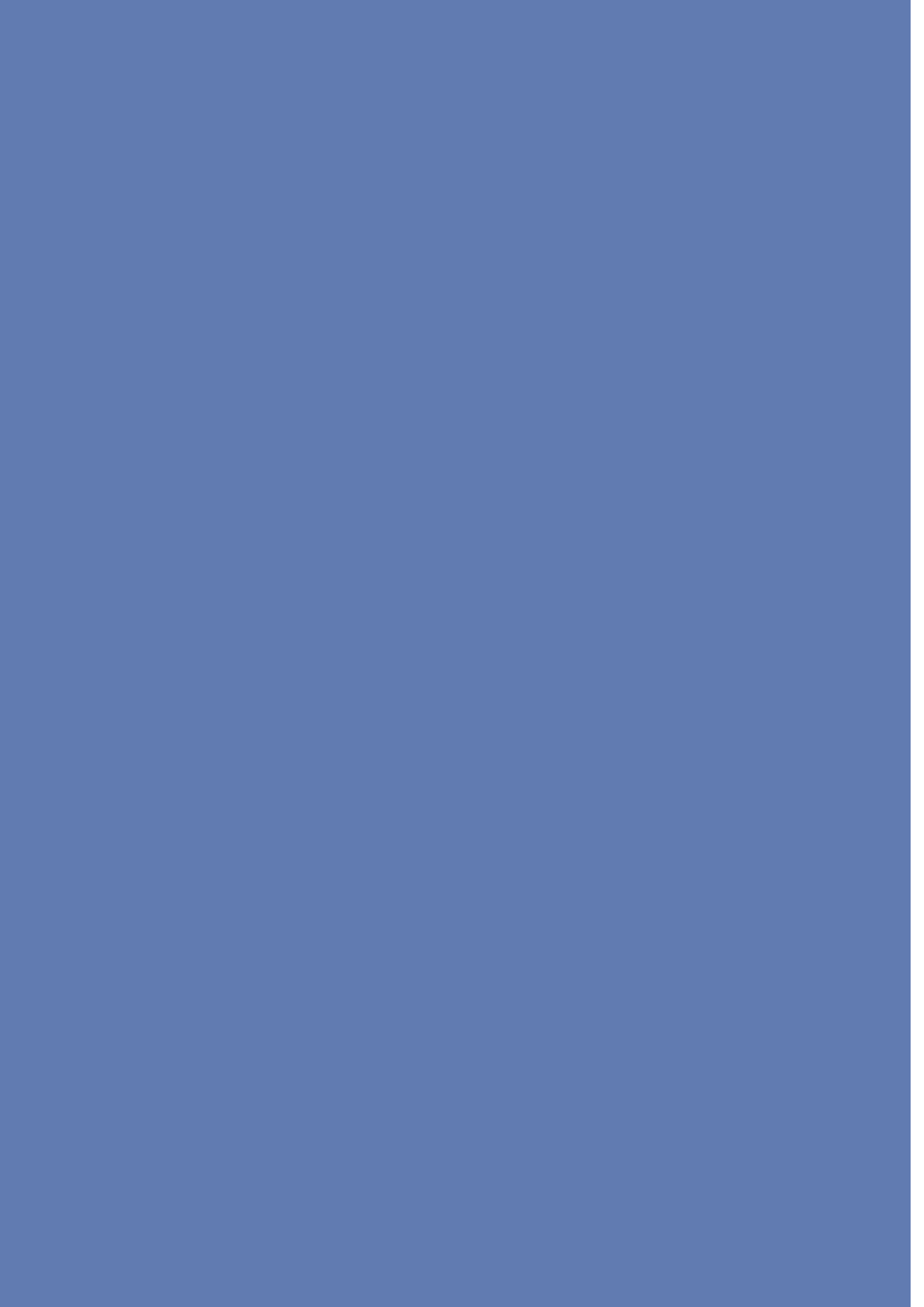




Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

2010 M. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE





Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2010 M.
METINIS
ATASKAITA

Teisinis pranešimas

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

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

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

Informacija teikiama nemokamai telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2010

ISBN 978-92-9168-437-3

doi:10.2810/34319

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2010

Leidžiama atgaminti nurodžius šaltinį.

Printed in Luxembourg

SPAUDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

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

Turinys

Ižanga	5
Padėkos	7
Ivadinė pastaba	9
Komentaras. Senos realijos, naujos grėsmės ir griežtas taupymas: dabartinės Europos kovos su narkotikais politikos sąlygos	13
1 skyrius. Politika ir įstatymai	
Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai • Nacionalinė strategija • Viešosios išlaidos • Nacionalinė teisėkūra • Moksliniai tyrimai	21
2 skyrius. Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga	
Prevencija • Gydymas • Žalos mažinimas • Socialinė atskirtis ir reintegracija • Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir nusikaltimai • Sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose	30
3 skyrius. Kanapės	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Gydymas	43
4 skyrius. Amfetaminai, ekstazis ir haliucinogeninės medžiagos	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Pasielksminimo vietos • Gydymas	53
5 skyrius. Kokainas ir krekas	
Pasiūla ir prieinamumas • Vartojimo būdai ir paplitimas • Padariniai sveikatai • Probleminis vartojimas ir gydymo poreikis • Gydymas ir žalos mažinimas	64
6 skyrius. Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštėjimas	
Pasiūla ir prieinamumas • Probleminis opioidų vartojimas • Narkotikų švirkštėjimas • Gydymas	75
7 skyrius. Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas	
Infekcinės ligos • Infekcinių ligų problemų sprendimas • Mirties atvejai ir mirštamumas • Mirštamumo mažinimas	85
8 skyrius. Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos	
Veiksmai naujų narkotikų srityje • „Spice“ mišinių reiškinys • Tolesnė veikla medžiagų atžvilgiu	97
Literatūra	103



Ižanga

Mums malonu pristatyti jau penkioliktą metinę narkotikų problemos Europoje ataskaitą. Ataskaitoje pateikta analizė pagrįsta duomenimis, kuriuos, glaudžiai bendradarbiaudamas su savo nacionaliniais ekspertais, surinko „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų tinklas. Rengiant ataskaitą buvo naudingas ir bendradarbiavimas su Europos Komisija, Europolu, Europos vaistų agentūra bei Europos ligų prevencijos ir kontrolės centru.

Šių metų ataskaitoje, kaip visada, rasite išsamią narkotikų problemos Europoje ir priemonių, kurių imamasi jai spręsti, apžvalgą. Tačiau mūsų užduotis – ne tik pateikti statistinius duomenis. Rengiant ataskaitą atsižvelgta į būtinybę nustatyti geriausią patirtį ir ją dalytis bei užtikrinti, kad būtų paremtos faktiniais duomenimis pagrįstos intervencinės priemonės. Tai vienodai taikoma veiksams, susijusiems ir su narkotikų pasiūlos, ir su jų paklausos prevencija. Skaitant šią ataskaitą aiškiai matyti, kad dabar mes geriau suprantame, kokios priemonės yra veiksmingos, ir kad Europa tam tikrose srityse padarė didelę pažangą. Vis dėlto tebeskiriamas finansavimas metodams, kurių veiksmingumas nėra tvirtai pagrįstas. Atsižvelgiant į dabartinius valstybių finansinius sunkumus, dar svarbiau užtikrinti, kad valstybės lėšos būtų naudojamos išmintingai. Šiuo atžvilgiu mūsų vaidmuo – neutraliai ir nešališkai pateikti apibendrintus faktinius duomenis, pagrindžiančius intervencinių priemonių taikymą.

Nors ataskaitoje daugiausia dėmesio skiriama Europai, joje dar kartą pabrėžiama, kad narkotikų problema yra pasaulinė. Pavyzdžiui, joje pateikiama informacijos apie didėjančias sunkias su narkotikais susijusias problemas, su kuriomis dabar susiduria daugelis mūsų kaimyninių šalių. Tai nėra tik tų šalių visuomenės sveikatos bėdos; šios problemos trikdo socialinę raidą ir skatina korupciją bei organizuotą nusikalstamumą, taigi kelia tikrą pavojų ir Europos Sąjungai. Europa siekia įgyvendinti subalansuotą ir faktiniais duomenimis pagrįstą kovos su narkotikais politiką, kuri remtųsi tinkamu problemos supratimu. Malonu pastebėti, kad Europos nacionalinių informacijos apie narkotikus sistemų plėtojimo modelis įgyja vis didesnę reikšmę, taip pat džiaugiamės galėdami pranešti apie didėjančią EMCDDA vaidmenį įgyvendinant Europos iniciatyvas, kuriomis siekiama padėti ne ES šalims stiprinti veiklos pajėgumus šioje srityje.

Tai, kad dabar nuo narkomanijos gydoma maždaug milijonas žmonių, rodo, koks darbas buvo atliktas siekiant užtikrinti, kad žmonėms, kuriems reikalinga priežiūra, ji taptų prieinama. Kartu šis skaičius primena, kokio masto problemą Europai ir toliau reikia spręsti. Didžiausias sektorius šioje srityje tebėra priklausomybės nuo opioidų

gydymas pakaitalais, ir atrodo, kad situacija šioje srityje keičiasi, kadangi jau keliama klausimai apie ilgalaikius prižiūrimų žmonių gydymo rezultatus. Šie klausimai yra svarbūs, bet taip pat svarbu pripažinti naudą visuomenės sveikatai ir socialinę naudą, kurią duoda didesnė gydymo aprėptis.

Gydymas tampa prieinamesnis ir tai yra teigiamas rezultatas, bet galimybės gauti priežiūrą Europoje vis dar labai skiriasi. Realiam gyvenime dažnai nutinka taip, kad tiems, kam gydymas reikalingas labiausiai, jį gauna labai sunkiai. Šis reiškinys nepriklauso nuo geografinio regiono. Šių metų ataskaitoje nagrinėjama kalėjimų svarba teikiant pagalbą asmenims, turintiems problemų dėl narkotikų. Nors tam tikra pažanga šioje srityje padaryta, pernelyg dažnai nepasinaudojama puikia galimybe taikyti intervencines priemones pagrindinei problemai narkotikų vartotojų grupei.

Ši ataskaita parengta sunkiais laikais. Dabartinė ekonominė situacija ES valstybėms narėms kelia neatidėliotinių iššūkių, ir jos poveikis narkotikų vartojimo ir paslaugų teikimo lygiui turi būti atidžiai įvertintas. Prognozuoti, kokį poveikį ekonomikos krizė padarys narkotikų vartojimui Europoje, dar per anksti, bet mes žinome, kad nuo narkomanijos sukeltų problemų labiausiai nukentčia visuomenės paribyje esančios ir socialiai nuskriaustos visuomenės grupės. Pagalbą narkotikų vartotojams teikiančioms tarnyboms vis dažniau gresia biudžeto lėšų mažinimas, o tai gali pakenkti ne tik tiems, kurie vartoja narkotikus, bet ir bendruomenėms, kuriose jie gyvena. Tačiau tai nėra vienintelis sunkumas, su kuriuo Europa susiduria narkotikų srityje. Mūsų narkotikų kontrolės modelius vis dažniau tenka peržiūrėti, atsirandant žinomų narkotikų pasiūlos pokyčiams ir naujoms narkotinėms medžiagoms. Problemos, kurių kyla dėl šių pokyčių, yra sudėtingos ir tarpusavyje susijusios. Joms spręsti reikės imtis suderintų ir bendrų atsakomųjų priemonių. Kalbant apie teigiamus dalykus, iš ataskaitos matyti, kad Europoje gerėja šio dinamiško reiškinio stebėjimas. Tai nepaprastai svarbu siekiant perprasti sunkumus, su kuriais dabar susiduriame, ir užtikrinti, kad mūsų politinės atsakomosios priemonės atitiktų besikeičiančią padėtį narkotikų srityje.

João Goulão

EMCDDA valdybos pirmininkas

Wolfgang Götz

EMCDDA direktorius



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą EMCDDA dėkoja:

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

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

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

Nacionalinių informacijos biurų duomenis ryšiams galima rasti EMCDDA interneto svetainėje.



Išvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią EMCDDA nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės (Kroatija ir Turkija) ir Norvegija. Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys parodo 2008-ųjų, arba paskutiniųjų metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį. Iš šios ataskaitos grafikų ir lentelių gali matyti tik tam tikras ES šalių pogrupis; pasirenkamos šalys, kurios pateikia dominančio laikotarpio duomenų arba kai norima pabrėžti tam tikras tendencijas.

Tendencijų tyrimas grindžiamas tik tų šalių pateiktais duomenimis, kurių jos pateikia pakankamai, kad būtų galima apibūdinti per nurodytą laikotarpį įvykusių pokyčius. Kai tyrinėjamos narkotikų rinkos duomenų tendencijos, vietoj trūkstamų 2008 m. skaičių gali būti naudojami 2007 m. rodikliai; analizuojant kitas tendencijas, trūkstami duomenys gali būti interpoliuojami.

Toliau pateikiama bendra informacija ir keletas įspėjimų, kuriuos reikėtų atminti skaitant metinę ataskaitą.

Duomenys apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą

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

Narkotikų konfiskavimas dažnai laikomas netiesioginiu pasiūlos, kontrabandos kelių ir narkotikų prieinamumo indikatoriumi. Tai labiau tiesiogiai parodo kovos su narkotikais teisės aktų vykdymo veiklą (pavyzdžiui, prioritetus, išteklius ir strategiją) ir kartu pranešimų teikimo praktiką bei kontrabandininkų pažeidžiamumą. Siekiant perprasti mažmeninę narkotikų rinką, taip pat galima nagrinėti duomenis apie neteisėtų narkotikų grynumą arba stiprumą bei mažmenines jų kainas. Mažmeninės narkotikų kainos, apie kurias pranešama EMCDDA, parodo vartotojų mokamą kainą. Kainų tendencijos koreguojamos atsižvelgiant į infliaciją nacionaliniu lygmeniu. Daugelio šalių nurodomas narkotikų grynumas arba stiprumas nustatomas pagal visų konfiskuotų narkotikų mėginius, tačiau dažniausiai neįmanoma

Metinė ataskaita ir jos duomenų šaltiniai internete

Metinę ataskaitą galima parsisiųsti 22 kalbomis iš EMCDDA interneto svetainės. Elektroninėje versijoje pateikiamos nuorodos į visus metinėje ataskaitoje minimus šaltinius internete.

Šių informacijų galima rasti tik internete.

2010 m. statistikos biuletenyje pateiktos visos šaltinių lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinėje ataskaitoje pateikiama statistinė analizė. Šiame biuletenyje taip pat išsamiai aprašyta taikytą metodiką ir pateikta apie 100 papildomų statistikos grafikų.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinėse ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos kiekvienoje šalyje pasitaikančios narkomanijos problemos.

Šalių apžvalgose pateikta svarbiausių narkomanijos padėties kiekvienoje šalyje aspektų geriausios kokybės grafinė santrauka.

pateiktų duomenų susieti su konkrečiu narkotikų rinkos lygmeniu. Su grynumu arba stiprumu ir mažmeninėmis kainomis susiję tyrimai grindžiami praneštu vidurkiu, moda arba, kai jų nėra, mediana. Kai kuriose šalyse duomenų apie kainas ir grynumą gali būti nedaug, todėl gali kilti klausimų dėl duomenų patikimumo ir palyginamumo.

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

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

Narkotikų vartojimo paplitimas vertinant pagal visų gyventojų apklausas

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

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

Atlikti apklausus brangu, tad duomenis kiekvienais metais renka nedaug Europos šalių, nors dauguma juos renka intervalais nuo dvejų iki ketverių metų. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys paimti iš pačių naujausių apklausų kiekvienoje šalyje, daugiausia tai – 2005–2008 m. atliktos apklausos. Paplitimo Jungtinėje Karalystėje duomenys, jeigu nenurodyta kitaip, apima Angliją ir Velsą, nors yra ir atskirų duomenų apie Škotiją ir Šiaurės Airiją.

Pateikiant apklausų duomenis, narkotikų vartojimas paprastai vertinamas pagal tris standartinius laiko matmenis, plačiausias iš kurių – kurio nors narkotiko vartojimas mažiausiai kartą gyvenime (bet kokio narkotiko vartojimas bet kuriuo žmogaus gyvenimo momentu). Šis rodiklis neparodo esamos narkotikų vartojimo padėties tarp suaugusiųjų, bet jis gali būti naudingas siekiant perprasti vartojimo būdus ir paplitimą. Suaugusiesiems EMCDDA taiko šiuos standartinius amžiaus intervalus: 15–64 metai (visi suaugusieji) ir 15–34 metai (jauni suaugusieji). Kitokias viršutines ar apatines amžiaus ribas taiko šios šalys: Danija (16 metų), Vokietija (18 metų), Vengrija (18 metų), Malta (18 metų), Švedija (16 metų) ir

Jungtinė Karalystė (16–59 metų). Daugiausia dėmesio skiriama praėjusiųjų metų ir praėjusio mėnesio laiko matmenims (vartota per pastaruosius 12 mėnesių arba pastarąsias 30 dienų iki apklausos) (daugiau informacijos ieškokite EMCDDA interneto svetainėje). Moksleiviams taikomi vartojimo mažiausiai kartą gyvenime ir per praeitus metus paplitimo rodikliai yra panašūs, nes neteisėtų narkotikų vartojimo nesulaukus 15 metų atvejų pasitaiko retai.

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

Gydymo poreikis

Pranešimuose apie gydymo poreikį „naujais pacientais“ vadinami pirmą kartą savo gyvenime pradedantys gydytis asmenys, o „visais pacientais“ – visi pradedantieji gydytis. Duomenys apie aptariamųjų metų pradžioje nenutrūkstamai besigydančius pacientus neįtraukiami. Jeigu nurodoma gydymo poreikio dėl pagrindinio vartojamo narkotiko dalis, imamas atvejų, kai žinomas pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius.

Intervencinės priemonės

Informacija apie įvairių intervencinių priemonių buvimą ir vykdymą Europoje paprastai grindžiama argumentuota nacionalinių ekspertų nuomone, pareikšta struktūrizuotuose klausimynuose. Tačiau apie tam tikrus rodiklius taip pat turima kiekybinių stebėsenos duomenų.

Narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Terminu „pranešimai“ apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus skirtingose šalyse gali būti apibrėžiamos skirtingos sąvokos.





Komentaras

Senos realijos, naujos grėsmės ir griežtas taupymas: dabartinės Europos kovos su narkotikais politikos sąlygos

Būtinybė užtikrinti, kad išlaidų mažinimo priemonės nesukeltų nepageidaujamų padarinių

Europoje prasidedant griežto taupymo etapui ir didėjant jaunimo nedarbo lygiui baiminamasi, kad kartu gali padidėti ir probleminio narkotikų vartojimo mastas. Depresijos prislėgtoms ir visuomenės paribyje esančioms bendruomenėms visada kyla didesnė su narkotikais susijusių problemų ir atsitiktinės žalos, kuri patiriama dėl nusikaltimų ir nesaugių bendruomenių, rizika. Europai dabar gresia dvigubas pavojus – tuo metu, kai veiksmingų atsakomųjų priemonių poreikis gali didėti, jų teikimas dėl griežto taupymo priemonių gali sumažėti. Per pastarąjį dešimtmetį sprendžiant su narkotikais susijusias problemas pasiekta svarbių, nors ir nevienodų, laimėjimų. Gydymų pacientų skaičius drastiškai išaugo, tačiau padaryta didelė pažanga sprendžiant su kai kuriomis sunkiausiomis narkotikų vartojimo pasekmėmis sveikatai (pavyzdžiui, ŽIV infekcija) susijusias problemas. Be to, tyrimais įrodyta, kad intervencinės priemonės gali būti ekonomiškai efektyvios, nes mažėja išlaidos susijusių sveikatos, socialinių ir nusikalstamumo problemų sprendimui. Yra rizika, kad nūdienos ekonominė padėtis gali paskatinti priimti tokius politinius sprendimus, dėl kurių ilgalaikės Europos išlaidos gerokai pranoks visas trumpalaikes santaupas.

Dėmesio centre: rekomendacijos, sistemos ir faktinių duomenų bazės tobulinimas pasiūlos mažėjimui įvertinti

2009 m. gruodžio 1 d. įsigaliojusi Lisabonos sutartis iš naujo pabrėžia Europos Sąjungos vaidmenį nustatant rekomendacijas, rodiklius ir remiant keitimąsi gerąja patirtimi narkotikų srityje. Griežto taupymo laikais ypač svarbu užtikrinti, kad išlaidos būtų skiriamos intervencinėms priemonėms, kurios, kaip įrodyta, yra veiksmingos. Galima sakyti, kad pagal Europos taikomą požiūrį į narkotikus pirmenybė teikiama faktiniams duomenims, o ne ideologijai. Tačiau tebėra daug sričių, kuriose investuojama į patikimų veiksmingumo duomenų stokojančius arba prastai įvertintus metodus, o metodai, kurių vertė yra įrodyta, ne visada įgyvendinami. Tai nuolat kelia problemų prevencijos ir kitose srityse. Gerų programų

modelių yra daugelyje paklausos mažinimo sričių ir vis geriau suprantama, kokie veiksmai gali būti veiksmingi. Pagrindinis uždavinys yra pasiekti būtiną sutarimą, kad šias žinias būtų galima susisteminti nustatant rekomendacijas ir sistemas, kurios būtų pakankamai griežtos, kad paskatintų paslaugų gerėjimą, ir tuo pat metu jose būtų atsižvelgta į įvairias Europos Sąjungoje išylančias aplinkybes.

Visuomenės sveikatos srityje jau seniai įprasta drausmingai pagrįsti taikomų intervencinių priemonių poveikį. ES politiniuose debatuose vis dažniau kalbama apie tai, kad šį požiūrį reikia išplėsti, įtraukiant pasiūlos mažinimo veiklą. Nustatyti, kokios išlaidos skiriamos pasiūlos mažinimui nacionaliniuose biudžetuose, dažnai yra sunku, bet tyrimai rodo, kad jos – didelės ir paprastai viršija išlaidas atsakomosioms priemonėms visuomenės sveikatos srityje. Per nesenai vykusius Vadovų Tarybos svarstymus padaryta išvada, kad standartinių rodiklių ir priemonių stoka trukdo vertinti pasiūlos mažinimo veiklos veiksmingumą. Vienas iš galiojančio ES kovos su narkotikais veiksmų plano tikslų kaip tik susijęs su pagrindinių pasiūlos mažinimo rodiklių nustatymu. 2009 m. Europos Komisija ir EMCDDA pradėjo įgyvendinti bendrą iniciatyvą šiai problemai spręsti ir galima tikėtis, kad pagrindiniai pasiūlos rodikliai ir jų įgyvendinimo mechanizmas bus nustatyti jau 2011 m.

Politikos perspektyvos: iššūkiai Europos kovos su narkotikais politikos modeliui

Beveik visos ES valstybės narės jau perėmė bendrą požiūrį, kuris pagrįstas paprastai veiksmų planu paremta nacionaline kovos su narkotikais strategija, kurioje nustatyti konkretūs tikslai ir kuri apima tam tikrą laikotarpį. Šis politikos modelis yra racionalus, nes leidžia nuolat tikrinti pažangą ir sudaro galimybę nukreipti politiką kita kryptimi, kurioje, kaip nustatyta, tokios politikos trūksta. Tai taip pat yra ir daug pastangų reikalaujantis požiūris, nes reikia rengti, derinti ir tvirtinti naują kovos su narkotikais strategiją, dažnai tuo pat metu, kai vertinama ir senoji. Šie sunkumai nušviečiami šių metų ataskaitoje, kurioje pirmą kartą pranešame apie šalių, turinčių galiojančią

nacionalinę kovos su narkotikais strategiją, skaičiaus mažėjimą. Tai daugiausia lėmė praktiniai sunkumai, susiję su nacionalinės strategijos dokumentų, kurių galiojimas baigėsi 2008 arba 2009 m., vertinimu ir atnaujinimu. EMCDDA bendradarbiauja su valstybėmis narėmis ir siekia parengti politikos vertinimo priemones, kurios padėtų nuolat apžvelgti kovos su narkotikais politikos raidą. Paprastų kovos su narkotikais politikos vertinimo problemos sprendimų nėra, bet būtų gėda, jei procesų ir planavimo trūkumai pakenktų svarbiems Europos atsako į narkotikų problemas laimėjimams.

Kaip minėta praėjusių metų ataskaitoje, su alkoholiu ir narkotikais susijusias problemas sieja glaudus ryšys. Nepaisant to, ES valstybėse narėse nepastebėta jokio bendro požūrio į kovos su narkotikais ir alkoholio daroma žala politikos sujungimą. Kai kurios šalys taiko atskirą kovos su narkotikais ir alkoholio daroma žala politiką, kitos jas sujungia, o dar kitos dar nėra parengusios kovos su alkoholio daroma žala strategijos. Poreikis užtikrinti kovos su narkotikais ir alkoholio daroma žala politikos sąsają grindžiamas svariais argumentais, ir ne paskutinis iš jų yra tai, kad tokios politikos priemonės dažnai bus orientuotos į tas pačias populiacijas ir aplinką. Sunkumų dabartiniais politikos modeliams taip pat kelia „teisėtų narkotikų“ rinkos augimas, taip pat netinkamas vaistų vartojimas, kaip aptariama toliau. Kalbant apie visuomenės sveikatą, tai išryškina poreikį taikyti labiau visa apimančią požiūrį, kuris aprėptų ir neteisėtas, ir teisėtas medžiagas, ir galbūt kitas elgesiui poveikį darančias narkomanijos formas. Iššūkis dvejopas: apsvastyti, kiek ši visa apimanti vizija yra pagrįsta, ir kaip šią perspektyvą būtų galima paversti tinkama reguliavimo ir kontrolės sistema.

Nauji nacionalinių kovos su narkotikais teisės aktų pokyčiai atskleidžia ir bendrybių, ir skirtumų

ES valstybių narių politikos įgyvendinimo srityje (nors joje ir vyrauja bendras sutarimas) esantys skirtumai pasireiškia, pavyzdžiui, bausmių už narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus srityje. Daugumos ES šalių teisinėse sistemose atsižvelgiama į susijusio narkotiko rūšį ir „kenksmingumą“, taip pat į tai, ar nusikaltimas susijęs su veikla narkotikų rinkoje, ar su asmeniniu narkotikų vartojimu arba jų laikymu asmeniniam vartojimui. Šie skirtumai atskirose šalyse yra labai įvairūs. Jie taip pat gali būti susisteminti teisėje arba būti susiję su teismų sistemoje taikomais procesais. Tebėra neaišku, kokią naudą duoda šie įvairūs požiūriai, ir ką būtų galima laikyti gerąja patirtimi; tai rodo, kad šioje srityje būtų verta atlikti lyginamąją analizę. Kol kas atskiras šalis reikėtų lyginti atsargiai, nes skirtumus tarp nusikaltimų gali lemti ir atitinkamoje šalyje taikoma teisinė praktika, ir paties nusikaltimo pobūdis. Kitas

klausimas susijęs su tuo, kiek politikoje daromas skirtumas tarp tų, kurie iš narkotikų pardavimo ir vežimo gauna pelno, ir tų, kurie tuos narkotikus vartoja, taikomas praktikoje. Naujausi duomenys rodo, kad su pasiūla susijusių nusikaltimų šiek tiek mažėja, o su vartojimu susijusių – tebedaugėja.

Gydymas nuo narkomanijos: labiau prieinamas nei kada anksčiau, bet akivaizdžiai matyti skirtumų

Veiksmingas problemų dėl narkotikų vartojimo turinčių asmenų gydymas yra pagrindinė Europos atsako į narkotikus priemonė. Šioje srityje toliau gerėja prieinamos priežiūros kokybė ir didėja jos mastas. EMCDDA vertinimais, kokio nors pobūdžio gydymą nuo narkomanijos Europos Sąjungoje kasmet gauna daugiau kaip 1 mln. žmonių. Gydymo plėtrą labiausiai skatina specializuotos ambulatorinės priežiūros, kurių palaiko „žemo slenkščio“ agentūros ir socialinis darbas gatvėje, raida. Kai kuriose šalyse gydymo nuo narkomanijos tarnybos įtraukia į specializuotą priežiūrą pirminės sveikatos priežiūros tarnybas ir bendrosios praktikos gydytojus, ir tai yra svarbu. Kai kurių rūšių problemas su narkotikais, visų pirma sunkiau gydomus atvejus, tikriausiai geriausiai išspręstų specialistų grupės. Tačiau tinkamas specializuotos ir bendros priežiūros derinys gali būti svarbus siekiant didinti bendrą priežiūros prieinamumą, ypač kai nusistovėję siuntimo ir paramos kanalai.

Nors gydymo teikimo mastas padidėjo, vis dar matyti skirtumų dėl gydymo prieinamumo Europoje. Daugumoje Rytų Europos šalių ir kai kuriose Pietų Europos šalyse gydymo prieinamumas, kaip rodo ilgi laukimo sąrašai, gana ribotas. Gydymo prieinamumo lygį galima reikšmingai įvertinti tik pagal santykinę priežiūros reikalaujančios populiacijos aprėptį. Užtikrintai įvertinti, kiek prieinama priežiūra atitinka poreikius, vis dar sunku, bet yra padaryta tam tikra pažanga priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais atžvilgiu. Apskritai, EMCDDA vertinimais, nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais šiuo metu gydoma maždaug 670 000 europiečių, o tai sudaro maždaug pusę nustatyto probleminių opioidų vartotojų skaičiaus. Šis rodiklis įvairiose šalyse gerokai skiriasi – nacionaliniai įverčiai svyruoja nuo mažiau kaip 10 proc. iki daugiau kaip 50 proc. probleminių opioidų vartotojų, kurie yra gydomi. Priežiūros prieinamumo skirtumus taip pat parodo ir tai, kad dvylikai valstybių narių, kurios įstojo į Europos Sąjungą nuo 2004 m., tenka tik maždaug 2 proc. gydomųjų pakaitalais.

Gydymas pakaitalais taip pat laikomas žalos mažinimo priemone. Kaip ir adatų bei švirkštų keitimas, jis plačiai propaguojamas kaip svarbi visa apimančios ŽIV

prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų strategijos sudedamoji dalis. Švirkštimosi ir su narkotikų vartojimu susijusio ŽIV infekcijos paplitimo lygiai Europos Sąjungoje apskritai nekinta arba turi tendenciją mažėti, tad Europos Sąjungos padėtis su narkotikų vartojimu susijusio ŽIV perdavimo atžvilgiu, palyginti su daugeliu pasaulio dalių, atrodo teigiama. 2010 m. EMCDDA paskelbė mokslinę monografiją apie žalos mažinimą, kurioje į pirmą planą iškėlė žalos mažinimo koncepciją, nes ir gydymas pakaitalais, ir švirkštų keitimas jau yra pripažintos Europos kovos su narkotikais politikos sudedamosios dalys. Monografijoje taip pat pabrėžta būtinybė gerinti kitų žalos mažinimo intervencinių priemonių veiksmingumo įrodymų bazę ir atkreiptas dėmesys į gerų žalos mažinimo modelių, kurie būtų orientuoti į problemas dėl stimuliantų ir kelių narkotikų vartojimo, t. y. vartojimo būdų, kurių svarba Europoje vis didėja, trūkumą. Joje taip pat pažymėta, kad atsakomosios priemonės, kurių imamasi Europoje, vis dar ženkliai nemažina hepatito C viruso infekcijos plitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir mirčių perdozavus narkotikų skaičiaus, tad šioje srityje ypač svarbų vaidmenį galėtų atlikti žalos mažinimo metodai.

Priežiūros ir atsako į besivystančią Europos narkotikų problemą modelių kūrimas

Dabartiniai narkotikų vartojimo būdai kelia tarnyboms svarbų uždavinį kurti sudėtingesnes ir labiau diferencijuotas poreikiais pagrįstas atsakomąsias priemones, kurios būtų labiau susietos su bendrosios sveikatos ir socialinės priežiūros išteklių. Kalbant apie gydymą pakaitalais, tokių priemonių reikia priežiūros reikalaujančių senstančių ir labiau chroniškų vartotojų grupėje – šis klausimas aptartas prie šios ataskaitos pridėtoje pasirinktoje temoje. Taip pat didėja su kitokiais narkotikais nei opioidais susijusių problemų sprendimo ir kitų atsakomųjų priemonių poreikis, nes į tarnybas kreipiasi vis daugiau kanapių ir stimuliantų vartotojų. Dar vieną iššūkį kelia sudėtingi kelių narkotikų vartojimo būdai, kurie paprastai susiję ir su alkoholio keliamomis problemomis. Priežiūros modeliai šiose srityse gerėja, nors siekiant plėtoti gerą patirtį ir ją dalytis dar daug ką galima pagerinti. Nors tebeatrodo, kad grynai farmakologiniai stimuliantų vartotojų gydymo būdai vargu ar bus sukurti, mokslininkų susidomėjimas šia sritimi didėja ir jau gauta vilčių teikiančių rezultatų, didesnę svarbą skiriant ir psichosocialiniams metodams.

Kanapės: svarbūs skirtumai tarp regionų

Kanapės tebėra populiariausias neteisėtas narkotikas Europoje, bet tarp šalių pastebima didelių vartojimo

paplitimo skirtumų. Pavyzdžiui, didžiausi nurodomi paplitimo įverčiai yra daugiau kaip 30 kartų didesni už mažiausius. Apskritai iš vartojimo tendencijų matyti, kad vartojimo lygis nekinta arba mažėja. Tačiau šiame bendrame ilgalaikiame vaizde galima išskirti skirtingų modelių. Ypač reikėtų atkreipti dėmesį į kai kurias Rytų Europos šalis, kuriose vartojimo lygis, atrodo, tebedidėja ir tam tikrais atvejais jau susilygino arba viršijo Vakarų Europoje nustatytus paplitimo lygius.

Vis geriau suprantama, kad kanapių vartojimas gali daryti poveikį visuomenės sveikatai, ir daugiausia dėmesio skiriama vartotojams, kurie nurodo vartojantys narkotiką kasdien ir ilgą laiką. Per neseniai atliktas apžvalgas nagrinėjant nepageidaujamus narkotiko padarinius sveikatai, nustatytas kelių rūšių poveikis, įskaitant nerimą, paniką ir psichozės simptomus. Toks ūmus poveikis keliose jį stebėtiniose šalyse paaiškina daugybę su narkotikais susijusių atvejų, dėl kurių tose šalyse kreipiamasi dėl neatidėliotinos pagalbos ligoninėje.

Iš naujausių duomenų matyti, kad bendras naujai gydyti pradėtų pacientų, kuriems kanapės yra pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius daugumoje šalių mažėja. Ši pokytį skatinantys veiksniai yra neaiškūs, bet juos verta ištirti, nes tai galėtų reikšti arba tai, kad sistemos pajėgumas priimti naujų pacientų yra sumažėjęs, arba kad gydytis nuo priklausomybės nuo kanapių siunčiama mažiau žmonių.

Didelį Europos „apetitą“ kanapėms rodo ir metinis konfiskuojamas šio narkotiko kiekis – apie 1 000 tonų. Apskritai duomenys rodo, kad įvairaus pavidalo kanapių prieinamumas Europos rinkoje galbūt didėja, o ne mažėja. Nors yra ženklų, kad regione labiau paplito vietoje pagamintos džiovintos kanapės, Europos Sąjungoje konfiskuojamų džiovintų kanapių kiekiai tebėra stabilūs, o konfiskuojami dervos kiekiai padidėjo. Vertinant pagal apimtį, skirtumas tarp konfiskuojamų kanapių dervos ir džiovintų kanapių kiekių sudaro maždaug dešimt prie vieno. Išvadas dėl įvairių rūšių kanapių prieinamumo Europoje reikia daryti itin atsargiai, nes džiovintos kanapės gaminamos arčiau paskirties rinkos, todėl tikimybė, kad jų kiekiai bus sulaikyti, yra mažesnė. Taip pat regione daugėja pranešimų apie organizuoto nusikalstamumo tinklų dalyvavimą kanapių gamyboje, kurie paskatino ir nacionalines, ir Europos teisėsaugos įstaigas imtis naujų veiksmų.

Sudėtingos Europos stimuliuojančių narkotikų rinkos supratimas

Kokainas tebėra antras labiausiai paplitęs neteisėtas narkotikas Europoje, nors paplitimo lygis ir tendencijos

Trumpai – narkotikų vartojimo rodikliai Europoje

Čia pateikiami suaugusių žmonių (15–64 metų) rodikliai, pagrįsti naujausiais turimais duomenimis (apklausos atliktos 2004–2008 m.). Visas duomenų rinkinys ir informacija apie metodiką pateikiama pridedamame statistikos biuletenyje.

Kanapės

Vartojo bent kartą gyvenime: mažiausiai 75,5 mln. (22,5 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 23 mln. suaugusių europiečių (6,8 proc.), arba trečdalis, bent kartą gyvenime kanapes vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: apie 12,5 mln. europiečių (3,7 proc.).

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,4 proc. iki 15,2 proc.

Kokainas

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 14 mln. (4,1 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: 4 mln. suaugusių europiečių (1,3 proc.), arba trečdalis, bent kartą gyvenime kokainą vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: apie 2 mln. (0,5 proc.).

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

Ekstazis

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

Vartojo per pastaruosius metus: apie 2,5 mln. (0,8 proc.), arba ketvirtadalis, bent kartą gyvenime ekstazį vartojusių asmenų.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,1 proc. iki 3,7 proc.

Amfetaminai

Vartojo bent kartą gyvenime: apie 12 mln. (3,7 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per pastaruosius metus: apie 2 mln. (0,6 proc.), arba šeštadalis, bent kartą gyvenime amfetaminus vartojusių asmenų.

Vartojimo per pastaruosius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas nuo 0,0 proc. iki 1,7 proc.

Opioidai

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

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

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

2008 m. apie 670 000 opioidų vartotojų gydyta pakaitalais.

Įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Didelis ir tebedidėjantis kokaino vartojimo lygis stebimas tik keliose šalyse, daugiausia Vakarų Europoje, o kitur šio narkotiko vartojimas tebėra ribotas. Neaišku, ar tokia padėtis vyraus ir toliau, o gal kokaino vartojimas pasklis ir kitose Europos dalyse, visų pirma Rytų Europoje. Nerimą skatina tam tikri vis aktyvesnio šio narkotiko vežimo kontrabanda per regioną įrodymai, taip pat pavieniai pranešimai apie kokaino vartojimą tam tikroje aplinkoje.

Naujų maršrutų per Rytų Europą atsiradimas nėra vienintelis rūpestį keliantis su kokaino vežimu kontrabanda susijęs klausimas. Narkotikas ir toliau įvežamas į Europą daugiausia per Iberijos pusiasalį ir Beniliukso šalis. Tačiau yra ir vienas palyginti naujas reiškinys – aptinkama antrinio išgavimo laboratorijų, kuriose kokaino hidrochloridas arba kokaino bazė išgaunama iš „pernešimo“ medžiagų, tokių kaip bičių vaškas, trąšos, drabužiai, vaistažolės, plastikas ir skysčiai. 2008 m. Ispanija pranešė Europolui apie trisdešimt tokių laboratorijų. Šis reiškinys rodo aukštą importuojančiųjų kokainą į Europos Sąjungą novatoriškumo ir technologinės pažangos lygį. Kokainas dėl savo didelės vertės taip pat

gali būti atskiedžiamas arba sumaišomas su kitomis medžiagomis. Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Europoje vis dažniau pranešama apie levamizolio (l-tetramizolo), kaip kokaino priemonės, naudojimą. Galiausiai 2009 m. per Europos ankstyvojo įspėjimo sistemą buvo paskelbtas atitinkamas įspėjimas. Šis narkotikas gali kelti papildomą pavojų kokaino vartotojų sveikatai.

Nors gydymo nuo narkomanijos tarnybose Europoje daugiausia yra problemų dėl opioidų vartojimo turinčių pacientų, kokaino vartotojai dabar sudaro maždaug ketvirtadalį pradedančiųjų gydytis. Apie daugumą tokių pacientų praneša vos keletas šalių, daugiausia Ispanija, Italija ir Jungtinė Karalystė, ir tarp jų galima išskirti dvi atskiras grupes: socialiai integruotų vyrų, kurie šį narkotiką įtraukia per nosį, ir visuomenės paribyje esančių narkotikų vartotojų, kurie švirkščiasi kokainą arba vartoja kreką, o kartu ir kitas medžiagas. Papildomą rūpestį kelia didėjantis su kokaino vartojimu siejamas mirštamumas. Dabar kasmet pranešama apie maždaug 1 000 su kokaino vartojimu susijusių mirties atvejų, kurių ypač daugėja Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje – dviejose šalyse, kuriose šio narkotiko vartojimas yra seniai nusistovėjęs ir

labai paplitęs. Nors paprastai taip pat aptinkama ir kitų narkotikų pėdsakų, šis padidėjimas kelia nerimą, ypač atsižvelgiant į nuolatinį rūpestį dėl menkinamo kokaino vaidmens iš anksčiau širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimų turinčių vartotojų mirties atvejais.

Amfetaminų vartojimo lygis Europoje apskritai tebėra mažesnis nei kokaino, bet daugelyje šalių amfetaminas ar metamfetaminas tebėra labiausiai paplitęs stimuliuojantis narkotikas. Apie problemą amfetamino vartojimą daugiausia praneša Šiaurės Europos šalys, o probleminis metamfetamino vartojimas tebėra daugiausia koncentruotas Čekijoje ir Slovakijoje. Tačiau ši padėtis jau galbūt lėtai keičiasi, nes apie metamfetamino gamybą dabar taip pat pranešama Lietuvoje ir Lenkijoje, o gaminama daugiausia Skandinavijos rinkoms. Čia jis gali būti parduodamas kaip amfetamino pakaitalas. Probleminis amfetamino ir metamfetamino vartojimas aptartas prie šios metinės ataskaitos pridedamoje pasirinktoje temoje.

Opioidai ir narkotikų švirkštimasis

Heroinas, ypač švirkščiamas, sudaro didžiausią su narkotikų vartojimu susijusio sergamumo ir mirštamumo dalį Europos Sąjungoje. Pirminiais vertinimais, Europoje yra 1,35 mln. probleminių opioidų vartotojų, ir dauguma pradedančiųjų gydytis tebenurodo opioidus kaip pagrindinį vartojamą narkotiką. Įvairių šaltinių duomenys rodo, kad nuo 2003 iki 2004 m. opioidų problemos mastas Europos Sąjungoje apskritai buvo stabilus arba didėjo. Padaugėjo heroino konfiskavimo atvejų, bet konfiskuojamas kiekis nepadidėjo; nors reikia atsižvelgti į didėjantį šio narkotiko konfiskavimo mastą Turkijoje. Pagal paplitimo įvertinius nustatomi tendencijų duomenys atrodo stabilūs, keliose šalyse lėtai didėja gydymo paklausa, o mirties dėl narkotikų atvejų padaugėjo, kaip ir narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų (per pastaruosius dvejus metus). Tam tikru mastu taip gali būti dėl to, kad su opioidų vartojimu susijusios problemos yra ilgalaikio pobūdžio – tapę priklausomi, vartotojai šios priklausomybės paprastai neatsikrato ilgą laiką. Taigi palyginti pastoviam bendros populiacijos dydžiui išlaikyti pakanka net apskritai mažo naujų vartotojų skaičiaus. Apytikriais skaičiavimais, Europoje yra nuo 750 000 iki 1 mln. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, o paplitimo lygis įvairiose šalyse labai skiriasi. Šį įvertį reikia vertinti itin atsargiai, nes duomenų kokybė ginčijama. Įvertinti švirkščiamųjų narkotikų vartojimo tendencijas ypač sudėtinga, bet gydymo stebėsenos duomenys rodo, kad vyrauja vidutinės trukmės mažėjimo tendencija, ir tarp naujų opioidų vartotojų, kurie pradeda gydytis Europoje, susišvirkščiantieji dabar jau sudaro mažumą.

Tačiau švirkštimasis tebėra labiausiai tarp opioidų vartotojų paplitęs vartojimo būdas daugelyje Rytų Europos šalių. Tai dar padidina jau ir taip didelį rūpestį dėl narkotikų vartojimo kai kuriose kaimyninėse Europos Sąjungos šalyse padarinių visuomenės sveikatai. Žvelgiant į rytinę Europos Sąjungos sieną, panašu, kad ir Rusijoje, ir Ukrainoje probleminio opioidų vartojimo lygis yra nuo dviejų iki keturių kartų didesnis už ES vidurkį. Su opioidų vartojimu susijusios problemos šiame regione, be kita ko, apima didelį ŽIV infekcijos paplitimo lygį ir didelį mirties nuo narkotikų atvejų skaičių.

Perdozavimas yra didžiausia su neteisėtų narkotikų vartojimu Europoje susijusio mirštamumo, kurio galima išvengti, priežastis, ir, atliekant toksikologinę analizę, heroino pėdsakų randama daugumoje mirties nuo narkotikų atvejų. Tai dar kartą pabrėžia opioidų svarbą siekiant suvokti narkotikų vartojimo poveikį visuomenės sveikatai Europoje. Nuo 2003 m. mirties dėl narkotikų skaičius, kaip ir mirusiųjų amžius, daugumoje Europos šalių didėjo; tai rodo, kad chroniškų vartotojų populiacija sensta. Iš negalutinių duomenų matyti, kad 2008 m. užregistruotas mirties nuo narkotikų atvejų skaičius šiek tiek padidėjo – iki, apytikriais vertinimais, 7 371 atvejo ES valstybėse narėse ir Norvegijoje 2008 m., palyginti su 7 021 atveju 2007 m. Šie įverčiai greičiausiai yra per maži. Taip pat galima apytikriai apskaičiuoti, kad kiekvienam mirtino perdozavimo atvejui Europos Sąjungoje tenka 20–25 nemirtino perdozavimo atvejai, t. y. maždaug 150 000 atvejų per metus. Be to, jau pripažįstama, kad nemirtinas perdozavimas gali sukelti didelę žalą sveikatai, ir taip pat rodo didesnę riziką perdozuoti ateityje. Kalbant apie visuomenės sveikatą, viena iš svarbiausių gydymo nuo narkomanijos tarnybų Europoje užduočių yra nustatyti veiksmingas priemones, kurios leistų mažinti ir mirtino, ir nemirtino perdozavimo atvejų skaičių. Kol kas ši užduotis neišspręsta.

„Teisėti narkotikai“: nuolatinis iššūkis narkotikų stebėsenai ir atsakui

Dedant pastangas nustatyti naujas psichoaktyvias medžiagas ir imtis tinkamų atsakomųjų priemonių jų atžvilgiu, iš visų jėgų stengiamasi neatsilikti nuo išmanios, novatoriškos ir sparčiai judančios rinkos, kuri aktyviai ieško naujų produktų ir rinkodaros strategijų. 2009-aisiais – rekordiniais metais Europos ankstyvojo įspėjimo sistemos istorijoje – Europoje pirmą kartą nustatyti 24 nauji sintetiniai narkotikai. 2010 m. ši tendencija neslūgsta: iki liepos vidurio nustatyta 15 naujų medžiagų, įskaitant sintetinius katinonus, sintetinius kanabinoidus, taip pat naujus kokaino ir amfetamino pobūdžio sintetinius darinius.

2010 m. liepos mėn. EMCDDA mokslinis komitetas atliko formalų sintetinio katinono mefedrono rizikos vertinimą. Tai paskatino didėjantis rūpestis, kad šiuo narkotiku prekiaujama kaip teisėta stimuliantų, tokių kaip kokainas ir ekstazis, alternatyva. Rizikos vertinimas atliktas įgyvendinant Europos naujų psichoaktyvių medžiagų kontrolės greito veikimo priemonę. Tačiau pokyčiai šioje srityje vyksta ypač greitai: kai kurios valstybės narės jau priėmė teisės aktus, kuriais draudžiamas mefedronas, o kai kurios juo prekiaujančios interneto svetainės jau nutraukė veiklą, nors kai kuriais atvejais jas greitai pakeitė interneto svetainės, siūlančios pakaitalų.

Būtina neprarasti budrumo ir gebėti skubiai reaguoti į naujus pokyčius, kaip antai į „teisėtų narkotikų“ produktuose nustatytų psichoaktyvių medžiagų naujų cheminių grupių atsiradimą. Tarp pavyzdžių būtų galima paminėti aminoindanus (metilensioksiaminoindaną, MDAI) ir sintetinius kokaino darinius (kaip antai fluorotropakoiną). 2010 m. ėmusių veiksmų mefedrono atžvilgiu, tokias medžiagas pradėta aptikti dažniau, nors jų vis dar pasitaiko retai, ir per ankstyvojo įspėjimo sistemą jau gauta pirmųjų su tokiomis medžiagomis susijusių problemų turinčių vartotojų pranešimų. EMCDDA stebi šių medžiagų prieinamumą ir galimą poveikį sveikatai.

Mefedrono pavyzdys ryškiai parodo, kaip žiniasklaida ir visuomenė gali daryti ES valstybėms narėms didelį spaudimą skubiai imtis atsako dėl galimos naujos grėsmės. EMCDDA, glaudžiai bendradarbiaudamas su Europolu ir Europos vaistų agentūra, nuolat dirba, kad laiku teiktų informaciją, kuri būtų patikima ir pasverta. Šioje sparčiai kintančioje srityje vis labiau reikia tobulinti Europos gebėjimą aktyviai stebėti pokyčius ir visų pirma bandyti ir nustatyti esamų produktų mišinių chemines sudedamąsias dalis bei vertinti jų galimą poveikį visuomenės sveikatai. Čia problemų kelia standartinės pagalbinės medžiagos stoka. Kalbant apie kontrolės strategiją, šių produktų gamybos ir pardavimo būdai svariai įrodo, kad, imantis veiksmingų priemonių, reikės imtis ir veiksmų Europos lygmeniu nacionalinėms iniciatyvoms paremti.

Organizuoto nusikalstamumo tinklai suvokia naujų sintetinių medžiagų potencialą

Su šiomis naujomis medžiagomis susijusių teisės aktų leidybą apsunkina daugelis veiksnių. Kai kurios valstybės narės priėmė bendro pobūdžio teisės aktus, kurie apima tos pačios cheminės grupės medžiagas. Ši teisinė galimybė egzistuoja tik keliose šalyse ir ją gali būti sunku pritaikyti praktiškai. Sunkumų taip pat kelia ir tai, kad kai kurios iš šių medžiagų gali turėti teisėtą nemedicininę paskirtį, gali būti parduodamos, kaip manoma, teisėtais tikslais arba

gali būti naudojamos farmacijos pramonėje mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros tikslais. Kita vertus, net ir gerai parengtos kontrolės priemonės gali neišspręsti visų problemų šioje srityje; be to, tokios priemonės gali net paskatinti nepageidaujamą perėjimą iš daugiausia internetinės „teisėtų narkotikų“ rinkos į rinką, kurioje veiktų organizuoto nusikalstamumo tinklai. Visi katinono narkotikai, kaip antai mefedronas, metilonas ir MDPV, yra pasirodę neteisėtoje rinkoje, kurioje jie parduodami kaip kokaino, ekstazio ir amfetamino pakaitalai arba kaip atskiri narkotikai. Europolas nurodė, kad buvo likviduotos kelios didelės neteisėtos ekstazio gamybos laboratorijos, kuriose, kaip nustatyta, buvo tabletuojamas mefedronas, ir daugiau kaip 20 Europos šalių pranešė aptinkančios šio narkotiko konfiskuojamose narkotikų partijose. Mastą, kuriuo nauji sintetiniai narkotikai taps svarbia būsimos Europos neteisėtų narkotikų rinkos dalimi, sunku prognozuoti. Tačiau nusikalstamos organizacijos tikriausiai greitai suvoks medžiagų, kurias galima pigiai įsigyti dideliais kiekiais, kurias ateityje bus galima palyginti lengvai sintetinti ir kurios yra patraukli kontroliuojamų narkotikų alternatyva, potencialą.

Narkotiko „analogo“ kūrimas kontroliuojamai medžiagai pakeisti nėra nauja idėja. Tačiau praeityje narkotikų analogai buvo neteisėtai gaminami ir parduodami tiesiogiai neteisėtoje rinkoje. Šiandien matyti didelis skirtumas – nauja neteisėtos ir teisėtos rinkų sąveika, kai cheminės medžiagos gaunamos iš teisėto šaltinio, bet po to parduodamos kaip neteisėtų psichoaktyvių medžiagų pakaitalai.

Kas laukia: vaistai, suklustoti narkotikai ir nauji vaistai analogai

Jungtinėse Amerikos Valstijose narkotikų problema gyvuoja labai senai ir pokyčiai šioje rinkoje kartais turėdavo poveikį Europoje. Šiuo metu didelis JAV kovos su narkotikais politikos rūpestis susijęs su netinkamu receptinių vaistų, ypač opioidų, tokių kaip *OxyContin*, vartojimu. Europoje netinkamas receptinių vaistų vartojimas, išskyrus priklausomybės nuo opioidų gydymui taikomus pakaitalus, svarbia problema nelaikomas. Tai iš dalies lemia kitokia nei Jungtinių Amerikos Valstijų reguliavimo sistema ir vaistų skyrimo praktika. Netinkamo vartojimo potencialas taip pat nagrinėjamas Europos farmakologinio budrumo sistemoje, už kurios veikimą atsako Europos vaistų agentūra ir su kuria EMCDDA bendradarbiauja netinkamo narkotikų vartojimo klausimais. Vis didesnį rūpestį kelia suklustotų vaistų, kurie gaminami ir parduodami vietoj teisėtų produktų, plitimas. 2009 m. ankstyvojo įspėjimo sistemoje gauta pranešimų apie medžiagas, sukurtas šiek tiek pakeitus

vaistų, kuriais, kaip žinoma, gali būti piktnaudžiaujama, cheminę struktūrą. Naujų vaistų analogų atsiradimas nepageidaujamai apsunkintų užduotį užtikrinti, kad receptiniai vaistai nebūtų naudojami neteisėtų medžiagų naudojimui ir nebūtų netinkamai vartojami. Tai dar vienas pavyzdys, kaip naujovių kūrimas neteisėtoje rinkoje verčia vaistų ir narkotikų kontrolės reguliavimo institucijas

imtis tvirtų ir bendrų atsakomųjų priemonių. Šis klausimas yra labiau galimas pavojus, o ne neatidėliotina problema, bet atsižvelgiant į tai, kaip greitai vyksta pokyčiai šioje srityje, svarbu iš anksto numatyti būsimus iššūkius. Prielaida, kad ateityje daugės naujų narkotikų, kurie bus sukurti esamų vaistų pagrindu, bet bus skirti negydomiesiems tikslams, kelia ypatingą nerimą.

1 skyrius

Politika ir įstatymai

Įžanga

Kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planų įgyvendinimo stebėsenos ir vertinimas yra svarbi tema ir nacionaliniu, ir tarptautiniu lygmeniu. Naujausi pokyčiai šioje srityje, apie kuriuos pranešama šiame skyriuje, be kita ko, susiję su nauja stebėsenos sistema, kurią kuria Jungtinių Tautų Organizacija, ir pirmaisiais naujojo ES kovos su narkotikais veiksmų plano įgyvendinimo rezultatais. Taip pat apibūdinami kai kurie laimėjimai ir sunkumai, susiję su daug pastangų reikalaujančiais kovos su narkotikais politikos vertinimo ir atnaujinimo ciklais, kuriuos ėmė taikyti dauguma ES valstybių narių.

Šiame skyriuje taip pat apžvelgiami skirtingi įvairių narkotikų išskyrimui Europoje taikomi teisiniai metodai, įskaitant įvairių teisės aktų ir narkotikų klasifikavimo sistemų taikymą bei kaltintojo ar teismo nuožiūrą. Kitas išskyrimo būdas susijęs su ribiniais kiekiais, pagal kuriuos skiriami su asmeniniu vartojimu ir neteisėta prekyba susiję nusikaltimai. Šiame skyriuje taip pat pateikiami nauji su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų duomenys ir tendencijos bei naujausi pokyčiai, susiję su Europoje atliekamais moksliniais tyrimais narkotikų srityje.

Tarptautinės ir ES politikos pokyčiai

JT politinės deklaracijos ir veiksmų plano stebėsenos

2009 m. vykusioje Jungtinių Tautų Narkotinių medžiagų komisijos (angl. CND) sesijoje JT valstybės narės priėmė naują politinę deklaraciją ir veiksmų planą dėl narkotikų problemos pasaulyje (EMCDDA, 2009a). Jos taip pat priėmė rezoliuciją (52/12) dėl duomenų rinkimo, pateikimo ir analizės gerinimo siekiant stebėti šių naujų kovos su narkotikais politikos dokumentų įgyvendinimą.

Atsižvelgus į sunkumus, su kuriais susiduria atliekant baigiamąją ankstesnės dešimties metų trukmės politinės deklaracijos ir veiksmų planų peržiūrą, rezoliucijoje paraginta nustatyti duomenų rinkimo priemones ir būdus, kad teikiami duomenys būtų patikimi ir palyginami. Tarp svarbiausių nuostatų paminėta būtinybė skatinti JT valstybes nars gerinti ataskaitų teikimą ir vengti

nereikalingo darbų dubliavimo su esamomis tarptautinėmis stebėsenos sistemomis, įskaitant atitinkamas kitų JT agentūrų arba regioninių įstaigų, tokių kaip EMCDDA, sistemas.

Naujojoje JT duomenų rinkimo priemonėje Metinių ataskaitų teikimo klausimynas – su JT narkotikų kontrolės konvencijomis susijusi stebėsenos priemonė – bus papildytas naujais klausimais, susijusiais su priimta nauja politine deklaracija ir veiksmų planu. Naujasis klausimynas turėtų būti priimtas 2011 m. CND sesijoje ir netrukus po to turėtų būti surengtas pirmasis duomenų rinkimo etapas.

Atsakas į narkotikus pagal Lisabonos sutartį

2009 m. gruodžio 1 d. įsigaliojusia Lisabonos sutartimi Europos Sąjungoje siekiama įtvirtinti supaprastintus darbo metodus ir balsavimo taisykles, taip pat sukurti gerai organizuotas ir šiuolaikiškas įstaigas ⁽¹⁾. Ja taip pat gerinamas Europos Sąjungos gebėjimas imtis veiksmų keliose kovos su narkotikais politikos srityse.

Neteisėtos prekybos neteisėtais narkotikais klausimai nagrinėjami laisvės, saugumo ir teisingumo srityje (83 straipsnis), kurioje numatoma nustatyti būtiniausias taisykles dėl kriminalinių nusikaltimų ir bausmių apibrėžties. Sutartyje numatoma įsteigti Europos prokuratūrą ir nustatyta galimybė išplėsti jos įgaliojimus apimant sunkius tarpvalstybinio matmens nusikaltimus (86 straipsnis). Todėl dėl tam tikrų su neteisėta prekyba narkotikais susijusių nusikaltimų galiausiai galėtų būti traukiama baudžiamojon atsakomybėn ES lygmeniu.

Lisabonos sutartyje taip pat atsižvelgiama į visuomenės sveikatą ir, kaip ir anksčiau, Europos Sąjunga įgaliojama papildyti valstybių narių veiklą mažinant „su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją“. Pagal naująją straipsnį dėl visuomenės sveikatos Europos Komisija, palaikydama glaudų ryšį su valstybėmis narėmis, gali imtis iniciatyvos nustatyti rekomendacijas ir rodiklius, organizuoti keitimąsi gerąja patirtimi ir rengti reikiamus elementus periodinei stebėsenai ir vertinimui. Tai papildomai paremia darba, kurį Komisija ir EMCDDA atlieka šiose srityse.

⁽¹⁾ Dėl papildomos informacijos žr. Lisabonos sutartį [Europa interneto svetainėje](#).

ES kovos su narkotikais strategija ir veiksmų planas

Pirmaisiais naujojo ES kovos su narkotikais veiksmų plano (2009–2012 m.) įgyvendinimo metais atlikta daug darbų. Pirmininkaudamos Europos Sąjungai, ir Čekija, ir Švedija parėmė veiksmų plano įgyvendinimą, pasirūpindamos, kad būtų priimtos atitinkamos Europos Vadovų Tarybos išvados, vienoje iš kurių raginama nustatyti pagrindinius rodiklius narkotikų rinkų, su narkotikais susijusių nusikaltimų ir pasiūlos mažinimo srityje, antroje raginama keistis visuotinės prevencijos gerąja patirtimi, rekomendacijomis ir kokybės standartais, o trečioje – stiprinti Europos Sąjungos neteisėtų narkotikų mokslinių tyrimų pajėgumus.

