



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

ISSN 1725-6712

Годен доклад 2005

състояние на проблема с наркотиците в Европа



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

Годнишен доклад 2005

състояние на проблема с наркотиците в Европа

Правни бележки

Настоящата публикация на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) (EMCDDA) е защитена с авторски права. ЕЦМНН не носи никаква морална или правна отговорност за евентуалните последствия от използването на съдържащите се в този документ данни. Информацията, поместена в настоящата публикация, не отразява задължително официалното становище на партньорите на ЕЦМНН, на държавите-членки на ЕС или на която и да е друга институция или агенция на Европейския съюз или на Европейските общности.

Повече допълнителна информация за Европейския съюз може да се намери в Интернет. Достъпът до нея е осигурен чрез сървъра Еуропа (<http://europa.eu.int>).

Europe Direct е услуга, чрез която можете да намерите отговори на въпросите Ви, свързани с Европейския съюз.

Безплатен телефон (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Някои мобилни оператори нямат достъп до телефони с 00 800 или разговорите до тях са платени.

Настоящият доклад се публикува на испански, чешки, датски, немски, естонски, гръцки, английски, френски, италиански, латвийски, литовски, унгарски, холандски, полски, португалски, словашки, словенски, фински, шведски, български, румънски и норвежки език. Всички преводи са направени от Центъра за преводи за органите на Европейския съюз.

В края на настоящата публикация могат да се намерят каталожни данни за нея.

Люксембург – Служба за официални публикации на Европейските общности, 2005

ISBN 92-9168-234-9

© Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, 2005

Възпроизвеждане на текста се разрешава, при условие, че се споменава източника.

Printed in Belgium

Отпечатано на бяла хартия без хлор



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

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.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Съдържание

Предговор	5
Благодарности	7
Уводни бележки	9
Коментар – определяне на тенденциите в областта на наркотиците в Европа	11
Глава 1	
Ново развитие в политиките и законите	18
Глава 2	
Училища, младежи и наркотици	28
Глава 3	
Канабис	38
Глава 4	
Амфетаминов тип стимуланти, LSD и други синтетични наркотици	47
Глава 5	
Кокаин и крек	58
Глава 6	
Хероин и употреба на наркотици чрез инжектиране	65
Глава 7	
Престъпност и употреба на наркотици в местата за лишаване от свобода	86
Библиография	91



Предговор

Настоящото издание на Годишния доклад на Европейския център за мониторинг на наркотици и наркомании се съпътства, в допълнение, с елементи "онлайн", включващи нашия нов статистически бюлетин, издаван за втора поредна година, който съдържа повече от 200 таблици представящи изследователски материали с количествени данни, детайлно очертаващи положението с наркотиците в Европа.

Повече от 10 години ЕЦМНН (EMCDDA) работи със страните-членки на Европейския съюз за усъвършенстването на изчерпателно отразяване на явленията свързани с наркотиците в Европа. Количеството и качеството на данните, залегнали в аналитичните разработки в настоящия годишен доклад, отразява не само техническата страна на постижението на изследователските екипи, осигуряващи информацията, но и ангажираността от страна на отговорните за политическите решения в Европа лица да участват и да помагат в процеса на събирането на данните. Това е един конкретен пример за преимуществото на съвместната работа на европейско равнище. Страните-членки имат помежду си различия не само в характера на проблемите, с които се сблъскват в областта на наркотиците, но и в начините, по които се отговаря на тези явления. Въпреки съществуващите различия, в момента се налага също така и успоредна тенденция, която може да се определи като европейска перспектива по проблема с наркотиците. Съществува неоспорим консенсус по отношение на необходимостта от развиване на дейности, основаващи се върху правилното разбиране на ситуацията, от обмяна на опит в положителните резултати и от съвместни действия винаги, когато е възможно, за постигане на резултати полезни за всички. Тези стремежи са отразени в новата стратегия и програма за дейността в областта на наркотиците на ЕС. Те съставят и ключовите теми в отчета, който представяме.

Нашият годишен доклад наблюдава върху редица важни страни на проблема свързан с начина, по който злоупотребата с наркотици се отразява както върху индивида, така и върху обществото като цяло. Ние обръщаме внимание на новите актуални проблеми, с

които се сблъскваме, като например увеличаването на употребата на стимулиращи наркотици в някои региони на Европа, и по-специално на кокаин, както и неспиращото нарастване на броя на младежи в Европа, които злоупотребяват с наркотици. Ясно е, че все още има много да се прави за усъвършенстване на решенията свързани с употребата на наркотици в Европа. Въпреки всичко, в този доклад, ние можем да насочим вниманието и към редица положителни тенденции: общото увеличаване на терапевтични структури в помощ на хора, употребяващи наркотици, както и за пациенти във фаза на нормализиране или дори намаляване на някои от аспектите нанасящи най-големи щети. Така, настоящият доклад не само наблюдава върху някои от ключовите проблеми, с които се сблъскваме, но също така очертава и възможните пътища за резултатен подход спрямо проблемите с наркотиците в Европа.

С голямо задоволство отбелязваме, че и тази година нарастваха данните с показатели, съобщавани от страните-членки на Европейския съюз. Според данните, с които разполагаме, сме включили отчети както за положението в разширения Съюз, така и за България, Румъния и Турция, а така също и някои анализи на важни международни тенденции. Глобалната същност на проблема с наркотиците налага разглеждането на нашите европейски анализи в по-широк контекст. Незаконният трафик и употреба на наркотици са неизменно тясно обвързани с редица актуални болни теми. Употребата на наркотици е с широки последици за здравето и развитието, престъпността и индивидуалната, както и международната сигурност. Нашият доклад фокусира преди всичко върху състоянието в Европа, но ние не можем да допуснем игнориране на факта, че подходиме към проблем с глобални измерения.

Marcel Reimen

Президент на Управителния Съвет на ЕЦМНН (EMCDDA)

Wolfgang Götz

Директор, ЕЦМНН (EMCDDA)



Благодарности

ЕЦМНН изказва своята благодарност на следните организации и лица за тяхната подкрепа за съставянето на настоящия доклад:

- ръководителите на националните фокусни центрове Reitox и техните служители;
- службите на всяка държава-членка, които събраха изходните данни за настоящия доклад;
- членовете на Управителния съвет и на Научния комитет на ЕЦМНН и участниците в техническите работни групи на ЕЦМНН/мрежата Reitox;
- Европейския парламент, Съвета на Европейския съюз (по-конкретно неговата хоризонтална работна група за наркотиците) и Европейската комисия;
- Шведския съвет за информация по въпросите на алкохола и останалите наркотици (CAN), Групата "Помпиду" на Съвета на Европа, Службата по наркотиците и престъпленията на Обединените нации, Световната здравна организация, Европол, Интерпол и Центъра за епидемиологично наблюдение на СПИН;
- Центъра за преводи за органите на Европейския съюз и Службата за официални публикации на Европейските общности;
- Препрес проект (Prepress Projects Ltd.)

Национални фокусни центрове от мрежата Reitox

Reitox е европейската информационна мрежа за наркотиците и наркоманиите. Мрежата включва националните фокусни центрове в държавите-членки на ЕС, Норвегия, страните-кандидатки и в Европейската комисия. В рамките на задълженията на техните правителства, фокусните центрове са националните органи, които предоставят на ЕЦМНН информация по въпросите на наркотиците.

Адресите за контакт с националните фокусни центрове могат да се намерят на адрес:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Уводни бележки

Настоящият годишен доклад се базира на информация, предоставена на ЕЦМНН от държавите-членки на ЕС и страните-кандидатки и Норвегия (които участват в работата на ЕЦМНН от 2001 г.), под формата на национални доклади. Посочените тук статистически данни се отнасят за 2003 г. (или за последната година, за която има подобни данни). Графиките и таблиците в настоящия доклад понякога включват само някои страни на ЕС: изборът се базира на наличната за съответния разглеждан период информация от тези страни.

Годишният доклад е публикуван в он-лайн версия на 22 езика и може да се намери на адрес <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Статистическият бюлетин за 2005 г. (<http://stats05.emcdda.eu.int>) предоставя пълен набор от изходни таблици, върху които се базира статистическия анализ в годишния доклад. Също така, той предоставя допълнителна информация за използваната методология и над 100 допълнителни статистически диаграми.

Информационните профили за страните (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) правят графично обобщение от най-високо равнище на ключовите аспекти на положението в областта на наркотиците във всяка страна.

Към настоящия доклад са включени и три задълбочени критични материала, които разглеждат следните въпроси:

- нарушения на общественя ред, свързани с наркотиците: тенденции в политиката и мерки за предотвратяването им;
- алтернативи на лишаването от свобода, насочени към проблемно употребяващите наркотици закононарушители в ЕС; и
- бупренорфин: практики в лечението, злоупотребата и предписанието.

Подбраните материали могат да се намерят във версия за разпечатване и он-лайн (<http://issues05.emcdda.eu.int>) само на английски език.

Националните доклади на фокусните центрове от мрежата Reitox предоставят подробно описание и анализ на проблема с наркотиците във всяка страна и могат да се намерят на страницата на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Коментар – определяне на тенденциите в областта на наркотиците в Европа

Съединяване на елементите на европейската мозайка

Настоящият раздел прави обзор на развоя на събитията и главните тенденции в областта на наркотиците в Европа. Той е съставен чрез обединяване на информацията, която постъпва от различни източници, като се отчитат както силните, така и слабите страни на сега съществуващата фактологична база. Тази година коментарът включва оценка на това, по какъв начин новите данни, предоставени през 2005 г., допринасят за разбирането ни за средносрочните и дългосрочни тенденции в областта на наркотиците в Европа.

Проблемите с едновременната употреба на няколко наркотика внасят усложнения както в разбирането ни, така и в ответните мерки срещу проблемите с употребата на наркотици

В по-голямата част от доклада, възприетият аналитичен подход е да се насочи вниманието върху всяко от основните употребявани вещества. Този конкретно фокусиран върху отделните наркотични вещества подход е концептуално лесен за разбиране и има допълнителното предимство, че повечето показатели за употребата на наркотици имат за база измерители, свързани с поведението, което е характерно за употребяващите съответното вещество. Недостатъкът на този подход е, че той не отразява факта, че едновременната употреба на няколко наркотика е важен фактор за проблемите в областта на наркотиците в Европа. Необходимо е анализът на въздействието на употребата на наркотици върху общественото здраве да отчита сложната картина на взаимосвързаната употреба на психоактивни вещества, към които спадат и алкохола и цигарите. Например в Европа канабисът често се пуши в съчетание с тютюн и това има съответното отражение както по отношение на щетите, които обикновено се свързват с подобно поведение, така и върху информационните дейности за превенция. Токсикологичните анализи на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, често показват наличие на няколко наркотични вещества, а е известно, че едновременната консумация на алкохол увеличава рисковете, свързани с употребата на хероин и кокаин. Освен това, фокусирането на вниманието върху тенденциите в употребата на едно наркотично вещество може да се окаже подвеждащо ако бъде пренебрегната взаимната обвързаност между различните видове наркотици; например в този доклад са приведени някои доказателства за нарастване на достъпността на синтетичните опиати, което е важен фактор за всеки анализ на тенденциите в употребата на хероин. По

същия начин, вероятно е разумно да се вземе под внимание възможното припокриване на тенденциите в употребата на различните стимуланти и във всеки анализ да се отчита степента, в която наблюдаваните изменения могат да се дължат на промени в моделите на употреба.

В обобщение може да се каже, че повечето от потърсилите лечение за употребата на наркотици в специализираните центрове в Европа са употребявали едновременно по няколко наркотика. Налице е необходимост да се разработят по-добри методи за отчитане на този ключов аспект от употребата на наркотици и за разбирането на начините, по които едновременната употреба на няколко наркотика влияе върху ефикасността на мерките за намеса.

Младешите и употребата на наркотици – увеличава се потреблението на канабис, но се наблюдават нови модели на употреба

Употребата на наркотици в Европа в голяма степен остава явление, разпространено най-вече сред младежите и по-конкретно сред младите мъже. Данните от проучванията сред населението и в училищата осигуряват един полезен задълбочен поглед върху начина, по който се развиват моделите на употребата на наркотици в Европа след средата на 90-те години. На разположение за включването им в годишния доклад за тази година вече са и данните от последния кръг на проекта за европейското училищно проучване за употребата на алкохол и други наркотици (ESPAD), което е ценен източник на данни за наблюдение на употребата на наркотици в училищата и отчитане на тенденциите във времето.

Отчитайки всички налични данни е очевидно, че употребата на канабис се различава значително в отделните страни. Въпреки че преобладаващата европейска тенденция от средата на 90-те години е възходяща, в някои страни тя има по-устойчив характер. Например въпреки че стойностите за употребата на канабис в Обединеното кралство от 90-те години насам са особено високи, те се запазват стабилни през целия период. Освен това, съвсем малка е и промяната в равнищата на употреба на канабис в няколко от страните, в които разпространението на употребата на този наркотик е слабо, включително в Швеция и Финландия в северната част на Европа и Гърция и Малта – в южната. Увеличаването на употребата на канабис, отчетено от 1999 г. насам в проучването ESPAD, в по-голямата си част се наблюдава в новите държави-членки на ЕС. Анализът на данните от проучванията в училищата и въобще сред населението сочи, че по повечето показатели Чехия, Испания и Франция вече са заедно с Обединеното

кралство в общата група страни с високи стойности за разпространението на употребата.

В Европа е налице нарастваща загриженост за отрицателното въздействие на употребата на канабис, въпреки че информацията за степента, в която употребата на този наркотик се отразява върху проблемите с общественото здраве, е оскъдна. Наличните данни за търсенето на лечение за употреба на наркотици в Европа поставят канабиса на второ място след опиатите, въпреки че той е причина едва за 12% от цялото търсене на лечение, а цялостната картина до голяма степен се влияе от положението в относително малко на брой страни. Данните за редовната и интензивна употреба на канабис са особено важни за изграждането на необходимото разбиране за възможната връзка между употребата на канабис и общественото здраве, но засега тази информация е ограничена. Въпреки че данните сочат, че вероятно приблизително три милиона души в Европа, предимно млади мъже, използват ежедневно канабис, не е известна степента, в която тази група е засегната от проблеми, дължащи се на факта, че употребяват този наркотик.

Какво се случва в областта на проблемната употреба на наркотици – намалява ли броят на нововъвлечените в употребата на хероин лица и инжектирането на наркотици?

Една от най-предизвикателните в методическо отношение области от процеса на наблюдение на употребата на наркотици е задачата да се направи приблизителна оценка за броя на лицата, за които употребата на наркотици е хронично и особено вредящо състояние. Индикаторът на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици е разработен с цел да се направи тази оценка, като в повечето страни от ЕС индикаторите отразяват използването на опиати и инжекционната употреба. По текущи оценки в ЕС има вероятно между 1.2 и 2.1 милиона проблемно употребяващи наркотици, от които 850 000 до 1.3 милиона вероятно са ги употребявали инжекционно напоследък. Приблизителните оценки за разпространението на проблемната употреба във времето са разпокъсани, което затруднява определянето на дългосрочните тенденции. Въпреки това, показателите за държавите-членки на ЕС-15 масово сочат, че ускореното въвличане на нови лица в употребата на хероин, което се отчита в повечето страни, достигна своите върхови стойности в началото на 90-те години, след което последва стабилизиране. Независимо че няколко страни продължиха да отчетат увеличение и след 1999 г., напоследък са налице признаци, че положението не е еднакво при всички, а оценките за разпространението на употребата показват непоследователност в картината за ЕС. По-конкретно заслужават специално да се споменат новите държави-членки, тъй като те по-късно изпитаха проблемите с хероина и при тях положението е по-неизяснено.

Допълнителни източници на информация за оценка на проблемната употреба на наркотици са смъртността, свързана с употребата на наркотици и търсенето на лечение. Анализът на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици (които най-често се дължат на свръхдоза опиати) сочи, че жертвите са сред по-възрастното население, като регистрираните смъртни случаи сред употребяващи наркотици на възраст под 25 години намаляват след 1996 г. Важно е да се отбележи, че данните от новите държави-членки на ЕС, колкото и ограничени да са те, доскоро показваха възходяща тенденция по отношение на дела на смъртните случаи сред населението на възраст под 25 години, въпреки че сега се наблюдава известна степен на стабилизиране на този показател. Като цяло, независимо от това, че смъртността, свързана с употребата на наркотици в ЕС остава на исторически високо равнище, вероятно то вече е достигнало върховете си стойности.

В повечето страни хероинът остава основното наркотично вещество, за което пациентите търсят лечение. В някои страни могат да се проследят тенденции от миналото в употребата на хероин сред новите пациенти, потърсили лечение, които показват слабо намаление на абсолютните стойности след 1996 г. По същия начин, някъде се отчита тенденция към застаряване на населението, употребяващо опиати, въпреки че тези наблюдения отново не важат за всички страни, а само в някои от новите държави-членки (отново на базата на ограничените данни) употребяващите опиати, които за първи път постъпват на лечение, са в относително млада възраст. В някои европейски страни, особено в държавите-членки на ЕС-15, от известно време се наблюдава намаляване на инжектирането сред новопостъпилите на лечение пациенти употребяващи опиати, а по-малко от половината от тях, потърсили лечение за употреба на опиати в цяла Европа сега съобщават, че инжектират наркотиците. Отново, тази тенденция като цяло не важи за новите държави-членки, където инжекционната употреба остава преобладаващият начин на приемане на хероина сред употребяващите, които търсят лечение.

В обобщение може да се каже, че няма еднозначен отговор на въпроса за това, дали употребата или инжектирането на хероин в Европа сега бележат спад. Картината днес в много отношения, особено относно въвличането в употребата на нови лица и инжектирането на хероин, изглежда по-положителна отколкото в началото на 90-те години в държавите-членки на ЕС-15. Съществуват доказателства, че в много от страните положението сега е относително стабилно, като дори се проявяват признаци на застаряване сред употребяващите лица, което вероятно е отражение на намалената заболяемост. Все пак, в някои от новите държави-членки, където ескалация на проблемите, свързани с употребата на хероин се наблюдава едва напоследък, инжекционната употреба остава преобладаващият начин на приемане на опиатите, а текущите тенденции

в употребата на хероин трудно могат да бъдат интерпретирани от наличните данни.

Употреба на кокаин и други стимуланти – няма място за безучастност

Европа остава важен пазар за наркотици-стимуланти и показателите сочат, че като цяло в Европа се запазва възходящата тенденция в употребата на амфетамини, екстази и кокаин. Екстази изпреварва амфетамините по отношение на много показатели и е вторият най-употребяван наркотик в Европа след канабиса. Въпреки това, в Обединеното кралство, което от 90-те години по повечето показатели е с най-високи стойности за разпространението на употребата на екстази и амфетамини, данните от последните проучвания сред населението като цяло и в училищата сочат, че стойностите за употребата на тези два наркотика намаляват, при това доста рязко за амфетамините и в по-ограничена степен за екстази. Независимо от това, разпространението на употребата в Обединеното кралство остава относително високо в сравнение с други страни, въпреки че разликата сега не е така силно изразена, тъй като няколко страни вече отчитат сходни стойности на употреба, което много наподобява описаната по-горе картина по отношение на канабиса.

Разпространението на употребата на кокаин в Европа силно варира, но тук отново тенденцията като цяло е възходяща. Данните от проучванията сочат, че особено в Испания и Обединеното кралство, употребата на кокаин се е увеличила значително в края на 90-те години, а напоследък се наблюдава допълнително, макар и съвсем слабо увеличение. Приблизителните оценки за употребата на кокаин напоследък сред младите хора в тези две страни сега надвишават тези за екстази и амфетамин.

Въздействието на употребата на стимуланти върху общественото здраве в Европа трудно може да бъде определено количествено, въпреки че фактите сочат, че не трябва да оставаме безучастни спрямо сегашните модели на употреба. Нараства търсенето на лечение, свързано с употребата на кокаин. Въпреки че има съществени различия между отделните страни, кокаинът е причина за около 10% от общото търсене на лечение в Европа. Употребата на кокаин крек в Европа – една форма на наркотика, която се свързва с конкретни здравни и други проблеми, остава ограничена. Отчетената употреба на крек обикновено се свежда само до няколко големи градове, но в общностите, в които е разпространен този наркотик, щетите от неговата употреба понякога са доста големи. Оценката за броя на свързаните със стимуланти смъртни случаи в Европа се затруднява от няколко практически и методологически въпроса. Въпреки че в сравнение със смъртността, свързана с употребата на опиати, броят на смъртните случаи след употреба на стимуланти е малък, той вероятно нараства и е възможно отчитаните стойности да са занижени. Няколко са страните, които посочват, че кокаинът има решаваща роля за около 10% от свързаните с наркотици смъртни случаи, въпреки че понастоящем данните са много ограничени.

Свързаните с екстази смъртни случаи продължават да бъдат рядкост в повечето страни от ЕС, но би било добре да се подобрят отчетните процедури.

В тон със световната тенденция: няма признаци за значими проблеми с метамфетамин в Европа

Известно е, че метамфетаминът е наркотик, който се свързва с конкретни здравни и социални проблеми. В световен мащаб е налице силна загриженост за нарастващите проблеми, свързани с метамфетамин и стойностите за употребата му са високи или се увеличават в САЩ, Австралия, някои части от Африка и по-голямата част от Югоизточна Азия. Досега употребата на метамфетамин в Европа до голяма степен бе ограничена, предимно в Чехия, която от дълго време има проблеми с този наркотик. В останалите страни в Европа се отчитат само спорадични съобщения за наличието на метамфетамин, като постъпват и някои данни за конфискации и инцидентни случаи на внос от Чехия в съседните страни. Предвид факта, че много европейски страни поддържат широки връзки с другите части на света, където съществуват проблеми с употребата на метамфетамин, и предвид разрастващият се пазар на стимуланти в Европа, не може да бъде пренебрегната потенциалната опасност от разпространяване на употребата на метамфетамин и следователно, това остава една важна област, в която трябва да се проявява бдителност.

Разширяване и развиване на услугите за хора с проблеми с наркотиците

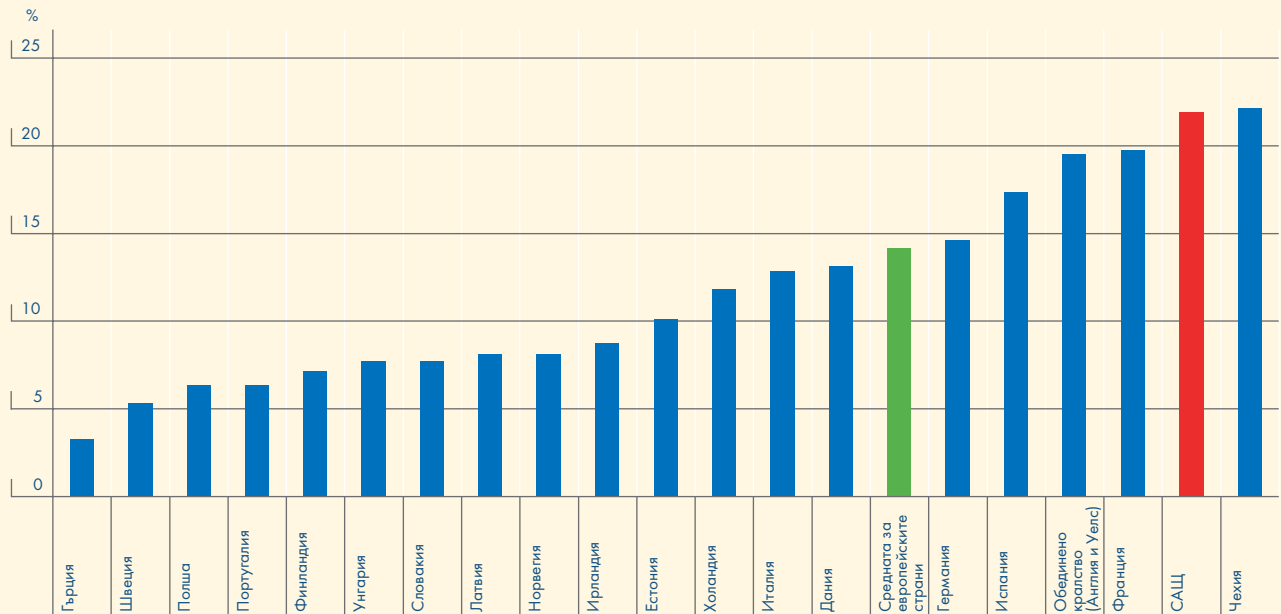
Услугите за хората с проблеми с наркотиците могат да променят ситуацията в положителна посока, както за употребяващите наркотици, така и за общностите, в които те живеят. Този факт се отчита в много национални политики в областта на наркотиците, а новият, както и старият план за действие на ЕС в областта на наркотиците се ангажира с разширяване на услугите за хората, които имат проблеми с наркотиците. Въпреки че е трудно да се направи изчерпателно проучване за мащаба на предлагането на услуги за хората с проблеми с наркотиците в Европа, някои показатели неотменно сочат, че е налице значително увеличение както на терапевтичните услуги, така и на някои видове услуги за намаляване на щетите. При това, характерът и мащабът на различните видове услуги варира в значителни граници в отделните страни. Една от областите на услуги, която през последното десетилетие несъмнено се разраства, е опиатното субституиращо лечение, особено в онези страни, в които се отчитат относително високи равнища на инжекционна употреба на хероин. Метадонът е веществото, което се използва в малко под 80% от провежданото субституиращо лечение в Европа и в над 90% от субституиращото лечение при специализираните услуги, но напоследък бупренорфинът става все по-популярен фармакологичен заместител и се прилага вероятно в около 20% от субституиращото лечение в Европа. (За допълнителна информация относно приложението

Употребата на наркотици в Европа все още е по-ниска от тази в САЩ, но приблизителните оценки за разпространението на употребата сега са сходни в някои отношения

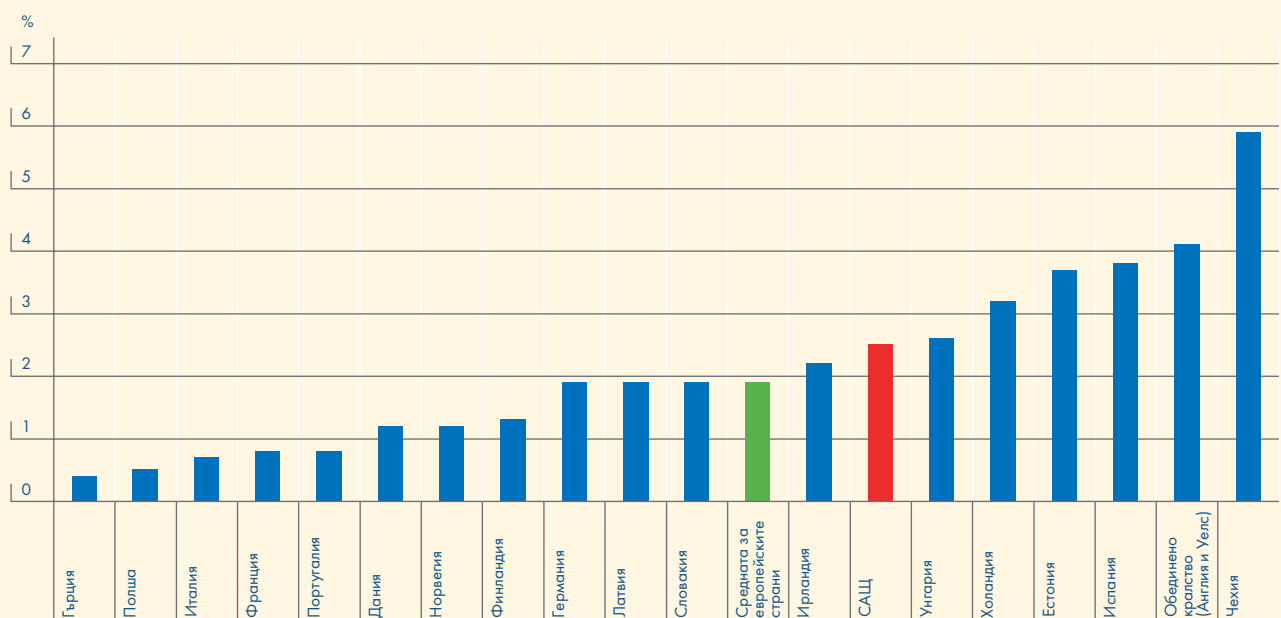
Равнищата на употребата на наркотици в САЩ в исторически план са значително по-високи от тези в европейските страни. Това до голяма степен важи и днес, но сравнението на данните за употребата напоследък (разпространение на употребата през изминалата година) сочи, че равнищата на употреба на канabis, екстази и кокаин сред младите хора в някои европейски страни вече са сходни на тези в САЩ (вж. Фигурата). В случая на употребата напоследък на екстази сред младите хора, приблизителните оценки за САЩ са дори по-ниски от тези в няколко европейски страни, което вероятно се дължи на здравата европейска връзка в миналото развитие на употребата на този наркотик. Въпреки това, като цяло средните стойности за населението в ЕС остават по-ниски от тези в САЩ по всички показатели. В много европейски страни масовата употреба на наркотици възниква по-късно отколкото в САЩ и това вероятно намира отражение в по-високите стойности за разпространението на употребата някога през живота в САЩ (вж. фигурите 1, 2 и 3 в статистическия бюлетин за 2005 г.), които до известна степен могат да се считат за кумулативни показатели за равнищата на употребата с течение на времето.

Стойности на разпространението на употребата (през последната година) на канabis, екстази и кокаин сред младите хора (15 – 34 години) в Европа и САЩ

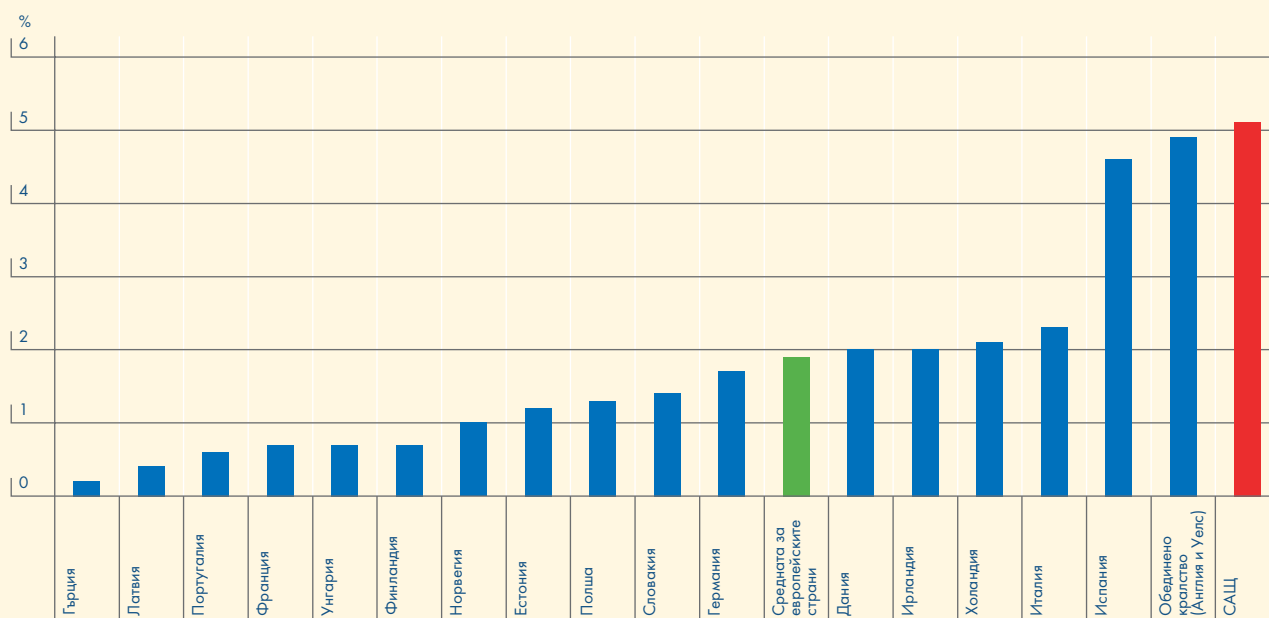
Употреба на канabis напоследък (през последната година) сред младите хора (15 – 34 години)



Употреба на екстази напоследък (през последната година) сред младите хора (15 – 34 години)



Употреба на кокаин напоследък (през последната година) сред младите хора (15 – 34 години)



Забележка: В САЩ проучването е проведено през 2003 г., като възрастовият диапазон е 16 – 34 години, преизчислен от първоначалните данни. В европейските страни повечето проучвания (17 от общо 19) са проведени между 2001 г. и 2004 г., а стандартният възрастов диапазон е 15 – 34 години (в някои страни долната граница понякога е 16 или 18 години). Средната за европейските страни стойност на разпространението е изчислена като средното число от националните стойности за разпространението, измерени за националното население на възраст между 15 и 34 години (2001 г., данните са взети от статистическата служба на ЕС Евростат).

Източници: САЩ: SAMHSA, Служба по приложни науки, „Национално проучване за употребата на наркотици и здравето“, 2003 г. (www.samhsa.gov) и (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Европа: Таблица GPS-11 в Статистическия бюлетин на ЕЦМНН за 2005 г. На базата на националните доклади от мрежата Reitox (2004).

на това вещество, вижте материала “Бупренорфинът – практики в лечението, злоупотребата и предписанието” (Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices) в раздела с подобрите материали, който съпътства настоящия доклад.) Според текущите оценки броят на хората в Европа, които са на субституиращо лечение за наркотици, надхвърля 500 000, което предполага, че между една четвърт и една втора от хората с проблеми с опиатите вероятно са записани за субституиращо лечение.

Субституиращото лечение не е единствената възможност за хората с проблеми с опиатите, но данните за останалите терапевтични подходи са недостатъчни, за да се направи надеждна прогнозна оценка за предлагането на тези услуги на равнище ЕС. Значителен напредък бе отбелязан в разработването на модели за грижи за хората с проблеми с опиатите и фактологичната база, необходима за да се прецени ефикасността на мерките в тази област, е относително солидна. Това обаче не важи за употребяващите други видове наркотици, чийто брой сред търсещите лечебни услуги в Европа непрекъснато нараства. Далеч по-слабо е единоклукното по отношение на най-подходящите терапевтични възможности за хората, които търсят лечение, например срещу употребата на стимуланти или на канабис и разработването на ефикасни варианти за лечение за тези пациенти вероятно ще става все по-важно предизвикателство.

Употребата на наркотици, HIV инфекциите и СПИН – нараства броят на предлаганите мерки за намеса и това вероятно ще повлияе на общите тенденции

Разширяването на лечебните услуги не е единствената сфера, в която има подобрене за проблемно употребяващите наркотици. Програмите за обмен на игли и спринцовки, които осигуряват стерилни инжекционни материали за инжектиращите наркотици, вече се изпълняват в практически всички държави-членки на ЕС и средносрочната тенденция в повечето от тези страни е към увеличаване както на мащаба на дейностите, така и на тяхното географско покритие. В някои държави-членки важна роля за разширяване на покритието на този вид програми имат и аптеките. В по-широкообхватните видове услуги, предлагани за хората с проблеми с наркотиците, често са интегрирани и специализирани програми, особено предлаганите от агенциите с ниско прагово равнище на достъп, които в това си качество често са начин за влизане във връзка с активно употребяващите наркотици и евентуално, за осигуряването на направление за лечението им и други услуги.

Като цяло заболяемостта от СПИН в резултат от инжекционната употреба на наркотици намалява от известно време насам. Хетеросексуалните контакти

вече изпреварват инжекционната употреба на наркотици като най-високо рисков фактор за развиването на СПИН в Европа. Това вероятно може да се дължи на все по-широката достъпност на високо активната антиретровирусна терапия (HAART) след 1996 г., увеличаването на лечебните услуги и на услугите за намаляване на щетите и спадащия в повечето засегнати страни брой на инжектиращите наркотици. Прогнозните оценки на СЗО сочат, че в повечето европейски страни над 75% от хората, които се нуждаят от HAART терапията, имат достъп до нея. Въпреки това, според оценките покритието е слабо в няколко от Балтийски страни и това вероятно дава отражение върху нарастващия брой на новите случаи на СПИН сред инжектиращите наркотици в поне някои от страните в този регион. За известен период от време броят на HIV инфекциите също рязко нарасна в някои от Балтийските страни, но напоследък бележи също толкова рязък спад, което вероятно се дължи на насищането сред най-високо рисковите популации, още повече, както се твърди, в някои от районите е възможно влияние за това да има и увеличаването на предлаганите услуги.

В повечето от останалите нови държави-членки на ЕС, стойностите за разпространението на HIV остават ниски, както и в много от държавите-членки на ЕС-15. В повечето от страните от ЕС, в които стойностите за разпространението на HIV сред инжекционно употребяващите наркотици в миналото бяха високи, се наблюдава значително намаляване и последващо стабилизиране. Това не означава, че тези проблеми вече не съществуват и въпреки методическите трудности, които затрудняват интерпретирането на тенденциите на национално равнище, напоследък някои проучвания отчитат нови случаи на предаване на болестта сред определени под-групи лица от инжектиращите наркотици, което подчертава необходимостта да се продължи да се проявява бдителност по този въпрос.

Общи сведения за законовите наказателни мерки за притежание или употреба на наркотици

На европейско равнище почти липсват сравнителни данни за повечето аспекти на взаимовръзката между наркотиците и престъпността. Основно изключение правят закононарушенията в областта на наркотиците, които съставляват регистрираните нарушения на законодателството в областта на контрола върху наркотиците. Въпреки че сравненията между отделните страни трябва да се правят предпазливо, налице са признаци, че между края на 90-те години и 2003 г. закононарушенията в областта на наркотиците в много страни от ЕС са се увеличили. Това увеличение е особено изразено в някои от новите държави-членки. В почти всички страни повечето отчетени случаи са за притежание или употреба на наркотици. В по-голямата част от държавите-членки закононарушенията са

свързани предимно с канабис, като от 1998 досега в повечето страни относителният дял на закононарушенията, свързани с канабиса се увеличава или се запазва постоянен. За разлика от това, в редица държави намалява дялът на закононарушенията, свързани с хероин.

В европейските страни нараства загрижеността за по-широкото въздействие на употребата на наркотици върху общностите, в които се наблюдава това явление. Въпросите около обществената безопасност и излагането на младежите на опасното влияние на наркотиците, са сред най-често цитираните поводи за безпокойство, които могат да бъдат групирани под общото заглавие: "Противообществени прояви, свързани с наркотиците". Този въпрос е разгледан подробно в раздела с подбраните материали, който съпътства годишния доклад, и като продължение на темата за криминалното правосъдие е поместен и материал, посветен на обзора на стратегиите за отклоняване на нарушителите с проблеми с наркотиците от присъдите с лишаване от свобода и насочването им за лечение (Алтернативи на лишаването от свобода, насочени към проблемно употребяващите наркотици закононарушители в ЕС / Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU).

Напредък в политиките в областта на наркотиците – очевидно е наличието на някои общи елементи, но в контекста на зачитането на националните различия

Както става ясно от настоящия доклад, между държавите-членки в Европа се наблюдават значителни различия по отношение както на проблемите с наркотиците, пред които те са изправени, така и на политиките и на мащаба и характера на мерките за намеса. Независимо от това, съществуват някои общи елементи на положението в областта на наркотиците, в което се намират повечето страни. На политическо равнище държавите-членки изразяват обща политическа воля за разработването на балансирани и базирани на фактите ответни мерки, в тон с международните ангажменти, и като съзнават, че политиките в областта на наркотиците остават национална отговорност, те отчитат също така и ползите, които могат да имат от подобряването на сътрудничеството на европейско равнище. Този стремеж е изразен в стратегията и плановете за действие на ЕС в областта на наркотиците. Въпреки че не успя да постигне всички поставени в нея амбициозни задачи, стратегията и планът за действие 2000 – 2004 на ЕС в областта на наркотиците е доказателство за важния напредък в начина, по който държавите-членки, институциите на ЕС и специализираните агенции могат да работят съвместно за координиране и измерване на напредъка в областта на наркотиците. Новата стратегия 2005 – 2012 на ЕС се стреми да доразвие този процес.



Глава 1

Ново развитие в политиките и законите

Увод

Политическите постижения в областта на наркотиците в държавите-членки на ЕС неизбежно са разнородни и отразяват разнообразието от подходи на национално и европейско равнище. Но това не изключва наличието на общи черти, които заслужават да бъдат анализирани.

През отчетния период най-главната от тези черти е начинът, по който се оценяват стратегиите за борба с наркотиците в различните държави-членки. В няколко страни на ЕС се прави оценка на изпълнението на националните стратегии за борба с наркотиците. Въпреки че, като цяло, все още не може да се определи влиянието ѝ върху политиката в областта на наркотиците, оценката вече даде някои обещаващи резултати – сега е налице по-голямо разбиране за успехите и провалите, а в някои случаи, като резултат от извършената оценка, се увеличава обемът на заделените ресурси, с което се позволява да бъдат постигнати неосъществените цели на стратегията. Още повече, че оценката на Стратегията и плана за действие на ЕС за 2000 – 2004 е първият резултат от един важен процес, в който държавите-членки, институциите на ЕС и специализираните агенции работят заедно за измерване на напредъка в областта на наркотиците. Други моменти от развитието на политиката, които са осъществени през отчетния период, включват намаляването в някои страни на наказанията за употреба на наркотици и увеличаване тежестта на наказанията за търговия с наркотици и свързаните с наркотици закононарушения, които представляват заплаха за малолетните.

Стратегически подход в политиката в областта на наркотиците в Европейския съюз

Стратегията на ЕС в областта на наркотиците 2005 – 2012, приета от Европейския съвет през декември 2004 г., отчита резултатите от заключителната оценка за осъществения напредък през предходния период (2000 – 2004). Тя цели да придаде по-висока стойност на националните стратегии, като същевременно спазва принципите на субсидиарността и пропорционалността, залегнали в Договорите. В нея се определят две генерални цели на ЕС по отношение на наркотиците:

- постигане на високо равнище на здравна защита, благосъстояние и социална сплотеност чрез допълване на мерките, които държавите-членки предприемат за превенция и намаляване употребата и зависимостта от наркотици и свързаното с наркотиците увреждане на здравето и на тъканта на обществото;
- осигуряване на високо равнище на сигурност за широката общественост чрез предприемане на мерки срещу производството и предлагането и транс-граничната търговия с наркотици и засилване на превантивните мерки срещу свързаните с наркотиците престъпления, чрез ефективно сътрудничество между държавите-членки. Тези две главни цели покриват шестте приоритета, които са определени в стратегията на ЕС 2000 – 2004 в областта на наркотиците. Новата стратегия повтаря интегрирания, мултидисциплинарен и балансиран подход на съчетаване на мерките за намаляване на предлагането и търсенето на наркотици. Тя е съсредоточена в тези две области на политиката и върху две хоризонтални теми: “международно сътрудничество”, “информация, изследвания и оценка” и “координация”.

През февруари 2005 г. Европейската комисия представи пред Европейския парламент и Европейския съвет Съобщение за плана за действие на ЕС в областта на наркотиците за периода 2005 – 2008. В изготвянето на проекта на този план бяха проведени консултации с ЕЦМНН и Европол. Също така, Комисията проведе консултации и с гражданското общество. Планът за действие, който отчита резултатите от оценката на предходния план, е изготвен по такъв начин, че за всяка отделна мярка са ясно посочени съответните страни, които имат някаква роля в нея, като са определени и средствата за извършване на оценката, индикаторите и датите за изпълнението им. Това е направено с цел да се улесни последващото наблюдение върху мерките, както и да се осигури по-ефективно ръководство по отношение на изпълнението на плана. Преди да предложи план за периода 2009 – 2012, Комисията ще извършва годишни прегледи на напредъка в изпълнението на плана за действие, както и оценка на въздействието.

По примера на ЕС, в повечето държави-членки бяха приети национални стратегии за борба с наркотиците. От всички 29 страни, разгледани в този доклад, 26 осъществяват националната си политика в областта

на наркотиците чрез национален план, стратегия или друг сходен документ. В Италия националният план беше одобрен от Националния комитет за координация на дейността срещу наркотиците през март 2003 г. и сега се разглежда от регионите и автономните провинции. В момента в който се изготвяше този документ, Малта и Австрия уведомиха, че се извършват процедури по изготвянето на проект и одобрението на национална стратегия в областта на наркотиците ⁽¹⁾.

В седем страни на ЕС са приети нови национални стратегии в областта на наркотиците (вж. Таблица 1). Принципът, че политиките в сферата на наркотиците следва да бъдат на световно равнище и мултидисциплинарни, е залегнал във всички национални стратегии в областта на наркотиците на държавите-членки, в съответствие с подхода на ЕС по този въпрос. Въпреки това, в съдържанието на националните стратегии на отделните страни могат да се открият някои основни различия, например в прилагането на интервенциите, които понякога са различни, независимо от използването на една и съща терминология; в ролята на оценката в стратегиите, която понякога варира от много важна до съвсем малка; и дори в приемането или не на някои важни подходи в политиката, като намаляването на щетите от наркотиците. Действително, от проучените 26 политически или стратегически документа ⁽²⁾, намаляването на щетите от наркотиците е въпрос, по който има най-големи различия в мненията: той

присъства като отделна позиция в 12 от тях, в други девет е включен в хода на обсъжданията по други теми, а в пет не се споменава изобщо.

