



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

ISSN 1830-0782

2008. GADĀ ZIŅŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

2008. GADĀ ZIŅŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ

Juridisks paziņojums

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

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

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

Bezmaksas tālruņa numurs (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Kataloga dati atrodami publikācijas beigās.

ISBN 978-92-9168-332-1

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2008. gads

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

Printed in Luxembourg

IESPIESTS UZ PAPĪRA, KURA BALINĀŠANĀ NAV IZMANTOTS HLORS.



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

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

Saturs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs. Narkomānijas situācija Eiropā – jaunas perspektīvas un dažas vecas patiesības	11
1. nodaļa. Politika un tiesību akti	
Starptautiskās un ES politikas aktualitātes • Valstu stratēģijas • Valsts izdevumi • Valsts tiesību akti • Noziedzība • Valsts pētījumi	18
2. nodaļa. Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā	
Profilakse • Ārstēšana • Kaitējuma mazināšana • Sociālā reintegrācija • Veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās	28
3. nodaļa. Kaņepes	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Ārstniecība	37
4. nodaļa. Amfetamīni, ekstazī un LSD	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Izklaides vietas • Medicīnas pakalpojumu sniegšana	48
5. nodaļa. Kokaīns un kreka kokaīns	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Ārstniecība un kaitējuma mazināšana	59
6. nodaļa. Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana	
Heroīna piedāvājums un pieejamība • Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses • Narkotiku injicēšana • Problemātiskas opioīdu lietošanas ārstniecība	69
7. nodaļa. Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi	
Infekcijas slimības • Infekcijas slimību profilakse • Nāves gadījumi un mirstība • Nāves gadījumu skaita samazināšana	79
8. nodaļa. Jaunas narkotikas un topošas narkotiku lietošanas tendences	
ES pasākumi saistībā ar jaunām psihoaktīvām vielām • Veikali internetā • GHB un GBL	91
Bibliogrāfija	96



Priekšvārds

Mums ir gods iepazīstināt ar trīspadsmto Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra gada pārskatu. Šo pārskatu izveidot bija iespējams, tikai pateicoties *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centru partneriem un visas Eiropas ekspertu smagajam darbam un aizrautībai, piedaloties analīzes veikšanā. Mēs esam pateicību parādā arī tām ES aģentūrām un starptautiskajām organizācijām, kas darbojas narkotiku apkarošanas jomā. Mūsu pārskats ir veidots kolektīvu pūļu rezultātā, un mēs pateicamies visiem, kas piedalījās tā tapšanā. Šī darba jēga ir tāda, ka bezkaislīga to faktu analīze, ko mēs zinām par narkomānijas situāciju, ir priekšnosacījums, lai noorganizētu informācijā pamatotas, produktīvas un argumentētas debates, nodrošinot, ka viedokļus pamato ar faktiem un ka tie, kuri pieņem sarežģītus lēmumus attiecībā uz politiku, var iegūt skaidru priekšstatu par pieejamo iespēju izmaksām un ieguvumiem.

Šis gads narkotiku apkarošanas jomā bijis ļoti noslogots, un *EMCDDA* ir bijis tas gods atbalsīt gan pašreizējā ES rīcības plāna par narkotikām galīgo novērtējumu, gan Apvienoto Nāciju Organizācijas Ģenerālās asamblējas 1998. gada īpašās sesijas pārskatu par narkotiku problēmu. Ir patīkami atzīmēt, ka pēc starptautiskajiem standartiem Eiropa izceļas kā viena no pasaules daļām, kur uzraudzības iespējas ir vislabāk attīstītas. Tomēr mēs apzināmies mūsu pašreizējo informācijas resursu ierobežojumus un nepārtraukti kopā ar mūsu partneriem strādājam, lai palielinātu pieejamo datu kvalitāti un būtiskumu.

Pamattēma politiskajās debatēs par narkotikām ir Eiropas narkotiku problēmas izmaksas – gan slēptās, gan redzamās. Šis jautājums ir aplūkots šī pārskata dažādās daļās. *EMCDDA* strādā pie tā, lai uzlabotu izpratni par valsts izdevumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanas problēmas risināšanu ES dalībvalstīs. Šis darbs ir tikai sākies, un iegūtie aprēķini ir drīzāk indikatīvi nekā precīzi. Tomēr tie parāda, ka ir iztērētas ievērojamas summas – no 28 miljardiem euro līdz 40 miljardiem euro. Narkotiku lietošanas rezultātā radīto kaitējumu ekonomikas terminos ir grūtāk izteikt. Kā mums būtu jārēķina izmaksas, raugoties uz traģiskajiem narkotiku izraisītajiem dzīvības zaudēšanas gadījumiem Eiropā, negatīvo ietekmi uz apdzīvotajām vietām, kur narkotikas ražo un tirgo, vai to, kā narkotiku nelikumīga pārvadāšana grauj ražotājvalstu un tranzītvalstu sociālo attīstību un

politisko stabilitāti? Var aplūkot kaut vai tikai bažas izraisošos notikumus saistībā ar kokaīna tranzītu caur Rietumāfriku, lai atgādinātu par netiešajiem zaudējumiem, ko šī problēma var radīt.

Pozitīvi ir tas, ka narkotiku lietošanas apjomi Eiropā, šķiet, ir stabilizējušies un var novērot progresu ES dalībvalstu cīņā ar šo problēmu. Attiecībā uz lielāko daļu narkotiku lietošanas veidiem mūsu kopējais novērtējums ir tāds, ka mēs nenovērojam lietošanas apjomu pieaugumu, un dažos apgabalos, šķiet, lietošanai ir tendence samazināties. Kas attiecas uz atbildes reakciju, mēs pārliecinājamies, ka faktiski visas dalībvalstis apgūst stratēģisku pieeju un Eiropas līmenī ir novērojama lielāka kohēzija. Turpina palielināties ārstēšanas iespēju pieejamība, un dažās valstīs tā ir sasniegusi stāvokli, kad lielākā daļa heroīna lietotāju, kurus kādreiz uzskatīja par cilvēkiem, kuri slēpjas, tagad ir dažādu dienestu redzeslokā. Pirms dažiem gadiem HIV infekcija narkotiku injicētāju vidū bija galvenā rūpe debatēs par narkotiku politiku. Kopš tā laika Eiropā par normu ir kļuvis pragmatisks profilakses, ārstēšanas un kaitējumu samazināšanas pasākumu apvienojums, līdz ar to jaunu ar narkotiku lietošanu saistītu inficēšanās gadījumu skaits ir samazinājies un turpina samazināties.

Labām ziņām nav uzkrītošu virsrakstu, un tās var palikt neievērotas. Taču ir svarīgi atzīt progresu tur, kur tas sasniegts. Eiropā aizvien vairāk mums rodas izpratne par to, kādi pasākumi var būt efektīvi, lai risinātu narkotiku problēmas. Piekrišana tam, ka mūsu rīcība var mainīt situāciju un to maina, ir priekšnoteikums, lai nodrošinātu ieguldījumus un politisko atbalstu. Tas nenožīmē, ka mūsu pārskats neizceļ daudzas jomas, par kurām ir bažas Eiropas Savienībā. Piemēri rāda, ka kokaīna lietošana joprojām pieaug un ka pastāv ievērojamas atšķirības starp valstīm to pakalpojumu pieejamības un kvalitātes ziņā, ko var piedāvāt cilvēkiem, kam narkotiku lietošana rada problēmas. Tāpēc mēs varam secināt, ka, lai arī ir panākts progress, darba noslēgums vēl ir ļoti tālu. Taču pašreiz Eiropā par virzienu, kurā mums jāiet, pastāv lielāka vienprātība nekā jebkad agrāk.

Marcel Reimen

EMCDDA valdes priekšsēdētājs

Wolfgang Götz

EMCDDA direktors



Pateicības

Par šā ziņojuma tapšanā sniegto palīdzību EMCDDA vēlas pateikties:

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

Reitox tīkla valstu koordinācijas centri

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

Valstu koordinācijas centru kontaktinformācija ir atrodama šajā tīmekļa vietnē:

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



Ievada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko valsts ziņojumos EMCDDA ir iesniegušas ES dalībvalstis, kandidātvalstis un Norvēģija (piedalās EMCDDA darbā kopš 2001. gada). Ziņojumā minētie statistikas dati attiecas uz 2006. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru ir pieejami dati). Ziņojumam pievienotajās diagrammās un tabulās var būt atspoguļota informācija tikai par tām ES valstīm, kas ir sniegušas informāciju par attiecīgo laikposmu.

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

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

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

Tendenču analīzes pamatā ir tikai dati no tām valstīm, kuras sniedza pietiekamus datus, kas raksturo izmaiņas attiecīgajā laikposmā. Narkotiku tirgus tendenču analīzē trūkstotie 2006. gada dati var būt aizstāti ar 2005. gada datiem; citu tendenču analīzē trūkstotie dati var būt interpolēti. Cenu tendences ir koriģētas, ņemot vērā inflāciju attiecīgajās valstīs.

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

Papildinformācija par datiem un analītiskajām metodēm ir pieejama 2008. gada statistikas biļetenā.

Gada ziņojumu 23 valodās var lejupielādēt šajā tīmekļa vietnē: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Visas gada ziņojuma statistikas analīzē izmantotās tabulas ir atrodamas 2008. gada statistikas biļetenā (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>). Tajā ir sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodiku un apmēram 100 papildu statistikas diagrammas.

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

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



Komentārs

Narkomānijas situācija Eiropā – jaunas perspektīvas un dažas vecas patiesības

Stingra balss no Eiropas nozīmīgā pārdomu un politikas izveides gadā

Eiropā 2008. gadā tika novērtēts narkotiku rīcības plāns 2005.–2008. gadam, kā arī notika darbs jauna plāna sagatavošanā, lai sekmētu ES narkotiku apkarošanas stratēģiju tās otrajā periodā (2009.–2012. g). Tajā pašā laikā 13 dalībvalstis pārveido vai pārskata savas valstu narkotiku apkarošanas stratēģijas vai rīcības plānus. Starptautiskā līmenī šis gads iezīmē arī 10 gadu atskaite punktu deklarācijām un rīcības plāniem, ko pieņēma Apvienoto Nāciju Organizācijas Ģenerālās asamblejas 20. īpašajā sesijā (UNGASS). Tas padara 2008. gadu par īpašu gadu, kad Eiropai un pasaulei būtu jāpārdomā, kā līdz šim brīdim ir izpildīta narkotiku politika un kādos virzienos būtu jāstrādā turpmāk.

Arvien lielāku Eiropas vienotību var novērot dalībvalstu apstiprinātajās valstu narkotiku apkarošanas stratēģijās un to ieguldījumā vispārējās diskusijās par narkotikām. Visām ES dalībvalstīm, izņemot vienu, patlaban ir valsts narkotiku politikas dokumenti, un apmēram puse no tām tagad veido savu valstu politikas dokumentus saskaņā ar ES rīcības plāna nostādnēm – tas viss norāda uz pieaugošu politikas vienotību Eiropā un uz to, kā būtu jārisina narkotiku problēma. Pašreiz notiekošajās diskusijās saistībā ar UNGASS apskatu ES dalībvalstis ar Komisijas atbalstu pilda aizvien vienotāku ES pozīciju. Eiropai piedaloties debatēs, uzsvars tika likts uz nepieciešamību pēc visaptverošas, līdzsvarotas un pierādījumos balstītas politikas un rīcības un uz pasaules narkotiku problēmas pilnveidošanas pārraudzības nozīmīgumu pēc UNGASS noteiktā perioda beigām.

Narkotiku lietošana un kriminālo sankciju piemērošana – neskaidra situācija

Pēdējos gados EMCDDA ir ziņojis par tendenci Eiropas valstīs likt lielāku uzsvāru uz atšķirībām narkotiku apkarošanas likumos attiecībā uz tiem, kas nodarbojas ar narkotiku pārvadāšanu vai tirgošanu, un tiem, kas narkotikas lieto. Šo atšķirību var redzēt tādējādi, ka dažās valstīs ir samazināti sodi par narkotiku lietošanu, savukārt citas atteikušās samazināt sodus vai pat tos palielinājušas. Praksē bieži ir grūti atšķirt piegādātāju un lietotāju, un dalībvalstīs ļoti dažādi atšķirtas šīs divas kategorijas.

Priekšstats, ka pašreiz Eiropas valstis piemēro mazāk sankciju par narkotiku lietošanu, nav radies no pieejamajiem datiem. Pēdējo piecu gadu laikā Eiropā ir pieaudzis narkotiku lietošanas iespaidā izdarīto likumpārkāpumu skaits. Lielākā daļa no paziņotajiem likumpārkāpumiem, kas izdarīti narkotiku lietošanas iespaidā, ir saistīti ar to lietošanu un glabāšanu personīgai izmantošanai, nevis ar piegādi, un, kamēr likumpārkāpumu, kas saistīti ar narkotiku piegādi, apjoms ir pieaudzis par 12 %, ar glabāšanu saistīto likumpārkāpumu apjoms pieaudzis par vairāk nekā 50 %. Kaņepes joprojām ir narkotika, kas visbiežāk saistīta ar likumpārkāpumiem, kuri izdarīti narkotiku iespaidā.

Lemesli, kāpēc pieaudzis to likumpārkāpumu skaits, kas saistīti ar narkotiku lietošanu, ir neskaidri un, iespējams, dažās valstīs varbūt administratīvi ir vieglāk par narkotiku glabāšanu personīgai lietošanai pieņemt apsūdzību spriedumu. Taču nav pierādījumu dažreiz paustajam viedoklim, ka narkotiku lietotājiem, jo īpaši kaņepju lietotājiem, iespējamība tikt apsūdzētiem par likumpārkāpumiem, kas saistīti ar narkotikām, pēdējos gados ir samazinājusies. Turklāt nav skaidrs, kādā mērā ir mainījušās sankcijas, ko piemēro par narkotiku glabāšanu, un nākošajā gadā EMCDDA apskatīs šo jautājumu atsevišķā izdevumā.

Jauna aptauja pēta jauniešu attieksmi pret narkotiku lietošanu

Eiobarometra pēdējā aptauja pētīja jauniešu attieksmi un izpratni par narkotikām, un dažādās valstīs konstatēja ievērojamu vienprātību. Kopumā no 81 % līdz 96 % aptaujāto personu uzskatīja par augstiem riskus, kas saistīti ar tādu narkotiku lietošanu kā heroīns, kokaīns un ekstazī. Lielākais daudzums respondentu (95 %) uzskatīja, ka šīs narkotikas Eiropā būtu jāturpina kontrolēt. Taču viedokļi par kaņepēm atšķiras stipri vairāk, 40 % domāja, ka šī narkotika rada lielu risku, savukārt apmēram tads pats skaits aptaujāto (43 %) uzskatīja, ka kaņepes rada "vidēju risku veselībai", visumā līdzīgu riskam, kas saistīts ar tabakas smēķēšanu. Izpratne par riskiem veselībai sakarā ar kaņepju lietošanu parādījās zemākā atbalsta līmenī kaņepju aizlieguma turpmākai pastāvēšanai (67 %) un viedokli, ko puda mazākums (31 %), ka kaņepju lietošanu vajadzētu regulēt tāpat kā alkohola un tabakas izstrādājumu lietošanu.

Narkotiku lietošanas novēršana — pierādījumu bāze palielinās, bet prakse pārmaiņas notiek lēni

Neskatoties uz gandrīz vienprātīgo atbalstu narkotiku lietošanas novēršanai, oficiāli novērtējumi šajā jomā joprojām ir problemātiski, un pieejamie pierādījumi par ieviešanas efektivitāti šajā jomā jau vēsturiski bijuši ierobežoti. Šī situācija mainās, jo turpina palielināties zinātniskā bāze narkotiku lietošanas novēršanai un tiek veikti daudz rūpīgāki pētījumi. Lai gan secinājumi joprojām bieži jāizdara no ASV pētījumu rezultātiem, kuru saistība ar Eiropas situāciju var būt apšaubāma, pašreiz Eiropā veiktā darba apjoms šajā jomā palielinās. Vienlaikus pašreiz pieejamā informācija ļauj labāk izprast to, kādi rīcības veidi šķiet efektīvāki un kā tos novirzīt uz lielākajiem riskiem. Tomēr jaunie fakti liek domāt, ka daudzās valstīs galvenās pieejas joprojām nav balstītas spēcīgu pierādījumu bāzē un dažos gadījumos ietver darbības, kuras var pat būt neproduktīvas. Problēmu politikas veidotājiem var radīt apstākļi, ka šīs programmas, kas zināmas kā tādas, kuras dod labumu, bieži prasa gan lielāku resursu ieguldījumu, gan vairāk uzmanības apmācībai un kvalitātes kontrolei.

Lai atbalstītu zināšanu nodošanu un labo praksi narkotiku jomā, 2008. gadā EMCDDA izveidoja interneta portālu. Portāls, kurā ietverta profilakses sadaļa, sniedz pārskatu par jaunākajiem pierādījumiem attiecībā pret programmas iedarbību un efektivitāti, kā arī rīkus un standartus, kuru mērķis ir uzlabot ieviešanas kvalitāti. Minēti arī novērtēto prakšu piemēri visā Eiropā.

Narkomānijas ārstēšana — lielāks uzsvars rezultātiem un klientu vajadzībām

Narkotiku lietotāju skaits, kas saņem ārstēšanu no atkarības, pēdējos gados ir ievērojami pieaudzis, un daudzās valstīs tagad ievērojama daļa no problemātiskajiem opioīdu lietotājiem saņem ilglaicīgu aizvietojojo terapiju. Šī tendence ir novedusi pie pieejamo farmaceitisko iespēju paplašināšanās, un tās rezultātā vairāk uzmanības pievērš ārstēšanas kvalitātei un rezultātiem, nevis ārstēšanas uzsākšanai, par ko rūpējās sākotnējā politika. Debates izraisīja diskusijas par to, kas veido reālus ilglaicīgus mērķus aizvietojojo terapijai un kādā mērā klientus var no jauna integrēt sabiedrībā un pievērst normālai dzīvei. Darba iegūšana ir viens no galvenajiem faktoriem, lai spētu reintegrēties sabiedrībā, līdz ar to šim faktoram tiek piešķirta liela prognostiskā vērtība. Taču atpakaļieļaušanas darba tirgū bieži ir grūti nodrošināt, ņemot vērā sliktās prasmes un zemo izglītības līmeni, kas raksturīgs daudziem novecojušajiem hroniskajiem narkotiku lietotājiem, kuri saņem ilglaicīgu ārstēšanu Eiropā.

Vienprātība par to, kas rada veiksmīgu galarezultātu tiem, kuriem ir ilglaicīgas problēmas ar narkotikām, un attiecībā uz to, cik lielā mērā šo iedzīvotāju grupu var veiksmīgi reintegrēt sabiedrībā, kļūst par arvien nozīmīgākiem jautājumiem Eiropas narkotiku atkarības ārstēšanas dienestiem.

Lai gan Eiropa turpina piedzīvot narkotiku atkarības ārstēšanas pasākumu ekspansiju, joprojām pastāv ievērojamas atšķirības valstu starpā to nodrošinātajās ārstniecības iespējās un apjomā, kādā dienesti risina dažāda veida ar narkotikām saistītas problēmas. Turklāt plaši tiek atzīts, cik nozīmīgas ir narkotiku atkarības ārstēšanas iespējas cietumā; tās vēl jāsasaista ar ieguldījumiem šīs jomas dienestos, kuri vairumā valstu joprojām ir slikti attīstīti. Ievērojama problēma narkotiku atkarības ārstēšanas dienestiem Eiropā ir nepieciešamība izstrādāt aprūpes modeļus, kas pielāgoti ļoti nevienmabīgo narkotiku lietotāju grupu vajadzībām. Uz kopējā fona, kur pierādījumi nenorāda uz labāko pieeju, dažas Eiropas valstis ir izstrādājušas interesantas jaunas metodes kaņepju vai kokaīna lietotāju ārstēšanai. Kompleksās problēmas, ko izraisa dažāda veida vairāku narkotiku, to skaitā alkohola, lietošana rada problēmas dienestu attīstībai. Tāpēc pastāv iespēja, ka Eiropas narkotiku atkarības ārstēšanas dienestiem nākotnē būs jāizstrādā aizvien diferencētāks jautājumu kopums, ja tiem būs jāapmierina savu klientu dažādās, aizvien pieaugošās vajadzības.

Nopietnākas pazīmes, kas liecina, ka kaņepju lietošanas popularitāte varētu būt samazinājusies

Nesen skolēnu un pieaugušo iedzīvotāju aptaujās iegūtie dati liek domāt, ka kopumā kaņepju lietošanas apjoms ir stabilizējies vai dažās valstīs samazinājies. Joprojām var novērot dažādas valstu tendences, kā arī pastāv tirgus atšķirības starp valstīm. Tas parādās vidēja termiņa tendencēs, kas ir pieaugušas, par ko bieži ziņo valstis, kurās izplatība ir zemāka, stabilā situācijā daudzās citās valstīs un izplatības samazinājumā, kas novērots dažās valstīs, kur izplatība bija lielāka.

Izplatības samazināšanās ir acīmredzamākā jaunākajās vecuma grupās. Jauni skolu aptaujas dati no pēdējā HBSC pētījuma (skolēnu veselības paradumu pētījums) atklāj stabilu vai samazinātu narkotiku lietošanas tendenci 15 gadus vecu skolēnu vidū vairumā valstu 2001.–2006. gadā, un iepriekšējie ziņojumi liek domāt, ka šo ainu var apstiprināt pēdējais ESPAD (Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskām vielām) posms, kam jābūt publicētam 2008. gada beigās. Apvienotajā Karalistē, valstī, kura parasti izcēlās ar kaņepju lietošanas augsto izplatību, pašreiz ir novērojama noturīga lejupejoša

Īss pārskats par narkotiku lietošanas izplatību Eiropā

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

Kaņepes

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 71 miljons (22 % no visiem Eiropas pieaugušajiem).

Lietošana pēdējā gada laikā: apmēram 23 miljoni Eiropas pieaugušo vai viena trešdaļa no tiem, kas vismaz reizi lietojuši dzīves laikā.

Lietošana pēdējā mēneša laikā: apmēram 12 miljoni Eiropas iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,8 % līdz 11,2 %.

Kokaīns

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 12 miljoni (3,6 % no visiem Eiropas pieaugušajiem).

Lietošana pēdējā gada laikā: 4 miljoni Eiropas pieaugušo vai viena trešdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietošana pēdējā mēneša laikā: apmēram 2 miljoni iedzīvotāju.

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

Ekstazī

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: apmēram 9,5 miljoni (2,8 % no visiem Eiropas pieaugušajiem).

Lietošana pēdējā gada laikā: vairāk par 2,6 miljoniem vai viena trešdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietošana pēdējā mēneša laikā: vairāk nekā 1 miljons iedzīvotāju.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs: diapazonā no 0,2 % līdz 3,5 %.

Amfetamīni

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: gandrīz 11 miljoni iedzīvotāju (3,3 % no visiem Eiropas pieaugušajiem).

Lietošana pēdējā gada laikā: apmēram 2 miljoni iedzīvotāju vai viena piektdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietošana pēdējā mēneša laikā: mazāk par 1 miljonu iedzīvotāju.

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

Opioidi

Problēmas ar opioīdu lietošanu: no viena līdz sešiem gadījumiem uz 1000 pieaugušo iedzīvotāju.

2005.–2006. gadā narkotiku izraisītie nāves gadījumi veidoja 3,5 % no visiem 15–39 gadus vecu Eiropas iedzīvotāju nāves gadījumiem, no kuriem 70 % gadījumi bija saistīti ar opioīdu lietošanu.

Galvenā narkotika apmēram 50 % no visiem gadījumiem, kad pieprasīta ārstēšana no narkotiku atkarības.

Vairāk nekā 600 000 opioīdu lietotāju 2006. gadā saņēma aizvietojošā terapiju.

tendence, kas acīmredzamākā ir vecuma grupā no 16 līdz 24 gadiem. Iemesli, kāpēc kaņepju lietošana varētu kļūt mazāk populāra jauniešu vidū, nav skaidri dokumentāri apstiprināti, lai gan tie varētu būt saistīti ar iespējamām izmaiņām uztverē par šīs narkotikas lietošanas risku. Daži komentētāji uzvedināja uz domām, ka kaņepju lietošanas popularitātes samazināšanās var būt saistīta ar mainīgo attieksmi pret cigarešu smēķēšanu. Eiropā kaņepes bieži smēķē kopā ar tabaku, un narkotiku atkarības novēršanas programmas arvien vairāk ir vērstas gan uz nelegālo, gan legālo vielu kopējo ietekmi uz veselību.

Neskatoties uz jaunākajām tendencēm, kaņepju lietošanas līmenis pēc vēsturiskiem standartiem Eiropā joprojām paliek augsts, un daudzās valstīs ir ievērojams skaits pastāvīgu un intensīvu lietotāju, galvenokārt jaunu vīriešu vidū. Regulāru un intensīvu kaņepju lietotāju skaita tendences var mainīties neatkarīgi no narkotiku lietošanas izplatības visu iedzīvotāju vidū, un ir vairāk jākoncentrējas uz šiem lietošanas veidiem un ar tiem saistītajām problēmām.

Kaņepju audzēšana mājāsaimniecībās – liels nezināmais

Kaņepju sveķi vēsturiski ir bijis dominējošais produkts daudzās ES dalībvalstīs, un Rietumeiropa kopumā paliek šā veida narkotiku lielākā patērētāja pasaulē. Taču, turklāt lielā mērā neatklāta, kaņepju ražošana mājāsaimniecībās Eiropā pieaug. Vairums valstu pašreiz ziņo par vietēja rakstura ražošanu, sākot no dažiem augiem, kurus audzē savam patēriņam, līdz lielas platības plantācijām, kuras paredzētas komerciāliem mērķiem.

Mājāsaimniecībās ražoto kaņepju apjoms un relatīvā tirgus daļa paliek nezināma, un, atbildot uz to, EMCDDA veic pētījumu, lai apzinātu Eiropas kaņepju tirgu. Pastiprinās arī debates par izvērstā kaņepju tirgus ietekmi. Izteiktas bažas par kaņepju ražošanas negatīvo ietekmi uz apdzīvotajām vietām sakarā ar pieaugošo kriminalitātes līmeni un to, ka mājāsaimniecībās ražotajām kaņepēm parasti ir ļoti spēcīga iedarbība. Vietējā ražošana rada problēmas tiesībsargājošām iestādēm, jo ražošanas vietas atrodas

tuvu patērētājam, tās ir relatīvi viegli noslēpamas un nav vajadzības transportēt narkotikas pāri valstu robežām.

Stimulējošo narkotiku segmentētajā Eiropas tirgū kokaīna lietošanas apjomi joprojām pieaug

Stimulējošajām narkotikām ir nozīmīga loma ne tikai Eiropas hronisko un galēji problemātisko narkotiku lietotāju vidū, bet arī sabiedrībā labāk integrēto jauniešu grupu vidū, kas lieto narkotikas vairāk izklaides nolūkos. Taču stimulējošo narkotiku veidi Eiropā atšķiras: kokaīns pašreiz ir visplašāk lietotais stimulants daudzās Dienvidēiropas un Rietumeiropas valstīs, un tā patēriņš turpina pieaugt. Turpretī rādītāji par amfetamīnu un ekstazī lietošanu liecina par kopēju stabilu ainu vai lejupejošu tendenci. Neskatoties uz to, amfetamīni joprojām ir visvairāk lietotie stimulantu daudzs valstīs Centrāleiropā, Ziemeļeiropā un Austrumeiropā, kur dažos gadījumos tie veido ievērojamu narkotiku problēmas daļu. Metamfetamīna lietošana joprojām ir maz izplatīta Čehijā un Slovākijā, lai gan par šīs narkotikas pieejamību vai lietošanu laiku pa laikam ziņojušas citas valstis.

Tā kā līdzības pastāv gan veidos, kādos lieto dažādas stimulējošas narkotikas, gan arī loģiskajos skaidrojumos, kas tiek sniegti par to lietošanu, zināmā mērā šīs vielas var uzskatīt par konkurējošiem produktiem Eiropas narkotiku tirgū. Tas varētu nozīmēt, ka, tāpat kā atsevišķu vielu izvēlē, nepieciešama iekļaušanās, lai varētu uzskatīt stimulējošās narkotikas kā grupu, nevis tikai kā individuālu problēmu. Šis punkts ir svarīgs, jo pasākumu, ko veic, lai ietekmētu kādas no šīm vielām pieejamību, nozīme var samazināties, ja to rezultātā lietotāji vienkārši pārslēdzas uz alternatīviem produktiem.

Sintētisko narkotiku ražošanas attīstība Eiropā palielina bažas par vides izmaksām

Eiropas valstis joprojām paliek lielākās amfetamīna un MDMA ražotājas, lai gan Eiropas relatīvā nozīme var būt samazinājusies, jo ražošanas apjomi ir pieauguši arī citur. Parasti no 70 līdz 90 procentiem ražošanas vienību tiek atklātas katru gadu, tās galvenokārt ir koncentrējušās dažās Rietumeiropas un Austrumeiropas valstīs. Dati par likumu piemērošanu liek domāt, ka sintētisko narkotiku, tostarp metamfetamīna, ražošana var kļūt sarežģītāka, jo sakarā ar lielāku reakcijas trauku, rūpniecisko un pašizgatavoto iekārtu un mobilo objektu izmantošanu pieaug ražošanas apjomi.

Parastā ražošana apjoma pieaugums var saasināt atkritumu izgāztuvju problēmu. Parasti, saražojot vienu kilogramu amfetamīna vai MDMA, rodas apmēram 15–20 kilogramu atkritumu, tostarp toksiskas un

uzliesmojošas ķīmiskas vielas, kas rada risku videi. Izmaksas, lai novērstu kaitējumu videi un attīrītu tās vietas, kas tikušas izmantotas, lai nelikumīgi atbrīvotos no ķīmiskajiem atkritumiem, kuri radušies sintētisko narkotiku ražošanas rezultātā, var būt ievērojamas.

Kokaīna nelikumīga transportēšana caur Rietumāfriku — bažas izraisītu un noziedzīgas darbības apgabalu

Tā kā Eiropā turpina pieaugt kokaīna lietošana, vairāk centienu tiek koncentrēti uz kokaīna aizliegšanu. Gan kokaīna konfiskāciju apjoms, gan skaits turpina palielināties; gadā konfiscētie apjomi pašreiz pārsniedz 120 tonnu, no kurām vairāk nekā trīs ceturtdaļas konfiscētas Spānijā un Portugālē. Pretdarbību kokaīna nelikumīgai pārvadāšanai pa Eiropu ir atbalstījis Analīzes un operāciju centrs jautājumos par narkotikām uz jūras (MAOC-N), iestāde Lisabonā, kam ir nozīmīga loma aizliegšanas darbību koordinēšanā un informācijas izplatīšanā tajās dalībvalstīs, kuras tajā piedalās.

Lai gan kokaīns iekļūst Eiropā pa daudziem ceļiem, nelikumīgas transportēšanas apjomi caur Rietumāfrikas valstīm ir dramatiski palielinājušies, un tagad tas ir svarīgākais ceļš kokaīnam, kas paredzēts Eiropas tirgum. Pastāv iespēja, ka šī situācija var destabilizēties un sagraut reģiona attīstību, kurš jau saskāries ar daudzām sociālām, veselības un politiskām problēmām. Proti, kopējiem ieņēmumiem no kokaīna nelikumīgas transportēšanas ir ievērojama iespēja sagraut krimināltiesu sistēmu un veicināt korupciju. Eiropas Savienība un tās dalībvalstis kopīgi ar Āfrikas valstīm darbojas, lai izstrādātu virkni pasākumu cīņai ar šiem pieaugošajiem draudiem.

Līdztekus ziņojumiem par sintētisko opioīdu pieaugošajiem lietošanas apjomiem arī heroīna problēmas nemazinās

Paši jaunākie aprēķini rāda, ka iespējamie heroīna ražošanas apjomi pasaulē ir palielinājušies par aptuveni 733 tonnām. Taču pieauguma ietekmi uz šīs narkotikas pieejamību un lietošanu Eiropā ir grūti izmērīt. Pieejamā informācija praktiski neļauj šajā jomā izdarīt pareizus secinājumus. Piemēram, Eiropā konfiscētā heroīna daudzums ir nedaudz samazinājies, bet tas līdzsvarojas ar ievērojamu palielinājumu Turcijā.

Nav stingru pierādījumu, lai izdarītu secinājumus par epidēmiska apjoma heroīna problēmu pieaugumu, līdzīgu tam, ko daudzas Eiropas daļas piedzīvoja 90. gados; kopumā fakti norāda uz stabilu problēmu, bet tā vairs nemazinās. Pati par sevi heroīna lietošana Eiropā ir nopietna veselības aizsardzības problēma, kas joprojām

prasa lielu daļu no kopējām veselības aizsardzības un sociālajām izmaksām, kas saistītas ar narkotiku lietošanu. Fakti liek domāt, ka saistībā ar opioīdu, galvenokārt heroīna, lietošanu tiek tērēti apmēram 60 % no līdzekļiem, kas paredzēti narkotiku atkarības ārstēšanai Eiropā. To cilvēku vidū, kas sāk saņemt terapiju, relatīva proporcija opioīdu lietotāju – bet ne to faktiskais skaits – ir samazinājusies, bet šķiet, ka šī tendence pašreiz palielinās. Un, lai gan ir pierādījumi, ka Eiropas opioīdu lietotāju populācija lēnām noveco, esošie dati liek domāt, ka joprojām notiek jaunu cilvēku iesaistīšana tādā apjomā, ka paredzamā nākotnē problēmas ievērojami nesamazināsies.

Iespējams, ņemot vērā situāciju Afganistānā, problēmas gan ar izklaides nolūkiem paredzētajiem, gan nelegāli ražotajiem sintētiskajiem opioīdiem dažās valstīs, šķiet, kļūs arvien līdzīgākas. Piemēram, Latvijā, Lietuvā un Igaunijā ir pazīmes par arvien lielākām problēmām, kuras izraisa ārpus ES nelegāli ražota 3-metilfentanila pieejamība. Stiprās iedarbības dēļ (fentanils ir ievērojami stiprāks nekā heroīns) šīs narkotikas lietošana var būt ļoti bīstama, kā to parāda apmēram 70 ar fentanila lietošanu saistīti fatāli saindēšanās gadījumi Igaunijā 2006. gadā. Citas valstis min arvien lielāku gadījumu skaitu, kad cilvēki vērsas pēc palīdzības sakarā ar problēmām, kas saistītas ar opioīdu lietošanu, kuri šķietami bijuši izmantoti terapeitiskiem nolūkiem, un tas veicina vairāku narkotiku vienlaicīgas lietošanas problēmas izplatību, kas pašreiz ir raksturīga hroniskiem narkotiku lietotājiem dažās Eiropas daļās.

Narkotiku injicēšana un HIV – kopējā aina pozitīva, bet pastāv ievērojamas atšķirības starp valstīm

Vairāk nekā 40 % no visiem heroīna lietotājiem, kas pieteikušies ambulatorai ārstēšanai, ziņo par injicēšanu, uzsverot, ka šis īpaši sāpīgais ievadišanas veids paliek nozīmīgs ar veselību saistīts strīda objekts Eiropā. Injicēšana saistās ar virkni problēmu, tostarp, bet ne tikai – ar asinsrades infekcijām, tai skaitā HIV un C hepatītu. Izmaiņas injicētāju proporcijās to personu vidū, kas uzsāk ārstēšanu, liek domāt, ka daudzās valstīs ir bijusi vispārējā tendence pārtraukt injicēšanu, lai gan dati parāda skaidras atšķirības starp reģioniem un valstīm. Dažās valstīs, īpaši Austrumeiropā, narkotiku injicēšana joprojām ir galvenais heroīna ievadišanas veids, par ko ziņo vairāk nekā 80 % no visiem heroīna lietotājiem, kuri uzsāk ārstēšanu. Dažās dalībvalstīs, šķiet, joprojām ir relatīvi augsts lietošanas uzsākšanas līmenis, kā parādījuši pētījumi par tiem narkotiku lietotājiem, kas narkotikas injicē, kuru vidū ir salīdzinoši liela daļa jauniešu un jaunu injicētāju.

Kopumā, kopš dažās valstīs lokalizētas epidēmijas, kuru kulminācijas punkts bija šīs desmitgades sākumā, no jauna iegūtu HIV infekciju līmenis Eiropā ir kritis. Šķiet, ka injicēšanas popularitātes samazināšanās, pieaugošās ārstēšanas pieejamības un kaitējuma samazināšanas pakalpojumu rezultāts ir bijis vispārējās situācijas uzlabošanās; un, ja ir novērots jauns inficēšanās pieaugums, tad tas ir bijis neliels. Taču joprojām starp valstīm ir nozīmīgas atšķirības. Lai gan dati liecina par situācijas uzlabošanos Igaunijā, Latvijā un Portugālē, šīs valstis joprojām ziņo par nesamērīgi lielu jaunu inficēšanās gadījumu skaitu un veido ievērojamu daļu no visiem jaunajiem ar narkotiku lietošanu saistītajiem HIV saslimšanas gadījumiem Eiropā. Dati no reģionu vai pašvaldību pētījumiem arī liek domāt, ka HIV infekcijas pārnēsāšana joprojām ir problēma Spānijā un Itālijā, lai gan tas, ka valstis nav iesniegušas atskaišu datus, neļauj noteikt tendences šajās valstīs. Citur, kur riskantā uzvedība turpinās un jaunas epidēmijas iespēja saglabājas, tiek stingri ieteikts saglabāt modrību, piemēram, Bulgārijā 2006. gadā ziņoja par 34 jauniem gadījumiem, bet 2000.–2003. gadā tā par infekcijām praktiski neziņoja.

Ar narkotikām saistīti nāves gadījumi – lielāks slogs veselības aizsardzībai

EMCDDA pārbauda nāvējošās saindēšanās gadījumus, kas tiešā veidā saistīti ar narkotiku lietošanu (narkotiku izraisīti nāves gadījumi). Katru gadu Eiropā tiek ziņots par apmēram 7 000–8 000 narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, un, tā kā ir zināms, ka dati nav pilnīgi, šis skaits ir mazākais iespējamais. Opioīdi, galvenokārt heroīns, ir narkotikas, kas visbiežāk saistītas ar pārdozēšanu, lai gan parasti ir arī citu narkotiku un alkohola klātbūtne. Pēc dažu gadu samazinājuma šīs desmitgades pašā sākumā pašreiz narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem ir tendence palielināties. Šī procesa iemesli nav skaidri, norādot uz nepieciešamību vairāk pētīt gan faktorus, kas saistīti ar pārdozēšanu, gan profilakses pasākumu efektivitāti. Narkotiku lietotāji, kas iznākuši no cietuma, var būt īpaša riska grupa, kurā, kā rāda nesenā pētījuma rezultāti, mirstības rādītāji ir astoņas līdz desmit reizes augstāki nekā prognozētie. Kopumā pārdozēšanas novēršana joprojām ir joma, kas prasa aizvien lielākus ieguldījumus.

Pētījumi ir parādījuši arī, ka kopējie mirstības rādītāji narkotiku lietotāju vidū, ņemot vērā arī slimības, negadījumus un vardarbību, ir līdz piecdesmit reizi augstāki nekā pārējiem cilvēkiem. Tāpēc ir vajadzīgi ieguldījumi labi plānotu pētījumu veikšanai pa cilvēku grupām, lai iegūtu labāku izpratni par kopējās ar

narkotikām saistītās mirstības iemesliem un apjomu, kā arī, lai izpētītu atšķirīgus riskus, piemēram, tos, ar kādiem saskaras cietumnieki pēc atbrīvošanas un tie, kuri neiziet ārstēšanu.

Internets un jauninājumi tirgū rada problēmas narkotiku politikai

Pēdēja EMCDDA aptauja parādīja, ka Eiropas interneta veikalos pārdod vairāk nekā 200 dabisko, daļēji sintētisko un sintētisko psihoaktīvo produktu. Daudzas no šīm vielām ir iekļautas kategorijā "legālās apreibinošās vielas" vai "augu izcelsmes apreibinošās vielas" un reklamētas kā alternatīvas kontrolētajām vielām, lai gan to patiesais statuss Eiropā var ievērojami atšķirties. Ziņojumi liek secināt, ka šo produktu mazumtirgotāju skaits internetā palielinās un ka viņi ātri piemērojas mēģinājumiem kontrolēt tirgu, piemēram, izlaižot jaunus produktus. Bez tam interneta aptiekas un interneta mazumtirgotāji, kas tirgojas ar psihoaktīvajām vielām it kā tikai likumīgos nolūkos, arī potenciāli nodrošina jaunus ceļus nelikumīgo narkotiku piegādei. Kopumā ņemot, tirdzniecība internetā patlaban rada ievērojamas problēmas gan starptautiskajai, gan valstu narkotiku politikai un kontroles mehānismiem. Ņemot vērā ātrumu, kādā jauni produkti var parādīties un tikt izplatīti, interneta aktivitāšu uzraudzība kļūst par nozīmīgu attīstības jomu.

Arvien lielākā atzinība dialoga ar pilsonisko sabiedrību nozīmīgumam

Narkotiku problēmas ir saistītas ar virkni citu sociālo un veselības problēmu. Līdz ar to, lai veiksmīgi darbotos šajā jomā, jāiesaista plašs dalībnieku loks un var izmantot to apdzīvoto vietu atbalstu, kurās šis darbs notiek. Šī izpratne atspoguļojas arvien lielākā atziņā, ka par

politikas debatēm ir jāinformē, veidojot dialogu ar pilsonisko sabiedrību. Paturot prātā šo mērķi, Eiropas pārrunu par narkotikām ietvaros nesen tika veikti vairāki pasākumi. Viens no nozīmīgākajiem bija tas, ka Eiropas Komisija izveidoja pilsoniskās sabiedrības forumu, kas dod iespēju nodrošināt, lai galvenās pieredzes tiktu ietvertas procesā, kas novestu pie jaunas ES narkotiku apkarošanas stratēģijas, un informē par ES rīcības plāna attiecībā uz narkotikām izpildi. Tas, cik svarīga ir konsultēšanās ar nevalstisko organizāciju un pašvaldību pārstāvjiem, ir atzīts arī ES narkotiku apkarošanas stratēģijā un atspoguļojās ziņojumā, ko 2008. gada martā pieņēma Eiropas Parlaments, apstiprinot pilsoniskās sabiedrības būtisko lomu narkotiku apkarošanas rīcības plānu izstrādē, izpildīšanā, novērtēšanā un uzraudzībā.

Narkotiku pētniecība Eiropā un nepieciešamība pēc starpvalstu sadarbības

Pēdējās desmitgades laikā, kā parāda speciālais izdevums par pētniecību, ko EMCDDA publicēja 2008. gadā, Eiropā ir ievērojami attīstījies usies ar narkotikām saistītā pētniecība un infrastruktūra, kas pētniecību atbalsta (pētniecības centri, zinātniskie žurnāli, finansēšanas mehānismi). Mazāk pozitīvi ir tas, ka līdz ar šo progresu nav novērojams līdzīgs sadarbības apjomu un ar narkotikām saistītu pētījumu pasākumu koordinēšanas pieaugums ES dalībvalstīs. Šim izdevumam tiek pievērsta arvien lielāka uzmanība, un Eiropas Komisija ir pasūtījusi jaunu pētījumu, lai sniegtu pārskatu par pētniecības darbībām kopā ar Eiropā un citos pasaules reģionos pieejamo infrastruktūru salīdzinošu analīzi. Ziņojums ietvers ieteikumus par to, kā uzlabot sadarbību ES līmenī, un sniegs ieguldījumu diskusijā par to, kā sabalansēt Eiropas pētniecības finansēšanas iespējas ar nepieciešamību pēc izpētes un darbības plāna.



1. nodaļa

Politika un tiesību akti

Ievads

Narkotiku politikai 2008. gadā tiek pievērsta liela uzmanība. Šajā gadā gan Apvienoto Nāciju Organizācija, gan Eiropas Savienība novērtē savas narkotiku politikas rezultātus attiecībā uz nelegālo narkotiku lietošanu un radīto kaitējumu. Apvienoto Nāciju Organizācija pārskata ANO Ģenerālās asamblejas 1998. gada īpašajā sesijā (UNGASS) par narkotiku problēmu pasaulē pieņemto pasākumu īstenošanā un izvirzīto mērķu sasniegšanā panākto progresu. Eiropā 2008. gadā tiek veikts pašreizējā ES narkotiku rīcības plāna (2005.–2008. gadam) galīgais novērtējums un sagatavots rīcības plāns 2009.–2012. gadam. Turklāt šogad savas valsts narkotiku stratēģijas un rīcības plānus pārskata un jaunus narkotiku politikas dokumentus ⁽¹⁾ sagatavo vairāk ES dalībvalstu nekā līdz šim.

2008. gada konstatējumus un ievirzes EMCDDA aprakstīs nākamā gada ziņojumā. Šogad 1. nodaļā pievērsta uzmanība aktuālākajām izmaiņām narkotiku politikā, piedāvāti jauni dati par valsts izdevumiem saistībā ar narkotikām, apskatīti ar narkotikām saistīto tiesību aktu trīs specifiski aspekti – uzglabāšana personīgai lietošanai, alternatīvas kriminālsodam un uzmanības pievēršana sabiedrības aizsardzībai – un iezīmētas jaunākās ar narkotikām saistīto likumpārkāpumu tendences. Nodaļas beigās ir apskats par pētījumiem narkotiku jomā ES dalībvalstīs.

Starptautiskās un ES politikas aktualitātes

UNGASS 10 gadu pārskats

1998. gada jūnijā Ņujorkā sanāca ANO Ģenerālās asamblejas 20. īpašā sesija (UNGASS), lai apspriestu narkotiku problēmu pasaulē. Šis “narkotiku sammits” starptautiskajai sabiedrībai deva jaunu plānu, kas izrietēja no pieņemtajiem trim svarīgajiem dokumentiem ⁽²⁾: politiska deklarācija, deklarācija par narkotiku pieprasījuma samazināšanas pamatprincipiem un

rezolūcija piecās daļās, kurā paredzēti pasākumi starptautiskās sadarbības uzlabošanai. Pieņemot politisko deklarāciju, ANO dalībvalstis apņēmas līdz 2008. gadam sasniegt novērtējamus rezultātus nelegālo narkotiku piedāvājuma un pieprasījuma samazināšanā.

Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku komisijas (CND) šā gada sesijā tika sākti UNGASS 1998. gadā izvirzīto mērķu sasniegšanā 10 gados panāktā progresa pārskats. ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas biroja (UNODC) iesniegtajā ziņojumā tika apgalvots, ka pēdējos desmit gados ir panākts ievērojams progress, taču dažās jomās un reģionos ANO dalībvalstis nav pilnībā sasniegušas politiskajā deklarācijā izvirzītos mērķus ⁽³⁾. Šim novērtējumam seko gadu ilgs pārdomu periods, kurā notiks starpvalstu ekspertu darba grupu apspriedes, bet pēc tām – starpsanāksmju sapulces. Tas ļaus sagatavoties īpaši atvēlētai divas dienas ilgai augsta līmeņa sanāksmei 2009. gada CND ietvaros, kur lems par iespējam pieņemt jaunu politisku deklarāciju un veikt pasākumus.

Eiropas Savienība aktīvi piedalās UNGASS pārskatā. ES sagatavotās rezolūcijas tika pieņemtas CND 2006. (49/1), 2007. (50/12) un 2008. (51/4) gada sesijā, un visās no tām tika pieprasīts zinātnisks un pārredzams pārskatīšanas process. EMCDDA piedalījās arī Eiropas Komisijas finansētās un UNODC rīkotās apspriedēs ar ekspertiem, un šajā sakarā kopš 1998. gada sagatavo apskatu par stratēģijām un risinājumiem narkotiku jomā Eiropā.

ES narkotiku rīcības plāna novērtējums

2007. gada decembrī Eiropas Komisija iepazīstināja ar savu otro progresa ziņojumu par ES narkotiku rīcības plāna (2005.–2008. gadam) īstenošanu. Ziņojumā, kurā iekļauti ES dalībvalstu, EMCDDA, Europol un Eiropas Komisijas sniegtie dati, ir novērtēts, kādā mērā realizēti 2007. gadam plānotie pasākumi. Viens no pārskata galvenajiem secinājumiem bija, ka dalībvalstu narkotiku politikā ir vērojama konverģence. Tajā tika uzsvērts, ka radās grūtības, iegūstot datus par piedāvājuma samazināšanas

⁽¹⁾ Termins “valsts narkotiku politikas dokuments” apzīmē jebkuru oficiālu dokumentu, ko apstiprinājusi valdība un kurā ir definēti vispārīgi principi un īpaši ieviešanās pasākumi vai mērķi narkotiku jomā, un kas ir oficiāli nosaukts par stratēģiju, rīcības plānu, programmu vai citu politikas dokumentu narkotiku jomā.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

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

darbībām un saistot dažas plānotās darbības ar to īstenošanas novērtēšanai izvēlēto rādītāju.

Pašreizējā ES narkotiku rīcības plāna galīgais novērtējums notika 2008. gadā, un tajā piedalījās ES dalībvalstis, *Europol* un *EMCDDA*. Novērtējuma ziņojumu Komisija publicēs 2008. gada rudenī, un tajā paustie atzinumi palīdzēs veidot otro rīcības plānu (2009.–2012. gadam) pašreizējā ES narkotiku stratēģijā (2005.–2012. gadam).

Citas ES aktualitātes

2007. gada septembrī Padome un Eiropas Parlaments 2007.–2013. gada finanšu plāna ietvaros pieņēma programmu "Narkomānijas novēršana un informēšana par narkomāniju" ⁽⁴⁾ un tiesiskuma un pamattiesību vispārējo programmu. Programmas vispārējie mērķi ir narkotiku lietošanas, atkarības un ar narkotikām saistīta kaitējuma profilakse un mazināšana; informētības par narkotiku lietošanu palielināšana un ES Narkotiku stratēģijas (2005.–2012. gadam) ietvaros veikto darbību atbalstīšana. Komisijas pētījumiem, narkotiku jomā darbojošos Eiropas nevalstisko organizāciju darbības izmaksām un starpvalstu projektiem saskaņā ar programmu būs pieejams 21,35 miljonu euro liels finansējums. Būs iespējama sadarbība ar citām Kopienas programmām, piemēram, otro Kopienas rīcības programmu veselības jomā (2008.–2013. gadam) ⁽⁵⁾, kuras veselības veicināšanas daļā, kur apskatīti dažādi veselību noteicoši faktori, ir paredzētas darbības attiecībā uz nelegālajām narkotikām specifiskā vidē, piemēram, skolās un darbavietās.

Eiropas Komisija 2006. gada jūnijā saskaņā ar pašreizējā narkotiku rīcības plāna prasībām izdeva Zaļo grāmatu par pilsoniskās sabiedrības lomu narkotiku politikā. 2007. gadā darbs tika turpināts ar jauna pilsoniskās sabiedrības foruma par narkotiku problēmu izvēles procesu. Forumā mērķis ir nodrošināt iespēju Komisijai un ES valstu, ES kandidātvalstu un attiecīgos gadījumos Eiropas Kaimiņattiecību politikas valstu pilsoniskās sabiedrības organizācijām apmainīties ar viedokļiem un informāciju neformālā vidē. Forumā piedalās 26 organizācijas, kas pārstāv plašu viedokļu spektru. Pirmā foruma sanāksme notika 2007. gada decembrī, bet nākamā – 2008. gada maijā, un tajās tika apspriesta pašreizējā ES narkotiku rīcības plāna un jaunā rīcības plāna novērtēšana.

Valstu narkotiku stratēģijas

Jaunās ievirzes

Četras ES dalībvalstis (Čehija, Igaunija, Ungārija, Somija) pieņēma jaunus narkotiku rīcības plānus vai programmas, un 2007. gada otrajā pusē to izdarīja arī Turcija un Norvēģija. Visi šie dokumenti attiecas uz trīs līdz četrus gadus ilgu laikposmu, un, izņemot Turcijas rīcības plānu, pirms tiem ir bijuši pieņemti plāni vai programmas. Tajā pašā gadā Spānija pieņēma arī papildu valsts rīcības programmu kokaīna apkarošanai (2007.–2010. gadam).

2008. gada sākumā jaunus politikas dokumentus pieņēma vēl trīs dalībvalstis. Itālijas pirmais narkotiku rīcības plāns aptver vienu gadu, un tam sekos četru gadu rīcības plāns (2009.–2012. gadam), kas būs sinhronizēts ar jauno ES narkotiku rīcības plānu. Maltas pirmajā valsts narkotiku politikas dokumentā, kuram gan nav noteikts darbības laiks, ir iekļautas gandrīz piecdesmit darbības, ko paredzēts īstenot nākamajos gados. Visbeidzot, Apvienotās Karalistes jaunā narkotiku stratēģija 10 gadiem (2008.–2018. gadam) pirmo reizi tiks papildināta ar trīs gadu rīcības plānu (2008.–2011. gadam), kurā definētas svarīgākās tuvākajā laikā īstenojamās darbības.

Lielākajā daļā 2007. gada beigās un 2008. gada sākumā pieņemto valstu narkotiku politikas dokumentu uzmanība pievērsta galvenokārt nelegālajām narkotikām, bet dažās apskatītas arī citas vielas, piemēram, alkohols, tabaka, zāles un stimulējoši līdzekļi. Tas ilustrē Eiropas valstīs pastāvošo tendenci, kurai raksturīgs, ka tiek atzīta nelegālo un atļauto vielu lietošanas saikne un līdzība, taču narkotiku politikas dokumentos papildus nelegālajām narkotikām reti ir visaptveroši apskatītas citas vielas ⁽⁶⁾. Viena no valstīm, kurā šī tendence nav vērojama, ir Norvēģija, kuras nesen pieņemtajā rīcības plānā ir pilnībā integrētas nelegālās narkotikas un alkohols. To, vai turpinās 2006. gada izdevumā atklātā tendence valstu narkotiku politikā arvien ciešāk integrēt atļautās un nelegālās narkotikas, *EMCDDA* būs iespēja noskaidrot, pārbaudot daudzās nesen pieņemtās valstu narkotiku stratēģijas un rīcības plānus, kā arī stratēģijas un plānus, kuri jāizstrādā 2009. gadam.

Vispārējā situācija

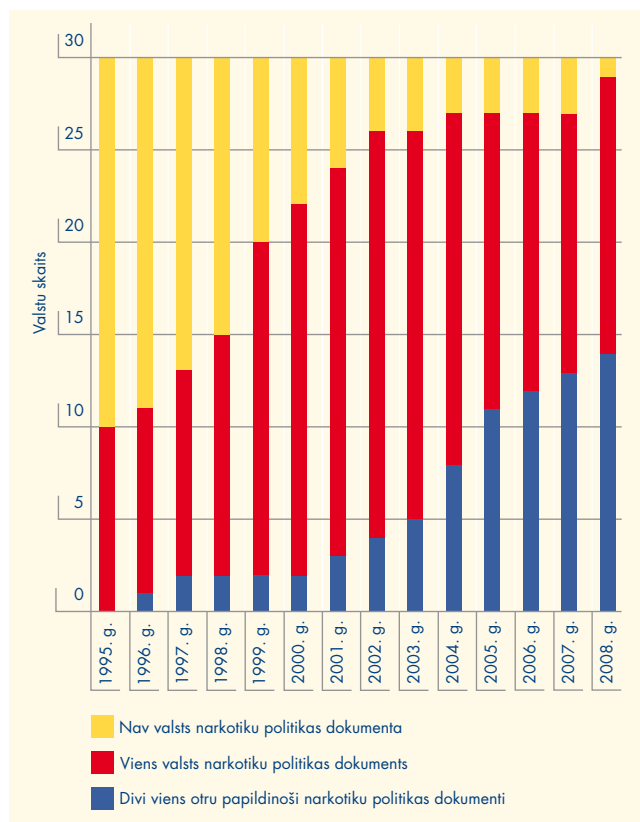
Pašlaik Austrija ir vienīgā ES dalībvalsts, kas nav pieņēmusi valsts narkotiku stratēģiju vai rīcības plānu, tomēr visām tās zemēm ir reģionāla narkotiku vai narkotiku atkarības stratēģija vai rīcības plāns. Pārējās 26 dalībvalstīs, kā arī

⁽⁴⁾ Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 25. septembra Lēmums Nr. 1150/2007/EK, ar ko laikposmam no 2007. gada līdz 2013. gadam kā daļu no vispārējās programmas "Pamattiesības un tiesiskums" izveido īpašu programmu "Narkomānijas novēršana un informēšana par narkomāniju" (OV L 257, 3.10.2007., 23. lpp.).

⁽⁵⁾ Eiropas Parlamenta un Padomes 2007. gada 23. oktobra Lēmums Nr. 1350/2007/EK, ar ko izveido otro Kopienas rīcības programmu veselības aizsardzības jomā (2008.–2013. gadam) (OV L 301, 20.11.2007., 3. lpp.).

⁽⁶⁾ Skatīt 2006. gada īpašo tēmu: *European drug policies: extended beyond illicit drugs?*

1. attēls. To valstu skaita izmaiņas, kurām ir savi narkotiku politikas dokumenti (ES 27 dalībvalstis, Horvātija, Turcija un Norvēģija).



Avots: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

Horvātijā, Turcijā un Norvēģijā narkotiku politiku nosaka valsts narkotiku politikas dokumenti. Salīdzinājumam jāpiemin, ka 1995. gadā šāds instruments bija sagatavots tikai 10 no šīm 30 valstīm (1. attēls).

Arī narkotiku stratēģiju un rīcības plānu formātā ir vērojama konverģence. Pašlaik četrpadsmit valstis strukturē valsts narkotiku politikas dokumentus atbilstoši pašreizējai ES narkotiku stratēģijai un rīcības plānam. Turklāt tikpat daudz valstu pašlaik narkotiku politiku plāno, izmantojot divus instrumentus, kas viens otru papildina: stratēģisku strukturējumu un rīcības plānu (1. attēls). 2000. gadā, kad Eiropas Savienībā pirmoreiz tika izmantota šāda pieeja, tikai divām dalībvalstīm bija divi narkotiku politikas dokumenti, kas viens otru papildina.

Konverģence ir vērojama arī ES dalībvalstu, Horvātijas, Turcijas un Norvēģijas valsts narkotiku politikas dokumentu saturā; ir aizvien vairāk faktoru, kas liecina par kopīgiem mērķiem un kopīgiem iejaukšanās pasākumiem dažādu valstu pieņemtajās valsts narkotiku stratēģijās un rīcības plānos. Taču, tā kā Eiropas valstu narkotiku problēmas atšķiras, tāpat kā atšķiras to politiskie, sociālie apstākļi un ekonomika, valstu narkotiku politikas daudzveidība, lai

gan mazākā mērā, tomēr saglabāsies arī turpmāk. Daži šīs daudzveidības piemēri ir izcelti 2. nodaļā.

Novērtējums

2008. gadā narkotiku politikas jomā valstu līmenī bija vērojama nepieredzēti liela aktivitāte, jo ES 13 dalībvalstis jau bija pārstrādājušas valsts narkotiku politikas dokumentus vai gatavojās tos pārskatīt un pārstrādāt. Itālijai, Maltai un Apvienotajai Karalistei seko Īrija, kas 2008. gadā atjauno savu narkotiku stratēģiju; Francija, Portugāle un Rumānija atjauno savus narkotiku rīcības plānus, bet Bulgārija, Spānija, Kipra, Lietuva un Slovākija atjauno gan savas narkotiku stratēģijas, gan rīcības plānus. Visbeidzot, Nīderlande, kam ir vecākais valsts narkotiku politikas dokuments Eiropā, 2008. gadā plāno sagatavot jaunu dokumentu.