Europos Komisija paskelbė ataskaitą apie 2004 m. spalio 25 d. Tarybos pagrindų sprendimo 2004/757/TVR, nustatančio būtiniausius nuostatus dėl nusikalstamų veikų sudėties požymių ir bausmių neteisėtos prekybos narkotikais srityje, įgyvendinimą. Komisija nustatė, kad pagrindų sprendimas neužtikrino esminio nacionalinės teisės aktų suderinimo, nors buvo žengtas pirmasis žingsnis siekiant nustatyti bendrą požiūrį į kovą su neteisėta prekyba narkotikais ⁽¹⁾. Komisija taip pat paskelbė darbinį dokumentą, kuriame apibūdino esamus Europos Sąjungoje atsirandančių tendencijų nustatymo, stebėsenos ir reagavimo į jas būdus ir pasiūlė rekomendacijų dėl būsimo darbo ⁽²⁾. Be to, pradėta įgyvendinti naują projektą, kuriuo siekiama paremti visą ES apimančios kriminalistinio sintetinių narkotikų profiliavimo sistemos įgyvendinimą ⁽³⁾. Taikant kriminalistinį profiliavimą nustatomi savotiški narkotikų „pirštų atspaudai“, kurie gali padėti susekti gamintojus ir nustatyti narkotikų platinimo kanalus. Kita Komisijos veikla – bendradarbiavimas su pilietine visuomene ir su narkotikais susijusiais moksliniais tyrimais – apibūdinta kitose šio skyriaus dalyse. Pirmoji išsami padarytos pažangos įgyvendinant galiojantį ES kovos su narkotikais veiksmų planą (2009–2012 m.) peržiūra bus paskelbta 2010 m. pabaigoje.

Pilietinė visuomenė ir kovos su narkotikais politika

2009 m. kovo mėn. Europos Komisijos Pilietinės visuomenės forumas narkotikų klausimais surengė trečiąją susitikimą. Vienas iš dviejų pagrindinių darbotvarkės klausimų buvo susijęs su Europos veiksmų narkotikų srityje iniciatyva (žr. toliau). Kitas pagrindinis klausimas susijęs

su forumo ateitimi. Diskutuota praktiniais klausimais, tokiais kaip dalyvių atranka ir susitikimų organizavimas. Susitikime taip pat apspvarstytas būsimas Pilietinės visuomenės forumo narkotikų klausimais vaidmuo – ar jis turėtų likti neoficialia keitimosi nuomonėmis platforma, ar tapti oficialia Komisijos patariamąja įstaiga.

Kita priemonė, kuria siekiama užtikrinti pilietinės visuomenės dalyvavimą ir ją mobilizuoti, yra Europos Komisijos Europos veiksmų narkotikų srityje iniciatyva. Šiuo projektu valdžios institucijos, įstaigos, asociacijos, nevyriausybinės organizacijos, įmonės ir privatūs asmenys raginami įsipareigoti imtis konkrečių veiksmų kovos su narkotikais srityje. Tokiu būdu projektu ketinama parūpinti pilietinei visuomenei platformą, kurią pasitelkiant būtų didinamas informuotumas narkotikų ir su narkotikų vartojimu susijusios rizikos klausimais bei būtų skatinamas dialogas ir keitimasis gerąja patirtimi. Iki 2010 m. kovo mėn. pradžios savo įsipareigojimus patvirtino apie 640 pareiškėjų.

Pilietinės visuomenės mobilizavimas taip pat turėtų būti vienas iš pagrindinių kitos ES kovos su narkotikais strategijos principų ⁽⁴⁾. Tai nustatyta Europos Vadovų Tarybos susitikime priimtoje Stokholmo programoje. Joje numatyta ES veiksmų pilietybės, teisingumo, saugumo, prieglobsčio ir imigracijos klausimais teisingumo, laisvės ir saugumo srityje sistema 2010–2014 m. laikotarpiui.

Valstybių narių nacionalinė kovos su narkotikais strategija

Nauji pokyčiai

Kovos su narkotikais strategija ir veiksmų planai – esminės Europos šalių kovos su narkotikais politikos priemonės. Tokius politikos dokumentus priėmė ir juos periodiškai atnauja beveik visos iš trisdešimties EMDDA stebimų šalių. 2009 m. naują kovos su narkotikais strategiją arba veiksmų planus priėmė septynios Europos šalys (žr. 1 lentelę), o dar dvylika 2010 m. pradžioje rengė naujus nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentus ⁽⁵⁾.

Sunkumai atnaujinant kovos su narkotikais politikos dokumentus

Keletas šalių neseniai pranešė vėluojančios atnaujinti savo nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentus ⁽⁶⁾.

⁽¹⁾ Europa pranešimas spaudai MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 galutinis.

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63.

⁽⁴⁾ Kiti du pagrindiniai principai buvo susiję su bendradarbiavimo su trečiosiomis šalimis stiprinimu ir mokslinių tyrimų bei informacijos gerinimu.

⁽⁵⁾ Čekija, Estija, Italija, Latvija, Lietuva, Liuksemburgas, Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Rumunija, Slovėnija ir Turkija.

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

1 lentelė. 2009 m. priimti kovos su narkotikais politikos dokumentai

Šalis	Politikos dokumento pavadinimas	Laikotarpis	Taikymo sritis	Pastabos
Bulgarija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2009–2013 m.	Neteisėti narkotikai	Papildyta veiksmų planu (2009–2013 m.)
Airija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija – laikinoji	2009–2016 m.	Neteisėti narkotikai	Bus pakeista strategija dėl kovos su piktnaudžiavimu alkoholiu ir narkotikais
Ispanija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2009–2016 m.	Neteisėti narkotikai, alkoholis ir tabakas	Papildyta veiksmų planu (2009–2012 m.)
Kipras	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2009–2012 m.	Neteisėti narkotikai	
Vengrija	Nacionalinė narkotikų problemos sprendimo strategija	2010–2018 m.	Neteisėti narkotikai	Bus papildyta veiksmų planais
Slovakija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2009–2018 m.	Neteisėti narkotikai	Bus papildyta veiksmų planais
Kroatija	Kovos su piktnaudžiavimu narkotikais veiksmų planas	2009–2012 m.	Neteisėti narkotikai	Antrasis veiksmų planas pagal 2006–2012 m. nacionalinę strategiją
Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.				

Penkios iš tų, kurių kovos su narkotikais strategijos ar veiksmų plano terminas baigėsi 2008 m. gruodžio mėn., turėjo priimti naujus dokumentus jau po vienerių metų (Italija, Latvija, Lietuva, Portugalija ir Rumunija). Ir kita grupė šalių, kurių politikos dokumentai nustojo galioti 2009 m., tais metais jų neatnaujinio. Dėl to Europoje pirmą kartą nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio vidurio sumažėjo šalių, turinčių galiojančią nacionalinę kovos su narkotikais strategiją ar veiksmų planą.

Atnaujinti kovos su narkotikais politikos dokumentus – sudėtingas kelių etapų procesas. Pirmiausia atliekamas baigiamasis galiojančios arba neseniai nustojusios galioti strategijos arba veiksmų plano įvertinimas ⁽⁷⁾. Naujos politikos rengimo etape taip pat konsultuojamasi su suinteresuotosiomis šalimis ir kartais su visuomene. Kovos su narkotikais strategijoje ir veiksmų planuose koordinuojami įvairių vyriausybės departamentų įsipareigojimai, tad juos apibrėžiant parengiami projektai paprastai pateikiami įvairioms ministerijoms. Galiausiai politikos dokumentus turi patvirtinti vyriausybė arba parlamentas. Iš naujausių pranešimų matyti, kad visam procesui užbaigti gali prireikti nuo šešių mėnesių iki dvejų metų. O nacionalinės kovos su narkotikais politikos dokumentų terminas paprastai sudaro nuo ketverių iki aštuonerių metų. Tai reiškia, kad atnaujinimo procesą, siekiant neveluoti, kartais reikėtų pradėti netrukus po laikotarpio vidurio arba likus mažiausiai keliems mėnesiams iki politikos dokumento galiojimo pabaigos. Tačiau baigiamieji įvertinimai gali būti atlikti ne anksčiau nei bus užbaigtas strategijos ar veiksmų plano įgyvendinimas, o galbūt net ir vėliau, kai strategijos ar plano poveikį bus galima įvertinti remiantis epidemiologiniais ir kitais duomenimis.

Europos Sąjunga ir kelios Europos šalys neseniai susidūrė su iššūkiu – kaip beveik tuo pat metu atlikti ir baigiamąjį galiojančio politikos dokumento įvertinimą, ir parengti jo pakeitimo projektą. Panaši padėtis gali susiklostyti ir ateinančiais metais, taigi pateikta tam tikrų pasiūlymų, kaip ateityje būtų galima spręsti šį klausimą kitaip. Vienu iš jų siūloma tarp dviejų vienas po kito einančių planų ar strategijų numatyti pereinamojo laikotarpio metus, kurie būtų skirti veiklai įvertinti ir politikai atnaujinti.

Kovos su narkotikais strategijos sąsajos su kovos su alkoholio daroma žala strategija

Tarp Europos narkotikų vartotojų plačiai paplitęs kelių medžiagų – kelių narkotikų – vartojimas ir beveik visi kelių narkotikų vartojimo būdai susiję su alkoholiu (EMCDDA, 2009d). Prevencijos, gydymo, žalos mažinimo ir socialinės reintegracijos specialistai žino, kad narkotikų ir alkoholio problemos iš dalies sutampa, ir stengiasi rasti praktinius sprendimus, kurie leistų tuo pat metu spręsti abu šiuos klausimus. Tačiau politikos lygmeniu padėtis atrodo sudėtingesnė (Muscat, 2008).

Apžvelgus ir Europos šalių kovos su narkotikais strategiją, ir jų kovos su alkoholio daroma žala strategiją, matyti, kad padėtis atskirose šalyse nevienoda: vienos nacionalinės strategijos iš viso nėra; kitose parengta kovos su neteisėtais narkotikais strategija, bet su alkoholiu susijusios strategijos nėra; trečioje parengta atskira kovos su narkotikais strategija ir atskira strategija dėl kovos su alkoholio daroma žala; kai kuriose parengtos dvi tarpusavyje susijusios strategijos; o dar kitose parengtas vienas politikos dokumentas, apimantis ir neteisėtus narkotikus, ir alkoholį. Taip pat nėra ženklų, kad būtų

⁽⁷⁾ Žr. įtrauką „Nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planų vertinimas“.

Nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planų vertinimas

Europos šalyse paplitusi praktika atlikti baigiamąjį savo nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ar veiksmų plano apžvalgą arba įvertinimą. Paprastai siekiama įvertinti pasiektą įgyvendinimo lygį, taip pat bendros padėties narkotikų srityje pokyčius kitai strategijai ar veiksmų planui parengti.

Kai kuriose šalyse taikomas išankstinis vertinimo etapas, per kurį vertinama politikos dokumento logika, aktualumas ir vidinis nuoseklumas. Siekiant išaiškinti teoriją, kuria pagrįsta politika, ir taip pat nustatyti tikslų, veiksmų ir poreikių neatitikimus, taikoma turinio analizė, kurią atliekant kartais rengiami problemų medžiai ar loginės sistemos.

Politikos dokumentuose numatytų veiksmų įgyvendinimas vertinamas įvairiais būdais. Kai kuriose šalyse duomenis įprastai teikia už įgyvendinimą atsakingos įstaigos. Kitose paslaugų teikėjų ar regioninių valdžios institucijų prašoma užpildyti klausimyną dėl įgyvendinimo lygio ir kartais dėl sunkumų, su kuriais susidurta.

Dauguma vertintojų pripažįsta, kad sunku nustatyti kovos su narkotikais strategijos poveikį gvildenant narkotikų problemą. Vis dėlto atliekant padėties narkotikų srityje apžvalgą remiantis epidemiologiniais rodikliais ir kitais sveikatos priežiūros ar teisėsaugos institucijų duomenimis, tuo pat metu paprastai bandoma susieti kai kuriuos politikos elementus su nustatytais padėties narkotikų srityje pokyčiais. Deja, atliekant analizę palyginimai Europos mastu atliekami retai, dėl to kai kurios šalys susiejo kanapių vartojimo mažėjimą su savo nacionalinės kovos su narkotikais politikos turiniu, nors duomenys rodo, kad ši tendencija pastebima tarptautiniu mastu.

Vienas iš pagrindinių vertinimo etapų – duomenų aiškinimas. Kai kuriose šalyse už tai atsako tik nacionalinė kovos su narkotikais koordinavimo įstaiga, o kitose kritiškai įvertinti duomenis, rezultatus ir parengti rekomendacijas dėl kitos strategijos ar veiksmų plano pavedama išorės vertintojams, specialioms komisijoms arba ekspertų grupėms.

aiškiai linkstama prie kurio nors vieno iš šių modelių. Nors panašu, kad daugelis šalių, be kovos su narkotikais strategijos, jau priėmė ir kovos su alkoholio daroma žala strategiją (Europos Komisija, 2009b), kitos šalys tiesiog išplėtė savo kovos su narkotikais politikos dokumento taikymo sritį; kaip pavyzdį galima paminėti Airijos sprendimą įtraukti alkoholį į naują kovos su netinkamu medžiagų vartojimu strategiją.

Nesant bendro Europos modelio ir tendencijos, rengiant strategiją dėl medžiagų vartojimo vyriausybėms tenka svarstyti daugybę klausimų. Priežastys, dėl kurių abiejų sričių strategijos nesujungiamos į vieną, susijusios su

būtinybe konkrečiai spręsti su alkoholiu susijusias problemas, kurių mastas dažnai yra kitoks nei neteisėtų narkotikų keliamų problemų, arba paprasčiausiai patvirtinti teisėtą ribas tarp teisėtų ir neteisėtų narkotikų. O alkoholio vartojimo tarp neteisėtų narkotikų vartotojų svarba ar būtinybė taikyti viešosios sveikatos metodus, pagal kuriuos dėmesys būtų telkiamas į gyvenimo būdą ir elgesį, o ne į atskiras medžiagas, reikalauja bendros strategijos. Šie prieštaravimai paskatino kai kurias šalis pasirinkti pragmatiškus sprendimus, pavyzdžiui, sujungti ir įtraukti atskiras kovos su narkotikais ir kovos su alkoholio daroma žala strategijas į visa apimančią visuomenės sveikatos strategiją arba koordinuoti per bendrą nacionalinę kovos su narkotikais ir alkoholio daroma žala koordinavimo įstaigą (pavyzdžiui, Portugalijoje). Toliau dirbant šioje srityje, reikės įvertinti įvairių kovos su narkotikais ir kovos su alkoholio daroma žala strategijų sujungimo Europoje modelių pranašumus.

Viešosios išlaidos ir socialinės sąnaudos

Apskaičiuota, kad 2005 m. su visais narkotikų reiškinio aspektais susijusios viešosios išlaidos Europoje sudarė 34 mlrd. EUR (EMCDDA, 2008d). Šis skaičius apima „nurodytąsias“ išlaidas, kurias vyriausybė planuoja skirti su narkotikais susijusioms užduotims ir atitinkamai pažymti jas biudžete. Nurodytosios išlaidos fiksuojamos oficialiuose apskaitos dokumentuose. Tačiau didesnė su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų dalis yra „nenurodytosios“, t. y. jos nėra nurodomos kaip išlaidos šiam tikslui nacionaliniame biudžete. Nenurodytosios išlaidos turi būti apskaičiuojamos taikant išlaidų planavimo metodą.

Įvairių metų duomenų turima tik apie nurodytąsias išlaidas. 2008 m. 22 ES valstybės narės pranešė, kad visos nurodytosios išlaidos narkotikų problemai spręsti sudarė 4,2 mlrd. EUR. Šešiolikoje šalių, kurios pateikė šiuos duomenis ir 2005, ir 2008 m., visa nurodytųjų viešųjų išlaidų suma padidėjo nuo 2,10 mlrd. iki 2,25 mlrd. EUR. Visa nurodytųjų išlaidų suma, kaip bendrojo vidaus produkto dalis, sumažėjo devyniose šalyse, padidėjo šešiose šalyse, o vienoje šalyje nepakito⁽⁸⁾.

Su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas galima klasifikuoti pagal Tarptautinio valstybės funkcijų klasifikatoriaus (COFOG) sistemą. Didžioji dalis visų nurodytųjų išlaidų, kurias septynios šiuos duomenis pateikusios šalys suskirstė į kategorijas (1,82 mlrd. EUR), atiteko dviem valstybinio sektoriaus funkcijoms: sveikatai (60 proc.) ir viešajai tvarkai bei saugai (34 proc.) (t. y. policijos tarnyboms, teismams, kalėjimams). Ši disbalansą

⁽⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PPP-10 lentelę.

gali paaiškinti tai, kad išlaidos viešajai tvarkai ir saugai paprastai įterpiamos į platesnio masto ir bendresnio pobūdžio kovos su nusikalstamumu programas (nenurodytosios išlaidos) (EMCDDA, 2008d).

Socialinės narkotikų vartojimo sąnaudos

Skaičiuojant socialines narkotikų vartojimo sąnaudas, gaunama suma, kuri būtų sutaupyta, jeigu narkotikų vartojimas būtų panaikintas, ir nustatomos įvairios sąnaudų sudedamosios dalys bei kiekvieno visuomenės sektoriaus indėlio dydis. Ši informacija gali padėti nustatyti finansavimo prioritetus. Viešosios išlaidos yra tik menka socialinių sąnaudų dalis, kurios vertinamos kaip tiesioginės sąnaudos tik iš valdžios sektoriaus pozicijos. Socialinės sąnaudos taip pat apima netiesiogines sąnaudas (pavyzdžiui, produktyvumo praradimą dėl sergamumo ir mirštamumo) ir privačių suinteresuotųjų šalių sąnaudas (pavyzdžiui, privačios sveikatos priežiūros).

Socialinių sąnaudų tyrimai reikalauja daug laiko ir yra brangūs. Dėl šios priežasties informacijos apie socialines narkotikų vartojimo sąnaudas Europoje yra labai nedaug. Naujausi socialinių narkotikų sąnaudų įverčiai atlikti Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje (Škotijoje). Apytikriai apskaičiuota, kad tiesioginės sąnaudos, susijusios su neteisėtų narkotikų ir netinkamu vaistų vartojimu, Suomijoje 2007 m. sudarė nuo 200 iki 300 mln. EUR. Netiesioginės sąnaudos, kaip apytikriai apskaičiuota, tais pačiais metais sudarė nuo 500 iki 1 100 mln. EUR. Didžiausia visų tiesioginių sąnaudų dalis – beveik trečdalis – teko socialinei paramai, antroje vietoje buvo viešosios tvarkos ir saugos užtikrinimas, kuriam teko maždaug ketvirtadalis sąnaudų. Didžiausia netiesioginių sąnaudų dalis susijusi su dėl ankstyvos mirties prarastomis gyvybėmis.

Škotijoje, paskutiniaisiais vertinimais, ekonominės ir socialinės narkotikų vartojimo sąnaudos 2006 m. sudarė 5,1 mlrd. EUR. Pusė šių sąnaudų priskirta prie „platesnių socialinių sąnaudų“, įskaitant sąnaudas, susijusias su probleminių narkotikų vartotojų padarytų nusikaltimų aukomis ir su emociniu skausmu, kurį patiria dėl narkotikų vartojimo mirusių narkomanų šeimos. Su probleminiu narkotikų vartojimu susieti 96 proc. visų socialinių ir ekonominių sąnaudų, tik 4 proc. – su pramoginiu narkotikų vartojimu.

Nacionalinės teisės aktai

Daugelis Europos šalių išnagrinėjo skirtumus tarp narkotikų arba įdiegė juos į savo teises sistemas. Tarp

Ekonomikos nuosmukis ir narkomanijos problemos

Europos Komisijos (2009a) vertinimais, dabartinis ekonomikos nuosmukis sulyginamas su XX a. 4-ojo dešimtmečio nuosmukiu. 2009 m. ES valstybių narių bendrasis vidaus produktas smuko 4,0 proc., gerokai daugiau negu per ankstesnes krizes. Padėtis ES darbo rinkose drastiškai pablogėjo, nedarbo lygis padidėjo trečdaliu (nuo 6,7 proc. 2008 m.) ir prognozuojama, kad 2010 m. jis pasieks 11 proc. Gerokai sumažėjo užimtumas: 2006–2008 m. sukurta 9,5 mln. darbo vietų, o 2009–2010 m., kaip manoma, jų bus prarasta 8,5 mln.

Ekonomikos nuosmukio padariniai narkotikų vartojimui ir su narkotikais susijusioms problemoms nagrinėti Tarptautinės narkotikų politikos studijų organizacijos (ISSDP) 2010 m. konferencijoje. Be kita ko, bendrai nustatyta, kad yra daugybė galimų poveikio priemonių. Pavyzdžiui, gali padaugėti bedarbių paauglių, kurie prekiauja narkotikais ir taip didins kanapių prieinamumą ir vartojimą tarp savo bendraamžių. Kai kurie jauni suaugusieji taip pat gali vartoti narkotikus, kad atlaikytų stresą ir ekonominius sunkumus, nors sumažėjus pajamoms kitiems gali tekti mažinti išlaidas narkotikams. Galimas poveikis ir esamoms su narkotikais susijusioms problemoms – tiesioginis, skurdesniems narkotikų vartotojams imantis taikyti veiksmingesnius ir rizikingesnius vartojimo būdus, arba netiesioginis, dėl viešųjų išlaidų karpymo mažėjant teikiamų paslaugų mastui ir skaičiui.

Visam dabartinio nuosmukio poveikiui įvertinti reikės daug laiko, visų pirma daugialypių pirmiau apibūdintų priemonių ir dėl to, kad poveikis pasireikš ne per vienerius metus. Tačiau dabar vyriausybės, svarstančios galimybę apkarpyti išlaidas kovos su narkotikais srityje, turi atsižvelgti į esamų priemonių išlaidų veiksmingumą.

naujausių pavyzdžių galima paminėti naująjį Čekijos baudžiamąjį kodeksą, pagal kurį už kanapių ar jų veikliosios medžiagos (THC) laikymą vartojimui numatyta mažesnė didžiausia bausmė nei tuo atveju, kai tokie nusikaltimai susiję su kitomis medžiagomis. Panaši galimybė 2009 m. svarstyta Estijoje, bet dešimt iš 13 Teisingumo ministerijos apklaustų ekspertų pasisakė prieš nusikaltimų diferencijavimą pagal medžiagą ir nuspręsta teisės akto nekeisti. Nyderlanduose vyriausybė sutiko su Kovos su narkotikais politikos patariamojo komiteto rekomendacija persvarstyti narkotinių medžiagų sąrašą skaičių.

Įstatymų leidžiamoji valdžia Europos Sąjungoje gali taikyti įvairiausias narkotikų skirstymo būdus ir kontrolės priemones, atsižvelgiant į tai, kokių mastu medžiaga yra skirta teisėtai prekybai ir pardavimui, vertinant pagal jos komercines, pramonines ar vaistines savybes. Pirmosios

grupės galimybės susijusios su kontrolės priemonėmis, kurios nėra įtrauktos į narkotikų kontrolės teisės aktus ir kurios gali būti suskirstytos į tris kategorijas: tai – neribojamas pardavimas, ribojamas pardavimas be medicininės priežiūros ir ribojamas pardavimas su medicinine priežiūra. Pirmojoje kategorijoje tam tikrų prekių, pavyzdžiui, tikriausiai psichoaktyvių medžiagų narkotinių medžiagų parduotuvėse arba naujų ir dar nekontroliuojamų medžiagų, pardavimui kontroliuoti taikomi vartotojų apsaugos teisės aktai. Antroji kategorija susijusi su apribojimais, tokiais kaip pirkėjo ir kartais vartotojo amžiaus apribojimai arba licencijų pardavimo vietoms išdavimas. Tai būdinga alkoholio ir tabako kontrolei, bet taip pat gali būti taikoma ir kanapių pardavimui teisėta marihuana prekiaujančiuose baruose (angl. *coffee shops*) Nyderlanduose ir tam tikrų lakiųjų medžiagų pardavimui, pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje. Trečioji kategorija apima vaistų pardavimą, įskaitant nereceptinius vaistus nuo kosulio ir peršalimo, taip pat receptinius vaistus, reglamentuojančius teisės aktus. Per kelerius pastaruosius metus Čekija ir Jungtinė Karalystė nustatė tariamojo efedrino turinčių vaistų nuo peršalimo pardavimo apribojimus, nes šie vaistai buvo perkami neteisėtiems amfetaminams gaminti. Vaistus reglamentuojantis teisės aktas taip pat veiksmingai panaudotas Austrijoje „Spice“ produktų pardavimui apriboti, nelaikant vartotojų nusikaltėliais (EMCDDA, 2009a).

Antrąją grupę galimybių, kaip skirti medžiagas, siūlo narkotikų kontrolės teisės aktai. Šias galimybes galima pavaizduoti skirstymo būdų piramidės forma (Ballotta *et al.*, 2008). Jos pagrindą sudaro skirstymo sistema, pagrįsta klasifikacija pagal teisės aktus. Už nusikaltimą, susijusį su narkotikais, skiriama bausmė oficialiai skiriasi atsižvelgiant į susijusios medžiagos kenksmingumo klasę, kaip apibrėžta srašuose, kurie nustatyti teisės aktuose arba yra tiesiogiai su jais susiję. Pavyzdžiui, Bulgarijoje, Kipre, Nyderlanduose, Portugalijoje, Rumunijoje ir Jungtinėje Karalystėje prokuratūrai teisės aktais nurodoma arba jos prašoma bet kurio nusikaltimo atveju atskirti įvairias narkotikų rūšis, Ispanijoje, Latvijoje ir Maltoje bausmė skiriasi tik kaltinimo neteisėta narkotikų prekyba atveju. Antrajame piramidės lygyje narkotikus taip pat galima klasifikuoti, bet teisės aktuose numatytos konkrečios išimtys, pagal kurias skiriamos mažesnės bausmės už nedidelio kanapių kiekio laikymą vartojimui, nesant sunkinančių aplinkybių, kaip, pavyzdžiui, Belgijoje, Čekijoje, Airijoje ir Liuksemburge. Trečiajame lygyje narkotikai skiriami pagal rekomendacijas kaltintojams arba remiantis teisiniu precedentu. Pavyzdžiui, Danijoje valstybės prokuroro direktyvoje

patariama reikalauti skirtingų baudų už skirtingų narkotikų laikymą, o Vokietijoje Konstitucinio Teismo sprendime, atsižvelgiant į Konstitucijoje nustatytą pernelyg griežtos bausmės uždraudimą, raginama už smulkius kanapių laikymo vartojimui nusikaltimus skirti švelnesnes priemones.

Narkotikų skirstymo piramidės viršūnėje yra kaltintojo ar teismo nuožiūra vykdamas teisingumas. Čia sprendžiant netraukti pažeidėjo baudžiamajon atsakomybėn arba skirti švelnesnę bausmę, tarp įvairių nagrinėjamų kriterijų, be kita ko, atsižvelgiama į medžiagos pobūdį. Nors duomenų yra mažai, EMCDDA (2009e) nustatė, kad nuosprendžiai gali skirtis, net kai įvairūs narkotikai pagal teisę vertinami vienodai. Čekijoje, kurioje visi narkotikai įstatymais traktuojami vienodai, laisvės atėmimo bausmės sudarė 44 proc. nuosprendžių dėl su heroinu susijusių nusikaltimų, pervitino (metamfetamino) dalis buvo 39 proc., o kanapių – 11 proc. Jungtinėje Karalystėje tarp suimtųjų vidutiniai nuosprendžiai dėl su laikymu susijusių nusikaltimų buvo penki mėnesiai kokaino atveju, septyni mėnesiai ekstazio atveju ir dešimt mėnesių heroino atveju. Vidutiniai nuosprendžiai dėl nusikaltimų, susijusių su neteisėta prekyba (išskyrus su importu ir eksportu susijusius nusikaltimus), sudarė 29 mėnesius ekstazio atveju ir 37 mėnesius kokaino ir heroino atveju. O visos šios trys medžiagos priskiriamos tai pačiai klasei. Tai rodo, kad teismai suvokia, jog su įvairiais narkotikais siejami žalos ar nusikaltimo sunkumo lygiai skiriasi ne visai taip, kaip gali atrodyti iš teisės aktų.

Visuose piramidės lygiuose yra ir papildomas skyrimo elementas – ribiniai narkotikų kiekiai, pagal kuriuos išskiriami nusikaltimai, pavyzdžiui, susiję su laikymu vartojimui. Naujausioje EMCDDA „Temos apžvalgoje“ apie ribinius kiekius nustatyta didelių teisinio pagrindo ir medžiagų kiekių skirtumų. Šios ribos gali būti nustatytos teisės aktuose arba vyriausybės ar ministrų potvarkiuose (pavyzdžiui, Čekijoje, Graikijoje, Italijoje, Kipre, Lietuvoje, Vengrijoje ir Austrijoje), arba rekomendacijose kaltintojams (Danijoje, Nyderlanduose, Suomijoje ir Norvegijoje), arba abiejų šių rūšių dokumentuose (Belgijoje ir Portugalijoje), arba net bausmių skyrimo rekomendacijose (Suomijoje). Panašioms nusikaltimams taikomos ribos įvairiose šalyse gali skirtis; pavyzdžiui, Lietuvoje baudžiama byla gali būti iškelta turint bet kokį kanapių dervos kiekį, o daugelyje Vokietijos žemių ši riba yra 6 gramai. Lyginant atskirus narkotikus, ribos labai skiriasi, pavyzdžiui, kanapėms taikoma svorio riba yra nuo trijų (Kipre) iki dešimties kartų (Nyderlanduose) didesnė negu heroino. Kokaino svorio riba gali būti tokia pat kaip heroino (pavyzdžiui, Danijoje) arba dešimt kartų didesnė (pavyzdžiui, Latvijoje).

Apskritai panašu, kad narkotikų skirstymas ES valstybės narėse nėra vien tik formalus klasifikavimas, kaip numatyta narkotikų kontrolės įstatymuose. Jis taip pat susijęs su narkotikams kontroliuoti taikomo teisės akto rūšimi, rekomendacijomis kaltintojams ir teisminiu precedentu, santykinėmis nustatytomis narkotikų kiekio ribomis ir teismo požiūriu vykdant teisingumą.

Su narkotikais susiję moksliniai tyrimai

ES mokslinių tyrimų pajėgumų stiprinimas

Mokslinių tyrimų pajėgumų narkotikų srityje stiprinimas jau kelerius metus įtraukiamas į Europos darbotvarkę. 2008 m. Europos Komisija finansavo tyrimą „Mokslinių tyrimų neteisėtų narkotikų srityje Europos Sąjungoje lyginamoji analizė“⁽⁹⁾, o 2009 m. rugsėjo mėn. surengė konferenciją, kurioje tartasi, kaip pagerinti su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų pajėgumus Europos Sąjungoje. Tyrimas ir diskusijos pateikė daug svarbios informacijos apie tai, kaip Europoje atliekami su narkotikais susiję moksliniai tyrimai.

Didžiąją dalį su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų Europoje atlieka valstybės narės, kurios nustato mokslinių tyrimų prioritetus pagal savo nacionalinius poreikius. Taip paprastai daroma nesant nuoseklios narkotikų mokslinių tyrimų strategijos ir tikslinio finansavimo. Vietoj to su narkotikais susiję moksliniai tyrimai paprastai įtraukiami į sveikatos, socialinių mokslų ar kitas programas. Be to, moksliniai tyrimai ypač dažnai orientuojami į epidemiologiją ir intervencinių priemonių vertinimą, o narkotikų pasiūlai ir pasiūlos mažinimui, taip pat politikos vertinimui, skiriama nepakankamai dėmesio. Apskritai taip pat trūksta ir nuoseklaus ilgalaikio požiūrio į politikos, mokslinių tyrimų ir praktikos koordinavimą. Šalių mokslinių tyrimų veiklą papildė Europos bendrijos mokslinių tyrimų, technologinės plėtros ir demonstracinės veiklos Septintoji bendroji programa (2007–2013 m.).

Ši informacija panaudota rengiant ES Tarybos išvadas dėl „ES neteisėtų narkotikų mokslinių tyrimų pajėgumų stiprinimo“⁽¹⁰⁾, kuriose nustatyti būsimi prioritetai: narkotikų problemų priežasčių ir pobūdžio bei atsakomųjų priemonių moksliniai tyrimai, taip pat vertinamieji ir pasiūlos, ir paklausos mažinimo tyrimai. Valstybės narės irgi raginamos stiprinti savo mokslinių tyrimų pajėgumus, tobulinti koordinavimo priemones ir su Europos Komisijos pagalba išnagrinėti galimybes, kurias siūlo Septintoji bendroji mokslinių tyrimų programa, pavyzdžiui, Europos mokslinių tyrimų erdvės tinklai (ERA-NET) ir Marie-Curie stipendijos. Be to, valstybės narės ir mokslinių tyrimų

bendruomenė raginamos „aktyviai dalyvauti konsultacijose dėl būsimos Europos mokslinių tyrimų politikos ir būsimų su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų pagal kitą ES kovos su narkotikais strategiją“. Taryba taip pat sutiko organizuoti metinį pasitarimą su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų klausimais ir taip skatinti tarpvalstybinį bendradarbiavimą mokslinių tyrimų srityje. Ji pripažino būtinybę sudaryti politikos kūrėjams ir specialistams geresnę galimybę susipažinti su mokslinių tyrimų rezultatais ir paragino EMCDDA teikti ir skleisti su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų informaciją ir tyrimų rezultatus per savo teminę mokslinių tyrimų interneto erdvę ir gerosios patirties portalą.

Valstybių narių mokslinių tyrimų informacija

2009 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose Europos šalys paminėjo daugiau kaip 650 mokslinių tyrimų projektų, kurie buvo įgyvendinti arba paskelbti 2007–2009 m., maždaug dukart daugiau negu ankstesniu laikotarpiu. Šis padidėjimas patikrintas 26 iš 29 ataskaitas pateikusių šalių. Jungtinė Karalystė paminėjo daugiausia mokslinių tyrimų projektų – per 100, kiek mažiau (mažėjimo tvarka) nurodė Vokietija, Nyderlandai ir Suomija (visos po daugiau kaip 50), taip pat Čekija, Airija ir Švedija (visos po daugiau kaip 30).

Mokslinių tyrimų rezultatai ir kalbos barjerai

Dauguma recenzuotų mokslinių tyrimų rezultatų skelbiama anglų kalba ir tai riboja jų prieinamumą daugybei Europos mokslininkų, specialistų ir politikos kūrėjų. Tą patį galima pasakyti ir apie darbus, skelbiamus kitomis kalbomis leidžiamuose recenzuojamuose moksliniuose žurnaluose. 2008 m. EMCDDA nustatė Europoje 27 tokius žurnalus, leidžiamus čekų, danų, vokiečių, graikų, ispanų, prancūzų, vengrų, lenkų, portugalų, švedų ir norvegų kalbomis. Daugelis vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų taip pat teikia mokslinių tyrimų rezultatus ataskaitose, kurios yra prieinamos tik jų nacionalinėmis kalbomis. Didžioji dalis šios informacijos tebėra prieinama tik ribotam asmenų skaičiui.

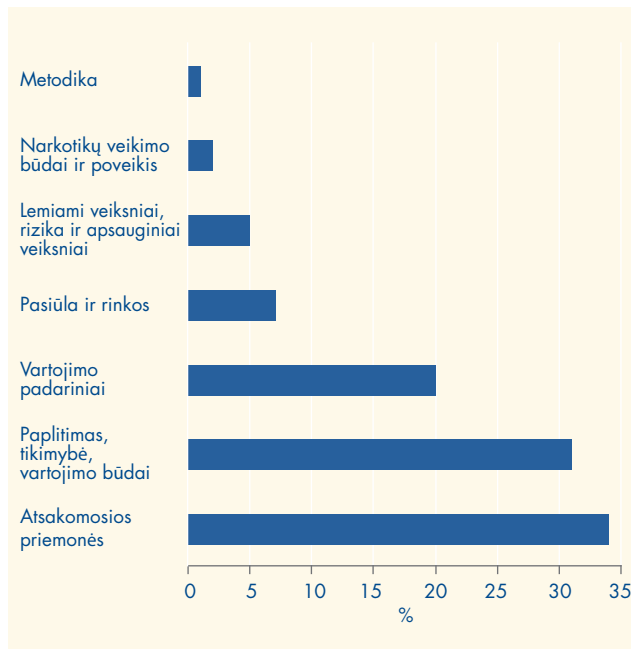
Kalbos barjerų svarba pabrėžta tyrime „Mokslinių tyrimų neteisėtų narkotikų srityje Europos Sąjungoje lyginamoji analizė“ ir taip pat aptarta Komisijos konferencijoje „Mokslinių tyrimų atotrūkio neteisėtų narkotikų mokslinių tyrimų srityje ES mažinimas“ (angl. *Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU*). Imdamasis pirmųjų žingsnių tokioms kliūtims įveikti, EMCDDA sukūrė teminę mokslinių tyrimų interneto erdvę, kurioje teikiamas nacionalinių tyrimų sąrašas ir nuorodos į paskelbtas ir nepaskelbtas ataskaitas.

⁽⁹⁾ Su konferencijos dokumentais ir pranešimais, įskaitant visą tyrimo ataskaitą, galima susipažinti konferencijos interneto svetainėje.

⁽¹⁰⁾ Galima susipažinti EMCDDA interneto svetainės puslapyje apie su narkotikais susijusius mokslinius tyrimus.

Kaip ir ankstesniais metais, atsakomųjų priemonių su narkotikais susijusios padėties atžvilgiu, taip pat narkotikų vartojimo paplitimo, tikimybės ir vartojimo būdų moksliniai tyrimai sudarė po maždaug trečdalį naujausių tyrimų, o narkotikų vartojimo padarinių moksliniai tyrimai sudarė penktąją tų tyrimų dalį (žr. 1 pav.). Palyginti su praeitais metais, nurodytų pasiūlos ir rinkų tyrimų skaičius padidėjo maždaug 40. Nors tai daugiausia lėmė 2009 m. EMCDDA koordinuotas specialiųjų duomenų apie kanapių rinkas rinkimas, tai taip pat rodo, kad susidomėjimas tyrimais pasiūlos srityje didėja.

1 pav. 2009 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose minėtuose nacionaliniuose su narkotikais susijusiuose tyrimuose tirti dalykai (visų minėtų tyrimų procentinė dalis)



Pastaba. Dėl nuorodų apie 2007–2009 m. laikotarpiu vykdytus su narkotikais susijusius tyrimus peržiūrėtos 29 „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2009 m.). Tyrimai suskirstyti pagal kategorijas, atsižvelgiant į kontekstą, kuriame jie paminėti.
Šaltinis: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2009 m.).



2 skyrius

Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga

Ižanga

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

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

Prevenција

Narkotikų vartojimo prevenciją galima suskirstyti į skirtingus lygius ar strategijas – nuo orientuotosios į visą visuomenę (aplinkos prevencija) iki sutelktosios į rizikos asmenis (tikslinė prevencija). Geriausia, kai skirtingos strategijos nekonkuruoja, o viena kitą papildo. Pagrindinis iššūkis kuriant prevencijos politiką – suderinti šiuos skirtingus prevencijos lygius pagal tikslinių grupių pažeidžiamumo laipsnį (Derzon, 2007) ir užtikrinti, kad intervencinės priemonės būtų pagrįstos faktiniais duomenimis, o jų aprėptis būtų pakankama.

Aplinkos strategija

Aplinkos prevencijos strategijos tikslas – keisti tiesioginę kultūrinę, socialinę, fizinę ir ekonominę aplinką, kurioje žmonės nusprendžia vartoti narkotikus. Į šią strategiją paprastai, be kita ko, įtraukiamos tokios priemonės, kaip draudimas rūkyti, alkoholio kainų nustatymas arba sveikatos skatinimas mokyklose. Iš turimų duomenų matyti, kad aplinkos prevencijos priemonės, kurių imamasi

visuomenės lygmeniu ir kurios nutaikomos į socialinę atmosferą mokyklose ir bendruomenėse, yra veiksmingos siekiant keisti normatyvinius įsitikinimus, taigi ir narkotikų vartojimą (Fletcher *et al.*, 2008).

Dalinis arba visiškas draudimas rūkyti dabar taikomas beveik visose Europos šalyse, o tabako reklama draudžiama 2003 m. ES direktyva (2003/33/EB). Keliose Europos šalyse taip pat svarstomi siūlymai dėl minimalių alkoholio kainų nustatymo ir griežto alkoholio reklamos suvaržymo. 2009 m. dešimt ES valstybių narių pranešė apie pastangas, kurių imamasi siekiant formuoti teigiamą ir saugią aplinką mokyklose, įskaitant griežtas taisykles dėl narkotikų laikymo ir vartojimo. Šalys Europos šiaurėje taip pat sukūrė teigiamos saugios aplinkos bendruomenės lygmeniu koncepciją, pavyzdžiui, įgyvendinant savivaldybių kovos su alkoholio vartojimu veiksmų planus.

Visuotinė prevencija

Universalioji prevencija apima visas gyventojų grupes, daugiausia mokyklos ir bendruomenės lygmeniu. Jos tikslas – atgrasyti nuo narkotikų vartojimo arba atitolinti jų vartojimo pradžią ir su narkotikais susijusių problemų atsiradimą, suteikiant jaunimui gebėjimų, reikalingų norint atgrasinti juos nuo narkotikų vartojimo. Iš turimų duomenų matyti, kad tinkamai suplanuotos ir struktūrinės visuotinės prevencijos intervencinės priemonės gali būti veiksmingos. Geriausias pavyzdys – Nyderlanduose įgyvendinta bendroji mokyklos ir tėvų programa, kuri padėjo sumažinti moksleivių alkoholio vartojimą (Koning *et al.*, 2009). Kalbant apie kitas intervencines priemones, visų pirma kampanijas žiniasklaidoje, veiksmingumo įrodymų nedaug, o kai kuriuose tyrimuose net pastebėtas kenksmingas poveikis. Vis dėlto dauguma Europos šalių tebepraneša skiriančios išteklių įspėjamosioms kampanijoms.

Apie mokyklose įgyvendinamą visuotinę prevenciją pranešama visose Europos šalyse, nors priemonių turinys ir aprėpties lygis skiriasi. Pagrindinės dvi intervencinių priemonių, kurių imamasi, rūšys yra informavimas ir gyvenimo įgūdžių ugdymas. Struktūriniai intervencijos protokolai (programos) vis dar pasitaiko palyginti retai. Europoje vis labiau pripažįstama būtinybė gerinti

mokyklose įgyvendinamą visuotinę prevenciją. Vienuolika ES valstybių narių praneša, pavyzdžiui, apie mėginimą apibrėžti prevencijos standartus.

Atrankinė prevencija

Atrankinė prevencija taikoma atskiroms grupėms, šeimoms arba visoms bendruomenėms, kurioms priklausantys žmonės dėl skurdžių socialinių ryšių ir išteklių gali būti labiau linkę pradėti vartoti narkotikus arba išsiugdyti priklausomybę jiems. Įgyvendinti eksperimentinius vertinimo planus sudėtinga, tad atrankinės prevencijos veiksmingumo įrodymų tebėra nedaug. Tačiau tai netaikoma pažeidžiamoms šeimoms skirtoms intervencinėms priemonėms, kurios, kaip įrodyta per įvairius tyrimus, yra veiksmingos (Petrie *et al.*, 2007). Tarp naujausių pavyzdžių šioje srityje galima paminėti Ispanijoje atliktą adaptuotą „šeimų stiprinimo programos“ įvertinimą, per kurį nustatyta, kad ši programa yra veiksminga siekiant mažinti veiksmus, pranašaujančius narkotikų vartojimą, kaip antai agresyvių elgesį mokykloje ir depresijos simptomus. Apie teigiamus rezultatus taip pat pranešta ir Jungtinėje Karalystėje: tarp pirmųjų 699 šeimų, dalyvavusių „šeimos intervencijos projektuose“ iki jų pabaigos, sumažėjo vaikams gresianti rizika, asocialaus elgesio atvejų, apie kuriuos pranešta, problemų dėl prasto mokymosi, jaunimo nusikalstamumas, smurtas namuose, psichikos ir fizinės sveikatos sutrikimų bei piktnaudžiavimo medžiagomis.

Rytų Europos šalys vidutiniškai praneša apie ribotą atrankinės prevencijos taikymą ir dauguma intervencinių priemonių orientuota į jaunos pažeidėjas, pažeidžiamas šeimas ir etnines grupes. Apskritai iš duomenų matyti, kad atrankinės prevencijos aprėptis pastaraisiais metais nepadidėjo. Tačiau gali būti ir tam tikrų išimčių, pavyzdžiui, kai kuriose šalyse taikomos pažeidžiamoms šeimoms skirtos intervencinės priemonės ir *FreD*, jauniems pažeidėjams skirtas sistemingos intervencijos protokolas, kuris dabar įgyvendinamas daugiau kaip trečdalyje ES valstybių narių.

Tikslinė prevencija

Tikslinės prevencijos tikslas – nustatyti asmenis, turinčius elgesio ar psichologinių sunkumų, pagal kuriuos galima numatyti atsirandančią problemą dėl medžiagų vartojimo vėlesniame gyvenimo etape, ir dėl jų atskirai imtis konkrečių intervencinių priemonių. Tikslinės prevencijos programos paprastai yra vertinamos ir dažnai pasižymi aukšto lygio veiksmingumu (EMCDDA, 2009c). Apskritai intervencinės priemonės, kurių imamasi šioje srityje, tebėra ribotos; šešios šalys praneša įgyvendinančios dėmesio

Mokymasis iš prevencijos tyrimų

Europos prevencijos priemonių veiksmingumas tebėra prastai ištirtas (¹). Daugiausia dėmesio skiriama visuotinei ir tikslinei prevencijai mokyklose. Tuo pat metu diskutuojama, ar būtų galima gautus tyrimų rezultatus taikyti kitose pasaulio šalyse, daugiausia JAV.

Plėtoti prevencijos tyrimus padeda EU-DAP tyrimas, Europos daugiacentris tyrimas, kuriame septyniose ES valstybėse narėse dalyvauja maždaug 7 000 12–14 metų moksleivių ir kuris rodo, kad intervencinių priemonių rezultatai gali būti panašūs ir Europoje, ir kituose žemynuose.

Įgyvendinant „Unplugged“ (dvylikos seansų programą), nustatyta, kad po vienerių metų gerokai sumažėjo su tabako, alkoholio ir kanapių vartojimu susijusi rizika. Šia programa siekiama ištaisyti normatyvinius įsitikinimus dėl medžiagų vartojimo ir tuo pat metu ugdomi gyvenimo įgūdžiai bei teikiama informacija apie medžiagas. Per paskesnį tyrimą, kuris atliktas po 18 mėnesių, taip pat nustatyta, kad programa tebedarė teigiamą poveikį girtuokliavimo ir dažno kanapių vartojimo per praėjusias 30 dienų atžvilgiu, o trumpalaikis poveikis kasdieniam cigarečių rūkymui išblėso (Faggiano *et al.*, 2010).

Lyginamoji analizė parodė, kad su kanapių vartojimu susijusius rezultatus daugiausia lėmė tradicinių įsitikinimų, teigiamų lūkesčių dėl medžiagos ir teigiamo požiūrio į neteisėtus narkotikus keitimas. Bendravimo, sprendimų priėmimo ir atsisakymo įgūdžių gerinimas buvo mažiau veiksmingas.

Europos ir Amerikos mokslininkai šiuo metu lygiagrečiai atlieka EU-DAP ir kitų duomenų analizę, siekdami suprasti, kaip vaikai ir paaugliai įvairiomis aplinkybėmis reaguoja į prevenciją. Visų pirma nagrinėjamas lyties, socialinės aplinkos ir psichologinių charakteristikų skirtumų poveikis.

(¹) Atsižvelgus į tai, įkurta Europos prevencijos tyrimų organizacija.

trūkumo (hiperaktyvumo) sutrikimų turintiems ar agresyviai besielgiantiems vaikams skirtas intervencines priemones, o dešimt šalių praneša taikančios vartoti narkotikus pradėjusiems asmenims skirtas ankstyvasias intervencines priemones ir konsultavimą. Tarp naujausių įvykių galima paminėti Nyderlandų „Kanapių šou“, kuris pagrįstas galiojančia kanapių vartojimo prevencijos programa (pramoginio pobūdžio bendraamžių švietimas), vykdomas mokyklose ir skirtas elgesio bei kitų psichiatrinio pobūdžio problemų turintiems jaunuoliams.

Gydymas

Europoje narkomanijai gydyti taikomi šie pagrindiniai metodai: psichosocialinės intervencinės priemonės, priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais ir

detoksikacija. Santykinį įvairių gydymo metodų taikymo mastą kiekvienoje šalyje lemia keletas veiksnių, įskaitant nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos struktūrą.

Nėra jokio duomenų rinkinio, pagal kurį būtų galima apibūdinti visą nuo narkomanijos šiuo metu Europoje gydomų narkotikų vartotojų populiaciją. Tačiau yra renkama informacija apie svarbų šios populiacijos pogrupį, būtent skaičiuojant EMCDDA gydymo poreikio rodiklį, kuriam renkami duomenys apie asmenis, kurie pradeda gydyti specializuotose gydymo nuo narkomanijos tarnybose ⁽¹¹⁾. 2008 m. pagal šį rodiklį užregistruota maždaug 440 000 pradėjusiųjų gydytis, iš kurių 40 proc. pradėjo gydytis nuo narkomanijos pirmą kartą gyvenime.

Konservatyviai vertinant pagal įvairius šaltinius, įskaitant ir gydymo poreikio rodiklį, 2007 m. Europos Sąjungoje nuo neteisėtų narkotikų vartojimo gydytas vienas milijonas žmonių. Daugiau nei pusė iš jų gydyta opioidų pakaitalais. Beveik 80 proc. narkotikų vartotojų, kurie kreipiasi dėl gydymo, teko Vokietijai, Ispanijai, Prancūzijai, Italijai ir Jungtinei Karalystei.

Šis gydymo nuo narkomanijos Europos Sąjungoje įvertis, nors jį ir reikia tobulinti, rodo, kad teikiamo gydymo lygiai yra dideli. Jie taip pat išryškina didžiulį gydymo masto padidėjimą nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio vidurio, kai kovos su narkomanija politikos prioritetais tapo didesnis gydymo nuo narkomanijos prieinamumas ir geresnės galimybės jį gauti. Per pastaruosius du dešimtmečius išplėtos specializuotos ambulatorinės paslaugos ir sukurti socialinio darbo gatvėje ir „žemo slenksčio“ metodai. Keletas šalių išplėtė gydymo pakaitalais mastą, įtraukdamos papildomų paslaugų teikėjų, kaip antai bendrosios praktikos gydytojų. Dėl to nuo 1993 m. gydomųjų pakaitalais Europoje padaugėjo beveik dešimt kartų ⁽¹²⁾. Gydymo teikimo pokyčius taip pat paskatino naujos atsiradusios pacientų grupės, kaip antai kanapių ir stimuliantų vartotojai, tarp kurių pasinaudojančiųjų gydymu per pastaruosius penkiolika metų vis daugėjo.

Nors gydymo nuo narkomanijos prieinamumas padidėjo daugelyje šalių, vis dar yra kliūčių, trukdančių narkotikų vartotojams pasinaudoti gydymu nuo narkomanijos ar kuriais nors iš jo būdų, ar juos nuo to atgrasančių. Prie šių kliūčių, be kita ko, priskiriami tam tikri suvaržymai, kaip antai griežti priėmimo kriterijai ir teisinės sistemos, pacientų išlaidos gydymui, apmokytų darbuotojų stoka arba menkas gydančių asmenų skaičius atskirose geografinėse teritorijose. Kitos kliūtys, su kuriomis susiduria narkotikų vartotojai, kuriems reikalingas gydymas, be kita ko, apima netinkamas darbo valandas, reikalavimą dėl

EMCDDA pasirinkta tema apie vyresnio amžiaus narkotikų vartotojų gydymą ir priežiūrą

Numatoma, kad nuo 2001 iki 2020 m. vyresnio amžiaus narkotikų vartotojų skaičius Europoje padidės du kartus ir šios augančios grupės gydymui bei priežiūrai reikės taikyti atitinkamus ir naujoviškus metodus. EMCDDA šiame skelbiamoje pasirinktoje temoje nagrinėjama šio senėjimo reiškinio raida per pastaruosius du dešimtmečius ir priežastys. Taip pat pateikiamos vyresnio amžiaus narkotikų vartotojų sveikatos ir socialinės charakteristikos, kad būtų galima tiksliai apibrėžti jų dabartinius poreikius. Ataskaitos pabaigoje apžvelgiamos vyresnio amžiaus narkotikų vartotojams valstybės narėse šiuo metu taikomos intervencinės priemonės ir geroji patirtis.

Daugiau informacijos šia tema galima rasti spausdintuose leidiniuose ir EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

kasdienio lankymosi ir vaikų priežiūros paramos stoka (pavyzdžiui, gydymo stacionare metu), kurie neatitinka jų asmeninės ir profesinės padėties. Pasinaudoti gydymu taip pat gali trukdyti ir specialistų, ir narkotikų vartotojų asmeniniai įsitikinimai bei išankstinis nusistatymas dėl konkrečių gydymo metodų tinkamumo, poveikio ir rezultatų.

Dar viena iš kliūčių pasinaudoti gydymu gali būti ir ilgas gydymo nuo narkomanijos laukimo laikas. Kaip rodo 2008 m. nacionalinių ekspertų pateikta informacija, pagrindinės ilgo laukimo laiko, kuris įvairių gydymo metodų atveju yra nevienodas, priežastys yra ribotas gydymo prieinamumas ir išteklių stoka, taip pat vilkinimas dėl procedūrinių priežasčių (žr. toliau).

Ambulatorinis gydymas

Turimais duomenimis, 2008 m. ambulatoriškai gydytis Europoje pradėjo maždaug 383 000 narkotikų vartotojų. Dauguma jų pradėjo gydytis specializuotose gydymo nuo narkomanijos tarnybose ir tik keletas šalių pranešė apie narkotikų vartotojus, kuriuos gydyti pradėjo bendrosios praktikos gydytojai arba kurie pradėjo gydytis „žemo slenksčio“ tarnybose. Daugiau nei pusė pradedančiųjų gydytis (53 proc.) kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo opioidus, daugiausia heroiną, 22 proc. nurodo kanapes, o 18 proc. – kokainą ⁽¹³⁾. Dažniausiai pacientai dėl gydymo kreipiasi patys (36 proc.), kiek rečiau juos gydytis siunčia teisminės institucijos (20 proc.). Likę pacientai siunčiami gydytis per socialines ir sveikatos

⁽¹¹⁾ Skaičiuojant gydymo poreikio rodiklį, gauti 29 šalių duomenys apie specializuotus gydymo nuo narkomanijos centrus, kurie daugumoje šalių sudaro daugiau kaip 60 proc. gydymo skyrių (žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-7 lentelę).

⁽¹²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-2 pav.

⁽¹³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-19 lentelę.

apsaugos tarnybas arba neformalius tinklus, įskaitant šeimą ir draugus ⁽¹⁴⁾.

Ambulatoriškai gydytis pradedantys pacientai daugiausia yra jauni, vidutiniškai 31 metų vyrai, ir vyrų yra keturis kartus daugiau negu moterų. Pacientės ir pirmą kartą gydytis pradedantys pacientai vidutiniškai būna šiek tiek jaunesni. Mažesnis amžiaus vidurkis taip pat nustatomas tarp kanapes vartojančių pacientų (25 metai) ir tarp vartojančiųjų stimuliantus, išskyrus kokainą (29 metai), o tų, kuriems pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas (32 metai) ir opioidai (34 metai), amžiaus vidurkiai, kaip pranešama, yra didesni. Vidutiniškai apie jauniausius nuo narkomanijos gydomus pacientus praneša Čekija (26 metų), o apie vyriausius – Ispanija (33 metų) ⁽¹⁵⁾. Vyrų ir moterų santykiai yra didžiausi tarp pacientų, vartojančių kanapes (5:1) ir kokainą (4,8:1), o mažiausi – tarp vartojančiųjų stimuliantus, išskyrus kokainą (2,2:1). Neatsižvelgiant į pagrindinį vartojamą narkotiką, lyčių santykis yra didžiausias Pietų Europos šalyse ir mažiausias šiaurės šalyse ⁽¹⁶⁾.

Europoje taikomi du pagrindiniai ambulatorinio gydymo metodai – psichosocialinė intervencija ir priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais. Gydant opioidų vartotojus, dažnai taikomi abu metodai. Taikant psichosocialines intervencines priemones, teikiama parama savo problemas dėl narkotikų suvaldyti ir jas įveikti mėginantiems narkotikų vartotojams. Šios intervencinės priemonės, be kita ko, apima konsultavimą, motyvacijos didinimą, pažintinę elgesio terapiją, dėmesį visai paciento priežiūros eigai, grupinę ir šeimos terapiją bei narkotikų vartojimo atnaujinimo prevenciją. Atsižvelgiant į šalį, įs daugiausia įgyvendina viešosios įstaigos arba nevyriausybinių organizacijų. 2008 m. devynių iš 27 duomenis teikiančių šalių ekspertai apskaičiavo, kad norint gauti šios rūšies gydymą tose šalyse laukti nereikia. Dešimtyje kitų šalių, kaip nustatė nacionaliniai ekspertai, vidutinis laukimo laikas yra ne ilgesnis kaip vienas mėnuo. Norvegijoje nustatytas vidutinis laukimo laikas yra dešimt savaičių, o Danijoje pagal įstatymus reikalaujama gydymą pradėti per 14 dienų. Septynių šalių ekspertai įvertio pateikti negalėjo.

Labiausiai paplitęs Europoje opioidų vartotojų gydymo būdas – gydymas pakaitalais. Jis paprastai teikiamas ambulatoriškai, nors kai kuriose šalyse toks gydymas taip pat teikiamas stacionare ir vis dažniau – kalėjimuose ⁽¹⁷⁾. Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais prieinamas visose ES valstybėse narėse, taip pat

Kroatijoje ir Norvegijoje ⁽¹⁸⁾. Turkijoje gydymas pakaitalais dar neįvestas, nors pagal 2004 m. reglamentą dėl gydymo centrų jis yra leidžiamas. Daugumoje šalių pagrindiniai gydymo pakaitalais teikėjai yra specializuotos viešosios ambulatorinio gydymo tarnybos. Tačiau vis svarbesnį vaidmenį teikiant šios rūšies gydymą atlieka kabinetuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai, dažnai dalyvaujantys bendros su specializuotais centrais priežiūros programose. Šie teikėjai įvairiais lygmenimis dalyvauja teikiant tokį gydymą trylikoje šalių.

Nustatyta, kad 2008 m. Europoje pakaitalais gydyta maždaug 670 000 opioidų vartotojų ⁽¹⁹⁾. Dešimties iš 26 duomenis teikiančių šalių ekspertų apytikriais apskaičiavimais, norint gauti šios rūšies gydymą šiose šalyse laukti nereikia. Keturiuose šalyse (Čekijoje, Danijoje, Italijoje ir Portugalijoje) vidutinis laukimo laikas yra trumpesnis nei vienas mėnuo. Čekijoje laukimo laikas taikomas tik gydymui metadonu, nes didelėmis dozėmis skiriamą buprenorfiną gali skirti kabinetuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai, nors pacientas turi padengti vaistų išlaidas. Dar keturiuose šalyse (Vengrijoje, Rumunijoje, Suomijoje ir Norvegijoje) apytikris laukimo laikas svyruoja nuo vieno iki šešių mėnesių, o dar trijose šalyse (Bulgarijoje, Graikijoje ir Portugalijoje) jis viršija vienerius metus. Tarp šių šalių Graikija nurodo, kad vidutinis laukimo laikas yra 38 mėnesiai, o turimi duomenys rodo, kad 2008 m., kol bus įtrauktas į pakaitalų programas, laukė 5 261 užsiregistravęs problematis opioidų vartotojas. Tačiau nacionaliniai laukimo laiko vidurkiai gali slėpti didelius skirtumus tarp regionų. Pavyzdžiui, Airijoje vidutinis gydymo pakaitalais laukimo laikas svyruoja nuo mažiau nei 3,5 mėnesio Dubline iki 18 mėnesių šalies pietryčiuose (Kontrolieriaus ir generalinio auditoriaus institucija, 2009). Keturių šalių ekspertai negalėjo pateikti laukimo laiko įverčių.

