



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

2005 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2005 m. METINĖ ATASKAITA

Teisinė informacija

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

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

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 mobilieji operatoriai neleidžia naudotis 00 800 numeriais arba ima mokesčių.

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

Bibliografiniai duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, 2005

ISBN 92-9168-238-1

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2005

Kopijuoti ir dauginti leidžiama, nurodžius šaltinį.

Printed in Belgium

SPAUDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisabona, Portugalija
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks. (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Turinys

Pratarmė	5
Padėkos	7
Įvadinė pastaba	9
Komentaras apie narkotikų vartojimo tendencijų nustatymą Europoje	11
1 skyrius	
Nauji pokyčiai politikoje ir įstatymuose	18
2 skyrius	
Mokyklos, jaunimas ir narkotikai	27
3 skyrius	
Kanapės	36
4 skyrius	
Amfetamino tipo stimulantai, LSD ir kiti sintetiniai narkotikai	45
5 Skyrius	
Kokainas ir krekas	56
6 skyrius	
Heroinas ir narkotikų švirkštėjimas	63
7 skyrius	
Nusikalstamumo ir laisvės atėmimo klausimai	84
Literatūra	89



Pratarmė

Be šių metų Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) metinės ataskaitos internete galima susipažinti su papildoma informacija, apimančia mūsų naująjį statistikos biuletinį, kuris leidžiamas jau antrus metus ir tapo išsamesnis. Biuletenyje pateikiama daugiau kaip 200 lentelių su narkomanijos Europoje padėtį išsamiai apibūdinančiais kiekybiniais duomenimis.

ENNSC, norėdama susidaryti išbaigtą narkomanijos Europoje reiškinių vaizdą, bendradarbiauja šia linkme su Europos Sąjungos valstybėmis narėmis jau daugiau kaip 10 metų. Turimų duomenų, pagrindžiančių šių metų metinių ataskaitų analizes, kiekis ir kokybė parodo ne tik informaciją teikiančių mokslinių darbo grupių pasiektą techninę pažangą, bet ir Europoje politinius sprendimus priimančių asmenų norą finansuoti duomenų rinkimo procesą bei jį remti. Tai yra konkretus bendro darbo Europos lygmeniu naudos pavyzdys. Skiriasi ne tik valstybėse narėse sutinkamų narkomanijos problemų pobūdis, bet ir šių uždavinių sprendimo būdas. Nepaisant šių skirtumų, susiformavo tai, ką šiandien galime vadinti požiūriu į Europos narkomanijos klausimus. Prieita tvirtos vieningos nuomonės dėl būtinybės veikti gerai suprantant padėtį šioje srityje, dalintis sėkmingų atvejų patirtimi ir, kai tik įmanoma, dirbti kartu siekiant bendrų rezultatų. Šie siekiai buvo išreikšti naujoje ES strategijoje ir veiklos plane dėl narkotikų. Jie yra taip pat svarbiausi šios ataskaitos aspektai.

Mūsų metinėje ataskaitoje akcentuojama daug svarbių susirūpinimą keliančių klausimų dėl to, kokį poveikį narkotikų vartojimas daro piliečiams ir bendruomenėms, kuriose jie gyvena. Šioje ataskaitoje atkreipiame dėmesį į tokias naujai atsirandančias problemas, su kuriomis susiduriame, kaip išaugęs stimulantus, ypač kokainą, vartojančiųjų skaičius kai kuriuose Europos regionuose

arba nuolat augantis narkotikus išbandžiusių Europos jaunuolių skaičius. Akivaizdu, kad dar reikia daug ką nuveikti, norint veiksmingiau kovoti su narkotikų vartojimu Europoje. Kita vertus, šioje ataskaitoje galime nurodyti daug teigiamų pokyčių, būtent visuotinai teikiamas paslaugas su narkotikų vartojimo problema susidūrusiems asmenims. Pastebėta ir kai kurių šio reiškinių žalingiausių aspektų stabilizavimosi ar netgi išnykimo požymių. Taigi, šioje ataskaitoje ne tik akcentuojama kai kurios svarbiausios problemos, su kuriomis susiduriame, bet ir nurodoma, kuria linkme eiti, siekiant veiksmingai spręsti narkomanijos problemas Europoje.

Malonu pastebėti, kad ir šiais metais naujosios Europos Sąjungos valstybės narės pateikė daugiau duomenų. Be pateikiamos informacijos, kai įmanoma, apie padėtį išsiplėtusioje Europos Sąjungoje, mes taip pat įtraukiame duomenis iš Bulgarijos, Rumunijos ir Turkijos, taip pat kai kurias svarbių tarptautinių įvykių analizes. Bendras narkomanijos problematikai būdingas bruožas yra tas, kad mes privalome atlikti Europos reiškinių analizę platesniame kontekste. Neteisėta prekyba narkotikais ir narkotikų vartojimas yra neatskiriama susiję su daugeliu šiandien labiausiai susirūpinimą keliančių klausimų. Narkotikų vartojimas turi poveikį sveikatos būklei ir pokyčiams, nusikalstamumui ir asmenų bei tarptautiniam saugumui pasaulyje. Net jei mūsų ataskaitoje daugiausia dėmesio skiriama padėčiai Europoje, negalime nepažinti, kad sprendžiame pasaulinio masto problemą.