Оценката на стратегиите в областта на наркотиците дава първите резултати

През отчетния период бе направена оценка на стратегията на ЕС в областта на наркотиците (2000 – 2004). Съветът по правосъдие и вътрешни работи от 25 – 26 октомври 2004 г. разгледа доклада на Комисията за тази заключителна оценка ⁽³⁾. Неговата цел бе да оцени степента, в която планът за действие постига целите на стратегията в областта на наркотиците и въздействието върху положението в сферата на наркотиците в ЕС, което оказват както стратегията в областта на наркотиците, така и планът за действие. Също така, той допринесе за разгръщането на дебата, който доведе до одобрението ⁽⁴⁾ на нова стратегия в областта на наркотиците. В изпълнението на задачата ѝ за извършване на оценката, Комисията бе подпомагана от управляващ комитет (в чийто състав влизаха представители на Комисията, на четирите държави-членки, които председателстваха ЕС през 2003 – 2004 г., на ЕЦМНН и на Европол). Липсата на точни и количествено измерими оперативни цели представляваше сериозна пречка за изпълнението на тази задача.

Таблица 1: Нови национални стратегии в областта на наркотиците

Страна	Название	Срок или дата на приемане	Цели	Количествено измерими резултати	Индикатори на изпълнението	Отговорни за изпълнението	Бюджет за изпълнението
Естония	Национална стратегия за превенция на наркотичната зависимост	2004–12	✓	✓	✓	липсват данни	липсват данни
Естония	Целево ориентиран план за изпълнение на стратегията	2004–08	✓	✓	✓	✓	✓
Франция	План за действие срещу незаконните наркотици, тютюнопушенето и алкохола	2004–08	✓	✓	✓	липсват данни	✓
Кипър	Национална стратегия в областта на наркотиците	2004–08	✓	липсват данни	липсват данни	липсват данни	✓ ⁽³⁾
Литва ⁽¹⁾	Стратегия към националната програма за превенция на наркоманиите	2004–08	✓	липсват данни	✓	✓	✓
Люксембург	Стратегия и план за действие в областта на наркотиците и наркоманиите	2005–09	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Словения ⁽¹⁾	Резолюция по националната програма в областта на наркотиците	2004–09	✓	липсват данни	липсват данни	✓	✓
Финландия	Програма за действие в областта на политиката за наркотиците	2004–07	✓	липсват данни	липсват данни	✓	липсват данни

⁽¹⁾ Данните са предоставени от служителите в националните фокусни центрове (фокал пойнт).

⁽²⁾ В стратегията на Люксембург липсват количествено измерими резултати за намаляване на търсенето.

⁽³⁾ Стратегията на Кипър отбелязва, че за постигане на генералната цел на стратегията ще бъдат осигурени финансови и човешки ресурси – в текста не са посочени конкретни цифри.

⁽¹⁾ За допълнителна информация и дефиниции, посетете страницата на ЕЦМНН (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ По този въпрос не разполагаме с информация за Малта, Словакия и Турция.

⁽³⁾ СОМ (2004) 707 финален.

⁽⁴⁾ Европейски съвет (16 – 17 декември 2004) – Заключение.

Съобщението за заключителната оценка и приложенията към него ⁽⁵⁾ очертаха главните постижения в областта на наркотиците на национално равнище и на равнище ЕС, както и сферите, в които е необходим допълнителен напредък. В тях се подчертава, че е осъществен напредък в посока към намаляване разпространението на заболяванията, свързани с употребата на наркотици (включително на HIV(вирусът на човешкия имунодефицит) и инфекциите от хепатит) и на броя на смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици (задача 2 от стратегията на ЕС в областта на наркотиците), и по-конкретно за подобряване предлагането на лечение (задача 3). По отношение на задача 1 (намаляване употребата на наркотици), не се наблюдава значителен напредък. Също така, не се отчита намаляване на възможностите за набавяне на наркотици (задача 4). Въпреки това, взети заедно задачи 4 и 5 изиграха ролята на катализатор за няколко инициативи на равнище ЕС, които засилиха мерките в областта на правораздаването срещу търговията и доставката на наркотици. През периода на действие на плана се появиха няколко основни инициативи свързани с борбата срещу прането на пари (задача 6.1) и с предотвратяване отклоняването на прекурсори (задача 6.2), по-конкретно чрез изменението и допълнението на законодателството на Общността, което касае контрола на търговията с прекурсори.

Съобщението подчертава също необходимостта от допълнителни изследвания, например за биомедицинските, психосоциалните и други фактори, предопределящи употребата и зависимостта от наркотици, особено в областите, в които все още се разполага с оскъдна информация (напр. продължителната употреба на канабис или на синтетични наркотици). Очертана бе необходимостта от редовни консултации с гражданското общество при формулирането на политиката на ЕС в областта на наркотиците. Комисията препоръча също така стратегията на ЕС да бъде удължена от пет на осемгодишен период, като през това време бъдат изпълнени два последователни плана за действие на ЕС, което да позволи пълното осъществяване и по-ясното формулиране на инициативите според определените стратегически цели.

Няколко са оценките, извършени на национално равнище през този отчетен период, които заслужават коментар. Особен интерес представляват оценките, извършени от страни, които са възприели по-„структуриран“ подход в своите национални стратегии за борба с наркотиците, елементите на които могат да бъдат обобщени като формално документиране на целите, дефиниране и количествено измерение на резултатите, определяне на отговорните за изпълнението на стратегията органи и определянето на конкретна дата за постигане на целите. Този подход улеснява страните в отчитането на осъществените от тях задачи, както и в идентифицирането на проблемните

области, като по този начин позволява да бъдат взети необходимите мерки.

Примери за подобен подход могат да се намерят в стратегиите на Чехия, Ирландия, Люксембург, Полша и Португалия, където оценката на националните стратегии в областта на наркотиците разкрива, или притежава потенциала да разкрие мерките, които са били осъществени и неизпълнените задачи, върху които трябва още да се работи. Пример за това, как един структуриран подход може да подпомогне оценката на осъществения напредък, може да се намери в оценката за 2004 г. на националната стратегия в областта на наркотиците на Португалия. Заключениеето на външните оценители е, че е осъществен напредък в постигането на някои от 30-те основни цели на плана за действие на Португалия, като напълно са постигнати осем цели, а 10 – само частично; въпреки това, липсата на информация означава, че е било трудно да бъде направена оценка на останалите цели, а за пет от целите е преценено, че не са изпълнени. В Германия е създаден управляващ комитет (Национален съвет за наркоманиите), който ръководи плана за действие за 2003 г. и неговото изпълнение и следи резултатите.

В някои страни приемането на национална стратегия в областта на наркотиците, или оценката на успеха на предишната, доведе до увеличаване на бюджетните средства свързани с борбата с наркотиците. Например в Гърция се наблюдава стабилно нарастване на разходите за здравни услуги; в Унгария се мобилизират средства за финансиране на някои неизпълнени досега елементи на стратегията; а в Люксембург свързаните с наркотиците бюджетни средства на Министерството на здравеопазването са се увеличили от приблизително 1 милион евро през 1999 г. на почти 6 милиона евро през 2004 г. Въпреки това, във всички държави-членки обществените средства, заделени за проблемите с наркотиците, са само малка част от общите обществени разходи (между 0.1% и 0.3%). Това вероятно частично обяснява наблюдението, че в целия ЕС не съществува пряка връзка между икономическия растеж и свързаните с него промени в генералния бюджет, и промените в равнището на обществените средства, заделени за проблемите с наркотиците.

В няколко страни в ЕС разходите за намаляване на предлагането на наркотици продължават да съставляват най-голямата част от заделените обществени средства (изчисляват се приблизително на 68 – 75% от общите разходи свързани с наркотиците) ⁽⁶⁾. Но в други държави, включително Малта и Люксембург, разходите за намаляване на търсенето на наркотици очевидно са по-високи от разходите за намаляване на предлагането (разходите за намаляване на търсенето възлизат съответно на 66% и 59% от общите разходи за борба с наркотиците). Въпреки това, не е ясно дали отчетените различия в бюджетния дял на тези разходи са израз на основни различия в

⁽⁵⁾ Сред които е и статистическия доклад (1999 – 2000) на ЕЦМНН и Европол (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

⁽⁶⁾ Вижте избраното издание “Обществени разходи в областта на намаляване търсенето на наркотици” в годишния доклад 2003 на ЕЦМНН (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

политическите приоритети, или са отражение на пристрастията при събирането на данните.

Липсата на информация за преките обществени разходи по проблемите, свързани с наркотиците, продължава да бъде проблем. Въпреки това са налице индикации, че наред с нарастващия академичен интерес в тази област ⁽⁷⁾, расте и политическият ангажимент за идентифициране и описание на свързаните с наркотиците обществени разходи, така че националните средства, изразходвани за борба с наркотиците, могат да бъдат включени като ключов елемент в оценките на разходите и ползите. Съвместно с мрежата Reitox и Европейската комисия, сега ЕЦМНН разработва методика, която да позволи последователно и надеждно определяне на обществените разходи в рамките на ЕС, свързани с наркотиците, както това се предвижда в плана за действие на ЕС за 2005.

Този първи процес на оценка на национално и европейско равнище е един ценен механизъм за обратна връзка за информиране на отговорните за вземане на решенията органи и институции за степенята, в която се прилагат техните решения, както и на каква цена се извършва това, с цел да им позволи да увеличат усилията в онези области, в които се отчитат проблеми, или за които оценките правят неблагоприятни заключения. Въпреки че все още не разполагаме с ясни доказателства за въздействието на националните стратегии в областта на наркотиците върху цялостното явление "наркотици" (ЕЦМНН, 2004a), подходът за "отчитане на резултатите" е един положителен знак и се надяваме, че той ще ускори една обща тенденция в Европа в посока към детайлно оценяване на всяка национална стратегия в областта на наркотиците.

Дебати в националните парламенти и медиите

Обществената загриженост за явлението "наркотици" намира отражение както в медиите, така и в парламентарните дебати. Най-често докладваните теми през отчетния период сред данните за парламентарните обсъждания, предоставени в националните доклади от мрежата Reitox, са "намаляване на щетите" или интервенциите, които попадат в тази категория, "употребата на канабис" и "свързаните с наркотиците престъпления и съответните изменения в законите за наркотиците".

Предимствата и недостатъците на субституиращите терапии и мерките за намаляване на щетите, в сравнение с подходите, които не включват употреба на наркотици, предизвикаха оживени парламентарни обсъждания в Чехия, Естония, Франция, Ирландия и

Норвегия. Теми на разгорещени политически дебати бяха предложението програмата за обмен на спринцовки в Швеция да остане постоянна, въпреки че ще е необходимо да се изпълнява при строго контролирани условия, както и временното откриване на стаи за инжектиране в Норвегия (избраният материал на тази тема можете да видите от препратката национално законодателство и противообществени прояви).

Канабисът остава важна тема на обсъждания, особено в Германия, където те бяха фокусирани основно върху употребата на канабис от младежите, а също и в Люксембург и Португалия, където бе предложено той да се предоставя с рецепта от лекар. Употребата на канабис, или общо употребата на наркотици в училищата и от младежите, бяха широко застъпени теми в медиите в Белгия, Чехия, Германия, Кипър, Люксембург и Австрия. В Холандия вниманието на медиите бе привлечено от отчетеното увеличаване на концентрацията на тетрахидроканабинол (THC) в растението канабис ("pederwiet") и възможните последици за здравето, които може да има силно действащият канабис. В Полша канабисът е бил най-често обсъжданият в медиите наркотик, като той се споменава в 865 от общо 2 500 случаи, в които се цитират наркотици. В Белгия, Дания и в някои градски съвети в Холандия бяха представени законопроекти за узаконяване на употребата му (с цел да се разреши проблема с набавянето му по неофициален път ⁽⁸⁾), което провокира силно и публично противопоставяне от страна на повечето депутати и министри от правителството.

Перспективата за промени в законодателството в областта на наркотиците привлече вниманието на медиите и предизвика политически дискусии във Франция и Италия. Във Франция бе отхвърлено предложението присъдите с лишаване от свобода за употреба на наркотици да бъдат заменени с глоби поради загрижеността, че подобна промяна би могла "да се изтълкува като знак, че наркотиците не са много опасни" и да доведе до "ново увеличаване на употребата им и употребата им в по-ранна възраст" ⁽⁹⁾. В Италия медиите отразиха разпалените парламентарни дискусии за промените в закона от 1990 г., а темата за разграничаването на наказанията за притежаване на наркотици привлече вниманието на медиите и на политическите среди в Чехия.

В Чехия, Гърция, Люксембург, Полша и Португалия бяха проведени специални целеви ad hoc проучвания за анализиране на медийните послания, а в Белгия ⁽¹⁰⁾, Полша и Обединеното кралство ⁽¹¹⁾ бяха разработени национални медийни кампании, насочени по-конкретно към младите хора.

⁽⁷⁾ В Белгия, Испания, Франция, Люксембург, Холандия, Финландия, Швеция и Обединеното кралство – за подробна справка вижте страницата на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

⁽⁸⁾ Кафенетата, които предлагат наркотици могат да разполагат с до 500 гр. канабис за продажба, но могат да се снабдят с него само от нелегалните пазари. Това е така наречения проблем с набавяне по неофициален път.

⁽⁹⁾ MILDТ (2004), стр. 43, цитиран в националния доклад на Франция.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Кампанията "Поговори с Франк" за рисковете при употребата на канабис (<http://www.talktofrank.com/>).

Новото развитие в програмите и законодателството на ЕС

Важни инициативи на ЕС, свързани с наркотиците, които бяха определени през настоящия отчетен период, се осъществиха в сферите на общественото здраве, незаконната търговия с наркотици и контрола над прекурсорите и синтетичните наркотици.

Обществено здраве

На европейско равнище, превенцията в борбата с наркотиците е включена в раздела с определящите за здравето фактори на програмата за общественото здраве⁽¹²⁾. Работният план за 2004 г. на тази програма бе фокусиран върху Препоръка на Съвета от 18 юни 2003 г. и разработването съвместно с ЕЦМНН на подходяща основа за набор от дейности в ЕС.

Комисията насърчи всички заинтересовани страни да представят предложения с подходи, касаещи начина на живот, които да са насочени към злоупотребата с всякакви вещества с потенциал за пристрастяване, особено в местата за развлечения и отдих (напр. в нощните заведения) и местата за лишаване от свобода. Тя прояви специален интерес към разработването на добри практики и подобрения в комуникацията, както и разпространяването на информация с помощта на съвременни техники. През 2004 г. Комисията избра четири проекта, чиято цел бе предотвратяване на рисковото поведение, хармонизиране на международните познания в областта на биомедицинските странични ефекти от дрогирането, засилване предаването на знания за реакциите по отношение на употребата на наркотици и разширяване на наличния ресурс информация в мрежата за законните и незаконни наркотици към новите държави-членки.

Незаконна търговия с наркотици

През 2004 г. на равнище ЕС бяха приети няколко инструмента за борба с незаконната търговия с наркотици. Рамковото решение на Съвета 2004/757/ЈНА от 25 октомври 2004 г. определи минимални изисквания за съставните елементи на криминалните действия и наказанията в областта на незаконната търговия с наркотици⁽¹³⁾ и то представлява един ключов инструмент за борба с търговията с наркотици чрез въвеждането в държавите-членки на минимални наказания за подобни закононарушения.

През декември 2004 г. в Съвета бе постигната договореност за решение на Съвета за обмен на информация, оценка на риска и контрол на новите психоактивни вещества. Това решение осигурява рамката за един ефективен обмен на информация за новите психотропни вещества, както и механизъм за тяхното контролиране на равнище ЕС.

Създаване на устойчива система за здравни наблюдения

Създаването и функционирането на устойчива система за здравни наблюдения е сред основните цели на обществената здравна програма (2003 – 2008). Комисията предприе консултации с държавите-членки и международните органи, с оглед определянето на набор от здравни индикатори за Европейската общност. В този контекст, "смъртността, свързана с употребата на наркотици" и "употребата на психотропни вещества" бяха включени в проектния списък от ключови индикатори, укрепвайки по този начин структурните връзки с ЕЦМНН като потенциален източник на данни.

На 30 март 2004 г. Съветът прие препоръка относно някои насоки за вземането на проби от задържани наркотици. В нея се препоръчва на държавите-членки, които още не са въвели система за вземане на проби, да направят това като се съобразят с международно приетите насоки за този вид дейност. Освен това Съветът прие и резолюция за канабиса и доклад за напредъка във връзка с плановете за изпълнението на мерките за намаляване на търсенето и предлагането на наркотици и на предлагането на синтетични наркотици.

На 11 февруари 2004 г. Европейският парламент и Съветът приеха Регламент № 273/2004 за лекарствените прекурсори⁽¹⁴⁾. С него се въвеждат хармонизирани мерки за контрол и наблюдение в рамките на Общността на някои вещества, които често се използват за незаконно производство на упойващи лекарства или на психотропни вещества, с оглед предотвратяване отклоняването на подобни вещества от предназначението им. По-конкретно, в него се съдържат насоки за държавите-членки за приемането на необходимите мерки, които да позволят на техните компетентни органи да осъществяват контролните си функции и функциите за наблюдение, както и информация за това как да бъдат разпознавани и да бъдат съобщавани подозрителните търговски сделки. На 22 декември 2004 г. Съветът одобри Регламент № 111/2005 за определянето на правила за наблюдение на търговията с лекарствени прекурсори между Общността и трети страни.

Като следствие от Резолюция на Съвета, приета през ноември 2002 г., на срещата на Хоризонталната работна група за наркотиците (ХРГН) на Съвета през ноември, Европейската комисия представи едно проучване за общия и спешния списъчен подход при контрола на синтетичните наркотици. Освен това, на срещата на ХРГН през април 2004 г. тя представи и предложения за възможни по-нататъшни подобрения в методите за картографиране на мрежите за разпространение на синтетичните наркотици в ЕС.

⁽¹²⁾ Решение №1786/2002/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 23 септември 2002 г. за приемането на мерки на Общността в областта на общественото здраве (2003 – 08) – Становища на Комисията. Официален вестник L271, 09/10/2002, стр. 1 – 12.

⁽¹³⁾ ОВ L335, 11/11/2004, стр.8; вижте също годишния доклад на ЕЦМНН за 2004 г. (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ ОВ L47, 18/02/2004, стр.1.

Ново национално законодателство

Младите хора

Промените в националното законодателство на няколко държави-членки през отчетния период включваха мерки за защита на младежите от закононарушители, или ответни мерки срещу възможността те да пожелаят да вземат наркотици.

Защитата може да се осигури чрез директни или някои по-обща подходи. В Унгария законът от март 2003 г. цели да защити лицата на възраст под 18 години срещу злоупотреба с наркотици и предвижда по-строги наказания за възрастните закононарушители, когато в деянията им са намесени малолетни. В Естония някои изменения и допълнения в законодателството от началото на 2004 г. предвиждат по-строги наказания за повечето свързани с наркотиците закононарушения, включително за незаконно склоняване на малолетни към употреба на наркотици.

В Дания Законът за наркотиците бе изменен и допълнен през юли 2004 г., като сега предлагането на наркотици в ресторантите, дискотеките или други подобни често посещавани от деца или младежи места, се счита за сериозно отежняващо вината обстоятелство. Подобни закононарушения трябва винаги да се наказват с присъди за лишаване от свобода, като намерението е средната продължителност на присъдите за подобни закононарушения да се увеличи с една трета. По подобен начин в Испания от октомври 2004 търговията с наркотици в близост до училища е отежняващо вината обстоятелство, като освен това възрастовата граница за "младежи", които са вербувани за извършване на незаконна търговия е увеличена от 16 на 18 години. Насоката, в която се развива новото законодателство в Англия и Уелс бе дадена от "Насоките за действие по отношение на канабиса" (АСРО, 2003), които съдържат съвети какъв трябва да бъде подходът спрямо хора, заловени за притежание на канабис във или в близост до помещения като училища, младежки клубове или зони за игри.

Ответните мерки срещу употребата на наркотици сред младежите включваха и две наредби, приети от кабинета в Латвия през декември 2003 г. Едната от тях очертаваше процедурите за задължително лечение в специализирано заведение (със съгласието на родителите) на деца, заловени в злоупотреба с наркотици, както и други конкретни действия, които следва да бъдат предприемани при откриване на наркотици или упойващи средства в училищата. В Англия и Уелс лицата под 18 годишна възраст, които бъдат арестувани за закононарушения, свързани с канабис, продължават да бъдат наказвани с мърене или последно предупреждение, или се завеждат на отчет в полицията, в зависимост от тежестта на нарушението. След получаване на последно предупреждение, младият закононарушител се насочва към звеното за младежи-закононарушители (ЗМЗ),

което има грижата за неговото лечение или оказване на друг вид подкрепа.

В Чехия Законът за младежкото правосъдие, който влезе в сила през 2004 г., променя условията, които регламентират младежките закононарушения по наказателния кодекс, като те се прилагат с предимство пред останалите общи закони. Наказателни мерки следва да се налагат само когато това е необходимо, а възпитателните мерки могат да включват забрана за употреба на субстанциите, или задължително лечение. Максималните срокове за присъди без задържане сега също са наполовина по-малки от тези за възрастните нарушители. В Полша едно министерско постановление от януари 2003 г. регламентира специфични форми на възпитателни и превантивни дейности сред застрашените от наркотици деца и младежи. Училищата трябва да създадат свои възпитателни и превантивни стратегии.

През октомври 2003 г. Европейската правна база данни за наркотиците (ЕПБДН) (ELDD) публикува едно сравнително проучване за законодателството отнасящо се до наркотиците и младежите⁽¹⁵⁾, което формира основата за изготвянето на един материал в помощ на оценката на Комисията за Плана за действие на ЕС за периода 2000 – 2004, публикуван през октомври 2004 г.⁽¹⁶⁾ Последният констатира, че общо 22 закона приети в 11 държави-членки (от общо 15) се отнасят до въпросите от плана за действие, които касаят младите хора. По-голямата част от законите имат за цел да осигурят алтернатива на наказанията с лишаване от свобода, въпреки че шест от страните приеха закони, целящи да намалят широкото разпространение на употребата на наркотици, особено сред младежите. Като цяло обаче, през разглеждания пет годишен период на тези точки от плана за действие беше заделено сравнително малко истинско законодателно внимание. Задълбочен анализ на мерките, насочени към младите закононарушители в областта на употребата на наркотици, може да се намери в избрания материал за алтернативи на наказанията с лишаване от свобода.

Намаляване на щетите

През 2003 и 2004 г. бяха приети няколко закона засягащи въпроса за намаляване на щетите.

Във Франция през август 2004 г. бе приет закон за въвеждането на пет годишен план в областта на обществената здравна политика, включващ в нормативните документи за общественото здраве политиката за намаляване на щетите за употребяващите наркотици и даващ официална дефиниция на това понятие, като го поставя в рамките на юрисдикцията на държавата.

Във Финландия Законът за заразните болести бе променен с един указ на правителството, който постановява специалистите по заразни болести в здравните центрове да предприемат превантивни мерки, включително предоставянето на здравни

⁽¹⁵⁾ Младите хора и наркотиците – юридически преглед / Young people and drugs: a legal overview (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ Закона за наркотиците и младите хора 2000 – 2004 / Drug law and young people 2000 – 2004 (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

консултации за употребяващите наркотици интравенозно и въвеждането на системата за обмен на игли и спринцовки, където това е необходимо. В Люксембург Указ на великия херцог от декември 2003 г. регламентира националната програма за раздаване на спринцовки, като определя заведенията и професионалните категории, които имат право да предоставят спринцовки на употребяващите наркотици. Това е продължение на тенденцията към разрешаване притежаването и доставката на стерилни спринцовки по силата на ясно формулирани законодателни разпоредби⁽¹⁷⁾, подкрепяна от плана за действие на ЕС 2000 – 2004, който предвижда разработването на система за провеждане на профилактика. Повече правна информация може да се намери при тематичния преглед на Европейската правна база данни за наркотиците – “Правна рамка на програмите за игли и спринцовки”⁽¹⁸⁾.

В Обединеното кралство Законът за злоупотребата с наркотици бе изменен и допълнен през август 2003, за да се позволи на лекари, фармацевти и служители в сферата на наркотиците да могат законно да предоставят тампони, стерилна вода, някои прибори за смесване (включително лъжици, купи, чаши и съдове) и лимонова киселина на употребяващите наркотици, които разполагат с контролирани наркотици без рецепта. През юни 2004 г. норвежкия парламент прие за срок от три години временен закон за експериментална схема за помещения за инжектиране на наркотици. С него ползващите помещения за инжектиране не подлежат на наказание за притежаване и употреба на еднократна доза наркотици, като се предвижда определеното за инжектиране помещение да бъде открито през февруари 2005 г.

В Чехия няколко неправителствени организации (НПО) извършват изследвания на таблетки с цел да намалят риска от поглъщане на неизвестни или неподходящи вещества, въпреки че законността на подобен вид схеми е обект на горещи обсъждания. През 2003 г. няма случаи на съдебни наказателни производства, а единственият досега случай на заведено от полицията дело (от 2002 г.), бе отхвърлен от прокуратурата. След това върховната прокуратура даде някои насоки в тази област.

В тон с това развитие на законодателството, като цяло услугите за намаляване на щетите се приемат от новата стратегия и план за действие на ЕС като една законна реакция спрямо необходимостта от повишаване на достъпа до схемите за обмен на игли, с цел намаляване на свързаните с наркотиците рискове за човешкото здраве и за обществото като цяло.

Наказания

През отчетния период няколко страни въведоха промени в своето законодателство в областта на

наркотиците и по отношение на наказанията, които се предвиждат за различните закононарушения извън разгледаните по-горе, в които са въвлечени конкретно млади хора. Например миналата година Белгия и Обединеното кралство отчетоха, че са въвели ефективно облекчаване на наказанията за непроблемно притежание на канабис. Една нова директива издадена през февруари 2005 г. в Белгия пояснява изключенията, при които не се прилагат тези облекчени наказания, като призовава към пълно наказателно преследване на случаите, в които е налице “нарушаване на обществен ред”. В тях попадат притежаване на канабис в или в близост до места, където се събират ученици (училища, паркове, автобусни спирки), както и “очевидно” притежаване на наркотици на обществено място или сграда.

В Дания една поправка в Закона за еуфоричните наркотични вещества приета през май 2004 г., наред с циркулярно писмо на прокуратурата, постановява притежанието на наркотици за собствена употреба да се наказва в обичайните случаи с глоба вместо с издаваните преди това предупредителни актове.

Тези мерки следват модела на отчетените от ЕЦМНН промени във възможните видове наказания за употребяващите и търговците на наркотици, който се очерта през последните няколко години⁽¹⁹⁾. Например през 2003 г. в Белгия бе създадена нова категория закононарушения, която допуска непроблемната употреба на канабис да не бъде преследвана от закона; Гърция намали максималното наказание за употреба на наркотици от пет на една година, а Унгария премахна употребата на наркотици като закононарушение от наказателния си кодекс. През 2002 г. Естония премахна многократната употреба или притежание на малки количества незаконни наркотици за лична употреба (и свързаната с това присъда с лишаване от свобода за срок до три години) като закононарушение, въпреки че Литва включи в наказателния си кодекс притежанието на наркотици като закононарушение, за което се предвижда наказание с лишаване от свобода за срок до две години. През 2001 г. Люксембург декриминализира употребата на канабис и премахна свързаната с това присъда с лишаване от свобода за обикновената употреба на наркотика, несвързана с други отежняващи вината обстоятелства, а Финландия въведе закон за нарушенията свързани с употребата на наркотици, който предвижда по-малък срок на максималната присъда за лишаване от свобода и съкратена наказателна съдебна процедура от прокуратурата. През 2000 г. Португалия прие закон за административни санкции за употреба на наркотици, въпреки че в същата година Полша премахна освобождаването от наказание, което беше възможно преди това при закононарушения, свързани с притежание на наркотици. Този модел, обаче, не е признак за отслабване на контрола върху влиянието,

⁽¹⁷⁾ От 1999 г. подобно законодателство са въвели седем страни: Белгия, Франция, Люксембург, Полша, Португалия, Словения и Финландия.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>.

⁽¹⁹⁾ За допълнителни подробности вижте материала на ЕЦМНН на тази тема – *Незаконна употреба на наркотици в ЕС: законодателни подходи / Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

което оказва употребата на наркотици върху обществото, както може да се види в подбрани материал за противообществените прояви и ограниченията за притежание в близост до младежи, разгледани по-горе.

Тенденцията при подозрения за извършване на незаконна търговия с наркотици е към увеличаване на възможните наказания. В Дания максималните наказания за закононарушения, свързани с незаконна търговия, бяха увеличени с над 50% през март 2004 г. В началото на 2004 г. Естония прие закон за по-строги наказания за повечето престъпления, свързани с наркотици, и по-специално при наличието на влошаващи вината обстоятелства. В Обединеното кралство максималното наказание за търговия с наркотици от клас С бе увеличено от пет на 14 години лишаване от свобода. В допълнение към всичко това, през последните години бяхме свидетели на особено значение, което се придава на присъдите за конкретните закононарушения, свързани с разпространение на наркотици сред младежите (както е разгледано по-горе) и за незаконна търговия в Гърция през 2001 г., в Литва през 2000 г. и в Ирландия през 1999 г. Това единодушно увеличаване на тежестта на наказанията за търговия с наркотици е отразено в европейското рамково решение от октомври 2004 г., с което се определят минимални условия за съставните елементи на криминалните действия и наказанията в областта на незаконната търговия с наркотици.

Наркотици на работното място

Две страни съобщават за мерки в посока към предприемане на законодателни действия по отношение на наркотиците на работното място.

Във Финландия Законът за защита на личната неприкосновеност в трудовия живот (759/2004) цели да регламентира и утвърди личната неприкосновеност на наетите на работа работници и служители по отношение на тестването за наркотици през трудовия им живот. Законът постановява работодателите и персоналът да изготвят програма за борба с наркотиците на работното място, която да включва планове за превенция и възможности за лечение, като съдържа списък на професиите, за които се изисква удостоверение за тестване за наркотици. В процеса на набиране на служителите за назначаване, работодателят може да поиска удостоверение за тестване за наркотици само от успешно представили се кандидат. Работодателят има правото да използва информацията, съдържаща се в удостоверението, когато характерът на работата изисква прецизност, надеждност, самостоятелна преценка или висока концентрация, както и когато работата под влиянието на наркотици, или при наличие на зависимост от наркотици, би могла да представлява заплаха за живота или здравето или да доведе до значителни щети. След като вече работи за даден работодател, служителът или работникът трябва задължително да представя удостоверение само ако има основателна причина да се предполага, че той или тя е зависим от наркотици или работи под въздействието на наркотици.

През юни 2004 г. в Ирландия бе публикуван Закон за безопасност, здраве и благополучие на работното място. Един от разделите в него постановява работещите да гарантират, че не са под въздействието на упойващи средства по време на работа до степен, при която могат да застрашат собствената си безопасност, здраве или благополучие на работното

Противообществени прояви, свързани с употребата на наркотици – тенденции в политиката и мерки, залегнали в Годишния доклад 2005 на ЕЦМНН (подбрани материали)

Противообществените прояви са една от очерталите се напоследък теми в рамките на политическия дебат за наркотиците, както на национално, така и на европейско равнище. Поведението и дейностите, които обикновено се вписват в понятието "противообществени прояви, свързани с употребата на наркотици", от дълго време съществуват в повечето държави-членки, страните-кандидатки и Норвегия. Следователно, ние не разглеждаме никакви нови явления, а една нова тенденция в политиката по отношение на наркотиците, която се наблюдава в поне някои държави-членки, за да категоризираме и съпоставим тези явления в рамките на една обща за всички концепция и да определим намаляването на тяхната поява като цел на националната стратегия в областта на наркотиците.

В каква степен европейските страни споделят тази тенденция? Съществува ли консенсусна дефиниция за

тази концепция? Как трябва да бъдат оценявани характерът и обхватът на тези явления? Какво се стремят да постигнат политиките и какви видове мерки за намеса се изпълняват, независимо дали са конкретно и изрично предназначени да намалят противообществените прояви, свързани с употребата на наркотици? Налице ли са вече някакви резултати от тяхната оценка и определени ли са стандарти за качеството на мерките за намеса? Всички тези въпроси са сред ключовите теми, които този подбран материал цели да засегне.

Като представя един навременен преглед на развитието на въпроса за противообществените прояви, свързани с употребата на наркотици, в рамките на политическия дебат в Европа, ЕЦМНН цели да информира всеобхватно отговорните за политическите решения органи и институции и обществеността за характера на явленията и за тенденциите и мерките в тази област на политиката за наркотиците.

Този подбран материал се предлага отпечатан и на страницата в Интернет само на английски език (Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures, EMCDDA 2005, Annual Report, selected issues: <http://issues05.emcdda.eu.int>).

място, или тези на други лица. Освен това той изисква от работещите, когато работодателят изиска това, да се подложат на съответно необходимите основателни и пропорционално разпределени изследвания, извършвани от компетентно лице.

В новият план за действие на ЕС сега се набляга на превенцията в конкретна обстановка, като например на работното място. Подчертаното значение, което се отдава на целенасочената превенция, може да играе ролята на противотежест спрямо общата тенденция към намаляване тежестта на наказанията за употребяващите наркотици, вероятно като резултат от

загрижеността за разпространението и честотата на употребата на наркотици в ЕС. Въпреки всичко, не съществуват точни цифри за действителните размери на това схващане за явлението и тестването за наркотици, изисквано на каквото и да е друго основание освен за отчитане на действителното въздействие на наркотиците, при някои национални и международни законодателства може да предизвика сложни правни спорове за личната неприкосновеност. Междувременно продължават частните вложения, с цел подобряване на прецизността и удобството за потребителя на комплектите за тестване.



Глава 2

Училища, младежи и наркотици

Сравнителните данни за употребата на алкохол и наркотици сред младежите до голяма степен са снети от проучвания, направени сред 15- до 16-годишни ученици. В рамките на проекта за Европейското училищно проучване за употребата на алкохол и други наркотици (ESPAD) бяха направени проучвания през 1995 г., 1999 г. и последното през 2003 г. Проучването от 2003 г. (Hibell et al., 2004) предоставя сравнителни данни от 22 държави-членки на ЕС, както и от Норвегия и трите страни-кандидатки (България, Румъния и Турция). Данни за употребата на наркотици сред учениците могат да се намерят и от други училищни проучвания

(напр. в Холандия, Швеция и Норвегия), както и от проучванията за здравното поведение на децата в училищна възраст (HBSC), като заключенията на тези проучвания обикновено са много сходни.

Разпространение и модели на употребата на наркотици

Канабис

Най-новите данни от проучването ESPAD от 2003 г. сочат, че най-голямо разпространение на употребата

Проектът за европейското училищно проучване за употреба на алкохол и други наркотици (ESPAD) – един нарастващ ресурс за изясняване на тенденциите в употребата на наркотици и алкохол сред младежите

Проучването ESPAD е важен източник на информация за употребата на наркотици и алкохол сред учениците в Европа и е неocenимо средство за отчитане на тенденциите във времето. Проучванията ESPAD бяха проведени през 1995, 1999 и 2003 г. Използването на стандартни методи и инструменти сред представителни национални извадки от ученици на възраст от 15 до 16 години осигурява висококачествен и съпоставим набор от данни. С всяко следващо проучване броят на участниците нарастваше, като в него участват както държави-членки на ЕС, така и страни, които не са членки на ЕС. През 1995 г. участваха общо 26 европейски страни (включително 10 страни, които се присъединиха към ЕС през май 2004 г.). Тази цифра се увеличи на 30 през 1999 г., докато проучването през 2003 г. включи впечатляващия брой от 35 страни, сред които 23-те държави-членки на ЕС, 10-те страни, които се присъединиха към ЕС през 2004 г. и трите страни-кандидатки (България, Румъния и Турция), както и Норвегия. Испания не участва в проучването, но докладът за ESPAD за 2003 г. представя националните данни от испанското проучване за училищата (PNSD).

Съпоставимостта на училищното проучване ESPAD се базира на стандартизирането на целевата възрастова група и методът и синхронизацията във времето на събирането на данните, използването на произволни извадки, яснотата на изработените анкети и гарантирането на анонимността.

Въпросите в проучването са фокусирани върху консумацията на алкохол (някога през живота, през последните 12 месеца и през последните 30 дни, средно консумирано количество, злоупотребата с алкохол) и употребата на незаконни наркотици (някога през живота, през последните 12 месеца и през последните 30 дни, включително измерители за честотата на употребата на наркотици в тези времеви рамки).

Някои от главните изводи на проучването от 2003 г. в държавите-членки на ЕС, страните-кандидатки и Норвегия, са следните:

- Канабисът е най-често употребяваният незаконен наркотик.
- Екстази е на второ място по честота на употреба сред незаконните наркотици, но опитът при него е относително малък.
- Опитът с употребата на амфетамини и LSD и други халюциногени е малък.
- Въпреки че разпространението на употребата им е относително слабо, магическите гъби са най-често употребяваните халюциногени в 12 държави-членки на ЕС.
- Другите вещества, употребявани от учениците, включват транквиланти и седативни средства без лекарско предписание (като най-високото отчетено национално равнище е 17%) и летливи вещества (националният максимум е 18%).
- Злоупотребата с алкохол през последните 30 дни (дефинирана като консумация на най-малко пет питиета едно след друго) варира в значителна степен между отделните страни.

Информация за проучването ESPAD и достъп до новия доклад може да се намери на уеб-сайта на ESPAD (www.ESPAD.org).

на канабис някога през живота сред 15- и 16-годишни ученици е налице в Чехия (44%) (Фигура 1). Най-слабо (под 10%) е разпространението на употребата някога през живота в Гърция, Кипър, Швеция, Норвегия, Румъния и Турция. Страните, в които тези стойности са по-високи от 25% включват Германия, Италия, Холандия, Словакия и Словения (27% и 28%), а най-голямо разпространение на употребата някога през живота – стойности от порядъка на 32% до 40%, се отчитат в Белгия, Франция, Ирландия и Обединеното кралство. От 1995 г. насам в повечето страни се наблюдава последователно нарастване на броя на учениците, които някога са опитвали канабис⁽²⁰⁾. Все пак различията между отделните страни са ясно изразени.

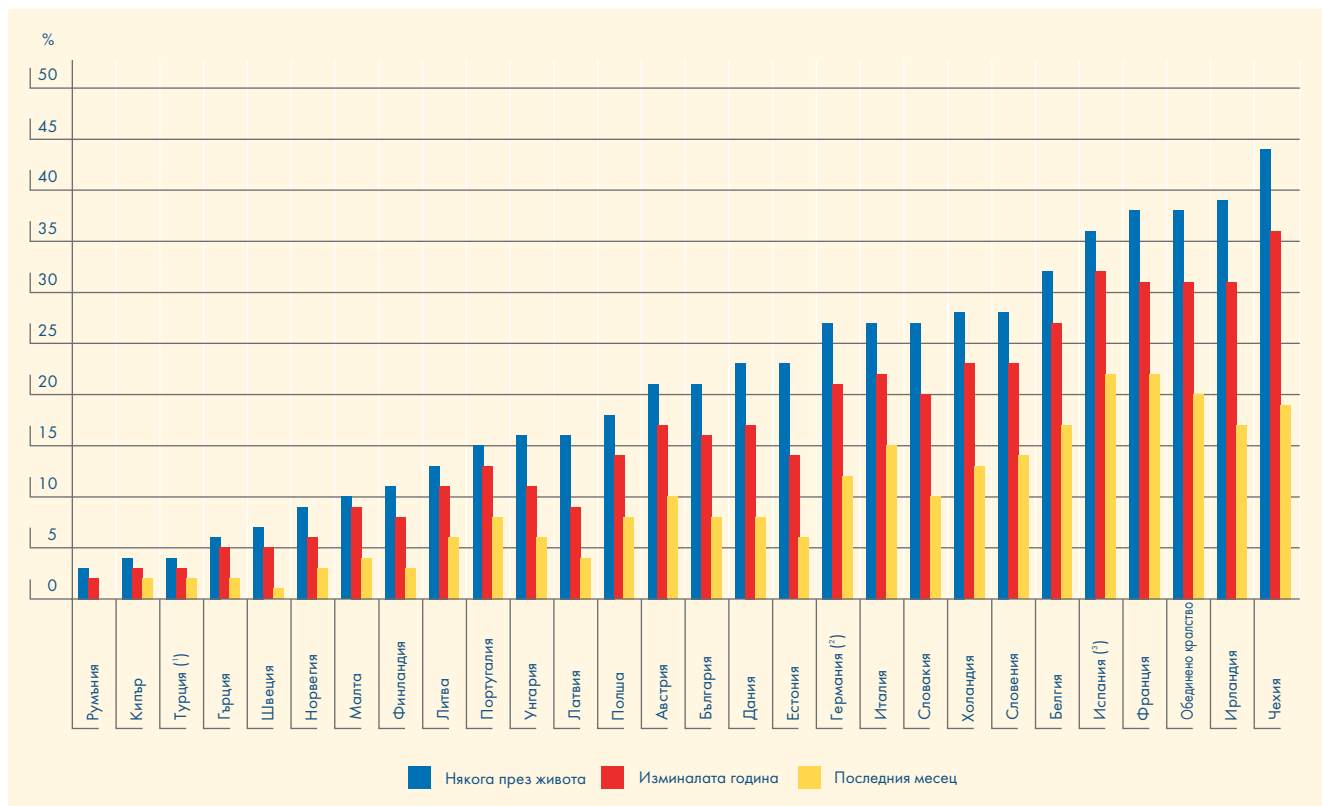
Новите данни от проучването ESPAD през 2003 г. сред 15- до 16-годишни ученици показват, че разпространението на употребата на канабис някога през живота варира в границите от 3% до 44%. Между 2% и 36% от учениците съобщават, че са използвали наркотика през последните 12 месеца, а употребата

само през последния месец е в рамките от 0% в някои от страните, до 19% в други от тях⁽²¹⁾ (Фигура 1). Съществуват относителни различия между различните стойности за разпространението на употребата. Например, най-голямо е разпространението на употребата някога през живота в Чехия, но текущата употреба (миналия месец) е най-висока в Испания и Франция (22%).

В почти всички страни разпространението на употребата на канабис е по-голямо сред мъжете отколкото при жените. Половите различия са по-силно изразени сред учениците, които съобщават, че са използвали канабис 40 и повече пъти в живота си⁽²²⁾.

По-големите ученици (17 – 18 години) бяха включени в национални училищни проучвания проведени в 11 държави-членки и в България. Разпространението на употребата на канабис някога през живота в този възрастов диапазон варира от под 2% в Кипър до 56% в Чехия, докато текущата употреба на канабис (през последния месец) е в диапазона от под 1% в Кипър до

Фигура 1: Разпространение на употребата на канабис някога през живота, през изминалата година и през последния месец сред учениците на възраст 15 – 16 години през 2003 г.



(1) Стойностите за Турция са от всеки един от големите градове във всеки от шестте различни района на страната (Адана, Анкара, Диарбекир, Истанбул, Измир и Самсун).

(2) Данните за Германия са само за шест района (Бавария, Бранденбург, Берлин, Хесе, Мекленбург-Западна Померания и Турингия).

(3) Испания не участва в проучването ESPAD. Включените тук данни са взети от едно испанско проучване, проведено през ноември – декември 2002 г. Въпросите за разпространението на употребата на наркотици са съставими с въпросите, включени в проучването ESPAD, но останалите аспекти на метода означават, че данните за Испания не са точно сравними.

Източник: Hibell et al., 2004.

(20) Вижте фигури EYE-1 (част ii) и EYE-1 (част ix) в статистическия бюлетин за 2005 г.

(21) За по-подробни данни за употребата на канабис сред учениците вижте Глава 3.

(22) Вижте фигура EYE-1 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

близо 30% във Франция. Във всички страни, в които са проведени проучванията, с изключение на Кипър, стойностите относно разпространението на употребата сред по-големите ученици са по-високи от тези сред 15- до 16-годишните ⁽²³⁾.

Между 1999 и 2003 г. в Чехия се наблюдава увеличение от 5% в броя на учениците, които съобщават, че са опитвали канабис на 13 годишна възраст или по-рано. Слабо увеличение (1 – 3%) се отчита и в още тринадесет страни от ЕС ⁽²⁴⁾. Намаление (от 1%) е отчетено единствено в Холандия и в Обединеното кралство.

Според едно скорошно проучване на Евробарометър (Eurobarometer, 2004) ⁽²⁵⁾, броят на младежите на възраст от 15 до 24 години, които заявяват, че им е предлагано да вземат канабис, се е увеличил от 46% през 2002 г. на 50% през 2004. В същия период броят на младежите, които съобщават, че познават хора, които употребяват канабис, също се е увеличил от 65% на 68%.

Проучванията ESPAD показват, че начинът по който се възприема канабисът от учениците, както по отношение на опасностите, свързани с употребата му, така и по отношение на достъпността на наркотика, са силно взаимосвързани с разпространението на употребата на канабис някога през живота. Връзката между риска и разпространението на употребата е обратна ⁽²⁶⁾, т.е. засиленото чувство за риск се свързва със слабо разпространение на употребата и обратно, но схващането за достъпност е пряко съотносимо към разпространението на употребата някога през живота ⁽²⁷⁾.

Младежите в страни със стойности на разпространение на употребата на канабис над средните все повече са склонни да считат употребата на канабис за "нещо нормално". Повечето страни, в които се отчитат относително високи стойности на употреба на канабис някога през живота, съобщават и за относително високи стойности на алкохолна злоупотреба (дефинира се като изпиване на пет или повече питиета едно след друго) през последните 30 дни ⁽²⁸⁾, което предполага, че двата типа поведение вероятно са част от общоприетия начин на живот. Изключения от този модел се наблюдават във Франция, Италия и България, където употребата на канабис е относително висока, но злоупотребата с алкохол е сравнително ниска.