Gydymas stacionare

Turimais duomenimis, 2008 m. gydytis nuo narkomanijos stacionare Europoje pradėjo maždaug 42 000 narkotikų vartotojų. Daugiau nei pusė iš jų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodė opioidus (57 proc.), o dauguma likusių pacientų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką įvardijo kanapes (13 proc.), kitokius nei kokainas stimuliantus (13 proc.) arba kokainą (7 proc.). Stacionare gydomi pacientai yra daugiausia jauni vyrai,

⁽¹⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-16 lentelę.

⁽¹⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10 ir TDI-103.

⁽¹⁶⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-21 lentelę.

⁽¹⁷⁾ Žr. skirsnį „Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime“, p. 40.

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

⁽¹⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę.

amžiaus vidurkis siekia 30 metų, o vyrų ir moterų santykis – 3,5:1 ⁽²⁰⁾.

Pacientai, kuriems skirtas gydymas stacionare arba gyvenamajame gydymo centre, privalo jame nakvoti nuo kelių savaitių iki kelių mėnesių. Daugeliu atvejų šiomis programomis siekiama sudaryti pacientams sąlygas susilaikyti nuo narkotikų vartojimo ir pagal jas neleidžiama taikyti gydymo pakaitalais. Kartais norint pradėti ilgalaikį abstinenciją pagrįstą gydymą stacionare yra būtina detoksikacija nuo narkotikų – trumpalaikė, gydytojų prižiūrima intervencinė priemonė, kuria siekiama pašalinti atsisakymo nuo narkotikų metu atsirandančius simptomus, susijusius su chroniniu narkotikų vartojimu. Detoksikacija paprastai atliekama kaip stacionare taikoma intervencinė priemonė ligoninėse, specializuotuose gydymo centruose arba gyvenamuosiuose centruose, kuriuose yra terapijos arba psichiatrijos skyrių.

Stacionare pacientams užtikrinamas apgyvendinimas ir teikiamas individualiai pritaikytas psichosocialinis gydymas, pacientai dalyvauja veikloje, kuria siekiama padėti jiems sugrįžti į visuomenę. Tokiais atvejais dažnai taikomas terapinės bendruomenės metodas. Gydymą nuo narkomanijos stacionare taip pat teikia psichiatrijos ligoninės, ypač pacientams, turintiems gretutinių psichikos sutrikimų.

Graikijos, Vengrijos ir Turkijos nacionalinių ekspertų vertinimais, psichosocialinio gydymo stacionare šiose šalyse laukti nereikia. Ekspertų vertinimais, vidutinis laukimo laikas yra trumpesnis negu vienas mėnuo dvilikoje šalių ir 25 savaitės Norvegijoje. Austrijoje, kaip pranešama, laukimo laikas yra iki kelių mėnesių ir priklauso nuo regiono bei gydymo centro. Dešimties šalių ekspertai nepateikė šios rūšies gydymo laukimo laiko įverčio.

Vengrijos, Slovėnijos, Slovakijos, Turkijos ir Belgijos flamandų bendruomenės ekspertų nuomone, detoksikacijos šiose šalyse laukti nereikia. Vienuolikoje šalių apytikriai apskaičiuotas vidutinis laukimo laikas yra trumpesnis nei dvi savaitės. Apytikriai apskaičiuota, kad Kipre, Čekijoje ir Graikijoje vidutinis laukimo laikas sudaro nuo dviejų savaitių iki vieno mėnesio, o Airijoje, Austrijoje ir Norvegijoje, apytikriais skaičiavimais, laukiama gydymo nuo vieno iki trijų mėnesių. Penkių šalių ekspertai nepateikė įverčio.

Kokybės užtikrinimas

Veiksmų, kuriais siekiama gerinti gydymo nuo narkomanijos kokybę, šiuo metu imasi dauguma Europos šalių. Šie veiksmai, be kita ko, susiję su rekomendacijų rengimu ir įgyvendinimu, nacionalinių kovos su narkotikais veiksmų planų, kuriuose atsižvelgiama ir į gydymo kokybės

klausimus, priėmimu, kokybės atestavimo ir akreditavimo procesais bei su tyrimais, per kuriuos nagrinėjami gydymo centrų kokybės skirtumai arba atliekama jų lyginamoji analizė.

Tarp naujausių pokyčių galima paminėti gydymo kokybės rekomendacijų įgyvendinimą šešiose šalyse. Tokias rekomendacijas neseniai paskelbė Kipras, Turkija ir Norvegija. Dešimt šalių priėmė naujus strateginius dokumentus, kai kuriais atvejais susijusius su akreditavimo sistemomis. Lenkija ir Slovakija taip pat nustatė gydymo centrų akreditavimo kriterijus (Slovakija įvedė ISO 9001 sertifikavimą). Keturios šalys – Estija, Latvija, Nyderlandai ir Rumunija – tiria savo gydymo sistemoje teikiamų paslaugų kokybės skirtumus.

Jungtinė Karalystė nuo seno vertina savo sveikatos sistemą ir turi parengusi vieną didžiausių gydymo kokybės stebėsenos ir gerinimo priemonių rinkinį. Dabar į jį įtrauktas ir dokumentas dėl gydymo nuo narkomanijos klinikinio valdymo (NTA, 2009), kuriame aptariami atsakomybės ir atskaitomybės, kokybės gerinimo, rizikos valdymo politikos ir prastų rezultatų nustatymo bei ištaisymo procedūrų klausimai.

Per EMCDDA užsakymu atliktą tyrimą septyniolikoje iš 22 duomenis teikiančių šalių Europoje nustatyta 60 nacionalinių gydymo rekomendacijų. Šiose rekomendacijose dažniausiai nurodomi šie gydymo būdai: psichosocialinis gydymas (29), priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais (28) ir detoksikacija (22). Panašu, kad tikimybė, jog šalys, kuriose nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais gydoma daug pacientų, bus parengusios gydymo rekomendacijų dėl kiekvieno gydymo metodo, yra didesnė.

Septyniolika šalių praneša parengusios konkrečiai opioidų vartotojų gydymui skirtų rekomendacijų. Penkiose šalyse parengtos įvairių medžiagų vartojimui skirtos rekomendacijos, o Vengrijoje ir Vokietijoje parengtos rekomendacijos dėl amfetaminų ir kanapių vartojimo sukeltamų sutrikimų. Dešimt šalių atsižvelgia į ilgalaikius probleminius narkotikų vartotojus, o devynios yra parengusios rekomendacijų jauniems narkotikų vartotojams. Aštuonios šalys taip pat atsižvelgia į narkotikų vartotojus, turinčius gretutinių sutrikimų.

Beveik visos rekomendacijos skirtos gydymo specialistams (58) ir paslaugų teikėjams (52), ir beveik pusė jų skirtos sveikatos priežiūros planuotojams (25). Portugalija yra vienintelė šalis, kurioje rekomendacijos skirtos pacientams, o Danija nurodo, kad rekomendacijos skirtos politikos kūrėjams. Septyniolikoje šalių rengiant gaires dalyvavo gydymo specialistai, o dar keturiose šalyse – kiti specialistai. Be to, devyniose šalyse rengiant gaires

⁽²⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-7, TDI-10, TDI-19 ir TDI-21.

dalyvavo mokslininkai, trijose – politikos kūrėjai, o vienoje – pacientai. Daugiau informacijos apie nacionalines gydymo rekomendacijas teikiama EMCDDA Gerosios patirties portale.

Žalos mažinimas

Su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas – visuomenės sveikatos politikos tikslas visose valstybėse narėse ir ES kovos su narkotikais strategijoje⁽²¹⁾. Planuojant šią veiklą, dabar, be kita ko, jau galima remtis žalos mažinimo intervencinių priemonių veiksmingumo mokslinių įrodymų apžvalgomis, taip pat tyrimais, rodančiais bendrą šių intervencinių priemonių poveikį (EMCDDA, 2010a). Pagrindinės šioje srityje vykdomos intervencinės priemonės – priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais ir adatų bei švirkštų keitimo programos, kurios yra skirtos mirčių dėl perdozavimo skaičiui ir infekcinių ligų plitimui mažinti. Nurodoma, kad šios priemonės yra prieinamos visose šalyse, išskyrus Turkiją. Nors teikiamų paslaugų įvairovė ir mastas labai skiriasi (žr. 6 ir 7 skyrius), Europoje vyrauja bendra žalos mažinimo priemonių daugėjimo ir tvirtėjimo tendencija.

Dauguma Europos šalių teikia įvairias tolesnės sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, įskaitant rekomenduojamas PSO, UNODC ir UNAIDS (2009), kurios įtrauktos į „išsamų“ ŽIV prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų „paketą“. Įprastai taikomos intervencinės priemonės priklauso nuo aplinkybių atitinkamoje šalyje, bet, be kita ko, apima individualios rizikos vertinimą ir patarimus, tikslinės informacijos teikimą ir saugesnio narkotikų vartojimo mokymą, kitokių nei adatos ir švirkštai švirkštimosi priemonių platinimą, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skatinimą vartoti prezervatyvus, tyrimus dėl infekcinių ligų ir konsultavimą, antiretrovirusinį gydymą ir vakcinavimą nuo virusinio hepatito. Daugelis šių paslaugų teikiama „žemo slenksčio“ agentūrose. Tačiau žalos mažinimo atsakomosios priemonės, kuriomis siekiama išvengti mirčių nuo narkotikų, taikomos retai⁽²²⁾, nors tokių intervencinių priemonių poreikio suvokimas vis didėja. Tarp naujų iniciatyvų, kurių imamasi šioje srityje, be kita ko, minimas išankstinis įspėjimas arba perspėjimas apie medžiagas, kurios siejamos su didesne rizika⁽²³⁾. Pavyzdžiui, 2009 m. visiems Čekijos „žemo slenksčio“ centrams buvo pranešta apie galimą fentanilo patekimą į vietos narkotikų rinką.

Pastaruoju metu padidėjus hepatito C gydymo veiksmingumui, dauguma šalių šiuo metu vis daugiau pastangų skiria hepatito prevencijai tarp narkotikų vartotojų, įskaitant ir gydomus pakaitalais, jo nustatymui ir gydymui. Tarp naujausių pavyzdžių galima paminėti naują nacionalinį kovos su hepatitu planą Prancūzijoje, Vokietijoje pradėtą bandomąjį tyrimą, per kurį siekiama parengti rekomendacijas dėl HCV prevencijos, ir Čekijoje, Nyderlanduose bei Jungtinėje Karalystėje parengtas hepatito gydymo gaires. Keletas šalių, įskaitant Belgiją, Prancūziją, Liuksemburgą ir Vengriją, praneša apie kalėjimuose atliekamus tyrimus ir tikrinimo kampanijas.

Žalos mažinimo atsakomosios priemonės neapsiriboja vien ŽIV (AIDS) epidemija; jomis dabar siekiama platesnių tikslų – rūpintis probleminių narkotikų vartotojų, ypač socialiai atskirtųjų, sveikata ir socialiniais poreikiais. Įtraukus žalos mažinimą į kovą su narkotikais, taip pat pagerėjo duomenų apie narkomanijos problemą rinkimas. Nacionaliniai teikiamų paslaugų aprašai ir paslaugų kokybės tyrimai (Čekijoje, Vokietijoje, Airijoje ir Suomijoje) bei pacientų apklausos (Estijoje, Lietuvoje, Liuksemburge ir Vengrijoje) leidžia geriau įvertinti paslaugų teikimo veiksmingumą ir vartotojų poreikius. Tai taip pat padeda skatinti kokybės vertinimą ir keitimąsi gerąja patirtimi, tobulinti prevencijos medžiagą ir metodus bei kurti naujas intervencines priemones.

Naujoji EMCDDA monografija apie žalos mažinimą

2010 m. EMCDDA paskelbė monografiją „Žalos mažinimas: įrodymai, poveikis ir iššūkiai“ (angl. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*). Šešiolikoje monografijos skyrių, kurių autoriai yra daugiau kaip 50 Europos ir tarptautinių ekspertų, pateikiama išsami šios srities apžvalga. Pirmoje monografijos dalyje prisimenama, kaip atsirado ir buvo skleidžiama žalos mažinimo samprata, taip pat įvairiais požiūriais, įskaitant tarptautines organizacijas, mokslininkus ir narkotikų vartotojus, nagrinėjama žalos mažinimo sąvoka. Antroji dalis skirta dabartiniams įrodymams ir poveikiui; joje taip pat aiškinama, kaip plėtėsi žalos mažinimo sąvokos reikšmė aprėpiant didelę elgesio ir žalos rūšių įvairovę, įskaitant žalą, susijusią su alkoholiu, tabaku ir narkotikų vartojimu pasilinksminimo vietose. Paskutinėje dalyje apžvelgiami iššūkiai ir naujovės, taip pat būtinybė sujungti intervencines priemones ir derinti jas su individualiais ir socialiniais poreikiais.

Su šiuo leidiniu galima susipažinti spausdintine forma ir internete EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 galutinis.

⁽²²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-8 lentelę.

⁽²³⁾ Žr. įtrauką „Juodligės protrūkis tarp heroino vartotojų Jungtinėje Karalystėje ir Vokietijoje“ 7 skyriuje.

Socialinė atskirtis ir reintegracija

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

Nors tiesioginio priežastinio ryšio tarp problemiškesnių narkotikų vartojimo formų ir socialinės atskirties nėra, šie reiškiniai dažnai būna susiję. Duomenys rodo, kad 9 proc. pacientų, 2008 m. ambulatoriškai pradėjusių gydytis nuo narkomanijos, ir maždaug 13 proc. pradėjusių gydytis stacionare, buvo benamiai. Maždaug 40 proc. pacientų, pradėjusių gydytis ir ambulatoriškai, ir stacionare, nebuvo įgiję vidurinio išsilavinimo, o 47 proc. pradėjusių gydytis ambulatoriškai bei 71 proc. pradėjusių gydytis stacionare nurodė, jog yra bedarbiai arba ekonomiškai neaktyvūs ⁽²⁴⁾. Dabartinėmis ekonominėmis sąlygomis, kai augant nedarbo lygiui didėja konkurencija darbo rinkoje, ši padėtis negali pagerėti ⁽²⁵⁾.

Visos duomenis teikiančios šalys mini turinčios aprūpinimą būstu, švietimo ir užimtumo programų ir paslaugų, kurios arba konkrečiai taikomos narkotikų vartotojams, arba bendrai orientuotos į socialiai atskirtų grupių poreikius. Airijoje ir Švedijoje aptariama galimybė nustatyti psichikos sveikatos problemų ir sunkumų dėl narkotikų vartojimo turintiems benamiams skirtą „pirmenybinio aprūpinimo būstu modelį“. Šis modelis dažnai siejamas su integruotomis bendruomeninio gydymo ir socialinėmis paslaugomis, taip pat su dėmesiu visam paciento priežiūros procesui. Galimybei gauti būstą netaikomas reikalavimas būti blaiviam ir nevartoti narkotikų, nes šioje probleminėje grupėje paprastai taip nebūna. Taikant pirmenybinio aprūpinimo būstu metodą, nustatyta įvairių

teigiamų padarinių socialinėje ir sveikatos srityje, įskaitant ir narkotikų vartojimo prevenciją (Pleace, 2008).

Siekiant socialiai reintegruoti narkotikų vartotojus, svarbu gerinti galimybes įsidarbinti ir gauti apmokamą darbą. Šalys, tokios kaip Vokietija, Italija, Austrija, Portugalija ir Jungtinė Karalystė, vis dažniau suteikia prioritetą su užimtumu susijusiems išgijimo proceso aspektams ir imasi naujų iniciatyvų bei didina skiriamą finansavimą.

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje yra svarbi nacionalinės ir ES kovos su narkotikais politikos sudedamoji dalis, apimanti įvairias intervencines priemones, kurias daugiausia įgyvendina policija ir panašaus pobūdžio institucijos (pavyzdžiui, muitinė). Duomenys apie kovos su narkotikais teisės aktų vykdymo veiklą dažnai yra mažiau išplėtoti ir mažiau prieinami, palyginti su kitų kovos su narkotikais politikos sričių duomenimis. Tačiau yra viena įsidėmėtina išimtis – duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus, kurie apžvelgiami šiame skirsnyje. Taip pat nagrinėjamos ir naujausios teisėsaugos priemonės, kurių imtasi siekiant kovoti su komerciniu kanapių auginimu, ir nauji pokyčiai tarptautinio bendradarbiavimo srityje, siekiant kovoti su neteisėta narkotikų prekyba.

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje

2010 m. Europolas pradėjo rengti kanapėms skirtą „analizei skirtą darbo bylą“ ⁽²⁶⁾. Viena iš projekto sudedamųjų dalių susijusi su kanapių auginimu – taip siekiama Europos Sąjungoje skatinti dalijimąsi žiniomis apie organizuoto nusikalstamumo grupuočių dalyvavimą kanapių gamyboje. Tokios priemonės imtasi atsižvelgus į mažiausiai septynių šalių nacionalinių teisėsaugos agentūrų pranešimus apie nusikalstamų organizacijų dalyvavimą komerciniame kanapių auginime – veikloje, kuri akivaizdžiai gali būti labai pelninga ⁽²⁷⁾.

Neteisėto kanapių auginimo mastą Europoje sunku įvertinti, nes turima labai mažai duomenų apie auginytojų skaičių ir plantacijų dydį. Kokybiniai tyrimai ir konfiskavimo duomenys (žr. 3 skyrių) rodo, kad nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio kanapių gamyba Europoje galėjo gerokai padidėti, ypač Vakarų Europoje. Kokybiniai tyrimai rodo, kad auginytojų motyvacija svyruoja nuo kelių augalų

⁽²⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-12, TDI-13 ir TDI-15.

⁽²⁵⁾ Žr. įtrauką „Ekonominės nuosmukis ir narkomanijos problemos“ 1 skyriuje.

⁽²⁶⁾ Analizei skirta darbo byla iš esmės yra apsaugota duomenų bazė, kurioje laikoma dalyvaujančių šalių pateikta informacija taikant griežtas konfidencialumo taisykles. Ji leidžia Europolui remti nacionalines teisėsaugos pajėgas.

⁽²⁷⁾ Žr. įtrauką „Pajamos ir pelnas iš neteisėto kanapių auginimo“ 3 skyriuje.

auginimo asmeniniam vartojimui iki kelių tūkstančių augalų auginimo komerciniams tikslams.

Apie tai, kad komercinis kanapių auginimas, ypač didelėse patalpose esančiose plantacijose, kelia su nusikalstamumu ir visuomenės saugumu susijusių problemų, kalbama Belgijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje. Pranešama, kad Jungtinėje Karalystėje nusikalstamos organizacijos išnaudoja jaunos nelegalius imigrantus iš Azijos. Be to, įrengiant komercines plantacijas pastatų viduje dažnai tenka pertvarkyti patalpas ir dėl to gali būti apgadintas turtas. Dar vienas turtui ir saugai kylantis pavojus susijęs su didelių elektros energijos kiekių vartojimu, siekiant užtikrinti dirbtinį patalpose auginamų kanapių augalų apšvietimą. Dėl nesaugių elektros energijos skaitiklių apėjimo būdų (siekiant nemokėti už elektrą ar nesukelti įtarimų) ar prastai pritaikytų elektros laidų sistemų patalpose, kur auginamos kanapės, kaip pranešama, buvo kilę gaisrų.

Su kanapių auginimu kovoja įvairios kovos su narkotikais ir organizuotu nusikalstamumu teisėsaugos sistemos, bet kai kurios Europos šalys neseniai parengė specialias strategijas šioje srityje. Belgija įvardijo kovą su neteisėta kanapių gamyba vienu iš savo 2008–2012 m. nacionalinio saugumo plano prioritetų, o Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė parengė daugiaaspektę strategiją, kuria siekiama nustatyti ir sunaikinti daugiau komercinių plantacijų. Šioje strategijoje numatytos priemonės, be kita ko, susijusios su visų gyventojų ir tam tikrų pagrindinių sektorių (pavyzdžiui, elektros energijos tiekėjų, ūkinių prekių parduotuvių) informuotumo didinimu, siekiant skatinti juos pranešti apie kanapių plantacijas policijai. Be to, teisėsaugos institucijos bendradarbiauja su elektros energijos tiekėjais, būsto valdybomis, draudimo įmonėmis ir kitais sektoriais, kurie yra suinteresuoti kovoti su komercinėmis plantacijomis. Taip pat imamas veiksmų policijos darbo veiksmingumui didinti. Pavyzdžiui, Nyderlanduose 2008 m. liepos mėn. įkurta „kovos su organizuotu kanapių auginimu darbo grupė“, koordinuojanti policijos, vietos valdžios, magistratų ir mokesčių tarnybos šioje srityje dedamas pastangas. Dabar policijos pajėgas galima aprūpinti aptikimo technologijomis, kurias paprastai naudoja kariuomenė, įskaitant šiluminį vaizdą rodančias infraraudonųjų spindulių kameras, ir organizuoti didesnio masto operacijas plantacijoms sunaikinti ir įtariamiesiems sulaikyti, kaip antai Šiaurės Airijoje 2008 m. surengta „Operacija Mazurka“, per kurią sulaikytas 101 žmogus.

Apie taikomas kovos su kanapių auginimu priemones pranešama ir kitose šalyse. Pavyzdžiui, 2008 m. Airijoje surengta didelė operacija prieš „kanapių fabrikus“,

o Vokietijoje Federalinė kriminalinė tarnyba (vok. *Bundeskriminalamt*) įkūrė specialųjį padalinį su kanapėmis susijusiems nusikaltimams visoje šalyje registruoti.

Narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Pirminiai pranešimai apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus, kuriuos daugiausia teikia policija, yra vienintelis Europoje įprastai prieinamas duomenų apie su narkotikais susijusius nusikaltimus šaltinis ⁽²⁸⁾. Pranešimuose paprastai minimi pažeidimai, susiję su narkotikų vartojimu (vartojimas ir laikymas vartojimui) arba su narkotikų pasiūla (gamyba, neteisėta prekyba ir narkotikų verslas), nors kai kuriose šalyse gali būti pranešama ir apie kitų rūšių pažeidimus (pavyzdžiui, susijusius su narkotikų pirmtakais (prekursoriais)).

Duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus – tiesioginis teisėsaugos institucijų veiklos rodiklis, nes yra susijęs su konsensuso pagrindu daromais nusikaltimais, apie kuriuos galimos aukos paprastai nepraneša. Šie duomenys taip pat dažnai laikomi netiesioginiais narkotikų vartojimo ir neteisėtos prekybos rodikliais, nors apima tik tą veiklą, į kurią atkreipia dėmesį teisėsaugos institucijos. Šiems duomenims taip pat gali turėti įtakos šalių teisės aktų, prioritetų ir išteklių skirtumai. Be to, nacionalinės informacijos sistemos Europoje skiriasi, ypač registravimo ir pranešimų teikimo praktikos atžvilgiu. Dėl šių priežasčių sunku atlikti patikimus šalių palyginimus, todėl labiau tiktų lyginti tendencijas, o ne absoliučius skaičius.

Kaip matyti iš ES indekso, pagrįsto duomenimis, kuriuos pateikė dvidešimt viena valstybė narė, apimanti 85 proc. Europos Sąjungos gyventojų nuo 15 iki 64 metų, nuo 2003 iki 2008 m. užregistruotų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičius padidėjo apytiksliai 35 proc. Žvelgiant į visas duomenis teikiančias šalis, iš duomenų matyti, kad penkiolikoje šalių šių nusikaltimų minėtu laikotarpiu daugėjo, o devyniose tokių nusikaltimų skaičius nepakito arba apskritai sumažėjo ⁽²⁹⁾.

Su narkotikų vartojimu ir pasiūla susiję nusikaltimai

Narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų, susijusių su vartojimu, ir šių pažeidimų, susijusių su narkotikų pasiūla, santykis, palyginti su ankstesniais metais, iš esmės nepakito. Daugumoje (23) Europos šalių didžiąją dalį narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų 2008 m. ir toliau sudarė nusikaltimai, susiję su narkotikų vartojimu arba jų laikymu vartojimui, o didžiausia tokių nusikaltimų dalis (81–92 proc.) buvo Estijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Austrijoje, Slovėnijoje ir Švedijoje. Tačiau Čekijoje

⁽²⁸⁾ Ryšių tarp narkotikų ir nusikalstamumo aptarimą ir „su narkotikais susijusio nusikaltimo“ apibrėžtį žr. EMCDDA (2007a).

⁽²⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-1 lentelę.

Tarpžinybinių platformų kūrimas Europoje

Tarpžinybinių platformų, kuriose įvairių šalių teisėsaugos ir kariuomenės agentūros dalijasi žvalgybine informacija ir koordinuoja narkotikų konfiskavimą prieš jiems pasiekiant vartotojų rinkas, sąvoka atsirado Amerikoje. Šio bendradarbiavimo modelio pavyzdys – 1994 m. Panamoje įkurtas ir šiuo metu Ki Veste (Florida) dislokuotas Jungtinis tarpinstitucinis specialios paskirties būrys „Pietūs“ (JIATF-S). JIATF-S kariuomenės platforma koordinuoja JAV kariuomenės, žvalgybos ir teisėsaugos agentūrų, taip pat susijusių šalių, įskaitant Ispaniją, Prancūziją, Nyderlandus ir Jungtinę Karalystę, užkardymo oro erdvėje ir jūroje operacijas į pietus nuo Jungtinių Amerikos Valstijų.

Europoje kovos su neteisėta prekyba narkotikais veiksmams koordinuoti neseniai įkurtos dvi tarpžinybinės platformos, abi vadovaujamos teisėsaugos institucijų. 2007 m. Airijos, Ispanijos, Prancūzijos, Italijos, Nyderlandų, Portugalijos ir Jungtinės Karalystės sutartimi Europos Sąjungos sistemoje įkurtas Jūrų prekybos narkotikais analizės ir operacijų centras (MAOC-N). Lisabonoje įsikūręs MAOC-N koordinuoja per Atlanto vandenyną gabenamų narkotikų siuntų užkardymą. JIATF-S bendradarbiauja su MAOC-N projektu nuo pat jo pradžios ir dabar kartu su Europos Komisija, Europolu, Vokietija, Graikija, Kanada, Maroku, UNODC, o neseniai – ir su Žaliojojo Kyšuliu, yra vienas iš projekto stebėtojų. Antroji tarpžinybinė platforma – Kovos su prekyba narkotikais Viduržemio jūros regione koordinavimo centras (CeCLAD-M) – įkurta 2008 m. CeCLAD-M yra Prancūzijos policijos skyrius, suburiantis Prancūzijos teisėsaugos agentūrų ir karinio jūrų laivyno atstovus, taip pat Graikijos, Ispanijos, Italijos, Kipro, Portugalijos, Jungtinės Karalystės, Maroko ir Senegalo atstovus. Tulone įsikūręs centras gali siūlyti užkardyti įtartinus laivus ir orlaivius Viduržemio jūroje.

Ateityje panašios platformos gali būti įkurtos Rytų Viduržemio jūros ir Juodosios jūros teritorijose. Be to, Europos Komisija neseniai skyrė finansavimą tyrimui, kuriuo siekiama išnagrinėti Europos keitimosi žvalgybos duomenimis ir gebėjimų stiprinimo platformos įkūrimo Vakarų Afrikoje galimybes.

vyrauja nusikaltimai, susiję su narkotikų pasiūla (87 proc.)⁽³⁰⁾.

Nuo 2003 iki 2008 m. narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičius padidėjo devyniolikoje duomenis teikiančių šalių, o apie sumažėjimą šiuo laikotarpiu pranešė tik Bulgarija, Vokietija, Graikija, Austrija ir Slovėnija. Iš viso su narkotikų vartojimu susijusių nusikaltimų mastas 2003–2008 m.

Europos Sąjungoje padidėjo apytiksliai 37 proc. (žr. 2 pav.).

2003–2008 m. Europos Sąjungoje su narkotikų pasiūla susijusių nusikaltimų taip pat padaugėjo, bet šis augimas buvo daug lėtesnis ir padidėjo maždaug 10 proc. Septyniolika šalių praneša, kad su pasiūla susijusių nusikaltimų šiuo laikotarpiu padaugėjo, o aštuonios nurodo, kad jų apskritai sumažėjo⁽³¹⁾.

Su įvairiais narkotikais susijusios tendencijos

Europos šalių pranešimuose apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus kanapės išlieka dažniausiai minimas narkotikas⁽³²⁾. Daugumoje Europos šalių su kanapėmis susiję nusikaltimai sudarė nuo 50 iki 75 proc. visų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų, apie kuriuos pranešta 2008 m. Su kitais narkotikais susijusių nusikaltimų dalis viršijo su kanapėmis susijusių nusikaltimų dalį tik trijose šalyse: Čekijoje ir Latvijoje (metamfetaminas, atitinkamai 57 proc. ir 33 proc.) bei Lietuvoje (heroinas, 26 proc.).

2003–2008 m. laikotarpiu su kanapėmis susijusių narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičius padidėjo penkiolikoje duomenis teikiančių šalių; Europos Sąjungoje šis skaičius, kaip apytiksliai apskaičiuota, padidėjo 29 proc. (žr. 2 pav.). Apie mažėjimo tendencijas pranešė Bulgarija, Čekija, Vokietija, Italija, Austrija ir Slovėnija⁽³³⁾.

Su kokainu susijusių nusikaltimų 2003–2008 m. laikotarpiu padaugėjo septyniolikoje duomenis teikiančių šalių, o apie mažėjimo tendencijas pranešė Bulgarija, Vokietija, Italija ir Austrija. Europos Sąjungoje su kokainu susijusių nusikaltimų skaičius tuo pat laikotarpiu apskritai padidėjo maždaug 45 proc., o praeitais metais jų skaičius stabilizavosi⁽³⁴⁾.

Su heroinu susijusių nusikaltimų mažėjimo tendencijos pasikeitimas į priešingą, apie kurią pranešta pernai, jau pasitvirtino: 2003–2008 m. tokių nusikaltimų vidurkis ES padidėjo 39 proc. Su heroinu susijusių nusikaltimų skaičius 2003–2008 m. padidėjo šešiolikoje duomenis teikiančių šalių, o apie mažėjimą pranešta Bulgarijoje, Vokietijoje, Italijoje ir Austrijoje⁽³⁵⁾.

Su amfetaminais susijusių nusikaltimų, apie kuriuos pranešta Europos Sąjungoje, ir toliau daugėjo – 2003–2008 m. tokių nusikaltimų mastas padidėjo apytiksliai 24 proc. O su ekstaziu susijusių nusikaltimų tuo pat laikotarpiu sumažėjo apytiksliai 35 proc. (žr. 2 pav.).

⁽³⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-2 lentelę.

⁽³¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-5 lentelę.

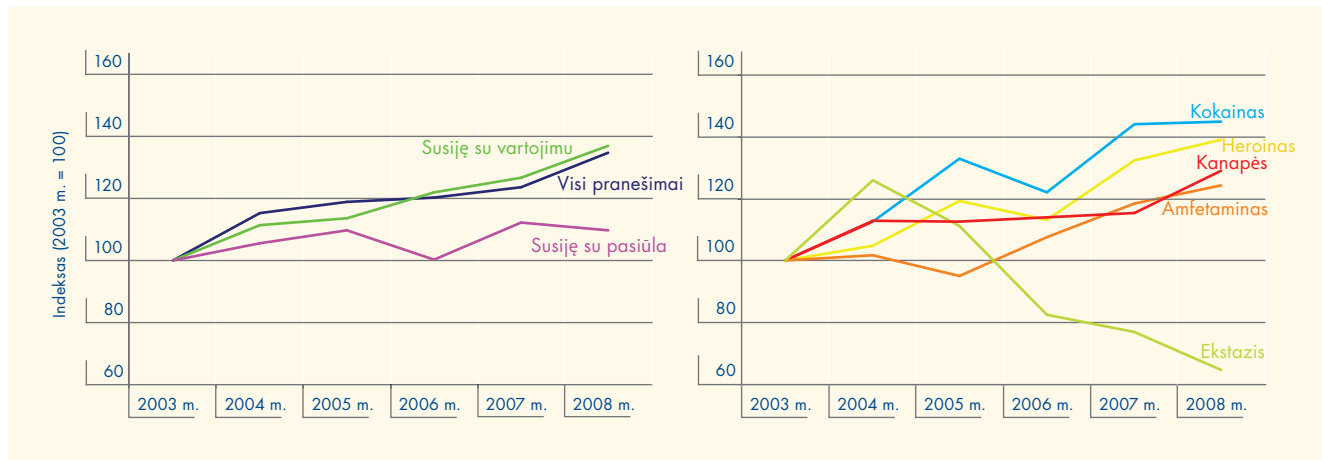
⁽³²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-3 lentelę.

⁽³³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-6 lentelę.

⁽³⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-8 lentelę.

⁽³⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-7 lentelę.

2 pav. Pranešimuose stebimos su narkotikais susijusių nusikaltimų tendencijos pagal nusikaltimų rūšį ir narkotikų rūšį ES valstybėse narėse



Pastaba. Tendencijos nustatytos pagal turimą informaciją apie pranešimų apie su narkotikais susijusias veikas (nusikalstamas ir nenusikalstamas), kuriuos pateikė visos teisėsaugos agentūros ES valstybėse narėse, skaičių atskirose šalyse; bendrai ES tendencijai nustatyti visos duomenų serijos indeksuotos pagal 2003 m. 100 punktų bazę ir pasvertos pagal šalių populiacijų dydžius. Dėl papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio DLO-1 ir DLO-3 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose

Bausmės atlikimo įstaigose Europos Sąjungoje bet kurią pasirinktą dieną yra per 600 000 žmonių ⁽³⁶⁾, t. y. maždaug 120 kalinių 100 000 gyventojų ⁽³⁷⁾. Skirtingose šalyse įkalinimo įstaigose esančių žmonių skaičius kinta nuo 66 iki 285 kalinių 100 000 gyventojų, nors daugumos Vidurio ir Rytų Europos valstybių narių nurodomi rodikliai didesni už vidurkį. Vis dėlto įvairių šalių rodikliai ir ES vidurkis tebėra gerokai mažesni už dydžius, kuriuos nurodo Rusija (609) ir JAV (753) ⁽³⁸⁾.

Dėl narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų įkalinti nuteistieji daugumoje ES šalių sudaro nuo 10 iki 30 proc. įkalinimo įstaigose esančių žmonių. Nuteistųjų dėl nusikaltimų nuosavybei, kuriuos jie įvykdė dėl priklausomybės nuo narkotikų, arba dėl kitų su narkotikais susijusių nusikaltimų, dalis nežinoma.

Narkotikų vartojimas tarp kalinių

Per narkotikų vartojimo kalėjimuose tyrimus taikomos apibūrinamos, tyrimo klausimai ir metodikos vis dar nėra iki galo standartizuoti (Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas, 2008; Vandam, 2009), nors iki šiol atlikti tyrimai rodo, kad narkotikų vartojimas tarp kalinių tebėra labiau paplitęs nei tarp visų gyventojų. Nuo 2003 m. atliktų kelių tyrimų duomenys rodo, kad

narkotikų vartojimo paplitimo tarp kalinių mastas gerokai skiriasi: pavyzdžiui, vienos šalyse reguliariai vartoję narkotikų mėnesį prieš įkalinimą nurodė vos 3 proc. respondentų, o kitose jų buvo iki 77 proc. Tyrimai taip pat rodo, kad tarp kalinių gali būti labiau paplitę žalingiausi narkotikų vartojimo būdai – kada nors bandę švirkščiamuosius narkotikus nurodė nuo 6 iki 38 proc. apklaustųjų ⁽³⁹⁾.

Patekę į kalėjimą, dauguma vartoja mažiau narkotikų arba liaujasi vartoję daugiausia dėl sunkumų jų gauti. Tačiau ir kalėjimų ekspertai, ir politikos kūrėjai Europoje pripažįsta, kad neteisėti narkotikai patenka į daugumą kalėjimų, nepaisant visų priemonių, kurių imamasi jų pasiūlai sumažinti. Nuo 2003 m. atliktuose tyrimuose nustatyti narkotikų vartojimo kalėjimuose įverčiai kinta nuo 1 iki 56 proc. kalinių. Per 2007 m. Portugalijoje atliktą nacionalinį tyrimą reguliariai vartoję narkotikų per paskutinį arešto mėnesį nurodė 12 proc. sulaikytųjų ⁽⁴⁰⁾. Per Liuksemburge atliktą 246 kalinių tyrimą nustatyta, kad narkotikus kalėjime švirkštėsi 31 proc., o per dar trijose šalyse atliktus tyrimus nustatyti 10 proc. ar didesni švirkštimosi rodikliai ⁽⁴¹⁾. Panašu, kad suimti švirkščiamųjų narkotikų vartotojai savo švirkštimosi priemonėmis dalijasi dažniau, palyginti su ne kalėjimuose esančiais vartotojais. Tai kelia rūpestį dėl galimo infekcinių ligų plitimo tarp kalinių.

⁽³⁶⁾ Su duomenimis apie kalėjimus Europoje galima susipažinti Europos Tarybos interneto svetainėje.

⁽³⁷⁾ Sąvoka „kalinys“ apima ir tardomuosius asmenis, ir nuteistuosius.

⁽³⁸⁾ Šaltinis: World prison brief (duomenys apie Jungtines Amerikos Valstijas ir Rusiją).

⁽³⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DUP-2 ir DUP-105 lenteles.

⁽⁴⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DUP-3 lentelę.

⁽⁴¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DUP-4 lentelę.

Sveikatos priežiūra Europos kalėjimuose

Kaliniai turi teisę į tokio pat lygio medicininę priežiūrą, kaip ir bendruomenėje gyvenantys žmonės, tad kalėjimo sveikatos priežiūros tarnybos turėtų gebėti teikti gydymą dėl problemų, susijusių su narkotikų vartojimu, panašiomis į siūlomas už kalėjimo ribų sąlygomis (CPT, 2006; PSO, 2007). Šis bendrasis lygiavertiškumo principas Europos Sąjungoje pripažintas 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacijoje dėl su priklausomybe nuo narkotikų susijusios žalos sveikatai prevencijos ir jos mažinimo ⁽⁴²⁾, o naujajame ES kovos su narkotikais veiksmų plane (2009–2012 m.) raginama jį įgyvendinti.

Kalėjimų ir sveikatos priežiūros bei socialinės tarnybų bendradarbiavimas Europoje tampa vis glaudesnis. Tarp tokio bendradarbiavimo pavyzdžių galima paminėti nacionalinių teisingumo administracijų atsakomybės už sveikatos priežiūrą kalėjimuose perdavimą sveikatos apsaugos administracijoms Prancūzijoje, Italijoje, Švedijoje, Norvegijoje ir Anglijoje bei Velse (taip pat planuojama Škotijoje), bendruomeninių sveikatos priežiūros agentūrų įtraukimą į daugiadisciplines kalėjimų grupes Liuksemburge, Portugalijoje, Slovėnijoje ir Švedijoje ir augantį paslaugų, kurias kalėjimuose teikia bendruomeninės kovos su narkotikais agentūros ir kurios dabar teikiamos daugumoje šalių, teikimo mastą.

Nacionalinėse kovos su narkotikais strategijose ir veiksmų planuose dažnai numatomi su priežiūra kalėjimuose susiję tikslai, kaip antai gydymo ir priežiūros kalėjimuose lygiavertiškumo, kokybės ir tęstinumo gerinimas. Kai kurios šalys parengė specialiąją kalėjimų sistemai skirtą strategiją. Ispanija ir Liuksemburgas jau daugiau kaip dešimtmetį įgyvendina sveikatos priežiūros kalėjimuose politiką ir patvirtino jos veiksmingumą dokumentais. Belgijoje neseniai paskirti kovos su narkotikais kalėjimuose politikos koordinatoriai ir suformuotas centrinis skyrius, kuriame kalėjimų darbuotojai ir narkotikų specialistai bendradarbiaudami nukreipia išėjusius į laisvę kalinius gydytis. 2008 m. Vengrijos kalėjimų tarnyboje įsteigtas narkotikų reikalų komitetas. Čekijoje vadovaujantis šalies kalėjimų tarnybos 2007–2009 m. kovos su narkotikais veiksmų planu, kuriame numatyti ir stebėsenos bei vertinimo veiksmai, diegiamos naujos paslaugos. Jungtinėje Karalystėje Nacionalinės nusikaltėlių kontrolės tarnybos 2008–2011 m. kovos su narkotikais strategija (NOMS, 2009) siekiama taikyti ankstyvasias jaunimui skirtas intervencines priemones ir kontroliuoti problemų dėl piktnaudžiavimo narkotikais turinčius nusikaltėlius, siekiant mažinti narkotikų ir alkoholio daromą žalą.

Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime

Kaliniai Europoje gali naudotis įvairiomis su narkotikų vartojimu ir su juo siejamomis problemomis susijusiomis paslaugomis. Tai, be kita ko, yra informavimas apie narkotikus ir sveikatą, su infekcinėmis ligomis susijusi sveikatos priežiūra, gydymas dėl priklausomybės nuo narkotikų, žalos mažinimo priemonės ir rengimas paleidimui į laisvę ⁽⁴³⁾.

Pastaraisiais metais informacijos ir rekomendacijų dėl infekcinių ligų kontrolės kalėjimuose pastaraisiais metais parengė tarptautinės organizacijos. UNODC, bendradarbiaudamas su PSO ir UNAIDS, paskelbė kalėjimų administracijoms ir kitoms sprendimus priimančioms institucijoms skirtą informacinę medžiagą, kurioje aiškinama, kaip nustatyti veiksmingas nacionalines atsakomybės priemones dėl ŽIV (AIDS) kalėjimuose (UNODC, PSO ir UNAIDS, 2006). Kitame dokumente teikiamos rekomendacijos apie tai, kaip veiksmingiau skelbti kalėjimuose informaciją apie konsultavimą infekcinių ligų klausimais ir veiksmingiau atlikti tyrimus, ir kaip gerinti rezultatų perdavimą kaliniams (UNODC, UNAIDS ir PSO, 2010).

Keliose šalyse, įskaitant Čekiją, Ispaniją, Liuksemburgą ir Jungtinę Karalystę, apibrėžtos aiškos sveikatos priežiūros kalėjimuose sritys ir standartai; šia linkme jau žengia ir kitos šalys. Keletas šalių praneša atliekančios sveikatos priežiūros prieinamumo narkotikų vartotojams kalėjimuose ir jos kokybės vertinimą. Pavyzdžiui, Airijoje atliekant tyrimą nustatytas poreikis suderinti kalėjimų vaistinių pajėgumą su gydymo pakaitalais teikimo augimu (Airijos kalėjimų tarnyba, 2009), o Prancūzijoje naujoji priežiūros įstaiga (Kalėjimų ir kitų uždarų įstaigų vyriausioji inspekcija) rado sveikatos priežiūros kalėjimuose trūkumų ir nustatė infekcijos pavojų. Nyderlandai įdiegė naują sulaikytų narkotikų vartotojų priežiūros direktyvą, kurioje skiriamas ypatingas dėmesys su narkotikų vartojimu susijusioms infekcinėms ligoms ⁽⁴⁴⁾. Be to, keliose šalyse investuojama į mokymą ir tokiu būdu gerėja kalėjimuose teikiamų paslaugų kokybė. Belgijoje organizuotas visiems kalėjimų darbuotojams skirtas mokymas dėl kovos su alkoholiu ir narkotikais kalėjimuose politikos, Kroatijoje surengtas kalėjimų gydytojų mokymas dėl gydymo pakaitalais, o Latvijoje pagal UNODC vadovaujamą projektą organizuotas ŽIV prevencijos ir švietimo apie narkotikus mokymas, skirtas kalėjimų gydytojams, socialiniams darbuotojams ir psichologams, kurie vėliau apmokė kalinius. Suomijoje reikalaujama, kad naujas gydymo kalėjimuose programas patvirtintų Baudžiamųjų priemonių agentūra.

⁽⁴²⁾ OL L 165, 2003 7 3, p. 31.

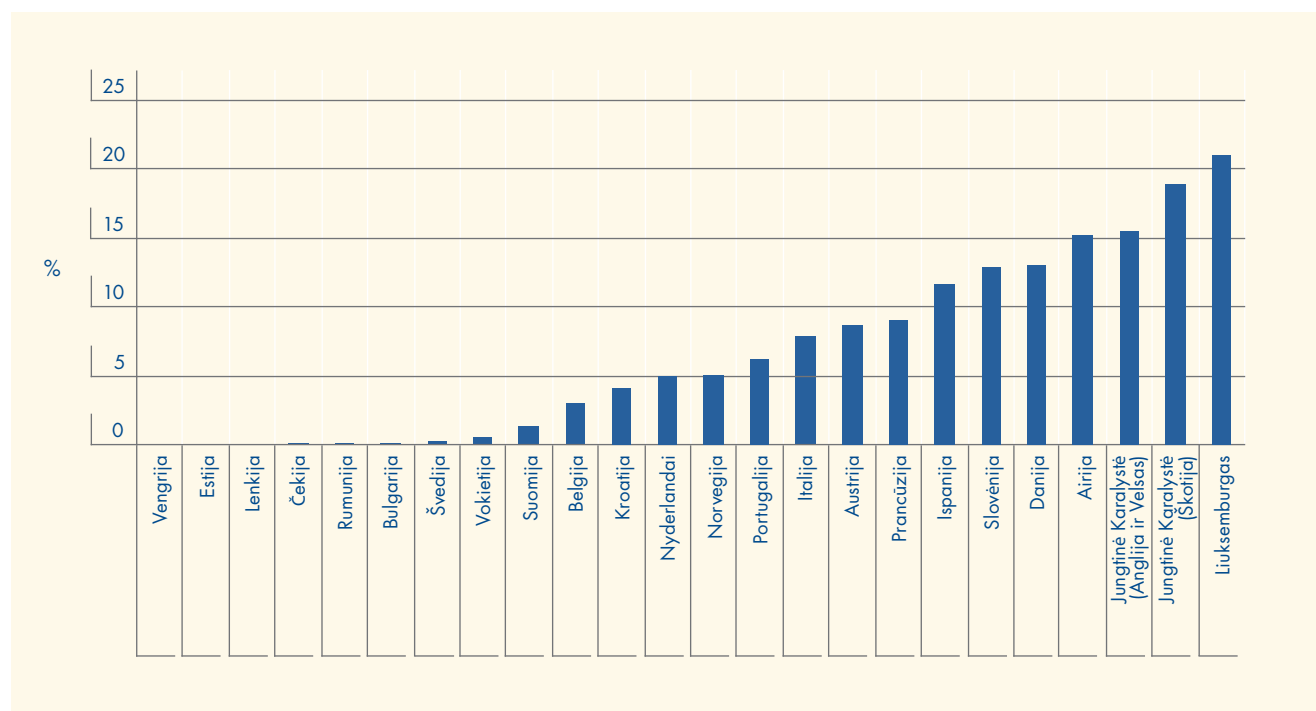
⁽⁴³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-7 lentelę.

⁽⁴⁴⁾ Žr. Gerosios patirties portalą.

Padidėjus priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais mastui bendruomenėje, daugelis šalių praneša, kad į kalėjimą patenka daugiau pacientų, jau gydomų pakaitalais nuo opioidų priklausomybės. Atsižvelgiant į didelius mirties nuo perdozavimo išėjus į laisvę rodiklius, ypač svarbu užtikrinti gydymo pakaitalais tęstinumą (EMCDDA, 2009a), kuris taip pat svarbus siekiant mažinti nusikaltimų, kurie daromi neteisėtų narkotikų vartojimui finansuoti, pavojų. Nuo 2008 m. tęsti priklausomybės nuo opioidų gydymą pakaitalais kalėjimuose galima

Bulgarijoje, Estijoje ir Rumunijoje. Tačiau Graikijos, Kipro, Lietuvos, Latvijos, Slovakijos ir Turkijos kalėjimuose ši gydymo galimybė netaikoma. Galima apytikriai apskaičiuoti, kad šešiose valstybėse narėse nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais gydoma daugiau kaip 10 proc. visų kalinių, o dar aštuoniose šalyse atitinkamas rodiklis kinta nuo 3 iki 10 proc. (žr. 3 pav.). Detoksikacija daugumoje šalių vis dar yra „numatytasis“ į bausmės atlikimo įstaigas patenkančių opioidų vartotojų gydymo būdas.

3 pav. Nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais gydomų kalinių dalis



Pastaba. Pateikti visų šalių, kurių kalėjimuose taikomas gydymas pakaitalais, duomenys, išskyrus Maltą. Duomenys yra 2008 m., išskyrus Austrijos ir Škotijos (2007 m.), Belgijos ir Nyderlandų (2009 m.) duomenis. Dėl pastabų ir šaltinių žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-9 lentelę.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

3 skyrius

Kanapės

Ižanga

Kanapės yra labiausiai prieinamas neteisėtas narkotikas Europoje; jis ir importuojamas į Europą, ir joje gaminamas. XX a. 10-ąjį dešimtmetį ir XXI a. pradžioje kanapių vartojimas daugumoje šalių padidėjo, nors tarp šalių tebėra didelių skirtumų. Per kelerius pastaruosius metus padidėjo ilgalaikio ir plačiai paplitusio šio narkotiko vartojimo poveikio visuomenės sveikatai suvokimas, taip pat pranešama apie didėjančią su kanapių vartojimu susijusių ligų gydymo poreikį. Bendrųjų gyventojų apklausų ir apklausų mokyklose duomenys rodo, kad kanapių vartojimas nusistovi arba net mažėja, todėl gali būti, kad Europa žengia į naują etapą. Vis dėlto, vertinant istoriniais standartais, vartojimo lygis tebėra aukštas ir veiksmingos kovos su kanapių vartojimu priemonės tebėra pagrindinis Europos diskusijų dėl kovos su narkotikais klausimas.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Kanapes galima auginti įvairioje aplinkoje, daugelyje pasaulio vietų jos auga gamtoje. Apytikriai apskaičiuota,

kad kanapės auginamos 172 šalyse ir teritorijose (UNODC, 2009). Visa tai reiškia, kad sunku tiksliai apskaičiuoti pasaulyje užauginamų kanapių kiekį. UNODC skaičiavimais (2009 m.), 2008 m. džiovintų kanapių gamybos mastas pasaulyje sudarė nuo 13 300 iki 66 100 tonų.

Kanapių auginimas Europoje plačiai paplitęs ir panašu, kad jo mastas didėja. Vietinis kanapių auginimas minėtas visų 29 Europos šalių 2008 m. pateiktoje informacijoje, nors atrodo, kad šio reiškinio mastas ir pobūdis gerokai skiriasi. Vis dėlto didelė Europoje vartojamų kanapių dalimi greičiausiai neteisėtai prekiaujama pačiuose regionuose.

Džiovintų kanapių į Europą taip pat importuojama, daugiausia iš Afrikos (pavyzdžiui, Nigerijos, Žaliojo Kyšulio, Pietų Afrikos Respublikos), rečiau iš Šiaurės ir Pietų Amerikos, ypač iš Karibų salų, Artimųjų Rytų (Libano) ir Azijos (Tailando). Naujausioje ataskaitoje tarp šaltinių taip pat minima Albanija, Buvusioji Jugoslavijos Respublika, Makedonija, Moldova, Juodkalnija ir Serbija (INCB, 2010b).

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

	Kanapių derva	Džiovintos kanapės
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	2 200–9 900	13 300–66 100
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	1 637	6 563
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	892 (900)	60 (92)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) (¹)	3–10 (6–9)	3–16 (5–9)
Vidutinis stiprumas (THC kiekis %) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) (¹)	3–16 (6–10)	1–10 (5–8)

(¹) Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2008 m.

Šaltiniai: UNODC (2009 m., 2010b) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

Manoma, kad 2008 m. pasaulyje pagaminta 2 200–9 900 tonų kanapių dervos (UNODC, 2009), ir pranešama, kad pagrindiniai gamintojai yra Afganistanas ir Marokas. Neseniai atliktas tyrimas rodo, kad didžiausias pasaulyje kanapių dervos gamintojas dabar gali būti Afganistanas, kurio gamyba, kaip apytikriai apskaičiuota, sudaro nuo 1 500 iki 3 500 tonų per metus (UNODC, 2010a). Iš paskutinio turimo su Maroku susijusio įverčio matyti, kad 2005 m. kanapių dervos gamyba sudarė maždaug 1 000 tonų (UNODC ir Maroko vyriausybė, 2007). Nors dalis Afganistane pagaminamos kanapių dervos parduodama Europoje, manoma, kad pagrindinis šio narkotiko į Europą tiekėjas tebėra Marokas. Ten pagaminta kanapių derva į Europą paprastai vežama kontrabanda per Iberijos pusiasalį ir Nyderlandus.

Konfiskavimas

2008 m. pasaulyje konfiskuota apytikriai 6 563 tonos džiovintų kanapių ir 1 637 tonos kanapių dervos (2 lentelė) – iš viso maždaug 17 proc. daugiau negu ankstesniais metais (UNODC, 2010b). Didžioji dalis konfiskuotų džiovintų kanapių, kaip ir anksčiau, teko Šiaurės Amerikai (48 proc.), o didžioji dalis konfiskuotos kanapių dervos tebebuvo sutelkta Vakarų ir Vidurio Europoje (57 proc.).

2008 m. Europoje būta apytikriai 289 000 džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos 92 tonos (⁴⁵). Konfiskavimo atvejų nuo 2003 iki 2008 m. padaugėjo pustrėčio karto. Konfiskuojamų džiovintų kanapių kiekis nuo 2003 m. palyginti nekito ir sudarė kiek daugiau nei 90 tonų per metus, išskyrus 2004–2005 m., kai jis sumažėjo iki maždaug 65 tonų (⁴⁶). Jungtinei Karalystei teko maždaug pusė visų konfiskavimo atvejų, kurių metu 2005–2007 m. būdavo konfiskuojama po 20 ar daugiau tonų per metus. 2008 m. apie rekordinius

konfiskuotus kiekius pranešė Turkija (31 tona) ir Vokietija (9 tonos).

Kanapių dervos Europoje konfiskuojama daugiau negu džiovintų kanapių – ir pagal konfiskavimo atvejų skaičių, ir pagal konfiskuojamą kiekį (⁴⁷). 2008 m. būta apie 369 000 kanapių dervos konfiskavimo atvejų, sulaukta 900 tonų narkotiko – tai beveik dešimt kartų daugiau, palyginti su konfiskuotu džiovintų kanapių kiekiu. 2003–2008 m. kanapių dervos konfiskavimo atvejų nuosekliai daugėjo, o konfiskuojamas kiekis iš pradžių mažėjo, bet nuo 2006 m. vėl ėmė didėti. 2008 m. apie maždaug pusę visų kanapių dervos konfiskavimo atvejų ir tris ketvirčius konfiskuoto kiekio ir vėl pranešė Ispanija; rekordinius kanapių dervos kiekius konfiskavo Prancūzija (71 tona), Portugalija (61 tona) ir Italija (34 tonos).

Kanapių žolės vienetų konfiskavimo atvejų daugėja nuo 2003 m. 2008 m. jų būta apytikriai 19 000. Pranešdamos apie konfiskuotą kiekį, šalys nurodo konfiskuoto žolės vienetų skaičiaus arba svorio įvertį. Konfiskuotų žolės vienetų skaičius padidėjo nuo 1,7 mln. 2003 m. iki 2,6 mln. 2007 m., o 2008 m. sumažėjo iki 1,2 mln. (⁴⁸). Konfiskuotų žolės vienetų svoris šiuo laikotarpiu padidėjo 4,5 karto ir 2008 m. sudarė 43 tonas, iš kurių apie 24 tonas pranešė Ispanija, o apie 15 tonų – Bulgarija.

Stiprumas ir kaina

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal juose esančio delta-9-tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, kiekį. Kanapių stiprumas įvairiose šalyse ir toje pačioje šalyje labai skiriasi, taip pat skiriasi skirtingų kanapių produktų stiprumas. Duomenys apie kanapių stiprumą daugiausia pagrįsti konfiskuotų kanapių, iš kurių paimama mėginių, teismo medicinos tyrimu. Kiek tiksliai tiriami mėginiai atskleidžia padėtį bendroje rinkoje, neaišku, todėl duomenis apie stiprumą reikėtų vertinti atsargiai.

2008 m. praneštas THC kiekio kanapių dervoje vidurkis kito nuo 3 iki 16 proc. Džiovintų kanapių (jeigu įmanoma, išskyrus *sinsemilla* (besėkles kanapes) – didžiausio stiprumo džiovintų kanapių formą) vidutinis stiprumas kito nuo 1 iki 10 proc. Duomenis apie vidutinį *sinsemilla* stiprumą pateikė tik kelios šalys; jis visad buvo didesnis negu importuotų džiovintų kanapių ir kito nuo 12 proc. Norvegijoje iki kiek daugiau nei 16 proc. Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje. 2003–2008 m. vidutinis kanapių dervos stiprumas pakankamai duomenų teikiančiose

EMCDDA leidinys. Kanapių gamyba ir rinkos Europoje

2011 m. EMCDDA paskelbs naują leidinį apie kanapių gamybą ir rinkas. Ataskaitoje bus sutelktas dėmesys į kanapių produktų pasiūlą Europos šalyse ir išnagrinėta turimų produktų rūšis, jų kilmė, jų atitinkamos rinkos dalys ir kiti su platinimu bei rinkos struktūromis susiję klausimai. Ypatingas dėmesys bus skirtas kanapių auginimui Europos teritorijoje, kuris pastaraisiais metais tapo akivaizdesnis.

(⁴⁵) Šiame skyriuje minimus duomenis apie narkotikų konfiskavimą Europoje galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio SZR-1–SZR-6 lentelėse.

(⁴⁶) Ši analizė preliminarinė, nes dar nėra 2008 m. Jungtinės Karalystės duomenų.

(⁴⁷) Dėl siuntų dydžių ir vežimo atstumų skirtumų, taip pat būtinybės kirsti tarptautines sienas, kanapių dervos konfiskavimo rizika gali būti didesnė nei šalyje pagamintų džiovintų kanapių.

(⁴⁸) Į analizę neįtraukti duomenys apie 2003 m. konfiskuotus 31 mln. kanapių žolės vienetų ir 2004 m. konfiskuotus 20 mln. žolės vienetų, apie kuriuos pranešė Turkija, nes neturima duomenų apie paskesniais metais konfiskuotus kiekius.

vienuolikoje šalių buvo nevienodas; džiovintų kanapių stiprumas šešiose šiuos duomenis teikiančiose šalyse padidėjo, o keturiose sumažėjo. Informacijos apie vietoje pagamintų džiovintų kanapių stiprumą per daug metų turima tik iš Nyderlandų, kur pastebėtas vidutinio *nederwiet* (oland. besėklės kanapės) stiprumo sumažėjimas – nuo 2004 m. didžiausio 20 proc. stiprumo iki 16 proc. 2007 ir 2008 m. ⁽⁴⁹⁾.

2008 m. vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina septyniolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių kito nuo 3 iki 10 EUR už gramą; dvylika šių šalių nurodė 6–9 EUR kainas. Vidutinė mažmeninė džiovintų kanapių kaina šešiolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių kito nuo 3 iki 16 EUR už gramą; dešimt šių šalių nurodė kainas nuo 5 iki 9 EUR. Vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina sumažėjo arba nepakito visose šalyse, apie kurias turima 2003–2008 m. laikotarpio duomenų, išskyrus Belgiją ir Austriją, kuriose kaina padidėjo. Iš turimų džiovintų kanapių duomenų matyti, kad kainos Europoje tuo pat

laikotarpiu nekito arba didėjo, o apie mažėjimo tendencijas pranešta tik Vengrijoje ir Turkijoje.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Kanapių vartojimas tarp visų gyventojų

Preliminariais vertinimais kanapių bent kartą gyvenime yra vartoję maždaug 75,5 mln. europiečių, t. y. daugiau negu kas penktas 15–64 metų europietis (duomenų santrauką žr. 3 lentelėje). Padėtis įvairiose šalyse gerokai skiriasi – paplitimo rodikliai šalyse kinta nuo 1,5 iki 38,6 proc. Daugumoje šalių paplitimo įverčiai apima 10–30 proc. intervalą.