Marcel Reimen

ENNSC Valdančiosios tarybos pirmininkas

Wolfgang Götz

ENNSC direktorius



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą ENNSC dėkoja:

- „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų vadovams ir darbuotojams;
- visų valstybių narių tarnyboms, rinkusioms duomenis šiai ataskaitai;
- ENNSC Valdybos ir Mokslinio komiteto nariams ir ENNSC/„Reitox“ tinklo techninių darbo grupių dalyviams;
- Europos Parlamentui, Europos Sąjungos Tarybai, ypač jos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei, ir Europos Komisijai;
- Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus tarybai (CAN), Europos Tarybos Pompidou grupei, Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biurui, Pasaulio sveikatos organizacijai, Europolui, Interpolui ir Europos AIDS epidemiologinės stebėsenos centrai;
- Europos Sąjungos įstaigų vertimo centrai ir Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biurui;
- *Prepress Projects Ltd.*

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

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

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti:

<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Ivadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centrui nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės ir Norvegija (dalyvaujanti ENNSC veikloje nuo 2001 m.). Šioje ataskaitoje pateikti statistikos duomenys atspindi 2003 m. padėtį (arba pastarųjų metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali atsispindėti tik tam tikras ES šalių pogrupis: pasirenkamos tos šalys, kurios pateikia duomenų apie nagrinėjamąjį laikotarpį.

Metinės ataskaitos internetinė versija pateikiama 22 kalbomis ir ją galima rasti <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

2005 m. Statistikos biuletenyje (<http://stats05.emcdda.eu.int>) pateiktos visos lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinės ataskaitos statistinė analizė. Jame taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta daugiau kaip 100 papildomų statistikos grafikų.

Šalies duomenų charakteristikose (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) pateikta svarbiausių narkomanijos padėties kiekvienoje šalyje aspektų geriausios kokybės grafinė santrauka.

Be šios ataskaitos, pateikiamos trys išsamios apžvalgos, kuriose nagrinėjami tokie klausimai:

- su narkotikais susijęs viešosios tvarkos trikdymas: politikos tendencijos ir prevencinės priemonės;
- įkalinimo alternatyvos: nusikaltėliams narkomanams skirtos priemonės Europos Sąjungoje;
- buprenorfinas: gydymas, piktnaudžiavimas ir skyrimo praktika.

Su pasirinktomis temomis galima susipažinti spaudiniuose ir internete (<http://issues05.emcdda.eu.int>) tik anglų kalba.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinėse ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos kiekvienoje šalyje pasitaikančios narkomanijos problemos. Ataskaitas galima rasti ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Komentaras apie narkotikų vartojimo tendencijų nustatymą Europoje

Bendras vaizdas Europoje

Šiame skyriuje pateikiama pagrindinių narkotikų vartojimo tendencijų ir situacijos pokyčių Europoje apžvalga. Ji parengta, remiantis iš įvairių šaltinių gauta informacija ir atsižvelgiant į turimų duomenų patikimumą ir trūkumus. Šių metų komentare taip pat pateikiamas įvertinimas, kaip 2005 m. gauti nauji duomenys padeda mums geriau suprasti vidutinės ir ilgalaikės trukmės narkotikų tendencijas Europoje.

Kelių narkotikų vartojimo kartu problemos apsunkina mūsų supratimą apie narkomaniją ir kovą su ja

Šioje ataskaitoje analizė dažniausiai pateikiama atskirai apie kiekvieną pagrindinę narkomanų vartojamą narkotinę medžiagą. Tokia pagal narkotines medžiagas pateikta analizė lengviau suprantama ir naudinga dar tuo, kad dauguma narkotikų vartojimo rodiklių paremti konkrečių medžiagų sukeliama elgesio ypatumais. Tačiau toks pateikimo būdas yra netobulas, nes neatspindi fakto, kad kelių narkotikų vartojimas kartu Europoje yra pagrindinis narkomanijos problemos veiksnys. Tiriant narkotikų vartojimo poveikį visuomenės sveikatai, reikia atsižvelgti į sudėtingus atvejus, kai narkotikai yra vartojami kartu su kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis, kaip antai alkoholiu ir tabaku. Pavyzdžiui, Europoje kanapės dažnai rūkomos su tabaku, ir apie tai reikia žinoti, kad būtų galima nustatyti žalą, kurią gali padaryti toks vartojimas, ir prevencinius veiksmus, kurių reikia imtis. Atliekant toksikologinę analizę su narkotikais susijusių mirčių atvejais, dažnai randamos kelios medžiagos, o su heroinu ir kokainu vartojamas alkoholis, kaip žinoma, padidina jų keliamą riziką. Be to, jei sutelksime dėmesį į vienos medžiagos vartojimo tendencijas ir nenagrinėsime įvairių narkotikų vartojimo santykio, galime gauti iškreiptą vaizdą; pavyzdžiui, šioje ataskaitoje yra pateikta įrodymų, kad didėja sintetinių opiatų pasiūla, ir tai svarbu turėti galvoje analizuojant heroino vartojimą. Taip pat gali būti išmintinga atkreipti dėmesį į įvairių stimuliantų vartojimo tendencijų persipynimą ir analizuojant pamąstyti apie tai, kokių mastu pastebimi pokyčiai priklauso nuo vartojimo būdo pokyčių.

Trumpai tariant, dauguma į Europos gydymo centrus besikreipiančių asmenų vartoja kelias narkotines medžiagas. Būtina sukurti geresnius informavimo apie šį

pagrindinį narkomanijos aspektą metodus ir stengtis suprasti, kokią įtaką intervencinių priemonių veiksmingumui turės kelių narkotikų vartojimas kartu.

Jaunimas ir narkomanija – didėjantis kanapių vartojimas ir naujos tendencijos

Narkotikų vartojimas Europoje – tai tarp jaunimo, ypač tarp jaunų vyrų, paplitęs reiškinys. Bendrosios populiacijos ir mokyklų tyrimų duomenys padeda suvokti narkotikų vartojimo tendencijų kitimą Europoje nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio. Rengdami šią metinę ataskaitą, jau turėjome duomenų iš pastarojo alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimo Europos mokyklose (ESPAD), teikiančio vertingų žinių narkomanijos stebėsenai mokyklose ir tendencijų per tam tikrą laiką suvokimui.

