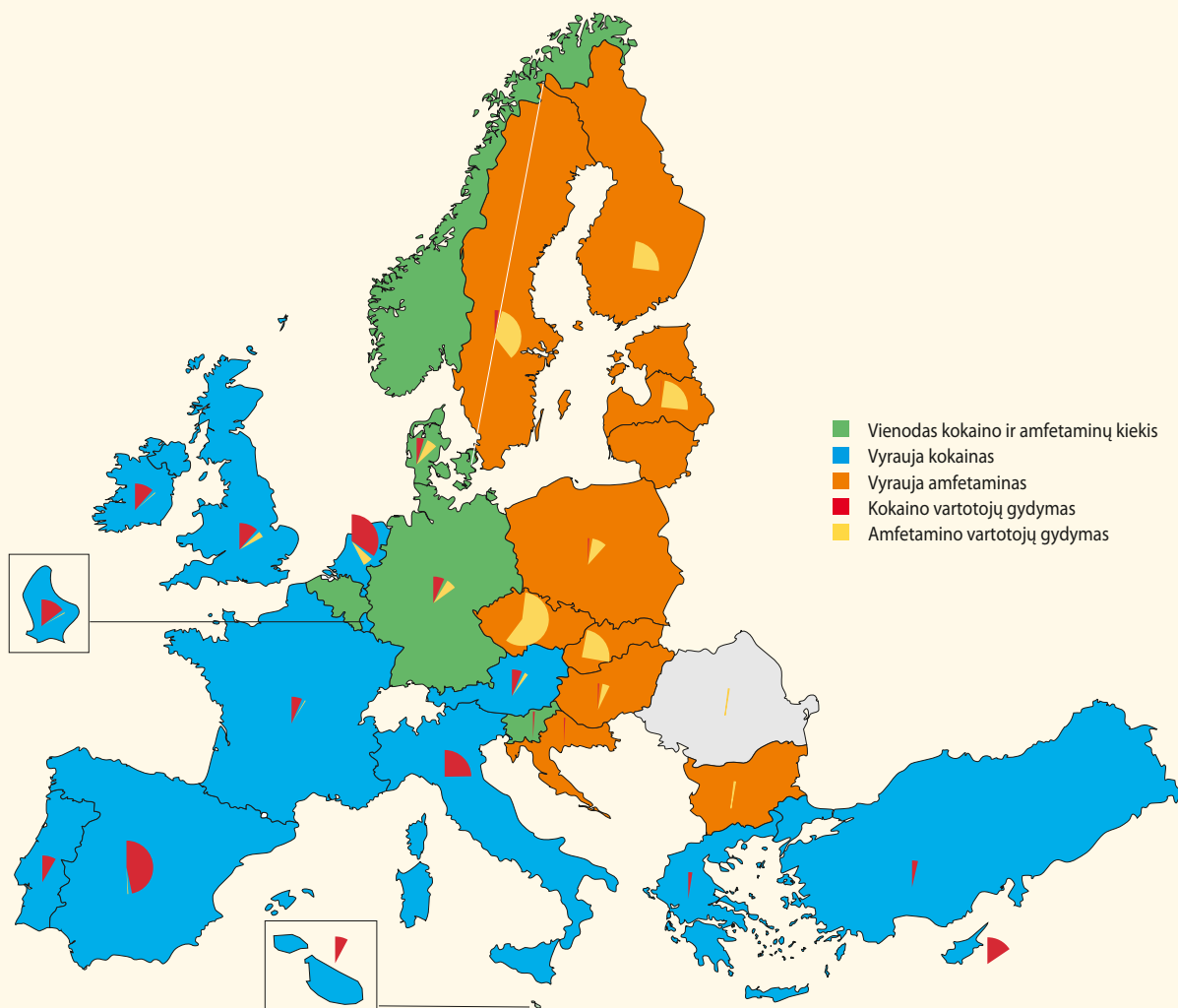
Europos stimulantų rinka: „kokaino šalys“ ir „amfetaminų šalys“?

Skirtingos informacijos sintezė rodo, kad skirtingiems stimuliuojantiems narkotikams gali būti priskiriamas panašus vaidmuo skirtingose šalyse, todėl formuojant politiką šioje srityje gali būti išmintinga atsižvelgti ne tik į atskiras medžiagas, tačiau taip pat į visą stimulantų rinką. Atrodo, kad tam tikrose šalyse kokainas yra vyraujantis stimuliuojantis narkotikas, tačiau kitose šalyse, regis, dažniau vartojamas amfetaminas arba metamfetaminas. Vaizdas, gaunamas sudėjus visuomenės apklausų ir ataskaitų apie konfiskavimo

atvejus duomenis, rodo, kad Šiaurės ir Vidurio Europos šalys paprastai yra priskiriamos „amfetaminų grupei“, o Vakarų ir Pietų Europos šalyse akivaizdžiai labiau vartojamas kokainas.

Sąlyginė stimulantų svarba bendrame narkomanijos kontekste taip pat labai skiriasi skirtingose šalyse. Tai galima spręsti pagal gydymo duomenis: tam tikroje apibrėžtoje šalių grupėje stimuliuojantys narkotikai sudaro gana didelę dalį gydymo dėl narkotikų vartojimo paklausos (Čekijoje ir Slovakijoje – metamfetaminas, Latvijoje, Švedijoje ir Suomijoje

Stimulantų rinkos Europoje: sąlyginis kokaino ar amfetaminų vyravimas konfiskavimo atvejais, populiacijų apklausose ir jų paplitimas tarp gydomų pacientų, nurodančių šias medžiagas kaip pagrindinį vartojamą narkotiką



– amfetaminas, Ispanijoje, Italijoje ir Nyderlanduose – kokainas), tačiau kitose šalyse pacientų, nurodančių šias medžiagas kaip pagrindinį narkotiką, dėl kurio jiems reikia gydymo, yra labai mažai, kartais jų apskritai nėra.

Gydomų pacientų pateikti duomenys taip pat rodo, kad dėl stimuliuojančių narkotikų vartojimo gydomi pacientai dažniausiai vartoja tik vienos klasės stimuliantus. Pavyzdžiui, tik 8 % iš ambulatoriškai dėl kokaino vartojimo gydomų pacientų (visos paklausos) nurodo amfetaminą kaip antrinį vartojamą narkotiką, o mažiau nei 9 % amfetaminą vartojančių gydomų pacientų nurodė kokainą kaip antrinį vartojamą narkotiką. Be to, tam tikrų šalių pateiktose ataskaitose nurodoma, kad narkotikų rinkoje vieną stimuliantą kartais gali pakeisti kitas. Pavyzdžiui, yra duomenų, iš kurių matyti, kad: tam tikrose narkotikus vartojančiose populiacijose kokainas gali pakeisti amfetaminą ir ekstazį, o Nyderlanduose ne miesto vietovėse amfetaminas gali būti vartojamas kaip pigesnis kokaino pakaitalas.

Nors gali skirtis atskirų stimuliuojančių narkotikų poveikis ir pasekmės, gydymo galimybės, nenutraukiančių gydymo narkomanų procentas ir gydymo rezultatai yra labai panašūs (Rawson et al., 2000; Copeland ir Sorensen, 2001). Taip pat galima įžvelgti tam tikrų šių narkotikų vartojimo būdų panašumų bendroje vartotojų tipologijoje. Pavyzdžiui, ne toks intensyvus ir žalingas narkotikų vartojimas pasilinksminimo vietose tarp gerai socialiai integruotų vartotojų gali būti aptinkamas šalia intensyvaus narkotikų vartojimo labiau visuomenės paribyje esančių grupių, kurios turi daugiau priklausomybės problemų ir labiau linkusios taikyti pavojingus vartojimo būdus, pavyzdžiui, švirkštimąsi ir rūkymą.

Pastaba: Fono spalva nurodo sąlyginį kokaino arba amfetaminų vyravimą pagal visuomenės apklausose nurodomą informaciją (vartojimo per praėjusius metus paplitimas 15–34 metų amžiaus grupėje) ir konfiskavimo atvejų duomenis. Skritulinėse diagramose nurodoma kiekvienam iš šių dviejų narkotikų tenkanti gydymo paklausos dalis – parodytos tik su kokainu ir amfetaminu susijusios skiltys. Italijos, Nyderlandų ir Lenkijos atvejais, kai duomenų apie konfiskavimą pateikta nebuvo, naudoti tik visuomenės apklausų duomenys. Kroatijos atveju naudoti tik konfiskavimo atvejų duomenys. Norvegija ir Belgija nepateikė duomenų apie gydymą. Rumunijos pateikti duomenys nebuvo naudoti padėčiai visoje šalyje apibendrinti

154 kg. Norvegijoje buvo daugiausia konfiskavimo atvejų ir konfiskuotas didžiausias kiekis metamfetamino, mažiau konfiskuota Švedijoje, Čekijoje ir Slovakijoje. Dviejose paskutinėse šalyse konfiskuota gana mažas kiekis, paprastai keli gramai arba mažiau. 2001–2006 m. Europoje daugėjo tiek metamfetamino konfiskavimo atvejų, tiek didėjo konfiskuoto metamfetamino kiekis, nors, palyginti su kitais narkotikais, jie vis dar išlieka nedideli. Negausūs turimi duomenys rodo, kad 2006 m. būdingas metamfetamino grynumas sumažėjo maždaug nuo 20 % iki 55 %.

Ekstazis

UNODC (2007a) praneša, kad pasaulinė ekstazio gamyba 2006 m. sumažėjo iki apytiksliai 102 tonų. Atrodo, kad gamyba paplito plačiau geografiškai, vietiniam vartojimui dabar dažniau gaminama Šiaurės Amerikoje ir Rytų bei Pietryčių Azijoje. Nepaisant to, Europa išlieka pagrindine ekstazio gamybos vieta; gamyba sutelkta Nyderlanduose (kur kelerius metus mažėjusi, 2006 m. gamyba galbūt vėl padidėjo), Belgijoje ir, kiek mažesniu mastu, Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Iš duomenų apie narkotikų konfiskavimą galima matyti, kad Europa gana svarbi tiek kaip ekstazio vartotoja, tiek kaip gamintoja. Nurodoma, kad Europoje buvo 20 000 konfiskavimo atvejų, 2006 m. buvo konfiskuota beveik 14 mln. ekstazio tablečių. Nyderlanduose buvo konfiskuota daugiausia ekstazio (4,1 mln. tablečių), mažiau konfiskuota Jungtinėje Karalystėje, Turkijoje, Prancūzijoje ir Vokietijoje. Po didžiausio ekstazio konfiskavimo atvejo ir konfiskuoto ekstazio kiekio 2002 m. bendrai per 2001–2006 m. laikotarpį šie skaičiai sumažėjo ⁽⁶⁴⁾. Vakarų ir Vidurio Europoje buvo konfiskuota 43 % iš 2006 m. pasaulyje konfiskuoto 4,5 tonos ekstazio. Palyginimui – Šiaurės Amerikoje konfiskuota 34 % (UNODC, 2008).

2006 m. Europoje daugumos ištirtų ekstazio tablečių sudėtyje buvo MDMA arba kitos j ekstazį panašios medžiagos (MDEA, MDA), ir paprastai tai būdavo vienintelė psichoaktyvioji medžiaga. 17 šalių nurodo, kad tokios tabletės sudarė daugiau kaip 70 % visų tirtų tablečių. Buvo ir išimčių: Ispanija ir Lenkija nurodo, kad ištyrus ekstazio pavadinimu pardavinėjamas tabletes dažnai jų sudėtyje kartu su amfetaminu arba metamfetaminu aptinkama MDMA arba vieno iš jo pakaitalų. Latvijoje ir Maltoje ištirtų tablečių sudėtyje dažniausiai nebūdavo jokios kontroliuojamosios medžiagos.

Nors ekstazio tablečių sudėtyje aptinkamas MDMA kiekis buvo labai įvairus (9–90 mg), dauguma šalių nurodė, kad jis svyruoja maždaug nuo 25 mg iki 65 mg. Be to, kai kurios šalys (Belgija, Danija, Vokietija, Prancūzija,

⁽⁶⁴⁾ Tai preliminarūs vertinimai, kadangi Jungtinė Karalystė, šalis, kurioje 2005 m. buvo daugiausia konfiskavimo atvejų, dar nepateikė 2006 m. duomenų.

Nyderlandai, Norvegija) nurodė, kad didelės koncentracijos ekstazio tablečių sudėtyje MDMA kiekis siekė 130 mg, o tam tikrose rinkose dabar galima gauti aukštos kokybės MDMA miltelių. Nėra aiškios vidutinės trukmės tendencijos dėl ekstazio tabletėse esančio MDMA kiekio. Tačiau yra aišku, kad lyginant su dešimtojo dešimtmečio pradžia, kai Europoje pirmą kartą laisvai buvo galima gauti šio narkotiko, ekstazis labai atpigę. Nors tam tikrose ataskaitose nurodoma, kad tabletės parduodamos tik už 1 EUR, dauguma šalių praneša, kad dabar mažmeninės ekstazio kainos svyruoja nuo 3 EUR iki 9 EUR, o turimi 2001–2006 m. duomenys rodo, kad mažmeninė kaina (pakoreguota dėl infliacijos) toliau krenta.

LSD

Nors konfiskavimo Europoje atvejai gali byloti apie susidomėjimo šiuo narkotiku atgijimą per pastaruosius keletą metų, vis dar laikoma, kad LSD vartojimas ir neteisėta prekyba yra nedidelio masto. Po ilgalaikės nuo dešimtojo dešimtmečio užsitęsios mažėjimo tendencijos LSD konfiskavimo atvejų skaičius ir konfiskuojami kiekiai vėl ėmė didėti nuo 2003 m. Dabartinė situacija yra neaiški, kadangi Jungtinė Karalystė, šalis, kuri paprastai nurodo konfiskavusi daugiausia LSD, dar nepateikė duomenų, nors preliminarūs duomenys rodo nedidelį konfiskavimo atvejų ir konfiskuojamo kiekio sumažėjimą. Nuo 2001 m. LSD mažmeninės kainos (pakoreguotos dėl infliacijos) po truputį mažėjo, 2006 m. daugelyje šalių jos svyravo nuo 5 EUR iki 11 EUR už vienetą.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Gana daug amfetamino ir ekstazio vartojama šiose ES valstybėse narėse: Čekijoje, Estijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Kai kuriose Vidurio ir Šiaurės Europos šalyse šių narkotikų vartojimas yra gana didelis, palyginti su bendra padėtimi valstybėje narkotikų srityje. Priešingai, bendras haliucinogeninių narkotikų, pavyzdžiui, lizergo rūgšties dietilamido (LSD), vartojimo lygis yra žemesnis ir ilgai išliko be didesnių pakeitimų.

Didesnį narkotikų vartojimo paplitimą kai kuriose šalyse reikia suvokti atsižvelgiant, paprastaiariant, į du skirtingus vartojimo būdus. Keliose šalyse didžioji dalis narkomanų ir pagalbos dėl narkomanijos ieškančių asmenų vartoja, dažnai susivirkdami, amfetaminą ir metamfetaminą. Priešingai šiems nuolat narkotikus vartojantiems asmenims, bendresne prasme sintetiniu būdu pagamintus narkotikus, visų pirma ekstazį, galima susieti su naktiniais klubais, šokių muzika ir tam tikromis subkultūromis. Ši sąsaja lemia daug aukštesnį, palyginti su visa visuomene, narkotikų vartojimo lygį tarp

jaunimo ir labai didelį narkotikų vartojimo paplitimo mastą tam tikrose vietose arba subpopuliacijose.

Amfetaminai

Naujausiose gyventojų apklausose nurodoma, kad amfetaminų⁽⁶⁵⁾ bent kartą gyvenime yra vartoję nuo 0,1 % iki 11,9 % visų suaugusių (15–64 metų amžiaus) europiečių. Vidutiniškai 3,3 % visų suaugusių europiečių nurodo bent kartą bandę amfetaminų. Šio narkotiko vartojimo per pastaruosius metus paplitimas Europoje yra daug mažesnis, vidutiniškai jis siekia 0,6 % (0,0–1,3 % diapozone). Remiantis duomenimis, maždaug 11 mln. europiečių yra bandę amfetaminų ir maždaug 2 mln. narkotiko vartojo per pastaruosius metus (duomenų santrauką žr. 3 lentelėje).

Amfetaminų bent kartą gyvenime vartojusių jaunų suaugusių (15–34 metų amžiaus) skaičius skirtingose šalyse labai skiriasi ir svyruoja nuo 0,2 % iki 16,5 %; Europoje jis vidutiniškai siekia 5 %. Pastaraisiais metais amfetaminų vartojo nuo 0,1 % iki 2,9 % šios amžiaus grupės atstovų; daugelyje šalių, manoma, šis skaičius svyruoja nuo 0,7 % iki 1,9 %. Apskaičiuota, kad vidutiniškai 1,3 % jaunų europiečių vartojo amfetaminų per pastaruosius metus.

Priklausomybė nuo amfetamino

Amfetaminų atveju ENNSC probleminio narkotikų vartojimo (PNV) (angl. *problem drug use*, PDU) indekso, kuris amfetaminų vartojimą apibūdina kaip švirkštimąsi arba ilgalaikį ir (arba) reguliarią vartojimą, taikymas yra ribotas. Tik viena valstybė narė (Suomija) pateikė naujausius nacionalinius duomenis apie probleminį amfetaminų vartojimą: 2005 m. duomenimis, joje buvo nuo 12 000 iki 22 000 amfetaminą vartojančių narkomanų (4,3–7,9 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), t. y. keturis kartus daugiau negu šalyje esančių opioidus vartojančių narkomanų.

Daugelyje šalių dėl gydymo nuo amfetamino vartojimo kreipiasi gana nedaug pacientų. Gydymo dėl amfetamino vartojimo paklausa sudaro didelę dalį bendros gydymo nuo narkomanijos paklausos Latvijoje, Švedijoje ir Suomijoje, kur amfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, dėl kurio jiems buvo reikalingas gydymas, nurodė nuo 25 % iki 35 % pradedamų gydyti pacientų. Kalbant apie kitas šalis, išskyrus paminėtąsias, tik Danijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje gydymo dėl amfetamino vartojimo paklausa sudaro daugiau negu 5 % gydymo nuo narkomanijos paklausos; šiose šalyse amfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo nuo 6 % iki 9 % gydomų pacientų⁽⁶⁶⁾.

⁽⁶⁵⁾ Apklausų duomenyse apie „amfetamino vartojimą“ amfetaminas ir metamfetaminas dažnai neskiriami, nors paprastai tokie duomenys yra susiję su amfetamino (sulfato arba deksamfetamino) vartojimu, nes metamfetamino vartojimas nėra populiarus. Nurodoma, kad šiame kontinente konfiskuojamas metamfetaminas sudaro mažiau nei 1 % viso pasaulyje konfiskuojamo metamfetamino.

⁽⁶⁶⁾ Žr. TDI-5 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Kartą gyvenime	Praėjusiais metais
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	11 mln.	2 mln.
Vidurkis Europoje	3,3 %	0,6 %
Diapazonas	0,1–11,9 %	0,0–1,3 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Graikija (0,1 %), Rumunija (0,2 %), Malta (0,4 %), Kipras (0,8 %)	Graikija, Malta (0,0 %), Prancūzija (0,1 %), Portugalija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (11,9 %), Danija (6,9 %), Norvegija (3,6 %), Airija (3,5 %)	Jungtinė Karalystė, Estija (1,3 %), Norvegija, Latvija (1,1 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7 mln.	2 mln.
Vidurkis Europoje	5,1 %	1,3 %
Diapazonas	0,2–16,5 %	0,1–2,9 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Graikija (0,2 %), Rumunija (0,5 %), Malta (0,7 %), Kipras (0,8 %)	Graikija (0,1 %), Prancūzija (0,2 %), Kipras (0,3 %), Portugalija (0,4 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (16,5 %), Danija (12,7 %), Norvegija (5,9 %), Ispanija, Latvija (5,3 %)	Estija (2,9 %), Jungtinė Karalystė (2,7 %), Latvija (2,4 %), Danija (2,2 %)
Informacija pateikiama remiantis paskutinių kiekvienoje šalyje atliktų apklausų duomenimis. Tyrimai atlikti 2001–2007 m. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje vidurkį. Šalims, kurios nepateikė informacijos, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (328 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (134 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (64 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2008 m. statistikos biuletenyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.		

Daugelyje šalių, išskyrus Švediją ir Suomiją, pacientų, kurie kreipiasi dėl amfetamino, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo pirmą kartą, dalis yra didesnė negu visų dėl šio narkotiko vartojimo gydomų pacientų dalis. Visoje Europoje 2002–2006 m. pacientų, kurie kreipėsi dėl amfetamino, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo pirmą kartą, dalis išliko gana stabili, nors per šį laikotarpį Latvija ir Danija nurodo, kad jų padaugėjo. Kita vertus, Švedijoje ir Suomijoje pacientų, kurie pirmą kartą kreipiasi dėl amfetamino vartojimo, procentas sumažėjo, tai galbūt rodo visuomenės senėjimą ⁽⁶⁷⁾.

Vidutinis gydymą dėl amfetamino vartojimo pradėdantis pacientas yra 29 metų amžiaus vyras. Nors vyrų ir moterų santykis yra 2:1, bendras moterų procentas tarp visų besigydančių dėl amfetamino vartojimo yra didesnis negu procentas moterų, gydomų dėl kitų narkotikų vartojimo ⁽⁶⁸⁾.

Priklausomybė nuo metamfetamino

Priešingai nei kitose pasaulio šalyse, kur metamfetamino vartojimas pastaraisiais metais padidėjo, Europoje jo vartojama nedaug (Griffiths *et al.*, 2008). Anksčiau daugiausia šio narkotiko iš Europos šalių buvo suvartojama Čekijoje ir tam tikru mastu Slovakijoje. Tik šios dvi šalys pateikia naujausius duomenis apie probleminį narkotiko vartojimą. 2006 m. duomenimis, Čekijoje buvo apytiksliai 17 500–22 500 metamfetamino vartotojų (2,4–3,1 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus), t. y. apie 20 % mažiau negu opioidus vartojančių narkomanų.

Abi šalys nurodo, kad gydymo dėl metamfetamino vartojimo paklausa per pastaruosius penkerius metus išaugo. Slovakijoje metamfetaminas tapo dažniausiai minimu pagrindiniu narkotiku, kurį nurodo pirmą kartą dėl gydymo nuo narkomanijos besikreipiantys pacientai, kurie sudaro 25 % visų gydymo besikreipiančių pacientų. Čekijoje

⁽⁶⁷⁾ Žr. TDI-1 pav. ir TDI-4 (ii dalį), TDI-5 (ii dalį) ir TDI-36 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁸⁾ Žr. TDI-37 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Kartą gyvenime	Praėjusiais metais
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	9,5 mln.	2,6 mln.
Vidurkis Europoje	2,8 %	0,8 %
Diapazonas	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (0,3 %), Graikija (0,4 %), Malta (0,7 %), Lietuva (1,0 %)	Graikija, Malta (0,2 %), Danija, Lenkija (0,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (7,3 %), Čekija (7,1 %), Airija (5,4 %), Ispanija (4,4 %)	Čekija (3,5 %), Jungtinė Karalystė (1,8 %), Estija (1,7 %), Slovakija (1,6 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7,5 mln.	2,5 mln.
Vidurkis Europoje	5,6 %	1,8 %
Diapazonas	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (0,5 %), Graikija (0,6 %), Malta (1,4 %), Lietuva, Lenkija (2,1 %)	Graikija (0,4 %), Italija, Lenkija (0,7 %), Danija, Lietuva, Portugalija (0,9 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Čekija (14,6 %), Jungtinė Karalystė (13,0 %), Airija (9,0 %), Slovakija (8,4 %)	Čekija (7,7 %), Jungtinė Karalystė (3,9 %), Estija (3,7 %), Nyderlandai, Slovakija (2,7 %)
Informacija pateikiama remiantis paskutinių kiekvienoje šalyje atliktų apklausų duomenimis. Tyrimai atlikti 2001–2007 m. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje vidurkį. Šalims, kurios nepateikė informacijos, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (328 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (134 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (64 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2008 m. statistikos biuletenyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.		

metamfetaminą, kaip pagrindinį narkotiką, nurodo 59 % visų gydymo besikreipiančių pacientų ⁽⁶⁹⁾. Didelė dalis dėl metamfetamino vartojimo gydomų pacientų nurodo narkotikus švirkštęsi: apie 50 % Slovakijoje ir 80 % Čekijoje.

Ekstazis

Apskaičiuota, kad apie 9,5 mln. suaugusių europiečių yra bandę ekstazį (vidurkis – 3 %), o apie 3 mln. (0,8 %) vartojo jį praėjusiais metais (duomenų santrauką žr. 4 lentelėje). Tarp skirtingų šalių yra labai didelių skirtumų: naujausiose apklausoje nurodoma, kad šį narkotiką bent kartą gyvenime yra bandę nuo 0,3 % iki 7,3 % visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus); daugelis šalių nurodo, kad šio narkotiko vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 1,3 % iki 3,1 %. Šio narkotiko vartojimo paplitimas Europoje praėjusiais metais svyravo nuo 0,2 %

iki 3,5 %. Visais atžvilgiais šio narkotiko, kaip ir visų kitų neteisėtų narkotikų, dažniau vartojo vyrai nei moterys.

Ekstazį dažniau vartojo jauni suaugusieji (15–34 metų amžiaus); bent kartą gyvenime šio narkotiko yra bandę nuo 0,5 % iki 14,6 % jaunų suaugusiųjų, o šio narkotiko praėjusiais metais vartojo 0,4–7,7 % šios amžiaus grupės asmenų. Manoma, kad kada nors yra bandę ekstazį 7,5 mln. jaunų europiečių (5,6 %), o apie 2,5 mln. (1,8 %) nurodo jį vartoję praėjusiais metais. Net jeigu būtų apsiribojama jaunesnio amžiaus grupe, vartojimo paplitimas vis vien išlieka didesnis: 15–24 metų amžiaus grupėje bent kartą gyvenime šį narkotiką vartojusių asmenų procentas svyruoja nuo 0,4 % iki 18,7 %, nors daugelis šalių nurodo, kad tokio vartojimo paplitimas svyruoja nuo 2,5 % iki 8 % ⁽⁷⁰⁾. Nors daugelis šalių nurodo, kad šio narkotiko praėjusiais metais vartojo 1,3–4,6 % šios amžiaus grupės asmenų, yra labai didelis skirtumas tarp

⁽⁶⁹⁾ Žr. TDI-5 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁰⁾ Žr. GPS-17 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

mažiausio nurodyto vartojimo paplitimo, siekiančio 0,3 %, ir didžiausio, siekiančio 12 %. Skirtumas atspindi skirtingą atskirų valstybių narių patirtį.

Tarp mokinių narkotikų vartotojų skaičius gali labai išaugti mokiniams tapus šiek tiek vyresniais. Pavyzdžiui, 16 šalių pateikti duomenys rodo, kad bent kartą gyvenime ekstazio vartojusių 17–18 metų amžiaus mokinių yra kur kas daugiau negu jaunesnio amžiaus mokinių grupėje. Tai rodo, kad narkotiko pirmą kartą dažniausiai pabandoma sulaukus daugiau kaip 16 metų ⁽⁷¹⁾.

Nepaisant to, kad Europoje yra beveik tiek pat ekstazio vartotojų kiek amfetamino vartotojų, gydymo tarnybose apsilanko labai maža jų dalis. 2006 m. daugumoje šalių mažiau negu 1 % nuo narkomanijos gydomų pacientų ekstazį nurodo kaip pagrindinį vartotą narkotiką ir daugumoje šalių tik labai nedaug pacientų yra gydomi dėl su ekstaziu susijusių problemų. Tik penkios šalys nurodo, kad dėl ekstazio vartojimo yra gydomi daugiau kaip 100 pacientų (Prancūzija, Italija, Vengrija, Jungtinė Karalystė, Turkija), t. y. 0,5–4 % visų šiose šalyse nuo narkomanijos gydomų pacientų. Vidutinis ekstazio vartotojas yra 24–25 metų amžiaus; tai yra viena jauniausių nuo narkomanijos gydomų amžiaus grupių, kurios nariai reguliariai nurodo kartu vartojantys kitas medžiagas, įskaitant kanapes, kokainą, alkoholį ir amfetaminus ⁽⁷²⁾.

LSD

LSD bent kartą gyvenime bandžiusių suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus) skaičius svyruoja nuo beveik nulio iki 5,4 %. Šiek tiek daugiau (nuo 0,3 % iki 7,1 %) bent kartą gyvenime LSD yra bandžiusių jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus), nors 15–24 metų amžiaus grupėje nurodomas mažesnis LSD bandžiusių asmenų skaičius. Keliose palyginamuosius duomenis teikiančiose šalyse nustatyta, kad haliucinogeniniai grybai buvo dažniau vartojami nei LSD; vertinama, kad šios medžiagos bent kartą gyvenime yra bandę 1–9 % jaunų suaugusiųjų, o 0,3–3 % jos vartojo per praėjusius metus (EMCDDA, 2006).

Amfetaminų ir ekstazio vartojimo tendencijos

Naujausi duomenys patvirtina pranešimus apie nusistovėusias arba net mažėjančias amfetamino ir ekstazio vartojimo tendencijas Europoje. Kaip matyti iš gyventojų apklausų, dešimtajame dešimtmetyje bendrai išaugęs tiek vieno, tiek

kito iš šių narkotikų vartojimas dabar stabilizuojasi arba net šiek tiek mažėja, nors taip yra ne visose šalyse.

Nuo 1996 m. (6,5 %) iki 2002 m. (3,1 %) Jungtinėje Karalystėje gerokai sumažėjo amfetamino vartotojų (per praėjusius 12 mėnesių) tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) ir iki šiol vartojimas išlieka stabilus. Nurodoma, kad nuo 1994 m. iki 2000 m. gerokai padaugėjo amfetamino vartotojų Danijoje, tačiau 2005 m. atliktoje apklausoje nurodoma, kad nuo šio dešimtmečio pradžios šios medžiagos vartotojų mažėja ⁽⁷³⁾. Kitos kartotinių panašiu laikotarpiu atliktų apklausų duomenis pateikiančios šalys (Vokietija, Graikija, Ispanija, Prancūzija, Nyderlandai, Slovakija, Suomija) nurodo labai stabilias tendencijas ⁽⁷⁴⁾. Iš 14 šalių, kurios pateikė pakankamai duomenų apie amfetamino vartojimo per praėjusius metus paplitimą 15–34 metų amžiaus grupėje, trys nurodo, kad per penkerius metus (2001–2006 m.) vartotojų sumažėjo 15 % arba daugiau, keturios praneša, kad vartotojų skaičius stabilizavosi, ir septynios nurodo, kad vartotojų skaičius padidėjo 15 % arba daugiau.

Ekstazio vartojimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) vaizdas yra mišresnis: šio narkotiko vartojančių jaunų vyrų ⁽⁷⁵⁾ ir vartotojų tam tikrose pasilinksminimo vietose tebėra daug. Kai kuriose Europos šalyse bendrai padidėjęs narkotikų vartojimas devintojo dešimtmečio pabaigoje ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje lėmė panašų vartojimo lygį Vokietijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje dešimtojo dešimtmečio viduryje, vėliau šio narkotiko vartojimo per praėjusius metus paplitimas, palyginti su kitomis šalimis, nuolat buvo didesnis Jungtinėje Karalystėje ⁽⁷⁶⁾. Iš 14 šalių, kurios pateikė pakankamai duomenų, trijose šalyse jaunų suaugusiųjų, vartojančių ekstazį, skaičius per praėjusius metus sumažėjo, penkiose išliko stabilus, šešiose padidėjo.