Eiropā arvien vairāk tiek atzīts, ka valstu narkotiku stratēģijās un rīcības plānos kā būtiska daļa ir jāiekļauj uzraudzība un novērtēšana. Gandrīz visas iepriekšminētās valstis ir sagatavojušas vai plāno sagatavot pārskatu par progresu, kas panākts, īstenojot to narkotiku stratēģijas vai rīcības plānus, bet dažas, piemēram, Īrija, Kipra un Portugāle, iespējams, sagatavos izvērtējumus 2008. gadā.

Tomēr ES dalībvalstīs izmantotās valstu narkotiku stratēģiju un rīcības plānu novērtēšanas metodes un pieeja atšķiras, un šajā jomā ir jānoskaidro labākā prakse. Šī vajadzība tika izcelta novērtēšanas konferencē, ko 2007. gada septembrī rīkoja Portugāle kā ES prezidējošā valsts. Lai risinātu šo jautājumu, EMCDDA sadarbībā ar dalībvalstīm izskata iespēju šajā jomā izstrādāt Eiropas pamatnostādnes.

Ar narkotikām saistītie valsts izdevumi

Četras ES dalībvalstis (Čehija, Īrija, Polija, Portugāle) sniedza sīku informāciju par valsts izdevumiem, kas saistīti ar narkotiku apkarošanu 2006. gadā (informācija apkopota 1. tabulā). Divas no šīm četrām valstīm sniedza informāciju par izdevumu saistību ar narkotikām sadalījumu starp centrālo valdību un reģionālajām vai vietējām pārvaldes iestādēm, kas ļāva salīdzināt dažāda līmeņa pārvaldes iestāžu lomu. Valstis, par kurām ir pieejami dati, lielākā daļā ziņojumos minēto, ar narkotikām saistīto valsts izdevumu ir attiecināta uz darbībām, ko finansē centrālā valdība.

Vienpadsmit dalībvalstis sniedza datus par valsts izdevumiem saistībā ar noteiktiem pasākumiem, kas veikti, lai risinātu narkotiku problēmu. Vēl divas valstis (Spānija, Malta) sniedza aptuvenas aplēses par kopējiem valsts izdevumiem saistībā ar narkotiku problēmu, bet nesniedza informāciju par darbībām, kurām tika tērēta nauda.

1. tabula. Atlasītu ES dalībvalstu izdevumi, kas apzīmēti ⁽¹⁾ kā ar narkotikām saistīti izdevumi

Valsts	Valsts sektora paziņotie izdevumi (EUR)				Procentuālā daļa no kopējiem valsts izdevumiem ⁽²⁾ (%)
	Centralizēti	Reģionāli	Vietēji	Kopā	
Čehija	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Īrija ⁽³⁾	214 687 000	-	-	214 687 000	0,39
Polija	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugāle	75 195 175	-	-	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Valsts izdevumi, kas oficiālos grāmatvedības dokumentos nepārprotami "apzīmēti" kā saistīti ar narkotikām.
⁽²⁾ Kopējie valsts izdevumi minētajā gadā.
⁽³⁾ Īrijā ministrijām un valsts aģentūrām jāziņo ar narkotikām saistītie gada izdevumi Sabiedrības, lauku un īru valodas teritorijas jautājumu ministrijai, kas ir koordinatore. Šo izdevumu saistība ar narkotikām nav jābūt norādītai oficiālos grāmatvedības dokumentos.
Avots: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri un EK Statistikas birojs (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Kopējie aprēķinātie, ar narkotikām saistītie valsts izdevumi 2005. gadā Eiropas valstīs bija apmēram 13 līdz 36 miljardi euro (EMCDDA, 2007a). Šo skaitli noteica, ekstrapolējot sešu valstu (Beļģija, Ungārija, Nīderlande, Somija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste) kopējos, ar narkotikām saistītos izdevumus. Nesen izteikts priekšlikums (EMCDDA, 2008d) sagatavot pārskatītu aprēķinu, kurā papildus būtu iekļauti dati par dažām citām valstīm (Čehiju, Franciju, Luksemburgu, Poliju, Slovākiju). Pēc jaunajām aplēsēm ar narkotikām saistītie valsts izdevumi Eiropā ir 34 miljardi euro (ticamības intervāls 95 %; 28–40 miljardi euro), kas atbilst 0,3 % visu ES dalībvalstu kopējā iekšzemes kopprodukta. Tas liecina, ka valstu izdevumi narkotiku problēmas risināšanai vienam ES iedzīvotājam vidēji izmaksā 60 euro gadā. Tomēr pagaidām šie rādītāji ir uzskatāmi par indikatīviem, jo to aprēķinu pamatā esošie dati ir ierobežoti.

Ziņas par narkotiku lietošanas sociālajām izmaksām

Datus par narkotiku lietošanas sociālajām izmaksām (narkotiku lietošanas radītās tiešās un netiešās izmaksas) paziņoja četras dalībvalstis. Kaut gan šie ziņojumi var sniegt noderīgu ieskatu par narkotiku lietošanas ietekmi valstīs, kur dati ir apkopoti, valstis nevar salīdzināt atšķirīgo metožu un rezultātu atspoguļošanas veidu dēļ. Tas, ka dažādu valstu datus nevar salīdzināt, uzskatāmi liecina, ka narkotiku lietošanas sociālo izmaksu uzraudzības jomā Eiropā ir jāpieņem vienota pieeja.

Tiek lēsts, ka Itālijā nelegālo narkotiku lietošanas sociālās izmaksas bija 6473 miljoni euro, no kuriem lielāko daļu (43 %) veidoja tiesībsardzības darbības, bet atlikušo daļu – veselības aprūpes un sociālie pakalpojumi (27 %) un narkotiku lietotāju un narkotiku lietošanas netieši ietekmēto cilvēku produktivitātes zudums (30 %). Turklāt tika aplēsts,

ka narkotiku lietotāji nelegālo narkotiku iegādei ir iztērējuši 3 980 miljonus euro. Pamatojoties uz šiem datiem, tiek lēsts, ka narkotiku lietošanas izmaksas Itālijā ir 0,7 % no valsts iekšzemes kopprodukta. 2004. gada datus par Austriju tiešo un netiešo izmaksu attiecība bija pretēja Itālijas norādītajai: no aplēstās narkotiku lietošanas sociālo izmaksu kopsummas 1 444 miljonu euro apmērā 72 % veidoja netiešās izmaksas.

Pēc Apvienotās Karalistes ziņotajiem datiem 2003./2004. gadā A klases narkotiku ⁽⁷⁾ lietošanas saimnieciskās un sociālās izmaksas Anglijā un Velsā bija 22,26 miljardi euro, kas atbilst 63 940 euro par katru problemātisko narkotiku lietotāju. Tika pieņemts, ka 99 % kopējo izmaksu veido problemātiska narkotiku lietošana. Izmaksu kopsummā lielākais īpatsvars (90 % jeb 20,1 miljards euro) bija izmaksām, kas radušās ar narkotikām saistītu noziegumu dēļ, tostarp tiesībsardzības izmaksas un ar narkotikām saistītos noziegumus cietušajiem nodarītais kaitējums.

Valstu tiesību aktu izstrāde

Šogad, kad tiek pārskatīti un novērtēti starptautiskie, Eiropas un valstu līmeņa narkotiku politikas dokumenti, īpaša uzmanība tiek veltīta izmaiņām narkotiku tiesību aktos pēc UNGASS 1998. gada sesijas. Ņemot vērā izmaiņas trīs svarīgās jomās, šajā sadaļā tiek uzdots jautājums: vai juridisko definīciju un narkotiku lietotājiem paredzēto risinājumu izmaiņas norāda uz jaunu, plašāku tendenci izmaiņām valstu skatījumā uz narkotiku lietotājiem?

Turēšana personīgai lietošanai

Pēdējos 10 gados lielākajā daļā Eiropas valstu vērojama virzība uz pieeju, kur narkotiku tirgotāji, kas tiek uzskatīti par noziedzniekiem, tiek nošķirti no narkotiku lietotājiem,

⁽⁷⁾ A klases narkotikas ir narkotikas, ko uzskata par viskaitīgākajām.

Izpratnes uzlabošana par valsts izdevumiem saistībā ar narkotiku lietošanu – EMCDDA 2008. gada īpašā tēma

Saskaņā ar ES narkotiku rīcības plānu 2005.–2008. gadam EMCDDA ir izstrādājis projektu, kura mērķis ir identificēt, izstrādāt un pārbaudīt ar narkotikām saistītu valsts izdevumu apjomu noteikšanas metodes. Īpašā tēma, kurā apskatīts šis jautājums, sniedz priekšstatu par valsts izdevumu kopsummu saistībā ar narkotiku lietošanu 2005. gadā ES dalībvalstīs un Norvēģijā. Lielākā daļa identificēto izdevumu jau sākotnēji “apzīmēti” kā saistīti ar narkotikām, un parasti tos izseko, izvērsti pārbaudot oficiālos grāmatvedības dokumentus, tādējādi, iespējams, atspoguļojot valstu apzināto ieinteresētību narkotiku jomā. Pēc iespējas izmantojot modelēšanas paņēmienus, tika aplēsti arī slēptie izdevumi jeb izdevumi, kas nebija “apzīmēti” kā saistīti ar narkotikām un bija ietverti programmās ar plašākiem mērķiem. Ar šo jauno divējādo pieeju var iegūt standartizētas aplēses, kas palīdz pēc iespējas precīzāk noteikt valsts izdevumu piemērotību narkotiku problēmu un narkotiku atkarības risināšanai un salīdzināt dažādu valstu izdevumus.

Ar šo īpašo tēmu tikai angļu valodā var iepazīties papīra formātā un internetā (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

kurus drīzāk uzskata par slimniekiem, kam vajadzīga ārstēšana. Tomēr pastāv ievērojamas atšķirības, kā katra dalībvalsts definē šīs kategorijas pēdējos gados pieņemtajos jaunajos tiesību aktos.

Viens no jautājumiem, kur dažādās dalībvalstīs vērojamas vislielākās atšķirības, ir, vai noteikt robežvērtības, kāds narkotiku daudzums uzskatāms par paredzētu personīgai lietošanai. Bulgārijā 2004.–2006. gadā atteicās no “personīgas lietošanas” jēdziena, Itālija pēc 12 gadu pārtraukuma to ieviesa tiesību aktos no jauna, bet Apvienotā Karaliste iekļāva jēdzienu tiesību aktos, taču izvēlējās to nepiemērot. Kipra un Beļģija 2003. gadā definēja maksimālo daudzumu attiecīgi visām narkotikām un kaņepēm, turpretī Vācijā visas federālās zemes cenšas panākt konsekveni konstitucionālās tiesas nolūmuma piemērošanā, kurā bija minēts jēdziens “nenozīmīgs daudzums”, kas nebija precīzi definēts, kā rezultātā nolūmumu interpretēja, attiecinot minēto jēdzienu uz 3 līdz 30 gramu daudzumu. Slovākijā 2005. gadā “personīgas lietošanas” juridiskā definīcija tika palielināta no maksimāli vienas devas līdz maksimāli trim devām, bet lielākiem daudzumiem līdz 10 devām. Tomēr vienlaikus tika palielināts arī cietumsods par tāda narkotiku daudzuma turēšanu, kas pārsniedz iepriekšminēto, nosakot sodu tādā pašā apmērā kā par narkotiku tirdzniecības pārkāpumu līdz vismaz četriem gadiem.

Vēl vienu šķērsli narkotiku lietotāju nošķiršanai no izplatītājiem rada narkotiku lietošana nelielās grupās. Beļģijā narkotiku lietošana grupā kā kriminālpārkāpums tika atcelta 2003. gadā; tajā pašā gadā ar grozījumiem Ungārijas kriminālkodeksā tika paredzēts atšķirīgs traktējums narkotisko vielu izplatītājiem, kas piegādā nelielus daudzumus, kuri paredzēti “kopīgai” lietošanai (pēc tam iesniedza prasību to atcelt kā juridiski neskaidru). Malta 2006. gadā konstatēja, ka minimālais sešu mēnešu cietumsods piegādātājiem ne vienmēr ir piemērots narkotiku grupveida lietošanas gadījumiem, un ieviesa grozījumus likumā, pieļaujot izņēmumus.

Dažādās Eiropas valstīs kopš 2001. gada ir samazināts maksimālais vai iespējamais sods par narkotiku lietošanu vai turēšanu personīgai lietošanai, ja nav atbildību pastiprinošu apstākļu, vai nu attiecībā uz visām narkotikām (Igaunijā, Grieķijā, Ungārijā, Portugālē, Somijā), vai tikai attiecībā uz kaņepēm (Beļģijā, Luksemburgā, Apvienotajā Karalistē), vai narkotikām ar mazāku risku (Rumānijā). Tomēr ne visas valstis šajā periodā ir samazinājušas sodu: Francija un Polija pēc apspriešanās izvēlējās negrozīt savus likumus, savukārt Dānija noteica stingrākus “parastos” sodus, brīdinājuma vietā paredzot naudas sodu (kas pēc tam tika palielināts). Itālijā narkotiku lietošanai ar jaunu likumu tika atjaunots administratīvā pārkāpuma statuss, bet kaņepju kategorija tika mainīta, nosakot tādus pašus sodus kā attiecībā uz citām nelegālām vielām, piemēram, heroīnu un kokaīnu. Savukārt Apvienotajā Karalistē paziņots, ka kaņepju kategorija tiks mainīta, nosakot augstāku kaitīguma klasi.

Alternatīvas kriminālsodam

Narkotiku lietotājiem ar krimināltiesību sistēmas starpniecību pieejamās ārstniecības izmaiņām parasti ir divas kopīgas īpašības. Pirmkārt, tās visas paplašina gadījumu klāstu, kuros narkotiku lietotājus nosūta ārstēties. Tomēr dažādās valstīs ārstēšanos piedāvā dažādos procesa posmos; lielākā daļa valstu piedāvā ārstēties, kad lieta tiek izskatīta tiesā, nevis agrāk, kad ar narkotiku lietotāju strādā policijas vai prokuratūras darbinieki. Otrkārt, ārstēšanās ir nosacīta soda sastāvdaļa; ārstniecības režīma pārkāpuma gadījumā tiek atsākta kriminālapsūdzība, kriminālvajāšana vai atjaunots piespriestais sods.

Saskaņā ar UNGASS un ES rīcības plānu mērķiem kā kriminālsoda vai ieslodzījuma alternatīva ir ieviestas vai paplašinātas likumpārkāpējiem paredzētas ārstēšanas vai konsultāciju izvēles iespējas vai sistēmas. Tagad Īrijā un Maltā pēc arestēšanas narkotiku lietotājus var nosūtīt ārstēties; tāpat notiek Apvienotajā Karalistē, kur zināmos apstākļos ir atļauts aresta brīdī veikt narkotiku testus. Īpašas narkotiku tiesas ir izveidotas Īrijā, Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Skotijā) un Norvēģijā, un to izveides iespēja tiek

apspriesta Maltā; Portugālē ir izveidota "komisiju sistēma atturēšanai no narkotiku lietošanas", un šajās komisijās darbojas jurists, ārsts un sociālais darbinieks. Citās valstīs ar jauniem likumiem kā alternatīva sodam ir ieviests kāds ārstniecības veids: Francijā narkotiku likumu pārkāpēji, kas nav atkarīgi no narkotikām, var iziet maksas informēšanas kursu; Spānijā, Ungārijā un Latvijā narkotiku lietotājiem, kas sāk ārstēties, var noteikt nosacītu cietumsodu, bet Bulgārijā, Ungārijā, Rumānijā un Turcijā probāciju var apvienot ar ārstēšanu. Nīderlande ir izvirzījusi mērķi panākt, lai ārstēšana tiktu vairāk izmantota kā nosacījums pirmstermiņa atbrīvošanai no cietuma. Somijā notiesātus likumpārkāpējus, ja to uzskata par vajadzīgu, var pārvietot uz atklāta tipa cietumu, ja viņi atturas no narkotiku lietošanas; Grieķijā viņus var nosūtīt uz īpašu ārstniecības nodaļu. Narkotiku atkarības ārstēšanas programmās tagad ir tiesīgas piedalīties personas, kuras notiesātas par smagākiem pārkāpumiem Itālijā (ja pārkāpums ir sodāms ar cietumsodu līdz sešiem gadiem iepriekšējo četrus gadus vietā) un Spānijā (ja pārkāpums ir sodāms ar cietumsodu līdz pieciem gadiem iepriekšējo trīs gadus vietā). Beļģijā visos kriminālās tiesvedības procesa līmeņos likumpārkāpējus, kuri lieto narkotikas, var nosūtīt ārstēties.

Dažādo ārstēšanas veidu, ko izmanto kā alternatīvas sodam, sīkāks apraksts un dati par to lietošanas apmēru ir atrodamī *ELDD* tīmekļa vietnes sadaļās *Topic overview* un *Legal reports* ⁽⁸⁾.

Lielāka uzmanība sabiedrības aizsardzībai

Pēdējā desmitgadē sabiedrības locekļu aizsardzībai pret narkotiku lietotājiem arvien vairāk izmanto krimināltiesības, un līdzās "slimo" lietotāju un "noziedzīgo" izplatītāju nošķiršanai arī "lietotāju" kategorija tiek juridiski sīkāk iedalīta tādos lietotājos, kas rada apgrūtinājumu vai kaitējumu citiem sabiedrības locekļiem, un tādos, kuri nerada apgrūtinājumu vai kaitējumu. Iepriekš aprakstītie pasākumi, ar ko samazina kriminālsodu par narkotiku lietošanu vai paredz alternatīvas sodam, ir šīs tendences daļa. Piemēram, iespēju izvēlēties ārstēšanu vai soda samazināšanu piešķir ar nosacījumu, ka lietotājs nekādā veidā netraucē sabiedrisko kārtību.

Ir paplašināts kritēriju klāsts to likumpārkāpēju definēšanai, kuri var radīt kaitējumu citiem sabiedrības locekļiem, un šiem likumpārkāpējiem ir noteikti stingrāki sodi. Uzmanība likumdošanas darbā lielākoties ir tikusi pievērsta personām, kas lieto narkotikas un pēc tam sēžas pie stūres (Beļģijā, Čehijā, Dānijā, Spānijā, Francijā, Latvijā, Lietuvā, Portugālē, Somijā). Jaunajos tiesību aktos, kas reglamentē narkotiku testus darbavietās Īrijā, Somijā un Norvēģijā, uzsver, ka testus ir atļauts veikt galvenokārt

situācijās, kur atrašanās narkotisko vielu reibumā radītu ievērojamu apdraudējumu vai risku. Jauni tiesību akti kontrolē narkotiku lietošanu dažādos transportlīdzekļos: Īrijā vilcienos un kuģos; Latvijā laivās; Somijā gaisa transportlīdzekļos. Pēdējos gados ir pieņemti arī tiesību akti un stratēģijas, kas paredzētas, lai novērstu vai sodītu ar narkotikām saistītus sabiedriskās kārtības traucējumus (skatīt 2005. gada īpašo tēmu); ieviestas jaunas pilnvaras slēgt bārus vai citas telpas vai neļaut tajās uzturēties cilvēkiem (Beļģijā, Īrijā, Nīderlandē) un pilnvaras slēgt privātus mājokļus, kur notiek narkotiku tirdzniecība vai sistemātiska narkotiku lietošana (attiecīgi Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē). Vienlaikus visā Eiropā ir ieviesti jauni tiesību akti, kas aizsargā nesmēķētājus no tabakas iedarbības: kopš 2004. gada Eiropas Savienības 24 dalībvalstīs (visas, izņemot Grieķiju, Ungāriju un Poliju) ir aizliegtas vai stingri ierobežotas smēķēšanu slēgtās sabiedriskās vietās, pārkāpējiem bieži nosakot lielus naudas sodus.

Apkopojot šeit apskatītās izmaiņas tiesību aktos, šķiet, ka bieži ir samazināts kriminālsods lietotājiem, kam nav atbildību pastiprinošu apstākļu, taču, gandrīz līdzsvarojot samazināto sodu, ir palielināts sods tiem lietotājiem, kuru darbības var ietekmēt citus sabiedrības locekļus. Pēdējā tendence rāda, ka ir pievērsta lielāka uzmanība krimināltiesību izmantošanai sabiedrības aizsardzībā.

Ar narkotikām saistītie noziegumi

Ar narkotikām saistītie noziegumi ir plašs jēdziens, kas var nozīmēt visus noziegumus, kuri kādā veidā ir saistīti ar narkotikām ⁽⁹⁾. Regulāri ievāktie dati Eiropā praktiski ir pieejami tikai sākotnējos – galvenokārt policijas – ziņojumos par narkotiku likumu pārkāpumiem. Kaut gan parasti uzskata, ka šie dati netieši atspoguļo narkotiku lietošanas vai narkotiku tirdzniecības apmērus, ir svarīgi piebilst, ka šie dati atspoguļo arī valstu tiesiskā regulējuma atšķirības, kā arī dažādus tiesību aktu piemērošanas un izpildes nodrošinājuma veidus. Dati atspoguļo arī dažādās kriminālās tiesvedības iestāžu prioritātes un līdzekļus, ko tās atvēl cīņai ar konkrētiem pārkāpumiem. Turklāt ir vērojamas atšķirības starp dažādu valstu narkotiku likumu pārkāpumu informācijas sistēmām, jo īpaši paziņošanas un reģistrācijas prakses ziņā. Šīs atšķirības apgrūtinā dažādu valstu salīdzināšanu, tādēļ pareizāk šķiet salīdzināt tendences, nevis absolūtos skaitļus.

Kopumā visās ES dalībvalstīs ziņoto narkotiku likumu pārkāpumu skaits no 2001. gada līdz 2006. gadam palielinājās vidēji par 36 % (2. attēls). Dati liecina par pieaugošu tendenci visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs,

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Diskusiju par narkotiku un noziedzības saistību skatīt *EMCDDA* (2007b).

izņemot Bulgāriju, Grieķiju, Latviju un Slovēniju, kuras informē, ka minētajā piecu gadu laikposmā ziņojumu kopskaits ir samazinājies ⁽¹⁰⁾.

Ar lietošanu un izplatīšanu saistītie pārkāpumi

Attiecība starp narkotiku likumu pārkāpumiem, kas saistīti ar lietošanu, un pārkāpumiem, kuri saistīti ar izplatīšanu (uzpirkšana, tirdzniecība, ražošana), ir līdzīga iepriekšējos gados ziņotajai. Lielākajā daļā Eiropas valstu visbiežāk minētie pārkāpumi saistīti ar narkotiku lietošanu vai turēšanu lietošanai, un 2006. gadā Spānijā šādu reģistrēto pārkāpumu skaits ir sasniedzis pat 93 % ⁽¹¹⁾. Taču Čehijā, Nīderlandē, Turcijā un Norvēģijā dominē ar izplatīšanu saistīti pārkāpumi, kas veido no 52 % (Turcijā) līdz 88 % (Čehijā) visu 2006. gadā ziņoto narkotiku likumu pārkāpumu.

No 2001. gada līdz 2006. gadam Eiropas Savienībā ar lietošanu saistīto narkotiku likumu pārkāpumu skaits palielinājās vidēji par 51 %; divās trešdaļās šajā ziņojumā aplūkoto valstu ir vērojama augšupejoša tendence, un tikai Slovēnijā un Norvēģijā šajā piecu gadu laikposmā bija vērojama lejupējoša tendence ⁽¹²⁾. Turklāt jāpiebilst, ka ar narkotiku lietošanu saistīto pārkāpumu skaits proporcionāli no visiem narkotiku likumu pārkāpumiem tajā pašā laikposmā palielinājās pusē no ziņojumā aplūkotajām valstīm.

Laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam ir palielinājies arī ar narkotiku izplatīšanu saistīto pārkāpumu skaits, taču šis pieaugums notika daudz lēnāk – Eiropas Savienībā vidēji par 12 %. Šajā laikposmā ar piegādēm saistīto pārkāpumu skaits palielinājās vairāk nekā pusē ziņojumā aplūkoto valstu, savukārt samazinājās četrās valstīs (Vācijā, Kiprā, Nīderlandē, Slovēnijā) ⁽¹³⁾.

Tendences – pēc katras narkotikas

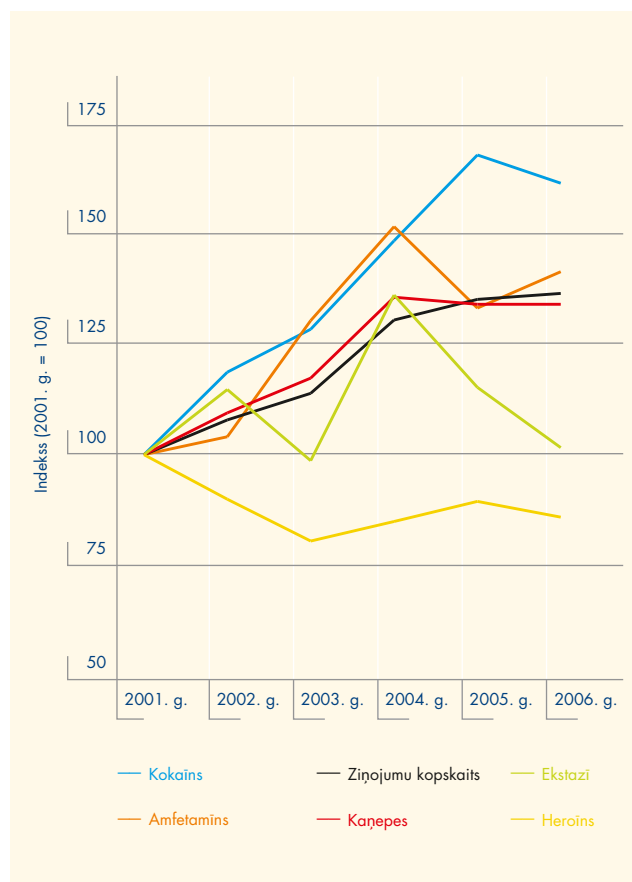
Lielākajā daļā Eiropas valstu 2006. gadā paziņotajos narkotiku likumu pārkāpumos visbiežāk iesaistītās nelegālās narkotikas joprojām bijušas kaņepes ⁽¹⁴⁾. Šajās valstīs ar kaņepēm bijuši saistīti 36–86 % no visiem narkotiku likumu pārkāpumiem. Dažās valstīs narkotiku likumu pārkāpumu ziņā ir dominējušas citas narkotikas, nevis kaņepes: Čehijā 60 % no visiem narkotiku likumu pārkāpumiem bija saistīti ar metamfetamīnu, bet Maltā 41 % bija ar heroīnu saistīti pārkāpumi. Luksemburgā gandrīz vienādi izplatīti ir narkotiku likumu pārkāpumi, kas saistīti ar kaņepēm, heroīnu un kokaīnu.

Piecu gadu laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam lielākajā daļā šajā ziņojumā aplūkoto valstu narkotiku

likumu pārkāpumu skaits, kuros iesaistītas kaņepes, pieaudzis vai saglabājies nemainīgs, līdz ar to caurmērā Eiropas Savienībā šis skaits ir pieaudzis par 34 % (2. attēls). Tomēr Bulgārija, Čehija (2002.–2006. g.), Itālija un Slovēnija ziņo par lejupējošu tendenci ⁽¹⁵⁾.

Ar kokaīnu saistītu pārkāpumu skaits laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam pieaudzis visās Eiropas valstīs,

2. attēls. Narkotiku likumu pārkāpumi: indeksētais ziņojumu skaits tendences ES dalībvalstīs, 2001.–2006. g.



NB: Tendences atspoguļo pieejamo informāciju par visu ES dalībvalstu tiesībsargājošo iestāžu iesniegtajiem ziņojumiem par narkotiku likumu pārkāpumiem (krimināliem un nekrimināliem); visas datu sērijas ir indeksētas, par pamatu ņemot 2001. gadu (=100), un svērtas, ievērojot valstu iedzīvotāju skaitu, lai iegūtu kopējo ES tendenci; kopējais tendencēs iekļautais (pirms svēršanas) 2006. gadā ziņotais pārkāpumu skaits valstīs bija šāds: amfetamīns – 41 069, kaņepes – 550 878, kokaīns – 100 117, ekstāzi – 17 598, heroīns – 77 242; ziņojumu kopskaits – 936 866. Tendencē iekļautas valstis, kas nav sniegušas datus divus vai vairāk nekā divus gadus pēc kārtas: kopējās tendences pamatā ir visu ES valstu dati, izņemot Apvienotās Karalistes datus; kaņepju tendences pamatā ir 18 valstu dati, heroīna tendences pamatā 18, kokaīna tendences pamatā 17, amfetamīna tendences pamatā 12 un ekstāzi tendences pamatā 13. Papildu informāciju par metodiku skatīt attēlā DLO-3 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri un attiecībā uz iedzīvotāju datiem EK Statistikas birojs (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

⁽¹⁰⁾ Skatīt tabulu DLO-1 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁾ Skatīt tabulu DLO-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁾ Skatīt attēlu DLO-2 un tabulu DLO-4 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁾ Skatīt tabulu DLO-5 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁾ Skatīt tabulu DLO-3 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁾ Skatīt tabulu DLO-6 2008. gada statistikas biļetenā. Papildu analīzi par pārkāpumiem, kas saistīti ar kaņepēm, skatīt 3. nodaļā.

izņemot Bulgāriju, Vāciju un Slovākiju. ES vidējais rādītājs tajā pašā laikposmā pieaudzis par 61 %.

Cita aina paveras, ja salīdzina narkotiku likumu pārkāpumus, kas saistīti ar kaņepēm vai kokaīnu, ar pārkāpumiem, kuri saistīti ar heroīnu, proti, ar heroīnu saistīto pārkāpumu skaits laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam, galvenokārt no 2001. gada līdz 2003. gadam, Eiropas Savienībā ir samazinājies vidēji par 14 %. Tomēr ar heroīnu saistīto pārkāpumu tendences valstīs minētajā periodā ir bijušas atšķirīgas, un trešdaļa valstu ziņo par augšupejošu tendenci ⁽¹⁶⁾.

Pārkāpumu, kas saistīti ar amfetamīnu un ekstazī, caurmēra tendences ES sasniedza augstāko atzīmi 2004. gadā. Kaut gan ar amfetamīnu saistīto pārkāpumu tendence saglabājās augšupejoša (laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam palielinoties vidēji par 41 %), ES vidējais rādītājs attiecībā uz pārkāpumiem, kas saistīti ar ekstazī, šajā laikposmā bija svārstīgs, bet laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam kopumā tas saglabājās nemainīgs.

Valstu pētījumi saistībā ar narkotikām

Pētījumus par narkotiku problēmu veic visās Eiropas valstīs, un tie sniedz informāciju, kas ir būtiski nepieciešama, lai aprakstītu un izprastu nelegālo narkotiku ietekmi valstu mērogā. No 25 dalībvalstu, Horvātijas un Norvēģijas paziņotajiem datiem var iegūt pārskatu, kā Eiropas valstīs organizē ar narkotikām saistītus pētījumus. Pašlaik, kad arvien vairāk tiek atzīts ar pierādījumiem pamatots ieviešanas nozīmīgums, jāņem vērā, ka 21 valsts informēja, ka pētījumu rezultāti vismaz zināmā mērā sniedz informāciju narkotiku politikas vajadzībām.

Koordinēšana un finansējums

Ar narkotiku problēmu saistīti pētījumi minēti 20 no 27 ziņojumā aplūkoto valstu narkotiku stratēģijās vai rīcības plānos kā atsevišķa tēma vai kā būtiski svarīga ar pierādījumiem pamatota politikas sastāvdaļa. 15 no 27 ziņojumā aplūkotajām valstīm pastāv valsts līmeņa struktūras ar narkotikām saistītu pētījumu koordinēšanai. Tikai piecas valstis ziņo, ka ar narkotikām saistīti pētījumi nav minēti šo valstu stratēģijā vai tām šajā jomā nav valsts līmeņa koordinācijas struktūras.

Ar narkotikām saistīto pētījumu, par kurām dalībvalstis ir sniegušas datus, galvenais finansējuma avots ir vispārējiem pētījumiem vai pētījumiem narkotiku jomā paredzētās programmās piešķirtie valsts līdzekļi. Divas galvenās vispārējo pētījumu jomas, kurās var iegūt līdzekļus ar narkotikām saistītiem pētījumiem, ir veselības aizsardzība un sociālās zinātnes. Ar narkotiku problēmu

saistītiem pētījumiem īpaši paredzētu finansējumu var iegūt valsts narkotiku apkarošanas koordinācijas iestādēs (Čehijā, Spānijā, Francijā, Luksemburgā, Ungārijā, Polijā, Portugālē, Norvēģijā). Abu veidu finansēšanas programmās pētījumi par nelegālajām narkotikām bieži vien ir apvienoti ar pētījumiem par citām atkarībām, piemēram, atkarību no alkohola, tabakas un azartspēlēm. Līdzekļi lielākoties ir pieejami, slēdzot līgumus par valsts pasūtīta pētījuma veikšanu vai, pētījumu veicējiem piesakoties pamatprogrammās. Pie citiem finansējuma avotiem, par kuriem ir sniegti dati, var minēt fondus, zinātņu akadēmijas, privātas iestādes, īpašus narkotiku apkarošanas fondus, Eiropas Komisiju un Apvienoto Nāciju Organizāciju.

Struktūras un projekti

Lielākā daļa valstu ziņoja, ka pētījumus galvenokārt veic universitātēs un specializētos centros, no kuriem daži ir valsts koordinācijas centra mītne; tiem seko sabiedriskie un privātie pētījumu centri. Dažās valstīs, pēc to sniegtajiem datiem, darbojas valsts līmeņa pētniecības tīkli (Vācijā, Spānijā, Portugālē). Šīm struktūrām var būt nozīmīga loma pētījumu organizēšanā un finansēšanā, un tās var veicināt tiešāku saikni starp pētījumiem un praksi.

Vairāk nekā puse pēc 2000. gada veikto nozīmīgo pētījumu, par kuriem dalībvalstis sniedza datus, bija epidemioloģiski pētījumi, bet apmēram viena trešdaļa – lietišķie pētījumi (galvenokārt profilaktisku un ārstniecības ieviešanas pasākumu novērtējumi). Valstis minēja arī pētījumus par narkotiku lietošanu noteicošajiem faktoriem, risku un aizsargfaktoriem, narkotiku lietošanas sekām un narkotiku iedarbības mehānismu un ietekmi.

Vairākas valstis ziņoja, ka saskārušās ar ierobežojumiem ar narkotikām saistīto pētījumu veikšanā. Tika minētas šādas problēmas: organizatoriski aspekti, piemēram, koordinācijas trūkums un resursu sadrumstalotība (Vācija, Francija, Austrija); kvalificētu pētnieku trūkums (Latvija, Ungārija); kā arī metodiski aspekti (datu aizsardzības jautājumi, problēmas saistībā ar piekļuvi grūti sasniedzamajām iedzīvotāju grupām, pēctecības trūkums pētniecības projektos). Vairākas valstis kā nozīmīgu šķērslī norādīja ar narkotikām saistītajiem pētījumiem pieejamo ierobežoto finansējumu (Beļģija, Grieķija, Polija, Rumānija, Somija).

Informācijas izplatīšana

Pēc noskaidrotajiem datiem Eiropā ir pavisam 25 profesionāli novērtēti žurnāli, kas specializējas narkotiku jomā un tiek iespiesti 11 valodās, neskaitot angļu valodu. Lielākā daļa šo valstu žurnālu publicē anotācijas angļu valodā un labprāt pieņem ārzemju

⁽¹⁶⁾ Skatīt tabulu DLO-7 2008. gada statistikas biļetenā.

autoru rakstus. Papildus specializētiem nelegālo narkotiku un atkarības jautājumiem veltītiem izdevumiem rakstus par nelegālo narkotiku lietošanu publicē profesionāli novērtētos žurnālos dažādās jomās un profesionālos žurnālos. 2006. gadā pētījumu atzinumi narkotiku jomā tika publicēti vairāk nekā 100 šādos Eiropā izdotos

žurnālos. Informācijas izplatīšanā būtiska loma ir arī citu veidu izdevumiem, tostarp valsts koordinācijas centru izdevumiem.

Arī *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centriem ir nozīmīga loma pētījumu rezultātu izplatīšanā visās ziņojumā aplūkotajās valstīs, galvenokārt ar šo centru ziņojumu palīdzību.

Gaidāmie ar narkotikām saistītie pētījumi

EMCDDA, izmantojot *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centrus, ir apkopojis sīku informāciju par pētījumiem narkotiku jomā, kas veikti Eiropas valstīs. Dalībvalstu sniegtajā informācijā ir iekļauts valstu pētniecības organizāciju apraksts un finansēšanas režīms. Dalībvalstis ir iesniegušas arī nozīmīgāko kopš 2000. gada veikto pētījumu sarakstus un norādījušas zinātniskos laikrakstus, žurnālus un tīmekļa vietnes, ar kuru starpniecību valstī tiek izplatīti ar narkotikām saistīto pētījumu atzinumi. *EMCDDA* nodrošina pieejamību šai un arī citai informācijai, izmantojot dažādus izplatīšanas līdzekļus (skatīt <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Izvērstāku šīs tēmas aprakstu skatiet 2008. gada īpašajā tēmā par pētījumiem, kas saistīti ar narkotikām (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Eiropas Komisija ir uzdevusi veikt Eiropas Savienībā notikušo, ar nelegālajām narkotikām saistīto pētījumu izvērstu salīdzinošu analīzi. Analīzei ir jāsniedz priekšstats par Eiropas Savienības un dalībvalstu finansējumu, kas pieejams ar narkotikām saistītiem pētījumiem, izmantojot īpašajā tēmā par pētījumiem norādītos rezultātus, un jāpaplašina skatījums, iekļaujot arī pētījumus narkotiku piedāvājuma samazināšanas un drošības jomā. Pētījumā tiks pārskatīta šibrīža pētniecības infrastruktūra dalībvalstīs un Eiropas līmenī, salīdzinot to ar citiem reģioniem, piemēram, Ziemeļameriku un Austrāliju. To noslēgs ieteikumi, kā izvēlēties politiku, lai novērstu zināšanu trūkumu un uzlabotu sadarbību Eiropas līmenī. Tajā tiks novērtēti pašlaik esošie Eiropas tīkli, tostarp *EMCDDA* un *Reitox* valstu koordinācijas centru tīkls. Šī pētījuma rezultāti būs pieejami 2009. gada sākumā.



2. nodaļa

Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā

Ievads

Šajā nodaļā sniegts pārskats par narkotiku problēmas risinājumiem Eiropā, iespēju robežās iezīmējot tendences, ievirzes un kvalitātes jautājumus. Šeit apskatīto pasākumu kopumā ietilpst profilakse, ārstēšana, kaitējuma mazināšana un sociālā reintegrācija, kas kopā veido visaptverošu pieprasījuma samazināšanas sistēmu. Nodaļā ir arī pieejamo datu pārskats par cietumā atrodos narkotiku lietotāju vajadzībām un šajā konkrētajā vidē izmantotajiem risinājumiem. Īsumā apskatīti arī uzraudzības turpmākie uzdevumi citā narkotiku politikas jomā – narkotiku piedāvājuma samazināšanā.

Profilakse

Narkotiku profilaksi var iedalīt dažādos līmeņos jeb stratēģijās – no vides profilakses līdz indicētajai profilaksei, kas ideālā gadījumā nekonkurē, bet papildina viena otru. Tālāk esošā Eiropas šābrīža situācijas un tendenču apraksta pamatā ir kvalitatīvi dati par vispārējās un selektīvās profilakses nodrošināšanu 2007. gadā, par ko *EMCDDA* ir sniegti dati ⁽¹⁷⁾ un literatūras apskats par indicētās profilakses tematiku (*EMCDDA*, 2008f).

Vispārējā profilakse

Pēdējos gados vispārējās profilakses, ko veic Eiropas skolās, mērķos ir vērojamas izmaiņas. 2007. gadā visizplatītākais profilakses darbību mērķis pēc dalībvalstu sniegtajiem datiem bija attīstīt ikdienas dzīvē nepieciešamās prasmes (12 no 28 šajā ziņojumā aplūkotojām valstīm), turpretim 2004. gadā puse no valstīm (13 no 26) par savu galveno mērķi nosauca izpratnes vairošanu un informācijas sniegšanu. Arī aizsargājošas vides veidošana skolās kā strukturālas ieviešanas veids 2007. gadā biežāk ir izvirzīta par galveno mērķi (sešas valstis) nekā 2004. gadā (četras valstis). Izmaiņas valstu ziņojumos minētajos mērķos, iespējams, atspoguļo pāreju uz racionālāku un ar pierādījumiem pamatotu pieeju, taču apmērs, kādā šīs mērķu izmaiņas faktiski izpaužas, nav zināms. Pie skolās veiktajiem ieviešanas pasākumiem, par kuriem ziņojušas

Narkotiku piedāvājuma samazināšanas uzraudzības uzlabošana

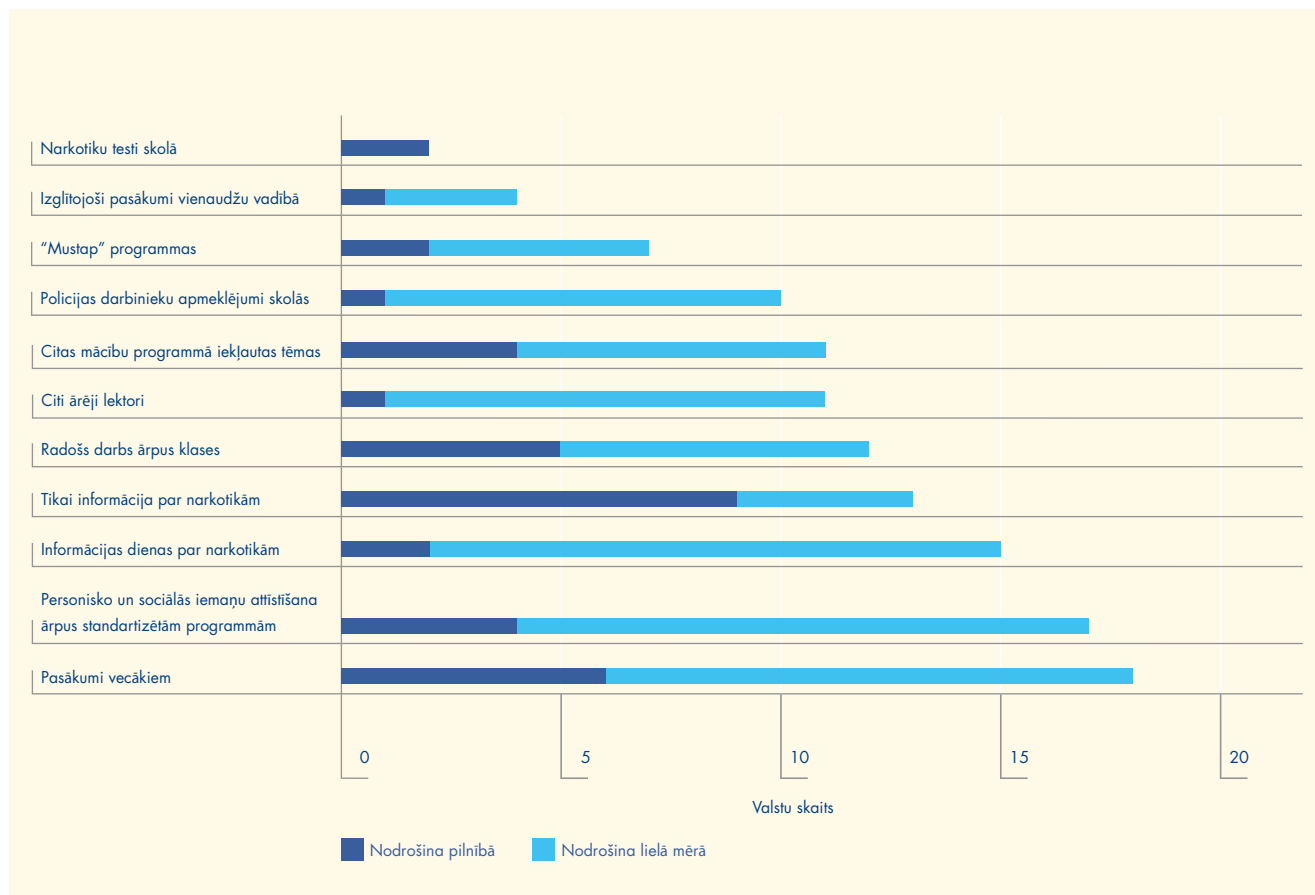
Narkotiku piedāvājuma samazināšanu var definēt kā visu to darbību kopumu, kuru mērķis ir neļaut nelegālajām narkotikām nonākt pie lietotājiem. Pie šīm darbībām var minēt tādas instrumentus kā starptautiskās konvencijas, ES un valstu tiesību aktus un politikas virzienus, kā arī darbības, kas orientētas uz dažādajiem procesiem un personām, kuras iesaistītas nelegālo narkotiku ražošanā un tirdzniecībā un darbojas legālu vielu (zāļu, ķīmisko prekursoru) novirzīšanā uz nelegālo tirgu vai nelegālā ražošanā nelegāliem nolūkiem un no nelikumīgas narkotiku tirdzniecības iegūtās naudas legalizēšanā. Nelegālo narkotiku piedāvājumu palīdz mazināt tiesībsardzības darbības, kā arī alternatīvās attīstības iniciatīvas un projekti, kuru mērķis ir novērst ar narkotikām saistītu noziedzību. Nozīmīgu atbalstu šiem pasākumiem un to novērtēšanai tāpat kā narkotiku pieprasījuma samazināšanai sniedz uzraudzības un analīzes darbības.

Ikgadējais progressa pārskats par ES Narkomānijas apkarošanas rīcības plāna īstenošanu un *UNGASS* pārskata kontekstā ievāktie dati (skatīt 1. nodaļu) atklāj nevienmērīgu ainu attiecībā uz datu pieejamību par piedāvājuma samazināšanas pasākumiem. Starptautisko projektu darbības parasti ir labi dokumentētas, savukārt valstu līmeņa darbības bieži ir grūti apzināt un novērtēt. Eiropas Komisija, Eiropas Kopienų Statistikas birojs, *Europol* un *EMCDDA* cenšas uzlabot šo situāciju nākamā ES narkotiku rīcības plāna (2009.–2012. gadam) kontekstā. Ir paredzēts pārskatīt esošās konceptuālās struktūras un informācijas sistēmas, kā arī dalībvalstu piedāvājuma samazināšanas darbību novērtēšanas iespējamās informācijas avotus. Ir jāgūst arī labāka izpratne par narkotiku tirgiem, jo īpaši par piegāžu un sadales organizēšanu, gan no ekonomiskā, gan sociālā skatupunkta. Divos Eiropas Komisijas finansētos pētījumos tiks pētītas gan informācijas ieguves un apkopošanas sistēmas saistībā ar narkotiku piedāvājuma samazināšanu, gan starptautiskie narkotiku tirgi.

visvairāk valstu, var minēt vecākiem paredzētus pasākumus un stratēģijas, kas sniedz tikai informāciju (informācijas dienas, speciālistu vai policijas pārstāvju apmeklējumi skolās) (3. attēls). Šo ieviešanas pasākumu efektivitāte nav skaidri zināma. Savukārt par dažiem ieviešanas pasākumiem, kas ir vairāk pamatoti ar pierādījumiem, ir ziņojušas tikai dažas valstis. Pie šiem pasākumiem pieder standartizētas programmas, aktīvās izglītības pasākumi

⁽¹⁷⁾ Datus sniedza dalībvalstu eksperti.

3. attēls. Izplatītākie iejaukšanās veidi vispārējos iejaukšanās pasākumos skolās.



NB: "Mustap" – standartizētas programmas vairākās nodarbībās ar izdales materiāliem.
 Avots: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

vienaudžu vadībā vai zēniem paredzēti iejaukšanās pasākumi; visu šo pasākumu mērķis ir uzlabot saskarsmes prasmes, uzlabot spējas risināt konfliktus, stresa un vilšanās situācijas vai koriģēt maldīgos normatīvos priekšstatus par narkotiku lietošanu. Iejaukšanās pasākumu, kas nav pamatoti ar pierādījumiem vai nav pietiekami pamatoti, lielākās izplatības iemesls varētu būt tas, ka šiem pasākumiem ir vajadzīgs mazāk resursu, bet to īstenotājiem – mazāk mācību.

Papildus tieši uz narkotiku lietošanu vērstām darbībām skolās izmanto arī strukturālos iejaukšanās pasākumus. Izvirzot mērķi izveidot aizsargājošu un normatīvu sociālo vidi, ar strukturālajiem iejaukšanās pasākumiem cenšas ietekmēt jauniešu izvēli sakarā ar narkotiku lietošanu (Toumbourou et al., 2007). Šī pieeja atbilst vispārējās profilakses nostādnēm, kas pakāpeniski paredz stingrākus tabakas un alkohola lietošanas noteikumus skolās. Divdesmit valstis ziņo, ka smēķēšana ir pilnībā aizliegta visās skolās, bet 18 valstis ziņo, ka lielā apmērā vai pilnībā nodrošina⁽¹⁸⁾ narkotiku politikas īstenošanu

skolās. Par strukturālu iejaukšanās pasākumu īstenošanu ar mērķi samazināt tabakas un alkohola lietošanu skolās jo īpaši ziņo Viduseiropas un Rietumeiropas dalībvalstis. Šos profilakses pasākumus var papildināt ar citiem strukturālajiem pasākumiem, piemēram, skolas ēku iekārtojuma un skolas dzīves uzlabošanu.

Plaši izmanto arī profilaksi ģimenē. Vienpadsmit valstis savos ziņojumos norādīja, ka pilnīgi vai lielā apmērā nodrošina ģimeņu sanāksmes un ģimenēm veltītus vakarus. Ir vērojams, ka ģimenes profilaksē tāpat kā skolu profilaksē uzmanību galvenokārt pievērš informācijas sniegšanai. Intensīvas ģimeņu sagatavošanas un mācību, kam pētījumos pastāvīgi konstatēti sekmīgi rezultāti (Petrie et al., 2007), piedāvājums ir ierobežots, un tikai septiņas valstis ziņo par augstāko nodrošinājuma līmeni.

Selektīvā profilakse

Selektīvo profilaksi virza sociāli un demogrāfiski rādītāji, piemēram, bezdarbs, likumpārkāpumu vai mācību kavējumu daudzums. Tā paredzēta īpašām grupām,

⁽¹⁸⁾ Nodrošināšana lielā apmērā: iejaukšanās ir paredzēta vairākumā vietu, kur iedzīvotāju mērķa grupas lielums ir pietiekams iejaukšanās īstenošanai. Pilnīga nodrošināšana: iejaukšanās pasākumus veic gandrīz visās vietās, kur iedzīvotāju mērķa grupas lielums ir pietiekams iejaukšanās īstenošanai.

ģimenēm vai pat veselām kopienām, kuru dalībniekiem vājās saiknes ar sabiedrību un līdzekļu trūkuma dēļ ir lielāka iespēja sākt lietot narkotikas vai kļūt atkarīgiem no tām.

Saskaņā ar trīspadsmit valstu sniegtajiem datiem ģimeņu profilakses lielākā daļa šajās valstīs ir selektīvā profilakse. Tomēr ģimenēm svarīgus riska apstākļus Eiropā risina reti. No ziņojumā aplūkotojām 30 valstīm tikai septiņas ziņo par pilnīgu vai plaša apmēra iejaukšanās pasākumu nodrošināšanu psihoaktīvu vielu lietošanas gadījumos ģimenēs, un piecas ziņo, ka nodrošina iejaukšanās pasākumus ģimenes konfliktu un nevērīgas izturēšanās gadījumā. Četras valstis ziņojumos minēja arī šādas iejaukšanās pasākumu kategorijas: sociālo problēmu (piemēram, bezdarba) risināšana, palīdzība kriminālajā tiesvedībā vai palīdzība izstumtām etnisko minoritāšu ģimenēm. Turklāt uzmanība to ģimeņu vajadzībām, kuras saskaras ar garīgās veselības problēmām, tiek pievērsta tikai trīs valstīs.

Neskatoties uz problēmas augošo politisko nozīmi, reti tiek risinātas arī neaizsargātu jauniešu grupu problēmas, piemēram, jauniešu likumpārkāpēju, bezpajumtnieku, mācību kavētāju, jauniešu no sociāli nelabvēlīgas vides un jauniešu – minoritāšu pārstāvju riska apstākļi. Kopš 2004. gada narkotiku politikā arvien biežāk šos jauniešus norāda kā profilaktisko iejaukšanās pasākumu primāros adresātus, taču ziņojumos minētais iejaukšanās pasākumu nodrošināšanas līmenis šajā laikposmā nav paaugstinājies. Sīkāki dati atrodami 2008. gada īpašajā tēmā par neaizsargātajiem jauniešiem.

Indicētā profilakse

Indicētās profilakses mērķis ir noteikt personas ar uzvedības vai psiholoģiskām problēmām, kas varētu liecināt, ka šīs personas, iespējams, vēlāk saskarsies ar psihoaktīvo vielu lietošanas problēmu, un veikt tām īpaši paredzētus individuālus iejaukšanās pasākumus. Pie šīm personām pieder no skolām izslēgtie skolēni un personas ar psihiskiem traucējumiem, antisociālu uzvedību vai agrīnām narkotiku lietošanas pazīmēm. Nesen publicētais EMCDDA (2008f) ziņojums iepazīstina ar ilgstošiem pētījumiem, kuros definētas problēmu tendences, ar pētījumiem neirouzvedības jomā un ar jaunajiem atklājumiem par smadzeņu plastiskumu un neiromediatoru lomu, tajā izcelti arī dalībvalstu ziņojumos apkopotie atzinumi par iejaukšanās pasākumiem.

Bērniem ar uzvedības traucējumiem, piemēram, uzmanības deficīta (hiperaktivitātes) sindromu un izturēšanās traucējumiem, ir augsts psihoaktīvo vielu lietošanas problēmu rašanās risks. Lai laikus veiktu iejaukšanās

Narkotikas un neaizsargātu jauniešu grupas – EMCDDA 2008. gada īpašā tēma

Noteiktas jauniešu grupas ir pakļautas sociālās atstumtības riskam, ko var saistīt ar pieaugošu narkotiku lietošanas, kā arī lietošanas izraisīto problēmu iespējamību. Pievēršot lielāku vērību iejaukšanās pasākumiem, kas paredzēti narkotiku lietošanas mazināšanai un narkotiku nodarītā kaitējuma mazināšanai konkrētām grupām, palielinās iespēja apmierināt šo grupu vajadzības, kā arī iespējamība, ka šādi iejaukšanās pasākumi būs veiksmīgi.

Šī īpašā tēma sniedz izsmeljošu informāciju par konkrētu grupu riska faktoriem un neaizsargātības situāciju, un tajā izpētīta narkotiku lietošana un ar to saistītās problēmas šajās grupās. Īpašajā tēmā pētītas arī neaizsargātības sekas, kas rodas saistībā ar skolas kavējumiem, nesekmību, sociāli nelabvēlīgiem apstākļiem, problēmām ģimenē un pārkāpumiem. Tiek apspriesta arī konkrēta reakcija uz narkotiku lietošanu un ar to saistītajām problēmām neaizsargātajās grupās, tostarp likumdošana, profilakse un ārstniecība.

Ar šo īpašo tēmu tikai angļu valodā var iepazīties papīra formātā un internetā (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

pasākumus bērniem ar uzvedības traucējumiem, ir vajadzīga cieša medicīnas, sociālo un jauniešu dienestu sadarbība. Piemēram, Vācijas "vairākmoduļu ārstēšanas koncepcija" vienkopus paredz konsultāciju sniegšanu vecākiem un aprūpētājiem, paralēlu medicīnisko, psihoterapeitu un psihosociālo palīdzību un atbalstu mācībās bērnudārzā vai skolā. Kopumā pozitīvus rezultātus novērtējumā guva Īrijas pieeja, kurā izmantota mērķtiecīga palīdzība mācībās un psihologa konsultācijas jauniešiem, jo īpaši, lai novērstu attīstības problēmas skolā, izglītības iestādēs un ģimenē. Nīderlandē veiktā pētījumā par ilgtermiņa profilakses iedarbību vidējā vecuma bērnu (8–13 g. v.) problemātiskas uzvedības ārstēšanā tika konstatēts, ka standartizētas uzvedības terapijas pēckontrolē ir vērojami būtiski labāki rezultāti smēķēšanas un kaņepju lietošanas novēršanā, salīdzinot ar ārstēšanu pēc parastajām metodēm (Zonneville-Bender et al., 2007).

Iejaukšanās pasākumu efektivitāte un risks

Mērķtiecīgajā profilaksē Eiropā vislielāko uzmanību joprojām pievērš narkotiku lietošanai bērnu vidū un ģimenē. Kā liecina daudzi pētījumi par narkotiku lietošanas sākšanas iespējamības sociālajām un neirouzvedības paustajām pazīmēm, narkotiku lietošanu var ietekmēt arī profilakses pasākumi, kas nav paredzēti narkotiku lietošanas apkarošanai. Gan selektīva, gan indicētā profilakse var mazināt agrīnas attīstības sekas, tās

pāriešanu sociālajā atstumtībā un tai sekojošo pievēršanos psihoaktīvo vielu lietošanai. Vairākos pētījumos ir pierādīts, ka narkotiku lietošanas iespējamību mazinoša iedarbība ir arī agrīnajos skolas gados veiktiem iejaukšanās pasākumiem, kuru mērķis ir uzlabot vidi izglītības iestādēs un mazināt sociālo atstumtību (Toumbourou et al., 2007).

Skolās veiktu profilakses pasākumu iedarbība ir apšaubīta (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Taču jaunākās literatūras pārskati ⁽¹⁹⁾ liecina, ka iedarbīgas var būt dažas skolās veikto profilakses pasākumu sastāvdaļas, piemēram, uzmanības pievēršana normām un ikdienas dzīvē noderīgām prasmēm. Piemēram, *EU-Dap* pētījumā – Eiropas līmeņa nejaušā kontrolētā pētījumā, ko līdzfinansēja Eiropas Komisija, lai izstrādātu un novērtētu profilakses programmu skolām, tika konstatēti pozitīvi rezultāti ⁽²⁰⁾. Papildu pētījumā tika konstatēts, ka piecpadsmit mēnešus pēc iejaukšanās pasākuma programmas iedarbība joprojām bija stabila un dalībnieku vidū tika novērota alkohola un kaņepju lietošanas biežuma samazināšanās. Programmā *Unplugged*, ko izmantoja izmēģinājumā, tika apstrīdētas normas par psihoaktīvo vielu lietošanas pieņemamību jauniešu vidū un uzskati par šo vielu lietošanu.

Profilaksei jābūt ne tikai iedarbīgai, bet arī drošai – līdz minimumam jāsamazina nevēlama ietekme. Tāpēc, izstrādājot un novērtējot iejaukšanās pasākumus, rūpīgi jāapsver negatīvas ietekmes risks. Tas ir jo īpaši svarīgi vispārējās profilakses pasākumiem skolās, jo šo pasākumu mērķgrupa ir ļoti liela un daudzveidīga. Piemēram, informācijas sniegšana tikai par narkotiku iedarbību, kas ir Eiropā plaši sastopama pieeja, ir ne tikai neiedarbīga, bet tai pastāv arī nevēlamas ietekmes risks (Werch and Owen, 2002). Tas pats attiecas uz plašsaziņas līdzekļu kampaņām, kam piemīt psihoaktīvo vielu lietošanas tieksmes palielināšanas risks ⁽²¹⁾.

Viens no veidiem, kā nodrošināt profilakses programmu pamatošību ar pierādījumiem un samazināt nevēlamas ietekmes risku, ir profilaktisko projektu realizēšanas un satura standartu izstrādāšana. Dalībvalstu skaits, kas sniedza informāciju par projektu izstrādes un novērtēšanas standartiem, no trim dalībvalstīm 2004. gadā ir pieaudzis līdz deviņām dalībvalstīm 2007. gadā. Vairākas dalībvalstis ziņo, ka tiek izstrādāta sertifikācijas kārtība, kurai jāgarantē programmu kvalitāte un valsts budžeta līdzekļu lietderīga izmantošana (Čehija, Ungārija, Polija, Portugāle). Piemēram, Čehijā, lai saņemtu subsīdijas no valsts budžeta, profilaktiskajām darbībām jābūt sertificētām.