Žvelgiant į turimų duomenų visumą, aišku, kad kanapių vartojimas įvairiose šalyse yra gana skirtingas. Nors bendra kanapių vartojimo tendencija Europoje nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio kilo aukštyn, kai kuriose šalyse matyti stabilus vaizdas. Pavyzdžiui, nors Jungtinėje Karalystėje nuo dešimtojo dešimtmečio kanapių vartojimo skaičiai buvo labai dideli, jie laikėsi stabiliai ir nedidėjo. Be to, kanapių vartojimo mastai mažai kito kai kuriose šalyse, kur kanapių vartojimas nėra labai paplitęs, kaip antai Švedijoje ir Suomijoje – Europos šiaurėje bei Graikijoje ir Maltoje – pietuose. ESPAD tyrimo duomenimis, nuo 1999 m. kanapių vartojimas daugiausia išaugo naujosiose ES valstybėse narėse. Mokyklų ir bendrosios populiacijos tyrimų duomenų analizė rodo, kad pagal daugelį požymių Čekijos Respublika, Ispanija ir Prancūzija dabar jau pasivijo JK ir priklauso didelio narkotikų vartojimo paplitimo šalių grupei.

Europoje didėja susirūpinimas neigiamomis kanapių vartojimo pasekmėmis, nors informacijos apie tai, kokio masto visuomenės sveikatos problemas kelia šio narkotiko vartojimas, yra nedaug. Sprendžiant iš turimų duomenų apie gydymo nuo narkomanijos poreikį Europoje, kanapės nusileidžia tik opiatams ir sudaro 12 % viso gydymo poreikio, tačiau šiam bendram vaizdai daug įtakos turi padėtis, esanti palyginti nedideliame šalių skaičiuje. Norint suprasti galimą kanapių vartojimo ir visuomenės sveikatos ryšį, svarbu turėti duomenų apie reguliary ir intensyvių kanapių vartojimą, bet šiuo metu tokios informacijos yra

nedaug. Nors turimi duomenys rodo, kad Europoje galbūt net trys milijonai žmonių, daugiausia jaunų vyrų, vartoja kanapes kasdien, su kokio masto problemomis ši grupė susiduria dėl šio narkotiko vartojimo, nežinoma.

Kokia narkomanijos padėtis — ar mažėja heroino vartojimas ir narkotikų švirkštimas?

Stebint narkotikų vartojimą, metodiniu požiūriu viena sunkiausių užduočių yra nustatyti, kiek žmonių vartoja narkotikus reguliariai ir itin kenksmingais būdais. Siekdamas įvertinti tokio pobūdžio vartojimą, ENNSC sukūrė narkomanijos rodiklį ir daugumoje ES šalių narkomanijos rodikliai iš esmės atspindi opiatų ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimą. Pagal dabartinį vertinimą Europos Sąjungoje gali būti nuo 1,2 iki 2,1 milijono narkomanų, iš kurių nuo 850 000 iki 1,3 milijono narkotikus švirkštis pradėjo neseniai. Narkomanijos paplitimo mastą atspindintys skaičiai yra neišsamūs, todėl sunku nustatyti ilgalaikes tendencijas. Tačiau 15 senųjų ES valstybių narių rodikliai rodo, kad padėtis stabilizavosi daugelyje šalių, kur dešimtojo dešimtmečio pradžioje į heroino narkomaniją įtraukiamų asmenų skaičiai staigiai išaugo. Nors kai kurios šalys nuo 1999 m. ir toliau nurodo didėjančius skaičius, pastaruoju metu yra požymių, kad padėtis įvairiose šalyse yra skirtinga ir ES lygmeniu narkotikų vartojimo paplitimo vaizdas nėra tolygus. Ypač daug dėmesio nusipelnė naujosios valstybės narės, nes atrodo, kad jos susidūrė su heroino problemomis vėliau ir jose heroinas vartojamas daugiau skystuoju pavidalu.

Su narkotikais susijusių mirčių ir gydymo poreikio skaičiai — tai papildomi informacijos šaltiniai, leidžiantys įvertinti narkomanijos mastą. Su narkotikais susijusių mirčių (dažniausiai dėl opiatų perdozavimo) analizė rodo, kad aukomis tampa senesni narkotikų vartotojai, o jaunesnių nei 25 metų narkotikų vartotojų užregistruotų mirčių skaičiai nuo 1996 m. mažėja. Svarbu pažymėti, kad iš naujų ES šalių gaunami duomenys, nors jų ir nedaug, rodo, kad jaunesnių nei 25 metų narkotikų vartotojų mirčių dalis iki šiol didėjo, nors jau matyti, kad padėtis šiek tiek stabilizuojasi. Apskritai su narkotikais susijusių mirčių Europos Sąjungoje skaičiai yra gana dideli, tačiau atrodo, kad aukščiausias taškas jau pasiektas.

Daugumoje šalių heroinas vis dar yra pagrindinis narkotikas, dėl kurio vartojimo asmenys kreipiasi gydymo. Kai kuriose šalyse galima atsekti heroino vartojimo tendencijas tarp naujų pacientų ir iš jų matyti, kad nuo 1996 m. skaičiai šiek tiek mažėja. Taip pat tendencijos kai kuriose šalyse rodo, kad opiatų vartotojų amžius senėja,

nors ir vėl to negalima pasakyti apie visas šalis, nes, sprendžiant iš negausių duomenų, kai kuriose naujose valstybėse narėse pirmą kartą besikreipiantys gydymo opiatų vartotojai yra gana jauni. Kai kuriose Europos šalyse, ypač ES-15 valstybėse narėse, jau kurį laiką mažėja pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų, kurie opiatų švirkščiasi, o visoje Europoje opiatų švirkščiasi mažiau nei pusė naujų pacientų. Tačiau to pasakyti apie naująsias valstybes nars negalima, nes ten švirkštimas tarp gydymo besikreipiančių heroino vartotojų ir toliau išlieka vyraujantis vartojimo būdas.