Kelių šalių pateikti duomenys rodo, kad tam tikri visuomenės sluoksniai, vartojantys narkotikus, vietoj ekstazio ir amfetaminų pradeda vartoti kokainą. Gali būti, kad taip yra Jungtinėje Karalystėje ir Danijoje bei tam tikru mastu Ispanijoje. Jungtinė Karalystė ir Danija nurodo gana didelį amfetamino bent kartą gyvenime bandžiusių asmenų skaičių, tačiau nurodomas per praėjusius metus ir per praėjusį mėnesį narkotiko vartojusių asmenų skaičius yra labiau panašus į kitų šalių. Kokaino vartojimo šiose šalyse padidėjimui tam tikrą atsvarą sudaro amfetaminų vartojimo sumažėjimas, rodantis, kad šių šalių rinkose vienas stimuliuojantis narkotikas gali pakeisti kitą ⁽⁷⁷⁾. Kitose šalyse (Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Nyderlanduose) narkotikų

⁽⁷¹⁾ Žr. EYE-1 ir EYE-2 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷²⁾ Žr. TDI-5 ir TDI-37 lenteles (i, ii ir iii dalis) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷³⁾ Danijoje 1994 m. informacija nurodo „sunkius“ narkotikus, kuriais dažniausiai buvo laikomi amfetaminai.

⁽⁷⁴⁾ Žr. GPS-8 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁵⁾ Žr. GPS-9 (ii dalis) pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁶⁾ Žr. GPS-21 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁷⁾ Žr. „Europos stimuliantų rinka: „kokaino šalys“ ir „amfetamino šalys“?, p. 51.

vartojimo būdų pokyčių galimybė nėra tokia aiški. Apskritai menkai suvokiama skirtingų narkotikų, kurie gali dominti vartotojus, sąveika.

Neseniai pateiktų 2007 m. nacionalinių apklausų mokyklose duomenų analizė (Čekija, Ispanija, Portugalija, Slovakija, Švedija, Jungtinė Karalystė) patvirtina nuomonę, kad bendra situacija stabilizuojasi be pokyčių arba net pastebimas amfetamino ir ekstazio bent kartą gyvenime bandžiusių asmenų skaičiaus mažėjimas.

Pasilinksminimo vietos

Amfetaminų ir ekstazio vartojimas pasilinksminimo vietose

Narkotikų vartojimo pasirinktose pasilinksminimo vietose, kur renkasi jaunimas ir kurios yra kartais siejamos su narkotikų vartojimu, tokiose kaip šokių renginiai ir muzikos festivaliai, tyrimai gali atskleisti naudingų duomenų apie nuolatos ir intensyviai amfetaminus ir ekstazį vartojančių asmenų elgesį. Manoma, kad tokiose vietose narkotikų paprastai vartojama daug, bet tokie kiekiai nebūdingi platesniam gyventojų ratui.

2006 m. atliktas 25–30 metų amžiaus jaunimo, kuris reguliariai lankosi naktinio gyvenimo aplinkoje, tyrimas devyniuose Europos miestuose (Atėnuose, Berlyne, Brno, Lisabonoje, Liverpulyje, Liublianoje, Palmoje, Venecijoje, Vienoje) parodė, kad ekstazį vartojusieji bent kartą gyvenime sudarė 27 %, o amfetaminą – 17 %. Šių narkotikų dažnas vartojimas pasitaikė kur kas rečiau, tik 1,4 % respondentų nurodė ekstazį vartojantys kartą per savaitę arba dažniau ir mažiau negu 1 % tokiu dažnumu vartojo amfetaminą. 18 m. yra vidutinis amžius, kada pirmą kartą tyrime dalyvavusieji pabandė tiek vieną, tiek kitą narkotiką ⁽⁷⁸⁾. Vartojant narkotikus, dažnai kartu buvo vartojamas alkoholis – 34 % apklaustųjų nurodė „girti“ buvę daugiau kaip du kartus per keturias savaites prieš pokalbį. Tokį išgėrinėjimo dažnumą dažniau nurodė vyrai nei moterys – atitinkamai 42 % ir 27 % (Europos Komisija, 2007b).

2004 m. ir 2005 m. Prancūzijoje atliktoje apklausoje penkiose vietose, kur grojama elektroninė muzika, nurodoma, kad iš 1 496 respondentų per praėjusį mėnesį ekstazį vartojo 32 %, amfetaminą – 13 %. Vis dėlto reikia pažymėti, kad vartojimas buvo labiau paplitęs tarp subpopuliacijų, kurioms būdingi saviti kontrkultūros elementai, ir jie yra apibūdinami kaip „alternatyvistai“. Šiose subpopuliacijose ekstazį ir amfetaminą atitinkamai vartojo 54 % ir 29 % apklaustųjų.

Intervencijos pasilinksminimo vietose

Nurodoma, kad Europoje vis dažniau pastebima tendencija, kai institucijos, nagrinėdamos vietines viešosios tvarkos ir sveikatos problemas, bendrai sprendžia su teisėtais ir neteisėtais narkotikais susijusius klausimus. Toks požiūris ypač būdingas priemonėms, orientuotoms į tokias vietas kaip naktiniai barai ir klubai, kur kartu su alkoholiu vartojami tiek sintetiniu būdu pagaminti, tiek stimuliuojantys narkotikai. Viena iš kylančių problemų šioje srityje – galimi sunkumai atskiriant atitinkamai neteisėtų ir teisėtų narkotikų reikšmingumą. Alkoholio vartojimas tarp jaunimo yra vis didesnį susirūpinimą keliantis klausimas Europoje. Siekdama padėti valstybėms narėms mažinti su alkoholio vartojimu susijusią žalą jaunimui, 2006 m. Europos Komisija priėmė ES kovos su alkoholio vartojimu strategiją. Žalingas alkoholio vartojimas yra siejamas su kas ketvirta jauno vyro (15–29 metų amžiaus) ir kas dešimta jaunos moters mirtimi ⁽⁷⁹⁾.

Susirūpinus tuo, kad jaunimas viešose vietose vienu metu vartoja narkotikus ir alkoholį, buvo parengtos strategijos, kuriomis siekiama pakeisti su alkoholio ir narkotikų vartojimu susijusią socialinę, ekonominę ir fizinę aplinką, ir jų tikslai yra: pakeisti su vartojimu susijusią elgseną ir normas, sukurti sunkesnes sąlygas intoksikacijai ir sumažinti su alkoholiu ir narkotikų vartojimu susijusių problemų atsiradimo galimybes ⁽⁸⁰⁾. Valstybės narės nurodo, kad naktinio gyvenimo aplinkoje arba šalia jos bus įgyvendinamos priemonės, turinčios konkretų tikslą – sumažinti žalą ir pagerinti socialinę aplinką. Šios priemonės tai: barų ir apsaugos darbuotojų mokymas, sustiprintas galiojančių įstatymų vykdymas, suvokimo apie su medžiagų vartojimu susijusią žalą gerinimas, naktinio transporto paslaugų teikimas ir saugesnei naktinio gyvenimo aplinkai užtikrinti skirti pagerinimai. Šioje srityje priemonės bus įvairios, pavyzdžiui: geresnio gatvių apšvietimo užtikrinimas, geriamojo vandens prieinamumas, tinkamas vėdinimas arba net skubios medicinos pagalbos teikimo priemonės. Dažnai šis požiūris turi bendrų bruožų, jis yra paremtas dialogu tarp įvairių suinteresuotųjų šalių, pavyzdžiui, policijos, licencijas išduodančių institucijų, klubų savininkų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, kurie privalo dirbdami bendradarbiauti, kad būtų nustatyti vietiniai poreikiai ir surasti galimi sprendimai.

Vykdant šios srities veiklą, galima sekti Danijos pavyzdžiu, kur bendradarbiaujant su vietinės valdžios institucijomis ir policija, restoranų savininkams ir naktinio gyvenimo aplinkoje dirbantiems žmonėms sudaromos sąlygos lankyti kursus, kurių tikslas paskatinti bendrus veiksmus mažinant narkotikų

⁽⁷⁸⁾ Žr. EYE-2 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

ir alkoholio vartojimą bei jo mastus. Kai kurie šioje srityje atskirų valstybių narių sukurti metodai taip pat pradeda kelti didesnį susidomėjimą, kaip tai iliustruoja faktas, kad Jungtinėje Karalystėje parengtos saugaus šokio rekomendacijos dabar yra taikomos Paryžiaus ir Briuselio klubuose. Klubų savininkai, bendradarbiaudami su informavimo veikla užsiimančiais darbuotojais ir vietinės valdžios institucijomis, padeda skatinti saikingą alkoholio vartojimą, didinti suvokimą apie narkotikų ir alkoholio žalą, kartu gerindami aplinkos saugumą (pvz., nemokamai aprūpindami vandeniu, pagal pirmos pagalbos teikimo reikalavimus apmokydami personalą, numatydami ramybės zonas).

Vairavimo sąryšio su narkotikų ir alkoholio vartojimu klausimas buvo įtrauktas į tam tikras aplinkos strategijas. Kaip keletą iš pavyzdžių galima paminėti alternatyvių apsvaigusių vairuotojų gabenimo būdų numatymą keliuose Paryžiaus naktiniuose klubuose, skatinimą naudotis viešuoju transportu (kaip tai daro klubai Briuselyje). Ispanijoje daugiausia savaitgaliais buvo vykdoma prevencijos kampanija dėmesį skiriant „paskirtiems vairuotojams“ ir geresniam vairavimo apsvaigus nuo psichoaktyviųjų medžiagų keliamų pavojų suvokimui. Gali būti, kad ši kampanija prisidėjo prie to, kad 2006 m. Ispanijoje 16 % sumažėjo 18–20 m. jaunimo padaromų avarių ⁽⁸¹⁾.

Panašu, kad strategijos, orientuotos į aplinką, kurioje jaunimas vartoja narkotikus ir alkoholį, yra labai svarbios visuomenės sveikatos apsaugai užtikrinti ir didinti visuomenės saugumą. Jos gali būti naudingos ne tik narkotikų vartotojams, bet ir platesnei bendruomenei. Vis dėlto šiandieninėje Europoje tokios priemonės dažnai būna taikomos tik gerai žinomose probleminėse zonose, dažnai didžiųjų miestų centre, ir retai būna įgyvendinamos iki galo, o tai rodo, kad yra realių

galimybių daugiau investuoti į šią sritį ir ją plėsti. Apskritai šioje srityje dėmesys dažniausiai skiriamas tik priemonėms, orientuotoms į konkrečią probleminę elgseną arba į tam tikrus aplinkos aspektus, o ne į bendresnius uždavinius, susijusius su teisingomis vertybių sistemomis ir jaunimo požiūriu į narkotikų ir alkoholio vartojimą specifinėse vietose.

Numatomas gydymas

Daugelyje valstybių narių nedidelę paklausą lemia ribotos galimybės gauti gydymo paslaugas, specialiai pritaikytas amfetamino, metamfetamino arba ekstazio vartotojams. Ši padėtis šiek tiek skiriasi keliose valstybėse narėse, kuriose per ilgą laiką susiformavo nuolat amfetaminą arba metamfetaminą vartojančios populiacijos. Šiose šalyse (daugiausia Čekijoje, Slovakijoje, Suomijoje, Švedijoje) amfetamino arba metamfetamino vartotojai gydomi specializuotose tarnybose. Paprastai gydomiems pacientams atliekama detoksikacija, po kurios ambulatoriškai atliekama individuali terapija arba taikoma grupinė terapija ambulatorinėmis arba stacionarinėmis sąlygomis.

Paprastai terapinių metodų, kurių veiksmingumas būtų tvirtai įrodytas ir kurie būtų naudingi taikant gydymą dėl priklausomybės nuo tokių psichostimulantų kaip amfetaminai ir kokainas, stokoja. Kaip nurodoma 5 skyriuje, kol kas nėra jokių farmakologinių priemonių, kurios padėtų narkomanams susidoroti su abstinencijos sindromu ar sumažinti su priklausomybe nuo psichostimulantų susijusį potraukį. Be to, literatūroje tvirtinama, kad jokia psichosocialinė intervencija tvirtai neįrodė galinti veiksmingai padėti psichostimulantų vartotojams nepradėti vartoti narkotikų.

⁽⁸¹⁾ Daugiau informacijos apie Europoje vykdomas prevencines kampanijas žr. 2007 m. pasirinktą klausimą dėl narkotikų ir vairavimo.

5 skyrius

Kokainas ir krekas

Ižanga

Naujausi duomenys ir toliau rodo, kad apskritai Europoje kokaino vartojimas didėja. Tam tikrose šalyse atliktos gyventojų apklausos rodo, kad nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio kokaino vartojimas tarp jaunimo labai padidėjo. Tą patvirtina tiksliniai tyrimai, kurių metu buvo pastebėtas aukštas kokaino vartojimo lygis tam tikrose pasilinksminimo vietose (naktinio gyvenimo aplinkoje ir vietose, kur grojama šokių muzika). Lygiagrečiai remiantis indikatoriais, įskaitant konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotą kiekį, matyti, kad Europoje labai pagerėjo galimybės gauti kokaino.

Pastaraisiais metais keliose ES valstybėse narėse gydymo dėl kokaino vartojimo paklausa gerokai padidėjo ir šiuo metu keliose šalyse, miestuose ir regionuose yra didesnė nei gydymo dėl opioidų vartojimo paklausa. Be to, labai didelė dalis pacientų, gydomų dėl opioidų vartojimo, nurodo kokainą kaip antrinį vartojamą narkotiką, o tai gali sukelti dar daugiau problemų ir apsunkinti priežiūrą. Daugelis šalių nurodo, kad kokainas, dažnai vartojamas kartu su opioidais ir kitomis medžiagomis, toksikologinių tyrimų duomenimis yra dažna su narkotikų vartojimu susijusių mirčių priežastis.

Tai, kad vartojimo lygis skirtingose šalyse labai skiriasi, – daugelis šalių vis dar nurodo nedidelį vartotojų skaičių, – yra reikšmingas reiškinys, rodantis, kad apskritai kokaino vartojimas Europoje didėja. Valstybių patirtis sprendžiant su kokainu susijusias problemas taip pat labai skiriasi: pavyzdžiui, pranešama, kad gana nedidelei daliai šalių tenka didžioji dalis gydymo dėl kokaino vartojimo paklauskos.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Didžioji kokamedžių, iš kurių išgaunamas kokainas, dalis vis dar auginama keliose Andų regiono šalyse ⁽⁸²⁾. 2007 m. Jungtinių Tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuro (2008) (INCB, 2008b) vertinimu, kokaino hidrochlorido gamybos galimybės pasaulyje siekė 994 tonas, iš kurių Kolumbijai tenka 61 %, Peru – 29 %,

Bolivijai – 10 % šio kiekio. Išnagrinėjus sunaikintų laboratorijų skaičių matyti, kad didžioji dalis gamybos vis dar yra sutelkta šiose trijose šalyse, nors ji taip pat gali būti plėtojama kitose Pietų Amerikos šalyse, iš kurių vėliau kokainas eksportuojamas į pagrindines vartotojų rinkas Šiaurės Amerikoje ir Europoje. Informacija apie neteisėtą prekybą kalio permanganatu (kokaino hidrochloridui sintetinti naudojama cheminė medžiaga) patvirtina šią išvadą; nurodoma, kad Kolumbijoje 2006 m. konfiskuota 99 iš 101 tonos pasaulyje konfiskuoto kalio permanganato (INCB, 2008b).

Vėliau Andų regione pagamintas kokainas kontrabanda pervežamas į Pietų Amerikos šalis (per Braziliją, Ekvadorą, Venesuelą). Nors Karibų šalys išlieka svarbia į Europą vežamo kokaino tranzito zona, per pastaruosius keletą metų stipriai intensyvėjo jo vežimas per Vakarų Afrikos šalis, visų pirma Gvinėjos įlanką ir Žaliojo Kyšulio Respublikos, Gvinėjos ir Bisau Gvinėjos pakrantes (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Ispanija ir Portugalija išlieka pagrindinėmis šalimis, per kurias kokainas įvežamas į Europą. Nuo 2005 m. Portugalijos vaidmuo šiuo požiūriu labai išaugo. Vis dėlto kokainas į Europą, ypač į Nyderlandus, Belgiją, Italiją, Prancūziją, Jungtinę Karalystę ir Vokietiją, ir toliau įvežamas tiesesniu keliu, pervežant jį Atlanto vandenynu arba oru. Ir Nyderlandai, ir Prancūzija nurodomos kaip pagrindinės tranzito šalys, per kurias kokainas toliau platinamas Europoje (Europolas, 2007b). Naujausiose kokaino importo per Rytų Europos šalis (Bulgariją, Estiją, Latviją, Lietuvą, Rumuniją ir Rusiją) ataskaitose nurodoma, kad šiose Europos šalyse randasi naujų kontrabandos kelių.

Konfiskavimas

Kokainas yra antras po džiovintų kanapių ir kanapių dervos narkotikas, kuriuo pasaulyje neteisėtai prekiaujama dažniausiai. 2006 m. konfiskuoti kokaino kiekiai pasaulyje šiek tiek sumažėjo – konfiskuota 706 tonos. Pietų Amerikoje pranešama apie didžiausius konfiskavimo kiekius, kurie sudaro 45 % viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, antroje vietoje yra Šiaurės Amerika (24 %), trečioje – Vakarų ir Vidurio Europa (17 %) (UNODC, 2008).

⁽⁸²⁾ Dėl informacijos apie duomenų apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą šaltinius žr. p. 38.

⁽⁸³⁾ Taip pat žr. „Vakarų Afrika: dabartinis kontrabandos į Europą tranzito regioninis centras“, p. 60.

Vakarų Afrika: dabartinis kontrabandos į Europą tranzito regioninis centras

Vakarų Afrika per pastaruosius penkerius metus tapo svarbiu kokaino kontrabandos į Europą regionu ⁽¹⁾, per kurį gabenamas ir kuriame saugojamas bei perpakuojamas kokainas (Europolas, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Manoma, kad beveik ketvirtis į Europą neteisėtai 2007 m. įvežto kokaino buvo pervežta per šį regioną (UNODC, 2008). Atsižvelgiant į tai, kad kokaino vartojimas Europoje auga, manoma, kad intensyvėjanti kontrabanda per Vakarų Afriką prisidėjo prie šio narkotiko atpigimo, kartu sutvirtindama Iberijos pusiasalio, kaip platinimui Europoje skirtą kokaino įvežimo vietą, vaidmenį (Europolas, 2007b).

Dažniausiai kokainas į Europą iš Vakarų Afrikos gabenamas jūra, kartu su dideliais žvejybinuose laivuose esančiais krovinių, gabenamais į iškrovimo vietas, paprastai esančių šiaurinėje Portugalijos pakrantės dalyje ir Galisijoje, Ispanijoje. Mažesni kokaino kroviniai vežami oru arba žeme ir vis dažniau gabenami kartu su kanapių dervos kontrabanda.

Kontrabandos srautų per Vakarų Afriką svarba auga dėl kelių priežasčių. Kaip keletą to priežasčių galima paminėti veiksmingesnę kitų kontrabandos kelių kontrolę (Europolas, 2007b), geografinę Vakarų Afrikos padėtį ir šio regiono šalių ekonominį pažeidžiamumą, dėl kurio dažnai teisminė ir teisėsaugos sistemos būna silpnos.

Siekdama išspręsti šį klausimą, tarptautinė bendrija pradėjo įgyvendinti kelias iniciatyvas. Neskaitant kitų Europos Sąjungos iniciatyvų, Taryba, pasitelkusi Horizontaliąją kovos su narkotikais darbo grupę, Vakarų Afrikos klausimą priskyrė prie svarbiausių klausimų ir 2008 m. JT Narkotinių medžiagų komisijai pateikė rezoliuciją dėl tarptautinės pagalbos Vakarų Afrikai stiprinimo. Be to, septynios valstybės narės, remiamos ES, kartu įsteigė Jūrų prekybos narkotikais analizės ir operacijų centrą (MAOC-N), Lisabonoje įkurtą teisėsaugos centrą, kuriam bus teikiama karinė parama ir kurio tikslas – sustabdyti kokaino kontrabandą, skiriant ypatingą dėmesį rytinei Atlanto vandenyno pusei.

⁽¹⁾ UNODC (2007b) nurodoma, kad 2006–2007 m. Senegale, Ganoje, Mauritanijoje, Bisau Gvinėjoje, Žaliajame Kyšulyje, Nigerijoje, Benine ir Siera Leonėje užregistruota daugiausia konfiskavimo atvejų.

Europoje per pastaruosius 20 metų kokaino konfiskavimo atvejų daugėjo, išskyrus 2003 m., kai jų buvo sumažėjo. Ši tendencija išliko 2001–2006 m. laikotarpiu. Per pastaruosius dešimt metų taip pat didėjo konfiskuojamo kokaino kiekis, nors jis nuolat svyravo. 2006 m. Europoje kokaino konfiskavimo atvejų padidėjo iki 72 700, o konfiskuotas kiekis padidėjo iki 121 tonos ⁽⁸⁴⁾. Ispanijoje ir toliau nurodomi didžiausi konfiskuojamo kokaino

kiekiai, 58 % visų konfiskavimo atvejų, konfiskuota 41 % viso tais metais Europoje konfiskuoto kokaino kiekio. Tai, kad nuo 2005 m. labai padaugėjo konfiskavimo atvejų Portugalijoje (2006 m. 28 % visų konfiskavimo atvejų), rodo, kad kokaino prekeiviai vis dažniau bando patekti į Europos rinką per Iberijos pusiasalį.

Grynumas ir kaina

2006 m. Europoje kokainui būdingas grynumas svyravo nuo 1 % iki 90 %, nors daugelis šalių nurodo svyravimus nuo 25 % iki 55 % ⁽⁸⁵⁾. Didžioji dalis iš 23 pakankamai duomenų pateikusių šalių nurodo kokaino grynumo mažėjimo tendenciją 2001–2006 m. Vis dėlto 2003–2006 m. Graikijoje ir Prancūzijoje pastebėta augimo tendencija.

2006 m. daugumoje šalių mažmeninė kokaino kaina svyravo nuo 50 EUR iki 75 EUR už gramą, nors Kipre, Rumunijoje, Švedijoje ir Turkijoje nurodoma daug didesnė kaina. 18 šalių, kurios pateikia pakankamai duomenų, 2001–2006 m. vartotojams parduodamas kokainas atpigo, išskyrus Rumuniją, kur stebimas kainų (pakoreguotų dėl infliacijos) augimas.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Skiriasi ne tik bendras suvartojamo kokaino kiekis valstybėse narėse, bet ir patiems kokaino vartotojams būdingos savybės, kurių socialinė terpė yra labai įvairi – nuo kai kurių palankiausioje padėtyje esančiųjų visuomenės narių iki iš jos išstumtųjų. Atitinkamai gali labai skirtis kokaino vartojimo būdai – nuo atsitiktinio vartojimo ir vartojimo pasilinksminimo vietose iki vartojimo, sukeliančio didelį potraukį ir priklausomybę. Kokaino vartojimo forma (kokaino hidrochloridas arba krekas) ir vartojimo būdas yra papildomi sudėtingumo veiksniai. Įvairovė yra svarbus veiksnys tiek suvokiant problemų, kurios gali būti susijusios su įvairiais kokaino vartojimo būdais, mastą, pritaikant ir kuriant įvairioms vartotojų grupėms skirtas paslaugas.

Tarp visų gyventojų

Apskritai kokainas vis dar yra antras po kanapių narkotikas, kuris pasaulyje vartojamas dažniausiai, nors vartojimas skirtingose šalyse labai skiriasi. Manoma, kad apytiksliai 12 mln. europiečių šį narkotiką bandė bent kartą gyvenime; vidutiniškai 3,6 % suaugusiųjų nuo 15 iki 64 metų amžiaus (duomenų santrauką žr. 5 lentelėje). Vartotojų skaičius valstybėse svyruoja nuo 0,4 % iki 7,7 %,

⁽⁸⁴⁾ Šiame skyriuje aptartų duomenų apie Europoje konfiskuojamą kokainą ieškokite SZR-9 ir SZR-10 lentelėse 2008 m. statistikos biuletenyje. Atkreiptinas dėmesys, kad tuo atveju, jeigu 2006 m. duomenys nebuvo pateikti, atliekant bendrus skaičiavimus Europos mastu vietą jų buvo naudojami atitinkami 2005 m. duomenys.

⁽⁸⁵⁾ Žr. PPP-3 ir PPP-7 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

o dvylika šalių, daugiausia į Europos Sąjungą 2004 m. įstojusios šalys, nurodo labai neaukštą bent kartą gyvenime kokaino vartojusių suaugusiųjų skaičių (0,4–1,2 %).

Apskaičiuota, kad apytiksliai 4 mln. europiečių šį narkotiką vartojo per praėjusius metus (vidutiniškai 1,2 %), nors vėlgi šalyse vartojimas labai skiriasi. Apie tai galima spręsti iš nacionalinių apklausų išvadų, kuriose nurodoma, kad vartojimo per praėjusius metus paplitimo procentas svyruoja nuo 0,1 % iki 3 %, nors tik keturiose šalyse nurodomas procentas viršija 1 %. 2 mln. suaugusiųjų nurodo šį narkotiką vartoję per praėjusį mėnesį, t. y. dukart mažiau vartojimo per praėjusius metus atvejų, ir tai sudaro apytiksliai 0,5 % suaugusių gyventojų. Šie duomenys gali būti pasenę.

Apskritai atrodo, kad kokaino vartotojų daugiausia yra keliose šalyse, visų pirma Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kiek mažesniu mastu – Italijoje, Danijoje ir Airijoje; tačiau kitose Europos šalyse kokaino vartotojų gana nedaug. Beveik visose šalyse, kuriose neteisėtų stimuliuojančių narkotikų rinkoje vyrauja amfetaminai, kokaino vartotojų yra mažai. Daugelyje šalių, kuriose kokainas yra dažniausiai vartojamas neteisėtas stimulantas, nurodoma, kad, atvirkščiai, amfetamino vartotojų yra nedaug ⁽⁸⁶⁾.

Kokaino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kokainą dažniausiai vartoja jauni suaugę (15–34 metų amžiaus) asmenys. Tikėtina, kad iš 4 mln. europiečių, kurie šį narkotiką vartojo per praėjusius metus, septyni iš aštuonių yra jauni suaugusieji.

Apskaičiuota, kad Europoje 7,5 mln., arba vidutiniškai 5,4 %, jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) bent kartą gyvenime yra bandę kokaino. Atskirose valstybėse šis skaičius svyruoja nuo 0,7 % iki 12,7 %. Europoje šioje amžiaus grupėje kokaino vartojimo per praėjusius metus paplitimas siekia 2,3 % (3,5 mln.), o vartojimo per praėjusį mėnesį – 1 % (1,5 mln.).

Kokainą itin dažnai vartoja jauni (15–34 metų amžiaus) vyrai. Per praėjusius metus šio narkotiko Ispanijoje, Danijoje, Airijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje vartojo 4–7 % jaunų vyrų ⁽⁸⁷⁾. Skirtingose šalyse vartotojų per praėjusius metus santykis tarp jaunų suaugusiųjų moterų ir vyrų svyruoja nuo 1:1 iki 1:13. Visoje Europos Sąjungoje svertiniai vidurkiai rodo, kad vyrų ir moterų santykis tarp 15–34 metų amžiaus kokaino vartotojų siekė beveik 4:1 (3,8 vyro vienai moteriai).

Kokaino vartojimo vertinimas analizuojant komunalines nuotekas

Analitinės chemijos naujovių pritaikymas aptinkant kokainą nuotekose yra naujas neteisėtų narkotikų vartojimo bendruomenėje stebėsenos metodas, žinomas „sрутų epidemiologijos“ pavadinimu. Metodas taikomas matuojant neteisėtų narkotikų skilimo produktus, išskiriamus su vartotojų šlapimu. Tada nuotekose pamatuotų skilimo produktų lygis padidinamas, siekiant apskaičiuoti neteisėtų narkotikų vartojimą tarp visų gyventojų. Benzoylcegonine yra dažniausiai į šlapimą išskiriamas kokaino metabolitas. Kadangi benzoylcegonine į nuotekų sistemą gali patekti tik kaip žmogaus organizmo išskiriama medžiaga, darant tam tikras prielaidas, pagal metabolito kiekį nuotekose galima atvirkštinu būdu apskaičiuoti bendruomenėje suvartojamo kokaino kiekį (bet ne vartotojų skaičių).

Sрутų epidemiologija dar tik pradeda vystytis ir informacija, kurią ji suteikia, kaip ir svarbūs techniniai bei etikos klausimai, turi būti įtraukti į mokslinius tyrimus. Šie klausimai yra nagrinėjami naujame ENNSC leidinyje apie nuotekų analizę (EMCDDA, 2008b). Bendrai įvairių mokslo sričių ekspertų parengtoje ataskaitoje nurodoma, kad nors būtina tolesnė sрутų epidemiologijos plėtra, ji gali būti naudinga narkotikų vartojimo stebėsenos bendruomenėje priemonė. Šis metodas taip pat gali būti taikomas kaip narkotikų vartojimo stebėsenos priemonė, siekiant padėti visuomenės sveikatos ir teisėsaugos pareigūnams nustatyti narkotikų vartojimo būdą įvairaus dydžio miestuose. Kadangi nuotekų bandiniai gali būti analizuojami kasdien, kiekvieną savaitę ar kiekvieną mėnesį, duomenys gali būti naudojami realiau įvertinant skaičius, kurie bendruomenėms suteiktų daugiau galimybių stebėti prevencinės ir intervencinės veiklos poveikį bei veiksmingumą.

Remiantis naujausiais duomenimis, kokaino vartotojų (per praėjusius metus ir per praėjusį mėnesį) yra daugiausia 15–24 metų amžiaus grupėje, nors šis reiškinys yra ne toks ryškus kaip kanapių ar ekstazio vartotojų grupėje ⁽⁸⁸⁾. Manoma, kad per praėjusius metus narkotikus vartojo 2,6 % šios amžiaus grupės asmenų arba 2 mln. 15–24 metų amžiaus asmenų.

Kokaino vartojimas taip pat siejamas su tam tikru gyvenimo būdu. 2003–2004 m. Britanijos nusikalstamumo apžvalgoje apskaičiuota, kad kokainą per praėjusius metus nurodo vartoję apytiksliai 13 % 16–29 metų amžiaus asmenų, kurie dažnai lankosi baruose ir vyno baruose, ir 3,7 % asmenų, kurie tose vietose lankosi rečiau. 30–59 metų amžiaus grupėje šie skaičiai yra atitinkamai 3,1 % ir 1 %. Toje pačioje apklausoje nurodoma, kad net amžiaus grupėje, kurioje kokaino vartojimas yra labai paplitęs, kreko vartojimo procentas yra labai mažas. Tai patvirtina

⁽⁸⁶⁾ Žr. „Europos stimulantų rinka: „kokaino šalis“ ir „amfetamino šalis“?, p. 51.