EMCDDA labākās prakses portāls

EMCDDA šogad ir laidusi klajā ar narkotikām saistītu iejaukšanās pasākumu (profilakses, ārstēšanas, kaitējuma mazināšanas un sociālās reintegrācijas) labākās prakses interneta portāla pirmo moduli. Portālā ir apkasīti jaunākie dati par dažādu iejaukšanās pasākumu efektivitāti un iedarbību, datu atspoguļošanas metodes un standarti, kas paredzēti iejaukšanās pasākumu uzlabošanai, kā arī doti Eiropā novērtētās prakses paraugi. Tas ir paredzēts narkotiku jomā praktiski nodarbinātiem cilvēkiem, politikas veidotājiem un pētniekiem, un tajā ir pastiprināti pievērsta uzmanība situācijai visā Eiropā.

Portāla pirmajā modulī uzmanība ir pievērsta vispārējai profilaksei, jo īpaši pierādījumiem par tās efektivitāti, kas ir pamatoti vairākos kopš 2000. gada publicētos pārskatos. Sīkāku informāciju par atzinumiem skatīt šajā tīmekļa vietnē: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portālā ir sniegta informācija par dažādo iejaukšanās pasākumu efektivitāti, taču jāpiebilst, ka reizēm pierādījumu bāze ir nepietiekama un kāds konkrēts iejaukšanās pasākums jāizvēlas piesardzīgi. Turklāt, tā kā programmu efektivitāti nosaka kontrolētos izmēģinājumos, paliek neatbildēts jautājums, kā konkrēti iejaukšanās pasākumi iedarbosies dažādās vidēs. Papildu norādījumus var gūt no novērtētajiem, dažādās valstīs un vidēs īstenotajiem iejaukšanās pasākumu piemēriem jaunajā EDDRA datu bankas izdevumā, kas ir pieejams portālā.

Atkarības ārstēšana

Šajā sadaļā ir sniegts pārskats par narkotiku atkarības ārstēšanu Eiropā, aprakstot ārstēšanas pakalpojumu organizēšanu un sniegšanu.

Organizēšana

ES dalībvalstīs narkotiku ārstēšanas pakalpojumus galvenokārt sniedz sabiedriskais sektors, tomēr nevalstiskās organizācijas (NVO) var ieņemt līdzvērtīgu lomu (septiņās dalībvalstīs) vai pat ir galvenais ārstniecības pakalpojumu sniedzējs (piecās dalībvalstīs). Arī ģimenes ārsti ieņem nozīmīgu lomu, un dažās valstīs tie ir svarīgākie aizvītotā terapijas sniedzēji. Dažās valstīs ārstniecībā, galvenokārt stacionārajā aprūpē, piedalās arī privātais sektors. Tomēr narkotiku ārstēšanas finansējums galvenokārt nāk no valsts budžeta vai sociālās un veselības apdrošināšanas līdzekļiem.

Pakalpojumu sniegšana

Ārstēšanu no narkotiku atkarības veic dažādos apstākļos, tajā skaitā ambulatoros un stacionāros ārstēšanas centros,

⁽¹⁹⁾ Skatīt labākās prakses portālu (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Skatīt šī ziņojuma 3. nodaļu un 2007. gada ziņojumu.

pie ģimenes ārstiem, zema sliekšņa aģentūrās un cietumos. Eiropā vizitplatītākais narkotiku atkarības ārstēšanas veids ir ārstēšana ambulatorā režīmā, tostarp pie ģimenes ārsta, galvenokārt tāpēc, ka šajā režīmā pacientiem parasti sniedz aizvietoģterapiju. Saskaņā ar jaunākajiem ārstniecības pieprasģjuma rādģtāja datiem narkotiku lietotāģi, kas sāk ārstģties ambulatorajā režģmā, vidģģji ir apmģram 30 gadus veci, un galvenokārt tie ir vģrieģi ⁽²²⁾. Apmģram viena treģsdaja ārstģties ierodas paģi, 22 % nosģta kriminālās tiesģvedģbas iestādes, pie tam řo lietotāģu ģpatsvars pģdģjos gados palielinās, bet pāreģjos nosģta sociālie dienesti un veselģības aprģpes iestādes vai neoficiāli tģkli ⁽²³⁾.

Puse no pacientiem, kas sāk ambulatoro ārstēšanos, kā primāro narkotiku nosauca opioīdus, 21 % kā primāro narkotiku minēja kaņepes, bet 16 % – kokaīnu. Pieaug to pacientu, it īpaši jaunu pacientu īpatsvars, ko nosūta ārstēties no citu narkotiku, nevis opioīdu lietošanas; šādas tendences iemesls var būt gan ārstniecības pieejamības palielināšanās kaņepju un kokaīna lietotājiem vairākās dalībvalstīs, gan to lietotāju skaita pieaugums, kuri vēlas atstāt šo narkotiku lietošanu (skatiet 3. un 5. nodaļu). Taču tādu pakalpojumu pieejamība, kas īpaši paredzēti citu narkotiku, nevis opioīdu lietotājiem, joprojām ir ierobežota.

Stacionārā ārstēšana lielākoties notiek terapeitiskās kopienās, psihiatriskajās slimnīcās un parasto slimnīcu specializētās nodaļās. Pieejamo pakalpojumu klāsts sniedzas no īstermiņa detoksikācijas līdz ilgstošām psihiatriskām programmām un ārstniecības programmām, kuru pamatā ir atturēšanās. Stacionārais režīms var būt īpaši piemērots narkotiku lietotājiem, kam vajadzīga kompleksa ārstēšanās fizisku un garīgu blakusslimību dēļ. Stacionārie pacienti caurmērā ir līdzīgi ambulatorajiem pacientiem: apmēram 30 gadus veci, galvenokārt vīrieši, un sāk ārstēties no opioīdu kā primārās narkotikas lietošanas ⁽²⁴⁾. Lielākajā daļā valstu, par kurām var salīdzināt datus, to narkotiku pacientu īpatsvars, kuriem nav darba un pastāvīgas dzīvesvietas, tomēr ir lielāks stacionāro, nevis ambulatoro pacientu vidū ⁽²⁵⁾.

Vēsturiski narkotiku atkarības ārstniecības pakalpojumi ir plānoti, ievērojot opioīdu lietotāju vajadzības; tieši šī joprojām ir nozīmīgākā ārstniecību saņemšo narkotiku lietotāju grupa. Lielākajā daļā dalībvalstu par visizplatītāko opioīdu lietotāju ārstēšanas veidu ir kļuvusi aizvietoģterapija kopā ar psiholoģisko palīdzību. Kopš 2007. gadā Kiprā ir ieviesta ārstniecība ar buprenorfinu lielās devās, aizvietoģterapija tagad ir pieejama

visās dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā ⁽²⁶⁾. Turcijā aizvietotājterapija vēl ir jāievieš, taču tā ir atļauta saskaņā ar 2004. gadā pieņemtajiem noteikumiem par ārstniecības centriem. Buprenorfinis ir otrais visbiežāk nozīmētais opioīdu aizstājējs pēc metadona, un pēdējos gados opioīdu atkarības ārstēšanā to izmanto arvien vairāk (skatīt 6. nodaļu). Ārstniecību ar buprenorfinu var izvēlēties visās dalībvalstīs, izņemot Bulgāriju, Ungāriju un Poliju. 2006. gadā Eiropā aizvietotājterapiju saņēma 600 000 opioīdu lietotāju, un 16 no 22 valstīm, kas sniedza datus, šis daudzums salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir palielinājies.

Kaitējuma mazināšana

Ar narkotikām saistītā kaitējuma novēršana un mazināšana ir sabiedrības veselības mērķis visās dalībvalstīs un ES narkotiku stratēģijā un rīcības plānā (Eiropas Komisija, 2007a). Galvenie ieviešanas pasākumi šajā jomā ir opioīdu aizvietošanas terapija un adatu un šļirču apmaiņas programmas (NSP), kuru mērķis ir samazināt letālu pārdozēšanas gadījumu skaitu un infekcijas slimību izplatīšanos. Šie pasākumi saskaņā ar sniegtajām ziņām ir pieejami visās valstīs, izņemot Turciju (skatīt arī 6. un 8. nodaļu), un, kaut gan pastāv ievērojamas atšķirības pieejamo pakalpojumu klāstā un nodrošinājuma līmenī, Eiropā kopumā ir vērojama kaitējuma mazināšanas pasākumu izplatības palielināšanās un konsolidēšanās tendence.

Turklāt lielākā daļa valstu sniedz veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus zema sliekšņa aģentūrās. Tomēr dažas valstis ziņo, ka kaitējuma mazināšanas pasākumu īstenošanu kavē politiska atbalsta trūkums. Grieķijā tika apturēta zema sliekšņa dienestu un aizvietotāji terapijas darbības izvērsšana, Rumānijā un Polijā adatu un šļircu programmu darbības apjomi 2006. gadā tika samazināti pēc ārējā finansējuma pieplūdes izbeigšanās, bet Kipras vienīgā adatu un šļircu apmaiņas programma nav oficiāli apstiprināta. Kaut gan Ungārijā NSP un palīdzības darba apmēri palielinās, pētījums, kas veikts narkotiku lietotāju vidū, kuri neārstējās, liecina, ka šis apmērs joprojām ir nepietiekams, un, lai saņemtu palīdzību, ir jāpārvar ievērojami šķēršļi.

Nemot vērā Baltijas valstu un Rumānijas specifisko situāciju HIV/AIDS ziņā, šajās valstīs joprojām nozīmīga loma ir starptautiskajiem donoriem. Kaitējuma mazināšanas pasākumiem finansiālu atbalstu sniedz Pasaules Fonda "AIDS, malārijas un tuberkulozes apkarošanas

⁽²²⁾ Skatīt tabulas *TDI-10* iii) daļu un tabulas *TDI-21* ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

(23) Skatīt tabulu *TDI-16* 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-10 vii) daļu un tabulas TDI-21 iv) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

(25) Skatīt tabulu *TDI-13*, tabulas *TDI-15* 2008. gada statistikas biļetenā.

(²⁶) Skatīt tabulu HSR-1 un HSR-2 2008. gada statistikas biļetenā.

programma", turpretim Igaunijā, Lietuvā un Latvijā UNODC nesen sācis projektu "HIV/AIDS profilakse un aprūpe narkotiku injicētāju vidū un ieslodzījuma vietās".

Visbeidzot, dažas dalībvalstis nesen pārbaudījušas kaitējuma mazināšanai paredzēto iejaukšanās pasākumu ieviešanas rezultātus. Francijā vienlaikus ar trīskāršas pretvīrusu terapijas ieviešanu, kaitējuma mazināšanas politikas izstrādi un opioīdu aizvietojošās terapijas ieviešanu tika konstatēta narkotiku lietotāju mirstības samazināšanās; Spānijā narkotiku injicētāju skaita samazināšanās un metadona uzturošās terapijas pieejamība tika saistīta ar infekcijas slimību izplatības un ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaita samazināšanos narkotiku lietotāju vidū (De la Fuente et al., 2006); savukārt par Portugāli pieejamie dati liecina par infekcijas slimību izplatības stabilizēšanos, ko, iespējams, daļēji var attiecināt uz kaitējuma mazināšanas un ārstniecības pasākumu pieejamības palielināšanos.

Sociālā reintegrācija

Ārstējamo narkotiku lietotāju vidū bieži ir augsts bezdarba un bezpajumtniecības līmenis. Šīs problēmas parasti ir vairāk izplatītas specifiskās lietotāju grupās, jo īpaši sievietēm, heroīna un kreka lietotāju un etnisko minoritāšu vidū, kā arī to pacientu vidū, kam ir psihiskas blakusslimības.

Ir atzīts, ka sociālā reintegrācija ir svarīga visaptverošu narkotiku stratēģiju sastāvdaļa, ko var īstenot jebkurā narkotiku lietošanas stadijā dažādās vidēs. Sociālās reintegrācijas iejaukšanās pasākumu mērķus var sasniegt ar spēju palielināšanas palīdzību, attīstot sociālās spējas, veicot pasākumus nodarbinātības un dzīvesvietas ieguves vai uzlabošanas sekmēšanai un veicināšanai. Praksē reintegrācijas dienesti var piedāvāt, piemēram, profesionālo konsultēšanu, iekārtošanu darbā un mājokļu atbalstu, savukārt iejaukšanās pasākumi ieslodzījuma vietās var palīdzēt ieslodzītajiem nonākt saskarē ar izmitināšanas un sociālā atbalsta dienestiem vietējās sabiedrībā, gatavojoties atbrīvošanai no ieslodzījuma.

Bezpajumtniecība un dzīve bez pastāvīgas dzīvesvietas ir viena no nopietnākajām narkotiku lietotāju sociālās atstumtības formām, ar ko saskārās apmēram 10 % narkotiku lietotāju, kas sāka ārstēties 2006. gadā ⁽²⁷⁾. Kaut gan daudzās valstīs narkotiku lietotājiem, kuri ārstējas no narkotiku atkarības, sniedz mājokļu atbalstu, ir dokumentēti arī gadījumi, kad trūkst dzīvesvietu, un divas valstis ziņo, ka narkotiku lietotājiem ir grūti saņemt tos bezpajumtniekiem paredzētos vispārīgos pakalpojumus, ko parasti izmanto problemātiskie alkohola lietotāji (Īrija, Itālija). Trīs valstīs

(Beļģijā, Dānijā, Nīderlandē) tiek īstenoti jauni pasākumi, kas, iespējams, palīdzēs apmierināt narkotiku lietotāju vajadzību pēc dzīvesvietas, un šīs valstis ziņo, ka bez pajumtes palikušajiem ilgstoši atkarīgajiem narkotiku lietotājiem paredzētās iestādes tiek centralizētas un tiek atvērti specializēti aprūpes nami narkotiku lietotājiem ar problemātisku uzvedību vai blakusslimībām.

Palīdzība narkotiku pacientiem atrast darbu ir sociālās reintegrācijas būtiska sastāvdaļa, jo puse pacientu, kas sāk ārstēšanos, ir bezdarbnieki ⁽²⁸⁾. Saskaņā ar pieejamajiem datiem jaunas metodes, ko izmanto, lai palīdzētu pacientiem atrast un saglabāt darbavietu, ir devušas sekmīgus rezultātus; pie tām var minēt: "darbavietu programmas", subsidētas darbavietas (kopš 2006. gada šī veida palīdzība ir pieejama arī Lietuvā) un īpaša darba devēju un darbinieku apmācība, ko veic projektā "Gatavs darbam" Īrijā vai dažādas "darba un sociālās aģentūras" Čehijā.

Veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās

Ieslodzījuma vietas ir nozīmīga narkotiku lietotājiem paredzētu veselības aprūpes un sociālo iejaukšanās pasākumu īstenošanas vieta. Šajā sadaļā ir apskatīti dati par narkotiku lietošanu un narkotiku lietotājiem Eiropas cietumos, kā arī jaunākā informācija par pakalpojumu sniegšanu ieslodzītajiem narkotiku lietotājiem un jauniem tiesību aktiem par narkotiku atkarības ārstēšanu ieslodzījuma vietās.

Narkotiku lietošana

Dažādos pētījumos iegūtie dati joprojām norāda, ka Eiropas cietumos narkotiku lietotāju īpatsvars ievērojami pārsniedz narkotiku lietotāju īpatsvaru iedzīvotāju vidū kopumā. No 2001. gada līdz 2006. gadam veiktie apsekojumi liecina, ka ieslodzīto īpatsvars ⁽²⁹⁾, kuri atzinuši, ka kaut reizi mūžā ir lietojuši nelegālās narkotikas, dažādu cietumu kontingentos, ieslodzījuma vietās un valstīs atšķiras: no vienas trešdaļas vai mazāk (Bulgārijā, Ungārijā, Rumānijā) līdz vairāk nekā 50 % vairumā pētījumu, sasniedzot pat 84 % sieviešu cietumā Anglijā un Velsā. Visbiežāk lietotā nelegālā narkotika ieslodzīto vidū ir kaņepes; šīs vielas lietotāju īpatsvars sasniedz līdz 78 %. Kaut gan aplēses par citu vielu lietošanu ilgtermiņā atsevišķos cietumos var būt ļoti zemas (līdz 1 %), daži pētījumi liecina, ka ieslodzīto vidū ir 50–60 % heroīna, amfetamīna vai kokaīna lietotāju ar ilgtermiņa stāžu ⁽³⁰⁾.

⁽²⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-15 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-20 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁹⁾ Termins "ieslodzītie" šeit ir lietots plašā nozīmē un aptver gan pirmstiesas ieslodzījumā esošas, gan notiesātas ieslodzītās personas.

⁽³⁰⁾ Skatīt tabulu DUP-1 2008. gada statistikas biļetenā.

Neseni tiesību akti par narkotiku atkarības ārstniecību ieslodzījuma vietās

2006. gadā un 2007. gada sākumā sešas valstis pārskatīja tiesisko regulējumu un vadlinijas, kas ietekmēja ieslodzīto tiesības uz narkotiku atkarības ārstēšanu.

2006. gadā Beļģijā tieslietu ministra izdotā rīkojumā ir minēts, ka ieslodzītajiem ir tiesības uz tādām pašām ārstniecības iespējām, kādas pieejamas ārpus ieslodzījuma vietām. Tajā pašā laikā Īrijā jaunpieņemtajās ieslodzījumu vietu pārvaldes vadlinijās ir uzsvērts ārstniecības pakalpojumu veselības aprūpes līmenis, kam būtu jābūt salīdzināmam ar sabiedrībai pieejamo veselības aprūpi, bet kurš vienlaikus ir piemērots cietuma specifikai.

Dānijā saskaņā ar likuma grozījumiem ieslodzītajiem narkotiku lietotājiem kopš 2007. gada janvāra ir tiesības uz bezmaksas ārstēšanu no narkotiku atkarības. Likums paredz, ka ārstniecība būtu jāsāk 14 dienas pēc tam, kad ieslodzītais to ir pieprasījis Dānijas ieslodzījuma vietu un probācijas dienestam. Taču šīs tiesības nav spēkā, ja paredzams, ka trīs mēnešos pārkāpēju atbrīvos, vai ja pārkāpējs ir uzskatāms par ārstniecībai nesagatavotu vai nav motivēts ārstēties.

Rumānijā 2006. gada maijā ar tieslietu, sabiedrības veselības un pārvaldes un iekšlietu ministru kopējo rīkojumu par integrētu medicīniskās, psiholoģiskās un sociālās palīdzības programmu turpināšanu ieslodzītajiem tika izveidota jauna normatīvā bāze aizvītotajterapijas sākšanai cietumos.

Norvēģijā 2006. gadā ar Tieslietu ministrijas un Veselības un sociālo lietu ministrijas apkartraktu tika pastiprināta sadarbība šajās divās jomās ar mērķi nodrošināt labāku pēckontroli soda izciešanas laikā un pēc tās. Slovēnijā tika veikti konkrētāki pasākumi, 2006. gadā pieņemot likumu, ar ko narkotiku lietotājiem, kuri atrodas pirmstiesas apcietinājumā un kurus nomoka abstinences simptomi, atļauj sniegt psihologa pakalpojumus. Šī likuma mērķis ir sniegt narkotiku lietotājiem pakalpojumus brīdī, kad tie ir visvairāk nepieciešami — laikā, kad tiem, nonākot apcietinājumā, piespiedu kārtā ir jāpārtrauc lietot narkotikas. Ar to tika izveidots arī tiesiskais regulējums notiesātiem narkotiku lietotājiem paredzēto esošo speciālo ārstniecības nodaļu atbalstam.

Ieslodzīto vidū ir izplatīti arī viskaitīgākie narkotiku lietošanas veidi; saskaņā ar dažiem pētījumiem vairāk nekā viena trešā daļa apsekoto personu ir kaut reizi mūžā injicējuši narkotikas ⁽³¹⁾.

Gan cietumu eksperti, gan politikas veidotāji atzīst to, ka narkotikas nonāk lielākajā daļā cietumu, neskatoties uz visiem pasākumiem, ko īsteno, lai samazinātu narkotiku piedāvājumu. No 2001. gada līdz 2006. gadam Eiropā

veiktie pētījumi liecina, ka 1–56 % ieslodzīto atzinuši, ka ir lietojuši narkotikas, atrodoties cietumā, un līdz trešdaļai ieslodzīto ir ieslodzījumā injicējuši narkotikas ⁽³²⁾. Šis apstāklis rada bažas par infekcijas slimību izplatīšanās iespējamību, jo īpaši saistībā ar injicēšanas rīku koplietošanu.

Kopējais ieslodzīto skaits Eiropas Savienībā ir vairāk nekā 607 000 ⁽³³⁾, bet ieslodzīto gada aprīte ir vairāk nekā 860 000 cilvēku. Lielākajā daļā valstu ieslodzīto īpatsvars, kuri ir notiesāti par narkotiku likumu pārkāpumiem, ir 10–30 % robežās. No pieejamajiem datiem var secināt, ka katru gadu ES cietumos aprītē ir 400 000 cilvēku, kuri pagātnē ir lietojuši vai pašlaik lieto nelegālās narkotikas. Starp šīm personām būs ievērojams skaits problemātisko narkotiku lietotāju. Šīs lielās Eiropas cietumos ieslodzīto bijušo vai pašreizējo narkotiku lietotāju grupas vajadzības veselības aprūpes ziņā zināmā mērā noteiks ar narkotiku lietošanu saistītas veselības problēmas, galvenokārt infekcijas slimības, piemēram, B un C vīrusu hepatīts un HIV/AIDS (skatīt 7. nodaļu).

Veselības aprūpe

Par veselības aprūpi cietumos lielākajā daļā valstu ir atbildīga Tieslietu ministrija. Tomēr šajā jomā vērojamas izmaiņas, un arvien vairāk Eiropas valstu šo pienākumu uztic veselības aprūpes sistēmai (Francija, Itālija, Anglija un Velsa Apvienotajā Karalistē, Norvēģija). Spānijā saskaņā ar valsts narkotiku stratēģijas (2000.–2008. gadam) rīcības plānu un, pamatojoties uz Veselības ministrijas un Iekšlietu ministrijas 2005. gadā parakstīto sadarbības protokolu, visos cietumos ir paredzēts sniegt visaptverošus pakalpojumus narkotiku lietotājiem. Citās valstīs, lai apmierinātu ieslodzīto — narkotiku lietotāju, kuru skaits arvien palielinās, veselības aprūpes vajadzības, cietumi sadarbojas ar sabiedrības veselības dienestiem un specializētām nevalstiskām narkotiku aģentūrām vietējā sabiedrībā.

Ieslodzītajiem, kas lieto narkotikas, paredzētu ieviešanu pasākumu izplatība Eiropas Savienībā ir palielinājusies. Salīdzinājumā ar laikposmu pirms pieciem gadiem vairāk valstu ziņo par darbībām šādās jomās: ar narkotikām saistīta informācijas sniegšana un profilakse; infekcijas slimību skrīnings un vakcinācija; kā arī narkotiku atkarības ārstēšana, tostarp aizvītotajterapija. Turklāt ir palielinājusies šo ieviešanu pasākumu pieejamība atsevišķās valstīs. Aizvītotajterapija cietumos ir oficiāli pieejama visās valstīs, izņemot Bulgāriju, Igauniju, Latviju, Lietuvu, Kipru, Slovēniju un Turciju, tomēr daudzās valstīs kopumā iespējas izvēlēties šo terapijas veidu ir ierobežotas.

⁽³¹⁾ Skatīt tabulu DUP-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽³²⁾ Skatīt tabulu DUP-3 un DUP-4 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽³³⁾ Eiropas Padomes kriminālstatistikas gada izdevums (SPACE), pamatojoties uz apsekojumu ieslodzījuma vietās 2006. gada 1. septembrī.

Spānija pašlaik ir vienīgā Eiropas valsts, kas nodrošina plašu kaitējuma mazināšanas pasākumu klāstu cietumos.

Tikai četras dalībvalstis 2006. gadā sniedza sociāli demogrāfiskos datus un informāciju par ārstējamo ieslodzīto narkotiku lietošanas paradumiem, izmantojot savas ārstniecības uzraudzības sistēmas. Francijā, Kiprā

un Slovākijā narkotiku lietotāji, kas sāk ārstēties, visbiežāk kā primāro narkotiku min opioīdu, parasti heroīnu, turpretī Zviedrijā narkotiku lietotāju, kas sāk ārstēties cietumā, primārā narkotika galvenokārt ir amfetamīns; šīs tendences vispārīgi ataino problemātiskas narkotiku lietošanas iezīmes valstī.

3. nodaļa

Kaņepes

Ievads

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

Piedāvājums un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kaņepes var audzēt ļoti dažādos apstākļos, turklāt daudzviet pasaulē tās aug brīvā dabā, un pašreiz tiek uzskatīts, ka šo augu audzē 172 valstīs un teritorijās (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Apkopojot šo faktus, jāsecina, ka precīzi aplēst kaņepju ražošanas apjomus pasaulē varētu būt ļoti grūti. Pēc jaunākajiem UNODC rīcībā esošajiem datiem ražošanas apjoms pasaulē ir 41 600 tonnu (2006. gadā), no kurām vairāk nekā puse ir audzēta Amerikā (Ziemeļamerikā un Dienvidamerikā), bet gandrīz ceturtdaļa – Āfrikā (UNODC, 2008).

Kaņepju audzēšanas ģeogrāfiskā izplatība nozīmē arī to, ka ievērojama daļa tirdzniecības var notikt viena reģiona robežās. Tas daļēji attiecas uz kaņepju augiem Eiropā, kur papildus ražošanai mājās apstākļos ⁽³⁵⁾ par šīs narkotikas ražotājvalstīm var uzskatīt Albāniju un Nīderlandi (Reitox tīkla valstu ziņojumi). Saskaņā ar ziņojumiem kaņepju

Narkotiku piedāvājums un pieejamība – dati un to ieguves avoti

Joprojām trūkst sistemātiskas un regulāras informācijas, kas aprakstītu nelegālo narkotiku tirgus un tirdzniecību. Heroīna, kokaina un kaņepju ražošanas aplēses iegūst no audzēšanas aplēsēm, kas ir pamatotas uz lauka darbu (augšnes paraugiem) un novērojumiem no lidaparātiem vai satelīti. Pastāv būtiski apstākļi, kas ierobežo šo aplēšu precizitāti, piemēram, ražas rādītāju dažādība vai grūtības uzraudzīt kultūras, kuras neaudzē kādā ierobežotā ģeogrāfiskā apgabalā, piemēram, kaņepes.

Par narkotiku piedāvājuma, tirdzniecības ceļu un pieejamības netiešu rādītāju nereti uzskata narkotiku atsavināšanu, taču tā ataino arī tiesībsargāšanas prioritātes, resursus un stratēģijas, tirgotāju neaizsargātību un datu paziņošanas metodes. Var analizēt arī datus par nelegālo narkotiku tīrību vai iedarbības pakāpi un mazumtirdzniecības cenām, lai izprastu narkotiku mazumtirdzniecības tirgu. Taču šī veida dati, iespējams, ir nepietiekami pieejami, un to ticamība un salīdzināmība – apšaubāma. Ainu var papildināt ar tiesībsargājošo iestāžu izlūkinformāciju.

EMCDDA apkopo Eiropas valstu datus par narkotiku atsavināšanu, tīrību un mazumtirdzniecības cenām. Pārējie dati par narkotiku piedāvājumu ir iegūti galvenokārt no UNODC informācijas sistēmām un analizēm, pievienojot *Europol* sniegto papildinformāciju. Informāciju par narkotiku prekursoriem iegūst no *INCB*, kas piedalās nelegālo narkotiku ražošanā izmantoto ķīmisko prekursoru novirzīšanas novēršanas valstu iniciatīvās.

Tā kā daudzās pasaules daļās trūkst detalizētu informācijas sistēmu saistībā ar narkotiku piedāvājumu, dažas aplēses un citi ziņotie dati, kaut arī to vērtības ir maksimāli tuvinātas faktiskajām, ir jāinterpretē piesardzīgi.

augus Eiropā ievēd arī no citām pasaules daļām, tai skaitā Rietumāfrikas un Dienvidāfrikas (Nigērijas, Angolas), Dienvidaustrumāzijas (Taizemes), Dienvidrietumāzijas (Pakistānas) un Amerikas (Kolumbijas, Jamaikas) (CND, 2008; *Europol*, 2008).

Tiek lēsts, ka kaņepju sveķu ražošanas apjoms pasaulē 2006. gadā bija 6 000 tonnu, kas salīdzinājumā ar 2004. gadu, kad tas bija 7 500 tonnu, ir samazinājies

⁽³⁴⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt šajā lappusē.

⁽³⁵⁾ Skatīt "Kaņepju ražošana Eiropā", 38. lpp.

(UNODC, 2007); starptautiskā mērogā galvenā ražotāja joprojām ir Maroka. Kaņepju sveķu iegūšanai izmantoto kaņepju audzēšanas platības samazinājās no 134 000 hektāriem 2003. gadā līdz 76 400 hektāriem 2005. gadā, kad ražošanas apjoms bija 1 066 tonnas (UNODC un Marokas valdība, 2007). Pienāk ziņas par sveķu ražošanu arī Afganistānā, kur tā strauji pieaug, Pakistānā, Indijā, Nepālā, Vidusāzijas un citās NVS valstīs (UNODC, 2008). Marokā ražotie kaņepju sveķi kontrabandas ceļā parasti nonāk Eiropā caur Ibērijas pussalu (Europol, 2008), un daļa no tiem tiek izplatīta tālāk no Nīderlandes.

Atsavināšana

Pasaulē 2006. gadā atsavinātas 5 230 tonnas kaņepju augu un 1 025 tonnas kaņepju sveķu, kas ir mazāk nekā 2004. gadā, kad tika novēroti visaugstākie rādītāji. Tāpat kā līdz šim lielākā daļa atsavināto kaņepju augu ir konfiscēti Ziemeļamerikā (58 %), bet lielākā daļa atsavināto sveķu ir konfiscēti Rietumeiropā un Viduseiropā (62 %) (UNODC, 2008).

Eiropā 2006. gadā kaņepju augi ir atsavināti aptuveni 177 000 reizu, kopā konfiscējot 86 tonnas ⁽³⁶⁾. Saskaņā ar ziņotajiem datiem visvairāk kaņepju augu konfiskāciju no ES dalībvalstīm ir veikts Apvienotajā Karalistē, tomēr par 2006. gadu dati vēl nav pieejami. Par rekordlielu atsavināto kaņepju augu daudzumu 2006. gadā ziņoja Turcija. Kopš 2001. gada kaņepju augu konfiskāciju skaits Eiropā pastāvīgi pieaug, savukārt konfiscētais daudzums līdz 2005. gadam ir samazinājies, taču saskaņā ar jaunākajiem datiem tas atkal ir palielinājies.

Gan pēc konfiskāciju skaita, gan pēc konfiscētā apjoma kaņepju sveķu atsavināšanas apjoms Eiropā pārsniedz kaņepju augu apjomu: konfiskāciju skaits ir divreiz lielāks (325 000), bet konfiscētais daudzums (713 tonnas) ir astoņas reizes lielāks. Par lielāko daļu atsavināto sveķu joprojām ziņo Spānija (apmēram puse visu atsavināšanas gadījumu un apmēram divas trešdaļas atsavinātā daudzuma 2006. gadā), kas ievērojami apsteidz Franciju un Apvienoto Karalisti. Pēc 2001.–2003. gada, kad bija vērojama situācijas stabilizēšanās, kaņepju sveķu konfiskāciju skaits Eiropā ir palielinājies, savukārt pārtvertais daudzums palielinājās līdz 2003.–2004. gadam, taču pēc tam šis rādītājs kritās.

2006. gadā 10 500 atsavināšanas gadījumos Eiropā tika konfiscēti apmēram 2,3 miljoni kaņepju augu ⁽³⁷⁾ un 22 tonnas kaņepju augu (no tiem 64 % Spānijā). Pēc

Kaņepju ražošana Eiropā

Kaņepju vietējās ražošanas jautājums pēdējos gados ir kļuvis arvien aktuālāks visā Eiropā, atspoguļojot to, ka lielākā daļa Eiropas valstu ziņo par kaņepju audzēšanu vietējā mērogā un ievērojama kaņepju augu daudzuma atsavināšanu. Kaņepes saskaņā ar sniegtajiem datiem Eiropā audzē gan telpās, kur tās bieži audzē intensīvi, gan āra apstākļos. Stādījumu platības atkarībā no īpašnieka nolūkiem un pieejamajiem resursiem ir ļoti dažādas, sākot no dažiem augiem personīgai lietošanai līdz vairākiem tūkstošiem augu lielās platībās tirdzniecības nolūkos.

Pieejamā informācija ir fragmentāra un neļauj precīzi novērtēt kaņepju audzēšanas apmēru Eiropā. Tomēr ziņojumi no vairākām valstīm liecina, ka tie vairs nav uzskatāmi par nebūtiskiem. Piemēram, Francijas iedzīvotāju apsekojumos 2005. gadā tika lēsts, ka apmēram 200 000 cilvēku vismaz reizi mūžā ir audzējuši kaņepes. Saskaņā ar sniegtajiem datiem Apvienotajā Karalistē policija 2005.–2006. gadā Londonā ir likvidējusi vairāk nekā 1 500 "kaņepju audzētavu", kur vidēji katrā ir audzēti 400 augi (Daly, 2007), un tiek uzskatīts, ka lielākā daļa pašlaik pieejamo kaņepju ir ražota vai nu pašu valstī, vai citās Eiropas valstīs. Turklāt kaņepju audzēšana ir plaši izplatīta dažās Nīderlandes daļās, kur 2005. un 2006. gadā ir likvidēti pavisam 6 000 audzēšanas vietu.

Šķiet, ka dažās Rietumeiropas valstīs kaņepju audzēšana kopš 20. gs. 90. gadu sākuma un vidus ir strauji palielinājusies; daļēji to var uzskatīt par kaņepju patērētāju reakciju uz importēto sveķu, kas tolaik bija visplašāk lietotais kaņepju preparāts, it kā zemo kvalitāti un augsto cenu. Izskatās, ka dažās valstīs lielākā daļa lietotāju šobrīd lieto vietēji ražotus kaņepju augus. Ievesto sveķu daļējo aizstāšanu ar vietēji audzētiem kaņepju augiem veicināja apstākļi, ka tolaik internetā izplatījās informācija par audzēšanas metožu jauninājumiem un audzēšanā izmantojamajām tehnoloģijām (lai iegūtu maksimāli lielu ražu un izvairītos no atklāšanas) (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). No ražotāja viedokļa vietēji audzētu kaņepju priekšrocība ir arī tā, ka tās nav jāved pāri valstu robežām.

nepārtraukta pieauguma kopš 2001. gada kaņepju augu atsavināšanas gadījumu skaits 2006. gadā stabilizējās ⁽³⁸⁾. Atsavināto kaņepju augu skaits pēc rekordliela daudzuma konfiscēšanas 2001. gadā un tam sekojošā krasā samazinājuma 2002. gadā ir palielinājies, taču 2006. gadā tas stabilizējās un bija apmēram puse no 2001. gadā konfiscētā daudzuma. Tajos pašos piecos gados Eiropā konfiscēto kaņepju augu daudzums, izsakot kilogramos, ir nepārtraukti palielinājies, īpaši strauji tas notika 2006. gadā Lietuvā konfiscētā rekordlielā daudzuma dēļ.

⁽³⁶⁾ Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku atsavināšanu Eiropā ir atrodami tabulā SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 un SZR-6 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁷⁾ Tā kā saskaņā ar Turcijas sniegtajiem datiem 2005. un 2006. gadā kaņepju augi netika atsavināti, kaut gan 2001.–2004. g. šī materiāla atsavināšanas limenis bija augsts, Eiropas analizē Turcija netika iekļauta.

⁽³⁸⁾ Šiem datiem ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2006. gada dati par Apvienoto Karalisti, kas informēja par lielāko atsavināto kaņepju augu daudzumu 2005. gadā.

Iedarbība un cena

Kaņepju preparātu iedarbību nosaka kaņepju primārās aktīvās sastāvdaļas delta-9-tetrahidrokanabinola (THC) daudzums. Dažādās valstīs, individuālu valstu ietvaros un dažādiem kaņepju paraugiem un preparātiem novērotas ļoti atšķirīgas iedarbības pakāpes. Vairāku ar metodiku saistītu iemeslu dēļ šajā jomā iegūtos datus ir grūti interpretēt, un var apšaubīt to, kādā mērā analizētās atsavinātās vielas atspoguļo tirgu kopumā. Pētījumi liecina, ka mājas apstākļos intensīvi audzētu kaņepju iedarbība parasti ir spēcīgāka. Saskaņā ar paziņotajiem datiem 2006. gadā THC daudzums sveķu paraugos ir bijis no 2,3 % līdz 18,4 %, bet kaņepju augos no mazāk nekā 1 % līdz 13 %. Laikposmā no 2001. gadā līdz 2006. gadam daudzās no 16 Eiropas valstīm, kuras sniedza pietiekamus datus, kaņepju sveķu un kaņepju augu iedarbība saglabājas nemainīga vai samazinājas, tomēr Nīderlandē ievesto kaņepju sveķu iedarbībai un kaņepju augu iedarbībai citās septiņās valstīs tika konstatēta augoša tendence. Aplēses par vietēji audzētu kaņepju augu iedarbību vairāku gadu laikā ir pieejamas tikai par Nīderlandi, kas ziņoja, ka, salīdzinot ar 2004. gadā novēroto maksimumu 20,3 % apmērā, 2006. gadā ir konstatēts kritums līdz 16,0 % ⁽³⁹⁾.

Gan kaņepju augu, gan kaņepju sveķu tipiskā mazumtirdzniecības cena svārstījās no EUR 2 līdz EUR 14 par gramu; lielākā daļa Eiropas valstu ziņoja par abu

preparātu cenām EUR 4–10 robežās. Dati par laikposmu no 2001. gada līdz 2006. gadam liecina, ka, izņemot Beļģiju un Vāciju, kaņepju sveķu mazumtirdzniecības cenas, ievērojot inflāciju, ir kritušās. Kaņepju augu cenas minētajā laikposmā saskaņā ar pieejamajiem datiem lielākajā daļā valstu saglabājas nemainīgas, izņemot Vāciju un Austriju, kur tika novērotas cenu kāpuma pazīmes.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Kaņepju izplatība un lietošanas ievirzes iedzīvotāju vidū kopumā

No konservatīvām aplēsēm izriet, ka vairāk nekā 70 miljoni eiropiešu jeb vairāk nekā viena piektdaļa no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir vismaz reizi pamēģinājuši kaņepes (datu apkopojumu skatīt 2. tabulā). Kaut gan starp valstīm ir vērojamas būtiskas atšķirības un valstu rādītāji svārstās no 2 % līdz 37 %, puse valstu ziņo par izplatību aptuveni 11–22 % līmenī.

Pēc daudzu valstu paziņotajiem datiem, aplūkojot pagājušo gadu un pagājušo mēnesi, kaņepju lietošanas izplatība bijusi augsta. Saskaņā ar aplēsēm pēdējā gadā kaņepes ir lietojuši aptuveni 23 miljoni eiropiešu jeb caurmērā aptuveni 7 % no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Aprēķini par lietošanu pēdējā mēnesī aptver iedzīvotājus, kas lieto šīs narkotikas

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

Narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū kopumā vai skolu audzēkņu vidū var noteikt, izmantojot reprezentatīvus apsekojumus, kas ļauj aplēst to individu īpatnību, kuri norāda, ka noteiktā laikposmā ir lietojuši konkrētas narkotikas. Apsekojumi sniedz arī noderīgu plašāku informāciju par lietošanas ievirzēm, lietotāju sociāldemogrāfisko raksturojumu un izpratni par risku un pieejamību ⁽¹⁾.

EMCDDA kopīgi ar valstu ekspertiem ir izstrādājis vispārēju pamatjautājumu kopumu (Eiropas modeljaptauju jeb EMQ), ko izmanto pieaugušo iedzīvotāju apsekojumos. Tas ir ieviests lielākajā daļā ES dalībvalstu ⁽²⁾. Tomēr valstis vēl arvien izmanto atšķirīgu datu vākšanas metodiku un atsaucies gadus, un nelielas atšķirības, jo īpaši starp valstīm, būtu jāvērtē piesardzīgi ⁽³⁾.

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

No trim standarta laikposmiem, ko izmanto, paziņojot apsekojumu datus, ilgstoša lietošana aptver plašāko laikposmu. Šis kritērijs neatspoguļo pašreizējo situāciju saistībā ar narkotiku lietošanu pieaugušo vidū, bet ir noderīgs, lai ziņotu par skolu audzēkņiem un gūtu priekšstatu par lietošanas ievirzēm un sastopamības biežumu. Attiecībā uz pieaugušajiem lielāka uzmanība ir pievērsta pēdējā gada un pēdējā mēneša lietošanas rādītājiem ⁽⁴⁾. Ir svarīgi apzināt regulārus narkotiku lietotājus un personas, kam ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, un šajā ziņā ir gūti zināmi panākumi, izstrādājot vērtes skalas īsākam laikposmam, kas ļauj novērtēt intensīvākas narkotiku lietošanas formas iedzīvotāju vidū kopumā, pieaugušo vidū un skolu audzēkņu vidū (skatīt logu par psihometrisku vērtes skalu izstrādi 2007. gada ziņojumā).

⁽¹⁾ Plašāka informācija par apsekojumus izmantoto metodiku ir pieejama 2008. gada statistikas biļetenā (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Pieejams šajā tīmekļa vietnē: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

⁽³⁾ Plašāku informāciju par valstu apsekojumiem skatīt tabulā GPS-121 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁾ standarta vecuma grupas: visi pieaugušie (15 līdz 64 gadus veci) iedzīvotāji un gados jauni (15 līdz 34 gadus veci) pieaugušie. Šajā ziņojumā ir izmantoti termini "lietojuši vismaz reizi dzīves laikā", "lietojuši pēdējā gada laikā" un "lietojuši pēdējā mēneša laikā", un reizēm mazāk formālie jēdzieni, attiecīgi "lietošana dzīves laikā", "nesena lietošana" un "pašreizējā lietošana".

regulārāk, tomēr tas nenozīmē, ka intensīvāk (skatīt tālāk). Saskaņā ar aplēsēm iepriekšējā mēnesī šīs narkotikas ir lietojuši apmēram 12,5 miljoni eiropiešu jeb caurmērā aptuveni 4 % no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem.

Kaņepju izplatība gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū

Kaņepju lietotāji lielākoties ir jaunieši (15–34 gadus veci), un kaņepju lietošana parasti visvairāk ir izplatīta 15–24 gadus vecu iedzīvotāju vidū. Šī tendence ir vērojama gandrīz visās Eiropas valstīs, izņemot Beļģiju, Kipru un Portugāli ⁽⁴⁰⁾.

Iedzīvotāju apsekojumos iegūtie dati liecina, ka vidēji 31 % gados jaunu pieaugušo (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) Eiropā ir kaut reizi mūžā pamēģinājuši kaņepes, 13 % ir lietojuši šīs narkotikas pēdējā gadā, bet 7 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī. Tiek lēsts, ka 15–24 gadus veco Eiropas iedzīvotāju grupā ir lielāks to eiropiešu īpatsvars, kuri ir lietojuši kaņepes pēdējā gadā (17 %) vai pēdējā mēnesī (9 %), taču šajā vecuma grupā ir nedaudz mazāks to cilvēku īpatsvars, kuri kaut reizi ir pamēģinājuši šīs narkotikas (30 %). Aplēses par kaņepju lietošanas izplatību dažādās valstīs, aplūkojot lietošanas izplatību jebkurā laikposmā, var ļoti atšķirties; valstīs, kur izplatības rādītājs ir vislielākais, tas pat desmitkārt var pārsniegt to valstu rādītājus, kur konstatēta zemākā izplatība.

Vīriešu vidū kaņepju lietošana ir izplatītāka nekā sievietes vidū (skatīt 2006. gada īpašo tēmu par dzimumatšķirībām), taču dažādās valstīs ir vērojamas jūtamas atšķirības. Piemēram, no visiem, kas atzinuši, ka pagājušogad lietojuši kaņepes, vīriešu un sieviešu attiecība bija robežās no 6,4 vīriešiem pret vienu sievieti Portugālē līdz 1,3 vīriešiem pret vienu sievieti Itālijā.

Kaņepju lietošana skolu audzēkņu vidū

Kaņepes joprojām ir skolu audzēkņu visbiežāk lietotā psihoaktīvā viela pēc tabakas un alkohola.

Lai atspoguļotu nesenu vai pašreizēju kaņepju lietošanu, var aplūkot rādītājus par kaņepju lietošanu 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū, jo pirmie eksperimenti ar šo narkotiku parasti ir vērojami šajā vecumā vai tuvu tam. Dati, kas iegūti 2005./2006. gada HBSC apsekojumā, kurā piedalījās 15 gadus veci pusaudži, liecināja par lielām atšķirībām kaņepju lietošanā mūža laikā 27 valstīs. Piecas valstis ziņoja par kaņepju lietošanas izplatību mūža laikā zem 10 %; 11 valstīs šis rādītājs saskaņā ar ziņotajiem datiem bija no 10 % līdz 20 %, bet 11 valstīs – no 21 % līdz 31 % (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. Šajā vecuma

Neseni skolu apsekojumi

Apsekojums “Skolas vecuma bērnu veselīga dzīvesveida paradumi” (HBSC) ir PVO sadarbības pētījums, kurā pārbauda bērnu veselību un veselīga dzīvesveida paradumus un kurā kopš 2001. gada 15 gadus veciem skolēniem ir iekļauti jautājumi par kaņepju lietošanu. Šī apsekojuma otrā kārtā ar jautājumiem par kaņepēm tika veikta no 2005. gada oktobra līdz 2006. gada maijam, un tajā piedalījās 26 ES dalībvalstis un Horvātija.

“Eiropas skolu apsekojuma projekta par alkohola un citu narkotiku lietošanu” (ESPAD) ceturrtā kārtā tika veikta 2007. gadā, un tajā piedalījās 25 ES dalībvalstis, Horvātija un Norvēģija. Šajā apsekojumā īpaši pārbauda psihoaktīvo vielu lietošanu skolu audzēkņu vidū, kuri kalendārajā gadā, kurā veic apsekojumu, ir vai paliek 16 gadus veci. Jaunāko apsekojumu rezultāti tiks publicēti 2008. gada decembrī.

Abos šajos starptautiskajos skolu apsekojumos, ko veic ik pēc četriem gadiem, piedalās arvien vairāk valstu, un tagad jau tie aptver gandrīz visas Eiropas valstis.

Spānija, Itālija, Portugāle, Slovākija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste sniedza arī savos 2006. gada skolu apsekojumos iegūto informāciju par kaņepju lietošanu.

grupā paziņotie kaņepju lietošanas izplatības rādītāji zēnu vidū parasti ir augstāki nekā meitenēm, taču valstīs, kur aplēses par izplatības līmeni ir visaugstākās, paziņotā izplatības starpība pēc dzimuma ir neliela vai pat vispār nav novērota.

Aplēses par lietošanu pēdējās 30 dienās skolu audzēkņu vidū dažādās valstīs tāpat kā dati par lietošanu mūža laikā ir ļoti atšķirīgas. Dažās valstīs šis rādītājs ir tuvs nullei, turpretī citās apmēram 15 % aptaujāto norāda, ka pēdējās 30 dienās ir lietojuši kaņepes; reizēm šis rādītājs zēnu vidū ir pat lielāks. Pamatojoties uz iepriekšējos ESPAD apsekojumos iegūtajiem datiem, tiek lēsts, ka 2003. gadā Eiropas Savienības valstīs, Horvātijā un Turcijā kopumā apmēram 3,5 miljoni (22,1 %) 15 līdz 16 gadus veci skolu audzēkņi vismaz reizi mūžā ir lietojuši kaņepes un apmēram 1,7 miljoni (11 %) ir lietojuši šo narkotiku mēnesī pirms apsekojuma.

Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Datus par Eiropu var salīdzināt ar datiem par citām pasaules daļām. Piemēram, Nacionālajā apsekojumā par narkotiku lietošanu un veselību (Samhsa, 2005) Amerikas Savienotajās Valstīs tika noteikts, ka kaņepes vismaz reizi mūžā ir lietojuši 49 % gados jaunu pieaugušo (15–34 gadi saskaņā ar EMCDDA pārrēķinu), bet pēdējā gadā – 21 %. Tajā pašā vecuma grupā Kanādā (2004. gadā) kaņepes vismaz reizi mūžā ir lietojuši 58 %, bet pēdējā gadā – 28 %, savukārt

⁽⁴⁰⁾ Skatīt attēlu GPS-1 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴¹⁾ Skatīt attēlu EYE-5 2008. gada statistikas biļetenā.

2. tabula. Kaņepju lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms		
	Mūža laikā	Pēdējā gadā	Pēdējā mēnesī
15–64 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	71,5 miljoni	23 miljoni	12,5 miljoni
Vidēji Eiropā	21,8 %	6,8 %	3,8 %
Diapazons	1,7–36,5 %	0,8–11,2 %	0,5–8,7 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (1,7 %) Malta (3,5 %) Bulgārija (4,4 %) Kipra (6,6 %)	Malta (0,8 %) Bulgārija (1,5 %) Grieķija (1,7 %) Zviedrija (2,0)	Malta (0,5 %) Zviedrija (0,6 %) Lietuva (0,7 %) Bulgārija (0,8 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Dānija (36,5 %) Francija (30,6 %) Apvienotā Karaliste (30,1 %) Itālija (29,3 %)	Itālija, Spānija (11,2 %) Čehija (9,3 %) Francija (8,6 %)	Spānija (8,7 %), Itālija (5,8 %) Apvienotā Karaliste, Francija, Čehija (4,8 %)
15–34 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	42 miljoni	17,5 miljoni	10 miljoni
Vidēji Eiropā	31,2 %	13 %	7,3 %
Diapazons	2,9–49,5 %	1,9–20,3 %	1,5–15,5 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (2,9 %) Malta (4,8 %) Bulgārija (8,7 %) Kipra (9,9 %)	Malta (1,9 %) Grieķija (3,2 %) Kipra (3,4 %) Bulgārija (3,5 %)	Grieķija, Lietuva, Zviedrija (1,5 %) Bulgārija (1,7 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Dānija (49,5 %) Francija (43,6 %) Apvienotā Karaliste (41,4 %) Spānija (38,6 %)	Spānija (20,3 %) Čehija (19,3 %) Francija (16,7 %) Itālija (16,5 %)	Spānija (15,5 %) Francija, Čehija (9,8 %) Apvienotā Karaliste (9,2 %)
15–24 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	20 miljoni	11 miljoni	6 miljoni
Vidēji Eiropā	30,7 %	16,7 %	9,1 %
Diapazons	2,7–44,2 %	3,6–28,2 %	1,2–18,6 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (2,7 %) Malta (4,9 %) Kipra (6,9 %) Grieķija (9,0 %)	Grieķija, Kipra (3,6 %) Zviedrija (6,0 %) Bulgārija, Portugāle (6,6 %)	Grieķija (1,2 %) Zviedrija (1,6 %) Kipra, Lietuva (2,0 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Dānija (44,2 %) Čehija (43,9 %) Francija (42,0 %) Apvienotā Karaliste (39,5 %)	Čehija (28,2 %) Spānija (24,3 %) Francija (21,7 %) Apvienotā Karaliste (20,9 %)	Spānija (18,6 %) Čehija (15,4 %) Francija (12,7 %) Apvienotā Karaliste (12,0 %)

Informācija ir pamatota uz pēdējo pieejamo apsekojumu katrā valstī. Pētījumā iekļauti dati par laiku no 2001. līdz 2007. gadam. Vidējā izplatība tika noteikta, aprēķinot vidējo svērto vērtību pēc iedzīvotāju skaita attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Valsīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (328 miljoni), 15–34 gadi (134 miljoni) un 15–24 gadi (64 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2008. gada statistikas biļetena sadaļā *General population surveys*.

Austrālijā (2004. gadā) šie rādītāji bija 48 % un 20 %. Visi šie rādītāji ir lielāki par atbilstošajiem vidējiem rādītājiem Eiropā, kas ir attiecīgi 31 % un 13 %.

Kaņepju lietošanas ievirzes

Pieejamie dati norāda uz vairākām kaņepju lietošanas iezīmēm. No visiem 15–64 gadus veciem iedzīvotājiem, kas kaut reizi ir lietojuši kaņepes, tikai 30 % ir lietojuši kaņepes pēdējā gadā ⁽⁴²⁾. Taču no tiem, kas lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā, vidēji 56 % to lietojuši arī pēdējā mēnesī.

No sabiedrības veselības viedokļa ir būtiski aplēst intensīvas un ilgtermiņa lietošanas ievirzes. Par intensīvas lietošanas rādītāju var pieņemt lietošanu katru dienu vai gandrīz katru dienu (lietošana 20 vai vairāk dienas pēdējās 30 dienās). Dati par šo kaņepju lietošanas ievirzi Eiropā tika ievākti 2007./2008. gadā kā EMCDDA koordinēta "praktiska izmēģinājuma" daļa sadarbībā ar valstu ekspertiem un Reitox koordinācijas centriem 13 valstīs. Pamatojoties uz šiem datiem, kaut gan tie ir nepietiekami, tiek lēsts, ka katru dienu vai gandrīz katru dienu kaņepes lieto vairāk nekā 1 % visu pieaugušo Eiropā jeb apmēram 4 miljoni. Lielākā daļa šo kaņepju lietotāju – apmēram 3 miljoni – ir vecumā no 15 līdz 34 gadiem, kas ir aptuveni 2–2,5 % visu eiropiešu šajā vecuma grupā ⁽⁴³⁾.

Intensīvas kaņepju lietošanas tendences Eiropā ir grūti novērtēt, taču valstīs, kuras piedalījās abos praktiskajos izmēģinājumos 2004. un 2007. gadā (Francija, Spānija, Īrija, Grieķija, Itālija, Nīderlande, Portugāle), vidējais pieaugums bija apmēram 20 %, taču šīs aplēses ietekmē galvenokārt Francijas, Spānijas un Itālijas dati.

Paradums atkārtoti lietot kaņepes var saglabāties nemainīgs ilgākā laikposmā pat gados jaunākiem lietotājiem. Nesen publicētā Vācijas pētījumā, kurā 10 gadus tika apsekota 14–24 gadus vecu jauniešu grupa, tika konstatēts, ka liela daļa jauniešu, kas pētījuma perioda sākumā bija atkārtoti lietojuši kaņepes (piecas vai vairāk reizes mūžā), turpināja lietot šo narkotiku – 56 % atzina, ka lieto kaņepes arī četrus gadus vēlāk, bet 46 % joprojām lietoja kaņepes pēc 10 gadiem. Bija vērojama arī pretēja tendence – tie jaunieši, kuri pētījuma perioda sākumā šo narkotiku biju lietojuši neregulāri (1–4 reizes), vēlāk nesaskaras ar ilgtermiņa lietošanas problēmu un nepievēršas kaitīgākiem lietošanas veidiem (Perkonigg, 2008).

Arvien vairāk tiek atzīts, ka, regulāri lietojot kaņepes, var iestāties atkarība no šīs narkotikas, pat ja tās smaguma pakāpe un sekas šķiet mazākas nekā parasti citām psihoaktīvām vielām. Tomēr, tā kā kaņepes regulāri lieto salīdzinoši lielāka daļa iedzīvotāju, to intensīvas lietošanas veidu kopējā ietekme uz sabiedrības veselību, iespējams, ir nozīmīga. Amerikas Savienoto Valstu iedzīvotāju apsekojumu datu analīze rāda, ka apmēram 20–30 % ikdienas lietotāju laikā no 2000. līdz 2006. gadam ir apstiprināti rezultāti atkarības testos ⁽⁴⁴⁾. Austrālijas pētījumā 92 % ilgtermiņa kaņepju lietotāju kādreiz dzīvē ir bijuši klasificēti kā atkarīgi, un vairāk nekā puse no viņiem atzīti par atkarīgiem pētījuma norises laikā. Papildinošā pētījumā, ko veica pēc gada, tika noskaidrots, ka ilgtermiņa lietotājiem kaņepju lietošanas un atkarības rādītāji šajā laikposmā var saglabāties nemainīgi (Swift *et al.*, 2000).

Sadarbībā ar vairākām valstīm EMCDDA izstrādā kaņepju intensīvo un nozīmīgo ilgtermiņa lietošanas veidu, tostarp atkarības, uzraudzības metodes. Vairākās ES valstīs testē psihometriskās vērtes skalas, un pieejamie pierādījumi tiks analizēti šogad. Šī informācija var palīdzēt ES dalībvalstīm novērtēt kaņepju lietošanas problemātisko veidu ietekmi uz sabiedrības veselību un plānot atbilstošus iejaukšanās pasākumus ⁽⁴⁵⁾.

Kaņepju lietošanas ievirzes skolu audzēkņu vidū

HBSC dati liecina, ka bieža kaņepju lietošana 15 gadus vecu skolēnu vidū ir reti sastopama. Tikai sešas valstis ziņo, ka biežas kaņepju lietošanas (ko definē kā 40 vai vairāk lietošanas reizes iepriekšējos 12 mēnešos) izplatības rādītājs ir virs 2 %. Tomēr bieža lietošana pēc septiņu valstu aplēsēm līdz 5 % apmērā parasti ir vairāk izplatīta zēnu vidū. Ziņojumi liecina, ka pastāv kopsakarības starp problemātiskajām kaņepju lietošanas ievirzēm un piederību neaizsargātajām grupām (piemēram, gados jauni likumpārkāpēji, skolēni, kuri kavē mācības vai kuriem ir sliktas sekmes), kas nozīmē, ka šo īpaši neaizsargāto jauniešu aizsardzībai ir vajadzīgas īpašas stratēģijas. Šis jautājums izcelts 2008. gada īpašajā tēmā par neaizsargātiem jauniešiem.

Sadarbībā ar ESPAD ir veikts pētījums par vairāku narkotiku vienlaikus lietošanu, 2003. gadā salīdzinot 15 līdz 16 gadus vecus skolu audzēkņus, kuri iepriekšējās 30 dienās ir lietojuši kaņepes, ar pārējiem skolēniem. No salīdzinājuma izriet, ka citas narkotikas caurmērā vairāk

⁽⁴²⁾ Skatīt attēlu GPS-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴³⁾ Norādītie Eiropas vidējie rādītāji ir aptuvena aplēse, pamatojoties uz vidējo svērto lielumu (no iedzīvotāju skaita) valstīs, par kurām bija pieejama informācija. Valstīm, par kurām nebija informācijas, vidējo rezultātu pierēķināja. Tika iegūti šādi rādītāji: 1,2 % visu pieaugušo (15–64 gadus veci) un 2,3 % gados jaunu pieaugušo (15–34 gadus veci). Skatīt tabulu GPS-7 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH analītiskā tiešsaistes sistēma: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, piekļuves datums: 2008. gada 25. februāris; analizē izmantoti mainīgie MJDY30A un DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Iejaukšanās pasākumi, piemēram, ārstniecības veidi, ir apskatīti sadaļā "Medicīnas pakalpojumu sniegšana", 45. lpp.

lieto skolēni, kuri ir lietojuši arī kaņepes. Kaut gan kaņepju lietotāju vidū nebija liels to skolēnu īpatsvars, kuri pēdējā mēnesī lietojuši citas narkotikas (zem 10 %), cigarešu smēķēšanas un ilgstošas alkohola lietošanas rādītājs kaņepju lietotāju vidū divkārt pārsniedza šos rādītājus skolēnu vidū kopumā (80 %). No šiem salīdzinājumiem izriet, ka kaņepju lietošana ir saistāma ar legālo un nelegālo narkotiku lietošanu, kuras izplatība ievērojami pārsniedz vidējos rādītājus ⁽⁴⁶⁾.