Kanapes per praėjusius metus vartojo apytikriai 23 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai 6,8 proc. visų 15–64 metų amžiaus žmonių. Į vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo įverčius patenka ir žmonės, kurie šį narkotiką vartoja dažniau, nors nebūtinai kasdien ar intensyviai. Apytikriai apskaičiuota, kad šį narkotiką per praeitą mėnesį vartojo apie 12,5 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai apie 3,7 proc. visų 15–64 metų amžiaus asmenų.

Kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kanapes daugiausia vartoja jaunimas (15–34 metų amžiaus). Paprastai nurodoma, kad vartojimo per praėjusius metus paplitimas yra didžiausias 15–24 metų amžiaus grupėje. Taip yra visose šiuos duomenis teikiančiose šalyse, išskyrus Portugaliją ⁽⁵⁰⁾.

Gyventojų apklausų duomenys rodo, kad vidutiniškai 31,6 proc. jaunų suaugusiųjų europiečių (15–34 metų amžiaus) yra nors kartą gyvenime vartoję kanapių, 12,6 proc. vartojo šį narkotiką per praėjusius metus, o 6,9 proc. – per praeitą mėnesį. Apytikriai apskaičiuota, kad 15–24 metų amžiaus grupėje kanapes per praėjusius metus ar praeitą mėnesį vartojo dar daugiau europiečių – atitinkamai 16 proc. ir 8,4 proc. Nacionalinio kanapių vartojimo paplitimo įverčiai atskirose šalyse gerokai skiriasi pagal visus paplitimo matus. Pavyzdžiui, šio narkotiko vartojimo per praėjusius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų įverčiai šalyse, kuriose šio narkotiko vartojimas yra labiausiai paplitęs, yra daugiau kaip 30 kartų didesni negu šalyse, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias.

Kanapes vartojančių vyrų paprastai yra daugiau negu moterų, pavyzdžiui, vyrų ir moterų santykis tarp jaunų suaugusiųjų, kurie nurodė per praėjusius metus vartoję kanapių, kinta nuo 6,4:1 Portugalijoje iki 1,4:1 Bulgarijoje ⁽⁵¹⁾.

Pajamos ir pelnas iš neteisėto kanapių auginimo

Policijos pajėgų nustatyti įverčiai rodo, kad 2008 m. konfiskuotą kanapių žolę būtų galima parduoti už 70 mln. EUR Belgijoje ir 76 mln. EUR Jungtinėje Karalystėje (NPIA, 2009), o didmeninis pelnas Vokietijoje būtų 36–61 mln. EUR. Tačiau bendras pajamas iš neteisėtos komercinės kanapių gamybos sunku įvertinti, nes šie skaičiai susiję tik su sulaikyta kanapių žole. Apytikriai apskaičiuojant pelną, taip pat reikia atsižvelgti į kelis kitus kintamuosius.

Pajamos iš neteisėtos komercinės kanapių gamybos priklauso nuo kelių veiksnių, įskaitant plantacijos dydį, augalų skaičių, vidutinį vieno augalo derlių ir per metus nuimamų derlių skaičių. Jeigu augalai auginami tankiai ir derlius nuimamas dažnai, iš kiekvieno augalo gaunamas derlius paprastai sumažėja. Gaunamos pajamos taip pat priklauso nuo to, ar derlius parduodamas mažmeninėse, ar didmeninėse rinkose, nes mažmeninėse rinkose kainos paprastai didesnės.

Su neteisėta komercine kanapių gamyba uždarose patalpose auginamose plantacijose susijusios šios sąnaudos: patalpoms, sėkloms ar sodinukams, dirvožemiui ar mineralinei vatai, maistingoms medžiagoms, šviestuvams ir siurbliams, įrankiams ir vėdinimui bei darbo jėgai. Elektra, jeigu ji nėra gaunama neteisėtai, taip pat yra svarbi gamybos sąnaudų sudedamoji dalis.

Pajamoms ir pelnui iš neteisėtų kanapių plantacijų apskaičiuoti, Nyderlandų teisės saugos tarnybos nustatė techninius standartus, kuriuos nuolat atnauja. Taip pat kuriamos naujos metodikos Belgijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

⁽⁴⁹⁾ Dėl duomenų apie stiprumą ir kainas žr. 2010 m. statistikos biuletenio PPP-1 ir PPP-5 lenteles.

⁽⁵⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-1 pav.

⁽⁵¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-4 lentelės (iii dalį ir iv dalį).

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus	Per praeitą mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	75,5 mln.	23 mln.	12,5 mln.
Europos vidurkis	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Intervalas	1,5–38,6 %	0,4–15,2 %	0,1–8,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (1,5 %) Malta (3,5 %) Kipras (6,6 %) Bulgarija (7,3 %)	Rumunija (0,4 %) Malta (0,8 %) Graikija (1,7 %) Švedija (1,9 %)	Rumunija (0,1 %) Malta, Švedija (0,5 %) Graikija, Lenkija (0,9 %) Lietuva, Vengrija (1,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Danija (38,6 %) Čekija (34,2 %) Italija (32,0 %) Jungtinė Karalystė (31,1 %)	Čekija (15,2 %) Italija (14,3 %) Ispanija (10,1 %) Prancūzija (8,6 %)	Čekija (8,5 %) Ispanija (7,1 %) Italija (6,9 %) Prancūzija (4,8 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	42 mln.	17 mln.	9,5 mln.
Europos vidurkis	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Intervalas	2,9–53,3 %	0,9–28,2 %	0,3–16,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (2,9 %) Malta (4,8 %) Kipras (9,9 %) Graikija (10,8 %)	Rumunija (0,9 %) Malta (1,9 %) Graikija (3,2 %) Kipras (3,4 %)	Rumunija (0,3 %) Švedija (1,0 %) Graikija (1,5 %) Lenkija (1,9 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (53,3 %) Danija (48,0 %) Prancūzija (43,6 %) Jungtinė Karalystė (40,5 %)	Čekija (28,2 %) Italija (20,3 %) Ispanija (18,8 %) Prancūzija (16,7 %)	Čekija (16,7 %) Ispanija (13,4 %) Italija (9,9 %) Prancūzija (9,8 %)
15–24 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	19,5 mln.	10 mln.	5,5 mln.
Europos vidurkis	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Intervalas	3,7–58,6 %	1,5–37,3 %	0,5–22,4 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (3,7 %) Malta (4,9 %) Kipras (6,9 %) Graikija (9,0 %)	Rumunija (1,5 %) Graikija, Kipras (3,6 %) Švedija (4,9 %) Portugalija (6,6 %)	Rumunija (0,5 %) Graikija, Švedija (1,2 %) Kipras (2,0 %) Lenkija (2,5 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (58,6 %) Prancūzija (42,0 %) Danija (41,1 %) Vokietija (39,0 %)	Čekija (37,3 %) Ispanija (24,1 %) Italija (22,3 %) Prancūzija (21,7 %)	Čekija (22,4 %) Ispanija (16,9 %) Prancūzija (12,7 %) Italija (11,0 %)

Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008/2009 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų (334 mln.) asmenys, 15–34 metų (133 mln.) asmenys ir 15–24 metų (63 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio skylyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

Kanapių vartojimas ypač paplitęs tam tikrose jaunimo grupėse, pavyzdžiui, tarp jaunuolių, dažnai besilankančių naktiniuose klubuose, aludėse ir muzikos renginiuose (Hoare, 2009). Elektroninės šokių muzikos vietose Čekijoje, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje

neseniai atliktos tikslinės apklausos parodė, kad bent kartą kanapių yra vartoję daugiau kaip 80 proc. respondentų – šis rodiklis gerokai didesnis už paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų Europos vidurkį (Measham ir Moore, 2009).

Kanapių vartojimas tarp moksleivių

Kartą per ketverius metus atliekama ESPAD apklausa teikia palyginamų duomenų apie alkoholio ir narkotikų vartojimą tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių Europoje (Hibell *et al.*, 2009). 2007 m. apklausa atlikta 25 ES valstybėse narėse, taip pat Norvegijoje ir Kroatijoje. Be to, 2008 m. Ispanija, Italija, Švedija ir Jungtinė Karalystė atliko nacionalines apklausas mokyklose, o Belgija (flamandų bendruomenė) – regioninę apklausą mokyklose.

2007 m. ESPAD ir 2008 m. nacionalinių apklausų mokyklose duomenys rodo, kad mažiausiai kartą gyvenime kanapių vartojusių 15–16 metų amžiaus moksleivių daugiausia yra Čekijoje (45 proc.); Estijos, Prancūzijos, Nyderlandų, Slovakijos ir Jungtinės Karalystės nurodyti paplitimo lygiai kinta nuo 26 iki 32 proc. Penkiolika šalių nurodo, kad bent kartą gyvenime kanapių yra vartoję 13–25 proc. moksleivių. Mažiausius lygius (mažiau nei 10 proc.) nurodo Graikija, Kipras, Rumunija, Suomija, Švedija ir Norvegija. Su kanapių vartojimu susijęs skirtumas tarp lyčių moksleivių grupėje yra ne toks ryškus, palyginti su jaunų suaugusiųjų. Su kanapių vartojimu susijęs vyrų ir moterų santykis tarp moksleivių kinta nuo beveik nepastebimo Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje iki 2:1 ar didesnio Kipre, Graikijoje, Lenkijoje ir Rumunijoje ⁽⁵²⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Europos šalių skaičius galima palyginti su kitų pasaulio šalių skaičiais. Pavyzdžiui, Kanadoje (2008 m.) kanapių mažiausiai kartą gyvenime yra bandę 53,8 proc. jaunų suaugusiųjų, o per praėjusius metus – 24,1 proc. Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikus nacionalinę apklausą dėl narkotikų vartojimo ir sveikatos (SAMHSA, 2008) apytikriai apskaičiuota, kad mažiausiai kartą kanapių yra vartoję 49 proc. jaunų suaugusiųjų (16–34 metų amžiaus grupėje, perskaičiuota EMCDDA), o per praėjusius metus – 21,5 proc.; Australijoje (2007 m.) šie rodikliai 14–39 metų amžiaus grupėje sudarė 47 proc. ir 16 proc. Visi šie rodikliai didesni negu atitinkami Europos vidurkiai, kurie sudaro atitinkamai 31,6 proc. ir 12,6 proc.

Moksleivių mažiausiai kartą gyvenime vartotų kanapių lygius, kurie panašūs į nustatytus JAV ir Australijoje, nurodo Čekija, Ispanija, Prancūzija ir Slovakija ⁽⁵³⁾.

Kanapių vartojimo tendencijos

1998–2008 m. laikotarpiu penkiolikoje šalių, kurios gali teikti pakankamai duomenų, galima pastebėti tris pagrindines kanapių vartojimo tarp suaugusiųjų tendencijas (4 pav.). Penkios šalys (Bulgarija, Graikija, Vengrija,

Suomija, Švedija) nurodė nedidelius (mažesnius nei 9 proc.) ir palyginti stabilūs kanapių vartojimo per praėjusius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų lygius. Šešios šalys (Danija, Vokietija, Ispanija, Prancūzija, Nyderlandai, Jungtinė Karalystė) nurodė didesnius paplitimo lygius, kurie pastaraisiais metais buvo stabilūs arba mažėjo. Keturios kitos šalys (Čekija, Estija, Italija, Slovakija) taip pat nurodė didesnius kanapių vartojimo paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų lygius, kurie pastaraisiais metais didėjo.

Žvelgiant į naujesnes kanapių vartojimo tarp jaunų suaugusiųjų tendencijas, dauguma iš dvylikos šalių, kurios 2003–2008 m. pakartotinai atliko apklausas, nurodo, kad padėtis yra stabili (Danija, Vokietija, Ispanija, Vengrija, Švedija, Suomija, Jungtinė Karalystė). Penkios šalys nurodo, kad kanapių vartojimas šiuo laikotarpiu padidėjo – mažiausiai dviem procentiniais punktais Bulgarijoje, Estijoje ir Slovakijoje ir maždaug aštuoniais procentiniais punktais Čekijoje ir Italijoje.

Nuo 1995 iki 2007 m. Europoje pastebimi panašūs kanapių vartojimo tarp moksleivių laiko tendencijų modeliai (EMCDDA, 2009a). Septynios šalys, daugiausia Šiaurės ir Pietų Europoje (Graikija, Kipras, Malta, Rumunija, Suomija, Švedija, Norvegija), nurodo, kad kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime visu laikotarpiu apskritai buvo stabilus ir nedidelis. Daugelyje Vakarų Europos šalių, taip pat Kroatijoje ir Slovėnijoje, kuriose kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime iki 2003 m. buvo didelis arba sparčiai didėjo, 2007 m. sumažėjo arba stabilizavosi. Devynios iš šių vienuolikos šalių nurodo, kad toks vartojimas sumažėjo, o dvi nurodo, kad padėtis yra stabili. Daugumoje Vidurio ir Rytų Europos šalių padėtis kitokia – šiose šalyse nuo 1995 iki 2003 m. stebėta tokio vartojimo augimo tendencija, bet, kaip atrodo, padėtis stabilizuojasi. Šešios šio regiono šalys nurodo, kad nuo 2003 iki 2007 m. padėtis buvo stabili, o dvi praneša, kad vartojimas padidėjo.

2008 m. apklausas mokyklose atlikusios trys šalys (Belgijos flamandų bendruomenė, Švedija ir Jungtinė Karalystė) nurodo, kad kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime yra toks pat, kaip nurodyta 2007 m., arba mažesnis, o Ispanija nurodo, kad jis sumažėjo daugiau kaip trimis procentiniais punktais. Apklausų Jungtinių Amerikos Valstijų ir Australijos mokyklose duomenys taip pat rodo mažėjimo tendenciją, kuri pirmą kartą pastebėta Australijoje 1999 m. ⁽⁵⁴⁾.

Kanapių vartojimo būdai

Turimi duomenys rodo, kad kanapės vartojamos įvairiais būdais, įskaitant ir eksperimentinį vartojimą, ir vartojimą

⁽⁵²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-20 lentelės (ii dalį ir iii dalį).

⁽⁵³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (xii dalį).

⁽⁵⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-1 pav. (xii dalį).

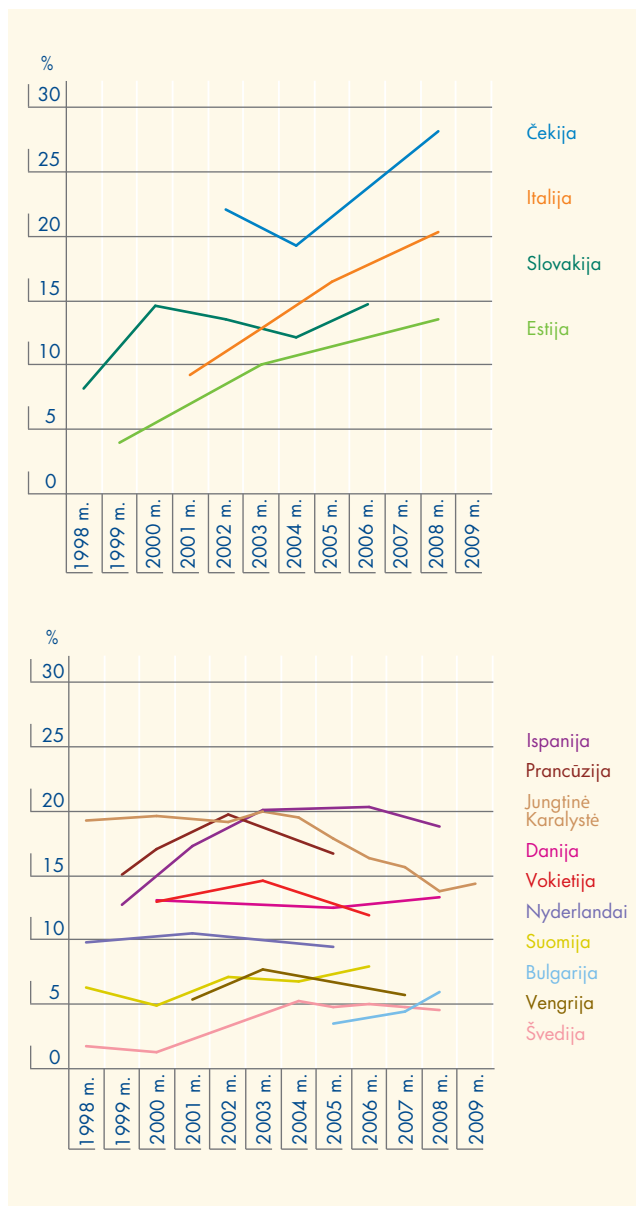
dėl priklausomybės. Daugelis asmenų pavartoja šią medžiagą tik kartą ar du, kiti vartoja ją retkarčiais ar ribotu laikotarpiu. 30 proc. kada nors kanapių vartojusių 15–64 metų amžiaus grupėje asmenų jas vartojo praėjusiais metais⁽⁵⁵⁾. Vidutiniškai pusė praėjusiais metais šį narkotiką vartojusių asmenų jį vartojo praėjusį mėnesį.

Iš trylikos Europos šalių, kurioms tenka 77 proc. suaugusiųjų Europos Sąjungos ir Norvegijos gyventojų, imties duomenų matyti, kad maždaug 40 proc. iš apytikriai 12,5 mln. europiečių, kurie vartojo kanapių praėjusį mėnesį, per tą mėnesį galėjo būti vartoję šį narkotiką 1–3 dienas; maždaug trečdalis – 4–19 dienų, o ketvirtadalis – 20 dienų ar ilgiau. Remiantis šiais duomenimis, galima apytikriai apskaičiuoti, kad kanapes kasdien arba beveik kasdien vartoja daugiau kaip 1 proc. suaugusiųjų europiečių, t. y. maždaug 4 mln. Dauguma šių kanapių vartotojų – apie 3 mln. – yra 15–34 metų, tai sudaro apytiksliai 2–2,5 proc. visų šios amžiaus grupės europiečių⁽⁵⁶⁾. Kasdienis arba beveik kasdienis kanapių vartojimas tarp vyrų gali būti maždaug keturis kartus labiau paplitęs negu tarp moterų.

Dešimt Europos šalių, teikiančių duomenis ESPAD tyrimui, kuris atliekamas tarp 15–16 metų moksleivių, nurodo palyginti dideles moksleivių berniukų, kurie vartoja kanapes 40 ar daugiau kartų, dalis (5–12 proc.). Ši dalis buvo mažiausia dukart didesnė už atitinkamą dalį, nustatytą tarp moksleivių mergaičių. Dauguma šių šalių taip pat nurodė, kad 5–9 proc. respondentų pradėjo vartoti kanapes būdami 13 metų ar jaunesni. Ši grupė kelia rūpestį, nes ankstyvoji vartojimo pradžia siejama su vėlesniu intensyvesniu ir problemiškesniu narkotikų vartojimo įpročių išsivystymu.

Priklausomybė vis dažniau pripažįstama kaip vienas iš galimų reguliaraus kanapių vartojimo padarinių net tarp jaunesnių vartotojų⁽⁵⁷⁾. Tačiau priklausomybės nuo kanapių sunkumas ir padariniai gali atrodyti ne tokie sunkūs, palyginti su padariniais, paprastai siejamais su tam tikromis kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis (pavyzdžiui, heroinu ar kokainu). Be to, priklausomybė nuo kanapių gali stiprėti laipsniškai, palyginti su kai kuriais kitais narkotikais (Wagner ir Anthony, 2002). Pranešta, kad pusė priklausomų nuo kanapių vartotojų, kurie liovėsi vartoję šį narkotiką, sugebėjo tai padaryti be gydymo (Cunningham, 2000). Vis dėlto kai kurie kanapių vartotojai, ypač intensyviai vartojantys šį narkotiką, gali

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



Pastaba. Daugiau informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-4 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2009 m.), paimtos iš gyventojų apklausų, ataskaitų ar mokslinių straipsnių.

turėti problemų, nors ir neatitinka klinikinių priklausomybės kriterijų⁽⁵⁸⁾.

Kanapių vartojimas susietas su priklausymu pažeidžiamai ar socialiai nukriausiai grupei, pavyzdžiui, anksti mokyklą

⁽⁵⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-2 pav.

⁽⁵⁶⁾ Pateikti Europos vidurkiai yra apytikriai apskaičiavimai, grindžiami svertiniais informacijų pateikusių šalių vidurkiais (gyventojų); šalims, kurios nepateikė informacijos, vidurkis priskiriamas. Gauti šie skaičiai: 1,2 proc. visų suaugusiųjų (15–64 metų amžiaus) ir 2,3 proc. jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus). Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-10 lentelę.

⁽⁵⁷⁾ Žr. įtrauką „Rizikos veiksniai, skatinantys pradėti vartoti kanapes ir priklausomybę“.

⁽⁵⁸⁾ Žr. įtrauką „Nepageidaujamas kanapių vartojimo poveikis sveikatai“.

paliekančių asmenų, pamokas praleidinėjančių mokinių, priežiūros įstaigose esančių vaikų, jaunų nusikaltėlių ir jaunų žmonių, gyvenančių nepalankiose ekonominėse sąlygose esančiuose rajonuose (EMCDDA, 2008c). Jį taip pat galima susieti su kitų medžiagų vartojimu. Pavyzdžiui, tikimybė, kad jauni suaugusieji (15–34 metų), nurodę per praeitus metus dažnai vartoję alkoholį ar vartoję jo daug, nurodys vartoję ir kanapes, buvo nuo dviejų iki šešių kartų didesnė, palyginti su visais gyventojais. Ir nors dauguma kanapių vartotojų nevartoja kitų neteisėtų narkotikų, tikimybė, kad jie tai darys, yra didesnė, palyginti su visais gyventojais. Be to, tabako rūkymo paplitimas tarp kanapes vartojančių paauglių yra du tris kartus didesnis, palyginti su visais 15–16 metų moksleiviais.

Kai kurie kanapių vartotojai vartoja narkotiką rizikingesniais būdais, pavyzdžiui, vartoja ypač daug THC turinčias kanapes arba didelius narkotiko kiekius, įkvepia per vandens pypkę (bongą), o ne rūko suktinę. Šie vartotojai paprastai turi daugiau sveikatos problemų, įskaitant priklausomybę (Chabrol *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 1998).

Gydymas

Gydymo poreikis

Iš visų besikreipusiųjų gydymo, apie kuriuos 27 šalys pranešė 2008 m. (maždaug 85 000 pacientų), maždaug 21 proc. sudarė pacientai, kuriems kanapės buvo pagrindinis narkotikas, dėl kurio jiems reikėjo gydytis; taigi šiuo požiūriu kanapės užėmė antrą vietą po heroino. Kanapės yra pagrindinis narkotikas mažiau nei 5 proc. pradedančių gydytis pacientų Bulgarijoje, Estijoje, Lietuvoje, Liuksemburge ir Slovėnijoje ir daugiau kaip 30 proc. Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje ir Nyderlanduose, o dauguma kanapes vartojančių pacientų pradeda gydytis ambulatoriškai ⁽⁵⁹⁾.

Šiuos skirtumus galima paaiškinti kanapių ir kitų narkotikų vartojimo paplitimu, gydymo nuo narkomanijos poreikiais, gydymo teikimu ir organizavimu ar siuntimų gydytis praktika. Vienoje iš dviejų šalių, kuriose kanapių vartotojų pacientų dalys didžiausios, veikia konsultaciniai centrai, skiriantys daugiausia dėmesio jauniems narkotikų vartotojams (Prancūzijoje), o kitoje (Vengrijoje) kanapių vartotojams nusikaltėliams vietoj baudmės siūlomas gydymas nuo narkomanijos. Abiejose šiose šalyse teisminės institucijos atlieka svarbų vaidmenį siunčiant gydytis, bet apskritai valstybės narės nurodo, jog dauguma gydytis pradedančių kanapių vartotojų Europoje daro tai savo iniciatyva. Kai kurie vartotojai taip

Rizikos veiksniai, skatinantys pradėti vartoti kanapes ir priklausomybę

Mokslininkai pabandė nustatyti, kodėl vieni kanapių vartotojai tampa priklausomi nuo narkotiko, o kiti – ne. Kaip rodo vienas iš jų tyrimo rezultatų, veiksniai, susiję su kanapių vartojimo pradžia, dažnai skiriasi nuo veiksnų, dėl kurių išsivysto probleminis vartojimas ir priklausomybė nuo kanapių. Kai kurie išoriniai veiksniai (narkotikus vartojantys tos pačios amžiaus grupės ar socialinės padėties asmenys ir kanapių prieinamumas) ir su asmeniu susiję veiksniai (pavyzdžiui, teigiamas požiūris į narkotikų vartojimą ateityje) siejami konkrečiai su kanapių vartojimo pradžia (Von Sydow *et al.*, 2002). Kai kurie kiti veiksniai skirtingu mastu siejami ir su kanapių vartojimo pradžia, ir su priklausomybe nuo kanapių. Tai, be kita ko, yra genetiniai (Agrawal ir Lynskey, 2006), individualūs veiksniai, kaip antai vyriškoji lytis, psichikos sveikatos sutrikimai ir kitų medžiagų vartojimas (alkoholio, tabako ir kitų). Su kanapių vartojimo pradžia taip pat siejami šeiminiai veiksniai, kaip antai prasti santykiai su motina ir augimas be abiejų tėvų, o su priklausomybe nuo kanapių siejamos tėvų skyrybos ar gyvenimas atskirai ir kuriuo nors iš tėvų ar jų abiejų mirtis iki vaikiui sulaukiant 15 metų (Coffey *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

Veiksniai, konkrečiai siejami su priklausomybės stiprėjimu, be kita ko, apima intensyvių kanapių vartojimą ar rizikingus vartojimo būdus, nuolatinį vartojimą ir ankstyvą vartojimo pradžią. Asmenims, kurie anksti pradėję vartoti kanapes (14–16 metų amžiaus) patyrė teigiamą poveikį (pavyzdžiui, laimę, juoką), kilo didesnė vėlesnio priklausomybės nuo kanapių atsiradimo rizika. Su priklausomybės stiprėjimu taip pat siejami įvairūs psichologiniai ir psichikos sveikatos veiksniai (įskaitant menką savigarbą, prastą savikontrolę ir prastus gebėjimus įveikti sunkumus) bei socialiniai ir ekonominiai veiksniai (įskaitant žemą socio-ekonominį statusą ir prastą finansinę padėtį) (Coffey *et al.*, 2003 m.; Fergusson *et al.*, 2003; Swift *et al.*, 2008; Von Sydow, 2002).

pat gali pradėti gydytis nuo narkomanijos, nes turi kitų sveikatos sutrikimų, kaip antai psichikos sveikatos sutrikimų, ir negali gauti tinkamo gydymo kitur (Zachrisson *et al.*, 2006).

Daugelis kanapių vartotojų pacientų nurodo vartojantys alkoholį ar kitus narkotikus. Remiantis keturiolikoje šalių surinktais duomenimis, 65 proc. iš jų vartoja kitokią narkotiką, daugiausia alkoholį arba kokainą, o kai kurie teigia vartojantys ir alkoholį, ir kokainą (EMCDDA, 2009d). Kanapes, kaip antrinį vartojamą narkotiką, mini 24 proc. visų ambulatoriškai nuo narkomanijos gydomų pacientų ⁽⁶⁰⁾.

⁽⁵⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. (ii dalį), TDI-5 lentelę (ii dalį) ir TDI-24 lentelę.

⁽⁶⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-22 lentelę (i dalį).

Nepageidaujamas kanapių vartojimo poveikis sveikatai

Neseniai atlikta keletas tyrimų, per kuriuos nagrinėtas su kanapių vartojimu siejamas nepageidaujamas poveikis sveikatai (EMCDDA, 2008a; Hall ir Degenhardt, 2009). Tai apima ir ūmų poveikį, kaip antai nerimą, paniką ir psichozės simptomus, apie kurį dažnai praneša vartojantieji narkotiką pirmą kartą. Toks poveikis keliuose jį stebinčiose šalyse susijęs su daugybe su narkotikais susijusių atvejų, dėl kurių tose šalyse kreipiamasi dėl neatidėliotinos pagalbos ligoninėje. Taip pat panašu, kad vartojant kanapes pavojus patekti į eismo nelaimę padidėja du tris kartus (EMCDDA, 2008b).

Kanapių vartojimas taip pat gali sukelti lėtinį poveikį, kuris gali būti tiesiogiai susijęs su vartojimo būdais (dažnumu ir kiekiais). Tai, be kita ko, yra priklausomybė nuo kanapių, bet taip pat ir lėtinis bronchitas ir kitos kvėpavimo organų ligos. Vartojant kanapes nėštumo metu gimusio naujagimio svoris gali būti mažesnis, bet nepanašu, kad tai sukeltų įgimtų ydų. Kanapių vartojimo sąsaja su depresija ir savižudybėmis vis dar neaiški.

Kanapių poveikis pažintinei funkcijai tebėra neaiškus, kaip ir tai, ar jį galima panaikinti. Reguliariai vartojant kanapes paauglystėje, gali būti nepageidaujami pakenkta jaunų suaugusiųjų psichikos sveikatai; turima padidėjusios psichozės simptomų ir sutrikimų rizikos, kuri dažniau vartojant narkotikus dar padidėja, įrodymų (Hall ir Degenhardt, 2009; Moore et al., 2007).

Nors su kanapių vartojimu susijusi rizika asmeniui atrodo mažesnė, palyginti su heroinu ar kokainu, sveikatos problemų yra ir kanapių poveikis visuomenės sveikatai dėl didelio jų vartojimo paplitimo gali būti reikšmingas. Ypatingą dėmesį reikėtų skirti kanapių vartojimui tarp paauglių ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių. Kiti rūpestį keliantys klausimai susiję su dažnu kanapių vartojimu, vartojimu ilgesniais laikotarpiais, vairuojant ar atliekant kitus galimai pavojingus veiksmus.

Naujų nuo narkomanijos pirmą kartą gydomų pacientų tendencijos

Aštuoniolikoje šalių, apie kurias turima duomenų, kanapių vartotojų, nurodančių kanapes kaip pagrindinį narkotiką, skaičius tarp pirmą kartą gyvenime gydytis pradedančių pacientų 2003–2007 m. padidėjo nuo maždaug 23 000 iki 35 000, o 2008 m. šiek tiek sumažėjo iki maždaug 33 000. Pradedant nuo 2005 ir 2006 m., trylika šalių nurodė, kad naujų kanapių vartotojų pacientų mažėjo ⁽⁶¹⁾. Tai gali būti susiję su naujomis kanapių vartojimo mažėjimo tendencijomis, tačiau taip pat galėtų būti susiję ir su pernelyg didele tarnybų pajėgumų apkrova ar kitų tarnybų (pavyzdžiui, pirminės sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūros) naudojimu.

Pacientų charakteristikos

Europoje ambulatoriškai pradedantys gydytis pacientai, kuriems kanapės yra pagrindinis vartojamas narkotikas, dažniausiai esti jauni vyrai; vyrų ir moterų santykis yra 5:1, o vidutinis pacientų amžius – 25 metai. Tarp narkotikų vartotojų, pradedančių gydytis ambulatoriškai pirmą kartą, kanapes, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo 69 proc. 15–19 metų pacientų ir 83 proc. jaunesnių kaip 15 metų pacientų ⁽⁶²⁾.

Apskritai 22 proc. gydytis ambulatoriškai pradedančių kanapių vartotojų, kuriems kanapės yra pagrindinis vartojamas narkotikas, vartoja juos retkarčiais (arba nėra jų vartoję mėnesį prieš pradedant gydytis), juos tikriausiai dažnai siunčia gydytis teisminės institucijos; 11 proc. vartoja kanapes kartą per savaitę ar rečiau, maždaug 17 proc. vartoja jas 2–6 kartus per savaitę, o 50 proc. vartoja kanapes kasdien ir sudaro problemiškesnią grupę. Tarp šalių pastebima reikšmingų skirtumų. Vengrijoje, Rumunijoje ir Kroatijoje daugiau nei pusė kanapes vartojančių pacientų vartoja narkotiką retkarčiais, o Belgijoje, Bulgarijoje, Danijoje, Airijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Maltoje ir Nyderlanduose daugiau nei 50 proc. vartoja kanapes kasdien ⁽⁶³⁾.

Gydymas

Kanapių vartotojų gydymas Europoje apima daug įvairių priemonių, įskaitant gydymą internetu, konsultavimą, struktūrines psichosocialines intervencines priemones ir gydymą gyvenamuosiuose gydymo centruose. Šioje srityje taip pat dažnai taikomos atrankinės prevencijos, žalos mažinimo ir gydymo intervencinės priemonės (žr. 2 skyrių).

Prancūzijoje paslaugos kanapių vartotojams teikiamos jaunimo konsultacinių centrų, taip pat vadinamų kanapių klinikomis, tinkle, o paslaugų trukmė ir taikomi metodai priklauso nuo narkotiko vartojimo laipsnio. Kaip parodė 2007 m. 226 iš 274 konsultacinių centrų atliktas tyrimas, 47 proc. ambulatoriškai gydomų pacientų, kaip nustatyta, vartojo narkotiką retkarčiais ir jiems nepasireiškė priklausomybės ar piktnaudžiavimo simptomų; maždaug 30 proc. iš jų nebuvo suteikta jokių tolesnių konsultacijų (Obradovic, 2009). Ir priešingai, tarp 53 proc., kuriems patekus į centrą nustatyta priklausomybė ar piktnaudžiavimas, beveik 80 proc. buvo pasiūlytos tolesnės konsultacijos, o dauguma kitų buvo nusiųsti gydytis į gydymo centrus. Pusė pacientų, apsilankiusių antrajame konsultaciniame susitikime, nurodė sumažinę kanapių vartojimą. Tai dažniau buvo kanapių vartotojai, kurie dėl gydymo kreipėsi patys, ir vartotojai, kuriuos

⁽⁶¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-1 pav. ir TDI-3 lentelę (iv dalį).

⁽⁶²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-10 lentelę (iii ir iv dalis) ir TDI-21 lentelę (ii dalį).

⁽⁶³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-18 lentelę (ii dalį) ir TDI-111 lentelę (viii dalį).

gydytis nusiuntę sveikatos priežiūros specialistai, o tie, kuriuos gydytis nusiuntę teisminės institucijos, buvo labiau linkę atsisakyti dalyvauti po kelių susitikimų.

Vengrijos teisminėje sistemoje numatyta baudžiamojo persekiojimo alternatyva – nustatytus kriterijus atitinkantys narkomanai nusikaltėliai siunčiami gydytis į „prevencinę konsultacinę tarnybą“, o sunkesniais atvejais – į specializuotus gydymo centrus. Kanapių vartotojai, kuriuos gydytis siunčia teisminės institucijos (o jie sudaro maždaug 85 proc. visų kanapių vartotojų pacientų), privalo šešis mėnesius bent kartą kas dvi savaites dalyvauti gydymo nuo narkomanijos ar psichosocialinio konsultavimo susitikimuose, kad gautų paleidimo pažymėjimą. Priešingu atveju jiems gali grėsti baudžiamasis persekiojimas.

Vokietija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė siūlo gydymą dėl kanapių vartojimo internetu, kad sudarytų kanapių vartotojams, nenorintiems prašyti pagalbos specializuotoje gydymo nuo narkomanijos sistemoje, geresnę galimybę gauti gydymą. Gydymo internetu intervencinės priemonės apima arba pagalbos sau programą, nenumatančią ryšių su konsultantais, arba struktūrinę programą, apimančią suplanuotus ryšius su jais (žr. EMCDDA, 2009b). Šiuo metu Nyderlanduose rengiama šios srities kokybės sistema su rekomendacijomis.

Nyderlandai taip pat praneša apie atliktą kanapių vartotojams, kuriems pastaruoju metu pasireiškė šizofrenija, skirtos naujoviškos šeimoje vykdomos motyvacinės intervencinės priemonės įvertinimą. Šia intervencine priemone siekiama mažinti kanapių vartojimą, užtikrinti geresnį vaistų vartojimo tvarkos laikymąsi ir gerinti tėvų ir vaikų santykius šioje grupėje. Po trijų mėnesių gauti išankstiniai rezultatai rodo, kad kanapių vartojimas gerokai sumažėjo, palyginti su įprastu psichologiniu švietimu, o kitų rezultatų kintamieji nesiskyrė.

Naujausi kanapių vartotojų gydymo tyrimai

Atlikta palyginti nedaug tyrimų, per kuriuos vertintas kanapių vartotojams skirtų tikslinių intervencinių priemonių veiksmingumas (Levin ir Kleber, 2008), nors besikreipiančiųjų dėl gydymo daugėja. Atlikti ir farmakoterapinių, ir psichosocialinių intervencinių priemonių tyrimai, bet rezultatai nėra įtikinami.

Per neseniai paskelbtą atsitiktine atranka pagrįstą kontroliuojamąjį tyrimą įvertintas motyvacinės apklausos veiksmingumas, palyginti su informacijos apie narkotikus ir konsultacijų teikimu, ir nenustatyta jokių reikšmingų su kanapių vartojimu susijusių skirtumų (McCambridge et al., 2008). Taip pat nustatyta, kad specialisto daromas poveikis gali daryti įtaką kanapių vartojimo nutraukimo mastui, taigi ribojamas intervencinių priemonių

taikomumas. Šioje srityje Europoje atliekamuose tyrimuose vertinamas daugiamačių šeimos terapijos (INCANT), motyvacijos didinimu, pažintine elgesio terapija ir psichosocialinių problemų sprendimu paremtos programos (CANDIS) bei gydymo internetu veiksmingumas.

Neseniai paskelbti du tyrimai apie priklausomybės nuo kanapių farmakoterapiją – nė viename iš jų nenurodyta reikšmingų rezultatų. Nyderlanduose atliktas atsitiktine atranka pagrįstas kontroliuojamasis tyrimas, per kurį palygintas serotonino absorbcijos inhibitoriaus (olanzapino) ir dopamino antagonisto (risperidono) poveikis gretutinėmis psichikos ligomis sergantiems pacientams (van Nimwegen et al., 2008). Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktas išankstinis tyrimas, per kurį lygintas antidepresanto (nefazodono), dopamino absorbcijos inhibitoriaus (pailginto atpalaidavimo bupropiono) ir placebo poveikis narkotikų vartojimui ir vartojimo nutraukimo simptomams tarp kanapių vartotojų (Carpenter et al., 2009).

Mokslo praktinis pritaikymas gydymo nuo narkomanijos srityje

Perimti moksliskai išbandytus metodus klinikinėje gydymo nuo narkomanijos praktikoje dažnai neskubama. Šį atotrūkį tarp mokslo ir praktikos, pavyzdžiui, rodo ribotas priklausomybės nuo opioidų gydymo pakaitalais teikimas keliose Europos šalyse ir retas atkryčių valdymo taikymas priklausomybei nuo kokaino gydyti. Tarp priežasčių, kurios buvo iškeltos šiam reiškiniui paaiškinti, galima paminėti asmeninį pirmenybės teikimą konkrečioms gydymo modeliams, mokymo ar finansavimo stoką, neveiksmingą žinių sklaidą ir organizacinės parengties bei paramos naujai praktikai stoką (Miller et al., 2006).

Siekiant įveikti šias kliūtis, neseniai Vokietijoje surengta konferencija, kurioje nagrinėtos galimybės perkelti eksperimentinius gydymo nuo priklausomybės nuo kanapių projektus, dėl kurių turima veiksmingumo įrodymų, į klinikinę praktiką (Kipke et al., 2009). Be kita ko, peržiūrėti projektai *Candis*, „Quit the shit“ ir *FreD*, kurie visi apibūdinti ankstesniuose EMCDDA leidiniuose. Konferencijoje nustatytos programų savybės, kurios palengvina jų perkėlimą į klinikinę praktiką, be kita ko, susijusios su jų derėjimu su esamais gydymo pasiūlymais, aiškiais struktūriniais protokolais, seminarų specialistams rengimu ir keitimosi patirtimi platformomis. Pagrindinės nustatytos kliūtys susijusios su bendradarbiavimo, pavyzdžiui, su išorės partneriais (kaip antai policija) valdymo problemomis ir finansavimo, kuris apimtų ne tik eksperimentinį etapą, stoka.

Rengiant pirminius eksperimentinių intervencinių priemonių planus, reikėtų numatyti ir pritaikymo aspektus. Norint užtikrinti platesnį svariais ar ilgalaikiais empiriniais duomenimis paremtų intervencinių priemonių taikymą, būtina, kad to siekti įsipareigotų visos suinteresuotosios šalys.

4 skyrius

Amfetaminai, ekstazis ir haliucinogeninės medžiagos

Ivadas

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

Amfetaminas ir metamfetaminas yra centrinės nervų sistemos stimulantai. Iš jų amfetaminas yra daug įprastesnis Europoje; dideli metamfetamino kiekiai dar visai neseniai buvo vartoti tik Čekijoje ir Slovakijoje, bet dabar apie didesnę šio narkotiko pasiūlą savo amfetamino rinkose praneša ir kai kurios šalys Europos šiaurėje.

Ekstaziu vadinamos sintetinės medžiagos, kurios chemiškai giminingos amfetaminui, bet jų poveikis šiek tiek skiriasi. Geriausiai žinomas ekstazio grupės narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randama ir kitų analogų (MDA, MDEA). Iki XX a. 9-ojo dešimtmečio pabaigos apie ekstazio vartojimą Europoje beveik nieko nebuvo žinoma, tačiau 10-ajame dešimtmetyje jo imta vartoti daug daugiau. Jo populiarumas nuo seno siejamas su šokių muzikos vietomis. Sintetiniu būdu pagaminto narkotiko vartojimas apskritai siejamas su tam tikrais kultūriniais pogrupiais arba socialine aplinka ir vis dažniau su besaikiu atsitiktiniu alkoholio vartojimu.

Geriausiai žinomas Europoje sintetinis haliucinogeninis narkotikas – lizergo rūgšties dietilamidas (LSD), kurio vartojimo lygis buvo žemas ir ilgai išliko be didesnių pokyčių. Panašu, kad pastaruoju metu jaunimas ėmė labiau

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

	Amfetaminas	Metamfetaminas	Ekstazis	LSD
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis) ⁽¹⁾	197–624 ⁽²⁾		57–136	n/d
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	23,0	17,9	2,3	0,1
Konfiskuotas kiekis ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	8,3 tonos (8,4 tonos)	300 kilogramų (300 kilogramų)	Tabletės 12,7 mln. (13,7 mln.)	Vienetai 141 100 (141 800)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Vidutinė mažmeninė kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽³⁾	Gramas 6–36 (9–19)	Gramas 12–126	Tabletė 2–19 (4–9)	Dozė 4–30 (7–12)
Vidutinio grynumo arba MDMA kiekio intervalas	3–34 %	22–80 %	17–95 mg	n/d

⁽¹⁾ Gamybos rodikliai pagrįsti vartojimo įverčiais ir konfiskavimo duomenimis.

⁽²⁾ Turimi tik bendrieji amfetamino ir metamfetamino gamybos pasaulyje įverčiai.

⁽³⁾ Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2008 m.; n/d – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC (2010b) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

domėtis natūraliomis haliucinogeninėmis medžiagomis, kurių, pavyzdžiui, randama haliucinogeniniuose grybuose.

Pasiūla ir prieinamumas

Sintetinių narkotikų pirmtakai (prekursoriai)

Vykdant įstatymus, vis didesnis dėmesys kreipiamas į neteisėtų narkotikų gamybai reikalingas kontroliuojamas chemines medžiagas, ir ši sritis yra viena iš tų, kuriose tarptautinis bendradarbiavimas ypač vertingas. Projektas „Prizmė“ – tai tarptautinė iniciatyva, kuria siekiama neleisti teisėtų pirmtakų (prekursorių) cheminių medžiagų naudoti neteisėtai sintetinių narkotikų gamybai. Tuo tikslu naudojama išankstinių pranešimų apie eksportą vykdant teisėtą prekybą sistema ir pranešama apie sulaikomus krovinius bei konfiskavimą, jeigu sudaromi įtartini sandoriai. Informacija apie šios srities veiklą teikiama Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybai (INCB, 2010a).

INCB ataskaitose nurodoma, kad 2008 m. pasaulyje konfiskuoti dviejų pagrindinių metamfetamino pirmtakų (prekursorių) kiekiai sumažėjo: efedrino konfiskuota 12,6 tonos (2007 m. – 22,7 tonos, o 2006 m. – 10,3 tonos), o tariamojo efedrino – 5,1 tonos (2007 m. – 25 tonos, o 2006 m. – 0,7 tonos). ES valstybėse narėse (daugiausia Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje) konfiskuota 0,3 tonos efedrino, maždaug pusė ankstesniais metais konfiskuoto kiekio, ir daugiau kaip 0,5 tonos tariamojo efedrino, kuris beveik visas konfiskuotas Prancūzijoje.

1-fenil-2-propanono (P2P, BMK), kuris gali būti naudojamas neteisėtai ir amfetamino, ir metamfetamino gamybai, pasaulyje 2008 m. konfiskuota gerokai daugiau – 5 620 litrų (2007 m. – 834 litrai). Europos Sąjungoje konfiskuoti 2 757 litrai P2P (2007 m. – 773 litrai).

2008 m. apie MDMA gamybai naudojamo 3,4-metilenedioksifenil-2-propanono (3,4-MDP2P, PMK) konfiskavimą nepranešta; 2007 ir 2006 m. šios medžiagos pasaulyje konfiskuota atitinkamai 2 297 ir 8 816 litrų. Pasaulyje konfiskuotas safrolis, kuris gali būti naudojamas vietoj 3,4-MDP2P MDMA sintetinimui, kiekis sumažėjo nuo 2007 m. būto didžiausio lygio (45 986 litrų) iki 1 904 litrų. 2008 m. didžioji dalis safrolis konfiskuota Europos Sąjungoje.

Amfetaminas

Amfetamino gamyba pasaulyje tebėra sutelkta Europoje, kur veikia daugiau kaip 80 proc. amfetaminą gaminančių laboratorijų, apie kurias pranešta 2008 m. (UNODC,

2010b). 2008 m. pasaulyje konfiskuotas amfetamino kiekis iš esmės nepakito ir sudarė maždaug 23 tonas (žr. 4 lentelę). Daugiau kaip trečdalis šio kiekio konfiskuotas Vakarų ir Vidurio Europoje, tai rodo, kad Europa yra pagrindinis šio narkotiko ir gamintojas, ir vartotojas (UNODC, 2010b).

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

2008 m. Europoje būta apytikriai 37 500 amfetamino miltelių konfiskavimo atvejų; konfiskuota 8,3 tonos ⁽⁶⁴⁾. Amfetamino konfiskavimo atvejų skaičius pastaruosius penkerius metus buvo gana stabilus, nors jų tebebuvo daugiau palyginti su 2003 m., o konfiskuojami kiekiai 2003–2008 m. padidėjo ⁽⁶⁵⁾.

2008 m. Europoje konfiskuotų amfetamino mėginių grynumas buvo labai įvairus, tad apie vidutinius dydžius reikia kalbėti atsargiai. Vis dėlto vidutinis mėginių grynumas kito nuo mažiau nei 10 proc. Danijoje, Austrijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Jungtinėje Karalystėje, Kroatijoje ir Turkijoje iki daugiau nei 25 proc. Latvijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje ir Norvegijoje. Per pastaruosius penkerius metus amfetamino grynumas sumažėjo arba buvo stabilus daugumoje iš 17 šalių, apie kurias turima pakankamai duomenų tendencijoms išnagrinėti ⁽⁶⁶⁾.

2008 m. daugiau nei pusėje iš 17 duomenis patekusių šalių vidutinė mažmeninė amfetamino kaina kito nuo 9 iki 20 EUR už gramą. Mažmeninės amfetamino kainos sumažėjo arba nepakito visose trylikoje šalių, kurios teikė duomenis 2003–2008 m. laikotarpiu, išskyrus Ispaniją,

Amfetamino gamyba Europoje

2009 m. EMCDDA ir Europolas pradėjo leisti leidinių apie neteisėtų narkotikų pasiūlą Europoje seriją. Po ataskaitų apie metamfetaminą ir kokainą, 2010 m. paskelbta trečioji serijos ataskaita, kurioje išsamiai apžvelgiami amfetamino gamybos ir neteisėtos prekybos klausimai bei atsakomosios priemonės, kurių imamas Europos ir tarptautiniu lygmeniu. Ateinančiais metais seriją papildys ataskaitos apie kitų narkotikų, įskaitant ekstazį ir heroiną, pasiūlą Europoje.

Su ataskaita galima susipažinti spausdintine forma ir internete EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

⁽⁶⁴⁾ Ši analizė preliminarinė, nes dar nėra 2008 m. Jungtinės Karalystės duomenų.

⁽⁶⁵⁾ Duomenų apie šį skyrį minimus narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio SZR-11–SZR-18 lentelėse.

⁽⁶⁶⁾ Duomenų apie šį skyrį minimą narkotikų grynumą Europoje galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio PPP-8 lentelėje.

kurioje kainos po ankstesniųjų metų augimo 2008 m. sumažėjo iki rekordiškai žemo lygio ⁽⁶⁷⁾.

Metamfetaminas

2008 m. metamfetaminą gaminančių laboratorijų, apie kurias pranešta pasaulyje, skaičius padidėjo 29 proc. Labiausiai jų padaugėjo Šiaurės Amerikoje, tačiau pranešimų apie slaptas laboratorijas taip pat pagausėjo ir Rytų bei Pietryčių Azijoje. Be to, apie didesnę aktyvumą, susijusį su metamfetamino gamyba, pranešta Lotynų Amerikoje ir Okeanijoje. 2008 m. konfiskuota 17,9 tonos metamfetamino, o konfiskavimo tendencija nekinta nuo 2004 m. Didžioji dalis narkotiko konfiskuota Rytų ir Pietryčių Azijoje (visų pirma Kinijoje), antrą vietą užėmė Šiaurės Amerika (UNODC, 2010b).

Neteisėta metamfetamino gamyba Europoje daugiausia sutelkta Čekijoje, čia 2008 m. nustatytos 458 gamybos vietos (žr. 5 pav.) – tai didžiausias Čekijos iki šiol nurodytas metamfetaminą gaminančių „virtuvinių laboratorijų“ skaičius. 2008 m. padaugėjo ir metamfetamino pirmtakų (prekursorių) cheminių medžiagų konfiskavimo atvejų. Taip pat nurodoma, kad šis narkotikas gaminamas Lietuvoje, Lenkijoje ir Slovakijoje.

2008 m. Europoje pranešta apie beveik 4 700 metamfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota apytikriai 300 kg narkotiko. 2003–2008 m. metamfetamino konfiskavimo atvejų nuolat daugėjo. Tuo pat laikotarpiu konfiskuojami kiekiai 2007 m. padidėjo iki rekordinio lygio, o 2008 m. šiek tiek sumažėjo, daugiausia dėl Norvegijoje, kurioje šio narkotiko konfiskuojama daugiausia Europoje, rasto kiekio sumažėjimo.

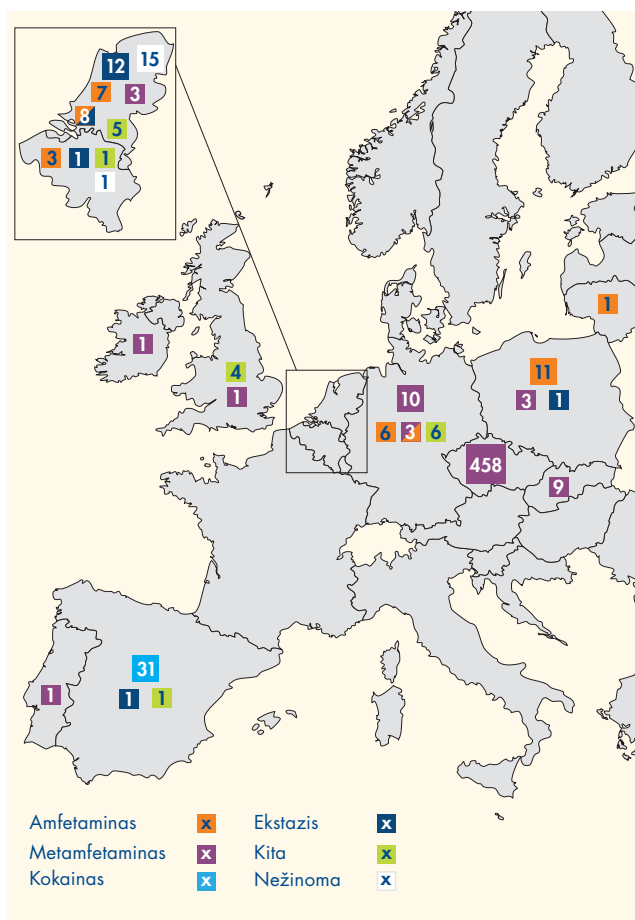
Ekstazis

Apytikriai apskaičiuota, kad 2008 m. ekstazio gamyba pasaulyje sudarė 57–136 tonas (UNODC, 2010b). Panašu, kad šio narkotiko gamyba ir toliau plinta geografiškai ir gaminama vis arčiau vartojimo rinkų Rytų ir Pietryčių Azijoje, Šiaurės Amerikoje ir Okeanijoje. Nepaisant to, Vakarų ir Vidurio Europa tebėra pagrindinė ekstazio gamybos vieta; gamyba sutelkta Nyderlanduose ir Belgijoje.

2008 m. pasaulyje konfiskuotas ekstazio kiekis sumažėjo iki labai žemo lygio (2,3 tonos) (UNODC, 2010b). Vakarų ir Vidurio Europoje nurodytas konfiskuotas kiekis 2008 m. sumažėjo nuo 1,5 tonos 2007 m. iki 0,3 tonos.

2008 m. Europoje pranešta apie daugiau kaip 19 100 konfiskavimo atvejų, per kuriuos rasta apytikriai 13,7 mln. ekstazio tablečių. Tačiau tai – preliminarus vertinimas, nes neturėta Nyderlandų ir Jungtinės Karalystės 2008 m.

5 pav. Europos Sąjungoje sunaikintos neteisėtos narkotikų laboratorijos, kaip pranešta Europolui



Pastaba. Paremta duomenimis, kuriuos Europolui pateikė vienuolika ES valstybių narių. Narkotikų rūšis pažymėta tam tikra spalva; nurodytas laboratorijų, apie kurias pranešta šalyje, skaičius. Laboratorijos, gaminusios amfetamino ir metamfetamino arba amfetamino ir ekstazio derinius, pažymėtos dvispalviais simboliais. Laboratorijos, gaminusios kitus sintetinius narkotikus ar derinius, pažymėtos užrašu „Kita“. Taip pat nurodytos laboratorijos, kurių gamintos medžiagos yra nežinomos. Laboratorijose, apie kurias pranešta, buvo gamybos, tabletavimo ir saugojimo skyrių, kurie šiame paveiksle neišskiriami. Visos kokaino laboratorijos, apie kurias pranešta, vertėsi tolesniu kokaino perdirbimu ar antriniu šio narkotiko išgavimu.

Šaltinis: Europolas.

duomenų, o 2007 m. šios dvi šalys pranešė bendrai konfiskavusios 18,4 mln. tablečių.

2003–2006 m. ekstazio konfiskavimo atvejų, apie kuriuos pranešta Europoje, skaičius nusistovėjo ir nuo to laiko šiek tiek mažėjo, o konfiskuoti kiekiai 2003–2008 m. apskritai sumažėjo ⁽⁶⁸⁾.

2008 m. Europoje daugumos ištirtų ekstazio tablečių sudėtyje buvo MDMA arba kitos į ekstazį panašios medžiagos (MDEA, MDA), kuri buvo vienintelė tabletėse esanti psichoaktyvioji medžiaga. Devyniolika šalių nurodo, kad tokios tabletės sudarė daugiau kaip 60 proc. visų tirtų

⁽⁶⁷⁾ Duomenų apie šiame skyriuje minimas narkotikų kainas Europoje galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio PPP-4 lentelėje.

⁽⁶⁸⁾ Šis tyrimas preliminarus, nes dar nėra 2008 m. Nyderlandų ir Jungtinės Karalystės duomenų.

tablečių. Septynios šalys dabar praneša apie mažesnes MDMA ar jo analogų turinčių ekstazio tablečių dalis (Ispanija, Kipras, Latvija, Liuksemburgas, Slovėnija, Jungtinė Karalystė, Kroatija). Keletas šalių praneša apie didelėje tirtų ekstazio tablečių dalyje rastą *mCPP*, narkotiką, kuris nėra kontroliuojamas pagal tarptautines narkotikų konvencijas (žr. 8 skyrių).

Tipiškas MDMA kiekis 2008 m. tirtose ekstazio tabletėse vienuolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių kito nuo 5 iki 72 mg. Be to, keletas šalių (Belgija, Bulgarija, Vokietija, Estija, Latvija, Nyderlandai, Slovakija ir Norvegija) nurodė aptikusios didelės koncentracijos ekstazio tablečių, kurių sudėtyje MDMA kiekis viršijo 130 mg. Aiškių MDMA kiekio ekstazio tabletėse tendencijų nėra.

Dabar ekstazis yra gerokai pigesnis negu 10-ąjį dešimtmetį, kai pirmą kartą buvo galima laisvai gauti šio narkotiko. Nors tam tikrose ataskaitose nurodoma, kad tabletės parduodamos už mažiau nei 2 EUR, dauguma šalių praneša, kad vidutinės mažmeninės kainos kinta nuo 4 iki 10 EUR už tabletę. Turimi 2003–2008 m. duomenys rodo, kad mažmeninė ekstazio kaina, pakoreguota dėl infliacijos, Europoje ir toliau mažėja.

Haliucinogeninės medžiagos

Vis dar manoma, kad LSD vartojimas ir neteisėta prekyba Europoje yra nedidelio masto. 2003–2008 m. LSD konfiskavimo atvejų padaugėjo, o konfiskuoti kiekiai, 2005 m. dėl Jungtinėje Karalystėje konfiskuoto rekordinio kiekio pasiekę aukščiausią lygį, kitais laikotarpio metais buvo gerokai mažesni ⁽⁶⁹⁾. Nuo 2003 m. LSD mažmeninės kainos (pakoreguotos dėl infliacijos) aštuoniose šalyse nekito arba po truputį mažėjo; apie padidėjimą pranešta Belgijoje ir Švedijoje. 2008 m. vidutinė vieneto kaina daugumoje iš trylikos duomenis teikiančių šalių kito nuo 5 iki 12 EUR.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Keletas ES valstybių narių (Čekija, Estija, Jungtinė Karalystė) praneša apie gana aukštą amfetaminų ar ekstazio vartojimo tarp visų gyventojų lygį. Keliose šalyse amfetaminą ar metamfetaminą, dažnai susišvirkšdami, vartoja didelė dalis visų probleminių narkotikų vartotojų ir asmenų, norinčių gydytis nuo narkomanijos. Priešingai šiems nuolat narkotikus vartojantiems asmenims, sintetiniu būdu pagamintų narkotikų, visų pirma ekstazio, vartojimą apskritai galima susieti su naktiniais klubais ir šokių renginiais. Ši sąsaja lemia daug aukštesnį vartojimo lygį tarp jaunimo ir labai didelį vartojimo paplitimo mastą tam tikrose aplinkose arba konkrečiose subpopuliacijose.

Bendras haliucinogeninių narkotikų, pavyzdžiui, lizergo rūgšties dietilamido (LSD) ir haliucinogeninių grybų, vartojimo lygis apskritai yra žemas ir per kelerius pastaruosius metus išliko be didesnių pokyčių.

Amfetaminai

Narkotikų vartojimo paplitimo įverčiai rodo, kad amfetaminų yra bandę maždaug 12 mln. europiečių ir maždaug 2 mln. vartojo šį narkotiką per praeitus metus (duomenų santrauką žr. 5 lentelėje).

Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) įvairiose šalyse labai skiriasi ir kinta nuo 0,1 iki 15,4 proc., o svertinis vidurkis Europoje sudaro 5,2 proc. Amfetaminų vartojimo per praeitus metus paplitimas šioje amžiaus grupėje kinta nuo 0,1 iki 3,2 proc., o dauguma šalių nurodo 0,5–2,0 proc. paplitimo mastą. Apytikriai apskaičiuota, kad amfetaminų per praeitus metus vartojo maždaug 1,5 mln. (1,2 proc.) jaunų europiečių.

Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių 26 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Kroatijoje – šalyse, kuriose 2007 m. buvo atlikta apklausa, – kito nuo 1 iki 8 proc., nors apie didesnį nei 5 proc. paplitimo mastą pranešta tik Bulgarijoje, Latvijoje (po 6 proc.) ir Austrijoje (8 proc.). Penkios šalys, kurios atliko apklausas mokyklose 2008 m. (Belgijos flamandų bendruomenė, Ispanija, Italija, Švedija, Jungtinė Karalystė), nurodė, kad mažiausiai kartą gyvenime amfetaminus vartojo 3 proc. asmenų ⁽⁷⁰⁾.

Probleminis amfetamino vartojimas

EMCDDA probleminio narkotikų vartojimo (PNV) indeksas gali būti taikomas amfetamino vartojimui, jeigu jis apibūdinamas kaip narkotiko švirkštėjimas arba ilgalaikis ir (arba) reguliarus jo vartojimas. Naujausią nacionalinį probleminių amfetamino vartotojų skaičiaus įvertį pateikė Suomija, kurioje šių vartotojų 2005 m., kaip apytikriai apskaičiuota, buvo nuo 12 000 iki 22 000, t. y. maždaug keturis kartus daugiau už apytikrą šalyje esančių probleminių opioidų vartotojų skaičių.

Daugumoje Europos šalių (18 iš 27 duomenis teikiančiųjų) narkotikų vartotojų, kurie nurodo pradedantys gydytis nuo amfetamino, kaip pagrindinio vartojamo narkotiko, vartojimo, dalis yra palyginti nedidelė (mažiau nei 5 proc.), tačiau jie sudaro didelę pradėtų gydyti pacientų dalį Švedijoje (32 proc.), Suomijoje (20 proc.) ir Latvijoje (15 proc.). Penkios kitos šalys (Belgija, Danija, Vokietija, Vengrija, Nyderlandai) nurodo, kad amfetaminą, kaip pagrindinį

⁽⁶⁹⁾ Šis tyrimas preliminarus, nes dar nėra 2008 m. Jungtinės Karalystės duomenų.

⁽⁷⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-11 lentelę.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praėjusius metus
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	12 mln.	2 mln.
Europos vidurkis	3,7 %	0,6 %
Intervalas	0,0–12,3 %	0,0–1,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Malta (0,4 %) Kipras (0,8 %)	Rumunija, Malta, Graikija (0,0 %) Prancūzija (0,1 %) Portugalija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (12,3 %) Danija (6,3 %) Švedija (5,0 %) Čekija (4,3 %)	Čekija (1,7 %) Jungtinė Karalystė, Danija (1,2 %) Norvegija, Estija (1,1 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	5,2 %	1,2 %
Intervalas	0,1–15,4 %	0,1–3,2 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Malta (0,7 %) Kipras (0,8 %)	Rumunija, Graikija (0,1 %) Prancūzija (0,2 %) Kipras (0,3 %) Portugalija (0,4 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (15,4 %) Danija (10,5 %) Čekija (7,8 %) Latvija (6,1 %)	Čekija (3,2 %) Danija (3,1 %) Estija (2,5 %) Jungtinė Karalystė (2,3 %)

Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008/2009 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su tam tikrais vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų (334 mln.) asmenys ir 15–34 metų (133 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio skylyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

vartojamą narkotiką, nurodo nuo 6 iki 10 proc. pradedančių gydytis pacientų; kitose šalyse ši dalis mažesnė nei 5 proc. Be to, amfetaminą, kaip antrinį vartojamą narkotiką, mini kiti gydomi pacientai ⁽⁷¹⁾.

Gydymą dėl amfetamino vartojimo pradedantys pacientai yra vidutiniškai maždaug 30 metų, o stacionare gydomi pacientai yra jaunesni (28 metų). Vyrų ir moterų santykis tarp gydomų amfetamino vartotojų (2:1) yra mažesnis nei bet kokių kitų neteisėtų narkotikų atveju. Čekija, Estija, Latvija, Lietuva, Švedija ir Suomija nurodo palyginti aukštą švirkštimosi tarp pacientų, kuriems amfetaminas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, lygį, kuris kinta nuo 57 iki 82 proc. ⁽⁷²⁾.

2003–2008 m. gydymą dėl amfetamino vartojimo pradedančių pacientų tendencijos daugumoje šalių iš esmės nekito ⁽⁷³⁾.

Probleminis metamfetamino vartojimas

Priešingai nei kitose pasaulio dalyse, kur metamfetamino pastaraisiais metais imta vartoti daugiau, Europoje jo vartojimo lygis atrodo ribotas. Anksčiau šio narkotiko vartojimas Europoje buvo sutelktas Čekijoje ir Slovakijoje. Apskaičiuota, kad 2008 m. Čekijoje buvo apytikriai 20 700–21 800 probleminių metamfetamino vartotojų (2,8–2,9 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų), maždaug dukart daugiau, palyginti su apytikriu probleminių opioidų vartotojų skaičiumi. Slovakijoje 2007 m. buvo apytikriai 5 800–15 700 probleminių metamfetamino vartotojų (1,5–4,0 narkomano 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų), maždaug 20 proc. mažiau, palyginti su apytikriu probleminių opioidų vartotojų skaičiumi. Pastaruoju metu metamfetamino atsirado narkotikų rinkoje kitose šalyse, ypač Europos šiaurėje (Norvegijoje, Švedijoje, Latvijoje ir kiek mažiau Suomijoje), kur jis, kaip atrodo, iš dalies pakeičia

⁽⁷¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 (ii dalį) ir TDI-22.

⁽⁷²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 (iv dalį) ir TDI-37.

⁽⁷³⁾ Dėl išsamaus tyrimo žr. 2010 m. pasirinktą temą apie probleminį amfetamino ir metamfetamino vartojimą.

Pasirinkta tema – probleminis amfetamino ir metamfetamino vartojimas, susiję padariniai ir atsakomosios priemonės

Pranešama, kad amfetaminai, visų pirma metamfetaminas, keliose pasaulio dalyse kelia didelių problemų. Europoje apie reikšmingą žalą, kurią kelia šie narkotikai, ir didelius probleminių amfetamino ir metamfetamino vartotojų skaičius praneša tik keletas šalių. Naujojoje EMCDDA pasirinktoje temoje apžvelgiami ankstesni ir naujesni pokyčiai šiose šalyse. Ataskaitoje nušviečiama daugiausia chroniško arba intensyvaus amfetamino ir metamfetamino vartojimo epidemiologija ir jo sveikatos ir socialiniai koreliatai. Ataskaitoje taip pat apibūdinamos sveikatos, socialinės ir teisinės atsakomosios priemonės, kurios buvo parengtos siekiant spręsti su šiais narkotikais susijusias problemas.

Su pasirinkta tema galima susipažinti spausdintine forma ir internete EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

amfetaminą, nes vartotojai jo nuo amfetamino praktiškai neatskiria. Europoje probleminiai metamfetamino vartotojai šį narkotiką paprastai švirkščiasi arba šniaukščia. Apie rūkymą pranešama retai, o tai vėlgi skiriasi nuo kitų pasaulio dalių.

Metamfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo didelė gydytis Čekijoje (59 proc.) ir Slovakijoje (29 proc.) pradedančių pacientų dalis. Švirkštimąsi, kaip pagrindinį narkotiko vartojimo būdą, nurodo 80 proc. gydomų metamfetamino vartotojų Čekijoje ir 36 proc. Slovakijoje⁽⁷⁴⁾. Taip pat dažnai pranešama apie kitų narkotikų vartojimą, daugiausia heroino, kanapių ir alkoholio. Abi šalys nurodo dažną metamfetamino kaip antrinio vartojamo narkotiko vartojimą, ypač tarp žmonių, kuriems taikomas gydymas pakaitalais.

Gydytis Čekijoje ir Slovakijoje pradedantys metamfetamino vartotojai yra gana jauni, vidutiniškai 25–26 metų. Čekija nurodo, kad daugėja moterų, kurios pradeda gydytis dėl metamfetamino vartojimo ir kurioms metamfetaminas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, ypač jaunesnio amžiaus grupėse. 2003–2008 m. pacientų, pirmą kartą pradėjusių gydytis dėl problemų, susijusių su metamfetaminu, daugėjo abiejose šalyse⁽⁷⁵⁾.

Ekstazis

Ekstazio vartojimas sutelktas jaunesnių suaugusiųjų grupėje, o vyrų nurodomi vartojimo lygiai yra gerokai

didesni negu moterų visose šalyse, išskyrus Švediją ir Suomiją. Beveik visi iš apytikriai 2,5 mln. (0,8 proc.) suaugusiųjų europiečių, kurie vartojo ekstazio per praeitus metus, priklauso 15–34 metų amžiaus grupei (duomenų santrauką žr. 6 lentelėje). Dar didesnis ekstazio vartojimo lygis yra 15–24 metų amžiaus grupėje, kurioje vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas kinta nuo mažiau kaip 1 proc. Graikijoje ir Rumunijoje iki 20,8 proc. Čekijoje, po kurios rikiuojasi Slovakija ir Jungtinė Karalystė (po 9,9 proc.) ir Latvija (9,4 proc.), nors dauguma šalių nurodo įverčius 2,1–6,8 proc. intervalu⁽⁷⁶⁾. Apytikriai apskaičiuota, kad ekstazio vartojimo per praeitus metus paplitimas šioje amžiaus grupėje daugumoje šalių sudaro nuo 1,0 iki 3,7 proc., nors mažiausias nurodytas nacionalinis įvertis – 0,3 proc. – gerokai skiriasi nuo didžiausio, kuris siekia 11,3 proc.

Daugumoje iš ES šalių, kuriose 2007 m. atlikta apklausa, ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių kito nuo 1 iki 5 proc. Didesnį paplitimo lygį nurodė tik keturios šalys: Bulgarija, Estija, Slovakija (visos po 6 proc.) ir Latvija (7 proc.). Penkios šalys, kurios atliko apklausas mokyklose 2008 m. (Belgijos flamandų bendruomenė, Ispanija, Italija, Švedija, Jungtinė Karalystė) nurodė 4 proc. ar mažesnį ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo lygį⁽⁷⁷⁾.

Dėl gydymo nuo problemų, susijusių su ekstaziu, kreipiasi mažai narkotikų vartotojų. 2008 m. 21 iš 27 duomenis teikiančių šalių ekstazį, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodė mažiau nei 1 proc. pradėjusių gydytis. Kitose šalyse ši dalis kito nuo 1 iki 3 proc. Vidutinis ekstazį vartojančių pacientų amžius – 24 metai, ir tai yra viena jauniausių nuo narkomanijos pradedančių gydytis amžiaus grupių. Tarp pradedančių gydytis vienai moteriai tenka 2–3 vyrai. Ekstazį vartojantys pacientai dažnai nurodo kartu vartojantys kitas medžiagas, įskaitant alkoholį, kokainą ir mažesniu mastu kanapes bei amfetaminus⁽⁷⁸⁾.

LSD ir haliucinogeniniai grybai

LSD vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) įverčiai kinta nuo nulio iki 6,1 proc., išskyrus Čekiją, kurioje per 2008 m. apklausą dėl narkotikų vartojimo nustatytas didesnis paplitimas (10,3 proc.). Nurodomi vartojimo per praeitus metus paplitimo intervalai yra gerokai mažesni⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (iii dalį ir iv dalį).

⁽⁷⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-3 lentelę.

⁽⁷⁶⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-7 lentelę (iv dalį).

⁽⁷⁷⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-11 lentelę.

⁽⁷⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 ir TDI-37 (i dalį, ii dalį ir iii dalį).

⁽⁷⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-1 lentelę.

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praeitus metus
15–64 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	11 mln.	2,5 mln.
Europos vidurkis	3,3 %	0,8 %
Intervalas	0,3–9,6 %	0,1–3,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,3 %) Graikija (0,4 %) Malta (0,7 %) Lenkija (1,2 %)	Rumunija, Švedija (0,1 %) Malta, Graikija (0,2 %) Lenkija (0,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (9,6 %) Jungtinė Karalystė (8,6 %) Airija (5,4 %) Latvija (4,7 %)	Čekija (3,7 %) Jungtinė Karalystė (1,8 %) Slovakija (1,6 %) Latvija (1,5 %)
15–34 metų asmenys		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	8 mln.	2,5 mln.
Europos vidurkis	5,8 %	1,7 %
Intervalas	0,6–18,4 %	0,2–7,7 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija, Graikija (0,6 %) Malta (1,4 %) Lenkija (2,1 %) Kipras (2,4 %)	Rumunija, Švedija (0,2 %) Graikija (0,4 %) Lenkija (0,7 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (18,4 %) Jungtinė Karalystė (13,8 %) Airija (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Čekija (7,7 %) Jungtinė Karalystė (3,9 %) Slovakija, Latvija, Nyderlandai (2,7 %)
Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008/2009 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su tam tikrais vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų (334 mln.) asmenys ir 15–34 metų (133 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamas duomenis galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio skiltyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.		

Keliose palyginamuosius duomenis teikiančiose šalyse haliucinogeniniai grybai paprastai vartojami dažniau nei LSD. Haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų įverčiai kinta nuo 0,3 iki 14,1 proc., o vartojimo per praeitus metus įverčiai kinta 0,2–5,9 proc. intervalu.

Tarp 15–16 metų moksleivių haliucinogeninių grybų vartojimo paplitimo įverčiai didesni už atitinkamus LSD ir kitų haliucinogeninių medžiagų rodiklius dešimtyje iš 26 šalių, teikiančių duomenis apie šių medžiagų vartojimą. Daugumos šalių nurodomi haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime įverčiai kinta nuo 1 iki 4 proc.; apie aukštesnį lygį praneša Slovakija (5 proc.) ir Čekija (7 proc.)⁽⁸⁰⁾.

Amfetaminų ir ekstazio vartojimo tendencijos

Naujausi duomenys patvirtina ankstesnėse ataskaitose pastebėtas amfetamino ir ekstazio vartojimo Europoje

stabilizavimosi tendencijas. Kaip matyti iš gyventojų apklausų, XX a. 10-ajame dešimtmetyje apskritai padidėjęs abiejų narkotikų populiarumas dabar bendrai stabilizuojasi, nors keliose šalyse pastaruoju metu jis padidėjo. Tačiau per bendrąsias gyventojų apklausas nustatomos nacionalinės tendencijos gali neatspindėti stimulantų vartojimo tendencijų vietos lygmeniu arba skirtingose subpopuliacijose. Naktinio gyvenimo centruose atliekamos tikslinės apklausos rodo, kad stimuliuojančių narkotikų paplitimas tebėra didelis, o jų vartojimo kartu su alkoholiu būdai tebėra labai paplitę; kai kurie tyrimai rodo, kad narkotikų vartojimo būdai tarp klubų lankytojų ima vis labiau skirtis nuo būdų, paplitusių tarp visų gyventojų (Measham ir Moore, 2009). Tačiau iš Vokietijoje neseniai atliktų stebėjimų matyti, kad narkotikų vartojimas klubuose toje šalyje mažėja.

Jungtinėje Karalystėje amfetaminų vartojimas per praeitus metus tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) sumažėjo nuo

⁽⁸⁰⁾ ESPAD duomenys apie visas šalis, išskyrus Ispaniją. Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-2 pav. (v dalį).

6,2 proc. 1998 m. iki 2,3 proc. 2008–2009 m. Danijoje jis padidėjo nuo 0,5 proc. 1994 m. iki 3,1 proc. 2000 m. ir paskesniais metais stabilizavosi ⁽⁸¹⁾. Kitose pakartotinių panašiu laikotarpiu atliktų apklausų duomenis pateikiančiose šalyse (Vokietijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje, Suomijoje) tendencijos yra daugiausia stabilios (žr. 6 pav.). Iš vienuolikos šalių, kurios pateikė pakankamai duomenų apie amfetamino vartojimo per praeitus metus paplitimą 15–34 metų amžiaus grupėje, tik dvi nurodo didesnį nei vieno procentinio punkto pokytį 2003–2008 m. laikotarpiu (Bulgarija – nuo 0,9 proc. 2005 m. iki 2,1 proc. 2008 m., ir Čekija – nuo 1,5 proc. 2004 m. iki 3,2 proc. 2008 m.).

Šalyse, nurodančiose didesnį už vidutinį ekstazio vartojimo lygį, šio narkotiko vartojimas 15–34 metų amžiaus grupėje paprastai buvo pasiekęs aukščiausią – maždaug 3–5 proc. lygį XXI a. pradžioje (Estijoje, Ispanijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje; žr. 6 pav.). Vienintelė išimtis yra Čekija, kurioje, kaip apytikriai apskaičiuota, ekstazio per praeitus metus tais metais yra vartoję 7,7 proc. 15–34 metų amžiaus grupės ir 2003–2008 m. laikotarpiu vyravo augimo tendencija. Dauguma kitų šalių praneša, kad tendencija šiuo laikotarpiu buvo stabili, išskyrus Estiją ir Vengriją, kuriose ekstazio vartojimo per praeitus metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų XXI a. pradžioje padidėjo, o vėliau mažėjo.

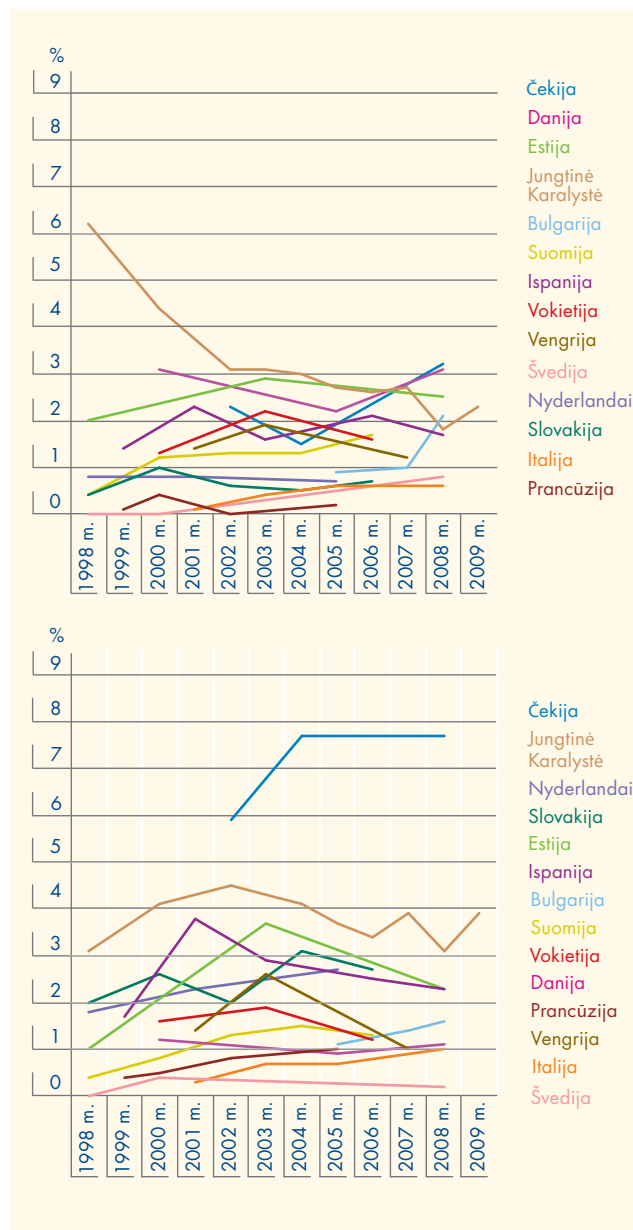
Aštuoniose šalyse (Danijoje, Prancūzijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje, Austrijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje) iš naujausių atliktų apklausų matyti, kad kokaino vartojimas per praeitus metus tarp jaunų suaugusiųjų šiuo metu yra didesnis, palyginti su amfetamino ir ekstazio vartojimu.

2007 m. (ESPAD) ir 2008 m. atliktos apklausos mokyklose rodo, kad amfetamino ir ekstazio bandymo tarp 15–16 metų moksleivių lygis nedaug kito. Sprendžiant pagal ne mažesnę nei dviejų procentinių punktų skirtumą nuo 2003 iki 2007 m., amfetamino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas padidėjo devyniose šalyse. Septyniose šalyse, taikant tokį pat matą, ekstazio vartojimas padidėjo. Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo sumažėjimas pastebėtas tik Estijoje ir Italijoje; apie ekstazio vartojimo sumažėjimą pranešė Čekija, Portugalija ir Kroatija. Likusios šalys praneša, kad vartojimo tendencija yra stabili.

Amfetaminai ir ekstazis pasilinksminimo vietose – vartojimas ir intervencinės priemonės

Naktinio gyvenimo vietose 2008 m. atliktų tyrimų duomenis apie stimulantų vartojimo paplitimą pateikė

6 pav. Amfetaminų (viršuje) ir ekstazio (apačioje) vartojimo per praeitus metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos



Pastaba. Pateikiami duomenys tik apie šalis, 1998–2009 m. atlikusias ne mažiau kaip tris apklausas. Papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-8 ir GPS-21 pav.

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

devynios šalys. Įverčiai rodo didelius skirtumus tarp įvairių šalių ir vietų; pavyzdžiui, ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime įverčiai svyruoja nuo 10 iki 85 proc., o amfetaminų vartojimo – nuo 5 iki 69 proc. Per tris iš šių tyrimų taip pat nustatyti haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime įverčiai, kurie kinta nuo 34 iki 54 proc. Šešiose šalyse (Vokietijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Rumunijoje ir Jungtinėje Karalystėje) nustatyta skirtumų tarp narkotikų vartojimo

⁽⁸¹⁾ 1994 m. Danijos informacija susijusi su „sunkiais“ narkotikais, kuriais dažniausiai buvo laikomi amfetaminai.

paplitimo ir vartojimo būdų, kuriuos nurodo klubų, kuriuose leidžiama įvairių žanrų elektroninė šokių muzika, lankytojai, ir panašu, kad ekstazio vartojimas sistemingai glaudžiau siejamas su vienais, o ne kitais muzikos žanrais. Trijose duomenis teikiančiose šalyse (Čekijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje) atrinktose pasilinksminimo vietų imtyse taip pat nustatyta, kad ekstazio vartojimas tose vietose yra labiau paplitęs negu amfetaminų. Pavyzdžiui, Amsterdame apie apklausos vakarą vartotą ekstazį pranešė 9 proc. klubų lankytojų, o Mančesteryje apie apklausos vakarą vartotą arba ketinimą vartoti ekstazį pareiškė 42 proc. klubų lankytojų. Atitinkami amfetaminų vartojimo rodikliai buvo 3,6 proc. (Amsterdame) ir 8 proc. (Mančesteryje).

Tik 13 Europos šalių pastaruoju metu pranešė, kad ėmėsi intervencinių priemonių naktinių pasilinksminimų vietose. Dažniausiai pranešama apie informavimą ir medžiagos apie žalos mažinimą platinimą, bet informavimo strategijų, kuriose buvo atsižvelgiama į tradicinius įsitikinimus jaunimo pasilinksminimo kultūroje, buvo nedaug. Apie atskirai ar kartu taikomus su aplinka susijusius metodus, kaip antai sveikos aplinkos klubuose ir saugaus transporto užtikrinimą, pardavimo ir kontrolės sistemų taikymą, poilsio zonų įrengimą, alkoholio testų ir krizinių intervencinių priemonių taikymą, praneša septynios šalys (Belgija, Danija, Vokietija, Ispanija, Liuksemburgas, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė). Ispanija ir Italija dabar taip pat praneša apie plėtojamą su naktinio gyvenimo sritimi susijusių subjektų – savivaldybių, policijos ir restoranų ar klubų savininkų – bendradarbiavimą.

Su alkoholio vartojimu naktinio gyvenimo vietose susijusi žala vis labiau pripažįstama Europoje. Su alkoholiu susijusių aplinkos strategijų nurodo taikančios šios šalys: Danija, Liuksemburgas, Švedija ir Jungtinė Karalystė, taip pat kai kurie Ispanijos rajonai. Įvairios šiose šalyse įgyvendinamos intervencinės priemonės, be kita ko, apima atsakingą alkoholio pardavimą, darbuotojų mokymą, didesnio mokesčio alkoholiniams kokteiliams taikymą, minimalaus 16 metų amžiaus ribos taikymą alkoholinių gėrimų pirkimui ir bekompromisines bausmes jauniems vairuotojams, jei jie vairuoja apsvaigę nuo alkoholio.

Alkoholio ir kitų narkotikų vartojimas naktinio gyvenimo vietose yra glaudžiai susijęs, tad alkoholio vartojimą kontroliuojančiais teisės aktais taip pat galėtų būti mažinamas ir stimuliantų vartojimas. Per neseniai atliktą Didžiosios Britanijos nusikalstamumo apžvalgą nustatyta, kad lankymosi naktiniuose klubuose dažnumas yra labai susijęs su kelių narkotikų vartojimu ⁽⁸²⁾. Devyniose Europos šalyse atliktų visų gyventojų apklausų duomenys, kurių analizę atliko EMCDDA, atskleidė, kad amfetaminų ar ekstazio vartojimo paplitimas tarp dažnai vartojančiųjų

alkoholio ar vartojančiųjų jo dideliais kiekiais yra gerokai didesnis už vidurkį (EMCDDA, 2009d). ESPAD apklausų mokyklose duomenų apie 22 šalis analizė rodo, kad 85,5 proc. 15–16 metų moksleivių, kurie buvo vartoję ekstazio per praeitą mėnesį, kartu taip pat išgerdavo penkis ar daugiau alkoholinio gėrimo vienetų (EMCDDA, 2009d). Ir, kaip praneša Nyderlandai, vartotojai gali vartoti stimuliuojančius narkotikus, kaip antai kokainą ir amfetaminus, kad po išgertuvių jie jiems padėtų išsiblaivyti.

Gydymas

Gydymą amfetaminų vartotojams paprastai teikia ambulatorinio gydymo nuo narkomanijos tarnybos, kurios šalyse, kuriose amfetaminų vartojimas ilgą laiką kelia didelių problemų, gali būti specializuotos šios rūšies narkomanijos srityje. Problemiškiausi amfetaminų vartotojai gali būti gydomi tokių tarnybų stacionaruose arba psichiatrijos klinikose arba ligoninėse. Toks gydymas visų pirma skiriamas tais atvejais, kai priklausomybė nuo amfetaminų komplikuoja tuo pat metu pasireiškiantys psichikos sutrikimai. Europoje ankstyvųjų abstinencijos simptomų slopinimui detoksikacijos pradžioje skiriami vaistai (antidepresantai, raminamieji (migdomieji) arba antipsichoziniai vaistai), o detoksikacija paprastai atliekama specializuotuose psichiatrijos stacionarų skyriuose. Čekijoje į detoksikacijos centrus siunčiami metamfetamino vartotojai atvykimo metu dažnai būna ūmios psichozės būsenos, kurią paprastai lydi agresyvumas ir savo, ir aplinkinių atžvilgiu. Tokius pacientus dažnai reikia fiziškai sutramdyti, su jais sunku bendrauti ir jie paprastai atsisako bet kokios priežiūros. Psichozės paveikti vartotojai gydomi atipiniais antipsichoziniais vaistais psichiatrijos centrų stacionare. Čekija taip pat praneša, kad dėl jauno pacientų amžiaus ir itin dažnai pasireiškiančių su šeima susijusių problemų su metamfetamino vartotojais paprastai dirbama taikant šeimos terapiją.

Keletas šalių tarp problemų, su kuriomis susiduriama siekiant užtikrinti, kad amfetaminų vartotojai tęstų gydymą, mini farmakologinio pakaitalo, kuris būtų skirtas priklausomybės nuo amfetaminų gydymui, nebuvimą. Nors Anglijoje ir Velse itin probleminių amfetaminų vartotojų gydymui, kaip pakaitalas, gali būti taikomas deksamfetaminas, nacionalinėse priklausomybės nuo narkotikų klinikinio gydymo rekomendacijose dėl nepakankamai įrodyto veiksmingumo šiam tikslui jo taikyti nepatariama (NTA, 2007).

Gydymo veiksmingumas

Nuolat vartojant metamfetaminą, gali suprastėti pažintinės funkcijos, dėl to narkotiko vartotojo gebėjimas gauti

⁽⁸²⁾ Apibrėžiama kaip dviejų ar daugiau neteisėtų narkotikų vartojimas tuo pat laikotarpiu, pavyzdžiui, per praeitus metus.

naudos iš psichologinės, pažintinės ir elgesio terapijos gali sumažėti (Rose ir Grant, 2008). Tai iš dalies gali paaiškinti, kodėl mokslininkai deda daug pastangų, kad sukurtų farmakologines intervencines priemones. Kai kuriais atvejais tiriami vaistai skirti tam, kad pacientai būtų tinkamos būklės, kad galėtų dalyvauti psichologinėje intervencinėje priemonėje.

Pastaruoju metu paskelbta keletas vaistų, skirtų vartoti gydant priklausomybę nuo amfetaminų, klinikinių tyrimų arba jie tebevykdomi. Šeši iš devynių paskelbtų tyrimų atlikti Jungtinėse Amerikos Valstijose, du – Švedijoje ir vienas – Australijoje. Be kita ko, tirtos šios medžiagos: metilfenidatas ir bupropionas (dopamino reabsorbcijos inhibitoriai), skirti nuo metamfetaminų priklausomų pacientų abstinencijai skatinti, aripiprazolas (antipsichozinis preparatas), ondansetronas (nerimą slopinantis preparatas), amineptinas (psichotropinis vaistas), mirtazapinas (antihistamininis vaistas), modafinilas (neuroprotekcinis preparatas) ir naltreksonas (opioidinių receptorių antagonistas). Atliekant visus šiuos tyrimus tik gydymas naltreksonu įvardytas kaip labai sėkmingas, vertinant pagal vartojimo masto mažėjimą (nustatyta pagal šlapimo mėginius arba nurodyta paciento) ir nuolatinės abstinencijos lygį. Jungtinėse Amerikos Valstijose taip pat atliekami tyrimai, kurių metu stebima, ar citikolinas, kuris gali pagerinti nuo metamfetamino priklausomų pacientų psichinę funkciją, didina gydymo kitais vaistais veiksmingumą.

Galiausiai per vieną kontroliuojamąjį tyrimą nustatyta, kad narkotikų teismo prižiūrimo ambulatorinio gydymo rezultatai buvo geresni negu neprižiūrimo. Per vieną klinikinį tyrimą nustatyta, kad gydymą papildžius nenumatytų aplinkybių valdymu jo rezultatai buvo geresni, palyginti su vien einamuoju gydymu. Be to, neseniai

parengtoje disertacijoje pristatyta galima antinarkotinių monokloninių antikūnų turinti vakcina, skirta perdozavimo ir atkryčio prevencijai.

Faktiniais duomenimis pagrįstos intervencinės priemonės

Vartojant narkotikus ir alkoholį pasilinksminimo vietose, dėl smurto, atsitiktinių ir nesaugių lytinių santykių, eismo nelaimių, nepilnamečių alkoholio vartojimo ir viešosios tvarkos pažeidimų gali kilti įvairių sveikatos ir socialinių problemų. Per neseniai atliktą šioje aplinkoje įgyvendinamų intervencinių priemonių veiksmingumo apžvalgą nustatyta, kad plačiausiai taikomos priemonės nėra pagrįstos faktiniais duomenimis (Calafat *et al.*, 2009). Tai, be kita ko, yra informacijos teikimas siekiant mažinti žalą, nuosaikaus vartojimo skatinimas, atsakingas alkoholio teikimas, įėjimą į pasilinksmino vietą prižiūrinčių darbuotojų mokymas ir „budinčio vairuotojo“ programos. Kai kuriais atvejais veiksmingumo stoka galėtų būti susijusi su prastu įgyvendinimu.

Gauta duomenų, kad lankytojų ir darbuotojų mokymo derinimas, privalomas valdžios institucijų ir pramogų pramonės bendradarbiavimas bei teisės saugos priemonės (licencijų išdavimas, amžiaus tikrinimas) yra geriausia strategija siekiant mažinti sužalojimų, probleminių alkoholio vartojimo būdų ir galimybių jaunuoliams įsigyti alkoholio. Deja, tokių priemonių poveikis neteisėtų narkotikų vartotojams buvo įvertintas tik retais atvejais.

Tarp kitų socialiniu lygmeniu taikomų priemonių, kurios yra veiksmingos siekiant mažinti alkoholio vartojimą naktinio gyvenimo vietose, galima paminėti alkoholio apmokestinimą, pardavimo valandų ribojimą, pardavimo vietų koncentracijos atskiroje teritorijoje ribojimą, alkoholio kiekio vairuotojų kraujyje tikrinimo postų įrengimą, mažesnių alkoholio koncentracijos kraujyje ribų taikymą, minimalaus teisėto alkoholio pirkimo amžiaus nustatymą ir licencijų galiojimo sustabdymą.



5 skyrius

Kokainas ir krekas

Išvadas

Kokaino vartojimas ir šio narkotiko konfiskavimo atvejų skaičius per pastarąjį dešimtmetį padidėjo ir dabar kokainas yra antras labiausiai vartojamas neteisėtas narkotikas Europoje, nusileidžiantis tik kanapėms. Vartojimo lygiai atskirose šalyse gerokai skiriasi ir kokaino vartojimas sutelktas Vakarų ir Pietų Europos šalyse. Kokaino vartotojai taip pat pasižymi didele įvairove – ir vartojimo būdų, ir sociodemografinių charakteristikų atžvilgiu. Yra kokaino vartotojų, kurie vartoja narkotiką tik retkarčiais, socialiai integruotų reguliarių vartotojų ir labiau visuomenės paribyje esančių ir dažnai nuo šio narkotiko priklausomų vartotojų, įskaitant vartojančiuosius opioidus ir anksčiau jų vartojusiuosius. Dėl šios įvairovės sunkiau įvertinti šio narkotiko vartojimo paplitimą, jo padarinius sveikatai ir socialines pasekmes bei būtinas atsakomąsias priemones.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta prekyba

Didžioji kokamedžių, iš kurių išgaunamas kokainas, dalis tebėra auginama trijose Andų regiono šalyse. 2009 m.,

apytikriais UNODC skaičiavimais (2010b), bendras kokamedžių auginimo plotas sudarė 158 000 hektarų, vadinasi, grynojo kokaino galėjo būti pagaminta nuo 842 iki 1 111 tonų, palyginti su apytikriai 865 tonomis 2008 m. (UNODC, 2010b). Apytikriai apskaičiuota, kad 2009 m. auginimo plotas sumažėjo nuo 167 600 hektarų 2008 metais iki 158 000 hektarų; 5 proc. smukimas didžiąja dalimi siejamas su kokamedžių auginimo ploto sumažėjimu Kolumbijoje, kurio neatsvėrė auginimo plotų padidėjimas Peru ir Bolivijoje.

Kokamedžių lapų perdirbimas gaminant kokaino hidrochloridą daugiausia sutelktas Kolumbijoje, Peru ir Bolivijoje, nors gamyba taip pat gali būti plėtojama ir kitose šalyse. Kolumbijos svarbą kokaino gamybai patvirtina informacija apie sunaikintų laboratorijų ir kalio permanganato – kokaino hidrochlorido gamyboje naudojamo cheminio reagento – konfiskavimo atvejų skaičių. 2008 m. Kolumbijoje sunaikinta 3 200 kokaino laboratorijų (INCB, 2010b) ir konfiskuota iš viso 42 tonos kalio permanganato (90 proc. pasaulyje konfiskuoto kiekio) (INCB, 2010a).

Turima informacija rodo, kad kokainas tebėra kontrabanda vežamas į Europą įvairiais oro ir jūros

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

	Kokainas	Krekas ⁽¹⁾
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	842–1 111	n/d
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	711 ⁽²⁾	n/d
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	67 (67)	0.06 (0.06)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽³⁾	37–107 (50–70)	45–82
Vidutinio grynumo intervalas (%)	13–62	20–89

⁽¹⁾ Informaciją teikia nedaug šalių, todėl duomenis reikėtų vertinti atsargiai.

⁽²⁾ UNODC vertinimais, šis skaičius lygus 412 tonų gryno kokaino.

⁽³⁾ Nurodytų vidutinių kainų vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba: Visi duomenys 2008 m., išskyrus pasaulinės gamybos įvertį (2009 m.); n/d – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC (2010b) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

keliais. Prieš pasiekdamos Europą, kokaino siuntos vežamos per įvairias šalis, įskaitant Argentinoją, Braziliją, Ekvadorą, Venesuelą ir Meksiką. Pervėžti narkotiką į Europą taip pat dažnai naudojamos Karibų salos. Per pastaruosius keletą metų nustatyti alternatyvūs keliai – per Vakarų Afriką (EMCDDA ir Europolas, 2010). Nors pranešama, kad 2008 m. per Vakarų Afriką vežamo kokaino konfiskavimo apimtys „gerokai sumažėjo“ (UNODC, 2009), tikėtina, kad dideli šio narkotiko kiekiai tebekeliauja per šį regioną (EMCDDA ir Europolas, 2010).

Panašu, kad kontrabanda į Europą vežamas kokainas įvežamas per Iberijos pusiasalį, ypač Ispaniją, ir Beniliukso šalis, visų pirma Nyderlandus. Kaip svarbios tranzito ar paskirties šalys Europoje dažnai minimos Prancūzija, Italija ir Jungtinė Karalystė. Naujausiose ataskaitose taip pat nurodoma, kad kokaino vežimas kontrabanda gali plėstis į rytus (EMCDDA ir Europolas, 2010; INCB, 2010b). Iš bendro dešimties Vidurio ir Rytų Europos šalių rodiklio matyti, kad kokaino konfiskavimo atvejų skaičius padidėjo nuo 469 atvejų 2003 m. iki 1 212 atvejų 2008 m., bet jie tebesudaro tik maždaug 1 proc. viso Europos skaičiaus.

Konfiskavimas

Kokainas yra antras po džiovintų kanapių ir kanapių dervos narkotikas, kuriuo pasaulyje neteisėtai prekiaujama dažniausiai. 2008 m. pasaulyje konfiskuotas kokaino kiekis iš esmės nepakito ir sudarė maždaug 711 tonų (žr. 7 lentelę) (UNODC, 2010b). Didžiausias kiekis, kaip ir anksčiau, konfiskuotas Pietų Amerikoje – 60 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio (CND, 2009), antroje vietoje buvo Šiaurės Amerika (28 proc.), trečioje – Vakarų ir Vidurio Europa (11 proc.) (UNODC, 2009).

Europoje per pastaruosius 20 metų kokaino konfiskavimo atvejų vis daugėjo, ypač smarkiai – nuo 2004 m. 2008 m. kokaino konfiskavimo atvejų padaugėjo iki 96 000, nors bendras sulaikytas kiekis sumažėjo nuo 121 tonos 2006 m. ir 76 tonų 2007 m. iki 67 tonų. Bendro konfiskuoto kokaino kiekio smukimą daugiausia lėmė nuo 2006 m. Ispanijoje ir Portugalijoje aptiktų kiekių sumažėjimas⁽⁸³⁾. Tai galėjo lemti kontrabandos maršrutų ar praktikos arba teisėsaugos prioritetų pokyčiai. 2008 m. apie didžiausią konfiskuoto kokaino kiekį ir didžiausią šio narkotiko konfiskavimo atvejų skaičių (maždaug pusę visų atvejų) Europoje, kaip ir ankstesniais metais, pranešė Ispanija. Šis tyrimas yra preliminarus, nes dar neturima 2008 m. duomenų apie Nyderlandus, kurie pranešė apie antrą didžiausią kokaino kiekį iš sulaikytųjų 2007 m.

Kokaino „antrinio išgavimo“ laboratorijos Europoje

Narkotikų prekiautojų kokaino apdorojimui Europoje įrengtos slaptos laboratorijos atlieka kitokią funkciją nei kokaino laboratorijos Pietų Amerikoje, kur iš kokaino lapų ar kokamedžio pastos išgaunama kokaino bazė arba hidrochloridas. Panašu, kad dauguma laboratorijų, kurias suseka Europos teisėsaugos agentūros, išgauna kokainą iš medžiagų, į kurias jo buvo įmaišyta arba ant kurių jis buvo perkeltas prieš eksportą.

Kokaino hidrochlorido ir rečiau kokaino bazės buvo aptikta įvairiausiose ir ypač skirtingose „pernešimo“ medžiagose, kaip antai bičių vaške, trąšose, drabužiuose, vaistažolėse ir skysčiuose. Gali būti taikomi įvairaus sudėtingumo įmaišymo ar perkėlimo procesai – tai gali būti paprasčiausias drabužių pamerkimas į kokaino ir vandens tirpalą arba narkotiko įtraukimas į plastiko sudėtį. Pastaruoju atveju kokainui išgauti reikia taikyti atvirkštinį cheminį procesą. Po išgavimo medžiaga gali būti atskiesta įvairiais skiedikliais ir presuota formuojant kokaino briketus, kuriuose įspaudžiami ženklai, kuriais gamybos šalyje žymimas didelio grynumo kokainas.

Europolas gavo pranešimų apie maždaug 30 įvairaus dydžio kokaino „antrinio išgavimo“ laboratorijų 2008 m., visos jos aptiktos Ispanijoje. Nyderlanduose, Rozendalyje, Brabanto provincijoje, konfiskuota vidutinio dydžio laboratorija, kurioje kokainas buvo išgaunamas iš kakavos miltelių ir alkoholinių gėrimų. Metais anksčiau Nyderlandų institucijos jau sunaikino dvi „antrinio išgavimo“ laboratorijas toje pat provincijoje ir konfiskavo aštuonias tonas plastiko (polipropileno), kuriame buvo kokaino. Pagal laboratorijose rastus dokumentus nustatyta, kad per tuos metus iš Kolumbijos importuota daugiau kaip 50 tonų plastiko.

Grynumas ir kaina

2008 m. vidutinis tirtų kokaino mėginių grynumas daugumoje šių duomenis teikiančių šalių kito nuo 25 iki 55 proc.; apie mažesnes vertes pranešta Danijoje (tik mažmeninėje prekyboje, 23 proc.) ir kai kuriose Jungtinės Karalystės dalyse (Škotijoje, 13 proc.), o apie didesnes – Belgijoje (59 proc.), Prancūzijoje (60 proc.) ir Rumunijoje (62 proc.)⁽⁸⁴⁾. Pakankamai duomenų kokaino grynumo tendencijoms 2003–2008 m. laikotarpiu išnagrinėti pateikė dvidešimt viena šalis, iš jų septyniolika pranešė apie grynumo sumažėjimą, trys nurodė, kad padėtis nepakito (Vokietija, Graikija, Prancūzija), o Portugalijoje stebėtas grynumo padidėjimas.

2008 m. vidutinė mažmeninė kokaino gramo kaina pusėje iš 18 šių duomenis teikiančių šalių kito nuo 50 iki 70 EUR. Apie mažesnes kainas pranešta Lenkijoje ir Portugalijoje, o apie didesnes – Čekijoje, Italijoje, Latvijoje

⁽⁸³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles SZR-9 ir SZR-10.

⁽⁸⁴⁾ Dėl grynumo ir kainų duomenų žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles PPP-3 ir PPP-7.

ir Švedijoje. Visos, išskyrus vieną, šalys, kurios pateikė pakankamai duomenų, kad juos būtų įmanoma palyginti, nurodė, kad 2003–2008 m. mažmeninės kokaino kainos sumažėjo. Apie padidėjimą šiuo laikotarpiu pranešė tik Lenkija, nors 2008 m. kainos šioje šalyje sumažėjo.

Vartojimo būdai ir paplitimas

Kokaino vartojimas tarp visų gyventojų

Apskritai kokainas tebėra antras po kanapių neteisėtas narkotikas, kuris Europoje vartojamas dažniausiai, nors vartojimo lygis įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Apytikriai apskaičiuota, kad šį narkotiką mažiausiai kartą gyvenime bandė maždaug 14 mln. europiečių, vidutiniškai 4,1 proc. suaugusiųjų nuo 15 iki 64 metų (duomenų santrauką žr. 8 lentelėje). Vartotojų skaičius šalyse kinta nuo 0,1 iki 9,4 proc., o dvylika iš 24 šalių, įskaitant daugumą Vidurio ir Rytų Europos šalių, nurodo žemą šio narkotiko vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo lygį (0,5–2 proc.).

Apytikriai apskaičiuota, kad per praeitus metus šį narkotiką vartojo maždaug 4 mln. europiečių (vidutiniškai 1,3 proc.), nors vėlgi vartojimas įvairiose šalyse labai skiriasi. Kaip rodo naujausios nacionalinės apklausos, vartojimo per praeitus metus paplitimo įverčiai kinta nuo nulio iki 3,1 proc. Kokaino vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo Europoje įvertis – maždaug 0,5 proc. suaugusių gyventojų arba apytiksliai 2 mln. asmenų.

Keleto šalių nurodomi kokaino vartojimo lygiai viršija Europos vidurkį (Danijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje). Minėtose šalyse, išskyrus vieną, kokainas yra dažniausiai vartojamas neteisėtas stimuliuojantis narkotikas. Vienintelė išimtis yra Danija, kuri praneša apie panašų kokaino ir amfetaminų vartojimo paplitimą.

Kokaino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Apytikriai apskaičiuota, kad Europoje mažiausiai kartą gyvenime kokaino bandė maždaug 8 mln. jaunų

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

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per praeitus metus	Per praeitą mėnesį
15–64 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	14 mln.	4 mln.	2 mln.
Europos vidurkis	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Intervalas	0,1–9,4 %	0,0–3,1 %	0,0–1,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Malta (0,4 %) Lietuva (0,5 %) Graikija (0,7 %)	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Vengrija, Lenkija, Lietuva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumunija, Graikija (0,0 %) Malta, Švedija, Lenkija, Lietuva, Estija, Suomija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (9,4 %) Ispanija (8,3 %) Italija (7,0 %) Airija (5,3 %)	Ispanija (3,1 %) Jungtinė Karalystė (3,0 %) Italija (2,1 %) Airija (1,7 %)	Jungtinė Karalystė (1,5 %) Ispanija (1,1 %) Italija (0,7 %), Austrija (0,6 %)
15–34 metų asmenys			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	8 mln.	3 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Intervalas	0,1–14,9 %	0,1–6,2 %	0,0–2,9 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Lietuva (0,7 %) Malta (0,9 %) Graikija (1,0 %)	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Lenkija, Lietuva (0,3 %) Vengrija (0,4 %)	Rumunija (0,0 %) Graikija, Lenkija, Lietuva (0,1 %) Vengrija, Estija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (14,9 %) Ispanija (11,8 %) Danija (9,5 %) Airija (8,2 %)	Jungtinė Karalystė (6,2 %) Ispanija (5,5 %) Danija (3,4 %) Airija (3,1 %)	Jungtinė Karalystė (2,9 %) Ispanija (1,9 %) Italija (1,1 %) Airija (1,0 %)

Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis paskutinių nacionalinių apklausų, atliktų 2001–2008/2009 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Šalims, apie kurias duomenų neturima, priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi duomenimis apie šias populiacijas: 15–64 metų (334 mln.) asmenys ir 15–34 metų (133 mln.) asmenys. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio skiltyje „Bendrosios populiacijos tyrimai“.

suaugusiųjų (15–34 metų), t. y. vidutiniškai 5,9 proc. Įvairiose šalyse šis skaičius kinta nuo 0,1 iki 14,9 proc. Kokaino vartojimo per praeitus metus vidurkis šioje amžiaus grupėje Europoje, kaip apytikriai apskaičiuota, sudaro 2,3 proc. (maždaug 3 mln.), o vartojimo per praeitą mėnesį vidurkis – 0,9 proc. (1,5 mln.).

Kokainą itin dažnai vartoja jauni (15–34 metų) vyrai. Danijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje kokaino vartojimo per praeitus metus paplitimas, kaip pranešama, kinta nuo 4 iki 8,4 proc. ⁽⁸⁵⁾. Dvylikoje iš šių duomenis teikiančių šalių vyrų ir moterų santykis tarp jaunų suaugusiųjų, vartojusių kokaino per praeitus metus, yra mažiausiai 2:1 ⁽⁸⁶⁾.

Gyventojų ir tikslinės apklausos parodė, kad kokaino vartojimas siejamas su tam tikru gyvenimo būdu ir aplinka. Pavyzdžiui, išnagrinėjus 2008–2009 m. Didžiosios Britanijos nusikalstamumo apžvalgos duomenis, nustatyta, kad tarp 16–24 metų asmenų, kurie per praėjusį mėnesį apsilankė naktiniame klube keturis ar daugiau kartų, vartoję kokaino per praeitus metus nurodė 14,2 proc., o tarp tų, kurie naktiniame klube nesilankė, šis rodiklis buvo 4,0 proc. (Hoare, 2009). Per elektroninės šokių muzikos ar muzikos vietose Čekijoje, Nyderlanduose, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje neseniai atliktas tikslinės apklausas nustatytas labai didelis kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas, svyravęs nuo 17,6 iki 86 proc. Kokaino vartojimą taip pat galima tiesiogiai susieti su šiomis vietomis: per 2008 m. Amsterdame atliktą klubų lankytojų apklausą 4,6 proc. iš 646 respondentų nurodė vartoję kokaino apklausos vakarą, o per Jungtinėje Karalystėje klubuose atliktą 323 lankytojų apklausą nustatyta, kad 22 proc. vartojo kokaino vakaro metu arba ketino tai padaryti.

Bendrųjų gyventojų apklausų duomenys taip pat rodo, kad besaikio atsistatymo alkoholio vartojimo paplitimas ⁽⁸⁷⁾ tarp kokaino vartotojų yra gerokai didesnis negu tarp visų gyventojų (EMCDDA 2009d). Nyderlandai taip pat nurodo, kad vartotojai gali vartoti kokainą, kad, papiktnaudžiaavę alkoholiu, išsiblaivytų.

Kokaino vartojimas tarp moksleivių

Kokaino vartojimo paplitimo tarp moksleivių įvertiai yra gerokai mažesni, palyginti su kanapių vartojimu. Kaip nustatyta per 2007 m. ESPAD apklausą, kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių pusėje iš 28 šių duomenis pateikusių šalių kito nuo 1 iki 2 proc. Dauguma likusių šalių nurodė 3–4 proc. paplitimo lygį, o Prancūzija ir Jungtinė Karalystė –

atitinkamai 5 proc. ir 6 proc. Jeigu turima duomenų apie vyresnio amžiaus moksleivius (17–18 metų), kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas paprastai yra didesnis – iki 8 proc. Ispanijoje ⁽⁸⁸⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Apskritai apytikris kokaino vartojimo per praeitus metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų Europos Sąjungoje (2,3 proc.) yra mažesnis nei tarp jų „kolegų“ Australijoje (3,4 proc. tarp 14–39 metų asmenų), Kanadoje (4,0 proc.) ir Jungtinėse Amerikos Valstijose (4,5 proc. tarp 16–34 metų asmenų). Tačiau Danija nurodo tokį pat rodiklį kaip Australija, o Ispanija ir Jungtinė Karalystė nurodo didesnius nei Kanados ir Jungtinių Amerikos Valstijų rodiklius (žr. 7 pav.).

Kokaino vartojimo tendencijos

Kokaino vartojimo tendencijos Europoje plėtojosi nevienodai. Dviejose šalyse, kuriose kokaino vartojimo paplitimas didžiausias (Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje), šio narkotiko vartojimas 10-ojo dešimtmečio pabaigoje stipriai padidėjo, o vėliau vartojimas tapo stabilesnis, nors apskritai tebedidėja. Trijose kitose šalyse (Danijoje, Airijoje ir Italijoje) paplitimo augimas buvo ne toks ryškus ir pasireiškė kiek vėliau. Vis dėlto vartojimo lygiai šiose šalyse yra dideli, vertinant pagal Europos standartus. Kitose šalyse, kuriose 1998–2008/2009 m. laikotarpiu buvo atliktos pakartotinės apklausos, praeitais metais kokaino paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) buvo kiek stabilesnis ir per visą šį laikotarpį neviršijo 2 proc. (žr. 8 pav.).

Žvelgiant į naujesnes tendencijas, tarp 15 šalių, kurios 2003–2008 m. laikotarpiu pakartotinai atliko apklausas, vartojimas per praeitus metus tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) padidėjo mažiausiai dukart, bet tebebuvo mažesnis nei 2 proc. trijose šalyse (Bulgarijoje, Čekijoje ir Latvijoje). Dviejose šalyse (Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje) jis padidėjo maždaug 50 proc., o aštuoniose šalyse (Vokietijoje, Estijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Austrijoje, Lenkijoje, Slovakijoje ir Suomijoje) nepakito arba sumažėjo.

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

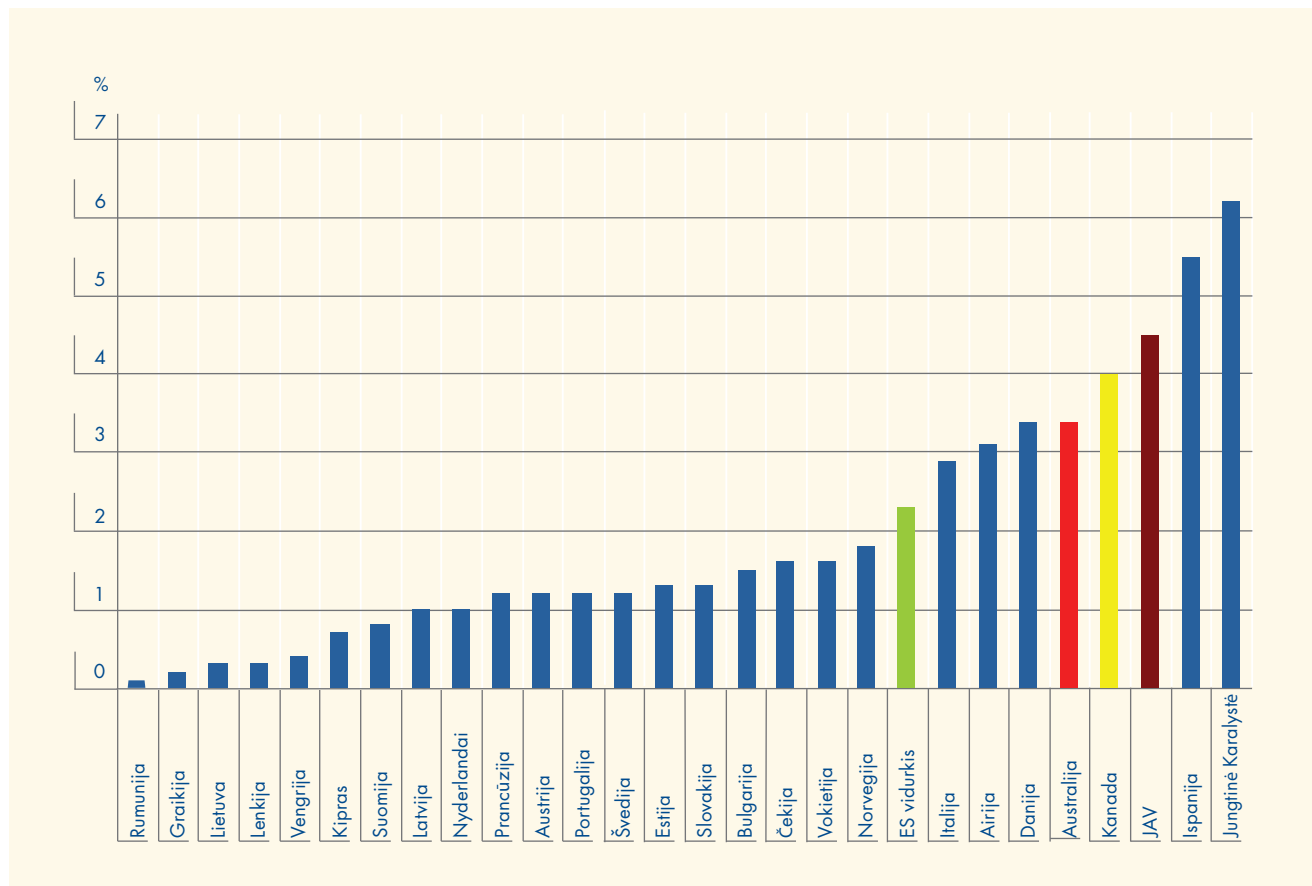
⁽⁸⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-13 pav.

⁽⁸⁶⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-5 lentelę (iii dalį ir iv dalį).

⁽⁸⁷⁾ Apibrėžiama kaip šešių ar daugiau alkoholinio gėrimo vienetų vartojimas ta pačia proga mažiausiai kartą per savaitę per paskutinius 12 mėnesių.

⁽⁸⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio EYE-3–EYE-10 lenteles.

7 pav. Kokaino vartojimo per praėjusius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) Europoje, Australijoje, Kanadoje ir JAV



Pastaba. Duomenys paimti iš paskutinės turimos kiekvienos šalies atliktos apklausos. Vidutinis paplitimo Europoje dydis apskaičiuotas kaip nacionalinių paplitimo dydžių vidurkis atsižvelgiant į 15–34 metų amžiaus gyventojų skaičių kiekvienoje šalyje (2006 m., paimta iš Eurostato). JAV ir Australijos duomenys perskaičiuoti atitinkamai 16–34 ir 14–39 metų amžiaus grupėms remiantis pirminiais apklausų rezultatais. Papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-20 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

SAMHSA (JAV), Taikomųjų studijų biuras. 2008 m. nacionalinė apklausa apie narkotikų vartojimą ir sveikatą.

Kanada: Kanados alkoholio ir narkotikų vartojimo stebėsenos apklausa.

Australijos sveikatos ir gerovės institutas, 2008. 2007 m. nacionalinė namų ūkių apklausa dėl narkotikų strategijos: išsamūs rezultatai. Narkotikų statistikos serija Nr. 22. Katalogo Nr. PHE 107. Kanbera: AIHW.

procentiniais punktais. Penkiose šalyse, kurios 2008 m. atliko apklausas mokyklose, didesnių nei 1 proc. pokyčių nenustatyta.

Kokaino vartojimo būdai

Kai kuriose Europos šalyse daug žmonių bandydami pavartoja kokaino tik kartą ar du (Van der Poel *et al.*, 2009). Tarp vartojančiųjų kokainą reguliariau ar intensyviau galima išskirti dvi dideles grupes. Pirmąją grupę sudaro „socialiai integruoti“ vartotojai, kurie yra linkę vartoti kokainą savaitgaliais, per vakarėlius ar kitomis ypatingomis progomis, kartais dideliais kiekiais („maratonu“) ar dažnai. Daug socialiai integruotų vartotojų nurodo kontroliuojantys savo kokaino vartojimą nustatydami taisykles, pavyzdžiui, dėl kiekio, dažnumo ar vartojimo aplinkybių (Decorte, 2000). Kai kurie iš šių vartotojų gali turėti su kokaino vartojimu susijusių sveikatos

sutrikimų arba gali imti vartoti narkotiką kompulsyviai, o tai reikia gydyti. Tačiau tyrimai rodo, kad didelė dalis su kokainu susijusių problemų turinčių asmenų gali pasveikti be specialaus gydymo (Cunningham, 2000).

Antrąjai grupei priklauso labiau „visuomenės paribyje esantys“ ar „socialiai atskirti“ vartotojai, įskaitant vartojančiuosius opioidus ar anksčiau jų vartojusiuosius, kurie gali vartoti kreką ar švirkštis kokainą. Šiai grupei taip pat priklauso kokaino ir krekos vartotojai, kurie vartoja narkotiką intensyviai ir priklauso socialiai nuskriaustoms grupėms, kaip antai sekso darbuotojų ar migrantų (Prinzleve *et al.*, 2004).