⁽⁸⁷⁾ Žr. GPS-13 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁸⁾ Žr. visų metų duomenis GPS-15 pav. ir lentelėse nuo GPS-14 iki GPS-16 bei naujausius duomenis lentelėse nuo GPS-17 iki GPS-19 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Kartą gyvenime	Praėjusiais metais	Praėjusį mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	12 mln.	4 mln.	2 mln.
Vidurkis Europoje	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Diapazonas	0,4–7,7 %	0,1–3,0 %	0–1,6 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija, Malta, Lietuva (0,4 %), Graikija (0,7 %)	Graikija (0,1 %), Lenkija, Latvija, Čekija (0,2 %)	Graikija, Estija, Čekija (0,0 %), Malta, Lietuva, Lenkija, Suomija, Latvija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (7,7 %), Ispanija (7,0 %), Italija (6,6 %), Airija (5,3 %)	Ispanija (3,0 %), Jungtinė Karalystė (2,6 %), Italija (2,2 %), Airija (1,7 %)	Ispanija (1,6 %), Jungtinė Karalystė (1,3 %), Italija (0,8 %), Airija (0,5 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7,5 mln.	3,5 mln.	1,5 mln.
Vidurkis Europoje	5,4 %	2,3 %	1 %
Diapazonas	0,7–12,7 %	0,2–5,4 %	0,0–2,8 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija, Lietuva (0,7 %), Malta (0,9 %), Graikija (1,0 %)	Graikija (0,2 %), Lenkija (0,3 %), Latvija, Čekija (0,4 %)	Estija (0,0 %), Graikija, Lenkija, Latvija, Čekija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (12,7 %), Ispanija (9,6 %), Danija (9,1 %), Airija (8,2 %)	Jungtinė Karalystė (5,4 %), Ispanija (5,2 %), Italija (3,2 %), Airija (3,1 %)	Ispanija (2,8 %), Jungtinė Karalystė (2,7 %), Italija (1,2 %), Danija, Airija (1,0 %)
15–24 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	3 mln.	2 mln.	800 000
Vidurkis Europoje	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Diapazonas	0,4–11,2 %	0,2–6,1 %	0,0–3,2 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias	Rumunija (0,4 %), Graikija (0,6 %), Lietuva (0,7 %), Malta, Lenkija (1,1 %)	Graikija (0,2 %), Lenkija (0,3 %), Čekija (0,4 %), Latvija (0,6 %)	Estija (0,0 %), Graikija, Latvija (0,1 %), Čekija, Lenkija, Portugalija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas yra didžiausias	Jungtinė Karalystė (11,2 %), Ispanija (8,7 %), Danija (8,0 %), Airija (7,0 %)	Jungtinė Karalystė (6,1 %), Ispanija (5,8 %), Airija (3,8 %), Danija, Italija (3,3 %)	Jungtinė Karalystė (3,2 %), Ispanija (3,1 %), Italija (1,3 %), Bulgarija, Airija (1,1 %)

Informacija pateikiama remiantis paskutinių kiekvienoje šalyje atliktų apklausų duomenimis. Tyrimai atlikti 2001–2007 m. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje vidurkį. Šalims, kurios nepateikė informacijos, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų amžiaus (328 mln.) asmenys, 15–34 metų amžiaus (134 mln.) asmenys ir 15–24 metų amžiaus (64 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2008 m. statistikos biuletenyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

išsamesnių tyrimų rezultatai, kurie rodo, kad kokaino miltelių vartotojas skiriasi nuo krekos vartotojo. Tikėtina, kad kitose šalyse kokaino vartojimas taip pat siejamas su panašiais gyvenimo būdo veiksniais.

Pasilinksminimo vietose atliktų tyrimų duomenys dažnai rodo, kad šiose vietose kokainas vartojamas dažnai. Pavyzdžiui, 2006 m. devyniuose Europos miestuose (Atėnuose, Berlyne, Brno, Palmoje, Lisabonoje, Liverpulyje, Liublianoje, Venecijoje, Vienoje) atlikus tyrimą ir apklausus 1 383 jaunos žmones nuo 15 iki 30 metų amžiaus, kurie reguliariai „lankosi naktinio gyvenimo aplinkoje“, nustatyta, kad iš jų 29 % nurodė bent kartą vartoję šio narkotiko ir beveik 4 % nurodė kokainą vartojantys kartą per savaitę, o tam tikru laikotarpiu ir dažniau (Europos Komisija, 2007b). 2004–2005 m. Prancūzijoje atliktoje apklausoje, kurios metu buvo apklausti 1 496 asmenys penkiose vietose, kuriose grojama elektroninė muzika, taip pat nurodomas aukštas vartojimo procentas. Beveik 35 % apklaustųjų per praėjusį mėnesį vartojo kokainą ir 6 % – kreką arba laisvosios medžiagos kokainą. Tyrimas taip pat parodė skirtumus tarp skirtingų subpopuliacijų. Per praėjusį mėnesį kokainą vartojo 50 % ir kreką vartojo 13 % vadinamųjų „alternatyviųjų“ subpopuliacijos atstovų, o platesnės subpopuliacijos grupėje – maždaug ketvirtadalis vartojo kokainą ir 2 % – kreką.

Kokaino vartojimas tarp mokinių

Apskritai mokiniai kokainą vartoja kur kas rečiau nei kanapes. Daugumoje šalių kokainą bent kartą gyvenime yra bandę 2 % arba mažiau mokinių nuo 15 iki 16 metų amžiaus. Šis procentas yra didesnis Ispanijoje (4 %) ir Jungtinėje Karalystėje (5 %) ⁽⁸⁹⁾. Šalyse, kurios pateikė naujausių mokyklose atliktų apklausų duomenis (Ispanijoje, Portugalijoje, Slovakijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje), kokaino vartojimo paplitimo lygis yra stabilus arba nesmarkiai mažėja, nors paprastai vartojimo paplitimo lygio pokyčiai yra per maži, kad būtų statistškai reikšmingi. Ispanijoje neseniai atlikta apklausa parodė, kad vartotojų labai padaugėjo tarp 17–18 metų amžiaus mokinių.

Kokaino vartojimo būdai

Visuomenės apklausų duomenys atskleidžia didelį kokaino vartotojų procento nepastovumą: šalyse, kuriose vartotojų per praėjusius metus skaičius viršijo 2 %, nuo 80 % iki 90 % suaugusiųjų, kurie bent kartą gyvenime bandė kokaino, per praėjusį mėnesį jo nevartojo ⁽⁹⁰⁾.

Turima nedaug informacijos apie kokaino vartojimo dažnumą Europoje. Britanijos nusikalstamumo apžvalgoje atliktoje analizėje nurodoma, kad 20 % jaunimo (16–24 metų amžiaus), kurie kokainą vartojo praėjusiais metais, šį narkotiką vartojo dažniau nei kartą per mėnesį. Keliuose Europos miestuose atlikta apklausa, kurios tikslinė grupė buvo devynių miestų kokaino vartotojai (Prinzleve *et al.*, 2004), rodo, kad vidutiniškai socialiai integruoti vartotojai narkotikus vartojo rečiau (septynias dienas per mėnesį) nei socialiai atskirti vartotojai (11 dienų) arba dėl opioidų vartojimo gydomi pacientai (14 dienų).

Priklausomybė nuo kokaino ir gydymo paklausa

Duomenis apie priklausomybę nuo kokaino (švirkštimąsi arba ilgalaikį ir (arba) reguliarių vartojimą) atskirose valstybėse pateikė tik Ispanija ir Italija; regionų duomenis pateikė Jungtinė Karalystė. Remiantis naujausiais Ispanijos pateiktais duomenimis, 2002 m. šioje šalyje buvo nuo 4,5 iki 6 probleminių kokaino vartotojų 1 000 suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus). 2006 m. Italijoje buvo nuo 3,7 iki 4,5 probleminių kokaino vartotojų 1 000 suaugusiųjų. Jungtinės Karalystės pateikiamos informacijos negalima tiesiogiai lyginti su Ispanijos ir Italijos pateikta informacija, kadangi ji yra susijusi su krekos vartojimu. Vieno 2004–2005 m. atlikto tyrimo metu buvo apskaičiuota, kad Anglijoje buvo nuo 5,7 iki 6,4 probleminio krekos vartotojų 1 000 suaugusiųjų gyventojų.

2006 m. Europoje 16 % visų gydomų, t. y. apie 61 000 pacientų 24 Europos šalyse ⁽⁹¹⁾, nurodė kokainą, dažniausiai kokaino miltelius, kaip pagrindinį narkotiką, dėl kurio vartojimo jiems reikėjo gydymo. Taip pat 18 % visų ambulatoriškai gydomų pacientų kokainą nurodė kaip antrinį vartojamą narkotiką ⁽⁹²⁾. Šalyse yra labai didelių skirtumų: Ispanijoje (47 %) ir Nyderlanduose (35 %) kokaino vartotojai sudaro didelę pacientų, kurie kreipiasi dėl gydymo, dalį, nors Italijoje gydymo dėl šio narkotiko paklausa siekia 25 %. Kitose Europos šalyse pacientai, kurie kreipiasi gydymo dėl kokaino vartojimo, sudaro nuo 5 % iki 10 % (10 šalių) arba mažiau nei 5 % (12 šalių) visų pacientų, kurie kreipiasi dėl gydymo nuo narkomanijos ⁽⁹³⁾.

Tarp pirmą kartą gydomų pacientų kokaino vartotojų yra daugiau. 2006 m. Europoje 23 % gydymą pradedančių pacientų (apytiksliai 37 000 asmenų) nurodė kokainą kaip pagrindinį vartotą narkotiką ⁽⁹⁴⁾. Remiantis naujausiais duomenimis, 2005 m. Ispanijoje dažniausiai pirmą kartą gydomų pacientų minimas

⁽⁸⁹⁾ Žr. EYE-1 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

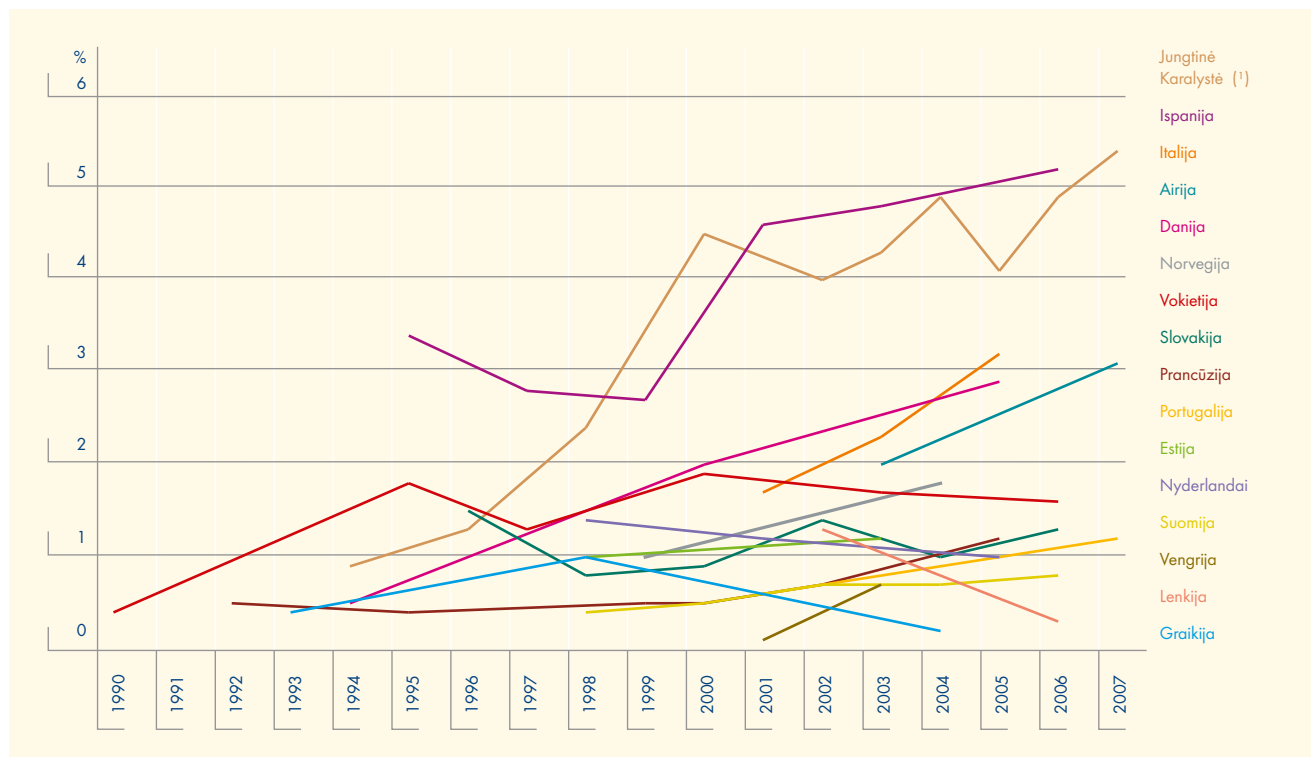
⁽⁹⁰⁾ Žr. GPS-16 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹¹⁾ Žr. TDI-1 15 lentelę ir TDI-2 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹²⁾ Žr. TDI-22 lentelę (i dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽⁹³⁾ Žr. TDI-5 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje. Ispanijos atveju nurodomi 2005 m. duomenys.

⁽⁹⁴⁾ Žr. TDI-2 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

(¹) Anglija ir Velsas.

Pastaba: Danijoje 1994 m. skaičius rodo „sunkiuosius“ narkotikus. Daugiau informacijos žr. GPS-14 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2007 m.), paimta iš gyventojų apklausų ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

narkotikas buvo kokainas, o pirmą kartą dėl kokaino vartojimo gydomi pacientai sudaro 63 % visų Ispanijoje pirmą kartą nuo narkomanijos gydomų pacientų.

Kokaino vartojimo tendencijos

Vartojimo per praėjusius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) procentą panaudojus kaip rodiklį nustatant naujas vartojimo (kadangi šioje amžiaus grupėje kokainas vartojamas dažniausiai) paplitimo tendencijas, matyti, kad kokaino vartotojų skaičius Ispanijoje, Danijoje ir Jungtinėje Karalystėje labai išaugo antroje dešimtojo dešimtmečio pusėje. Naujausi duomenys (2005–2007 m.) patvirtina augimo tendenciją, apie kurią jau pernai pranešė Prancūzija, Airija, Ispanija, Jungtinė Karalystė, Italija, Danija ir Portugalija. Vokietijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Suomijoje stebima, kad vartojimo paplitimas yra stabilus, o Lenkijoje pranešama apie jo sumažėjimą (5 pav.).

Atrodo, kad ankstesniais metais pastebėta didėjanti gydymo dėl kokaino vartojimo paklausa toliau auga, net jeigu kelių šalių duomenys jai dar neproporcingai didelį poveikį. Nuo 2002 m. iki 2006 m. pirmą kartą dėl kokaino, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo gydomų pacientų dalis padidėjo nuo 13 % iki 25 %, t. y. nuo apytiksliai 13 000 iki beveik 30 000 asmenų. Taip pat buvo pastebėta, kad padidėjo visų dėl kokaino vartojimo gydomų pacientų dalis: 2002 m. jų buvo 22 000 (13 % visos gydymo paslaugų paklausos), o 2006 m. – 50 000 (19 %). Labiausiai jų padaugėjo Italijoje ir Ispanijoje (⁹⁵).

Dėl kokaino vartojimo gydomų pacientų padaugėjimas gali būti susijęs su kokaino vartojimo padidėjimu ir su tuo susijusiomis problemomis, taip pat su kitais veiksniais (pvz., siuntimų gydytis padaugėjimu arba specialiai į kokaino vartotojus orientuotomis priemonėmis). Gydymo dėl kitų medžiagų vartojimo paklausos pokyčiai akivaizdžiai daro įtaką proporcijoms pagal narkotiko rūšį.

(⁹⁵) Žr. TDI-1 ir TDI-3 pav. bei TDI-3 lentelę (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁹⁶) Žr. GPS-20 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁹⁷) Žr. TDI-24 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁹⁸) Žr. TDI-10 ir TDI-21 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

(⁹⁹) Žr. TDI-11 lentelę (iii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

(¹⁰⁰) Žr. TDI-17 (ii ir vi dalis) ir TDI-111 (vii ir viii dalis) lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

(¹⁰¹) Žr. 2007 m. pasirinktą klausimą dėl kokaino ir kreko.

(¹⁰²) Žr. TDI-115 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Apskritai manoma, kad jaunų suaugusiųjų, bent kartą gyvenime bandžusių kokaino, skaičius Europos Sąjungoje yra mažesnis nei jų „kolegų“ Australijoje, Kanadoje ir JAV. Vis dėlto vertinant atskirų valstybių skaičius, Danijoje, Airijoje, Ispanijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse) šie skaičiai yra didesni negu Australijoje. Tik Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse) nurodoma, kad bent kartą gyvenime šio narkotiko vartojusių asmenų skaičius yra panašus kaip JAV ⁽⁹⁶⁾. Tam tikra prasme šiuos skaičius galima vertinti kaip su kokainu susijusių problemų pokyčių praeityje bei ankstesnės JAV patirties ir plataus kokaino vartojimo paplitimo Europoje, Jungtinėje Karalystėje, atspindį.

Gydymas ir žalos mažinimas

Gydomų pacientų charakteristika

Europoje beveik visi dėl kokaino vartojimo gydomi pacientai gydomi ambulatoriniuose centruose (94 %) ⁽⁹⁷⁾. Vis dėlto reikia pažymėti, kad dėl kokaino vartojimo kartais taip pat gydoma privačiose klinikose, kartais stacionare. Pastarasis gydymo būdas nėra tinkamai įtrauktas į dabartinę stebėsenos sistemą.

Tarp visų nuo narkomanijos gydomų pacientų, gydomų ambulatoriškai, vyrų pacientų skaičius, palyginti su moterų pacienčių skaičiumi, yra didžiausias (5 vyrai vienai moteriai). Vidutiniškai jie yra 31 metų amžiaus ⁽⁹⁸⁾, todėl tai yra trečioji vyriausia pacientų grupė po opioidų vartotojų ir haliucinogenų ar raminamųjų vaistų vartotojų. Didžioji dalis kokaino pacientų nurodo šį narkotiką pradėję vartoti būdami 15–24 metų amžiaus ⁽⁹⁹⁾.

Atskirose valstybėse narėse nuo kokaino vartojimo gydomi pacientai nurodo labai skirtingus narkotiko vartojimo būdus. Beveik kas antras (55 %) pacientas nurodo, kad šį narkotiką šniaukščia, beveik trečdalis (32 %) jį rūko ir kur kas mažesnė dalis (9 %) šį narkotiką leidžiasi ⁽¹⁰⁰⁾. Apskritai gydomus pacientus galima suskirstyti į dvi pagrindines grupes. Pirmąją grupę paprastai sudaro labiau socialiai integruoti asmenys, turintys nuolatinę gyvenamąją vietą ir darbą ir dažniausiai šniaukščiantys šį narkotiką. Antroji grupė – labiau visuomenės paribyje esantys pacientai, kurie paprastai kokainą rūko arba jį leidžiasi (žr. EMCDDA, 2006) ir dažniausiai nurodo vartojantys arba kreką, arba kartu ir kreką, ir heroiną. Dažniausiai kreko vartojantys pacientai gyvena didžiuosiuose miestuose, priklauso etninių mažumų grupėms ir dažnai yra vargingai gyvenantys bedarbiai ⁽¹⁰¹⁾. Europos mastu tai yra maža ir geografiniu požiūriu neplati problema; didelių su krekū susijusių problemų aptinkama gana nedaugelyje miestų. 2006 m. 20 šalių apie 8 000 kreko vartojančių pacientų

(apie 2 % visų pacientų) nurodė pradėję gydytis, nors beveik visi šie pacientai gyveno Jungtinėje Karalystėje ⁽¹⁰²⁾.

Su kokaino ir heroino vartojimu vienu metu susijusių ligų gydymas tampa vis opesnė problema tam tikrose šalyse. Gydomi pacientai gali būti esami arba buvę heroino vartotojai, kuriems taikomas pakaitinis gydymas. Tam tikrose šalyse jie sudaro didžiausią pacientų, gydomų dėl kokaino vartojimo, dalį. Keli tyrimai parodė, kad kokaino ir heroino vartojimas vienu metu gali būti susijęs su dvigubos diagnozės nustatymu arba paaštrinti užslėptas psichologines problemas, pavyzdžiui, dvipolius sutrikimus. Taip pat įrodyta, kad kokaino vartojimas vienu metu vartojant kitą narkotiką, kai taikomas palaikomasis gydymas metadonu, skatina heroiną vartoti nuolat arba pradėti jį vartoti iš naujo, taip sukeliant ŽIV ir kitų per kraują perduodamų infekcijų ir rimtų medicininių, socialinių ir nusikalstamo pobūdžio problemų atsiradimo pavojų.

Kokaino vartotojų gydymas

Kai kuriose valstybėse narėse pagausėjo kokaino vartotojų ir su tuo susijusių problemų, todėl specializuotos narkomanų gydymo įstaigos turi išspręsti sudėtingą uždavinį – pritaikyti savo paslaugas, kurias paprastai teikė opioidų vartotojams, įvairioms kokainą ir kreką vartojančioms populiacijoms. Vis dėlto 2006 m. valstybių narių, išskyrus Ispaniją, vertinimu, gydymo dėl kokaino vartojimo programų yra mažai ir galimybės pasinaudoti jomis – nedidelės.

Ypač kelios valstybės narės, pranešančios apie didelį kokaino arba kreko vartotojų skaičių, labai aktyviai kovojo su šia problema. 2007 m. Ispanija pradėjo įgyvendinti nacionalinį kovos su kokaino vartojimu planą; Airija – keletą skirtingoms kokaino vartotojų grupėms specialiai skirtų programų ir jų vertinimą. Šios programos yra orientuotos į kokainą per nosį vartojančius asmenis, keleto narkotikų vartotojus, vartojančius kokainą, moteris ir sekso darbuotojus, vartojančius narkotikus. Italijoje 2008 m. bus atliktas plataus masto klinikinis tyrimas, kurio metu bus siekiama nustatyti dviejų farmakologinių preparatų (aripirazolio ir ropiniolio) veiksmingumą priklausomybei nuo kokaino gydyti.

Informacijos apie kokaino vartotojams Europoje teikiamų paslaugų pobūdį nepakanka. Vis dėlto iš nacionalinių klinikinių leidinių arba specialistų apklausų galima susidaryti įspūdį apie dabartinę praktiką. Naujoje Jungtinės Karalystės ataskaitoje (NICE, 2007) nurodoma, kad specializuotuose Britanijos gydymo centruose į su kokainu susijusias problemas atsižvelgiama tik tada, kai pagrindinis vartojamas narkotikas yra opioidai. Italijoje neseniai atliktos apklausos metu apklausti ekspertai, susiję su kokaino

Su kokaino vartojimu susijusios sveikatos problemos

Dažnai net ir medicinos srities specialistai ribotai suvokia ryšį tarp kokaino vartojimo ir ligų. Todėl tam tikros su kokaino vartojimu susijusios problemos lieka nenustatytos ir su jomis susiduriantiems gali būti nesuteikiama tinkama priežiūra. Nedidelis pranešimų apie su kokaino vartojimu susijusias problemas kiekis apsunkina narkotikų poveikio visuomenės sveikatai suvokimą.

Su tam tikrais problemineis kokaino vartojimo būdais susiję pavojai yra gerai žinomi ir jie dažniausiai siejami su įvairiomis narkotikų vartotojų grupėmis (vartojusiems ar vartojantiems opioidus asmenims, visuomenės paribyje esančioms grupėms). Pavyzdžiui, kokainą švirkščiantis kyla infekcijų pavojus ir atsiranda didelė perdozavimo rizika, tačiau jo vartojimas kartu su kitais opioidais, regis, yra susijęs su didesne opioidų perdozavimo rizika.

Vis dėlto labiau tikėtina, kad su kokaino miltelių vartojimu siejamos sveikatos problemos gali būti neatpažintos ir gali pakenkti vartotojams, kurie paprastai nemanytų, jog jiems gresia pavojus. Chroninis kokaino vartojimas gali sukelti opias sveikatos problemas, kurių dauguma yra susijusios su širdimi ir kraujagyslėmis (arterijų sklerozė, kardiomiopatija, aritmija, miokardo išemija) bei neurologija (smegenų kraujotakos sutrikimai ir sustojimas). Šios ligos gali paūmėti dėl turimų negalavimų (pvz., kraujagyslių neišsivystymas) ir tokių rizikos veiksnių kaip rūkymas arba alkoholio vartojimas. Daug su kokainu siejamų mirčių įvyksta dėl šių patologijų.

Kokainą vartojant kartu su alkoholiu, kokaino kiekis kraujyje padidėja net iki 30 %. Elgsenos požiūriu kokainas gali palengvinti pernelyg didelio alkoholio kiekio vartojimą, leisdamas vartotojams gerti alkoholį ilgesnį laiką, o tai gali lemti suvartoto kokaino kiekį (Gossop *et al.*, 2006). Kokaetileno susidarymas kepenyse taip pat gali būti susijęs su vėlesniais pavojais sveikatai, siejamais su kokaino ir alkoholio vartojimu vienu metu.

Atlikta nedaug tyrimų, per kuriuos buvo įvertintas bendras kokaino vartojimo poveikis visuomenės sveikatai. JAV (1988–1994 m.) gyventojų didelio masto tyrime nustatyta, kad ketvirtadalis nemirtinų ūmių miokardo infarkto atvejų tarp 18–45 metų amžiaus asmenų priskiriamas „dažnam kokaino vartojimui gyvenime“. Dažnai kokainą vartojantiems asmenims yra septynis kartus didesnė rizika patirti nemirtingą miokardo infarktą negu jo nevartojantiems (Qureshi *et al.*, 2001). Vis dėlto negalima daryti tiesioginių apibendrinimų pagal šį Europos tyrimą. Dabartinis mūsų supratimas apie galimą didėjančio kokaino vartojimo Europoje poveikį sveikatai tebėra menkas ir tai lieka svarbi visuomenės sveikatos tyrimų sritis ateityje.

Išsamiau apie sveikatos problemas, kurias sukelia kokaino vartojimas, žr. 2007 m. pasirinktą temą dėl kokaino.

vartotojų gydymu, nurodo, kokių sunkumų kyla įgyvendinant tam tikras, jų nuomone, labai svarbias priemones siekiant gerų gydymo rezultatų, pavyzdžiui, teikti tinkamas paslaugas (pvz., trumpalaikę priežiūrą stacionare, struktūrizuotos psichosocialinės priemonės) arba kliniškai atskirti skirtingų tipų kokaino vartotojus. Nurodoma, kad šie sunkumai yra susiję su organizacinio pobūdžio problemomis, išteklių ir veiksmingų specializuoto gydymo dėl kokaino vartojimo intervencijų stoka. Manoma, kad kitų valstybių narių specialistai susiduria su panašiais sunkumais. Todėl tikėtina, kad siekiant plėtoti paslaugas šioje srityje, reikalingos atitinkamos investicijos, tinkamo gydymo protokolai ir specializuotas mokymas.

Naujausiose literatūros apžvalgose nurodoma, kad nėra aiškių įrodymų, jog dabartinės psichosocialinės intervencijos yra veiksmingos gydant priklausomybę nuo kokaino, taip pat nėra veiksmingų farmakologinio gydymo metodų. Neseniai pasirodęs žurnale *Cochrane*, kuriame rašoma apie psichosocialines su kokainu ir kitais psichostimuliantais susijusias intervencijas, buvo padaryta išvada, kad teigiami rezultatai dėl elgsenos (tęstinis gydymas, narkotikų vartojimo sumažėjimas) buvo pastebėti tik esant psichosocialinėms intervencijoms, kurios apėmė nenumatytų aplinkybių valdymą ⁽¹⁰³⁾.

Skirtingai nei gydant priklausomybę nuo opioidų, šiuo metu nėra veiksmingo farmakologinio gydymo būdų, kurie kokaino vartotojams padėtų laikytis abstinencijos arba sumažinti vartojimą (žr. 2007 m. pasirinktą temą dėl kokaino). Klinikiniuose tyrimuose buvo atskleistos eksperimentinių terpinės paskirties narkotikų (pvz., baklofeno, tiagabino, topiramato), skirtų sumažinti kokaino vartojimą ir potraukį jam, galimybės. Centrinės nervų sistemos stimulantas modafinilas davė ypač daug žadančių rezultatų kaip pakaitinis psichostimulatorių narkotikas. Jis yra pranašesnis tuo, kad, palyginti su kitais galimais narkotikų pakaitalais (pvz., d-amfetaminu), polinkis juo piktnaudžiauti yra mažas (Myrick *et al.*, 2004). Be to, buprenorfinas, topiramatas ir tiagabinas davė daug žadančių rezultatų mažinant kokaino vartojimą tarp opioidų vartotojų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas ir kurie tuo pačiu metu vartoja kokainą.

Šiuo metu taip pat tiriamas imunoterapijos skiriant kokaino vakciną (TA-CD) poveikis nuo kokaino priklausomiems narkomanams. Pasiskiepijus vakcina skatina antikūnų išsiskyrimą, kurie prisiriša prie kraujyje esančių kokaino molekulių ir sudaro sąlygas natūraliai išsiskiriančiam fermentui jas neutralizuoti. Pirminių klinikinių tyrimų rezultatai teikia vilčių, nors reikalingos išsamesnės studijos, siekiant išbandyti vakcinos tinkamumą farmakoterapijai nuo kokaino priklausomiems asmenims.

Kokaino vakcina pirmiausia yra skirta kartotinei prevencijai, tačiau terminas „vakcina“ taip pat teikia lūkesčių dėl galimo jos panaudojimo profilaktiniam

⁽¹⁰³⁾ Žr. „Nenumatytų aplinkybių valdymas“, p. 67.

(pvz., apie narkotikus neišmanančių vaikų arba paauglių) gydymui, užkertant kelią priklausomybei nuo kokaino. Tokio metodo veiksmingumas nėra aiškus ir dėl jo kyla etikos klausimų, kurie išsamiai nagrinėjami pasirodysiančiame ENSSC leidinyje „Priklausomybės neurobiologija: etikos ir socialiniai klausimai“.

Žalos mažinimas

Probleminis kokaino vartojimas dažnai siejamas su rimtomis pasekmėmis fizinei ir psichinei sveikatai. Pavyzdžiui, Airijos vietinėse bendruomenėse dvejus metus vykdyta tęstinė apklausa dėl kokaino vartojimo parodė, kad pablogėjo bendra nuo kokaino priklausomų, ypač švirkščiamuosius narkotikus vartojančių, pacientų sveikatos būklė. Tam tikruose projektuose nurodoma, kad daugėja pacientų, kuriems dėl menkų švirkštimosi įgūdžių susidaro pūliniai ir atsiveria žaizdos. Tarp kitų kokainą vartojančių pacientų problemų įvardijamas svorio praradimas, lytiniu būdu plintančios infekcijos, širdies būklė, amputacijos ir rizikavimas.

Kokaino vartotojams, kurie kokainą švirkščiasi, valstybės narės paprastai teikia tas pačias paslaugas ir sudaro tokias pat sąlygas, kokias gauna ir turi opioidų vartotojai, pavyzdžiui, saugaus vartojimo rekomendacijos, saugaus švirkštimosi mokymas ir adatų ir švirkštų keitimo programos. „Žemo slenksčio“ narkomanijos tarnybos šiuo požiūriu yra labai svarbios, kadangi jos užtikrina pirminę priežiūrą, teikia konsultacijas bei medicininę pagalbą. Rimtų problemų, pavyzdžiui, vienu metu patiriamų fizinių ir psichinių sveikatos sutrikimų arba tokios socialinės problemos kaip būsto problema, susijusių su kokaino ir krekos vartojimu, turintys vartotojai gali būti siunčiami gydytis pagal reabilitacijos programas į stacionarus ir į terapinio poveikio bendruomenes. Šiomis programomis ne tik siekiama susilaikymo nuo narkotikų, bet taip pat siūloma priežiūra, sudarant galimybes pailsėti, bei intensyvi priežiūra ir parama, siekiant padėti vartotojams pakeisti jų chaotišką ir didelę riziką pasižymintį gyvenimo būdą.