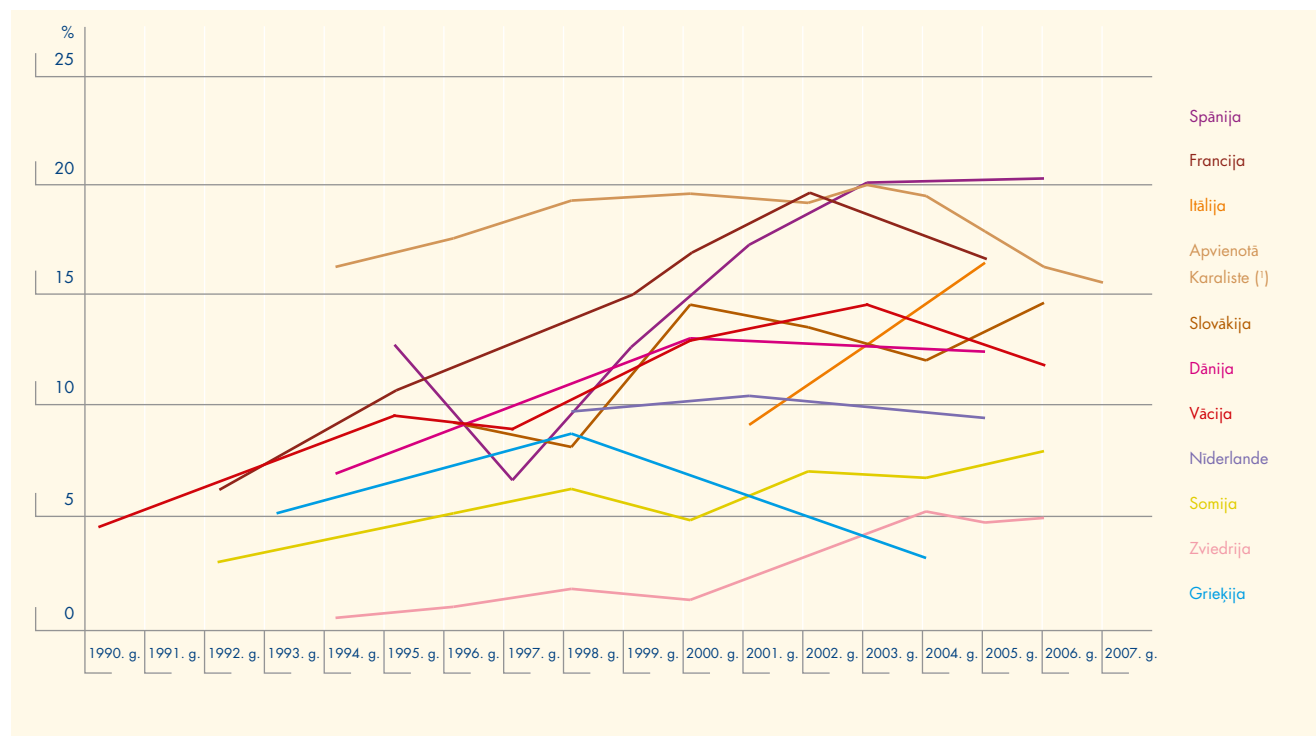
Kaņepju lietošanas tendences

Tikai Zviedrija un Norvēģija ziņo par jauniešu vai jauniešaukamo apsekojumu laika rindām, kas sniedzas līdz 20. gs. 70. gadiem. Pirmie lietošanas uzplūdi tika novēroti 20. gs. 70. gados, tam sekoja atplūdi 80. gados, ko 90. gados nomainīja jauni uzplūdi. Jaunāko apsekojumu analizēs par lietošanas sākšanas gadu tika novērota būtiska kaņepju lietošanas palielināšanās Spānijā (20. gs. 70. gadu vidū) un Vācijā (20. gs. 90. gadu sākumā) (skatīt 2004. un 2007. gada ziņojumu).

EMCDDA ziņotie valstu apsekojumu dati liecina, ka gandrīz visās ES valstīs 20. gs. 90. gados kaņepju lietošana manāmi palielinājās, jo īpaši jauniešu (4. attēls) un skolu audzēkņu vidū. Ap 2000. gadu deviņās valstīs to aptaujāto īpatsvars vecuma grupā no 15–34 gadiem, kuri kaut reizi mūžā bija lietojuši kaņepes, palielinājās virs 30 %; divos gadījumos tas bija apmēram 40 %, savukārt aptaujāto īpatsvars, kuri kaņepes lietojuši pēdējā gada laikā, septiņās valstīs sasniedza 15–20 % līmeni, bet sešās valstīs lietošanu pēdējā mēnesī atzina 8–15 %. Īpaši interesanta ir kaņepju lietošanas tendence Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā); šajā valstī bija augstākie izplatības rādītāji Eiropā 20. gs. 90. gadu sākumā un vidū, taču pēdējā laikā ir novērota nepārtraukti lejupejoša tendence, jo īpaši vecuma grupā no 16 līdz 24 gadiem ⁽⁴⁷⁾.

Jaunākajos valstu apsekojumos iegūtā informācija liecina, ka kaņepju lietošanas izplatība daudzās valstīs stabilizējas. No 16 valstīm, kam iespējams analizēt tendenci no 2001. gada līdz 2006. gadam, sešās valstīs pēdējā gada lietošanas rādītāji gados jaunu pieaugušo vidū palielinājās

4. attēls. Kaņepju pēdējā gada lietošanas izplatība gados jaunu (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) pieaugušo vidū.



(1) Anglija un Velsa.

NB: Papildinformāciju skatīt attēlā GPS-4 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2007) no valstu iedzīvotāju apsekojumiem, ziņojumiem vai zinātniskiem rakstiem.

⁽⁴⁶⁾ Analīzes pamatā ir dati no datu bāzes, kas sagatavota Eiropas skolu apsekojuma projektā par alkohola un citu narkotiku lietošanu (ESPAD), un tā ir veikta saskaņā ar ESPAD datu bāzes lietošanas noteikumiem. Valstu vadošās pētniecības organizācijas, kas sniedza datus par katru no pētījuma iekļautajām valstīm, ir atrodamas projekta tīmekļa vietnē (www.espad.org).

⁽⁴⁷⁾ Skatīt attēlu GPS-10 2008. gada statistikas biļetenā.

par 15 % vai vairāk, trijās valstīs – samazinājās līdzīgā apmērā, bet septiņās valstīs tie saglabājās nemainīgi ⁽⁴⁸⁾.

Arī jaunākie publicētie dati par kaņepju lietošanu skolu audzēkņu vidū norāda uz nemainīgu vai lejupejošu tendenci. Salīdzinot 2001./2002. gada HBSC datus ar 2005./2006. gada datiem, kaņepju lietošanas rādītājiem gan mūža laikā, gan nesenākā laikā 15 gadus vecu skolēnu vidū lielākajā daļā ES valstu ir vērojama nemainīga vai lejupejoša tendence ⁽⁴⁹⁾. Arī citos nesenos valsts skolu apsekojumos, kas veikti Spānijā, Portugālē, Slovērijā, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē, ir novērota nemainīga vai lejupejoša tendence.

Tā kā kaņepju pieejamība Eiropā kopumā nav mainījusies un cenas lielākajā daļā valstu, kas sniedza informāciju, ir samazinājušās, šābrīža situācijas stabilizēšanās vai lejupejošās tendences skaidrojums ir jārod citur. 2005. gada Francijas iedzīvotāju apsekojumā (*Baromètre Sante*) tika norādīts, ka 80 % no kaņepju lietotājiem, kuri pārtrauca lietot šīs narkotikas, kā atmešanas iemeslu minēja intereses trūkumu. Šo tendenci daļēji izskaidro arī novērotais tabakas smēķēšanas rādītāju samazinājums, jo, tā kā tabakai ir tāds pats lietošanas veids kā kaņepēm, šādas ievirzes zināmā mērā var būt saistītas (*Reitox* tīkla valstu ziņojumi un Currie *et al.*, 2008).

Eksperimentālas un neregulāras kaņepju lietošanas samazināšanās var nebūt tieši saistīta ar šīs narkotikas regulāras lietošanas tendencēm. Uz to norāda dati, kas iegūti divos secīgos Vācijas pusaudžu apsekojumos, kuros konstatēts, ka ir samazinājušies kaņepju lietošanas rādītāji mūža laikā un pēdējā gadā, kamēr kaņepju "regulāras lietošanas" (vairāk nekā 10 reizes pēdējā gadā) rādītāji saglabājās nemainīgi (2,3 %) (BZgA, 2004 un BZgA, 2007, citēts Vācijas ziņojumā).

Kaņepju atkarības ārstniecība

Ārstniecības pieprasījumu iezīmes

2006. gadā ir ziņots par 390 000 ārstniecības pieprasījumu (informāciju sniegušas 24 valstis), apmēram 21 % no visiem paziņotajiem gadījumiem ārstniecības pieprasījumu primārais iemesls ir bijušas kaņepes, līdz ar to paziņotajos ārstniecības pieprasījumos kaņepes izplatības ziņā ierindojas otrajā vietā aiz heroīna ⁽⁵⁰⁾. Tomēr dažādu valstu rādītāji bija ļoti atšķirīgi: Bulgārijā, Lietuvā, Luksemburgā un Rumānijā kaņepes ir bijušas

ārstniecības sākšanas primārais iemesls mazāk nekā 5 % visu pacientu, Francijā, Ungārijā un Nīderlandē tās bija primārā narkotika vairāk nekā 30 % ārstējamo pacientu ⁽⁵¹⁾.

Ievērojamas atšķirības ir manāmas arī jaunaļiem ārstniecības pieprasījumiem: Bulgārijā, Lietuvā un Rumānijā kaņepes kā primāro narkotiku min mazāk nekā 10 % jauno pacientu, bet Dānijā, Vācijā, Francijā un Ungārijā vairāk nekā 50 % ⁽⁵²⁾. Šīs atšķirības var skaidrot ar dažādu intensīvas kaņepju lietošanas izplatību, narkotiku ārstniecības organizāciju vai nosūtījumu kārtību. Piemēram, dažās valstīs, kur ir liels no kaņepju lietošanas ārstējamo pacientu īpatsvars (piemēram, Vācijā, Ungārijā, Austrijā, Zviedrijā), ārstēšanu no narkotiku atkarības piedāvā kā alternatīvu sodam, un arestēšanas gadījumā reizēm tā ir pat obligāta; Francijā, kurai saskaņā ar ziņotajiem datiem ir lielākais no kaņepju lietošanas ārstējamo pacientu īpatsvars Eiropā, nesen ir izveidoti specializēti centri kaņepju lietotājiem, un tie tieši ietekmēs paziņotos datus.

Kaņepju lietotājus ārstē galvenokārt ambulatorajās ārstniecības iestādēs, taču dažās valstīs (Īrijā, Slovērijā, Somijā, Zviedrijā) saskaņā ar ziņotajiem datiem apmēram viena trešdaļa meklē medicīnisko palīdzību stacionārajās iestādēs ⁽⁵³⁾. Lielākā daļa pacientu, kas vēlas atradināties no kaņepju lietošanas, saskaņā ar ziņotajiem datiem, medicīnisko palīdzību meklē paši, taču šādu pacientu īpatsvars kaņepju lietotāju vidū ir mazāks nekā to lietotāju vidū, kuri vēlas saņemt palīdzību sakarā ar citu narkotiku lietošanu.

Pacienti, kuri meklē medicīnisko palīdzību ambulatorajās ārstniecības iestādēs un kuru primārā narkotika ir kaņepes, norāda, ka lieto arī citas narkotikas: 21 % norāda, ka lieto alkoholu kā sekundāru apreibinošo vielu, 12 % lieto amfetamīnus un ekstāzi, bet 10 % lieto kokaīnu. To lietotāju vidū, kuri ārstējas no citu primāro narkotiku lietošanas, kaņepes ir otra visbiežāk minētā sekundārā viela (21 %) pēc alkohola (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Narkotiku jauno ārstniecības pieprasījumu tendences

No 2006. gadā paziņotajiem aptuveni 160 000 jauno narkotiku ārstniecības pieprasījumu (informāciju sniedza 24 valstis) otra lielākā grupa pēc heroīna pacientiem (34 %) ir kaņepju pacienti (28 %). To pacientu skaits, kuri vēlas atmett kaņepju kā primārās narkotikas lietošanu, jauno pacientu vidū proporcionāli ir lielāks nekā visu pacientu vidū. Puse no valstīm ziņo, ka palielinās to jauno pacientu skaits, kuri vēlas ārstēties no kaņepju kā primārās

⁽⁴⁸⁾ Ja informācija par konkrēto gadu nebija pieejama, tika izmantoti iepriekšējā vai nākamā gada dati; ja tie nebija pieejami, analīze netika veikta.

⁽⁴⁹⁾ Skatīt attēlu EYE-4 un EYE-5 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁰⁾ Skatīt attēla TDI-2 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵¹⁾ Skatīt tabulas TDI-5 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵²⁾ Skatīt tabulas TDI-4 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵³⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-22 un tabulas TDI-23 i) daļu un iv) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

narkotikas lietošanas. Faktiskais kaņepju lietotāju jauno ārstniecības pieprasījumu skaits laikposmā no 2002. gada līdz 2006. gadam palielinājās, bet to jauno pacientu īpatsvars, kuri vēlējās atradināties no kaņepju kā primārās narkotikas lietošanas, no 2002. līdz 2005. gadam palielinājās, bet 2006. gadā saglabājās nemainīgs ⁽⁵⁵⁾.

Novērotā kaņepju ārstniecības pieprasījuma pieaugošā tendence var būt saistīta ar vairākiem faktoriem: kaņepju lietošanas vai intensīvas un ilgstošas lietošanas palielināšanās; datu ieguves uzlabojumi; nesenā ārstniecības sistēmas izvēšana un dažādošana, no iepriekšējās pieejas, kurā uzmanību veltīja galvenokārt heroīna lietotājiem, pievērsties citu narkotiku lietotājiem; tiesību aktu un politikas nostādņu izmaiņas, kā rezultātā dažkārt palielinās pacientu skaits, ko ārstēties no kaņepju lietošanas nosūta kriminālās tiesvedības sistēma (EMCDDA, 2008a). Neseno jauno ārstniecības pieprasījumu stabilizēšanos saistībā ar kaņepju lietošanu varētu skaidrot arī ar jaunākajām kaņepju lietošanas tendencēm, ārstniecības sistēmas izmaiņām vai pārmaiņām nosūtīšanas kārtībā.

Pacientu raksturojums

Kaņepju lietotāji, kas sāk ārstēties ambulatorajās iestādēs, galvenokārt ir jauni vīrieši; dzimumu attiecība ir 5,2 vīrieši pret vienu sievieti, un pacientu vidējais vecums ir 24 gadi. Kaņepes ir ziņojumos visbiežāk minētā primārā narkotika jaunākajās vecuma grupās. Starp pacientiem, kas ārstējās pirmo reizi, vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem kaņepes kā primāro narkotiku lietoja 67 %, bet vecuma grupā zem 15 gadiem – 80 % ⁽⁵⁶⁾.

Lielākā daļa pacientu, kas vēlas atradināties no kaņepju lietošanas, ir salīdzinoši labi sociāli integrēti salīdzinājumā ar pacientiem, kuri ārstējas no kādas citas narkotikas lietošanas. Daudzi joprojām iegūst izglītību un dzīvo stabilā dzīvesvietā, bieži kopā ar vecākiem; tomēr jaunākajos pētījumos ir ziņas arī par tādu kaņepju lietotāju sociālo grupu, kas atšķiras no pārējiem lietotājiem tajā pašā vecuma grupā un kuriem ir nelabvēlīgāki apstākļi (EMCDDA, 2008a).

Kopumā primāros kaņepju lietotājus, kas sāk ārstēšanos, pēc lietošanas biežuma var iedalīt trīs grupās: neregulārie lietotāji (30 %), lietotāji, kuri lieto vienu vai vairākas reizes nedēļā (30 %), un lietotāji, kuri lieto katru dienu (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Tomēr dažādās valstīs ir vērojamas būtiskas atšķirības, jo īpaši regulāro kaņepju lietotāju īpatsvarā, kuri sāk ārstēšanos. Valstīs, kur kaņepju pacientu skaits ir vislielākais, ikdienas lietotāju īpatsvars svārstās no 70 %

Nīderlandē un Dānijā līdz 40–60 % Spānijā, Francijā un Itālijā un 20–30 % Vācijā un Ungārijā.

Medicīnas pakalpojumu sniegšana

EMCDDA uzdotajā apsekojumā par kaņepju ārstniecības nodrošināšanu, ko veica 19 dalībvalstu narkotiku ārstniecības dienestu izlasei, tika konstatēts, ka pusei no apsekotajiem dienestiem nebija programmu, kas specifiski paredzētas kaņepju problēmām (EMCDDA, 2008a). Tas nozīmē, ka daudzus kaņepju lietotājus ārstē tajās pašās iestādēs, kur citus narkotiku lietotājus, kas var sagādāt grūtības gan medicīniskajam personālam, gan pacientiem.

Lielākā daļa apsekoto specializēto dienestu piedāvāja kaņepju lietotājiem īsus ārstniecības kursus, kuros parasti ietilpa mazāk nekā 20 nodarbības. Ārstēšana galvenokārt notika individuālu konsultāciju veidā vai kā terapija vai konsultācijas par kaņepju lietošanas iespējamajām sekām. Dažas iestādes norādīja, ka piedāvā kaņepju detoksikāciju, ģimenes terapiju, terapeitisko kopienu un savstarpējās palīdzības grupas kā ārstniecības sastāvdaļu. Stacionārā aprūpe ārstēšanā no kaņepju lietošanas, ja tāda tika nodrošināta, parasti tika sniegta, lai mazinātu sociālās uzvedības problēmas.

Zinātniskā literatūra šajā jomā liecina, ka kaņepju lietotāju ārstēšanā ir pierādīta vairāku psihoterapijas veidu, tostarp motivējošās terapijas un kognitīvās uzvedības terapijas, efektivitāte, taču neviens psihoterapijas veids netika atzīts par efektīvāku nekā pārējie (Nordstrom un Levin, 2007). Kaut gan lielākā daļa pētījumu par kaņepju ārstniecības efektivitāti ir veikti Amerikas Savienotajās Valstīs un Austrālijā, arī Eiropā sākti pētījumi vai saņemti ziņojumi par tiem. 2004. gadā Vācijā tika sākts nejaus kontrolēts izmēģinājums, kurā pārbauda pusaudžiem paredzēta kaņepju lietošanas radīto traucējumu ārstniecības programmu CANDIS. Programmas pamatā ir motivācijas veicināšana, kognitīvā uzvedības terapija un psihosociālo problēmu risināšana. Sākotnējie rezultāti liecina, ka puse pacientu pēc ārstēšanās beigām pārtrauca lietot kaņepes. 30 % samazināja kaņepju lietošanu. Turklāt tika konstatēta ievērojama ar lietošanu saistīto psihisko saslimšanu un sociālo problēmu samazināšanās. Tiek plānots veikt papildu pētījumu.

No vairākām valstīm ir saņemta informācija par iniciatīvām medicīnisko pakalpojumu sniegšanā gados jauniem kaņepju lietotājiem. Francijā kopš 2005. gada ir izveidoti apmēram 250 kaņepju lietotājiem paredzēti konsultāciju centri, kas sniedz konsultācijas un dod padomus lietotājiem un to ģimenēm. Dānijā nesen piešķirti īpaši līdzekļi

⁽⁵⁵⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un TDI-2, tabulas TDI-3 iv) daļu un tabulas TDI-5 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-10 un tabulas TDI-21 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-18 2008. gada statistikas biļetenā.

gados jauniem kaņepju lietotājiem paredzētu programmu izstrādāšanai. Turklāt, sadarbojoties Beļģijai, Vācijai, Francijai, Nīderlandei un Šveicei, tiek veikts starptautisks pētījums par visaptverošas ārstniecības efektivitāti ģimenē problemātiskas kaņepju lietošanas ārstēšanā (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

Vācijā tiek mēģināts pārvirzīt kaņepju atmešanas palīdzības programmu *Quit the shit* ⁽⁵⁹⁾, kas sadarbībā ar ambulatorajām ārstniecības iestādēm sniedz interaktīvas konsultācijas no interneta uz pašvaldību jauniešu labklājības struktūrām un narkotiku lietotāju aprūpes iestādēm vai narkotiku atkarības profilakses iestādēm.

Informācijas un sakaru tehnoloģiju lietojums narkotiku pieprasījuma samazināšanas ieviešanā pasākumos Eiropā turpina palielināties. 2006./2007. gadā deviņas dalībvalstis norādīja, ka ir pieejamas konsultācijas par narkotiku lietošanu, no kurām astoņas norāda, ka izmanto internetu (Čehija, Vācija, Igaunija, Nīderlande, Portugāle, Austrija, Slovākija, Apvienotā Karaliste); savukārt Dānija norādīja, ka izmanto SMS. Šie pakalpojumi internetā ir paredzēti jauniešiem, un tie palīdz risināt ar alkohola un kaņepju lietošanu saistītas problēmas.

Kaņepju lietotāji kontaktā ar kriminālās tiesvedības sistēmu

Kaņepes ir policijas ziņojumos par narkotiku likumu pārkāpumiem ⁽⁶⁰⁾ visbiežāk minētā nelegālā narkotika Eiropā, un ar to saistīto pārkāpumu skaits Eiropas Savienībā no 2001. gada līdz 2006. gadam ir palielinājies vidēji par 34 % (2. attēls). Pieejamie dati

liecina, ka lielākā daļa ziņojumos minēto, ar kaņepēm saistīto pārkāpumu attiecas uz lietošanu un turēšanu lietošanai, nevis ar tirdzniecību un izplatīšanu; un ar lietošanu saistītie pārkāpumi lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu bija 62–95 % no visiem ar kaņepēm saistītajiem paziņotajiem likumpārkāpumiem.

Tā kā daudzi narkotiku likumu pārkāpēji ir gados jauni kaņepju lietotāji, kuri narkotiku apkarošanas dienestu redzeslokā citādi varētu arī nenonākt, ir saņemtas ziņas par sadarbības izvēršanu starp tiesu iestādēm un profilakses un konsultāciju dienestiem skolās un jauniešu sociālā atbalsta iestādēs. Vācija, Spānija (Katalonija), Luksemburga un Austrija ir ieviesušas protokolus un programmas, kas paredzētas jauniešiem, kuri pārkāpuši narkotiku tiesību aktus vai kuri ir notiesāti par narkotiku, galvenokārt kaņepju, lietošanu vai turēšanu. Likumpārkāpējam var nepiemērot naudas sodu, bet tā vietā piedāvā iziet kursus. Šajās valstīs piedāvāto programmu mērķis ir novērst narkotiku lietošanas paraduma attīstību un pārkāpumu recidīvus, un tajās var būt iekļautas ģimenes vai psihologa konsultācijas vai konsultācijas skolā.

Jaunajiem likumpārkāpējiem paredzētās FReD programmas pēckontroles novērtējumā Vācijā (100 respondentu) tika konstatēts, ka 44 % bijušo programmas dalībnieku ir samazinājuši alkohola un tabakas lietošanu, 79 % ir samazinājuši vai atmetuši nelegālo narkotiku lietošanu, bet 69 % atzina, ka pēc kursa pabeigšanas nav atkārtoti pārkāpuši likumu. Līdzīgas Apvienotajā Karalistē īstenotas jauniešu likumpārkāpumu grupas (YOT) programmas novērtējumā atklāts, ka šāda pieeja sniedz ievērojamus potenciālos ieguvumus (*Matrix Research*, 2007).

Smēķēšanas aizliegumi un kaņepes

Iespējamā saikne starp tabakas politiku un kaņepju smēķēšanu ir uzmanības cienīgs jautājums. Eiropā arvien lielāku atbalstu gūst smēķēšanas aizliegumi, un deviņās dalībvalstīs tagad ir ieviesti pilnīgi smēķēšanas aizliegumi (sabiedriskās vietās un darbavietās, tostarp restorānos un bāros), bet Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Nīderlandē un Portugālē nesen ieviesušas vismaz daļējus smēķēšanas aizliegumus.

Tabakas lietošanas un nelegālo narkotiku lietošanas sākšanas savstarpējā saikne zūd, ja tiek ņemti vērā riska faktori, kas ir pierādīts perspektīvas pētījumu pārskatā (*Mathers et al.*, 2006). Tomēr Eiropā kaņepes vairāk lieto tabakas smēķētāji

nekā nesmēķētāji, un stingri regulējoša tabakas politika varētu labvēlīgi ietekmēt uztveri par pieļaujamām normām, kas ir gan tabakas, gan kaņepju lietošanu noteicošs faktors.

Pierādījumi liecina, ka kaņepes ir cigarešu ekonomisks papildprodukts (t.i., kaņepes seko cigarešu cenas un pieejamības tendencēm) (*Cameron un Williams*, 2001). Izolētos pētījumos noskaidrots, ka lielāki cigaretēm piemērojami nodokļi samazina marihuānas lietošanas intensitāti un to ietekmē var pat nedaudz samazināties marihuānas lietošanas iespējamība vīriešu vidū (*Farrelly et al.*, 2001).

Visbeidzot, ir vērts piebilst, ka tabakas smēķēšanas aizliegums Nīderlandes restorānos un bāros attiecas arī uz kafejnīcām un ir nolemts Amsterdamā aizliegt smēķēt kaņepes sabiedriskās vietās.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Skatīt tabulu DLO-6 2008. gada statistikas biļetenā.



4. nodaļa

Amfetamīni, ekstazī un LSD

Ievads

Amfetamīni (vispārīgs apzīmējums, kas aptver gan amfetamīnu, gan metamfetamīnu) un ekstazī ir pasaulē visvairāk lietotās nelegālās narkotikas pēc kaņepēm. Kaut gan pašlaik Eiropā, izsakot absolūtos skaitļos, kokaīna lietošana var būt izplatītāka, tā ir ģeogrāfiski koncentrēta dažās valstīs, kas nozīmē, ka Eiropas Savienības lielākajā daļā otra visbiežāk lietotā nelegālā psihoaktīvā viela ir kāda sintētiski izgatavota narkotika. Turklāt dažās Eiropas daļās nozīmīga narkotiku problēma ir amfetamīnu lietotāji, kam ir ievērojams īpatsvars ārstējamo narkotiku lietotāju vidū.

Amfetamīns un metamfetamīns ir centrālās nervu sistēmas stimulantu. No šīm divām narkotikām Eiropā

daudz pieejamāks ir amfetamīns, kamēr izskatās, ka metamfetamīnu ievērojamā daudzumā lieto vienīgi Čehijā un Slovākijā.

Par ekstazī sauc sintētiskas psihoaktīvas vielas, kas ķīmiskā sastāva ziņā ir radniecīgas amfetamīniem, bet to iedarbība nedaudz atšķiras. Pazīstamākais ekstazī grupas preparāts ir 3,4-metilēndioksimetamfetamīns (MDMA), bet reizēm ekstazī tabletēs atrod citas, analogas vielas (MDA, MDEA). Pirms 20. gs. 80. gadu beigām ekstazī Eiropā bija praktiski nepazīstama viela, taču tās lietošanas izplatība 20. gs. 90. gados ievērojami pieauga. Tās popularitāte vēsturiski tiek saistīta ar deju mūzikas kultūru, un augsts sintētisko narkotiku lietošanas izplatības līmenis vispār tiek saistīts ar konkrētām kultūras apakšgrupām vai sociālajiem slāņiem.

Aplēses par lizergīnskābes dietilamīdu (LSD), kas neapšaubāmi ir pazīstamākā halucinogēnā narkotika, patēriņu Eiropā ir zemas un ilgstoši diezgan stabilas. Taču jauniešu vidū ir vērojama arvien lielāka interese par dabiskas izcelsmes halucinogēnajām vielām.

Amfetamīns un metamfetamīns — kopējās un atšķirīgās īpašības

Nelegālo narkotiku tirgū no amfetamīnu apakšgrupas pārsvarā sastopams amfetamīns un metamfetamīns (un to sāļi) — divas ļoti radniecīgas sintētiskas vielas, kas pieder pie fenetilamīnu grupas. Abas šīs vielas ir centrālās nervu sistēmas stimulantu ar vienādu iedarbības mehānismu un līdzīgu ietekmi uz uzvedību, panesamību, abstinences simptomiem un ilgstošas (hroniskas) lietošanas sekām. Amfetamīns neiedarbojas tik spēcīgi kā metamfetamīns, bet nekontrolētas lietošanas gadījumos abu vielu lietošanas sekas ir gandrīz identiskas.

Amfetamīna un metamfetamīna preparāti galvenokārt sastāv no pulveriem, bet ir sastopams arī "ledus" jeb tīrais kristāliskais metamfetamīna hidrohlorīda sāls. Uz tabletēm, kas satur amfetamīnu vai metamfetamīnu, var būt tādi paši logotipi kā uz MDMA un citām ekstazī tabletēm.

Atkarībā no tirdzniecībā pieejamā amfetamīna un metamfetamīna fizikālā stāvokļa šīs vielas var norīt, iešņaut, ieelpot un retākos gadījumos injicēt. Atšķirībā no amfetamīna sulfāta sāls metamfetamīna hidrohlorīds, jo īpaši tā kristāliskā forma ("ledus"), ir pietiekami gaistošs, lai to varētu smēķēt.

Avots: EMCDDA narkotiku profili (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Piedāvājums un pieejamība

Amfetamīns

Saskaņā ar aplēsēm 2006. gadā pasaulē ir saražotas 126 tonnas amfetamīna, lielākā daļa saražota Eiropā, kur atradās 79 % no visām 2006. gadā paziņotajām amfetamīna laboratorijām (UNODC, 2008), taču ražošana izvērsās arī citās pasaules daļās, galvenokārt Ziemeļamerikā un Dienvidaustrumāzijā⁽⁶¹⁾. 2006. gadā pasaulē tika atsavinātas vairāk nekā 19 tonnas amfetamīna, no tām lielākā daļa — Tuvajos un Vidējos Austrumos (67 %) saistībā ar kaptagona tabletēm⁽⁶²⁾, kas ražotas Eiropas dienvidaustrumos, kam seko amfetamīna konfiskācijas Rietumeiropā un Viduseiropā (27 %), kas parāda Eiropas kā nozīmīgas šīs narkotikas ražotājas un patērētājas lomu (CND, 2008; UNODC, 2008).

Lielākā daļa Eiropā atsavinātā amfetamīna, sarindojot valstis to nozīmīguma kārtībā, ir ražota Nīderlandē, Polijā

⁽⁶¹⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 37. lpp.

⁽⁶²⁾ Kaptagons ir viens no fenetilīna — sintētiska centrālās nervu sistēmas stimulanta — reģistrētajiem tirdzniecības nosaukumiem, kaut gan nelegālajā tirgū ar šo logotipu pārdotās tabletes bieži satur amfetamīna un kofeīna maisījumu.

un Beļģijā un mazākā mērā Igaunijā un Lietuvā. 2006. gadā Eiropas Savienībā tika atklātas 40 amfetamīnu ražošanas, iesaiņošanas vai uzglabāšanas vietas (*Europol*, 2007a), un pēc UNODC (2008) ziņotajiem datiem Eiropas valstīs tika likvidētas 123 laboratorijas.

Turcija ziņo, ka ir atsavinājusi aptuveni 20 miljonus amfetamīna tablešu ar logotipu "kaptagons". Par šī amfetamīna paveida ražošanu ir ziņojusi Bulgārija un Turcija, un tiek uzskatīts, ka tas ir paredzēts galvenokārt eksportam uz patēriņa valstīm Tuvajos un Vidējos Austrumos.

2006. gadā Eiropā bijuši aptuveni 38 000 atsavināšanas gadījumu, konfiscējot 6,2 tonnas amfetamīna pulvera. Kaut gan 2006. gada pagaidu rādītāji liecina par samazinājumu salīdzinājumā ar 2004. un 2005. gadu, kad tika konfiscēts vairāk, piecu gadu periodā no 2001. gada līdz 2006. gadam gan amfetamīna atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātais daudzums ir palielinājies⁽⁶³⁾. Tomēr šim secinājumam ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami jaunākie dati par Apvienoto Karalisti, kas parasti ziņo par lielāko atsavināšanas gadījumu skaitu Eiropā. Dažu valstu ziņojumos arvien vairāk norāda atsavinātās amfetamīna tabletes, nevis pulveri, un 2006. gadā Eiropas Savienībā (galvenokārt Spānijā) atsavināja pavisam 390 000 tablešu.

2006. gadā Eiropā pārtverto amfetamīna paraugu tīrība ievērojami svārstās, pat tādā apmērā, ka jebkādi secinājumi par tipiskajām vērtībām jāizsaka piesardzīgi. Tomēr valstis, kas sniedza informāciju par 2006. gadu, var iedalīt divās grupās: 10 valstis ziņoja par tīrības līmeni 2 % līdz 10 % robežās, bet pārējās norādīja augstāku tīrības līmeni (25–47 %). Otrā valstu grupā parasti ietilpa valstis, par kurām zināms, ka tās ir lielākā mērā iesaistītas amfetamīna ražošanā, tirdzniecībā vai patēriņā (Nīderlande, Polija, Baltijas valstis un Ziemeļvalstis). Pēdējos piecus gadus lielākajā daļā no 19 valstīm, par kurām ir pieejami pietiekami analizējami dati, amfetamīna tīrība ir bijusi nemainīga vai samazinājusies.

Amfetamīna tipiskā mazumtirdzniecības cena 2006. gadā pusē no ziņojumā aplūkotojām valstīm svārstījās no EUR 10 līdz EUR 15 par gramu. Laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam visās 16 valstīs, kas sniedza pietiekamus datus, lai varētu veikt analīzi, neskaitot Čehiju, Spāniju un Rumāniju, saskaņā ar sniegto informāciju amfetamīna mazumtirdzniecības cena ir kritusies.

Metamfetamīns

Metamfetamīnu ražo lielākoties Ziemeļamerikā, Austrumāzijā un Dienvidaustrumāzijā. Pēc aplēsēm pasaulē 2006. gadā ir saražotas 266 tonnas metamfetamīna, kas

Starptautiskie pasākumi pret sintētisko narkotiku prekursoru izgatavošanu un novirzīšanu

Tiesībaizsardzības darbībās kā papildu pretpasākums arvien lielāka uzmanība tiek veltīta nelegālo narkotiku ražošanā vajadzīgajiem ķīmiskajiem prekursoriem, un tieši šajā jomā īpaši vērtīga ir starptautiskā sadarbība. Kā piemēru var minēt projektu *Prism*, kas ir starptautiska ierosme, kas izveidota, lai novērstu ķīmisko prekursoru novirzīšanu sintētisko narkotiku nelikumīgai ražošanai, izmantojot pirmsievešanas paziņojumu sistēmu legālai šo vielu tirdzniecībai, un ziņošanu par apturētajiem sūtījumiem un veiktajām konfiskācijām aizdomīgu darījumu gadījumos. Informāciju par darbībām šajā jomā sniedz Starptautiskajai narkotiku kontroles padomei (*INCB*, 2008b).

Saskaņā ar paziņotajiem datiem pasaulē 2006. gadā tika konfiscēts vairāk nekā 11 tonnu efedrīna un pseidofedrīna, kas ir galvenie metamfetamīna prekursori. Apmēram puse no kopējā daudzuma tika konfiscēta Ķīnā, kam sekoja Kanādā un Mjanma. ES dalībvalstīs (galvenokārt Beļģijā un Ungārijā), Krievijas Federācijā un Ukrainā kopā tika konfiscēti tikai 0,3 tonnas, kaut gan pēc *Europol* (2008) datiem šo ķīmisko vielu eksporta, pārkraušanas un novirzīšanas apjomi Eiropas Savienībā nesen ir palielinājušies.

1-fenil-2-propanona (P-2-P), ko var izmantot gan nelegāli amfetamīna, gan metamfetamīna izgatavošanai, pasaulē kopējais konfiscētais daudzums 2006. gadā samazinājās. Šīs tendences izņēmumi ir rodami tajās ES dalībvalstīs (galvenokārt Dānijā, Nīderlandē un Polijā), kā arī Turcijā un Krievijas Federācijā, kurās kopā tika konfiscēta lielākā daļa pasaulē konfiscēto 2 600 litru P-2-P. Šo prekursoru izmanto galvenokārt amfetamīna ražošanai Eiropā, un ražotāji parasti iegādājas P-2-P no Āzijas valstīm (Ķīnas), kaut gan kopš 2004. gada ir saņemti arī ziņojumi par šīs vielas iegādi un sūtījumiem no Krievijas Federācijas (*Europol*, 2007a).

3,4-metilēndioksifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), ko izmanto MDMA ražošanā, pasaulē kopējais konfiscētais daudzums 2006. gadā samazinājās līdz 7 500 litriem, un viss šis daudzums tika atsavināts Kanādā, izņemot 105 litrus, ko konfiscēja Nīderlandē. Safrola, ar ko MDMA sintēzē var aizstāt 3,4 MDP 2-P, konfiscētais daudzums pasaulē 2006. gadā joprojām bija neliels – 62 litri, no kuriem lielākā daļa konfiscēta Austrālijā; no Eiropas valstīm tikai Francija ziņoja, ka ir atsavinājusi safrolu (7 litrus).

pārsniedz jebkuras citas nelegālas sintētiskās narkotikas ražošanas apjomu. Pasaulē 2006. gadā tika atsavinātas aptuveni 15,8 tonnas metamfetamīna, no kurām lielākā daļa konfiscēta Austrumāzijā un Dienvidaustrumāzijā, kam seko Ziemeļamerika, bet Eiropā konfiscēts mazāk nekā 1 % (*UNODC*, 2007, 2008).

Metamfetamīnu nelegāli ražo arī Eiropā, taču ražošana ir koncentrēta galvenokārt tikai Čehijā, kur 2006. gadā atklāja vairāk nekā 400 nelielu "virtuves laboratoriju". Par

⁽⁶³⁾ Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku atsavināšanu Eiropā ir atrodami tabulā SZR-11 līdz SZR-18 2008. gada statistikas biļetenā. Ievērojiet, ka aplēsēs par Eiropu kopumā, ja trūkst datu par 2006. gadu, ir izmantoti atbilstošie 2005. gada dati.

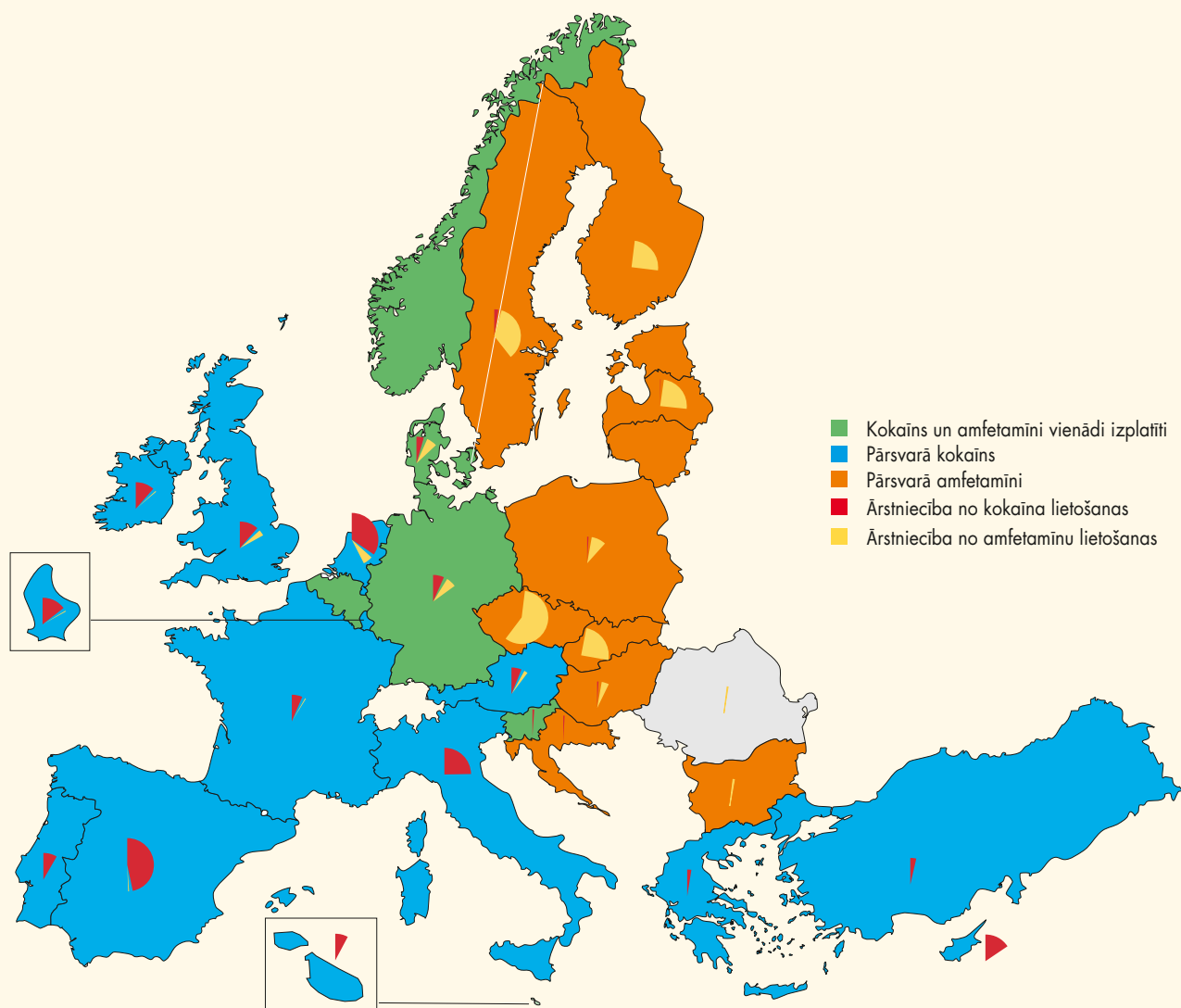
Eiropas stimulantu tirgus – “kokaīna valstis” un “amfetamīnu valstis”?

Apkopojot informāciju no dažādiem avotiem, var secināt, ka dažādām stimulējošām narkotikām dažādās valstīs var būt līdzīga nozīme, tāpēc, iespējams, ir tālredzīgi izstrādāt politiku šajā jomā, pievēršoties ne tikai atsevišķām vielām, bet arī stimulantu tirgum kopumā. Dažās valstīs dominējošā stimulējošā narkotika, šķiet, ir kokaīns, savukārt dati par citām liecina, ka vairāk izplatīts ir amfetamīns vai metamfetamīns. Apkopojot no iedzīvotāju apsekojumiem un

ziņojumiem par atsavinātajām narkotikām iegūtos datus, kopaina liecina, ka Ziemeļeiropas un Viduseiropas valstīs lielākoties pieder pie “amfetamīnu valstu” grupas, savukārt Eiropas rietumu un dienvidu valstīs lielākoties ir izplatītāka kokaīna lietošana.

Arī stimulantu salīdzinošā nozīme narkotiku problēmā kopumā dažādās valstīs ir atšķirīga. Par to liecina dati par ārstniecību; vienā valstu grupā stimulantu veido salīdzinoši lielu daļu visu

Eiropas stimulantu tirgi: kokaīna vai amfetamīna salīdzinošais pārsvars pēc atsavinātā daudzuma, iedzīvotāju apsekojumu rezultātiem un ārstējamu narkotiku lietotāju īpatsvara, kuri kā primārās nosauc šīs narkotikas.



narkotiku ārstniecības pieprasījumu (metamfetamīns Čehijā un Slovākijā, amfetamīns Latvijā, Zviedrijā un Somijā; kokaīns Spānijā, Itālijā un Nīderlandē); savukārt citur to ārstējamo pacientu skaits, kuri kādu no šīm vielām norāda kā galveno medicīniskās palīdzības meklēšanas iemeslu, ir ļoti neliels, reizēm pat nenozīmīgs.

No ārstējamajiem pacientiem iegūtie dati liecina arī, ka pacientiem, kam ārstē stimulantu izraisītās problēmas, šo problēmu cēlonis parasti ir viena stimulantu grupa. Piemēram, to pacientu vidū, kas ambulatori ārstējas no kokaīna lietošanas (visi pieprasījumi), tikai apmēram 8 % kā sekundāro narkotiku minēja amfetamīnus, savukārt amfetamīna pacientu vidū kokaīnu kā sekundāro problemātisko narkotiku minēja mazāk nekā 9 %. Turklāt no dažām valstīm saņemtā informācija liecina, ka narkotiku tirgū viens stimulants reizēm nomaina citu. Piemēram, ir dati, kas ļauj secināt, ka kokaīns dažu narkotiku lietotāju grupu vidū nomaina amfetamīnus un ekstazī, un Nīderlandē ārpus pilsētām kā lētāku kokaīna aizstājēju reizēm izmanto amfetamīnus.

Ja pēc iedarbības un sekām stimulantu atšķiras, tad ārstniecības ziņā iespējamie ārstniecības veidi, terapijā paturēto pacientu rādītāji un rezultāti visumā ir līdzīgi (Rawson *et al.*, 2000; Copeland and Sorensen, 2001). Līdzības zināmā mērā ir manāmas arī šo narkotiku lietošanas ievirzēs un lietotāju vispārējā raksturojumā. Piemēram, lietošana izklaides nolūkā, kam raksturīgas mazāk intensīvas un ne tik kaitīgas lietošanas ievirzes sociāli integrētu lietotāju vidū, var pastāvēt līdzās intensīvai narkotiku lietošanai marginalizētākās lietotāju grupās, kam raksturīga lielāka atkarības problēmu iespējamība un bīstamāks lietošanas veids, piemēram, injicēšana vai smēķēšana.

NB: Fona krāsa norāda salīdzinošo kokaīna vai amfetamīna pārsvaru pēc iedzīvotāju apsekojumiem (pēdējā gada lietošanas izplatība 15–34 gadus vecu iedzīvotāju vidū) un datiem par atsavinātajām narkotikām; sektoru diagrammās ir attēlots īpatsvars, ko visos narkotiku ārstniecības pieprasījumos veido šīs divas narkotikas – ir redzami tikai kokaīnam un amfetamīniem atbilstošie sektori. Dati par atsavinātajām narkotikām nebija pieejami no Itālijas, Nīderlandes un Polijas; šīm valstīm izmantoja tikai iedzīvotāju apsekojumu datus. Horvātijai izmantoja tikai datus par atsavinātajām narkotikām. Norvēģijai un Beļģijai nebija datu par ārstniecību. Par Rumāniju pieejamie dati neļāva izdarīt secinājumus par valsti kopumā. Čehijā un Slovākijā metamfetamīns ir visbiežāk lietotais amfetamīns.

šīs narkotikas izgatavošanu ziņo arī Slovākija un mazākā apmērā – Lietuva (INCB, 2008a).

2006. gadā 17 Eiropas valstis ziņoja par 3 000 metamfetamīna atsavināšanas gadījumiem, kuros konfiscēja 154 kg šīs narkotikas. Lielākā daļa atsavināšanas gadījumu un konfiscēto narkotiku reģistrēta Norvēģijā, kam seko Zviedrija, Čehija un Slovākija. Pēdējās divās valstīs konfiscēja pārsvarā nelielus daudzumus, parasti dažus gramus vai mazāk. Eiropā atsavinātā metamfetamīna daudzums un atsavināšanas gadījumu skaits no 2001. gada līdz 2006. gadam palielinājās, taču salīdzinājumā ar citām narkotikām tas joprojām bija zems. Par 2006. gadu pieejamie ierobežotie dati liecina, ka metamfetamīna tipiskā tīrība bija apmēram no 20 % līdz 55 %.

Ekstazī

Pasaulē saražotais ekstazī daudzums pēc UNODC (2007a) datiem ir samazinājies, un 2006. gadā tas bija apmēram 102 tonnas. Ģeogrāfiskā ziņā ražošana, šķiet, ir izkļiedzjusies, un izgatavošana vietējam patēriņam kļuvusi izplatītāka Ziemeļamerikā, Austrumāzijā un Dienvidaustrumāzijā. Tomēr galvenā ekstazī ražotāja joprojām ir Eiropa, galvenokārt Nīderlande (kur pēc dažiem ražošanas apjoma samazināšanās gadiem 2006. gadā atkal, iespējams, bija vērojams kāpums), Beļģija, mazākā mērā Polija un Apvienotā Karaliste.

Eiropas kā ekstazī patērētājas un ražotājas nozīmīgo lomu apstiprina dati par narkotiku atsavināšanu. Eiropā 2006. gadā tika ziņots par 20 000 atsavināšanas gadījumu, kuros pārtvēra gandrīz 14 miljonus ekstazī tablešu. Vislielāko daudzumu ekstazī (4,1 miljonu tablešu) konfiscēja Nīderlandē, kam sekoja Apvienotā Karaliste, Turcija, Francija un Vācija. Kopumā laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam ekstazī atsavināšanas gadījumu skaits un atsavinātais daudzums samazinājās; vislielākie rādītāji tika konstatēti 2002. gadā ⁽⁶⁴⁾. No pasaulē 2006. gadā atsavinātajām 4,5 tonnām ekstazī 43 % konfiscēja Rietumeiropā un Viduseiropā; salīdzinājumam jāpiemin, ka Ziemeļamerikā tika konfiscēti 34 % (UNODC, 2008).

2006. gadā Eiropā lielākā daļa analizēto ekstazī tablešu ir saturējušas MDMA vai kādu citu ekstazī tipa vielu (MDEA, MDA) kā vienīgo konstatēto psihoaktīvo vielu; 17 valstis norādīja, ka tādas bija vairāk nekā 70 % no visām analizētajām tabletēm. Spānija un Polija šajā ziņā atšķīrās, norādot, ka to tablešu analizēs, kas tika tirgotas kā ekstazī, kopā ar MDMA vai kādu analogu vielu bieži tika konstatēti amfetamīns vai metamfetamīns. Latvijā un

⁽⁶⁴⁾ Šiem datiem ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2006. gada dati par Apvienoto Karalisti, kas informēja par lielāko atsavināšanas gadījumu skaitu 2005. gadā.

Maltā lielākajā daļā analizēto tablešu netika konstatētas kontrolētas vielas.

Lielākā daļa valstu ziņoja, ka ekstazī tabletēs tipiski tika konstatēts apmēram 25 līdz 65 mg MDMA, kaut gan analizētajos paraugos bija vērojamas lielas atšķirības (9–90 mg). Turklāt dažas valstis (Beļģija, Dānija, Vācija, Francija, Nīderlande, Norvēģija) ziņoja par ekstazī tabletēm, kas satur lielu devu jeb vairāk nekā 130 mg MDMA, un dažos tirgos ir pieejams augstas kvalitātes MDMA pulveris. Attiecībā uz MDMA daudzumu ekstazī tabletēs vidējā termiņā nav novērojama konkrēta tendence. Tomēr ir redzams, ka salīdzinājumā ar 20. gs. 90. gadiem, kad ekstazī pirmoreiz kļuva plaši pieejams Eiropā, šī narkotika kļuvusi ievērojami lētāka. Kaut gan ir ziņas par tabletēm, kuras tirgo pat par EUR 1, lielākās daļas valstu ziņotās tipiskās mazumtirdzniecības cenas svārstās no EUR 3 līdz EUR 9 robežās par tableti, un par laikposmu no 2001. gada līdz 2006. gadam pieejamie dati liecina, ka mazumtirdzniecības cena (ievērojot inflāciju) ir turpinājusi kristies.

LSD

Tiek uzskatīts, ka LSD lietošana un tirdzniecība joprojām ir margināla, kaut gan dati par atsavināšanu Eiropā liecina, ka interese par narkotiku pēdējos gados atjaunojas. Pēc ilgstošas lejupejošas tendences, kas aizsākās 20. gs. 90. gados, gan konfiskāciju skaits, gan atsavinātais daudzums kopš 2003. gada palielinās. Šābrīža situācija ir neskaidra, jo, kaut gan pēc pieejamajiem provizoriskajiem datiem ir vērojams, ka abi rādītāji ir nedaudz samazinājušies, Apvienotā Karaliste, kas parasti ziņo par lielāko atsavināto LSD daudzumu, vēl nav sniegusi datus. LSD mazumtirdzniecības cenas (ievērojot inflāciju) kopš 2001. gada ir nedaudz kritušās, un 2006. gadā tās lielākajā daļā Eiropas valstu svārstījās no EUR 5 līdz EUR 11 par vienību.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Augsta amfetamīnu vai ekstazī lietošanas izplatība no ES dalībvalstīm ir Čehijā, Igaunijā un Apvienotajā Karalistē, bet salīdzinoši augsta izplatība attiecībā pret narkotiku situāciju valstī kopumā ir novērota dažās Viduseiropas un Ziemeļeiropas valstīs. Turpretī sintētisko halucinogēno narkotiku, piemēram, lizergīnskābes dietilamīda (LSD) patēriņa līmenis kopumā ir zemāks un jau ilgāku laiku ir samērā stabils.

Tas, ka dažās valstīs izplatības līmenis ir augstāks nekā citās, vismaz vienkāršoti ir skaidrojams ar divām izteiktām

patēriņa ievirzēm. Nedaudzās valstīs ievērojama daļa problemātisko narkotiku lietotāju vai lietotāju, kuri meklē medicīnisko palīdzību, ir amfetamīna vai metamfetamīna lietotāji, kuri bieži šo narkotiku injicē. Pretstatā šīm hronisko lietotāju grupām pastāv vispārīgāka saistība starp sintētiskajām narkotikām, jo īpaši ekstazī, un naktsklubiem, deju mūziku un dažām subkultūrām, kā rezultātā jauniešu vidū tiek konstatēti ievērojami lielāki lietošanas rādītāji nekā iedzīvotāju vidū kopumā, bet dažās vidēs vai noteiktās sociālās grupās ir novēroti ārkārtīgi augsti lietošanas rādītāji.

Amfetamīni

Jaunākie iedzīvotāju apsekojumi liecina, ka amfetamīnu lietošanas mūža laikā rādītāji ⁽⁶⁵⁾ dažādās Eiropas valstīs atšķiras, proti, no 0,1 % līdz 11,9 % visu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 64 gadiem). Vidēji 3,3 % visu Eiropas pieaugušo atzīst, ka vismaz vienreiz ir lietojuši amfetamīnus. Pēdējā gada lietošanas līmenis ir daudz zemāks; caurmēra rādītājs Eiropā ir 0,6 % (0,0–1,3 %). Aplēses liecina, ka apmēram 11 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnus, un apmēram 2 miljoni ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā (datu kopsavilkumu skatīt 3. tabulā).

Gados jaunu (15–34 gadi) pieaugušo vidū amfetamīna ilgstošas lietošanas līmenis dažādās valstīs ievērojami atšķiras, svārstoties no 0,2 % līdz 16,5 %, bet vidējais rādītājs Eiropā ir apmēram 5 %. Pēdējā gada lietošanas līmenis šajā vecuma grupā ir robežās no 0,1 % līdz 2,9 %, bet lielākajā daļā valstu saskaņā ar aplēsēm izplatības līmenis ir no 0,7 % līdz 1,9 %. Tiek lēsts, ka caurmērā pēdējā gadā amfetamīnus ir lietojuši 1,3 % jauno eiropiešu.

Problemātiska amfetamīna lietošana

EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas (PDU) indikatoru var ierobežoti attiecināt uz amfetamīniem; par šādu lietošanu tiek uzskatīta injicēšana vai ilgstoša/regulāra šīs vielas lietošana. Tikai viena dalībvalsts (Somija) ir sniegusi nesus datus par problemātisku amfetamīnu lietošanu: aplēsts, ka 2005. gadā Somijā bijuši no 12 000 līdz 22 000 problemātisku amfetamīnu lietotāju (4,3 līdz 7,9 gadījumi uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 54 gadiem), kas aptuveni četrkārt pārsniedz problemātisku opioīdu lietotāju skaita aplēses.

Lielākajā daļā Eiropas valstu paziņotais ar amfetamīna lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits ir salīdzinoši neliels. Ārstniecība no amfetamīna lietošanas veido lielu kopējā ārstniecības pieprasījuma daļu Latvijā, Zviedrijā un Somijā, kur no 25 % līdz 35 % narkotiku pacientu, kas sāka ārstēties, kā savu primāro

⁽⁶⁵⁾ Apsekojumu datus par "amfetamīna lietošanu" amfetamīns un metamfetamīns bieži nav nošķirti, tomēr parasti dati attiecas uz amfetamīna (sulfāta vai deksamfetamīna) lietošanu, jo metamfetamīna lietošana Eiropā nav izplatīta – šajā kontinentā ir atsavināts 1 % no pasaulē kopā atsavinātā metamfetamīna.

narkotiku problēmu norādīja amfetamīnu. Pārējās valstīs ārstēšana no amfetamīna lietošanas pārsniedz 5 % paziņoto ārstniecības pieprasījumu līmeni tikai Dānijā, Vācijā, Nīderlandē un Polijā, kur no 6 % līdz 9 % ārstējamo lietotāju kā savu primāro narkotiku nosaukuši amfetamīnu ⁽⁶⁶⁾.

Lielākajā daļā valstu, izņemot Zviedriju un Somiju, to pacientu skaits, kas sāk ārstēšanos no amfetamīna kā primārās narkotikas lietošanas, jauno pacientu vidū ir proporcionāli lielāks nekā visu pacientu vidū, kuri ārstējas no šīs narkotikas lietošanas. Kopumā Eiropā no 2002. gada līdz 2006. gadam primāro amfetamīna lietotāju īpatsvars jauno pacientu vidū, kuri sāk ārstēšanos, ir bijis salīdzinoši stabils, taču Latvija un Dānija ir sniegušas ziņas par šajā laikposmā novērotu pieaugumu, savukārt Zviedrijā un Somijā jaunu amfetamīna pacientu

procentuālais daudzums samazinājās, kas, iespējams, liecina par iedzīvotāju novecošanos ⁽⁶⁷⁾.

Amfetamīna lietotāji, kas sāk ārstēties, caurmērā ir apmēram 29 gadus veci vīrieši. Kaut gan vīriešu un sieviešu attiecība ir apmēram 2:1, sieviešu īpatsvars amfetamīna pacientu vidū kopumā ir lielāks nekā citu narkotiku pacientu vidū ⁽⁶⁸⁾.

Problemātiska metamfetamīna lietošana

Pretēji citām pasaules daļām, kur pēdējos gados vērojams metamfetamīna lietošanas pieaugums, šķiet, ka Eiropā metamfetamīna lietošanas līmenis joprojām ir ierobežots (Griffiths *et al.*, 2008). Eiropā šīs narkotikas lietošana vēsturiski ir bijusi koncentrēta Čehijā un zināmā mērā Slovākijā. Tikai šīs divas valstis ir sniegušas nesenas aplēses par problemātisku lietošanu. Aplēsts, ka

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

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms	
	Mūža laikā	Pēdējā gadā
15–64 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	11 miljoni	2 miljoni
Vidēji Eiropā	3,3 %	0,6 %
Diapazons	0,1–11,9 %	0,0–1,3 %
Valstis ar zemāko izplatību	Grieķija (0,1 %) Rumānija (0,2 %) Malta (0,4 %) Kipra (0,8 %)	Grieķija, Malta (0,0 %) Francija (0,1 %) Portugāle (0,2 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (11,9 %) Dānija (6,9 %) Norvēģija (3,6 %) Īrija (3,5 %)	Apvienotā Karaliste, Igaunija (1,3 %) Norvēģija, Latvija (1,1 %)
15–34 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7 miljoni	2 miljoni
Vidēji Eiropā	5,1 %	1,3 %
Diapazons	0,2–16,5 %	0,1–2,9 %
Valstis ar zemāko izplatību	Grieķija (0,2 %) Rumānija (0,5 %) Malta (0,7 %) Kipra (0,8 %)	Grieķija (0,1 %) Francija (0,2 %) Kipra (0,3 %) Portugāle (0,4 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (16,5 %) Dānija (12,7 %) Norvēģija (5,9 %) Spānija, Latvija (5,3 %)	Igaunija (2,9 %) Apvienotā Karaliste (2,7 %) Latvija (2,4 %) Dānija (2,2 %)
Informācija ir pamatota uz pēdējo pieejamo apsekojumu katrā valstī. Pētījumā iekļauti dati par laiku no 2001. līdz 2007. gadam. Vidējā izplatība tika noteikta, aprēķinot vidējo svērtu vērtību pēc iedzīvotāju skaita attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Valstīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (328 miljoni), 15–34 gadi (134 miljoni) un 15–24 gadi (64 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2008. gada statistikas biļetena sadaļā <i>General population surveys</i> .		