Други наркотици

Според отчетеното в проучването ESPAD през 2003 г. ⁽²⁹⁾, разпространението на употребата на

екстази е по-голямо от това на амфетамини в 14 от страните на ЕС и страните-кандидатки. Най-ниски стойности на употреба на екстази някога през живота (2% и по-ниски) се наблюдават в Дания, Гърция, Кипър, Литва, Малта, Финландия, Швеция, Норвегия, Румъния и Турция. В Белгия, Германия, Франция, Италия, Латвия, Австрия, Полша, Португалия, Словения, Словакия и България се отчитат по високи стойности на разпространение – в диапазона от 3% до 4%. Страните с най-високи стойности на разпространение на употребата на екстази някога през живота са Чехия (8%) и Естония, Испания, Ирландия, Холандия и Обединеното кралство (всички по 5%).

По отношение на стойностите за разпространението за различните периоди, най-високата стойност на разпространение употребата на екстази някога през живота през 2003 г. е 8%, в сравнение с 5% употреба през последните 12 месеца (употреба напоследък) и 2% употреба през последния месец (текуща употреба).

Последователните проучвания показват, че като цяло разпространението на употребата на екстази някога през живота сред 15- и 16-годишните ученици се е увеличило в периода 1995 – 2003 г., като най-голямо е това увеличение в Чехия и в повечето от новите държави-членки ⁽³⁰⁾. Въпреки това, стойностите за разпространение на употребата през живота от проучванията ESPAD през 1999 г. показват известни колебания в някои страни. Намалването на употребата на екстази, което бе отчетено в Обединеното кралство, се наблюдава преди 1999 г. и може частично да се дължи на широкото отразяване в медиите в края на 90-те години на различни смъртни случаи, свързани с употребата на екстази.

Псилоцин и псилоцибин – магическите гъби

Псилоцинът и псилоцибинът – психоактивните съставки на така наречените "магически гъби", са включени в списък 1 на Конвенцията на ООН от 1971 г. и поради това се контролират във всички държави-членки. Въпреки това, правният статут на магическите гъби, както и степента, в която са въведени в сила евентуалните правни ограничения върху тяхното отглеждане и консумиране, са различни в различните държави-членки, т.е. гъбите са контролирани, неконтролирани или се контролират когато се "преработват" – положение, което не е напълно юридически изяснено.

Проучването ESPAD отчита употребата на "магически гъби" за първи път през 2003 г. В повечето от страните, които са били включени в него, стойностите за

⁽²³⁾ Вижте Таблици EYE-1 и EYE-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁴⁾ Вижте фигура EYE-1 (част vii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁵⁾ През 2004 г. бе проведено второ проучване на Евробарометър (Eurobarometer, 2004) – Младите хора и наркотиците / Young people and drugs. Това проучване с безвероятно извадка обхваща 7659 младежи на възраст между 15 и 24 години в 15-те държави-членки, които бяха включени в предишното проучване през 2002 г.

⁽²⁶⁾ Вижте фигура EYE-1 (част v) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁷⁾ Вижте фигура EYE-1 (част vi) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁸⁾ Вижте фигура EYE-1 (част viii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁹⁾ Вижте фигура EYE-2 (част iv) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽³⁰⁾ Вижте фигура EYE-2 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

разпространението на употребата на “магически гъби” сред 15- до 16-годишните ученици надхвърлят или са равни на тези за LSD или други халюциногенни наркотици ⁽³¹⁾. В допълнение към това, при сравнение с опита в употребата на екстази през живота, разпространението на употребата на магическите гъби някога през живота е по-голямо в Белгия, Германия и Франция и на същото равнище в Чехия, Дания, Италия, Холандия и Полша. Разпространението на употребата на магически гъби през живота е нулево в Кипър, Финландия и Румъния, увеличило се е на 4% в Германия, Ирландия и Обединеното кралство и на 5% в Белгия, Франция и Холандия. Разпространението на употребата е най-голямо в Чехия (8%). Няма данни за тенденциите при употребата на магическите гъби.

Новото в областта на превенцията

Ценностите и поведението на хората се влияят от схващането им за онова, което те смятат за нормално в тяхната социална среда и това особено важи при младите хора. Ако те смятат експерименталната употреба на канабис за “нормална” и социално приемлива (като я свързват с ниски равнища на риск и лесна достъпност), това вероятно оказва ключово влияние върху тяхната ценностна система и поведението им по отношение на употребата на канабис (Botvin, 2000). Предизвикателството пред превенцията е да осигури социални и познавателни стратегии за младежите, с които да се контролира това влияние. Поради тази причина не е реалистично резултатността на политиките за превенция да се оценява на базата на данните за употребата на наркотици сред младежите и особено на прибилизителните оценки за експерименталната им употреба, тъй като те са отражение на социалните норми, а не някакво действително проблемно поведение.

Вместо това превенцията следва да се оценява по няколко ясни критерии: добре дефинирани цели, целеви групи и мерки, които да са заложи в националните стратегии и да са базирани на международните познания в тази област; мерки за контрол на качеството; разработване на специфични мерки за превенция и превенция в семейството; и регулаторни мерки за разрешените от закона наркотици, предназначени да повлияят върху социалните норми, които допускат опрощаване или съгласие с конкретно потребителско поведение.

По отношение на оценката на стратегиите за превенция, новите национални стратегии във Франция и Италия бележат важен напредък спрямо предходните политики, който се изразява в това, че сега ролята на превенцията е по-добре дефинирана, както и значението на структурираните програми и приоритетните области за намеса. В почти всички държави-членки се наблюдава тенденция към възприемането на по-стратегически подходи, като се увеличава вниманието, което се отделя на уязвимите групи в цялостния процес на планиране.

Нормативни и структурни мерки

Мерките за контрол върху разрешените от закона наркотици съдействат за създаването на нормативната основа, върху която могат да бъдат изградени други мерки за превенция. Социалните норми, които подкрепят тютюнопушенето и употребата на алкохол и толерират тяхното влияние върху поведението, са добре познати рискови фактори за симпатизиращо отношение към незаконните наркотици и тяхната употреба (Весоѝа, 2002). Противно на разпространеното схващане, социалните норми се влияят повече от политиките за контрол, отколкото от кампаниите в средствата за масова информация или подходите в образованието (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Статистическата служба на ЕС Eurostat (2002) прави сравнение на мерките за контрол на тютюнопушенето и индикаторите за тютюнопушенето при децата/юношите в държавите-членки на ЕС и открива, че съществува взаимовръзка между строгостта на политиките за контрол на тютюнопушенето (забрана за рекламиране, възрастови ограничения върху продажбата, други ограничения) и навиците на пушачите. Отчетените стойности за тютюнопушенето сред възрастните са по-високи в страните с относително по-сниходятелни политики (напр. Дания, Германия и Обединеното кралство), отколкото в страните с по-строг контрол (напр. Франция, Швеция и Норвегия). Известно е, че ефектът от превантивните мерки е ограничен когато те са в противовес, или най-малкото не се подкрепят от социалните норми и политики. Инициативите на ЕС и на Световната здравна организация (СЗО) в тази област (Aspect Consortium, 2004) печелят почва и днес държавите-членки все повече обвързват политиките за контрол над тютюнопушенето с превенцията по отношение на наркотиците.

Превенция в училищата

Във всички държави-членки училищата се смятат за най-важната среда за универсална превенция и се наблюдава забележимо нарастване на значението, което се придава на превенцията в училищата в националните стратегии и в структурираното въвеждане на този подход. Това дава своето отражение върху разширяването на училищните политики в областта на наркотиците (Фигура 2) и разработването на конкретни модулни програми за училищата за превенция на употребата на наркотици, както и подобряване на обучението за учители.

Повече са страните в сравнение с преди, които са въвели (в Дания е въведена първата програма за жизнени умения за училища), разширили (Германия) или планират да въведат (Франция и Италия в своите национални стратегии) по-структурирани програми за превенция. Например през 2003 г. програми за превенция се изпълняваха в 60% от полските училища.

Гърция е един особено добър пример за изместването на политиките за превенция от традиционните

⁽³¹⁾ Вижте фигура EYE-2 (част v) в статистическия бюлетин за 2005 г.

информационно базирани и индивидуалистични подходи (консултации), в посока към въвеждането на истинска обществена здравна стратегия, която може в максимална степен да увеличи своето покритие чрез подходи, базирани на конкретни програми. В периода между 2000 и 2003 г. броят на програмите за превенция в училищата в Гърция се е увеличил повече от два пъти, а за същия период семейните програми са се увеличили трикратно. Малта и Обединеното кралство също са повишили ролята на програмно базирани подходи в своите политики за превенция: Програмата Blueprint (хелиографско копие) си поставя за цел да определи как международните изследвания в областта на ефективната превенция на наркоманиите могат да бъдат адаптирани към английската училищна система и се базира върху примери, доказващи как съчетаването на училищното образование по въпросите на наркотиците с ролята на родителите, медийните кампании, местните здравни инициативи и общностните партньорства, е по-ефективно от мерките предприемани само в училищата. За пет години за изпълнението на тази програма са заделени шест милиона английски лири (8.5 милиона евро) ⁽³²⁾.

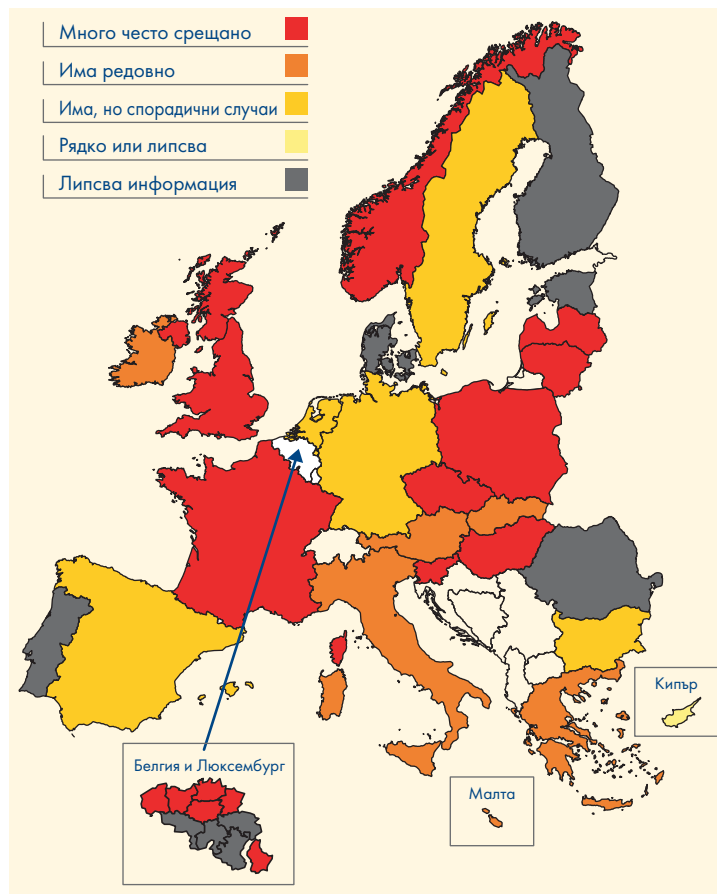
Наблюдение и контрол на качеството

Контролирането и подобряването на качеството на превенцията силно зависят от това, най-напред да се направи един пълноценен преглед на съществуващите дейности и тяхното съдържание. Съобразно с това държавите-членки отдават все по-голямо значение на наблюдение изпълнението на програмите за превенция, примери за което са новите схеми в Германия ⁽³³⁾ и в Норвегия ⁽³⁴⁾ и унгарския изследователски проект "Светлини и сенки" ("Lights and shadows"), които събират информация за съдържанието, целите, методиката, целевите групи и обхвата на програмите за превенция в училищата. Наблюдение на изпълнението се въвежда също и в Чехия, както и във Фландрия чрез програмата Ginger. За съжаление Испания преустанови програмата си IDEA Prevenciun, която в продължение на дълги години бе най-добре разработената система за наблюдение и качество на превенцията в Европа.

Информационните системи за превенцията също спомогат да се проследи появата на някои неефективни практики и съставни компоненти на програмите. Например в няколко държави-членки все още е обичайно провеждането на еднократни информационни сесии или лекции на експерти или полицейски служители, въпреки единодушните заключения от изследванията, че този вид мерки са в най-добрия случай неефективни, а понякога дори и вредни (Canning et al., 2004).

Единствено систематичното отчитане на превантивните дейности може да позволи да се проследи съдържанието на програмите за превенция и като резултат от това, като се ползват за база наличните познания по отношение на тяхната резултатност, те да

Фигура 2: Разработване на училищни политики



Забележка: Немско-говорящата част на Белгия = отчита се спорадично.
Източници: Национални фокусни центрове от мрежата Reitox.

бъдат насочени към специфични групи от населението. Много са важни насоките или стандартите за изпълнението на програмите за превенция, особено в страните, в които тя е силно децентрализирана.

Съдържание на програмите и дейностите

Увеличаването на програмно-базирани подходи и подобреното събиране на стандартизирана информация дадоха възможност да се направи преглед и сравнение на съдържанието и тенденциите в политиките за превенция в Европа. Информацията обикновено се подава от националните експерти или експертни групи, които имат надежден цялостен поглед над положението в техните страни, което им позволява да правят стандартизирани оценки, или се извлича от количествени данни за наблюдаваните програмно базирани мерки за намеса, които се събират в някои от държавите-членки, напр. в Гърция и Унгария.

Например повечето държави-членки са въвели като превантивен подход училищното обучение за придобиване на личностни и социални умения. Темите, които се обхващат в това обучение, включват

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint.

⁽³³⁾ [PrevNet \(www.prevnet.de\)](http://www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingsstiltak.no.

вземането на решения, справяне с конкретни ситуации, поставянето на цели и тяхното отстояване, общуването и проявата на съпричастност. Тази базирана на факти техника, която е взета от теориите за социалното образование ⁽³⁵⁾, сега изглежда важна методика в

повечето държави-членки, дори в страни, където не съществуват програмно базирани подходи (Франция, Люксембург и Швеция) (Таблица 2). В Естония съобщават за широко разпространената употреба на една книга, която учи на социални умения.

Таблица 2: Училищно базирана превенция в Европа

	Стандарти за качество/насоки ⁽¹⁾			Личностни социални умения	Цели	
	Въведени	Задължителни	Необходимо условие за получаване на финансиране		Основни	Второстепенни
Белгия (флам.)	Да	Да	Да	Много често срещано	Жизнени умения	Информация
Белгия (фр.)	Да	Да	Да	Липсва информация	Защитна среда	Образователни взаимоотношения
Чехия	Планира се		Да	Много често срещано	Самоуважение	Защитна среда
Дания	Не			Не	Информация	
Германия	Не			Много често срещано	Жизнени умения	Информация
Естония	Не			Спорадично	Липсва информация	
Гърция	Да	Да	Да	Много често срещано	Жизнени умения	Образователни взаимоотношения
Испания	Планира се	Да	Да	Много често срещано	Жизнени умения	Самоуважение
Франция	Да			Рядко	Информация	Жизнени умения
Ирландия	Да	Да		Много често срещано	Жизнени умения	Самоуважение
Италия	Да			Редовно	Информация	Жизнени умения
Кипър	Планира се	Да	Да	Спорадично	Защитна среда	Жизнени умения
Латвия	Планира се			Спорадично	Информация	Жизнени умения
Литва	Не			Редовно	Информация	
Люксембург	Да		Да	Редовно	Образователни взаимоотношения	Жизнени умения
Унгария	Планира се			Редовно	Информация	Жизнени умения
Малта	Не			Много често срещано	Информация	Жизнени умения
Холандия	Да			Не	Информация	
Австрия	Да		Не	Спорадично	Жизнени умения	Защитна среда
Полша	Не			Редовно	Жизнени умения	Информация
Португалия	Да	Да	Да	Спорадично	Информация	Жизнени умения
Словения	Планира се			Спорадично	Информация	Жизнени умения
Словакия	Не			Рядко		
Финландия	Липсва информация			Липсва информация	Предоставяне на социални услуги	Информация
Швеция	Не			Редовно	Защитна среда	Социално включване
Обединено кралство	Да			Много често срещано	Информация	Жизнени умения
Норвегия	Не			Редовно	Информация	Самоуважение
България	Липсва информация			Спорадично	Информация	Защитна среда
Румъния	Липсва информация			Спорадично		

⁽¹⁾ Не трябва да се забравя, че не съществува единна европейска дефиниция за понятието "стандарти за качество и насоки" и че степента на задълбочаване може да е различна, което оказва влияние върху съпоставимостта.

⁽³⁵⁾ Поведението се смята за резултат от социалните познания, придобити с помощта на ролеви модели, норми и отношението на "важните други хора" (Bandura, 1977). Отрицателното отношение към употребата на наркотици и защитната самоефикасност могат да бъдат заучени или обусловени от обстоятелствата. Тази концепция е в основата на равните обществени модели и на конкретния модел за усвояване на жизнени умения.

Осигуряването на информация продължава да играе ключова роля за превенцията на употребата на наркотици в много от държавите-членки (Таблица 2). Ограничената полза от осигуряването на информация за превенция на употребата на наркотици бавно започва да се осъзнава, което е отразено, например, в Националния доклад на Швеция. Подходите, базирани единствено на здравното образование, също са ограничени само до въздействието им върху познавателните процеси и често са лишени от конкретни компоненти за поведенческо обучение и обучение за социалните взаимоотношения. Въпреки това тези подходи все още са широко разпространени в някои страни независимо от съвременните ни разбирания за ефективна превенция на употребата на наркотици.

Съществуват две обяснения за продължаващото прилагане на подобни подходи за превенция. Едното е инстинктивното и традиционно схващане, че предоставянето на информация за наркотиците и за рисковете, свързани с тяхната употреба, има възпиращ ефект. Второто обяснение отразява една съвсем нова тенденция, вдъхновена от действията за намаляване на щетите и се базира на схващането, че познавателните умения са по-важни от поведенческите подходи при обучението на младежите за вземане на обосновани решения и избор в живота. Поддръжниците на тази техника смятат, че поведенческите подходи спрямо превенцията на употребата на наркотици, като например подобряване на жизнените умения, покровителстват и демонизират употребата на наркотици (Ashton, 2003; Quensel, 2004) и че най-добрият метод е да се предоставят на младите хора познавателните средства, от които те се нуждаят, чрез осигуряване на необходимата информация. Въпреки различните традиции на тези подходи и двата разглеждат здравното поведение, и по-конкретно употребата на наркотици, като въпрос на личен разумен избор, докато широкото мнение, което преобладава в здравните науки е, че социалните фактори (съседите от квартала, групата със същия социален статус, нормите) и личните фактори (темперамент, академични и емоционални умения) оказват по-силно влияние върху формирането на здравното поведение и поведението спрямо употребата на наркотици, отколкото чистото познание.

Най-важният познавателен елемент, който може да бъде повлиян от превенцията, е погрешното схващане за употребата на наркотици като нещо нормално и социално приемливо сред хората със същия социален статус. Всъщност 30% разпространение на употребата на канабис през живота сред младите хора означава, че повече от две трети от това население никога не е употребявало канабис и това е действителното "нормално" положение. Въпреки това, независимо

от доказаната полза от техниките, адресирани към схващанията на младите хора за нормите (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), те рядко се използват в Европа.

Специфична превенция

Националните стратегии и планове за действие в областта на наркотиците все повече и по-ясно посочват уязвимите групи, за които трябва да бъдат предвидени специфични мерки за превенция. Този фокус е още по-силно изразен в новите държави-членки: Естония (бездомните деца, специализираните учебни заведения), Унгария, Кипър, Малта, Полша (деца, лишени от родителски грижи и младежи от проблемни семейства) и Словения.

Тъй като уязвимите групи, към които е насочена специфичната превенция, често притежават значителен опит с разрешените от закона и с незаконните наркотици, повечето мерки в областта на специфичната превенция се ограничават до предоставянето на конкретно подбрана за случая информация, индивидуални консултации и алтернативни творчески или спортни занимания. Но все пак трябва да се помни, че използваните при общата превенция техники в многообхватните програми за социално въздействие са също толкова резултатни, а дори и по-резултатни, и при специфичната превенция. Преструктурирането на нормите на поведение (напр. узnavането, че повечето хора от компанията със същия социален статус не одобряват употребата), обучението за отстояване на схващанията, мотивацията и поставянето на цели, както и коригирането на митове, са доказани много ефективни методи сред уязвимите групи младежи (Sussman et al., 2004), но рядко се използват в специфичната превенция в ЕС. Въпреки това, техниките за намеса в условията на развлекателни дейности (вж. "Превенция в условията на развлекателни дейности", стр.52) преди всичко са под формата на предоставяне на целенасочена информация.

Специфична превенция в училищата

Основният фокус на специфичната превенция в училищата са мерките при криза и ранното откриване на ученици с проблеми. Целта е да се намерят решения на училищно равнище, за да се избегне отпадането или изключването от училище на рисковите групи ученици, а оттук и влошаване на тяхното положение. В Германия, Ирландия, Люксембург и Австрия се предлагат програмно базирани подходи (Lerpin, 2004), докато в Полша и Финландия провеждат курсове за обучение или ръководства за учители как да разпознават проблемните ученици, включително употребяващите наркотици, и какви съответни мерки да предприемат.

Традиционните индивидуалистични подходи включват услуги по образователна психология (каквито се предоставят във Франция и Кипър), които зависят от (само)насочването на лицата към ползването им. В Ирландия се прилага нова интензивна образователна помощна услуга, като се работи с училища и семейства в неблагоприятни по отношение на образованието райони, за да се гарантира редовна посещаемост на училищата от децата.

Специфични общностно базирани подходи

Специфичните общностно базирани подходи са предназначени преди всичко за уязвимите младежи от улицата. В северните страни подходът "Nightwalkers" се изразява в ангажирането на групи родители за патрулиране по улиците. Австрия направи големи вложения за подобряване на баланса между превенцията на употребата на наркотици и структурите на общественото образование и на социалните дейности посредством курсове, насоки по качество и съвместни семинари, напр. за младежки социални работници в условията на развлекателните дейности. Целта е също да се използват структурите на младежките социални служби за професионални дейности по превенция на употребата на наркотици. Следвайки същата линия, Норвегия засилва сътрудничеството и укрепва интердисциплинарните усилия между училищата, службите за защита на децата и социалните служби. За тези проекти в Норвегия, а също и в Германия и Холандия, се използват RAR методите (бърза оценка и ответна мярка)⁽³⁶⁾ – бързо събиране на информация (статистически материал), съчетано с интервюта (анкети, фокус групи) и/или наблюдения на проблемната област.

Мерките, фокусирани върху силно рисковите квартали са традиционни за Ирландия, Обединеното кралство и в известна степен за Холандия и Португалия. Но Германия (Stöver и Kolte, 2003, цитирани в националния доклад на Германия) и Франция сега също предлагат някои мерки в тази област. За тези страни насочването на превенцията на употребата на наркотици към конкретни географски райони, подбрани по социални критерии, е новост.

В своите политики за специфична превенция държавите-членки също все повече насочват действията си и към конкретни етнически групи (напр. Ирландия, Люксембург, Унгария). Например в Унгария фокусът върху етническия елемент е важен аспект, тъй като там ромското население е изправено пред висок риск от въвличане в свързани с наркотиците проблеми, поради неговите социални и културни особености и неблагоприятните условия на живот. Обучението от обучители със същия социален статус, групите за самопомощ, контролът и наблюдението, различните програми за превенция и услуги с ниски прагови

равнища на достъп за ромското население там се осъществяват и предлагат от неправителствени организации (НПО).

Уязвими семейства

Общата семейно-базирана превенция, изразяваща се предимно в различни вечерни прояви, лекции, семинари и работни срещи за родители, все още е популярна в много от държавите-членки (Германия, Франция, Кипър и Финландия) независимо от липсата на доказателства за нейната ефективност (Mendes et al., 2001). Но в Гърция, Испания, Ирландия и Норвегия се наблюдава интересно развитие в областта на специфичната превенция сред семействата с въвеждането на някои новаторски концепции, които надхвърлят очертанията на семействата/родителите с проблеми с наркотиците и отчитат ролята на социалните, икономически и културни фактори при употребата на наркотици. В Холандия заключението от оценката на проектите за превенция на употребата на наркотици сред родители-имигранти е, че вероятно осъществимата нова насока, в която трябва да се поеме, са стандартните мерки на намеса, предлагани чрез емиграционните мрежи, като се прави разграничение на мерките за мъжете и тези за жените (Tarweij и Van Wamel, 2004). В Норвегия бе въведено и оценено в три от общините обучение по родителски мениджмънт (РМТО – по модел на Орегон), което принципно е метод на обучение за семейства с деца със сериозни поведенчески разстройства. В други две страни бе въведена програмата за укрепване на семействата Айова (ISFP). Тази интензивна семейна програма за мерки на намеса за семейства в риск съчетава методи за преподаване на ученици (10 – 14 годишни) с една образователна програма за техните родители, насочена към превенция на употребата на наркотици чрез укрепване на семейните компетенции и на връзките в семейството (Kumpfer et al., 2003).

Необходимост от наложителна превенция

Наложителната превенция се фокусира върху хора, за които е определено, че са налице някои рискови фактори, които могат да доведат до проблеми с наркотиците, например като дефицит на вниманието (свърхразсеяност) и хиперактивно разстройство (ADHD). Въпреки това, мерки за превенция на употребата на наркотици, насочени към младежи с проблеми от вида на ADHD, се съобщават единствено от Германия и Швеция. В Германия, според текущите оценки за разпространението на ADHD, от 2 до 6% от хората на възраст между 6 и 18 години са засегнати от това разстройство, което го прави една от най-често срещаните хронични клинични картини сред децата и младежите. В Швеция превантивната стратегия по

⁽³⁶⁾ Световна здравна организация: Ръководство за бърза оценка и отговор при употребата на психоактивни вещества и особено сред уязвими младежи (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

отношение на тези деца включва познавателно и социално обучение, а методиките се разпространяват чрез обучение на професионалисти в областта на превенцията. Тъй като почти всички деца в предучилищна възраст са обхванати от основната система на здравеопазване и повечето от тях посещават началното училище, по-голямата част от рисковите групи деца могат да бъдат определени посредством систематични внимателни прегледи и последващи индивидуализирани мерки за намеса.

Планът за действие в Италия поставя силно ударение върху психопатологичните условия и сериозните поведенчески проблеми при децата и възрастните,

които предполагат една евентуална бъдеща употреба и злоупотреба с наркотици ако бъдат пренебрегнати на по-ранния етап. Проблемите, които бяха установени, включват поведенчески проблеми, хиперактивност и дефицит на вниманието (свръхразсеяност); безпокойство придружено със смени на настроението; булимия и психогенна пълнота; разстройства на личността; проблеми в междуличностното общуване; разстройства в резултат от пост травматичен стрес; и пристъпи на паника. Като възможна реакция се предвижда прилагането на подходите, използвани както за обща, така и за специфична превенция.



Глава 3

Канабис

Разпространение и модели на употреба

Канабисът е несравнено най-често използваната незаконна субстанция в Европа. Последните проучвания сред населението показват, че между 3% и 31% от възрастните (на възраст между 15 и 64 години) са опитвали този наркотик поне веднъж (употреба някога през живота). Най-ниски стойности за разпространение на употребата някога през живота се отчитат в Малта (3.5%), Португалия (7.6%) и Полша (7.7%), а най-високи – във Франция (26.2%), Обединеното кралство (30.8%) и Дания (31.3%). В повечето страни (15 от 23-те страни, за които има информация) стойностите за разпространението на употребата някога през живота са в диапазона от 10% до 25%.

Между 1% и 11% от възрастните съобщават, че са употребявали канабис през последните 12 месеца, като най-ниски са стойностите за разпространението на употребата в Малта, Гърция и Швеция, а най-високи – в Чехия, Франция, Испания и Обединеното кралство. Повечето страни (14) съобщават за стойности на разпространението на употребата напоследък (последните 12 месеца) в диапазона от 3% до 7%.

От националните оценки, с които разполагаме, може да се направи приблизителна преценка за общия брой на възрастните (15 до 64 годишни), които употребяват канабис в ЕС като цяло. Така се стига до предположението, че около 20% от цялото население, или над 62 милиона души, са опитвали канабис някога през живота си. Тази цифра намалява до 6% от възрастното население, или малко над 20 милиона души, когато се отчита употребата на канабис напоследък (разпространението на употребата през изминалата година). За сравнение, през 2003 г. в националното проучване за употребата на наркотици и здравето в Съединените щати (SAMHSA, 2003), 40.6% от възрастното население (определено като населението на възраст 12 и повече години) съобщават, че са опитвали канабис или марихуана поне веднъж, а 10.6% съобщават, че са употребявали през предходните 12 месеца. Сред 18 до 25 годишните тези стойности са съответно 53.9% (някога в живота), 28.5% (през последните 12 месеца) и 17% (през последния месец)⁽³⁷⁾.

Оценка за употребата на наркотици сред населението

Употребата на наркотици сред населението се определя с помощта на проучвания, които дават приблизителна оценка за относителния дял от населението, което е употребявало наркотици в продължение на определени периоди от време: употреба някога през живота (експериментална), употреба през последните 12 месеца (употреба напоследък), или употреба през последните 30 дни (текуща употреба) ⁽¹⁾.

ЕЦМНН разработи един набор от общи ключови позиции ("Европейски модел на анкетна форма" EMQ), който се въвежда в, или е съвместим с повечето проучвания в държавите-членки на ЕС. Анкетната форма EMQ е поместена в един доклад, който можете да намерите на уеб-сайта на ЕЦМНН ⁽²⁾. "Употребата някога през живота" може да е с ограничена стойност като индикатор за текущото положение сред възрастните (въпреки че тя може да бъде един приемлив индикатор сред учениците), но заедно с останалите измерители, тя може да даде задълбочена представа за същината на аспектите на моделите на употреба (продължителна употреба или прекъсване на употребата) и за генеративната динамика на разпространението на употребата на наркотици. "Употребата през последните 12 месеца" е показател за употребата на наркотици напоследък, въпреки че често тази употреба е инцидентна, а "употребата през последните 30 дни" е индикатор за текущата употреба и обикновено включва хората, които често употребяват наркотици.

⁽¹⁾ За повече информация за методиката на проучванията сред населението и използваната методика във всяко национално проучване, вижте статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁾ Справочник за проучванията за употребата на наркотици сред населението / Handbook for surveys about drug use among the general population (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

Както и при останалите наркотици, младите хора системно съобщават за по-високи стойности на употребата. Между 11% и 44% от младите европейци на възраст от 15 до 34 години съобщават, че са опитвали канабис някога през живота си, като най-ниските стойности за разпространението на тази употреба се отчитат в Гърция, Португалия и Полша, а най-високи – във Франция (39.9%), Обединеното

⁽³⁷⁾ Трябва да се има предвид, че възрастовият диапазон в проучването на САЩ (12 и повече годишни) е по-широк от този, който отчита ЕЦМНН за проучванията в ЕС (15 – 64 години). От друга страна, възрастовият диапазон за младите хора (18 – 25 години) е по-малък от диапазонът, използван за повечето проучвания в ЕС (15 – 24 години).

кралство (43.4%) и Дания (44.6%). От 3% до 22% от младите хора съобщават, че са употребявали наркотика напоследък, като най-ниски стойности се отчитат в Гърция, Швеция, Полша и Португалия, а най-високи – в Обединеното кралство (19.5%), Франция (19.7%) и Чехия (22.1%), а 11 страни съобщават стойности за разпространението на употребата напоследък между 7% и 15%.

Сред европейците на възраст между 15 и 24 години, от 9% до 45% съобщават, че са опитвали канабис, като в повечето страни стойностите са в диапазона 20 – 35%. От 4% до 32% съобщават за употреба напоследък (през последните 12 месеца), като за повечето страни стойностите са в диапазона 9 – 21% ⁽³⁸⁾.

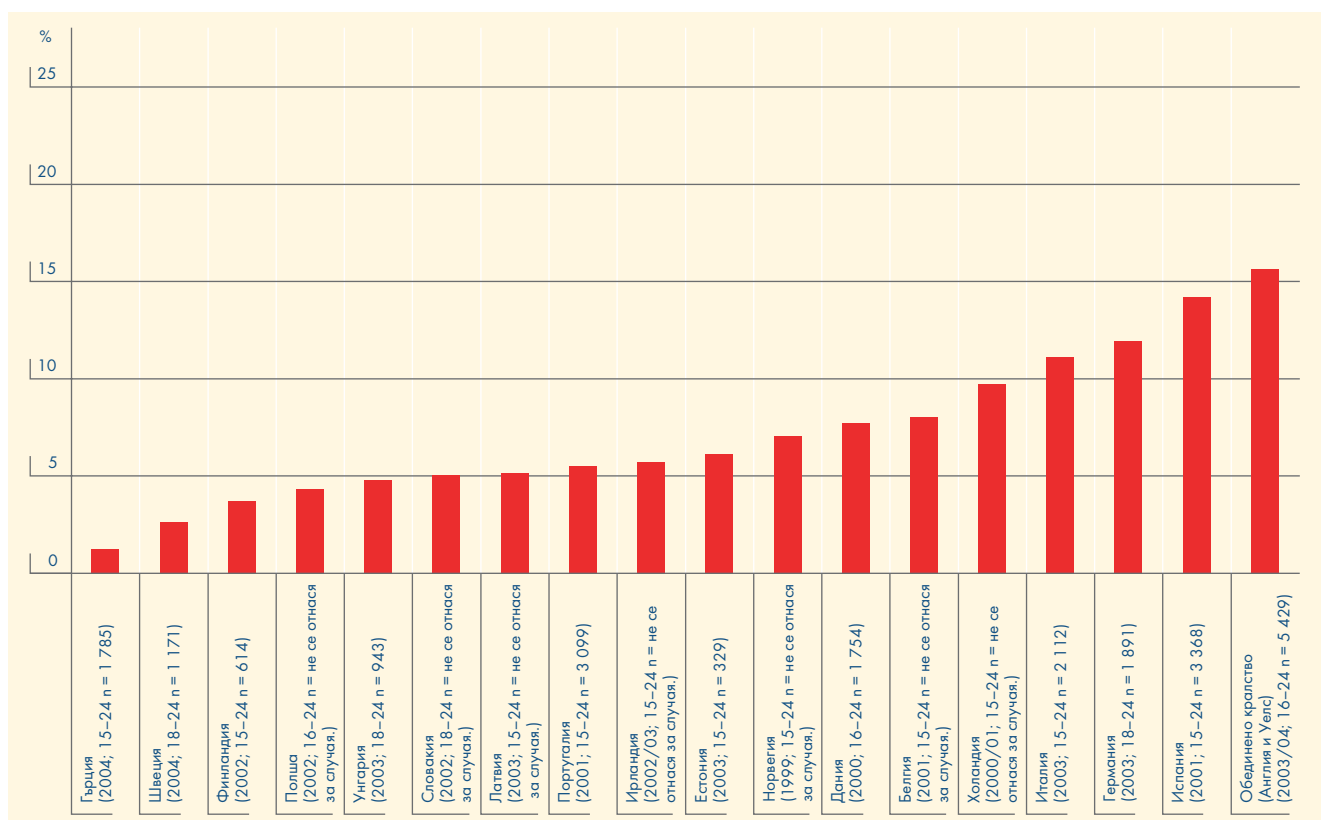
Както и при останалите незаконни наркотици, стойностите за употребата на канабис са чувствително по-високи сред мъжете, отколкото при жените, въпреки че степента, в която те се различават, е различна в различните страни. Съотношението мъже/жени за употреба някога през живота варира от 1.25:1 до 4:1 (1.25 до 4 мъже на една жена), а за текуща употреба – от приблизително 2:1 до 6:1. Проучванията показват също, че употребата на канабис е по-често срещано

явление в градските райони или в гъсто населените райони. Така отбелязаните национални различия могат отчасти да бъдат отражение на различното равнище на урбанизация, въпреки че съществуват предположения, че употребата на наркотици за развлечение се пренася от градските към селските райони.

Фактът, че стойностите за употребата напоследък и за текущата употреба са значително по-ниски от тези за употреба някога през живота показва, че употребата на канабис е предимно инцидентна, или се преустановява след известно време. В повечето страни от ЕС, 20 – 40% от възрастните, които някога са опитвали канабис съобщават, че са го употребявали през предходните 12 месеца, а около 10 – 20% съобщават, че са го употребявали през последните 30 дни ("стойности за продължаване на употребата").

В последните проучвания 0.5 – 9% от всички възрастни съобщават за употреба през последния месец (като за много от страните този диапазон е 2 – 4%), при 1.5 – 13% от младите хора (като за много от страните този диапазон е 3-8%) и при 1.2 – 16% от 15- до 24-годишните (като за много от страните този диапазон е 5 – 10%) (Фигура 3). По най-груба преценка, един на

Фигура 3: Текуща употреба (през последния месец) на канабис сред младите хора (на възраст между 15 и 24 години), определена чрез национални проучвания



Забележка: Данните са от най-новите национални проучвания, с които разполага всяка страна.

Някои страни използват малко по-различен възрастов диапазон от стандартния използван от ЕЦМНН за младото възрастно население. Различията във възрастния диапазон могат в известна малка степен да бъдат причина за несъответствия между страните.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽³⁸⁾ Вижте Фигура GPS-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

всеки 10 до 20 млади европейци употребява канабис в момента. Страните с най-ниски стойности за разпространение на текущата употреба са Малта, Гърция, Швеция, Полша и Финландия, докато Обединеното кралство и Испания са с най-високи стойности.

Данните за честотата на употребата на канабис през последните 30 дни, представени в Годишния доклад за 2004 г. (ЕЦМНН, 2004а) сочат, че приблизително една четвърт (19 – 33%) от тези, които са употребявали канабис през последния месец, са правили това ежедневно или почти ежедневно⁽³⁹⁾, като повечето от тях са млади мъже. По приблизителни оценки 0.9 – 3.7% от 15- до 34-годишните европейци употребяват канабис ежедневно и приблизително 3 милиона души в Европа вероятно използват веществото ежедневно или почти ежедневно.

Тенденции

Липсата на дългосрочна поредица от систематични проучвания в повечето страни от ЕС е едно ограничение за надеждното установяване на тенденциите в областта на наркотиците. Много страни осъществяват последователни проучвания, но те нямат характер на поредица в конкретния смисъл на това понятие – въпреки напредъка с хармонизирането, методите и размерите на извадките са различни за различните проучвания и честотата, с която се провеждат понякога е различна. В допълнение към това, в различните страни проучванията се извършват в различни години, което затруднява установяването на тенденциите в европейски мащаб. В идеалният случай, националните проучвания сред населението следва да се провеждат във всички държави-членки едновременно; това би улеснило в голяма степен сравняването на резултатите на национално равнище (във времето) и на европейско равнище (между отделните страни), което от своя страна би облекчило оценката на изпълнението на Европейския план за действие в областта на наркотиците.

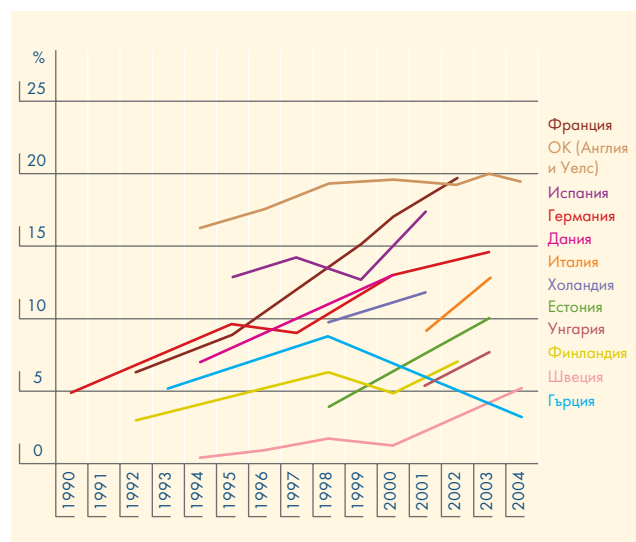
Това, което разкриват резултатите, получени от различните видове изследвания (национални или местни проучвания сред домакинствата, проучвания сред наборниците и в училищата) е, че употребата на канабис през 90-те години е нараснала забележимо в почти всички страни от ЕС, особено сред младите хора, както и че тя продължава да расте през последните години в някои страни (Фигура 4). В Обединеното кралство, където до 2000 г. се отчитаха най-високите стойности, употребата на канабис сред младите хора остана относително стабилна в периода между 1998 г. и 2003/04 г., като и други страни достигнаха сходни равнища (Франция и Испания⁽⁴⁰⁾). В Гърция се отчита спад в периода 1998 – 2004 г.

По предположения базирани на наличните факти, предимно от проучвания в училищата, в много от новите

държави-членки е налице съществено увеличение на употребата на канабис през последните години. Това става предимно в периода след средата на 90-те години и е съсредоточено в градските райони и сред мъжете и младите хора. Няколко последователни проучвания сред възрастното население в Естония и Унгария позволиха да бъдат установени най-новите тенденции в тази област (Фигура 4).

Сравнението на резултатите от училищните проучвания ESPAD от 1995, 1999 и 2003 г. (Hibell et al., 2004) показва, че в почти всички държави-членки и страни-кандидатки, които са участвали в проучването, разпространението на употребата на канабис някога през живота сред 15- до 16-годишните ученици се е увеличило с 2% и повече (Фигура 5). В повечето от половината от тези страни, стойностите за разпространението на употребата след 1995 г. са се удвоили или утроили. Най-голямо относително нарастване се отчита предимно в източноевропейските държави-членки, които през 1995 г. съобщават стойности за разпространение на употребата на

Фигура 4: Тенденции в употребата напоследък (през изминалата година) на канабис сред младите хора (на възраст между 15 и 34 години), определена чрез национални проучвания⁽¹⁾



(1) Размерите на извадките (броят на респондентите) за възрастовата група 15 – 34 години за всяка страна и година са представени в Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Забележка: Данните са снети от националните проучвания с които разполага всяка страна. Стойностите и методиката за всяко проучване могат да се видят в таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

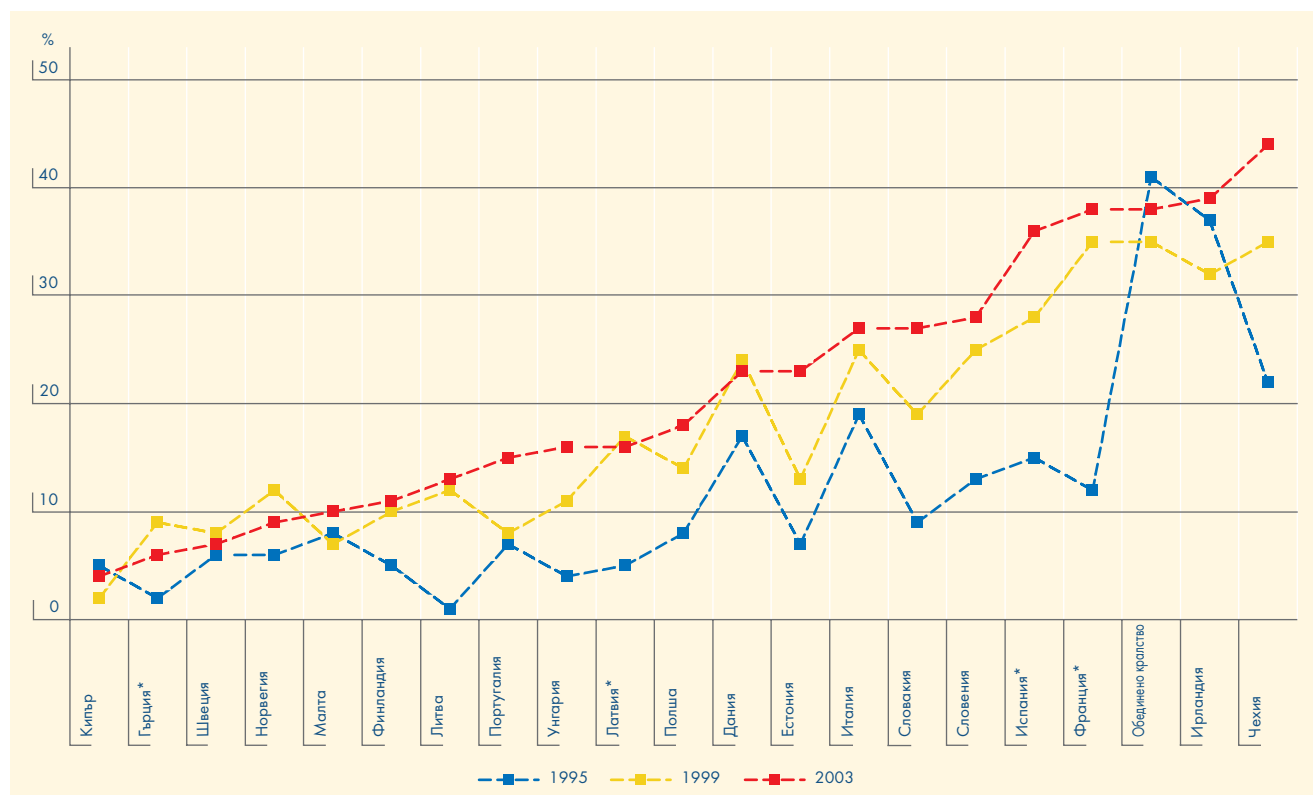
За "млади хора" ЕЦМНН използва възрастовия диапазон 15 – 34 години (Дания и Обединеното кралство – от 16 години, Германия, Естония (1998) и Унгария – от 18 години). Във Франция възрастовият диапазон през 1992 г. е бил 25 – 34 години, а през 1995 г. – 18 – 39 години.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

(39) Вижте годишния доклад 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Информацията касае "употреба в продължение на 20 или повече дни през последните 30 дни" и се отчита също като "ежедневна или почти ежедневна употреба".