Kokaino vartojimo padariniai sveikatai

Kokaino vartojimo padariniai sveikatai gali būti nepakankamai įvertinti. Tai iš dalies lemia dažnai

nenustatytas ar lėtinis patologijų, kurios paprastai atsiranda ilgai vartojant kokainą, pobūdis, ir taip pat sunkumai nustatant priežastinį ryšį tarp ligos ir narkotiko vartojimo⁽⁸⁹⁾. Reguliarus kokaino vartojimas, įskaitant šniaukštimą, gali būti susietas su širdies ir kraujagyslių ligomis, neurologiniais ir psichiniais sutrikimais, taip pat su nelaimių ir infekcinių ligų perdavimo nesaugių lytinių santykių metu rizika (Brugal *et al.*, 2009). Jungtinės Amerikos Valstijose atliktas tyrimas taip pat parodė, kad priklausomybę per pirmuosius vartojimo metus gali įgyti maždaug 5 proc. kokaino vartotojų, nors ilgainiui priklausomybė išsivystė ne daugiau nei maždaug 20 proc. vartotojų (Wagner and Anthony, 2002).

Iš atliktų tyrimų šalyse, kuriose kokaino vartojimo paplitimo lygis yra didelis, matyti, kad su kokaino vartojimu galėtų būti susijusi didelė jaunų žmonių širdies susirgimų dalis (Qureshi *et al.*, 2001). Taip pat atrodo, kad šiose šalyse kokaino vartojimas susijęs su dažniais atvejais, kai dėl narkotikų vartojimo prireikia skubios pagalbos ligoninėje, pavyzdžiui, 32 proc. Nyderlanduose ir su dauguma tokių atvejų Ispanijoje ir Jungtinės Amerikos Valstijose. Per Ispanijoje neseniai atliktą tyrimą tarp 720 18–20 metų reguliarių kokaino vartotojų, kurie nebuvo reguliarius heroino vartotojai, nustatyta, kad 27 proc. per praėjusius metus buvo patyrę ūmių intoksikacijų kokainu. Iš jų 35 proc. pasireiškė psichozės simptomai (haliucinacijos ar klaidėjimas), o daugiau kaip 50 proc. jautė skausmą krūtinėje (Santos *et al.*, spaudoje).

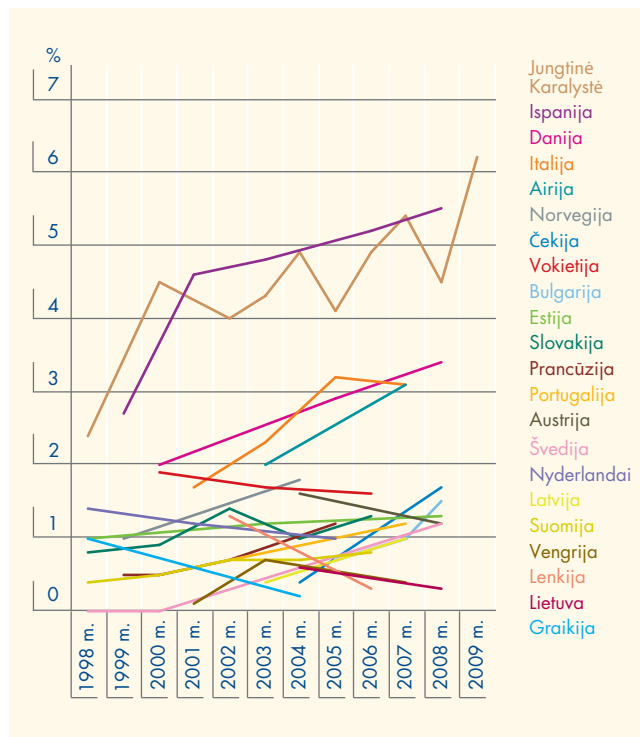
Su didžiausiu pavojumi sveikatai, įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas bei psichikos sutrikimus, siejamas kokaino švirkštimasis ir krekas vartojimas. Šį pavojų paprastai dar labiau padidina socialinė marginalizacija ir papildomos problemos, pavyzdžiui, su švirkštimusi susijusi rizika, įskaitant infekcinių ligų perdavimą ir perdozavimą (EMCDDA, 2007c).

Apskritai yra požymių, kad su kokaino vartojimu susijęs poveikis sveikatai Europoje yra didelis ir galbūt didėja, bet tai dar nėra visiškai nustatyta ir pripažinta. Pastaruoju metu taip pat išreikštas rūpestis dėl sąsajos tarp kokaino vartojimo ir naktimis vykdomų smurtinių nusikaltimų (Measham ir Moore, 2009).

Probleminis kokaino vartojimas ir gydymo poreikis

Kokaino vartotojus, kurie vartoja šį narkotiką reguliariai, ilgą laiką, ir tuos, kurie jį švirkščiasi, EMCDDA apibrėžia kaip probleminius kokaino vartotojus. Šios populiacijos dydžio įverčiai apytikriai parodo, kiek žmonių gali reikėti gydymo. Tačiau į šiuos įverčius įtraukiama per mažai

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



Pastaba. Papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio GPS-14 pav. (i dalį).

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

socialiai integruotų probleminių kokaino vartotojų, nors jiems taip pat gali reikėti gydymo. Probleminių kokaino vartotojų įverčių atskirose šalyse turima tik apie Italiją, o vartojimo regionuose ir krekas vartojimo įverčių – apie Jungtinę Karalystę (Angliją). 2008 m. Italijoje, apytikriais skaičiavimais, buvo maždaug 172 000 probleminių kokaino vartotojų (4,2–4,6 vartotojo 1 000 asmenų nuo 15 iki 64 metų)⁽⁹⁰⁾. Probleminio kokaino vartojimo tendencijų duomenys ir kiti duomenų šaltiniai rodo, kad kokaino vartojimas Italijoje laipsniškai didėja.

Tarp socialiai integruotų kokaino vartotojų krekas vartojamas labai retai, o daugiausia jis vartojamas visuomenės paribyje esančiose ir nepalankioje padėtyje esančiose grupėse, pavyzdžiui, sekso darbuotojų, probleminių opioidų vartotojų ir kartais specifinėse etninėse mažumose (pavyzdžiui, Prancūzijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje). Jis daugiausia vartojamas tam tikruose Europos miestuose (Prinzleve *et al.*, 2004; Connolly *et al.*, 2008). Europoje apie didžiąją dalį krekas vartotojų, kurie kreipiasi dėl gydymo, ir apie didžiąją dalį šio narkotiko konfiskavimo atvejų praneša Jungtinė Karalystė. Krekas vartojimas taip pat laikoma svarbia Londono narkotikų problemos dalimi. Probleminio krekas vartojimo Anglijoje 2006–2007 m.

⁽⁸⁹⁾ Žr. įtrauką „Mirties dėl kokaino atvejai“ 7 skyriuje.

⁽⁹⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-102 lentelę (i dalį).

įverčiai kinta nuo 1,4 iki 17 atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų, o šalies vidurkis yra 5,2–5,6 atvejo 1 000 gyventojų ⁽⁹¹⁾. Apytikriai apskaičiuota, kad daugiau kaip du trečdaliai probleminių krekto vartotojų taip pat yra probleminiai opioidų vartotojai.

Šalyse, kuriose vartojimo paplitimo lygis yra didžiausias, kokaino miltelius ar kreką dažnai vartoja opioidų vartotojai, kuriems taikomas gydymas pakaitalais (daugiausia Ispanijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje). Tarp pacientų, kuriems taikomas gydymas pakaitalais, taip pat nustatoma kokaino ir alkoholio vartojimo sąsaja.

Gydymo poreikis

2008 m. kokainą, dažniausiai kokaino miltelius, kaip pagrindinę priežastį pradėti gydytis, nurodė maždaug 17 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų, t. y. maždaug 70 000 atvejų 27 Europos šalyse. Tarp pirmą kartą gyvenime pradedančių gydytis pacientų dalis tų, kuriems kokainas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, buvo didesnė (24 proc.).

Pacientų, kuriems kokainas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, dalys ir skaičiai įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Didžiausias dalis nurodo Ispanija (46 proc.), Nyderlandai (33 proc.) ir Italija (28 proc.). Belgijoje, Airijoje, Kipre, Liuksemburge ir Jungtinėje Karalystėje kokainą vartojantys pacientai sudaro nuo 11 iki 15 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų. Kitose Europos šalyse kokainą vartoja mažiau nei 10 proc. nuo narkomanijos gydomų pacientų, o aštuoniose šalyse šis rodiklis yra mažesnis nei 1 proc. ⁽⁹²⁾.

Gydytis nuo narkomanijos pradedančių pacientų, kuriems kokainas yra pagrindinis vartojamas narkotikas, Europoje kelerius metus daugėjo, nors didelį poveikį šiai tendencijai daro vos keletas šalių (Ispanija, Italija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė). Remiantis 17 šiuos duomenis teikiančių šalių informacija, gydytis pradėjusių kokainą vartojančių pacientų padaugėjo nuo maždaug 37 000 2003 m. iki 52 000 2008 m., o jų dalis padidėjo nuo 17 iki 19 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų. Tarp pacientų, kurie pradėjo gydytis nuo narkomanijos pirmą kartą, kokainą vartojančių pacientų skaičius padidėjo nuo maždaug 18 000 iki 28 000, o jų dalis – nuo 22 iki 27 proc. (remiantis 18 šalių duomenimis). Tarp šalių, kuriose kokainą vartojančių pacientų yra daugiausia, Ispanija, Italija ir Nyderlandai praneša, kad nuo 2005 m. padėtis buvo stabili arba naujų pacientų, kurie pagrindiniu vartojamu narkotiku nurodė kokainą, skaičius ir dalis

Levamisolis kaip kokaino priemaiša

Priemaišos arba „skiedikliai“ – tai tyčia į narkotikus, ypač į miltelių pavidalo narkotikus, įmaišomos medžiagos, siekiant padidinti pardavimo vertę ir ekonominę naudą. Tai nėra nešvarumai, t. y. nedideli po sintetinimo proceso likę nepageidaujamų medžiagų kiekiai (King, 2009).

Kokainas dėl savo didelės vertės gali būti kelis kartus atskiestas viena ar daugiau medžiagų. Tai gali būti neveiklūs skiedikliai (kaip antai cukrus ir krakmolai), dėl kurių padidėja narkotiko masė. Taip pat gali būti naudojami farmakologiškai veiklūs skiedikliai, taip siekiant padidinti ar imituoti narkotiko poveikį arba pagerinti jo išvaizdą. Prie šios kategorijos priskiriami analgetikai (pavyzdžiui, paracetamolis), vietiniai anestetikai (pavyzdžiui, lidokainas), antihistamininiai vaistai (pavyzdžiui, hidroksizinas), diltiazemas ir atropinas (Meijers, 2007).

Apie levamisolio (l-tetramizolo), kaip kokaino priemaišos, naudojimą Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Europoje pranešama nuo 2004 m. Levamisolis vartojamas veterinarijoje kaip antiparazitinis preparatas, anksčiau jis vartotas žmonių medicinoje kaip imunostimuliatorius. Vartojamas ilgą laiką ir didelėmis dozėmis, jis gali sukelti nepageidaujamą poveikį; didžiausią pavojų kelia agranulocitozė ⁽¹⁾.

Levamisolio konfiskuotuose kokaino kiekiuose paprastai nenustatoma ir jo kiekis retai nustatomas. Tačiau turima informacija rodo, kad padidėjo ir levamisoliu atskiesto kokaino mėginių dalis, ir levamisolio koncentracija narkotike. Dėl to per Europos ankstyvojo įspėjimo sistemą (žr. 8 skyrių) paskelbtas įspėjimas ir pradėta papildomai rinkti duomenis. Jungtinėse Amerikos Valstijose paskelbtame įspėjime dėl visuomenės sveikatos pareikšta, kad levamisolio buvo daugiau kaip 70 proc. 2009 m. ištirtų konfiskuotų kokaino partijų ⁽²⁾ ir iki tų metų pabaigos šalyje pranešta apie dvidešimt patvirtintų arba galimų agranulocitozės atvejų (du iš kurių baigėsi mirtimi). Tačiau panašu, kad šių atvejų skaičius, palyginti su kokaino vartotojų skaičiumi, yra labai nedidelis.

⁽¹⁾ Agranulocitozė – tai hematologinė būklė, kuriai esant gali greitai išsivystyti pavojų gyvybei keliančios infekcijos.

⁽²⁾ SAMHSA pranešimas spaudai.

mažėjo, o Jungtinė Karalystė praneša, kad tokių pacientų skaičius ir dalis didėjo ⁽⁹³⁾.

Gydomų pacientų charakteristika

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

⁽⁹¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-103 lentelę (ii dalį).

⁽⁹²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. ir lenteles TDI-5 (i dalį ir ii dalį) bei TDI-24; Ispanijos duomenys yra 2007 m.

⁽⁹³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-1 ir TDI-3 pav.

Vyrų ir moterų santykis tarp ambulatoriškai nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų – vienas didžiausių tarp nuo narkomanijos gydomų pacientų (penki vyrai vienai moteriai), šioje grupėje taip pat ir vienas didžiausių amžiaus vidurkių (maždaug 32 metai). Tai ypač būdinga tam tikroms šalims, kuriose yra daug pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, ypač Italijoje, kurioje lyčių santykis yra 6:1, o amžiaus vidurkis – 34 metai. Vartotojai, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, nurodo pirmą kartą pabandę savo pagrindinio vartojamo narkotiko būdami vyresnio amžiaus (22,3 metų, 87 proc. – nesulaukę 30-ies), palyginti su vartotojais, kurių pagrindiniai vartojami narkotikai yra kitokie, o vidutinis laiko tarpas tarp pirmojo kokaino pavartojimo ir pirmojo pradėto gydymosi yra maždaug devyneri metai.

Dauguma nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų ši narkotiką šniaukščia (63 proc.) arba rūko (31 proc.) ir tik 3 proc. nurodo, kad jį švirkščiasi⁽⁹⁴⁾. Per mėnesį prieš gydymo pradžią beveik pusė jų vartojo narkotiką nuo vieno iki šešių kartų per savaitę, 26 proc. vartojo jį kasdien, o 25 proc. narkotiko tuo laikotarpiu nevartojo⁽⁹⁵⁾. 2006 m. atliktas keturiolikos šalių duomenų apie gydymą tyrimas parodė, kad maždaug 63 proc. nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų vartoja kelis narkotikus. Iš jų 42 proc. taip pat vartoja alkoholį, 28 proc. – kanapes, o 16 proc. – heroiną. Kokainas taip pat minimas kaip antrinis vartojamas narkotikas tarp 32 proc. ambulatoriškai gydomų pacientų, ypač tarp tų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra heroinas (EMCDDA, 2009d).

2008 m. pranešama apie maždaug 10 000 pacientų, pradėjusių ambulatoriškai gydytis nuo kreko, kuris jiems yra pagrindinis narkotikas, vartojimo; jie sudaro 16 proc. visų nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų ir 3 proc. visų ambulatoriškai gydytis nuo narkomanijos pradėjusių pacientų. Apie didžiausių kreką vartojančių pacientų skaičių (apie 7 500) praneša Jungtinė Karalystė, kurioje šie pacientai sudaro 42 proc. gydomų kokainą vartojančių pacientų ir 5,6 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų. Nyderlandai taip pat praneša, kad kreką vartojantys pacientai sudarė didelę visų 2008 m. gydytis pradėjusių pacientų dalį⁽⁹⁶⁾.

Apskritai tarp gydomų kokainą vartojančių pacientų išskirtos dvi pagrindinės grupės: socialiai integruoti asmenys, vartojantys kokaino miltelius, ir labiau visuomenės paribyje esantys pacientai, vartojantys kokainą, dažnai kreką, kartu su opioidais. Pirmosios

grupės pacientai paprastai nurodo narkotiką šniaukščiantys, kartais vartojantys jį kartu su kitomis medžiagomis, pavyzdžiui, su alkoholiu ar kanapėmis, bet ne su opioidais. Kai kuriuos šios grupės narius gydytis siunčia teismo institucijos. Antrosios grupės pacientai dažnai nurodo susileidžiantys narkotikų, vartojantys ir kokainą, ir opioidus, kartais rūkantys kreką; šios grupės pacientų sveikatos būklė dažnai būna prasta, o socialinė padėtis rizikinga. Nustatyti pagrindinį narkotiką šioje grupėje, kuriai priklauso ir buvę heroino vartotojai, pakartotinai pradedantys gydytis nuo narkomanijos dėl kokaino vartojimo, gali būti sudėtinga (NTA, 2010)⁽⁹⁷⁾.

Gydymas ir žalos mažinimas

Gydymas

Gydymą nuo kokaino ir kreko priklausomybės Europoje paprastai teikia specializuotos ambulatorinio gydymo tarnybos. Veiksmingos farmakoterapijos šiuo metu nėra, tad nuo kokaino priklausomiems pacientams teikiamas psichosocialinis gydymas, kaip antai konsultavimas ir pažintinė elgesio terapija. Kai kurios šalys yra parengusios rekomendacijų dėl sutrikimų, susijusių su kokaino vartojimu, gydymo (pavyzdžiui, Vokietija ir Jungtinė Karalystė). Jungtinės Karalystės rekomendacijose patariama, atsižvelgiant į paciento poreikius, surengti nuo trijų iki dvidešimties gydymo seansų, kuriuose būtų siekiama išsklaidyti prieštarigus jausmus dėl pokyčių, gerinti su kokaino vartojimu susijusių požymių ir potraukio atpažinimą ir jų kontrolę, mažinti su kokaino vartojimu susijusią žalą ir neleisti, kad būtų vėl pradėta vartoti narkotiką (NTA, 2006).

Farmakoterapija Europoje paprastai naudojama norint sumažinti priklausomybės nuo kokaino simptomus, visų pirma nerimą. Prancūzijoje atlikus kokybinį tyrimą, per kurį nagrinėta dabartinė priklausomybės nuo kokaino gydymo praktika, nustatyta, kad siekiant sumažinti nenumaldomą norą ir toliau vartoti narkotiką ar pakeisti jį pakaitalu, buvo skiriami specialieji vaistai, tokie kaip metilfenidatas, modafinilas ar topiramatas, nors veiksmingumo įrodymų nedaug (Escots ir Suderie, 2009).

Viešieji gydymo nuo narkomanijos centrai Europoje daugiausia rūpinasi opioidų vartotojų poreikiais, ir socialiai integruoti kokaino miltelių vartotojai dėl suprantamų priežasčių gali būti nelinkę kreiptis dėl gydymo. Todėl Danija, Airija, Italija ir Austrija parengė šiai grupei skirtų specialiųjų programų. Visoms joms būdinga

⁽⁹⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-17 lentelę (iv dalį).

⁽⁹⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-18 lentelę (ii dalį).

⁽⁹⁶⁾ Nuo 2008 m. Nyderlandai priskiria kokainą vartojančius pacientus, kurie nurodo „rūkantys“ narkotiką, prie kreko vartotojų. Dėl to tokių vartotojų, palyginti su ankstesniais metais praneštais skaičiais, gerokai padaugėjo. Kreką vartojančių pacientų gali būti nustatoma per mažai ir kitose šalyse.

⁽⁹⁷⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10, TDI-11 (iii dalį), TDI-21 ir TDI-103 (ii dalį).

tai, kad gydymas gali būti teikiamas ne įprastomis darbo valandomis, kad būtų galima suderinti gydymą su darbo įsipareigojimais ir užtikrinti diskretiškumą.

Neseniai atlikti du tyrimai, per kuriuos nagrinėtas kokaino miltelių (NTA, 2010) ir kreko vartotojams (Marsden *et al.*, 2009) Anglijos gydymo centruose teikiamo psichosocialinio gydymo veiksmingumas. Per juos abu lyginti narkotikų vartojimo pokyčiai prieš gydymą ir šešis mėnesius po jo (arba anksčiau išrašymo atveju). Per pirmąjį tyrimą nustatyta, kad 61 proc. kokaino miltelių vartotojų (1 864 iš 3 075) liovėsi vartoję narkotiką, o dar 11 proc. gerokai sumažino vartojimo apimtį. Per antrąjį tyrimą nustatyta, kad 52 proc. kreko vartotojų (3 941 iš 7 636) praėjus šešiams mėnesiams po gydymo narkotikų nebevartojo. Nustatytas ir mažiau teigiamas faktas, kad priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais gydant heroiną ir kreką vartojančius pacientus nebuvo toks veiksmingas, kaip gydant tik heroiną vartojančius pacientus. Šis rezultatas patvirtina, kad gydymas pakaitalais lygiagrečiai kokainą ir kreką vartojantiems asmenims nebūna veiksmingas ir rodo, jog būtina parengti naują strategiją, kaip gydyti bendrą priklausomybę nuo heroino ir kokaino arba kreko.

Naujausi priklausomybės nuo kokaino gydymo tyrimai

Ieškant gydymo nuo priklausomybės nuo kokaino, įvertinta daugiau kaip 50 įvairių vaistų. Iki šiol nenustatyta, kad kuris nors iš jų būtų ypač veiksmingas, ir nei Europos vaistų agentūra, nei JAV maisto ir vaistų administracija nepatvirtino nė vieno vaisto priklausomybei nuo kokaino gydyti (Kleber *et al.*, 2007). Tačiau vykdoma daugiau kaip 100 atsitiktine atranka pagrįstų kontroliuojamųjų tyrimų, per kuriuos, kaip užregistruota, yra bandomos naujos medžiagos, kartais kartu taikant psichosocialines intervencines priemones.

Nustatyta, kad vartojant disulfiramą (alkoholio metabolismą trikdančią medžiagą) kokaino vartojimas tarp alkoholizmu sergančių narkomanų mažėjo. Ši tendencija buvo susieta su mažesniu slopinimo panaikinimu ir sąmonės aptemimu, kuriuos sukelia alkoholis. Per neseniai atliktus tyrimus taip pat nustatytas ir tiesioginis disulfiramo poveikis kokaino metabolizmui. Tačiau įrodymų maža, tad gydytojams praktikams pasiūlyta prieš skiriant disulfiramą pasverti galimą jo naudą ir nepageidaujamą poveikį (Pani *et al.*, 2010).

Atlikta penkiolika tyrimų, kuriuose dalyvavo 1 066 pacientai ir per kuriuos įvertinta keletas traukulius slopinančių vaistų (Minozzi *et al.*, 2009). Vaistų veiksmingumas nebuvo daug didesnis nei placebo siekiant užtikrinti, kad pacientai tęstų gydymą, sumažintų šalutinio

poveikio apraiškų ir rūšių skaičių ar sumažintų kokaino vartojimą. Antipsichoziniai vaistai įvertinti per septynis tyrimus, kuriuose dalyvavo 293 pacientai (Amato *et al.*, 2009). Tyrimų mastas paprastai būdavo per mažas galimam poveikiui patvirtinti, bet turimi rezultatai nepagrindžia šių vaistų skyrimo priklausomybei nuo kokaino gydyti.

Tarp nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais gydomų pacientų nustatyta, kad vartojant bupropioną, dekstroamfetaminą ir modafinilą ilgalaikės abstinencijos nuo kokaino rodikliai yra didesni, palyginti su placebo (Castells *et al.*, 2010).

Nefarmakologinių intervencinių priemonių srityje nustatyta, kad taikant kai kurias psichosocialines intervencines priemones mažėjo pasitraukiančiųjų iš gydymo ir kokaino vartojimas bei gerėjo užsiėmimų lankomumas, ypač tais atvejais, kai kartu pasitelkiamas čekiais pagrįstas atkryčių valdymas (Knapp *et al.*, 2007). Tęsimi keli tyrimai, per kuriuos toliau nagrinėjamas paskatomis pagrįstų intervencinių priemonių poveikis; tam tikrais atvejais kartu taikoma elgesio terapija ir farmakologinės intervencinės priemonės. Gydymas taikant ausų akupunktūrą ypatingų rezultatų nedavė (Gates *et al.*, 2006).

Žalos mažinimas

Probleminiams kreko ir kokaino vartotojams skirtos žalos mažinimo intervencinės priemonės daugumoje valstybių narių yra nauja darbo sritis. Intervencinių priemonių taikymas šioje srityje, ypač kreko vartotojams, gali būti

Kokaino vakcina

Kokaino vakcina pirmą kartą išbandyta XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžioje per tyrimus su gyvūnais. Suleista vakcina skatina antikūnų, kurie kraujotakoje susijungia su kokaino molekulėmis ir tuo būdu leidžia natūraliai organizme susidarantiems fermentams paversti jas neaktyviomis molekulėmis, gamybą.

Pirmasis atsitiktine atranka pagrįstas kontroliuojamasis vakcinos tyrimas atliktas Jungtinėje Amerikos Valstijose ir jame dalyvavo 115 nuo priklausomybės nuo opioidų pakaitalais gydytų pacientų. Per tyrimą nustatyta, kad pacientai, kuriems buvo suleista vakcinos ir kurių organizme susiformavo tinkamas antikūnų lygis, narkotiko nevartojo. Tačiau antikūnų lygis, užtikrinęs kokaino nevartojimą du mėnesius, buvo pasiektas tik maždaug keturių iš dešimties (38 proc.) vakcinuotų opioidų vartotojų organizme (Martell *et al.*, 2009). Panašūs rezultatai buvo gauti ir per vėlesnį tyrimą, kuriame dalyvavo dešimt vyriškosios lyties kokaino vartotojų, kurie rūkė narkotiką, buvo nuo jo priklausomi ir nesikreipė dėl gydymo nuo narkomanijos.

ribotas, be kita ko, dėl pagrindinių darbuotojų žinių apie narkotiką, tikslinę grupę ir jos poreikius stokos. Per neseniai atliktą stimulantų vartotojams skirtų žalos mažinimo intervencinių priemonių apžvalgą padaryta išvada, kad su kokainu susijusiai žalai nustatyti skirta daugiau dėmesio negu intervencinių priemonių, kurios leistų tą žalą sumažinti, kūrimui (Grund *et al.*, 2010).

Valstybės narės kokainą susišvirkščiantiems vartotojams paprastai teikia tokias pat paslaugas ir priemones kaip ir opioidų vartotojams, įskaitant šias: rekomendacijas dėl saugesnio vartojimo, saugesnio švirkštimosi mokymą ir adatų bei švirkštų keitimo programas. Tačiau kokaino švirkštimas siejamas su didesne dalijimosi reikmenimis rizika ir su dažnu vartojimu, dėl to gali ištikti venų kolapsas ir gali būti švirkščiamasi į su didesne rizika susijusias kūno dalis (pavyzdžiui, kojas, rankas, pėdas ir kirkšnis). Todėl reikėtų patikslinti rekomendacijas dėl saugesnio vartojimo

atsižvelgiant į šią ypatingą riziką ir vengti praktikos keisti vieną panaudotą švirkštą tik į vieną naują švirkštą. Švirkščiamasi gali būti labai dažnai, todėl sterilių reikmenų pasiūla susišvirkščiantiesiems neturėtų būti ribojama (van Beek *et al.*, 2001). Kai kuriose šalyse „žemo slenksčio“ agentūros teikia ir švarias kreko pypkes (Ispanijoje ir Prancūzijoje).

Taikant kokaino miltelių vartotojams pasilinksminimo vietose skirtas žalos mažinimo intervencines priemones daugiausia dėmesio telkiama į informuotumo didinimą. Pagal programas jaunimui siūlomi patarimai ir informacija apie bendrą su alkoholio ir narkotikų vartojimu siejamą riziką, paprastai įtraukiama ir medžiaga apie kokaino vartojimo keliamą grėsmę. Be informuotumo didinimo, žalos mažinimo priemonių, kurios būtų skirtos šiai tikslinei grupei, kuri sudaro didžiąją daugumą kokaino vartotojų Europoje, iš esmės beveik nėra.

6 skyrius

Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis

Išvadas

Heroino vartojimas, ypač šio narkotiko švirkštimasis, glaudžiai siejamas su visuomenės sveikatos ir socialinėmis problemomis Europoje nuo XX a. 8-ojo dešimtmečio. Ir dabar su šiuo narkotiku susijusi didžiausia sergamumo ir mirštamumo nuo narkotikų dalis Europos Sąjungoje. XX a. pabaigoje ir pirmaisiais šio amžiaus metais heroino vartojimas ir susijusių problemų mastas mažėjo, nors naujausi duomenys rodo, kad kai kuriose šalyse tendencijos kryptis galbūt pasikeitė. Be to, pranešimai apie sintetinių opioidų, pavyzdžiui, fentanilo, vartojimą ir stimuliuojančių narkotikų, tokių kaip kokainas ar amfetaminai, švirkštimasis rodo, kad probleminis narkotikų vartojimas Europoje tampa vis kompleksiškesnis.

Pasiūla ir prieinamumas

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

Gamyba ir neteisėta prekyba

Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane, kuriam tenka didžioji neteisėto opijaus gamybos pasaulyje dalis. Heroiną taip pat gamina Mianmaras, kuris paprastai tiekia narkotiką į Rytų ir Pietryčių Azijos rinkas, Pakistanas, Laosas, taip pat Meksika ir Kolumbija, kurios laikomos didžiausiais heroino tiekėjais į Jungtines Amerikos Valstijas (UNODC, 2009). 2007 m. rekordinį lygį pasiekusi opijaus gamyba pasaulyje, kaip manoma, sumažėjo, daugiausia dėl gamybos Afganistane sumažėjimo nuo 8 200 tonų iki

6 900 tonų 2009 m. Naujausiais vertinimais, potenciali pasaulinė heroino gamyba sumažėjo nuo apytikriai maždaug 750 tonų lygio 2007 ir 2008 m. iki 657 tonų (UNODC, 2010b).

Heroinas į Europą patenka daugiausia dviem kontrabandos keliais. Afganistane pagamintas heroinas įvežamas istoriškai svarbiu Balkanų keliu – per Pakistaną, Iraną ir Turkiją, po to per kitas tranzito arba paskirties šalis (Albaniją, Vengriją, Bulgariją, Čekiją, buvusias Jugoslavijos respublikas, Rumuniją, Slovakiją, Austriją, Italiją). Heroinas taip pat patenka į Europą „šilko keliu“ per Vidutinę Aziją ir Rusiją, po to per Baltarusiją, Lenkiją ir Ukrainą į, be kita ko, Skandinavijos šalis per Lietuvą (INCB, 2010b). Europos Sąjungoje svarbūs antriniai

9 lentelė. Heroino gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

Gamyba ir konfiskavimas	Heroinas
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	657
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	
Heroino	75
Morfino	17
Konfiskuotas kiekis (tonomis)	
ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	8 (24)
Konfiskavimo atvejų skaičius	
ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	54 400 (56 600)
Kaina ir grynumas Europoje ⁽¹⁾	Rudasis heroinas
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR)	
Intervalas	25–133
(Intervalas tarp kvartilų) ⁽²⁾	(33–80)
Vidutinis grynumas (%)	
Intervalas	7–43

⁽¹⁾ Informaciją apie baltojo heroino mažmeninę kainą ir grynumą pateikia nedaug šalių, todėl šie duomenys lentelėje nepateikiami. Su jais galima susipažinti 2010 m. statistikos biuletenio lentelėse PPP-2 ir PPP-6.

⁽²⁾ Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinioios dalies intervalas. Visi duomenys 2008 m., išskyrus pasaulinės gamybos įvertį (2009 m.).
Šaltinis: UNODC (2010b) (pasauliniai dydžiai), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

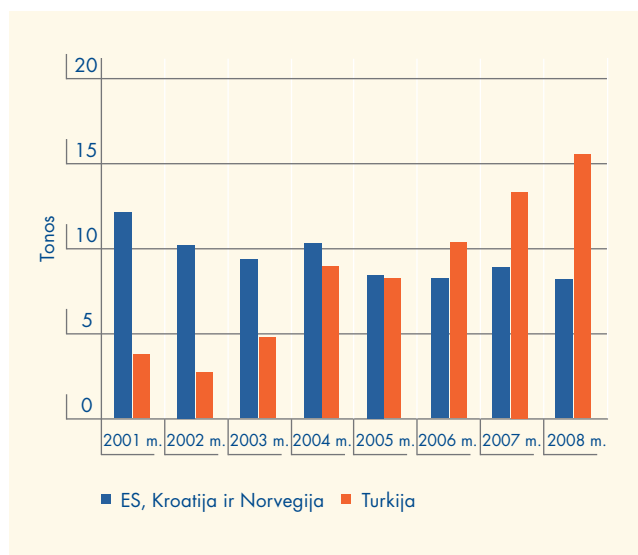
perskirstymo punktai yra Nyderlandai ir Belgija (ši mažiau svarbi).

Konfiskavimas

Pagal pranešimus, visame pasaulyje konfiskuoto opijaus kiekis nuo 2007 iki 2008 m. gerokai padidėjo – nuo 510 iki 657 tonų (žr. 9 lentelę). Irane konfiskuota daugiau nei 80 proc. viso šio kiekio, o Afganistane – maždaug 7 proc. Pasaulyje konfiskuoto heroino kiekis 2008 m. padidėjo iki 75 tonų, o pasaulyje konfiskuoto morfino kiekis sumažėjo iki 17 tonų (UNODC, 2010b).

2008 m. Europoje per maždaug 56 600 konfiskavimo operacijų sulaikyta 23,6 tonos heroino. 2008 m. daugiausia konfiskavimo operacijų ir vėl atlikta Jungtinėje Karalystėje, o didžiausias konfiskuotas kiekis ir vėl buvo Turkijoje – 15,5 tonos ⁽⁹⁸⁾. Dvidešimt šešių duomenis teikiančių šalių 2003–2008 m. duomenys rodo, kad nuo 2003 m. konfiskavimo atvejų skaičius didėjo. Bendra Turkijoje sulaikomo heroino kiekio tendencija skiriasi nuo atitinkamų tendencijų Europos Sąjungoje (žr. 9 pav.). Nuo 2003 iki 2008 m. Turkijoje konfiskuoto heroino kiekis padidėjo tris kartus, o Europos Sąjungoje šiuo laikotarpiu šiek tiek sumažėjo ir tai daugiausia lėmė konfiskuotų kiekių sumažėjimas Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje – dviejose šalyse, kuriose konfiskuojami kiekiai yra didžiausi Europos Sąjungoje ⁽⁹⁹⁾.

9 pav. Apytikriai Europos Sąjungoje, Kroatijoje ir Norvegijoje bei Turkijoje konfiskuoti heroino kiekiai



Pastabos. Viso konfiskuoto heroino kiekio įvertis pagrįstas visų duomenis EMCDDA teikiančių šalių (27 ES valstybių narių, Kroatijos, Turkijos ir Norvegijos) duomenimis. Trūkstami duomenys ekstrapoliuoti remiantis gretimų metų duomenimis.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Pasaulyje konfiskuoto acto anhidrido (naudojamo heroinui gaminti) kiekis 2008 m. padidėjo nuo 57 300 litrų 2007 m. iki 199 300 litrų, o didžiausi kiekiai konfiskuoti Slovėnijoje (86 100 litrų) ir Vengrijoje (63 600 litrų). INCB ragina ES Komisiją ir ES valstybes nares uždrausti acto anhidridą išvežti iš vidaus rinkos (INCB, 2010a).

Grynumas ir kaina

2008 m. vidutinis ištirto rudojo heroino grynumas daugumoje šiuos duomenis pateikusių šalių kito nuo 15 iki 30 proc.; apie mažesnes vidutines vertes pranešta Prancūzijoje (11 proc.), Austrijoje (tik mažmeninėje prekyboje, 11 proc.) ir Turkijoje (tik mažmeninėje prekyboje, 7 proc.), o apie didesnes – Bulgarijoje (31 proc.), Portugalijoje (32 proc.), Rumunijoje (43 proc.) ir Norvegijoje (31 proc.). 2003–2008 m. rudojo heroino grynumas aštuoniose šalyse padidėjo, o keturiose kitose nepakito arba sumažėjo. Vidutinis baltojo heroino grynumas keliose šiuos duomenis pateikusiose Europos šalyse paprastai buvo didesnis (30–50 proc.) ⁽¹⁰⁰⁾.

Šiaurės šalyse mažmeninė rudojo heroino kaina tebebuvo didesnė nei kitose Europos šalyse: Švedija nurodė 133 EUR vidutinę gramo kainą, o Danija – 107 EUR. Aštuoniose kitose šiuos duomenis pateikusiose šalyse mažmeninė rudojo heroino gramo kaina kito nuo 25 iki 80 EUR. 2003–2008 m. laikotarpiu mažmeninė rudojo heroino kaina padidėjo penkiose iš devynių Europos šalių, teikiančių duomenis apie tendencijas, o keturiose – sumažėjo. Keliose šalyse, kurios nurodė mažmeninę baltojo heroino kainą, gramo kaina 2008 m. kito nuo 24 iki 213 EUR.

Probleminio opioidų vartojimo paplitimo vertinimas

Šiame skirsnyje pateikiami duomenys gauti iš EMCDDA probleminio narkotikų vartojimo (PNV) indekso, kuris daugiausia parodo narkotikų švirkštimąsi ir opioidų vartojimą, nors kai kuriose šalyse reikšmingą sudedamąją jo dalį sudaro duomenys apie amfetaminų arba kokaino vartotojus. Atsižvelgiant į palyginti nedidelį šio narkotikų vartojimo tipo paplitimą ir slaptą jo pobūdį, reikalingas statistinis ekstrapoliavimas, kad būtų įmanoma nustatyti paplitimo įverčius pagal turimus duomenų šaltinius (daugiausia gydymo nuo narkomanijos duomenis ir teisėsaugos duomenis). Dauguma šalių gali pateikti

⁽⁹⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles SZR-7 ir SZR-8. Atkreipkite dėmesį, kad nesant 2008 m. duomenų, bendriems Europos rodikliams apskaičiuoti naudojami atitinkami 2007 m. duomenys.

⁽⁹⁹⁾ Ši analizė preliminarinė, nes dar neturima 2008 m. Jungtinės Karalystės duomenų.

⁽¹⁰⁰⁾ Grynumo ir kainų duomenis žr. 2010 m. statistikos biuletenio lentelėse PPP-2 ir PPP-6.

konkrečius „probleminių opioidų vartotojų“ įverčius, bet verta paminėti, kad tokie vartotojai dažnai vartoja kelių rūšių narkotikus, o miesto rajonuose ir socialiai atskirtose grupėse paplitimo rodikliai dažnai būna gerokai didesni.

2003–2008 m. laikotarpiu probleminio opioidų vartojimo paplitimo Europos šalyse įverčiai kinta nuo maždaug vieno iki aštuonių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų (žr. 10 pav.); bendras apytikriai apskaičiuotas probleminio narkotikų vartojimo paplitimas – nuo dviejų iki dešimties atvejų 1 000 gyventojų.

Didžiausius dokumentais gerai pagrįstus probleminio opioidų vartojimo įverčius pateikia Airija, Malta, Italija ir Liuksemburgas, mažiausius – Čekija, Kipras, Latvija, Lenkija ir Suomija (nors ir Čekijoje, ir Suomijoje, kaip apskaičiuota, yra daug probleminių amfetaminų vartotojų). Mažesnius nei vieno atvejo 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų rodiklius pateikia tik Turkija.

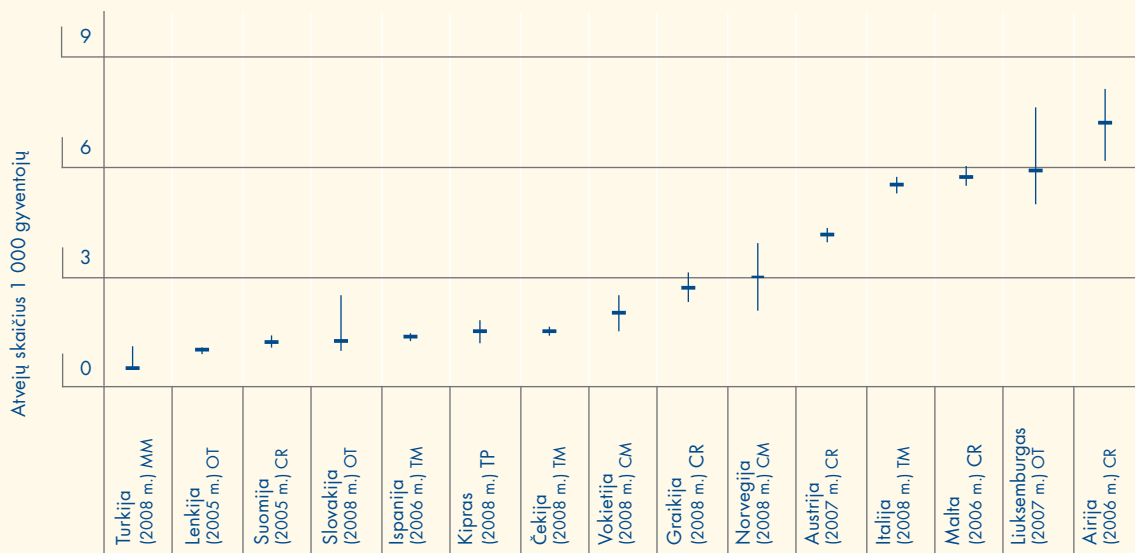
Vidutinis probleminio opioidų vartojimo paplitimas Europos Sąjungoje ir Norvegijoje, kaip apytikriai

apskaičiuota, yra nuo 3,6 iki 4,4 atvejo 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų. Tai atitinka maždaug 1,35 mln. (1,2–1,5 mln.) probleminių opioidų vartotojų Europos Sąjungoje ir Norvegijoje 2008 m. ⁽¹⁰¹⁾ Į šį įvertį įtraukti vartotojai, kuriems taikomas gydymas pakaitalais, bet gali būti nepakankamai atsižvelgta į kalinius, ypač tuos, kuriems skirtos ilgesnės trukmės laisvės atėmimo bausmės.

Opioidų vartotojų gydymas

Dauguma (53 proc.) asmenų, kuriems 2008 m. Europoje pradėtas taikyti specializuotas gydymas nuo narkomanijos, ir toliau nurodė opioidus kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, o heroiną nurodė 48 proc. visų pacientų ⁽¹⁰²⁾. Tačiau narkotikų vartotojų, pradedančių gydytis dėl problemų, susijusių su šiais narkotikais, dalis Europoje gerokai skiriasi; Bulgarijoje, Estijoje ir Slovėnijoje opioidus vartojantys pacientai sudaro daugiau kaip 90 proc. pradedančiųjų gydytis, penkiolikoje šalių – 50–90 proc., o dar devyniose –

10 pav. Probleminio opioidų vartojimo paplitimo metiniai įverčiai (tarp 15–64 metų gyventojų)



Pastaba. Horizontalioji žyma rodo apskaičiavimo tašką; vertikaliuoji žyma rodo vertinimo neapibrėžties intervalą: 95 proc. pasikliautinąjį intervalą arba intervalą, pagrįstą jautrumo analize. Tikslinės grupės dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių gali šiek tiek skirtis, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Suomijoje (15–54 m.), Maltoje (12–64 m.) ir Lenkijoje (visos amžiaus grupės) tyrimuose buvo naudojami nestandartiniai amžiaus intervalai. Visi trys rodikliai buvo pritaikyti 15–64 metų amžiaus grupei. Vokietijos atveju intervalas rodo visų esančių įverčių aukščiausią ir žemiausią ribas, o apskaičiavimo taškas rodo paprasčiausią vidurio tašką vidurki. Nurodant vertinimo metodus, vartojamos santrumpos: CR (įskaitymas-pakartotinis įskaitymas, angl. *capture-recapture*); TM (gydymo multiplikatorius, angl. *treatment multiplier*); MM (mirstamumo multiplikatorius, angl. *mortality multiplier*); CM (sujungti metodai, angl. *combined methods*); TP (sutrumpintas Puasono skirstinys, angl. *truncated Poisson*); OT (kiti metodai, angl. *other methods*). Išsamesnės informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-1 pav. (ii dalį) ir PDU-102 lentelę.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

⁽¹⁰¹⁾ Šis įvertis sumažintas nuo 1,4 iki 1,35 mln. remiantis naujais duomenimis. Atsižvelgiant į didelius pasikliautinusius intervalus ir į tai, kad įvertis pagrįstas skirtingų metų duomenimis, negalima daryti išvados, kad probleminio opioidų vartojimo paplitimas Europoje sumažėjo.

⁽¹⁰²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. (ii dalį), lenteles TDI-5 ir TDI-113.

10–49 proc. ⁽¹⁰³⁾. Be maždaug 200 000 pradėjusiųjų gydytis 2008 m., kurie nurodė opioidus kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, dar 47 000 kitų narkotikų vartotojų nurodė opioidus kaip antrinį vartojamą narkotiką ⁽¹⁰⁴⁾.

Daugelis opioidų vartotojų įtraukiami į ilgalaikės priežiūros programas, visų pirma gydymo pakaitalais. Dėl to opioidų vartotojų, kuriems tai yra pagrindinis vartojamas narkotikas, dalis tarp nuo ankstesnių metų jau gydomų narkotikų vartotojų yra didesnė. Neseniai atliktas devynių šalių pateiktų duomenų tyrimas parodė, kad opioidų vartotojai, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, sudarė 61 proc. visų gydomų pacientų, apie kuriuos pranešta, bet jie sudarė tik 38 proc. pacientų, pradėjusių gydytis pirmą kartą ⁽¹⁰⁵⁾.

Probleminio opioidų vartojimo tendencijos

Pakartotinai skaičiuojamų probleminio opioidų vartojimo tikimybės ir paplitimo įverčių nėra daug, o kai kurie iš jų susiję su statistiniu neapibrėžtumu, ir tai padidina sunkumus, su kuriais susiduriama siekiant stebėti ilgalaikės tendencijas. Tačiau aštuonių šalių, kuriose 2003–2008 m. buvo pakartotinai skaičiuojami paplitimo įverčiai, duomenys rodo, kad padėtis gana stabili. Iki 2005 m. paplitimas Austrijoje akivaizdžiai didėjo, bet naujausias įvertis, kuris dabar yra mažesnis už 2003 m. lygį, to nepatvirtina. Airija pranešė apie padidėjimą 2001–2006 m., kuris buvo mažiau ryškus Dubline (21 proc.) negu už sostinės ribų (164 proc.) ⁽¹⁰⁶⁾.

Jeigu atitinkamų ir naujausių probleminio opioidų vartojimo tikimybės ir paplitimo įverčių nėra, nagrinėti ilgalaikės tendencijas vis vien gali būti įmanoma, būtent pasitelkiant kitų, daugiausia netiesioginių rodiklių, pavyzdžiui, gydymo poreikio, duomenis. Remiantis 19 šalių imtimi, 2003–2008 m. bendras heroino vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas ir kurie pradėjo gydytis, bei tų, kurie pradėjo gydytis pirmą kartą, skaičius padidėjo ⁽¹⁰⁷⁾. Žvelgiant į pastarųjų kelerių metų laikotarpį, 2007–2008 m. pradėjusių gydytis opioidų vartotojų, kuriems tai pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius padidėjo vienuolikoje šalių. Dėl pradedančiųjų gydytis pirmą kartą bendra augimo tendencija 2008 m. nusistovėjo, nors šešios šalys vis vien pranešė apie tokių pacientų skaičiaus didėjimą ⁽¹⁰⁸⁾.

2008 m. duomenys apie mirties nuo narkotikų atvejus, kurie dažniausiai siejami su opioidų vartojimu, nerodo jokių požymių, kad vėl įsivyratų iki 2003 m. pasireiškusi mažėjimo tendencija (žr. 7 skyrių). 2007–2008 m. daugiau mirčių nuo narkotikų užregistravo daugiau nei pusė šių duomenis teikiančių šalių ⁽¹⁰⁹⁾. Heroino konfiskavimo atvejų skaičius Europoje taip pat didėjo nuo 2003 m., o konfiskuoti kiekiai Europos Sąjungoje sumažėjo. Su heroinu susijusių nusikaltimų mažėjimo tendencijos pokytis į priešingąją, apie kurį pranešta pernai, dabar pasitvirtino, ir tokių nusikaltimų 2003–2008 m. padaugėjo daugumoje pakankamai duomenų teikiančių Europos šalių.

Prancūzijos TREND sistemos, kuri remiasi ir kokybiniais, ir kiekybiniais duomenimis, informacija rodo, kad heroiną ir opioidinius vaistus ima vartoti naujos grupės, įskaitant socialiai integruotus asmenis ir „techno“ vakarėlių lankytojus. Per kitus kokybinius tyrimus (Eisenbach-Stangl *et al.*, 2009) tikslinėse socialiai integruotų asmenų imtyse taip pat nustatyta nedidelė heroino vartotojų dalis. Tarp tokių vartotojų, be kita ko, gali būti eksperimentuojančių narkotikų vartotojų ir asmenų, kurie gali kontroliuoti, kaip jie vartoja narkotiką (Shewan ir Dalgarno, 2005; Warburton *et al.*, 2005).

Turimi duomenys rodo, kad iki 2003 m. pasireiškusių opioidų vartojimo rodiklių mažėjimo tendenciją pakeitė stabilumas. Tai galbūt aiškiausiai matyti nuo 2003 m. vertinant konfiskavimo ir mirties nuo narkotikų atvejus, o nuo 2004 m. – naujų su heroino vartojimu susijusio gydymo prašymų skaičių. Vykstant šiems pokyčiams, iki 2007 m. plėtėsi opijaus gamyba Afganistane, tai kelia rūpestį dėl galimos šių reiškinų sąsajos, kurią lemia padidėjęs heroino prieinamumas Europos rinkoje.

Narkotikų švirkštimas

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai priklauso didžiausią riziką savo sveikatai dėl narkotikų vartojimo keliančių narkomanų grupei. Jiems gresia per kraują plintančios infekcijos (pavyzdžiui, ŽIV (AIDS), hepatitas) arba narkotikų perdozavimas. Daugumoje Europos šalių švirkštimas dažniausiai siejamas su opioidų vartojimu, nors keliose šalyse jis siejamas su amfetaminų vartojimu. Nepaisant šio reiškinio svarbos visuomenės sveikatai, tik

⁽¹⁰³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (ii dalį).

⁽¹⁰⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-22 lentelę.

⁽¹⁰⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-38 lentelę.

⁽¹⁰⁶⁾ Išsamios informacijos apie tyrimus, įskaitant ir apie pasikliautinusius intervalus, žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles PDU-6 (ii dalį) ir PDU-102.

⁽¹⁰⁷⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-1 ir TDI-3 pav.

⁽¹⁰⁸⁾ Tam tikrus svyravimus laikui bėgant gali lemti duomenų aprėpties arba gydymo prieinamumo pokyčiai, didelį poveikį bendroms tendencijoms gali daryti Italija ir Jungtinė Karalystė, kurių nurodomi naujų heroiną vartojančių pacientų skaičiai yra didžiausi.

Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-3 ir TDI-5.

⁽¹⁰⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-2 lentelę (i dalį).

keturiolika šalių galėjo pateikti naujausius švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimo įverčius ⁽¹¹⁰⁾. Todėl informacijos apie šią ypatingą žmonių grupę tikslumo didinimas tebėra svarbus iššūkis plėtojant sveikatos stebėsenos sistemas Europoje.

Turimi įverčiai rodo, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimas įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Daugumoje šalių įverčiai kinta nuo mažiau nei vieno iki penkių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų, o Estijoje nustatytas ypač didelis 15 atvejų 1 000 gyventojų rodiklis. Neįskaitant pastarosios šalies kaip anomalijos, svartinis vidurkis yra maždaug 2,6 atvejo 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų ⁽¹¹¹⁾; ekstrapoliuojant šį rodiklį pagal Europos Sąjungos gyventojų skaičių, aktyvių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius būtų nuo trijų ketvirtadalių milijono iki vieno milijono. Anksčiau vartojusiųjų švirkščiamųjų narkotikų skaičius greičiausiai yra didesnis (Sweeting *et al.*, 2008), bet daugumoje ES šalių jis nėra žinomas.

Opioidų vartotojai, kuriems pradedamas taikyti specializuotas gydymas nuo narkomanijos, dažnai nurodo, kad švirkštimasis yra įprastas jų narkotikų vartojimo būdas. Šešiolikoje šalių yra daugiau nei pusė opioidus vartojančių pacientų, šešiose šalyse – 25–50 proc., o dar penkiose šalyse – mažiau nei 25 proc. Apie mažiausias susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių opioidų vartotojų praneša Nyderlandai (5 proc.) ir Ispanija (19 proc.), o didžiausias nurodo Lietuva (99 proc.), Rumunija (95 proc.), Estija (91 proc.) ir Slovakija (86 proc.) ⁽¹¹²⁾.

Dėl duomenų stokos ir didelių įverčių pasikliautinųjų intervalų sunku daryti išvadas apie ilgalaikes narkotikų švirkštimosi paplitimo tendencijas. Tačiau turimi duomenys rodo, kad Čekijoje, Graikijoje, Kipre ir Norvegijoje padėtis stabili ⁽¹¹³⁾. 2004–2006 m. statistiškai reikšmingas sumažėjimas pasireiškė Jungtinėje Karalystėje. Susišvirkščiančiųjų dalis tarp gydytis pradedančių heroino vartotojų per keletą pastarųjų metų bendrai sumažėjo, o apie statistiškai reikšmingą sumažėjimą 2002–2007 m. pranešė trylika šalių. Apie padidėjimą šiuo laikotarpiu pranešė tik trys šalys (Bulgarija, Lietuva ir Slovakija) ⁽¹¹⁴⁾. Susišvirkščiančiųjų dalis (38 proc.) tarp opioidų vartotojų, pradedančių gydytis pirmą kartą, taip pat yra bendrai šiek tiek mažesnė nei tarp visų gydytis pradedančių opioidų vartotojų (42 proc.). Taip yra dvidešimtyje iš 23 šiuos

Probleminis opioidų ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas kaimyninėse Europos Sąjungos šalyse

Tarp kaimyninių Europos Sąjungos šalių didžiausia opioidų vartotojų populiacija yra Rusijoje – pagal pranešamus įverčius, nuo 1,5 iki 6,0 mln. vartotojų (UNODC, 2005). Per neseniai atliktą gydymo multiplikatoriaus metodu – vienu iš EMCDDA rekomenduojamų metodų – pagrįstą tyrimą nustatytas 1,68 mln. probleminių opioidų vartotojų įvertis, t. y. 16 tokių vartotojų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų (UNODC, 2009). Rusijos Federacijos narkotikų kontrolės tarnybos vertinimais, nuo perdozavimo kasmet miršta 10 000 heroino vartotojų (INCB, 2010b). Antroji didžiausia opioidų vartotojų populiacija prie Europos Sąjungos sienų tikriausiai yra Ukrainoje – apytikriais skaičiavimais, nuo 323 000 iki 423 000 opioidų vartotojų, t. y. 10–13 atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus (UNODC, 2009). 2008 m. apie numanomą opioidų vartojimo padidėjimą UNODC taip pat pranešė Albanija, Baltarusija ir Moldova.

2007 m., apytikriais skaičiavimais, galėjo būti 1 825 000 einamųjų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (17,8 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus) Rusijoje ir 375 000 (11,6 1 000 gyventojų) Ukrainoje; abiejose šalyse beveik 40 proc. iš jų buvo užsikrėtę ŽIV (Mathers *et al.*, 2008). Naujų užregistruojamų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų rodikliai Rusijoje (79 vienam milijonui gyventojų 2006 m.) ir Ukrainoje (153 vienam milijonui gyventojų 2006 m.) taip pat yra gerokai didesni negu kitose pasaulio šalyse ir regionuose, kaip antai Australijoje, Kanadoje, Europos Sąjungoje ir JAV (Wiessing *et al.*, 2009).

duomenis teikiančių šalių. Išsamesni narkotikų švirkštimosi paplitimo ir tendencijų tyrimo duomenys pateikti kitur (EMCDDA, 2010c).

Gydymas nuo probleminio opioidų vartojimo

Norint apibūdinti didelio narkotikų vartotojų, kurie pradeda gydytis, ir būtent tų, kuriems metų eigoje pradėtos taikyti specializuoto gydymas nuo narkomanijos paslaugos, pogrupio charakteristikas, galima panaudoti skaičiuojant EMCDDA gydymo poreikio rodiklį surinktus duomenis.

⁽¹¹⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-2 pav.

⁽¹¹¹⁾ Svartinis vidurkis yra 0,26 proc., neapibrėžties intervalas (apatinės ir viršutinės šalies įverčių ribų svartiniai vidurkiai) – nuo 0,23 proc. iki 0,30 proc., taigi 2008 m. įvertis yra 886 606 (788 778–1 040 852). Šį įvertį reikia vertinti atsargiai, nes jis pagrįstas tik 12 iš 27 ES valstybių narių ir Norvegijos pateiktais duomenimis.

⁽¹¹²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę.

⁽¹¹³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-6 lentelę (iii dalį).

⁽¹¹⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio PDU-104 lentelę.

Priklausomybę nuo opioidų, kurie yra pagrindinis vartojamas narkotikas, ambulatoriškai pradedantys gydytis pacientai yra vidutiniškai 34 metų, o pacientės ir opioidų vartotojai, pradedantys gydytis pirmą kartą, vidutiniškai būna jaunesni ⁽¹¹⁵⁾. Nuo 2003 m. opioidus vartojančių pacientų vidutinis amžius padidėjo beveik visose šalyse. Bendras vyrų ir moterų santykis tarp ambulatoriškai gydomų nuo opioidų priklausomų pacientų yra 3,5:1, nors Šiaurės šalyse (pavyzdžiui, Švedijoje ar Suomijoje) moterų dalis tarp tokių pacientų yra didesnė, o pietinėse šalyse (pavyzdžiui, Graikijoje, Ispanijoje ar Italijoje) – mažesnė ⁽¹¹⁶⁾.

Gydytis pradedančių opioidų vartotojų nedarbingumo lygis aukštesnis, išsilavinimas žemesnis, o psichiatrinį sutrikimų lygis didesnis negu pacientų, kurių nurodomi pagrindiniai vartojami narkotikai yra kitokie ⁽¹¹⁷⁾. Beveik visi gydytis pradedantys opioidų vartotojai nurodo pradėję vartoti jaunesni kaip 30 metų, o maždaug pusė – dar nesulaukę 20-ies. Nuo pirmojo opioidų pavartojimo iki gydymo nuo narkotikų priklausomybės pradžios, kaip nurodoma, vidutiniškai praeina maždaug dešimt metų ⁽¹¹⁸⁾.

Gydymas ir jo aprėptis

Opioidų vartotojai daugiausia gydomi ambulatoriškai – gydymą gali teikti specializuoti centrai, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai ir „žemo slenksčio“ agentūros (žr. 2 skyrių). Keliose šalyse, visų pirma Bulgarijoje, Graikijoje, Latvijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Suomijoje ir Švedijoje, svarbų vaidmenį gydymo nuo narkomanijos sistemoje atlieka ir stacionarinio gydymo centrai ⁽¹¹⁹⁾. Priklausomybės nuo opioidų gydymo būdų pasirinkimas Europoje yra platus ir vis labiau diferencijuojamas, nors gydymo prieinamumas ir aprėptis įvairiose šalyse nevienoda. Gydymas nuo priklausomybės nuo opioidų be narkotinių medžiagų ir jų pakaitalais yra prieinamas visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje ir Norvegijoje. Turkijoje šiuo metu tiriama, kaip taikyti gydymą pakaitalais.

Gydymas be narkotinių medžiagų – tai terapinis metodas, pagal kurį asmenų paprastai reikalaujama susilaikyti nuo visų medžiagų, įskaitant pakaitalus, vartojimo. Pacientai dalyvauja dienos veikloje ir jiems teikiama intensyvi psichologinė parama. Gydymas be narkotinių medžiagų gali būti teikiamas ir ambulatoriškai, ir stacionare, bet valstybės narės dažniausiai praneša įgyvendinančios programas stacionaruose taikant

Nešvirkščiamieji opioidų vartojimo būdai

Keliose Europos šalyse stabilizavusis arba sumažėjęs opioidų švirkštimuisi, daugiau dėmesio imta skirti kitiems vartojimo būdams, kaip antai medžiagos įkvėpimui kaip įkaitintų garų (rūkymas) arba kaip miltelių (šniaukštimas, įtraukimas per nosį) arba jos nurijimui.