Trumpai tariant, nėra paprasto atsakymo į klausimą, ar heroino vartojimas ir švirkštimas Europoje mažėja. Daugeliu atžvilgiu, pavyzdžiui, kalbant apie naujų asmenų įtraukimą į heroino vartojimą ir švirkštimą, šiandien atrodo, kad vaizdas yra geresnis nei buvo dešimtojo dešimtmečio pradžioje ES-15 valstybių narių. Yra įrodymų, kad padėtis daugelyje šalių dabar yra gana stabili, narkomanų populiacija netgi senėja, ir tai tikriausiai rodo mažesnį narkomanų skaičių. Tačiau kai kuriose naujosiose valstybėse narėse, kur rimtos heroino vartojimo problemos atsirado neseniai, švirkštimas yra vyraujantis opiatų vartojimo būdas, o iš turimų duomenų išsiaiškinti heroino vartojimo tendencijas sunku.

Kokaino ir kitų stimulantų vartojimas — su šia problema negalima taikstyti

Europa išlieka svarbi stimulantų rinka, o duomenys rodo, kad visoje Europoje amfetamino, ekstazio ir kokaino vartojimas ir toliau auga. Daugeliu atžvilgių ekstazis pralenkė amfetaminus ir tapo antras labiausiai vartojamas narkotikas po kanapių. Tačiau Jungtinėje Karalystėje, kur nuo dešimtojo dešimtmečio ekstazio ir amfetaminų vartojimas buvo labiausiai paplitęs, neseniai atlikto bendrosios populiacijos ir mokyklų tyrimo duomenys rodo, kad šių narkotikų vartojimas mažėja — amfetaminų gana įspūdingai, o ekstazio šiek tiek mažiau. Vis dėlto Jungtinėje Karalystėje narkomanijos paplitimo lygis, palyginti su kitomis šalimis, yra aukštas, nors šiuo metu skirtumas ne toks ryškus, nes daugelis šalių nurodo panašius vartojimo mastus, kaip ir aptariant pirmiau aprašytą kanapių vartojimą.

Kokaino vartojimo paplitimas įvairiose Europos šalyse gana skirtingas, bet visur aiški bendra didėjimo tendencija. Iš tyrimų duomenų matyti, kad dešimtojo dešimtmečio pabaigoje kokaino vartojimas labai išaugo, ypač Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, o pastaruoju metu jose vėl pastebimas, tiesa, nedidelis, bet vis dėlto padidėjimas. Šiose šalyse kokaino vartojimas per pastaruosius

12 mėnesių tarp jaunų suaugusiųjų dabar lenkia ekstazio ir amfetamino vartojimą.

Kiekybiškai įvertinti stimuliantų vartojimo Europoje poveikį visuomenės sveikatai yra sunku, bet faktai rodo, kad džiaugtis dabartinėmis šių narkotikų vartojimo mažėjimo tendencijomis dar negalime. Gydytojų poreikis dėl kokaino vartojimo didėja. Europos mastu jis sudaro 10 % viso gydymo poreikio, nors padėtis įvairiose šalyse skirtinga. Kreko, t. y. narkotiko, kuris kelia ypač daug sveikatos ir kitokių problemų, vartojimas Europoje nėra didelis. Paprastai pranešimų apie kreko vartojimą ateina tik iš kelių didžiųjų miestų, bet toms bendruomenėms, kuriose jis vartojamas, krekas gali padaryti gana didelę žalą. Su stimuliantais susijusių mirčių skaičių įvertinti Europoje sunku dėl kai kurių praktinių ir metodinių problemų. Palyginti su opiatų sukeltomis mirtimis, mirčių, susijusių su stimuliantų vartojimu, skaičius didėja, bet pranešimuose apie tai kalbama mažai. Nors duomenų šiuo metu turima labai mažai, kai kurios šalys nurodo, kad kokainas yra 10 % visų su narkotikais susijusių mirčių priežastis. Su ekstaziu susijusių mirčių daugumoje ES šalių pasitaiko retai, tačiau galbūt tai susiję su nepakankamai tobulomis ataskaitų rengimo procedūromis.

Priešingai pasaulinei tendencijai – Europoje nėra su metamfetaminu susijusių rimtų problemų

Žinoma, kad metamfetaminas sukelia ypač daug sveikatos ir socialinių problemų. Visas pasaulis susirūpinęs dėl didėjančių metamfetamino problemų, nes jo vartojimo mastai yra dideli ir vis dar didėja JAV, Australijoje, kai kuriose Afrikos dalyse ir daugumoje Pietryčių Azijos šalių. Europoje metamfetamino vartojimas šiuo metu daugiausia pastebimas Čekijos Respublikoje, kur su šiuo narkotiku susijusios problemos atsirado jau seniai. Iš kitų Europos šalių ateina tik pavieniai pranešimai apie amfetamino pasirodymą rinkoje, kai kuriuos konfiskavimo atvejus ir kartais nurodoma, kad metamfetaminas iš Čekijos Respublikos įvežamas į kaimynines šalis. Tačiau, turint galvoje, kad Europos šalys turi glaudžius ryšius su tomis pasaulio dalimis, kurios susiduria su metamfetamino problemomis, ir kad Europos stimuliantų rinka yra auganti, ignoruoti metamfetamino paplitimo tikimybės negalima, ir tai yra svarbi, didelio budrumo reikalaujanti sritis.