Kokybinis tyrimas šešiuose Ispanijos miestuose parodė, kad sekso darbuotojai dažniausiai vartoja alkoholį ir kokainą. Šis narkotikas buvo vartojamas kaip atsitiktinė ir pagalbinė priemonė, padedanti sumažinti psichologines kliūtis arba jas nuslopinti ir padidinti atsparumą ilgomis su sekso paslaugomis susijusio darbo valandoms su skirtingais klientais. Tarp pasekmių narkotikus vartojančioms prostitutėms įvardijamas nesaugus seksas ir didesnė galimybė patirti klientų smurtą. Šioje grupėje taip pat stebimi pavojingi krekos naudojimo būdai.

Sekso darbuotojai, turintys problemų dėl kokaino ir krekos vartojimo, taip pat yra pagalbos ir žalos mažinimo tarnybų tikslinė grupė. Pavyzdžiui, Nyderlanduose vietinės sveikatos tarnybos įgyvendino specialias sveikatos

Nenumatytų aplinkybių valdymas

Suteikiant atlygį asmenims, kurie laikosi abstinencijos, nenumatytų aplinkybių valdymu siekiama sumažinti stipresnį narkotikų poveikį. Paprastai su nenumatytų aplinkybių valdymu supažindinama pradedant gydymo kursą, kada teikiama psichosocialinė parama, o paskatos suteikiamos, jei šlapimo mėginiuose nėra narkotikų. Paskata, pavyzdžiui, gali būti nedidelės piniginės vertės čekis, kurio vertė kyla pasibaigus kiekvienam abstinencijos periodui. Tokiomis aplinkybėmis abstinencijos nesilaikymas lemia visos sukauptos vertės praradimą.

Pagal šį metodą pacientas nuolat skatinamas nevartoti narkotikų ir nuolat nustatomas siektinas tikslas. Nenumatytų aplinkybių valdymo veiksmingumą siekiant, kad pacientas laikytųsi abstinencijos nuo narkotikų, tvirčiausiai įrodo gydymo nuo kokaino ir heroino vartojimo tyrimai, nors yra tam tikrų įrodymų ir dėl gydymo nuo kanapių bei amfetamino vartojimo.

Nors didžioji dalis mokslinių tyrimų dėl nenumatytų aplinkybių valdymo buvo atlikta ne Europoje, neseniai atlikus nenumatytų aplinkybių valdymo galimybių studiją buvo gauti teigiami rezultatai dėl kokaino vartotojų Ispanijoje (Secades-Villa et al., 2008), nagrinėtas kokaino vartojimas Nyderlanduose tarp pacientų, kuriems buvo taikomas pakaitinis gydymas dėl opioidų vartojimo (DeFuentes-Merillas ir De Jong, 2008), kur bandymo pabaigoje paprastai būdavo atlyginama prekėmis iki 150 EUR vertės. Nacionalinio klinikinio meistriškumo instituto (NICE, 2007) atliktoje analizėje nurodoma, kad nenumatytų aplinkybių valdymas yra ekonomiškai veiksminga gydymo nuo kokaino vartojimo galimybė, ypač turint galvoje kokaino vartojimo ekonomines išlaidas platesniu mastu.

programas, skirtas kreką vartojantiems sekso darbuotojams; Prancūzijoje asociacija *Espoir Goutte d'Or*, kuri orientuojasi į krekos vartotojams ir sekso darbuotojams kylančios rizikos prevenciją ir žalos mažinimą, kas savaitę rengia neprivalomas konsultacijas ir greitus tyrimus dėl ŽIV ir hepatito.

Kokainas kartu su dideliu alkoholio kiekiu dažnai vartojamas pasilinksminimo vietose naktinio gyvenimo aplinkoje ir gali sukelti ūmių fizinio pobūdžio problemų. Kaip nurodyta 4 skyriuje, valstybės narės vis labiau laikosi kompleksinio požiūrio dėl žalos, susijusios su alkoholio ir neteisėtų narkotikų vartojimu pasilinksminimo vietose, mažinimo. Pagal šias programas jaunimui teikiami patarimai ir informacija apie bendrą alkoholio ir narkotikų vartojimo keliamą pavojų, dažnai pateikiant medžiagos apie sunkaus ir chroninio kokaino vartojimo keliamą pavojų. Europos pagalbos narkotikų vartotojams linijų darbuotojai taip pat labai aktyviai padeda didinti narkotikų vartotojų informuotumą ir jiems teikia pagalbą konsultuodami ir informuodami narkomanijos rizikos klausimais.

6 skyrius

Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis

Heroino pasiūla ir prieinamumas

Istoriškai Europos narkotikų rinkoje yra siūlomas dviejų rūšių importuojamas heroinas: plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas), įvežamas daugiausia iš Afganistano, ir baltasis heroinas (druskos pavidalo), kurio kilmės šalys paprastai yra Pietryčių Azijos šalys, nors tokiu pavidalu šis narkotikas pasitaiko vis rečiau ⁽¹⁰⁴⁾. Nedideli opioidų kiekiai taip pat gaminami Europoje, daugiausia – naminiai aguonų produktai (pvz., aguonų šiaudeliai, aguonų koncentratas iš sutrintų aguonų stiebelių arba galvučių) kai kuriose Rytų Europos šalyse (Latvijoje, Lietuvoje).

Gamyba ir kontrabanda

Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane, kuris ir toliau lieka neteisėto opijsaus tiekimo lyderis pasaulyje; po jo seka Mianmaras ir Meksika. Bendra opijsaus gamyba 2007 m. vėl stipriai (34 %) išaugo iki maždaug 8 870 tonų, daugiausia – dėl gamybos, kuri vertinama 8 200 tonų, Afganistane išaugimo. Taigi, potenciali pasaulinė heroino gamyba 2007 m. pasiekė rekordinį lygį, kuris skaičiuojamas 733 tonomis (UNODC, 2008). Didėjantis per pastaruosius metus Afganistane sunaikintų laboratorijų skaičius liudija apie tai, kad vis daugiau opijsaus perdirbama į morfijų arba heroiną pačioje šalyje. Tačiau didelio kiekio morfino konfiskavimo kaimyninėse šalyse (Pakistanė, Irane) atvejai rodo, kad didelio masto perdirbamas vyksta ir už Afganistano ribų (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroinas į Europą įvežamas dviem kontrabandos keliais: istoriškai svarbiu Balkanų keliu bei keletu jo atšakų, tranzitu kirtus Pakistaną, Iraną ir Turkiją, ir vis daugiau naudojamu „šiaurės keliu“ per Vidurinę Aziją ir Rusijos Federaciją (6 pav.). Antriniai heroino kontrabandos keliai, pasak pranešimų, eina iš Pietvakarių Azijos, pavyzdžiui, tiesiogiai iš Pakistano į Europą (Jungtinę Karalystę), taip pat ir per Pakistaną, Artimųjų Rytų ir Afrikos šalis į neteisėtą Europos ir Šiaurės Amerikos rinkas (INCB, 2006a; Europolas,

2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroinas iš Pietvakarių Azijos kontrabanda vežamas į Europą per Pietų Aziją (Bangladešą) (INCB, 2008a). Europos Sąjungoje svarbūs antriniai persikirstymo punktai yra Nyderlandai ir Belgija (ši mažiau svarbi) (Europolas, 2008).

Konfiskavimas

Pagal pranešimus, visame pasaulyje konfiskuotų opioidų kiekis 2006 m. išaugo iki 384 tonų opijsaus ir iki 104 tonų heroino bei morfijaus. Daugiausia pasaulyje buvo konfiskuota opijsaus (81 %) Irane, heroino ir morfijaus daugiausia buvo sulaikyta Pakistanė (34 %), Irane (20 %), Turkijoje (10 %) ir Kinijoje (6 %) (UNODC, 2008).

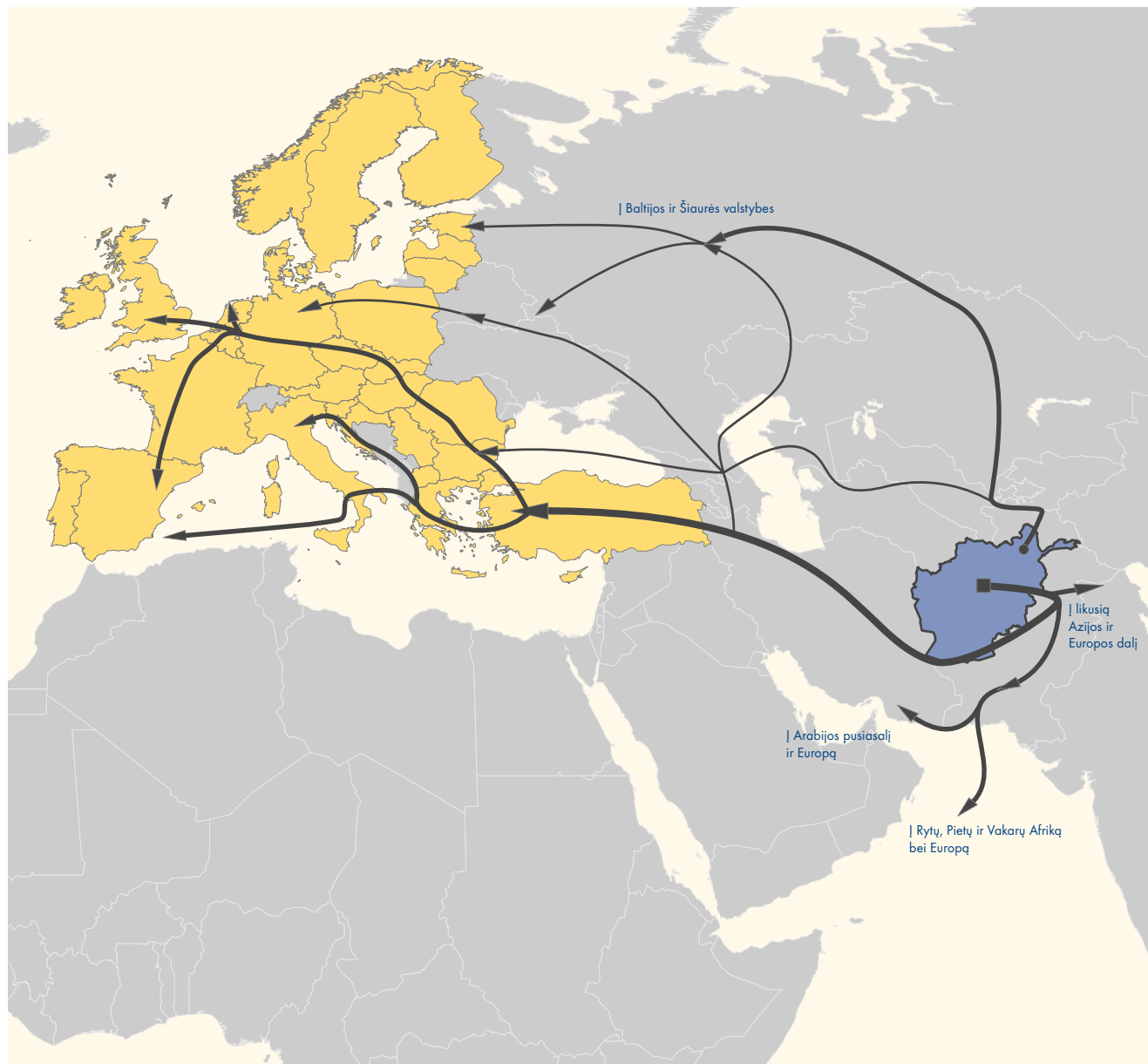
2006 m. Europoje per maždaug 48 200 konfiskavimo operacijų buvo sulaikyta 19,4 tonos heroino. 2006 m. daugiausia konfiskavimo operacijų ir vėl atlikta Jungtinėje Karalystėje, o didžiausias konfiskuotas kiekis ir vėl buvo Turkijoje – 10,3 tonos ⁽¹⁰⁵⁾. Vidutiniškai per vieną operaciją konfiskuoto heroino kiekis šiose dviejose šalyse smarkiai skiriasi – vidutinis Turkijoje konfiskuotas kiekis buvo 100 kartų didesnis negu Jungtinėje Karalystėje, tai atspindi skirtingą padėtį tiekimo grandinėje (6 pav.). Per pastaruosius 10 metų Europoje heroino konfiskavimo atvejų mažėjo: santykinai didžiausias kiekis užregistruotas 2001 m., o mažiausias – 2003 metais. Nuo 2001 m. iki 2006 m. Europoje konfiskuoto heroino kiekis sumažėjo. O štai Turkijoje – priešingai, per šį laikotarpį konfiskuotas kiekis išaugo beveik trigubai.

Visame pasaulyje konfiskuojamo acto anhidrido (naudojamo neteisėtai heroino gamybai) 2006 m. padidėjo iki 26 400 litrų; daugiausia jo buvo sulaikyta Rusijos Federacijoje (9 900 litrų) ir Kolumbijoje (8 800 litrų), Turkijoje (3 800 litrų) (INCB, 2008b). Kontrabandos keliai tarp Afganistano ir Europos taip pat naudojami pirminiams chemikalams (daugiausia acto anhidridui „šilko keliu“) ir sintetiniams narkotikams (daugiausia ekstaziui) gabenti į rytus (Europolas, 2008).

⁽¹⁰⁴⁾ Dėl informacijos apie duomenų apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą šaltinius žr. p. 38.

⁽¹⁰⁵⁾ Žr. SZR-7 ir SZR-8 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje. Atkreipkite dėmesį į tai, kad vertinimo tikslais neturimi duomenys apie 2006 m. konfiskavimą Europoje buvo pakeisti 2005 m. duomenimis. Ši analizė yra išankstinė, kadangi dar neturima 2006 m. duomenų iš Jungtinės Karalystės.

6 pav. Pagrindiniai heroino kontrabandos iš Afganistano į Europą srantai



Pastaba: Žemėlapyje nurodyti kontrabandos srantai nustatyti apibendrinus įvairių tarptautinių ir nacionalinių organizacijų analizės („Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, Europol, INCB, UNODC, WCO). Analizės grindžiamos informacija apie narkotikų konfiskavimą kontrabandos keliuose, taip pat tranzito bei paskirties šalių teisėsaugos institucijų pateikta žvalgybine informacija, kartais informacija iš papildomų šaltinių. Pagrindiniai žemėlapyje pavaizduoti kontrabandos keliai laikytini kaip pagrindinių srautų nuoroda, kadangi pakeliui gali būti nukrypimų, taip pat yra daug šalutinių kelių regionuose, kurie čia nepavaizduoti ir kurie gali greitai pasikeisti.

2006 m. 3-metilfentanilo konfiskavimo atvejai Latvijoje bei Lietuvoje ir pranešimai apie didėjančią neteisėtai gaminamo fentanilo vartojimą Estijoje rodo poreikį griežčiau kontroliuoti tokių sintetinių opioidų kaip fentanilas (kuris yra gerokai stipresnis už heroiną) prieinamumą.

Grynumas ir kaina

2006 m. tipinis rudojo heroino grynumas daugelyje duomenis pranešusių šalių sudarė nuo 15 % iki 25 %, nors iš Graikijos, Prancūzijos ir Austrijos gauta pranešimų apie mažesnio kaip 10 % grynumo heroiną, o apie didesnio grynumo – iš Maltos (31 %), Turkijos (36 %) ir Jungtinės Karalystės (43 %). Tipinis baltojo heroino grynumas paprastai buvo didesnis (45–70 %), sprendžiant pagal duomenis, pateiktus iš keleto Europos šalių ⁽¹⁰⁶⁾.

2006 m. mažmeninė rudojo heroino kaina svyravo nuo 14,5 EUR už gramą Turkijoje iki 110 EUR už gramą Švedijoje, o daugelyje Europos šalių tipinė kaina buvo 30–45 EUR už gramą. Baltojo heroino kainą nurodė tik keletas Europos šalių, ir ji buvo nuo 27 EUR iki 110 EUR už gramą. 2001–2006 m. laikotarpiu daugelyje iš 13 Europos šalių, kurios pranešė apie tendencijas, rudojo heroino kaina sumažėjo, nors Lenkijoje pastebėta jos didėjimo požymių.

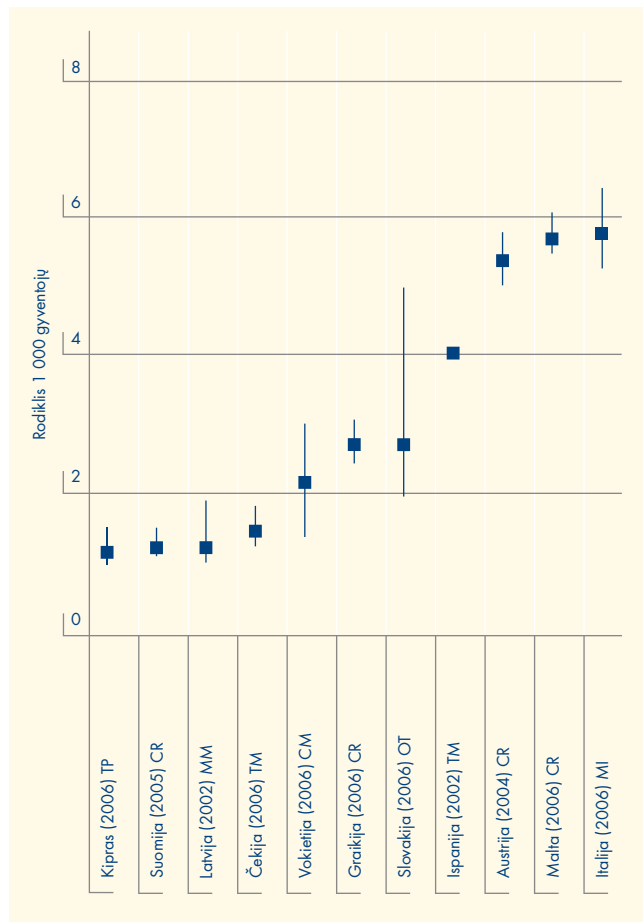
Opioidų narkomanijos paplitimo vertinimas

Šiame skirsnyje pateikiami duomenys, gauti iš ENNSC probleminio narkotikų vartojimo (PNV) indekso, kuris atspindi narkotikų švirkštimąsi ir opioidų vartojimą, nors kai kuriose šalyse svarbią jo dalį sudaro duomenys apie amfetaminų ar kokaino vartotojus. Nustatyti opioidų vartotojų skaičių sunku, nes šio tipo narkomanijos paplitimas palyginti nedidelis ir jį slapto pobūdžio, o norint iš esamų duomenų šaltinių įvertinti šio narkomanijos tipo paplitimą reikalingas statistinis ekstrapoliavimas. Be to, kadangi dauguma tyrimų atliekama vietinėse geografinėse srityse, pavyzdžiui, kokiame nors mieste arba rajone, ekstrapoliuoti valstybės mastu dažnai sunku.

Narkotikų vartojimo Europoje struktūra tampa vis įvairesnė. Pavyzdžiui, kai kuriose šalyse, kuriose istoriškai vyravo opioidų vartojimas, naujausi pranešimai rodo augančią kitų narkotikų, pavyzdžiui, kokaino, svarbą. Būtinybė veiksmingai kontroliuoti įvairių narkotikų vartojimą paskatino ENNSC parengti ataskaitą dėl skirtingus narkotikus vartojančių gyventojų grupių, kurios gali ir neturėti griežtų ribų ⁽¹⁰⁷⁾.

2002–2006 m. laikotarpio opioidų narkomanijos paplitimo vertinimo duomenimis nacionaliniu lygmeniu,

7 pav. Priklausomybės nuo opioidų paplitimo metiniai vertinimai (rodiklis 1 000 gyventojų, 15–64 metų)



Pastaba: Simbolis rodo apskaičiavimo tašką; brūkšnelis rodo vertinimo neapibrėžties intervalą: arba 95 % pasiklikimo intervalą, arba intervalą, pagrįstą jautrumo analize. Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Suomijoje (15–54 m.) ir Maltoje (12–64 m.) tyrimuose buvo naudojami nestandartiniai amžiaus intervalai. Vokietijos atveju intervalas rodo visų vertinimų žemiausią ir aukščiausią ribas, o apskaičiavimo taškas rodo paprasčiausią visų vidurio taškų vidurkį. Nurodant vertinimo metodus, naudojami sutrumpinimai: CR = įskaitymas–pakartotinis įskaitymas (angl. *capture-recapture*); TM = gydymo multiplikatorius (angl. *treatment multiplier*); MI = mišrusis indikatorius (angl. *multivariate indicator*); TP = trumpasis Poisson (angl. *truncated Poisson*); MM = mirštamumo multiplikatorius (angl. *mortality multiplier*); CM = sujungti metodai (angl. *combined methods*); OT = kiti metodai (angl. *other methods*). Daugiau informacijos žr. PDU-1 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus) tenka nuo vieno iki šešių atvejų. Bendras nustatytas narkotikų vartojimo paplitimas – 1 000 gyventojų tenka nuo vieno iki dešimties atvejų. Mažiausias iš gerai dokumentuotųjų narkomanijos paplitimas yra Kipre, Latvijoje, Čekijoje ir Suomijoje (nors tiek Čekijoje, tiek Suomijoje per didelis amfetaminų vartotojų skaičius), tačiau didžiausias paplitimas yra Maltoje, Austrijoje ir Italijoje (7 pav.).

⁽¹⁰⁶⁾ Grynumo ir kainos duomenis žr. PPP-2 ir PPP-6 lentelėse 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁷⁾ Tyrimų duomenų apie narkomanijos grupes apžvalgą žr. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Iš nedaugelio turimų duomenų galima daryti išvadą, kad vidutinis opioidų narkomanijos paplitimas yra nuo keturių iki penkių atvejų 1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus). Laikant, kad tai atitinka ES vidurkį, ES ir Norvegijoje yra apie 1,5 mln. (1,3–1,7 mln.) opioidų vartotojų.

Opioidų narkomanijos tendencijos ir paplitimas

Opioidų narkomanijos paplitimo tendencijas sunku vertinti, kadangi trūksta tos pačios kategorijos duomenų ir atskirų duomenų apibrėžtumo. 2001–2006 m. laikotarpiu iš devynių šalių surinkti tų pačių kategorijų duomenys rodo skirtingas tendencijas. Palyginti pastovus paplitimas išlieka Čekijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Italijoje, Maltoje, Slovakijoje ir Suomijoje, Austrijoje pastebėtas padidėjimas (naujausi duomenys – 2004 m.), o Kipre yra galimo sumažėjimo požymių ⁽¹⁰⁸⁾.

Opioidų narkomanijos paplitimas (naujų atvejų skaičius per nagrinėjamus metus) yra per laiką dažniau kintantis matas ir gali leisti iš anksto numatyti būsimas paplitimo ir gydymo paklausos tendencijas. Vis dėlto vartoti vertinimo modeliai pagrįsti keletu prielaidų. Be to, šie modeliai leidžia tik iš dalies įvertinti paplitimą, kadangi pagal juos vertinami tik tie atvejai, kuomet kreipiamasi dėl gydymo. Naujausius duomenis praneša tik dvi šalys ir tie duomenys rodo skirtingas tendencijas. Pagal vertinimus Italijoje paplitimas sumažėjo nuo maždaug 32 500 naujų atvejų 1990 m. iki maždaug 22 000 naujų atvejų 1997 m., po to vėl išaugo iki maždaug 30 000 naujų atvejų 2006 m. Ispanijoje, priešingai, priklausomybės nuo opioidų paplitimas, remiantis vertinimais, nuolat mažėjo nuo savo aukščiausio taško 1980 m., nors pastaruoju metu (2002–2004 m.) jis, regis, stabilizavosi ties palyginti žemu lygiu (maždaug 3 000 naujų atvejų per metus). ENNSC, bendradarbiaudamas su nacionalinių ekspertų grupe, neseniai parengė naujas paplitimo vertinimo rekomendacijas, kad paskatintų tolesnį darbą šioje srityje (Scalia Tomba *et al.*, 2008).

Opioidų vartotojų gydymas

Opioidai, daugiausia heroinas, išlieka dažniausi narkotikai, nuo kurių priklausomybės siekia išsigydyti jų vartotojai daugelyje informaciją pateikusių šalių. Iš 2006 m. užfiksuotų 387 000 gydymo prašymų (24 šalių duomenys) heroinas užfiksuotas kaip pagrindinis narkotikas 47 % atvejų, kai pagrindinis narkotikas iš viso yra žinomas. Pagal pranešimus, daugelyje šalių nuo 50 % iki 80 % visos gydymo paklausos buvo susijusios su opioidų vartojimu; likusiose šalyse ta proporciija įvairuoja

Opioido rodikliai nebemažėja

Priešingai nei nurodoma ankstesnėse metinėse ataskaitose aprašomose tendencijose, naujausi duomenys rodo, kad Europos Sąjungoje daugėja mirties nuo narkotikų atvejų, heroino konfiskavimo atvejų ir pirmą kartą gydymo dėl heroino vartojimo prašančių pacientų.

2003 m. Europoje nurodoma narkotikų sukeltų mirčių mažėjimo tendencija, kurią didžiąja dalimi lėmė opioidų vartojimo nutraukimas, o 2003–2005 m. dauguma valstybių narių nurodė vartojimo augimo tendenciją. 2003–2006 m. 16 iš 24 ataskaitas pateikusių šalių sumažėjo heroino konfiskavimo atvejų. Kelerius metus pirmą kartą gydymo dėl heroino, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo prašančių pacientų mažėjo, tačiau maždaug kas antra duomenis pateikusi valstybė nurodo, kad 2005–2006 m. jų vėl daugėjo. Tikėtina, kad tai atspindi keleriais metais anksčiau užfiksuoto heroino vartojimo paplitimo pokyčius, kadangi turėjo praeiti tam tikras laikotarpis nuo narkotikų vartojimo pradžios iki gydymo pradžios.

Šios naujos tendencijos stebimos kartu su opiumo gamybos padidėjimu Afganistane, keliančiu susirūpinimą dėl šių reiškinių sąsajos, kurią lemia pagerėjęs heroino prieinamumas Europos rinkoje. Tai svarbus klausimas, kurį reikėtų išnagrinėti išsamiau, kadangi turimų duomenų nepakanka aiškiam vaizdui susidaryti. Be to, esama svarbių kartu veikiančių veiksnių. Pavyzdžiui, kelios šalys (Čekija, Estija, Prancūzija, Austrija, Suomija) nurodo, kad farmakologinių opioidų vartojimas ne mediciniais tikslais išliko aukštas arba padidėjo ir tai gali būti svarbus aspektas interpretuojant mirties nuo narkotikų tendencijas.

nuo 15 % iki 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Opioidai yra dažniausiai vartojamas narkotikas ne tik tų, kurie pradeda gydymą, bet dar labiau tų, kurie jau gydomi. Įgyvendinant naują projektą, aprėpiantį devynias šalis ir skirtą visiems gydomiems vartotojams, nustatyta, kad daugiausia opioidus vartojantieji sudarė 59 % gydomųjų, bet tik 40 % tų, kurie pradėjo gydymą pirmą kartą gyvenime ⁽¹¹⁰⁾.

Daugelis narkomanų, pradedančių ambulatorinį gydymą nuo opioidų kaip pagrindinių narkotikų vartojimo, dar vartoja ir kitus narkotikus, pavyzdžiui, kokainą (25 %), kitus opioidus (23 %) ir kanapes (18 %). Be to, iš tų, kurie gydomi nuo kito pagrindinio narkotiko vartojimo, 13 % ambulatoriškai gydomų ir 11 % stacionaruose gydomų narkomanų opioidus vartoja kaip antrinį narkotiką ⁽¹¹¹⁾.

Kai kurios šalys praneša, kad didžioji dalis gydymo paklausos susijusi su kitais opioidais nei heroinas. Buprenorfino narkomaniją kaip pagrindinę gydymo pradžios priežastį nurodo 40 % visų pradedančiųjų

⁽¹⁰⁸⁾ Žr. PDU-6 lentelę (ii dalį) ir PDU-102 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje, kur pateikiama visa informacija, įskaitant patikimumo intervalus.

⁽¹⁰⁹⁾ Žr. TDI-5 lentelę 2007 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁰⁾ Žr. TDI-39 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹¹⁾ Žr. TDI-22 ir TDI-23 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

gydymą Suomijoje ir 8 % - Prancūzijoje. Latvijoje ir Švedijoje nuo 5 % iki 8 % narkomanų nurodo, kad pagrindinis jų narkotikas yra kiti opioidai nei heroinas ar metadonas: daugiausia buprenorfinas, nuskausminamieji ir kiti opioidai ⁽¹¹²⁾. Keletas šalių praneša apie didėjančią kelis narkotikus vienu metu vartojančių asmenų dalį tarp heroino vartotojų ir augantį kitus nei heroinas opioidus vartojančių narkomanų skaičių.

Nuo 2002 m. iki 2006 m., pagal gydymo paklausos rodiklį, absoliutūs gydymo nuo heroino priklausomybės atvejų skaičius išaugo daugiau kaip 30 000, nuo 108 100 iki 138 500 atvejų. Taip pat ir tarp pirmą kartą gyvenime pradedančių gydymą narkomanų daugiausia heroiną vartojančiųjų skaičius padidėjo nuo maždaug 33 000 2002-aisiais iki 41 000 2006 m. Šią tendenciją gali paaiškinti tokie veiksniai kaip heroino vartotojų skaičiaus didėjimas, gydymo paslaugų teikimo išplėtimas arba daugiau surenkamų duomenų.

Narkotikų švirkštimasis

Narkotikų švirkštimosi paplitimas

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai priklauso didžiausių riziką savo sveikatai dėl narkotikų vartojimo keliančių narkomanų grupei. Jiems gresia per kraują plintančios infekcijos (pvz., ŽIV (AIDS), hepatitas) arba dėl narkotikų vartojimo ištinkanti mirtis. Nepaisant to svarbos visuomenės sveikatai, tik 11 šalių galėjo pateikti naujausius duomenis apie švirkščiamųjų narkotikų vartojimą (8 pav.). Todėl informacijos apie šią svarbią žmonių grupę tikslumo didinimas yra svarbus iššūkis plėtojant sveikatos stebėsenos sistemas Europoje.