Nešvirkščiamaisiais būdais opioidus vartojančiųjų populiacijų įverčius pateikė tik kelios šalys, o naujausia rodiklį pateikė tik Norvegija. Apytikriai apskaičiuota, kad 2008 m. 1 450 heroino vartotojų arba maždaug 15 proc. visų nustatytų heroino vartotojų Norvegijoje šį narkotiką tik rūkė. Duomenys apie vartotojus, pradedančius gydytis specializuotose gydymo nuo narkomanijos tarnybose, patvirtina, kad kai kuriose šalyse opioidus vartojančiose populiacijose yra didelės šį narkotiką rūkančių ar per nosį įtraukiančių vartotojų grupės. Pavyzdžiui, rūkymą kaip pagrindinį vartojimo būdą nurodė nuo pusės iki trijų ketvirtadalių opioidų vartotojų, kuriems tai buvo pagrindinis vartojamas narkotikas ir kurie pradėjo ambulatoriškai gydytis Belgijoje, Airijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje. Įtraukimą per nosį kaip pagrindinį vartojimo būdą nurodė maždaug trečdalis nuo priklausomybės nuo opioidų gydomų pacientų Austrijoje ir maždaug pusė Graikijoje ir Prancūzijoje ⁽¹⁾.

Vartojimo būdo pasirinkimas priklauso nuo kelių veiksnių, kaip antai jo veiksmingumas, socialinės aplinkos spaudimas, nerimas dėl žalos sveikatai (Bravo *et al.*, 2003) ir vartojamo opioido rūšis. Pavyzdžiui, plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas), kuris daugiausia atvežamas iš Afganistano, rūkomas daugiausia. Baltąjį heroiną (druskos pavidalo), kuris paprastai būna atvežamas iš Pietryčių Azijos, galima lengvai įtraukti per nosį miltelių pavidalo; jį taip pat galima ištirpdyti šaltame vandenyje prie priedų ir susišvirkšti, bet rūkomas jis gali būti labai neveiksmingas. Opioidų vaistiniai pakaitalai paprastai skiriami skysčio, o ne tablečių, pavidalo arba į juos gali būti įmaišyta medžiagų, kurios mažina narkotiko poveikį jį susileidus arba jį pakeičia.

(1) Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-17 lentelę (ii dalį).

terapinio poveikio bendruomenės principus arba Minesotos modelį. Prancūzija ir Čekija šiuo metu atlieka savo terapinių bendruomenių rezultatų vertinimą ir išvadų tikimasi 2010 m. Pagal Prancūzijos veiksmų planą šis gydymo metodas ateityje taps labiau prieinamas. Terapinės bendruomenės metodas yra dažniausiai taikomas gydymo nuo narkomanijos būdas Lenkijoje. Tačiau pranešama, kad dėl ekonominių priežasčių ir

⁽¹¹⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-10, TDI-32 ir TDI-103.

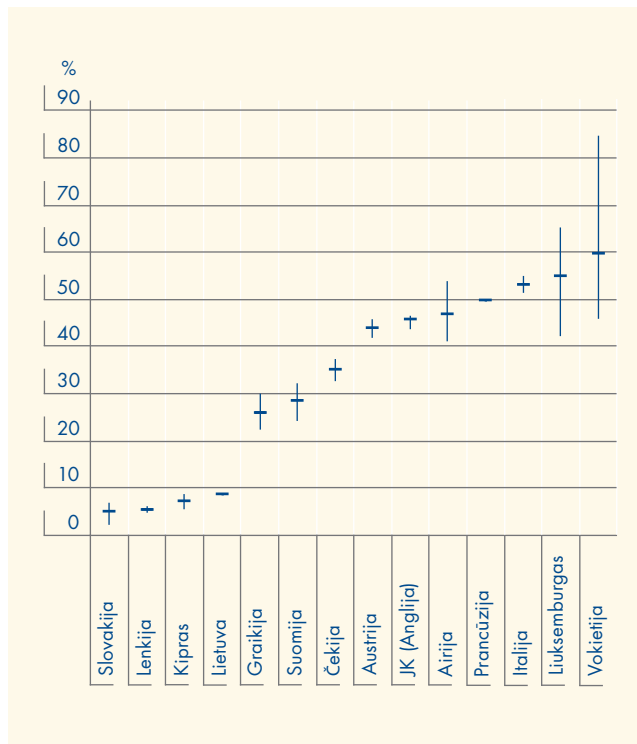
⁽¹¹⁶⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-5 ir TDI-21.

⁽¹¹⁷⁾ Taip pat žr. 2 skyrių.

⁽¹¹⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles TDI-11, TDI-33, TDI-107 ir TDI-109.

⁽¹¹⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio TDI-24 lentelę.

11 pav. Apytikrė pakaitalais gydymų probleminių opioidų vartotojų dalis



Pastaba. Dėl papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-1 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

pacientų charakteristikų pokyčių gydymo programų trukmė laipsniškai mažėja. Kroatija ir Portugalija neseniai parengė rekomendacijas terapinėms bendruomenėms.

Gydymas pakaitalais, paprastai susietas su psichosocialine rūpyba, paprastai teikiamas specializuotuose ambulatoriniuose centruose. Trylika šalių praneša, kad tokį gydymą taip pat teikia bendrosios praktikos gydytojai, paprastai pagal bendrosios su specializuotais gydymo centrais rūpybos schemas. Kalbant apie nuoseklų gydymą, abstinencijos lygį ir bendrą kitų narkotikų vartojimą, bendrosios praktikos gydytojai gali pasiekti geresnių rezultatų negu specializuoti centrai. Tai nustatyta per 12 mėnesių trukusį 2 694 pacientų, kuriems taikytas gydymas pakaitalais, natūralistinių tyrimų Vokietijoje (Wittchen *et al.*, 2008). Kiti tyrimai parodė, kad gydymas pakaitalais pirminės sveikatos priežiūros centruose yra ne tik įmanomas, bet gali būti ir rentabilus (Gossop *et al.*, 2003; Hutchinson *et al.*, 2000).

Bendras pakaitalais Europos Sąjungoje, Kroatijoje ir Norvegijoje gydymų opioidų vartotojų skaičius

tebedidėja; jų 2008 m. padaugėjo nuo maždaug pusės milijono 2003 m. ir 650 000 2007 m. ⁽¹²⁰⁾ iki apytikriai 670 000. Keliose Vidurio ir Rytų Europos šalyse pacientų skaičius šiek tiek padidėjo, bet šalims, prisijungusioms prie Europos Sąjungos nuo 2004 m., tebetenka tik maždaug 2 proc. viso pakaitalais Europos Sąjungoje gydymų nuo opioidų priklausomų pacientų skaičiaus ⁽¹²¹⁾.

Iš pakaitalais gydymų pacientų Europos Sąjungoje skaičiaus ir apytikriai apskaičiuoto probleminių opioidų vartotojų skaičiaus palyginimo matyti, kad gydymo aprėptis sudaro maždaug 50 proc. Tačiau aprėptis įvairiose šalyse gerokai skiriasi – septynios iš 14 šalių, apie kurias turima probleminių opioidų vartotojų skaičiaus įverčių, nurodė mažesnius nei 40 proc. rodiklius, o keturios iš šių šalių nurodė mažesnę nei 10 proc. aprėpties lygį (žr. 11 pav.). Vis dėlto galima apytikriai apskaičiuoti, kad du iš trijų probleminių opioidų vartotojų Europos Sąjungoje gyvena šalyse, kuriose gydymo pakaitalais aprėptis yra didelė ⁽¹²²⁾.

Dauguma pakaitalais gydymų pacientų Europoje gydoma metadonu (70–75 proc.), tačiau šalių, kuriose tai vienintelė skiriama medžiaga, skaičius mažėja. Visose, išskyrus keturias (Bulgariją, Ispaniją, Vengriją ir Lenkiją), ES valstybėse narėse jau imta skirti didelių dozių buprenorfiną, kuris skiriamas 20–25 proc. visų Europoje pakaitalais gydymų pacientų ir daugiau kaip 50 proc. Čekijoje, Prancūzijoje, Kipre, Latvijoje, Švedijoje ir Kroatijoje. Prancūzijoje, kurioje visad dominavo buprenorfinas, šiuo metu vis daugiau pakaitalais gydymų pacientų skiriamas metadonas. Kombinuotą buprenorfino ir naloksono preparatą, kurį Europos vaistų agentūra patvirtino 2006 m., jau imta vartoti keturiolikoje šalių. Yra ir kitų galimybių, kurios taikomos nedidelei visų pakaitalais gydymų pacientų procentinei daliai; tai, be kita ko, yra ilgesnio veikimo morfinas (taikoma Bulgarijoje, Austrijoje ir Slovėnijoje), kodeinas (taikoma Vokietijoje, Kipre ir Austrijoje) ir diacetilmorfinas (heroinas). Heroino skyrimas kaip gydymo galimybė jau nusistovėjo Danijoje, Vokietijoje ir Nyderlanduose; ši galimybė taip pat taikoma Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, o Belgijoje ir Liuksemburge rengiami bandomieji projektai.

Galimybės gauti gydymą

Gydymo opioidų pakaitalais prieinamumą lemia teisės aktai, kuriuose nustatomas tokio gydymo teikimas ir gydymui naudojamų preparatų išdavimas. Pagal teisinės sistemos išrašyti vieną ar daugiau pakaitinių medžiagų

⁽¹²⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę.

⁽¹²¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio HSR-2 pav.

⁽¹²²⁾ Šiuos įverčius reikėtų vertinti atsargiai, nes duomenų rinkiniai vis dar nepakankamai tikslūs.

gali visi bendrosios praktikos gydytojai (Belgijoje, Čekijoje, Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Kipre, Nyderlanduose, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Kroatijoje) arba tik tie, kurie specialiai tam apmokyti arba akredituoti (Vokietijoje, Airijoje, Liuksemburge, Austrijoje, Slovėnijoje ir Norvegijoje). Kitose šalyse (Bulgarijoje, Estijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje, Slovakijoje, Suomijoje ir Švedijoje) gydymą pakaitalais gali teikti tik specializuoti gydymo centrai.

Daugumoje Europos šalių pakaitalus gali išduoti bendrosios praktikos gydytojai, vaistinės arba mobiliosios socialinio darbo gatvės grupės. Tačiau taip nėra Bulgarijoje, Estijoje, Graikijoje, Lietuvoje, Lenkijoje ir Slovakijoje, kuriose vaistus gali išduoti tik specializuoti gydymo centrai. Didelių dozių buprenorfiną gali išduoti visi bendrosios praktikos gydytojai Čekijoje arba bet kuri vaistinė Latvijoje. Rumunijoje, Vengrijoje ir Suomijoje vaistinės turi teisę išduoti tik kombinuotą buprenorfino ir naloksono preparatą. Kaip pranešama, šie vaistai Vengrijoje ir Rumunijoje atsirado visai neseniai ir yra brangūs, taigi šiose dviejose šalyse juos vartoja tik nedidelis pacientų skaičius.

Neseniai surinkta informacija apie opioidų pakaitalų kainą, kurią tenka mokėti pacientams. Septyniolika iš 26 šiuos duomenis pateikusių šalių nurodė, kad vaistai (daugumoje atvejų metadonas) išduodamas nemokamai, nebent dėl gydymo kreipiamasi į privačius teikėjus. Belgijoje ir Liuksemburge pacientas turi sumokėti dalį vaistų kainos tik tuo atveju, jeigu juos skyrė bendrosios praktikos gydytojas. Čekijoje, Latvijoje, Portugalijoje, Vengrijoje ir Suomijoje gydymas metadonu yra nemokamas, bet jeigu gydoma buprenorfinu arba kombinuotu buprenorfino ir naloksono preparatu, pacientui tenka sumokėti visą preparato kainą ar jos dalį. Pavyzdžiui, Latvijoje 8 mg dienos dozės buprenorfino kaina mėnesiui sudaro maždaug 250 EUR. Metadonas paprastai yra pigesnis negu kiti panašaus veiksmingumo pakaitalai, pavyzdžiui, buprenorfinas (PSO, 2009), ir tai iš dalies paaiškina, kodėl pagal daugelį nacionalinių sveikatos draudimo sistemų metadonas visiškai kompensuojamas dažniau negu kiti pakaitalai. 2006 m. Prancūzijoje atsirado didelių dozių buprenorfino generinių versijų, kurios yra pigesnės ir kurios šioje šalyje skiriamos apytikriai 30 000 pacientų (30 proc. visų buprenorfinu gydomų pacientų).

Informacija apie kainas, gydymo pakaitalais teikimą ir pakaitalų išdavimą atskleidžia skirtumus tarp Europos regionų. Šalys Europos šiaurėje ir rytuose dažnai taiko labiau tikslingos ir aukštesnio slenksčio galimybės gydytis modelį, o Vakarų Europoje daugelis šalių taiko žemo

slenksčio galimybės gydytis daugybėje centrų modelį. Šie skirtumai gali būti susiję su skirtingais priežiūros modeliais; kai kuriose šalyse pirmenybė gali būti teikiama abstinencijos tikslui ir psichosocialiniams metodams, o kitose – pacientų stabilizavimui ir susilaikymui bei žalos mažinimo metodams.

Gydymo veiksmingumas ir kokybė

Nustatyta, kad gydant opioidų vartotojus veiksmingiausias gydymo būdas yra gydymas opioidų pakaitalais, suderintas su psichosocialinėmis intervencinėmis priemonėmis. Palyginti su detoksikacija ar jokių gydymu, gydymo metadonu ar didelių dozių buprenorfinu rezultatai, vertinant narkotikų vartojimą, nusikaltamą veiklą, rizikingą elgesį ir ŽIV perdavimą, perdozavimą ir bendrą mirštamumą, taip pat gydymo nuoseklumo lygį, yra gerokai geresni (PSO, 2009).

Opioidų vartojimo nutraukimo rezultatai ilgainiui paprastai būna prasti (Mattick *et al.*, 2009), bet šis metodas gali būti naudingas pacientams, jeigu jie sąmoningai pasirinko šios rūšies gydymą. Detoksikacija stacionare arba ambulatorijoje atliekama mažinant metadono ar buprenorfino (šiems gydymo būdams taikoma pirmenybė), arba alfa-2 agonistų dozes. Saugumo sumetimais taikyti paspartinto vartojimo nutraukimo metodus, pagal kuriuos taikomi opioidų antagonistai, suderinti su stipriais raminamaisiais, nerekomenduojama (Gowing *et al.*, 2010). Opioidų vartojimą nutraukusiems pacientams, kurie siekia ir toliau susilaikyti nuo opioidų vartojimo, turėtų būti rekomenduota apsvarstyti galimybę vartoti naltreksoną ir taip išvengti narkomanijos recidyvo.

EMCDDA leidinys apie gydymą pasitelkiant heroiną

Gydymas pasitelkiant heroiną šiuo metu teikiamas maždaug 1 500 chroniškų probleminių opioidų vartotojų penkiose ES valstybėse narėse. Dauguma šių šalių, taip pat Šveicarija ir Kanada, atliko eksperimentinius bandymus šios rūšies gydymo pasekmėms įvertinti. 2011 m., remiamas tarptautinių mokslininkų ir gydytojų praktikų grupės, EMCDDA paskelbs tyrimą apie šios rūšies gydymą, kuriame bus apžvelgti pastaraisiais metais sukaupti moksliniai duomenys. Leidinyje taip pat bus apžvelgta gydymo pasitelkiant heroiną raida, tinkami sušvirkštimo būdai ir klinikinė praktika, bei apibūdinti kai kurie iš sunkumų, siejamų su šios gydymo rūšies taikymu. Taip pat bus bendrais bruožais išdėstyti būtiniausi kokybės standartai.

Siekiant išvengti buprenorfino švirkštimosi, buvo sukurtas kombinuotas buprenorfino ir naloksono preparatas (parduodamas suboksono pavadinimu). Vis dėlto jo

veiksmingumas, siekiant išvengti intraveninio buprenorfino vartojimo, dar nėra aiškus (Bruce *et al.*, 2009, Simojoki *et al.*, 2008).

7 skyrius

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas

Ivadas

Narkotikų vartojimas gali sukelti daug įvairių neigiamų padarinių, kaip antai nelaimingų atsitikimų, psichikos sveikatos sutrikimų, plaučių ligų, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimų, nedarbą ar būsto neturėjimą. Žalingos pasekmės ypač paplitusios tarp probleminių narkotikų vartotojų, kurių bendroji sveikatos būklė ir socialinė bei ekonominė padėtis gali būti gerokai prastesnė, palyginti su visais gyventojais.

Su tokia žala, visų pirma perdozavimu ir infekcinių ligų perdavimu, glaudžiai susijusios dvi narkotikų vartojimo formos – opioidų vartojimas ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Per pastaruosius du dešimtmečius Europos Sąjungoje užregistruotas mirtino perdozavimo atvejų skaičius lygus maždaug vienai mirčiai nuo perdozavimo kas valandą. Tyrimai taip pat rodo, kad per pastaruosius du dešimtmečius daug narkotikų vartotojų mirė dėl kitų priežasčių, kaip antai dėl AIDS ar savižudybės.

Vienas iš pagrindinių Europos kovos su narkotikais politikos uždavinių – mažinti su narkotikų vartojimu susijusį mirštamumą ir sergamumą. Pagrindiniai veiksmai, kurių imamasi šioje srityje, susiję su intervencinėmis priemonėmis, orientuojamomis į grupes, kurioms kyla didžiausia rizika, ir sutelkiamomis į elgsenas, kurios yra tiesiogiai siejamos su narkotikų keliamomis grėsmėmis.

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos

Infekcinės ligos, tokios kaip ŽIV ir hepatitas B ir C, yra vieni sunkiausių narkotikų vartojimo padarinių sveikatai. Netgi tose šalyse, kuriose ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nėra didelis, narkotikų vartotojai gali neproporcingai dažnai apsikrėsti kitomis infekcinėmis ligomis, įskaitant hepatitą A, B, C ir D, lytiniu būdu plintančias ligas, tuberkuliozę, stabligę, botulizmą, juodligę ir žmogaus T-limfotropinį virusą. EMCDDA nuolat

stebi švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sergamumą ŽIV ir hepatitu B bei C ⁽¹²³⁾.

ŽIV ir AIDS

Iki 2008 m. pabaigos užregistruotų naujų nustatytų ŽIV atvejų skaičius tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų daugumoje Europos Sąjungos šalių tebebuvo nedidelis, ir pasaulio mastu bendra padėtis ES atrodo teigiama (ECDC ir PSO Europos regiono biuras, 2009; Wiessing *et al.*, 2009). Tai gali būti bent iš dalies dėl to, kad plačiau taikomos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo priemonės, įskaitant gydymą pakaitalais bei adatų ir švirkštų keitimo programas (Wiessing *et al.*, 2009). Svarbią įtaką galėjo daryti ir kiti veiksniai, pavyzdžiui, kai kuriose šalyse nustatytas švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimas. Vis dėlto duomenys rodo, kad kai kuriose Europos šalyse ir regionuose ŽIV perdavimo lygis tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų buvo gana aukštas ir 2008 m., o tai rodo, kad reikia siekti taikyti ir veiksmingai įgyvendinti vietines prevencinės praktikos priemones.

ŽIV infekcijos paplitimo tendencijos

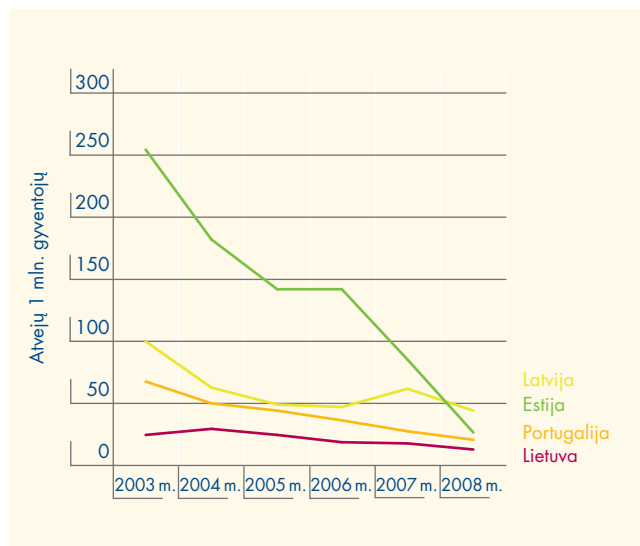
Turimi 2008 m. duomenys apie naujus užregistruotus su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusius nustatytus infekcijos atvejus rodo, kad užsikrėtimo lygis Europos Sąjungoje, 2001–2002 m. dėl ligos protrūkių Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje pasiekęs iki šiol aukščiausią lygį, apskritai tebemažėja ⁽¹²⁴⁾. 2008 m. 23 ES valstybėse narėse, apie kurias turima nacionalinių duomenų, bendras naujų nustatytų užsikrėtimo atvejų skaičius tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sumažėjo nuo 3,7 atvejo vienam milijonui gyventojų 2007 m. iki 2,6 atvejo ⁽¹²⁵⁾. Susirgimų mažėjimo tendencija tebevyravo visose keturiose šalyse, kuriose užregistruotas naujų nustatytų infekcijos atvejų skaičius buvo didžiausias (Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje ir Portugalijoje); Estijoje ir Latvijoje susirgimų gerokai sumažėjo (žr. 12 pav.). Estijoje susirgimų sumažėjo

⁽¹²³⁾ Dėl išsamesnės informacijos apie metodus ir apibrėžtis žr. 2010 m. statistikos biuletenį.

⁽¹²⁴⁾ Pranešimų apie ŽIV infekcijos atvejus teikimo procedūros pastaraisiais metais pasikeitė ir šiuo metu teikiami duomenys pagal infekcijos nustatymo metus, o ne pagal pranešimo metus (ECDC ir PSO Europos regiono biuras, 2009). Dėl to rodikliai kai kuriose šalyse yra mažesni ir jie galbūt tiksliau rodo faktinį paplitimą (pavyzdžiui, Portugalijoje). Tačiau kai kuriais atvejais paplitimas galėjo būti nepakankamai įvertintas ir dėl vėlavimo teikiant duomenis. Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-104 lentelę.

⁽¹²⁵⁾ Nacionalinių duomenų apie Daniją, Ispaniją, Italiją ir Austriją nėra.

12 pav. Naujų užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tendencijos keturiose ES valstybėse narėse, kuriose užregistruojama daug užsikrėtimų



Pastaba. Duomenys, pateikti iki 2009 m. spalio pabaigos.
Šaltiniai: ECDC ir PSO Europos regiono biuras.

nuo 86 atvejų vienam milijonui gyventojų 2007 m. iki 27 2008 m., Latvijoje – nuo 62 atvejų vienam milijonui gyventojų 2007 m. iki 44 2008 m.

Apskritai 2003–2008 m. ryškesnio naujų nustatytų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų padidėjimo nebūta, ir nurodomi paplitimo lygiai tebėra nedideli. Tačiau Bulgarijoje šis lygis tarp susižvirkščiančiųjų padidėjo nuo 0,0 naujų atvejų vienam milijonui gyventojų 2003 m. iki 6,8 atvejo 2008 m., o Švedijoje 2007 m. pasiektas aukščiausias 6,7 atvejo lygis ir tai rodo, kad ŽIV protrūkių tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali būti ir ateityje.

Stebint ŽIV paplitimą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse gauti duomenys apie tendencijas svariai papildo duomenis apie praneštus susirgimo ŽIV atvejus. Paplitimo 2003–2008 m. duomenys gauti iš 24 šalių ⁽¹²⁶⁾. Šešiolikoje šalių ŽIV paplitimo lygis tuo laikotarpiu liko nepakitęs. Septyniose šalyse (Bulgarijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Lenkijoje, Portugalijoje ir Norvegijoje) ŽIV paplitimo lygis sumažėjo (tendencija šešiose iš šių šalių pagrįsta nacionaline imtimi, o Prancūzijoje – penkių miestų duomenimis). Apie susirgimų padaugėjimą regionų mastu pranešta trijose šalyse: Bulgarijoje (Sofijoje), Italijoje (dviejuose iš 21 regiono) ir Lietuvoje (Vilniuje). Tačiau naujų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų šiose trijose šalyse nustatytų ŽIV infekcijos atvejų skaičius turi tendenciją mažėti.

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

Nepaisant spartaus mažėjimo tendencijų, 2008 m. užregistruotų naujų su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių nustatytų ŽIV infekcijos atvejų skaičius tebebuvo didelis Latvijoje (44 atvejai vienam milijonui gyventojų), Estijoje (27), Portugalijoje (20,7) ir Lietuvoje (12,5), o tai rodo, kad infekcijos perdavimo atvejai tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų šiose šalyse vis dar gana dažni.

Besitęsiantį ŽIV infekcijos perdavimą pastaraisiais metais taip pat patvirtina ir pranešimai apie didesnę nei 5 proc. ŽIV paplitimo lygį tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (tirtos 50 ar daugiau jaunesnių nei 25 metų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtys) keliose šalyse: Estijoje (du regionai 2005 m.), Prancūzijoje (penki miestai 2006 m.), Latvijoje (vienas miestas 2007 m.), Lietuvoje (vienas miestas 2006 m.) ir Lenkijoje (vienas miestas 2005 m.) ⁽¹²⁷⁾. Nors informaciją reikia vertinti atsargiai, nes kai kurios iš imčių yra nedidelės, duomenys rodo statistiškai reikšmingą ŽIV paplitimo tarp jaunų susižvirkščiančiųjų padidėjimą 2003–2008 m. Belgijoje (flamandų bendruomenėje) ir Bulgarijoje, o Švedijoje ir Ispanijoje, kaip galima matyti, paplitimas tuo laikotarpiu sumažėjo. Duomenys apie ŽIV paplitimą tarp neseniai pradėjusiųjų švirkštis (tų, kurie švirkščiasi narkotikus mažiau nei dvejus metus) taip pat patvirtina tikėtiną šios grupės sumažėjimą Švedijoje ⁽¹²⁸⁾.

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

Informacija apie AIDS paplitimą, nors tai ir nėra tikslus ŽIV perdavimo masto rodiklis, gali būti svarbus naujų šios simptominės ligos atsiradimo atvejų statistikos rodiklis. Didelis AIDS paplitimas gali reikšti, kad daugelis ŽIV infekuotų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų negauna labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo gana ankstyvais susirgimo etapais, kad toks gydymas būtų kuo veiksmingesnis. Neseniai atlikta apžvalga patvirtina, kad kai kuriose ES šalyse taip gali būti iki šiol (Mathers *et al.*, 2010).

Didžiausias AIDS paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra Estijoje, kurioje naujų atvejų skaičius sumažėjo nuo 33,5 vienam milijonui gyventojų 2007 m. iki apytiksliai 30,6 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų 2008 m. Apie santykinai daug AIDS atvejų taip pat

⁽¹²⁶⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-108 lentelę.

⁽¹²⁷⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-109 lentelę.

⁽¹²⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-110 lentelę.

pranešama Latvijoje, Lietuvoje, Portugalijoje ir Ispanijoje – atitinkamai 25,5, 10,7, 10,2 ir 8,9 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų. Tarp šių keturių šalių susirgimų mažėja Ispanijoje ir Portugalijoje, o Latvijoje ir Lietuvoje – ne ⁽¹²⁹⁾.

Hepatitis B ir C

Nors ŽIV infekcijos paplitimas didelis tik keliose ES valstybėse narėse, virusinis hepatitas, ypač hepatito C viruso (HCV) sukelta infekcija, tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų labai paplitęs visoje Europoje. Per 2007–2008 m. atliktus tyrimus nustatyta, kad HCV antikūnų lygis švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nacionalinėse imtyse kinta nuo maždaug 12 iki 85 proc., o aštuoniose iš 12 šalių pagal jų pateikiamus duomenis šis lygis viršija 40 proc. ⁽¹³⁰⁾. Trys šalys (Čekija, Vengrija ir Slovėnija) nurodo, kad jų nacionalinėse švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse vidutinis antikūnų lygis nesiekia 25 proc.; ir vis dėlto toks infekcijos paplitimo lygis vis vien kelia rimtą grėsmę visuomenės sveikatai.

Pačiose šalyse HCV paplitimo lygis gali gerokai skirtis – tai rodo ir skirtumus tarp regionų, ir imtimis apimamų

gyventojų charakteristikas. Pavyzdžiui, Italijoje įverčiai regionuose kinta nuo maždaug 31 iki 87 proc. (žr. 13 pav.).

Neseniai atlikti tyrimai (2007–2008 m.) rodo, kad HCV paplitimas tarp jaunesnių kaip 25 metų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir tų, kurie švirkščiamuosius narkotikus vartoja mažiau nei dvejus metus, labai skiriasi, o tai rodo, kad HCV paplitimas šiose grupėse nevienodas visoje Europoje ⁽¹³¹⁾. Vis dėlto tie patys tyrimai taip pat rodo, kad daugelis susišvirkščiančiųjų užsikrečia virusu ankstyvajame švirkštimosi etape. Tai reiškia, kad laiko tarpsnis, per kurį būtų galima imtis veiksmingų HCV prevencijos priemonių, yra labai neilgas.

Hepatito B viruso (HBV) antikūnų paplitimas taip pat labai skiriasi, galbūt iš dalies dėl skirtingų vakcinavimo lygių, nors įtakos taip pat gali turėti ir kiti veiksniai. Išsamiausių duomenų turima apie pagrindinio hepatito B antigeno antikūną (*anti-HBc*), kuris rodo buvusią infekciją. 2007–2008 m. keturios iš devynių šalių, teikiančių duomenis apie šio viruso paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, nurodė, kad *anti-HBc* paplitimas viršija 40 proc. ⁽¹³²⁾.

Pastebėta, kad HCV paplitimas mažėja devyniose šalyse ir didėja trijose kitose šalyse, o dar keturios šalys turi duomenų, rodančių abiejų rūšių tendencijas, nors duomenis reikia vertinti atsargiai, nes tam tikrais atvejais imčių dydis yra ribotas ⁽¹³³⁾. Iš jaunų susišvirkščiančiųjų (jaunesnių nei 25 metų) tyrimų matyti, kad paplitimo lygis dažniausiai yra stabilus, o kai kuriose šalyse nustatytos mažėjimo tendencijos, nors viename Graikijos regione (Atikoje) nustatytas padidėjimas. Tai patvirtina ir Graikijos duomenys apie neseniai pradėjusiuosius švirkštis (tuos, kurie švirkščiasi trumpiau nei dvejus metus) – ir Atikoje, ir nacionaliniu lygmeniu. Iš duomenų apie neseniai pradėjusiuosius švirkštis taip pat matyti padidėjimas Slovėnijoje, nors imčių dydžiai yra maži, ir sumažėjimas Portugalijoje (nacionaliniu mastu) bei Švedijoje (Stokholme).

Praneštų hepatito B ir C atvejų tendencijos rodo skirtingą vaizdą, bet jas sunku aiškinti, nes duomenys yra prastos kokybės. Tačiau tam tikros informacijos apie šių infekcijų epidemiologiją gali suteikti duomenys apie švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalį tarp visų praneštų atvejų, kuriais rizikos veiksniai yra žinomi (Wiessing et al., 2008). Hepatito B atveju švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis 2003–2008 m. sumažėjo aštuoniose iš septyniolikos šalių. Hepatito C atveju švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis

Juodligės protrūkis tarp heroino vartotojų Jungtinėje Karalystėje ir Vokietijoje

Juodligė yra ūmi užkrečiamoji liga, kurią sukelia bakterija *Bacillus anthracis*. Dažniausiai ją serga laukiniai ir naminiai gyvuliai, kai kuriose, daugiausia agrarinėse šalyse, tai yra endemija, bet Europoje ji pasitaiko labai retai.

2009 m. gruodžio mėn. Jungtinė Karalystė paskelbė įspėjimą, pranešdama apie juodligės protrūkį tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Škotijoje. Iki 2010 m. gegužės 31 d. Škotijoje patvirtinti 42 susirgimo atvejai, iš kurių trylika baigėsi mirtimi, taip pat patvirtinti trys atvejai (du mirtini) Anglijoje ir du (vienas mirtinas) Vokietijoje. Vokietijoje ir Anglijoje nustatyta juodligės atmaina nesiskyrė nuo nustatytosios Škotijoje, ir tai iš tikrųjų rodo, kad infekcijos šaltinis yra bendras. Be to, visi užregistruoti atvejai pasitaikė tarp heroino vartotojų, tad tikėtina, kad šaltinis yra užteršta heroino siunta. Tačiau heroino mėginiuose, kurie buvo ištirti Škotijoje iki 2010 m. gegužės mėn. pabaigos, juodligės sporų pėdsakų nerasta.

Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) ir EMCDDA atliko bendrus su šiuo protrūkiu susijusius rizikos vertinimus. Taip pat buvo skleidžiama reguliariai atnaujinama informacija ir vėliau gauta pranešimų apie su bendrais požymiais susijusius mirties atvejus tarp narkotikų vartotojų kitose šalyse. Tačiau paaiškėjo, kad šie atvejai nėra susiję su juodligės infekcija.

⁽¹²⁹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-1 pav. ir INF-104 lentelę (ii dalį).

⁽¹³⁰⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-111 lentelę.

⁽¹³¹⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-6 pav. (ii dalį ir iii dalį).

⁽¹³²⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-115 lentelę.

⁽¹³³⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-111 lentelę.

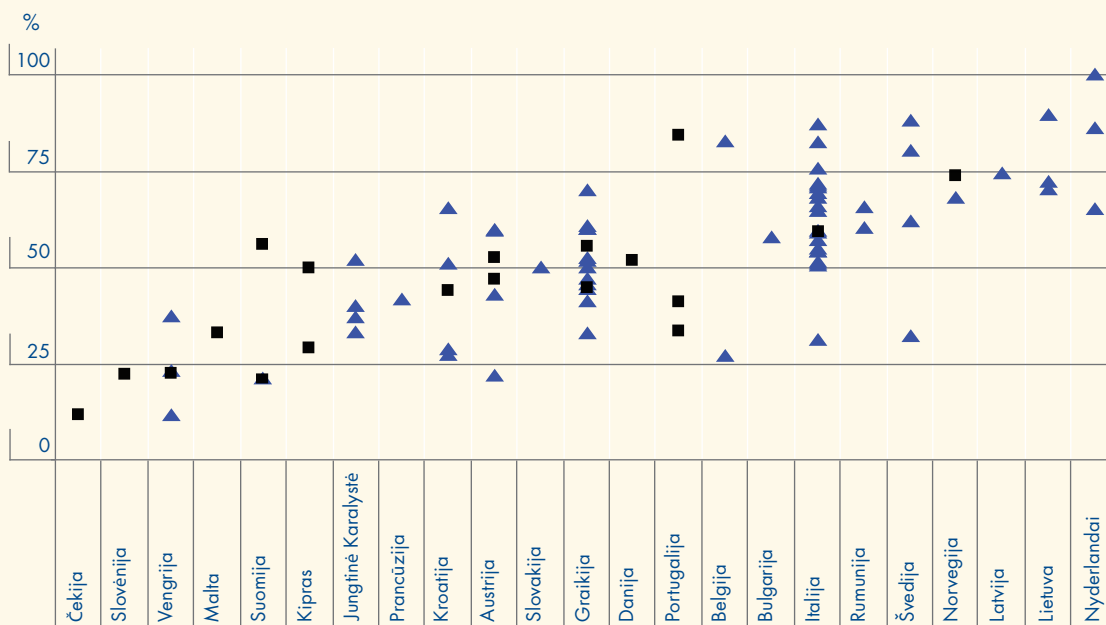
tarp atvejų, apie kuriuos pranešta, 2003–2008 m. sumažėjo šešiose šalyse ir padidėjo trijose kitose šalyse (Čekijoje, Maltoje ir Jungtinėje Karalystėje) ⁽¹³⁴⁾.

Infekcinių ligų prevencija ir jų atžvilgiu įgyvendinamos priemonės

Infekcinių ligų plitimo tarp narkotikų vartotojų prevencija yra svarbus Europos Sąjungos visuomenės sveikatos tikslas ir daugumos valstybių narių kovos su narkotikais politikos dalis. Šalys į infekcinių ligų plitimą tarp narkotikų vartotojų reaguoja derindamos įvairias priemones, įskaitant gydymą nuo narkomanijos, visų pirma priklausomybės nuo opioidų gydymą pakaitalais, sterilių švirkštimosi priemonių ir kitų reikmenų teikimą ir bendruomeninę veiklą, kuri apima informacijos teikimą, švietimą, testų atlikimą ir elgesio intervencines priemones, tam dažnai pasitelkiant socialinio darbo gatvėse ar „žemo slenksčio“ agentūras ⁽¹³⁵⁾. JT agentūros remia šias priemones, taip pat antiretrovirusinį gydymą ir tuberkuliozės nustatymą bei gydymą, kaip pagrindines ŽIV prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, jų gydymo ir priežiūros intervencines priemones (PSO, UNODC ir UNAIDS, 2009).

Nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio vidurio gydymo nuo narkomanijos ir žalos mažinimo priemonių taikymo mastas Europoje gerokai padidėjo. Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais ir adatų bei švirkštų keitimo programos šiuo metu taikomos visose šalyse, išskyrus Turkiją. Nors keliose šalyse šių intervencinių priemonių taikymas tebėra ribotas, apytikriai apskaičiuota, kad pakaitalais nuo priklausomybės nuo opioidų Europoje galbūt gydomas kas antras probleminis opioidų vartotojas (žr. 6 skyrių). Per neseniai atliktą apžvalgą (Kimber *et al.*, 2010) padaryta išvada, kad jau turima pakankamai įrodymų, jog taikant šios rūšies gydymą ŽIV perdavimo mastas sumažėja, o švirkščiantis, kaip nurodo patys susišvirkščiantieji, rizikingai elgiamasi rečiau; bet hepatito C perdavimo sumažėjimo duomenų yra mažiau. Tačiau per Amsterdame atliktą tyrimą grupėse nustatyta, kad „visavertis dalyvavimas“ ir adatų bei švirkštų keitimo programose, ir priklausomybės nuo opioidų gydyme pakaitalais siejosi su gerokai mažesniu ir ŽIV, ir HCV paplitimu tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (Van den Berg *et al.*, 2007), o per Jungtinėje Karalystėje neseniai atliktą tyrimą grupėse priklausomybės nuo opioidų

13 pav. HCV antikūnų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų



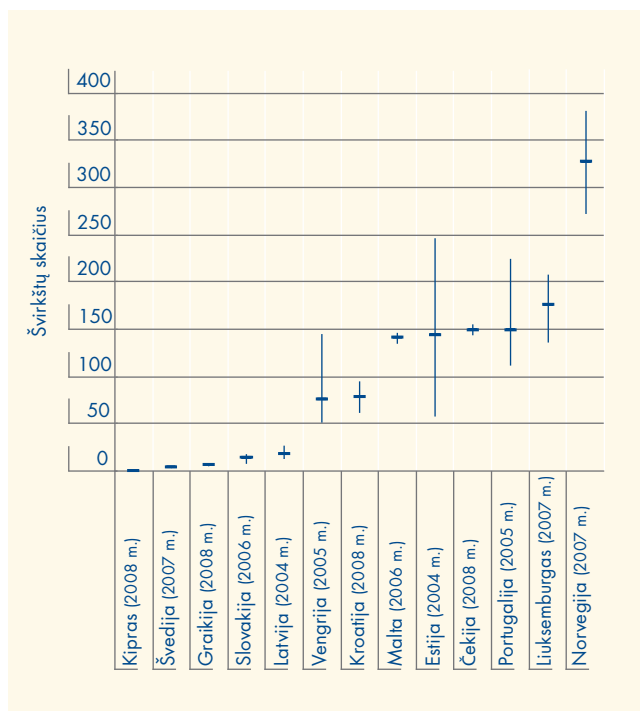
Pastaba. 2007 ir 2008 m. duomenys. Juodi kvadratai reiškia nacionalinio masto imtis, mėlyni trikampiai – subnacionalinio (vietos ar regiono) masto imtis. Skirtumus tarp šalių reikia vertinti atsargiai, nes skiriasi tyrimo vietų rūšys ir metodai, taip pat skiriasi atskirų šalių imčių sudarymo strategija. Šalys išrikiuotos paplitimo didėjimo tvarka remiantis nacionalinių duomenų, o jeigu jų nėra, subnacionalinių duomenų, vidurkiu. Papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio INF-6 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

⁽¹³⁴⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio lenteles INF-105 ir INF-106.

⁽¹³⁵⁾ Dėl papildomos informacijos apie nacionalinius prioritetus ir teikimo lygius žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-6 lentelę.

14 pav. Švirkštai, išdalyti pagal specializuotas programas (vienam nustatytam švirkščiamųjų narkotikų vartotojui)



Pastaba. Paremta švirkščiamųjų narkotikų vartojimo įverčiais nurodytais metais ir naujausiais turimais duomenimis apie švirkštų, išdalytų pagal specializuotas adatų ir švirkštų keitimo programas (2006–2008 m.), skaičių. Išsamias pastabas ir šaltinius galima rasti 2010 m. statistikos biuletenio HSR-3 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

gydymas pakaitalais buvo susietas su statistškai reikšmingu HCV paplitimo sumažėjimu (Craine *et al.*, 2009).

Intervencinės priemonės

Dažniausiai nurodomas prioritetas – galimybė gauti sterilių švirkštis reikmenų. Duomenų apie švirkštų teikimą pagal specializuotas adatų ir švirkštų keitimo programas 2007–2008 m. turima apie visas šalis, išskyrus keturias ⁽¹³⁶⁾. Iš pateiktų duomenų matyti, kad įgyvendinant šias programas išdaliama maždaug 40 mln. švirkštų per metus. Duomenis apie švirkštus teikiančiose šalyse tai sudaro vidutiniškai 80 švirkštų vienam nustatytam švirkščiamųjų narkotikų vartotojui.

Vidutinį vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojui per metus išduodamų švirkštų skaičių galima apskaičiuoti trylikoje šalių (žr. 14 pav.). Septyniose iš šių šalių vidutinis pagal specializuotas programas išdalytų švirkštų skaičius lygus mažiau nei 100 švirkštų vienam susišvirkščiančiajam, penkiose šalyse išdaliama nuo 140 iki 175 švirkštų, o Norvegija nurodo išdalianti daugiau kaip 320 švirkštų

vienam susišvirkščiančiajam ⁽¹³⁷⁾. JT agentūrų manymu, ŽIV prevencijai per metus išdalyti po 100 švirkštų vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra mažai, o 200 – daug (PSO, UNODC ir UNAIDS, 2009).

Australijoje, kurioje kasmet išdaliama 30 mln. švirkštų, neseniai atliktas adatų ir švirkštų keitimo programų išlaidų veiksmingumo tyrimas ir apytikriai apskaičiuota, kad nuo šių programų įgyvendinimo pradžios 2000 m. dėl jų buvo išvengta daugiau kaip 32 000 ŽIV infekcijos atvejų ir beveik 100 000 hepatito C atvejų (Nacionalinis ŽIV epidemiologijos ir klinikinių tyrimų centras, 2009).

Nauji 2008 m. 14 šalių duomenys rodo, kad švirkštų teikimas narkotikų vartotojams padidėjo Belgijoje (flamandų bendruomenėje), Čekijoje, Estijoje, Vengrijoje, Jungtinėje Karalystėje (Šiaurės Airijoje) ir Kroatijoje, taigi pasitvirtino ankstesnės tendencijos. Apie padidėjimą taip pat pranešta Portugalijoje ir Lietuvoje, kuriose anksčiau skaičiai buvo sumažėję. Apie sumažėjimą, palyginti su 2007 m., pranešta Graikijoje, Rumunijoje ir Slovakijoje, taip pat Liuksemburge ir Lenkijoje, kuriose mažėjimo tendencija buvo stebėta jau ankstesniais metais. Kipre narkotikų vartotojai šia programa nesinaudojo.

Įgyvendinant adatų ir švirkštų keitimo programas Europoje vis dažniau dalijami įvairūs kiti su švirkštis susiję reikmenys (pavyzdžiui, maišymo indai), siekiant išvengti jų dalijimosi. Pagal jas taip pat teikiami reikmenys, kurie gali būti naudojami vartojant narkotikus nešvirkščiamaisiais būdais, pavyzdžiui, pypkės ar aliuminio folija, siekiant skatinti vartotojus atsisakyti švirkštis. Kitą tokių priemonių pavyzdį pateikė Čekija, kurioje „žemo slenkščio“ agentūros pradėjo teikti metamfetaminą besišvirkščiantiems vartotojams kietas želatinos kapsules, kurias galima užpildyti narkotiku ir praryti.

Europos šalys pranešė apie naujausius pokyčius lėtinio hepatito nustatymo, prevencijos ir gydymo srityse – be kita ko, priimtose specialiosios programos arba veiksmų planai (pavyzdžiui, Danijoje, Prancūzijoje, Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje, Škotijoje ir Šiaurės Airijoje)). Taikomos intervencinės priemonės, be kita ko, susijusios su specialios informacinės medžiagos teikimu, pradėjusiesiems švirkštis ir jauniems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams skirtu saugesnio švirkštis mokymu, kurį teikia socialinio darbo gatvėse grupės (kaip antai Rumunijoje) arba tos pačios amžiaus grupės ar padėties asmenys (pavyzdžiui, Ispanijos ir Liuksemburgo kalėjimuose) ir lengvai prieinamu ir nemokamu konsultavimu bei tyrimų atlikimu. Jungtinė Karalystė taip pat praneša taikanti nenumatytą

⁽¹³⁶⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-6 lentelę ir 2010 m. statistikos biuletenio HSR-5 lentelę. Neturima Danijos, Vokietijos, Italijos ir Jungtinės Karalystės 2007–2008 m. duomenų apie švirkštų skaičių.

⁽¹³⁷⁾ Į šiuos skaičius neįtraukti pardavimai vaistinėse, kurios gali būti svarbus narkotikų vartotojų sterilių švirkštų šaltinis keliose šalyse.

aplinkybių valdymą, taip skatindama atlikti tyrimus. Pagal kitas priemones, apie kurias pranešama, siekiama išlaikyti nedidelį švirkštimosi lygį užtikrinant, kad vartotojai tęstų gydymą nuo narkomanijos, stengiamasi įtraukti su virusiniu hepatitu susijusias paslaugas į pagalbą narkotikų vartotojams teikiančių centrų asortimentą ir peržiūrėti HCV gydymo rekomendacijas siekiant sudaryti geresnes galimybes gauti tokį gydymą (kaip antai Čekijoje). Keletas šalių taip pat ėmėsi iniciatyvų, kuriomis siekiama gilinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikėjų (Austrijoje) ir visuomenės (pavyzdžiui, Vokietijoje, Airijoje ir Nyderlanduose) žinias apie lėtinį virusinį hepatitą ir didinti informacijos sklaidą šiuo klausimu.

Mirties nuo narkotikų atvejai ir mirštamumas

Narkotikų vartojimas yra viena iš pagrindinių jaunų žmonių sveikatos sutrikimų ir mirštamumo priežasčių Europoje ir jis gali būti susijęs su didele visų mirties atvejų tarp suaugusiųjų dalimi. Per tyrimus nustatyta, kad su opioidų vartojimu galima sieti nuo 10 iki 23 proc. 15–49 metų asmenų mirštamumo (Bargagli *et al.*, 2006; Bloor *et al.*, 2008).

Su narkotikų vartojimu siejamo mirštamumo sąvoka apima mirties atvejus, kai mirtį tiesiogiai arba netiesiogiai sukelia narkotikų vartojimas. Tai, be kita ko, apima mirties atvejus, kurių priežastis yra narkotikų perdozavimas (mirties dėl narkotikų atvejai), ŽIV (AIDS), eismo nelaimės, ypač kai kartu vartojama alkoholio, smurtas, savižudybės ir lėtinės ligos, kurias sukelia pakartotinis narkotikų vartojimas (pavyzdžiui, kokaino vartotojų širdies ir kraujagyslių ligos) (¹³⁸).

Mirties nuo narkotikų atvejai

1995–2007 m. laikotarpiu ES valstybės narės, Kroatija, Turkija ir Norvegija kasmet pranešdavo apie 6 400–8 500 mirties nuo narkotikų atvejų. 2007 m. beveik pusė visų mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešta, teko Jungtinei Karalystei ir Vokietijai. Mirštamumas nuo perdozavimo įvairiose šalyse nevienodas ir kinta nuo 2 iki kiek mažiau nei 85 mirčių vienam milijonui gyventojų nuo 15 iki 64 metų (vidutiniškai 21 mirties atvejis vienam milijonui gyventojų). Keturiolikoje iš dvidešimt aštuonių Europos šalių rodikliai didesni nei 20 mirties atvejų vienam milijonui gyventojų, o šešiose šalyse – didesni nei 40 mirties atvejų vienam

milijonui gyventojų. Mirties nuo perdozavimo atvejai sudarė 4 proc. visų mirties tarp 15–39 metų europiečių atvejų (¹³⁹). Mirties atvejų skaičius teritorijose, kuriose probleminis narkotikų vartojimas yra labiau paplitęs, gali būti neproporcingai didesnis. Pavyzdžiui, 2008 m. Škotijoje vienam milijonui gyventojų teko 112,5 mirties nuo narkotikų atvejo, t. y. gerokai daugiau, palyginti su visos Jungtinės Karalystės rodikliu (38,7 atvejo vienam milijonui gyventojų).

Įtakos nurodomam mirties nuo narkotikų skaičiui gali turėti narkotikų vartojimo paplitimas ir vartojimo būdai (švirkštimasis, kelių narkotikų vartojimas), narkotikų vartotojų amžius ir gretutinės ligos, galimybė pasinaudoti gydymo ir neatidėliotinos pagalbos paslaugomis, taip pat duomenų rinkimo ir teikimo kokybė. Padidėjus Europos mastu gaunamų duomenų patikimumui, pavyko geriau apibrėžti tendencijas, ir dauguma šalių jau yra priėmusios EMCDDA atitinkančių mirties nuo narkotikų atvejo apibrėžtį (¹⁴⁰). Vis dėlto šalys reikia lyginti atsargiai, nes mirties priežasties nustatymo ir pranešimų teikimo kokybė įvairiose šalyse nevienoda.

Mirties nuo opioidų atvejai

Heroinas

Opioidai, daugiausia heroinas arba jo metabolitai, minimi daugumoje mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama Europoje. Dvidešimtyje 2008 m. duomenų pateikusių šalių opioidams teko daugiau kaip trys ketvirtadaliai visų mirties nuo narkotikų atvejų (77–100 proc.), o vienuolikoje iš šių šalių ši dalis viršijo 85 proc. (¹⁴¹). Be heroino, dažnai aptinkama ir kitų medžiagų, įskaitant alkoholį, benzodiazepinus ar kitus opioidus, o kai kuriose šalyse – kokainą. Tai leidžia daryti prielaidą, kad didelė visų mirties nuo narkotikų atvejų dalis gali būti susijusi su kelių narkotikų vartojimu.

Nuo perdozavimo Europoje daugiausia miršta vyrai (81 proc.). Daugumoje šalių mirusiųjų vidutinis amžius – 35 metai, daugeliu atvejų amžiaus vidurkis didėja. Tai gali reikšti, kad jaunų heroino vartotojų skaičius galbūt stabilizuojasi arba mažėja, o probleminių opioidų vartotojų grupė sensta. Apskritai jaunesni negu 25 metų žmonės sudaro 13 proc. mirties nuo perdozavimo atvejų, apie kuriuos pranešama Europoje, nors Austrija, Rumunija ir Malta (nedideli mirties nuo narkotikų atvejų skaičiai) nurodo 40 proc. ar didesnę dalį. Tai gali reikšti, kad

(¹³⁸) Žr. įtrauką „Mirštamumas nuo narkotikų: sudėtinga koncepcija“ 2008 m. metinėje ataskaitoje.

(¹³⁹) Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (i dalį) ir lenteles DRD-5 (ii dalį) bei DRD-107 (i dalį).

(¹⁴⁰) Dėl išsamios metodinės informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenį.

(¹⁴¹) Dauguma mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama EMCDDA, susiję su opioidų (daugiausia heroino) perdozavimu, todėl pateikiamos bendrosios mirties atvejų, apie kuriuos pranešta, charakteristikos su heroino vartojimu susijusiems mirties atvejams apibūdinti ir išnagrinėti. Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-1 pav.

šiose šalyse heroiną ar švirkščiamuosius narkotikus vartoja jaunesni žmonės (¹⁴²).

Su mirtinu ir nemirtinu heroino perdozavimu siejama keletas veiksnių. Tai, be kita ko, yra švirkštimasis ir gretutinis kitų medžiagų, visų pirma alkoholio, benzodiazepinų ir tam tikrų antidepresantų, vartojimas. Su perdozavimu taip pat yra susiję „maratoninis“ narkotikų vartojimas, sergamumas gretutinėmis ligomis, būsto neturėjimas, prasta psichikos sveikatos būklė (pavyzdžiui, depresija), nesinaudojimas gydymu nuo narkomanijos, perdozavimas praeityje ir buvimas be kitų žmonių perdozavimo metu (Rome et al., 2008). Kaip rodo daug ilgalaikių tyrimų, ypač didelis perdozavimo pavojus gresia iš karto išėjus iš kalėjimo arba po gydymo nuo narkomanijos (PSO, 2010).

Kiti opioidai

Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitalais gerokai sumažina mirtino perdozavimo pavojų. Pavyzdžiui, kaip nustatyta per Norvegijoje atliktą tyrimą, kuriame dalyvavo 3 800 asmenų, kurie buvo stebimi iki septynerių metų, mirštamumas gydymo metu sumažėjo, palyginti su laikotarpiu prieš gydymą. Gerokai sumažėjo ir mirties nuo perdozavimo (santykinė rizika 0,2) ir mirštamumo nuo visų priežasčių (santykinė rizika 0,5) rizika (Clausen et al., 2008).

Kasmet taip pat pranešama apie mirtis, susijusias su priklausomybės nuo opioidų gydymui pakaitalais taikytomis medžiagomis. Tai susiję su tuo, kad šios rūšies gydymas taikomas dideliame narkotikų vartotojų skaičiui, bet tai nereiškia, kad šios medžiagos sukėlė mirtį. Pakaitalais gydomų pacientų mirtį nuo perdozavimo gali lemti narkotikų derinimas, nes kai kurie gydomi pacientai tebevartoja gatvėje parduodamus opioidus, vartoja daug alkoholio kartu su jiems skirtomis psichoaktyviomis medžiagomis. Tačiau dauguma mirties dėl pakaitalų (dažnai vartojamų kartu su kitomis medžiagomis) atvejų pasitaiko tarp žmonių, kurie nėra gydomi pakaitalais (Heinemann et al., 2000).

Mirčių apsinuodijus buprenorfinu pasitaiko retai, nors šis preparatas vis plačiau taikomas Europoje gydymui pakaitalais (žr. 6 skyrių). Tačiau Suomijoje atliekant teismo medicinos tyrimus buprenorfino, palyginti su kitais opioidais, tebeaptinkama dažniausiai, bet paprastai kartu su kitomis medžiagomis, pavyzdžiui, alkoholiu, amfetaminu, kanapėmis ir vaistais, arba šis preparatas buvo švirkščiamas.

Estijoje dauguma 2007 ir 2008 m. užregistruotų mirties nuo narkotikų atvejų buvo susiję su 3-metilfentanilo

Nemirtini opioidų perdozavimo atvejai

Tyrimų ataskaitose pranešama, kad perdozavimą yra patyrę dauguma opioidų vartotojų (paprastai 50–60 proc.), nuo 8 iki 12 proc. patyrė perdozavimą per praėjusius šešis mėnesius, o kai kurie vartotojai yra perdozavę daugiau nei kartą. Apytikriai apskaičiuota, kad kiekvienai mirčiai nuo narkotikų tenka nuo 20 iki 25 nemirtino perdozavimo atvejų. Europoje kasmet pasitaikančių nemirtino perdozavimo atvejų skaičiaus negalima tiksliai apskaičiuoti, nes stebėsenos mastas labai ribotas, o įvairios šalys gali taikyti nevienodas apibrėžtis. Vis dėlto turima informacija rodo, kad Europoje kasmet gali būti nuo 120 000 iki 175 000 nemirtino perdozavimo atvejų.

Perdozavimo patyrimas gerokai padidina mirties riziką perdozavus kitą kartą (Stoové et al., 2009). Be to, dėl nemirtino perdozavimo gali atsirasti įvairių ligų, įskaitant plaučių funkcijos surikimą, plaučių uždegimą ir raumenų sutrikimą. Perdozavimas taip pat gali sukelti neurologinę žalą, o patirtų perdozavimo atvejų skaičius aiškiai pranašauja pažintinės funkcijos blogėjimą. Apskritai sergamumas greičiausiai būna didesnis tarp vyresnio amžiaus, labiau patyrusių ir nuo narkotikų priklausomų vartotojų (Warner-Smith et al., 2001).

Siekiant išvengti mirties, ypač svarbu anksti atpažinti, kad opioidų perdozuota ir kreiptis į skubios pagalbos tarnybas. Kreipiantis į skubos pagalbos tarnybas, taip pat gydantis nuo ūmaus apsinuodijimo galima gauti informacijos apie perdozavimo prevenciją ir siuntimą konsultuotis bei gydytis.

Nemirtino perdozavimo atvejų stebėseną gali leisti kryžminiu būdu tikrinti informaciją apie su narkotikais susijusius mirties atvejus. Pavyzdžiui, Čekijoje 2001–2008 m. dėl nemirtino opioidų perdozavimo į ligoninę paguldytų narkotikų vartotojų skaičius sumažėjo ir tuo pat laikotarpiu sumažėjo mirties nuo opioidų atvejų. O su metamfetamino vartojimu susijusių nemirtino perdozavimo ir mirties atvejų skaičiai tuo laikotarpiu padidėjo.

vartojimu. Suomijoje nustatyta opioidų, tokių kaip oksikodonas, tramadolas ar fentanilas, pėdsakų, nors nebuvo nurodyta, kad būtent šie narkotikai sukėlė mirtį.

Mirties nuo kitų narkotikų atvejai

Ūmaus apsinuodijimo kokainu sukeltų mirčių pasitaiko palyginti retai (¹⁴³). Tačiau apibrėžti ir nustatyti kokaino perdozavimo atvejus yra gerokai sunkiau, palyginti su opioidų perdozavimo atvejais, tad gali būti, kad tikrovėje tokių atvejų gali būti daugiau, negu pranešama.

2008 m. penkiolikoje šalių užregistruota maždaug 1 000 su kokainu susijusių mirties atvejų. Yra ženklų, kad Europos šalyse užregistruojamų mirties nuo narkotikų

(¹⁴²) Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-2 ir DRD-3 pav. bei DRD-1 lentelę (i dalį).

(¹⁴³) Žr. įtrauką „Mirties dėl kokaino atvejai“.

Mirties nuo kokaino atvejai

Mirtis nuo kokaino yra kur kas sudėtingesnis reiškinys, palyginti su opioidų perdozavimo atvejais, kuriems būdingos palyginti aiškos klinikinės apraiškos. Taigi daugelis kokaino sukeltų mirties atvejų dėl jų apraiškų pobūdžio ir dėl socialinių aukų charakteristikų gali nepatekti į policijos ar teismo medicinos ekspertų dėmesio akiratį.

Kokaino vartojimas gali sukelti mirtį dėl įvairių priežasčių. Pasitaiko gryno kokaino farmakologinio perdozavimo atvejų, bet mirtino perdozavimo atvejai paprastai siejami tik su didžiulio narkotiko kiekio nurijimu. Daugumą su kokaino vartojimu siejamų mirties atvejų sukelia miokardo infarktas arba insultas (Sporer, 1999). Šie atvejai nuo dozės nepriklauso – jų gali pasitaikyti ir tarp vartotojų, vartojančių narkotiką tik retkarčiais arba nedidelėmis dozėmis, ypač jeigu žmonės jau turi širdies ir kraujagyslių sistemos ar smegenų kraujotakos sutrikimų. Tačiau dauguma mirties atvejų, kuriais nustatoma, kad buvo vartotas kokainas, pasitaiko tarp probleminių vartotojų, turinčių dėl chroniško narkotikų vartojimo atsiradusių patologijų (vainikinių arterijų aterosklerozę, skilvelių hipertrofiją ar kitų sutrikimų) (Darke *et al.*, 2006). Būklę gali dar pabloginti alkoholio vartojimas (Kolodgie *et al.*, 1999) ir tabako rūkymas. Nežinomoje su kokainu susijusių mirties atvejų dalyje ryšys su narkotiko vartojimu gali būti neatpažintas, nes stokojama klinikinio specifiškumo, o mirtis gali ištikti nuo ūmaus sutrikimo praėjus kelioms dienoms ar savaitėms. Dėl reguliaraus kokaino vartojimo atsiradusios patologijos taip pat gali padidinti vėlesnio kitų veiksmų išprovokuoto miokardo infarkto riziką – panašiai kaip tabako vartojimas.