(40) Информацията, която се получи твърде късно, за да бъде включена в доклада, посочва в проучването от 2003 г. в Испания стойности от 20.1% за употребата през последната година сред младите хора.

Фигура 5: Разпространение на употребата на канабис някога през живота сред ученици на възраст 15 – 16 години, отчетено при проучванията ESPAD, проведени през 1995, 1999 и 2003 г.



Забележка: През 1995 г. проучванията в страните, отбелязани със звездичка, не бяха точно съпоставими с проучванията ESPAD. Испания не участва в проучването ESPAD. Включените тук данни са взети от една поредица испански проучвания, проведени през 1996, 1998 и 2002 г. Въпросите за разпространението на употребата на наркотици са съпоставими с въпросите, включени в проучването ESPAD, но останалите аспекти на метода означават, че данните за Испания не са точно сравними.

Източник: Hibell et al., 2004.

канабис някога през живота под 10%. През периода, в който са проведени трите проучвания ESPAD, в никоя от страните, които са участвали в него, не е наблюдаван продължителен и ясно изразен спад в употребата на канабис някога през живота.

Училищните проучвания показват, че държавите-членки на ЕС могат да бъдат категоризирани в три различни групи по отношение на тенденциите в употребата за развлечение и инцидентната употреба на канабис. В първата група (в която влизат Ирландия и Обединеното кралство), разпространението на употребата някога през живота е високо (около 38 – 39%), но остава стабилно през последните осем години. Тези страни имат дълга история на употреба на канабис и високите стойности на разпространение на употребата са достигнати през 80-те и 90-те години. Във втората група страни разпространението на употребата на канабис някога през живота сред учениците е нараснало значително през разглеждания период (с до 26 %). В тази група влизат всички нови източноевропейски държави-членки, както и Дания, Испания, Франция, Италия и Португалия. В третата група стойностите за

разпространението на употребата някога през живота сред учениците остават на относително ниски равнища (около 10% и по-ниски). В тази група влизат държавите-членки от Северна и Южна Европа (Финландия, Швеция и Норвегия, както и Гърция, Кипър и Малта).

Сред възрастните картината не е така ясна, тъй като наличната информация е по-малко, а тази, която е на разположение е по-разнородна, но се наблюдава сходен на горния модел на разпространение, като стойностите за употребата на канабис напоследък (през изминалата година) са високи, но стабилни в Обединеното кралство, някои страни (напр. Дания, Германия, Естония, Испания и Франция) показват значително увеличаване на употребата през последните години, а други имат по-ниски стойности на разпространение на употребата и по-неясни тенденции (напр. Гърция, Финландия и Швеция). Новите проучвания в училищата и сред възрастното население през следващите 2 – 3 години ще спомогнат да бъде хвърлена повече светлина върху сложния въпрос за развитието на бъдещите тенденции в областта на наркотиците.

Превенция на употребата на канабис

Загрижеността в някои страни, породена от увеличаващата се употреба на канабис сред младежите, доведе до дискусии относно това дали тестовите за наркотици са от полза като мярка за контрол. Някои страни предприемат стъпки в тази посока, въпреки че мерките за въвеждане на тестове за наркотици остават необичайна намеса. В Чехия медиите публикуват материали за използването в училищата на изследвания на урина и обучени кучета за откриване на наркотици. Въпреки че тези мерки се ползват с известна подкрепа, участниците в една експертна група стигнаха до заключението, че подобни методи не трябва да са част от една ефективна стратегия за първична превенция. В Обединеното кралство въведените наскоро нови ръководства за училищата засягат няколко важни въпроса, които е необходимо да бъдат разгледани преди въвеждането на програма за тестване за наркотици. Те включват гаранции за получаването на съответното съгласие от родителите (и от учениците, ако се прецени, че те имат това право), преценяване доколко тестването влиза в кръга на задълженията на училището да се грижи за децата и отчитане наличието или необходимостта от съответните съпътстващи услуги. Всяко решение за подлагане на учениците на тестване за наркотици трябва задължително да бъде включено в политиката на училището в областта на наркотиците. На страницата на ЕЦМНН в Интернет е поместен кратък доклад за тестването за наркотици в училищата в ЕС ⁽⁴¹⁾.

Канабисът почти винаги се включва в програмите за обща (не специфична) превенция на употребата на наркотици. Вниманието, отделено в медиите на увеличаващата се употреба на канабис сред младежите, с прокрадващото се мнение, че употребата на канабис все повече се счита за "нормална", подчертава необходимостта да се адресират схващанията на младежите за нормите в обществото. Безпокойството, породено от увеличаващото се приемане на употребата на канабис сред младите хора, доведе до въвеждането на програми за превенция, чиято цел е да бъде насочено вниманието към техните схващания за това, което се счита за нормално или приемливо поведение. Този въпрос е разгледан по-подробно в Глава 2. Много от мерките се изразяват принципно в предоставянето на информация за канабиса чрез медийни кампании, брошури или уеб-сайтове. Все пак съществуват и някои интересни примери за специфична превенция и те могат да бъдат намерени в базата данни на ЕЦМНН с проекти за превенция, на които е направена оценка, EDDRA ⁽⁴²⁾. Тези схеми са насочени главно към младежите употребяващи канабис, които са извършили закононарушения свързани с наркотици, и предлагат консултиране, обучение за изграждане на лични

компетенции и подкрепа от страна на различните служби. Примери за подобни схеми включват FRED (Германия), MSF-Solidarité Jeunes (Люксембург), Ausweg (Австрия) и младежките групи срещу нарушенията (YOT) в Обединеното кралство.

Широкото разпространение на употребата на канабис сред младите хора означава, че употребата на наркотика често е главна тема на работата с деца в училищна възраст. Един потенциално обещаващ подход за специфична училищна превенция е програмата "Стъпка по стъпка", която бе въведена в Германия и Австрия. Тя помага на учителите да установят и да се справят с употребата на наркотици и проблемното поведение сред своите ученици ⁽⁴³⁾.

Един труден момент за тези, които са ангажирани с ответните мерки срещу употребата на канабис, е къде да бъде разделителната линия между гледната точка за превенция и тази за лечение. Употребата на канабис се влияе от социални, групови и лични фактори и тези фактори играят важна роля за риска едно лице да развие дългосрочен проблем свързан с наркотиците; така работата по превенцията често се фокусира върху тези области, вместо върху самите наркотици (Morral et al., 2002). Например, една оценка на проекта Ausweg в Австрия установи, че младежи, обявени за първи път за правонарушители във връзка с употребата на канабис, проявяват личностни дефицити по-малко от очакваното, което илюстрира по-голямото значение на ситуационното, социално и групово влияние за употребата на наркотици, в сравнение с индивидуалните психологически проблеми (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Все пак има известен брой проекти, които са фокусирани върху канабиса и съветват младежите да намалят употребата на наркотици. Един пример от Германия е уеб-сайтът "Quit the Shit" (www.drugcom.de), който е една новаторска уеб-сайт-базирана програма за консултации за употребяващите канабис.

Данни за търсенето на лечение

Сред общо приблизително 480 000 потърсили лечение, канабисът се съобщава като основен проблемен наркотик в около 12% от случаите, което го поставя на второ място след хероина. За целия осем годишен период от 1996 до 2003, относителният дял на пациентите, употребяващи канабис, спрямо новите пациенти, потърсили лечение за всякакви видове наркотици, в много от страните се е увеличил поне два пъти ⁽⁴⁴⁾ при сходно увеличение в броя на пациентите. Въпреки това, към този анализ трябва да се подхожда внимателно, тъй като той се базира на информация от ограничен брой страни, които са в състояние да предоставят необходимите данни за сравнение на тенденциите във времето.

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ За повече информация посетете уеб-сайта на EDDRA: "Step by step" (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36). Стъпка по стъпка и ранно откриване на мерки за намеса при проблемна употреба на наркотици и наркомании. (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Вижте Таблици TDI-2 (част i) и TDI-3 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

Показателят “търсене на лечение”

Информацията за броя на хората, потърсили лечение от наркотиците, дава полезна задълбочена представа за общите тенденции в проблемната употреба на наркотици и също така предлага една гледна точка за организацията и развитието на лечебните центрове в Европа. Показателят “търсене на лечение” на ЕЦМНН (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾, осигурява една еднородна структура за отчитане на броя и характеристиките на пациентите, насочени към лечебните центрове за наркотици. Въпреки че може да се смята, че данните за търсенето на лечение дават една сравнително ясна и полезна представа за характеристиките на пациентите, насочени за лечение към специализираните центрове за наркотици, поради ред технически причини трябва да се проявява голямо внимание при екстраполирането на заключенията за пациентите за цялостното предоставяне на тези услуги. По-специално, броят на страните, които предоставят своите отчети, е различен всяка година и поради тази причина определените на европейско равнище тенденции трябва да се тълкуват много предпазливо. В допълнение към това трябва да се има предвид, че е възможно обхватът на данните да се променя в различните страни (данните за обхванатите лечебни единици са посочени в статистическия бюлетин), а данните за търсенето на лечение донякъде са отражение на предлагането на лечение срещу наркотици в страните.

За да се улесни тълкуването и сравнението на данните за търсенето на лечение, трябва да се имат предвид следните моменти:

- Пациентите, които започват лечение за употреба на наркотици за първи път, се наричат “нови пациенти”. От аналитична гледна точка тази група

се смята за по-важна като показател за тенденциите в употребата на наркотици. Анализи се отчитат също и за всички пациенти. Към тази група спадат новите пациенти, както и тези, които са прекъснали или завършили лечението си през предходната година и отново са го продължили през отчетната година. Данните за пациентите, които през отчетния период са продължили без да прекъсват лечението си, което е започнало през предишни години, не се вписват в отчетите.

- Събират се два вида данни: обобщени данни за всички видове лечебни центрове и подробни данни по видове лечебни заведения (амбулаторни лечебни центрове, стационарни лечебни заведения, агенции с ниско прагово равнище на достъп, общо практикуващи лекари, лечебни звена в местата за лишаване от свобода, други видове центрове). Все пак за повечето страни данните за останалите видове лечебни центрове, освен тези за амбулаторно и стационарно лечение, са доста редки. Поради тази причина анализите често се ограничават само за амбулаторните лечебни центрове, за които информационното покритие е най-добро.
- За да се подпомогне тълкуването на данните за търсенето на лечение е включена и качествена и контекстна информация, извлечена от националните доклади от мрежата Reitox 2004.

⁽¹⁾ За повече подробности, вижте уеб-страницата на ЕЦМНН за търсенето на лечение (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) и препратката към Съвместния протокол версия 2.0 за индикатора “търсене на лечение” на групата “Помпиду” и ЕЦМНН.

⁽²⁾ За подробности за източниците на информация по страни, вижте Таблица TDI-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Като цяло, след хероина, канабисът е вторият най-често цитиран наркотик в докладите за пациенти, които за първи път се подлагат на лечение ⁽⁴⁵⁾. Съществуват значителни различия между отделните страни, като в България и Полша канабисът се цитира от 2 – 3% от всички пациенти, а в Дания, Германия, Унгария и Финландия – от над 20% от всички пациенти ⁽⁴⁶⁾. Във всички страни, за които разполагаме с информация, относителният дял на пациентите, потърсили лечение срещу употребата на канабис, е по-голям сред новите пациенти, отколкото сред всички пациенти, само с няколко изключения, където дялът е приблизително един и същ ⁽⁴⁷⁾. Независимо от всичко, за целия осем годишен период 1996 – 2003, относителният дял на пациентите, лекуващи се за канабис, от пациентите, потърсили лечение срещу всякакви видове наркотици, се е увеличил от 9.4% на 21.9% ⁽⁴⁸⁾. Въпреки това, към този анализ трябва да се подхожда внимателно, тъй

като той се базира на информация за ограничен брой страни, които са в състояние да предоставят необходимите данни за сравнение на тенденциите във времето.

Сред употребяващите наркотици, които са се подложили на лечение, броят на мъжете значително надхвърля този на жените. Най-високите съотношения мъже/жени се отчитат при новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на канабис (4.8 към 1). По-високи съотношения мъже/жени се отчитат в Германия, Кипър, Унгария и Словакия, а по-ниски – в Чехия, Словения, Финландия и Швеция. Тези различия между страните вероятно са отражение на културни фактори или на различната организация на лечебните услуги ⁽⁴⁹⁾.

Подложилите се на лечение срещу проблеми с употребата на канабис са относително млади хора; на

⁽⁴⁵⁾ Вижте също подбрани материал за търсенето на лечение срещу употреба на канабис в годишния доклад 2004 на ЕЦМНН (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Анализът на данните, касаещ общото разпределение и тенденциите, се базира на информация за пациенти, потърсили лечение във всякакви лечебни заведения, а анализът, касаещ профила на пациентите и моделите на употреба – на информация от амбулаторни лечебни заведения.

⁽⁴⁶⁾ Вижте Таблици TDI-2 (част ii) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁴⁷⁾ Вижте Таблици TDI-4 (част ii) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁴⁸⁾ Вижте Таблица TDI-3 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁴⁹⁾ Вижте Таблица TDI-22 в статистическия бюлетин за 2005 г.

практика всички нови пациенти, лекуващи се срещу канабис, са на възраст под 30 години. Сред тийнейджърите, подложени на специализирано лечение срещу наркотици, по-често се регистрират такива с основен проблем свързан с употребата на канабис, отколкото сред пациентите от останалите възрастови групи, като лечение срещу употребата на канабис са потърсили 65% от всички потърсили лечение срещу наркотици на възраст под 15 години и 59% от тези на възраст 15 – 19 години ⁽⁵⁰⁾.

Съществуват подчертани различия между отделните страни по отношение на честотата на употребата на канабис сред новите пациенти. Най-висок дял на ежедневно употребяващи канабис сред новите пациенти на лечение за канабис се отчитат в Дания и Холандия, а най-висок дял на инцидентно употребяващите, или на лица, които не са употребявали канабис през последния месец преди лечението се отчитат в Германия и Гърция ⁽⁵¹⁾, което вероятно е отражение на различията в системите за получаване на направление за лечение. В Германия около една трета от новите пациенти на лечение за употреба на канабис употребяват наркотика инцидентно, или не са го употребявали през месеца, предхождащ постъпването им за лечение, но в другите страни тази група представлява 11% от всички пациенти, а около 60% употребяват ежедневно този наркотик.

Конфискации и информация за пазара

Производство и търговия

През 2003 г. канабисът остана най-масово произвежданият и продаван незаконен наркотик в целия свят. Но разпределението на производството на канабис по света и трудността то да бъде наблюдавано, правят преценката за произвежданите количества проблематична (UNODC, 2003a).

Масщабно производство на канабис смола е съсредоточено само в няколко страни и по-специално в Мароко, докато незаконната търговия с този наркотик е широко разпространена в голям брой страни (CND, 2004, 2005). На базата на едно проучване за производството на канабис в Мароко, извършено от Службата за наркотиците и престъпността на ООН (UNODC) и правителството на Мароко (2003), в района на Риф е било съсредоточено приблизително 40% от световното производство на канабис смола през 2003 г. (INCB, 2005). По-голямата част от канабис смола, която се употребява в ЕС, е с произход от Мароко и влиза в Европа основно през Иберийския полуостров, въпреки че Холандия е важен второстепенен разпределителен център за по-нататъшното ѝ транспортиране до страните от ЕС (Vovenkerk и Hogewind, 2002). Други страни, споменати през 2003 г.

Тълкуване на данните за конфискациите и пазара

Броят на конфискациите на наркотици в дадена страна обикновено се счита за косвен индикатор за предлагането и достъпността на наркотиците, въпреки че той също отразява ресурсите, приоритетите и стратегиите в правораздаването, както и уязвимостта на трафикантите от националните и международните стратегии за намаляване на предлагането. Иззетите количества понякога силно варират през отделните години, например когато в една година е малък броя на конфискациите на много големи количества. Поради тази причина броят на конфискациите се смята от няколко от страните за по-добрият показател за тенденциите. Във всички страни в броя на конфискациите се включва и висок процент дребни конфискации на равнище пазар на дребно. Произходът и крайното предназначение на иззетите наркотици могат да бъдат показател за пътя на трафика и за районите-производители, но тази информация не винаги е известна. Повечето държави-членки отчитат чистотата и цената на наркотиците при продажба на дребно. Данните, обаче, идват от най-различни източници, които не винаги са съпоставими или надеждни, което затруднява извършването на точни сравнения между отделните страни.

като страни на произход на канабис смола иззета в ЕС, включват Албания, Афганистан, Иран, Пакистан, Непал и Индия (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; INCB, 2005).

Световното производство на растителен канабис продължава да бъде разпространено из целия свят, а потенциалното производство се изчислява на най-малко 40 000 тона (CND, 2005). Според данните за иззетия растителен канабис в ЕС през 2003 г., неговият произход е бил от различни страни, включително Холандия и Албания, но също и африканските страни (Малави, Южна Африка, Нигерия) и САЩ (национални доклади от мрежата Reitox, 2004). Освен това, в повечето държави-членки на ЕС се извършва в някаква степен местно отглеждане (на закрито или на открито) и производство на продукти от канабис (национални доклади от мрежата Reitox, 2004).

Конфискация

През 2003 г. в света са иззети общо 1 347 тона канабис смола и 5 821 тона растителен канабис. По-голямата част от иззетата смола канабис е в Западна и Централна Европа (70%) и в Югозападна Азия и Близкия и Среден Изток (21%), докато конфискуваните количества растителен канабис са били предимно съсредоточени в Южна и Северна Америка (68%) и Африка (25%) (CND, 2005). По отношение на броя на конфискациите, канабисът е най-често изземвания наркотик във всички страни на

⁽⁵⁰⁾ Вижте Таблица TDI-10 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁵¹⁾ Вижте Таблица TDI-18 (част iv) в статистическия бюлетин за 2005 г.

ЕС, с изключение на Естония и Латвия, където по-висок през 2003 г. е броят на конфискациите на амфетамин. По отношение на иззетите количества, канабисът също обикновено е най-конфискуваният наркотик в ЕС, въпреки че през 2003 г. в няколко страни се съобщава за по-високи количества иззети други наркотици – амфетамини в Естония и Люксембург, хероин в Унгария и кокаин в Полша. Исторически погледнато, повечето конфискации на канабис в ЕС са направени в Обединеното кралство, следвано от Испания и Франция и това вероятно все още е така ⁽⁵²⁾. Все пак, по отношение на иззетите количества, за последните пет години в Испания е конфискувано повече от половината от цялото количество за ЕС. На равнище ЕС, в периода от 1998 г. насам броят на конфискациите на канабис ⁽⁵³⁾ бележи повече или по-малко възходяща тенденция, въпреки че частичното отчитане на данни от няколко страни внася известна несигурност в това твърдение, докато иззетите количества ⁽⁵⁴⁾ са се увеличили от 2000 г. досега.

Цена и сила на действие

През 2003 г. средната цена на дребно на канабис смола в Европейския съюз варираше от 1.4 евро за грам в Испания, до 21.5 евро за грам в Норвегия, докато цената на растителния канабис беше в рамките от 1.1 евро за грам в Испания до 12 евро за грам в Латвия ⁽⁵⁵⁾.

Силата на действие на продуктите от канабис се определя по съдържанието на тетрахидроканабинол (ТНС), който е основната активна съставка. През 2003 г. в страните, за които се разполага с информация, се отчита средно съдържание на ТНС в смолата канабис, продавана на дребно, в рамките от под 1% (Полша) до 25% (Словакия), докато силата на действие на растителния канабис варира от 1% (Унгария, Финландия) до 20% (производство от местно отглеждан канабис в Холандия) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2003 г. Няма данни за броя на конфискациите на канабис през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Румъния; За Ирландия и Обединеното кралство няма данни както за броя на конфискациите на канабис, така и за конфискуваните количества през 2003 г.

⁽⁵³⁾ Вижте Таблица SZR-1 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁵⁴⁾ Вижте Таблица SZR-2 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁵⁵⁾ Вижте Таблица PPP-1 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁵⁶⁾ Вижте Таблица PPP-5 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.



Глава 4

Амфетаминов тип стимуланти, LSD и други синтетични наркотици

Отчетено е, че по отношение на разпространението на употребата, второто най-често използвано вещество в почти всички страни е някаква форма на синтетичен наркотик. Като цяло стойностите за употребата на тези вещества сред общото население обикновено са ниски, но разпространението на употребата сред по-младите възрастни групи е значително по-високо, а употребата на тези наркотици в някои конкретни социални среди и/или сред някои субкултурни групи понякога е особено висока.

Сред синтетичните наркотици, които се употребяват в Европа, се включват както стимуланти, така и халюциногенни вещества. От последните най-известният досега е диетиламидът на лизергиновата киселина (LSD), но като цяло равнищата на употребата му са ниски и донякъде остават постоянни в продължение на един доста голям период от време. Напоследък се появяват сведения за нарастване на интереса към свободно срещащи се в природата халюциногени, но тази тема е разгледана в друга част на доклада.

Понятието "амфетаминов тип стимуланти" (АТС) се използва по отношение както на наркотиците от групата на амфетамините, така и на тези от групата на екстази. Амфетамин е родово понятие, което се използва за голям брой сродни по химически състав наркотици, които стимулират централната нервна система, като двата от тях, които са с най-голямо значение за незаконния пазар на наркотици в Европа, са амфетамин и метамфетамин. От тях амфетаминът несравнено е най-общодостъпен, въпреки че в световен мащаб равнищата на употреба на метамфетамин се повишават. Досега съществена употреба на метамфетамин в Европа е ограничена само в Чехия, въпреки че спорадични доклади от някои други страни подчертават важноста от провеждане на наблюдения, тъй като за този наркотик е известно, че е свързан с редица тежки здравословни проблеми.

Най-добре познатият член на групата наркотици екстази е 3,4-метилendioкси-метамфетамин (MDMA), но в таблетки екстази понякога се откриват и други близки до него аналози. Тези наркотици понякога се наричат ентактогени, което означава "вътрешно въздействащи" и се състоят от синтетични вещества, които са сродни по химически състав с амфетамините, но се различават в известна степен от тях по своето въздействие, тъй като те съчетават някои от ефектите, които са по-типични за халюциногенните вещества.

Разпространение и модели на употребата

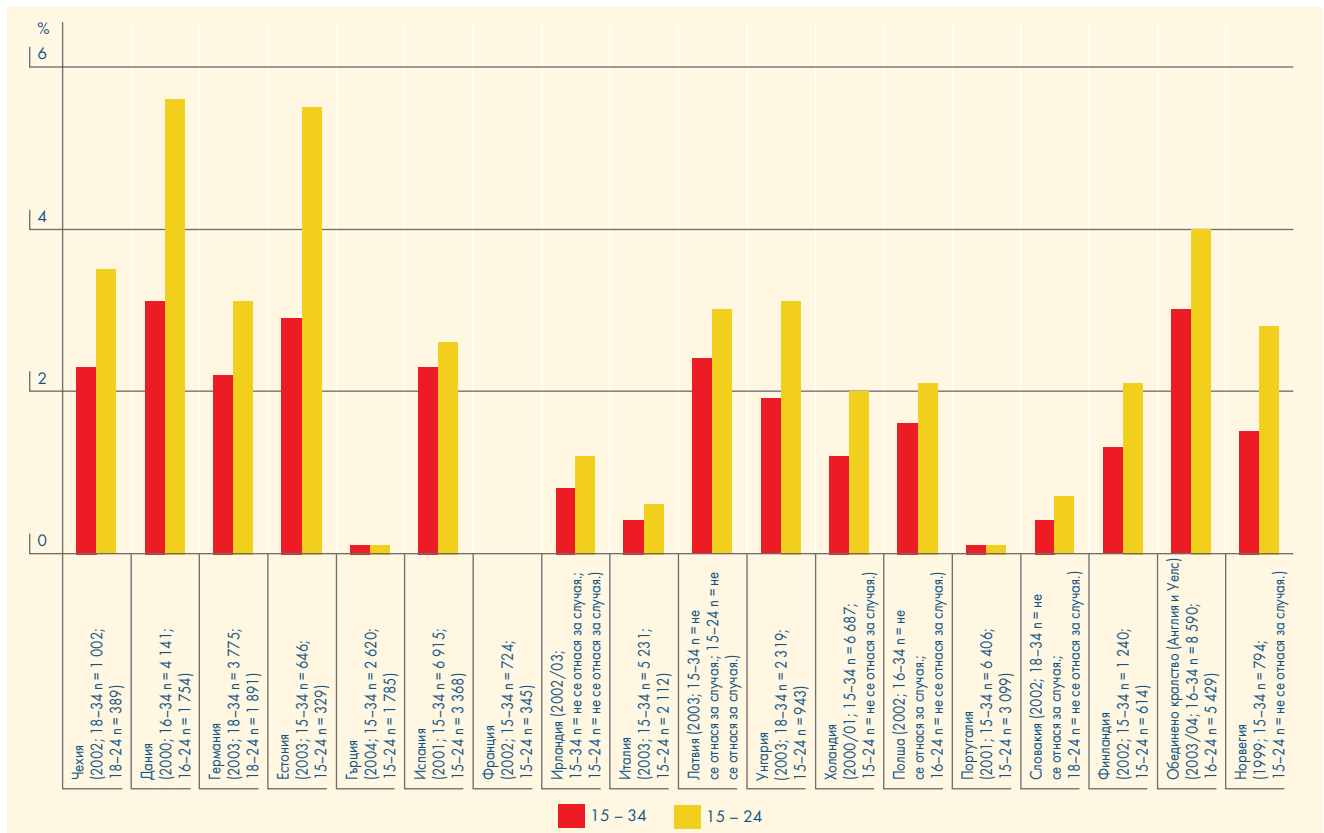
Традиционно проучванията сред населението показват, че амфетамините са най-употребяваният незаконен наркотик след канабиса, независимо че разпространението на употребата на амфетамини като цяло определено е по-малко от това на канабиса. Сега в много от страните този модел изглежда се променя, като екстази изпреварва амфетамините и заема второ място след канабиса, както в последните общи проучвания сред населението, така и в училищните проучвания. Например, училищните проучвания ESPAD 2003 (Hibell et al., 2004) отчитат, че в 14 от страните в ЕС, Норвегия и страните-кандидатки стойностите за разпространение на употребата на екстази някога през живота надхвърлят тези за амфетамин⁽⁵⁷⁾. Все пак заслужава да припомним, че екстази стана популярен едва през 90-те години, докато употребата на амфетамин има по-дълга история. Това намира отражение в проучванията сред възрастното население, проведени наскоро, според които стойностите за употребата някога през живота на амфетамин са по-високи в 11 страни, а тези за екстази – в 10 страни, но стойностите за употребата напоследък (последните 12 месеца) на екстази са по-високи в 15 страни, а на амфетамин – само в пет (в две от страните отчетените стойности са равни).

Според последните проучвания, употребата някога през живота на амфетамини сред всички възрастни (15 – 64 години) в държавите-членки на ЕС е в диапазона от 0.1% до 6%, с изключение на Обединеното кралство, където тази стойност достига 12%. Употребата напоследък (последните 12 месеца) е подчертано по-ниска и е в диапазона от 0% до 1.5%, като на горната граница са Дания, Естония и Обединеното кралство.

Подобна е картината от проучванията и сред групата на младите хора (15 – 34 годишни), за която употребата някога през живота на амфетамин е в диапазона от 0.1% до 10%, като за Обединеното кралство се отчита изключително висока стойност от 18.4%. Употребата напоследък (последните 12 месеца) е в диапазона от 0% до 3%, като на горната граница отново са Дания, Естония и Обединеното кралство (Фигура 6). Въпреки че стойностите за употребата някога през живота за Обединеното кралство са чувствително по-високи от тези за останалите страни,

⁽⁵⁷⁾ Виж фигура EYE-2 (част iv) в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 6: Употреба напоследък (през изминалата година) на амфетамини сред младите хора от избрани възрастови групи – 15 – 34 и 15 – 24 години, определена чрез проучвания сред населението



Забележка: Данните са от най-новите национални проучвания с които разполага всяка страна (за възрастовата група 15 – 34 години вж. Таблица GPS-4). Някои страни използват малко по-различен възрастов диапазон от стандартния използван от ЕЦМНН за младото възрастно население. Различията във възрастовия диапазон могат в известна малка степен да бъдат причина за несъответствия между страните.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снетни от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

разпространението на употребата на амфетамини напоследък (през последните 12 месеца) е много сходно със стойностите, отчетени в останалите страни и като цяло продължава да спада.

В проучванията ESPAD през 2003 г. се отчетат нови данни за употребата на амфетамини сред 15- до 16- годишните ученици⁽⁵⁸⁾. Разпространението на употребата на амфетамини някога през живота е в диапазона от под 1% до 7%, като най-високите национални стойности за употребата напоследък и текущата употреба (последните 30 дни) на този наркотик са съответно 4% и 3%.

Екстази са опитвали около 0.2 – 6.5% от възрастните, като стойностите за повечето страни са в диапазона 1 – 4%. Употреба напоследък се съобщава от 0 – 2.5% от възрастното население, като най-високите стойности за разпространение на тази употреба са за Чехия, Испания и Обединеното кралство.

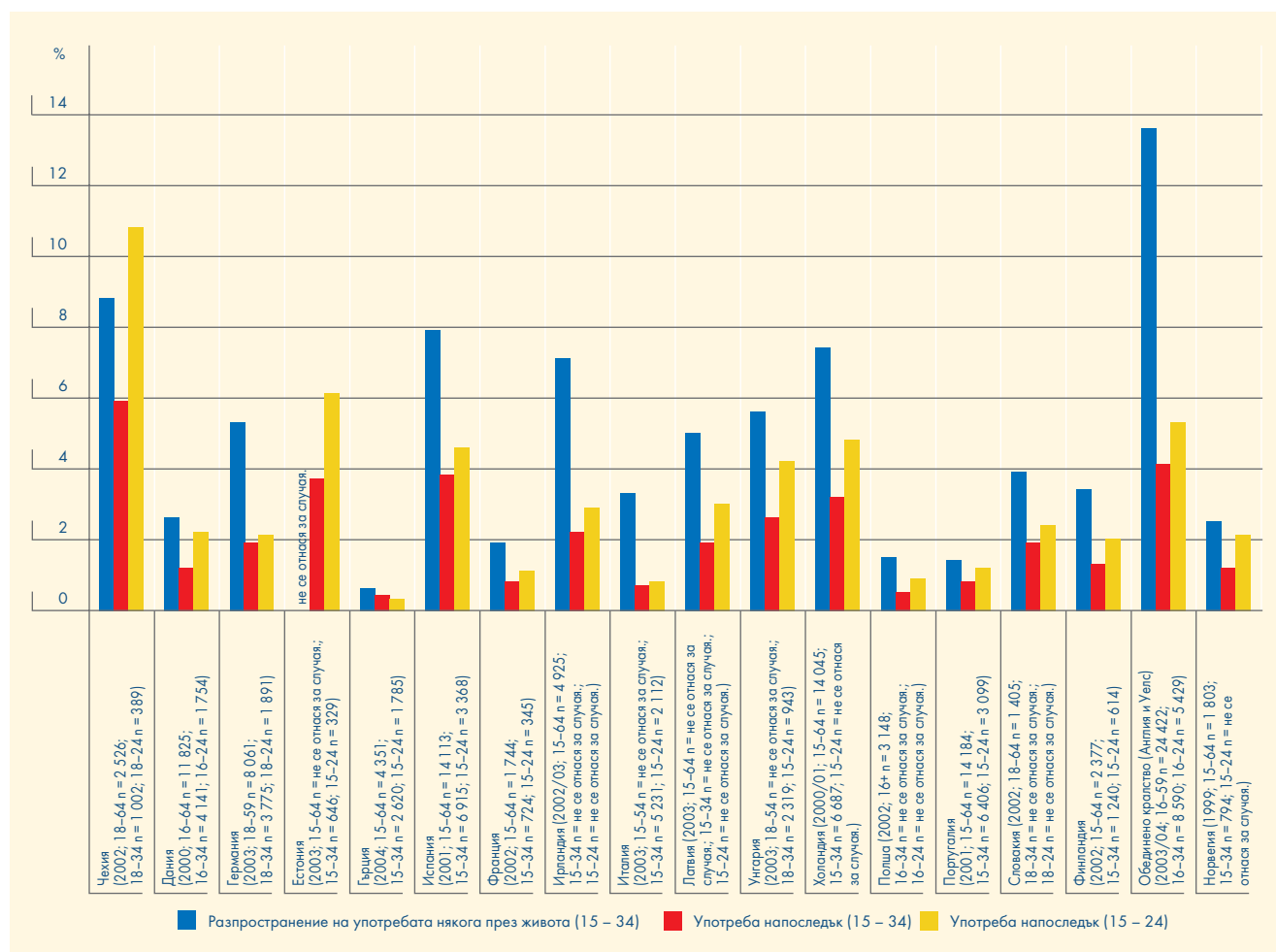
Сред младите хора (15 – 34 годишните), употреба на екстази се отчита сред 0.6 – 13.6%. Употреба напоследък (през последните 12 месеца) се съобщава от 0.4 – 6%, като най-високите стойности за

разпространение на тази употреба са в Чехия, Естония, Испания и Обединеното кралство (Фигура 7).

Тъй като употребата на екстази е преобладаващо явление сред младежите, полезно е да се анализират стойностите за разпространение на употребата сред 15- до 24-годишните и 15- до 16-годишните ученици. Употребата някога през живота сред възрастната група 15 – 24 е в диапазона от 0.4% до 13%, докато стойностите за употребата напоследък са в границите от 0.3% до 11%. Освен това, тъй като стойностите за употребата на наркотици сред тази възрастова група са по-високи при мъжете, отколкото при жените, повечето страни отчетят стойностите за употребата някога през живота сред 15- до 24-годишните мъже в диапазона 4 – 16%, а за употребата напоследък сред мъжете – в диапазона 2 – 8%. И накрая, стойности за текущата употреба (употребата през последните 30 дни), които включват и редовната употреба, бяха отчетени от седем страни и са в диапазона от 2% до 5%, което предполага, че един на всеки 20 – 50 мъже на възраст 15 – 24 години употребява екстази редовно. Твърде вероятно е тези стойности да са по-високи в градските райони и по-конкретно сред хората, които

⁽⁵⁸⁾ Вж. Глава 2 за подробен анализ на резултатите от училищните проучвания ESPAD през 2003 г.

Фигура 7: Разпространение на употребата някога през живота и напоследък (през изминалата година) сред младите хора от подбрани възрастови групи – 15 – 34 и 15 – 24 години, определена чрез проучвания сред населението



Забележка: Данните са от най-новите национални проучвания с които разполага всяка страна (за разпространението на употребата някога през живота и употребата напоследък сред възрастовата група 15 – 34 години, вижте съответно Таблицы GPS-2 и GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.). Някои страни използват малко по-различен възрастов диапазон от стандартния използван от ЕЦМНН за младото възрастно население. Различията във възрастния диапазон могат в известна малка степен да бъдат причина за несъответствия между страните.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни сети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

често посещават дискотеки, клубове или танцови мероприятия (Butler и Montgomery, 2004).

Стойностите за разпространение на употребата на екстази сред 15 – 16-годишните ученици са значително по-ниски от тези за 15- до 24-годишните.

Разпространението на употребата на екстази някога през живота сред участвалите в проучването ученици е в диапазона от 0% до 8%, като стойностите за употребата напоследък (0 – 4%) и за текущата употреба (0 – 3%) са дори още по-ниски. В повечето страни стойностите за текущата употреба са в границите от 1% до 2%, като разликата между половете е съвсем малка (Hibell et al., 2004).

За сравнение, в националното проучване на Съединените щати през 2003 г. за употребата на

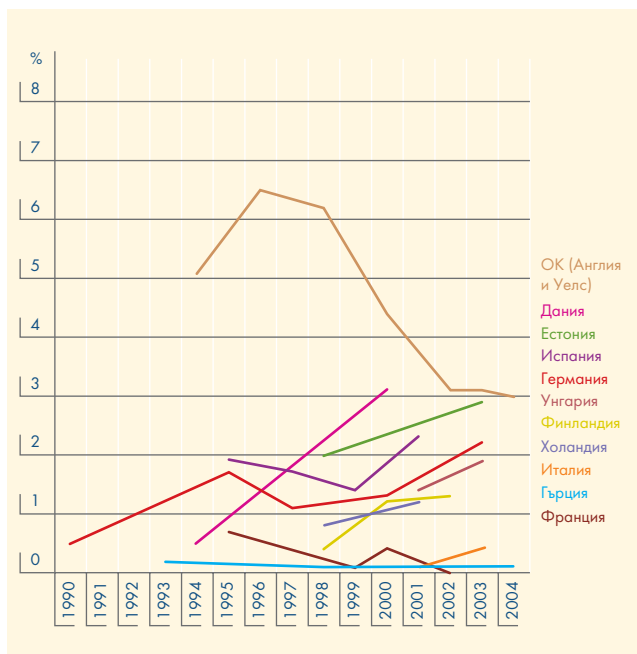
наркотици и здравето (SAMHSA, 2003), 4.6% от възрастните (на възраст 12 и повече години) съобщават, че са употребявали екстази някога през живота си, а 0.9% са го употребявали напоследък. Сред 18- до 25-годишните от същото проучване, 14.8% съобщават за употреба някога през живота си, 3.7% за употреба напоследък и 0.7% за текуща употреба (през изминалия месец) ⁽⁵⁹⁾.

Тенденции

Проучванията сред населението показват увеличаване на употребата напоследък на амфетамин (Фигура 8) и на екстази (Фигура 9) сред младите хора в повечето страни, за които се разполага с информация от последователно извършени проучвания. За екстази изключение правят Германия и Гърция, където

⁽⁵⁹⁾ Трябва да се има предвид, че възрастният диапазон в проучването на САЩ (12 и повече годишни) е по-широк от този, който отчита ЕЦМНН за проучванията в ЕС (15 – 64 години). От друга страна, възрастният диапазон за младите хора (18 – 25 години) е по-малък от диапазонът, използван за повечето проучвания в ЕС (15 – 24 години).

Фигура 8: Тенденции в употребата напоследък (през изминалата година) на амфетамини сред младите хора (на възраст между 15 и 34 години), определени чрез национални проучвания ⁽¹⁾

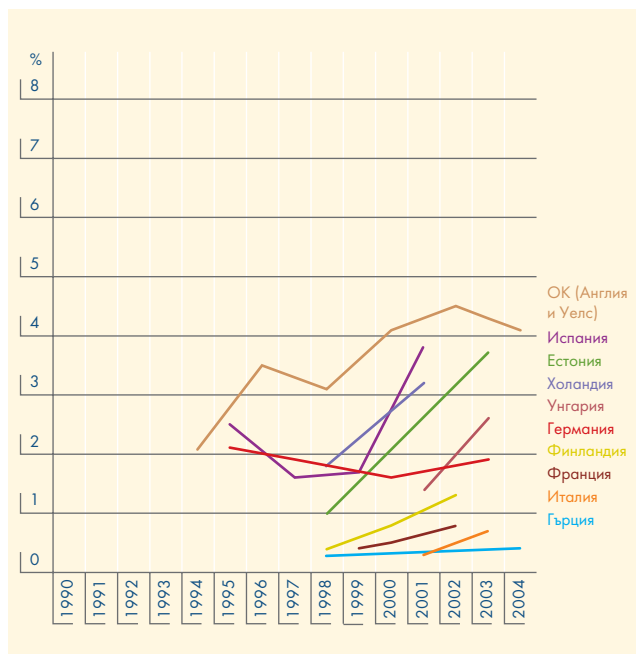


⁽¹⁾ Размерите на извадките (броят на респондентите) за възрастовата група 15 – 34 години за всяка страна и година са представени в Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.
 Забележка: Данните са снети от националните проучвания, с които разполага всяка страна. Стойностите и методиката за всяко проучване могат да се видят в таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.
 За “млади хора” ЕЦМНН използва възрастовия диапазон 15 – 34 години (Дания и Обединеното кралство – от 16 години, Германия, Естония (1998) и Унгария – от 18 години). Във Франция възрастовият диапазон през 1995 г. – 18 – 39 години.
 Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

равнищата не са се повишили, както и Обединеното кралство, където употребата на тези наркотици напоследък се стабилизира (2002/03), въпреки че остава с относително високи стойности (Фигура 9).

Както бе споменато по-горе, употребата на екстази в много страни сега е по-голяма от тази на амфетамин, но това съвсем не е израз на спад в употребата на амфетамин. В повечето страни, които са в състояние да предоставят информация от последователно проведени проучвания, употребата на амфетамин (употребата напоследък сред младите хора) всъщност се е увеличила. Заслужаващо да се отбележи изключение прави Обединеното кралство, където от 1998 г. насам се наблюдава значително намаление в употребата на амфетамин. Това вероятно обяснява защо в Обединеното кралство разпространението на употребата “някога през живота” е високо в сравнение с отчетените по-умерени равнища на употребата “напоследък”. Може да се предположи, че намаляването на

Фигура 9: Тенденции в употребата напоследък (през изминалата година) на екстази сред младите хора (на възраст между 15 и 34 години), определени чрез национални проучвания ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Размерите на извадките (броят на респондентите) за възрастовата група 15 – 34 години за всяка страна и година са представени в Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.
 Забележка: Данните са снети от националните проучвания, с които разполага всяка страна. Стойностите и методиката за всяко проучване могат да се видят в таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.
 За “млади хора” ЕЦМНН използва възрастовия диапазон 15 – 34 години (Дания и Обединеното кралство – от 16 години, Германия, Естония (1998) и Унгария – от 18 години).
 Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

употребата на амфетамин до известна степен се компенсира от увеличаване на употребата на кокаин и екстази (вж. Фигури 8 и 9).

Данни за търсенето на лечение

Употребата на амфетаминов тип стимуланти (АТС) рядко е основната причина за постъпване за лечение срещу наркотици. Но съществуват и някои изключения: в Чехия, Финландия и Швеция АТС и по-специално повече амфетамините, отколкото екстази, са причина за 18% до над 50% от цялото търсене на основно лечение. В Чехия повече от 50% от отчетеното търсене на лечение е свързано с основно проблемно вещество метамфетамин. Това се отразява също и на новото търсене на лечение, като тук се включва и Словакия ⁽⁶⁰⁾. Още повече, че 11% от новите пациенти в Европа потърсили лечение, за които са отчетени някакви данни, цитират АТС като съпътстващ основното вещество проблемна наркотик ⁽⁶¹⁾.

⁽⁶⁰⁾ Вижте Таблицы TDI-4 (част ii) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶¹⁾ Вижте Таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Сравнението на данните от 2002 и 2003 г. показва, че продължава възходящата тенденция по отношение на броя на употребяващите АТС (+3.5%); между 1996 и 2003 г. в 12 страни от ЕС броят на пациентите, потърсили лечение за АТС, се е увеличил от 2 204 на 5 070.

Сред новите пациенти, потърсили лечение за употреба на АТС в амбулаторните центрове, 78.5% употребяват амфетамини, а 21.4% – MDMA (екстази) ⁽⁶²⁾. Най-голям относителен дял на пациентите на лечение за екстази се отчита в Унгария, Холандия и Обединеното кралство.

Почти една трета от потърсилите лечение употребяващи АТС са на възраст 15 – 19 години, а една трета – на възраст между 20 и 24 години ⁽⁶³⁾. По-голямата част пациенти, лекуващи се за АТС, са употребили наркотика за първи път на възраст между 15 и 19 години ⁽⁶⁴⁾.

Сред пациентите, потърсили лечение за АТС, броят на инцидентно употребяващите и ежедневно употребяващите е еднакъв. В страните, в които относителният дял на пациентите на лечение за амфетамин е по-висок, повечето от тях са употребявали наркотика от 2 до 6 пъти седмично ⁽⁶⁵⁾.

Основният начин на приемане на амфетамините и на екстази е чрез поглъщане през устата (58.2%), но около 15% от пациентите инжектират наркотиците; в някои страни повече от 60% от пациентите на лечение за АТС понастоящем инжектират амфетамини (Чехия и Финландия) ⁽⁶⁶⁾.

Смъртност, свързана с употребата на екстази

В сравнение със смъртността, свързана с употребата на опиати, смъртните случаи, свързани с екстази са относително необичайно явление, но в някои страни не са за пренебрегване и е добре да се подобри наблюдението над тази смъртност. Описанието "смъртност, свързана с употребата на екстази" би могло да означава, че в смъртния акт е цитирано веществото екстази, или че то е открито при извършения токсикологичен анализ (често заедно с други наркотици) ⁽⁶⁷⁾.

Въпреки че начините на отчитане не са хармонизирани, данните от националните доклади за 2004 на мрежата Reitox навеждат на мисълта, че смъртността свързана с екстази се среща рядко в повечето страни на ЕС, особено смъртността, дължаща се единствено на екстази. През 2003 г. няколко страни отчитат смъртност, свързана с употребата на екстази: Австрия (един смъртен случай, дължащ се единствено на

екстази), Чехия (един смъртен случай, дължащ се вероятно на свръхдоза MDMA), Франция (осем случая свързани с екстази), Германия (два случая свързани единствено с екстази и осем, дължащи се на комбинация от екстази и други наркотици – съответният им брой за 2002 г. е 8 и 11), Португалия (открит е в 2% от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици) и Обединеното кралство (през 2000 г екстази е "отбелязан" в 49 смъртни актове; през 2001 г. – в 76 и през 2002 г. – в 75). Холандия отчита седем смъртни случая дължащи се на остра интоксикация с психостимуланти, въпреки че не се съобщават конкретните вещества.