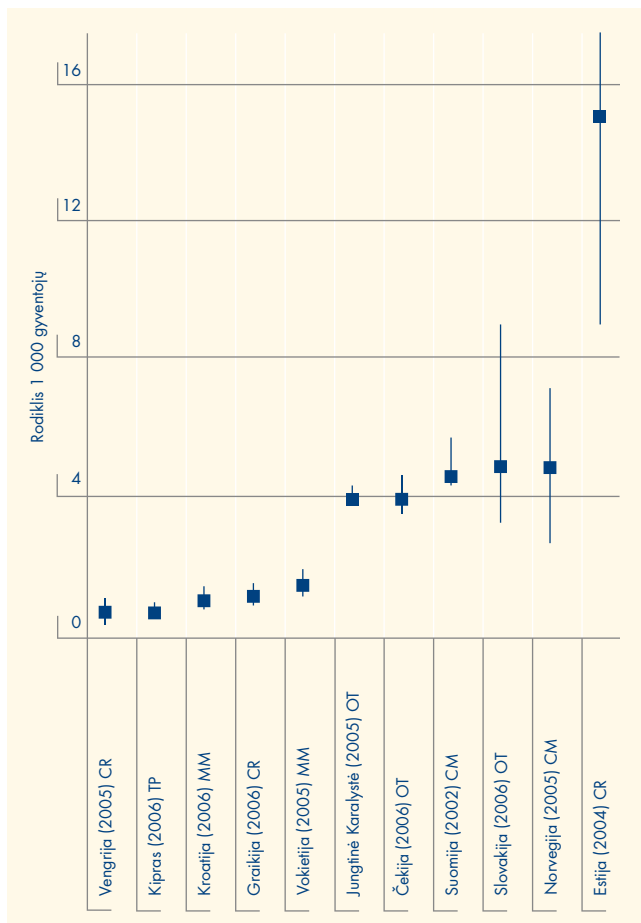
Turimi duomenys rodo didelius švirkščiamųjų narkotikų paplitimo skirtumus tarp šalių. Daugelyje šalių 1 000 gyventojų (15–64 metų amžiaus) tenka nuo vieno iki penkių atvejų, o Estijoje užfiksuotas ypač didelis 15 atvejų 1 000 gyventojų rodiklis.

Dėl duomenų trūkumo sunku daryti išvadas apie narkotikų švirkštimosi paplitimo tendencijas, nors turimi duomenys rodo jo mažėjimą Norvegijoje (2001–2005 m.) ir nesikeičiančią situaciją Čekijoje, Graikijoje, Kipre ir Jungtinėje Karalystėje ⁽¹¹³⁾.

Opioidus susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių narkomanų

43 % iš 2006 m. pradedančių ambulatoriškai gydytis nuo narkomanijos nurodė narkotiką susišvirkščiantys. Susišvirkščiančiųjų dalies tarp pradedančių gydytis heroino vartotojų pokyčiai gali rodyti platesnės opioidų narkomanų

8 pav. Švirkščiamuoju būdu vartojamų narkotikų paplitimo vertinimai (rodiklis 1 000 gyventojų, 15–64 metų)



Pastaba: Simbolis rodo apskaičiavimo tašką; brūkšnelis rodo vertinimo neapibrėžties intervalą: arba 95 % pasiklojimo intervalą, arba intervalą, pagrįstą jautrumo analize. Estijos atveju viršutinė neapibrėžties intervalo riba yra didesnė (37,9 atvejai 1 000 vartotojų). Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Nurodant vertinimo metodus, naudojami sutrumpinimai: CR = įskaitymas–pakartotinis įskaitymas (angl. capture-recapture); TM = gydymo multiplikatorius (angl. treatment multiplier); MI = mišrusis indikatorius (angl. multivariate indicator); TP = trumpasis Poisson (angl. truncated Poisson); MM = mirštamumo multiplikatorius (angl. mortality multiplier); CM = sujungti metodai (angl. combined methods); OT = kiti metodai (angl. other methods). Daugiau informacijos žr. PDU-2 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

grupės tendencijas. Šios dalies mažėjimas 2002–2006 m. buvo pastebėtas devyniose šalyse (Danijoje, Vokietijoje, Airijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Turkijoje), o padidėjimas – dviejose šalyse (Rumunijoje ir Slovakijoje). Šalys smarkiai skiriasi pagal susišvirkščiančiųjų dalį tarp pradedančių gydytis heroino vartotojų: mažiausia jų dalis yra Ispanijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose (mažiau kaip 25 %), o didžiausia (per 80 %) – Bulgarijoje, Čekijoje, Rumunijoje, Slovakijoje ir Suomijoje ⁽¹¹⁴⁾.

⁽¹¹²⁾ Žr. TDI-113 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹³⁾ Žr. PDU-6 lentelę (iii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁴⁾ Žr. PDU-104, TDI-4, TDI-5 ir TDI-17 (v dalį) lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

Tarp 2006 m. pirmą kartą pradedančių ambulatoriškai gydytis opioidų vartotojų šiek tiek mažesnė dalis (maždaug 40 %) nurodė narkotikų susišvirkščiantys. Nagrinėjant tendencijas, 13 šalių, kuriose turima pakankamai duomenų, susišvirkščiančiųjų dalis tarp opioidų vartotojų sumažėjo nuo 43 % 2003 m. iki 35 % 2006 m. ⁽¹¹⁵⁾

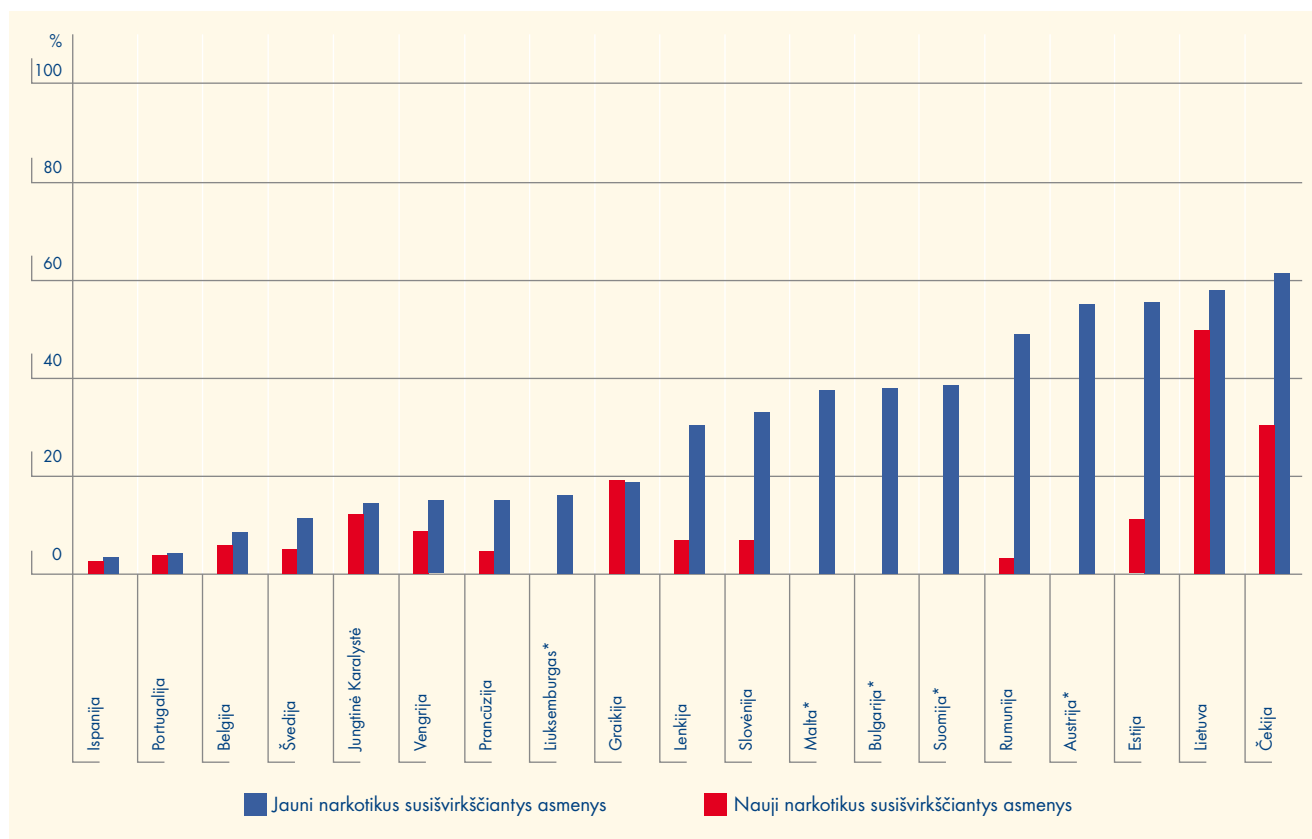
Gydymo paklausos duomenų iš devynių bandomajame tyrime dalyvavusių šalių analizė rodo, kad maždaug 63 % visų opioidų vartotojų (iš tų, kurie gydosi ir pradėjo gydytis per pastaruosius metus) prieš pradėdami gydytis nurodė juos susišvirkščiantys ⁽¹¹⁶⁾. Tai reiškia, kad tarp jau gydomų narkomanų susišvirkščiančiųjų dalis prieš pradėdami gydymą buvo palyginti didelė.

Narkotikus susišvirkščiančiųjų tyrimai gali atskleisti papildomų skirtumų tarp šalių ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo pokyčių Europoje. Daugelis šalių atlieka

reguliarius kartotinius susišvirkščiančiųjų grupių tyrimus, paprastai pagal infekcinių ligų tyrimų programas, kurias dažnai užsako įvairios institucijos, siekiančios kuo didesnio apibendrinamumo. Šalių rezultatai turi būti lyginami atsargiai, kadangi galimi skirtumai tarp minėtų tyrimų duomenų atrankos ⁽¹¹⁷⁾.

Kai kuriose šalyse šie tyrimai rodo didelę naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (kurie švirkščiasi trumpiau kaip dvejus metus) dalį (per 20 %), nors kai kuriose šalyse ši dalis nesiekia 10 % (9 pav.). Jauni švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys (jaunesni kaip 25 metų) sudaro daugiau kaip 40 % susišvirkščiančiųjų Čekijoje, Estijoje, Lietuvoje, Austrijoje ir Rumunijoje, o devyniose kitose šalyse jaunesnių kaip 25 metų yra mažiau kaip 20 %.

9 pav. Jaunų ir naujų narkotikus susišvirkščiančių asmenų dalis tarp visų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų



Pastaba: Imtys pateiktos iš švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojančiųjų, kurie buvo patikrinti dėl infekcinių ligų (ŽIV ir HCV). Buvo naudojamos naujausios turimos 2002–2006 m. imtys kiekvienos šalies atveju su sąlyga, kad yra bent 1 000 švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojančių narkomanų. Žvaigždutė nurodo, kad nėra duomenų apie naujus narkotikus susišvirkščiančius asmenis. Daugiau informacijos žr. PDU-3 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

⁽¹¹⁵⁾ Žr. TDI-7 pav. ir TDI-17 lentelę (i dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁶⁾ Žr. TDI-17 (v dalį) ir TDI-40 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁷⁾ Galima būtų tikėtis, kad jaunų ir naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis yra mažesnė imtyse iš narkomanijos gydymo įstaigų nei „atviresnėse“ institucijose, pvz., „žemo slenkščio“ tarnybose, kadangi pradedantys gydytis vartotojai tai daro jau keletą metų pavartoję narkotikų. Tačiau duomenų rinkimo srities ir jaunų ar naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sieties statistinė analizė neatskleidžia jokios statistinės svarbos, tai rodo, kad duomenų rinkimo srities (koduojamos kaip „tik gydomi narkomanai“, „negydomi narkomanai“ ir „mišri grupė“) gali neturėti didelio poveikio minėtoms proporcijoms.

Apibendrinant, didelė naujų susiŃvirkšćianćių dalis turi kelti nerimą, ypać jei prie to dar prisideda didelė jaunų susiŃvirkšćianćių dalis. Nors didesnė naujų susiŃvirkšćianćių dalis gali rodyti naują švirkšćimosi kilimo bangą, su tuo gali būti susiję ir kiti veiksniai (pvz., trumpesnė švirkšćimosi trukmė, geresnis gydymo prieinamumas, didesnis mirtingumas tarp vyresnių žmonių).

Šalyse, kuriose seniai susiformavusi opioidų narkomanų populiacija, jaunų ir naujų susiŃvirkšćianćių dalis paprastai būna maža. Likusiose, dažnai jaunesnėse valstybėse narėse, duomenys rodo didesnį jaunų susiŃvirkšćianćių skaićių. Vadovaujantis turima informacija, skirtinga naujų susiŃvirkšćianćių dalis gali rodyti vidutinio pradėjimo vartoti narkotikus amžiaus skirtumus ir didėjanćį švirkšćimosi paplitimą tarp jaunesnių arba vyresnių žmonių.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas

Pradedanćių gydytis opioidų vartotojų charakteristika

Pradedantys gydytis narkomanai, kurių daugiausia vartoja opioidus, paprastai būna vyresni (amžiaus vidurkis – 32 metai) negu tie, kurie pradeda gydytis nuo kokaino, kitų stimuliantų ir kanapių (amžiaus vidurkis atitinkamai: 31, 27 ir 24 metai), o moterys paprastai būna metais dviem jaunesnės negu vyrai. Opioidų vartotojai paprastai būna jaunesni tose šalyse, kurios prisijungė prie Europos Sąjungos 2004 m., ir Airijoje, Graikijoje, Austrijoje bei Suomijoje ⁽¹¹⁸⁾.

Tarp opioidų vartotojų vidutiniškai tris kartus daugiau vyrų negu moterų, o dar didesnė vyrų dalis pasitaiko Pietų Europos šalyse (Bulgarijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Kipre, Maltoje, Portugalijoje) ⁽¹¹⁹⁾.

Opioidų vartotojų nedarbingumo lygis aukštesnis, o išsilavinimas žemesnis negu kitų narkomanų (žr. 2 skyrių), o kai kuriose šalyse pastebėtas sergamumo su narkotikais susijusiomis psichikos ligomis padažnėjimas.

Maždaug pusė gydytis norinćių opioidų vartotojų nurodo pradėję vartoti jaunesni kaip 20 metų amžiaus, o maždaug trećdalis – nuo 20 iki 24 metų amžiaus; opioidai retai pradedami vartoti esant vyresnio kaip 25 metų amžiaus ⁽¹²⁰⁾. Tarp pirmo opioidų pavartojimo ir gydymosi nuo narkotikų priklausomybės pradžios vidutiniškai praeina nuo septynerių iki devynerių metų; vyrų ši trukmė ilgesnė negu moterų ⁽¹²¹⁾.

Geresnės gydymo vaistais galimybės

Europoje buvo sukurti nauji priklausomybės nuo opioidų gydymo vaistais metodai ir sudarytos sąlygos jais naudotis. Šiomis naujų išrašomų vaistų galimybėmis siekiama pagerinti gydymo veiksmingumą, atsižvelgti į skirtingų opioidus vartojanćių grupių poreikius ir sumažinti piktnaudžiavimo kitais narkotikais galimybes.

2006 m. ES rinkai buvo pateiktas buprenorfinas ir naloksono derinys kaip pakaitalas vienam vartojamam buprenorfinui, tuo siekiant sumažinti vartojimo susiŃvirkšćiant galimybes ir patrauklumą. Kelios valstybės narės šiuo metu atlieka šios medžiagos, kaip gydymo nuo priklausomybės opioidams būdo, vertinimą ⁽¹⁾.

Medicininės paskirties heroinas (diamorfinas) tam tikru mastu gali būti skiriamas įprastiniam gydymui nepasiduodanćių opioido vartotojų gydymui Nyderlanduose (2006 m. buvo 815 pacientų), Jungtinėje Karalystėje (400 pacientų) ir Vokietijoje, kur su heroinu susijusio tyrimo dalyviai toliau gydomi diamorfinu vadovaujantis specialiomis taisyklėmis. Be to, šiuo metu yra atliekamas atsitiktinis tyrimas dėl švirkšćiamųjų opioidų (ATŠO) Jungtinėje Karalystėje, kurioje bus įvertintas švirkšćiamojo diamorfino, švirkšćiamojo metadono ir per burną vartojamo metadono veiksmingumas. 2008 m. vasario mėn. Danijoje taip pat buvo nuspręsta sukurti diamorfino skyrimo schemą.

⁽¹⁾ Techninės informacijos apie medžiagą rasite EMEA tinklalapyje (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>).

Gydymas ir jo aprėptis

Opioidų vartotojai daugiausia gydomi ambulatoriškai – tai gali daryti specializuoti centrai, bendrosios praktikos gydytojai ir „žemo slenkščio“ institucijos. Keletė šalių svarbų vaidmenį vaidina ir stacionarinio gydymo centrai, ypać Bulgarijoje, Graikijoje, Suomijoje ir Švedijoje ⁽¹²²⁾.

Gydymas be narkotinių medžiagų ir jų pakaitalais yra prieinamas visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje. Turkijoje kol kas tiriamos gydymo pakaitalais galimybės. Daugelyje šalių gydymas pakaitalais yra plačiausiai prieinama galimybė, nors Vengrija, Lenkija ir Švedija pranešė, kad pirmenybę teikia gydymo be narkotinių medžiagų metodikai.

Gydymas pakaitalais, paprastai susietas su psichosocialine rūpyba, dažniausiai atliekamas specializuotuose ambulatoriniuose centruose ir paskirstytosios rūpybos institucijose su kabinetuose dirbanćiais bendrosios praktikos gydytojais. Apie pakaitalais gydomus

⁽¹¹⁸⁾ Žr. TDI-10, TDI-32 ir TDI-103 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁹⁾ Žr. TDI-5 ir TDI-21 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁰⁾ Žr. TDI-11, TDI-107 ir TDI-109 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²¹⁾ Žr. TDI-33 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²²⁾ Žr. TDI-24 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

narkomanus turimi duomenys rodo, kad per pastaruosius metus jų bendras skaičius padidėjo, išskyrus Prancūziją, Nyderlandus, Maltą ir Liuksemburgą, kur padėtis išliko nepakitusi. Didžiausias proporcinis padidėjimas užfiksuotas Čekijoje (42 %), nors daugiau kaip 10 % padidėjo ir Lenkijoje (26 %), Suomijoje (25 %), Estijoje (20 %), Švedijoje (19 %), Norvegijoje (15 %), Vengrijoje ir Austrijoje (11 %).

Paprastas opioidų narkomanų skaičiaus ir gydymų asmenų skaičiaus duomenų palyginimas rodo, kad galbūt daugiau kaip vienam iš trijų narkomanų taikomas gydymas pakaitalais. Tačiau reikia nepamiršti, kad abu duomenų rinkiniai tebėra nepakankamai tikslūs, todėl minėtą rodiklį reikėtų vertinti atsargiai. Be to, dideli opioidų narkomanų skaičiaus duomenų pasitikėjimo intervalai reiškia, kad sunku lyginti skirtingų šalių duomenis. Nepaisant to, turimi duomenys rodo, kad pakaitalais gydymų opioidų narkomanų dalis tarp šalių smarkiai skiriasi, o apytikslė jų dalis yra tokia: Slovakijoje – maždaug 5 %, Suomijoje, Graikijoje ir Norvegijoje – 20–30 %, Čekijoje, Maltoje ir Italijoje – 45 %, o Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje), Vokietijoje ir Kroatijoje – per 50 %⁽¹²³⁾.

Nors geriamasis metadonas išlieka pagrindinis gydymo pakaitalais vaistas Europoje, vis dažniau imamas vartoti buprenorfinas. Viena iš to priežasčių – mirštamumas dėl piktnaudžiavimo juo gali būti mažesnis (Connock et al., 2007). Danijos nacionalinė sveikatos taryba, persvarsčiusi gydymo pakaitalais rekomendacijas, paragino bendrosios praktikos gydytojus vietoj metadono išrašyti buprenorfiną.

Gydymo veiksmingumas, kokybė ir standartai

Atsitiktinių kontroliuojamųjų tyrimų ir stebėjimo studijų apžvalgos daro išvadą, kad tiek palaikomasis gydymas metadonu (MMT), tiek palaikomasis gydymas buprenorfinu (BMT) gali būti veiksmingi priklausomybei nuo opioidų gydyti. Tačiau neseniai parengta *Cochrane* apžvalga padarė išvadą, kad buprenorfinas yra mažiau veiksmingas už atitinkamas metadono dozes (Mattick et al., 2008). Keletas tyrimų taip pat nustatė, kad gydymas diamorfinu gali būti veiksmingas žmonėms, kurie nereaguoja į MMT (Schulte et al., spausdinama). Kalbant apskritai, gydymas pakaitalais duoda keletą teigiamų rezultatų: gydomasi noriai, sumažėja nelegalus opioidų vartojimas ir švirkštėjimas, sumažėja mirštamumas ir kriminalinio elgesio atvejų, stabilizuojasi ir gerėja chroninių heroino vartotojų sveikata ir socialinės sąlygos.

Gydymo rezultatų studijos, pavyzdžiui, NTORS Jungtinėje Karalystėje (Gossop et al., 2002) ir DATOS JAV (Hubbard et al., 2003) taip pat parodė, kad antai psichosocialinė ir psichoterapinė intervencija kartu su

vaistų terapija taip pat yra veiksmingos. Šie metodai gali ne tik padidinti motyvaciją gydytis, apsaugoti nuo grįžimo prie narkomanijos ir sumažinti žalą, bet ir suteikia konsultacijas ir praktinę paramą narkomanams, kuriems kartu su gydymu nuo priklausomybės opioidams būtina išspręsti būsto, darbo ir šeimos problemas. Tačiau turimi duomenys nepalaiko vien psichosocialinio gydymo taikymo (Mayet et al., 2004).

Keletas šalių neseniai pranešė patobulinusios savo gydymo rekomendacijas. Kroatijoje, Danijoje ir Škotijoje buvo peržiūrėtos gydymo pakaitalais programos ir persvarstytos rekomendacijos, siekiant padidinti gydymo kokybę ir užkirsti kelią grįžimui į juodąją rinką. Jungtinės Karalystės rekomendacijos dėl priklausomybės narkotikams klinikinio valdymo taip pat buvo atnaujintos, o Nacionalinis klinikinio meistriškumo institutas (*National Institute for Clinical Excellence*) išleido specialų vadovą apie metadono ir buprenorfino išrašymą, gydymą naltreksonu, detoksikaciją ir psichologinį gydymą. Portugalija taip pat parengė naujas rekomendacijas, kad būtų laiku užtikrintas gydymo pradėjimas.

Gydymas kalėjimuose

ES politikos rengėjai visuotinai pripažįsta, kad būtina suderinti bendrijos ir kalėjimų praktiką ir paslaugų kokybę. Tačiau Europos Komisijos (2007a) išleista ataskaita išryškino narkomanams skirtų paslaugų kalėjime trūkumą ir atkreipė dėmesį į įsikišimo į šią institucijų svarbą. Paslaugų narkomanams teikimo kalėjimuose trūkumų pavyzdžiai: pajėgumų ir patirties stoka (Latvijoje, Lenkijoje, Maltoje), nevienalytė pagalba (Latvijoje), intervencijos į savitas grupes, pavyzdžiui, jaunų įkalintų narkomanų, trūkumas (Austrijoje) ir visuomenės sveikatos apsauga pagrįstos prevencijos strategijos nebuvimas (Graikijoje).

Kalbant apie teigiamus dalykus – daugelyje šalių labiau paplito narkomanijai kalėjimuose skirtos programos ir naujos iniciatyvos. Pavyzdžiui, Portugalijoje parengta švirkštų keitimo kalėjimuose programos teisinė bazė; Lietuvoje buvo išleistas potvarkis, įpareigojantis kalėjimus užtikrinti konsultacinių paslaugų suteikimą prieš išleidžiant į laisvę; Danijoje nuo 2007 m. visi ilgesniam kaip trijų mėnesių laikotarpiui įkalinti asmenys turi teisę į „gydymo garantiją“; Čekijoje gydymas pakaitalais išplėstas iki 10 kalėjimų; o Airijoje šiuo metu atliekamas gydymo paslaugų kalėjime vertinimas, skirtas padaryti jas lygiavertes bendrijos paslaugoms.

Narkomanų gydymo kalėjime lygis išlieka žemas, palyginti su bendrijos lygiu, nors narkotikų vartojimo paplitimas paprastai yra aukštesnis. Daugelyje šalių pirmenybė

⁽¹²³⁾ Žr. HSR-1 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

teikiama detoksikacijai, o kartais tai yra vienintelis galimas gydymo būdas. Teoriškai gydymas pakaitalais siūlomas daugelyje šalių, tačiau duomenys rodo, kad iš tiesų jį gauna tik nedaugelis narkomanų. Išimtys – Ispanija, kurioje 2006 m. 14 % iš visų nuteistųjų (19 600) buvo gydomi pakaitalais, ir Jungtinė Karalystė (Anglija ir Velsas), kurioje tikimasi, kad metadoną gaunančiųjų skaičius po naujų rekomendacijų įdiegimo 2007 m. balandį padidės nuo 6 000 iki 12 000.

Neseniai buvo paskelbtos praktinės rekomendacijos dėl gydymo pakaitalais laisvės atėmimo įstaigose, kurias patvirtino PSO ir UNODC (Kastelic *et al.*, 2008), o kai

kurie tyrimų duomenys apie gydymą opioidų pakaitalais kalėjimuose rodo teikiamą poveikį riziką keliančio elgesio ir mirtingumo atžvilgiu (Dolan *et al.*, 2003). Naujoje kalėjimuose vykdomų gydymo pakaitalais programų tyrimų studijų apžvalgoje daroma išvada, kad teigiami poveikiai priklauso nuo pakankamų dozių suteikimo ir gydymo, truncančio visą įkalinimo laiką (Stallwitz ir Stöver, 2007). Be to, stropus paleidimo iš įkalinimo įstaigų planavimas ir susiejimas su bendruomenės rūpyba yra kiti svarbūs šios srities paslaugų elementai, būtini užtikrinti, kad kalint pasiektas sveikatos būklės pagerėjimas vėliau būtų išsaugotas ir išėjus į laisvę ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Žr. „Didelis mirties nuo narkotikų pavojus atlikus bausmę kalėjime arba baigus gydymą“, p. 89.

7 skyrius

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos

Infekcinės ligos, kaip antai ŽIV, hepatitas B ir hepatitas C, yra vieni rimčiausių narkomanijos padarinių sveikatai. Netgi tose šalyse, kuriose ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (angl. IDU) nėra didelis, jie gali apsikrėsti kitomis infekcinėmis ligomis, įskaitant hepatitą A, B ir C, lytiniu būdu plintančias ligas, tuberkuliozę, stabligę, botulizmą ir žmogaus T-limfotropinį virusą. ENNSC nuolat stebi švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sergamumą ŽIV ir hepatitu B ir C (antikūnų lygį ar kitus specifinius žymenis sergant hepatitu B). Atsižvelgus į kai kuriuos įvairių duomenų sistemų metodologinius apribojimus, gauti duomenys buvo interpretuojami labai atsargiai ⁽¹²⁵⁾.

ŽIV ir AIDS

Iki 2006 m. pabaigos daugelyje Europos Sąjungos šalių diagnozuojamų naujų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius nebuvo didelis, ir pasaulio mastu padėtis ES neatrodo labai bloga. Tai gali būti bent iš dalies dėl to, kad plačiau taikomos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo priemonės, įskaitant pakaitinį gydymą bei adatų ir švirkštų keitimo programas. Tikriausiai ne mažiau svarbų vaidmenį atliko ir kiti veiksniai, tokie kaip švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimas kai kuriose šalyse. Tačiau laikytina, kad 2006 m. kitose ES šalyse ir regionuose ŽIV perdavimo lygis tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų vis dar buvo gana aukštas, o tai rodo, kad reikia siekti taikyti ir veiksmingai įgyvendinti vietines prevencines praktikos priemones.

ŽIV infekcijos paplitimo tendencijos

Turimi duomenys rodo, kad iki 2006 m. daugumoje Europos Sąjungos šalių naujų infekcijos atvejų skaičius procentais, susijęs su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais, mažėjo, palyginti su ypač aukštais paplitimo rodikliais

2001–2002 m., daugiausia dėl ligos protrūkių Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje ⁽¹²⁶⁾.

2006 m. 25 ES valstybėse narėse, kurios pateikė duomenis, bendras naujai diagnozuojamų ŽIV susirgimų skaičius tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, buvo 5 atvejai milijonui gyventojų, tai šiek tiek mažiau nei 5,6 atvejo vienam milijonui gyventojų 2005 metais ⁽¹²⁷⁾.

Iš trijų valstybių, kuriose naujai diagnozuotų susirgimų skaičius buvo didžiausias (Estija, Latvija ir Portugalija), Portugalija ir toliau praneša apie susirgimų skaičiaus mažėjimo tendenciją, o Estijoje ir Latvijoje buvo atitinkamai 142 ir 47,1 naujai diagnozuoti atvejai vienam milijonui gyventojų. Per laikotarpį nuo 2001 m. iki 2006 m. nė vienoje šalyje nebuvo nustatytas kiek nors ryškesnis ŽIV infekcija sergančių gyventojų skaičiaus padidėjimas. Nors kai kuriose šalyse buvo pastebėta tam tikra augimo tendencija (pvz., Bulgarijoje, Airijoje), iš esmės tai mažiau negu vienas naujas diagnozuotas atvejis milijonui gyventojų per metus.

Vertinant absoliučiais skaičiais galima nustatyti, kuriose ES šalyse šios ligos paplitimas yra didžiausias. 2006 m. daugiausia naujai diagnozuotų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pagal procentinę susirgimų dalį buvo Portugalijoje – 703 naujai diagnozuoti atvejai, Estijoje – 191 atvejis ir Latvijoje – 108 atvejai ⁽¹²⁸⁾, taip pat daug gyventojų turinčiose šalyse (Jungtinėje Karalystėje – 187, Vokietijoje – 168, Prancūzijoje – 167, Lenkijoje – 112) (10 pav.). Nors bendrai stebima naujai diagnozuojamų atvejų skaičiaus mažėjimo tendencija, absoliučiais skaičiais nuo 2001 m. ryškiausias didėjimas buvo stebimas Jungtinėje Karalystėje, kur per metus nustatoma 13 naujų atvejų, ir Vokietijoje – 10 naujų atvejų, nors kiekvienais metais nustatomas labai nevienodas naujų susirgimų skaičius. Nors anksčiau Bulgarijoje naujų susirgimų skaičius augo labai lėtai, dabar šis rodiklis auga daug greičiau, ir per laikotarpį nuo

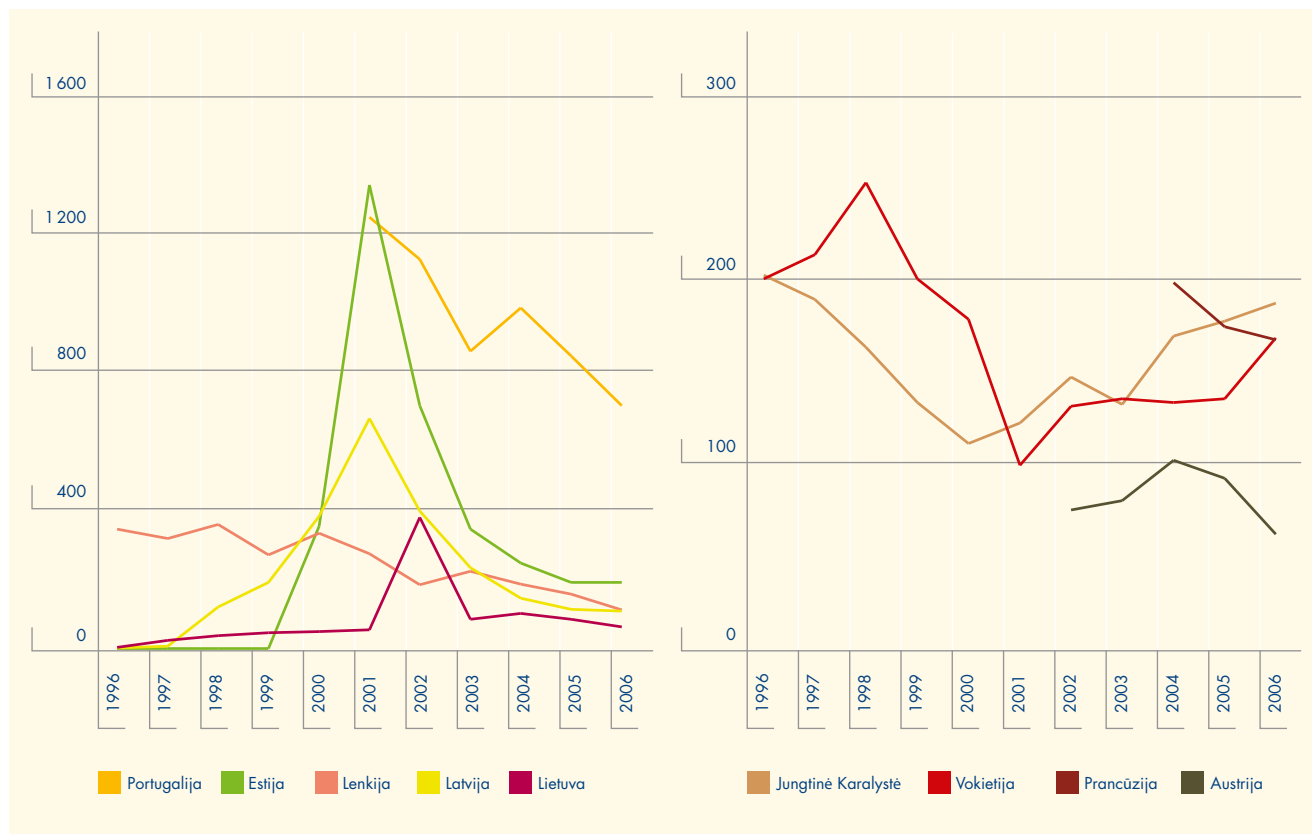
⁽¹²⁵⁾ Metodai ir apibrėžimai išsamiau aprašyti 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁶⁾ Žr. INF-104 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁷⁾ Nacionalinių duomenų nepateikė Ispanija ir Italija. Atitinkamai pakoregavus duomenis, paplitimo lygis būtų 5,9 atvejo vienam milijonui gyventojų (plg. su 6,4 2005 m.).