⁽⁶⁶⁾ Skatīt tabulas TDI-5 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁷⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un tabulas TDI-4 ii) daļu, tabulas TDI-5 ii) daļu un tabulu TDI-36 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-37 2008. gada statistikas biļetenā.

Čehijā 2006. gadā bija aptuveni 17 500 līdz 22 500 metamfetamīna lietotāju (2,4 līdz 3,1 gadījums uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), kas gandrīz divkārt pārsniedz problemātisko opioīdu lietotāju skaita aplēses, bet Slovākijā – aptuveni 6 200 līdz 15 500 metamfetamīna lietotāju (1,6 līdz 4,0 gadījumi uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), kas ir apmēram par 20 % mazāk nekā aplēstais problemātisko opioīdu lietotāju skaits.

Pēdējos piecos gados paziņotais ar metamfetamīna lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits abās valstīs ir palielinājies. Slovākijā narkotiku lietotāji, kas pirmo reizi vēršas pēc medicīniskās palīdzības, kā savu primāro narkotiku visbiežāk norāda metamfetamīnu; šajā valstī 25 % no visiem narkotiku ārstniecības pieprasījumiem bija saistīti ar metamfetamīna lietošanu. Čehijā metamfetamīnu kā primāro narkotiku norāda 59 % no visiem ārstējamajiem narkotiku pacientiem ⁽⁶⁹⁾. No metamfetamīna lietošanas ārstējamo pacientu vidū ir augsti narkotiku injicēšanas rādītāji: apmēram 50 % Slovākijā un 80 % Čehijā.

Ekstazī

Tiek lēsts, ka ekstazī pamēģinājuši apmēram 9,5 miljoni Eiropas pieaugušo (caurmērā 3 %) un ka apmēram 3 miljoni (0,8 %) lietojuši to pēdējā gadā (datu apkopojumu skatīt 4. tabulā). Valstu individuālie rādītāji ievērojami atšķiras, un jaunākie apsekojumi liecina, ka savā mūžā šo narkotiku ir pamēģinājuši no 0,3 % līdz 7,3 % no visiem pieaugušajiem (15–64 gadus veci), un paziņotās ilgstošās lietošanas aplēses lielākajā daļā ir 1,3 %–3,1 % robežās. Narkotikas lietošanas līmenis dažādās Eiropas valstīs svārstījās no 0,2 % līdz 3,5 %. Tāpat kā lielākajai daļai nelegālo narkotiku visos rādītājos vīriešu vidū bija daudz lielāks lietotāju īpatsvars nekā sieviešu vidū.

Ekstazī lietošana bija vairāk izplatīta gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū, kuriem aplēstā ilgstošās lietošanas izplatība valstu līmenī svārstījās no 0,5 % līdz 14,6 %, bet 0,4 % līdz 7,7 % šajā vecuma grupā atzina, ka ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā. Aplēses liecina, ka ekstazī ir pamēģinājuši 7,5 miljoni gados jaunu eiropiešu (5,6 %), un apmēram 2,5 miljoni (1,8 %) atzina, ka ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā. Aplūkojot jaunāku vecuma grupu, izplatības aplēses ir vēl lielākas: vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem ilgstošās lietošanas rādītājs ir no 0,4 % līdz 18,7 %, bet lielākajā daļā valstu ziņotie izplatības rādītāji bija 2,5 % līdz 8 % robežās ⁽⁷⁰⁾. Kaut

gan saskaņā ar sniegtajiem datiem lietošanas līmenis pēdējā gadā šajā vecuma grupā lielākajā daļā valstu bija no 1,3 % līdz 4,6 %, starp zemāko un augstāko valsts rādītāju bija ievērojama starpība (0,3 % un 12 %), kas atspoguļo dažādo situāciju dažās dalībvalstīs.

Skolu audzēkņu vidū, aplūkojamās grupas vecumam palielinoties tikai nedaudz, var novērot lielu izplatības līmeņa pieaugumu, piemēram, no 16 valstu pieejamajiem datiem ir redzams, ka 17 līdz 18 gadus vecu skolēnu vidū salīdzinājumā ar gados jaunākiem skolēniem ekstazī ilgstošās lietošanas izplatība parasti ir ievērojami lielāka, kas liecina, ka skolēni šo narkotiku pirmoreiz visbiežāk pamēģina pēc 16 gadu vecuma ⁽⁷¹⁾.

Neraugoties uz to, ka ekstazī lietotāju skaits Eiropā īpaši neatšķiras no amfetamīna lietotāju skaita, medicīnas iestāžu redzeslokā nonāk ļoti maz šīs narkotikas lietotāju. Lielākajā daļā valstu 2006. gadā ekstazī kā primāro narkotiku nosauca mazāk nekā 1 % narkotiku lietotāju, kas sāka ārstēties, un lielākajā daļā valstu pacientu skaits, kas ārstējas no problēmām, kas saistītas ar ekstazī lietošanu, ir niecīgs. Pēc sniegtajiem datiem tikai piecās valstīs (Francijā, Itālijā, Ungārijā, Apvienotajā Karalistē, Turcijā) ārstēties sāk vairāk nekā 100 ekstazī pacientu, kas veido 0,5 % līdz 4 % visu narkotiku pacientu šajās valstīs. Ekstazī lietotāju vidējais vecums ir 24–25 gadi, kas nozīmē, ka tā ir viena no jaunākajām narkotiku lietotāju grupām, kas sāk ārstēties no narkotiku lietošanas, turklāt viņi regulāri ziņo, ka paralēli lieto arī citas vielas, tostarp kaņepes, kokainu, alkoholu un amfetamīnus ⁽⁷²⁾.

LSD

LSD ilgstošās lietošanas izplatības rādītāji visu pieaugušo (15–64 gadus vecu) vidū sniedzas no gandrīz nulles līdz 5,4 %. Gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū ilgstošās lietošanas rādītāji ir nedaudz augstāki (0,3 % līdz 7,1 %), taču vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem ir novērots zemāks izplatības līmenis. Turpretī halucinogēno sēņu lietošanas izplatība tajās dažās valstīs, kuras sniedza salīdzināmus datus, bieži pārsniedz LSD lietošanas līmeni; gados jaunu pieaugušo vidū sēņu ilgstošās lietošanas rādītāji ir no 1 % līdz 9 %, bet pēdējā gada lietošanas līmenis ir no 0,3 % līdz 3 % (EMCDDA, 2006).

Amfetamīnu un ekstazī lietošanas tendences

Ziņas par nemainīgu vai pat lejupejošu amfetamīna un ekstazī lietošanas tendenci Eiropā apstiprina arī jaunākie dati. Pēc vispārēja pieauguma 20. gs. 90. gados iedzīvotāju apsekojumi norāda uz abu narkotiku

⁽⁶⁹⁾ Skatīt tabulas TDI-5 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁰⁾ Skatīt tabulu GPS-17 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷¹⁾ Skatīt tabulas EYE-1 un EYE-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷²⁾ Skatīt tabulu TDI-5 un tabulas TDI-37 i) daļu, ii) daļu un iii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

4. tabula. Ekstazī lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms	
	Mūža laikā	Pēdējā gadā
15–64 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	9,5 miljoni	2,6 miljoni
Vidēji Eiropā	2,8 %	0,8 %
Diapazons	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,3 %) Grieķija (0,4 %) Malta (0,7 %) Lietuva (1,0 %)	Grieķija, Malta (0,2 %) Dānija, Polija (0,3 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (7,3 %) Čehija (7,1 %) Īrija (5,4 %) Spānija (4,4 %)	Čehija (3,5 %) Apvienotā Karaliste (1,8 %) Igaunija (1,7 %) Slovākija (1,6 %)
15–34 gadi		
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7,5 miljoni	2,5 miljoni
Vidēji Eiropā	5,6 %	1,8 %
Diapazons	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,5 %) Grieķija (0,6 %) Malta (1,4 %) Lietuva, Polija (2,1 %)	Grieķija (0,4 %) Itālija, Polija (0,7 %) Dānija, Lietuva, Portugāle (0,9 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Čehija (14,6 %) Apvienotā Karaliste (13,0 %) Īrija (9,0 %) Slovākija (8,4 %)	Čehija (7,7 %) Apvienotā Karaliste (3,9 %) Igaunija (3,7 %), Nīderlande, Slovākija (2,7 %)
Informācija ir pamatota uz pēdējo pieejamo apsekojumu katrā valstī. Pētījumā iekļauti dati par laiku no 2001. līdz 2007. gadam. Vidējā izplatība tika noteikta, aprēķinot vidējo svērtu vērtību pēc iedzīvotāju skaita attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Valstīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (328 miljoni), 15–34 gadi (134 miljoni) un 15–24 gadi (64 miljoni). Šeit apkopoti dati ir pieejami 2008. gada statistikas biļetena sadaļā <i>General population surveys</i> .		

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

Amfetamīna lietošanas (pēdējos 12 mēnešos) rādītāji gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū Apvienotajā Karalistē no 1996. gada (6,5 %) līdz 2002. gadam (3,1 %) ievērojami samazinājās, bet pēc tam saglabājās nemainīgi. Par manāmu amfetamīna lietošanas pieaugumu no 1994. gada līdz 2000. gadam ziņoja Dānija, taču 2005. gadā veiktā apsekojuma rezultāti norāda, ka kopš šīs desmitgades sākuma šīs vielas lietošana samazinās ⁽⁷³⁾. Valstīs, kuras sniedza informāciju par atkārtotiem apsekojumiem līdzīgā laikposmā (Vācija, Grieķija, Spānija, Francija, Nīderlande, Slovākija, Somija), tendences lielākoties ir stabilas ⁽⁷⁴⁾. No tām 14 valstīm, kas sniedza pietiekamus datus par amfetamīna lietošanas izplatību pēdējā gadā vecuma grupā no 15 līdz 34

gadiem piecu gadu laikposmā, no 2001. gada līdz 2006. gadam, trīs valstis ziņo par 15 % vai lielāku kritumu, četras ziņo par izplatības tendences stabilizēšanos, bet septiņas ziņo par kāpumu par 15 % vai vairāk.

Aplūkojot ekstazī lietošanas līmeni gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo iedzīvotāju vidū, aina nav tik viendabīga; gados jaunu vīriešu vidū ⁽⁷⁵⁾ un dažu noteiktu izklaides vietu pētījumos lietošanas līmenis joprojām ir augsts. Pēc vispārēja lietošanas izplatības pieauguma 20. gs. 80. gadu beigās un 90. gadu sākumā dažās Eiropas valstīs, kā rezultātā 90. gadu vidū izlīdzinājās ekstazī lietošanas līmenis Vācijā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē, pēdējā gada lietošanas līmenis Apvienotajā Karalistē konsekventi ir saglabājies lielāks nekā pārējās valstīs ⁽⁷⁶⁾. Piecos gados, no 2001. gada līdz 2006. gadam, ekstazī pēdējā gada lietošanas līmenis gados jaunu

⁽⁷³⁾ Dānijā informācija par 1994. gadu attiecās uz "smagajām narkotikām", par tādām tika uzskatīti galvenokārt amfetamīni.

⁽⁷⁴⁾ Skatīt attēlu GPS-8 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁵⁾ Skatīt attēla GPS-9 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁶⁾ Skatīt attēlu GPS-21 2008. gada statistikas biļetenā.

pieaugušo vidū samazinājās trijās no 14 valstīm, kuras sniedza pietiekamu informāciju; piecās valstīs šis rādītājs saglabājās nemainīgs, bet sešās valstīs pieauga.

Dažu valstu dati liecina, ka amfetamīnus un ekstazī dažās narkotiku lietotāju grupās varētu nomainīt kokaīns. Iespējams, Apvienotajā Karalistē un Dānijā, un zināmā mērā Spānijā tā arī notiks. Gan Apvienotajā Karalistē, gan Dānijā ir salīdzinoši augsti amfetamīnu ilgstošas lietošanas izplatības rādītāji, attiecīgi 11,9 % un 6,9 %, bet pēdējā gada un pēdējā mēneša lietošanas līmeņi ir tuvāki citās valstīs konstatētajiem. Kokaīna patēriņa palielināšanās šajās valstīs zināmā mērā atbilst amfetamīnu lietošanas kritumam, tātad pastāv iespēja, ka šajos tirgos viena stimulējoša narkotika nomainīs citu ⁽⁷⁷⁾. Iespējamās narkotiku lietošanas ieviržu izmaiņas citās valstīs (Vācijā, Francijā, Itālijā, Nīderlandē) ir mazāk skaidras. Kopumā izpratne par sakarībām dažādu tādu narkotiku patēriņā, kuras, iespējams, piesaista lietotājus ar savām līdzīgajām īpašībām, ir vāja.

Jauno, no 2007. gada pieejamo valsts mēroga (Čehijas, Spānijas, Portugāles, Slovākijas, Zviedrijas, Apvienotās Karalistes) skolu apsekojumu datu analīze apstiprina situācijas vispārējās stabilizēšanās vai pat samazinājuma tendenci attiecībā uz amfetamīna un ekstazī lietošanu mūža laikā.

Izklaides vietas

Amfetamīnu un ekstazī lietošana izklaides vietās

Pētījumi par narkotiku lietošanu atsevišķās izklaides vietās, kur pulcējas jaunieši un kuru saistība ar narkotiku lietošanu dažkārt ir zināma, piemēram, deju zālēs vai mūzikas festivālos, var izrādīties noderīgi, lai labāk izprastu to narkotiku lietotāju paradumus, kuri regulāri un intensīvi lieto amfetamīnus un ekstazī. Parasti narkotiku lietošanas rādītāji šādās vietās ir augsti, tomēr nav attiecināmi uz iedzīvotājiem kopumā.

Pētījumā, ko 2006. gadā deviņās Eiropas pilsētās (Atēnās, Berlīnē, Brno, Lisabonā, Liverpūlē, Ļubļanā, Palmā, Venēcijā, Vīnē) veica 15 līdz 30 gadus vecu jauniešu vidū, kuri regulāri nododas naktsdzīvei ārpus mājas, tika noskaidrots, ka 27 % ir savā mūžā kaut reizi lietojuši ekstazī, bet 17 % ir kaut reizi lietojuši amfetamīnu. Biežas lietošanas rādītāji bija daudz zemāki: tikai 1,4 % respondentu atzina, ka reizi nedēļā vai biežāk lietojuši ekstazī, un mazāk nekā 1 % atzina, ka tik bieži lietojuši amfetamīnu. Vidējais vecums, kad pirmo reizi

pamēģinātas abas narkotikas, pētījumā aplūkotajā grupā bija 18 gadi ⁽⁷⁸⁾. Izplatība bija alkohola lietošana paralēli narkotikām: 34 % aptaujāto atzina, ka četrās nedēļās pirms aptaujas bijuši "piedzērušies" vairāk nekā divas reizes. Šādu alkohola lietošanas izplatību daudz biežāk norādīja vīrieši nekā sievietes: attiecīgi 42 % un 27 % (Eiropas Komisija, 2007b).

2004. un 2005. gadā Francijā piecos elektroniskās mūzikas pasākumos 1 496 respondentu lielai izlasei veiktā apsekojumā ekstazī lietošanas līmenis pēdējā mēnesī bija 32 %, bet amfetamīna lietošanas līmenis – 13 %. Tomēr jāpiebilst, ka izplatība bija lielāka īpašās apakšgrupās, kam bija raksturīgas kontrkultūras pazīmes un kuras tika apzīmētas kā "alternatīvas". Šajās apakšgrupās ekstazī un amfetamīna izplatības rādītāji bija attiecīgi 54 % un 29 %.

Iejaukšanās pasākumi izklaides vietās

Eiropā arvien biežāk tiek ziņots par valsts iestāžu vienotu pieeju legālo un nelegālo narkotiku aspektiem, risinot vietējās sabiedriskās kārtības vai sabiedrības veselības jautājumus. Šī pieeja jo īpaši attiecas uz iejaukšanās pasākumiem, kas paredzēti vietām, kur lieto gan sintētiskās un stimulējošas iedarbības narkotikas, gan alkoholu, piemēram, nakts bāriem un klubiem. Viena no problēmām šajā jomā ir grūti nosakāmā nelegālo un legālo vielu salīdzinošā nozīme. Alkohola lietošana jauniešu vidū Eiropā rada arvien lielākas bažas, un Eiropas Komisija 2006. gadā pieņēma ES alkohola stratēģiju, lai palīdzētu dalībvalstīs samazināt ar alkohola lietošanu saistīto kaitējumu jauniešu vidū. Kaitējumu radoša alkohola lietošana tik tiešām ir saistāma ar vienu ceturto daļu nāves gadījumu jaunu (15–29 gadus vecu) vīriešu vidū un vienu desmito daļu nāves gadījumu jaunu sieviešu vidū ⁽⁷⁹⁾.

Bažījoties par narkotiku lietošanu kopā ar alkoholu jauniešu vidū sabiedriskās vietās, tika izstrādātas stratēģijas, kuru mērķis ir mainīt ar alkohola un narkotiku lietošanu saistīto sociālo, ekonomisko un fizisko vidi, lai panāktu narkotiku lietošanas paradumu un normu izmaiņas, radītu apstākļus, kuri ir mazāk labvēlīgi apreibināšanās iespējai, un samazinātu ar alkoholu un narkotikām saistīto problēmu rašanās iespējamību ⁽⁸⁰⁾. Dalībvalstis ziņo par vairāku pasākumu īstenošanu naktsdzīves vietās vai to tuvumā ar konkrētu mērķi mazināt kaitējumu vai pozitīvi mainīt sociālo vidi. Pie šiem pasākumiem pieder: bāra un apsardzes personāla apmācības, aktīvāka spēkā esošo tiesību aktu īstenošana, informētības uzlabošana par kaitējumu, kas saistīts ar psihoaktīvo vielu lietošanu, nakts transporta pakalpojumu

⁽⁷⁷⁾ Skatīt "Eiropas stimulantu tirgus: "kokaīna valstis" un "amfetamīna valstis"?", 50. lpp.

⁽⁷⁸⁾ Skatīt tabulu EYE-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽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>

sniegšana un uzlabojumi, kas paredzēti naktsdzīves vides drošības palielināšanai. Pasākumi šajā jomā ir daudzveidīgi, piemēram: ielu apgaismojuma uzlabojumi, dzeramā ūdens pieejamības palielināšana, ventilācijas uzlabošana vai pat pasākumi ātrās reaģēšanas medicīniskās palīdzības nodrošināšanai. Bieži šādas pieejas pamatā ir dialogs starp dažādajām ieinteresētajām personām, piemēram, policiju, licencēšanas iestādēm, klubu īpašniekiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kam jādarbojas kopā, lai noteiktu vietējās vajadzības un iespējamus risinājumus.

Piemērs darbam šajā jomā ir rodams Dānijā, kur, sadarbojoties pašvaldības iestādēm, policijai, restorānu īpašniekiem un naktsdzīves jomā strādājošajiem, tiek piedāvāti kursi uz narkotiku un alkohola tirdzniecības ierobežošanu vērstas kopīgas attieksmes veicināšanai. Plašāku uzmanību gūst arī atsevišķu dalībvalstu pieeja šajā jomā, ko norāda tas, ka Apvienotajā Karalistē izstrādātās drošas dejošanas vadlīnijas tiek īstenotas gan Parīzes, gan Briseles klubos. Klubu īpašnieki, piedaloties palīdzības darbiniekiem un vietējām iestādēm, palīdz veicināt mērenību alkohola lietošanā, palielinot informētību par alkohola un narkotiku radīto kaitējumu, vienlaikus uzlabojot izklaides vietu drošību (piemēram, piedāvājot bezmaksas ūdeni, apmācot personālu sniegt pirmo palīdzību, nodrošinot dejojāmu atpūtas zonas).

Dažās vides stratēģijās ir iekļauta saistība starp automašīnas vadīšanu un narkotiku un alkohola lietošanu. Kā piemērus šeit var minēt alternatīvas transporta iespējas iereibušajiem transportlīdzekļu vadītājiem, kuras ir pieejamas dažos Parīzes naktsklubos, un sabiedriskā transporta popularizēšana Briseles naktsklubos. Spānijā jo īpaši nedēļas nogalēs veiktas profilakses kampaņas, kurās pievērsta uzmanību "transportlīdzekļu vadītāju – atturībnieku izraudzīšanai" un informētības palielināšanai par riskiem, kas saistīti ar sēšanos pie stūres psihoaktīvo vielu iespaidā. Iespējams, šīs kampaņas palīdzējušas 2006. gadā Spānijā par 16 % samazināt satiksmes negadījumu skaitu, kuros iekļūst jaunieši vecumā no 18 līdz 20 gadiem ⁽⁸¹⁾.

Šķiet, ka stratēģijām, kurās pievērsta uzmanību videi, kur jaunieši lieto narkotikas un alkoholu, ir ievērojams potenciāls no sabiedrības veselības aizsardzības un sabiedriskās drošības uzlabošanas viedokļa, un to devums var būt attiecināms uz sabiedrību kopumā, ne tikai ietekmi uz narkotiku lietošanu vien. Tomēr pašlaik Eiropā šādu pieeju parasti izmanto ierobežoti atsevišķās zināmās problemātiskās vietās, bieži lielo pilsētu centros, un tā reti tiek ieviesta visaptveroši, kas liecina, ka šajā jomā ir ievērojams potenciāls papildu ieguldījumiem un attīstībai. Vispārīgāk runājot, šajā jomā tiek pievērsta uzmanība iejaukšanās pasākumiem, kuru mērķis ir konkrēti problemātiski paradumi vai vides aspekti, un netiek izvirzīts uzdevums vērsties pie jauniešu normatīvajiem uzskatiem un to attieksmes pret narkotiku un alkohola lietošanu specifiskā vidē.

Ārstniecības nodrošinājums

Lielākajā daļā dalībvalstu ierobežoto ārstniecības pieprasījumu atspoguļo īpaši amfetamīna, metamfetamīna vai ekstazī lietotājiem paredzētu ārstniecības pakalpojumu ierobežotā pieejamība. Šī situācija mazliet atšķiras dažās dalībvalstīs, kur jau ilgu laiku ir hronisku amfetamīna vai metamfetamīna lietotāju grupas. Šajās valstīs (galvenokārt Čehijā, Slovākijā, Somijā, Zviedrijā) amfetamīna un metamfetamīna lietotājus ārstē specializētās iestādēs. Šķiet, ka lietotāju ārstniecības veidu izvēle ir par labu detoksikācijai, kam seko individuālā terapija ambulatorā iestādē vai grupu terapija ambulatorā vai stacionārā iestādē.

Psihostimulantu, piemēram, amfetamīnu un kokaīna, atkarības ārstēšanā kopumā trūkst terapeitisku alternatīvu, kas būtu stabili apliecinājušas savu efektivitāti. Kā norādīts 5. nodaļā, pašlaik nav pieejami farmakoloģijas preparāti, kas palīdzētu lietotājiem cīnīties ar abstinenci vai samazināt ar psihostimulantu atkarību saistīto tieksmi. Turklāt, kā liecina literatūra, nav novēroti pārliecinoši pierādījumi tam, ka psihostimulantu lietotājiem atturēties no atkarību izraisošās vielas efektīvi palīdzētu kāds konkrēts psihosociāls iejaukšanās pasākums.

⁽⁸¹⁾ Sīkāku informāciju par profilakses kampaņām Eiropā skatīt 2007. gada īpašajā tēmā par sēšanos pie stūres narkotiku reibumā.

5. nodaļa

Kokaīns un kreka kokaīns

Ievads

Arī jaunākie dati joprojām norāda, ka kokaīna lietošana Eiropā kopumā turpina palielināties. Vairākās valstīs veiktos iedzīvotāju apsekojumos ir konstatēts jūtams lietošanas rādītāju pieaugums jauniešu vidū kopš 20. gs. 90. gadu vidus. Šos konstatējumus apstiprina arī mērķpētījumu rezultāti, kur dažos izklaides pasākumos (naktsdzīves izklaides vietās un deju mūzikas pasākumos) ir novērots ļoti augsts kokaīna lietošanas līmenis. Līdztekus ir ievērojami palielinājušies kokaīna pieejamības rādītāji Eiropā, tostarp šīs narkotikas atsavināšanas gadījumu skaits un konfiscētais daudzums.

Dažās ES dalībvalstīs kokaīna ārstniecības pieprasījums pēdējos gados ir ievērojami palielinājies un tagad dažās valstīs, pilsētās vai reģionos pārsniedz pat opioīdu ārstniecības pieprasījumu. Turklāt ievērojama daļa ārstējamo opioīdu lietotāju nosauc kokaīnu kā sekundāro narkotiku, kas, iespējams, saasina šo lietotāju problēmas un var sarežģīt to aprūpi. Daudzās valstīs kokaīnu ļoti bieži konstatē arī ar narkotikām saistītu nāves gadījumu toksikoloģiskajā analizē, parasti kopā ar opioīdiem un citām vielām.

Starp valstīm vērojamās būtiskās atšķirības, ņemot vērā apstākli, ka daudzas valstis joprojām ziņo par ļoti zemu lietošanas līmeni, ir svarīgs brīdinājums par to, ka kokaīna lietošana Eiropā kopumā palielinās. Arī valstu pieredze kokaīna problēmu risināšanā ir ļoti dažāda; piemēram, lielākā daļa kokaīna ārstniecības pieprasījumu ir koncentrēti salīdzinoši nelielā skaitā valstu.

Piedāvājums un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kokas krūmu – kokaīna ieguves avota – audzēšana joprojām ir koncentrēta dažās Andu reģiona valstīs ⁽⁸²⁾. Pēc Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku kontroles un noziedzības apkarošanas biroja (2008) aplēsēm kokaīna iespējamais ražošanas apjoms 2007. gadā bija 994 tonnas tīra kokaīna hidrohlorīda, no kurām 61 %

tika saražots Kolumbijā, 29 % – Peru un 10 % – Bolīvijā. Likvidēto laboratoriju skaita analīze liecina, ka, kaut gan kokaīnu ražo arī citās Dienvidamerikas valstīs, lielākā daļa pirms eksportēšanas uz galvenajiem patēriņa tirgiem Ziemeļamerikā un Eiropā joprojām tiek saražota minētajās trijās valstīs. Šo konstatējumu apstiprina arī informācija par nelegālo kālija permanganāta (ķīmisks reaģents, ko izmanto kokaīna hidrohlorīda sintēzē) tirdzniecību: no pasaulē 2006. gadā konfiscētās 101 tonnas kālija permanganāta 99 tonnas tika konfiscētas Kolumbijā (INCB, 2008b).

Andu reģionā saražotais kokaīns Eiropā kontrabandas ceļā nonāk no Dienvidamerikas valstīm (caur Brazīliju, Ekvadoru, Venecuēlu). Kaut gan nozīmīga loma kokaīna tranzītā uz Eiropu joprojām ir Karību jūras valstīm, pēdējos gados jūtami pieaug arī tranzīts caur Rietumāfriku, jo īpaši Gvinejas līča valstīm un Kaboverdes, Gvinejas un Gvinejas-Bisavas (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Galvenie kokaīna ieviešanas punkti Eiropā joprojām ir Spānija un Portugāle, un kopš 2005. gada būtiski ir palielinājusies Portugāles loma. Tomēr kokaīns tiešā ceļā nonāk Eiropā arī pāri Atlantijas okeānam vai ar aviotransportu, jo īpaši Nīderlandē, Beļģijā, Itālijā, Francijā, Apvienotajā Karalistē un Vācijā. Nīderlande un Francija tiek nosauktas kā nozīmīgas tranzītvalstis kokaīna izplatīšanai tālāk Eiropā (Europol, 2007b). Jaunākie dati par kokaīna importu caur Austrumeiropas valstīm (Bulgāriju, Igauniju, Latviju, Lietuvu, Rumāniju, Krieviju), iespējams, norāda uz jaunu kontrabandas ceļu veidošanos šajā Eiropas daļā.

Atsavināšana

Kokaīns aiz kaņepju augiem un kaņepju sveķiem ir otra visvairāk tirgotā narkotika. Pasaulē atsavinātā kokaīna kopējais daudzums ir nedaudz samazinājies, un 2006. gadā tika konfiscētas 706 tonnas. Tāpat kā iepriekš visvairāk kokaīna – 45 % no pasaulē konfiscētā daudzuma – tika atsavināts Dienvidamerikā, kam seko Ziemeļamerika ar 24 %, Rietumeiropa un Viduseiropa ar 17 % (UNODC, 2008).

⁽⁸²⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 37. lpp.

⁽⁸³⁾ Skatīt arī "Rietumāfrika – kokaīna kontrabandas tranzīta mezgls ceļā uz Eiropu", 60. lpp.

Kokaīna konfiskāciju skaits pēdējos 20 gados Eiropā ir pieaudzis, un tas turpināja pieaugt arī laikā no 2001. gada līdz 2006. gadam, izņemot 2003. gadu, kad tas samazinājās. Arī konfiscētā kokaīna daudzums pēdējā desmitgadē ir palielinājies, taču tajā ir vērojamas regulāras svārstības. Gan atsavināšanas gadījumu skaits, gan konfiscētais daudzums Eiropā 2006. gadā palielinājās, un 72 700 konfiskācijās tika atsavināta 121 tonna ⁽⁸⁴⁾. Visvairāk kokaīna joprojām konfiscēja Spānijā, kur minētajā gadā tika reģistrēti 58 % visu atsavināšanas gadījumu un 41 % pārtvertā daudzuma Eiropā. Milzīgais atsavinātā daudzuma pieaugums, kas kopš 2005. gada novērots Portugālē un 2006. gadā sasniedza 28 % no Eiropā pavisam konfiscētā daudzuma, norāda, ka kokaīna kontrabandisti kā ieviešanas punktu Eiropas tirgū arvien vairāk izmanto Ibeijas pussalu.

Tirība un cena

Kokaīna tipiskā tirība Eiropā 2006. gadā svārstījies no 1 % līdz 90 %, tomēr lielākā daļa valstu ziņo, ka tirība bijusi robežās no 25 % līdz 55 % ⁽⁸⁵⁾. Lielākā daļa no 23 valstīm, kas sniedza pietiekamus datus, ziņoja par kokaīna tirības lejupejošu tendenci laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam, tomēr Grieķijā un Francijā laikposmā no 2003. gada līdz 2006. gadam tika novērota tirības palielināšanās.

Kokaīna tipiskā mazumtirdzniecības cena 2006. gadā lielākajā daļā Eiropas valstu svārstījās no EUR 50 līdz EUR 75 par gramu, kaut gan Kipra, Rumānija, Zviedrija un Turcija ziņoja par daudz augstākām cenām. Laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam ielās tirgotā kokaīna cena 18 valstīs, kas sniedza pietiekamus datus, kritās, izņemot Rumāniju, kur tika novērots cenas kāpums (ievērojot inflāciju).

Izplatība un lietošanas ievirzes

Daudzveidība ir vērojama ne tikai dalībvalstu paziņotajā lietošanas izplatības līmenī, bet arī pašu kokaīna lietotāju raksturojumā; lietotāju sociālais spektrs ir ļoti plašs un aptver gan individuus ar ļoti augstu sociālo stāvokli, gan pašus atstumtākos sabiedrības locekļus. Attiecīgi var atšķirties arī kokaīna lietošanas ievirzes, kas var izpausties gan kā neregulāra lietošana un lietošana izklaides nolūkā, gan kā neremdināma atkarība. Papildus sarežģījumus rada lietotā kokaīna forma (kokaīna hidrohlorīds vai kreka kokaīns) un šīs narkotikas lietošanas veids. Šī daudzveidība noteikti jāņem vērā – gan tāpēc, lai izprastu to problēmu loku, kādas var būt saistītas ar dažādām kokaīna lietošanas ievirzēm, gan tāpēc, lai sniegtu šīm dažādajām narkotiku grupām paredzēto pakalpojumu virzīšanai un izstrādāšanai vajadzīgo informāciju.

Iedzīvotāju vidū kopumā

Kokaīns ir otra visbiežāk lietotā nelegālā narkotika Eiropā pēc kaņepēm, tomēr tā lietošanas izplatība dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Aplēses liecina, ka apmēram 12 miljoni eiropiešu to ir lietojuši vismaz vienreiz mūžā, kas atbilst vidēji 3,6 % pieaugušo vecumā no 15 līdz 64 gadiem (datu apkopojumu skatīt 5. tabulā). Izplatības rādītāji valstīs svārstās no 0,4 % līdz 7,7 %, un divpadsmit valstīs, lielākoties dalībvalstīs, kuras Eiropas Savienībai

Rietumāfrika – reģionāls narkotiku kontrabandas tranzīta mezgls ceļā uz Eiropu

Pēdējos piecos gados Rietumāfrika ir kļuvusi par svarīgu reģionu kokaīna kontrabandas ceļā uz Eiropu ⁽¹⁾, un to izmanto tranzīta, uzglabāšanas un pārsaiņošanas vajadzībām (*Europol*, 2007b; *UNODC* 2007b; *USDS*, 2008). Tiek lēsts, ka gandrīz ceturtdaļa no kokaīna, kas 2007. gadā ievests Eiropā, ir vesta caur šo reģionu (*UNODC*, 2008). Ņemot vērā kokaīna lietošanas pieaugumu Eiropā, tiek uzskatīts, ka kontrabandas apmēru palielināšanās pa Rietumāfrikas kontrabandas ceļu ir ietekmējusi šīs narkotikas cenas krišanos, vienlaikus pastiprinot Ibeijas pussalas kā ieviešanas punkta, pa kuru kokaīns nonāk Eiropā, nozīmi (*Europol*, 2007b).

Kokaīnu no Rietumāfrikas uz Eiropu kontrabandas ceļā ved lielākoties pa jūru, pārvadājot lielus sūtījumus ar zvejas kuģiem uz izkraušanas vietām galvenokārt Portugāles ziemeļu piekrastē un Galīcijā, Spānijas piekrastē. Mazākus kokaīna sūtījumus ved ar aviotransportu vai pa sauszemi, aizvien biežāk vienlaikus ar kaņepju sveķu kontrabandu no Ziemeļāfrikas.

Kokaīna kontrabandas palielinājumam pa Rietumāfrikas kontrabandas ceļu kā iemeslus norāda vairākus faktorus. Pie tiem var minēt citu kontrabandas ceļu efektīvāku kontroli (*Europol*, 2007b), Rietumāfrikas ģeogrāfisko stāvokli un šī reģiona valstu ekonomikas nestabilo stāvokli, kā rezultātā bieži ir vāja arī šo valstu tiesu un tiesībsaizsardzības sistēma.

Starptautiskā sabiedrība ir uzsākusi vairākas iniciatīvas, lai risinātu šo problēmu. Papildus citām Eiropas Savienības iniciatīvām Padome ar Horizontālās narkotiku darba grupas starpniecību ir aktualizējusi Rietumāfrikas jautājumu un iesniegusi 2008. gada ANO Narkotiku komisijai rezolūciju par Rietumāfrikai sniegtā starptautiskā atbalsta stiprināšanu. Turklāt septiņas dalībvalstis ar ES atbalstu izveidojušas Jūras analīzes un operāciju centru narkotiku apkarošanai (MAOC-N) – militāro struktūru atbalstītu tiesībsaizsardzības centru, kas atrodas Lisabonā un kura mērķi ir apkarot kokaīna kontrabandu, īpaši pievēršot uzmanību Atlantijas okeāna austrumu daļai.

⁽¹⁾ *UNODC* (2007b) ziņo, ka 2006./2007. gadā visvairāk narkotiku tika atsavināts Senegālā, Ganā, Mauritānijā, Gvinejā-Bisavā, Kaboverdē, Nigērijā, Beninā un Šjerraleonē.

⁽⁸⁴⁾ Dati par šajā nodaļā minēto kokaīna atsavināšanu Eiropā ir atrodami tabulā SZR-9 un SZR-10 2008. gada statistikas biļetenā. Ievērojiet, ka visā nodaļā, ja trūkst datu par 2006. gadu, aplēsēs par Eiropu kopumā ir izmantoti atbilstošie 2005. gada dati.

⁽⁸⁵⁾ Datus par tirību un cenu skatīt tabulā PPP-3 un PPP-7 2008. gada statistikas biļetenā.

ir pievienojušās pēc 2004. gada, ilgstošas lietošanas izplatības līmenis visu pieaugušo vidū ir ļoti zems (0,4–1,2 %).

Tiek lēsts, ka pēdējā gadā šo narkotiku ir lietojuši apmēram 4 miljoni eiropiešu (caurmērā 1,2 %), tomēr arī šajā ziņā valstu rādītāji ievērojami atšķiras. Tas redzams arī nesenos valstu apsekojumos, kuros minētie pēdējā gada lietošanas izplatības rādītāji ir no 0,1 % līdz 3 %, tomēr tikai četrās valstīs šis rādītājs pārsniedz 1 %. Pēdējā mēneša lietošanas izplatības rādītājs (2 miljoni) ir vienāds ar apmēram pusi no lietošanas izplatības rādītājiem par pēdējo gadu un atbilst 0,5 % visu pieaugušo. Šīs aplēses, visticamāk, ir konservatīvas.

Kopumā šķiet, ka kokaīna lietošana ir koncentrēta dažās valstīs, galvenokārt Spānijā un Apvienotajā Karalistē, un mazākā mērā Itālijā, Dānijā un Īrijā, bet pārējās Eiropas valstīs lietošanas rādītāji ir salīdzinoši zemi. Valstīs, kur nelegālo stimulējošo narkotiku tirgū dominē amfetamīni, gandrīz vienmēr ir zemas kokaīna lietošanas izplatības aplēses, un pretēji – lielākajā daļā valstu, kur visizplatītākais nelegālais stimulants ir kokaīns, ir vērojami zemi amfetamīna lietošanas rādītāji ⁽⁸⁶⁾.

Kokaīna lietošana gados jaunu pieaugušo vidū

Kokaīnu lieto galvenokārt gados jauni (15–34 gadus veci) pieaugušie. Piemēram, apmēram septiņas astotdaļas no 4 miljoniem eiropiešu, kas lietojuši šo narkotiku pēdējā gadā, varētu būt gados jauni pieaugušie.

Saskaņā ar aplēsēm vismaz vienreiz mūžā kokaīnu ir pamēģinājuši 7,5 miljoni gados jaunu (15–34 gadus vecu) Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji 5,4 %. Valstu rādītāji ir no 0,7 % līdz 12,7 %. Tiek lēsts, ka kokaīna pēdējā gada lietošanas līmenis caurmērā Eiropā šajā vecuma grupā ir 2,3 % (3,5 miljoni), bet pēdējā mēneša lietošanas līmenis ir 1 % (1,5 miljoni).

Lietošanas izplatība ir īpaši augsta gados jaunu (15–34 gadus vecu) vīriešu vidū, kam Spānijā, Dānijā, Īrijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē pēdējā gada lietošanas izplatība ir no 4 % līdz 7 % ⁽⁸⁷⁾. Sieviešu un vīriešu proporcionālā attiecība pēc pēdējā gada lietošanas izplatības gados jaunu pieaugušo vidū dažādās valstīs bija no 1:1 līdz 1:13. Vidējie svērtie rādītāji par Eiropas Savienību kopumā liecina, ka vīriešu un sieviešu attiecība 15–34 gadus vecu kokaīna lietotāju vidū bija gandrīz 4 pret 1 (3,8 vīrieši pret 1 sievieti).

Kokaīna lietošanas rādītāji nesenākā laikposmā (pēdējā gadā un pēdējā mēnesī) ir visaugstākie vecuma grupā no

Kokaīna lietošanas aplēšana pēc kanalizācijas ūdeņu analīzes

Izmantojot analītiskās ķīmijas jaunākos sasniegumus kokaīna konstatēšanā notekūdeņos, ir radusies jauna iespēja pārraudzīt nelegālo narkotiku lietošanu sabiedrībā; šo metodi dēvē par "notekūdeņu epidemioloģiju". Izmantojot šo metodi, tiek mērīts ar lietotāju urīnu izvadīto nelegālo narkotiku sadalīšanās produktu līmenis. Pēc tam notekūdeņos izmērītā sadalīšanās produktu līmeņa vērtības sakārto skalā, lai aprēķinātu nelegālo narkotiku lietošanas apmērus attiecīgajā sabiedrības grupā. Nozīmīgākais ar urīnu izdalītais kokaīna metabolīts ir benzoilekgonīns. Tā kā vienīgais iespējamais veids, kā benzoilekgonīns var nonākt notekūdeņos, ir izvadīšana no cilvēka organisma kokaīna sadalīšanās rezultātā, ar dažiem pieņēmumiem no metabolīta daudzuma notekūdeņos var aprēķināt vietējās sabiedrības patērēto kokaīna daudzumu (taču ne lietotāju skaitu).

Notekūdeņu epidemioloģija vēl ir attīstības sākumposmā, un šī briža pētniecības perspektīvā ir jāiekļauj gan informācija, ko tā sniedz, gan svarīgi tehniski un ētiski jautājumi, ko tā uzdod. Šīs tēmas ir apskatītas jaunajā EMCDDA publikācijā par notekūdeņu analīzi (EMCDDA, 2008b). Ziņojumā ir apkopoti dažādu jomu speciālistu atzinumi un pausts secinājums, ka, kaut gan ir vajadzīgs papildu darbs, notekūdeņu epidemioloģijai ir potenciāls narkotiku lietošanas uzraudzībā vietējā sabiedrībā. Šo pieeju varētu izmantot arī kā narkotiku lietošanas uzraudzības instrumentu, kas sabiedrības veselības un tiesībsargāšanas jomā iesaistītajiem palīdzētu noskaidrot narkotiku lietošanas iezīmes dažāda lieluma pašvaldībās. Tā kā notekūdeņu paraugus var vākt un analizēt katru dienu, reizi nedēļā vai mēnesī, šādus datus var lietot, lai iegūtu laika ziņā precīzākus mērījumus, kas ļautu sabiedrībai pārraudzīt profilakses un ieviešanas pasākumu ietekmi un efektivitāti.

15 līdz 24 gadiem, taču šī tendence nav tik izteikta kā kaņepju vai ekstazī lietotāju vidū ⁽⁸⁸⁾. Kokaīna lietošanas izplatība pēdējā gadā šajā vecuma grupā saskaņā ar aplēsēm ir 2,6 %, kas nozīmē, ka pēdējā gadā šo narkotiku ir lietojuši 2 miljoni iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 24 gadiem.

Kokaīna lietošana ir saistāma arī ar noteiktu dzīvesveidu. Analizējot Lielbritānijas 2003./2004. gada noziedzības pārskata datus, atklājās, ka apmēram 13 % 16 līdz 29 gadus vecu iedzīvotāju, kuri regulāri apmeklē krodziņus vai vīna bārus, norādīja, ka pēdējā gada laikā ir lietojuši kokaīnu, savukārt to iedzīvotāju vidū, kuri šādas iestādes apmeklē retāk, šis rādītājs bija 3,7 %. Vecuma grupā no 30 līdz 59 gadiem šie rādītāji bija attiecīgi 3,1 % un 1 %. Šajā pašā apsekojumā noteiktie kreka kokaīna lietošanas rādītāji bija ļoti zemi pat tajā apsekotajā grupā, kurā tika

⁽⁸⁶⁾ Skatīt "Eiropas stimulantu tirgus: "kokaīna valstis" un "amfetamīna valstis"?", 50. lpp.

⁽⁸⁷⁾ Skatīt attēlu GPS-13 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁸⁾ Datus par visiem gadiem skatīt attēlā GPS-15 un tabulās GPS-14 līdz GSP-16; jaunākos datus skatīt tabulā GPS-17 līdz GPS-19 2008. gada statistikas biļetenā.

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

Vecuma grupa	Lietošanas laikposms		
	Mūža laikā	Pēdējā gadā	Pēdējā mēnesī
15–64 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	12 miljoni	4 miljoni	2 miljoni
Vidēji Eiropā	3,6%	1,2%	0,5%
Diapazons	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija, Malta, Lietuva (0,4 %) Grieķija (0,7 %)	Grieķija (0,1 %) Polija, Latvija, Čehija (0,2 %)	Grieķija, Igaunija, Čehija (0,0 %) Malta, Lietuva, Polija, Somija, Latvija (0,1 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (7,7 %) Spānija (7,0 %) Itālija (6,6 %) Īrija (5,3 %)	Spānija (3,0 %) Apvienotā Karaliste (2,6 %) Itālija (2,2 %) Īrija (1,7 %)	Spānija (1,6 %) Apvienotā Karaliste (1,3 %) Itālija (0,8 %) Īrija (0,5 %)
15–34 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	7,5 miljoni	3,5 miljoni	1,5 miljoni
Vidēji Eiropā	5,4%	2,3%	1%
Diapazons	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija, Lietuva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grieķija (1,0 %)	Grieķija (0,2 %) Polija (0,3 %) Latvija, Čehija (0,4 %)	Igaunija (0,0 %) Grieķija, Polija, Latvija, Čehija (0,1 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (12,7 %) Spānija (9,6 %) Dānija (9,1 %) Īrija (8,2 %)	Apvienotā Karaliste (5,4 %) Spānija (5,2 %) Itālija (3,2 %) Īrija (3,1 %)	Spānija (2,8 %) Apvienotā Karaliste (2,7 %) Itālija (1,2 %) Dānija, Īrija (1,0 %)
15–24 gadi			
Aptuvenais lietotāju skaits Eiropā	3 miljoni	2 miljoni	800 000
Vidēji Eiropā	4,5%	2,6%	1,2%
Diapazons	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Valstis ar zemāko izplatību	Rumānija (0,4 %) Grieķija (0,6 %) Lietuva (0,7 %) Malta, Polija (1,1 %)	Grieķija (0,2 %) Polija (0,3 %) Čehija (0,4 %) Latvija (0,6 %)	Igaunija (0,0 %) Grieķija, Latvija (0,1 %) Čehija, Polija, Portugāle (0,2 %)
Valstis ar augstāko izplatību	Apvienotā Karaliste (11,2 %) Spānija (8,7 %) Dānija (8,0 %) Īrija (7,0 %)	Apvienotā Karaliste (6,1 %) Spānija (5,8 %) Īrija (3,8 %) Dānija, Itālija (3,3 %)	Apvienotā Karaliste (3,2 %) Spānija (3,1 %) Itālija (1,3 %) Bulgārija, Īrija (1,1 %)

Informācija ir pamatota uz pēdējo pieejamo apsekojumu katrā valstī. Pētījumā iekļauti dati par laiku no 2001. līdz 2007. gadam. Vidēja izplatība tika noteikta, aprēķinot vidējo svērtu vērtību pēc iedzīvotāju skaita attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Valstīm, par kurām nebija informācijas, aprēķinos izmantoja vidējo ES izplatības rādītāju. Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi (328 miljoni), 15–34 gadi (134 miljoni) un 15–24 gadi (64 miljoni). Šeit apkopotie dati ir pieejami 2008. gada statistikas biļetena sadaļā *General population surveys*.

konstatēts visaugstākais kokaīna lietošanas izplatības līmenis. Šie konstatējumi atbalsta detalizētākos pētījumos izteiktus atzinumus, kas norāda, ka kokaīna pulvera lietotāju un kreka kokaīna lietotāju raksturojums atšķiras. Iespējams, arī citās valstīs kokaīna lietošana ir saistāma ar līdzīgu dzīvesveidu.

Arī izklaides vietās veiktos pētījumos bieži tiek atklāta augsta kokaīna lietošanas izplatība. Piemēram, pētījumā, ko veica 2006. gadā deviņās Eiropas pilsētās (Atēnās, Berlīnē, Brno, Palmā, Lisabonā, Liverpūlē, Ļubļanā, Venēcijā, Vinē) un kurā piedalījās 1 383 jaunieši vecumā no 15 līdz 30 gadiem, kuri regulāri "nododas naktsdzīvei izklaides vietās", tika noskaidrots, ka 29 % lietojuši šo narkotiku vismaz vienreiz mūžā un gandrīz 4 % to kādreiz lietojuši vismaz reizi nedēļā (Eiropas Komisija, 2007b). Augstāki izplatības rādītāji tika konstatēti arī Francijā 2004.–2005. gadā veiktajā 1 496 personu apsekojumā, kuras intervēja piecos dažādos elektroniskās mūzikas pasākumos. Gandrīz 35 % no izlasē iekļautajām personām pēdējā mēnesī bija lietojuši kokaīnu, savukārt 6 % – kreka kokaīnu vai brīvās bāzes kokaīnu. Pētījumā tika konstatētas arī atšķirības pēc piederības subkulturām: to aptaujāto vidū, kurus apzīmēja kā "alternatīvus", kokaīna lietošanas rādītājs pēdējā mēnesī bija 50 %, savukārt kreka kokaīna izplatība bija 13 %, turpreti no tiem aptaujātajiem, kas nebija izteikti piederīgi kādai subkulturai, ceturtdaļa pagājušā mēnesī bija lietojuši kokaīnu, bet kreka kokaīnu – 2 %.

Kokaīna lietošana skolu audzēkņu vidū

Vispārējais kokaīna izplatības līmenis skolu audzēkņu vidū ir daudz zemāks nekā kaņepju lietošanas līmenis. Lielākajā daļā valstu ilgstošas kokaīna lietošanas līmenis 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū ir 2 % vai zemāks, Spānijā sasniedzot 4 % un Apvienotajā Karalistē 5 %⁽⁸⁹⁾. Valstīs, kas ir sniegušas nesenu skolu apsekojumu datus (Spānija, Portugāle, Slovākija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste), kokaīna lietošanas izplatība ir nemainīga vai nedaudz samazinās, taču izplatības līmeņa izmaiņas parasti ir pārāk mazas, lai būtu statistiski nozīmīgas. Spānijā nesen veikts apsekojums liecina, ka būtiski samazinājusies lietošanas izplatība 17 līdz 18 gadus vecu skolu audzēkņu vidū.

Kokaīna lietošanas ievirzes

Iedzīvotāju apsekojumos iegūtie dati liecina, ka kokaīna lietotāju vidū ir liels to lietotāju īpatsvars, kuri neturpina lietot šo narkotiku: valstīs, kur pēdējā gada lietošanas izplatības rādītājs ir virs 2 %, no 80 % līdz

90 % pieaugušo iedzīvotāju, kuri vismaz reizi mūžā ir pamēģinājuši kokaīnu, nav to lietojuši pēdējā mēnesī⁽⁹⁰⁾.

Par kokaīna lietošanas biežumu Eiropā pieejamās informācijas daudzums ir ierobežots. Lielbritānijas noziedzības pārskata analizē tika noskaidrots, ka apmēram 20 % jauniešu (16–24 gadus vecu), kuri iepriekšējā gadā bija lietojuši kokaīnu, lietoja šo narkotiku biežāk nekā reizi mēnesī. Deviņās Eiropas pilsētās veiktā pētījumā, kurā mērķtiecīgi bija atlasītas kokaīna lietotāju izlases (Prinzleve et al., 2004), tika konstatēts, ka caurmērā norādītais lietošanas biežums sociāli integrētu lietotāju vidū (septiņas dienas mēnesī) bija daudz mazāks nekā sociāli atstumtu lietotāju vidū (11 dienas) vai ārstējamu opioīdu lietotāju vidū (14 dienas).

Problemātiska kokaīna lietošana un ārstniecības pieprasījums

Valsts mēroga aplēses par problemātisku kokaīna lietošanu (injicēšanu vai ilgstošu/regulāru lietošanu) ir pieejamas tikai par Spāniju un Itāliju, bet reģionu mēroga aplēses ir pieejamas par Apvienoto Karalisti. Jaunākie dati par Spāniju liecina, ka uz 1 000 pieaugušo (15–64 gadus vecu) iedzīvotāju 2002. gadā bija 4,5–6 problemātiski kokaīna lietotāji. Itālijā rādītāji ir līdzīgi – saskaņā ar aplēsēm 2006. gadā uz 1 000 pieaugušo bija 3,7–4,5 problemātiski kokaīna lietotāji. Informāciju par Apvienoto Karalisti nevar tieši salīdzināt ar datiem par Spāniju un Itāliju, jo tajā ir atspoguļota galvenokārt kreka kokaīna lietošana. 2004.–2005. gadā veiktajā pētījumā tika lēsts, ka problemātisku kreka kokaīna lietotāju skaits Anglijā ir 5,7 līdz 6,4 uz 1 000 pieaugušo iedzīvotāju.

2006. gadā Eiropā apmēram 16 % no visiem pacientiem, kuri sāka ārstēties no narkotiku lietošanas, kā ārstēšanās galveno iemeslu nosauca kokaīnu, galvenokārt kokaīna pulveri; tas atbilst apmēram 61 000 reģistrētu gadījumu 24 valstīs⁽⁹¹⁾. Apmēram 18 % ambulatoro pacientu, kuri ārstējās no narkotiku lietošanas, minēja kokaīnu kā sekundāro narkotiku⁽⁹²⁾. Valstu rādītāji ir ļoti atšķirīgi, un liels kokaīna lietotāju īpatsvars narkotiku pacientu vidū ir tikai Spānijā (47 %) un Nīderlandē (35 %), taču jāpiebilst, ka pašlaik Itālijā šīs narkotikas lietotāji veido 25 % ārstniecības pieprasījumu. Citur Eiropā kokaīna lietotāji veido no 5 % līdz 10 % (10 valstīs) vai mazāk nekā 5 % visu ārstniecības pieprasījumu (12 valstīs)⁽⁹³⁾.

Kokaīna lietotāju skaits proporcionāli ir lielāks to lietotāju vidū, kas sāk ārstēties. Eiropā kopumā 2006. gadā kokaīnu kā primāro narkotiku nosauca 23 % jauno

⁽⁸⁹⁾ Skatīt tabulu EYE-1 2008. gada statistikas biļetenā.

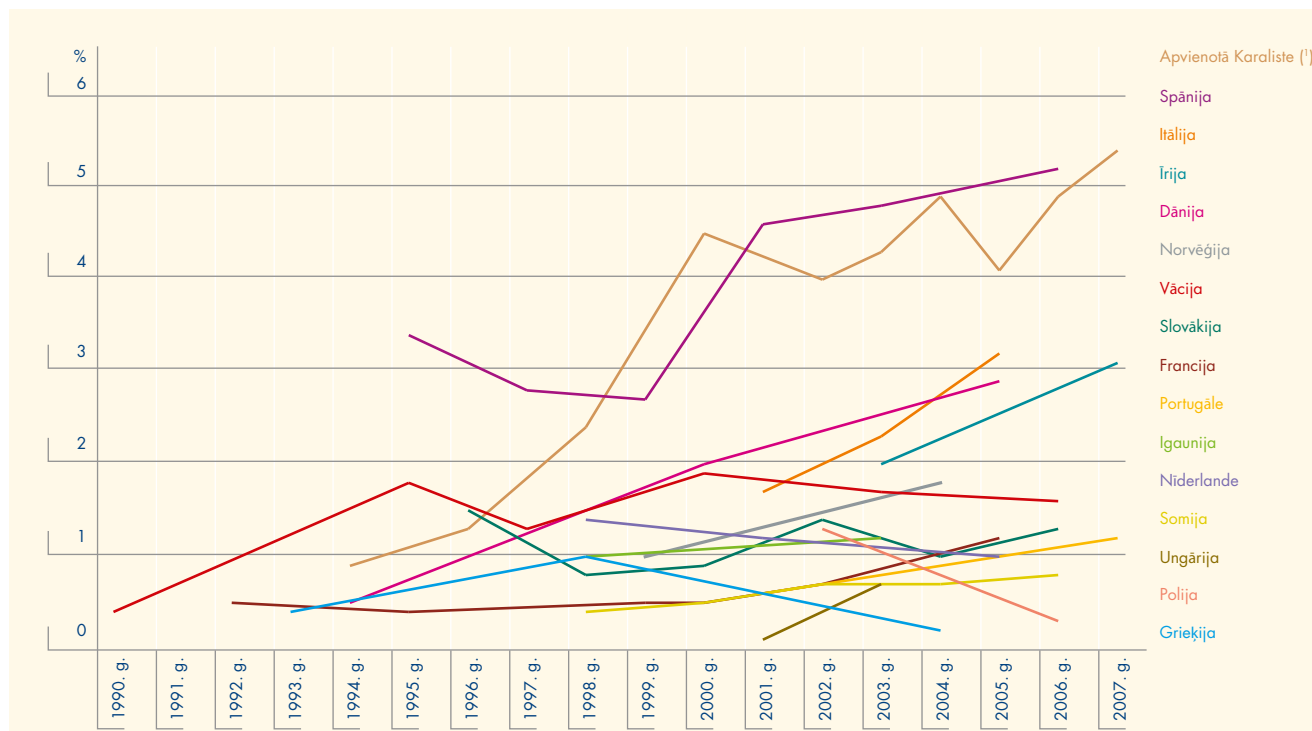
⁽⁹⁰⁾ Skatīt attēlu GPS-16 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹¹⁾ Skatīt tabulu TDI-115 un attēlu TDI-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹²⁾ Skatīt tabulas TDI-22 i) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹³⁾ Skatīt tabulas TDI-5 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā; datus par Spāniju skatīt 2005. gada biļetenā.

5. attēls. Kokaīna pēdējā gada lietošanas izplatības tendences gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū.



⁽¹⁾ Anglija un Velsa.

NB: Dānijas 1994. gada vērtība atbilst "smagajām narkotikām". Papildinformāciju skatīt attēlā GPS-14 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2007) no valstu iedzīvotāju apsekojumiem, ziņojumiem vai zinātniskiem rakstiem.

pacientu (apmēram 37 000 pieprasījumu) ⁽⁹⁴⁾. Saskaņā ar jaunākajiem datiem 2005. gadā Spānijā kokaīns bija jauno pacientu visbiežāk minētā primārā narkotika, un 63 % no visiem jaunažiem narkotiku pacientiem Spānijā bija jauni kokaīna pacienti.

Kokaīna lietošanas tendences

Kā nesenas lietošanas tendenču rādītāju izmantojot pēdējā gada lietošanas izplatību gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū (jo kokaīna lietotāji galvenokārt ietilpst šajā vecuma grupā), redzams, ka 20. gs. 90. gadu otrajā pusē kokaīna lietošana ievērojami pieauga Spānijā, Dānijā un Apvienotajā Karalistē. Jauni dati (2005.–2007. gadā veikti apsekojumi) apstiprina jau pagājušā gadā paziņoto pieaugušo tendenci Dānijā, Īrijā, Spānijā, Francijā, Itālijā, Portugālē un Apvienotajā Karalistē; nemainīga izplatība ir vērojama Vācijā, Nīderlandē, Slovākijā un Somijā, savukārt Polijā tika ziņots par lejupējo tendenci (5. attēls).

Izskatās, ka turpinās arī iepriekšējos gados novērotā kokaīna ārstniecības pieprasījumu augšupejošā tendence, kaut gan to nesamērīgi ietekmē dažas valstis. No 2002. gada līdz 2006. gadam to jauno pacientu īpatsvars, kuri sāk ārstēties

no kokaīna kā primārās narkotikas lietošanas, no 13 % pieauga līdz 25 %, bet reģistrēto gadījumu skaits no 13 000 palielinājās līdz gandrīz 30 000. Palielinājās arī visu kokaīna pacientu skaits un īpatsvars, kuri vēlējas ārstēties: no 22 000 pacientu (13 % visu ārstniecības pieprasījumu) 2002. gadā līdz 50 000 (19 %) 2006. gadā. Par lielāko pieaugumu informēja Itālija un Spānija ⁽⁹⁵⁾.