Narkotikų vartojimo problemų turintiems asmenims skirtų paslaugų plėtra ir tobulinimas

Narkotikų vartojimo problemų turintiems asmenims skirtos paslaugos naudingos ir narkotikų vartotojams, ir bendruomenėms, kuriose jie gyvena. Šis faktas pabrėžiamas

daugelyje kovai su narkomanija skirtų nacionalinių politikų, o įsipareigojimas plėsti paslaugas narkotikų vartojimo problemų turintiems asmenims yra įrašytas ir į senąjį, ir į naująjį ES kovos su narkotikais planą. Nors sunku išsamiai nusakyti narkomanams teikiamas paslaugas Europoje, kai kurie rodikliai aiškiai rodo, kad gydymo paslaugos ir kai kurie žalos mažinimo būdai labai išaugo. Tačiau įvairaus tipo paslaugų pobūdis ir mastas šalyse yra gana skirtingi. Paslaugų sritis, kuri per pastarąjį dešimtmetį smarkiai išsiplėtė – tai opioidinių narkotikų vartojimo pakaitinis gydymas, ypač šalyse, kuriose labai paplitęs švirkščiamojo heroino vartojimas. Gydymas metadonu sudaro beveik 80 % viso pakaitinio gydymo Europoje ir daugiau kaip 90 % tokio gydymo specializuotose įstaigose, tačiau vis labiau populiarėja buprenorfinas, kaip viena iš gydymo vaistais galimybių, ir gydymas juo sudaro apie 20 % pakaitinio gydymo Europoje (smulkesnės informacijos apie šio vaisto vartojimą žr. „Buprenorfinas: gydymas, piktnaudžiavimas ir skyrimo praktika“ („Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“) pasirinktų temų skyriuje, kuris pridedamas prie šios ataskaitos). Manoma, kad pakaitinį gydymą Europoje šiuo metu gauna daugiau kaip 500 000 asmenų, tai reiškia, kad ketvirtadalis, o gal ir pusė opiatų vartojimo problemų turinčių asmenų yra užsiregistravę pakaitiniam gydymui.

Pakaitinis gydymas nėra vienintelė gydymo galimybė, teikiama nuo opiatų priklausomybės besigydančioms narkomanams, bet duomenų apie kitus terapinius metodus yra nepakankamai, kad būtų galima tiksliau įvertinti tokių paslaugų teikimo mastą ES lygmeniu. Nemaža pažanga padaryta kuriant opiatų vartotojams skirtus globos modelius, ir įrodymų, leidžiančių spręsti apie jų veiksmingumą, yra gana daug. Tokie modeliai kol kas retai siūlomi kitokių narkotikų vartotojams, kurių Europos gydymo įstaigose vis daugėja. Pavyzdžiui, nėra bendro sutarimo dėl terapinių priemonių tiems, kurie nori gydytis nuo kanapių ir stimuliantų priklausomybės, ir atrodo, kad tokiems pacientams veiksmingų gydymo būdų kūrimas taps vis svarbesne užduotimi.

Narkotikų vartojimas, ŽIV infekcija ir AIDS – atsiranda vis daugiau intervencinių priemonių, kurios turi įtakos bendroms tendencijoms

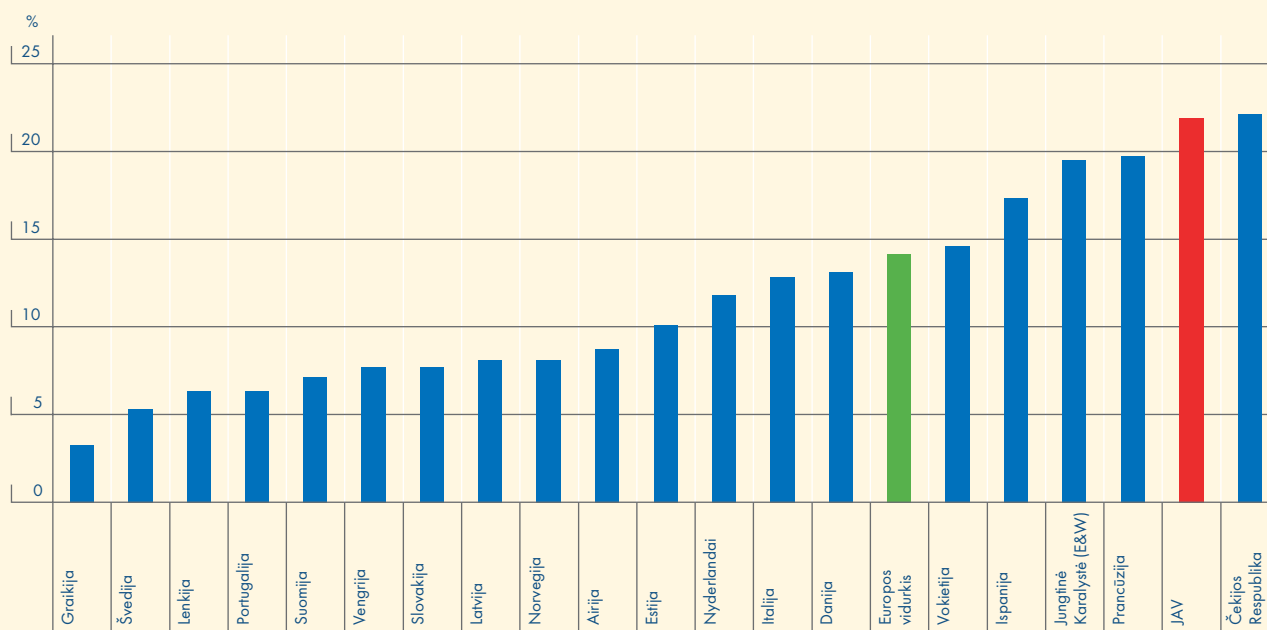
Gydymo paslaugų plėtra – ne vienintelė sritis, kurioje pagerėjo paslaugos narkomanams. Adatų ir švirkštų keitimo programos, kurias vykdančios švirkščiamųjų narkotikų vartotojams teikiama sterili įranga, dabar praktiškai vykdomos visose ES valstybėse narėse ir daugumoje jų veiklos apimtis ir geografinė aprėptis per vidutinės trukmės