⁽¹²⁸⁾ Portugalijoje *EuroHIV* nurodė 703 susirgimų atvejus; Portugalijos užkrečiamųjų ligų epidemiologinės stebėsenos centro (CVEDT) duomenimis, buvo 432 susirgimai; toks nesutapimas atsiranda dėl to, kad *EuroHIV* nurodo duomenis pagal ataskaitų teikimo duomenis, o CVEDT teikia duomenis pagal diagnozavimo metus.

10 pav. Absoliutūs naujai diagnozuotų ŽIV infekcijų atvejų skaičiai tarp švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojančių narkomanų pagal informacijos pateikimo metus: šalys, kuriose užfiksuotas didžiausias skaičius yra daugiau kaip 300 (kairėje) ir svyruojantis nuo 100 iki 300 (dešinėje)



Pastaba: Ispanija ir Italija nepateikė nacionalinių duomenų; nurodomi pateikti regionų duomenys. Susumavus neišsamius abiejų šalių skaičius, gauta daugiau kaip 100 naujų atvejų 2005 m. ir matyti mažėjimo tendencija. Daugiau informacijos žr. INF-104 lentelėje 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltinis: EuroHIV.

2001 m. iki 2006 m. buvo nustatyti atitinkamai 0, 2, 0, 7, 13 ir 34 nauji atvejai kiekvienais metais; tai leidžia daryti prielaidą apie ligos protrūkio galimybę.

Remiantis švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imčių analize, gauti duomenys apie ŽIV paplitimą papildo duomenis apie praneštus susirgimo ŽIV atvejus, kadangi tokiu būdu gaunama labai svarbi informacija apie dar galbūt nediagnozuotus atvejus. 2001–2006 m. laikotarpio duomenys gauti iš 25 šalių ⁽¹²⁹⁾. 15 šalių per tą laikotarpį ŽIV paplitimo lygis išliko nepakitęs. Penkiose šalyse (Bulgarijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje ir Latvijoje), remiantis nacionaline imtimi, statistiškai susirgimų paplitimo atvejų sumažėjo, nors dviejose iš jų naujų susirgimų atvejų padaugėjo regionų mastu: viename mieste Bulgarijoje (Sofijoje); aštuoniuose regionuose iš 21 regiono ir viename mieste Italijoje. Penkios šalys arba nepateikė pagal nacionalines imtis sudarytos statistikos, arba nurodė, kad paplitimo lygis išliko nepakitęs, nors mažiausiai viename regione infekcijų skaičius išaugo, netgi jeigu daugumoje atvejų bendras paplitimo lygis išlieka nedidelis (Belgijoje,

Čekijoje, Lietuvoje, Jungtinėje Karalystėje ir tikriausiai Slovėnijoje).

Palyginus naujai diagnozuotų atvejų skaičius kitimo tendencijas su ŽIV susirgimų atvejų rodikliu tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, galima daryti išvadą, kad daugelyje šalių ŽIV paplitimo tarp IDU rodiklis, palyginti su narkotikus vartojančių asmenų skaičiumi, mažėja. Tačiau lyginti tokius duomenis tampa sunkiau tais atvejais, kai duomenų šaltiniai iš dalies prieštarauja vieni kitiems, pavyzdžiui, Bulgarijoje, Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje; nors šiose šalyse naujų atvejų diagnozuojama nedaug, o naujų atvejų skaičiaus augimas taip pat nėra didelis (išskyrus Bulgariją 2004–2006 m.).

Gana didelis naujų ŽIV infekcijos atvejų skaičius, palyginti su švirkščiamuosius vaistus vartojančių asmenų skaičiumi Estijoje, Latvijoje ir Portugalijoje, leidžia daryti išvadą, kad šiose šalyse infekcijos perdavimo atvejai vis dar labai dažni. Estijoje tokią prielaidą patvirtina ir 2005 m. paplitimo duomenys, pagal kuriuos maždaug kas trečias naujas

⁽¹²⁹⁾ Žr. INF-108 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

ŽIV ir (arba) AIDS židiniai

Naujausi duomenys rodo, kad ŽIV infekcijos paplitimas tarp IDU Europos Sąjungoje paprastai esti mažas. Vis dėlto būtina išlikti budriems, kadangi kai kurios valstybės narės vis dar nurodo didelį naujų ŽIV infekcijos, susijusios su narkotikų vartojimu švirkščiamuoju būdu, atvejų skaičių. Dar labiau rūpestį kelia situacija kai kuriose kaimyninėse šalyse.

Po neseniai siautusios ŽIV epidemijos Estijoje ir Latvijoje naujai nustatytų IDU infekcijų atvejų procentas nuo 2001 m. sumažėjo ir šiuo metu nusistovėjo vis dar gana aukštame lygyje (atitinkamai 142 ir 47,1 naujų atvejų milijonui gyventojų 2006 m.). Tai rodo, kad plitimo procentas tebėra aukštas. Portugalijoje vis dar užfiksuojama daugiausia naujai diagnozuotų infekcijų atvejų (žr. p. 79) ir, nors jų mažėja, metinis naujų diagnozių procentas vis dar išlieka aukštas. Jis 2006 m. siekė 66,5 naujų atvejų milijonui gyventojų.

Rytinėse Europos Sąjungos kaimyninėse valstybėse esanti situacija ypač kelia susirūpinimą. Dviejose didžiausiose šalyse – Rusijoje ir Ukrainoje – yra daug naujai diagnozuojamų atvejų ir jų vis daugėja. Vertinama, kad 2006 m. Rusijoje buvo diagnozuota daugiau nei 11 000 naujų infekcijų, susijusių su švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojančiais vartotojais, Ukrainoje skaičius tokių atvejų buvo daugiau nei 7 000 (atitinkamai 78,6 ir 152,9 naujų atvejų milijonui gyventojų).

Didelis infekcijos perdavimo atvejų procentas tarp IDU rodo, kad būtina peržiūrėti teikiamų paslaugų prieinamumą, kokybę ir mastą bei imtis konkrečių priemonių sumažinti infekcinių ligų plitimą, pavyzdžiui, keisti adatas ir taikyti pakaitinį gydymą. Be to, būtina atlikti tikslius tyrimus tarp IDU ir iširti, kodėl tam tikros populiacijos yra tokios pažeidžiamos, iširti su rizikingu elgesiu susijusius veiksniai bei savisaugos kliūtis ir nustatyti vilčių teikiančius metodus siekiant užkirsti kelią naujiems protrūkiams.

IDU (vartojantis švirkščiamuosius vaistus mažiau negu dvejus metus) buvo užsikrėtęs ŽIV. Išvadas, padarytas analizuojant duomenis apie praneštus atvejus, patvirtina ŽIV infekcijos masto (daugiau kaip 5 %) tarp jaunų IDU (tirtos 50 ar daugiau jaunesnių kaip 25 metų amžiaus imty) analizės duomenys keliose šalyse: Ispanijoje (2005 m. nacionaliniai duomenys), Portugalijoje (2006 m. nacionaliniai duomenys), Estijoje (du rajonai 2005 m.), Latvijoje (nacionaliniu mastu ir dviejų miestų duomenys 2002–2003 m.), Lietuvoje (vienas miestas 2006 m.), Lenkijoje (vienas miestas 2005 m.) ⁽¹³⁰⁾

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

Informacija apie AIDS paplitimą yra svarbus naujų šios simptomatinės ligos atsiradimo atvejų statistikos rodiklis, nors ŽIV perdavimo tendencijų tiksliai atspindėti jis negali.

AIDS paplitimo duomenys taip pat gali suteikti informacijos apie labai aktyvaus antivirusinio gydymo (HAART) aprėptį ir jo veiksmingumą. Didelis AIDS paplitimas kai kuriose Europos šalyse leidžia daryti išvadą, kad daugelis ŽIV infekuotų IDU negali gauti HAART gydymo pakankamai ankstyvais susirgimo etapais, kad toks gydymas būtų kiek galima veiksmingesnis.

Portugalijoje ir toliau AIDS paplitimo tarp švirkščiamuosius vaistus vartojančių asmenų rodiklis išlieka didžiausias – 2006 m. maždaug 22,4 naujų atvejų vienam milijonui gyventojų, nors iš esmės pastaruoju metu šis rodiklis mažėja, jeigu palygintume su 29,9 atvejų vienam milijonui gyventojų 2005 metais. Santykinai daug AIDS infekcijų atvejų nustatyta Estijoje, Ispanijoje ir Latvijoje, atitinkamai 17,1, 15,1 ir 13,5 naujų atvejų vienam milijonui gyventojų. Tarp šių trijų šalių susirgimų atvejų skaičiaus mažėjimas pastebėtas Ispanijoje ir Latvijoje, tačiau šis rodiklis išaugo Estijoje, kur pagal pačius naujausius duomenis naujų susirgimų vienam milijonui gyventojų 2005 m. buvo 11,9, o 2006 m. – jau 17,1. Didesnį susirgimų skaičių nurodė ir Lietuva – nuo 2 naujų atvejų milijonui gyventojų 2005 m. iki 5 atvejų 2006 metais ⁽¹³¹⁾.

Hepatitis B ir hepatitis C

Nors ŽIV infekcija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pasitaiko tik keliose ES valstybėse narėse, virusinis hepatitis, ypač hepatito C (HCV) sukelta infekcija, yra labai paplitęs tarp IDU visoje Europoje. 2005–2006 m. atliktais tyrimais nustatyta, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse HCV antikūnų lygis siekia nuo 15 % iki 90 %, daugelyje šalių pagal jų pateikiamus duomenis šis lygis viršija 40 %. Vos kelios šalys (Bulgarija, Čekija, Suomija) nurodė, kad jų nacionalinėse imtyse vidutinis antikūnų lygis nesiekia 25 %; ir vis dėlto toks infekcijos paplitimo lygis yra rimta grėsmė visuomenės sveikatai ⁽¹³²⁾.

Pačiose šalyse užsikrėtusių asmenų pagal HCV antikūnų lygį pasiskirstymas taip pat labai nevienodas – tai rodo ir skirtumus tarp regionų, ir imtimis apimamų gyventojų charakteristikas. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje, vietos mastu atliktų tyrimų duomenimis, šis lygis svyruoja nuo 29 % iki 59 %, o atskiruose Italijoje regionuose HCV antikūnų lygis – nuo 40 % iki 96 %. Nors duomenis, gautus pagal netikimybinį imčių metodą, visada reikia vertinti labai atsargiai, toks paplitimo lygio nevienodumas gali tapti svarbia informacija parenkant prevencijos ir gydymo programas ir nustatant jų tikslinę grupę. Be to, supratus veiksniai, dėl kurių infekcijos paplitimas yra toks netolygus, bus galima parengti veiksmingesnes intervencijos strategijas.

⁽¹³⁰⁾ Žr. INF-109 ir INF-110 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³¹⁾ Žr. INF-1 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³²⁾ Žr. INF-111–INF-113 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

Tyrimų dėl ŽIV ir jo gydymo prieinamumas

Net kas trečias iš Europoje ŽIV užsikrėtusių asmenų gali nežinoti, kad yra užsikrėtęs (ECDC, 2007); kai kurių ES valstybių narių ataskaitose nurodoma, kad tarp infekuotų IDU tokių asmenų gali būti dar daugiau.

Todėl daugeliui užsikrėtusiųjų šiuo virusu negalės būti suteiktas gydymas ir priežiūra ankstyvoje stadijoje. Jie taip pat gali skleisti ŽIV ir, to patys nežinodami, kitiems kelti infekcijos pavojų. Be to, sumažinama ŽIV stebėsenos sistemų surinktų duomenų kokybė.

Preliminarūs duomenys rodo, kad antivirusinio gydymo ir priežiūros prieinamumas IDU yra neproporcingai mažas (Donoghoe et al., 2007). Veiksmingais antivirusinio gydymo metodais būtina atsižvelgti į specifinę IDU padėtį ir jų poreikius. Tai gali būti bendros sveikatos ir socialinės problemos (pvz., benamystė ir draudimo neturėjimas), taip pat gėda ir diskriminacija sveikatos priežiūros įstaigose arba pakartotiniai areštai ir įkalinimas.

Siekdamas pagerinti tyrimų dėl ŽIV ir gydymo prieinamumą, ENNSC parengė specialias rekomendacijas dėl kasmetinio savanoriškų sveikatos tikrinimo paslaugų teikimo IDU, įskaitant tyrimą dėl ŽIV ir virusinio hepatito ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

Jaunų (jaunesnių kaip 25 metų) ir naujų (vartojančių švirkščiamuosius narkotikus mažiau negu dvejus metus) IDU tyrimai parodė, kad laiko tarpas, per kurį gali būti užkirstas kelias HCV infekcijai, yra labai neilgas, kadangi dauguma tokių IDU užsikrečia virusu vos pradėję vartoti švirkščiamuosius narkotikus. Neseniai atlikti tyrimai (2005–2006 m.) dažniausiai parodė, kad užsikrėtimo hepatitu lygis siekia nuo 20 % iki 50 %, nors užsikrėtusių asmenų skaičius pagal atskiras imtis labai skiriasi.

Virusinio B hepatito (HBV) infekcijos žymenų paplitimas yra įvairesnis nei HCV žymenų – greičiausiai dėl labai skirtingai vykdomos vakcinacijos, nors ir kiti veiksniai taip pat gali turėti įtakos. Išsamiausių duomenų turima apie pagrindinio hepatito B antigeno antikūną (*anti-HBc*), kuris rodo buvusių infekciją. 2005–2006 m. šešios iš vienuolikos šalių, teikiančių duomenis apie IDU, nurodė, kad *anti-HBc* paplitimas siekia daugiau nei 40 % ⁽¹³³⁾.

Praneštų hepatitų B ir C atvejų tendencijos laikui bėgant gerokai keičiasi. Švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis tarp visų sergančiųjų hepatitu B mažėja, ir taip galbūt yra dėl didėjančio IDU skirtų vakcinacijos programų poveikio. Švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis tarp visų sergančiųjų hepatitu C sumažėjo penkiose šalyse, bet išaugo kitose penkiose (Čekijoje, Liuksemburge, Maltoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje) ⁽¹³⁴⁾. 2006 m., kaip ir ankstesniais

metais, duomenys apie IDU tarp sergančiųjų hepatitais B ir C labai skyrėsi priklausomai nuo šalies – tai gerai parodo šios infekcijos geografinį pasiskirstymą, nors, kita vertus, negalima atmesti duomenų iškraipymo tikimybės dėl skirtingos testavimo ir ataskaitų teikimo tvarkos.

Infekcinių ligų prevencija

ES valstybės narės taiko iš kelių komponentų susidedančias prevencines priemones, kuriomis siekiama sumažinti infekcinių ligų paplitimą ir sušvelninti jų pasekmes narkotikų vartotojams: gydymas vaistais, įskaitant pakaitinį gydymą (žr. 6 skyrių), informavimas ir prevencinės medžiagos platinimas, sterilų švirkštimosi medžiagų platinimas, mokymas apie saugius lytinius santykius ir saugesnį narkotikų vartojimą. Galimybės pasinaudoti šiomis priemonėmis ir jų naudojimo mastai labai skiriasi priklausomai nuo šalies.

Adatų ir švirkštų keitimo programos ir pakaitinis gydymas opioidais taikomi visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje, nors šios galimybės įgyvendinamos labai nevienodai, taip pat labai skiriasi tikslinės auditorijos. Per pastaruosius dešimt metų visoje Europoje pakaitinis gydymas ir žalos mažinimo priemonės taikomi daug platesniu mastu. Tačiau kai kuriose šalyse šios priemonės taikomos vis dar labai ribotai ir bet koku atveju netenkina poreikio.

Neseniai Amsterdame atlikto už heroino, kokaino ir kreko vartojimą areštuotų asmenų grupės tyrimo išvados parodė gydymo metadonu ir galimybės pasikeisti švirkštus privalumus, kadangi taikant šias abi priemones infekuotų HCV ir ŽIV infekcijomis skaičius tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra gerokai mažesnis negu taikant tik vieną jų (Van den Berg et al., 2007).

Vertinti adatų ir švirkštų keitimo programų taikymo mastą nėra lengva, kadangi atitinkamus duomenis pateikia vos kelios šalys. Pavyzdžiui, Čekijos Respublika nurodė, kad šalyje veikia 90 nedidelių įstaigų, į kurias kiekvienais metais kreipiasi maždaug 25 000 narkomanų, iš kurių 70 % yra švirkščiamųjų vaistų vartotojai. Šios įstaigos parūpina vidutiniškai po 210 švirkštų vienam IDU.

Kai kurios šalys nurodė, kad pagal adatų ir švirkštų keitimo programas kiekvienais metais išdalijama vis daugiau švirkštų: Estijoje per laikotarpį nuo 2005 iki 2006 m. vienam IDU skiriamų švirkštų skaičius padidėjo dvigubai (dabar 112); per tą patį laikotarpį pagal Vengrijos švirkštų keitimo programą švirkštų apyvarta Vengrijoje padidėjo 56 %, o jų klientų skaičius išaugo 84 %; Suomija taip pat nurodė, kad šių įstaigų klientų daugėja, o sveikatos centrai

⁽¹³³⁾ Žr. INF-115 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁴⁾ Žr. INF-105 ir INF-106 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

Narkotikų vartotojų skiepijimas nuo hepatito B

Europoje hepatito B virusas (HBV) ir toliau perduodamas tarp IDU ir aktyvios HBV infekcijos perdavimo procentas tarp šių asmenų (HBsAg paplitimas) daugumoje šalių tebėra aukštas, palyginti su visais gyventojais ⁽¹⁾. Skiepai laikomi veiksmingiausia priemone, siekiant užkirsti kelią hepatito B viruso (HBV) infekcijai ir jos pasekmėms. Laikantis 1991 m. PSO rekomendacijos, didžioji dalis ES valstybių narių, tačiau ne visos, įtvirtino visuotinę vakcinaciją dėl šio viruso. Vis dėlto kūdikių vakcinacijos politika iš esmės turės poveikį ateities narkotikų vartotojų kartoms. Daugiau kaip pusė ES valstybių narių, siekdamas anksčiau sumažinti infekcijos plitimą, priėmė vakcinacijos programas, specialiai skirtas švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojantiems narkomanams ir (arba) kaliniams. Vis dėlto skirtingose šalyse šių programų aprėptis skiriasi. Trečdalis ES valstybių narių vis dar nurodo neturinčios specialiai narkotikų vartotojams skirtos vakcinacijos programas.

Igyvendinant specialiai narkotikų vartotojams skirtas vakcinacijos programas, kyla sunkumų – jų mažai laikomasi, todėl vakcinacijos kursai neužbaigiami. Atsižvelgiant į galimybę saugiai ir veiksmingai pasiskiepyti, į strategijas, kuriomis siekiama aukštesnio imunizacijos laipsnio su rizika susiduriantiems asmenims, gali būti įtrauktas lankstus metodas, skirtas narkotikus pradedantiems vartoti asmenims bei bendruomenėms, kuriose narkotikų vartojimas yra didesnis. Pakartotiniai kvietimai skiepytis ir papildomos dozės turintiems susilpnėjusių imuninę sistemą taip pat gali padėti pasiekti geresnių imunizacijos rezultatų. Todėl ES valstybėms narėms gali reikėti peržiūrėti ir galbūt patobulinti atskirose šalyse taikomą politiką, siekiant sumažinti chroninių HBV infekcijų atvejų skaičių ir pasekmes.

⁽¹⁾ Žr. INF-106 ir INF-114 lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

išdalią vis daugiau švirkštų. Tačiau šie rodikliai padidėjo ne visose šalyse: Maltoje ir Slovakijoje išdalijamų švirkštų skaičius per 2006 m. išliko nepakitęs; Lenkija nurodė, kad šalyje sumažėjo veikiančių agentūrų, o švirkštų pakeičiama 15 % mažiau; Rumunija nurodė, kad Bukarešte buvo pakeista 70 % švirkštų, teigdama, kad pagrindinė to priežastis yra finansiniai sunkumai.

Daugelyje šalių švirkštų keitimo paslaugos masto stabilizavimas ar net sumažėjimas tikriausiai atspindi tam tikrus švirkščiamųjų narkotikų vartojimo ir galimybės gauti gydymą pokyčius: Liuksemburge po kelerių metų augimo „žemo slenksčio“ agentūrų švirkštų išdalijimo mastas 2005 m. stabilizavosi, o 2006 m. net sumažėjo; taip pat Portugalija ir Belgija (Flamandų regionas) nurodė, kad švirkštų išdalijama vis mažiau, kaip ir vietos mastu Vokietijoje ir Nyderlanduose.

Adatų keitimo ir „žemo slenksčio“ agentūrų paslaugos gali tapti geru pakaitalu tiems asmenims, kurie neturi galimybės pasinaudoti bendro pobūdžio sveikatos apsaugos paslaugomis. Čia teikiamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat priemonės seksualinei sveikatai palaikyti – dalijami prezervatyvai ir organizuojami švietimo užsiėmimai saugaus sekso klausimais. Infekcinių ligų prevencijos tarnybos, kurios veikia per išvažiuojamąsias grupes ar „žemo slenksčio“ įstaigas, dabar jau įsteigtos daugumoje šalių; šioje srityje nuolat kuriamos naujos paslaugos. Pavyzdžiui, šiuo metu Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje kuriamas tarptautinis tinklas, kuriame bus taikomi bendri paslaugos teikimo standartai ir epidemiologinės stebėsenos protokolai.

Medicinos paslaugas teikia „žemo slenksčio“ klinikos ir mobiliosios tarnybos arba jos teikiamos pagal nukreipimo į kitas gydymo įstaigas schemas. Pavyzdžiui, Čekijoje „žemo slenksčio“ tinklas glaudžiai bendradarbiauja su regioninėmis visuomenės sveikatos tarnybomis, siekdamas sudaryti geresnes sąlygas gauti konsultacijas, pasitikrinti ir gydytis sergantiesiems somatinėmis ligomis, ypač virusiniu hepatitu. Bulgarijoje mobilioji chirurgijos tarnyba ant Juodosios jūros kranto esančiame Burgaso mieste 2006 m. metais konsultavo 750 pacientų. Kai kurios Danijos savivaldybės gavo vyriausybės finansavimą sveikatos apsaugos programoms, skirtoms labiausiai pažeidžiamoms narkomanų grupėms. Be to, Kopenhagoje šiuo metu įgyvendinamas vadinamasis „sveikatos kambario“ projektas – pagal šį projektą bus teikiamos plačiai visuomenei prieinamos sveikatos priežiūros ir konsultavimo paslaugos. Tai yra 2008 m. pradėtas trejų metų trukmės bandomasis projektas.

Virusinio hepatito prevencija

2006 m. kelios šalys pranešė apie jose įgyvendinamas virusinio hepatito plitimo prevencijos iniciatyvas. Pavyzdžiui, Liuksemburge, remiantis tyrimo projekto rezultatais, buvo pagerintos galimybės konsultuotis jauniems ir naujiems narkomanams, dabar IDU lengviau nemokamai gauti naujų švirkštų. Danijoje narkomanai ir jų partneriai jau nuo 2006 m. nemokamai skiepijami nuo hepatitų A ir B, o savivaldybės įpareigosios teikti plataus profilio paslaugas, susijusias su infekcinių ligų prevencija švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Pagaliau Airijoje 2007 m. HCV darbo grupė buvo įpareigota sukurti nacionalinę stebėsenos, švietimo ir gydymo strategiją.

Kalėjimai yra labai svarbi vieta, kur būtina taikyti kovos su infekcinėmis ligomis priemones, taip pat čia gali būti teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos tai visuomenės daliai, kuriai kitais atvejais šios paslaugos gali būti sunkiai

prieinamos (žr. 2 skyrių). Neseniai atlikti tyrimai parodė, kad labai svarbu tikrinti dėl virusinių susirgimų asmenis, kurie kada nors yra neteisėtai vartoję narkotikų, taip pat kad chroninio hepatito C diagnozavimas priimančią kalėjimą yra ekonomiškai labai veiksminga priemonė (Sutton *et al.*, 2006). Be būtiną gydymą ir priežiūrą gaunančių infekuotų asmenų, kalėjime esantys narkomanai taip pat turėtų turėti galimybę išklausti kursų sveikatos švietimo klausimais ir būti skiepijami nuo hepatito B ⁽¹³⁵⁾.

Mirties nuo narkotikų atvejai ir mirštamumas

Narkotikų vartojimas yra viena iš svarbiausių Europos jaunų žmonių sveikatos sutrikimų ir mirčių priežasčių. Didelį mirštamumą dėl opioidų vartojimo nustatė ir tarptautinė studija, kurią parėmė ENNSC. Tyrimo rezultatai parodė, kad septyniuose Europos miestų regionuose nuo 10 % iki 23 % 15–49 metų amžiaus asmenų mirties priežastis – opioidai (Bargagli *et al.*, 2005).

Pagrindinis ENNSC rodiklis „Mirties nuo narkotikų atvejai ir narkomanų mirštamumas“ iš esmės taikomas stebėti mirštamumą dėl narkotikų vartojimo (mirties nuo narkotikų atvejai). Taip pat šis rodiklis, nors ir gerokai mažesniu mastu, parodo narkomanų mirštamumą, į šį rodiklį įtraukiamos ir mirtys, sukeltos įvairių kitų sveikatos ir socialinių problemų.

Mirties nuo narkotikų atvejai

ENNSC vartojama apibrėžtis „mirties nuo narkotikų atvejai“ ⁽¹³⁶⁾ apima mirties, kurią tiesiogiai sukelia (apsinuodijus ar perdozavus) vienas ar daugiau narkotikų, kai bent viena iš vartojamų medžiagų yra neteisėtas narkotikas, atvejus. Bendras narkomanų skaičius, jų narkotikų vartojimo įpročiai (švirkštimasis, kelių narkotikų vartojimas), galimybė pasinaudoti gydymo ar neatidėliotinos pagalbos paslaugomis gali turėti įtakos bendram mirties atvejų skaičiui atitinkamoje bendruomenėje. Apskritai narkotikų sukeltos mirtys įvyksta netrukus po medžiagos (medžiagų) suvartojimo.

Pastaraisiais metais labai pagerėjo Europos mastu gaunamų duomenų kokybė, jie tapo patikimesni, todėl dabar yra lengviau ir tiksliau nustatyti bendras tendencijas, ir daugelis šalių dabar jau yra priėmusios ENNSC pasiūlytą apibrėžtį ⁽¹³⁷⁾. Ir vis dėlto, atsižvelgus į labai nevienodą atskirų šalių teikiamos informacijos ir duomenų kokybę, bet kokie palyginimai turėtų būti daromi labai atsargiai.

Mirštamumas nuo narkotikų: sudėtinga koncepcija

Šioje srityje vartojamų sąvokų ir apibrėžčių gausa kliudo mokslininkų ir politikų diskusijoms apie mirštamumą nuo narkotikų. Jeigu būtų vartojamos labai plačios ir daug apimančios sąvokos, duomenys menkai tepadėtų suvokti mirštamumui nuo narkotikų įtakos turinčius veiksnius. Pavyzdžiui, jeigu būtų sugrupuojami visi mirties atvejai, kai toksikologiniai rezultatai buvo teigiami, šiai grupei būtų priskiriami atvejai, kai narkotikai buvo tiesioginė mirties priežastis, kai jie nebuvo tiesioginė to priežastis arba kai jie apskritai su tuo nėra susiję.

Kitas svarbus klausimas – nagrinėjamos medžiagos. Galima nagrinėti tik su neteisėtais narkotikais susijusius atvejus arba į nagrinėjamą sritį įtraukti kitas psichoaktyvias medžiagas ir vaistus. Pastaruoju atveju gali būti sunku atskirti mirties atvejus, kurių pirminė priežastis yra psichikos sveikatos problemos (pvz., savižudybė esant depresijos būsenos), nuo mirties atvejų, susijusių su medžiagos vartojimu. Be to, daugeliu atveju mirties nuo narkotikų priežastis yra kelių narkotikų vartojimas, todėl gali būti sunku suvokti atskirų narkotikų reikšmingumą.

Sąvokų požiūriu su narkotikais siejamo mirštamumo sąvoka yra sudaryta iš dviejų elementų. Pirmas geriausiai pagrįstas elementas yra susijęs su mirties atvejais, kai mirtį sukėlė tiesioginis vieno arba daugiau narkotikų poveikis. Šie mirties atvejai paprastai vadinami mirties dėl „perdozavimo“, „dėl apsinuodijimo“ atvejais arba „mirties nuo narkotikų atvejais“. Antras elementas yra platesnis; jis apima mirties atvejus, kurių tiesioginė priežastis negali būti farmakologinis narkotikų poveikis, tačiau kurie vis dėlto yra susiję su jų vartojimu: ilgalaikės infekcinių ligų pasekmės, sąveika su psichikos sveikatos sutrikimais (pvz., savižudybė) arba kitomis aplinkybėmis (pvz., eismo įvykiai). Taip pat išskiriami su narkotikais susijusios mirties atvejai, kurių lėmė faktinės aplinkybės (pvz., su narkotikų prekyba susijęs smurtas).

Dabartinis ENNSC taikomas ataskaitų dėl mirštamumo nuo narkotikų teikimo metodas yra paremtas mirštamumo įvertinimu tam tikrose apibrėžtose narkomanų grupėse. Vis dėlto nagrinėjami ir kiti metodai, pagal kuriuos iš įvairių šaltinių gautus duomenis galima sujungti siekiant įvertinti bendrą narkotikams priskiriamą bendruomenėje įvykusią mirties atvejų skaičių (žr. „Bendras mirštamumas nuo narkotikų“, p. 88).