To kokaīna lietotāju skaita augšupejošā tendence, kuri sāk ārstēties, var būt saistīta ne tikai ar kokaīna lietošanas un ar lietošanu saistīto problēmu izplatības palielināšanos, bet arī ar citiem faktoriem (piemēram, ārstēšanās nosūtījumu skaita palielināšanās vai īpaši kokaīna lietotājiem paredzēti ieviešanas pasākumi); tāpat dažādu narkotiku veidu lietotāju ārstniecības pieprasījumu īpatsvaru neapšaubāmi ietekmē arī citu vielu lietotāju ārstniecības pieprasījumu skaita izmaiņas.

Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Kopumā aptuvenais kokaīna ilgstošas lietošanas izplatības līmenis Eiropas Savienībā gados jaunu pieaugušo vidū ir zemāks nekā vienaudžu vidū Austrālijā, Kanādā un ASV. Tomēr, aplūkojot atsevišķas valstis, Dānijā, Īrijā, Spānijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā) paziņotie

⁽⁹⁴⁾ Skatīt attēlu TDI-2 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁵⁾ Skatīt attēlu TDI-1 un TDI-3 un tabulas TDI-3 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

rādītāji ir augstāki nekā Austrālijā. Par ASV ilgstošas lietošanas rādītājiem līdzīgām izplatības aplēsēm ziņo tikai Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa) ⁽⁹⁶⁾. Savā ziņā var uzskatīt, ka šis rādītājs ataino kokaīna problēmu vēsturisko attīstību un to, ka ASV (Eiropā – Apvienotā Karaliste) ātrāk saskārusies ar augstu kokaīna lietošanas izplatību.

Ārstniecība un kaitējuma mazināšana

Ārstējamo pacientu raksturojums

Gandrīz visus (94 %) Eiropā reģistrētos kokaīna ārstniecības pieprasījumus apkalpo ambulatorie ārstniecības centri ⁽⁹⁷⁾. Tomēr jāpiebilst, ka kokaīna atkarību ārstē arī privātās klīnikās, reizēm stacionārā režīmā, un šābrīža uzraudzības sistēmā šī medicīniskās aprūpes forma nav labi pārstāvēta.

Ambulatoro kokaīna pacientu vidū ir vislielākais vīriešu īpatsvars attiecībā pret sievietēm visu narkotiku pacientu vidū (5 vīrieši pret vienu sievieti). Šo pacientu vidējais vecums ir 31 gads ⁽⁹⁸⁾, kas nozīmē, ka tā ir trešā vecākā narkotiku pacientu grupa pēc opioīdu lietotājiem un miega zāļu un sedatīvu lietotājiem. Lielākā daļa pacientu, kas

ārstējas no kokaīna lietošanas, norāda, ka sākuši lietot šo narkotiku 15 līdz 24 gadu vecumā ⁽⁹⁹⁾.

Valstu sniegtie dati liecina, ka dažādās valstīs ievērojami atšķiras veids, kā kokaīna pacienti lieto šo narkotiku. Tiek ziņots, ka kopumā apmēram puse (55 %) no kokaīna pacientiem šo narkotiku šņauc, gandrīz trešā daļa (32 %) smēķē, bet daudz mazāka daļa (9 %) šo narkotiku injicē ⁽¹⁰⁰⁾. Ārstējamās pacientus var vispārīgi iedalīt divās pamatgrupās. Pirmajā grupā parasti ietilpst sociāli vairāk integrēti lietotāji, kam ir stabila dzīvesvieta un darbs un kas parasti atzīst, ka šo narkotiku šņauc. Otrajā grupā ietilpst pacienti, kuri ir marginalizēti un parasti kokaīnu smēķē vai injicē (skatīt EMCDDA, 2006), un biežāk lieto kreka kokaīnu vai kokaīnu kopā ar heroīnu. Jo īpaši kreka pacienti parasti dzīvo lielpilsētās, pieder pie kādas no etnisko minoritāšu grupām; to vidū parasti ir liels bezdarbnieku īpatsvars, un tie dzīvo sliktos sadzīves apstākļos ⁽¹⁰¹⁾. Eiropas mērogā šai problēmai ir neliela un ģeogrāfiski ierobežota nozīme, jo būtiskas ar kreka kokaīna lietošanu saistītas problēmas ir sastopamas salīdzinoši nelielā skaitā lielpilsētu. Saskaņā ar sniegtajiem datiem 2006. gadā 20 Eiropas valstīs sāka ārstēties apmēram 8 000 kreka kokaīna pacientu (apmēram

Ar kokaīna lietošanu saistītās veselības problēmas

Informētība par kokaīna lietošanas un slimību saikni nereti ir ierobežota pat profesionālu mediķu vidū. Tā rezultātā var palikt nepamanītas dažas ar kokaīnu saistītas problēmas, un lietotāji, kam tās ir, nesaņems piemērotu aprūpi. Ja kokaīna radītās problēmas netiks ievērotas, netiks arī veicināta izpratne par šīs narkotikas ietekmi uz sabiedrības veselību.

Ar dažiem problemātiskiem kokaīna lietošanas veidiem saistītais risks ir labi zināms, un parasti to izjūt zināmas lietotāju grupas (bijušie vai pašreizējie opioīdu lietotāji, marginalizētās grupas). Piemēram, kokaīna injicēšana ir saistīta ar inficēšanās un augstāku pārdozēšanas risku, bet lietošana kopā ar opioīdiem, pēc visa spriežot, ir saistīta ar augstāku opioīdu pārdozēšanas risku.

Tomēr ar kokaīna pulveri saistītajām veselības problēmām ir lielāka iespējamība, ka tās paliks neievērotas un ietekmēs lietotājus, kas citos apstākļos neuzskatītu, ka ir apdraudēti. Kokaīna hroniska lietošana var radīt būtiskas veselības problēmas, no kurām lielākā daļa ir sirds un asinsvadu slimības (ateroskleroze, kardiomiopātija, aritmija, miokarda išēmija), un neiroloģiskas slimības (akūti smadzeņu asinsrites traucējumi un lēkmes). Šīs problēmas var saasināt jau esoši veselības traucējumi (piemēram, asinsvadu deformācija) un

tādi riska faktori kā smēķēšana vai alkohola lietošana. Daudzi nāves gadījumi, kurus piedēvē kokaīna lietošanai, iestājas šo patoloģiju ietekmē.

Kokaīna lietošana kopā ar alkoholu var palielināt kokaīna limeni asinīs pat par 30 %. No lietotāju izturēšanās skatpunkta kokaīna lietošana var veicināt pārmērīgu alkohola lietošanu, jo tā ļauj lietotājiem ilgāk apreibināties ar alkoholu, kas savukārt var palielināt patērēto kokaīna daudzumu (Gossop et al., 2006). Kokaīna lietošana kopā ar alkoholu var būt saistīta ar papildu apdraudējumu veselībai, ko var radīt kokaetilēna veidošanās aknās.

Kokaīna lietošanas ietekme uz sabiedrības veselību kopumā ir maz pētīta. ASV veiktā lielas iedzīvotāju grupas pētījumā (1988. – 1994. g.) tika konstatēts, ka viena ceturtdaļa neletālo akūta miokarda infarktu iedzīvotāju grupā vecumā no 18–45 gadiem tika piedēvēti “biežai kokaīna lietošanai dzīves laikā”. Biežākajiem lietotājiem bija septiņas reizes lielāks neletālo miokarda infarkta risks nekā nelietotājiem (Qureshi et al., 2001). Tomēr šo pētījumu nevar tieši vispārināt uz Eiropu. Pašlaik mums zināmie priekšstatī par Eiropā pieaugošās kokaīna lietošanas iespējamo ietekmi uz veselību ir vāji veidoti un nākotnē sabiedrības veselības aptaujās tiem būs jāpievērš liela vērība.

Lai uzzinātu vairāk par veselības problēmām, kas saistītas ar kokaīna lietošanu, skatiet 2007. gada īpašo tēmu par kokaīnu.

⁽⁹⁶⁾ Skatīt attēlu GPS-20 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-10 un TDI-21 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁹⁾ Skatīt tabulas TDI-11 iii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁰⁾ Skatīt tabulas TDI-17 ii) daļu un vi) daļu un tabulas TDI-111 vii) daļu un viii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰¹⁾ Skatīt 2007. gada īpašo tēmu par kokaīnu un kreka kokaīnu.

2 % no visiem narkotiku pacientiem), taču par lielāko daļu no tiem ziņoja Apvienotā Karaliste ⁽¹⁰²⁾.

Dažās valstīs arvien aktuālāks kļūst to problēmu ārstēšanas jautājums, ko rada kokaīna un heroīna lietošana vienlaikus. Var gadīties, ka ārstējamie pacienti ir heroīna lietotāji vai kādreiz lietojuši heroīnu, vai saņem aizvietojošā terapiju. Dažās valstīs tādi ir lielākā daļa pacientu, kuri ārstējas no kokaīna lietošanas. Dažos pētījumos ir izteikts pieņēmums, ka kokaīna un heroīna lietošana var būt saistīta ar blakus slimību parādīšanos vai saasināt psiholoģiskas problēmas, piemēram, bipolāros traucējumus. Ir pierādīts arī, ka, lietojot kokaīnu metadona uzturošās terapijas laikā, ir lielāka iespējamība, ka pacients turpinās vai atsāks lietot heroīnu, kas rada risku inficēties ar HIV un citām ar asinīm pārnestām infekcijām, kā arī medicīniska un sociāla rakstura problēmu un likumpārkāpumu risku.

Kokaīna atkarības ārstēšana

Pēc kokaīna lietošanas un ar to saistītu problēmu izplatības palielināšanās vairākās dalībvalstīs specializētajām narkotiku atkarības ārstniecības iestādēm ir jāuzņemas grūts uzdevums – jāpielāgo opioīdu lietotājiem paredzētie pakalpojumi dažādajām kokaīna un krekā lietotāju grupām. Taču 2006. gadā dalībvalstis, izņemot Spāniju, novērtēja kokaīna atkarības ārstēšanas programmu piedāvājumu un pieejamību kā zemu.

Dažas no dalībvalstīm, kurās ir konstatēts augsts kokaīna vai krekā kokaīna lietošanas izplatības līmenis, ir īpaši aktīvi risinājušas šo problēmu. Spānija 2007. gadā ieviesa īpašu valsts rīcības plānu attiecībā uz kokaīnu, savukārt Īrija īstenoja un novērtēja vairākas specifiskas programmas, kas bija paredzētas dažādām kokaīna lietotāju grupām. Šīs programmas paredzētas problemātiskiem intranazāliem kokaīna lietotājiem, vairāku narkotiku lietotājiem ar kokaīna radītām problēmām, kā arī sievietēm un seksa industrijā iesaistītajiem kokaīna lietotājiem. Itālijā 2008. gadā veikts liels klīniskais izmēģinājums, lai izpētītu divu medikamentu (aripiprazola un ropinirola) efektivitāti kokaīna atkarības ārstēšanā.

Informācija par Eiropas problemātiskajiem kokaīna lietotājiem sniegto pakalpojumu raksturu ir trūcīga. Tomēr labs priekšstats par pašreizējo praksi ir rodams valstu klīniskajos izdevumos vai profesionāļu apsekojumos. Saskaņā ar nesenu Apvienotās Karalistes ziņojumu (NICE, 2007) šķiet, ka ar kokaīnu saistītas problēmas Lielbritānijas specializētajos ārstēšanas centros risina tikai tad, ja primārā narkotiku problēma ir saistīta ar opioīdiem. Arī Itālijā nesen veiktā kokaīna lietotāju ārstēšanā iesaistītu ekspertu apsekojumā tika minētas grūtības

ārstniecībā lietot dažus elementus, ko šie profesionāļi uzskata par būtiski svarīgiem sekmīgu ārstniecības rezultātu sasniegšanā, piemēram, sniegt atbilstošus pakalpojumus (tādus kā īstermiņa stacionārā aprūpe, strukturēti psihosociālie ievākšanās pasākumi) vai klīniski nošķirt atšķirīgos kokaīna lietotāju tipus. Kā šo grūtību iemesli tika minētas organizatoriska rakstura problēmas, līdzekļu trūkums un efektīvu kokaīna lietotājiem paredzētu ārstniecisku ievākšanās pasākumu trūkums. Iespējams, profesionāļi citās dalībvalstīs saskaras ar līdzīgām problēmām. Tāpēc pakalpojumu uzlabošanai šajā jomā visdrīzāk būs vajadzīgi adekvāti ieguldījumi, atbilstoša ārstniecības kārtība un specializēta apmācība.

Apskatot neseno literatūru, redzams, ka nav novēroti pārliecinoši pierādījumi tam, ka šābrīža psihosociālie ievākšanās pasākumi ir efektīvi kokaīna atkarības ārstēšanā; nav arī iedarbīgu efektīvu farmakoloģiskas ārstēšanas metožu. Nesenā Cochrane veiktajā kokaīna un citu psihostimulantu lietotājiem paredzētu psihosociālu ievākšanās pasākumu apskatā tika secināts, ka konsekvēti, pozitīvi rezultāti, kas izpaužas uzvedībā (paturēšana terapijā, narkotiku lietošanas samazināšana), tika novēroti psihosociāliem ievākšanās pasākumiem, kuros bija paredzētas motivējošas ārstniecības metodes ⁽¹⁰³⁾.

Atšķirībā no opioīdu atkarības ārstēšanas pašlaik nav tādu iedarbīgu farmakoloģiskas ārstēšanas preparātu, kas palīdzētu kokaīna lietotājiem atturēties no narkotikas vai lietot mazāk (skatīt 2007. gada īpašo tēmu par kokaīnu). Klīniskos izmēģinājumos labus rezultātus ir devuši eksperimentāli ārstnieciski preparāti, kas paredzēti kokaīna patēriņa un tieksmes pēc šīs narkotikas mazināšanai (piemēram, baklofēns, tiagabīns, topiramāts). Īpaši daudzsolīgi rezultāti ir konstatēti modafinilam (centrālās nervu sistēmas stimulants), psihostimulantu aizvietojošās terapijas preparātam, kura priekšrocība salīdzinājumā ar citiem aizstājējiem preparātiem (piemēram, d-amfetamīnu) ir mazā iespējamība šo vielu lietot ļaunprātīgi (Myrick *et al.*, 2004). Turklāt daudzsolīgi rezultāti kokaīna lietošanas samazināšanā to opioīdu lietotāju vidū, kuri saņem aizvietojošā terapiju un vienlaikus lieto kokaīnu, konstatēti buprenorfinam, topiramātam un tiagabīnam.

Tiek pārbaudīta arī kokaīna atkarības imūnterapija, izmantojot kokaīna vakcīnu (TA-CD). Pēc devas ievadīšanas vakcīna izraisa antivielu izdalīšanos, kas asinsritē piesaista kokaīna molekulas un šādi ļauj dabiskiem enzīmiem tos pārvērst neaktīvās molekulās. Sākotnējo klīnisko izmēģinājumu rezultāti ir pozitīvi, taču, lai pārbaudītu vakcīnas kā kokaīna atkarības farmakoterapijas dzīvotspēju, ir jāveic papildu pētījumi.

⁽¹⁰²⁾ Skatīt tabulu TDI-115 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰³⁾ Skatīt "Motivējošā ārstniecība", 67. lpp.

Kokaīna vakcīna ir paredzēta galvenokārt lietošanas atsākšanas novēršanai, taču termins "vakcīna" var likt sagaidīt to, ka to lieto kokaīna atkarības novēršanā kā profilaktisku ārstniecības līdzekli (piemēram, bērniem vai pusaudžiem, kuri vēl nav iepazinušies ar narkotikām). Šādas pieejas efektivitāte ir neskaidra un rada ētiska rakstura bažas, kas izvērsti apspriestas gaidāmajā EMCDDA publikācijā "Addiction neurobiology: ethical and social implications".

Kaitējuma mazināšana

Problemātiska kokaīna lietošana bieži ir saistāma ar smagām sekām fiziskajai un garīgajai veselībai. Piemēram, Īrijā veiktā divu gadu pēckontroles apsekojumā par kokaīna lietošanu vietējā sabiedrībā tika noskaidrots, ka no kokaīna atkarīgo pacientu, jo īpaši injicētāju, vispārējais veselības stāvoklis ir pasliktinājies. Vairākos projektos tika konstatēta arī to pacientu skaita palielināšanās, kuriem sliktu injicēšanas paradumu dēļ veidojās augoņi un brūces; kā citas kokaīna pacientu vidū sastopamas problēmas var minēt svara zudumu, seksuāli transmisīvās slimības, sirds saslimšanas, amputācijas un riskantu uzvedību.

Motivējošā ārstniecība

Motivējošās ārstniecības mērķis, pozitīvi stimulējot atturēšanos, ir samazināt narkotiku lietošanas apmierinošo iedarbību. Parasti motivējošā ārstniecība kopā ar psihosociālo atbalstu tiek sākta reizē ar ārstniecības kursu, un, ja pacienta urīna analizēs netiek konstatētas narkotikas, pacients saņem pamudinājumu. Pamudinājums varētu būt, piemēram, kuponi, kuru vērtība atbilst nelielai naudas summai, kas palielinās ik pēc noteikta laika, kad pacients ir atturējies no narkotikām. Ja pacients atsāk lietot narkotikas, tas zaudē iegūtās balvas.

Šī metode atkārtoti stiprina pacienta atturēšanos no narkotikām un dod regulāri sasniegšanu mērķi. Spēcīgākie pierādījumi par motivējošās ārstniecības efektivitāti atturības uzturēšanā no narkotikām nāk no kokaīna un heroīna ārstniecības pētījumiem, taču ir arī pierādījumi, kas liecina, ka metodei ir panākumi kaņepju un metamfetamīna ārstniecībā.

Kaut gan lielākā daļa motivējošās ārstniecības pētījumu ir veikti ārpus Eiropas, nesen veiktos motivējošās ārstniecības tehniski ekonomiskajos pamatojumos ir gūti pozitīvi rezultāti Spānijā kokaīna lietošanas ārstēšanā (Secades-Villa et al., 2008) un kokaīna lietošanas terapijā opioīdu aizvietoģterapijas pacientu vidū Nīderlandē (DeFuentes-Merillas un De Jong, 2008), kur vidējais pamudinājuma lielums izmēģinājuma beigās atbilda EUR 150. Apvienotās Karalistes Valsts klīniskās izcilības institūta (NICE, 2007) ekonomiskajā analizē bija norādīts, ka motivējošā ārstniecība ir rentabla kokaīna ārstniecības iespēja, jo īpaši, ņemot vērā kokaīna lietošanas plašās sociālās izmaksas.

Dalībvalstis parasti sniedz kokaīna injicētājiem tos pašus pakalpojumus un iespējas kā opioīdu lietotājiem, piemēram, drošas lietošanas ieteikumus, drošas injicēšanas mācības un adatu apmaiņas programmas. Šajā jomā būtiski svarīgi ir zemā sliekšņa dienesti, jo tie sniedz elementāro aprūpi, kā arī konsultācijas un medicīnisko palīdzību. Lietotājus ar smagām ar kokaīnu un kreku saistītām problēmām, piemēram, fiziskām un garīgām blakusslimībām, vai sociālām, piemēram, ar dzīvesvietu saistītām problēmām, var nosūtīt ārstēties stacionārās rehabilitācijas programmās un terapeitiskās kopienās. Šo programmu mērķis ir ne tikai palīdzēt lietotājiem atturēties no narkotiku lietošanas, bet arī sniegt tiem atelpu un intensīvu aprūpi, un atbalstu, lai palīdzētu mainīt to haotisko un riskanto dzīvesveidu.

Sešās Spānijas pilsētās veiktā kvalitatīvā pētījumā tika konstatēts, ka seksa industrijā iesaistītie lieto galvenokārt alkoholu un kokaīnu. Saskaņā ar sniegtajiem datiem, narkotikas tiek lietotas neregulāri, taču tās palīdz mazināt psiholoģiskās barjeras vai kavēšanas reakciju un palielina izturību, kas vajadzīga, lai ilgstoši sniegtu seksa pakalpojumus dažādiem klientiem. Kā narkotiku lietošanas sekas prostitūtas minēja seksu bez izsargāšanās un lielāku klientu vardarbības risku. Šajā grupā ir vērojamas arī kaitīgas kreka kokaīna patēriņa ievirzes.

Seksa industrijā iesaistītajiem, kam ir kokaīna un kreka kokaīna lietošanas problēmas, uzmanību pievērš palīdzības un kaitējuma mazināšanas dienesti. Piemēram, Nīderlandē pašvaldību veselības aprūpes dienesti īsteno īpašas veselības aprūpes programmas, kas paredzētas seksa industrijā iesaistītām personām, kas lieto kreka kokaīnu, bet Francijā apvienība *Espoir Goutte d'Or*, kas pievēršas kreka kokaīna lietotāju un seksa industrijā iesaistīto personu riska profilaksei un kaitējuma mazināšanai, rīko iknedēļas brīvprātīgas konsultācijas un HIV un hepatīta ātrās noteikšanas testus.

Izklaides vietās ir izplatīta kokaīna lietošana izklaides nolūkā kopā ar pārmērīgu alkohola patēriņu, ko var saistīt ar nopietnām akūtām fiziskās veselības problēmām. Kā minēts 4. nodaļā, dalībvalstis arvien lielākā mērā izvēlas integrētu pieeju ar alkohola un nelegālo narkotiku lietošanu izklaides vietās saistītā kaitējuma mazināšanai. Dalībvalstu īstenoto programmu ietvaros jauniešiem tiek sniegtas konsultācijas un informācija par risku, kas saistīts ar alkohola un narkotiku lietošanu vispār, parasti iekļaujot arī materiālus par risku attiecībā pret akūtu un hronisku kokaīna lietošanu. Narkotiku lietotāju informētību aktīvi palielina un atbalstu tiem sniedz arī Eiropas Narkotiku palīdzības tīklu fonda dalībnieki, kas piedāvā konsultācijas un informāciju par narkotiku lietošanas radīto risku.

6. nodaļa

Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana

Heroīna piedāvājums un pieejamība

Eiropas nelegālo narkotiku tirgū vēsturiski tiek tirgoti divi importētā heroīna veidi: plaši pieejamais brūnais heroīns (ķīmiskajā pamatformā), ko ievēd galvenokārt no Afganistānas, un baltais heroīns (sāls formā), kas parasti nāk no Dienvidaustrumāzijas, lai gan šis heroīna veids pašlaik ir ievērojami mazāk sastopams ⁽¹⁰⁴⁾. Turklāt nedaudz opioīdu narkotiku ražo arī Eiropā, galvenokārt mājās pagatavotus magoņu preparātus (piemēram, magoņu salmus vai no sasmalcinātiem magoņu kātiem un galviņām izgatavotu magoņu koncentrātu), kurus izgatavo vairākās Austrumeiropas valstīs (piemēram, Latvijā, Lietuvā).

Ražošana un tirdzniecība

Heroīnu, ko lieto Eiropā, pārsvarā ražo Afganistānā, kas joprojām ir nelegālo opija piegāžu pasaules līdere, kurai seko Mjanma un Meksika. Pasaulē saražotais opija daudzums 2007. gadā turpināja būtiski palielināties (34 %), sasniedzot 8 870 tonnu, galvenokārt Afganistānas ražošanas apjoma pieauguma rezultātā, kas saskaņā ar aplēsēm bija 8 200 tonnu. Arī pasaulē saražotais heroīna daudzums 2007. gadā sasniedza rekordlielu atzīmi; saskaņā ar aplēsēm pasaulē tika saražots 733 tonnas heroīna (UNODC, 2008). Spriežot pēc Afganistānā likvidēto laboratoriju skaita palielināšanās pēdējos dažos gados, opijs arvien vairāk tiek turpat uz vietas pārstrādāts morfijā vai heroīnā. Tomēr lielais kaimiņvalstīs (Pakistānā, Irānā) konfiscētā morfija daudzums norāda, ka arī ārpus Afganistānas tiek pārstrādāts daudz šīs narkotikas (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroīns nonāk Eiropā pa diviem galvenajiem kontrabandas ceļiem: pēc tranzīta caur Pakistānu, Irānu un Turciju pa vēsturiski svarīgo Balkānu ceļu un tā vairākiem atzariem, un pa "ziemeļu ceļu", kas tiek izmantots arvien vairāk un ved caur Vidusāziju un Krievijas Federāciju (6. attēls). Saskaņā ar ziņojumiem heroīnu no Dienvidrietumāzijas ved arī pa sekundāriem kontrabandas ceļiem, piemēram, tieši no Pakistānas uz Eiropu (Apvienoto Karalisti), kā arī

cauri Pakistānai un Tuvo Austrumu un Āfrikas valstīm uz nelegālajiem Eiropas un Ziemeļamerikas tirgiem (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroīns no Dienvidrietumāzijas kontrabandas ceļā nonāk Eiropā arī caur Dienvidāzijas valstīm (Bangladešu) (INCB, 2008a). Eiropas Savienībā nozīmīgu vietu kā sekundārs izplatīšanas mezgls ieņem Nīderlande un mazākā mērā – Beļģija (Europol, 2008).

Atsavināšana

Saskaņā ar sniegtajiem datiem pasaulē 2006. gadā atsavināto opioīdu daudzums palielinājās, sasniedzot 384 tonnas opija un 104 tonnas heroīna un morfija. Visvairāk opija (81 %) tika konfiscēts Irānā, savukārt heroīns un morfijs tika pārtverts galvenokārt Pakistānā (34 %), kam sekoja Irāna (20 %), Turcija (10 %) un Ķīna (6 %) (UNODC, 2008).

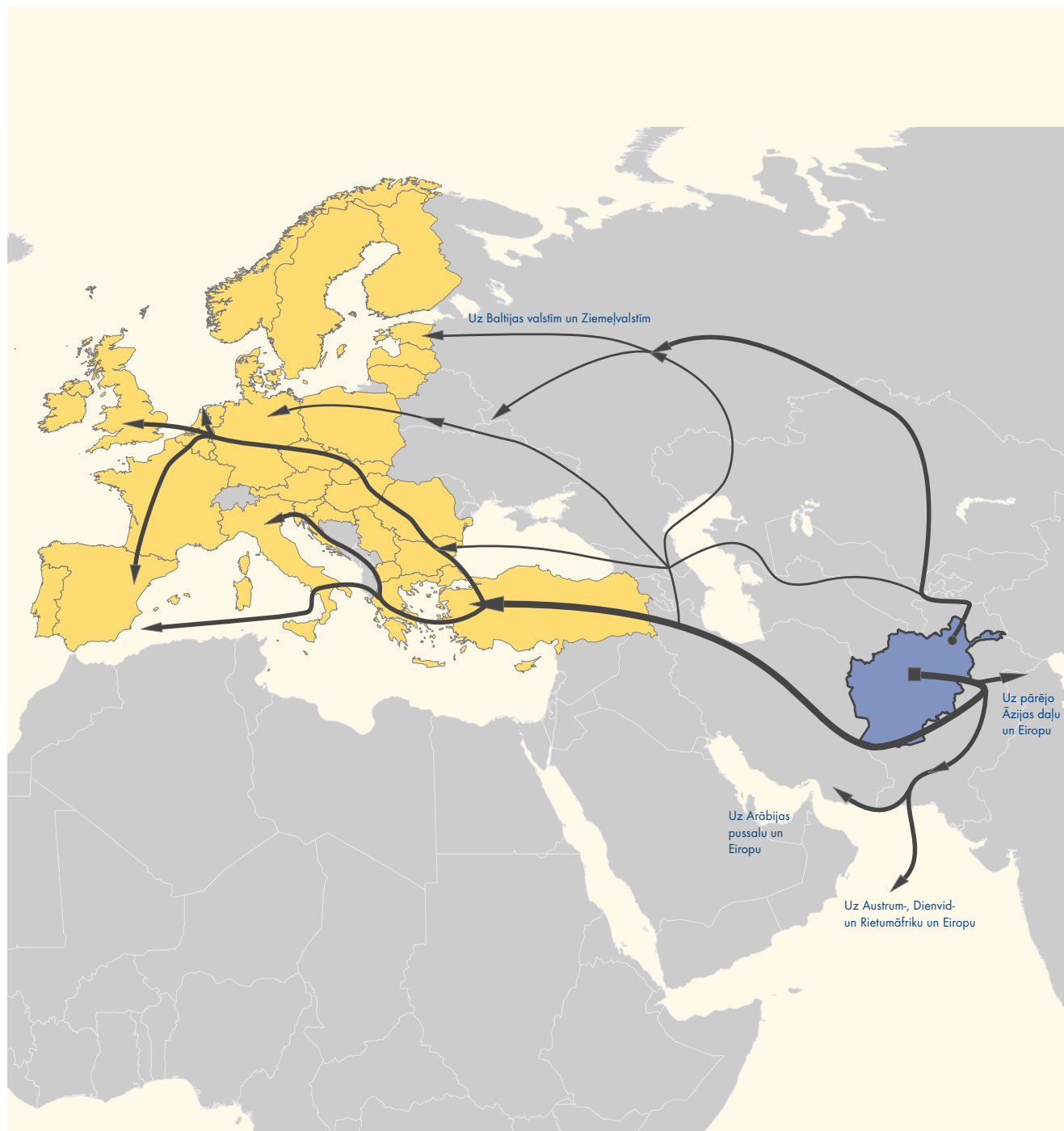
Eiropā 2006. gadā ir bijuši 48 200 atsavināšanas gadījumi, kuru rezultātā pārtvertas 19,4 tonnas heroīna. Eiropā lielākais konfiskāciju skaits joprojām bijis Apvienotajā Karalistē, bet Turcijā joprojām atsavināts lielākais heroīna daudzums, 2006. gadā sasniedzot 10,3 tonnas ⁽¹⁰⁵⁾. Caurmērā vienā atsavināšanas gadījumā konfiscētais heroīna daudzums šajās divās valstīs bija ļoti atšķirīgs: Turcijā vienā atsavināšanas gadījumā vidēji tika konfiscēts 100 reižu vairāk heroīna nekā vidēji vienā atsavināšanas gadījumā Apvienotajā Karalistē, kas ilustrē šo valstu dažādo novietojumu piegādes ķēdē (6. attēls). Pēdējos 10 gados heroīna atsavināšanas rādītāji Eiropā ir bijuši svārstīgi ar lejupejošu tendenci, 2001. gadā sasniedzot salīdzinošu maksimumu, bet 2003. gadā – nepieredzēti zemu līmeni. Laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam Eiropas Savienībā kopumā pārtvertā heroīna daudzums ir samazinājies. Turpretī Turcijā šajā pašā laikposmā konfiscētā heroīna daudzums ir palielinājies gandrīz trīskārtīgi.

Pasaulē atsavinātā acetanhidrīda (šo vielu izmanto nelegālā heroīna ražošanā) daudzums 2006. gadā palielinājās, sasniedzot 26 400 litru, no kuriem lielāko

⁽¹⁰⁴⁾ Informāciju par narkotiku piedāvājuma un pieejamības datu ieguves avotiem skatīt 37. lpp.

⁽¹⁰⁵⁾ Skatīt tabulu SZR-7 un SZR-8 2008. gada statistikas biļetenā. Ievērojiet, ka aplēsēs par atsavināšanu Eiropā, ja trūkst 2006. gada datu, ir izmantoti atbilstošie 2005. gada dati. Šai analīzei ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2006. gada dati par Apvienoto Karalisti.

6. attēls. Galvenās heroīna kontrabandas plūsmas no Afganistānas uz Eiropu.



NB: Kartē parādītās kontrabandas plūsmas ir izveidotas, apkopojot vairāku starptautisku un valstu organizāciju analīzi (Reitox tīkla valstu koordinācijas centri, Europol, INCB, UNODC, WCO). Šīs analīzes pamatā ir informācija par narkotiku atsavināšanu kontrabandas ceļos, kā arī tiesībsargājošo iestāžu izlūkinformācija tranzīvalstīs un galamērķa valstīs un reizēm ziņas no papildu avotiem. Kartē redzami kontrabandas ceļi jāuzskata par aptuvenu nozīmīgāko plūsmu norādi, jo pārvadāšanas laikā ir iespējamas novirzes uz citām valstīm, turklāt pastāv daudzi sekundāri reģionāli ceļi, kas šeit nav norādīti un var strauji mainīties.

daļu konfiscēja Krievijas Federācijā (9 900 litru) un Kolumbijā (8 800 litru), kam sekoja Turcija (3 800 litru) (INCB, 2008b). Kontrabandas ceļus no Afganistānas uz Eiropu izmanto arī prekursoru ķīmisko vielu kontrabandai (galvenokārt acetanhidrīda kontrabandai pa "zīda ceļu") un sintētisko narkotiku (galvenokārt ekstazi) kontrabandai austrumu virzienā (Europol, 2008).

Latvijā un Lietuvā 2006. gadā paziņotā 3-metilfentanila atsavināšana un ziņas par nelegāli ražota fentanila injicēšanas pieaugumu Igaunijā norāda uz vajadzību rūpīgāk novērot sintētisku opioīdu, piemēram, fentanila, pieejamību (šai vielai ir ievērojami spēcīgāka iedarbība nekā heroīnam).

Tīrība un cena

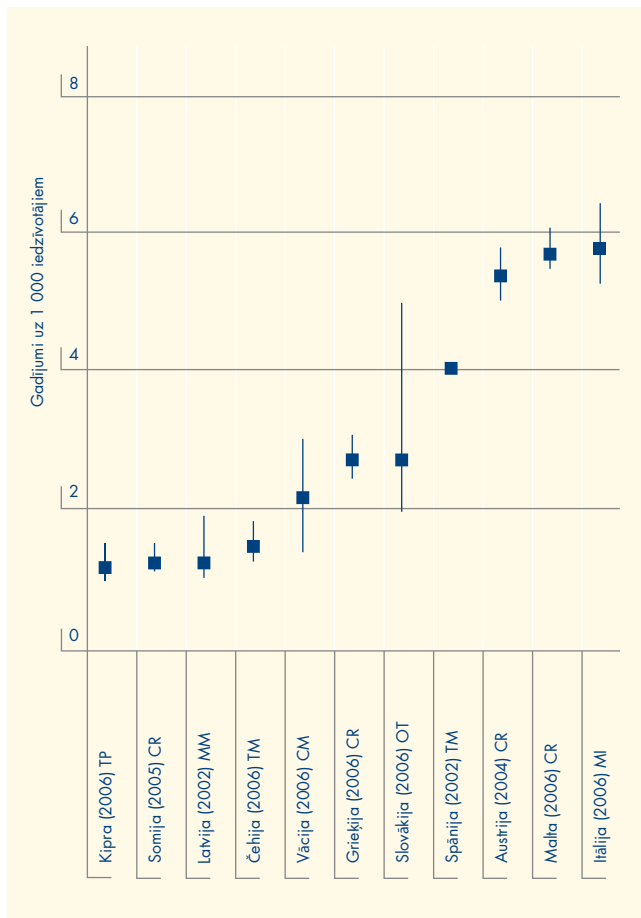
Brūnā heroīna tipiskā tīrība lielākajā gadījumā ziņojumā aplūkoto valstu 2006. gadā bija no 15 % līdz 25 %, kaut gan Grieķija, Francija un Austrija sniedza ziņas par tīrības rādītāju zem 10 %, savukārt par augstāku tīrību ziņoja Malta (31 %), Turcija (36 %) un Apvienotā Karaliste (43 %). Baltā heroīna tipiskā tīrība tajās dažās Eiropas valstīs, kuras sniedza ziņas, parasti bija augstāka (45–70 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

Brūnā heroīna mazumtirdzniecības cena 2006. gadā svārstījās no EUR 14,5 par gramu Turcijā līdz EUR 110 par gramu Zviedrijā, bet lielākā daļa Eiropas valstu ziņoja par EUR 30–45 par gramu lielām tipiskajām cenām. Ziņas par baltā heroīna cenu sniedza tikai dažas Eiropas valstis, un tā bija no EUR 27 līdz EUR 110 par gramu. Laikposmā no 2001. gada līdz 2006. gadam brūnā heroīna mazumtirdzniecības cena kritās lielākajā daļā no 13 Eiropas valstīm, kuras sniedza datus par tendencēm laikā, kaut gan Polijā ir novērotas pazīmes par pieaugumu.

Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses

Šajā sadaļā minētās informācijas avots ir EMCDDA problemātiskas narkotiku lietošanas (PDU) rādītājs, kas aptver galvenokārt injicējošu narkotiku lietošanu un opioīdu lietošanu, bet dažās valstīs svarīga šā rādītāja daļa ir arī amfetamīnu vai kokaīna lietotāji. Problemātisku opioīdu lietotāju skaita aplēses parasti ir aptuvenas, ņemot vērā šī narkotiku lietošanas veida salīdzinoši zemo izplatību un slēpto raksturu, un, lai no pieejamajiem datu avotiem izsecinātu izplatības rādītājus, jāizmanto statistikas datu ekstrapolēšanas metodes. Turklāt, tā kā lielākajā daļā pētījumu ir apskatīta noteikta teritorija, piemēram, pilsēta vai rajons, valsts līmeņa rādītājus ir grūti noteikt, datus ekstrapolējot.

7. attēls. Aplēses par problemātiskas opioīdu lietošanas gada izplatību (gadījumu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem).



NB: Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsvirzītas apzīmē aprēķinu nenoteiktības intervālus, kas var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze. Mērķgrupas var nedaudz atšķirties atkarībā no aprēķinu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi jāveic piesardzīgi. Somijā un Maltrā pētījumos tika izmantotas nestandarta vecuma grupas, attiecīgi 15–54 gadi un 12–64 gadi. Vācijai intervāls nozīmē intervālu starp visu pieejamo aplēšu zemāko apakšējo robežu un augstāko augšējo robežu, un punktu aplēse nozīmē viduspunktu vienkāršu vidējo rādītāju. Aplēsēs izmantotās metodes: CR = aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM = ārstēšanas koeficients; MI = dažādības rādītājs; TP = Puasona sadalījums; MM = mirstības koeficients; CM = vairākas metodes; OT = citas metodes. Papildinformāciju skatīt attēla PDU-1 ii) daļā 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

Spriežot pēc visa, problemātiskas narkotiku lietošanas ievirzes Eiropā kļūst daudzveidīgākas. Piemēram, dažās valstīs, kur vēsturiski ir dominējusi problemātiska opioīdu lietošana, neseni dati liecina, ka pieaug citu narkotiku, tostarp kokaīna, nozīme. Vajadzība efektīvi uzraudzīt problemātiskas narkotiku lietošanas ieviržu kopumu ir rosinājusi EMCDDA ziņot, iedalīt problemātiskus narkotiku lietotājus apakšgrupās pēc lietotās narkotikas, kuras var pārklāties ⁽¹⁰⁷⁾.

Problemātiskas narkotiku lietošanas aplēses par laikposmu no 2002. gada līdz 2006. gadam rāda, ka valsts līmenī

⁽¹⁰⁶⁾ Datus par tīrību un cenu skatīt tabulā PPP-2 un PPP-6 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁷⁾ Pārskatu par problemātiskas narkotiku lietošanas iedalījuma aplēsēm skatīt 2008. gada statistikas biļetenā.

uz katriem 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir aptuveni viens līdz seši problemātiski opioīdu lietotāji; aplēses liecina, ka kopējais problemātiskas narkotiku lietošanas rādītājs ir viens līdz desmit problemātiski narkotiku lietotāji uz 1 000 iedzīvotājiem. Zemākie pienācīgi dokumentētie problemātiskas opioīdu lietošanas rādītāji nāk no Kipras, Latvijas, Čehijas un Somijas (kaut gan Čehijai un Somijai ir liels problemātisku amfetamīnu lietotāju skaits), bet augstākie rādītāji nāk no Maltas, Austrijas un Itālijas (7. attēls).

No pieejamajiem nepilnīgajiem datiem var secināt, ka problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības vidējais līmenis ir četri līdz pieci gadījumi uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Pieņemot, ka šie dati ataino ES situāciju kopumā, tas norāda, ka ES un Norvēģijā 2006. gadā bija vidēji 1,5 miljoni (1,3–1,7 miljoni) problemātisku opioīdu lietotāju.

Problemātiskas opioīdu lietošanas tendences un izplatība

Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības laika tendences ir grūti aplēst, jo atkārtoti veiktu aplēšu daudzums ir ierobežots un atsevišķās aplēsēs nav skaidrības. Dati, kurus sniegušas deviņas valstis, kas veikušas aplēses no 2001. gada līdz 2006. gadam, liecina par atšķirīgām tendencēm. Čehijā, Vācijā, Grieķijā, Itālijā, Maltā, Slovākijā un Somijā izplatība ir bijusi salīdzinoši stabila, savukārt Austrijā ir novērots pieaugums (pēdējie dati par 2004. gadu), bet Kiprā ir konstatētas iespējamās samazinājuma pazīmes (¹⁰⁸).

Izmaiņas laikā jūtāmāk parāda jaunatklāto problemātiskas opioīdu lietošanas gadījumu skaits (jaunu gadījumu skaits noteiktā gadā), kas var sniegt savlaicīgu priekšstatu par izplatības un ārstniecības pieprasījuma tendencēm nākotnē. Taču izmantotie aplēses modeļi balstās uz vairākiem pieņēmumiem. Turklāt ar šiem modeļiem jaunatklāto gadījumu skaitu var noteikt tikai daļēji, jo to pamatā ir tikai tie lietošanas gadījumi, kas nonāk ārstniecības iestāžu redzeslokā. Nesenus datus ir sniegušas tikai divas valstis, un novērotās tendences atšķiras. Tiek lēsts, ka Itālijā kopš 1990. gada, kad tika novēroti 32 500 jauni gadījumi, jaunatklāto gadījumu skaits kritās līdz apmēram 22 000 jaunu gadījumu 1997. gadā, bet pēc tam atkal palielinājās līdz apmēram 30 000 jaunu gadījumu 2006. gadā. Turpretī Spānijā saskaņā ar aplēsēm problemātiska opioīdu lietošana kopš aptuveni 1980. gadā sasniegtās virsotnes ir nepārtraukti samazinājusies, bet pēdējos gados (2002.–2004. g.), šķiet, ir stabilizējusies salīdzinoši zemā līmenī (apmēram 3 000 jaunu gadījumu gadā). Lai veicinātu darba turpināšanu šajā jomā, EMCDDA sadarībā ar

valstu ekspertu grupu nesen ir izstrādājuši jaunas vadlīnijas jaunatklāto gadījumu aprēķināšanai (Scalia Tomba et al., 2008).

Ārstējamie opioīdu lietotāji

Lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu opioīdi, galvenokārt heroīns, joprojām ir galvenā narkotika, no kuras pacienti vēlas atradināties, meklējot medicīnisko palīdzību. No 2006. gadā ziņotajiem 387 000 ārstniecības pieprasījumu (datus sniedza 24 valstis) heroīns kā galvenā narkotika nosaukts 47 % gadījumu, kuriem zināma primārā narkotika. Kā ziņo lielākā daļa valstu, no visiem ārstniecības pieprasījumiem 50 % līdz 80 % ir saistīti ar opioīdu lietošanu; pārējās valstīs šis rādītājs svārstās no 15 % līdz 40 % (¹⁰⁹). Opioīdi ir visbiežāk minētā primārā narkotika to lietotāju vidū, kuri sāk ārstēties, bet lietotāju vidū, kas jau ārstējas, izplatība ir vēl lielāka. Nesen īstenotā projektā, kurā piedalījās deviņas valstis un tika pievērsta uzmanība visiem ārstējamajiem pacientiem, noskaidrojās, ka visu

Opioīdu rādītāji vairs nesamazinās

Pretēji iepriekšējos gada ziņojumos aprakstītajām tendencēm nesenī dati liecina, ka Eiropas Savienībā nedaudz palielinās narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits, heroīna konfiskāciju daudzums un jaunu heroīna atkarības ārstniecības pieprasījumu skaits.

Eiropā paziņoto narkotiku izraisīto un galvenokārt ar opioīdu lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita lejupejošā tendence apstājās 2003. gadā, un lielākā daļa dalībvalstu laikā no 2003. gada līdz 2005. gadam ir novērojušas augšupejošu tendenci. 16 no ziņojumā aplūkotajām 24 valstīm heroīna atsavināšanas gadījumu skaits no 2003. gada līdz 2006. gadam palielinājās par vairāk nekā 10 %. Pēc vairāku gadu krituma pusē no valstīm, kuras sniedza datus par laiku no 2005. gada līdz 2006. gadam, ir palielinājies jauno ārstniecības pieprasījumu skaits, kuros primārā narkotika ir heroīns. Šī tendence, iespējams, atspoguļo heroīna lietotāju skaita izmaiņas pirms dažiem gadiem, ņemot vērā laiku, kas paiet no pirmās lietošanas reizes līdz pirmajai ārstēšanās reizei.

Šīs nesenās tendences ir vērojamas līdzās opija ražošanas pieaugumam Afganistānā, kas rada bažas, ka šie notikumi heroīna pieejamības palielināšanās dēļ Eiropas tirgū varētu būt saistīti. Šis ir svarīgs jautājums, kam vajadzīga turpmāka izpēte, jo pieejamie dati neļauj iegūt skaidru priekšstatu. Turklāt pastāv svarīgi papildu faktori. Piemēram, pienāk ziņas, ka opioīdus saturošo medikamentu lietošana nemedicīniskiem nolūkiem dažās valstīs joprojām ir ļoti izplatīta vai palielinās (Čehijā, Igaunijā, Francijā, Austrijā, Somijā), kas var būt svarīgs faktors narkotiku izraisītu nāves gadījumu tendenču skaidrošanā.

(¹⁰⁸) Pilnu informāciju, tostarp ticamības intervālus, skatīt tabulas PDU-6 ii) daļā 2008. gada statistikas biļetenā un tabulā PDU-102.

(¹⁰⁹) Skatīt tabulu TDI-5 2007. gada statistikas biļetenā.

pacientu vidū kopumā 59 % ir primārie opioīdu lietotāji, bet to pacientu vidū, kuri ārstējas pirmo reizi, šis rādītājs ir 40 % ⁽¹¹⁰⁾.

Lielākā daļa narkotiku pacientu, kuri ārstējas ambulatori un kuru primārā narkotika ir opioīdi, lieto arī citas narkotikas, tostarp kokaīnu (25 %), citus opioīdus (23 %) un kaņepes (18 %). Turklāt 13 % ambulatoro pacientu un 11 % stacionāro pacientu, kuri ārstējas no citu primāro narkotiku lietošanas, atzīst, ka lieto opioīdus kā sekundāro narkotiku ⁽¹¹¹⁾.

Dažas valstis ir ziņojušas, ka būtiska ārstniecības pieprasījumu daļa ir saistīta ar opioīdiem, kas nav heroīns. Buprenorfina ļaunprātīgu lietošanu kā galveno ārstēšanās iemeslu norāda 40 % visu pacientu Somijā un 8 % pacientu Francijā. Latvijā un Zviedrijā 5 % līdz 8 % narkotiku pacientu primārās narkotikas ir opioīdi, kas nav heroīns vai metadons, bet gan galvenokārt buprenorfins, pretsāpju medikamenti un citi opioīdi ⁽¹¹²⁾. Vairākas valstis ziņo, ka heroīna pacientu vidū palielinās to lietotāju īpatsvars, kuri lieto vairākas narkotikas, un ka pieaug pacientu skaits, kuri lieto citus opioīdus, nevis heroīnu.

Ar ārstniecības pieprasījuma rādītāja starpniecību ziņotais faktiskais heroīna ārstniecības pieprasījumu skaits laikposmā no 2002. gada līdz 2006. gadam no 108 100 gadījumiem pieauga līdz 138 500, tātad par vairāk nekā 30 000. Tāpat primāro heroīna lietotāju skaits to pacientu vidū, kuri sāk ārstēties pirmo reizi mūžā, palielinājās no apmēram 33 000 2002. gadā līdz vairāk nekā 41 000 2006. gadā. Šo tendenci var skaidrot ar tādiem faktoriem kā problemātisko heroīna lietotāju skaita palielināšanās, ārstniecības nodrošinājuma izvēršana vai ziņojumu datu pilnīguma uzlabošana.

Narkotiku injicēšana

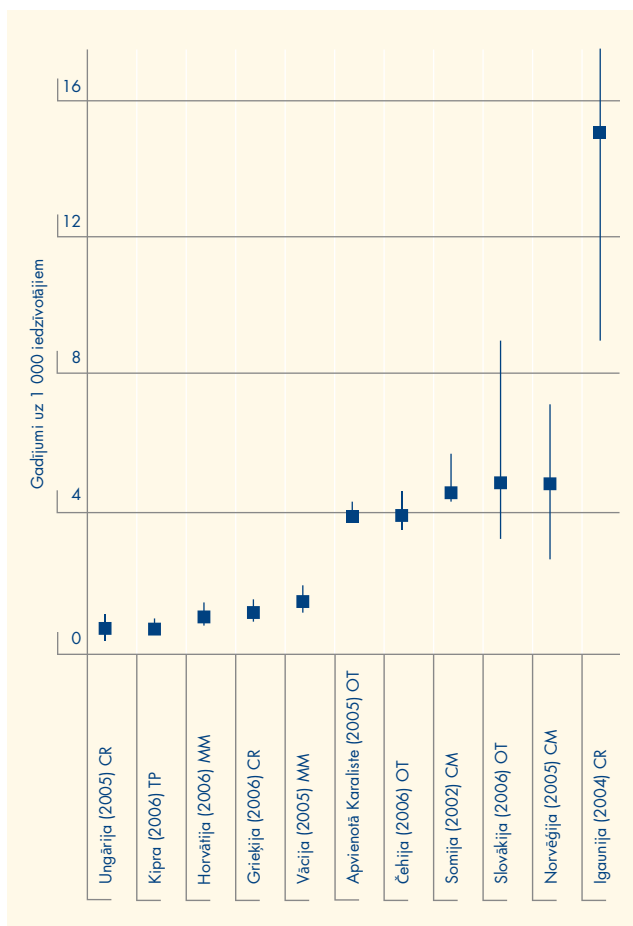
Narkotiku injicēšanas izplatība

Narkotiku injicētāji ļoti riskē iegūt ar narkotiku lietošanu saistītus veselības traucējumus, piemēram, saslimt ar infekcijas slimībām, kas tiek pārnestas ar asinīm (piemēram, HIV/AIDS, hepatīts), vai mirt no narkotiku lietošanas. Tikai 11 valstis spēja sniegt informāciju par aplēsto narkotiku injicēšanas izplatību (8. attēls), lai gan saistībā ar sabiedrības veselību šādas aplēses ir ļoti svarīgas. Tādēļ Eiropas veselības pārraudzības sistēmu attīstības kontekstā par šo īpašo narkotiku lietotāju grupu pieejamās informācijas līmeņa uzlabošana ir uzskatāma par vienu no būtiskākajiem uzdevumiem.

Par narkotiku injicēšanu pieejamās aplēses liecina, ka izplatība dažādās valstīs būtiski atšķiras. Tiek lēsts, ka lielākajā daļā valstu izplatība ir no viena līdz pieciem gadījumiem uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, taču Igaunija ziņo par ārkārtīgi augstu izplatības līmeni – 15 gadījumi uz 1 000 iedzīvotājiem.

Datu trūkums neļauj izdarīt secinājumus par narkotiku injicēšanas izplatības tendencēm laikā, taču pieejamie dati liecina par kritumu Norvēģijā (2001.–2005. g.) un par stabilu situāciju Čehijā, Grieķijā, Kiprā un Apvienotajā Karalistē ⁽¹¹³⁾.

8. attēls. Aplēses par narkotiku injicēšanas izplatību (gadījumu skaits uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem).



NB: Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsvirzītes apzīmē aprēķinu nenoteiktības intervālus, kas var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze. Igaunijai nenoteiktības indikatora augšējā robeža atrodas ārpus skalas (37,9 uz 1000). Mērķgrupas var nedaudz atšķirties atkarībā no aprēķinu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi jāveic piesardzīgi. Aplēsēs izmantotās metodes: CR = aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM = ārstēšanas koeficients; MI = dažādības rādītājs; TP = Puasona sadalījums; MM = mirstības koeficients; CM = vairākas metodes; OT = citas metodes. Papildinformāciju skatīt attēlā PDU-2 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

⁽¹¹⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-39 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹¹⁾ Skatīt tabulu TDI-22 un tabulu TDI-23 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹²⁾ Skatīt tabulu TDI-113 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹³⁾ Skatīt tabulas PDU-6 iii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

Narkotiku injicēšana ārstējamo opioīdu lietotāju vidū

Pavisam 43 % no visiem opioīdu lietotājiem, kas 2006. gadā sāka ārstēties ambulatori, atzina, ka narkotiku injicē. Injicētāju skaita izmaiņas visu heroīna lietotāju vidū, kuri sāk ārstēties, var norādīt uz tendencēm plašākā mērogā problemātisko opioīdu lietotāju vidū. Šī īpatsvara samazināšanās laikā no 2002. gada līdz 2006. gadam ir novērota deviņās valstīs (Dānijā, Vācijā, Īrijā, Grieķijā, Francijā, Itālijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Turcijā), bet divas valstis (Rumānija, Slovākija) ziņo par palielinājumu. Injicētāju īpatsvars to heroīna lietotāju vidū, kuri sāk ārstēties, dažādās valstīs ievērojami atšķiras; zemākie rādītāji (zem 25 %) ir novēroti Spānijā, Francijā un Nīderlandē, bet augstākie (vairāk nekā 80 %) – Bulgārijā, Čehijā, Rumānijā, Slovākijā un Somijā ⁽¹¹⁴⁾.

Opioīdu lietotāju vidū, kas 2006. gadā pirmo reizi sāka ārstēties ambulatori, injicētāju skaits proporcionāli ir nedaudz mazāks (apmēram 40 %). Aplūkojot tendences laikā, tajās 13 valstīs, par kurām ir pieejami pietiekami dati, injicētāju īpatsvars jauno opioīdu pacientu vidū kritās no 43 % 2003. gadā līdz 35 % 2006. gadā ⁽¹¹⁵⁾.

Ārstniecības pieprasījuma datu analizē par deviņām valstīm, kas piedalījās izmēģinājuma pētījumā, tika noskaidrots, ka apmēram 63 % visu opioīdu pacientu (kas jau ārstējās vai bija sākuši ārstēties pēdējā gadā) atzina, ka pirms ārstēšanās sākšanas injicējuši šo narkotiku ⁽¹¹⁶⁾. Tas nozīmē, ka to pacientu vidū, kas jau bija sākuši ārstēties, bija salīdzinoši liels injicētāju īpatsvars.

Injicētāju vidū veikti pētījumi var palīdzēt rast skaidrību par valstu atšķirībām un Eiropā novērojamajām narkotiku injicēšanas tendencēm laikā. Daudzas valstis veic regulārus un atkārtotus injicētāju grupu pētījumus, parasti saistībā ar infekcijas slimību testiem; šīs grupas bieži tiek izraudzītas no dažādām vidēm, lai pētījumi būtu pēc iespējas vairāk vispārināmi. Šo pētījumu grupu selektīvajā atlasē iespējamās subjektivitātes dēļ valstu rezultāti būtu jāsalīdzina piesardzīgi ⁽¹¹⁷⁾.

Dažās valstīs šajos pētījumos ir novērots proporcionāli liels (virs 20 %) nesenu narkotiku injicētāju skaits (kuri injicē narkotikas mazāk nekā divus gadus), savukārt vairākās citās valstīs šādu lietotāju īpatsvars ir mazāks par 10 % (9. attēls). Gados jauni (jaunāki par 25) narkotiku injicētāji veido vairāk nekā 40 % Čehijā, Igaunijā, Lietuvā, Austrijā

un Rumānijā pētījumiem atlasīto injicētāju, turpretī deviņās citās valstīs par 25 gadiem jaunāki ir mazāk nekā 20 % pētījumu dalībnieku.

Kopumā neseno injicētāju lielais īpatsvars noteikti ir pamats satraukumam, it īpaši, ja to skata kopā ar lielo gados jauno injicētāju īpatsvaru. Kaut gan neseno injicētāju lielais īpatsvars var norādīt uz injicēšanas izplatības palielināšanos, tas var būt saistīts arī ar citiem faktoriem (piemēram, īsāks narkotiku injicēšanas laiks, labāk pieejama ārstēšana, lielāka mirstība gados veco injicētāju vidū).

Valstīs, kurām ir ilgstoša pieredze ar problemātisku opioīdu lietotāju grupām, parasti ir zems gados jaunu un nesenu injicētāju īpatsvars. Pārējo dalībvalstu, kuras bieži vien ir jaunās dalībvalstis, sniegtie dati liecina par augstāku gados jaunu injicētāju īpatsvaru. Atšķirīgā neseno injicētāju izplatība šajās valstīs, par kurām ir pieejama informācija, iespējams, atspoguļo atšķirības vidējā vecumā, kādā lietotāji pirmoreiz pamēģina narkotikas, kā arī jaunatklāto injicēšanas gadījumu skaita palielināšanos gados jaunāko vai vecāko lietotāju grupās.

Problemātiskas opioīdu lietošanas ārstēšana

Ārstējamo opioīdu pacientu raksturojums

Pacienti, kuri sāk ārstēties no opioīdu kā primāro narkotiku lietošanas, parasti ir gados vecāki (caurmērā 32 gadus veci) nekā lietotāji, kas sāk ārstēties no kokaīna, citu stimulantu un kaņepju lietošanas (attiecīgi caurmērā 31, 27 un 24 gadus veci), un sievietes parasti ir vienu vai divus gadus jaunākas nekā vīrieši. Opioīdu pacienti kopumā ir gados jaunāki valstīs, kuras pievienojušās Eiropas Savienībai kopš 2004. gada, kā arī Īrijā, Grieķijā, Austrijā un Somijā ⁽¹¹⁸⁾.

Kopumā opioīdu pacientu vidū vīriešu ir krietni vairāk nekā sieviešu – dzimumu attiecība ir trīs vīrieši pret vienu sievieti; jo īpaši proporcionāli vairāk vīriešu ir Dienvideiropas valstīs (Bulgārijā, Grieķijā, Spānijā, Francijā, Itālijā, Kiprā, Maltā, Portugālē) ⁽¹¹⁹⁾.