Vertinant su kokainu susijusių tikrąjį sveikatos sutrikimų ir gyvybės netekimo naštą susiduriama su specifiniais sunkumais ir reikia kitokių nei taikomi mirties nuo opioidų perdozavimo atvejams metodų.

atvejų, kai nustatoma kokaino pėdsakų, vis daugėja, bet Europos tendencijos apibūdinti neįmanoma, nes turimi duomenys yra nepakankamai palyginami. Per kelerius pastaruosius metus su kokainu susijusių mirties atvejų skaičius dviejose šalyse, kuriose kokaino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų yra didžiausias, gerokai padidėjo. Ispanijoje 2002–2007 m. gerokai padaugėjo mirties atvejų, kai rasta kokaino pėdsakų ir nenustatyta opioidų. Jungtinėje Karalystėje mirties liudijimų, kuriuose minimas kokainas, padaugėjo du kartus – nuo 161 atvejo 2003 m. iki 325 2008 m.

Apie mirties nuo ekstazio atvejus pranešama retai, ir dažniausiai šis preparatas nebuvo įvardytas kaip tiesioginė mirties priežastis⁽¹⁴⁴⁾. Duomenys apie mirties atvejus, susijusius su šiomis dviem medžiagomis, pateikiami

EMCDDA 2010 m. pasirinktoje temoje apie probleminių amfetamino ir metamfetamino vartojimą.

Mirštamumo nuo narkotikų tendencijos

Mirčių nuo narkotikų Europoje labai padaugėjo XX a. 9-ąjį dešimtmetį ir 10-ojo dešimtmečio pradžioje (tuo pat metu išaugo ir heroino vartojimo bei narkotikų švirkštimosi mastas) ir nuo to laiko šis rodiklis tebebuvo didelis⁽¹⁴⁵⁾.

2000–2003 m. laikotarpiu dauguma ES valstybių narių nurodė, kad mirčių sumažėjo (23 proc.), bet 2003–2007 m. jų padaugėjo (11 proc.). Turimi išankstiniai 2008 m. duomenys rodo, kad bendras rodiklis bent jau buvo lygus ankstesnių metų rodikliui, o apie mirčių skaičiaus padidėjimą pranešė vienuolika iš aštuoniolikos šalių, kuriose šiuos duomenis įmanoma palyginti. Jungtinėje Karalystėje ir Vokietijoje, kurioms tenka didžioji dalis Europoje užregistruojamų mirties atvejų, tokių atvejų kasmet laipsniškai daugėja nuo atitinkamai 2003 ir 2006 m. Kitos šalys (pavyzdžiui, Prancūzija, Suomija ir Norvegija) taip pat praneša apie mirtinų atvejų skaičiaus augimą.

Sunku paaiškinti, kodėl mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama, skaičiai tebėra stabilūs, ypač atsižvelgiant į požymius, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimas mažėja, o opioidų vartotojų, kurie kreipiasi dėl gydymo ir į žalos mažinimo tarnybas, daugėja. Be kita ko, galimi šie paaiškinimai, kuriuos būtina toliau nagrinėti: vis platesniu mastu vartojami keli narkotikai (EMCDDA, 2009d) ar dažnėja rizikingo elgesio atvejų; daugėja iš kalėjimo paleistų ar gydymą užbaigusių ir narkotikus vėl pradėjusių vartoti opioidų vartotojų; sensta narkotikų vartotojų grupė, kurioje galbūt yra ir labiau pažeidžiamų ilgą laiką narkotikus vartojančių narkomanų. Pavyzdžiui, keletas šalių (kaip antai Vokietija, Ispanija ir Jungtinė Karalystė) nurodo, kad vyresnių nei 35 metų asmenų dalis tarp mirties atvejų padidėjo, o tai rodo vidutinio amžiaus mirties nuo narkotikų atvejais didėjimo tendenciją (žr. 15 pav.).

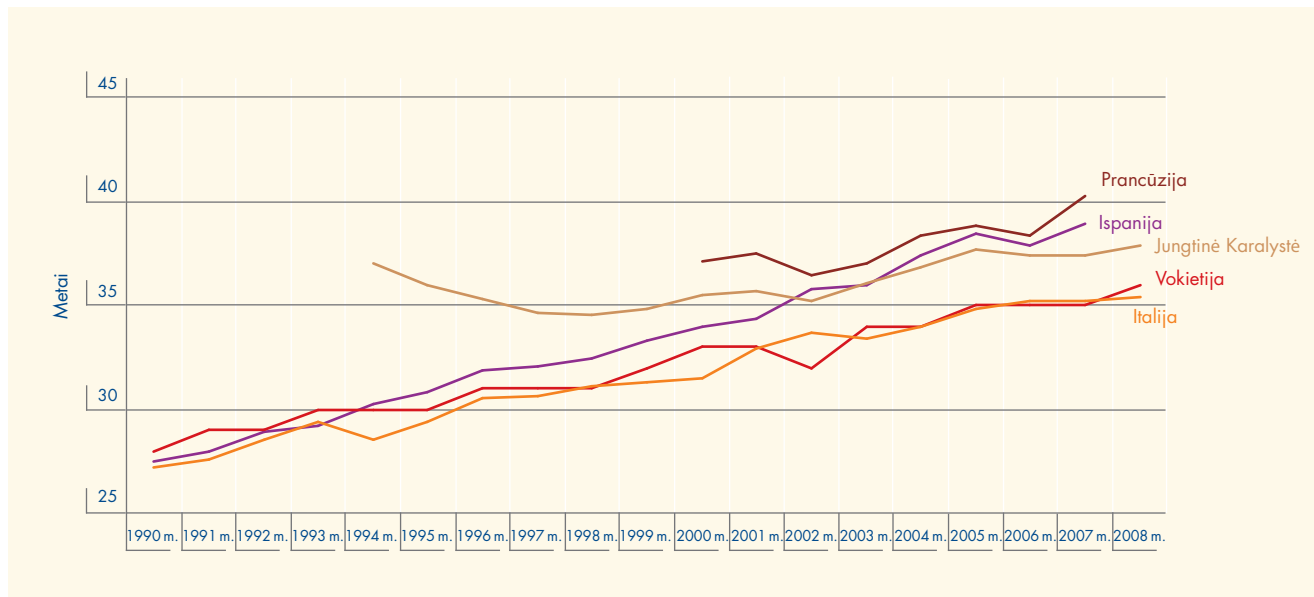
Bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas

Bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas apima mirtis dėl narkotikų ir tuos mirties atvejus, kuriuos narkotikų vartojimas sukelia netiesiogiai, pavyzdžiui, dėl infekcinių ligų perdavimo, širdies bei kraujagyslių ligų ir nelaimingų atsitikimų. Su narkotikų vartojimu netiesiogiai susijusių mirčių skaičių sunku vertinti, bet jo poveikis visuomenės sveikatai gali būti reikšmingas. Mirčių nuo narkotikų daugiausia būna tarp probleminių narkotikų vartotojų, nors jų gali pasitaikyti ir tarp vartojančiųjų narkotikus tik retkarčiais (pavyzdžiui, eismo nelaimės).

⁽¹⁴⁴⁾ Dėl duomenų apie mirties atvejus, susijusių su kitokiais nei heroinas narkotikais žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-108 lentelę.

⁽¹⁴⁵⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-8 ir DRD-11 pav.

15 pav. Vidutinio amžiaus mirties nuo narkotikų atvejų tendencijos kai kuriose Europos šalyse



Pastaba. Papildomos informacijos žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-3 pav. Jungtinės Karalystės duomenys pagrįsti kovos su narkotikais strategijoje pateikta apibrėžtimi.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Bendro su narkotikų vartojimu susijusio mirštamumo įverčiai gali būti nustatyti įvairiais būdais, pavyzdžiui, suderinant per mirštamumo tyrimus grupėse gautą informaciją su narkotikų vartojimo paplitimo įverčiais. Taikant kitą metodą, pagal turimus bendrojo mirštamumo statistinius duomenis apskaičiuojama su narkotikų vartojimu susijusi dalis.

Mirštamumo tyrimai grupėse

Per mirštamumo tyrimus grupėse ilgą laiką stebimos tos pačios probleminių narkotikų vartotojų grupės ir, remiantis mirštamumo registrais, bandoma nustatyti visų grupėje pasitaikančių mirčių priežastis. Per šios rūšies tyrimus gali būti nustatyti ir bendro mirštamumo grupėje, ir mirštamumo nuo konkrečios priežasties rodikliai, taip pat – apskaičiuota, kiek mirštamumo grupėje lygis yra didesnis už atitinkamą visų gyventojų rodiklį ⁽¹⁴⁶⁾.

Atsižvelgiant į aplinką, kurioje atrenkami grupės dalyviai (pavyzdžiui, gydymo nuo narkomanijos centrai), ir įtraukimo į tyrimą kriterijus (kaip antai švirkščiamųjų narkotikų vartotojus), per daugumą tyrimų grupėse nustatyti mirštamumo tarp probleminių narkotikų vartotojų dydžiai sudaro 1–2 proc. per metus. Šie mirštamumo rodikliai yra apytikriai nuo 10 iki 20 kartų didesni, palyginti su atitinkamais rodikliais toje pat visų gyventojų amžiaus grupėje. Santykinė įvairių mirties priežasčių svarba įvairiose šalyse laikui bėgant skiriasi. Tačiau pagrindinė mirties tarp probleminių narkotikų vartotojų

priežastis paprastai yra narkotikų perdozavimas, kuris sudaro iki 50–60 proc. mirties atvejų tarp susižavėjęjų mažo ŽIV (AIDS) paplitimo šalyse. Be ŽIV (AIDS) ir kitų ligų, tarp dažnai nurodomų mirties priežasčių minimos savižudybės ir piktnaudžiavimas alkoholiu. Pavyzdžiui, per Stokholme neseniai atliktą tyrimą nustatyta, kad 17 proc. mirties atvejų grupėje, kurią sudarė daugiausia opioidų vartotojai, buvo savižudybės, o 15 proc. atvejų buvo atsitiktinės mirtys. Alkoholio vartojimas buvo susijęs su 30 proc. mirties atvejų (Stenbacka *et al.*, 2010).

Mirties dėl netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių priežasčių atvejai

Suderinęs turimus Eurostato ir ŽIV (AIDS) stebėsenos duomenis, EMCDDA apytikriai apskaičiavo, kad 2007 m. Europos Sąjungoje nuo ŽIV (AIDS), kurį sukėlė narkotikų vartojimas, mirė maždaug 2 100 žmonių ⁽¹⁴⁷⁾, ir 90 proc. šių mirčių pasidalijo Ispanija, Prancūzija, Italija ir Portugalija. 1996 m. pradėjus taikyti labai aktyvų antiretrovirusinį gydymą, mirštamumas nuo ŽIV (AIDS) pastebimai sumažėjo daugumoje ES valstybių narių, bet Estijoje ir Latvijoje nuo 2003 m. didėjo. Kaip pranešama, mirštamumo nuo ŽIV (AIDS) rodikliai tarp narkotikų vartotojų yra didžiausi Portugalijoje, kiek mažesni (mažėjimo tvarka) Estijoje, Ispanijoje, Latvijoje ir Italijoje; daugumoje kitų šalių rodikliai yra nedideli ⁽¹⁴⁸⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ Dėl informacijos apie mirštamumo tyrimus grupėse žr. EMCDDA interneto svetainės skiltį „Pagrindiniai rodikliai“.

⁽¹⁴⁷⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-5 lentelę (iii dalį).

⁽¹⁴⁸⁾ Žr. 2010 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (ii dalį).

Dalį mirčių tarp narkotikų vartotojų sudaro lėtinės ligos, kaip antai kepenų ligos, daugiausia dėl hepatito C (HCV) infekcijos; bendrą būklę dažnai dar pablogina didelių alkoholio kiekių vartojimas ir užsikrėtimas ŽIV. Mirčių, kurias sukelia kitos infekcinės ligos, pasitaiko rečiau. Neinfekcinio pobūdžio mirties priežastys dažniausiai būna vėžys ir širdies bei kraujagyslių ligos ⁽¹⁴⁹⁾.

Į kitas mirčių tarp narkotikų vartotojų priežastis kreipiamas gerokai mažiau dėmesio, nors ir yra požymių, kad jos daro didelį poveikį mirštamumui. Per neseniai atliktą PSO tyrimą (Degenhardt *et al.*, 2009) apytikriai apskaičiuota, kad Europoje savižudybės ir traumos gali sudaryti maždaug trečdalį mirčių, priskirtinų probleminei narkotikų vartojimui, o tai reikštų kelis tūkstančių mirčių kasmet. Kalbant apie savižudybes, apžvelgus literatūrą (Darke ir Ross, 2002) nustatyta, kad heroino vartotojams gresianti mirties nuo savižudybės rizika yra 14 kartų didesnė, palyginti su visais gyventojais.

Informacijos apie mirties atvejų, susijusių su vairavimu apsvaigus nuo narkotikų, skaičių tebėra nedaug. Kai kurie tyrimai rodo, kad nelaimingų atsitikimų rizika, susijusi su neteisėtų narkotikų vartojimu, yra didesnė, o bendrai vartojant narkotikus ir alkoholį sutrikimas būna dar didesnis (EMCDDA, 2008b).

Mirštamumo dėl narkotikų mažinimas

Penkiolika Europos šalių praneša, kad viena iš jų nacionalinės kovos su narkotikais strategijos dalių skirta mirštamumui dėl narkotikų mažinti, kad tokia politika vykdoma regionų lygmeniu arba kad jos yra parengusios specialųjį mirštamumo dėl narkotikų prevencijos veiksmų planą. Austrija nurodo rengianti strategijos dokumentą.

Intervencinės priemonės

Gydymas gerokai sumažina narkotikų vartotojų mirštamumo riziką (Davoli *et al.*, 2007), nors pradendant gydymą ar užbaigus gydymą kyla su narkotikų toleravimu susijusi rizika. Tyrimai rodo, kad mirties nuo narkotikų rizika dėl atkryčio po gydymo arba pirmosiomis savaitėmis po paleidimo iš kalėjimo yra gerokai didesnė. Atsižvelgęs į tai, PSO Europos regiono biuras paskelbė rekomendacijas dėl perdozavimo prevencijos kalėjimuose ir priežiūros tęstinumo išėjus į laisvę gerinimo (PSO, 2010).

Danija ir Norvegija, atsižvelgusios į buprenorfino farmakologinio saugumo pobūdį, neseniai savo rekomendacijose dėl gydymo pakaitalais priskyrė šį preparatą prie prioritetinių medžiagų. Ispanija, siekdama mažinti mirštamumą nuo narkotikų, neseniai patvirtino

kombinuotą buprenorfino ir naloksono preparatą nacionalinės sveikatos sistemos įgyvendinamose gydymo pakaitalais programose dalyvaujantiems pacientams gydyti.

Didėjant gydymo nuo narkomanijos prieinamumui, išnagrinėtos ir kitos intervencinės priemonės, kuriomis siekiama mažinti narkotikų vartotojams gresiančią perdozavimo riziką. Taikant šias intervencines priemones žvelgiama į asmeninius, situacinius ir su narkotikų vartojimu susijusius veiksnius. Per neseniai atliktą faktinių duomenų apžvalgą (Rome *et al.*, 2008) rekomenduota didinti bendrosios praktikos gydytojų informuotumą apie pavojus, kurie kyla vienu metu skiriant daug preparatų, visų pirma antidepresantų. Priemonių, kuriomis siekiama kontroliuoti didelio vaistų skaičiaus skyrimą pakaitalais gydomiems pacientams ir taip mažinti atvejų, kuriais prireikia skubios medicininės pagalbos ir kurie susiję su benzodiazepinų vartojimu, skaičių, imtasi Liuksemburge.

Kaip pranešama, dažniausiai taikoma intervencinė priemonė, kuria siekiama mažinti mirštamumą nuo narkotikų Europoje, susijusi su informacinės medžiagos teikimu ⁽¹⁵⁰⁾. Daugelis šalių praneša taikančios narkotikų vartotojų ir jų kaimynų, draugų ir šeimų, taip pat su narkotikų vartotojais dirbančių paslaugų teikėjų švietimo priemonės perdozavimo prevencijos, atpažinimo ir atsako klausimais. Tačiau šios intervencinės priemonės dažnai taikomos sporadiškai ir ribotai.

Po fentanilo perdozavimo epidemijos Estijos ekspertai dabar ragina imtis įgyvendinti šalyje perdozavimo prevencijos programas. Belgija, Čekija, Estija ir Nyderlandai praneša apie šalyse veikiančias ankstyvojo įspėjimo sistemas, kuriose per „žemo slenksčio“ agentūras, prieglaudas ar gydymo centrus renkama ir skleidžiama informacija apie naujus narkotikus arba pavojingus jų derinius. Nyderlanduose 2009 m. išbandyta su narkotikais susijusių ūmaus poveikio sveikatai atvejų stebėsenos sistema, kuri šiuo metu yra plečiama.

Taikant metodą, pagal kurį mokoma, kaip elgtis perdozavimo atveju, ir išduodant naloksono, kuris panaikina opioidų poveikį, dozę išsinešti į namus, būtų galima išgelbėti daug gyvybių. Ši intervencinė priemonė skirta narkotikų vartotojams ir jų šeimoms, žmonėms, kurie galėtų būti su vartotoju jam perdozavus, ir tuo būdu siekiama sudaryti jiems sąlygas imtis veiksmingų priemonių laukiant, kol atvyks pirmos pagalbos tarnybos. Tyrimai rodo, kad apmokytieji įgijo daugiau žinių apie perdozavimo ženklus ir labiau pasiklovė naloksono vartojimu. 2009 m. Anglijoje pradėta įgyvendinti projektą, pagal kurį 950 narkotikų vartotojų šeimos narių teikiami

⁽¹⁴⁹⁾ Visų pirma susiję su kokaino vartojimu, žr. skirsnį „Kokaino vartojimo padariniai sveikatai“ 5 skyriuje.

⁽¹⁵⁰⁾ Žr. 2009 m. statistikos biuletenio HSR-8 lentelę.

paketai su naloksonu užpildytu švirkštu. Paketai, kuriuose yra vienkartinį naloksono inektorių, tęsiant tyrimą, taip pat išduodami iš kalėjimo Anglijoje, Škotijoje ir Velse paleidžiamiems opioidų vartotojams. Italijoje užpildyti švirkštai teikiami per narkotikų agentūras, jie taip pat naudojami per Portugalijoje atliekamą tyrimą ir jau pradėti naudoti Bulgarijoje. Kopenhagoje įgyvendinant projektą, kuriam vadovauja narkotikų vartotojas, pradėta teikti naloksono nosies purškalą.

Įrengus prižiūrimas narkotikų vartojimo patalpas, galima skubiai imtis veiksmų pasireiškus pirmiesiems perdozavimo požymiams. Iš šių centrų duomenų matyti, kad tokiose patalpose pasitaikantys narkotikų perdozavimo atvejai yra sėkmingai valdomi ir mirtino perdozavimo atvejų neužregistruota. Teikiant neatidėliotiną pagalbą taip pat sumažėja nemirtino perdozavimo poveikis, įskaitant nepataisomą žalą smegenims ir kitiems gyvybiškai svarbiems organams, dėl hipoksijos (Hedrich *et al.*, 2010).

8 skyrius

Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos

Įvadas

Naujos psichoaktyvios medžiagos ir nauji narkotikų vartojimo būdai, nors pirmiausia pasireiškia tik nedidelėse socialinėse grupėse ar tik keliose vietovėse, gali daryti didelį poveikį visuomenės sveikatai ir kovos su narkotikais politikai. Laiku teikti politikos formuotojams, specialistams ir platesnei visuomenei objektyvią informaciją apie naujas grėsmes yra metodiškai ir praktiškai sudėtinga. Bet, žvelgiant į Europos narkotikų problemą, kuri tampa vis dinamiškesnė ir kinta vis sparčiau, ši užduotis tampa vis svarbesnė. Sukurta Europos Sąjungos ankstyvojo įspėjimo sistema, kuri veikia kaip greitojo reagavimo į naujų psichoaktyvių medžiagų atsiradimą narkotikų srityje mechanizmas.

Pastaraisiais metais atsirado daug naujų nereguliuojamų sintetinių junginių. Šios medžiagos parduodamos internete kaip „teisėti narkotikai“ (angl. *legal highs*) ir yra skirtos apeiti narkotikų kontrolę. Taikant dabartinius naujų psichoaktyvių medžiagų stebėsenos ir kontrolės požūrius, šios medžiagos kelia sunkumų. Kaip apžvelgta šiame skyriuje, per pastaruosius dvejus metus atsirado naujų rūkomų žolinių produktų su sintetiniais kanabinoidais ir labiau paplito įvairių sintetinių katinonų vartojimas.

Veiksmai naujų narkotikų srityje

2009 m. per Europos ankstyvojo įspėjimo sistemą oficialiai pranešta apie 24 naujas sintetines psichoaktyvias medžiagas – daugiau nei kuriais nors ankstesniais metais. Šį padidėjimą labiausiai lėmė pernai nustatyti devyni nauji sintetiniai kanabinoidai. 2009 m. taip pat pranešta apie naujas cheminės šeimoms, kuriose paprastai kuriami nauji psichoaktyvieji narkotikai, priklausančias medžiagas: penkis fenetilaminus, du triptaminus ir keturis sintetinius katinonus. Apie naujus piperazinus ar psichoaktyvių savybių turinčius augalus nepranešta.

Nuo ankstyvojo įspėjimo sistemos sukūrimo 1997 m. EMCDDA ir Europolui pranešta apie daugiau kaip 110 medžiagų. Per pastaruosius penkerius metus atsirado naujų medžiagų grupių. Tai, be kita ko, yra įvairūs piperazinai, sintetiniai katinonai ir sintetiniai kanabinoidai.

Naujų psichoaktyvių medžiagų stebėseną Europoje

Tarybos sprendimu dėl naujų psichoaktyvių medžiagų ⁽¹⁾ nustatyta Europos greito keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, kurios gali kelti pavojų visuomenės sveikatai ir socialinio pobūdžio pavojų, priemonė (EMCDDA, 2007b). Pagrindinis vaidmuo įgyvendinant ankstyvojo įspėjimo sistemą skirtas EMCDDA ir Europolui, kurie glaudžiai bendradarbiauja su savo nacionalinių partnerių tinklais. Aptikus Europos rinkoje naują psichoaktyvią medžiagą, valstybės narės pasirūpina, kad informacija apie narkotiko gamybą, neteisėtą prekybą ir vartojimą būtų perduota EMCDDA ir Europolui per „Reitox“ nacionalinius informacijos biurus ir Europolo nacionalinius skyrius. Tarybos sprendime taip pat nustatyta su naujomis medžiagomis siejamos rizikos vertinimo sistema (žr. EMCDDA, 2010b). Informacija apie medžiagas, kurių medicininė vertė yra nustatyta ir pripažinta, taip pat gali būti keičiamasi ir per ankstyvojo įspėjimo sistemą, bet joms rizikos vertinimas pagal Tarybos sprendimą negali būti taikomas.

(1) 2005 m. gegužės 10 d. Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės (OL L 127, 2005 5 20, p. 32).

Tačiau per pastaruosius dvejus duomenų teikimo metus piperazinų nenustatyta. Tik šešios medžiagos buvo augalai arba augalinės kilmės ir manoma, kad ir ateityje naujos medžiagos, apie kurias bus dažniausiai pranešama, bus sintetinės psichoaktyvios medžiagos.

2009 m. pranešta apie tris vaistinių savybių turinčias medžiagas, įskaitant pregabaliną – receptinį vaistą, parduodamą pavadinimu *Lyrica* ir skiriamą neuropatiniam skausmui, epilepsijai ir generalizuoto nerimo sutrikimui gydyti. Neseniai atliktoje farmakologinio budrumo duomenų apžvalgoje atkreiptas dėmesys į rūpestį, susijusį su netinkamu šio preparato vartojimu Suomijoje, Švedijoje ir Norvegijoje. Ankstyvojo įspėjimo sistemos informacija taip pat rodo, kad pregabaliną galėjo būti susijęs su narkotikų vartotojų mirties atvejais Suomijoje, Švedijoje ir Jungtinėje

Karalystėje – teismo medicinos ekspertams atlikus toksikologinę analizę – aptikta šios medžiagos pėdsakų. Vartotojų teikiama informacija rodo, kad pregabalino poveikis panašus į alkoholio, GHB (gama-hidroksibutirinės rūgšties), ekstazio ir benzodiazepinų poveikį. Taip pat teigiama, kad jis palengvina heroino (opioidų) vartojimo nutraukimo simptomus.

Ankstyvojo įspėjimo sistemoje taip pat stebimi nereguliuojami psichoaktyvūs produktai – vadinamieji „teisėti narkotikai“ – parduodami internetu ir narkotinių medžiagų ar reikmenų parduotuvėse, reklamuojami taikant agresyvios ir įmantrios rinkodaros strategiją ir tam tikrais atvejais sąmoningai ženklinami etiketėmis, kuriose nurodytos sudedamosios dalys skiriasi nuo tikrosios sudėties. „Teisėtų narkotikų“ rinka išsiskiria greičiu, kuriuo tiekėjai apeina narkotikų kontrolę, siūlydami vis naujas alternatyvas.

Mefedronas

Per pastaruosius kelerius metus per ankstyvojo įspėjimo sistemą vis dažniau buvo pranešama apie sintetinius katinonus. Šiuo metu stebima penkiolika iš šių medžiagų, įskaitant mefedroną, metiloną, metedroną ir MDPV⁽¹⁵¹⁾. Šie junginiai analogai yra katinono, kuris yra viena iš psichoaktyvių kato augalo (*Catha edulis*) sudedamųjų dalių ir yra struktūriškai susijęs su amfetaminu, dariniai⁽¹⁵²⁾.

Mefedronas yra metkatinono – į oficialųjį sąrašą 1971 m. JT konvencijoje įtraukto narkotiko – darinys. Pirmą kartą jis pasirodė Europoje 2007 m. ir panašiu, kad jį pamėgo jauni narkotikų vartotojai, tad atsirado specifinė šios medžiagos paklausa. Tai ypač aktualu Jungtinėje Karalystėje, kurioje į mefedroną dėmesį atkreipė žiniasklaida. Kitų valstybių narių ataskaitos rodo, kad jis vartojamas ir kitose Europos šalyse.

2009 m. apie didelių mefedrono kiekių konfiskavimą pranešė Vokietija, Nyderlandai, Švedija ir Jungtinė Karalystė. Švedijoje toksikologinių tyrimų rezultatai patvirtino, kad vienas mirties atvejis buvo susijęs su mefedrono vartojimu; Jungtinėje Karalystėje tiriama keletas mirties atvejų, su kuriais galbūt yra susijęs mefedronas. Mefedrono kontrolės priemonių pastaruoju metu ėmėsi Danija, Estija, Airija, Vokietija, Rumunija, Švedija, Jungtinė Karalystė, Kroatija ir Norvegija.

Mefedrono galima lengvai įsigyti internete, kur jis gali būti parduodamas kaip teisėta kokaino arba ekstazio alternatyva. Medžiaga reklamuojama įvairiais pavadinimais – kaip „tiriamoji cheminė medžiaga“, „vonios druska“, „skirta botaniniams tyrimams“, „augalų trąšos“ ar

„augalų maistas“, dažnai su užrašu „neskirta vartoti žmonėms“, taip siekiant apeiti galimas kontrolės priemones. Sudedamųjų dalių sąraše psichoaktyvių medžiagų dažnai nenurodoma. 2010 m. kovo mėn. atlikus internetinių mefedrono parduotuvių paiešką anglų kalba nustatyta, kad šia medžiaga prekiauta mažiausiai 77 interneto svetainėse. Daugumoje šių interneto svetainių prekiauta tik mefedronu ir jos buvo įsikūrusios Jungtinėje Karalystėje. 2010 m. balandžio mėn. Jungtinei Karalystei priskyrus mefedroną ir kitus sintetinius katinonus prie kontroliuojamų narkotikų, dauguma mefedrono interneto svetainių išnyko.

2009 m. pabaigoje bendradarbiaujant su Jungtinės Karalystės šokių muzikos žurnalu *Mixmag* internete atlikta apklausa: surinkta duomenų apie 29 medžiagų, įskaitant keletą „teisėtų narkotikų“, vartojimą⁽¹⁵³⁾. Mefedronas tarp 2295 respondentų nurodytų dažniausiai vartojamų narkotikų užėmė ketvirtą vietą (po kanapių, ekstazio ir kokaino) ir buvo labiausiai vartojamas „teisėtas narkotikas“. Maždaug trečdalis respondentų (33,6 proc.) nurodė jo vartoję per praeitą mėnesį, 37,3 proc. – per praeitus metus, o 41,7 proc. – mažiausiai kartą gyvenime. Metilono rodikliai buvo atitinkamai 7,5 proc., 10,0 proc. ir 10,8 proc. Nedidelis skirtumas tarp vartojimo per praeitą mėnesį ir mažiausiai kartą gyvenime paplitimo rodo, kad atsirado naujas sparčiai plintantis reiškinys. Tačiau dėl metodinių apklausų internete apribojimų negalima laikyti, kad šie rezultatai rodo padėtį platesnėje klubų lankytojų populiacijoje; vis dėlto tokios apklausos gali sudaryti

Bendra EMCDDA ir Europolo ataskaita apie mefedroną

2010 m. sausio mėn. EMCDDA ir Europolas, remdamiesi ankstyvojo įspėjimo sistemos veiklos gairėse nustatytais kriterijais, užbaigė turimos informacijos apie mefedroną vertinimą (EMCDDA, 2007b). Tai, be kita ko, buvo duomenys apie konfiskuotos medžiagos kiekį, organizuoto nusikalstamumo dalyvavimo, tarptautinės neteisėtos prekybos įrodymai, duomenys apie psichoaktyvios medžiagos toksikofarmakologines savybes; tolesnio (spartaus) plitimo potencialo ir sunkios intoksikacijos ar mirties atvejų įrodymai.

EMCDDA ir Europolas sutiko, kad apie mefedroną turima informacija atitinka kriterijus, kad būtų galima parengti bendrą ataskaitą. Parengta bendroji EMCDDA ir Europolo ataskaita buvo pateikta Europos Sąjungos Tarybai, Europos Komisijai ir Europos vaistų agentūrai ir buvo priimtas sprendimas pradėti oficialią šios medžiagos rizikos vertinimo procedūrą.

⁽¹⁵¹⁾ Mefedronas (4-metilmetkatinonas), metilonas (3,4-metilendioksimekatinonas), metedronas (4-metoksimekatinonas) ir MDPV (3,4-metilendioksi-pirolvaleronas).

⁽¹⁵²⁾ Kato ir sintetinio katinono darinų narkotiko apibūdinimą galima rasti EMCDDA interneto svetainėje.

⁽¹⁵³⁾ Asmeninis Adam Winstock, King's College, Londonas, pranešimas.

galimybę greitai užmegzti ryšį su specialiomis populiacijomis (Verster et al., 2010).

Internetinių narkotikų parduotuvių stebėseną

Prekyba naujomis psichoaktyviomis medžiagomis internete per ankstyvojo įspėjimo sistemą stebima nuolat nuo 2006 m. Dėl taikomų metodų pokyčių tyrimų kokybė pagerėjo, o jų aprėptis padidėjo, bet įvairių metų duomenys nėra tiesiogiai palyginami.

2010 m. nustatyta 170 internetinių narkotikų parduotuvių, iš kurių trisdešimtyje siūlyti ir „teisėti narkotikai“, ir haliucinogeniniai grybai, paprastai platus abiejų grupių produktų asortimentas, 34 siūlyti tik haliucinogeniniai grybai, o 106 prekiauta „teisėtais narkotikais“, bet ne haliucinogeniniais grybais ⁽¹⁵⁴⁾.

Nuo 2006 m., kai nustatytos 39 haliucinogeniniais grybais prekiaujusios parduotuvės, šių produktų pardavėjų skaičius, atrodo, padidėjo (EMCDDA, 2006). 2010 m. nustatytos 64 haliucinogeniniais grybais prekiaujančios internetinės parduotuvės, kurių dauguma prekiauja auginimo

komplektais, sporomis ir paprastosiomis musmirėmis (*Amanita muscaria*), o ne psilocibino turinčiais grybais.

Per 2009 m. atliktą internetinį tyrimą, kuriame dėmesys buvo skirtas tik „teisėtiems narkotikams“, nustatyta, kad daugiausia internetinių parduotuvių įsikūrusios Jungtinėje Karalystėje, mažiau (mažėjimo tvarka) – Vokietijoje ir Nyderlanduose. 2010 m. atlikta apžvalga, kurios apimtis buvo didesnė, atskleidė kitokią padėtį: 38 internetinės parduotuvės buvo įsikūrusios Nyderlanduose, 20 – Jungtinėje Karalystėje ir 20 – Vokietijoje. Tarp šalių, kuriose įsikūrusios bent penkios internetinės parduotuvės, buvo Lenkija, Prancūzija ir Vengrija, mažiau parduotuvių buvo Čekijoje, Ispanijoje, Portugalijoje, Slovakijoje, Italijoje ir Švedijoje. Trisdešimt aštuonios internetinės parduotuvės buvo įsikūrusios Jungtinėse Amerikos Valstijose, o penkiolikos internetinių parduotuvių buvimo vietos nebuvo galima nustatyti. Priešingai negu Jungtinėje Karalystėje įsikūrusios internetinės parduotuvės, daugelis tokių Nyderlanduose yra susijusios su specializuotomis parduotuvėmis. Apskritai 73 proc. internetinių parduotuvių buvo vartojama anglų kalba ir 42 proc. nesiūlė jokios kitos kalbos.

Internetinių narkotikų parduotuvių apžvalga: metodai

Nuo 2010 m. sausio 25 d. iki vasario 5 d. buvo atliekamas tyrimas, skirtas internetinėms narkotikų parduotuvėms (mažmenininkams ir didmenininkams), kurios yra prieinamos kiekvienam kaip galimybė įsigyti „teisėtų narkotikų“ (įskaitant „Spice“), GHB (GBL) ar haliucinogeninių grybų besidominčiam Europos interneto vartotojui. Internetinės parduotuvės, kurios neteikė pristatymo į bent vieną ES valstybę narę, paslaugos, į tyrimą neįtrauktos.

Paieškos eilutės pirmiausia pildytos anglų kalba, siekiant nustatyti reikšminius žodžius, kuriuos įrašant gaunama didžiausia tinkamų rezultatų dalis. Po to paieška atlikta 15 kalbų, kurios yra 84 proc. Europos Sąjungos gyventojų gimtosios kalbos ⁽¹⁾. Naudotos trys skirtingos paieškos sistemos: Metacrawler, Google ir „nacionalinė“ paieškos sistema, atsižvelgiant į šalį ir kalbą.

Pagal taikytą atrankos metodą nagrinėtos pirmosios 100 nuorodų ir toliau, kol nustatoma 20 nesusijusių nuorodų iš eilės. Apie kiekvieną nustatytą interneto svetainę surinkta tokia informacija: parduodami produktai, jų aprašymai, kainos, prekių turėjimas sandėlyje, šalys, pristatymo šalys, sudedamosios dalys, įspėjimai apie pavojų sveikatai ir vartotojų atsiliepimai.

⁽¹⁾ Čekų, danų, olandų, anglų, prancūzų, vokiečių, graikų, vengrų, italų, maltiečių, lenkų, portugalų, slovakų, ispanų ir švedų.

„Spice“ produktų reiškinys

„Spice“ parduodamas internete ir specializuotose parduotuvėse kaip rūkomasis mišinys. 2008 m. teismo medicinos chemikai nustatė, kad tai nėra nekenksmingas žolinis produktas, kokį jį teigia esant. Nustatyta, kad tikrosios psichoaktyvios „Spice“ sudedamosios dalys yra sintetiniai priedai, medžiagos, tokios kaip kanabinoidų receptorių agonistas ⁽¹⁵⁵⁾ JWH-018, kurio poveikis panašus į kanapėse esančio tetrahidrokanabinolio (THC) poveikį.

2009 m. vadinamajam „Spice“ reiškiniui ir toliau buvo skiriama daug dėmesio. Per metus „Spice“ pobūdžio produktų pavadinimų ir firminių pakuočių įvairovė padidėjo. Reaguojant į naujas kontrolės priemones, taip pat keitėsi į šiuos produktus įmaišomi psichoaktyvūs junginiai (EMCDDA, 2009f). 2009 m. per ankstyvojo įspėjimo sistemą pranešta apie devynis naujus sintetinius kanabinoidus ⁽¹⁵⁶⁾.

Dėl sintetinių kanabinoidų ar kitų medžiagų, kurių gali būti įmaišyta į žolinius produktus, įvairovės ir gausos yra sunku juos nustatyti ir stebėti bei vertinti riziką. Apie šių junginių, juos vartojant žmonėms, farmakologines, toksikologines ir saugos savybes beveik nieko nežinoma. Įmaišytų sintetinių kanabinoidų rūšis ir kiekis taip pat gali gerokai skirtis, o kai kurie iš šių junginių gali būti itin aktyvūs labai mažomis

⁽¹⁵⁴⁾ Žr. įtrauką „Internetinių narkotikų parduotuvių apžvalga: metodai“.

⁽¹⁵⁵⁾ Agonistas – tai cheminė medžiaga, kuri prisijungia prie konkretaus ląstelės receptoriaus ir skatina ląstelės aktyvumą. Agonistas dažnai imituoja endogeninių arba natūraliai organizme susidarančių medžiagų veikimą.

⁽¹⁵⁶⁾ Žr. narkotiko apibūdinimą „Sintetiniai kanabinoidai ir Spice“ EMCDDA interneto svetainėje.

dozėmis. Dėl to negalima atmesti atsitiktinio perdozavimo, keliančio ūmių psichiatrinį ar kitokių komplikacijų pavojų, galimybes.

Nė vienas iš sintetinių kanabinoidų nėra kontroliuojamas pagal JT konvencijas ir nėra jokios informacijos, kad kuriuo nors iš jų būtų leista prekiauti Europos Sąjungoje kaip vaistais. Rengiant šią ataskaitą, keletas valstybių narių uždraudė „Spice“, „Spice“ pobūdžio produktus ir susijusius junginius arba ėmėsi kitokios jų kontrolės ⁽¹⁵⁷⁾. Numanomos žolinės „Spice“ produktų sudedamosios dalys nėra kontroliuojamos tarptautiniu mastu, bet kai kurios valstybės narės (Latvija, Lenkija ir Rumunija) įtraukė vieną ar daugiau iš jų į savo kontroliuojamų medžiagų sąrašus. Žvelgiant už Europos Sąjungos ribų, „Spice“ žolinius mišinius“ pagal savo maisto reglamentą kontroliuoja Šveicarija.

Per 2010 m. atliktą internetinį tyrimą nustatyta, kad „Spice“ siūlančių internetinių parduotuvių skaičius, palyginti su ankstesniais metais, gerokai sumažėjo. Nors 2010 m. tyrimo aprėptis buvo didesnė, ji atliekant nustatyta tik 21 „Spice“ pobūdžio produktus siūlanti parduotuvė, o 2009 m. tokių buvo 55. Šiame Jungtinėje Karalystėje buvo įsikūrusios dvi „Spice“ siūlančios internetinės parduotuvės, o pernai jų buvo 23. Per naujausią apžvalgą nustatyta, kad 15 parduotuvių teigė turinčios „Spice“ produktų, o 8 iš jų atskleidė savo buvimo vietą: trys buvo Jungtinėse Amerikos Valstijose ir po vieną Ispanijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Rumunijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Likusios 6 internetinės parduotuvės, kurios siūlė „Spice“ pobūdžio produktus, pranešė tuos produktus išpardavusios ir galbūt tik naudojosi šiuo pavadinimu, kad pritrauktų pirkėjų.

Priešingai neteisėtiems narkotikams, apie didelius konfiskuotus „Spice“ pobūdžio produktų kiekius nebuvo pranešta ir turimų pranešimų apie nusikalstamumo sąsają su šiuo reiškiniu nepakanka. Tai kartu su ribotomis žiniomis apie naujų junginių chemines savybes ir poveikį sukuria „pilkąją zoną“ tokių produktų stebėsenos srityje.

„Teisėtų narkotikų“ vartojimo paplitimas

Sąvoka „teisėti narkotikai“ apima didelę produktų įvairovę – nuo žolinių mišinių iki sintetinių narkotikų arba narkotikų analogų ir „vakarelių tablečių“, kurie vartojami įvairiais būdais (rūkomi, šniaukščiami, nuryjami). Be to, šie produktai gali būti parduodami kaip oro gaivikliai, žoliniai smilkalai arba vonios druskos, nors yra skirti kitokiam

vartojimui. Dėl šios įvairovės yra sunku rinkti „teisėtų narkotikų“ paplitimo duomenis ir juos aiškinti.

„Teisėtų narkotikų“ vartojimo paplitimo duomenų nustatyta per kelis pastaruosius metus atliktus tyrimus. Per 2008 m. Lenkijoje atliktą 18 metų amžiaus studentų tyrimą nustatyta, kad mažiausiai kartą „teisėtų narkotikų“ yra vartoję 3,5 proc., maždaug tiek pat, kiek yra vartoję haliucinogeninių grybų (3,6 proc.). Vartoję „teisėtų narkotikų“ per paskutinius 12 mėnesių nurodė 2,6 proc. studentų ⁽¹⁵⁸⁾.

Per bendrąjį ir profesinį mokymą teikiančiose mokyklose Frankfurte atliktą apklausą, kurioje dalyvavo 1 463 15–18 metų moksleiviai, nustatyta, kad maždaug 6 proc. respondentų pareiškė vartoję „Spice“ mažiausiai vieną kartą, o 3 proc. yra jo vartoję per praėjusias 30 dienų. Įtakos šiems skaičiams galėjo turėti dėmesys, kurį apklausos metu „Spice“ reiškiniui skyrė žiniasklaida, nes tik 1 proc. respondentų pareiškė vartoję „Spice“ daugiau kaip penkis kartus. Beveik du trečdaliai nurodžiusių „Spice“ vartojimą bent kartą gyvenime taip pat pareiškė per praeitą mėnesį vartoję kanapių.

Per paskutinę klubų lankytojų Jungtinėje Karalystėje skirtą Mixmag internetinę apklausą nustatyta, kad vartoję „teisėtų narkotikų“, jų pačių teigimu, yra 56,6 proc. respondentų. Tai, be kita ko, buvo žoliniai produktai „Spice“ ir „Magic“, BZP turinčios vakarelių tabletės ir kitos vakarelių tabletės, kurių vartojimo per praeitą mėnesį paplitimas sudarė atitinkamai 2,0 proc., 4,6 proc. ir 5,3 proc. Respondentai pareiškė gavę šių narkotikų iš draugų (95 proc.) arba įsigiję jų interneto svetainėse (92 proc.), parduotuvėse (78 proc.), prekybos palapinėse šventėse (67 proc.) arba iš perpardavinėtojų (51 proc.).

Tolesnė veikla kitų medžiagų atžvilgiu

Piperazina: BZP ir mCPP

Tampa vis sudėtingiau registruoti piperazinių konfiskavimo duomenis ir juos aiškinti, nes milteliuose ir tabletėse gali būti rasta įvairiausių medžiagų mišinių ⁽¹⁵⁹⁾, o piperazina taip pat yra derinama su kitais narkotikais, kaip antai amfetaminu ir MDMA. Be to, teismo medicinos mokslo laboratorijos ne visada turi išteklių visoms mišinių sudedamosioms dalims nustatyti, ypač toms, kurios nėra kontroliuojamos.

Panašu, kad 2008 m. Tarybai nusprendus taikyti BZP kontrolės priemones visoje Europos Sąjungoje, jo

⁽¹⁵⁷⁾ Danija, Vokietija, Estija, Airija, Prancūzija, Latvija, Lietuva, Liuksemburgas, Austrija, Lenkija, Rumunija, Švedija ir Jungtinė Karalystė.

⁽¹⁵⁸⁾ 2008 m. CBOS atliktas tyrimas, 1 400 paauglių, besimokančių paskutinėse vidurinių mokyklų klasėse, imtis; 15 proc. dalyvių nurodė vartoję narkotikų per paskutinius 12 mėnesių.

⁽¹⁵⁹⁾ Pavyzdžiui: BZP (1-benzilpiperazinas), CPP (chlorofenilpiperazinas), TFMPP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperazinas) ir DBZP (1,4-dibenzilpiperazinas). CPP turi tris pozicinius izomerus, kuriuos dažnai yra sunku atskirti ir iš kurių labiausiai paplitęs yra mCPP (1-(3-chlorofenil)piperazinas).

prieinamumas sumažėjo ⁽¹⁶⁰⁾. Tačiau kai kurios valstybės narės tebepraneša apie vieną kitą didelio BZP kiekio konfiskavimo atvejį.

2009 m. tebeatrodė, kad *mCPP* yra plačiausiai prieinamas „naujas sintetinis narkotikas“ ⁽¹⁶¹⁾ Europos ekstazio rinkoje – arba vienas, arba sujungtas su MDMA. Ankstyvojo įspėjimo sistemos informacija, įskaitant vartotojų Nyderlanduose pranešimus ir duomenis apie konfiskavimą Danijoje ir Jungtinėje Karalystėje, rodo, kad per pirmąjį 2009 m. pusmetį *mCPP* (arba apskritai piperazinių) turinčių ekstazio tablečių dalis rinkoje gerokai padidėjo ir galbūt net viršijo MDMA turinčių ekstazio tablečių dalį. Per Nyderlandų narkotikų informacijos stebėsenos sistemą taip pat pranešta, kad vartotojų analizei pateiktų mėginių skaičius, palyginti su keleriais ankstesniais metais, padidėjo du kartus, galbūt dėl padidėjusio rūpesčio dėl nepageidaujamo piperazinių poveikio. Gali būti, kad antrąjį 2009 m. pusmetį šių medžiagų turinčių ekstazio tablečių dalis sumažėjo, nors Jungtinėje Karalystėje tai galėjo iš dalies kompensuoti padidėjęs katinono darinų prieinamumas.

Šie pokyčiai rodo, kad ekstazio rinka tampa vis sudėtingesnė ir tuo galima paaiškinti, kodėl gauti PMK – cheminio MDMA pirmtako (prekursoriaus) – būna sunkiau ar lengviau.

GHb (GBL) ir ketaminas

GHb (gama-hidroksibutirinė rūgštis) tarptautiniu mastu kontroliuojama nuo 2001 m., o ketaminas, kuris yra vaistas, valstybėse narėse gali būti kontroliuojamas pagal jų kovos su narkotikais arba vaistus reglamentuojančius teisės aktus. Pastaruoju metu rūpestį Europoje taip pat sukėlė gama butirolaktono (GBL), kuris jį prarijus greitai

virsta GHb, vartojimas. GBL ES lygmeniu laikomas „i oficialųjį sąrašą neįtrauktu narkotikų pirmtaku (prekursoriumi)“ ir yra įtrauktas į savanorišką narkotikų pirmtakų (prekursorių) stebėsenos sistemą. Kai kurios šalys (Italija, Latvija, Austrija, Švedija, Jungtinė Karalystė ir Norvegija) kontroliuoja jį pagal nacionalinius kovos su narkotikais teisės aktus.

GHb ir ketamino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų yra nedidelis, bet konkrečiose grupėse, aplinkose ir geografiniuose rajonuose jis gali būti gerokai didesnis. Per *Mixmag* surengtą klubų lankytojams Jungtinėje Karalystėje skirtą internetinę apklausą nustatyta, kad GHb vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo rodiklis buvo 1,7 proc., GBL – 1,6 proc., bet ketamino – 32,4 proc. Per 2003 ir 2008 m. Amsterdamo atliktą klubų lankytojų (646 respondentų) apklausą nustatyta, kad GHb vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo lygis šiek tiek padidėjo – nuo 4,2 iki 4,7 proc. Per 2008 m. Čekijoje atliktą 363 klubų lankytojų apklausą nustatytas GHb vartojimo per praeitą mėnesį paplitimo rodiklis buvo 0,3 proc., o ketamino – 0,6 proc. Per Londone atliktą 173 klubų lankytojų, kurie kreipėsi į klubo gydytojo kabinetą medicininės pagalbos, apklausą nustatyta, kad net du trečdaliai jų prašė pagalbos dėl GHb (GBL) vartojimo (Wood *et al.*, 2009). Per Frankfurte reguliariai atliekamą 15–16 metų moksleivių apklausą nustatyta, kad moksleivių, kuriems buvo siūlyta GHb, dalis padidėjo nuo 1 proc. 2002 m. iki 5 proc. 2008 m.

Per 2010 m. EMCDDA atliktą interneto apžvalgą nenustatyta nė vienos ES užregistruotos internetinės parduotuvės, kuri siūlytų, bet GBL buvo rasta keturiose internetinėse parduotuvėse. Tačiau, kaip atrodė, nė viena iš jų nereklamavo GBL kaip narkotiko ir nedavė suprasti, kad jis galėtų būti vartojamas dėl savo psichoaktyvių savybių.

⁽¹⁶⁰⁾ 2008 m. kovo 3 d. Tarybos sprendimas 2008/206/JHA dėl 1-benzilpiperazino (BZP) apibrėžimo kaip naujos psichoaktyviosios medžiagos, dėl kurios turi būti taikomos kontrolės priemonės ir baudžiamosios nuostatos (OL L 63, 2008 03 07)

⁽¹⁶¹⁾ *mCPP* nėra kontroliuojamas tarptautiniu mastu, bet per kelerius pastaruosius metus nemažai Europos šalių ėmėsi priemonių jam kontroliuoti (Belgija, Kipras, Danija, Vokietija, Graikija, Vengrija, Latvija, Lietuva, Malta, Rumunija, Slovakija, Kroatija, Turkija ir Norvegija).



Literatūra ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. ir Lynskey, M. T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence“, *Addiction* 101, p. 801–812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P. ir Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. ir Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe“ in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph 8, Volume 1, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas, p. 97–117.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. et al. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, p. 198–202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. ir McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users“ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study. *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M. J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. ir Silva, T. (2003) „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic“, *Addiction* 98, p. 749–760.
- Bruce, R. D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. ir Altice, F. L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market“, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, p. 68–72.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. et al. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, p. 171–178.
- Calafat, A., Juan, M. ir Duch, M. A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review“, *Adicciones* 21, p. 387–414.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y. ir Levin, F. R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence“, *American Journal of Addiction* 18, p. 53–64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. ir Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. ir Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. ir Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study“, *Drug and Alcohol Dependence* 94, p. 151–157.
- CND (Commission on Narcotic Drugs) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Narkotinių medžiagų klausimų komisija, Jungtinės Tautos, Viena.
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N. ir Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study“, *British Journal of Psychiatry* 182, p. 330–336.
- Kontrolierius ir generalinis auditorius (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Kontrolieriaus ir generalinio auditoriaus specialioji ataskaita (galima rasti internete).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Sveikatos tyrimų tarnyba, Dublinas (galima rasti internete).
- Costa Storti, C. ir De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market“, *Bulletin of Narcotic Drugs* (bus paskelbta).
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006), *The CPT standards – „Substantive“ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (galima rasti internete).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V. et al. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size“, *Epidemiology and Infection* 137, p. 1255–1265.
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211–213.
- Darke, S. ir Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, p. 1383–1394.
- Darke, S., Kaye, S. ir Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes“, *Addiction* 101, p. 1771–1777.

⁽¹⁶²⁾ Hipersaitus į šaltinius internete rasite metinės ataskaitos PDF versijoje, kuri skelbiama EMCDDA interneto svetainėje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C.A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, p. 1954–1959.

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgija.

Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. ir Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati et al. (redaktoriai), Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva (galima rasti internete).

Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28, p. 421–447.

Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Sveikatos ir vartotojų apsaugos generalinis direktoratas, Briuselis (galima rasti internete).

ECDC ir PSO Europos regiono biuras (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Europos ligų kontrolės ir prevencijos centras, Stokholmas.

Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. ir Thom, B. (Eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnhamas (UK).

EMCDDA (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, EMCDDA teminis leidinys, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (galima rasti internete).

EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, „Taikiny – narkotikai“, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA monografija, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EMCDDA leidinys, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2009a), *Annual report 2009, the state of the drugs problem in Europe*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EMCDDA leidinys, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA teminis leidinys, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas (galima rasti internete).

EMCDDA (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2009f), *Understanding the „Spice“ phenomenon*, EMCDDA teminis leidinys, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (galima rasti internete).

EMCDDA (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. and Hedrich, D. (redaktoriai), Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, EMCDDA pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

EMCDDA ir Europolas (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europolo bendri leidiniai, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

Escots, S. ir Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryžius.

Europos Komisija (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, *European Economy* 7/2009, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.

Europos Komisija (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (galima rasti internete).

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial“, *Drug and Alcohol Dependence* 108, p. 56–64.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. ir Madden, P. A. F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence“, *Archives of General Psychiatry* 60, p. 1033–1039.

Fletcher, A., Bonell, C. ir Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and

- observational studies", *Journal of Adolescent Health* 42, p. 209–220.
- Gates, S., Smith, L. A. ir Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. ir Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up", *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, p. 313–321.
- Gowing, L., Ali, R. ir White, J. M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction", in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. and Hedrich, D. (redaktoriai), Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas p. 191–232.
- Hall, W. ir Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use", *Lancet* 374, p. 1383–1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. ir Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond", in *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. and Hedrich, D. (redaktoriai), Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas, p. 305–331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. ir Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990–1999: implications for quality standards in maintenance treatment?", *Forensic Science International* 113, p. 449–455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švedijos informacijos apie alkoholį ir narkotikus taryba (CAN), Stokholmas.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey", *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S. J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. et al. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme", *Addiction* 95, p. 1055–68.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Jungtinės Tautos, Niujorkas (galima rasti internete).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Jungtinės Tautos, Niujorkas (galima rasti internete).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (galima rasti internete).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. et al. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness", in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. and Hedrich, D. (redaktoriai), Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas, p. 115–163.
- King, L. A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Kembridžas.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. ir Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis", *Sucht* 55, p. 365–368.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. Jr., George, T. P., Greenfield, S. F. et al. (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, second edition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), p. 5–123.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrel, M. ir Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F. D. et al. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers", *Experimental and Molecular Pathology* 66, p. 109–122.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijnden, R. J. J. M. et al. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously", *Addiction* 104, p. 1669–1678.
- Levin, F. R. ir Kleber, H. D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review", *American Journal of Addiction* 17, p. 161–164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. et al. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study", *Lancet* 374, p. 1262–1270.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. et al. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial", *Archives of General Psychiatry* 66, p. 1116–1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage", *Lancet* 375, p. 1014–1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet* 372, p. 1733–1745.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. ir Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slym, R. L. ir Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug

information and advice for early intervention among young cannabis users", *Addiction* 103, p. 1819–1820.

Measham, F. ir Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy", *Criminology and Criminal Justice* 9, p. 437–464.

Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbos Instituut, Utrechtas.

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. ir Brigham, G. S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions", *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, p. 25–39.

Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. et al. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. et al. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review", *Lancet* 370, p. 319–328.

Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Strasbūras.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sidnėjus (galima rasti internete).

NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008–2011*, Teisingumo ministerija, Londonas.

NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, March (galima rasti internete).

NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (galima rasti internete).

NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (galima rasti internete).

NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londonas (galima rasti internete).

NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (galima rasti internete).

Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004–2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Sent Deni.

Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. ir Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Petrie, J., Bunn, F. ir Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, p. 177–191.

Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (galima rasti internete).

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research* 10, p. 147–155.

Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. ir Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Circulation* 103, p. 502–506.

„Reitox" nacionalinės ataskaitos (2009), galima rasti EMCDDA interneto svetainėje.

Rome, A., Shaw, A. ir Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgas.

Rose, M. E. ir Grant, J.E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions", *Annals of Clinical Psychiatry* 20, p. 145–155.

SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.

Santos, S., Brugal, M. T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. et al. (spaudoje), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine", *Drug and Alcohol Dependence*.

Shewan, D. ir Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)", *British Journal of Health Psychology* 10, p. 33–48.

Simojoki, K., Vormaa, H. ir Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)", *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (galima rasti internete).

Sporer, K. A. (1999), „Acute heroin overdose", *Annals of Internal Medicine* 130, p. 585–590.

Stenbacka, M., Leifman, A. ir Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up", *Drug and Alcohol Review* 29, p. 21–27.

Stoové, M. A., Dietze, P. M. ir Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data", *Drug and Alcohol Review* 28, p. 347–352.

Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. ir Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population", *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381–395.

Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L. ir Patton, G. C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years : trajectories to

regular weekly use and dependence in young adulthood", *Addiction* 103, p. 1361–1370.

Swift, W., Hall, W., Didcott, P. ir Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area", *Addiction* 93, p. 1149–1160.

UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena (galima rasti internete).

UNODC (2010b), *World drug report 2010*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC ir Maroko Vyriausybė (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC, UNAIDS ir PSO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, techninis dokumentas, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC, PSO ir UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

Van Beek, I., Dwyer, R. ir Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!", *Drug and Alcohol Review* 20, p. 333–342.

Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A. ir Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users", *Addiction* 102, p. 1454–1462.

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands", *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143–151.

Van Nimwegen, L. J., de Haan, L., van Beveren, N. J., van der Helm, M., van den Brink, W. ir Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial", *Canadian Journal of Psychiatry* 53, p. 400–405.

Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature", in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (redaktoriai), Maklu, Antwerpenas.

Verster, J. C., Kuerten, Y., Olivier, B. ir van Laar, M. W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety", *Open Addiction Journal* 3, p. 24–31.

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. ir Wittchen H. U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults", *Drug and Alcohol Dependence* 68, p. 49–64.

Wagner, F. A. ir Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol", *Neuropsychopharmacology* 26, p. 479–488.

Warburton, H., Turnbull, P. J. ir Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, Jorkas.

Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. ir Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences", *Addiction* 96, p. 1113–1125.

PSO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras, Kopenhaga (galima rasti internete).

PSO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva.

PSO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninis biuras, Kopenhaga.

PSO, UNODC ir UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. ir Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability", *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (galima rasti internete)

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. ir Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users", *American Journal of Public Health* 99, p. 1049–1052.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. et al. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients", *Drug and Alcohol Dependence* 95, p. 245–257.

Wood, D. M., Nicolauo, M. ir Dargan, P. I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment", *Substance Use & Misuse* 44, p. 1495–1502.

Zachrisson, H. D., Rödje, K. ir Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey", *BMC Public Health* 6:34 (galima rasti internete).

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2010 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras

2010 – 107 p. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-437-3

doi:10.2810/34319

KAIP ĮSIGYTI ES LEIDINIŲ

Nemokamų leidinių galite įsigyti:

- svetainėje *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- Europos Sąjungos atstovybėse arba delegacijose. Jų adresus rasite svetainėje: <http://ec.europa.eu> arba sužinosite kreipęsi faksu: +352 2929-42758.

Parduodamų leidinių galite įsigyti:

- svetainėje *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>).

Prenumeruoti leidinius (pvz., metines *Europos Sąjungos oficialiojo leidinio* serijas, *Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktikos rinkinius*) galite:

- tiesiogiai iš Europos Sąjungos leidinių biuro platintojų (http://publications.europa.eu/others/agents/index_lt.htm).

Apie EMCDDA

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (EMCDDA) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 m., jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir narkomaniją Europoje šaltinis.

EMCDDA renka, tiria ir skleidžia faktinę, objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinių Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis įvairiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija teikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateikiama kasmetinė EMCDDA narkotikų reiškinių Europos Sąjungoje apžvalga. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.



Leidinių biuras