Narkotikų vartojimo mastai Europoje vis dar mažesni nei JAV, bet kai kuriose srityse jo paplitimo mastai panašūs

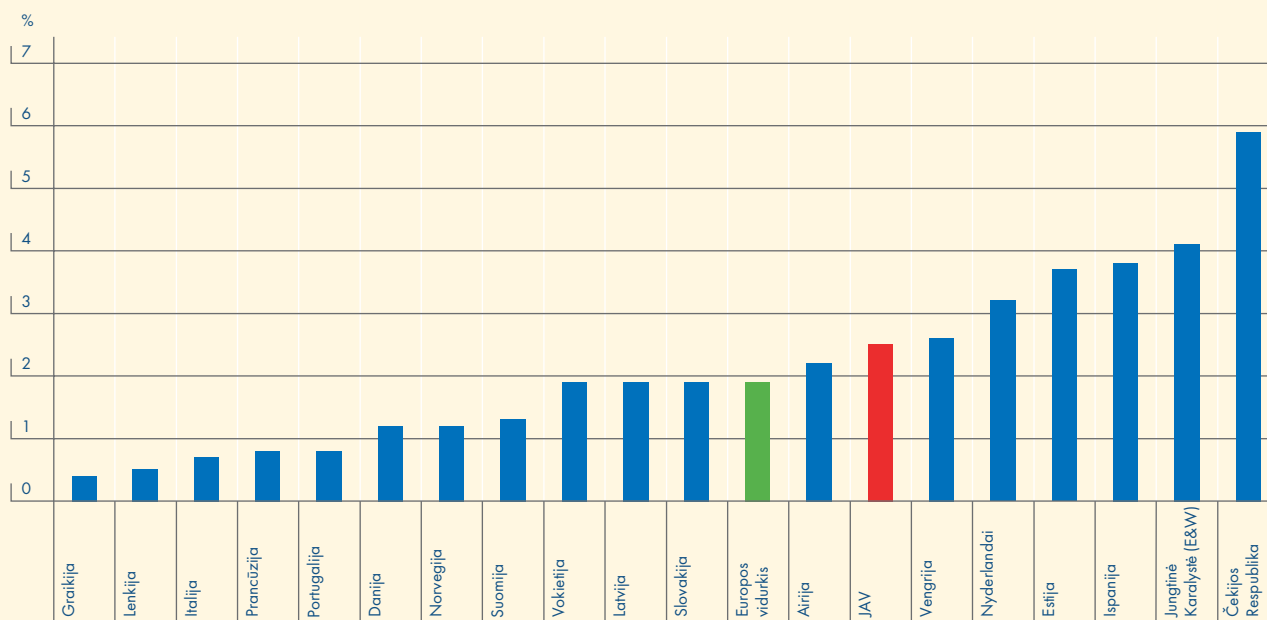
Narkomanijos lygis Jungtinėse Amerikos Valstijose visuomet buvo aukštesnis nei Europos šalyse. Apskritai tokia padėtis išlieka ir šiandien, bet, lyginant vartojimo per praėjusius metus paplitimą, matyti, kad kai kuriose Europos šalyse kanapių, ekstazio ir kokaino vartojimo lygis tarp jaunų suaugusiųjų toks pat kaip ir JAV (žr. paveikslėlių), o ekstazio vartojimo skaičiai per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų Jungtinėse Amerikos Valstijose yra mažesni už kai kurių Europos šalių skaičius galbūt todėl, kad ekstazio vartojimas visuomet buvo daugiau susijęs su Europa. Tačiau apskritai ES narkomanų populiacijos dalies vidurkis yra mažesnis nei JAV vidurkis visais atžvilgiais. Daugelyje Europos šalių narkomanija paplito vėliau nei Jungtinėse Amerikos Valstijose ir gali būti, kad vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas, kurį tam tikru mastu galima laikyti bendru vartojimo lygio rodikliu, Valstijose yra didesnis (žr. 1, 2 ir 3 paveikslėlių 2005 m. Statistikos biuletenyje).

Kanapių, ekstazio ir kokaino vartojimo pastaraisiais metais paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) Europoje ir JAV