1990–2005 m. ES valstybės narės kiekvienais metais pranešdavo nuo 6 500 iki 8 500 mirties atvejų, vadinasi, per visą tą laikotarpį nuo narkotikų mirė daugiau kaip 130 000 žmonių. Reikia manyti, kad tai mažiausi skaičiai ⁽¹³⁸⁾.

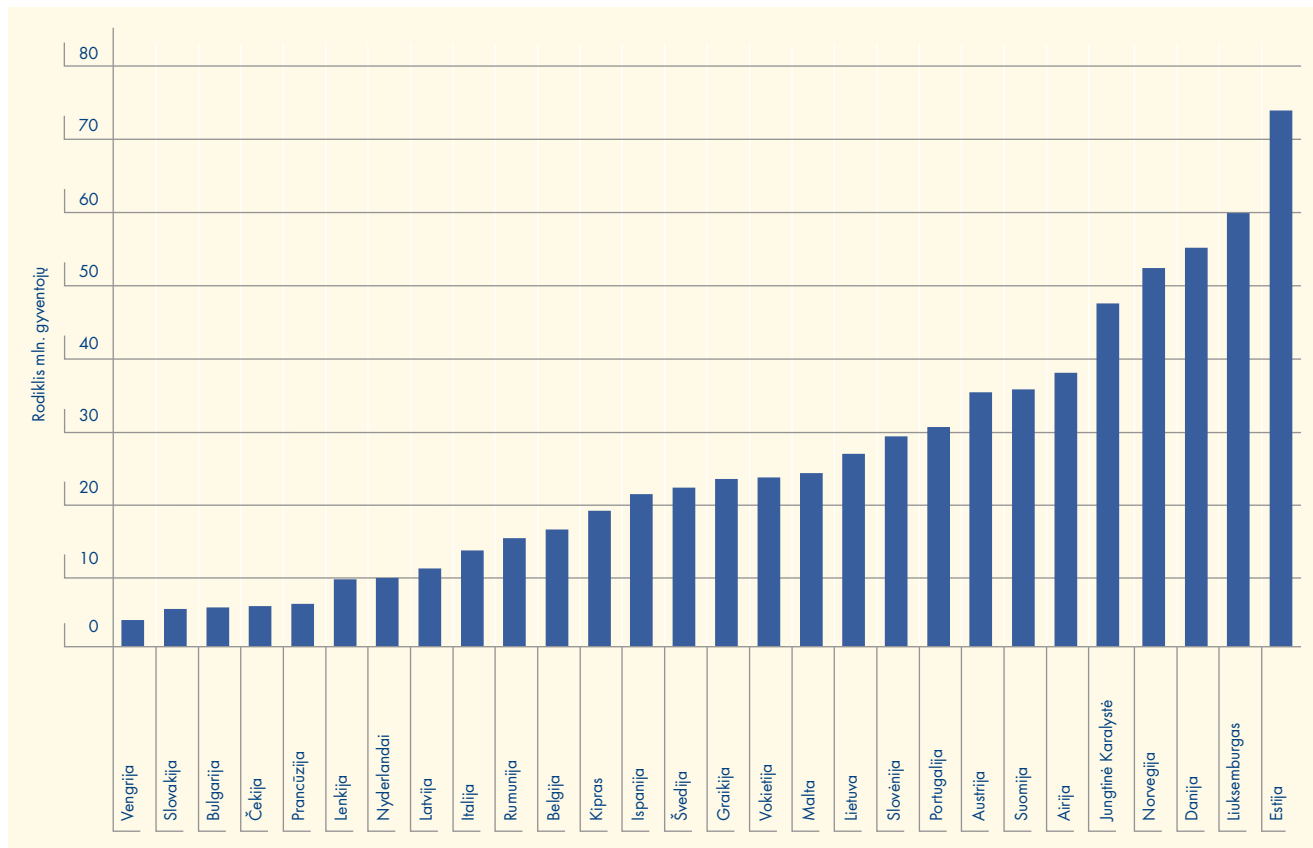
Mirštamumas nuo narkotikų įvairiose šalyse labai skiriasi: nuo 3–5 iki daugiau kaip 70 mirčių vienam milijonui 15–64 metų amžiaus gyventojų (vidutiniškai 21 mirties atvejis

⁽¹³⁵⁾ Žr. DUP lenteles 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁶⁾ Dabar yra priimtas terminas „mirties nuo narkotikų atvejai“, kadangi jis tiksliau atitinka apibrėžtį.

⁽¹³⁷⁾ Išsami metodologinė informacija apie narkotikų sukeltos mirties atvejus pateikta 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁸⁾ Žr. DRD-2 lentelę (i dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

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

Pastaba: Čekijos atveju vietoje šalies apibrėžties taikyta ENNSC D parinkties apibrėžtis. Jungtinės Karalystės atveju buvo panaudota kovos su narkomanija strategijoje pateikta apibrėžtis; Rumunijos atveju pateikiami tik Bukarešto ir kelių apygardų, patenkančių į Bukarešto toksikologijos laboratorijos jurisdikciją, duomenys. Gyventojų mirštamumas apskaičiuotas remiantis Eurostato nurodytais 2005 m. nacionalinių populiacijų duomenimis. Populiarių procentus reikėtų lyginti atsargiai, kadangi šiek tiek skiriasi apibrėžtys ir pateiktų duomenų kokybė. Daugiau informacijos apie pasiklojimo intervalą ir kt. žr. DRD-7 pav. (i dalis) 2008 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: 2007 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, paimta iš mirštamumo arba specialių registrų (teismo medicinos arba policijos) ir Eurostato.

milijonui gyventojų). 16 Europos šalių vienam milijonui tenka per 20 mirčių, o penkiose šalyse – per 40 mirčių. 15–39 metų amžiaus vyrų miršta paprastai du kartus daugiau (vidutiniškai 44 mirtys milijonui gyventojų Europoje). 2005–2006 m. mirties nuo narkotikų atvejai sudarė 3,5 % visų mirties tarp 15–39 metų amžiaus europiečių atvejų, o aštuoniose šalyse – daugiau kaip 7 % ⁽¹³⁹⁾ (11 pav.).

Mirštamumo ir kitų nemirtino perdozavimo pasekmių tyrimai kol kas išlieka labai neišsamūs, daugiausia dėl nepakankamų investicijų, nepaisant to, kad turimi įrodymai leidžia daryti prielaidą, kad mirtingumas yra pakankamai didelis. Studijos yra parodžiusios, kad kiekvienam perdozavimo sukeltos mirties atvejui gali tekti nuo 20 iki 25 nemirtinų perdozavimo atvejų. Nors sunku spręsti, ar tokia statistika galėtų būti laikoma galiojančia visoje Europos Sąjungoje; apytiksliai galima nustatyti, kad kiekvienais metais yra nustatoma nuo maždaug 120 000 iki 175 000 mirties nesukėlusio perdozavimo atvejų.

Mirties nuo opioidų atvejai

Heroinas

Opioidų perdozavimas – viena pagrindinių jaunų žmonių, ypač miestuose gyvenančių jaunų vyrų, mirties priežasčių Europoje ⁽¹⁴⁰⁾. Opioidai, daugiausia heroinas arba jo metabolitai, yra minimi daugeliu (nuo 55 % iki 100 %) mirties nuo narkotikų atvejų Europos Sąjungoje, o daugiau kaip pusė šalių yra nurodžiusios šį rodiklį didesnį negu 80 % ⁽¹⁴¹⁾. Toksikologų ataskaitose dėl heroino sukeltų mirčių taip pat nurodomos ir kitos galėjusios turėti įtakos medžiagos. Dažniausiai minimi alkoholis, benzodiazepinai ar kiti opioidai, o kai kuriose šalyse – kokainas. Neseniai ENNSC inicijuotame projekte, kuriame dalyvavo devynios šalys, buvo nustatyta, kad nuo 60 % iki 90 % opioidų sukeltų mirčių toksikologų ataskaitose buvo minima daugiau negu viena medžiaga. Tai leidžia daryti prielaidą, kad nuo narkotikų miręs asmuo dažniausiai vartojo įvairius narkotikus.

⁽¹³⁹⁾ Žr. DRD-5 lentelę ir DRD-7 pav. (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁰⁾ Kadangi dauguma ENNSC pateiktų atvejų yra susiję su opioidų perdozavimu, bendros mirties nuo narkotikų atvejų charakteristikos taikomos aprašant mirties nuo opioidų atvejus.

⁽¹⁴¹⁾ Žr. DRD-1 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

Nuo opioidų perdozavimo daugiausia miršta vyrų (60–95 %), dažniausiai nuo 20 iki 40 metų amžiaus; daugelyje šalių tokiais atvejais vidutinis vyrų amžius siekia 30–40 metų ⁽¹⁴²⁾. Daugelyje šalių nuo perdozavimo mirusių žmonių amžiaus vidurkis didėja – tai gali rodyti tam tikrą padėties stabilizavimąsi arba mažėjantį jaunų heroino vartotojų skaičių. Tačiau kitose šalyse (Bulgarijoje, Estijoje, Rumunijoje ir Austrijoje) gana didelis nuo perdozavimo mirusiųjų skaičius tarp jaunesnių negu 25 metai amžiaus žmonių rodo, kad šiose šalyse heroiną ir švirkščiamuosius narkotikus vartoja jaunesni žmonės ⁽¹⁴³⁾.

Metadonas ir buprenorfinas

Tyrimai rodo, kad pakaitinis gydymas sumažina mirties nuo perdozavimo riziką. Tačiau kasmet pranešama apie mirties, kuri yra siejama su piktnaudžiavimu pakaitiniais vaistais, atvejus, daugiausia dėl neteisingo jų vartojimo, ir, labai retai, dėl gydymo metu kilusių problemų ⁽¹⁴⁴⁾.

Apie aptiktą metadoną gana daugeliu mirties nuo narkotikų atvejų praneša keletas šalių, tačiau kadangi nėra nustatytų bendrų ataskaitų teikimo standartų, metadono vaidmuo lieka ne visada aiškus, nes mirties priežastimi gali būti ir kitos medžiagos. Apie neįprastai didelį metadono sukeltų mirčių skaičių yra pranešusios Danija, Vokietija, Jungtinė Karalystė ir Norvegija; kitos šalys tokios informacijos nėra pateikusios arba yra pranešusios apie vos kelis atvejus ⁽¹⁴⁵⁾. Jungtinėse Amerikos Valstijose nuo 1999 m. labai padaugėjo mirties nuo metadono atvejų. Dažniausiai tokios mirties priežastis buvo piktnaudžiavimas iš ligoninių, vaistinių, praktikuojančių gydytojų ar skausmo specialistų gautu metadonu, ir tik vos keliais atvejais buvo nurodyta, kad metadono buvo gauta dalyvaujant pakaitinio gydymo programoje ⁽¹⁴⁶⁾.

Mirties apsinuodijus buprenorfinu atvejų pasitaiko retai, nepaisant to, kad šis preparatas vis plačiau taikomas pakaitiniam gydymui daugelyje Europos valstybių. Prancūzijoje buvo registruoti vos keli tokios mirties atvejai, nors šioje šalyje buprenorfinas, kaip pakaitinis preparatas, vartojamas labai plačiai (skaičiuojama 76 000–90 000). Suomijoje buprenorfino pėdsakų rasta daugeliu mirties nuo narkotikų atvejų, dažniausiai kai šis preparatas buvo vartojamas kartu su migdomaisiais vaistais ar alkoholiu arba buvo švirkščiamas ⁽¹⁴⁷⁾.

Mirties nuo pakaitinio gydymo atvejai

Moksliniai tyrimai parodė, kad perdozavimo pavojus labai sumažėja, jeigu heroino vartotojams yra taikomas pakaitinis gydymas metadonu. Pavyzdžiui, neseniai atliktas tam tikros apibrėžtos asmenų grupės tyrimas, kuriame dalyvavo daugiau kaip 5 000 heroino vartotojų, parodė, kad heroino vartotojams taikant pakaitinį gydymą mirties dėl perdozavimo pavojus sumažėja devynis kartus, palyginti su laikotarpiu, kai jiems nebuvo taikomas toks ar kitoks gydymas arba jie apskritai nebuvo gydomi (Brugal *et al.*, 2005).

Vis dėlto metadonas yra nurodomas tam tikrose toksikologinėse mirties išvadose. Tačiau tai nereiškia, kad visais atvejais yra tiesioginis priežastinis ryšys tarp mirties ir šio narkotiko, kadangi ji gali būti susijusi su kitais narkotikais ar veiksniais. Vis dėlto mirtis dėl perdozavimo gali įvykti ir to priežastys gali būti: pakantumo pokyčiai, per didelė dozė, netinkamas jo vartojimas ir narkotiko vartojimas su gydymu nesusijusiais tikslais.

Priemonės, kurių buvo imtasi siekiant užkirsti kelią metadonui patekti į neteisėtą rinką, yra susijusios su Jungtinėje Karalystėje (Zador *et al.*, 2006) nurodomu sumažėjusiu metadono sukeliamų mirčių skaičiumi. Apskritai gera pakaitinio gydymo praktika gali būti svarbi priemonė siekiant sumažinti metadono sukeliamų mirčių riziką. Todėl tikėtina, kad paciento ir bendruomenės sveikata bus geriau apsaugota, jeigu bus pagerinti: gydymo kokybės standartai, įskaitant narkotikų skyrimo praktiką, paciento stebėseną gydymo pradžioje, tyrimai dėl galimo širdies toksiškumo, informacija apie kitų vaistų arba psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pavojus ir skyrimo praktika, kad būtų sumažinta jo naudojimo kitais tikslais rizika.

Didelis metadono paplitimas gydymo praktikoje Europoje neatspindi lygiagrečiai daugėjančių mirties nuo metadono atvejų skaičiaus. Jungtinėje Karalystėje atliktas tyrimas parodė, kad nuo 1993 m. iki 2004 m. 3,6 karto padidėjo viso skiriamo per burną vartojamo metadono kiekis, tačiau mirties nuo metadono atvejų sumažėjo nuo 226 iki 194 (Morgan *et al.*, 2006). Tai rodo, kad mirties nuo metadono atvejų santykis sumažėjo nuo 13 mirties atvejų 1 000 pacientų 1993 m. iki 3,1 mirties atvejų 1 000 pacientui 2004 m. Nors būtų naudinga atlikti panašaus pobūdžio tyrimus kitose šalyse, turimi duomenys įrodo, kad mirties nuo metadono atvejai yra susiję labiau su trūkumais narkotiko skyrimo praktikoje nei su bendru pakaitinio gydymo lygiu.

Fentanilas

Nerimą sukėlė mirtinų apsinuodijimų 3-metilfentanilu protrūkis Estijoje, apie kurį neseniai buvo pranešta remiantis pomirtinės teismo toksikologinės analizės išvadomis. 2005 m. apsinuodiję šiuo preparatu mirė 46 žmonės,

⁽¹⁴²⁾ Žr. DRD-1 lentelę (i dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴³⁾ Žr. DRD-2, DRD-3 ir DRD-4 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁴⁾ Žr. „Mirties nuo pakaitinio gydymo atvejai“.

⁽¹⁴⁵⁾ Žr. DRD-108 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁶⁾ Nacionalinis narkotikų tyrimų centras. Piktnaudžiavimas metadonu ir neteisingas metadono vartojimas: grėsmingai daugėjančių mirties atvejų skaičiai. (National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate.) 2007 m. lapkričio mėn., dokumentas 2007-Q0317-001 (<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

⁽¹⁴⁷⁾ Žr. DRD-108 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

o 2006 m. – 71 žmogus (Ojanperä *et al.*, spausdinama). Be to, preliminarios Estijos apsinuodijimų tyrimo išvados rodo, kad ir 2004 m. 85 mirtini atvejai buvo susiję su ta pačia medžiaga. Taip pat buvo gauti pavieniai pranešimai apie mirties nuo fentanilo atvejus kitose Europos šalyse, o neseniai iš JAV buvo gauti pranešimai apie kelis, nors ir nelabai ilgai trukusius, mirties nuo fentanilo atvejų protrūkius; pavyzdžiui, Čikagoje 2005–2007 m. 350 mirties atvejų priežastis buvo nustatytas fentanilas (Denton *et al.*, 2008). Labai didelis šio preparato grynumas gerokai padidina perdozavimo riziką, o tai gali likti nepakankamai įvertinta atliekant toksikologinius bandymus. Neteisėtos fentanilo gamybos ir vartojimo mastai pastaruoju metu smarkiai išaugę, todėl fentanilo naudojimo tvarka gali kelti abejonių ir dėl esamų stebėsenos sistemų, ir dėl visuomenės atsako į šią problemą veiksmingumo.

Mirties nuo kitų narkotikų atvejai ⁽¹⁴⁸⁾

Mirties nuo kokaino atvejus sunkiau nustatyti nei mirties nuo opioidų (žr. 2007 m. pasirinktą temą dėl kokaino). Tiesiogiai šio preparato perdozavimo sukeltų mirties atvejų pasitaiko retai, ir tai jie dažniausiai siejami su neįprastai didelėmis kokaino dozėmis. Kitais atvejais nustatyta, kad daugumos mirties nuo kokaino atvejų priežastis – ilgalaikis šio narkotiko vartojimas, sukėlęs širdies kraujagyslių ir neurologinių problemų. Tokiais atvejais kokaino vaidmuo ne visada yra tiksliai nustatomas, todėl tokie atvejai gali būti ir nepriskirti prie kokaino sukeltos mirties atvejų. Interpretuoti mirties nuo kokaino atvejus yra dar sunkiau dėl to, kad dažnai nustatomos ir kitos medžiagos, dėl kurių nustatyti priežastinius ryšius tampa itin sudėtinga.

2006 m. 14-oje valstybių narių buvo užregistruota daugiau negu 450 mirties nuo kokaino atvejų, tačiau labai tikėtina, kad šis skaičius neatspindi tikro tokių mirties atvejų Europos Sąjungoje masto.

Apie mirties nuo ekstazio atvejus ir toliau pranešama retai. Daugiausia mirties, kai nustatoma, kad buvo vartotas ekstazis, atvejų buvo užregistruota Jungtinėje Karalystėje, tačiau dažniausiai šis preparatas nebuvo įvardytas kaip pagrindinė mirties priežastis.

Nors mirties nuo amfetamino atvejų Europoje pasitaiko taip pat nedažnai, pavyzdžiui, Čekijoje dažniausiai su šiuo preparatu siejamų mirčių atvejais nurodoma, kad buvo vartota pervitino (metamfetamino). Suomijoje 64 mirčių atvejais amfetaminas nustatytas atlikus toksikologinį tyrimą,

nors tai nereiškia, kad būtent šis preparatas buvo tiesioginė mirties priežastis.

Mirštamumo nuo narkotikų tendencijos

Mirties nuo narkotikų atvejų Europoje labai padaugėjo devintajame dešimtmetyje ir paskutinio praėjusio amžiaus dešimtmečio pabaigoje, tikriausiai tai galima susieti su didėjančiais heroino vartojimo ir narkotikų švirkštimosi mastais – ir nuo to laiko šis rodiklis taip ir išliko didelis ⁽¹⁴⁹⁾. Tačiau ilgą duomenų teikimo istoriją turinčių valstybių duomenys ryškiai skiriasi: kai kuriose valstybėse (pvz., Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje ir Italijoje) paskutinio dešimtmečio viduryje mirties atvejų staigiai padaugėjo, nors vėliau vėl sumažėjo. Kitose šalyse (pvz., Airijoje, Graikijoje, Portugalijoje, Švedijoje ir Norvegijoje) daugiausia tokių atvejų buvo užregistruota maždaug 2000 m., nors vėliau šis rodiklis šiek tiek sumažėjo; o dar kitose valstybėse (pvz., Danijoje, Nyderlanduose, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje) stebima nuolatinio didėjimo tendencija, nors aiškaus vieno kulminacinio taško jose nebuvo pastebėta ⁽¹⁵⁰⁾.

Dar sunkesnis uždavins yra apibrėžti narkotikų sukeltų mirčių tendencijas per laikotarpį nuo 2001 m. iki 2005–2006 metų. Pirmaisiais metais (2000–2003 m.) daugelis šalių pranešė apie tokių mirties atvejų sumažėjimą, ir apskritai mirties nuo narkotikų atvejų 2001 m. sumažėjo 3 %, 2002 m. – 14 %, o 2003 m. – 7 % ⁽¹⁵¹⁾. Tačiau 2004 m. ir 2005 m. daugelis Europos šalių pranešė apie, nors ir nesmarkiai, padažnėjusius mirties nuo narkotikų atvejus. Tai galima paaiškinti keliais veiksniais – vis platesniu mastu vartojami keli narkotikai, ir tikriausiai heroinas tapo lengviau prieinamas, be to, chroniškų narkotikų vartotojų senėjimu ⁽¹⁵²⁾.

Kadangi kai kurios didžiosios valstybės duomenų nepateikė, bendro 2006 m. mirties nuo narkotikų atvejų skaičiaus skaičiavimai išlieka labai preliminarūs. Tačiau, remiantis kitų 18 šalių pateiktais duomenimis, galima daryti išvadą, kad, palyginti su 2005 m., bendras tokių mirties atvejų skaičius šiek tiek sumažėjo.

Narkotikų sukeltų mirčių tarp jaunesnių nei 25 metų amžiaus žmonių visos Europos mastu yra šiek tiek sumažėję, tačiau 2004 m. į Europos Sąjungą įstojuosiose valstybėse narėse iki neseniai šios amžiaus kategorijos asmenų mirštamumas nuo narkotikų tik augo ⁽¹⁵³⁾. Šio rodiklio augimas pastaraisiais metais buvo pastebėtas ir Graikijoje, Liuksemburge ir Austrijoje, gal šiek tiek mažiau

⁽¹⁴⁸⁾ Žr. DRD-108 lentelę 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁹⁾ Žr. DRD-8 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje. Dėl istorinių aplinkybių duomenys apima ES-15 ir Norvegiją.

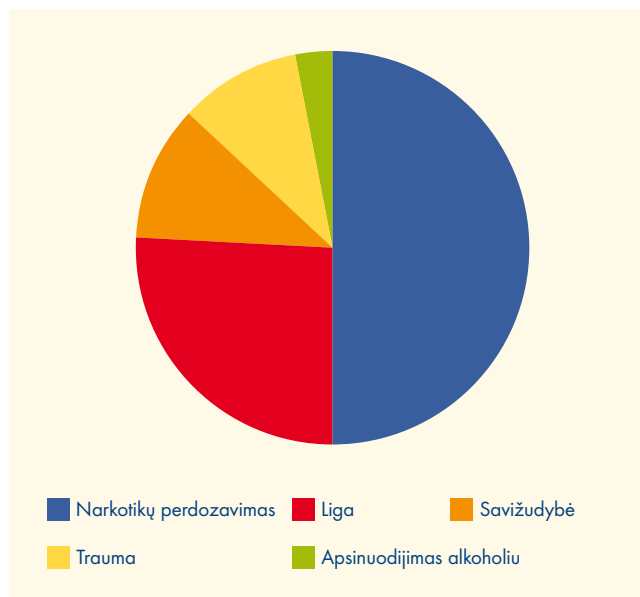
⁽¹⁵⁰⁾ Žr. DRD-11 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵¹⁾ Čia pateikti duomenys skiriasi nuo ankstesniais metais pateiktų skaičių dėl pasikeitusios apibrėžties ar Danijos, Ispanijos, Prancūzijos ir Jungtinės Karalystės aprėpties ir dėl to, kad kelios valstybės atnaujino savo duomenis.

⁽¹⁵²⁾ Žr. „Opioido rodikliai nebemažėja“, p. 72, ir DRD-2 lentelę (i dalį) bei DRD-12 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵³⁾ Žr. DRD-13 pav. (i dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

12 pav. Žinomos mirties priežastys tarp tam tikrų asmenų grupių Norvegijoje



Pastaba: Pateikti duomenys paimti iš tyrimo, kuriame dalyvavo 501 narkotikų vartotojas, 1981–1991 m. priimtas gydymui nuo priklausomybės. Iš viso iki 2003 m. užregistruota 189 mirties atvejai, iš jų 14 mirties priežasties nustatyti nebuvo galima.

Šaltinis: Ødegard, E., Amundsen, E. J. ir Kielland, K. B. (2007), 'Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach', *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176–182.

Bulgarijoje, Latvijoje ir Nyderlanduose⁽¹⁵⁴⁾. Tačiau šiuos duomenis būtina įvertinti išsamiau, kadangi jie gali rodyti bendrą opioidų vartojimo tarp jaunų žmonių masto didėjimą šiose šalyse.

Bendras mirštamumas nuo narkotikų

Neseniai atliktas tyrimas parodė, kad aštuoniose Europos vietovėse (septyniuose miestuose ir vienoje valstybėje) gydymo kursą einančių opioidų vartotojų mirštamumas, palyginti su jų bendraamžių mirštamumu, yra daug dažnesnis (žr. EMCDDA, 2006). Kiti atitinkamos imties tyrimai parodė, kad narkomanų mirštamumas yra nuo 6 iki 54 kartų didesnis negu visų kitų gyventojų. Tokie skirtumai dažniausiai susidaro dėl narkotiko perdozavimo, nors neabejotinai tam tikrą vaidmenį vaidina ir kiti veiksniai – kai kuriose valstybėse ypač mirties nuo AIDS atvejai. Darke et al. (2007) apibrėžė keturias pagrindines narkomanų mirties priežastis: perdozavimas (įskaitant apsinuodijimą alkoholiu), ligos, savižudybės ir traumos. Dažniausiai pasitaikančios su narkotikų vartojimu susijusios ligos yra kraujo pernešami virusai (ŽIV, HCV ir HBV, žr. pirmiau), neoplazmos, kepenų ligos, kraujotakos ir kvėpavimo sistemų sutrikimai. Iš traumų atvejų dažniausiai pasitaikantys yra nelaimingi atsitikimai, nužudymai ir kiti prievartiniai nusikaltimai.

Neseniai Norvegijoje atliktas gydomų narkomanų imties tyrimas parodė, kad iš 189 užregistruotų mirties atvejų nuo perdozavimo mirusiųjų atvejai sudarė pusę mirties, kurios priežastis buvo nustatyta, atvejų. 25 % atvejų mirties priežastis buvo įvairios ligos, daugiausia AIDS ir kepenų ligos, maždaug po 10 % atvejų mirties priežastis buvo savižudybė ar trauma, apsinuodiję alkoholiu mirė maždaug 2 % tyrime dalyvavusių asmenų (12 pav.). Reikėtų paminėti, kad nuo AIDS mirusiųjų yra daugiau valstybėse, nurodžiusiose didelį ŽIV infekcijos paplitimą tarp narkomanų.

Už heroino, kokaino ir kreko vartojimą areštuotų asmenų grupės tyrimai yra labai vertinga priemonė, siekiant suprasti bendrą mirštamumo nuo narkotikų tendenciją, o kitos metodikos gali padėti geriau suprasti pačią padėtį ir ją apibendrinti nacionaliniu mastu. Šiuo metu ENNSC vertina galimybes taikyti kelis naujus metodus, šiuo tikslu jis glaudžiai bendradarbiauja su valstybėmis narėmis, siekdamas tokius metodus taikyti ir įgyvendinti visos ES lygmeniu. Pagal vieną tokių metodų mirštamumo rodikliai, gauti atlikus už heroino, kokaino ir kreko vartojimą areštuotų asmenų grupės tyrimus, yra ekstrapoliuojami į vietos lygmens (Bargagli et al., 2005) ar nacionaliniu mastu atliekamų narkomanijos paplitimo vertinimus (Cruts et al., 2008). Pagal kitą metodą su narkotikais siejami rodikliai, apskaičiuoti atlikus pačius įvairiausių tyrimus, yra pritaikomi nustatant dažniausiai su narkotikų vartojimu siejamų mirčių priežastis (pvz., AIDS, nelaimingi atsitikimai, savižudybės ir apsinuodijimai) ir vėliau įrašomi į bendrus gyventojų mirtingumo registrus.

Mirties dėl netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių priežasčių atvejai

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojų mirtis nuo AIDS yra dar viena labai svarbi mirties priežastis. Remiantis Eurostato ir EuroHIV (2005 metų ir 2006 metų pabaigos ataskaitos) duomenimis, galima matyti, kad 2003 m. daugiau negu 2 600 žmonių mirė nuo AIDS, kurį sukėlė narkotikų vartojimas⁽¹⁵⁵⁾. Dauguma tokių mirties atvejų buvo užregistruota vos keliuose šalyse, o daugiau negu 90 % – Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Portugalijoje. Mirštamumo nuo AIDS rodikliai išaugo paskutinio praėjusio amžiaus dešimtmečio viduryje, tačiau vėliau ėmė stipriai mažėti, pradėjus taikyti HAART ir ypač padidinus HAART aprėptį.

Išskyrus Ispaniją, Italiją, o ypač Portugaliją, gyventojų mirštamumas nuo švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sukulto AIDS nėra didelis. O daugelyje valstybių mirštamumas nuo perdozavimo yra gerokai didesnis nei narkomanų mirštamumas nuo AIDS⁽¹⁵⁶⁾. Mirties dėl kitų priežasčių

⁽¹⁵⁴⁾ Žr. DRD-9 pav. 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁵⁾ 2003-iejį buvo pasirinkti kaip artimiausi metai, už kuriuos Eurostatas yra surinkęs informaciją apie mirties atvejų priežastis. Išsamesnė informacija apie šaltinius, skaičius ir skaičiavimus pateikta 2008 m. statistikos biuletenio DRD-5 lentelėje 2008 m. statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁶⁾ Žr. DRD-7 pav. (ii dalį) 2008 m. statistikos biuletenyje.

atvejų skaičių (pvz., kitų infekcinių ligų pasekmės, smurtas, nelaimingi atsitikimai) įvertinti yra labai sunku, todėl būtina toliau tobulinti tokių duomenų rinkimo tvarką ir tikslinti šioje srityje atliekamus skaičiavimus (žr. ankstesnį skyrį).

Savižudybė yra pakankamai dažna narkomanų mirties priežastis. Literatūros apžvalgos (Darke ir Ross, 2002) duomenimis, savižudybių tarp heroino vartotojų pasitaiko 14 kartų dažniau negu tarp kitų gyventojų.

Mirštamumo mažinimas

Mažinti mirštamumą nuo narkomanijos – toks tikslas nustatomas daugelyje nacionalinių kovos su narkomanija strategijų, tačiau vos kelios šalys yra sudariusios konkrečius veiksmų planus arba pateikusios susistemintas rekomendacijas dėl būtinų įgyvendinti priemonių. Tačiau 2007 m. Jungtinės Karalystės sveikatos departamentas išleido naujas rekomendacijas dėl piktnaudžiavimo narkotikais ir priklausomybės klinikinio gydymo, kuriose apibrėžti konkretūs mirties nuo narkotikų prevencijos veiksmai.

Kaip gydymas, įskaitant pakaitinį gydymą, taikomą kartu su psichosocialine priežiūra ir psichoterapijos priemonėmis, gali padėti sumažinti narkomanų mirštamumo rodiklius, aiškiai parodė Italijoje atlikti ilgalaikio tyrimo rezultatai (Davoli et al., 2007). Tyrimas buvo atliekamas su 10 454 heroino vartotojais, kurie gydėsi viešose gydymo įstaigose laikotarpiu nuo 1998 iki 2001 metų. Tyrimo metu taip pat buvo vertinama, kiek narkomanų išbūna gydymo įstaigose ir kiek jų miršta perdozavę. Šios imties mirties rizikos lygis buvo vidutiniškai 10 kartų didesnis negu kitų gyventojų. Tačiau gydymų narkomanų mirties rizikos lygis buvo maždaug keturis kartus didesnis negu kitų gyventojų, o nutraukusių

gydymą narkomanų tikimybė mirti buvo 20 kartų didesnė nei kitų gyventojų.