Малко са страните, които съобщават данни за броя на спешните случаи, свързани с употребата на екстази. В Амстердам броят на спешните случаи без фатален край (национален доклад на Холандия), които се дължат на употребата на екстази, остава постоянен в периода между 1995 г. и 2003 г. (както и този на спешните случаи, свързани с употребата на амфетамини), докато спешните случаи, дължащи се на употребата на халюциногенни гъби и на гама-хидроксibuтират (GHB) са се увеличили. В Дания (национален доклад), броят на болничните посещения, дължащи се на интоксикация със стимуланти, се е увеличил от 112 през 1999 г. на 292 през 2003 г.; от тях броят на случаите, свързани с употребата на екстази, се е увеличил подчертано в периода 1999 – 2000, но впоследствие без ясно изразена тенденция, докато броят на посещенията, свързани с употребата на амфетамин, е нараснал стабилно в посочения период.

Превенция

Мобилните проекти за превенция се адаптират към проявленията на "рейв" културата, за да могат да достигнат до целевата група от младежи, употребяващи наркотици за развлечения, като за целта се създават например контактни точки за всякакъв вид "обстановка". Сред страните, в които се извършваха изследвания на таблетките, тази практика е преустановена в Германия и Португалия. В Холандия изследвания на таблетки се извършват само в лаборатории, а във Франция се предлага да се преустановят изследванията на таблетки на място. Сред причините за тези промени са намалените случаи на фалшиви таблетки в Западна Европа и продължаващата загриженост за законността на тази практика. Въпреки това, в Чехия проектите за провеждане на изследвания на таблетките продължиха и всъщност дори станаха тема на обсъждания в медиите.

⁽⁶²⁾ Вижте Таблица TDI-23 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶³⁾ Вижте Таблици TDI-11 (част i) и TDI-11 (част v) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶⁴⁾ Вижте Таблици TDI-10 (част i) и TDI-10 (част v) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶⁵⁾ Вижте Таблица TDI-18 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶⁶⁾ Вижте Таблица TDI-17 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁶⁷⁾ За по-подробно разглеждане на въпроса за свързаната с екстази смъртност, вижте годишния доклад 2004 на ЕЦМНН (<http://ar2004.emcdda.eu.int/en/page038-en.html>).

Превенция в местата за отдих и развлечения

Новите държави-членки все по-често съобщават за проекти за специфична превенция в местата за отдих и развлечения, особено Чехия, Кипър (мобилни информационни звена в нощните заведения), Унгария (три организации), Полша и Словения.

Обикновено съдържанието на мерките за намеса остава непроменено и е сходно в повечето държави-членки, като е под формата на насочени против наркотиците дискотечни прояви, художествени представления, театри, медийни изяви (филми, анимация и др.), семинари, мобилни изложби и пътувания (национален доклад на Люксембург).

Важни остават и структурните подходи. В Италия, Холандия и Скандинавия създаването на мрежи се счита за предпоставка за превенция на употребата на наркотици, като се цели да се повлияе върху културата на нощния живот. В този смисъл професионалисти в областта на превенцията влизат във връзка със собственици на заведения, в които обикновено се наблюдава употреба на наркотици за развлечения (включително кафенетата, в които се предлагат наркотици в Холандия), както и с други субекти от средите на нощния живот, като портиери и обслужващ персонал на заведенията. В Швеция подобни мерки за намеса се разпространяват и в другите големи градове освен Стокхолм. Заключение от едно проучване на подобни схеми в Холандия е, че "посетителите и организаторите на купони проявяват значително повече отговорност по отношение на незаконните наркотици от очакваното" (Pijlman et al., 2003). Комплексни подходи като тези имат и това предимство, че отклоняват общественото внимание от инцидентите и спешните медицински случаи, в които е намесена употребата на незаконни наркотици на големи купони, и фокусират съзнанието върху цялостните рискове на клубната култура. Към тази категория спадат указанията за безопасен нощен живот, но те все още не са широко разпространени в Европа (Calafat et al., 2003).

Относително нов подход, възприет наскоро в Австрия и Германия, са индивидуалните он-лайн консултации чрез уеб-сайтове (www.drugcom.de). В същия дух в Австрия, в новия Център за съдействие по въпросите на наркотиците във Виена, се предлагат консултации по електронната поща и се разработват стандарти за качество в тази област (FSW, 2004). Въпреки това, повечето уеб-сайтове за превенция на употребата на наркотици само предоставят експертни съвети, без да включват дискуссионни форуми, така че не съществуват категорични доказателства за ефективността на подобни направлявани от потребителите групови общности за контакти от типа "от компютър до компютър" (Eysenbach et al., 2004).

Конфискации и информация за пазара ⁽⁶⁸⁾

Както се отчита в докладите на Службата по наркотиците и престъпността на ООН (UNODC, 2003a), производството на АТС – "синтетични наркотици, включително сродните по химически състав амфетамин, метамфетамин и екстази" – е трудно да бъде определено количествено, тъй като "то използва като изходни продукти лесно достъпни химикали и се осъществява в лесни за прикриване лаборатории". Все пак по приблизителна оценка годишното производство на АТС в света възлиза на около 520 тона (UNODC, 2003b). Количествата иззети АТС в света достигнаха върхови стойности през 2000 г. – 46 тона, а след последвалото намаляване, през 2003 г. количествата отново се увеличили на 34 тона (CND, 2004, 2005).

Амфетамин

Според броя на демонтираните лаборатории, световното производство на амфетамин остава съсредоточено в Европа. През 2003 г. бяха разкрити лаборатории за производство на амфетамин в осем страни от ЕС (Белгия, Германия, Естония, Литва, Люксембург, Холандия, Полша и Обединеното кралство). По-голямата част от иззетите през 2003 г. в ЕС количества амфетамин са с произход от Холандия, следвана от Полша и Белгия. Освен това съществуват доклади, че амфетамин се произвежда в Естония и Литва и след това се изпраща в северните страни. Търговията с амфетамин остава предимно на вътрешно регионално равнище (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; CND, 2005).

По аналогия, по-голямата част на конфискациите на амфетамин са станали в Европа. В Западна и Централна Европа са иззети 82% от общото количество конфискуван амфетамин в света през 2003 г., а в Източна и Югоизточна Европа – 13% и 3% в страните от Близкия и Среден Изток (CND, 2005). През последните пет години страната, която е конфискувала най-голямо количество амфетамин в ЕС е Обединеното кралство ⁽⁶⁹⁾. Като цяло в ЕС броят на конфискациите на амфетамин ⁽⁷⁰⁾, които по-рано проявяваха тенденция към повишаване, достигнаха върхови равнища през 1998 г., докато количествата иззети амфетамини ⁽⁷¹⁾ достигнаха подобни нива през 1997 г. Броят на конфискациите на амфетамин отново се повиши през 2001 и 2002 г., но на базата на тенденциите в страните, за които разполагаме с информация, през 2003 г. този брой вероятно се е стабилизирал или е намалял. Количествата иззети амфетамини също постоянно варират, но от 2002 г. насам като че ли се увеличават ⁽⁷²⁾.

⁽⁶⁸⁾ Вижте "Интерпретиране на конфискациите и данните за пазара", стр.44.

⁽⁶⁹⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени данните за Обединеното кралство за 2003 година. Няма данни за броя на конфискациите на амфетамин през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Румъния; За Ирландия и Обединеното кралство няма данни както за броя на конфискациите на амфетамин, така и за конфискуваните количества през 2003 г.

⁽⁷⁰⁾ Вижте Таблица SZR-7 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷¹⁾ Вижте Таблица SZR-8 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷²⁾ Това трябва да бъде проверено след попълване на липсващите данни за 2003 г., по-конкретно данните за Обединеното кралство.

През 2003 г. средните цени на амфетамин при крайния потребител се движат в рамките от под 10 евро за грам в Белгия, Естония, Гърция, Латвия, Унгария, Холандия и Словакия, до 37.5 евро за грам в Норвегия⁽⁷³⁾. Средната чистота на продавания на дребно амфетамин през 2003 г. е в границите от 7.5% (Германия) до 50% (Норвегия)⁽⁷⁴⁾.

Метамфетамин

В световен мащаб, най-значимият АТС от гледна точка на произведените и продадени количества е метамфетаминът. През 2003 г. най-големи количества продължиха да се произвеждат и конфискуват в Източна и Югоизточна Азия (Китай, Мианмар (Бирма), Филипините, Тайланд), следвана от Северна Америка (Съединените щати) (CND, 2005). Производството на метамфетамин в Европа е в много по-малки мащаби. През 2003 г. са разкрити и оповестени нелегални лаборатории за метамфетамин в Чехия, Германия, Литва и Словакия (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; CND, 2005). В Чехия за производство на метамфетамин се съобщава още от началото на 80-те години (UNODC, 2003a); по-голямата част от тези количества са предназначени за местна употреба, въпреки че част от тях се изнасят нелегално в Германия и Австрия (национален доклад на Чехия, 2004). През 2003 г. властите в Чехия отчитат увеличаване на производството на "первитин" (местен метамфетамин) от маркови фармацевтични продукти в резултат от липсата на ефедрин (прекурсор, използван в производството на метамфетамин) на местния черен пазар. Въпреки че в ЕЦМНН не се събират систематично данни за изземането на метамфетамин, през 2003 г. за извършването на такива конфискации съобщават Чехия, Германия, Литва и Норвегия. Освен това Дания съобщава, че метамфетаминът се среща все по-често на пазара на незаконните наркотици, а Латвия отчита повишено количество (0.8 тона) на иззетия през 2003 г. ефедрин (в сравнение с 2002 г.) (национални доклади от мрежата Reitox, 2004).

През 2003 г. цената на дребно на "первитин" в Чехия се отбелязва в диапазона от 16 евро до 63 евро за грам⁽⁷⁵⁾, а чистотата му варира от 50% до 75%⁽⁷⁶⁾.

Екстази

В световен мащаб Европа остава най-важният център на производството на екстази, въпреки че нейното относително значение очевидно започва да намалява, след като през последните години производството на екстази се разпространи и в други части на света, особено в Северна Америка и Източна и Югоизточна

Азия (CND, 2005; INCB, 2005). През 2003 г. броят на разкритите лаборатории за производство на екстази по света е намалял (CND, 2005); в ЕС за разкриването на такива лаборатории съобщават Белгия, Естония, Литва и Холандия (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; CND, 2005). Отчетено е, че иззетият в ЕС екстази е с произход предимно от Холандия, следвана от Белгия, въпреки че Естония и Обединеното кралство също се споменават като страни на произход (национални доклади от мрежата Reitox, 2003).

Незаконната търговия с екстази все още е силно съсредоточена в Западна Европа, въпреки че подобно на производството му, през последните години и търговията се е разпространила из целия свят (UNODC, 2003a). От гледна точка на иззетите количества, през 2003 г. в Западна и Централна Европа са конфискувани 58%, следвани от Океания с 23% (CND, 2005). През 2002 г. Холандия за първи път изпревари Обединеното кралство като страна, в която са иззети най-големи количества екстази в ЕС⁽⁷⁷⁾.

Броят на конфискациите на екстази⁽⁷⁸⁾ на равнище ЕС за периода 1998 – 2001 г. рязко се е увеличил. Въпреки това, от 2002 г. насам броят на конфискациите намалява и на базата на тенденциите, наблюдавани в страните, за които разполагаме с данни, това намаление вероятно е продължило и през 2003 г. Заловените количества екстази⁽⁷⁹⁾ рязко са се увеличили в периода от 1998 г. до 2000 г. и оттогава продължават да се увеличават с по-бавен темп. През 2003 г. обаче, иззетите количества в повечето от страните, които предоставят данни за това, са намалели. Все пак, видимото намаление през 2003 г. при изземването на екстази в ЕС (както по отношение на броя на конфискациите, така и на иззетите количества), трябва да бъде препотвърдено след като бъдат получени липсващите данни за 2003 г., по-конкретно за Обединеното кралство.

През 2003 г. средната цена на таблетка екстази на улицата варираше от под 5 евро (Унгария, Холандия), до 20 – 30 евро (Гърция, Италия)⁽⁸⁰⁾.

През 2003 г. при извършени анализи, в повечето таблетки, продавани като незаконни наркотици, като психоактивна съставка е установено съдържание само на екстази (MDMA – активното вещество) и подобни на екстази субстанции (MDEA, MDA). Това важи за Дания, Испания, Унгария, Холандия, Словакия и Норвегия, където над 95% от подложените на анализ таблетки са съдържали тези вещества. Но две от страните – Естония и Литва, съобщават за голям процент (респективно 94% и 76%) от подложените на анализ таблетки, които са

⁽⁷³⁾ Вижте Таблица PPP-4 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷⁴⁾ Вижте Таблица PPP-8 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷⁵⁾ Вижте Таблица PPP-4 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷⁶⁾ Вижте Таблица PPP-8 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷⁷⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2003 г. Няма данни за броя на конфискациите на екстази през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Румъния; За Ирландия и Обединеното кралство няма данни както за броя на конфискациите на екстази, така и за конфискуваните количества през 2003 г.

⁽⁷⁸⁾ Вижте Таблица SZR-9 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁷⁹⁾ Вижте Таблица SZR-10 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁸⁰⁾ Вижте Таблица PPP-4 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

съдържали амфетамин и/или метамфетамин като единствено психоактивно вещество. Съдържанието на MDMA в таблетките екстази силно варира между различните партии (дори в такива с един и същ надпис), както между отделните страни, така и в рамките на една и съща страна. През 2003 г. средното съдържание на MDMA в таблетките екстази бе в диапазона от 54 до 78 мг. ⁽⁸¹⁾ Други психоактивни вещества, които са били откривани в таблетките, продавани като екстази през 2003 г., включват MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA и 1-PEA (национални доклади на мрежата Reitox, 2004).

LSD

LSD се произвежда и продава в много по-малка степен отколкото АТС. До 2000 г. повечето конфискации на LSD в ЕС са станали в Обединеното кралство, но след този период най-голям е броят на конфискациите ⁽⁸²⁾ в Германия ⁽⁸³⁾. През периода 1998 – 2002, на равнище ЕС се наблюдава постоянно намаление както на броя на конфискациите на LSD ⁽⁸⁴⁾, така и на иззетите количества ⁽⁸⁵⁾, с изключение на 2000 г., когато тези показатели се запазват на същото равнище. Въпреки това, през 2003 г. за първи път след девет години нараства както броят на конфискациите на LSD, така и размерът на заловените количества. Изключително големи количества бяха иззети в Испания, Франция и Полша. Възможно е това да е знак за съживяването на нелегалната търговия с LSD (а също и на неговата употреба) в ЕС. През 2003 г. средната цена при крайния потребител за единична доза LSD варираше в диапазона от 4 евро в Обединеното кралство до 25 евро в Италия ⁽⁸⁶⁾.

Информация чрез системата за ранно предупреждение

Главната цел на европейската система за ранно предупреждение (СРП) (EWS) в рамките на Съвместните действия срещу новите синтетични наркотици на ЕС от 1997 г. ⁽⁸⁷⁾, е бързото събиране, анализ и обмен на информация за новите синтетични наркотици непосредствено след появата им на европейската нарко сцена. Системата за ранно предупреждение EWS действа под егидата на ЕЦМНН чрез мрежата от центрове Reitox и работи в тясно сътрудничество с Европол, която предоставя

съответната информация в областта на правораздаването чрез своята мрежа от национални звена (ENU).

През 2004 г. в ЕЦМНН постъпиха уведомления от държавите-членки за шест нови синтетични наркотици, с което общият брой наблюдавани вещества надхвърли 25. Към тях спадат етоксифеноламини със заместване в ядрото (предимно от групата 2С, както и TMA-2, 4-MTA, PMMA и др.), триптамини (като DMT, AMT, DIPT и различни техни производни) и пиперазини (включително BZP, mCPP). Събрана и обменена бе също така и информация за различни други вещества, включително за някои катинони (като заместени пирилодини). Въпреки това, към Европейската комисия и Европейският съвет не бе отправено искане за разрешение за извършване на анализ на риска от някои от новите вещества, тъй като не съществуваха достатъчно доказателства за наличие на опасност за здравето на отделни лица или за общественото здраве, както и за социални рискове.

Кетаминът и GHB, за които през 2000 г. бе направена оценка на риска, продължават да бъдат наблюдавани от системата за ранно предупреждение EWS. Въпреки че има признаци, че е възможно употребата на тези две вещества в местата за отдих и забавления значително да се разрасне, съществуващите доказателства все още не са достатъчни, за да се направи количествена оценка на разпространението на употребата или да се определят тенденциите на равнище ЕС.

Сведения за наличие на кетамин постъпиха от Белгия, Дания, Гърция, Франция, Унгария, Холандия, Швеция, Обединеното кралство и Норвегия. Повечето конфискации бяха на бял прах, но Франция и Обединеното кралство съобщават също за конфискация/залавяне на течен кетамин. Най-висок брой на отчетени наличности в телесните течности и пробите за лабораторни изследвания се съобщава от Швеция и Норвегия (съответно 51 и 30), но нито една от двете страни не посочва отделно броя на медицинските случаи и броя на случаите на незаконна употреба.

Сведения за наличие на GHB, включително на иззети количества от неговите прекурсори GBL и 1,4-BD (химикали, които са широко разпространени на пазара), бяха съобщени от Белгия, Чехия, Дания, Естония, Франция, Холандия, Швеция, Финландия,

⁽⁸¹⁾ Този диапазон се базира на данните от само някои страни, а именно Дания, Германия, Франция, Люксембург и Холандия.

⁽⁸²⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2003 г. Няма данни за броя на конфискациите на LSD през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Полша; За Ирландия, Малта, Словения, Обединеното кралство, България и Румъния няма данни както за броя на конфискациите на LSD, така и за конфискуваните количества през 2003 г.

⁽⁸³⁾ Необходимо е да се има предвид малкия като цяло брой на конфискациите на LSD, за да се избегне преувеличеното интерпретиране на различията между отделните години.

⁽⁸⁴⁾ Вижте Таблица SZR-11 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁸⁵⁾ Вижте Таблица SZR-12 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁸⁶⁾ Вижте Таблица PPP-4 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁸⁷⁾ Съвместните действия от 1997 г. за обмен на информация, оценка на риска и контрол на новите синтетични наркотици (ОВ L 67, 25.06.1997 г.) дефинират новите синтетични наркотици като "синтетични наркотици, които понастоящем не са включени в нито един от списъците към Конвенцията на Обединените нации за психотропните вещества от 1971 г., които представляват сравнително сериозна заплаха за общественото здраве, както веществата, изброени в списъци I и II към същата Конвенция и които притежават ограничена терапевтична стойност". Това се отнася за крайни продукти, различни от прекурсорите.

Обединеното кралство и Норвегия. GNB се конфискува както във вид на прах, така и в течна форма.

През последните два месеца на 2004 г. в Белгия, Франция, Италия и Холандия бяха отчетени няколко случая на интоксикация вследствие употреба на кокаин, примесен с относително високи дози атропин⁽⁸⁸⁾. Веднага след като опасността от интоксикация от комбинацията кокаин/атропин стана несъмнена, ЕЦМНН предупреди партньорите си в системата за ранно предупреждение EWS да информират своите мрежи и по-конкретно съответните здравни органи за признаците на тази интоксикация, за да може тя да бъде диагностицирана на един съвсем ранен етап. В резултат от това няколко държави-членки решиха да алармират своите мрежи или обществени здравни органи.

През май 2005 г. системата EWS бе допълнително затвърдена с Решение на Съвета (2005/387/JHA), което замени споразумението за съвместни действия от 1997 г. Решението на Съвета разширява обхвата на действията за всички нови психоактивни вещества (както наркотични вещества, така и синтетични наркотици). В допълнение към това, механизмът позволява в обмена на информация за новите психоактивни вещества да бъдат включени и медицински продукти.

Международни действия срещу производството и незаконната търговия със синтетични наркотици

ЕС и международните организации, с които той си сътрудничи, отдават все по-голямо значение на наблюдението и контрола над химикалите, използвани за прекурсори, които са необходими за производството на контролирани вещества. С увеличаване на бдителността по отношение на химикалите, необходими за производството на наркотици като хероин, кокаин и екстази, могат да бъдат въведени мерки за възпрепятстване или забраняване на доставките. Понастоящем има три големи международни програми в тази област: операция „Пурпур“, която се занимава с калиевия перманганат, който се използва за производството на кокаин; операция „Топаз“, която наблюдава международната търговия с оцетен анхидрид – прекурсор, който се използва за производството на хероин, и проект „Призма“, който е фокусиран върху извършването на разследвания с проследяване по обратен път на конфискациите на прекурсори за амфетаминов тип стимуланти на входните пунктове, или в лаборатории за производство на незаконни наркотици. През последните две години в рамките на тези операции в Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB) постъпиха уведомления и бяха проверени общо 20 227 сделки, като съществуват известни доказателства, че тези действия са повлияли върху производството на наркотици.

Проектът „Призма“ е особено важен по отношение на производството на синтетични наркотици в ЕС. Това е една предизвикателна сфера на работа, защото сред големият брой химикали, които могат да се използват за производството на амфетаминов тип стимуланти, съществуват много вещества, които са необходими за, или са странични продукти от осъществяването на законни търговски дейности. Области, които представляват интерес за проекта „Призма“ включват наблюдението на международната търговия със сафрол, използван в производството на екстази; предотвратяване отклоняването на фармацевтични препарати, съдържащи псевдо ефедрин; и разкриване на лаборатории, занимаващи се с незаконно производство на 1-фенил-2-пропанон. Въпреки трудностите на работата в тази област, проектът „Призма“ съдейства за улесняване на международното сътрудничество, което доведе до успехи във възбранителните дейности. Един пример за това, отбелязан наскоро от Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН в техния последен доклад INCB (2005), е сътрудничеството между Китай и Полша, което доведе до разкриването на важен случай на контрабанден внос на 1-фенил-2-пропанон в Полша.

Мерки срещу производството и незаконната търговия със синтетични наркотици в Европа

Според плана за изпълнение на мерките, които предстои да бъдат предприети във връзка с доставките на синтетични наркотици, през декември 2003 г. Комисията, съвместно с Европол, подготвиха доклад, в който се описва текущото състояние на някои важни многостранни проекти за картографиране на разпределителните мрежи и натрупания в тази област опит на равнище ЕС, в държавите-членки и в страните-кандидатки. Докладът очертава ключовите елементи в тези проекти, които са от съществено значение за постигането на оперативните цели. Той също прави заключението, че съществува „потенциална полза от това да бъдат съчетани информацията и сведенията от най-различни области, свързани със синтетичните наркотици, в една обща и комплексна стратегия.“

През декември 2004 г. Европол сляха проектите CASE и GENESIS в общ проект Synergy, който включва едно аналитично работно досие (AWF), което се поддържа от 20 държави-членки и някои трети страни, Системата на Европол за сравнение на незаконните лаборатории (EILCS) и Системата на Европол с логото на екстази (EELS). Проектът продължава да подкрепя всеотдайните мерки срещу синтетичните наркотици в Европа (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe (CASE)), една инициатива на Швеция за профилно наблюдение на амфетамина, плюс Европейското съвместно звено за прекурсорите (EJUP), в което участват експерти от шест държави-членки.

Компонентът за аналитичното работно досие осигурява набирането и анализа на сведения на високо равнище за престъпността, свързана със синтетичните наркотици

⁽⁸⁸⁾ Атропинът е антихолинергично средство, което се среща в естествени условия като алкалоида *Atropa belladonna*. Силната интоксикация може да има фатален изход.

и прекурсорите. Приоритет се дава на разследванията на престъпни групи и/или на важни методи на действие.

Системата на Европол за сравнение на незаконните лаборатории (EILCS) събира фотографска и техническа информация от обекти за производство на синтетични наркотици и свързани с тях терени за складиране на химически отпадъци, което позволява разследването на връзките между излетното оборудване, материали и химикали, иницирането на обмен на информация, разследвания с обратно проследяване, съдебно медицински изследвания за доказателствени цели, плюс идентифицирането и целевата работа с посредници и свързани престъпни групировки. Чрез своята Система за сравнение на незаконните лаборатории (EILCS), Европол е европейската фокусна точка в проекта "Призма-Оборудване" – световната програма на Международния съвет за контрол на наркотиците (INCB) на ООН за обратно проследяване на машините

за производство на таблетки и други съоръжения за производството на синтетични наркотици.

Системата на Европол за сравнение на незаконните лаборатории (EILCS) съпоставя информацията за начините на действие, фотографската и основната информация от следствените действия за важни случаи на конфискация, като по този начин позволява идентифицирането на съвпадения между отделните случаи на конфискация, а когато има конфискувани щанцови преси – иницира обмен на информация с правораздавателна цел, по-нататъшни разследвания и изготвяне на съдебен профил за доказателствени цели, както и целева работа с престъпните групи.

Редовно се публикуват и актуализират Каталогът на Европол за оборудването за производство на синтетични наркотици и Каталогът на Европол с логото на екстази.



Глава 5

Кокаин и крек

Разпространение и модели на употребата на кокаин

Според последните национални проучвания, между 0.5% и 6% от възрастното население съобщава, че е опитвало кокаин поне веднъж (т.е. разпространение на употребата някога през живота), като в горната граница на този диапазон са Италия (4.6%), Испания (4.9%) и Обединеното кралство (6.8%). Употреба на кокаин напоследък (през последните 12 месеца) като цяло се съобщава от под 1% от възрастните, като в повечето страни този диапазон е между 0.3% и 1%. В Испания и Обединеното кралство разпространението на употребата напоследък е над 2%.

Въпреки че стойностите за разпространението на употребата на кокаин са много по-ниски от съответните стойности за употребата на канабис, равнищата на употреба сред младите хора често са по-високи от средните за населението като цяло. Употребата някога през живота сред 15- до 34-годишните е в диапазона от 1% до 11.6%, като най-високи стойности отново се отчитат в Испания (7.7%) и Обединеното кралство (11.6%). Употребата напоследък е в границите от 0.2% до 4.6%, като в Дания, Ирландия, Италия и Холандия тя е около 2%, а в Испания и Обединеното кралство достига над 4%.

Употребата на кокаин е по-голяма сред мъжете. Например проучванията в Дания, Германия, Испания, Италия, Холандия и Обединеното кралство показват, че сред мъжете на възраст 15 – 34 години “употребата някога през живота” е в границите от 5% до 13%. В шест от страните употребата “напоследък” е била над 3%, като в Испания и Обединеното кралство са отчетени стойности от 6 – 7% (Фигура 10).

Сред населението като цяло употребата на кокаин или се преустановява след известен период на експериментиране в младата зряла възраст, или е инцидентна, предимно в края на седмицата и в местата за отдих и развлечения (барове и дискотеки). Но в някои страни не могат да се пренебрегнат и някои форми на редовна употреба. Текуща употреба (през последните 30 дни) се съобщава от 1.5 – 4% от младите мъже (15 – 34-годишни) в Испания, Италия, Холандия и

Обединеното кралство. В градските райони стойностите за употребата на кокаин обикновено са значително по-високи.

В наскоро проведено в няколко големи градове проучване, по-голямата част (95%) от тези, които се определят като социално интегрирани употребяващи (в дискотеки, клубове или чрез частни контакти), вдишват кокаина; само съвсем малка част някога са пушили или са си инжектирали веществото (Prinzleve et al., 2004).

Една най-груба обща оценка за употребата на кокаин напоследък (разпространение на употребата през изминалата година) със средна стойност на разпространението на тази употреба от около 1% от всички възрастни, изразена в цифри би означавала между 3 и 3.5 милиона души в Европа. Стойностите за текущата употреба възлизат по груба оценка на около 1.5 милиона души⁽⁸⁹⁾.

За сравнение със страните извън Европа, през 2003 г. националното проучване за здравето и употребата на наркотици в Съединените щати (SAMHSA, 2003) отчита, че 14.7% от възрастните (на 12 и повече години) са употребявали кокаин някога през живота си, а 2.5% са го употребявали през последните 12 месеца⁽⁹⁰⁾. Сред 18 до 25 годишните тези стойности са съответно 15% (някога в живота), 6,6% (през последните 12 месеца) и 2,2% (през последния месец). При мъжете на възраст 18 – 25 години стойностите са съответно 17.4%, 8.2% и 2.9%. Като цяло разпространението на употребата на кокаин някога през живота сред населението на САЩ е по-голямо, отколкото в страните в Европа с най-високи стойности за разпространението на употребата. Въпреки това тази разлика не е така ясно изразена когато се отчита употребата напоследък, като някои европейски страни сега отчитат стойности, които надвишават тези в Америка.

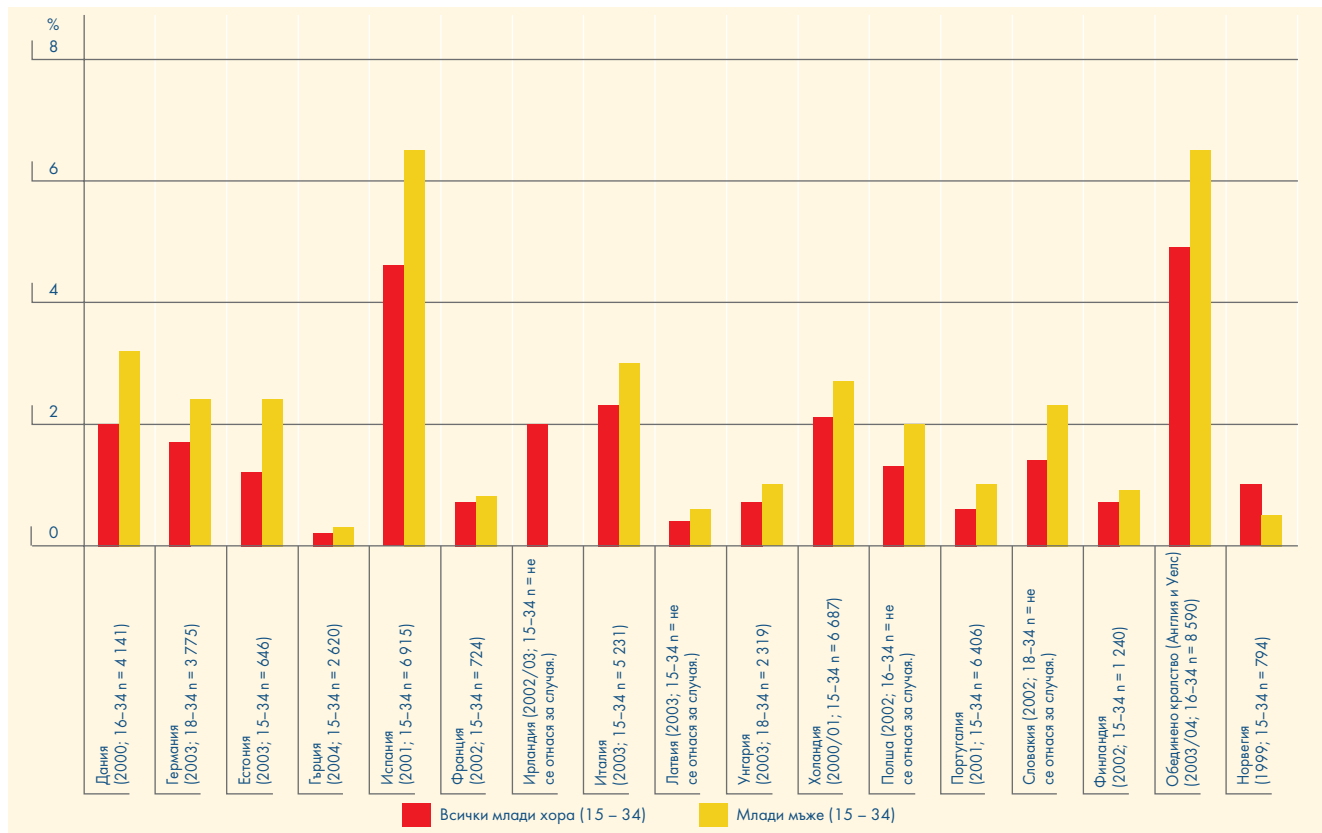
Тенденции в употребата на кокаин

Все още е трудно да бъдат определени ясно очертани европейски тенденции в употребата на кокаин на базата на извършените проучвания сред населението (вж. раздела за тенденциите в употребата на канабис). Въпреки това, от няколко източника постъпват

⁽⁸⁹⁾ Тези съвсем груби оценки се базират само на средните стойности от диапазоните, в които варира разпространението на употребата на национално равнище. (Вж. Таблица GPS-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.). Имайте предвид, че няколко страни с голям брой на населението (Германия, Испания, Италия, Холандия и Обединеното кралство) имат сравнително високи стойности на разпространение на употребата, които в някои от случаите са дори по-високи от диапазона, който е ползван при изчисленията на средните стойности.

⁽⁹⁰⁾ Трябва да се има предвид, че възрастовият диапазон в проучването на САЩ (12 и повече години) е по-широк от този, който отчита ЕЦМНН за проучванията в ЕС (15 – 64 години). От друга страна, диапазонът 18 – 25 години е по-малък от диапазонът, използван за повечето проучвания в ЕС (15 – 24 години).

Фигура 10: Употреба напоследък (през изминалата година) на кокаин сред всички млади хора и сред младите мъже, определена чрез национални проучвания



Забележка: Данните са от най-новите национални проучвания с които разполага всяка страна (вж. Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.). Някои страни използват малко по-различен възрастов диапазон от стандартния използван от ЕЦМНН за младото възрастно население. Различията във възрастния диапазон могат в известна малка степен да бъдат причина за несъответствия между страните.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

предупреждения за нарастване употребата на кокаин в Европа, включително местни доклади, специализирани проучвания проведени в танцови заведения, доклади за увеличаване на показателите за конфискациите, както и известно увеличение на някои индикатори, свързани с проблемната употреба (смъртност, спешни случаи).

В периода 1996 – 2000 употребата на кокаин напоследък (последните 12 месеца) сред младежите нарасна значително в Обединеното кралство, но оттогава остава относително непроменена, въпреки че през последните години се наблюдава едно умерено увеличение, като същото важи и за Испания⁽⁹¹⁾ в периода 1999 – 2001 г. Не така силно изразено увеличение се наблюдава и в Дания, Италия, Унгария, Холандия и Австрия (в местните проучвания), а с някои колебания през 90-те години – и в Германия (Фигура 11).

Смъртност, свързана с употребата на кокаин

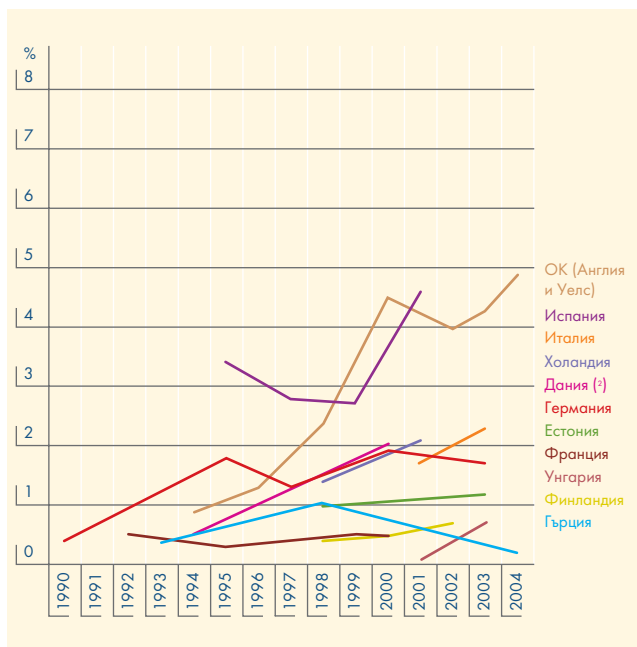
Съществува нарастваща загриженост за рисковете за здравето от употребата на кокаин, особено поради

тенденцията за увеличаване на употребата за развлечение, която се наблюдава в някои страни, особено в местата (дискотеки, клубове), които често се посещават от групи младежи. Въпреки затрудненията с определянето на броя на смъртните случаи, свързани с употребата на кокаин, тази мярка може да играе ролята на ценен индикатор за повишен риск или за идентифицирането на рисковите модели на употреба. Въпреки че тежките смъртни случаи, в които кокаинът присъства без опиати, изглежда не са често явление в Европа, много е вероятно текущата статистика да се окаже недостатъчна за отчитането на смъртността, свързана с употребата на кокаин. Наличната информация за смъртността, свързана с употребата на кокаин на европейско равнище е ограничена и се отчита под различна форма. Употребата на кокаин се среща често сред употребяващите опиати и откриването на кокаин при токсикологичния анализ на случаи на свръхдоза опиати, в съчетание с други вещества, като алкохол и бензодиазепини, е съвсем обичайно.

През 2003 г. няколко страни предоставиха информация за смъртност, свързана с употребата на кокаин

⁽⁹¹⁾ Информацията, която получихме твърде късно, за да бъде включена в доклада показва едно стабилизиране в проучванията от 2003 г. (разпространение на употребата през изминалата година сред младото население – 4.8%, в сравнение с 4.6% през 2001 г.).

Фигура 11: Тенденции в употребата напоследък (през изминалата година) на кокаин сред младите хора (на възраст между 15 и 34 години), определени чрез национални проучвания ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Размерите на извадките (броят на респондентите) за възрастовата група 15 – 34 години за всяка страна и година са представени в Таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽²⁾ В Дания стойността за 1994 се отнася за "твърди наркотици".
Забележка: Данните са снети от националните проучвания, с които разполага всяка страна. Стойностите и методиката за всяко проучване могат да се видят в таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

За "млади хора" ЕЦМНН използва възрастовия диапазон 15 – 34 години (Дания и Обединеното кралство – от 16 години, Германия, Естония (1998) и Унгария – от 18 години). Във Франция възрастният диапазон през 1992 г. е бил 25 – 34 години, а през 1995 г. – 18 – 39 години.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали. Вижте също Таблица GPS-0 в статистическия бюлетин за 2005 г.

(национални доклади от мрежата Reitox): Германия (25 случая, дължащи се само на употребата на кокаин и 93 – на кокаин в комбинация с други наркотици; през 2002 г. съответните цифри бяха 47 и 84), Франция (10 смъртни случая, дължащи се само на употребата на кокаин и един в комбинация с лекарства), Гърция (два случая, дължащи се на кокаин), Унгария (четири смъртни случая, дължащи се на свръхдоза кокаин), Холандия (17 смъртни случая, дължащи се на кокаин през 2003, при тенденция за увеличаване в периода от 1994 г. – два случая, до 2002 г. – 37 случая), Австрия (кокаин е открит в 30% от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, но самостоятелно – само в три случая и в един случай в комбинация с газ), Португалия (кокаин е открит в 37% от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици) и в

Обединеното кралство ("споменаването" на кокаин в смъртните актове се е увеличило от 85 през 2000 г. на 115 през 2001 и 171 през 2002 г., при осемкратно увеличение за периода 1993 – 2001 г.). В своя национален доклад за 2003 г. по линия на мрежата Reitox Испания съобщава, че през 2001 г. кокаинът е присъствал в 54% от всички смъртни случаи свързани с наркотици, в 39 случая (8% от всички смъртни случаи свързани с наркотици) смъртта е настъпила без да е отчетено наличие на опиати, като от тях 21 са били предизвикани само от кокаин, а пет са причинени от комбинация между кокаин и алкохол.

Въпреки ограничената налична информация, кокаинът очевидно е играл решаваща роля в между 1% и 15% от смъртните случаи, свързани с употреба на наркотици в страните, които са в състояние на разграничават отделните видове наркотици, които са причина за смъртността, а няколко страни (Германия, Испания, Франция и Унгария) отчитат стойности от около 8 – 12% от причинените от наркотици смъртни случаи. Въпреки че е много трудно тези резултати да бъдат екстраполирани за Европа като цяло, на равнище ЕС това би могло да означава няколко стотици смъртни случаи причинени от кокаин годишно. Въпреки че цифрите са много по-малки от тези за смъртността от опиати, смъртните случаи причинени от употребата на кокаин са един сериозен и вероятно разрастващ се проблем; в малките страни, където е възможно да бъдат определени тенденциите, тази смъртност бележи нарастване.

В допълнение към това, кокаинът вероятно е благоприятен фактор за смъртността, причинена от сърдечно-съдови проблеми (аритмии, сърдечни инфаркти и мозъчни кръвоизливи: вж. Ghuran и Nolan, 2000), особено сред употребяващи с предразположение към тези заболявания, а много от тези смъртни случаи често не се отчитат като имащи отношение към наркотиците.

Данни за търсенето на лечение ⁽⁹²⁾

След опиатите и канабиса, кокаинът е следващият най-често отчитан като основен проблемен наркотик за подложилите се на лечение срещу наркотици и е причина за около 10% от общото търсене на лечение в ЕС. Но тази обща цифра отразява широките граници, в които варира този показател в отделните страни: в повечето страни търсенето на лечение, свързано с употребата на кокаин е съвсем слабо, но в Испания и Холандия относителният дял на всички пациенти, които са потърсили лечение срещу употребата на кокаин, е съответно 26% и 38% ⁽⁹³⁾. В повечето страни процентът на новите пациенти, които са потърсили лечение срещу кокаин като основен проблемен наркотик, е по-висок от този за всички пациенти като цяло ⁽⁹⁴⁾. Също така, кокаинът се посочва като съпътстващо основното вещество проблемен наркотик от 13% от новите пациенти, потърсили лечение в амбулаторните лечебни центрове ⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹²⁾ Анализът на данните, касаещ общото разпределение и тенденциите, се базира на информация за пациенти, потърсили лечение във всякакви лечебни заведения, а анализът, касаещ профила на пациентите и моделите на употреба – на информация от амбулаторни лечебни заведения.

⁽⁹³⁾ Вижте Таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г. Данните за Испания са за 2002 г.

⁽⁹⁴⁾ Вижте Таблица TDI-4 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽⁹⁵⁾ Вижте Таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Много страни съобщават за увеличаване на употребата на кокаин сред пациентите, потърсили лечение; от 1996 до 2003 г., относителният дял на новите пациенти потърсили лечение срещу употребата на кокаин е нараснал от 4.8% на 9.3%, а броят на новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на кокаин като основен проблемен наркотик, се е повишил от 2 535 на 6 123. През 2003 г. в Холандия новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на кокаин, за първи път надхвърли броят на тези, потърсили лечение срещу употреба на опиати. Според един анализ на данните за лечението, направен в Лондон, през периода 1995/96 до 2000/01 г. пациентите, които употребяват кокаин са се увеличили повече от два пъти (GLADA, 2004), независимо от ниската базова линия (от 735 на 1 917).

Тези данни вероятно са повлияни от малкия, но растящ проблем с кокаин-крек (наркотик на кокаинова основа, употребяван за пушене), за който постъпват сведения както от Холандия, така и от Обединеното кралство, където през последните години броят на пациентите, употребяващи кокаин-крек се е увеличил. Въпреки че цифрите за проблемно употребяващите са ниски, техният брой е съсредоточен предимно в няколко големи градски райони и поради тази причина се забелязва най-вече в докладите от наблюденията, осъществявани в големите градове.

Употребяващите крек обикновено са с различен социален произход от употребяващите кокаин на прах. Употребяващите крек по-често имат неблагоприятно социално положение и съществуват известни основания да се предполага, че населението от етническите малцинства е особено уязвимо от проблеми, свързани с употребата на крек: две трети от чернокожите, потърсили лечение срещу наркотици в Лондон, употребяват крек като основно вещество (GLADA, 2004), а 30% от пациентите, потърсили лечение срещу крек в Холандия, не са с холандски произход. Въпреки безпокойството по отношение на крека, добре е да припомним, че независимо че този наркотик се свързва с конкретни щети както за отделните лица, които го употребяват, така и за общностите, в които те живеят, в Европа този проблем остава силно локализиран. Трябва да се отбележи, че за пациенти с крек съобщават главно две страни (Холандия и Обединеното кралство).

Като цяло, по-голямата част от търсенето на лечение срещу кокаин в Европа не е свързано с крек. Около 70% от новите пациенти на лечение за употреба на кокаин употребяват кокаин хидрохлорид (кокаин на прах), предимно чрез смъркане на наркотика, а останалите 30% използват крек. Около 5% от новите пациенти на кокаин съобщават, че инжектират кокаина.

Новите пациенти, потърсили лечение срещу употребата на кокаин като основен проблемен наркотик, са предимно мъже (съотношението мъже/жени е 3.7:1). В разпределението на съотношението между половете

съществуват някои различия в различните страни ⁽⁹⁶⁾. Едно качествено научноизследователско проучване, извършено в Италия сред пациенти, потърсили лечение срещу употребата на стимуланти и предимно на кокаин отчита, че жените употребяват наркотика почти колкото мъжете, но сред потърсилите лечение срещу кокаин и други стимуланти, съотношението мъже/жени е силно изместено в посока към мъжете (Macchia et al., 2004).

Новите пациенти, употребяващи кокаин като основно вещество, обикновено са по-възрастни от останалите употребяващи наркотици (средна възраст 30 години, като повечето са във възрастовата група от 20 до 34 години); по-малък, но важен относителен дял имат пациентите на възраст между 35 и 39 години ⁽⁹⁷⁾.

Кокаинът често се употребява в комбинация с друг спомагателен наркотик, често канабис (40%) или алкохол (37%). Някои местни проучвания сред инжектиращите сочат, че в някои райони все по-популярна става комбинацията между хероин и кокаин в една и съща инжекция (понякога се нарича от инжектиращите наркотици "спидбол" "speedballing"). От данните за цялостното търсене на лечение, които постъпват от повечето страни, не е ясно дали това е така, тъй като само малка част от пациентите съобщават за комбинирана употреба на хероин с кокаин. Но това не се отнася за всички страни; например в Холандия един анализ на данните за търсенето на лечение от употребяващите кокаин сочи, че много пациенти на лечение за кокаин употребяват различни наркотици и че най-голямата група се състои от такива, които употребяват както кокаин, така и хероин (Mol et al., 2002).