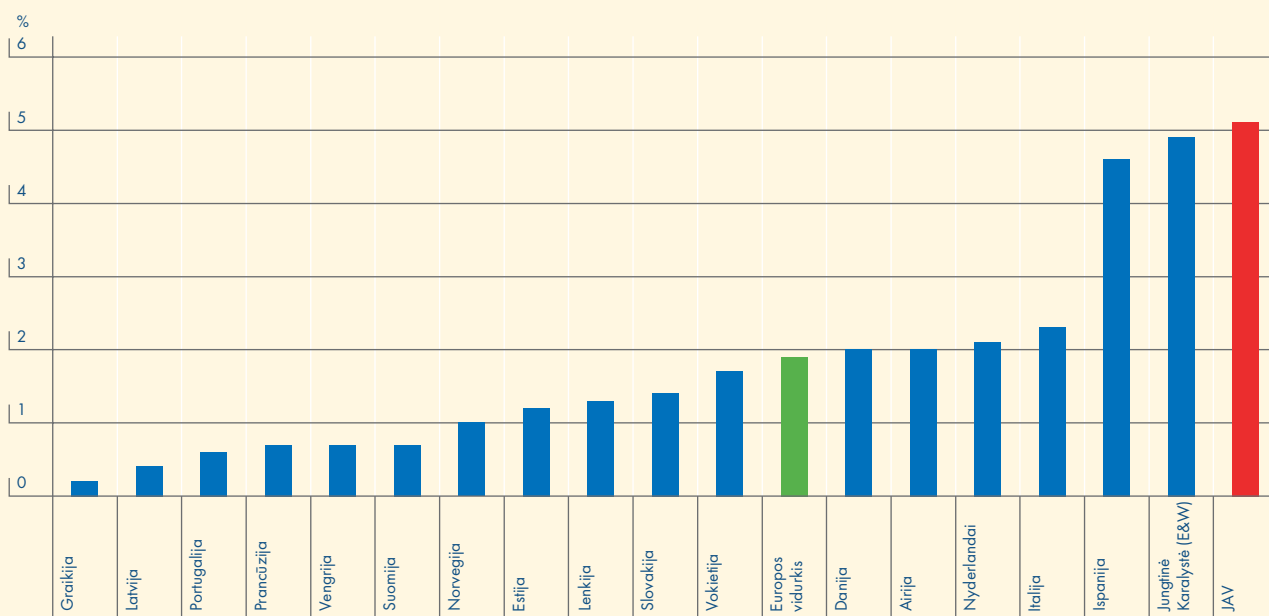
Kanapių vartojimo neseniai (pastaraisiais metais) paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



Ekstazio vartojimo neseniai (pastaraisiais metais) paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



Kokaino vartojimo neseniai (pastaraisiais metais) paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



NB: JAV tyrimas buvo atliktas 2003 m. 16–34 metų amžiaus grupėje, iš naujo nustatytoje remiantis pirminiais duomenimis. Europos šalyse daugelis tyrimų (17 iš 19) buvo atlikti 2001–2004 m. Tyrimai paprastai atliekami 15–34 metų amžiaus grupėje (kai kuriose šalyse žemutinė riba gali būti 16 arba 18 metų). Europos vidutinis paplitimo lygis buvo nustatytas kaip nacionalinių paplitimo lygių vidurkis, apskaičiuotas pagal 15–34 metų amžiaus šalių gyventojų duomenis (2001 m., Eurostato duomenimis).

Šaltiniai: JAV: SAMHSA, Taikomųjų mokslų biuras, Nacionalinis narkotikų vartojimo ir sveikatos tyrimas, 2003 m. (www.samhsa.gov) ir (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa: ENNSC 2005 m. Statistikos biuletenyje pateikta GPS-11 lentelė. „Reitox“ nacionalinių ataskaitų duomenimis (2004 m.).

laikotarpį didėjo. Kai kuriose valstybėse narėse plečiant tokių programų aprėptį svarbų vaidmenį vaidina vaistinės. Specialios programos dažnai pateikiamos platesnėms narkomanams skirtoms tarnyboms, ypač žemo slenkščio agentūroms, kurių tikslas – pasiekti aktyvius narkomanus ir suteikti jiems galimybę gydytis ir gauti kitas paslaugas.

Apskritai užsikrėtimo AIDS atvejų per švirkščiamųjų narkotikų vartojimą jau kuris laikas mažėja. Dabar didžiausias užsikrėtimo AIDS rizikos veiksnys – heteroseksualiniai lytiniai santykiai. Tai tikriausiai galima paaiškinti tuo, kad nuo 1996 m. išaugo labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo (HAART) galimybės, pagerėjo gydymo ir žalos mažinimo paslaugos ir mažėja švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų labiausiai nuo AIDS nukentėjusiose šalyse. PSO duomenimis, daugumoje Europos šalių daugiau kaip 75 % asmenų, kuriems reikalinga HAART, tokį gydymą gauna. Tačiau tokių paslaugų dar trūksta kai kuriose Baltijos šalyse, ir dėl to šio regiono šalyse daugėja naujų AIDS atvejų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų. Vienu metu kai kuriose Baltijos šalyse labai daugėjo naujų ŽIV infekcijos atvejų, bet pastaruoju metu jų labai sumažėjo, tikriausiai dėl to, kad didžiausios rizikos grupė jau nebe

tokia gausi, o galbūt dėl to, kad kai kuriose srityse teikiama daugiau paslaugų.

Kitose naujose ES valstybėse narėse ŽIV paplitimas išlieka nedidelis, kaip ir daugelyje 15 ES valstybių narių. Tose ES šalyse, kur ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų visuomet būdavo didelis, ŽIV skaičius reikšmingai sumažėjo, o paskui stabilizavosi. Tuo nenorime pasakyti, kad šios problemos dingo: nepaisant tendencijų nustatymo metodinių sunkumų, kai kuriuose pastarojo mėto tyrimuose yra nustatyti nauji užsikrėtimo atvejai tam tikrose švirkščiamųjų narkotikų vartotojų grupėse, ir tai tik dar labiau pabrėžia, jog reikia ir toliau būti budriems.