Daugelyje šalių yra vykdomos tikslinės kampanijos, kurių metu platinama informacija apie perdozavimo riziką; tuo tikslu spausdinami ir platinami lankstinukai, brošiūros ir plakatai. Be to, pusė valstybių narių yra pranešusios, kad jose rengiami specialūs seminarai, kuriuose suteikiamos žinios ir mokoma perdozavimo valdymo įgūdžių. Toks mokymas gali būti skirtas tiek narkomanams, tiek jų giminaiciams ar darbuotojams; dažniausiai suteikiama informacija apie konkrečius rizikos veiksnius, įskaitant sumažėjusią toleranciją pasibaigus abstinencijos laikotarpiui, daugelio narkotikų vartojimo poveikį, ypač kartu vartojant alkoholį, taip pat mokoma pirmosios pagalbos teikimo įgūdžių. Italijoje, maždaug pusėje priklausomybės centrų, vadovaujant ir prižiūrint viešųjų sveikatos įstaigų darbuotojams, pacientai mokomi reagavimo perdozavimo atvejais įgūdžių, kartu jiems leidžiama į namus parsinešti naloksono.

Aktyvi narkotikų vartotojų, įskaitant gaunančius pakaitinį gydymą, psichosocialinės gerovės stebėseną gali būti vertinga kovos su perdozavimu priemonė, kadangi labai dažnai perdozavimo priežastis yra ankstesnės sveikatos problemos, įvykiai socialiniame gyvenime, todėl gali padažnėti ir tyčinio perdozavimo atvejų (Oliver et al., 2007).

Kitas iššūkis, kurį tenka spręsti daugelio šalių sveikatos priežiūros ir socialinėms tarnyboms, yra tas, kad joms tenka dirbti su senstančiais ilgalaikiais narkomanais, kurie gali būti tiek labiau pažeidžiami dėl perdozavimo, tiek ir mažiau atsparūs įvairioms kitoms neigiamoms pasekmėms sveikatai. Švirkščiamuosius narkotikus vartojantys narkomanai labai dažnai kenčia nuo somatinių ligų, ypač chroniškų kepenų infekcijų, dėl kurių jie tampa dar labiau pažeidžiami.

Didelis mirties nuo narkotikų pavojus atlikus bausmę kalėjime arba baigus gydymą

Europoje ir kitose šalyse atliktuose tyrimuose nurodoma, kad mirties nuo narkotikų pavojus yra itin didelis iškart po to, kai asmuo išleidžiamas iš kalėjimo arba baigia gydymą.

Neseniai Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Velse) atliktame tyrime buvo palygintas 1998–2000 m. į laisvę išleistų kalinių skaičius – 49 000 – su visais mirties atvejais, užregistruotais iki 2003 m. lapkričio mėn. (Farrell ir Marsden, 2008). Didžioji dalis (59 %) iš 442 mirties atvejų, šiuo laikotarpiu įvykusių tarp buvusių kalinių, buvo susiję su narkotikais. Su narkotikais susijusio mirštamumo santykis pirmaisiais metais po išleidimo iš kalėjimo buvo 5,2 mirčių 1 000 vyrų ir 5,9 mirčių 1 000 moterų. Laikotarpiu iškart pacientams išėjus į laisvę skaičiai buvo 10 kartų didesni moterų atveju ir daugiau kaip 8 kartus vyrų atveju. Visi vyrai ir 95 % moterų, kurie mirė per pirmąsias dvi savaites išėję į laisvę, mirė dėl narkotikų vartojimo, ir šios mirtys gali būti priskiriamos perdozavimui arba, kalbant bendrai, piktnaudžiavimui

medžiagomis. Coroner registre buvo nurodyta, kad su narkotikais susijusios mirties atvejai buvo susiję 95 % atvejų su opioidais, 20 % – su benzodiazepinu, 14 % – su kokainu ir 10 % – su tricikliniais vaistais nuo depresijos.

Italijoje atliekant VEdette tyrimą (Davoli et al., 2007) pastebėta, kad tarp gydymų nuo heroino vartotojų nuo perdozavimo mirė vienas iš 1 000 vartotojų, tačiau per pirmąjį mėnesį po gydymo mirusiųjų santykis buvo 23 mirtys 1 000 vartotojų, o tai reiškia, kad per pirmąjį mėnesį po gydymo perdozavimo rizika, pakoregavus atsižvelgiant į sumaišymo veiksnius, yra 27 kartus didesnė.

Nepaisant galimo ryšio tarp mirties nuo narkotikų atvejų ir išleidimo iš kalėjimo arba gydymo pabaigos, nedaugelis šalių sistemingai investuoja į kalinių arba gydymų pacientų informavimą apie perdozavimo pavojų. Be to, daugelyje šalių nėra sukurta tęstinės priežiūros ir reabilitacijos sistemos, skirtos iš kalėjimo išleistiems narkotikų vartotojams. Patobulinimai šiose dviejose srityse gali padėti atskleisti geras galimybes, siekiant užkirsti kelią su narkotikais susijusios mirties atvejams.

8 skyrius

Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos

Ižanga

Atsirandančios naujos psichoaktyviosios medžiagos ir jų paplitimas gali turėti didelį poveikį visuomenės sveikatai ir politikai, o atsirandančių naujų tendencijų stebėseną gali tapti labai nelengvu iššūkiu. Nustatyti narkotikų vartojimo tendencijas sunku, dažniausiai dėl to, kad jos pirmiausia pasireiškia labai ribotu mastu, konkrečiose vietovėse ir nedidelėse gyventojų grupėse. Strategijas, kurios galėtų jautriai reaguoti į tokius elgsenos pokyčius, turi vos kelios valstybės, o pastangos vykdyti naujų narkotikų stebėseną dažnai susiduria su nemažais metodologiniais sunkumais. Ir vis dėlto labai svarbu gebėti nustatyti naujus kylančius pavojus, ir, tai pripažindama, Europos Sąjunga, priėmusi Tarybos sprendimą dėl naujų psichoaktyviųjų medžiagų, sukūrė ankstyvojo įspėjimo sistemą, kuri veikia kaip greitojo reagavimo mechanizmas į visas Europoje atsirandančias naujas psichoaktyvias medžiagas. Parama šios ankstyvojo įspėjimo sistemos veikimui yra labai svarbi ENNSC veiklos sritis, vykdoma įgyvendinant tolesnės perspektyvos uždavinius naudoti įvairių šaltinių duomenis ir užtikrinti labiau ir laiku Europos narkotikų stebėsenos sistemos veikimą, taip pat jos gebėjimą greičiau reaguoti į vykstančius pokyčius.

ES veiklos planas naujų psichoaktyviųjų medžiagų srityje

Tarybos sprendimu dėl naujų psichoaktyviųjų medžiagų ⁽¹⁵⁷⁾ buvo sukurtas keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, kurios gali kelti didelį pavojų visuomenės sveikatai, mechanizmas. Sprendime taip pat apibrėžiama rizikos, susijusios su naujomis psichoaktyviosiomis medžiagomis, vertinimo tvarka, pagal kurią valstybėse narėse jau taikomos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės priemonės taip pat galėtų būti pritaikytos naujoms medžiagoms. 2007 m. gegužės mėn. išplėstinis ENNSC Mokslinis komitetas atliko naujos psichoaktyviosios medžiagos BZP (1-benzilpiperazino) vertinimą ir pateikė vertinimo

ataskaitą Tarybai ir Europos Komisijai ⁽¹⁵⁸⁾. Rizikos vertinimo ataskaitoje buvo padaryta išvada, kad BZP turi stimuliuojančių savybių, kelia pavojų sveikatai, neturi jokių gydomųjų savybių, būtina šį preparatą kontroliuoti, tačiau kontrolės priemonės turi atitikti santykinai nedidelį šios medžiagos keliamą pavojų. 2008 m. kovo mėn. Taryba priėmė sprendimą, kuriuo BZP apibrėžiamas kaip nauja psichoaktyvioji medžiaga, kuriai turi būti taikomos kontrolės priemonės, ir nustatomos baudžiamosios atsakomybės nuostatos. Valstybės narės privalo, laikydamosi savo nacionalinės teisės nuostatų, per vienerius metus pradėti taikyti BZP kontrolės priemones, atitinkančias šios medžiagos keliamą pavojų, ir priimti baudžiamąsias sankcijas pagal savo nacionalinės teisės nuostatas, įgyvendinančias įsipareigojimus pagal 1971 m. Jungtinių Tautų psichotropinių medžiagų konvenciją.

2007 m. kovo mėn. ENNSC ir Europolas pateikė Komisijai aktyvių 1-(3 chlorofenilo)piperazino (*mCPP*) stebėsenos priemonių ataskaitą ⁽¹⁵⁹⁾. Ši ataskaita buvo pateikta tik informavimo tikslais; joje buvo padaryta išvada, kad dėl sunkiai apibrėžiamų psichoaktyviųjų savybių ir tam tikrų neigiamų šalutinių poveikių „mažai tikėtina, kad *mCPP* taptų savarankiška pasilinksminimo vietose vartojama medžiaga“. Kadangi *mCPP* nėra ypač patraukli vartotojams, tikėtina, kad šios medžiagos rinkai Europos Sąjungoje daugiau įtakos turės šios medžiagos pasiūla, o ne paklausa.

Per 2007 m. pagal ankstyvojo įspėjimo sistemą ENNSC ir Europolui buvo praneša iš viso apie 15 naujų psichoaktyviųjų medžiagų. Grupę medžiagų, apie kurias buvo pranešta, sudaro labai įvairios medžiagos; be sintetinių medžiagų, į šią grupę įeina ir vaistiniai preparatai, ir gamtoje randami preparatai. Devyni iš jų, apie kuriuos buvo pranešta, yra sintetiniai narkotikai, labai panašūs į išvardytuosius 1971 m. Jungtinių Tautų psichotropinių medžiagų konvencijos I ir II sąrašuose. Tai medžiagos, priklausančios trimis pagrindinėms žinomoms cheminėms grupėms – fenetilaminams, triptaminams ir piperazinams, taip pat rečiau pasitaikančių cheminių

⁽¹⁵⁷⁾ 2005 m. gegužės 10 d. Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės (OL L 127, 2005 5 20, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <https://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Naujos kontroliuojamosios medžiagos

Nuo 2006 m. sausio mėn. 12 šalių nurodė, kad papildė arba pakeitė savus kontroliuojamųjų medžiagų sąrašus. Į kontroliuojamųjų medžiagų sąrašą šešiose šalyse (Belgijoje, Vokietijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Maltoje, Slovakijoje) buvo įtrauktas mCPP (1-(3-chlorofenilas) piperazinas), o BZP (1-benzilpiperazinas) į šį sąrašą įtraukė keturios šalys (Estija, Italija, Lietuva, Malta). Iš šių medžiagų mCPP buvo akylai stebimas ENNSC ir Europolo, o BZP atžvilgiu 2007 m. buvo atliktas rizikos vertinimas. Kitos šiuo metu kontroliuojamosios medžiagos priskiriamos medžiagos yra haliucinogenai DOC (4-chloro-2,5-dimetoksiamfetaminas), DOI (4-iodo-2,5-dimetoksiamfetaminas) ir bromo-dragonfly medžiaga (bromo-benzodifuranilo-izopropilaminas) Danijoje ir Švedijoje bei ketaminas Estijoje.

Taip pat kontroliuojami įvairūs psichoaktyvumo savybėmis pasižymintys augalai. Todėl Belgija pertvarkė savo įstatymus dėl psichotropinių medžiagų ir įrašė naują kategoriją, kurioje išvardijami kontroliuojami augalai arba kontroliuojamos augalų dalys, o ne tik jų psichoaktyvų poveikį turinčios sudedamosios dalys, kaip buvo numatyta anksčiau galiojusiuose įstatymuose. Į šį sąrašą įtrauktiems augalams priskiriamas katas (*Catha edulis*) ir kvaitulinis šalavijas (*Salvia divinorum*). Katas dabar yra kontroliuojamas 11 Europos šalių (2005 m. Jungtinėje Karalystėje atliktame rizikos vertinime buvo rekomenduojama jo nekontroliuoti). 2006 m. Švedija į sąrašą įtraukė salvinoriną-A, pagrindinę *Salvia divinorum* aktyviąją medžiagą. 2008 m. ši medžiaga priskirta prie kontroliuojamųjų taip pat ir Vokietijoje. Tuo pačiu metu į kontroliuojamųjų medžiagų sąrašą Prancūzijoje buvo įtraukta *Tabernanthe iboga*, iki to laiko Belgijoje, Danijoje ir Švedijoje buvo pritaikyta teisinė kontrolė jos sudedamosios dalies, ibogaino, kuris turėjo aktyviųjų savybių, atžvilgiu. Galiausiai Airija ir Nyderlandai, imdamiesi veiksmų dėl mirties nuo haliucinogeninių grybų atvejų, ėmėsi šalinti spragas, kurios sudarė sąlygas pardavinėti ir laikyti šviežius grybus, kurių sudėtyje yra psilocino. Airijoje įstatymas įsigaliojo 2006 m. sausio mėn., tačiau Nyderlanduose šios ataskaitos rengimo momentu įstatymas yra svarstomas pirminiame etape.

Išsamesnė informacija, visoje ES ir Norvegijoje kontroliuojamųjų medžiagų sąrašas yra pateikti „Medžiagų ir klasifikacijų lentelėje“ Europos teisinių narkotikų klausimų duomenų bazėje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

elementų sudėties medžiagos. Šią grupę sudaro aiškų haliucinogeninį poveikį turinčios medžiagos ir ryškų stimuliuojantį poveikį turinčios medžiagos.

2007 m. pirmą kartą per greito keitimosi informacija mechanizmą buvo pranešta apie tris gamtoje randamas medžiagas, tarp jų apie kvaitulinį šalaviją (lot. *Salvia divinorum*) – psichoaktyviųjų savybių turintį augalą ⁽¹⁶⁰⁾.

Internetas – psichoaktyviųjų medžiagų rinka

Internetas atveria langą į narkotikų vartotojų pasaulį per realiu laiku vykstančius pokalbių forumus ir pokalbių svetaines; internete taip pat veikia įvairiausios interneto prekybos svetainės, kuriose galima įsigyti kontroliuojamiems preparatams alternatyvių psichoaktyviųjų medžiagų. Skelbiama informacija leidžia geriau suprasti įvairius prekybos narkotikais internetu aspektus, pavyzdžiui, interneto prekybos svetainių darbo principus; kaip jie reaguoja į vartotojų poreikius, taip pat naujas tarp jaunų žmonių atsirandančias tendencijas. Siekdamas nustatyti internetinės narkotikų rinkos tendencijas, 2008 m. pradžioje ENNSC atliko šios rinkos tyrimą, kurio metu buvo stebimos 25 interneto parduotuvės. Toliau pateikiami šio tyrimo rezultatai.

Parduotuvės internete

Nuolat pranešama apie naujai atsirandančias parduotuves internete, prekiaujančias psichoaktyviosiomis medžiagomis, pakeičiančiomis kontroliuojamuosius narkotikus, tokius kaip LSD, ekstazi, kanapes ar opioidus. Nors internete parduoti siūlomos medžiagos dažnai vadinamos „teisėtais narkotikais“ (angl. *legal highs*) ar „žoliniais narkotikais“ (angl. *herbal highs*), kai kuriose Europos šalyse šiems narkotikams taikomi tokie patys įstatymai kaip ir kontroliuojamiems vaistams ir už jų vartojimą gali būti taikomos tokios pačios bausmės.

Kaip nustatyta tyrimo metu, dauguma parduotuvių internete veikia Jungtinėje Karalystėje ir Nyderlanduose, šiek tiek mažesniu mastu jos paplitusios Vokietijoje ir

Tyrimo internete metodika

2008 m. sausio mėn. naudojant paieškos internete sistemą Google (<http://www.google.com>) ir raktinius žodžius įvairiomis kalbomis buvo atlikta paieška internete siekiant susidaryti momentinį vaizdą. Buvo identifikuotos 68 ES internetinėje erdvėje įkurtos parduotuvės internete, kuriose buvo parduodami „teisėti narkotikai“. Jos buvo suskirstytos pagal kilmės šalį. Nustatant kilmės šalį, buvo naudojami ES šalių domenų kodai (pvz., ES, FR, DE) arba kiti susikūrimo ES erdvėje požymiai (pvz., adresas korespondencijai). Daugiau nei pusė parduotuvių (52 %) buvo įsikūrusios Jungtinėje Karalystėje, 37 % Nyderlanduose, 6 % Vokietijoje, 4 % Austrijoje ir 1 % kitose šalyse (pvz., Airijoje, Lenkijoje). Išsamesnei analizei atlikti atsitiktinės atrankos būdu buvo pasirinktos 25 parduotuvės internete. Kiekvienoje grupėje (pagal kilmės šalį) imtis buvo proporcinga visų internetinių parduotuvių skaičiui. Į imtį nebuvo įtrauktos didmeninė, o ne mažmeninė prekyba užsiimančios bei išskirtinai haliucinogeninius grybus pardavinėjančios internetinės parduotuvės.

⁽¹⁶⁰⁾ Žr. „Naujos kontroliuojamosios medžiagos“.

Austrijoje. Parduotuvės internete dažnai specializuojasi pardavinėti tam tikrų rūšių su narkotikais susijusias medžiagas, pavyzdžiui, kai kurios parduoda daugiausia narkotines medžiagas, kitų specializacija – haliucinogeniniai grybai, arba „vakarėlių tabletės“, dar kitos daugiausia siūlo įvairiausias žolines, pusiau sintetines ir sintetines medžiagas.

Europoje veikiančios parduotuvės internete reklamuoja per 200 psichoaktyviųjų medžiagų. Dažniausiai pasitaikantys vadinamieji „teisėti narkotikai“ yra: kvaitulinis šalavijas (lot. *Salvia divinorum*), puošnioji vožtė (lot. *Mitragyna speciosa*), gyslotasis vyklys (lot. *Argyrea nervosa*), haliucinogeniniai grybai (EMCDDA, 2006), ir pačios įvairiausios „vakarėlių tabletės“.

Parduoti siūlomos medžiagos reklamoje pristatomos kaip medžiagos, turinčios poveikį, panašų į kontroliuojamųjų narkotikų. Tiek kvaitulinis šalavijas (lot. *Salvia divinorum*), tiek gyslotasis vyklys (lot. *Argyrea nervosa*) kartu su rečiau siūlomu linažiedžiu sukučiu (lot. *Ipomoea violacea*) apibūdinami kaip sukeliantys panašų į LSD sukeliamą haliucinogeninį poveikį. Puošnioji vožtė (lot. *Mitragyna speciosa*) dažnai reklamuojama kaip opioidų pakaitalas, įvairūs preparatai siūlomi kaip alternatyva kanapėms, o „vakarėlių tabletės“ parduodamos kaip alternatyva MDMA. Siūlomų „vakarėlių tablečių“ sudėtyje gali būti augalinių preparatų arba pusiau sintetinių ar sintetinių medžiagų. Dažnai pagrindinė „vakarėlių tablečių“ sudedamoji dalis yra benzilpiperazinas (BZP), tačiau kai tik ES valstybėse narėse buvo įvestos BZP kontrolės priemonės, parduotuvės internete jau buvo pasirūpinusios jį pakeičiančiomis medžiagomis. Siūlomų medžiagų kainos svyruoja nuo 1 EUR iki 11 EUR už vieną dozę atitinkantį kiekį.

GHB ir jo pirmtakas GBL: įgyvendinamos kontrolės priemonės

Europoje gama-hidroksibutirinė rūgštis (GHB) buvo stebima jau nuo 2000 m., kai pagal 1997 m. bendrų veiksmų dėl naujų sintetinių narkotinių medžiagų programą buvo atliktas šios medžiagos rizikos vertinimas (EMCDDA, 2002). 2001 m. kovo mėn. įtraukus GHB į 1971 m. Jungtinių Tautų psichotropinių medžiagų konvencijos IV sąrašą, visos ES valstybės narės buvo įpareigosios kontroliuoti šią medžiagą pagal jų psichotropines medžiagas kontroliuojančius įstatymus, ir, pritaikius naujas kontrolės priemones, atvira GHB prekyba buvo greitai nutraukta.

GHB randama žmogaus organizme, tačiau taip pat ji vartojama ir kaip vaistas, ir kaip pasilinksminimo vietoje vartojamas preparatas. Ne gydymo tikslais naktinėse pasilinksminimo vietose GHB pradėta ypač plačiai vartoti

dešimtajame dešimtmetyje kai kuriose Europos vietose, JAV ir Australijoje, ypač naktiniuose klubuose, kur dažniausiai vartojama ir daugybė kitokių narkotikų. Netruko išgirsti nuomonių, išreiškiančių susirūpinimą dėl šio preparato vartojimo sveikatai keliamo pavojaus. Ypač didelį nerimą kėlė pavojai, kylantys vartojant GHB kartu su alkoholiniais gėrimais (populiariai vadinama „gėrimo pastiprinimu“) siekiant sukelti seksualinę agresiją. Tačiau kol kas nėra surinkta įrodymų šiam teiginiui patvirtinti, o GHB pėdsakų organizme aptikti labai sunku, kadangi ji organizmo skysčiuose išsilaiko labai trumpai. Tačiau GHB, siejama su narkotinių medžiagų paskatintais seksualinės prievartos pasireiškimais, tikriausiai prisidėjo prie santykinai „neigiamo“ šios medžiagos įvaizdžio (EMCDDA, 2008c).

GBL

Nerimą kelia ir pranešimai apie gama-butirolaktono (GBL), GHB pirmtako, vartojimą. Ši medžiaga nėra įtraukta į jokių JT narkotikų kontrolės konvencijų sąrašus. Organizme GBL greitai virsta GHB, ir kol kas nėra sukurta jokių iš karto pritaikomų toksikologinių testų, kuriais galima būtų nustatyti, kurios medžiagos buvo suvartota.

GHB galima nesunkiai pagaminti iš GBL ir 1,4-butanediolo (1,4-BD), kurie plačiai ir teisėtai naudojami daugelyje pramonės šakų (pvz., chemijos, plastikų ir farmacijos), todėl nesunkiai gaunami iš prekių tiekėjų. GBL galima nesunkiai gauti rinkoje, todėl jis gali tapti lengvai prieinamas prekiautojams narkotikais ir vartotojams, mokant už šį preparatą daug mažiau nei už kitas medžiagas neteisėtų narkotikų rinkoje Europos Sąjungoje, be to, susiduriant su daug mažesne rizika. Pavyzdžiui, vidutinė 1 gramo GBL dozės kaina, perkant didmenine kaina, internete svyruoja nuo 0,09 EUR iki 2 EUR.

Pavojai sveikatai

Tiek GHB, tiek GBL yra greitai kylanti dozės – reakcijos kreivė, poveikio simptomai pasireiškia labai greitai, o tai labai padidina su neteisėtu vartojimu susijusius pavojus. Pykinimas, vėmimas ir įvairaus laipsnio sąmonės sutrikimai yra pagrindiniai šalutiniai poveikiai, dažniausiai nurodomi pranešimuose apie apsinuodijimą GHB. Tačiau dažnai dėl to, kad buvo vartojami ir kiti preparatai, sunku susidaryti tikslų klinikinį GHB vartojimo pasekmių vaizdą. Nyderlanduose atlikto 72 GHB vartotojų tyrimo ataskaitoje teigiama, kad dauguma jų, pavartoję GHB, buvo apalpę bent vieną kartą, o kai kurie ir po kelis kartus (Korf et al., 2002). GHB ir GBL vartotojų tyrimas Jungtinėje Karalystėje parodė, kad apie neigiamas reakcijas buvo dažniau pranešama preparatų pavartojus klubuose nei savo namuose (Sumnall et al., 2008). Londone ir Barselonoje tipiškas GHB apsinuodijęs žmogus

apibūdintas kaip jaunas vyras, dažniausiai apsinuodijantis per savaitgalius, kartu su šia medžiaga vartojęs alkoholinius gėrimus ar kitus neteisėtus narkotikus (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

Nors ir nesistemingai, apie apsinuodijimus GHB ir su šia medžiaga susijusius, sveikatai pavojų sukėlusius atvejus Belgijoje, Danijoje, Ispanijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Suomijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje mokslinėje literatūroje ir ENNSC buvo pranešama jau nuo paskutinio dešimtmečio pabaigos. Nors, palyginti su visais apsinuodijimo narkotikais atvejais, kai apsinuodijusius asmenis prireikdavo hospitalizuoti ar suteikti neatidėliotiną medicinos pagalbą, GHB nurodomas gana retai, vis dėlto nuo 2000 m. apsinuodijimo šiuo preparatu atvejų gerokai padažnėjo. 2005 m. Amsterdame prašymų suteikti neatidėliotiną medicinos pagalbą apsinuodijus GHB ir (arba) GBL, kai pacientus prireikdavo vežti į ligoninę, buvo gauta gerokai daugiau nei pagalbos prašymų pavartojus kitas narkotines medžiagas.

Jungtinėje Karalystėje vienas Londono ligoninės neatidėliotinos pagalbos skyrius, aptarnaujantis teritoriją, kurioje gausu pasilinksminimo įstaigų, dažniausiai lankomų vietos homoseksualų bendruomenės atstovų, 2006 m. užregistravo 158 apsinuodijimo GHB ir GBL atvejus. Nors dauguma į šį skyrių besikreipusių pacientų nurodė vartoję GHB, toje teritorijoje esančių naktinių klubų per tą patį laikotarpį surinktų mėginių cheminė analizė daugiau nei pusėje jų nustatė GBL, o ne GHB. Tai leidžia daryti išvadą, kad GBL gali būti vartojamas dažniau, nei buvo anksčiau manyta (Wood *et al.*, 2008).

Dėl labai greito pasišalinimo iš organizmo, GHB ir (arba) GBL sunku įvardyti vienintele apsinuodijimo ar mirties priežastimi. Be to, nėra sukurtos jokios sistemos, kuri padėtų registruoti su GHB ir jo pirmtakų vartojimo sukeltų mirčių ir stiprų apsinuodijimą sukėlusių atvejų skaičių.

Veiksmai

Kai kurios valstybės narės (Italija, Latvija, Švedija) nusprendė kontroliuoti GBL (ar GBL ir kitą pirmtaką 1,4-BD) pagal jų šalyse galiojančius narkotikų kontrolės ar kitus teisės aktus, o Jungtinėje Karalystėje šiuo metu aptariama galimybė patvirtinti kitas papildomas kontrolės priemones. Pagal Bendrijos pirmtakų kontrolės teisės aktus, GBL ir 1,4-BD yra įtraukti į nekontroliuojamųjų medžiagų sąrašus. Dėl šiuose sąrašuose esančių medžiagų valstybės narės savanoriškai patvirtina stebėsenos priemones, siekdamos užkirsti kelią neteisėtam tokių medžiagų naudojimui kitiems nei teisėtos gamybos tikslams.

Įvairios prevencinės ir žalos mažinimo priemonės reaguojant į GHB ir (arba) GBL paplitimą ir vartojimą dažniausiai įgyvendinamos per visos šalies ar bendruomenės lygio kovos su narkotikų vartojimu projektus naktinio pasilinksminimo vietose. Vykdam šias akcijas, dažniausiai apmokomi klubų darbuotojai, skleidžiama informacija apie GHB ir kitų narkotikų vartojimo žalą. Tokios akcijos vykdomos dažniausiai kartu su kitomis kampanijomis, kuriomis siekiama kovoti su „klubų narkotikais“, alkoholio ar įvairių narkotikų mišinių vartojimu (EMCDDA, 2008e).



Literatūra

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, p. 198–202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction* 100, p. 981–989.
- Cameron, L. ir Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?“, *Economic Record* 77, p. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, p. 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation“, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. ir Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 62, p. 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. ir Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance Use and Misuse* 43, p. 733–747.
- Currie, C., et al. (eds.) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey“, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare“, *Druglink* 22(2), March–April.
- Darke, S. ir Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, p. 1383–1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. ir Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, p. 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro“, *Revista Española de Salud Pública* 80, p. 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L. ir De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie“, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. ir Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007“, *Journal of Forensic Science* 53, p. 452–454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system“, *Drug and Alcohol Dependence* 72, p. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. ir Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004“, *International Journal of Drug Policy* 18, p. 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, European Centre for Disease Control, Stockholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007a), *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 9, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 8, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Liubon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 selected issue*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Europos Komisija (2007a), „Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence“, COM (2007) 199 final.
- Europos Komisija (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Health and Consumer Protection Directorate.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, The Hague.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, The Hague.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, The Hague.
- Farrell, M. ir Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment“, *Addiction* 103, p. 251–255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. ir Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse“, *Journal of Health Economics* 20, p. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. ir Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in „evidence-based“ drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation“, *Drug and Alcohol Review* 26, p. 585–593.
- Gossop, M., Manning, V. ir Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder“, *Addiction* 101, p. 1292–1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., ir Treacy, S. (2002), Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK), *Addictive Behaviors* 27, p. 155–166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. ir Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe“, *Drug and Alcohol Review* 27, p. 236–242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. ir Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, p. 125–134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presented at the 2nd European conference on drug trafficking and law enforcement, Paris, 26/27 September, 2002 (<http://www.cedro-eva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. ir Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (prieinama: <http://www.archido.de/>).

- Korf, D., Nabben, T. ir Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. ir Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies“, *Addiction* 101, p. 948–958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. ir Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. ir Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. ir Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate“, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, p. 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C. ir Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004“, *International Journal of Epidemiology* 35, p. 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. ir LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues“, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, p. 101–109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. ir Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, p. 331–342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. ir Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176–182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. ir Vuori, E. (spausdinama), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia“, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose“, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, p. 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F. ir Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, *Health Education Research* 22, p. 177–191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, p. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. ir Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, p. 502–506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention“, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, p. 233–238.
- „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. ir Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use“, Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (spausdinama), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, Final report WP 1 of project SANCO/2006/C4/02 on „Drug policy and harm reduction“ for the European Commission.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. and Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, p. 202–207.
- Stallwitz, A. ir Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review“, *International Journal of Drug Policy* 18, p. 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, p. 286–290.

- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. ir Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, p. 170.
- Swift, W., Hall, W. ir Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 309–318.
- Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality“, *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, Nos 1 and 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use“, *Lancet* 369, p. 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna (available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. ir Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users“, *Addiction* 102, p. 1454–1462.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, World Customs Organisation, Brussels.
- Werch, C.E. ir Owen, D.M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs“, *Journal of Studies on Alcohol* 63, p. 581–590.
- Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)“, *Quarterly Journal of Medicine* 101, p. 23–29.
- Zador, D., Mayet, S. ir Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK“, *International Journal of Epidemiology* 35, p. 1586–1587.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. ir Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, p. 33–39.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2008 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras

2008 – 99 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-331-4

Kaip įsigyti ES leidinių?

Parduodamų Leidinių biuro leidinių galima rasti *EU Bookshop* adresu:
<http://bookshop.europa.eu>. Ten galima pateikti užsakymą pasirinktam pardavimo biurui.

Norėdami gauti mūsų pardavimo biurų visame pasaulyje sąrašą,
kreipkitės faksu (352) 29 29-42758.

Apie ENNSC

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 metais, jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir narkomaniją šaltinis Europoje.

ENNSC renka, analizuoja ir platina faktinę, objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis plačiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija pateikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateiktas bendrasis ENNSC įspūdis apie narkotikų reiškinį Europos Sąjungoje. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.



Leidinių biuras
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-331-4



9 789291 683314