Opioīdu lietotāju vidū ir vērojams augstāks bezdarba līmenis un zemāks izglītības līmenis nekā citu pacientu vidū

⁽¹¹⁴⁾ Skatīt tabulu PDU-104, TDI-4, TDI-5 un tabulas TDI-17 v) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁵⁾ Skatīt attēlu TDI-7 un tabulas TDI-17 i) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

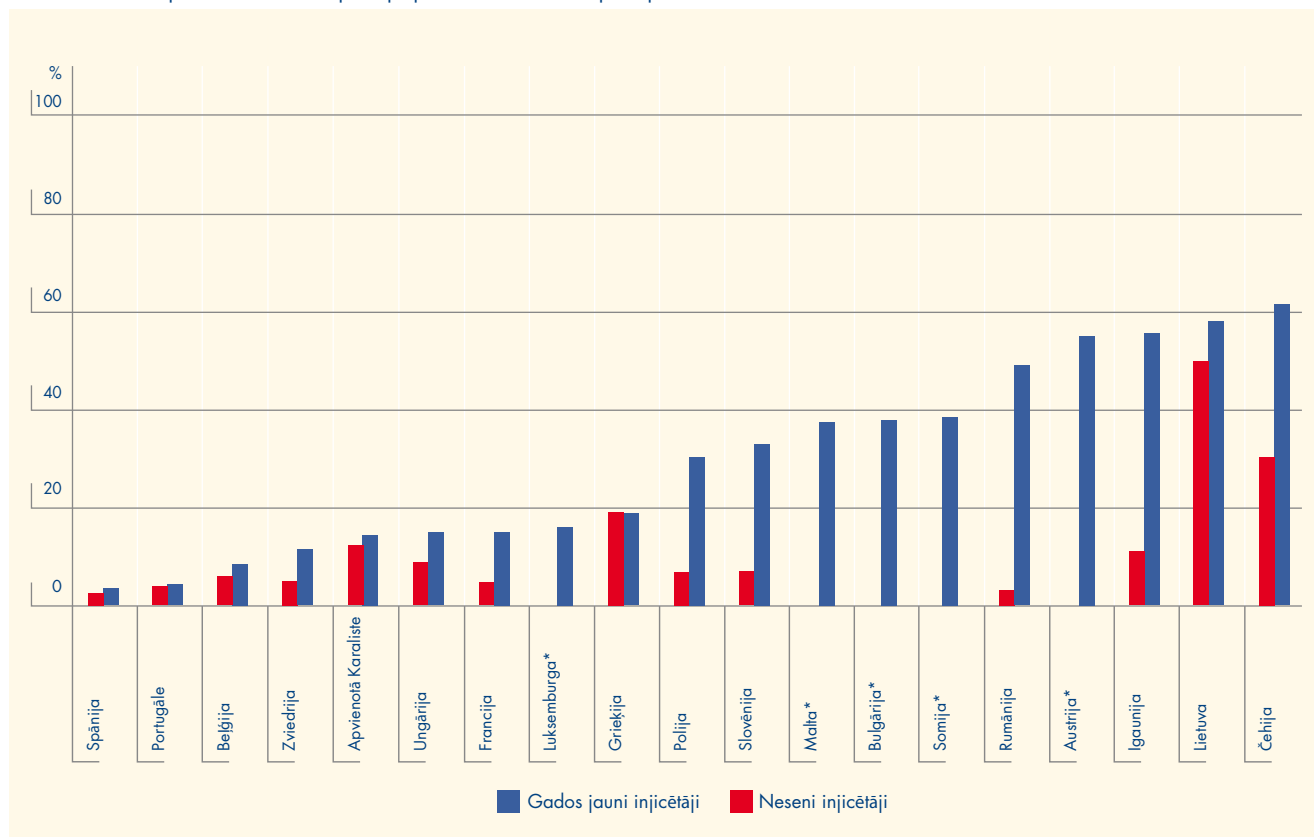
⁽¹¹⁶⁾ Skatīt tabulas TDI-17 v) daļu un tabulu TDI-40 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁷⁾ Varētu sagaidīt, ka gados jaunu vai jaunu narkotiku injicētāju īpatsvars grupās, kas dalībai pētījumā atlasītas no ārstniecības iestādēm, ir zemāks nekā izlasēs, kuras atlasītas "brīvāka režīma" iestādēs, piemēram, t.s. "zemā sliekšņa" dienestos, jo caurmērā pacienti sāk ārstēties tikai pēc tam, kad dažus gadus ir lietojuši narkotikas. Tomēr izlases vides un gados jaunu vai nesenu narkotiku injicētāju īpatsvara saistības statistiskā analīze neliecina par statistisku nozīmīgumu, kas nozīmē, ka izlases videi (ko klasificē kā "tikai narkotiku ārstniecība", "bez narkotiku ārstniecības" un "dažādas vides") varētu nebūt lielas ietekmes uz gados jaunu vai nesenu IDU īpatsvaru.

⁽¹¹⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-10, TDI-32 un TDI-103 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-5 un TDI-21 2008. gada statistikas biļetenā.

9. attēls. Gados jaunu un nesenu injicētāju īpatsvars narkotiku injicētāju vidū.



NB: Izlases ir atlasītas no injicētājiem, kam pārbaudīja infekcijas slimības (HIV un HCV). Analīzē ir izmantotas jaunākās pieejamās izlases par katru valsti laikposmā no 2002. gada līdz 2006. gadam, ar nosacījumu, ka izlasē ir vismaz 100 injicētāju. Zvaigznīte norāda, ka par neseniem injicētājiem dati nav pieejami. Papildinformāciju skatīt attēlā PDU-3 2008. gada statistikas biļetenā.

Avots: Reitox tīkla valstu koordinācijas centri.

(skatīt 2. nodaļu), un dažās valstīs konstatēts, ka opioīdu pacientiem biežāk ir psihiskas blakusslimības.

Apmēram puse opioīdu lietotāju, kas meklē medicīnisko palīdzību, apgalvo, ka opioīdus pirmo reizi lietojuši, nesasniedzot 20 gadu vecumu, bet apmēram viena trešdaļa norāda, ka pirmo reizi lietojuši 20 līdz 24 gadu vecumā; tikai retos gadījumos pirmā opioīdu lietošanas reize ir bijusi vecumā pēc 25 gadiem ⁽¹²⁰⁾. Saskaņā ar ziņojumiem no opioīdu pirmās lietošanas līdz pirmajam ārstniecības pieprasījumam vidēji paiet 7 līdz 8 gadi, un šis laiks vīriešiem parasti ir ilgāks nekā sievietēm ⁽¹²¹⁾.

Ārstniecības nodrošinājums un pārklājums

Opioīdu lietotājus lielākoties ārstē ambulatorajās iestādēs, kas var būt gan specializēti centri, ģimenes ārsti un t.s. "zemā sliekšņa" iestādes. Dažās valstīs, galvenokārt Bulgārijā, Grieķijā, Somijā un Zviedrijā būtisku lomu ieņem arī stacionāri ārstniecības centri ⁽¹²²⁾.

Ārstēšana no opioīdu lietošanas, izmantojot bezzāļu terapiju vai aizvietoģterapiju, ir pieejama visās ES

dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā. Turcijā pašlaik tiek pētīta iespēja nākotnē izmantot aizvietoģterapiju. Lielākajā daļā valstu plašāk pieejama ir aizvietoģterapija, tomēr 2005. gadā Ungārijā, Polijā un Zviedrijā informēja, ka galvenokārt tiek izmantotas bezzāļu terapijas metodes.

Aizvietoģterapija, parasti kopā ar psihosociālo aprūpi, ir pieejama specializētos ambulatorās ārstniecības centros un kopīgas aprūpes iestādēs ar privātprakses ģimenes ārstiem. Pieejamie dati liecina, ka kopumā pagājušogad aizvietoģterapijas pacientu skaits ir palielinājies, izņemot Franciju, Luksemburgu, Maltu un Nīderlandi, kur situācija bija stabila. Lielākais pieaugums proporcionāli tika novērots Čehijā (42 %), kaut gan par pieaugumu virs 10 % ziņoja arī Polija (26 %), Somija (25 %), Igaunija (20 %), Zviedrija (19 %), Norvēģija (15 %), Ungārija un Austrija (11 %).

Vienkārši salīdzinot problemātisko opioīdu lietotāju skaita aplēses un paziģoto pacientu skaitu, kas tikuģi ārstēti, var secināt, ka aizstāģģterapiju varētu saģemt katrs treģais vai pat lielāka daļa. Tomēr jāģņem vērā tas, ka abas datu kopas joproģģ nav precģzas un pret šādiem aprēģģiniem jāģzturas piesardģģģ. Turklāt problemātisko

⁽¹²⁰⁾ Skatģģ tabulu TDI-11, TDI-107 un TDI-109 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²¹⁾ Skatģģ tabulu TDI-33 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²²⁾ Skatģģ tabulu TDI-24 2008. gada statistikas biļetenā.

opioīdu lietotāju skaita aplēšu dažādie ticamības intervāli nozīmē, ka ir grūti salīdzināt valstu rādītājus. Pieejamie dati tomēr norāda, ka problemātisko opioīdu lietotāju īpatsvars, kuri saņem aizvietojošā terapiju, dažādās valstīs ievērojami atšķiras: Slovākijā saskaņā ar aplēsēm šis rādītājs ir apmēram 5 %, Somijā, Grieķijā un Norvēģijā – 20 līdz 30 %, Čehijā, Itālijā un Maltā – 35 līdz 45 %, bet Apvienotajā Karalistē (Anglijā), Vācijā un Horvātijā vairāk nekā 50 %⁽¹²³⁾.

Kaut gan aizvietojošā terapijā Eiropā galvenais izmantotais preparāts joprojām ir perorāli lietojams metadons, arvien plašāk sāk izmantot buprenorfinu. Kā iemeslu var minēt to, ka šim medikamentam novērota zemāka lietotāju mirstība, ja tas tiek lietots ļaunprātīgi (Connock et al., 2007). Dānijas Valsts veselības pārvalde pēc aizvietojošā terapijas vadlīniju pārskatīšanas pašlaik aicina ģimenes ārstus izrakstīt buprenorfinu, nevis metadonu.

Ārstniecības efektivitāte, kvalitāte un standarti

Nejaušu kontrolētu izmēģinājumu un novērojumu veidā veiktu pētījumu pārskatos ir secināts, ka gan metadona uzturošā terapija (MUT), gan buprenorfina uzturošā terapija (BUT) var būt efektīva opioīdu atkarības kontrolē.

Jauni farmakoloģiski līdzekļi

Ir izstrādāti un Eiropā pieejami jauni opioīdu atkarības ārstēšanai paredzēti farmakoloģiski līdzekļi. Pie šo jauno līdzekļu mērķiem var minēt ārstniecības efektivitāti, opioīdu lietotāju dažādo grupu vajadzību apmierināšanu un aizvietojošā terapijas preparātu ļaunprātīgas lietošanas iespēju mazināšanu.

2006. gadā kā alternatīva ārstēšanai tikai ar buprenorfinu ES tirgū tika laista buprenorfina/naloksone kombinācija ar mērķi samazināt injicēšanas iespējamību un pievilcību. Vairākas dalībvalstis pašlaik novērtē šīs vielas vērtību opioīdu ārstniecībā⁽¹⁾.

Medicīniskiem nolūkiem paredzēta heroīna (diamorfina) lietošana pret ārstēšanu noskaņotu hronisku opioīdu lietotāju ārstēšanā ierobežotā mērā pieejama Nīderlandē (815 pacientu 2006. gadā), Apvienotajā Karalistē (400 pacientu) un Vācijā, kur heroīna ārstniecības izmēģinājuma dalībnieki turpina saņemt diamorfinu saskaņā ar īpašiem noteikumiem. Turklāt Apvienotajā Karalistē pašlaik tiek veikts nejaušs injicējamo opioīdu izmēģinājums (RIOTT), kurā tiks novērtēta injicējama diamorfina, injicējama metadona un perorāla metadona efektivitāte. 2008. gada februārī Dānijā tika pieņemts lēmums ieviest diamorfina nozīmēšanas programmu.

⁽¹⁾ Tehniskā informācija par vielu ir pieejama EMEA tīmekļa vietnē: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>.

Tomēr nesenā Cochrane pārskatā tika secināts, ka buprenorfins ir neefektīvāks par metadonu adekvātās devās (Mattick et al., 2008). Vairākos pētījumos konstatēts arī, ka cilvēkiem, kuri nereaģē uz MUT, var palīdzēt diamorfina uzturošā terapija (Schulte et al., iespiešanās). Kopumā aizvietojošā terapijai ir vairāki pozitīvi rezultāti, tostarp ārstējamo paturēšana terapijā, nelegālas opioīdu lietošanas un injicēšanas samazināšanās, mirstības un kriminālpārkāpumu skaita samazināšanās, kā arī hronisku heroīna lietotāju veselības un sociālo apstākļu stabilizēšanās un uzlabošanās.

Pētījumi par ārstēšanas rezultātiem, piemēram, NTORS Apvienotajā Karalistē (Gossop et al., 2002) un DATOS Amerikas Savienotajās Valstīs (Hubbard et al., 2003), liecina, ka arī psihosociāli un psihoterapeitiski iejaukšanās pasākumi kopā ar ārstēšanu ar zālēm ir iedarbīgi. Šīs metodes ne tikai palielina motivāciju ārstēties, novērš lietošanas atsākšanu un mazina kaitējumu, bet ļauj sniegt konsultācijas un praktisku atbalstu pacientiem, kam paralēli opioīdu atkarības ārstēšanai ir jārisina ar dzīvesvietu, darbu un ģimeni saistītas problēmas. Taču pieejamie pierādījumi nepamato tikai psihosociālu terapijas metožu izmantošanu (Mayet et al., 2004).

Vairākas valstis nesen ziņojušas par savu ārstniecības vadlīniju uzlabošanu. Horvātijā, Dānijā un Skotijā ir pārskatītas aizvietojošā terapijas programmas un vadlīnijas, lai uzlabotu ārstniecības kvalitāti un neļautu to novirzīt melnajā tirgū. Arī Apvienotās Karalistes vadlīnijas par narkotiku atkarības klīnisko pārvaldi ir aktualizētas, un Valsts klīniskās izcilības institūts (NICE) ir izdevis īpašus norādījumus par metadona un buprenorfina izrakstīšanu, ārstēšanu ar naltreksonu, detoksikāciju, kā arī psihosociālo terapiju. Arī Portugālē ir sagatavojusi jaunus norādījumus, lai nodrošinātu savlaicīgu ārstniecības pieejamību.

Ārstniecība ieslodzījuma vietās

ES politikas veidotāji arvien vairāk atzīst, ka cietumos sniegtās ārstniecības praksei un pakalpojumu kvalitātei būtu jālidzinās tai, kādu sniedz pārējai sabiedrībai. Tomēr Eiropas Komisijas (2007a) izdotajā ziņojumā tika izcelts narkotiku lietotājiem pieejamo pakalpojumu trūkums cietumos un pievērsta uzmanība iejaukšanās pasākumu nozīmīgumam šajā vidē. Kā piemērus narkotiku ārstniecības pakalpojumu ierobežojumiem var minēt: personāla un zināšanu trūkumu (Latvijā, Maltā, Polijā), palīdzības sadrumstalotību (Latvijā), iejaukšanās pasākumu trūkumu īpašām grupām, piemēram, gados jauniem ieslodzītiem narkotiku lietotājiem (Austrijā), un uz sabiedrības veselību pamatotas profilakses stratēģijas trūkums (Grieķijā).

⁽¹²³⁾ Skatīt attēlu HSR-1 2008. gada statistikas biļetenā.

Kā pozitīvākus piemērus var minēt narkotiku ārstniecības programmu plašāku izplatību cietumos un to, ka daudzas valstis ziņo par jaunām ierosmēm. Piemēram, Portugālē ir izveidots tiesiskais regulējums šļirču apmaiņas programmai cietumos; Lietuvā ir pieņemts dekrēts, kas uzliek ieslodzījuma vietām par pienākumu pirms ieslodzīto atbrīvošanas sniegt konsultācijas; Dānijā kopš 2007. gada janvāra visi ieslodzītie, kuru cietumsoda termiņš pārsniedz trīs mēnešus, var saņemt "ārstniecības garantiju"; Čehijā 10 cietumos ir pieejama aizvītotājterapija; savukārt Īrijā pašlaik tiek novērtēti ieslodzījuma vietās pieejamie ārstniecības pakalpojumi ar mērķi nodrošināt to atbilstību brīvībā saņemamajiem pakalpojumiem.

Narkotiku ārstniecības nodrošinājuma līmenis ieslodzījuma vietās joprojām ir zems salīdzinājumā ar brīvībā pieejamo, kaut gan narkotiku lietošanas izplatība parasti ir lielāka. Daudzās valstīs priekšroku dod detoksikācijai, kas reizēm ir arī vienīgā pieejamā ārstniecības iespēja. Teorētiski vairumā valstu tiek piedāvāta aizvītotājterapija, taču dati liecina, ka reāli to saņem nedaudzi narkotiku lietotāji.

Izņēmumi ir Spānija, kur 2006. gadā aizvītotājterapiju saņēma 14 % visu notiesāto ieslodzīto (19 600), un Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa), kur paredzams, ka pēc jauno norādījumu ieviešanas 2007. gada aprīlī metadonu saņemošo lietotāju skaits palielināsies no 6 000 līdz 12 000.

Nesen ir publicēti praktiski norādījumi aizvītotājterapijai ieslodzījuma vietās, ko apstiprinājusi PVO un UNODC (*Kastelic et al.*, 2008), un dažos pētījumos ir norādīts, ka opioīdu aizvītotājterapijai ir novērota pozitīva ietekme uz riska uzvedību un mirstību (*Dolan et al.*, 2003).

Nesenā pārskatā par cietumos īstenotu aizvītotājterapijas programmu pētījumiem tika secināts, ka pozitīva iedarbība bija atkarība no diviem faktoriem: pietiekamām devām un no tā, ka ārstēšana ilga visu ieslodzījuma termiņu (*Stallwitz un Stöver*, 2007). Turklāt pakalpojumus šajā jomā vēlams papildināt ar rūpīgu atbrīvošanas plānošanu un saikni ar veselības aprūpes iespējām brīvībā, lai pēc atbrīvošanas netiktu atkal zaudēts ieslodzījumā panāktais veselības stāvokļa uzlabojums (¹²⁴).

(¹²⁴) Skatīt "Paaugstinātais nāves gadījumu risks pēc cietumsoda izciešanas vai ārstniecības pabeigšanas", 89. lpp.

7. nodaļa

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības

Vissmagāko ietekmi uz veselību narkotiku lietošanas rezultātā rada infekcijas slimības, piemēram, HIV un B un C hepatīts. Pat valstīs, kur HIV izplatība narkotiku injicētāju vidū ir zema, narkotiku lietotājus var pārmērīgi ietekmēt citas infekcijas slimības, to skaitā A, B un C hepatīts, seksuāli transmisīvās slimības, tuberkuloze, tetanuss, botulisms un cilvēka T-limfotropais vīruss. EMCDDA sistemātiski pārrauga HIV un B un C hepatītu narkotiku lietotāju vidū (antiviēlu izplatība vai citu īpašu marķieru izplatība B hepatīta gadījumā). Dati jāinterpretē piesardzīgi, ņemot vērā, ka atšķirīgo datu sistēmu metodikā ir vairāki ierobežojumi ⁽¹²⁵⁾.

HIV un AIDS

Pieejamā informācija liecina, ka līdz 2006. gada beigām jaunatklāto HIV infekcijas gadījumu īpatsvars narkotiku injicētāju vidū lielākajā daļā Eiropas Savienības valstu bija zems un situācija ES kopumā pasaules kontekstā ir salīdzinoši pozitīva. Šī situācijas iemesls vismaz daļēji varētu būt profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumu, tostarp aizvietošanas terapijas un šļirču apmaiņas programmu, pieejamības palielināšanās. Dažas valstis ir ziņojušas par citiem faktoriem, kam arī varētu būt bijusi ievērojama loma, piemēram, narkotiku injicēšanas apmēru samazināšanās. Tomēr dati liecina, ka dažās Eiropas daļās ar narkotiku injicēšanu saistītā HIV pārnesšana 2006. gadā joprojām ir turpinājusies samērā plaši, neļaujot aizmirst par neatliekamo vajadzību nodrošināt vietējās profilakses pasākumu pārklājumu un efektivitāti.

HIV infekcijas izplatības tendences

Dati par jaunatklātiem, ar narkotiku injicēšanu saistītiem gadījumiem 2006. gadā liecina, ka kopumā Eiropas Savienībā pēc maksimuma sasniegšanas 2001.–2002. gadā uzliesmojumu dēļ Igaunijā, Latvijā un Lietuvā

infekcijas izplatības rādītāji joprojām krītas ⁽¹²⁶⁾. Jaunatklātu infekciju sastopamības rādītājs 2006. gadā tajās 25 ES valstīs, par kurām bija pieejami dati, bija 5,0 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju, kas ir mazāk nekā 2005. gadā – 5,6 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotāju ⁽¹²⁷⁾. No trijām valstīm, kurās konstatēti augstākie jaunatklātu infekcijas gadījumu izplatības rādītāji (Igaunija, Latvija, Portugāle), Portugālē 2005.–2006. gadā turpinājās lejupejoša tendence, savukārt Igaunijā un Latvijā tendences nostabilizējās un sasniedza attiecīgi 142,0 un 47,1 jaunatklātus gadījumus uz miljonu iedzīvotāju. No 2001. gada līdz 2006. gadam nevienā valstī nav novērots HIV infekcijas straujš izplatības līmeņa pieaugums. Tajās valstīs, kur tika novērots neliels pieaugums (piemēram, Bulgārijā, Īrijā), tas nebija lielāks par vienu papildu gadījumu uz miljonu iedzīvotājiem gadā.

Aplūkojot absolūtos skaitļus, redzams, kurām valstīm ir lielākais īpatsvars ES kopskaitā. Par visvairāk jaunatklātu infekciju INL (intravenozo narkotiku lietotāji) vidū 2006. gadā ziņoja valstis, kurās ir visaugstākie infekcijas izplatības rādītāji (Portugāle – 703 jaunatklātas infekcijas, Igaunija – 191, Latvija – 108) ⁽¹²⁸⁾ un valstis, kurās ir daudz iedzīvotāju (Apvienotā Karaliste – 187, Vācija – 168, Francija – 167, Polija – 112) (10. attēls). Ņemot vērā vispārējo situāciju un lejupejošās tendences, kopš 2001. gada lielākais pieaugums, izsakot absolūtos skaitļos, ir novērots Apvienotajā Karalistē apmēram par 13 gadījumiem gadā un Vācijā apmēram par 10 gadījumiem, taču to sadalījums pa gadiem nav vienmērīgs. Bulgārijā nelielais pieauguma līmenis neseno palielinājies, un laikā no 2001. līdz 2006. gadam tika novēroti attiecīgi 0, 2, 0, 7, 13 un 34 jauni gadījumi, kas liecina par uzliesmojuma iespējamību.

Par HIV gadījumiem paziņotos datus būtiski papildina dati par tendencēm, kas iegūti no HIV izplatības uzraudzības narkotiku injicētāju izlasēs, jo tie sniedz informāciju par nediagnosticētajiem infekcijas gadījumiem. Izplatības dati par laiku no 2002. gada līdz 2006. gadam ir pieejami

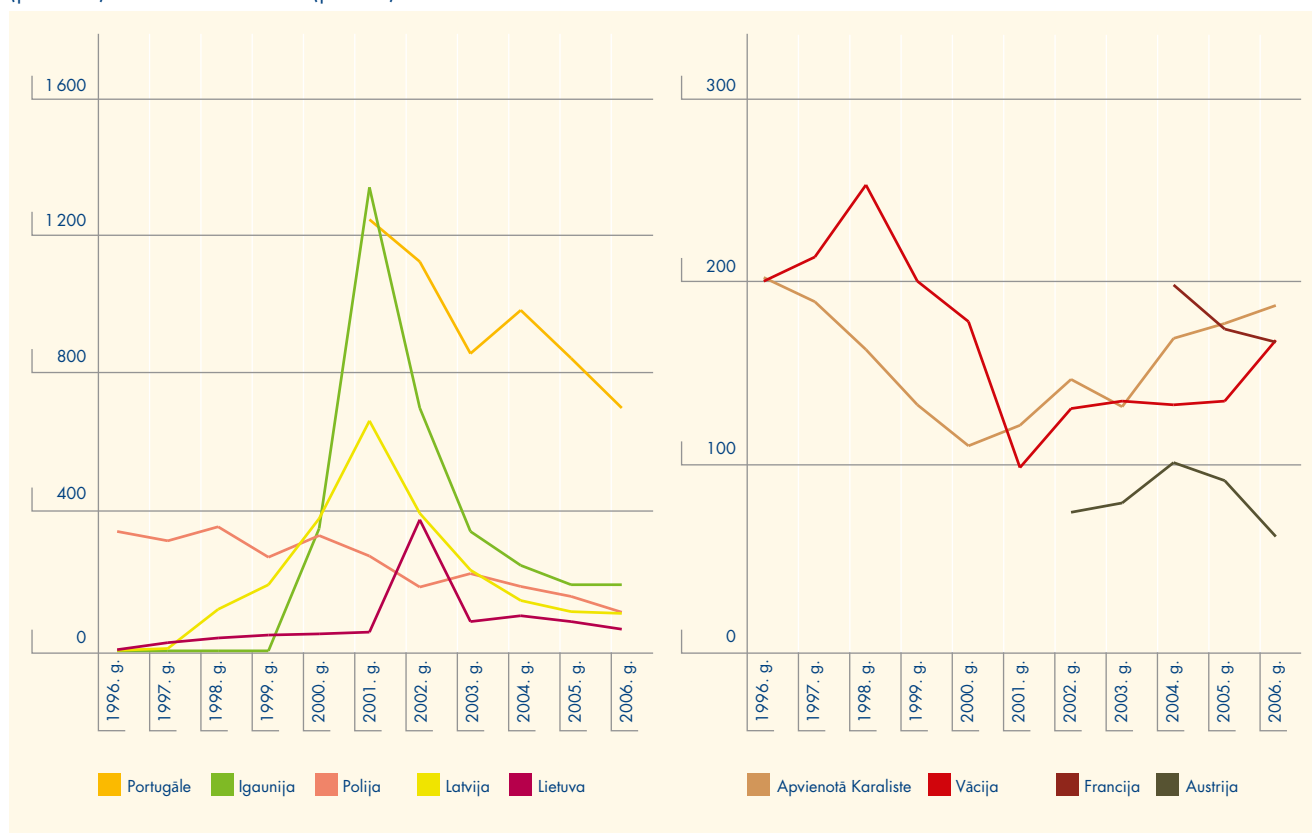
⁽¹²⁵⁾ Sīkāku informāciju par metodēm un definīcijām skatīt 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁶⁾ Skatīt tabulu INF-104 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁷⁾ Valsts mēroga dati nav pieejami par Spāniju un Itāliju. Veicot korekcijas, ņemot vērā šīs divas valstis, rādītājs būtu 5,9 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju; salīdzinājumā ar 2005. gadu rādītājs ir krities no 6,4.

⁽¹²⁸⁾ Portugālē 2006. gadā pēc EuroHIV ziņotajiem datiem bija 703 gadījumi, savukārt Portugāles Transmisīvo slimību epidemioloģiskās uzraudzības centrs (CVEDT) ziņoja par 432 gadījumiem; rādītāji atšķiras, jo EuroHIV ņem vērā ziņojuma gadu, bet CVEDT – diagnosticēšanas gadu.

10. attēls. Jaunatklātu HIV infekciju absolūtais skaits narkotiku injicētāju vidū pēc ziņojuma gada: valstis ar maksimumu virs 300 (pa kreisi) un no 100 līdz 300 (pa labi).



NB: Dati par Spāniju un Itāliju nav pieejami; izmantoti reģionu dati, ja tādi bija. Abu valstu kopējie nepilnie rādītāji 2005. gadā pārsniedza 100 jaunu gadījumu, un bija vērojama lejupejoša tendence. Papildinformāciju skatīt tabulā INF-104 2008. gada statistikas biļetenā.

Avots: EuroHIV.

par 25 valstīm ⁽¹²⁹⁾. 15 valstīs HIV izplatība minētajā laikposmā saglabājās nemainīga. Piecās valstīs (Bulgārijā, Vācijā, Spānijā, Itālijā, Latvijā) valsts mēroga izlasēs bija vērojams statistiski nozīmīgs izplatības samazinājums. Tomēr divas no šīm valstīm ziņoja par reģionālas nozīmes palielinājumu: Bulgārijā tas tika konstatēts vienā pilsētā (Sofijā), bet Itālijā pieaugumu novēroja astoņos no 21 reģiona un vienā pilsētā. Visbeidzot, par tendencēm piecās valstīs (Beļģijā, Čehijā, Lietuvā, Apvienotajā Karalistē un, iespējams, Slovēnijā) vai nu nav sniegti dati, vai arī tie norāda, ka situācija ir stabila, tomēr vismaz vienā vietējā izlasē tika konstatēta augšupejoša tendence, kaut gan izplatības līmenis lielākoties ir zems.

Salīdzinot jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu infekciju tendences ar HIV izplatības tendencēm narkotiku injicētāju vidū, jāsecina, ka jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu HIV gadījumu skaits vairumā valstu samazinās. Datus ir grūtāk interpretēt, ja datu ieguves avoti daļēji konfliktē; tā ir, piemēram, Bulgārijā, Vācijā un Apvienotajā Karalistē, kaut gan šajās valstīs gan

jaunatklātu diagnožu sastopamība, gan tās pieauguma temps (izņemot Bulgāriju 2004.–2006. gadā) ir zems.

Lielais jaunatklāto, ar narkotiku injicēšanu saistīto HIV gadījumu īpatsvars Igaunijā, Latvijā un Portugālē liecina, ka infekcija šajās valstīs joprojām strauji izplatās. Igaunijai šo tendenci apstiprina 2005. gada izplatības dati, kas liecina, ka apmēram trešdaļa nesenu INL (kuri injicē narkotikas mazāk nekā divus gadus) ir HIV pozitīvi. Papildu liecības par HIV izplatīšanos ir redzamas vairāku valstu iesniegtos ziņojumos par augstu (virs 5 %) izplatības līmeni gados jaunu INL vidū (50 vai vairāk līdz 25 gadu vecu INL izlasēs): Spānijā (valsts līmenī, 2005. g.), Portugālē (valsts līmenī, 2006. g.), Igaunijā (divos reģionos, 2005. g.), Latvijā (valsts līmenī un divās pilsētās, 2002./2003. g.), Lietuvā (vienā pilsētā, 2006. g.) un Polijā (vienā pilsētā, 2005. g.) ⁽¹³⁰⁾.

AIDS izplatība un HAART pieejamība

Informācija par AIDS izplatību ir svarīga, lai pierādītu simptomātiskas slimības jaunu parādīšanos, lai gan

⁽¹²⁹⁾ Skatīt tabulu INF-108 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁰⁾ Skatīt tabulu INF-109 un INF-110 2008. gada statistikas biļetenā.

HIV/AIDS infekcijas "karstie punkti"

Jaunākie dati liecina, ka jaunatklātu HIV infekcijas gadījumu skaits INL vidū Eiropas Savienībā kopumā ir neliels. Tomēr jāsaglabā modrība, jo dažās dalībvalstīs joprojām ir vērojams augsts ar narkotiku injicēšanu saistītu jaunu HIV infekcijas gadījumu īpatsvars, un situācija dažās kaimiņvalstīs rada vēl lielākas bažas.

Pēc nesenas HIV epidēmijas Igaunijā un Latvijā jaunatklāto infekcijas gadījumu skaits INL vidū kopš 2001. gada ir samazinājies, taču pašlaik ir stabilizējies, bet sastopamības rādītājs joprojām ir augsts (attiecīgi 142,81 un 47,1 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotājiem 2006. gadā), kas liecina, ka pārnesšanas rādītāji joprojām ir augsti. Portugālē joprojām ir lielākais jaunatklāto inficēšanās gadījumu skaits Eiropas Savienībā (skatīt 80. lpp.), un, kaut gan tendence ir lejupejoša, jaunatklāto infekcijas gadījumu rādītājs joprojām ir augsts – 66,5 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotājiem 2006. gadā.

Jo īpaši bažas rada Eiropas Savienības austrumu kaimiņvalstis. Divās lielākajās valstīs, Krievijā un Ukrainā, jaunatklātu gadījumu skaits ir liels un joprojām palielinās. 2006. gadā tika lēsts, ka ar narkotiku injicēšanu saistītu jaunatklātu infekciju skaits Krievijā bija vairāk nekā 11 000, bet Ukrainā – 7 000 (attiecīgi 78,6 un 152,9 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotāju).

Augsti infekcijas pārnesšanas rādītāji INL vidū norāda, ka ir jāpārskata gan pakalpojumu šībrīža pieejamība, gan pakalpojumu līmenis un klāsts, tostarp specifiski pasākumi, kuru mērķis ir infekcijas slimību izplatīšanās samazināšana, piemēram, adatu apmaiņa un aizvietošanas terapija. Turklāt INL vidū ir jāveic mērķpētījumi, lai noskaidrotu, kāpēc dažas grupas ir īpaši neaizsargātas, kādi faktori ir saistīti ar riska uzvedību un kas kavē šos lietotājus sevi pasargāt, kā arī, lai identificētu daudzsoļošanas jaunu uzliesmojumu novēršanas metodes.

tas nav HIV izplatības drošs rādītājs. Dati par AIDS izplatību var sniegt informāciju arī par augstas aktivitātes antiretrovirālās terapijas (HAART) pārklājumu un efektivitāti. Augsta AIDS sastopamība dažās Eiropas valstīs var norādīt, ka daudzi ar HIV inficēti INL nesaņem HAART pietiekami agrīnā infekcijas stadijā, lai terapija būtu maksimāli iedarbīga.

Portugāle joprojām ir valsts, kur ir vislielākā ar narkotiku injicēšanu saistītā AIDS izplatība, kas saskaņā ar aplēsēm bija 22,4 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotāju 2006. gadā, kaut gan šābrīža tendence ir izteikti lejupejoša, jo 2005. gadā šis rādītājs bija 29,9 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju. Salīdzinoši augsta AIDS sastopamība saskaņā ar ziņotajiem datiem ir Igaunijā, Spānijā un Latvijā, attiecīgi 17,1, 15,1 un 13,5 jauni gadījumi uz miljonu iedzīvotāju. No šīm trim valstīm Spānijā un Latvijā ir

lejupejoša tendence, bet Igaunijā tā ir augšupejoša – jaunākie dati par šo valsti liecina par pieaugumu no 11,9 jauniem gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju 2005. gadā līdz 17,1 uz miljonu iedzīvotāju 2006. gadā. Pieaugums ir konstatēts arī Lietuvā – no 2,0 jauniem gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju 2005. gadā līdz 5,0 gadījumiem 2006. gadā ⁽¹³¹⁾.

B un C hepatīts

Augsta HIV infekcijas izplatība ir tikai dažās ES dalībvalstīs, savukārt vīrusu hepatīts, jo īpaši hepatīts, ko izraisa C hepatīta vīruss (HCV), ir plaši sastopams INL vidū visā Eiropā. HCV antivielu izplatība INL vidū valstu izlasēs 2005.–2006. gadā svārstās no apmēram 15 % līdz 90 %, bet lielākajā daļā valstu izplatības rādītājs pārsniedz 40 %. Tikai dažas valstis (Bulgārija, Čehija, Somija) ziņo, ka izplatības rādītājs valstu INL izlasēs ir mazāks par 25 %, taču arī šāds inficēto īpatsvars ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma ⁽¹³²⁾.

Dažādās valstīs HCV izplatības līmenis var ievērojami atšķirties, kas var liecināt gan par reģionu atšķirībām, gan par izlasē iekļauto personu īpašībām. Piemēram, Apvienotajā Karalistē vietējas nozīmes pētījumos izplatība svārstās no 29 % līdz 59 %, bet Itālijā izplatības aplēses dažādos reģionos ir no 40 % līdz 96 %. Kaut gan aplēses no izlasēm ar mazu ticamības pakāpi vienmēr jāaplūko piesardzīgi, izplatības līmeņu atšķirībām, visticamāk, būs nozīmīga ietekme uz profilakses un ārstniecības programmu izstrādi un realizēšanu. Turklāt izpratne par faktoriem, kas ietekmē dažādos infekcijas izplatības līmeņus var sniegt informāciju, kas palīdzētu izstrādāt labākas iejaukšanās stratēģijas.

Pētījumi gados jaunu (jaunāku par 25 gadiem) un nesenu (kas injicē narkotikas mazāk nekā divus gadus) INL vidū liecina, ka laiks, kurā ir iespējams novērst inficēšanos ar HCV, ir ļoti īss, jo daudzi inficējas ar vīrusu drīz pēc injicēšanas sākuma. Nesenos pētījumos (2005.–2006. g.) konstatētie izplatības līmeņi parasti ir no 20 % līdz 50 %, taču rezultāti dažādās izlasēs ievērojami atšķiras.

B hepatīta vīrusa (HBV) antivielu izplatības līmeņi atšķiras pat vairāk nekā HCV antivielu izplatības līmeņi, iespējams, dažādo vakcinācijas līmeņu dēļ, kaut gan to var būt ietekmējuši arī citi faktori. Vispilnīgākā datu kopa ir pieejama par B hepatīta serdes antigēnu (*anti-HBc*), kas norāda inficēšanās vēsturi. 2005.–2006. gadā sešās no 11 valstīm, kas sniedza datus par INL, *anti-HBc* izplatības līmenis bija augstāks par 40 % ⁽¹³³⁾.

⁽¹³¹⁾ Skatīt attēlu INF-1 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³²⁾ Skatīt tabulu INF-1 11 līdz INF-1 13 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³³⁾ Skatīt tabulu INF-1 15 2008. gada statistikas biļetenā.

HIV pārbaūžu un ārstniecības pieejamība

Eiropā pat katrs trešais ar HIV inficētais, iespējams, nemaz neapzinās, ka ir inficēts (ESPKC, 2007), un dažu ES dalībvalstu sniegtā informācija liecina, ka INL vidū par savu infekciju varētu zināt vēl mazāka daļa inficēto.

Tā rezultātā daudzi, kuri inficējas ar vīrusu, nevar laikus saņemt ārstēšanu un aprūpi. Šie inficētie var arī izplatīt HIV, neapzināti pakļaujot līdzcilvēkus infekcijas riskam. Turklāt HIV uzraudzības sistēmu iegūtie dati ir nepilnīgi.

Pagaidu dati liecina, ka antiretrovirālās terapijas un aprūpes pieejamība narkotiku injicētājiem ir nesamērīgi maza (Donoghoe et al., 2007). Lai pretvīrusu terapija būtu iedarbīga, ir jāņem vērā INL specifiskā situācija un vajadzības. Pie tām var minēt gan paralēlas veselības un sociālās problēmas (piemēram, bezpajumtniecību un apdrošināšanas trūkumu), kā arī stigmatizāciju un diskrimināciju veselības aprūpes iestādēs vai biežus arestus un ieslodzīšanas gadījumus.

Lai uzlabotu HIV pārbaūžu un ārstniecības pieejamību, EMCDDA ir izstrādājis īpašas vadlīnijas INL ikgadējām brīvprātīgajām medicīnas pārbaudēm, kurās iekļauj HIV un vīrusu hepatīta pārbaudes ⁽¹⁾.

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

Paziņoto B un C hepatīta gadījumu laika tendences paver atšķirīgu ainu. Izskatās, ka B hepatīta gadījumā INL proporcija visu paziņoto gadījumu skaitā dažās valstīs ir samazinājusies, iespējams, atspoguļojot INL paredzēto vakcinācijas programmu pieaugošos rezultātus. Attiecībā uz C hepatītu INL proporcija visu paziņoto gadījumu skaitā piecās valstīs ir samazinājusies, bet palielinājusies piecās citās valstīs (Čehijā, Luksemburgā, Maltā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē) ⁽¹³⁴⁾. Gan B hepatīta, gan C hepatīta gadījumā INL proporcija visu paziņoto gadījumu skaitā joprojām dažādās valstīs 2006. gadā manāmi atšķiras, kas liecināja par šo infekciju epidemioloģijas ģeogrāfiskajām atšķirībām, taču nevar izslēgt arī subjektivitāti testēšanas un rezultātu paziņošanas metožu atšķirību dēļ.

Infekcijas slimību profilakse

Lai samazinātu infekcijas slimību izplatību narkotiku lietotāju vidū un šo slimību sekas, ES dalībvalstis izmanto šādus pasākumus vai to kombinācijas: narkotiku lietošanas ārstēšana, tostarp aizvītotā terapija (skatīt 6. nodaļu), informācijas un konsultāciju sniegšana par veselību, sterilu injicēšanas rīku izplatīšana un izglītošanas pasākumi par drošu seksu un narkotiku drošu lietošanu. Šo pasākumu

pieejamība un pārklājums dažādās valstīs ievērojami atšķiras.

Adatu un šļirču programmas un opioīdu aizvītotā terapija ir pieejama visās ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā, taču gan to īstenošanas vietas, gan mērķgrupas, kam tās ir paredzētas, ievērojami atšķiras. Gan aizvītotā terapijas, gan kaitējuma mazināšanas pakalpojumu izplatība Eiropā pēdējā desmitgadē ir būtiski palielinājusies. Tomēr dažās valstīs šie iejaukšanās pasākumi ir nepietiekami, un šajās jomās pieprasījums joprojām pārsniedz piedāvājumu.

Amsterdāmā nesen veiktā ļaūžu grupas pētījumā tika norādīts uz pozitīvajiem rezultātiem, ko var sasniegt, ja vienlaikus ir pieejama metadona uzturošā terapija un adatu apmaiņa, jo gadījumos, kad bija pieejami abi pakalpojumi, pretstatā gadījumiem, kad bija pieejams tikai viens, narkotiku injicētāju vidū tika novērota zemāka jaunatklātu HCV un HIV infekciju sastopamība (Van den Berg et al., 2007).

Adatu un šļirču programmu pārklājumu ir grūti novērtēt, un tikai dažas valstis par to sniedz datus. Piemēram, Čehija ziņo par fiklu, kurā darbojas 90 t. s. "zemā sliekšņa" aģentūras un kas vienā gadā apkalpo apmēram 25 000 narkotiku lietotāju, no kuriem 70 % injicē narkotikas, un katram INL izsniedz caurmērā 210 šļirču.

Dažas valstis ziņo, ka palielinājusies adatu un šļirču programmu izsniegto šļirču skaits: Igaunijā tiek lēsts, ka uz katru INL izsniegto šļirču skaits no 2005. gada līdz 2006. gadam ir divkārtšojies, sasniedzot 112; tajā pašā laikposmā Ungārijas šļirču apmaiņas programmā šļirču apgrozījums palielinājās par 56 %, bet pacientu apgrozījums – par 84 %; savukārt Somija ziņo, ka joprojām palielinās veselības konsultāciju centros apkalpoto pacientu un šiem pacientiem izsniegto šļirču skaits. Tomēr ne visas valstis ziņoja par palielinājumu: Maltā un Slovākijā 2006. gadā šļirču apmaiņas apjomi saglabājās nemainīgi; Polija ziņoja par darbojošos iestāžu skaita samazināšanos un izsniegto šļirču skaita samazināšanos par 15 %; Rumānija ziņoja par Bukarestē apmainīto šļirču skaita samazināšanos par 70 %, kā galveno iemeslu minot finanšu problēmas.

Vairākās valstīs apmainīto šļirču skaita stabilizēšanās vai samazinājums var liecināt par narkotiku injicēšanas ieviržu un ārstniecības pieejamības izmaiņām kopumā: Luksemburgā zemā sliekšņa iestāžu izsniegto šļirču skaits pēc vairāku gadu kāpuma 2005. gadā stabilizējās un 2006. samazinājās; arī Portugāle un Beļģija (flāmu kopiena) un vietējā līmenī Vācija un Nīderlande ziņo, ka izsniegto šļirču daudzums pēdējā laikā samazinās.

Šļirču apmaiņas un zemā sliekšņa dienesti var ļaut saņemt veselības aprūpi tiem lietotājiem, kam nav īpaši

⁽¹³⁴⁾ Skatīt tabulu INF-105 un INF-106 2008. gada statistikas biļetenā.

pieejami vispārīgie veselības aprūpes pakalpojumi. Pie šīs aprūpes var minēt primāro veselības aprūpi, kā arī seksuālās veselības veicināšanas pasākumus, piemēram, prezervatīvu un lubrikantu izsniegšanu un izglītošanas pasākumus saistībā ar drošu seksu. Vairumā valstu ar palīdzības grupu starpniecību vai zema sliekšņa iestādēs sniedz arī infekcijas slimību profilakses pakalpojumus, tomēr pakalpojumi šajā jomā vēl tiek izstrādāti. Piemēram, Igaunijā, Latvijā un Lietuvā tiek ieviests starptautisks zema sliekšņa profilakses tīkls, kurā būs kopīgi pakalpojumu standarti un epidemioloģiskās uzraudzības protokoli.

Medicīniskos pakalpojumus sniedz zema sliekšņa klīnikas vai mobīlie dienesti, vai tiek izmantota nosūtīšanas kārtība. Piemēram, Čehijas zema sliekšņa tīkls sadarbojas ar reģionālajiem sabiedriskajiem veselības aizsardzības dienestiem, veicinot konsultāciju, testēšanas un ārstniecības pieejamību somatisku blakusslimību, jo īpaši vīrusu hepatīta gadījumos. Bulgārijā 2006. gadā veiktā mobilā apsekojumā Burgasā pie Melnās jūras tika sniegtas 750 konsultācijas.

Narkotiku lietotāju vakcinēšana pret B hepatītu

B hepatīta vīrusa (HBV) izplatīšanās Eiropā INL vidū turpinās, un lielākajā daļā valstu šīs lietotāju grupas vidū saglabājas augsti aktīvas HBV infekcijas (HBsAg klātbūtne) rādītāji, salīdzinot ar rādītājiem iedzīvotāju vidū kopumā (¹). Par efektīvāko veidu, kā novērst inficēšanos ar B hepatīta vīrusu (HBV) un tā sekas, tiek uzskatīta vakcinēšana. Saskaņā ar PVO 1991. gada ieteikumu lielākā daļa ES valstu, bet ne visas, ir ieviesušas vispārējo vakcinēšanu pret šo vīrusu. Tomēr zīdaiņu vakcinēšanas politika lielākoties ietekmēs nākamās narkotiku lietotāju paaudzes. Lai drīzāk samazinātu infekcijas izplatīšanos, vairāk nekā puse ES dalībvalstu ir pieņēmušas narkotiku injicētājiem un/vai ieslodzītajiem īpaši paredzētas vakcinēšanas programmas. Tomēr šo programmu pārklājums dažādās valstīs atšķiras, un viena trešdaļa ES dalībvalstu joprojām ziņo, ka tām joprojām nav īpaši narkotiku lietotājiem paredzētas vakcinācijas programmas.

Narkotiku lietotājiem paredzētas vakcinācijas programmas bieži saskaras ar vājas režīma ievērošanas problēmu, kā rezultātā netiek iziets vakcinācijas kurss. Ja būtu pieejama droša un efektīva vakcīna, riskam pakļauto personu imunizācijas līmeņa palielināšanas stratēģijās varētu paredzēt elastīgāku pieeju, vēršoties pie narkotiku lietotājiem agrīnā lietošanas posmā un pie sabiedrības grupām, kurās ir augstāks narkotiku lietošanas izplatības līmenis. Labākus imunizācijas rādītājus var palīdzēt sasniegt arī atkārtoti aicinājumi vakcinēties papildu devas lietotājiem ar mazāku imūnreakciju. Iespējams, ES valstīm būs jāpārskata un jāprecizē sava politika, lai samazinātu hroniskas HBV infekcijas un tās seku sastopamību.

(¹) Skatīt tabulu INF-106 un INF-114 2008. gada statistikas biļetenā.

Dažas pašvaldības Dānijā saņēma valdības finansējumu visneaizsargātajiem narkotiku lietotājiem paredzētām veselības aprūpes programmām. Turklāt Kopenhāgenā 2008. gadā ir sākts "veselības kabineta" projekts; tas ir trīs gadu eksperimentāls projekts, kurā apvienoti veselības aprūpes un sociālo konsultāciju pasākumi un zemā sliekšņa pieeja.

Vīrusu hepatīta profilakse

Vairākas valstis 2006. gadā ziņoja par vīrusu hepatīta izplatīšanās profilakses iniciatīvām. Piemēram, Luksemburgā pēc rīcības pētniecības projekta rezultātiem tika intensificēta drošas lietošanas konsultāciju sniegšana gados jauniem un nesenajiem narkotiku lietotājiem un paplašināta injicēšanas rīku bezmaksas pieejamība injicētājiem. Dānijā kopš 2006. gada narkotiku lietotājiem un to partneriem ir pieejama bezmaksas vakcinēšana pret A un B hepatītu, un pašvaldībām pašlaik ir jāsniedz narkotiku injicētājiem visaptveroši, ar infekcijas slimībām saistīti pakalpojumi. Visbeidzot, Īrijā HCV darba grupai 2007. gadā tika uzdots izstrādāt valsts uzraudzības, informēšanas un ārstniecības stratēģiju saistībā ar šo infekciju.

Cietumi ir nozīmīga vieta tādu iejaukšanās pasākumu īstenošanai, kuru mērķis ir ar narkotiku lietošanu saistītu infekcijas slimību un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana iedzīvotāju grupai, kura citādi ir grūti aizsniedzama (skatīt 2. nodaļu). Neseni pētījumi norāda, ka ir svarīgi nodrošināt vīrusu analīzes visiem, kas jebkad ir lietojuši nelikumīgās narkotikas, un pierāda, ka hroniska C hepatīta infekcijas diagnostika uzņemšanas brīdī cietumā ir rentabls līdzeklis (Sutton et al., 2006). Papildus tam, ka inficēti ieslodzītie saņem tiem vajadzīgo ārstēšanu un aprūpi, cietumā esošie narkotiku lietotāji varētu iegūt no vairākiem iejaukšanās pasākumiem, piemēram, izglītošanas pasākumiem veselības jomā un B hepatīta imunizācijas (¹³⁵).

Ar narkotikām saistīti nāves gadījumi un mirstība

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

(¹³⁵) Skatīt DUP tabulas 2008. gada statistikas biļetenā.

Ar narkotiku lietošanu saistīta mirstība — kompleks jēdziens

Gan zinātnieku, gan politiķu aprindās diskusijas par mirstību saistībā ar narkotikām kavē plašais jēdzienu un definīciju klāsts, ko lieto šajā jomā. Lietojot ļoti plašus un ietverošus jēdzienus, iegūtie dati būs maznozīmīgi un nepalīdzēs izprast ar narkotikām saistītos mirstību ietekmējošos faktorus. Piemēram, apkopojot visus nāves gadījumus ar pozitīviem toksikoloģiskās izmeklēšanas rezultātiem, tiks aplūkoti gadījumi, kuros narkotikas bijušas tiešais cēlonis, gadījumi, kuros tām ir bijusi netieša loma, vai gadījumi, kuros tās vispār nav ietekmējušas.

Svarīgs jautājums ir arī lietotās vielas, kuras var būt gan tikai nelegālas narkotikas, gan citas psihoaktīvas vielas un zāles. Otrajā gadījumā var būt grūti nošķirt nāves gadījumus, kuru primārais iemesls varētu būt psihiskās veselības problēmas (piemēram, pašnāvības depresijas gadījumā), no nāves gadījumiem, kas ir saistāmi ar psihoaktīvo vielu lietošanu. Turklāt daudzos narkotiku izraisītos nāves gadījumos lietotāji mirst no vairāku narkotiku lietošanas, un var rasties grūtības izprast katras narkotikas lomu.

Jēdzieniskā ziņā ar narkotikām saistītu mirstību veido divas daļas ar plašu nozīmi. Pirmā un labāk dokumentētā ir nāves gadījumi, ko tieši izraisa vienas vai vairāku narkotiku iedarbība. Šos nāves gadījumus parasti dēvē par “pārdozēšanu”, “saindēšanos” vai “narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem”. Otrā tipa nāves gadījumi aptver plašāku spektru, proti, nāves gadījumi, ko nevar tieši piedēvēt narkotiku farmakoloģiskajai iedarbībai, bet kuriem tomēr ir saistība ar narkotiku lietošanu: infekcijas slimību ilgtermiņa sekas, saistība ar psihiskās veselības problēmām (piemēram, pašnāvības gadījumos) vai citi apstākļi (piemēram, ceļu satiksmes negadījumi). Atsevišķa nāves gadījumu grupa ir tie nāves gadījumi, kas ir pastarpināti saistīti ar narkotikām (piemēram, ar narkotiku tirdzniecību saistīta vardarbība).

Pašlaik par kopējo mirstību saistībā ar narkotikām EMCDDA ziņo, aplēšot mirstības rādītājus problemātisko narkotiku lietotāju grupās. Taču tiek pēģinātas arī citas metodes, kur apkopo datus no dažādiem avotiem, lai noteiktu kopējo mirstības līmeni, kas piedēvējams narkotiku lietošanai kādā kopienā (skatīt 87. lpp.).

EMCDDA pamatrādītāju “Ar narkotikām saistīti nāves gadījumi un mirstība narkotiku lietotāju vidū” izmanto galvenokārt tādu nāves gadījumu pārraudzībai, kas radušies tieši narkotiku lietošanas rezultātā (narkotiku izraisīti nāves gadījumi) un mazākā mērā mirstību narkotiku lietotāju vidū kopumā, kur iekļauj arī nāves gadījumus, kas ir saistīti ar dažādām citām veselības un sociālajām problēmām.

Narkotiku izraisīti nāves gadījumi

Narkotiku izraisītu nāves gadījumu EMCDDA definīcija⁽¹³⁶⁾ attiecas uz nāves gadījumiem, kuros tieši (saindēšanās vai pārdozēšanas rezultātā) izraisa vienas vai vairāku narkotiku lietošana, ja vismaz viena no šīm vielām ir nelegāla narkotika. Šādu nāves gadījumu kopskaitu sabiedrībā var ietekmēt dažādi faktori: narkotiku lietotāju skaits, narkotiku lietošanas ievirzes (injicēšana, vairāku narkotiku lietošana) un ārstniecības un pirmās palīdzības pakalpojumu pieejamība. Parasti narkotiku izraisīti nāves gadījumi iestājas drīz pēc vielas (vielu) lietošanas.

Eiropas datu kvalitātes un uzticamības uzlabojumi pēdējos gados ļauj labāk aprakstīt gan vispārējās, gan valstu tendences, un lielākā daļa valstu ir izvēlējušās lietot gadījuma definīciju, kas ir saskaņā ar EMCDDA definīciju⁽¹³⁷⁾. Tomēr paziņošanas kvalitāte dažādās valstīs joprojām atšķiras, tādēļ tieši salīdzinājumi jāveic piesardzīgi.

Laikposmā no 1990. gada līdz 2005. gadam ES dalībvalstis katru gadu ir ziņojušas par 6 500 līdz 8 500 narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, kas kopā atbilst apmēram 130 000 nāves gadījumu. Šos skaitļus vajadzētu uzskatīt par minimālajiem rādītājiem⁽¹³⁸⁾.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits iedzīvotāju vidū dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgs, svārstoties no 3–5 līdz vairāk nekā 70 nāves gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem (vidēji 21 nāves gadījums uz miljonu iedzīvotāju). 16 Eiropas valstīs ziņo par vairāk nekā 20 nāves gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju, bet piecas valstis ziņo par vairāk nekā 40 nāves gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju. 15–39 gadus vecu vīriešu vidū mirstības līmenis vidēji un lielākajā daļā valstu ir divreiz lielāks (vidēji Eiropā 44 nāves gadījumi uz miljonu iedzīvotāju). No visiem nāves gadījumiem 15–39 gadus vecu Eiropas iedzīvotāju vidū ar narkotiku lietošanu 2005.–2006. gadā ir bijuši saistīti 3,5 % nāves gadījumu, bet astoņās valstīs šis rādītājs ir bijis vairāk nekā 7 %⁽¹³⁹⁾ (11. attēls).

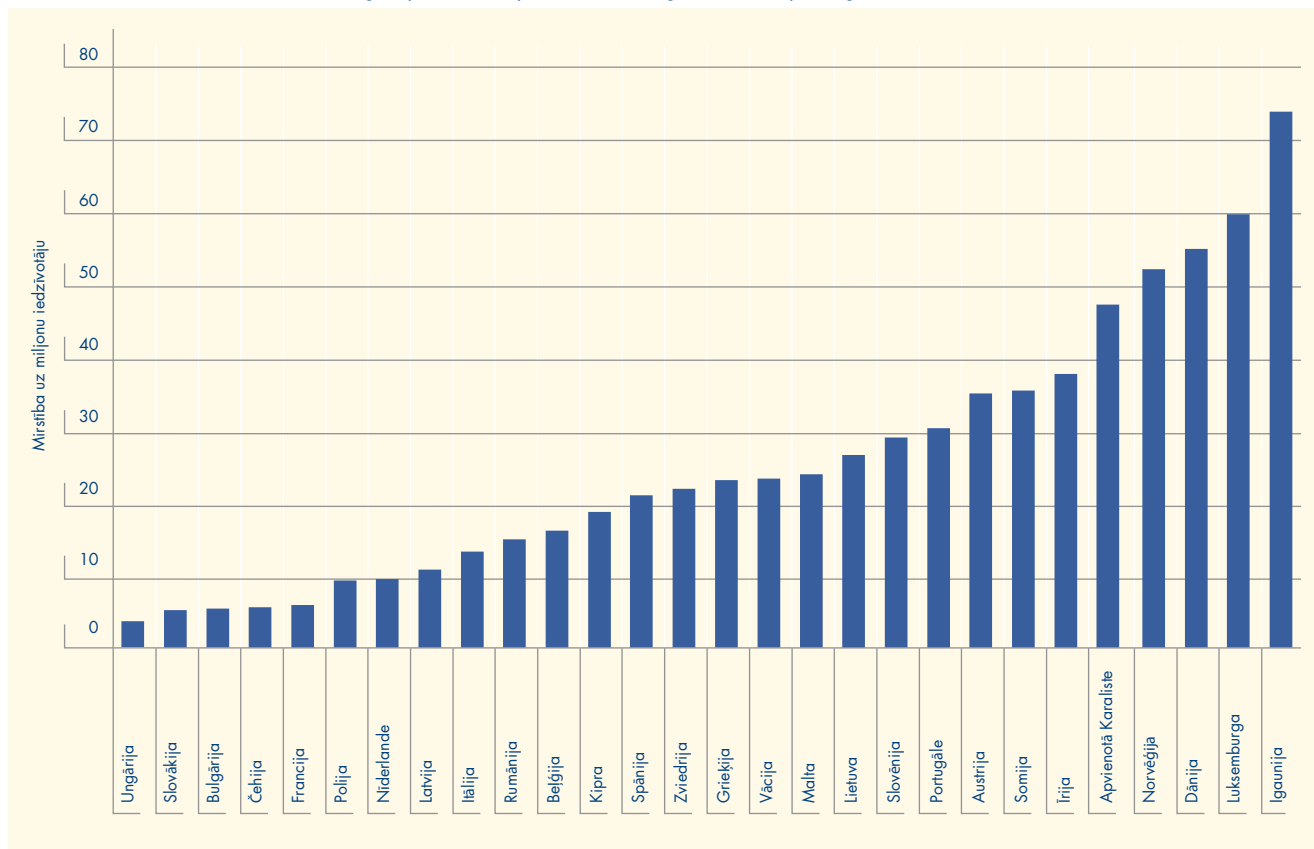
Joprojām maz pētīta ir neletālu pārdozēšanas gadījumu radītā saslīkstība un citas sekas, un par maz tiek ieguldīts profilakses pasākumos, neraugoties uz liecībām par to, ka to daudzums varētu būt ierobežots. Pētījumos noskaidrots, ka uz katru letālu pārdozēšanas gadījumu varētu būt no 20 līdz 25 neletālu pārdozēšanas gadījumu. Kaut gan nav zināms, vai šīs aplēses var attiecināt uz Eiropas Savienību kopumā, aptuveni vērtējot, rezultātā iegūtais neletālu

⁽¹³⁶⁾ Pašlaik tiek lietots termins “narkotiku izraisīti nāves gadījumi”, jo tas precīzāk atspoguļo izmantoto gadījuma definīciju.

⁽¹³⁷⁾ Metodisko informāciju par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem skatīt 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁸⁾ Skatīt tabulas DRD-2 i) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁹⁾ Skatīt tabulu DRD-5 un attēla DRD-7 ii) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

11. attēls. Narkotiku izraisītu nāves gadījumu rādītājs visu (15–64 gadus vecu) pieaugušo vidū.

NB: Attiecībā uz Čehiju ir izmantota nevis valsts, bet EMCDDA D izlases definīcija; Apvienotajai Karalistei ir izmantota narkotiku stratēģijā iekļautā definīcija; Rumānijas dati attiecas tikai uz Bukaresti un vairākiem apgabaliem, kas ietilpst Bukarestes toksikoloģijas laboratorijas kompetencē. Iedzīvotāju mirstības rādītāju aprēķinu pamatā ir valstu iedzīvotāju skaits saskaņā ar EK Statistikas biroja 2005. gada datiem. Mirstības rādītāji ir jāsalīdzina piesardzīgi, jo dažu valstu gadījumu definīcijas un datu atspoguļošanas kvalitāte atšķiras. Ticamības intervālus un papildinformāciju par datiem skatīt attēla DRD-7 i) daļā 2008. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi 2007, dati iegūti no valstu mirstības reģistra vai īpašiem reģistriem (tiesu medicīnas vai policijas) un Eurostat.

pārdozēšanas gadījumu skaits gadā būtu no 120 000 līdz 175 000.