Лечение на проблемната употреба на кокаин

Установено и широко разпространено фармакологично лечение за проблемно употребяващите кокаин, като това за страдащите от проблеми с опиатите, не съществува. Понякога на употребяващите кокаин се предписват лекарства за системно облекчаване на състоянието, но те обикновено са с краткотраен ефект и целят намаляване на проблемите, свързани с употребата на кокаин, например състояния на безпокойство и нарушения на съня. По-продължителни лечения за употребяващите кокаин обикновено се провеждат в рамките на едно общо лечение за наркотици. Но цялостното лечение за хората с проблеми с кокаина изглежда е недобре развито (Haasen, 2003). Това вероятно започва да се променя, тъй като някои страни започват да разработват нови лечебни мерки, насочени към хората с проблеми с кокаина. Пример за това е разработването на конкретни лечебни услуги за употребяващите крек в Англия (NTA, 2003).

По-голямата част от научната литература за лечението на проблеми с кокаина е от американски проучвания и поради това е възможно да не отразява европейския

⁽⁹⁶⁾ Вижте Таблица TDI-22 в статистическия бюлетин за 2005 г. и *Различия в моделите на употреба на наркотици между жените и мъжете / Differences in patterns of drug use between women and men* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Вижте Таблица TDI-10 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

контекст на темата. За съжаление оценките на лечението за проблемна употреба на кокаин в ЕС остават крайно недостатъчни, което отчасти просто е отражение на факта, че исторически погледнато, проблемите с кокаина се срещат относително рядко в лечебните заведения. Един систематичен европейски преглед на литературата за лечението за кокаин (Rigter et al., 2004) отбелязва, че спазването от страна на проблемно употребяващите кокаин на условията за провежданото лечение обикновено е недобро и случаите на влошаване на състоянието след лечение са много. Съществуват известни доказателства, че психотерапията може да помогне за намаляване на употребата, но за ефективността на акупунктурата за лечението на проблеми с кокаина не са открити убедителни доказателства. Все пак, като цяло тези заключения трябва да се разглеждат в контекста на една липса на убедителна европейска доказателствена база, която да послужи като ориентир при терапевтичните интервенции в тази област. Например, не е ясно дори дали конкретните интервенции, насочени към употребата на кокаин, са по-резултатни от включването на пациентите с проблеми с кокаина в по-общите програми за лечение, които не са насочени към конкретен вид наркотик. Освен това, остава открит въпросът дали е възможно да бъде разработено фармакологично лечение за проблемна употреба на кокаин, което да стане "стандартен вариант на лечение", така както метадоновото и бупренорфиновото лечение станаха стандартни подходи в лечението на проблемна употреба на опиати. Трябва да се отбележи, че съществуват важни различия в механизмите, по които опиатите и стимулантите, като кокаинът, въздействат върху организма, което означава, че терапиите за лечение на проблеми, свързани с употребата на наркотици, вероятно ще бъдат различни. В САЩ понастоящем се правят някои интересни разработки на интервенции, чрез които се цели временно блокиране на въздействието на кокаина върху употребяващите и ще бъде интересно да се проследи дали в бъдеще ще бъдат предложени нови варианти на лечение на базата на тези разработки.

Намаляване вредата за здравето

През последните няколко години рязко се засилиха мерките, насочени към превенцията и намаляването на вредата за здравето, свързана с употребата на кокаин и крехк и бе предоставена нова информация специално за кокаина и крехка, особено в Интернет. На откритите телефонни линии в Белгия, Франция и Португалия се получиха повече заявки за информация относно употребата на кокаин и крехк отколкото са се получавали досега, въпреки че процентно тези обаждания все още са далеч по-малко от тези, свързани със законните наркотици и канабиса. На персонала, който работи в службите по наркотиците,

се предлага повече обучение относно това, каква трябва да бъде съответната реакция при проблеми, възникнали в резултат от употребата на кокаин и крехк в различни видове обстановка, където това е често срещано напоследък явление (сцената в края на седмицата в Дъблин, или техно-сцената във Виена).

В големите градски центрове на употребяващите кокаин и крехк се предлагат специализирани консултации и възможности за лечение, например във Франкфурт (Suchtzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de), Барселона (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Виена (Check iT: www.checkyourdrugs.at) и Лондон (www.cracklondon.org.uk).

Конфискации и информация за пазара ⁽⁹⁸⁾

Производство и незаконна търговия

Колумбия несравнено е най-големият източник на незаконна кока в света, следвана от Перу и Боливия. Световното производство на кокаин през 2003 г. се изчислява на 655 тона, от които делът на Колумбия е 67%, на Перу – 24%, а на Боливия – 9% (CND, 2005). По-голямата част от иззетите количества кокаин в Европа пристигат директно от Южна Америка (Колумбия) или през Централна Америка и Карибския район. Като транзитни страни за кокаина, който се внася в ЕС, през 2003 г. се считат по-специално Бразилия, Венецуела и Коста Рика, а наред с тях и Аржентина, Коста Рика и Курасао (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; CND, 2005). Други транзитни зони са южна и западна Африка (INCB, 2005). Главните входни пунктове за ЕС остават Испания, Холандия и Португалия (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Конфискация

Данните за конфискациите показват, че кокаинът е на трето място в незаконния трафик на наркотици в света след растителния канабис и канабис смола. От гледна точка на иззетите количества – 490.5 тона в целия свят през 2003 г. – по-голямата част от незаконната търговия с кокаин през 2003 г. продължи да се извършва в Южна и Северна Америка (82%) и в Европа. В последната бяха иззети 17% от общото иззето количество кокаин в целия свят – едно увеличение спрямо предходната година (CND, 2005). В Европа по-голямата част от конфискуваните количества кокаин са иззети в западните държави. През последните пет години Испания неотменно е страната от ЕС с най-много конфискации на кокаин. През 2003 г. там са били извършени повече от половината от общия брой конфискации в ЕС, като е иззето повече от половината от общото конфискувано количество в ЕС ⁽⁹⁹⁾.

⁽⁹⁸⁾ Вижте "Интерпретиране на конфискациите и данните за пазара", стр.44.

⁽⁹⁹⁾ Това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2003 г. Няма данни за броя на конфискациите на кокаин през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Румъния; За Ирландия и Обединеното кралство няма данни както за броя на конфискациите на кокаин, така и за конфискуваните количества през 2003 г.

През периода 1998 – 2002 г. броят на конфискациите на кокаин ⁽¹⁰⁰⁾ се е увеличил във всички страни, с изключение на Германия и Португалия. За същия период иззетите количества кокаин в ЕС ⁽¹⁰¹⁾ са различни, въпреки че тенденцията е те да се увеличават. Все пак, на базата на тенденциите в страните, за които разполагаме с данни, броят на конфискациите на кокаин през 2003 г. на равнище ЕС изглежда е намалял (по-чувствително в Испания), докато иззетите количества са се увеличили значително (особено в Испания и Холандия). През 2003 г. в ЕС са иззети особено големи количества кокаин.

Въпреки че някои страни в ЕС отчитат конфискации на крeк, понякога те не се разграничават от тези на

кокаин. Поради това споменатите по-горе тенденции за конфискациите на кокаин вероятно включват и крeк.

Цена и чистота

Средната цена на дребно ⁽¹⁰²⁾ на кокаина в ЕС през 2003 г. варира в широки граници – от 34 евро за грам в Испания до 175 евро за грам в Норвегия.

В сравнение с хероина, средната чистота на кокаина на равнището на крайния потребител е висока и през 2003 г. варира от 32% в Чехия и Германия до 83% в Полша ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰⁰⁾ Вижте Таблица SZR-5 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰¹⁾ Вижте Таблица SZR-6 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰²⁾ Вижте Таблица PPP-3 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰³⁾ Вижте Таблица PPP-7 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г. Имайте предвид, че оценките за средната чистота на кокаина в Чехия и Полша през 2003 г. се базират на малко количество проби (n = 5 и 6, респективно).



Глава 6

Хероин и употреба на наркотици чрез инжектиране

Редовната и продължителна употреба на хероин, инжектирането на наркотици, а в някои страни и интензивната употреба на стимуланти, имат значителен дял в здравните и социални проблеми в Европа, свързани с наркотиците. Броят на хората с подобно поведение е нисък в сравнение с общия брой на населението, но въздействието на проблемната употреба на наркотици е значително. За да спомогне за разбирането на мащабите на този проблем и да позволи наблюдението на тенденциите с течение на времето, ЕЦМНН работи с държавите-членки за повторното дефиниране на концепцията за "проблемната употреба на наркотици" и за разработването на стратегии за измерване както на нейните мащаби, така и на въздействието ѝ.

Проблемна употреба на наркотици

Проблемната употреба на наркотици (ПУН) (PDU) се дефинира в оперативен аспект като "инжектиране на наркотици или продължителна/редовна употреба на опиати, кокаин и/или амфетамини" ⁽¹⁰⁴⁾. Различията в дефинициите и методическата неустановеност означават, че в тази област е трудно да се получат надеждни преценки и трябва да се внимава когато се интерпретират различията между отделните страни или промените с течение на времето.

Проблемната употреба на наркотици може да бъде разделена на важни подгрупи. Генерално разграничение може да се направи между употребата на хероин, която исторически погледнато е причината за по-голямата част от проблемната употреба на наркотици в повечето от страните в ЕС, и проблемната употреба на стимуланти, която преобладава във Финландия и Швеция, където болшинството проблемно употребяващи наркотици използват като основно вещество амфетамин. По същия начин, в Чехия употребяващите метамфетамин традиционно формират една значителна част от проблемно употребяващите наркотици.

Проблемната употреба на наркотици става по-различна. Например в повечето страни проблемите с употребата на няколко вида наркотици постепенно стават все по-важни, докато някои от страните, където в миналото преобладаваха проблемите с опиатите, сега отчитат промени в посока към други видове наркотици. В Испания стойностите за проблемно употребяващите опиати намаляват, но се наблюдава увеличаване на

проблемите, свързани с употребата на кокаин; все пак не разполагаме с надеждни тенденции във времето за проблемната употреба на наркотици, които да включват проблемната употреба на кокаин. Германия и Холандия съобщават за увеличаване на относителния дял на употребяващите крек сред проблемно употребяващото наркотици население, въпреки че цялостната стойност за проблемно употребяващите наркотици в Холандия остава непроменена.

Разпространение на употребата

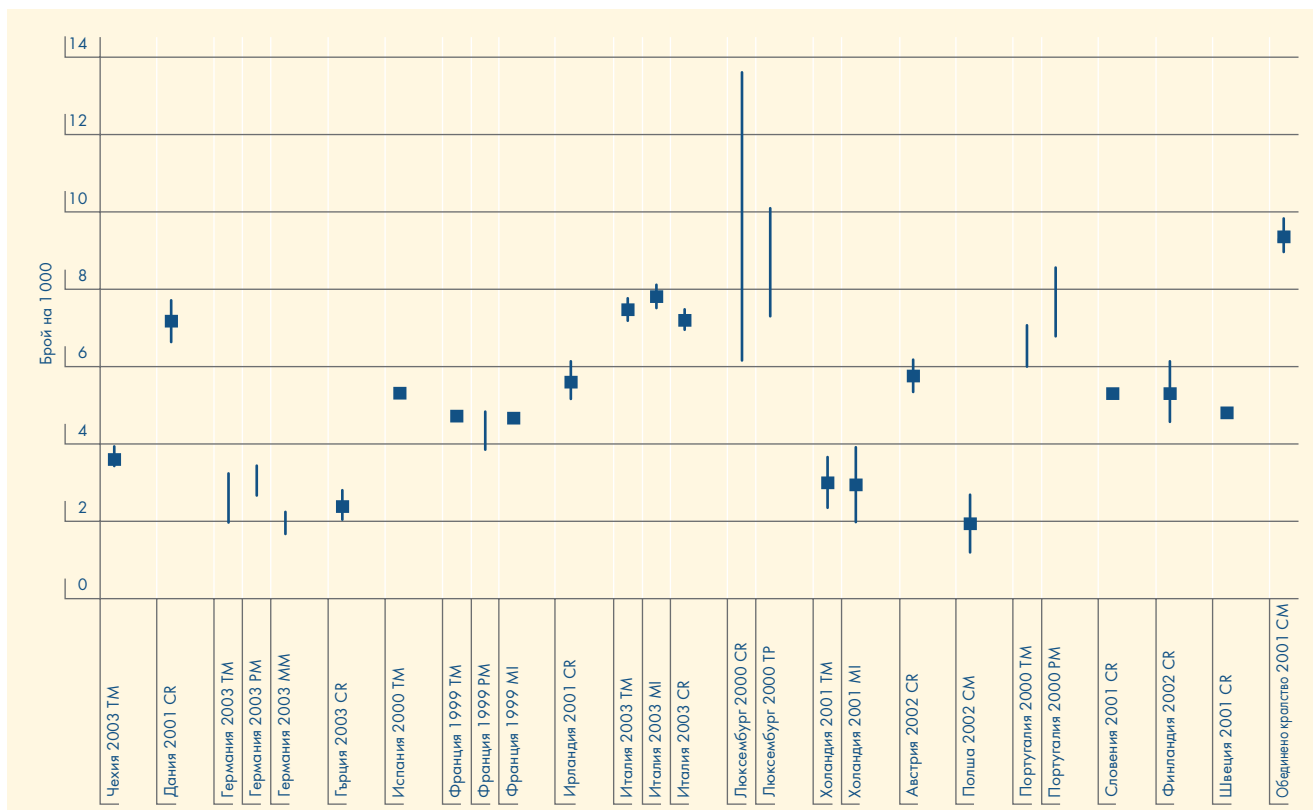
Оценките за разпространението на проблемната употреба на наркотици на национално равнище за периода 1999 – 2003 г. са в диапазона от 2 до 10 случая на 1000 души на възраст 15 – 64 години (на базата на средната стойност), или до 1% от възрастното население ⁽¹⁰⁵⁾. Разпространението на проблемната употреба в различните страни е много различно, въпреки че когато в една и съща страна се използват различни методи, резултатите са в голяма степен съвместими. По-високи стойности се съобщават от Дания, Ирландия, Италия, Люксембург, Австрия, Португалия, Испания и Обединеното кралство (6 – 10 случая на 1000 души на възраст 15 – 64 години), а по-ниски – от Германия, Гърция, Холандия и Полша (по-малко от четири случая на 1000 души на възраст 15 – 64 години) (Фигура 12). Сред новите страни в ЕС и страните-кандидатки, добре документирани оценки са предоставени само от Чехия, Полша и Словения, където стойностите са в ниския или средния диапазон – съответно 3.6, 1.9 и 5.3 на 1000 души на възраст 15 – 64 години. Средната стойност за проблемната употреба на наркотици в ЕС вероятно е между четири и седем случая на 1000 души на възраст 15 – 64 години, което възлиза на 1.2 – 2.1 милиона проблемно употребяващи наркотици в ЕС, от които около 850 000 до 1.3 милиона са активно инжектиращи наркотици. Но тези данни далеч не са окончателни и ще бъде необходимо те да бъдат доуточнени след като се получат и останалите от новите държави-членки.

Местните и регионални оценки сочат, че разпространението на проблемната употреба на наркотици може да варира в широки граници между големите градове и районите. Най-високи местни стойности на разпространението в периода 1999 – 2003 г. се отчитат в Ирландия, Португалия и Обединеното кралство, където стойностите на 1000 души достигат от 16 (Дъблин), 17 (Бея),

⁽¹⁰⁴⁾ За повече подробности вижте методическите бележки към проблемната употреба на наркотици в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰⁵⁾ Вижте Таблица PDU-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 12: Приблизителни стойности за проблемната употреба на наркотици за периода 1999 – 2003 г. (брой на 1000 души на възраст 15 – 64 години)



Забележка: CR – метода на отнемане-възвръщане; ТМ – множител с използване данни от лечението; РМ – множител с използване данни от полицията; МI – мултивариатен индикатор; TP – съкратен метод на Poisson; CM – комбинирани методи. За повече подробности вижте Таблицы PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин за 2005 г. Символът означава точка приблизителна стойност, а ивицата – интервал на несигурност, който би могъл да бъде както интервал за 95% сигурност, така и интервал, базиран на анализ за чувствителност (вж. Таблица PDU-3). Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи и източници на данни, поради което трябва да се внимава когато се правят сравнения. Приблизителните стойности за Испания не включват проблемната употреба на кокаин; в Таблицы PDU-2 и PDU-3 е посочена по-висока стойност, която отчита и тази група, но е възможно тя да не е така надеждна.

Източници: Национални фокусни центрове (фокал поинт). Вижте също ЕЦМНН (2003).

24 (Авейро) и 25 (части на Лондон), до 29 (Дънди) и 34 (Глазгоу) (Фигура 13). Географските различия, обаче, са значителни на местно равнище, като разпространението в друга част на Лондон се оценява на 6 на 1000. Това предполага необходимостта да се увеличи предоставянето на надеждни оценки за местните стойности на разпространението в много други страни, където е възможно да съществуват особено високи (или ниски) местни или регионални стойности на разпространението на употребата, които обаче не се измерват.

Въпреки че се направиха значителни подобрения в техниките на изчисляване, липсата на надеждни и последователни минали данни усложнява оценката на тенденциите в проблемната употреба на наркотици. Докладите от някои страни за промени в оценките, които се съпътстват от други индикаторни данни, сочат за наличие на увеличение на проблемната употреба на наркотици в периода от средата на 90-те години досега (ЕЦМНН, 2004а), но през последните години в някои страни тези стойности са останали постоянни.

Многократни оценки за периода от 1999 г. до 2003 г. са предоставяни от 16 страни (тук се включват и Дания и Швеция, за които има данни за периода 1998 – 2001 г., както и Обединеното кралство, за което данните са за 1996 – 2001 г.). От тези 16 страни шест отчитат увеличение на стойностите за проблемната употреба на наркотици (Дания, Финландия, Норвегия, Австрия, Швеция и Обединеното кралство), пет съобщават за запазване или намаляване на разпространението на употребата (Чехия, Ирландия, Германия, Гърция и Словения), а пет отчитат различни тенденции (Испания, Италия, Люксембург, Холандия и Португалия), в зависимост от използвания метод на изчисление, което донякъде има отношение към различните целеви групи сред проблемно употребяващите наркотици ⁽¹⁰⁶⁾.

Инжектиране на наркотици

Инжектиращите наркотици (ИН) (IDU) са изложени на много висок риск от претърпяване на неблагоприятни последици. Поради това е важно инжектирането на наркотици да се разглежда самостоятелно, като

⁽¹⁰⁶⁾ Вижте Фигура PDU-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

отделна категория проблемна употреба на наркотици. Въпреки значението ѝ за общественото здраве, малко страни предоставят национални или местни оценки за употребата на наркотици чрез инжектиране. От наличните оценки на национално равнище, стойностите за употребата на наркотици чрез инжектиране са в границите от един до шест случая на 1000 души на възраст от 15 до 64 години, което сочи, че са налице важни различия в разпространението на употребата чрез инжектиране между отделните страни ⁽¹⁰⁷⁾. Люксембург отчита най-високите национални стойности за употребата на наркотици чрез инжектиране – около шест случая на 1000 души на възраст между 15 и 64 години, докато в Гърция те са най-ниски – малко над един случай на 1000. Въпреки че оценките за разпространението на употребата на наркотици чрез инжектиране са оскъдни, съществуват доказателства за увеличаване на разпространението на употребата след 1999 г. в Норвегия, а в Португалия различните методи на изчисление показват различни тенденции ⁽¹⁰⁸⁾.

Анализът на стойностите за инжектиращите сред употребяващите хероин, които са подложени на лечение показват, че са налице ясно изразени различия между отделните страни, както и променливи във времето тенденции ⁽¹⁰⁹⁾. В някои страни (Испания, Холандия и Португалия) броят на инжектиращите сред употребяващите хероин е относително малък, докато в повечето останали страни инжектирането на хероин все още е правило. В някои страни на ЕС, за които се разполага с данни от по-дълго време (Дания, Испания, Франция, Гърция, Италия и Обединеното кралство), стойностите за инжектиращите сред употребяващите хероин, които са на лечение са намалели. Въпреки това в повечето от новите държави-членки, или поне в тези от тях, за които разполагаме с информация, почти всички употребяващи хероин, които са подложени на лечение, са инжектиращи се.

Данни за търсенето на лечение

60% от всички заявки за лечение са срещу употреба на опиати, въпреки че в много от случаите не е записано основното вещество, а над половината (54%) от тези пациенти на лечение за опиати са инжектиращи, като за 10% не е неизвестно дали са инжектиращи. За около 10% от новите пациенти опиятите са също съпътстващо основното вещество ⁽¹¹⁰⁾.

В много страни опиятите (и в голяма степен хероинът) остават основният наркотик, за който пациентите се подлагат на лечение, но между отделните страни съществуват известни разлики. Страните в ЕС могат най-общо да бъдат разделени на три групи, в зависимост от степента, в която лекуващите се пациенти са засегнати от проблеми с хероина:

- под 40% – Чехия, Холандия, Полша, Финландия, Швеция;
- 50-70% – Дания, Германия, Испания, Ирландия, Кипър, Латвия, Румъния, Словакия;
- над 70% – България, Франция, Гърция, Италия, Литва, Люксембург, Малта, Словения, Обединеното кралство ⁽¹¹¹⁾.

Увеличава се броят на пациентите с употреба на опиати, чието лечение продължава няколко години, докато случаите на търсене на лечение за опиати от нови пациенти намаляват (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; Изследователски отдел за злоупотребата с наркотици, 2004). За някои страни могат да се проследят тенденциите в употребата на хероин сред новите пациенти в периода между 1996 г. и 2003 г.; наблюдава се общ спад на абсолютния брой на потърсилите лечение.

Относителният принос на лечението за опиати за броя на новите пациенти е намалял по-осезателно, което се дължи на увеличаването на броя на пациентите с проблеми, свързани предимно с други наркотици. Това от своя страна вероятно се дължи на преминаването на някои пациенти с опиати от употреба на хероин към кокаин (Ouwehand et al., 2004), разграничаването на системата за лечение, която е станала по-достъпна за останалите проблемно употребяващи наркотици, или на намаленото въвличане на нови проблемно употребяващи (национален доклад на Холандия).

През последното десетилетие се наблюдават различия в тази тенденция между отделните страни, като силно намаляване на пациентите на хероин се отчита в Дания, Германия, Холандия, Словакия и Финландия, а известно увеличаване – в България и Обединеното кралство ⁽¹¹²⁾.

Анализът на данните за новите пациенти, които се лекуват в амбулаторни центрове, позволява да се направи по-подробно описание на профила на употребяващите опиати. Съотношението мъже/жени сред потърсилите ново лечение за основна употреба на опиати е 2.8:1; въпреки това, в отделните страни съотношенията между двата пола варират в големи граници – от 5:1 до 2:1, с изключение на Кипър, където съотношението мъже/жени е много високо (11:1), и Швеция, където то е много ниско (0.9:1) и броят на жените е по-голям от този на мъжете сред употребяващите наркотици ⁽¹¹³⁾.

Повечето употребяващи опиати са на възраст между 20 и 34 години, а във възрастовата група на 30 – 39-годишните, повече от половината от пациентите са потърсили лечение за опиати. Отчетената тенденция е в посока към застаряване на пациентите на лечение за опиати; например в Холандия, около 40% от новите пациенти с опиати са на възраст над 40 години.

⁽¹⁰⁷⁾ Вижте Фигура PDU-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰⁸⁾ Вижте Фигура PDU-5 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁰⁹⁾ Вижте Фигура PDU-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

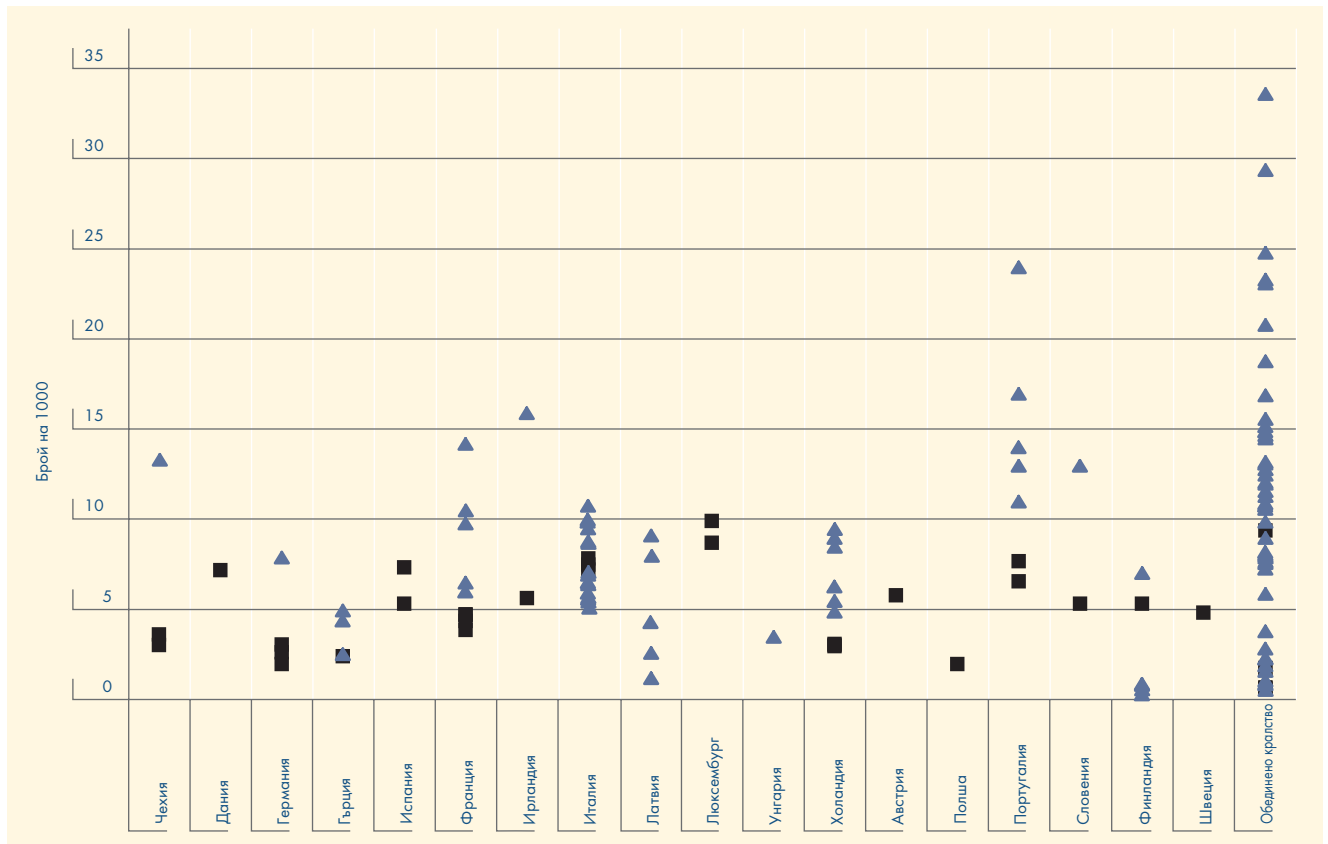
⁽¹¹⁰⁾ Вижте Таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹¹¹⁾ Вижте Таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹¹²⁾ Вижте Таблица TDI-3 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹¹³⁾ Вижте Таблица TDI-22 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 13: Национални и местни приблизителни стойности за разпространението на проблемната употреба на наркотици за периода 1999 – 2003 г. (брой на 1000 души на възраст 15 – 64 години)



Забележка: Черен квадрат = извадки с национално покритие; син триъгълник – извадки с местно/регионално покритие. Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи и източници на данни, поради което трябва да се внимава когато се правят сравнения. За повече подробности вижте Таблици PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин за 2005 г. Профилът на приблизителните оценки за местното разпространение на употребата зависи в голяма степен от наличието и мястото на провеждане на проучванията; възможно е, обаче, когато има местни приблизителни стойности, те да сочат, че разпространението на употребата в конкретни големи градове или райони е различно от средното за страната.

Източници: Национални фокусни центрове (фокал поинт). Вижте също ЕЦМНН (2003).

Изключение правят Румъния и Словения, където се наблюдават много млади пациенти на лечение за опиати (15 – 19-годишни) ⁽¹¹⁴⁾.

Повечето пациенти с опиати съобщават, че за първи път са ги употребили когато са били на възраст между 15 и 24 години, а около 50% от пациентите са употребили наркотиците за първи път преди да навършат 20 години ⁽¹¹⁵⁾. Ако се сравни възрастта на първата употреба с възрастта на първото лечение, времето между първата употреба и първия път, когато е потърсено лечение, обикновено е от 5 до 10 години. Когато употребата на опиати започва в ранна възраст, това обикновено се свързва с редица поведенчески проблеми и тежко социално положение (национален доклад на Обединеното кралство).

В повечето страни, между 60% и 90% от пациентите с опиати употребяват наркотиците ежедневно, докато някои

от тях не са употребявали опиати през последния месец или са употребявали инцидентно; това вероятно се обяснява с пациентите, които са престанали да употребяват наркотиците преди да постъпят на лечение ⁽¹¹⁶⁾.

Четиридесет процента от пациентите инжектират наркотиците, а други 40% пушат или вдишват. Между старите и новите държави-членки се отчитат някои различия в начините на употреба ⁽¹¹⁷⁾ (Фигура 14), като в новите държави-членки относителният дял на инжектиращите опиати е над 60%, а в старите държави-членки – под 60% (с изключение на Финландия, където дялът на инжектиращите опиати сред пациентите е 78.4%). Относителният дял на инжектиращите сред пациентите с употреба на опиати е най-нисък в Холандия (8.3%) ⁽¹¹⁸⁾.

Много от новите пациенти употребяват опиати наред с друг наркотик, често канабис (47%) или алкохол (24%).

⁽¹¹⁴⁾ Вижте Таблица TDI-10 (част iii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

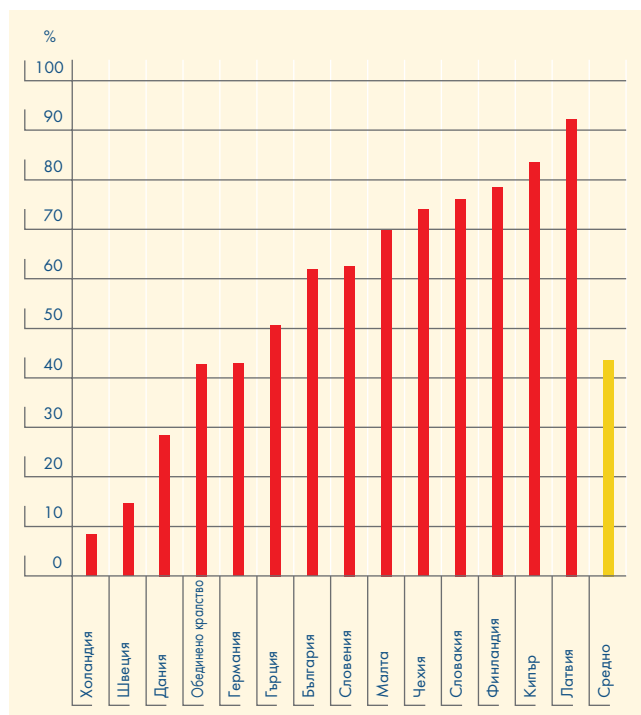
⁽¹¹⁵⁾ Вижте Таблица TDI-11 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹¹⁶⁾ Вижте Таблица TDI-18 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г. Само Германия съобщава, че 70% от новите пациенти употребяват опиатите инцидентно, или не са ги употребявали през последния месец.

⁽¹¹⁷⁾ Само за страните, за които разполагаме с информация.

⁽¹¹⁸⁾ Вижте Таблица TDI-17 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 14: Нови амбулаторни пациенти инжектиращи опиати, като процент от общия брой нови пациенти на лечение за опиати, по страни за 2003 г.



Забележка: Отчитат се само страните, в които има пациенти на лечение за опиати като основно наркотично вещество и/или страните, които са предоставили такива данни.

Източник: Национални доклади от мрежата Reitox (2004).

Въпреки това, съществуват ясно изразени различия между отделните страни: в Чехия и Словакия почти половината от пациентите употребяват опиати наред със стимуланти, различни от кокаина; в Гърция и Малта, съответно 18% и 29% от пациентите употребяват опиати заедно с кокаин като съпътстващо основното вещество; във Финландия 37% от употребяващите опиати (предимно бупренорфин) съобщават, че употребяват като съпътстващо основното вещество и хипнотични и седативни вещества (предимно бензодиазепини) ⁽¹¹⁹⁾.

Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици

ННВ и СПИН

Най-новите тенденции сред отчетените случаи на ННВ

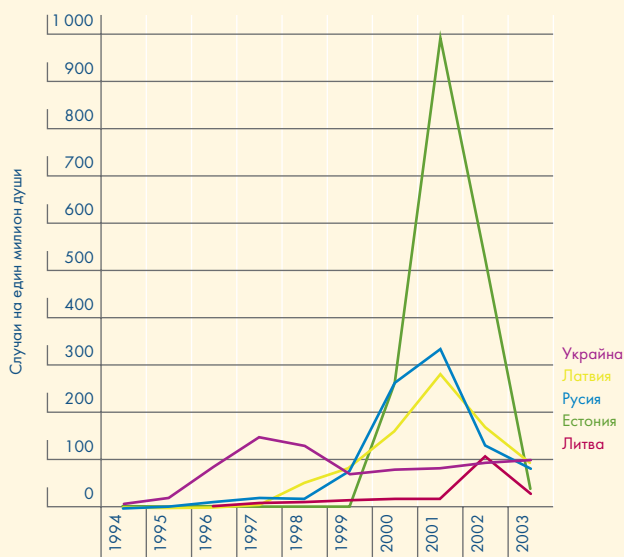
ННВ бележи силно епидемично разпространение сред инжектиращите наркотици в новите държави-членки на ЕС от Балтийския район след повсеместната епидемия в Източна Европа (EuroHIV, 2004) (вж. карето "ННВ и СПИН в Източна Европа"). В Естония и Латвия броят на ново диагностицираните случаи достигнаха върхови

ННВ и СПИН в Източна Европа

Вирусът на имунния дефицит (ННВ) бележи масирано и напоследък епидемично разпространение сред инжекционно употребяващите наркотици в Русия и Украйна, както стана в държавите-членки на ЕС от Балтийския район. През 2001 г. стойностите за ново диагностицираните инфекции, свързани с интравенозна употреба на наркотици, достигнаха върхови равнища в Естония и Руската Федерация – съответно 991 и 333 случая на един милион души. В Украйна, обаче, върховите равнища бяха отбелязани по-рано през 1997 г. – 146 случая на един милион души, което бе резултат от широкото разпространение на предаването на инфекцията, свързано с инжекционната употреба на наркотици, след което случаите на нови диагнози за ННВ сред инжекционно употребяващите наркотици намаляха, но съвсем наскоро отново се увеличиха.

Заболеемостта от СПИН сред инжектиращите наркотици се увеличава много бързо в Латвия и Украйна, което навежда на мисълта, че достъпът до и покритието на антивирусното лечение вероятно са недостатъчни (вж. "Високо активна антиретровирусна терапия в европейския район на СЗО", стр.71).

Ново диагностицирани ННВ инфекции при употребяващите наркотици чрез инжектиране в избрани страни на ЕС, Русия и Украйна, по години на отчитане



Източник: Европейски център за епидемиологично наблюдение на СПИН (EuroHIV) (2004).

стойности през 2001 г., а в Литва – през 2002 г., но наскоро рязко спаднаха. Този модел е типичен за епидемиите от ННВ сред инжектиращите наркотици. Той се дължи на факта, че всички от основната група употребяващи наркотици чрез инжектиране, които са изложени на най-голям риск, се заразяват с вируса за много кратко време, след което заболеемостта намалява поради липсата на податливи на инфекцията

⁽¹¹⁹⁾ Вижте Таблица TDI-25 (част ii) в статистическия бюлетин за 2005 г. Вижте също и подбрани материал за бупренорфина. Всеки пациент може да съобщи за употребата на най-много четири съпътстващи вещества.

употребяващи инжекционни наркотици, а след това се стабилизира на едно равнище, което зависи от броя на ново въвлечените употребяващи наркотици чрез инжектиране, които са изложени на висок риск. Все пак не може да се изключи допълнителния ефект на промяната в поведението и ако е вярно, че съществува такъв, това би могло отчасти да бъде резултат от някои специфични мерки за намеса (вж. "Превенция на инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици", стр.73).

В страните от ЕС – 15 броят на ново диагностицираните случаи на HIV остава нисък през последните години, с изключение на Португалия. Но сравненията на равнище ЕС са непълни, тъй като все още няма на разположение отчетни данни за случаите на HIV (Испания и Италия), или едва сега започват да се предоставят (Франция) от някои от страните, които са най-засегнати от СПИН. В Португалия този брой е много висок – 88 на един милион души през 2003 г., но бележи голямо намаление от 2000 г. насам (когато е бил 245 на един милион души). Това намаление трябва да се тълкува много внимателно, тъй като европейският модел на отчитане на данни е въведен в Португалия едва през 2000 г.

Ниво на HIV серопозитивност

Данните за равнището на HIV серопозитивност сред инжекционно употребяващите наркотици (процент инфектирани от определена извадка от инжекционно употребяващите наркотици) са важно допълнение към данните за отчитане на случаите на HIV. Неколкократните проучвания за нивото на серопозитивност и редовното наблюдение на данните от диагностичните изследвания могат да потвърдят тенденциите, определени при отчитането на случаите на заболяемост и също така да осигурят по-подробна информация за конкретни райони и обекти. Въпреки това, данните за нивото на серопозитивност са от най-различни източници, които в някои случаи трудно могат да бъдат сравнявани и поради това следва да се тълкуват предпазливо.

Регистрираното напоследък увеличаване на отчетените случаи на HIV в повечето от случаите се потвърждава от наличните данни за равнищата на серопозитивност; например в Латвия, серопозитивността в националните лечебни извадки на тествани употребяващи наркотици чрез инжектиране се е повишила от 1.5% (5/336) през 1997 г. на 14% (302/2203) през 2001 г., след което е спаднала до 7% (65/987) през 2003 г. В Австрия, където няма данни за отчетените случаи на HIV сред инжекционно употребяващите наркотици, равнището на HIV серопозитивност в националната извадка от (пряко) свързани с употребата на наркотици смъртни

случаи сочи известно увеличение – от 1% (1/117) през 1998 г. до 7% (11/163) през 2003 г., но броят е малък и тенденциите нямат статистическа значимост.

През 2002 г. и 2003 г. равнището на серопозитивност сред употребяващите наркотици чрез инжектиране и преди всичко сред тези, които са подложени на лечение за наркотици, силно варира както в рамките на всяка страна, така и между отделните страни и е в диапазона от 0% в България, Унгария, Словения и Словакия до максимум 37.5% (54/144) в един голям град в Италия (2003 г. Болзано – употребяващи наркотици подложени на лечение и в местата за лишаване от свобода)⁽¹²⁰⁾. Най-високи равнища на серопозитивност в националните извадки (над 10% през 2002 – 03 г.) са отчетени в Италия, Латвия и Португалия⁽¹²¹⁾; за Испания данните за 2001 г. сочат много високо ниво на серопозитивност, но липсват по-нови данни⁽¹²²⁾. Най-високите равнища на серопозитивност в регионалните и местни извадки (над 20% през 2002 – 2003) отчитат Испания, Италия, Латвия и Полша⁽¹²³⁾, въпреки че не разполагаме с последни данни от някои от страните и районите с високи равнища на серопозитивност през миналите години. В Латвия и Полша местните проучвания сочат предаване на вируса на HIV напоследък, което се базира на много високото равнище на серопозитивност сред младите употребяващи наркотици чрез инжектиране⁽¹²⁴⁾. В случая на проучването в Полша, това предаване на заболяването напоследък се потвърждава от равнището на серопозитивност от 23% в една извадка от 127 нови инжектиращи⁽¹²⁵⁾.

Тенденциите във времето за равнищата на серопозитивност също се различават в отделните страни. Напоследък се наблюдава силно нарастване в Балтийския район, а в някои от най-засегнатите страни (Испания, Франция и Италия) данните за равнището на серопозитивност за извадки от употребяващите наркотици чрез инжектиране сочат понижаване от средата на 90-те години, последвано от запазване на постоянни стойности през последните години⁽¹²⁶⁾. Все пак, ако равнището на серопозитивност е високо и се запази, предаването на инфекцията вероятно ще продължи. Данните за новите употребяващи наркотици чрез инжектиране неотменно сочат, че в Испания в периода между 1999 г. и 2000 г. предаването на заболяването продължава и дори се е увеличило. В някои други страни (Франция, в периода 2001 – 03, Португалия, в периода 1999 – 2000 г.) местните и регионални данни за новите и по-млади употребяващи наркотици чрез инжектиране предполагат известно (повишено) предаване на заболяването, но размерите на извадките са твърде малки, за да имат тенденциите

⁽¹²⁰⁾ Вижте Фигура INF-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²¹⁾ Данните за Португалия и Италия не се ограничават само за употребяващите наркотици чрез инжектиране и поради това показателите за равнището на серопозитивност сред тази група употребяващи могат да се окажат занижени.

⁽¹²²⁾ Вижте Таблици INF-1 и INF-8 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²³⁾ Вижте Таблица INF-8 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²⁴⁾ Употребяващи наркотици инжекционно на възраст под 25 г.: 33% инфектирани от 55 млади употребяващи наркотици чрез инжектиране в Полша и 20% от 107 – в Латвия.

⁽¹²⁵⁾ Вижте Таблица INF-10 и Фигури INF-4 и INF-5 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²⁶⁾ Вижте Фигура INF-16 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Високо активна антиретровирусна терапия в европейския район на СЗО

По приблизителни оценки на СЗО за покритието на високо активната антиретровирусна терапия (HAART), над 75% от хората, които се нуждаят от лечение в ЕС и по-голямата част на Централна Европа, имат достъп до HAART.

Сред Балтийските държави, обаче, достъпът се оценява като "лош" в Естония и Литва (25 – 50%) и "много лош" в Латвия (под 25%). За повечето страни от Източна Европа покритието се оценява като "много слабо".

Оценки за покритието конкретно за инжекционно употребяващите наркотици няма, но проучванията показват, че за инжектиращите наркотици често рискът от недостатъчен достъп до HAART е по-голям от този за хората, заразени по друг път.

Източник: Регионално представителство на СЗО за Европа, База данни "Здраве за всички" (www.euro.who.int/hfad) (достъп до този сайт е осъществен на 8 март 2005 г.).

някаква статистическа значимост⁽¹²⁷⁾. От друга страна трябва да се отбележи, че в няколко страни равнището на HIV серопозитивността сред употребяващите инжекционни наркотици остава много ниска през 2002 – 2003. В Чехия, Гърция (национални данни), Унгария, Словения, Словакия, Финландия, Румъния (данни само за 2001 г.), България и Норвегия (данни за Осло), равнището на HIV серопозитивността е било под 1%. В някои от тези страни (напр. Унгария) равнището на HIV серопозитивността и на вирусния хепатит С (HCV) са сред най-ниските в ЕС, което предполага ниски равнища на инжекционния риск (вж. по-нататък раздела "Хепатит В и С").

Заболееваемост от СПИН

В Латвия, заболееваемостта от СПИН, свързана с инжекционната употреба на наркотици, се е увеличила от 0 случая през 1997 г. до приблизително 19 случая на един милион души през 2002 г. и през 2003 г.⁽¹²⁸⁾ Въпреки това, страната в ЕС с най-висока заболееваемост остава Португалия с 33 случая на един милион души, макар че тази стойност намалява от 1999 г. насам. Заболееваемостта от СПИН, дължаща се на инжекционна употреба на наркотици, достигна върхови стойности в ЕС в началото на 90-те години и оттогава намалява. Най-силно засегнатата страна бе Испания, където заболееваемостта достигна върхови равнища от 124 случая на един милион души през 1994 г., но към 2003 г. тази стойност намаля до приблизително 16 на един милион.

Намаляването на заболееваемостта от СПИН в края на 90-те години е резултат от въвеждането през 1996 г. на високо активната антиретровирусна терапия (HAART), която предотвратява развитието на СПИН у хора,

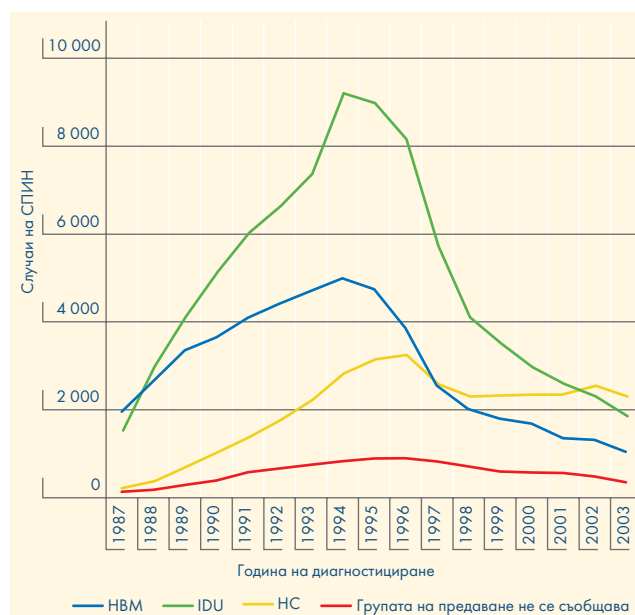
заразени с HIV вируса (вж. карето за HAART). По отношение на употребяващите наркотици чрез инжектиране, мерките за превенция на HIV вероятно също са изиграли важна роля, а в някои страни фактор за това вероятно е било намаляването на броя на инжектиращите (вж. "Инжектиране на наркотици", стр.66).

Годишните данни за заболееваемостта сочат, че до 2002 г. най-големият брой на нови случаи на СПИН в ЕС се дължи на интравенозната употреба на наркотици; впоследствие този начин на предаване на заболяването е бил изместен от хетеросексуалното полово общуване, което отразява промените в епидемиологичната картина на HIV през предходните години (Фигура 15). Трябва да се отбележи, обаче, че в отделните страни моделите на заразяване с болестта понякога много се различават⁽¹²⁹⁾.

Хепатити В и С

Наличието на антитела срещу вирусния хепатит С (HCV) сред употребяващите наркотици чрез инжектиране като цяло е изключително високо, въпреки че съществуват големи различия както в рамките на всяка страна, така и между отделните страни⁽¹³⁰⁾.

Фигура 15: Случаи на СПИН в ЕС по групи на предаване на заболяването и година на диагностициране (1987 – 2003), с корекция за закъснението в отчитането



Забележка: Данните са за трите главни групи на предаване на заболяването и за случаите, в които не се съобщава групата в която е станало предаването на заболяването.

НВМ – Хомосексуални и бисексуални мъже. IDU – Инжектиращи се с наркотици. НС – Хетеросексуални контакти.

Страните, които не са включени са Франция, Холандия (липсват данни за целия отчетен период) и Кипър (липсват всякакви данни).

Източник: EuroHIV; данните са отчетени към 31 декември 2003 г.

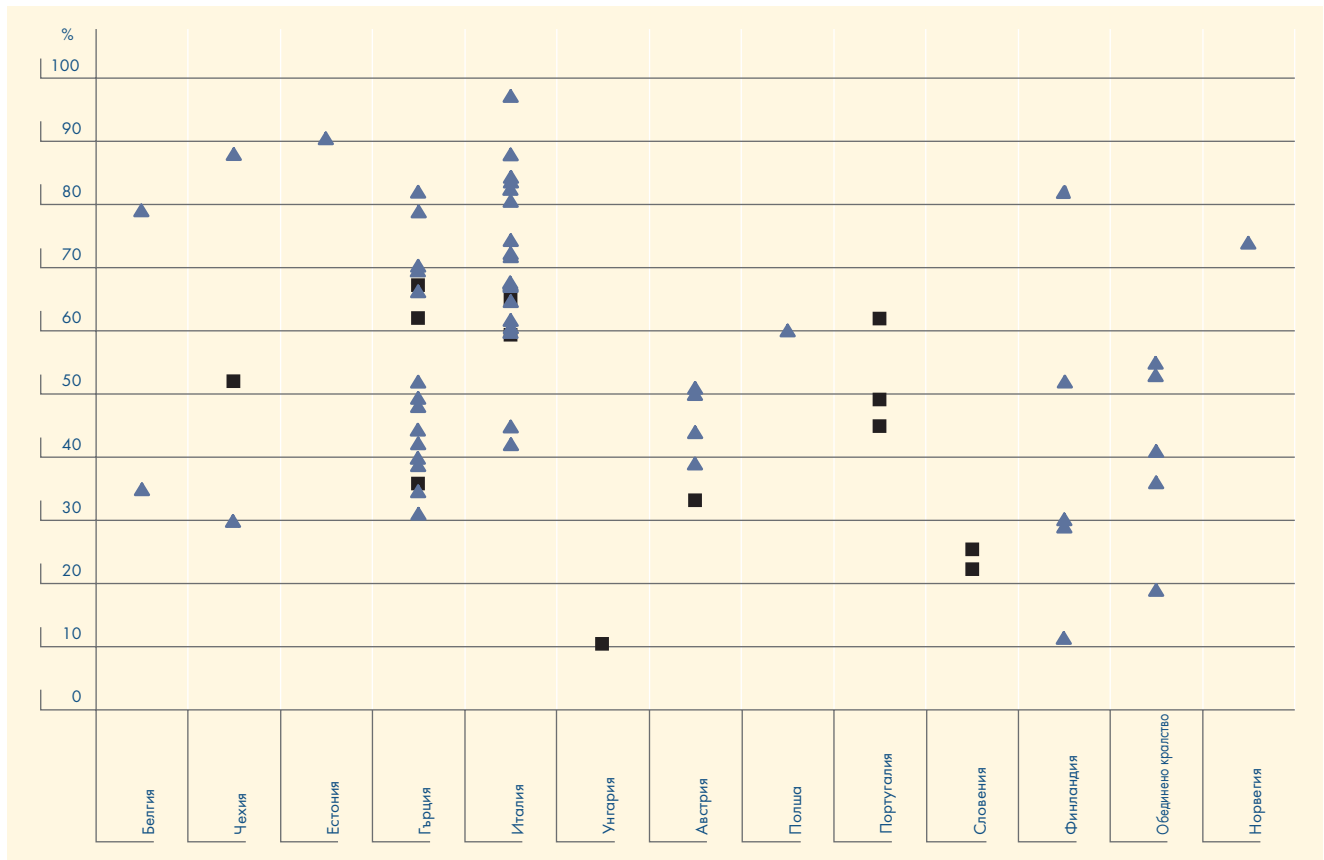
⁽¹²⁷⁾ Вижте Фигури INF-26 и INF-27 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²⁸⁾ Вижте Фигура INF-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹²⁹⁾ Вижте Фигура INF-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹³⁰⁾ Вижте Таблици INF-2 и INF-11 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 16: Национални и местни приблизителни стойности за разпространението на HCV сред инжекционно употребяващите наркотици в периода 2002 – 2003 г.



Забележка: Черен квадрат – извадки с национално покритие; син триъгълник – извадки с местно/регионално покритие. Различията между отделните страни трябва да се тълкуват предпазливо поради различните условия и/или методи на проучване; националните стратегии за определянето на извадки са различни. Данните за Испания и Португалия и някои от данните за Чехия включват и неинжектиращи употребяващи наркотици и поради това стойностите за разпространението сред инжектиращите може да са по-високи (не е известен процентът на неинжектиращите в извадките). Данните за Португалия, Словения и Словакия са ограничени само за разпространението сред инжектиращите, които са подложени на лечение и вероятно нямат представителност за разпространението сред инжектиращите употребяващи наркотици, които не са в процес на лечение. **Източници:** Национални фокусни центрове от мрежата Reitox (2004). За първоизточниците, подробности около проучванията и данните преди 2002 г. вижте таблица INF-11 в статистическия бюлетин за 2005 г.

От представителните извадки от употребяващи наркотици чрез инжектиране, равнища на наличие от над 60% през 2002 – 2003 г. се отчитат в Белгия, Естония, Гърция, Италия, Полша, Португалия и Норвегия, докато извадки с наличие под 40% се отчитат в Белгия, Чехия, Гърция, Унгария, Австрия, Словения, Словакия, Финландия и Обединеното кралство (Фигура 16) ⁽¹³¹⁾.

Данни за наличието на антитела сред младежи употребяващи наркотици чрез инжектиране (на възраст под 25 години) са предоставени само от няколко страни и в някои от случаите размерите на извадките са малки. От тези, за които разполагаме с данни, най-висока наличност на антитела сред младежи, употребяващи наркотици инжекционно през 2002 – 2003 г. (над 40%) се отчита в извадките от Гърция, Австрия и Полша, а най-ниска (под 20%) – в извадките от Унгария, Словения, Финландия и Обединеното кралство ⁽¹³²⁾.

Данните за наличие на антитела срещу HCV сред новите употребяващи наркотици чрез инжектиране (инжектиращи от по-малко от две години) са дори по-ограничени, но информацията, с която разполагаме за 2002 – 2003 г. показва, че най-висока наличност (над 40%) се отчита в извадките от Белгия и Полша, а най-ниската (под 20%) – в извадките от Чехия, Гърция и Словения ⁽¹³³⁾. Данните за оповестените случаи на хепатит С за периода 1992 – 2003 г. сочат, че в страните предоставили такива данни, употребяващите наркотици чрез инжектиране съставляват по-голямата част от оповестените случаи на хепатит С (тези случаи се свеждат предимно до диагностициране на остра инфекция) (Фигура 17).

Наличието на маркери за вирусния хепатит В (HBV) също силно варира в рамките както на самите страни, така и между тях ⁽¹³⁴⁾. Най-пълни са данните за анти-HBc,

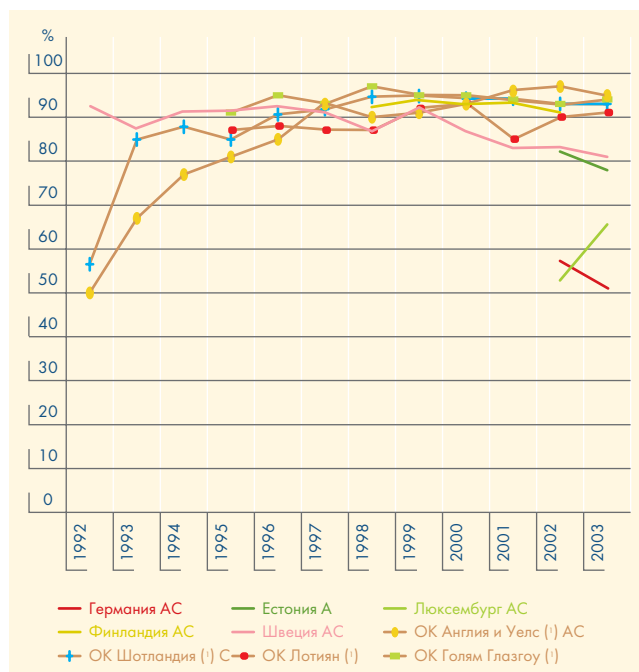
⁽¹³¹⁾ Вижте също Фигура INF-21 в статистическия бюлетин за 2005 г. и Mathen et al., 2005.

⁽¹³²⁾ Вижте Таблица INF-12 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹³³⁾ Вижте Таблица INF-13 и Фигури INF-7 и INF-8 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹³⁴⁾ Вижте Таблицы INF-3, INF-14 и INF-15 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 17: Официално оповестени случаи на хепатит С, процент на случаите, в които е налице инжекционна употреба на наркотици, 1992 – 2003 г.



(¹) Данните не са за националното равнище.
Забележка: А – остри случаи; АС – остри и хронични случаи; С – хронични случаи.
Източник: Национални фокусни центрове от мрежата Reitox.

който е индикатор за минала инфекция, а сред тези с отрицателни резултати от изследването – възможност за ваксиниране. През 2002 – 03 извадки от употребяващи наркотици чрез инжектиране с наличие на маркера от над 60% се отчитат от Белгия, Естония и Италия, докато извадки с наличие под 30% бяха отчетени от Белгия, Испания, Италия, Австрия, Португалия, Словения, Словакия и Обединеното кралство (¹³⁵). Данните за оповестените случаи на хепатит В за периода 1992 – 2003 г. сочат, че в страните, за които разполагаме с такива данни, относителният дял на случаите с инжектиращи наркотици се увеличава (¹³⁶). В Северния район голямата част оповестени остри случаи на хепатит В засягат употребяващите наркотици чрез инжектиране, а в няколко страни случаите на повишена заболяемост от хепатит В съвпадат с увеличаване на инжекционната употреба на наркотици (Blystad et al., 2005).

За кратък обзор на останалите инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици, вижте Годишния доклад 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/en/page074-en.html>).

Превенция на инфекциозните заболявания, свързани с употребата на наркотици

Въпреки че националните политики на държавите-членки са различни и отразяват тяхното собствено положение в областта на наркотиците и политическия контекст, налице е също така увеличаващ се брой факти, доказващи зараждащия се на европейско равнище консенсус по ключовите елементи, необходими за една ефективна ответна реакция в борбата с HIV и останалите инфекциозни заболявания сред инжектиращите наркотици (¹³⁷). Подходящите мерки включват подобряване на достъпа до лечение за употреба на наркотици (WHO, 2005), развитието на услуги с ниски прагови равнища за достъп и предоставянето на стерилни материали и образователни програми. Следва да се отбележи, че съществуват различия между страните по отношение на значението, което те придават на отделни елементи на обслужването. От особено значение е да се осигури достатъчен достъп до орална субституираща терапия за употребяващите опиати чрез инжектиране, тъй като тя значително намалява свързаното с употребата на наркотици високо рисково поведение, застрашаващо от предаване на HIV инфекцията (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Достъп до игли и спринцовки

Програмите за игли и спринцовки (ПИС) (NSP) започнаха да се изпълняват в Европейския съюз в средата на 80-те години като непосредствена ответна реакция срещу заплахата от епидемия от HIV сред инжектиращите наркотици и бързо се разпространиха и разшириха през следващото десетилетие (Фигура 18). През 1993 г. в повече от половината от сегашните държави-членки на ЕС на 25-те и Норвегия вече съществуваха обществено финансирани програми. Днес подобни програми съществуват в България, Румъния и Норвегия, както и във всички страни на ЕС, с изключение на Кипър, където обаче стерилни материали могат свободно да се получат в аптеките и понастоящем се обсъжда въвеждането на официална програма за игли и спринцовки (¹³⁸). След като в дадена страна бъдат въведени подобни програми, географското покритие на пласментните точки на програмите за игли и спринцовки обикновено непрекъснато се разраства. Сега много страни са достигнали пълно географско покритие, като аптеките са особено важен партньор в няколко от държавите-членки. Но в Швеция двете програми, които започнаха да се изпълняват през 1986 г. в южната част на страната, досега остават единствени, а в Гърция броят на програмите за игли и спринцовки е ограничен и те се предлагат единствено в Атина (¹³⁹).

(¹³⁵) Вижте Фигури INF-9, INF-10, INF-22 и INF-23 в статистическия бюлетин за 2005 г.

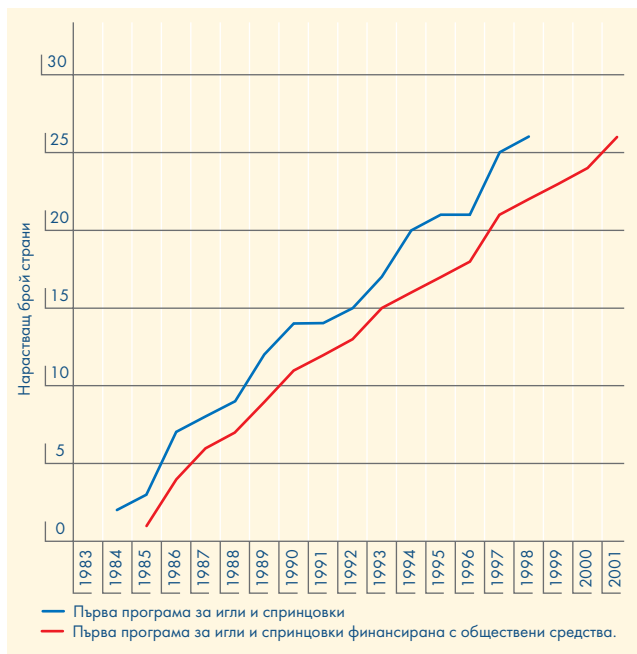
(¹³⁶) Вижте Фигура INF-14 в статистическия бюлетин за 2005 г.

(¹³⁷) На две наскоро състояли се конференции, европейски правителствени представители потвърдиха своето партньорство в борбата срещу HIV/СПИН и дефинираха мерки за засилване реакциите в тази област (Декларацията от Дъблин от м.февруари 2004 г.; и Декларацията от Вилнос от м.септември 2004 година). Всички най-важни документи на ЕС за HIV/СПИН могат да се намерят на уебсайта за общественото здраве на Европейската комисия (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

(¹³⁸) Вижте Таблица NSP-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

(¹³⁹) Вижте "Достъп до игли и спринцовки" в статистическия бюлетин за 2005 г.

Фигура 18: Въвеждане на програмите за игли и спринцовки в 23 страни от ЕС, Норвегия и България



Източник: Национални доклади от мрежата Reitox (2004).

Програмите за игли и спринцовки обикновено са силно интегрирани в работата на агенциите за консултации по въпросите на наркотиците, които работят с ниски прагови равнища на достъп (вж. карето “Да направим услугите по-достъпни”), в работата на терен и в грижите за бездомните в страните от ЕС и Норвегия. Тъй като агенциите, които имат ниски прагови равнища на достъп, успяват успешно да достигнат скритите популации на активно употребяващите наркотици, те могат да бъдат важна отправна точка за контакт, превенция, образование и консултации, както и за даване на направления за лечение. Също така, все повече се признава фактът, че услугите с ниско прагово равнище на достъп могат да бъдат една важна платформа за предлагане на основни медицински грижи, тестване за инфекциозни заболявания и ваксинация, както и за лечение на вирусни заболявания за членове на общността, за които по различни причини достъпът до официалното здравеопазване е затруднен.

Програмите за игли и спринцовки се посочват като доминиращ подход в превенцията на инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици в 16 държави-членки на ЕС и Норвегия, както и като обичаен подход в още шест страни, а в две трети от страните в ЕС се смятат за приоритетна политическа ответна реакция срещу инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици ⁽¹⁴⁰⁾.

Да направим услугите по-достъпни

Понятието “ниско прагово равнище” описва конкретни условия на предоставяне, чиято цел е да се улесни достъпа на употребяващите наркотици до социалните и здравни услуги. За да намалят праговото равнище за достъп, агенциите се разполагат на определени места, а работното им време е съобразено с нуждите на клиентите и пациентите им, като включва късните вечерни и нощни часове. Ниско праговите агенции често предоставят своите услуги и чрез работници на терен. Ползването на услугите на тези агенции изисква по-малко бюрокрация и често е безплатно и не е обвързано със задължение от страна на клиентите им да са “чисти” или да станат “чисти” от наркотици. Подобни агенции се насочват към текущо употребяващи наркотици, които никога не са влизали в контакт с други служби за здравни услуги и услуги, свързани с употребата на наркотици, и такива, които са прекъснали контактите си. Техните услуги са насочени към “трудните за достигане” групи и специфични високо рискови групи употребяващи, както и експериментално употребяващи наркотици (например, като предлагат услугите си в клубове и дискотеки или други места за забавление). Ниско праговите условия на предлагане на услугите могат да се прилагат от улични агенции, дневни центрове за посещения и полеви здравни лечебници, а също и от места за временно настаняване при спешни случаи. В рамките на една система за всеотстранни грижи и благодарение на лесния достъп до тях, тези агенции могат да играят важна роля за достигането до “скритите” или “по-трудни за достигане” групи на употребяващи наркотици. Освен че мотивират употребяващите да потърсят лечение и им дават направления за лечение, те често предоставят услуги “за оцеляване”, включително храна, дрехи, подслон, стерилни инжекционни материали и медицински грижи. Те са важна среда за разпространяване на здравни послания и за повишаване на познанията и уменията в областта на безопасната употреба сред тези, които употребяват наркотици с експериментална цел, или по един зависим или проблемен начин. Все по-често те започват да предоставят също и лечебни услуги.

Доказателства за ефикасността на програмите за игли и спринцовки

Научните изследвания за ефикасността на програмите за игли и спринцовки (ПИС) за намаляване на HIV/СПИН сред инжектиращите наркотици датира още от 80-те години ⁽¹⁴¹⁾. Един преглед на литературата, публикувана от СЗО през 2004 г. завършва със заключението, че са налице неоспорими доказателства, че увеличаването на достъпа до и използването на стерилни материали за инжектиране от употребяващите наркотици чрез инжектиране, значително намалява HIV инфекциите, както и че няма данни за някакви съществени неочаквани отрицателни последици (WHO, 2004). Все пак заключението в този преглед признава, че сами по себе си програмите за игли и спринцовки не са достатъчни за контролиране на

⁽¹⁴⁰⁾ За обзор на националните мерки срещу инфекциозните заболявания, вижте уеб сайта на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ За списък на някои ключови рецензии, вижте уеб сайта на ЕЦМНН (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

HIV инфекциите сред употребяващите наркотици чрез инжектиране и че тези програми трябва задължително да се съпътстват от ред допълнителни мерки за контрол на HIV инфекциите сред и от употребяващите наркотици чрез инжектиране. При анализа на съотношението цена-ефикасност на програмите за игли и спринцовки, de Wit и Bos (2004) правят извода, че тези програми са икономически ефективни за предотвратяване разпространението на HIV и освен намаляването на HIV имат и допълнителни и заслужаващи усилията ползи, като осъществяването на контакт между трудно достъпните групи, употребяващи наркотици и здравните и социални служби.

Превенция на хепатит

Инжектиращите наркотици са изложени на много висок риск от заразяване с вирусен хепатит В и С (HBV и HCV) и 50 – 80% от употребяващите наркотици се заразяват в рамките на пет години след като започнат да го инжектират, което може да доведе до хронични инфекции, които могат да увредят и изцяло да разрушат черния дроб (ЕЦМНН, 2004b). Въпреки че понастоящем не съществува ваксина срещу хепатит С, заразяването с хепатит В може ефикасно да се предотврати чрез ваксиниране ⁽¹⁴²⁾.

През изминалото десетилетие няколко страни от ЕС въведоха или отново върнаха имунизациите срещу хепатит В в своите национални програми и ваксинирането сега е част от имунизационния календар на децата в повечето страни от ЕС. Досега само Дания, Холандия, Швеция, Обединеното кралство и Норвегия не са изпълнили препоръката на СЗО ⁽¹⁴³⁾.

Въпреки че са необходими няколко десетилетия, за да не останат популации, изложени на реален риск, в повечето страни на ЕС и Норвегия понастоящем се въвеждат целенасочени програми за ваксиниране на употребяващите наркотици. За да достигне до популациите, за които е предназначено, ваксинирането на употребяващите наркотици се извършва на лесно достъпни за тях места и все по-често – в местата за лишаване от свобода ⁽¹⁴⁴⁾.

Имунизационните кампании за хепатит В често се съчетават с ваксинации срещу хепатит А и консултации за вирусния хепатит С, тестване и насочване за лечение. Въпреки че лечение на хепатит С се предлага във всички страни, за употребяващите наркотици достъпът до него на практика може да се окаже труден.

Тъй като официалните медицински указания се смятат за важен инструмент за управление на провежданото лечение за хепатит С, през 2003 – 04 г. те бяха тема за анализ в ЕЦМНН ⁽¹⁴⁵⁾. Повечето ръководства препоръчват употребяващите наркотици да бъдат лекувани след като са спрели да вземат наркотици или са се задържали на орална субституираща терапия в продължение на един период от време, който може да бъде от три месеца до две години. Колкото по-нови са документите с указания, толкова по-вероятно е те да са съобразени с научните изследвания, които показват ползата за употребяващите наркотици от един мултидисциплинарен подход в лечението, провеждано от екипи от хепатолози и специалисти в областта на употребата на наркотици. Увеличаването напоследък на указанията на национално равнище вероятно ще подобри възможностите за лечение и ще повиши резултатите за употребяващите наркотици.

Смъртност, свързана с употребата на наркотици

Смъртност, свързана с употребата на хероин

Понятието “смъртност, свързана с употребата на наркотици”, използвано в настоящия раздел, означава смъртност, причинена непосредствено от употребата на един или повече наркотици и обикновено настъпила скоро след вземането на веществото или веществата. Тази смъртност е известна като настъпила от “свръхдоза”, “отравяне” или “предизвикана от употреба на наркотици” ⁽¹⁴⁶⁾.

Опиатите присъстват в повечето отчетени в ЕС случаи на “смъртност, свързана с употребата на наркотици”, предизвикани от незаконни вещества, въпреки че в много от случаите при токсикологичния анализ се откриват и други вещества, по-конкретно алкохол, бензодиазепини, а в някои страни и кокаин ⁽¹⁴⁷⁾.

В периода между 1990 г. и 2002 г. страните от ЕС съобщават за 7 000 – 9 000 смъртни случаи годишно причинени от свръхдоза ⁽¹⁴⁸⁾, което се изчислява на над 100 000 смъртни случаи общо за периода. Тези стойности могат да се смятат за минимални, защото в много страни е възможно да са отчетени занижени стойности.

⁽¹⁴²⁾ За допълнителна информация относно хепатита, посетете уеб сайта на ЕЦМНН (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Доклад на 14-та Световна съветствателна група: Разширена програма за имунизациите; 14 – 18 октомври 1991, Анталия, Турция, одобрен от Световната здравна асамблея през 1992 г.

⁽¹⁴⁴⁾ Вижте таблицата за ваксинациите срещу хепатит В (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Консултантско проучване за указанията за провеждане на лечение за хепатит С сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Това е дефиницията, съгласувана от групата национални експерти в ЕЦМНН: вижте методическите бележки “Дефиниция на ЕЦМНН за смъртност свързана с употребата на наркотици” в статистическия бюлетин за 2005 г. и Стандартен протокол за смъртност свързана с употребата на наркотици, версия 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Повечето страни имат своя национална дефиниция за случая, която понастоящем е същата като тази на ЕЦМНН или е относително сходна на нея, въпреки че някои страни включват и случаите на смъртност, дължаща се на психоактивни лекарствени средства или на смъртност, която не е предизвикана от свръхдоза, които обикновено имат ограничен относителен дял (вижте “Национални дефиниции на смъртност, свързана с употребата на наркотици” в статистическия бюлетин за 2005 г.).

⁽¹⁴⁷⁾ Вижте Таблица DRD-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁴⁸⁾ Вижте Таблицы DRD-2 и DRD-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Свърхдозата опиати е една от водещите причини за смъртността сред младежите в Европа, особено сред мъжете в градските райони (ЕЦМНН, 2004с). Понастоящем свърхдозата също е главната причина за смъртността сред употребяващите опиати в ЕС като цяло; например през 2001 г. държавите-членки на ЕС-15 отчетоха 8 347 смъртни случая, свързани с употребата на наркотици, в сравнение с 1 633 смъртни случаи от СПИН сред инжектиращите наркотици (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, въпреки че не трябва да се пренебрегват разходите и възможните по-продължителни проблеми при HIV инфекцията.

Повечето употребяващи наркотици, които вземат свърхдоза са мъже и те са 60 – 100% от случаите, като в повечето страни относителният им дял е в диапазона между 75 и 90%. Повечето жертви на свърхдоза са 20- или 30-годишни, със средна възраст средата на 30-те години (диапазон 22 – 45 години). Средната възраст е най-ниска в няколко от новите държави-членки (Естония, Латвия, Литва и Румъния), като в много от тях относителния дял на жертвите на свърхдоза на възраст под 25 години е сравнително висок, което вероятно е отражение на факта, че употребата на хероин в тези страни е предимно сред по-младото население ⁽¹⁵⁰⁾.

Смъртни случаи, свързани с употребата на метадон

Няколко са страните, които съобщават за наличие на метадон в значителен дял от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици в националните доклади от мрежата Reitox 2004. Информацията е предоставена съобразно националната терминология и в някои от случаите е трудно да се направи преценка за конкретната роля на метадона за смъртта; някои случаи са истински метадонови интоксикации, но в други само се отбелязва наличието на това вещество. Дания съобщава за наличие на метадон в 49% от смъртните случаи от интоксикация (97 от 198 случая, от които 64 случая се дължат единствено на метадон). Германия отчита, че 23% от случаите се дължат на "субституиращи вещества", като от тях 3% се дължат единствено на такива вещества (55 случая), а 20% – на комбинация с алкохол и наркотици (354 случая), докато през 2002 г. тези цифри бяха общо 30% (7% само на веществото и 23% – в комбинация). Обединеното кралство отчита 418 случая, в които се "споменава" метадон, въпреки че това не означава, че връзката с него е случайна. Другите страни по-рядко съобщават за наличие на метадон в смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици: Франция (осем случая – самостоятелно или в комбинация), Австрия (отчетено в 10% от смъртните случаи), Португалия (открит в 3% от случаите) и Словения (четири смъртни случая, дължащи се на метадон). В националните доклади от мрежата Reitox за 2003 г. Ирландия и Норвегия също съобщават за значителен брой случаи, свързани с наличието на метадон.

Както всички опиати, метадонът е потенциално токсично вещество, но изследванията показват, че субституиращата терапия намалява риска от смъртност от свърхдоза сред участниците в програмата за лечение. Няколко проучвания показват, че смъртните случаи, в които е намесен и метадон, по-често са резултат от незаконната му употреба, а не от употреба по лекарско предписание, а други изследвания установяват, че рискът през първоначалните фази на метадоновото поддържащо лечение е по-голям. Тези изводи предполагат необходимостта от осигуряване на добри стандарти за качество на субституиращите терапевтични програми.

Смъртни случаи, свързани с употребата на фентанил и бупренорфин

През последните години Балтийските държави отчетат известен брой смъртни случаи, в които при токсикологичното изследване е открит фентанил, много често в съчетание с хероин. В своя национален доклад Швеция съобщава за 13 смъртни случая през 2003 г. свързани с употреба на фентанил сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, в сравнение със само няколко инцидентни случая през предишните години. За информацията относно ролята на бупренорфина за смъртността, свързана с употребата на наркотици, вижте подбраният материал за бупренорфина.

Тенденции в тежката смъртност, свързана с употребата на наркотици

Тенденциите при смъртността, свързана с употребата на наркотици, са различни за отделните страни ⁽¹⁵¹⁾ и дори в различните райони, което е резултат от неравномерността в разпространението на хероиновата епидемия и на неговата употреба, в рисковото поведение (напр. относителен дял на инжектиращите, употреба на много видове наркотици), в осигуряването на лечение и съпътстващи услуги за употребяващите наркотици, и вероятно в достъпността и характеристиките на хероина. Разликите в организацията и политиките за спешното медицинско обслужване също могат да играят важна роля за това.

Предвид тези ограничения, могат да бъдат определени някои общи тенденции за ЕС, и по-конкретно за страните-членки на ЕС-15, за които разполагаме с повече и по-систематични данни. Като цяло през 80-те и в началото на 90-те години бе наблюдавано ясно изразено увеличение на смъртността, свързана с употребата на наркотици. Независимо от отчетените понижения в някои страни, през периода 1990 – 2000 г. в Европа се запази цялостната тенденция към увеличаване, въпреки че вече с по-бавен темп. През 2000 г. бяха отчетени 8 930 смъртни случая, в сравнение с 6 426 през 1990 г. (увеличение от 40%) ⁽¹⁵²⁾. В повечето от по-старите държави-членки,

⁽¹⁴⁹⁾ Цифрата за смъртните случаи от СПИН се отнася за западните райони на Европа според класификацията на СЗО и включва смъртните случаи в няколко страни, които не са членки на ЕС, например Швейцария, Исландия и Израел.

⁽¹⁵⁰⁾ Вижте Фигура DRD-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

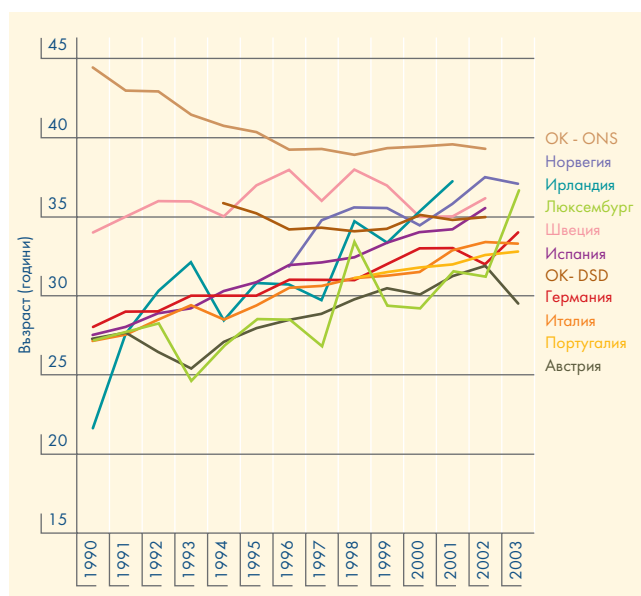
⁽¹⁵¹⁾ Вижте Фигура DRD-7 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁵²⁾ Вижте Фигура DRD-8 в статистическия бюлетин за 2005 г.

сред жертвите на свръхдоза може да се наблюдава тенденция към застаряване, което предполага един "ефект на застаряващата кохорта", който вероятно е свързан с намаляване на броя на ново ввлечените млади наркомани (Фигура 19).

От 2000 г. обаче, много страни в ЕС отчитат намаляване на броя на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици. В държавите-членки на ЕС-15 и Норвегия общият брой спадна от 8 930 през 2000 г. на 8 394 през 2001 г. (6% намаление) и на 7 122 случая през 2002 г. ⁽¹⁵³⁾ (ново 15% намаление). За 2003 г. информацията отчетоха само 10 страни и поради това изводите за тенденциите в ЕС трябва да се правят предпазливо. Все пак, на базата на информацията от тези 10 страни, през 2003 г. се наблюдава 5% намаление, или само една трета от намалението отчетено през 2002 г. От 10-те страни, предоставили информация за 2003 г., три съобщават за увеличение, една отчита запазване и шест съобщават за намаление, от които Гърция (22%) и Италия (17%) са с най-голямо намаление ⁽¹⁵⁴⁾. Това развитие на тенденциите трябва да предизвика сериозна загриженост, тъй като е възможно факторите, на които се дължи намалението на смъртността,

Фигура 19: Тенденции при средната възраст на жертвите на тежки смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици в някои от държавите-членки на ЕС-15 в периода 1990 – 2001/2003



Забележка: Фигурата представя данни от страните, които съобщават средната възраст на жертвите през повечето от годините, попадащи в отчетния период.

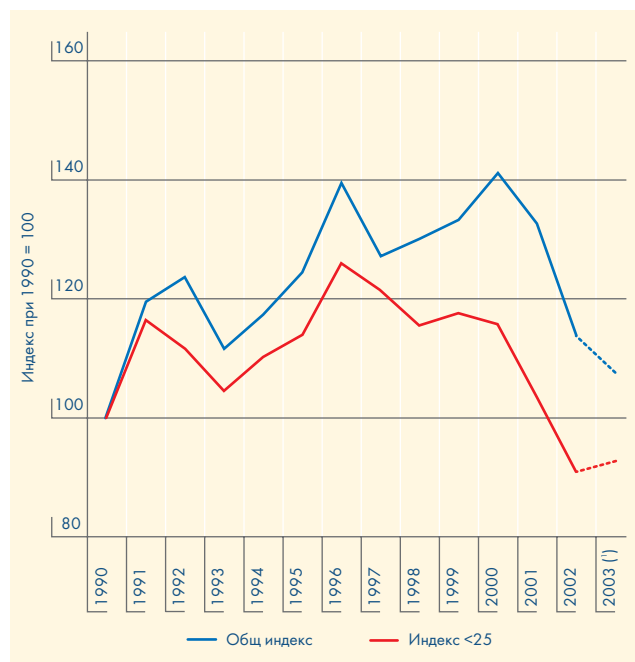
Информацията ползва за база "националните дефиниции", така както те са представени в Таблица DRD-6 в статистическия бюлетин за 2005 г. В Англия и Уелс се използва "дефиницията от стратегията в областта на наркотиците".

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни, снети от националните регистри на смъртните случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски).

свързана с употребата на наркотици в периода между 2000 г. и 2002 г. (намаление от почти 20%), да отпаднат през 2003 г.; това е особено важно, тъй като смъртността, свързана с употреба на наркотици, все още е на исторически високи равнища – приблизително същата както в началото на 90-те години (Фигура 20).

Като цяло, свързаната с наркотиците смъртност сред младежите на възраст под 25 години намалява относително устойчиво от 1996 г. насам, което е показател за вероятно намаление в броя на младите инжектиращи (Фигури 19 и 20) в резултат от тенденцията за намаляване или запазване на техния брой в повечето от държавите-членки на ЕС-15, с изключение на Франция, Швеция и Норвегия. Все пак, в няколко нови държави-членки се наблюдава ясно изразено увеличение на относителния дял на жертвите на възраст под 25 години в периода между средата на 90-те и 2000 – 2002 г., което предполага увеличаване на ново

Фигура 20: Общи тенденции при тежките смъртни случаи, свързани с употреба на наркотици в държавите-членки на ЕС-15 и тенденции при относителния дял на жертвите на смъртни случаи, свързани с употреба на наркотици, на възраст под 25 години, за периода 1990 – 2003 г.



⁽¹⁾ Стойността за 2003 г. е условна, тъй като за тази година само десет страни са предоставили данни. Стойността за 2003 г. ползва за база онези страни, които са предоставили данни както за 2002 г., така и за 2003 г.

Забележка: Индекс: 1990 = 100. Броят на случаите годишно за всяка страна е представен в Таблица DRD-2 (части i и v), в статистическия бюлетин за 2005 г.

Белгия не е предоставила данни за 1998 – 2001 г., а Ирландия – за 2002 г. За да се коригира това положение е използван изчислителен метод, дефиниран в ЕЦМНН (2001).

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни, снети от регистрите на общите смъртни случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски), като се ползват за база националните дефиниции, така както те са представени в Таблица DRD-6 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁵³⁾ Не са включени стойностите за Белгия и Ирландия за 2002 г. (през 2001 г. в Ирландия има 88 случая).

⁽¹⁵⁴⁾ На базата на простия статистически модел на Poisson. Данните от полицията в Норвегия също сочат явно намаление през 2003 г.

въвлечените в употребата на наркотици младежи ⁽¹⁵⁵⁾. В допълнение към това, наблюдаваното от 2000 г. насам намаление на равнище ЕС-15 е преди всичко сред мъжете (намаление от 21.9%) При жените намалението е в много по-малка степен (14.5%), а през 2003 г., за разлика от мъжете, тенденцията към намаляване сред жените се променя в обратната посока ⁽¹⁵⁶⁾.

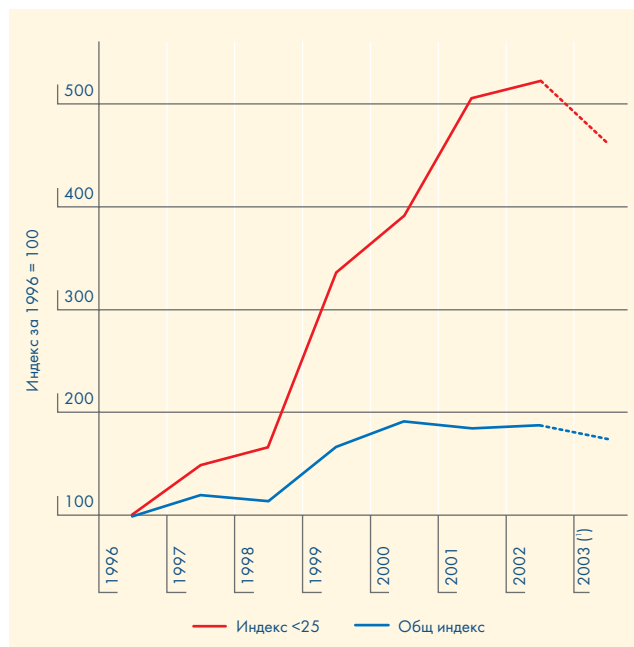
Определянето на тенденциите за новите държави-членки е трудно поради ограничената информация, с която разполагаме. Въпреки че съществуват различия между отделните страни, наличната информация сочи, че свързаната с наркотиците смъртност е започнала да се увеличава по-изразено в началото до средата на 90-те години. Това се съпътства също така от увеличение на относителния дял на жертвите на възраст под 25 години, което се наблюдава между средата на 90-те години и 1999 – 2000 г. в повечето от страните, които са предоставили информация ⁽¹⁵⁷⁾. В новите държави-членки за които разполагаме с информация, броят на жертвите на възраст под 25 години е нараснал значително повече от общия брой от 1996 г. до близкото минало (Фигура 21), което е в подкрепа на мнението за една по-неотдавнашна епидемия. От 2000 г. насам смъртните случаи, дължащи се на незаконни вещества, са се стабилизирани или са намалели в България, Чехия ⁽¹⁵⁸⁾, Латвия (през 2003 г.) и Унгария. Като цяло през последните години се наблюдава известна степен на стабилизиране, но това заключение трябва да се обмисли внимателно, тъй като в много от страните качеството и ефикасността на отчитането са все още ограничени. Вероятното увеличение на употребата на хероин, което се наблюдава през 90-те години в много от новите държави-членки, може да е било компенсирано от увеличаване на предоставяните услуги за лечение през последните години или от други фактори, но е трудно да се прогнозира бъдещите тенденции (Фигура 21).

В заключение може да се каже, че въпреки положителното развитие от 2000 г. до 2002 г., което вероятно е свързано с фактори като отказа от инжектиране сред употребяващите опиати в няколко страни и увеличаване на предлаганото лечение, както и възможното стабилизиране или намаляване на броя на употребяващите опиати, текущите стойности остават високи в по-дългосрочна перспектива и са налице признаци, че подобрението вероятно няма да продължи.

Обща смъртност сред употребяващите опиати

Общата смъртност сред употребяващите опиати е до 20 и повече пъти по-висока от тази сред общото население на същата възраст. Тази повишена смъртност е особено висока сред инжектиращите. Независимо от слабо разпространение на пристрастеността към опиати, това условие оказва значително влияние върху

Фигура 21: Общи тенденции при тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици в новите държави-членки и страните-кандидатки и тенденции в относителния дял на жертвите на възраст под 25 години за периода 1996 – 2003.



(*) Стойността за 2003 г. е условна.

Забележка: Страните, които са включени са България, Чехия, Естония, Латвия, Литва, Унгария, Малта и Словения. Индекс: 1996 = 100. Броят на случаите годишно за всяка страна е представен в Таблица DRD-2 (част ii), в статистическия бюлетин за 2005 г.

Важно е да се знае, че индексът е изчислен като са използвани данни от ограничен брой страни. Имайте предвид също така, че Чехия и Естония имат значителен дял на жертви на възраст под 25 години.

Естония не е предоставила данни за 1996 и 2003 г., Унгария – за 2002 г., а Чехия – за годините от 1996 до 2000. Методът на изчисление е разгледан подробно в ЕЦМНН (2001).

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2004) с данни, снет от регистрите на общите смъртни случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски), като се ползват за база националните дефиниции, така както те са представени в Таблица DRD-6 в статистическия бюлетин за 2005 г.

смъртността сред младото население в Европа (Bargagli et al., 2004).

Причините за смъртността сред употребяващите опиати включват не само свръхдозата, но също и СПИН и другите инфекциозни заболявания, както и външните причини (злополуки, насилие, самоубийства и др.). Главната причина за смъртността сред групите, в които HIV инфекцията е слабо разпространена, е свръхдозата. През последните години смъртността от СПИН е намаляла значително, дори сред групите, в които HIV инфекцията е силно разпространена, което се дължи на улеснения след 1995 г. достъп до лечение HAART (за общите цифри за Европа вижте по-горе) ⁽¹⁵⁹⁾.

⁽¹⁵⁵⁾ Вижте Фигура DRD-9 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁵⁶⁾ Вижте Фигура DRD-6 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁵⁷⁾ Вижте Фигура DRD-9 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁵⁸⁾ Като се отчитат само случаите, които попадат в "Селекция D" на ЕЦМНН, която включва незаконните наркотици. Националната дефиниция включва много случаи, настъпили в резултат от употреба на психоактивни вещества (75%).

⁽¹⁵⁹⁾ Смъртност сред употребяващите наркотици в ЕС: координиране и изпълнение на нови групови проучвания, последващи дейности и анализ на съществуващите групи и разработване на нови методи и продукти, доклад на ЕЦМНН СТ.00.ЕР.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

С напредването на възрастта на употребяващите опиати, смъртността постепенно се увеличава, тъй като към смъртните случаи, дължащи се на свръхдоза и външни причини, като самоубийства и насилие, се прибавят тези от хронични заболявания (като цироза на черния дроб, рак, заболявания на дихателната система, ендокардит, СПИН) (национален доклад на Холандия).

Освен това, значителен принос за високата смъртност сред употребяващите наркотици често имат условията на живот и други фактори, различни от употребата на наркотици (скитничеството, умствената изостаналост, насилието, лошото хранене и др.). Проучванията показват, че смъртността сред пациентите в психиатричните клиники е четири пъти по-висока от тази сред общото население (Korkeila, 2000), а смъртността сред бездомните е също три до четири пъти по-висока, отколкото сред населението като цяло (Hwang, 2001).

Намаляване на смъртността, свързана с употребата на наркотици

Ответни политики

Целта в политиката на ЕС за периода 2000 – 2004 за съществено намаляване на смъртността, свързана с употребата на наркотици, се ползва със значителна подкрепа сред държавите-членки. Осем от държавите-членки на ЕС-15 (Германия, Гърция, Испания, Ирландия, Люксембург, Португалия, Финландия и Обединеното кралство), плюс четири от новите държави-членки (Кипър, Латвия, Литва и Полша) включиха намаляването на смъртността, свързана с употребата на наркотици в своите национални стратегически документи ⁽¹⁶⁰⁾. Фактът, че в няколко нови държави-членки все още липсва надеждна информация за броя на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, е важна пречка за изработването на адекватна политика.

Новата стратегия на ЕС в областта на наркотиците (2005 – 2012) определя като първостепенен приоритет подобряването достъпа до ред услуги, които могат да намалят заболяемостта и смъртността, свързани с наркотичната зависимост, а броят на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, е определен за един от основните индикатори за напредъка в посока към постигането на тази цел през първия четиригодишен план за действие (2005 – 08) ⁽¹⁶¹⁾.

Мерки за намеса

Важна мярка за намеса от гледна точка на въздействието ѝ върху смъртността, свързана с употребата на наркотици, е адекватното осигуряване на лечение и особено на субституиращо лечение (WHO, 1998; ASMD, 2000; Brugul et al., 2005). През 80-те години и дори в още по-голяма степен през 90-те години, субституиращото лечение претърпя бързо

развитие в Европа и особено в държавите-членки на ЕС с висока степен на разпространение на инжекционната употреба на хероин. Понастоящем повече от половин милион употребяващи хероин в ЕС, което е между една четвърт и една втора от приблизителния размер на целевата група от употребяващи хероин, са включени в програми за лечение със субституираща терапия.