Ar opioīdu lietošanu saistītie nāves gadījumi

Heroīns

Opioīdu pārdozēšana ir viens no galvenajiem jauniešu, jo īpaši pilsētās dzīvojošu vīriešu, nāves cēloņiem Eiropā ⁽¹⁴⁰⁾. Opioīdu, galvenokārt heroīna vai tā metabolītu, klātbūtne tiek konstatēta lielākajā daļā Eiropā pazīnīto narkotiku izraisītu nāves gadījumu, tas ir, no 55 % līdz gandrīz 100 % visu gadījumu, pie tam puse no valstīm ziņo, ka šī proporcija pārsniedz 80 % ⁽¹⁴¹⁾. Heroīna lietošanai piedēvētu nāves gadījumu toksikoloģiskajās analizēs nereti atrod arī citas vielas, kam, iespējams, ir bijusi sava nozīme. Visbiežāk tiek saņemtas ziņas par alkoholu, benzodiazepīniem, citiem opioīdiem un dažās valstīs arī

par kokaīnu. Nesenā EMCDDA pētījumā, kurā piedalījās deviņas valstis, tika noskaidrots, ka vairākas narkotikas bija minētas 60 % līdz 90 % opioīdu izraisītu nāves gadījumu toksikoloģisko analīžu rezultātos. Tas liecina, ka ievērojama daļa visu narkotiku izraisīto nāves gadījumu var būt saistīta ar vairāku narkotiku lietošanu.

Lielākā daļa no opioīdu pārdozēšanas mirušo (60–95 %) ir vīrieši, lielākoties vecumā no 20 līdz 40 gadiem, bet vidējais vecums lielākajā daļā valstu ir trīsdesmit līdz četrdesmit gadi ⁽¹⁴²⁾. Daudzās valstīs palielinās no pārdozēšanas mirušo vidējais vecums, kas liecina par iespējamu gados jauno heroīna lietotāju skaita stabilizēšanos vai samazinājumu. Tomēr citur (Bulgārijā, Igaunijā, Austrijā, Rumānijā) salīdzinoši liela daļa no pārdozēšanas mirušo ir jaunāki par 25 gadiem, kas, iespējams, norāda, ka heroīna lietotāju vai narkotiku injicētāju aprindās šajās valstīs ir jaunāki cilvēki ⁽¹⁴³⁾.

⁽¹⁴⁰⁾ Tā kā lielākā daļa EMCDDA pazīnīto gadījumu ir opioīdu pārdozēšanas gadījumi, opioīdu pārdozēšanas gadījumu aprakstīšanai ir izmantotas narkotiku izraisītu nāves gadījumu vispārīgās pazīmes.

⁽¹⁴¹⁾ Skatīt attēlu DRD-1 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴²⁾ Skatīt tabulas DRD-1 i) daļu 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴³⁾ Skatīt attēlus DRD-2, DRD-3 un DRD-4 2008. gada statistikas biļetenā.

Metadons un buprenorfins

Pētījumi rāda, ka aizvietotājterapija samazina letālas pārdozēšanas risku. Taču katru gadu tiek ziņots par nāves gadījumiem, kas saistīti ar opioīdu aizvietotājterapijā izmantotajiem medikamentiem, lielākoties ļaunprātīgas lietošanas dēļ, bet nelielā skaitā gadījumu – terapijas laikā radušos problēmu dēļ (¹⁴⁴).

Vairākas valstis ziņo par metadona klātbūtni ievērojamā daļā narkotiku radīto nāves gadījumu, taču, tā kā nav vienotu ziņošanas standartu, šīs vielas nozīme bieži nav skaidra. Valstis, kas ziņojušas par nozīmīgu nāves gadījumu skaitu, kuros konstatēta metadona klātbūtne, ir Dānija, Vācija, Apvienotā Karaliste un Norvēģija; pārējās valstis par šādu gadījumu skaitu neziņoja, vai arī paziņotais skaits bija neliels ⁽¹⁴⁵⁾. Amerikas Savienotajās Valstīs kopš 1999. gada ir vērojams manāms ar metadonu saistīto nāves gadījumu pieaugums. Lielākā daļa šo nāves gadījumu ir saistīti ar metadona, kas iegūts no slimnīcām, aptiekām, praktizējošiem ārstiem un sāpju terapieti, ļaunprātīgu izmantošanu, turpretī ar metadonu, kas iegūts no aizvietotājterapijas programmām, saistīto gadījumu skaits ir neliels ⁽¹⁴⁶⁾.

Nāves gadījumi no saindēšanās ar buprenorfinu ir vērojami reti, kaut gan daudzās Eiropas valstīs šo vielu arvien vairāk izmanto aizvītiotājterapijā. Francijā ir ziņots par ļoti nelielu nāves gadījumu skaitu, kaut gan buprenorfīna terapiju saņem ievērojams daudzums (76 000–90 000) narkotiku lietotāju. Tomēr Somijā buprenorfīna klātbūtne ir konstatēta lielākajā daļā narkotiku izraisīto nāves gadījumu, bieži kopā ar nomierinošiem medikamentiem vai alkoholu, vai arī buprenorfīns ir injicēts (¹⁴⁷).

Fentanils

Pamatojoties uz pēcnāves tiesu medicīnas toksikoloģiskajām analizēm, nesen Igaunijā ir konstatēta letālu saindēšanās gadījumu epidēmija ar 3-metilfentanilu; 2005. gadā bija 46 letāli saindēšanās gadījumi, bet 2006. gadā – 71 gadījums (*Ojanperä et al.*, iespiešanās). Turklāt pagaidu secinājumi liecina, ka ar to pašu vielu bija saistīti 85 nāves gadījumi 2004. gadā. Arī citas Eiropas valstis ir sporādiski ziņojušas par nāves gadījumiem no fentanila lietošanas, bet ASV ir ziņojušas par neseniem, parastai izlaicīgiem nāves gadījumu uzliesmojumiem; piemēram, laikā no 2005. gada līdz 2007. gadam Čikāgā fentanilam tika piedēvēti 350 nāves gadījumi (*Denton et al.*, 2008). Šīs vielas ļoti stiprā

Ar aizvietotājterapiju saistīti nāves gadījumi

Pētījumos ir apliecinājies, ka heroīna lietotājiem, kuri saņem metadona aizvietoģterapiju, ievērojami samazinās pārdoģšanas risks. Piemēram, nesenģ kohortas pētījumģ, kur piedalģģs vairģk nekģ 5 000 heroģna lietotģģju, tika noskaidrots, ka laikģ, kamēr lietotģģji saņem aizvietoģterapiju, salģdzinot ar laiku, kad aizvietoģterapija netiek saņemta, neatkarģgi no tģ, vai lietotģģji saņem kģda cita veida ārģstģšanu vai neģrstģģšas, pģrdoģģšanas risks samazinģs devģnas reizes (*Bruģal et al., 2005*).

Metadons gan ir konstatēts atsevišķu nāves gadījumu toksikoloģiskajās analizēs. Taču tas nenorāda uz tiešu cēlonisku saistību visos gadījumos citu narkotiku vai faktoru iespējamās klātbūtnes dēļ. Tomēr nāve no pārdozēšanas var iestāties, un pie to ietekmējošajiem faktoriem var minēt: panesamības samazināšanās, pārmērīga deva, apstākļi, ka pacients metadonu lieto nepareizi vai lieto šo narkotiku citiem mērķiem, nevis terapijai.

Pasākumi, kas paredzēti, lai novērstu metadona novirzīšanu nelegālajā tirgū, tiek saistīti ar paziņoto metadona izraisīto nāves gadījumu skaita samazināšanos Apvienotajā Karalistē (Zador *et al.*, 2006), un kopumā ar metadona saistītu nāves gadījumu risku samazināt var palīdzēt labas prakses ieviešana. Gan pacientu, gan sabiedrības veselība tiktu aizsargāta, ja tiktu uzlaboti šādi elementi: ārstniecības kvalitātes standarti, tostarp terapijas nozīmēšanas prakse; pacientu uzraudzība pirmajos terapijas posmos; iespējamo saindēšanās izraisītu sirds traucējumu uzraudzība; informēšana par citu zāļu vai psihoaktīvo vielu lietošanas risku, kā arī izsniegšanas kārtība ar mērķi samazināt novirzīšanas risku.

Metadona terapijas ievērojamā izplatīšanās Eiropā nav bijusi par metadona izraisītu nāves gadījumu skaita palielināšanās iemeslu. Apvienotajā Karalistē veiktā pētījumā tika noskaidrots, ka laikā no 1993. gada līdz 2004. gadam ārstniecībai nozīmētā perorāli lietojamā metadona kopējais daudzums palielinājās 3,6 reizes, turpretī ar metadonu saistīto nāves gadījumu skaits no 226 samazinājās līdz 194 (*Morgan et al., 2006*). No tā izriet, ka ar metadonu saistītais mirstības rādītājs no 13 gadījumiem 1 000 pacientgados 1993. gadā ir krities līdz 3,1 gadījumam 1 000 pacientgados 2004. gadā. Kaut gan būtu lietderīgi veikt līdzīgus pētījumus citās valstīs, pieejamie pierādījumi liecina, ka ar metadonu saistīti nāves gadījumi drīzāk ir saistīti ar nozīmēšanas kārtības trūkumiem, nevis ar vispārējo aizvietotājterapijas izplatību.

iedarbība var palielināt narkotiku pārdozēšanas risku, savukārt toksikoloģiskajās analīzēs to var arī nepamanīt. Tādēļ nelikumīgas fentanila ražošanas un lietošanas pieaugums, iespējams, radīs grūtības gan esošajām pārraudzības sistēmām, gan sabiedrības veselības risinājumiem.

(¹⁴⁴) Skatīt "Ar aizvietotājterapiju saistīti nāves gadījumi".

(¹⁴⁵) Skatīt tabulu DRD-108 2008. gada statistikas biļetenā.

^[146] Nacionālais narkotiku izpētes centrs. *Metadonā novirzīšana un ļaunprātīga izmantošana: nāves gadījumu skaita palielināšanās biedējošā ātrumā*. 2007. gada novembris. Dokuments 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

(147) Skatīt tabulu DRD-108 2008. gada statistikas biļetenā un papildinformācijai – 2007. gada zinojumā.

Ar citu narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi ⁽¹⁴⁸⁾

Kokaīna izraisītus nāves gadījumus ir grūtāk definēt un identificēt nekā ar opioīdiem saistītos (skatīt 2007. gada īpašo tēmu par kokaīnu). Nāves gadījumi, kuru tiešs cēlonis ir farmakoloģiska pārdozēšana, ir reti sastopami, un tie parasti ir saistīti ar ļoti lielām kokaīna devām. Lielākā daļa kokaīna izraisīto nāves gadījumu, šķiet, ir saistīti ar hronisku šīs narkotikas lietošanu, kā rezultātā rodas sirds un asinsvadu slimības un neiroloģiski traucējumi, ko saasina kokaīna lietošana. Kokaīna lomu šajos nāves gadījumos ne vienmēr var noteikt, tāpēc ziņojumos ne vienmēr parādās to saistība ar kokaīnu. Datu interpretāciju par nāves gadījumiem, kas ir saistīti ar kokaīna lietošanu, apgrūtina arī tas, ka daudzos gadījumos tiek konstatēta arī citu vielu klātbūtne, kas neļauj noteikt precīzas cēloņsakarības.

2006. gadā 14 dalībvalstīs tika ziņots par vairāk nekā 450 ar kokaīnu saistītiem nāves gadījumiem, taču ir iespējams, ka par visiem ar kokaīna lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem Eiropas Savienībā netiek paziņots.

Nāves gadījumi, kuros tiek konstatēta ekstazī klātbūtne, joprojām ir reti. Par lielāko daļu nāves gadījumu ar "ekstazī klātbūtni" ziņo Apvienotā Karaliste, bet daudzos gadījumos šīs narkotikas lietošana netiek noteikta kā nāves tiešais cēlonis.

Kaut gan arī nāves gadījumi no amfetamīna lietošanas Eiropā nav izplatīti, Čehijā ievērojams daudzums narkotiku izraisītu nāves gadījumu ir saistīti ar pervitīnu (metamfetamīnu). Somijā tika ziņots par 64 nāves gadījumiem, kuru toksikoloģiskajā analizē tika atklāti amfetamīni, taču tas vēl nenozīmē, ka šī narkotika ir bijusi nāves tiešais cēlonis.

Narkotiku lietošanas izraisīto nāves gadījumu tendences

20. gs. 80. gados un 90. gadu sākumā Eiropā, iespējams, vienlaikus ar heroīna lietošanas un narkotiku injicēšanas apmēru pieaugumu krasi palielinājās narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits, kas pēc tam saglabājās augstā līmenī ⁽¹⁴⁹⁾. Taču dati no valstīm, kuru laika rindas aptver ilgu laikposmu, liecina par dažādām tendencēm: dažās (piemēram, Vācijā, Spānijā, Francijā, Itālijā) nāves gadījumu skaits sasniedza maksimumu 90. gadu sākumā vai vidū, bet pēc tam samazinājās, savukārt citās valstīs (piemēram, Īrijā, Grieķijā, Portugālē, Somijā, Zviedrijā,

Norvēģijā) lielākais nāves gadījumu skaits tika novērots apmēram 2000. gadā, pēc tam tas atkal samazinājās, bet dažās citās valstīs (piemēram, Dānijā, Nīderlandē, Austrijā, Apvienotajā Karalistē) tika novērota augšupejoša tendence, taču bez izteikta maksimuma ⁽¹⁵⁰⁾.

Narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaita tendences laikposmā no 2001. gada līdz 2005./2006. gadam ir vēl grūtāk aprakstīt. Pirmajos desmitgades gados (2000.–2003. g.) daudzas ES valstis ziņoja par nāves gadījumu skaita samazināšanos, un kopumā narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits 2001. gadā kritās par 3 %, 2002. gadā – par 14 %, bet 2003. gadā – par 7 % ⁽¹⁵¹⁾. Tomēr 2004. un 2005. gadā lielākā daļa Eiropas valstu ziņoja par nelielu pieaugumu. Ar to var būt saistīti vairāki faktori, tostarp vairāku narkotiku lietošanas izplatības pieaugums, iespējama heroīna pieejamības palielināšanās vai narkotiku hronisko lietotāju novecošanās ⁽¹⁵²⁾.

Tā kā par dažām no lielākajām valstīm trūkst datu, aplēsēm par narkotiku izraisīto nāves gadījumu kopējo skaitu 2006. gadā ir pagaidu nozīme. Tomēr par 18 valstīm pieejamie dati liecina par nelielu samazinājumu salīdzinājumā ar 2005. gadu.

Narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits par 25 gadiem jaunāku iedzīvotāju vidū Eiropā kopumā ir mēreni samazinājies, savukārt dalībvalstīs, kas Eiropas Savienībai pievienojās pēc 2004. gada, narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits šajā vecuma grupā ir palielinājies līdz pat pēdējam laikam ⁽¹⁵³⁾. Tomēr pēdējos gados Grieķijā, Luksemburgā un Austrijā un mazākā mērā Bulgārijā, Latvijā un Nīderlandē ir novērots nāves gadījumu pieaugums gados jaunāku iedzīvotāju daļā ⁽¹⁵⁴⁾. Šis novērojums ir jāizpēta sīkāk, jo tas var norādīt uz gados jaunu opioīdu lietotāju skaita palielināšanos šajās valstīs.

Kopējā mirstība saistībā ar narkotikām

Nesenā pētījumā tika konstatēts, ka opioīdu lietotāju vidū, kas bija nosūtīti ārstēties astoņās Eiropas vietās (septiņās pilsētās un vienā valstī), bija ļoti augsta mirstība, salīdzinot ar vienaudžiem tajā pašā vecumā (skatīt EMCDDA, 2006). Citos kohortas pētījumos konstatētie mirstības rādītāji narkotiku lietotāju vidū ir sešas līdz 54 reizes lielāki nekā iedzīvotāju vidū kopumā. Šis atšķirības iemesli galvenokārt ir narkotiku pārdozēšana, taču svarīgi ir arī citi faktori, un dažās valstīs nozīmīga loma ir mirstībai no

⁽¹⁴⁸⁾ Skatīt tabulu DRD-108 2008. gada statistikas biļetenā un papildinformāciju skatīt arī 2007. gada ziņojumā.

⁽¹⁴⁹⁾ Skatīt attēlu DRD-8 2008. gada statistikas biļetenā. Vēsturisku apsvērumu dēļ šī tendence attiecas uz ES 15 valstīm un Norvēģiju.

⁽¹⁵⁰⁾ Skatīt attēlu DRD-11 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵¹⁾ Šeit minētie rādītāji atšķiras no rādītājiem, kas minēti iepriekšējo gadu ziņojumos gadījuma definīcijas vai pārklājuma izmaiņu dēļ Dānijā, Spānijā, Francijā un Apvienotajā Karalistē un vairāku valstu datu aktualizēšanas dēļ.

⁽¹⁵²⁾ Skatīt "Opioīdu rādītāji vairs nepazeminās", 72. lpp. un tabulas DRD-2 i) daļu un attēlu DRD-12 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵³⁾ Skatīt attēlu DRD-13 i) daļā 2008. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁴⁾ Skatīt attēlu DRD-9 2008. gada statistikas biļetenā.

AIDS. Darke et al. (2007) formulē četrus narkotiku lietotāju mirstības veidus: pārdozēšana (tostarp apreibināšanās ar alkoholu), slimības, pašnāvības un traumas. Ar narkotiku lietošanu ir saistāmas dažādas veselības problēmas, piemēram, vīrusi, kas tiek pārnesti ar asinīm (HIV, HCV un HBV, skatīt iepriekš), jaunveidojumi, aknu slimības un asinsrites un elpošanas sistēmu saslimšanas. Pie traumām pieder galvenokārt negadījumi, slepkavības un cita veida vardarbība.

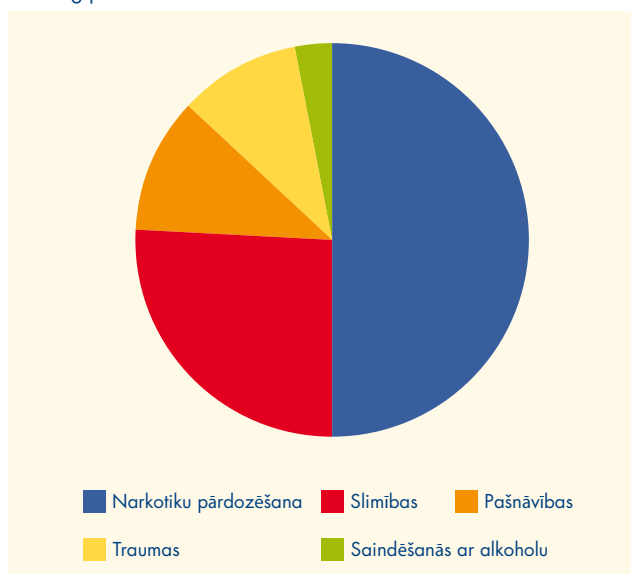
Nesenā ārstējamu narkotiku lietotāju grupas pētījumā Norvēģijā tika konstatēts, ka no 189 reģistrētiem nāves gadījumiem puse gadījumu, kuru iemesls bija zināms, bija pārdozēšanas gadījumi. Slimības, galvenokārt AIDS un aknu slimības, bija nāves cēlonis apmēram vienā ceturtajā daļā nāves gadījumu, savukārt gan pašnāvības, gan traumas bija nāves iemesls vienā desmitajā daļā gadījumu; saindēšanās ar alkoholu bija nāves iemesls 2 % nāves gadījumu (12. attēls). Jāpiebilst, ka AIDS ir iemesls ievērojami lielākai daļai nāves gadījumu tajās valstīs, kur narkotiku lietotāju vidū ir ļoti izplatīts HIV vīruss.

Kopējo ar narkotiku lietošanu saistīto mirstību aplēst un izprast ļoti palīdz kohortu pētījumi, taču citas metodes var palīdzēt uzlabot izpratni par šo problēmu un iegūt priekšstatu par situāciju valsts līmenī. EMCDDA pašlaik ciešā sadarbībā ar dalībvalstīm pēta vairākas jaunas metodes šajā jomā ar mērķi tās piemērot ES līmenī. Vienā no šīm metodēm mirstības rādītājus no kohortu pētījumiem ekstrapolē uz vietējā (Bargagli et al., 2005) vai valsts mēroga aplēsēm par problemātisko narkotiku lietotājiem (Cruts et al., 2008). Izmantojot otru metodi, nāves gadījumu cēloņu rādītājus, kurus visbiežāk saista ar narkotiku lietošanu (piemēram, AIDS, negadījumi, pašnāvības un saindēšanās) un kuri ir reģistrēti iedzīvotāju mirstības reģistros, reizinā ar koeficientu, lai iegūtu ar narkotiku lietošanu saistīto mirstības rādītāju.

Ar narkotiku lietošanu netieši saistītie nāves gadījumi

Ar intravenozo narkotiku lietošanu saistīti AIDS nāves gadījumi arī ir ievērojams nāves gadījumu cēlonis. Pamatojoties uz EK Statistikas biroja un EuroHIV datiem (2005. un 2006. gada ziņojums), var aplēst, ka 2003. gadā no AIDS, kas bija saistīts ar narkotiku lietošanu, mira vairāk nekā 2 600 cilvēku (¹⁵⁵). Par lielāko daļu nāves gadījumu ziņo dažas valstis: vairāk nekā 90 % šo nāves gadījumu ir novēroti Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē. Mirstība no AIDS sasniedza maksimumu 20. gs. 90. gadu vidū, bet pēc HAART ieviešanas un tās pārklājuma palielināšanās ir ievērojami samazinājusies.

12. attēls. Zināmie nāves cēloņi narkotiku lietotāju grupā Norvēģijā.



NB: Dati ir iegūti pētījumā, kurā izmantota izlase, ko laikā no 1981. gada līdz 1991. gadam veido 501 no narkotiku atkarības ārstētiem narkotiku lietotājiem. Līdz 2003. gadam tika reģistrēti 189 nāves gadījumi, no kuriem nāves cēloni nevarēja noteikt 14 gadījumos.

Avots: Ødegard, E., Amundsen, E. J., 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, 176.–182. lpp.

Izņemot Spāniju, Itāliju un jo īpaši Portugāli, iedzīvotāju mirstības rādītāji no AIDS saistībā ar intravenozo narkotiku lietošanu ir zemi. Turklāt daudzās valstīs narkotiku lietotāju mirstība no pārdozēšanas ir ievērojami biežāka nekā mirstība no AIDS (¹⁵⁶). Nāves gadījumu skaitu citu iemeslu dēļ (piemēram, citu infekcijas slimību sekas, vardarbība, negadījumi) pašlaik ir grūtāk novērtēt, un šajā jomā ir jāuzlabo datu vākšana un apstrāde (skatīt iepriekšējo sadaļu).

Bieži sastopams narkotiku lietotāju nāves cēlonis ir pašnāvības. Literatūras pārskatā (Darke un Ross, 2002) tika secināts, ka pašnāvības heroīna lietotāju vidū ir 14 reižu vairāk izplatītas nekā iedzīvotāju vidū kopumā.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšana

Lielākajā daļā valstu ar narkotiku stratēģiju ir izvirzīts mērķis samazināt ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaitu, taču tikai dažas valstis ir pieņēmušas rīcības plānus vai paredzējušas sistemātiskus norādījumus par veicamajiem pasākumiem. Tomēr 2007. gadā Apvienotās Karalistes Veselības ministrija izdeva jaunas vadlīnijas par ļaunprātīgas narkotiku lietošanas un

(¹⁵⁵) 2003. gads tika izmantots kā jaunākais gads, par kuru ar EK Statistikas biroja starpniecību no gandrīz visām dalībvalstīm ir pieejama informācija attiecībā uz nāves cēloņiem. Sīkāku informāciju par avotiem, skaitļiem un aprēķiniem skatīt tabulā DRD-5 2008. gada statistikas biļetenā.

(¹⁵⁶) Skatīt attēla DRD-7 (ii) daļā 2008. gada statistikas biļetenā.

atkarības klīnisko pārvaldību, kur bija noteiktas konkrētas ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu novēršanas darbības.

Ieguldījums, ko narkotiku lietotāju mirstības samazināšanā var dot ārstniecība, tostarp aizvītotā terapija kopā ar psihosociālo aprūpi un psihoterapiju, tika pierādīts ilglaicīgā perspektīvā pētījumā Itālijā (*Davoli et al.*, 2007). Pētījumu veica 10 454 heroīna lietotāju grupā, kas sāka ārstēties valsts ārstniecības iestādēs no 1998. gada līdz 2001. gadam, un tajā novērtēja paturēšanu terapijā un mirstību no pārdozēšanas. Nāves gadījuma risks pētījuma grupā, salīdzinot ar sabiedrību kopumā, vidēji bija 10 reizes lielāks. Taču to narkotiku lietotāju vidū, kuri ārstējās, nāves gadījuma risks bija četras reizes lielāks nekā sabiedrībā kopumā, turpretī tiem lietotājiem, kuri pārtrauca ārstēties, nāves gadījuma risks bija 20 reižu lielāks.

Lielākajā daļā valstu bieži izmanto informācijas izplatīšanu mērķauditorijai par pārdozēšanas risku un izvairīšanos no pārdozēšanas bukletu, brošūru un plakātu veidā. Turklāt puse dalībvalstu ziņo arī par mācību semināriem, kas paredzēti zināšanu un iemaņu uzlabošanai, lai palīdzētu izvairīties no pārdozēšanas. Šie semināri var būt paredzēti narkotiku lietotājiem, viņu ģimenes locekļiem, kā arī ārstniecības iestāžu personālam, un tajos parasti

iekļauj informāciju par specifiskiem riskiem, tostarp tolerances samazināšanos pēc atturēšanās no narkotiku lietošanas, vairāku narkotiku vienlaicīgas lietošanas sekām, īpašu uzmanību pievēršot alkohola lietošanai kopā ar narkotikām, narkotiku lietošanu vienatnē, kā arī pirmās palīdzības sniegšanu. Itālijā saskaņā ar sniegtajiem datiem puse valsts veselības aprūpes dienestu koordinēto atkarības ārstēšanas nodaļu apvieno mācības par rīcību pārdozēšanas gadījumā un nalogsona izsniegšanu līdzņemšanai.

Iespējams, noderīga ir arī narkotiku lietotāju, tajā skaitā to, kas saņem aizvītotā terapiju, psihosociālās labklājības proaktīva uzraudzība, jo daudzos gadījumos pie narkotiku pārdozēšanas noved iepriekšēji notikumi saistībā ar veselību vai sabiedrības attieksmi, un apzināta pārdozēšana varētu būt bieži sastopama (*Oliver et al.*, 2007).

Daudzās valstīs veselības aprūpes un sociālo dienestu problēmas varētu radīt arī novecojošā narkotiku hronisko lietotāju grupa, kurus, iespējams, vairāk apdraud gan narkotiku pārdozēšanas risks, gan veselības problēmas. Somatiskās slimības, galvenokārt hroniskas aknu infekcijas, ir jo īpaši izplatītas narkotiku injicētāju vidū un vēl vairāk novājina to organismu.

Paaugstinātais nāves gadījumu risks pēc cietumsoda izciešanas vai ārstniecības pabeigšanas

Saskaņā ar Eiropā un citur veiktiem pētījumiem narkotiku izraisīta nāves gadījuma risks laikā tūlīt pēc atbrīvošanas no ieslodzījuma vai, atsākot lietot pēc ārstēšanās, būtiski palielinās.

Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā) neseno veiktā pētījumā dati par gandrīz 49 000 ieslodzīto, kurus atbrīvoja laikā no 1998. gada līdz 2000. gadam, tika salīdzināti ar visiem līdz 2003. gada novembrim reģistrētajiem nāves gadījumiem (*Farrell and Marsden*, 2008). No izlasē reģistrētajiem 442 nāves gadījumiem vairākums (59 %) bija saistīti ar narkotikām. Nākamajā gadā pēc atbrīvošanas narkotiku izraisītas mirstības rādītājs bija 5,2 mirušo uz 1 000 vīriešiem un 5,9 mirušo uz 1 000 sievietēm. Laikposmā tūlīt pēc atbrīvošanas sievietēm paredzētais rādītājs tika pārsniegts vairāk nekā 10 reizes, bet vīriešiem – vairāk nekā astoņas reizes. Visi sieviešu nāves gadījumi un 95 % vīriešu nāves gadījumi, kas notika pirmajās divās nedēļās ārpus cietuma, bija saistīti ar narkotikām; tos

varēja attiecināt uz narkotiku pārdozēšanu vai vispārīgāk – uz psihoaktīvo vielu lietošanas problēmām. Kriminālizmeklētāju reģistros opioīdi bija minēti 95 % narkotiku izraisīto nāves gadījumu, benzodiazepīni bija minēti 20 %, kokaīns 14 %, bet tricikliskie antidepresanti 10 % gadījumu.

VEdeTTE pētījumā Itālijā (*Davoli et al.*, 2007) ārstējamo heroīna lietotāju vidū novērotais mirstības rādītājs no pārdozēšanas bija viens uz 1 000 pacientiem, bet pirmajā mēnesī pēc ārstēšanās novērotais rādītājs bija 23 uz 1 000 pacientiem, no kā izriet, ka mirstības risks no pārdozēšanas pirmajā mēnesī pēc ārstēšanās, veicot korekcijas par iespējamajām kļūdām, bija 27 reizes lielāks.

Neraugoties uz saistību, kas novērota starp narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem un atbrīvošanu no ieslodzījuma vai ārstēšanās izbeigšanas, tikai dažās valstīs tiek veikti sistemātiski ieguldījumi ieslodzīto vai ārstējamo izglītošanā par pārdozēšanas risku. Daudzās valstīs vēl joprojām nav attīstīta aprūpes nepārtrauktība un no ieslodzījuma atbrīvoto narkotiku lietotāju rehabilitācija. Iespējams, ka uzlabojumi šajās divās jomās būtu ļoti noderīgi ar narkotikām saistītu nāves gadījumu novēršanā.

8. nodaļa

Jaunas narkotikas un topošas narkotiku lietošanas tendences

Ievads

Jaunu psihoaktīvo vielu lietošanai var būt nozīmīga ietekme uz sabiedrības veselību un politiku, taču topošas tendences uzraudzīt ir grūti. Jaunas narkotiku lietošanas ievirzes ir grūti konstatēt, jo parasti to izplatība pēc parādīšanās ir neliela, ierobežota ģeogrāfiskā ziņā vai noteiktās sabiedrības apakšgrupās. Tikai dažu valstu uzraudzības sistēmas var konstatēt šādas pazīmes, un šāda veida narkotiku lietošanas uzraudzība rada ievērojamas grūtības metodiskā ziņā. Tomēr iespējamu vai jaunu draudu atpazīšanas nozīmīgums ir vispāratzīts, un to ir ņēmusi vērā arī Eiropas Savienība, kas, pieņemot Padomes lēmumu par jaunām psihoaktīvām vielām, ir izstrādājusi agrīnā brīdinājuma sistēmu, kurā ietverts ātrās reaģēšanas mehānisms gadījumam, ja narkotiku aprītē Eiropā parādītos jaunas psihoaktīvas vielas. Atbalsts agrīnajai brīdinājuma sistēmai ir nozīmīga EMCDDA darba daļa, kas palīdz veidot plašāku perspektīvu, kurā izmantoti dažādi datu avoti, lai uzlabotu Eiropas narkotiku uzraudzības sistēmas reaģēšanas ātrumu un jutīgumu.

ES pasākumi saistībā ar jaunām psihoaktīvām vielām

Ar Padomes lēmumu par jaunām psihoaktīvām vielām ⁽¹⁵⁷⁾ tiek izveidots mehānisms ātrai informācijas apmaiņai par jaunām psihoaktīvām vielām, kas var apdraudēt sabiedrības veselību un radīt sociālus draudus. Tajā ir paredzēts novērtēt ar jaunajām vielām saistīto risku, lai šīm jaunajām vielām varētu piemērot dalībvalstīs piemērojamus narkotisko un psihotropo vielu kontroles pasākumus. 2007. gada maijā EMCDDA Paplašinātā zinātniskā komiteja veica riska novērtējumu jaunajai psihoaktīvajai vielai BZP (1-benzilpiperazīns) un iesniedza ziņojumu Padomei un Eiropas Komisijai ⁽¹⁵⁸⁾. Riska novērtējumā tika secināts, ka BZP būtu jābūt kontrolējamai vielai savu stimulējošo īpašību, veselībai radītā riska dēļ, kā arī tāpēc, ka BZP nav izmantojams medicīnā, taču kontroles pasākumiem

jānosaka līdzvērtīgi salīdzinoši zemajai vielas bīstamībai. 2008. gada martā Padome pieņēma lēmumu, ar ko BZP pasludināja par jaunu psihoaktīvu vielu, uz kuru attiecas kontroles pasākumi un krimināltiesību normas. Dalībvalstīm ir atvēlēts viens gads, kurā saskaņā ar saviem tiesību aktiem jāveic pasākumi, lai BZP varētu piemērot vielas bīstamībai atbilstošus kontroles pasākumus un kriminālsodus, kā tas paredzēts tiesību aktos saskaņā ar pienākumiem, kas izriet no ANO 1971. gada Konvencijas par psihotropajām vielām.

2007. gada martā EMCDDA un Europol ziņoja Komisijai par 1-(3-hlorofenil)piperazīna (*mCPP*) aktīvu uzraudzību ⁽¹⁵⁹⁾. Šis ziņojums bija sagatavots tikai informatīvā nolūkā, un tajā tika secināts, ka "maz ticams, ka *mCPP* atsevišķi kļūs par izplatītu izklaides nolūkā lietotu narkotiku" vielas nenoteikto psihoaktīvo īpašību un dažu nelabvēlīgu lietošanas seku dēļ. Tā kā šķiet, ka lietotāji īpaši neinteresējas par *mCPP*, iespējams, ka šīs vielas aprites virzītājspēks Eiropas Savienības tirgū ir piedāvājums, nevis pieprasījums.

2007. gadā EMCDDA un Europol ar agrīnā brīdinājuma sistēmas starpniecību saņēma pirmos paziņojumus par pavisam 15 jaunām psihoaktīvām vielām. Jaunās vielas, par kurām tika saņemti pirmie paziņojumi, ir dažādas, un līdzās jaunām sintētiskajām narkotikām šo vielu grupā ir zāles un dabiskas vielas. Deviņi no vielu savienojumiem, par kuriem pirmo reizi tika ziņots, bija ANO 1971. gada Konvencijas par psihotropajām vielām I un II sarakstā minētajām sintētiskajām narkotikām līdzīgas vielas. To vidū bija vielas no pazīstamām ķīmiskām grupām, piemēram, fenetilamīnu, triptamīnu un piperazīnu grupas, kā arī vielas ar retāk sastopamu ķīmisko sastāvu. Grupā ir līdzvērtīgs sadalījums starp vielām, kurām ir izteikti halucinogēna iedarbība, un vielām, kam ir galvenokārt stimulējošas īpašības.

2007. gadā, izmantojot informācijas apmaiņas mehānismu, pirmo reizi ir ziņots par trim dabiskām vielām, ieskaitot *Salvia divinorum* – augu ar spēcīgu psihoaktīvo iedarbību ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Padomes 2005. gada 10. maija Lēmums 2005/387/TI par informācijas apmaiņu, riska novērtējumu un kontroli attiecībā uz jaunām psihoaktīvām vielām (OV L 127, 20.5.2005., 32. lpp.).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessment/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Skatīt "Jaunas kontrolējamās vielas", 92. lpp.

Jaunās kontrolētās vielas

Kopš 2006. gada janvāra 12 valstis ir ziņojušas, ka savam kontrolēto vielu sarakstam pievieno jaunas vielas vai maina šo sarakstu; *mCPP* (1-(3-hlorofenil)piperazīns) ir pievienots kontrolēto vielu sarakstam sešās valstīs (Beļģijā, Vācijā, Lietuvā, Ungārijā, Maltā, Slovākijā), bet *BZP* (1-benzilpiperazīns) ir pievienots šādam sarakstam četrās valstīs (Igaunijā, Itālijā, Lietuvā, Maltā). *mCPP* aktīvi uzraudzījuši *EMCDDA* un *Europol*, savukārt *BZP* 2007. gadā ir veikts riska novērtējums. Citas vielas, kas šajā laikposmā ir pasludinātas par kontrolējamām, ir halucinogēns *DOC* (4-hloro-2,5-dimetoksiamfetamīns), *DOI* (4-jod-2,5-dimetoksiamfetamīns) un bromo-benzodifuranil-izopropilamīns Dānijā un Zviedrijā, kā arī ketamīns Igaunijā.

Pie kontrolējamām vielām pieder arī dažādi augi ar psihoaktīvām īpašībām. Šajā nolūkā Beļģija ir pārstrukturējusi savus tiesību aktus par psihotropajām vielām, iekļaujot tajos jaunu kategoriju, kur minēti kontrolējamie augi, nevis tikai to psihoaktīvās sastāvdaļas, kā līdz šim. Pie šajā sarakstā minētajiem augiem var minēt katu (*qat*, *Catha edulis*) un *Salvia divinorum*. Kata šobrīd ir 11 Eiropas valstu kontrolējamo vielu sarakstā (2005. gadā Apvienotajā Karalistē veikta riska novērtējumā tika ieteikts nepasludināt šo augu par kontrolējamu). 2006. gadā Zviedrijas kontrolējamo vielu sarakstam tika pievienots salvīnorīns A, *Salvia divinorum* galvenā aktīvā sastāvdaļa; bet minētais augs 2008. gadā ir pievienots Vācijas kontrolējamo vielu sarakstam. Tajā pašā laikā Francija kontrolēto vielu sarakstam ir pievienojusi *Tabernanthe iboga*, sekojot Beļģijas, Dānijas un Zviedrijas piemēram, kuras tiesību aktos noteica kontroles pasākumus šī auga aktīvajai sastāvdaļai ibogainam. Visbeidzot, reaģējot uz nāves gadījumiem, kas bija saistīti ar halucinogēnajām sēnēm, Īrija un Nīderlande ir rīkojušās, lai novērstu nepilnības, kuru dēļ bija iespējams pārdot un turēt svaigas sēnes, kuru sastāvā ir psilocīns; Īrijā likums stājās spēkā 2006. gada janvārī, savukārt Nīderlandē tas tiek sagatavots parlamentā.

Papildinformāciju var iegūt ES un Norvēģijas kontrolēto vielu sarakstā, kas atrodams "Substances and classifications table" Eiropas Juridiskajā narkotiku datubāzē (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internets – psihoaktīvo vielu tirdzniecības vieta

Internets piedāvā iespēju ieskatīties narkotiku lietotāju pasaulē, kas atklājas tiešsaistes forumos un tērzētavās, kā arī to tiešsaistes veikalu vietnēs, kuri tirgo kontrolētām vielām alternatīvus psihoaktīvus preparātus. Pieejamā informācija ļauj aplūkot narkotiku tirdzniecību tiešsaistes vidē, piemēram, tiešsaistes veikalu darba metodes, to reakciju uz lietotāju pieprasījumiem, un jaunām tendencēm jauniešu vidū. Lai identificētu aktuālās norises tiešsaistes narkotiku tirgū, *EMCDDA* 2008. gada sākumā veica īsu

pētījumu, kurā tika apsekoti 25 tiešsaistes veikali. Tālāk ir izklāstīti šī pētījuma rezultāti.

Tiešsaistes veikali

Tiek saņemtas ziņas, ka palielinās tādu tiešsaistes veikalu skaits, kuros tirgo ierobežotas aprites narkotiku, piemēram, LSD, ekstazī, kaņepju un opioīdu, alternatīvas psihoaktīvas vielas. Kaut gan tiešsaistes veikalu piedāvātās vielas bieži tiek dēvētas par "legāliem apreibinošiem līdzekļiem" vai "apreibinošiem augu valsts preparātiem", dažās Eiropas valstīs uz šīm narkotikām attiecas tie paši tiesību akti un var tikt piemēroti tie paši soda mēri, kas attiecas uz ierobežotas aprites narkotikām.

Lielākā daļa šajā pētījumā identificēto Eiropas Savienības tiešsaistes veikalu atrodas Apvienotajā Karalistē un Nīderlandē un mazākā apmērā Vācijā un Austrijā. Bieži tiešsaistes veikali specializējas noteiktu ar narkotikām saistītu produktu tirdzniecībā, piemēram, daži tirgo galvenokārt narkotiku lietošanas materiālus, daži specializējas halucinogēno sēņu vai "balliņu tablešu" tirdzniecībā, turpreti citi tirgo plašu augu izcelsmes, daļēji sintētisku un sintētisku vielu klāstu.

Eiropā esošie tiešsaistes veikali popularizē 200 psihoaktīvu preparātu. Visbiežāk sastopamie "legālie apreibinošie līdzekļi" ir *Salvia divinorum*, "kratom" (*Mitragyna speciosa*), *Argyria nervosa*, halucinogēnās sēnes (*EMCDDA*, 2006) un dažādas "balliņu tabletes".

Tiek apgalvots, ka piedāvāto vielu iedarbība ir līdzīga kontrolēto narkotiku iedarbībai. Gan *Salvia divinorum*, gan *Argyria nervosa*, kā arī tīteņiem (*Ipomoea violacea*), ko piedāvā retāk, tiek piedēvēta LSD līdzīga halucinogēna iedarbība. "Kratom" augu bieži tirgo kā opioīdu aizstājēju, tiek piedāvāti dažādi preparāti kā alternatīva kaņepēm, bet

Interneta pētījumu metodika

Lai iegūtu priekšstatu, 2008. gada janvārī tika veikta meklēšana internetā, izmantojot atslēgvārdus vairākās valodās un meklētājprogrammu Google (<http://www.google.com>). Kopumā tika atrasti 68 tiešsaistes veikali, kas atrodas ES un pārdod dažāda veida "likumīgos" apreibināšanās līdzekļus. Tie tika sagrupēti pēc izcelsmes valsts. Lai noteiktu izcelsmes valsti, tika izmantoti ES valstu domēnu kodi (piemēram, ES, FR, DE) vai citas norādes par atrašanos ES valstīs (piemēram, kontaktadrese). Vairāk nekā puse veikalu (52 %) atradās Apvienotajā Karalistē, 37 % atradās Nīderlandē, 6 % Vācijā, 4 % Austrijā, bet 1 % citās valstīs (piemēram, Īrijā, Polijā). Izvērstai analīzei izvēlējas nejaušu izlasi, kurā ietilpa 25 tiešsaistes veikali. Katras grupas (izcelsmes valsts) procentuālā daļa izlasē atbilda šīs valsts daļai visā veikalu kopumā. Tiešsaistes veikali, kuru noieta tirgus bija izplatītāji, nevis lietotāji, netika iekļauti, jo tie pārdeva tikai halucinogēnās sēnes.

“balliņu tabletes” tirgo kā MDMA alternatīvas. Pieejamajās “balliņu tabletēs” bieži var būt augu izcelsmes materiāls vai daļēji sintētiskas vai sintētiskas vielas. Sintētisko “balliņu tablešu” galvenā sastāvdaļa bieži ir benzilpiperazīns (BZP), taču šķiet, ka tiešsaistes veikali ir gatavi to nomainīt pret citām vielām, kad ES dalībvalstīs BZP sāks piemērot kontroles pasākumus. Saskaņā ar norādīto informāciju pārdoto vielu cenas ir no EUR 1 līdz EUR 11 par vienas devas ekvivalentu.

GHB un tā prekursors GBL: pēckontrole

Gamma-hidroksibutīrīnskābe (GHB) Eiropā tiek uzraudzīta kopš 2000. gada, kad saskaņā ar 1997. gada vienotajā rīcībā par jaunajām sintētiskajām narkotikām (EMCDDA, 2002) paredzētajiem noteikumiem tika veikts vielas riska novērtējums. 2001. gada martā GHB tika iekļauts ANO 1971. gada Konvencijas par psihotropajām vielām IV sarakstā, uzliekot par pienākumu ES dalībvalstīm šo vielu kontrolēt saskaņā ar psihotropo vielu tiesisko regulējumu, un jaunievieštie kontroles pasākumi strauji ierobežoja pirms tam neregulēto GHB tirdzniecību.

GHB ir dabiski sastopams cilvēka organismā, taču to izmanto arī kā zāles un kā narkotiku izklaides nolūkā. GHB lietošana citiem nolūkiem, nevis medicīnā, sākās 20. gs. 90. gados naktsdzīves izklaides industrijā dažādās Eiropas, ASV un Austrālijas vietās, jo īpaši naktsklubos, kur bieži tika lietotas arī daudzas citas narkotikas. Ātri parādījās bažas saistībā ar risku, ko šīs vielas lietošana rada veselībai. Īpaši lielu satraukumu radīja iespējama slepus pievienot GHB dzērieniem (ko parasti dēvē par “dzēriena papildināšanu”) seksuālas vardarbības pastrādāšanas nolūkā. Taču šiem apgalvojumiem trūkst tiesu pierādījumu, un tos iegūt ir grūti, jo GHB konstatācijas laiks ķermeņa šķidrums ir ļoti īss. Tomēr GHB saistīšana ar seksuālo vardarbību narkotiku aizsegā, iespējams, ir palīdzējusi veidot šīs vielas salīdzinoši “negatīvo tēlu” (EMCDDA, 2008c).

GBL

Pašlaik bažas rada ziņas par GHB prekursora gamma-butirolaktona (GBL) lietošanu, jo šī viela nav nevienas ANO narkotiku kontroles konvencijas sarakstā. GBL organismā tiek ātri pārstrādāts par GHB, un pašlaik nav pieejami toksikoloģiski testi, ar ko varētu noteikt, kura no abām vielām ir lietota.

GHB var izgatavot no GBL un 1,4-butanediola (1,4-BD), kas tiek plaši un likumīgi izmantoti daudzās rūpniecības nozarēs (piemēram, ķīmikālijū, plastmasu, farmācijas izstrādājumu) un tādējādi tos var iegādāties no izplatītājiem. GBL pieejamība ļauj šo vielu iegūt narkotiku tirgotājiem un lietotājiem par daudz zemāku cenu un risku,

nekā ierasts Eiropas Savienības nelikumīgo narkotiku tirgū. Piemēram, viena grama GBL devas cena, iegādājoties vairumā internetā, svārstās no EUR 0,09 līdz EUR 2.

Veselībai radītais risks

Gan GHB, gan GBL ir stāva devas/atbildes reakcijas līkne, un simptomi iestājas strauji, kas ļoti palielina ar nelegālu lietošanu saistīto risku. Galvenās nelabvēlīgās iedarbības izpausmes lielākajā daļā reģistrēto saindēšanās gadījumu ar GHB ir nelabums, vemšana un dažādi uztveres traucējumi. Tomēr ķīmisko ainu sarežģī tas, ka bieži tiek novērota arī citu vielu klātbūtne. Nīderlandē veiktā pētījumā, kurā piedalījās 72 GHB lietotāji, tika konstatēts, ka vairākums, atrodoties GHB iedarbībā, vismaz vienreiz ir zaudējuši samaņu, bet ar dažiem tā ir noticis bieži (Korf *et al.*, 2002). GHB un GBL lietotāju apsekojumā Apvienotajā Karalistē tika konstatēts, ka nevēlama iedarbība ir biežāk novērota klubos, nevis mājas apstākļos (Sumnall *et al.*, 2008). Londonā un Barselonā ar GHB saindējušies pacienti tiek raksturoti kā galvenokārt gados jauni vīrieši, bet lielākā daļa saindēšanās gadījumu notiek nedēļas nogalē, un parasti šajos gadījumos ir lietots arī alkohols vai nelegālās narkotikas (Miro *et al.*, 2002; Wood *et al.*, 2008).

Saindēšanās ar GHB un ar šo vielu saistītie veselības ārkārtas gadījumi kopš 20. gs. 90. gadu beigām ir minēti zinātniskajā literatūrā, un par tiem EMCDDA ir ziņojusi, kaut gan ne sistemātiski, Beļģijā, Dānijā, Spānijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Somijā, Zviedrijā, Apvienotā Karalistē un Norvēģijā. Kaut gan GHB ir saistīta ar ļoti mazu daļu no visiem narkotiku saindēšanās gadījumiem, kuros ir bijusi vajadzīgi slimnīcu vai neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi, kopš 2000. gada ar šo vielu saistīto gadījumu skaits ir pieaudzis. 2005. gadā Amsterdamā ar GHB/GBL saistīto neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumu skaits, kuros pacienti bija jānogādā slimnīcā, pārsniedza ar citām narkotikām saistīto izsaukumu skaitu.

Apvienotajā Karalistē kādas Londonas slimnīcas neatliekamās palīdzības nodaļā, iecirknī, kas apkalpo teritoriju, kurā esošos klubus apmeklējot publicā parasti, bet ne vienmēr ir geji, 2006. gadā GHB un GBL klātbūtni reģistrēja 158 gadījumos. Kaut gan vairums šo pacientu norādīja, ka lietojuši GHB, no tajā pašā iecirknī esošajiem naktsklubiem tajā pašā laikposmā ņemto paraugu ķīmiskajās analizēs tika konstatēts, ka vairāk nekā pusē paraugu ir GBL, nevis GHB. Tas liecina, ka GBL lietošana varētu būt vairāk izplatīta, nekā līdz šim domāts (Wood *et al.*, 2008).

Tā kā GHB/GBL strauji izdalās no organisma, ir grūti konstatēt, vai šīs vielas ir saindēšanās vai nāves cēlonis. Turklāt trūkst precīzas un salīdzināmas ar GHB un tā prekursoru lietošanu saistītu nāves gadījumu un neletālo ārkārtas gadījumu skaita reģistrēšanas sistēmas.

Risinājumi

Dažas dalībvalstis (Itālija, Latvija, Zviedrija) ir izvēlējušās definēt GBL (vai GBL un otru prekursoru 1,4-BD) kā kontrolējamu vielu saskaņā ar narkotiku kontroles vai ekvivalentiem tiesību aktiem, un Apvienotajā Karalistē tiek apspriesta iespēja piemērot papildu kontroles pasākumus. Saskaņā ar Kopienas tiesību aktiem par prekursoru kontroli GBL un 1,4-BD ir iekļauti nekontrolējamo vielu sarakstā,

kurām visās dalībvalstīs piemēro izvēles uzraudzības pasākumus, lai novērstu šo vielu novirzīšanu nelegāliem nolūkiem no legāliem lietošanas veidiem rūpniecībā.

Lai risinātu GHB/GBL lietošanas radītās problēmas, valsts un sabiedrisko narkotiku projektu ietvaros tiek paredzēti uz naktsdzīves izklaides vietām orientēti iejaukšanās pasākumi profilakses un kaitējuma mazināšanas nolūkā. Šajos iejaukšanās pasākumos parasti ietilpst klubu darbiniekiem paredzētas mācības un informācijas izplatīšana par risku, ko rada GHB un citu narkotiku lietošana. Šos iejaukšanās pasākumus bieži veic saistībā ar citiem pasākumiem attiecībā pret "klubu narkotikām" un alkohola lietošanu kopā ar narkotikām (EMCDDA, 2008e).



Bibliogrāfija

- 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, 198.–202. lpp.
- 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, 981.–989. lpp.
- Cameron, L. un Williams, J. (2001). Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements? *Economic Record* 77, 19.–34. lpp.
- CND (2008). *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*. Narkotisko vielu komisija, ANO: Ekonomikas un sociālā padome. Vīne.
- Coggans, N. (2006). Drug education and prevention: has progress been made? *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, 417.–422. lpp.
- 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. un Sorensen, J. L. (2001). Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 62, 91.–95. lpp.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. un Van Laar, M. (2008). Estimating the total mortality among problem drug users. *Substance Use and Misuse* 43, 733.–747. lpp.
- 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. PVO Eiropas reģionālais birojs. Kopenhāģena.
- Daly, M. (2007). Plant warfare. *Druglink* 22(2), marts–aprīlis.
- Darke, S. un Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* 97, 1383.–1394. lpp.
- Darke, S., Degenhardt, L. un Mattick, R. (2007). *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*. Cambridge University Press. Kembridža.
- 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, 1954.–1959. lpp.
- 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, 505.–520. lpp.
- DeFuentes-Merillas, L. un De Jong, C. A. J. (2008). Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie. NISPA. Neimegena.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J. un Kalelkar, M. B. (2008). An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007. *Journal of Forensic Science* 53.452.–454. lpp.
- 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, 59.–65. lpp.
- Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus J. V., Nielsen, S. un 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, 271.–280. lpp.
- ECDC (2007). *The first European communicable disease epidemiological report*. Eiropas Slimību kontroles centrs. Stokholma.
- EMCDDA (2002). *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2006). *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2007a). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2007b). *Drugs and crime: a complex relationship, Drugs in focus No 16*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2008a). *A cannabis reader: global issues and local experiences. Monograph No 8*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2008b). *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach. Insights No 9*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- EMCDDA (2008c). *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs-a>).
- EMCDDA (2008d). *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*. EMCDDA 2008 selected issue. Eiropas

- Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e). *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona (<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*. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Lisabona.
- Eiropas Komisija (2007a). Komisijas ziņojums Eiropas Parlamentam un Padomei par to, kā tiek īstenots Padomes 2003. gada 18. jūnija ieteikums par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu. COM (2007) 199, galīgā redakcija.
- Eiropas Komisija (2007b). *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*. Veselības un patērētāju aizsardzības direktorāts.
- Europol (2007a). *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*. Project SYN2007076. Hāga.
- Europol (2007b). *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*. Europol. Hāga.
- Europol (2008). *European Union drug situation report 2007*. Europol. Hāga.
- Farrell, M. un Marsden, J. (2008). Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment. *Addiction* 103, 251.–255. lpp.
- Farrelly, M. C., Bray, J. W., Zarkin, G. A. un 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, 51.–68. lpp.
- Gorman, D. M., Conde, E. un 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, 585.–593. lpp.
- Gossop, M., Manning, V. un 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, 1292.–1298. lpp.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. un Treacy, S. (2002). Change and stability of change after treatment of drug misuse: two-year outcomes from the national treatment outcome research study (UK). *Addictive Behaviors* 27, 155.–166. lpp.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. un Klempova, D. (2008). Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe. *Drug and Alcohol Review* 27, 236.–242. lpp.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. et al. (2003). *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*. Joseph Rowntree Foundation. Jorka (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. un Anderson, J. (2003). Overview of five-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, 125.–134. lpp.
- INCB (2008a). *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*. ANO: Starptautiskā Narkotiku kontroles padome. Ņujorka.
- INCB (2008b). *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*. ANO: Starptautiskā Narkotiku kontroles padome. Ņujorka.
- Jansen, A. C. M. (2002). *The economics of cannabis-cultivation in Europe*. Presented at the second European conference on drug trafficking and law enforcement. Parīze, 2002. gada 26. un 27. septembris (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. un Stöver, H. (2008). *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*. BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität. Oldenburga (pieejams <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. un Benschop, A. (2002). *GHB: Tussen en narcose*. Rozenberg. Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J. un Patton, G. C. (2006). Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction* 101, 948.–958. lpp.
- 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. un 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. un 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. un Sanchez, M. (2002). Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129.–135. lpp.
- Morgan, O., Griffiths, C. un Hickman, M. (2006). Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004. *International Journal of Epidemiology* 35, 1579.–1585. lpp.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. un LaRowe, S. (2004). Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues. *Annals of Clinical Psychiatry* 16, 101.–109. lpp.
- NICE (2007). *Drug misuse: psychosocial interventions*. Clinical Guideline 51. National Institute for Clinical Excellence. Londona.
- Nordstrom, B. R. un Levin, F. R. (2007). Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature. *American Journal of Addiction* 16, 331.–342. lpp.

- Ødegard, E., Amundsen, E. J. un 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, 176.–182. lpp.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. un Vuori, E. (iespiešanās), 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. Londona.
- 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, 439.–449. lpp.
- Petrie, J., Bunn, F. un Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research* 22, 177.–191. lpp.
- 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, 147.–155. lpp.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. un Hopkins, L. N. (2001). Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey. *Circulation* 103, 502.–506. lpp.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. et al. (2000). Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs* 32, 233.–238. lpp.
- Reitox tikla valstu ziņojumi (<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. un Wiessing, L. (2008). Guidelines for estimating the incidence of problem drug use. Final report CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA. Lisabona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (iespiešanās). 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 Eiropas Komisijai.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J. R. un 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, 202.–207. lpp.
- Stallwitz, A. un Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons: a literature review. *International Journal of Drug Policy* 18, 464.–474. lpp.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S. et al. (2008). Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence* 92, 286.–290. lpp.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. un Gill, O. N. (2006). Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison. *BMC Public Health* 6, 170. lpp.
- Swift, W., Hall, W. un Copeland, J. (2000). One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence* 59, 309.–318. lpp.
- Szendrei, K. (1997,1998). Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality. *Bulletin on Narcotics* XLIX and L. Nr. 1 un 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C. et al. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 369,1391.–1401. lpp.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vine.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vine (pieejams <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vine.
- UNODC un Marokas valdība (2007). *Morocco cannabis survey 2005*. ANO Narkotiku un noziedzības birojs. Vine.
- USDS (2008). *International narcotics control strategy report*. Vol. I. ASV Valsts departaments, Vašingtona.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. un 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, 1454.–1462. lpp.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*. Pasaules Muitas organizācija. Brisele.
- Werch, C. E. un Owen, D. M. (2002). Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 581.–590. lpp.
- 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, 23.–29. lpp.
- Zador, D., Mayet, S. un Strang, J. (2006). Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK. *International Journal of Epidemiology* 35, 1586.–1587. lpp.
- Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. un 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, 33.–39. lpp.

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

2008. gada ziņojums: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Luksemburga, Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs

2008 – 98 lpp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-332-1

Kā saņemt ES publikācijas?

Publikācijas, ko pārdošanai sagatavojis Publikāciju birojs, ir pieejamas ES virtuālajā grāmatnīcā *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>), kur tās iespējams pasūtīt jūsu izvēlētajā tirdzniecības birojā.

Jūs varat arī saņemt sarakstu, kurā apkopoti mūsu tirdzniecības tīklā iesaistītie aģenti visā pasaulē, nosūtot pieprasījumu pa faksu (352) 29 29-42758.

Par EMCDDA

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (*EMCDDA*) ir viena no Eiropas Savienības decentralizētajām aģentūrām. Centru nodibināja 1993. gadā, tas atrodas Lisabonā un ir galvenais avots, no kura iegūst visaptverošu informāciju par narkotikām un narkomāniju Eiropā.

EMCDDA vāc, analizē un izplata faktisku, objektīvu, uzticamu un salīdzināmu informāciju par narkotikām un narkomāniju. Veicot šo uzdevumu, tas sniedz interesentiem ar pierādījumiem pamatotu pārskatu par narkomānijas problēmu Eiropas līmenī.

Centra publikācijas ir galvenais informācijas avots plašai auditorijai, ieskaitot politiķus un to padomdevējus, speciālistus un pētniekus, kas darbojas narkotiku jomā, un tas sniedz visplašāko informāciju plašsaziņas līdzekļiem un sabiedrībai.

Šajā gada ziņojumā ir *EMCDDA* gada pārskats par narkomānijas problēmu ES dalībvalstīs un Norvēģijā, un šis ziņojums ir svarīgs atsaucē materiāls tiem, kuri vēlas uzzināt jaunākos datus par narkotikām Eiropā.



Publikāciju birojs
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-332-1



9 789291 683321