В страните, в които повече от половината от популациите с проблемна употреба на наркотици е на субституираща терапия, е много вероятно да има намаление на равнищата на инжектиране на наркотици и свързаното с това рисково поведение, с последващо намаление на смъртните случаи от свръхдоза.

През 2003 г. Европейският съвет препоръча на държавите-членки на ЕС редица мерки за намаляване броя на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици ⁽¹⁶²⁾. Освен осигуряването на лечение срещу наркотичната зависимост, те включват и подобряване на образованието и разпространението на информация за риска от свръхдозата и тактичното отношение с употребяващите наркотици и техните компании и семейства; а също и активни стратегии за достигане до онези от тях, които не поддържат контакти със службите, чрез работа на терен и лесно достъпни и привлекателни услуги в областта на употребата на наркотици. Степента, в която са изпълнени тези препоръки и резултатите от това се подлагат на подробна оценка от Комисията, като доклада за нея се очаква да излезе през 2006 г.

Демографският профил на жертвите на свръхдоза показва, че по-възрастните употребяващи хероин, които не са преминали лечение, са най-застрашени да изгубят живота си в резултат на свръхдоза наркотици. Конкретна ефикасна мярка за достигането до тази приоритетна група е създаването на места за употреба на наркотици под наблюдение ⁽¹⁶³⁾. Подобни услуги понастоящем се предоставят в 15 града в Германия и в 15 града в Холандия, както и в Мадрид, Барселона и Билбао (Испания) и в Осло (Норвегия).

Лечение срещу употребата на опиати

От обикновена гледна точка, съществуващите възможности за лечение на проблемната употреба на опиати могат да бъдат разделени на три основни категории: медицински подпомогнато лечение (МПЛ) (МАТ), лечение без лекарства и лечение с оттегляне (последното няма да бъде разгледано тук). Въпреки това, разглеждането на въпросите за зависимостта и оттеглянето е само един аспект на успешното лечение на проблемната употреба на опиати. Подпомагането на лицето за повторното му включване в живота на обществото чрез социалната му интеграция, напр. намиране на работа и осигуряване на жилище, както и развиването на необходимите социални умения и умения за справяне с проблемите за избягване

⁽¹⁶⁰⁾ Вижте обзорната таблица: Стратегии и избрани мерки за намаляване на смъртността свързана с употребата на наркотици (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Вижте Стратегия на ЕС в областта на наркотиците 2005 – 2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Европейски доклад за статите за употреба на наркотици (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

върщането към наркотиците, вероятно са също толкова важни за осигуряването на един положителен резултат в по-дългосрочен план. Многобройните проучвания сочат, че хората с проблеми с опиатите често имат многократни лечебни контакти и че терапевтичните цели, и особено лечението на абстиненцията, не винаги се постигат при първия лечебен контакт на лицето, а могат да се осъществят чрез многократни терапевтични интервенции.

Медицински подпомогнато лечение

Медицински подпомогнатото лечение (МПЛ) включва както субституиращо лечение с агонисти (метадон,

бупренорфин, дихидрокодеин, хероин, бавно действащ морфин), така и лечение с антагонисти (например налтрексон), въпреки че второто не е така широко използвано.

Метадоновото лечение се предлага в почти всички държави-членки (вж. Таблица 3) и продължава да бъде най-често предписваното субституиращо лечение в Европа. Но в последните години се разшириха възможностите за лечение. Днес бупренорфиново лечение се предлага в 18 от 26-те страни за които разполагаме с информация. Лечението с други агонисти, както и с антагонисти (налтрексон, налоксон или клонидин) се използва по-рядко в ЕС. В Белгия

Таблица 3: Вещества, използвани за медицински подпомогнато лечение в Европа (включително в процес на изпробване)

Страна	Метадон	Бупренорфин	Дихидрокодеин	Бавно действащ морфин	Хероин	Налтрексон/ налоксон	Клонидин
Белгия	X	X	X			X	X
Чехия	X	X					
Дания	X	X					
Германия	X	X	X		X	X	
Естония	X	X					
Гърция	X	X				X	
Испания	X	X			X		
Франция	X	X		X			
Ирландия	X						
Италия	X	X				X	X
Кипър							
Латвия	X						
Литва	X	X				X	
Люксембург	X	X		X			
Унгария	X						
Малта	X		X			X	X
Холандия	X	X			X	X	X
Австрия	X	X	X	X			
Полша	X						
Португалия	X	X				X	X
Словения	X						
Финландия	X	X					
Швеция	X	X					
Обединено кралство	X	X	X		X	X	X
България	X			X			
Румъния	X						
Норвегия	X	X					

NB: Липсва информация за Словакия и Турция.

Източник: Стандартна таблица за предлагането на лечение, свързано с употребата на наркотици.

понастоящем се провежда едно проучване за въвеждането на контролирани рецепти за хероин, а Австрия е получила експертно мнение за хероино-подпомогнато лечение на хронично зависими от употребата на опиати, което се базира на резултатите от съществуващите международни програми.

Последните цифри показват, че през 2003 г. в специализирани звена в ЕС е имало повече от

450 000 пациенти на субституиращо лечение (Таблица 4), от които повече от 90% са били на метадонова терапия. В допълнение към тях е имало пациенти, които са преминали друг вид субституиращо лечение (като например с дихидрокодеин, бавно действащ морфин или хероин) и такива, които са били на субституиращо лечение при своя общопрактикуващ личен лекар. За съжаление в настоящия момент не разполагаме с надеждни данни за тези аспекти на

Таблица 4: Приблизителна оценка за броя на пациентите на субституиращо лечение в Европа през 2003 г.

Страна	Пациенти на лечение с метадон в специализирани звена	Пациенти на лечение с бупренорфин в специализирани звена	Общ брой пациенти на субституиращо лечение в специализирани звена
Белгия	1 922	48	1 970
Чехия	368	204	572
Дания	4 971	484	5 455
Германия	65 000	9 000	74 000
Естония	60	13	73
Гърция	2 018	275	2 293
Испания	88 678	36	88 714
Франция	15 000	13 000	28 000
Ирландия	5 561	0	5 561
Италия	79 065	7 113	86 178
Кипър	0	0	0
Латвия	67	0	67
Литва	332	не се отнася	332
Люксембург	133	10	143
Унгария	750	0	750
Малта	698	0	698
Холандия	12 000	не се отнася	12 000
Австрия ⁽¹⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽²⁾
Полша	865	0	865
Португалия	9 765	2 743	12 508
Словения	1 909	0	1 909
Финландия	170	430	600
Швеция	800	1 300	2 100
Обединено кралство	128 000	не се отнася	128 000
България	380	0	380
Румъния	400	0	400
Норвегия	1 947	484	2 431
Общо ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽³⁾

⁽¹⁾ Това е броят на случаите, които са преминали лечение през годината, а не на отделните лица.

⁽²⁾ В Австрия около 46% от пациентите са на субституиращо лечение, различно от метадоновото и бупренорфиновото, и те са добавени тук, за да се получи точен общ брой. Разбивката по относителен дял се базира на първото лечение, през което са преминали пациентите.

⁽³⁾ По-високият сумарен общ брой се дължи на приблизително 2 950-те пациенти на субституиращо лечение с наркотици, различни от метадон и бупренорфин в Австрия (предимно бавно действащ морфин).

⁽⁴⁾ не се отнася = липсва информация. При изчисляването на общия брой, в колонките за които "липсва информация" е дадена стойност 0, така че посочените цифри са минимални стойности.

NB: Липсва информация за Словакия и Турция.

Източник: Стандартна таблица за предлагането на лечение, свързано с употребата на наркотици.

субституиращото лечение в много от държавите-членки и в резултат от това, не е възможно да бъдат определени единни стойности за целия ЕС.

Все пак някои от страните разполагат с надеждни данни или приблизителни оценки за броя на пациентите на субституиращо лечение при общопрактикуващите лични лекари и така дават важна информация за общата приблизителна оценка за пациентите на субституиращо лечение в ЕС. Броят на пациентите, преминали метадоново лечение при своя общопрактикуващ личен лекар през 2003 г. е бил 8 500 във Франция, 2 682 в Ирландия, 851 в Люксембург и 930 в Холандия. В допълнение към тях, в Чехия и Франция още съответно 1 200 и 70 000 пациенти са преминали бупренорфиново лечение при своя общопрактикуващ лекар. По прогнозни оценки общо 81 743 пациенти са били на субституиращо лечение при своя общопрактикуващ лекар в тези пет страни. Като се има предвид, че в специализирани звена на субституиращо лечение се водят над 450 000 пациенти, общият брой пациенти на субституиращо лечение вече надхвърли половин милионната граница и възлиза на приблизително 530 000. Но отново, тъй като информацията е непълна, цифрата 530 000 е една минимална прогнозна оценка за броя на употребяващите наркотици, които са на субституиращо лечение.

Равнището на достъпност на субституиращото лечение е много различно в държавите-членки на ЕС-15 и новите държави-членки и страните-кандидатки. Въпреки че в тях живее над 20% от общото население, в новите държави-членки и страните-кандидатки живеят само 1.3% от пациентите на субституираща терапия (тук не се включва Турция, за която не разполагаме с данни за субституиращата терапия). Само две от новите държави-членки – Чехия и Словения, са предоставили приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на наркотици, като и в двете субституиращото лечение е достъпно за по-малка част от проблемно употребяващите наркотици (съответно 16% и 26%), отколкото е средната стойност за страните от ЕС-15 (35%). Въпреки липсата на прогнозни оценки за разпространението на проблемната употреба на наркотици в останалите нови държави-членки и страните-кандидатки, равнището на субституиращата терапия е далеч под това в държавите-членки на ЕС-15. Като се има предвид високият риск от разпространение на инфекциозни заболявания в някои от страните и превантивната роля, която може да има медицински подпомогнатото лечение за тяхното ограничаване (вижте, например UNODC, 2002), това положение е причина за проявяване на загриженост.

През последните години се очертаха две отделни тенденции в медицински подпомогнатото лечение. Първата е продължение на тенденцията за увеличаване на достъпността на субституиращото лечение, въпреки че увеличението вече не е така силно изразено. В допълнение към това се наблюдава разнообразяване

на предоставяните вещества; например броят на страните, които съобщават за употреба на бупренорфин, се е увеличил от шест през 1999/2000 г. на 14 през 2003 г.

Трета, въпреки че не така ясно очертана тенденция, е увеличаващото се участие на общопрактикуващите лекари в провеждането на медицински подпомогнатото лечение. През 2000/2001 г. за участие на общопрактикуващи лекари съобщават само три от 15-те държави-членки (Белгия, Франция, Обединеното кралство), но сега това се отчита в 10 от държавите-членки на ЕС-15 (Белгия, Германия, Франция, Ирландия, Италия, Люксембург, Холандия, Австрия, Швеция и Обединеното кралство), както и в три от новите държави-членки (Чехия, Малта и Словения).

Лечение без лекарства

Лечението без лекарства се състои в прилагането на психосоциални и образователни техники за постигане на дълготрайно въздържане от употребата на наркотици. Традиционно лечението без лекарства е стационарно (резиденциално) и дългосрочно (амбулаторно), напр. в терапевтични общности. Днес то се предлага също и в обстановка, съобразена с условията в общността.

За разлика от медицински подпомогнатото лечение, за което в много държави-членки се водят централизирани национални регистри, регистрите за лечението без лекарства са рядкост и надеждните, ясни, количествено определени данни за този метод на лечение са съвсем оскъдни. Въпреки че не е възможно да се направи точно сравнение с медицински подпомогнатото лечение, докладите от държавите-членки показват, че МПЛ е основната форма на лечение за проблемно употребяващите опиати в повечето държави-членки на ЕС и общо на равнище ЕС. Все пак, някои страни отчитат общо предпочитание към лечението без лекарства пред медицински подпомогнатото лечение (Естония, Кипър, Литва, Полша и Финландия). В няколко страни, особено в Гърция, Испания и Норвегия, МПЛ и лечението без лекарства са на почти еднакви равнища.

Ново развитие в областта на осигуряване на качеството

Няколко страни (Германия, Австрия и Португалия) са издали указания за работа на медицинския персонал, ангажиран с лечението, свързано с употреба на наркотици. Усилията в рамките на стратегията на правителството на Обединеното кралство в областта на наркотиците показаха, че с инвестиране на бюджетните средства в организацията, наблюдението и персонала, могат да бъдат намалени списъците на чаканите и повече проблемно употребяващи наркотици да имат достъп до лечение и да останат на лечение. В Англия през 2003 – 2004 проблемно употребяващите наркотици, които са влезли в контакт със заведения за лечение срещу наркотици, са с 41% повече от тези през 1998 – 99 г., а от 2001 г. до сега времето за чакане е

намаляло с две трети. През 2003 – 2004 72% от пациентите успешно са преминали структурирано лечение, или са останали на лечение, в сравнение с 57% през 2000 – 2003 (NTA, 2004).

Обстановката, в която се предлага лечение без лекарства, значително се различава в отделните страни. В едната група страни (Германия, Гърция, Испания, Франция, Кипър, Люксембург, Холандия, Полша, Словения, Обединеното кралство) лечението без лекарства на проблемно употребяващите опиати се провежда предимно в амбулаторни условия, докато в една по-малка група страни се отчита предимно използването на стационарни условия (Ирландия, Италия, Австрия), а други не посочват ясно изразени доминиращи условия (Швеция, Норвегия).

Социална реинтеграция

Социалната реинтеграция се определя като “всяка социална интервенция, целяща интегриране на бивши или настоящи проблемно употребяващи наркотици в общността”. Трите “стълба” на социалната реинтеграция са: (1) жилището, (2) образованието и (3) заетостта (включително професионалното обучение). Също така могат да бъдат използвани и други мерки, като консултиране и дейности за свободното време.

Социалната реинтеграция е не толкова добре застъпена ответна мярка срещу проблемната употреба на наркотици колкото лечението и в резултат от това, наблюденията и отчетните данни в тази област са разпокъсани. Някои страни дават качествени оценки на усилията им в областта на социалната реинтеграция, но нито една не съобщава за достатъчно добро покритие. Всички страни, които отчетат подобна информация (Естония, Ирландия, Малта, Холандия, Румъния, Швеция и Норвегия), определят своите услуги и/или програми за социална реинтеграция като недостатъчни. Едно изключение от това правило е Гърция, където съществуват както относително широко разгърнати програми за социална реинтеграция, така и надеждни данни за броя на пациентите до които те достигат.

Конфискации и информация за пазара ⁽¹⁶⁴⁾

Производство, незаконна търговия и конфискации на опиати

Афганистан стана несравним световен лидер в доставките на незаконен опиум, особено след като през 2004 г. общата площ, на която се отглежда, отново бе увеличена. Световното производство на незаконен опиум през 2004 г. се оценява приблизително на 4 850 тона (4 766 тона през 2003 г.), от които Афганистан осигурява 87%, а Мианмар (Бирма) – 8%. Производство на опиум в света се запази стабилно през последните пет години, с изключение на

2001 г., когато една забрана за отглеждане на опиумен мак в Афганистан, наложена от Талибанския режим, доведе до рязко, но кратковременно намаляване. През 2004 г. световният потенциал за производство на хероин се оценяваше на 485 тона (477 тона през 2003 г.) (CND, 2005).

Хероинът, който се употребява в ЕС, е произведен предимно в Афганистан (във все по-големи количества), или по пътя на незаконния трафик на опиум, особено в Турция (UNODC, 2003а; INCB, 2005), както навлиза в Европа по два основни маршрута. Важният в миналото Балкански път продължава да играе решаваща роля в контрабандата на хероин. След като премине през Пакистан, Иран и Турция, маршрутът се разделя на южно разклонение, което преминава през Гърция, Бившата Югославска Република Македония, Албания, част от Италия, Сърбия, Черна гора и Босна и Херцеговина, и на северно разклонение – през България, Румъния, Унгария и Австрия. Международният съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB) (2005) съобщава, че през 2003 г. северното разклонение на Балканския път е станало доминиращо за незаконния трафик на хероин. От средата на 90-те години незаконният внос на хероин в Европа все повече преминава по “пътя на коприната” през Централна Азия, Каспийско море и Руската федерация, Беларус или Украйна (национални доклади от мрежата Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Въпреки че тези маршрути са най-важните, през 2003 г. няколко страни в източна и западна Африка и в Южна и Северна Америка са конфискували хероин, предназначен за Европа (CND, 2005; INCB, 2005).

Освен внесения хероин, някои опиати се произвеждат в ЕС. Това се свежда предимно до ограниченото производство на домашно приготвени продукти от опиумен мак (напр. слама от опиумен мак, концентрат от натрошени стебла или главички на опиумен мак) в няколко от източноевропейските страни от ЕС, като Естония, Латвия и Литва (национални доклади от мрежата Reitox, 2004). По-конкретно, тези продукти отново придобиха популярност в Естония през 2003 г.

По отношение на количествата, през 2003 г. Азия (56%) и Европа (34%) продължиха да отчетат по-голямата част от конфискувания хероин в света. Делът на Европа нараства, по-специално поради увеличения брой конфискации на хероин в страните от Източна и Югоизточна Европа (CND, 2005). От 1998 г. насам страната от ЕС, в която са направени най-много конфискации и са иззети най-големи количества хероин, е Обединеното кралство, следвана от Испания – по брой на конфискациите и от Италия – по брой на заловените количества ⁽¹⁶⁵⁾. През 2002 г. на Обединеното кралство се дължат около 30% от конфискациите на хероин и от общото количество иззет хероин в ЕС.

⁽¹⁶⁴⁾ Вижте “Интерпретиране на конфискациите и данните за пазара”, стр.44.

⁽¹⁶⁵⁾ Все пак това трябва да се провери след като бъдат попълнени липсващите данни за 2003 г. Няма данни за броя на конфискациите на хероин през 2003 г. в Италия, Кипър, Холандия и Румъния; За Ирландия и Обединеното кралство няма данни както за броя на конфискациите на хероин, така и за иззетите количества през 2003 г.

През последните пет години иззетите количества хероин ⁽¹⁶⁶⁾ в ЕС като цяло са се увеличили, като се запазват постоянни в периода 2000 – 2002, докато общо броят на конфискациите през същия период намалява. На базата на тенденциите в страните, за които разполагаме с информация, през 2003 г. в ЕС са намалели както броя на конфискациите, така и иззетите количества хероин ⁽¹⁶⁷⁾.

През 2003 г. в Естония отново бяха отчетени конфискации на фентанил и метилфентанил – синтетични опиати, които са до 100 пъти по-силни от хероина, докато Латвия съобщи за първата си конфискация на 3-метилфентанил през 2003 г., а Австрия – за първата си конфискация на фентанил през януари 2004 г. В Естония лошото качество на хероина, който се предлага на местния пазар, бе компенсирано след 2002 г. с въвеждането на тези два синтетични опиата под наименованията “бял китайски” и “бял персийски”, или “синтетичен хероин” (национални доклади от мрежата Reitox, 2004).

Въпреки че ЕЦМНН не събира системно данни за конфискациите на бензодиазепини – обикновено използвани като заместители от употребяващите

хероин, Испания, Литва, Швеция и Норвегия съобщават за извършени конфискации на тези вещества (по-специално на Рохипнол) през 2003 г.

Цена и чистота на хероина

В Европа хероинът се среща под две форми: обичайно предлаганият кафяв хероин (неговата химична базова форма) и по-рядко срещаният и по-скъп бял хероин (под формата на сол), който обикновено е с произход от Югоизточна Азия. През 2003 г. в ЕС средната цена на улицата на кафявия хероин е варирила между 27 евро за грам в Белгия и 144 евро за грам в Швеция, докато цената на белия хероин варира от 25 евро (Словакия) до 216 евро (Швеция) за грам ⁽¹⁶⁸⁾. Тази разлика в цените вероятно е отражение на чистотата на веществото, което се продава.

През 2003 средната чистота на кафявия хероин на улично ниво в ЕС е варирила от 6% в Австрия до 40% в Малта. Данни за чистотата на белия хероин се съобщават само от няколко страни ⁽¹⁶⁹⁾; тя е варирила в рамките на средно от 6% във Финландия до 70% в Норвегия ⁽¹⁷⁰⁾.

Бупренорфин: практики в лечението, злоупотребата и предписанието в Годишния доклад на ЕЦМНН 2005 (подбрани материали)

През последните 10 години в Европа все повече се увеличава предлагането на бупренорфинът като алтернатива на метадона при лечението на зависимостта от опиати. Първоначално разработен като аналгетично средство, употребата на бупренорфин при лечението на зависимостта от опиати бе предложена в края на 70-те години. Описано е въвеждането на бупренорфина в лечението за опиати в държавите-членки на ЕС-15 и разпространението на това лечение в тези страни, както и в новите държави-членки.

Направени са сравнения между бупренорфина и метадона от гледна точка на тяхната ефикасност и цена. Разгледано е предлаганото бупренорфиново лечение в Европа и са направени сравнения между държавите-членки, в които бупренорфинът е основното вещество, използвано за лечението на зависимост от опиати, и тези, в които медицински подпомогнатото лечение (МПЛ) (МАТ) се осъществява предимно с метадон. Едно от заключенията е, че около 20% от пациентите на медицински подпомогнато лечение в ЕС днес получават бупренорфин, въпреки че повечето от тях са само в една страна (Франция). Като цяло, употребата на бупренорфин е разпространена в много

страни, но в по-голямата част от държавите-членки реалният брой на пациентите все още е ограничен.

Бупренорфинът е разгледан и от гледна точка на потенциалната злоупотреба с него. Първите впечатления са, че злоупотребата с бупренорфин се среща само в няколко страни и е необичайна за останалите. Съобщават се някои факти, които свързват злоупотребата с бупренорфин с определени популации или възрастови групи, или правят опит да разграничат отделни групи злоупотребяващи с бупренорфин. Въпреки че смъртността от злоупотреба с бупренорфин се среща рядко, в научната литература и в някои европейски страни се съобщава за подобни смъртни случаи. Данните за смъртните случаи, свързани със злоупотребата с бупренорфин, се сравняват с тези, свързани със злоупотребата с метадон.

Подбраният материал прави някои заключения за относителните заслуги на бупренорфина и на метадона за лечението на зависимостта от опиати. Бупренорфинът се определя като една възможност медицински подпомогнато лечение да стане по-широко предлагано и по-лесно достъпно.

Този подбран материал се предлага отпечатан и на страницата в Интернет само на английски език (Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices. EMCDDA, Annual Report, selected issues. <http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁶⁾ Вижте Таблица SZR-4 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁶⁷⁾ Вижте Таблица SZR-3 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁶⁸⁾ Вижте Таблица PPP-2 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁶⁹⁾ Вижте Таблица PPP-6 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁷⁰⁾ Размерът на извадката в Норвегия е малък (n=8).



Глава 7

Престъпност и употреба на наркотици в местата за лишаване от свобода

Престъпност, свързана с наркотици

Престъпността, свързана с наркотиците, се отнася за престъпленията, извършени под въздействието на наркотици; престъпленията, извършени с цел финансиране употребата на наркотици; престъпленията, извършени в контекста на функционирането на незаконните наркопазари, както и тези, които са в нарушение на законодателството в областта на наркотиците. В ЕС редовно се предоставят данни само за последния вид престъпност – нарушения на законодателство в областта на наркотиците.

Докладите ⁽¹⁷¹⁾ за закононарушенията в областта на наркотиците отразяват различията в националните законодателства, в начините на правоприлагане и правораздаване, и в приоритетите и ресурсите, разпределяни от правоохранителните и съдебни органи за конкретни престъпления. Освен това, информационните системи за закононарушенията в областта на наркотиците се различават значително в отделните страни, особено по отношение на практиките на отчитане и регистриране, т.е. каква информация се регистрира и кога и как се извършва това. Тези несъответствия затрудняват сравнението между страните от ЕС.

В периода между 1998 г. и 2003 г., в повечето страни от ЕС броят на “докладите” за закононарушенията в областта на наркотиците се е увеличил. Увеличаването е особено силно изразено (двукратно и по-голямо) в Естония и Полша. Но през 2003 г. броят на докладите е намалял в Белгия, Испания, Италия (от 2001 г. насам), Унгария, Малта, Австрия и в Словения (от 2002 г. насам)⁽¹⁷²⁾.

В повечето държави-членки на ЕС, по-голямата част от отчетените закононарушения в областта на наркотиците продължават да бъдат свързани с употребата на наркотици или с притежаване на наркотици за употреба ⁽¹⁷³⁾, като техният дял от всички закононарушения в областта на наркотиците е в диапазона от 39% в Полша до 87% в Австрия и Обединеното кралство. В Чехия и Люксембург, съответно 91% и 46% от отчетените закононарушения в

Употреба на наркотици и престъпност: някои данни

В едно проучване, проведено през 2004 г. в Чехия, полицаяте, които работят в регионалните управления изчисляват, че приблизително 40% от обикновените кражби и приблизително 30% от взломните кражби са извършени с цел закупуване на наркотици. В същата страна, редовните данни за регистрираните престъпления показват, че през 2003 г. 0.7% от всички закононарушения са извършени под въздействието на наркотични или психотропни вещества (като се изключи алкохола) (национален доклад на Чехия).

През периода 2000 – 2003 г. във Финландия относителният дял на убийствата и нападенията, извършени под въздействието на незаконни наркотици, е бил много по-малък от дялът на тези, извършени под въздействието на алкохол (6%, в сравнение с 64% от убийствата и 2%, в сравнение с 71% от нападенията) (Lehti и Kivivuori, цитирани в националния доклад на Финландия). Въпреки че присъствието на наркотиците в закононарушенията, свързани с грабежи, се е увеличило през последното десетилетие, присъствието на алкохола в същия вид закононарушения е още по-често (алкохолът присъства в 43% от грабежите, в сравнение с 9%, в които са замесени наркотици).

В Германия “престъпленията от чисто икономически подбуди” – криминални закононарушения, извършени с цел набавяне на наркотични вещества или други заместители или алтернативни лекарства, са намалели през 2003 г. на 2 568 случая, от които над 70% са свързани с фалшифициране на рецепти или кражба на рецептурни бланки (ВКА, 2004).

В Латвия редовните данни от Министерството на вътрешните работи сочат, че 2.8% от всички разкрити престъпления през 2003 г. (3.1% през 2002 г.) са извършени от закононарушители, които са били под въздействието на наркотични вещества (национален доклад на Латвия).

областта на наркотиците са били свързани с дилърство или незаконен трафик, докато в Италия и Испания, където употребата и притежанието на наркотици за лична консумация не са криминални престъпления,

⁽¹⁷¹⁾ Понятието “доклади” за закононарушенията, свързани с наркотиците, е поставено в кавички защото описва различни концепции в различните страни (полицейски справки за заподозрените закононарушители в областта на наркотиците, обвинения по нарушения на наркозаконодателството и др.) За точната дефиниция на това понятие за всяка страна, вижте методическите бележки към дефинициите на понятието “доклади” за закононарушенията в областта на наркотиците в статистическия бюлетин за 2005. (Забележка: Понятието “задържане под стража” се използваше в годишните доклади до 2001 г.)

⁽¹⁷²⁾ Вижте Таблица DLO-1 (част i) в статистическия бюлетин за 2005 г. Данни за “доклади” за закононарушения в областта на наркотиците за 2003 г. не бяха предоставени от Дания, Германия, Ирландия, Латвия, Словакия и Обединеното кралство.

⁽¹⁷³⁾ Вижте Таблица DLO-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

всички закононарушения в областта на наркотиците са свързани с дилърство и незаконен трафик. Накрая, в Португалия ⁽¹⁷⁴⁾ и Норвегия ⁽¹⁷⁵⁾ 59% от закононарушенията са свързани с употребата и незаконния трафик на наркотици – заедно.

Във всички страни, за които разполагаме с данни, с изключение на Португалия, дялът на всички закононарушения свързани с наркотици, причина за които са тези, свързани с употреба или притежание за употреба, се е увеличил през пет-годишния период от 1998 г. до 2003 г. ⁽¹⁷⁶⁾. Като цяло темпът на увеличението е малък, но тенденцията към нарастване бе по-силно изразена в Белгия, Люксембург и Словения, а до 2001 г. – и в Ирландия. В Португалия дялът на закононарушенията, свързани с употреба на наркотици, започна да намалява през 2000 г. – една година преди употребата и притежанието на наркотици за употреба да бъдат декриминализирани през юли 2001 г. ⁽¹⁷⁷⁾. През 2003 г. намаление се отчита в Чехия, Люксембург, Австрия и Словения.

В повечето от държавите-членки канабисът продължи да бъде най-често замесеният незаконен наркотик в докладваните закононарушения в областта на наркотиците ⁽¹⁷⁸⁾. В страните, за които важи това, закононарушенията свързани с канабиса през 2003 г. бяха от 39% (в Италия) до 87% (във Франция) от всички закононарушения, свързани с наркотиците. В Холандия преобладават закононарушенията, свързани с "твърдите наркотици" ⁽¹⁷⁹⁾ (58%), докато в Чехия в по-голямата част от закононарушенията, свързани с наркотиците, са замесени амфетамини (48%). Относителният дял на закононарушенията, свързани с наркотици, в които е замесен конкретен вид наркотик, се влияе от редица фактори, включително оперативните приоритети на правораздавателните органи и изричните и заключаващи се в тях стратегически решения за разграничаване на целенасочената работа по различните видове закононарушения, свързани с наркотици.

От 1998 г. досега дялът на наркопрестъпленията, в които е замесен канабис ⁽¹⁸⁰⁾, се увеличава в Германия, Испания, Франция, Ирландия, Литва, Люксембург, Малта и Португалия, запазва се непроменен като

цяло в Белгия, Чехия, Холандия, Словения, Швеция и Обединеното кралство, и намалява в Италия и Австрия ⁽¹⁸¹⁾.

За същия период дялът на закононарушенията, свързани с хероин, намаля във всички страни на ЕС, за които разполагаме с данни, с изключение на Австрия и Обединеното кралство, където се е увеличил ⁽¹⁸²⁾. За разлика от тях, от 1998 г. насам закононарушенията свързани с кокаин, като дял от всички закононарушения свързани с наркотици, са се увеличили във всички страни, които предоставят данни за това, освен в Германия, която съобщава за тенденция към намаляване ⁽¹⁸³⁾.

Употребяващите наркотици и местата за лишаване от свобода

Употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода

Националната редовно предоставяна информация за видовете и моделите на употреба на наркотици сред лишените от свобода е оскъдна и разпокъсана. По-голямата част от данните, с които се разполага в ЕС, се предоставят от специално проведени за целта проучвания, базирани на различни по големина извадки, като резултатите от тези проучвания (както и тенденциите) е много трудно да бъдат екстраполирани.

В сравнение общо с населението, употребяващите наркотици имат много по-голям дял сред популациите на лишените от свобода. В повечето проучвания, проведени в ЕС, разпространението на употребата на наркотици някога през живота сред лишените от свобода се отчита над 50%; все пак то варира в широки граници – от 22% до 86%, между различните затворнически популации, следствени арести и страни ⁽¹⁸⁴⁾. В ЕС разпространението на редовната употреба на наркотици или на наркотичната зависимост преди лишаването от свобода е в диапазона от 8% до 73% ⁽¹⁸⁵⁾.

По-голямата част от употребяващите наркотици намаляват или преустановяват употребата при

⁽¹⁷⁴⁾ В Португалия останалите закононарушения в областта на наркотиците са свързани с "дилърство/трафик на наркотици", тъй като престъпленията за употреба/притежание на наркотици за употреба бяха декриминализирани през м.юли 2001 г.

⁽¹⁷⁵⁾ В Норвегия не се прави разграничение между "дилърство/трафик на наркотици" и "употреба/дилърство и трафик на наркотици". Поради това останалите закононарушения в областта на наркотиците са свързани само с "употребата на наркотици".

⁽¹⁷⁶⁾ Вижте Таблица DLO-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁷⁷⁾ Законът за декриминализиране употребата и притежанието на наркотици за употреба бе приет през м.ноември 2000 г. и влезе в сила през м.юли 2001 г.

⁽¹⁷⁸⁾ Вижте Таблица DLO-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁷⁹⁾ В Холандия "твърдите наркотици" се определят като такива, които излагат общественото здраве на недопустим риск, като хероин, кокаин, екстази и LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Разбивка по видове наркотици или по наркопрестъпления във времето предоставиха следните страни: Белгия, Чехия, Германия, Испания, Франция, Ирландия, Италия, Литва, Люксембург, Малта, Холандия (само за "меки наркотици"/канабис и "твърди наркотици"), Австрия, Португалия, Словения, Швеция и Обединеното кралство.

⁽¹⁸¹⁾ Вижте Таблица DLO-5 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸²⁾ Вижте Таблица DLO-6 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸³⁾ Вижте Таблица DLO-7 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸⁴⁾ Вижте Таблица DUP-1 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸⁵⁾ Вижте Таблица DUP-5 (приложение) в статистическия бюлетин за 2005 г.

постъпването си в местата за лишаване от свобода. Но много продължават да употребяват наркотици след лишаването им от свобода, а някои започват да вземат наркотици (и/или да инжектират наркотици) в затвора. Проучванията, с които разполагаме показват, че между 8% и 60% от лишените от свобода съобщават, че са употребявали наркотици докато са били в затвора, а 10 – 42% съобщават, че редовно употребяват наркотици ⁽¹⁸⁶⁾.

Като цяло разпространението на инжекционната употреба на наркотици някога през живота сред лишените от свобода се отчита между 15% и 50%; някои проучвания, обаче, отчитат стойности от едва 1%, или до 69%. В случаите, за които разполагаме със съпоставими данни (Австрия 1999 г., Англия и Уелс 1997 – 98 г.) те сочат, че младите закононарушители по-рядко инжектират наркотиците в сравнение с възрастните и че сред затворническата популация, жените по-често употребяват наркотици инжекционно от мъжете ⁽¹⁸⁷⁾. На базата на няколко проучвания в ЕС, Bird и Rotily (2002) доказват, че около една трета от възрастните мъже лишени от свобода инжектират наркотици. Данните, предоставени от фокусните точки от мрежата Reitox показват, че между 0.2% и 34% от затворниците ⁽¹⁸⁸⁾ са инжектирали наркотици по време на престоя си в местата за лишаване от свобода. Това поставя на дневен ред въпросите за достъпа до стерилни инжекционни материали и хигиенните практики при общата им употреба сред затворническата популация и потенциалното разпространение на инфекциозни заболявания.

Помощ и лечение за употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода

Във всички държави-членки и страни-кандидатки съществуват някакъв вид системи за оказване на помощ на употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода, въпреки че видовете услуги и тяхното предлагане се различават в значителна степен. Една особено забележима тенденция е увеличаващото се признаване на факта, че лишените от свобода имат същите права както останалото население по отношение на достъпа до здравеопазване, включително за помощ и лечение на употребяващите наркотици (Регионално представителство на СЗО за Европа, 2002; национални доклади на Ирландия, Литва и Финландия). Сред услугите, които следва да бъдат предоставени на лишените от свобода, са стратегии за превенция, включително програми за лечение без лекарства, лечение за детоксификация, метадонови терапии и лечение с други вещества, консултации и обучение.

Въпреки това, страните съобщават за различни проблеми при предоставянето на необходимата помощ. Например в Естония предоставянето на услуги е несигурно; в Латвия не съществуват специални услуги за употребяващите наркотици; в Полша списъците с чакащи за лечение са дълги; в Швеция местата за

лишаване от свобода се препълнени, а персоналът в тях – недостатъчен, а в Румъния липсва съответното законодателство. В Кипър се вземат някои превантивни мерки, въпреки че не съществува комплексна програма за подкрепа на лишени от свобода употребяващи наркотици.

Стратегиите за обща превенция се изразяват в образователни дейности и обучение. В повечето страни от ЕС и страните-кандидатки подобни дейности се осъществяват както за употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода, така и за персоналът, работещ там. Сред страните, които съобщават за подобни дейности, са Естония, Испания, Кипър, Унгария, Румъния и Словения (национални доклади от мрежата Reitox).

Друг елемент на превенцията е създаването на секции без наркотици в местата за лишаване от свобода. Участието в тях е на доброволни начала, обикновено след писмена декларация, подписана от лишените от свобода употребяващи наркотици, че приемат определени условия, например периодичното изследване на урина. Подобни секции съществуват във всички държави-членки на ЕС-15. В "новите" държави-членки секции без наркотици са създадени в повечето страни. Една оценка на зона без наркотици в един затвор в Австрия показва, че лишените от свобода в зоната без наркотици значително по-рядко биват осъждани повторно след освобождаването им, отколкото освободените от обикновените секции в затвора (35%, в сравнение с 62%).

Най-обичайното лечение в местата за лишаване от свобода е лечението без лекарства, което съществува във всички държави-членки (освен в Кипър и Латвия), въпреки че предлагането му е различно. В много страни, напр. в Белгия, Чехия, Гърция, Люксембург и Обединеното кралство, лечебни центрове в рамките на общностите предоставят подкрепа и лечение, както и грижи след освобождаването.

В много от страните предлагането на субституиращо поддържащо лечение в рамките на местата за лишаване от свобода не е еднакво с това, което се предлага извън тях. Само в Испания поддържащото лечение е широко разпространено, като така се лекуват 18% от всички лишени от свобода, или 82% от проблемно употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода. В Люксембург също е налице широко покритие. Страните, които отчитат значително увеличение на предлагането на медицински подпомогнато лечение включват Франция, предимно лечение с бупренорфин, и Ирландия (национални доклади от мрежата Reitox). В Холандия медицински подпомогнато лечение се предлага единствено на задържаните за кратко време, които преди лишаването от свобода са употребявали метадон, докато в Полша първата програма за метадоново лечение с 14 пациенти е била въведена в едно от местата за временно задържане.

⁽¹⁸⁶⁾ Вижте Таблица DUP-3 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸⁷⁾ Вижте Таблица DUP-2 в статистическия бюлетин за 2005 г.

⁽¹⁸⁸⁾ Вижте Таблица DUP-4 в статистическия бюлетин за 2005 г.

Ново развитие в борбата с разпространяването на инфекциозни заболявания в местата за лишаване от свобода

В Естония през 2003 г. положението с предотвратяване разпространението на HIV се е подобрило. Броят на първичните тестове за HIV се е увеличил 2.6-кратно в сравнение с 2002 г., въпреки че броят на положителните тестове се е увеличил само слабо. Консултациите преди и след провеждане на тестовете също са се подобрили от гледна точка както на тяхното количество, така и на качеството им. В Румъния,

в сътрудничество с някои международни неправителствени организации (НПО), бяха разработени програми насочени към предотвратяване разпространението на HIV/СПИН в изправителните домове и сред лишените от свобода.

Испания е единствената страна, която систематично въвежда програми за обмен на игли и спринцовки в местата за лишаване от свобода. През 2003 г. в рамките на тези програми са били раздадени общо 18 260 спринцовки. В останалите държави-членки и страните-кандидатки не се предвижда въвеждане на подобни програми.

Алтернативи на лишаването от свобода, насочени към проблемно употребяващите наркотици закононарушители в ЕС, *Годишен доклад на ЕЦМНН 2005 (подбрани материали)*

Местата за лишаване от свобода са особено пагубна среда за проблемно употребяващите наркотици и съществува широк политически консенсус за принципа на лечението, като алтернатива на местата за лишаване от свобода. Алтернативите на местата за лишаване от свобода, които могат да бъдат предложени на употребяващите наркотици закононарушители, включват редица наказателни мерки, които могат да забавят, избегнат, заменят или допълват присъдите за лишаване от свобода за онези употребяващи наркотици, които са извършили закононарушение, което по силата на националното право обикновено се наказва с лишаване от свобода. Подбраният материал е фокусиран върху онези мерки, които съдържат елемент на лечение, свързано с употребата на наркотици.

От 60-те години насам, споразуменията, стратегиите и плановете за действие на ООН и ЕС неколкратно потвърждават и засилват принципа на предоставянето на лечение, образование и реабилитация, като алтернатива на осъждането и наказанието за закононарушения, свързани с наркотиците. Това е пренесено в националните законодателства на държавите-членки на ЕС, а криминалните правосъдни системи, както и системите за здравни и социални услуги, са съответно съобразени с тях. Младешите, употребяващи наркотици, са особено уязвими когато попаднат в порочния кръг на наркотиците и престъпността и е налице специална решимост да се избягва лишаването от свобода на младите закононарушители.

Въвеждането на алтернативни мерки на лишаването от свобода, обаче, е изправено пред известни затруднения поради различните административни системи, които участват в този процес и техните различни основни принципи. Полагат се усилия да се преодолее пропастта между правосъдната и здравната

и социална системи чрез координиращи структури и инициативи, т.е. между полицията, съда и местата за лишаване от свобода, и услугите за лечение от наркотици. Често неофициалните механизми за сътрудничество на местно равнище предшества създаването на по-стабилни институционализирани форми на сътрудничество.

В държавите-членки на ЕС-15 прибягването до алтернативите на лишаването от свобода се увеличи през последните десетилетия, а напоследък дори е в застой в някои от тях, докато в "новите" държави-членки промените в законодателството и въвеждането на алтернативните форми започнаха по-късно. Обикновено за осигуряване на лечението на закононарушители с проблемна употреба на наркотици се прибягва до общата система за лечение. В повечето страни лечението обикновено е в стационарни условия, но съществуват възможности да се изпълняват и програми за амбулаторно лечение.

Европейски проучвания за оценка на възможностите на лечението, като алтернатива на лишаването от свобода, се извършват рядко и са донякъде неубедителни. Въпреки това, в тон с останалите проучвания в областта на лечението, оставането на лечение е ключов индикатор за успеха, а равнището на случаите на отпадане от лечение е един от най-големите проблеми за алтернативните мерки на лишаването от свобода. Фактите сочат, че важно за успеха на лечението е качеството на предлаганото лечение, а не пътя на пациента по време на лечението. Лечението, като алтернатива на лишаването от свобода, има най-голям ефект когато пристрастените са мотивирани да се лекуват, когато лечебните заведения спазват добри клинични стандарти и разполагат с достатъчно и добре квалифициран персонал.

Този подбран материал се предлага отпечатан и на страницата в Интернет само на английски език (Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU. EMCDDA, Annual Report 2005, selected issues. <http://issues05.emcdda.eu.int>).



Библиография

- ACMD (2000); *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), 'The American STAR comes to England', *Drug and Alcohol Findings* 8, pp 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. и Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons', *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. and Aavitsland, P. (2005), 'Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities'. *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors', *Addictive Behaviours* 25, pp 887–97.
- Bovenkerk, F. и Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepsteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- 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*, in press (2005).
- Butler, G. K. L. и Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, pp 55–62.
- Butters, J. E. (2004), 'The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, pp. 381–90, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, pp. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. и Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- Cuijpers, P., et al. (2002); 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, pp. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, pp. 228–33.
- De Wit, A. и Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), 'Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002', *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (ELMHH) (2001), 'Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths', project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (ELMHH) (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforschung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

- EMCDDA (ЕЦМДМ) (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (ЕЦМДМ) (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon, (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (ЕЦМДМ) (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, European Commission, Brussels.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions', *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. и Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, pp 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. и Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Speech at 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004' at the EMCDDA, November 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people' *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pp. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. и Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, pp 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. и Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005) 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, pp. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. и De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. и Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect' *Addiction* 97, pp. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', press statement 13 June 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', press statement 30 September 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. и Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. и Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbo-instituut, Utrecht.
- 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, pp 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. и Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, pp 399–421.
- Reitox national reports (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003) 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pp. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. и Van Laar, M. (2004), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004', Trimbo Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Solberg, U., Burkhart, G. и Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, pp 477–84.

Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. и Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, pp 150–8.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention', *Substance Use and Misuse* 39, pp 1971–2016.

Taylor, B. J. (2000), 'Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial', *Prevention Science* 1, pp. 183–97.

Terweij, M. и Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC и правителството на Мароко (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.

WHO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, WHO, Geneva.

WHO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, final draft, March 2005, WHO, Geneva.

WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Geneva.

Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите

Годишен доклад 2005: състояние на проблема с наркотиците в Европа

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности
2005 – 93 pp. – 21 x 29.7 cm
ISBN 92-9168-234-9

ПРОДАЖБА И АБОНАМЕНТ

Публикациите за продажба, издадени от Службата за официални публикации на Европейските общности, могат да бъдат получени от дистрибуторите ни по целия свят.

Списъкът с дистрибуторите на Службата за публикации може да бъде намерен в Интернет на адрес: (<http://publications.eu.int>) или поискан по факс (352) 29 29-42758.

Свържете се с избрания от Вас дистрибутор и направете своята заявка.

3а ЕЦПНН

Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) е един от децентрализираните агенции на Европейския съюз. Основан през 1993 г. и базиран в Лисабон, Центърът е източник на всеобхватна информация за наркотиците и наркотичната зависимост в Европа.

ЕЦМНН събира, анализира и разпространява обективна, надеждна и сравнителна информация във връзка с наркотиците и наркотичната зависимост. Чрез тази си дейност, Центърът запознава аудиторията си с подкрепената с факти картина на феномена "наркотици" на европейско равнище.

Публикациите на ЕЦМНН са основен източник на информация за широк кръг лица, включително за лицата отговорни за вземането на решения и съветниците им, професионалистите и изследователите, работещи в областта на наркотиците и в по-широк план – медиите и обществеността.

Годишният доклад представя обзора на ЕЦМНН за феномена наркотици в ЕС и представлява важен източник на информация и библиография за търсещите последни изводи във връзка с наркотиците в Европа.