Apibendrinti duomenys apie įstatymais nustatytas bauses už narkotikų laikymą ir vartojimą

Palyginamųjų duomenų apie daugelį narkomanijos ir nusikalstamumo ryšio aspektų Europos lygmeniu beveik nėra. Pagrindinė išimtis – narkotikų įstatymų pažeidimai, t. y. užregistruoti nusikaltimai narkotikų kontrolės įstatymams. Nors šalis lyginti reikia atsargiai, atrodo, kad nuo dešimtojo dešimtmečio pabaigos iki 2003 m. narkotikų įstatymų pažeidimų pagausėjo daugelyje ES šalių. Toks pagausėjimas ypač ryškus kai kuriose naujosiose

valstybėse narėse. Daugelyje šalių dažnai užregistruojami nusikaltimai dėl narkotikų laikymo ir vartojimo. Tokie nusikaltimai dažniausiai susiję su kanapėmis: nuo 1998 m. daugumoje šalių su kanapėmis susijusių nusikaltimų dalis arba padidėjo, arba liko tokia pati. Nusikaltimų, susijusių su heroinu, priešingai, sumažėjo daugelyje šalių.

Europos šalyse didėja susirūpinimas dėl vis skaudesnių narkomanijos padarinių bendruomenėms. Didžiausią bendrą problemą – visuomenės saugumą ir narkomanijos poveikį jaunimui – galima įvardyti pavadinimu „Su narkotikais susijęs viešosios tvarkos trikdymas“ („Drug-related public nuisance“). Ši problema smulkiai nagrinėjama šios metinės ataskaitos priede, pasirinktų problemų skyriuje, kur viena iš temų – baudžiamoji teisė. Joje apžvelgiamos strategijos, kuriomis siekiama narkotikų vartojimo problemų turintiems asmenims netaikyti laisvės atėmimo bausmių, o taikyti gydymą („Laisvės atėmimui alternatyvios bausmės, skirtos nusikaltėliams narkomanams Europos Sąjungoje“ – „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“).

Narkotikų politikos pokyčiai – nacionalinių skirtumų kontekste pastebimi bendri elementai

Skaitant šią ataskaitą aiškiai matyti, kad valstybėse narėse narkomanijos problemos ir politikos bei intervencinių priemonių mastas ir pobūdis skiriasi. Bet, nepaisant to, daugumoje šalių su narkomanija susijusi padėtis turi tam tikrų bendrų elementų. Politikos lygmeniu valstybės narės laikosi bendro politinio įsipareigojimo sukurti pagal savo tarptautines prievoles subalansuotas ir įrodymais paremtas priemones ir, pripažindamos, kad narkotikų politika yra nacionalinė atsakomybė, tikisi naudoti iš geresnio bendradarbiavimo Europos lygmeniu. Šie siekiai yra įrašyti ES narkotikų strategijoje ir veiklos planuose. Nors 2000–2004 m. ES narkotikų strategija ir veiklos planas nepasiekė visų savo ambicingų tikslų, jie parodė, kaip valstybės narės, ES institucijos ir specializuotos agentūros gali dirbti kartu koordinuodamos ir kiekybiškai vertindamos pažangą narkotikų srityje. 2005–2012 m. ES narkotikų strategijoje šį procesą numatoma tęsti.



1 skyrius

Nauji pokyčiai politikoje ir įstatymuose

Įvadas

ES valstybių narių politikos pokyčiai kovos su narkotikais srityje yra neišvengiamai skirtingi ir atspindi požiūrių įvairovę nacionaliniu ir Europos lygmenimis. Tačiau tai nereiškia, kad nėra bendrų bruožų ir kad nereikia jų analizuoti.

Vienas iš svarbiausių tokių bruožų šiuo ataskaitiniu laikotarpiu – kovos su narkotikais strategijos vertinimai įvairiose valstybėse narėse. Kai kuriose ES šalyse jau vertinama, kaip įgyvendinama kovos su narkotikais strategija. Nors vertinimo įtakos visai kovos su narkotikais politikai kol kas nustatyti negalima, tačiau jau yra tam tikrų, daug žadančių rezultatų: dabar mes jau geriau suprantame sėkmes ir nesėkmes, o kai kuriais atvejais, kaip parodė vertinimo rezultatai, daugiau išteklių turime skirti neįgyvendintų strategijos tikslų siekimui. Be to, 2000–2004 m. ES strategijos ir veiklos plano įvertinimas rodo pirmuosius svarbaus proceso, kuriame ES institucijos ir specializuotos agentūros kartu siekia išmatuoti pažangą narkotikų prevencijos srityje, rezultatus. Kiti per ataskaitinį laikotarpį įvykę politikos pokyčiai – tai bausmių už narkotikų vartojimą sumažinimas kai kuriose šalyse ir bausmių sugriežtinimas už nelegalių narkotikų prekybą bei už nusikaltimus, susijusius su narkotikais, kurie kelia grėsmę nepilnamečiams.

Strateginis požiūris į kovos su narkotikais politiką Europos Sąjungoje

2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategijoje, kurią Europos Sąjungos Taryba patvirtino 2004 m. gruodžio mėn., atsižvelgiama į galutinį per buvusį laikotarpį (2000–2004 m.) pasiektos pažangos įvertinimą. Joje siekiama nacionalinėms strategijoms sukurti pridėtinę vertę, nepažeidžiant Sutartyse nustatyto subsidarumo ir proporcingumo principo. Strategijoje keliami du bendri tikslai kovos su narkotikais srityje:

- pasiekti aukštą sveikatos apsaugos lygį, gerovę ir socialinę sanglaudą, papildant valstybių narių veiksmus, kuriais siekiama užkirsti kelią narkotikų vartojimui bei mažinti priklausomybę nuo narkotikų bei narkotikų daromą žalą sveikatai ir visuomenės struktūrai;
- užtikrinti aukštą plačiosios visuomenės saugumo lygį, imantis kovos su narkotikų gamyba, pasiūla ir tarptautine nelegalia prekyba veiksmų ir stiprinant su narkotikais susijusių nusikaltimų prevenciją, paremtą veiksmingu valstybių narių bendradarbiavimu.

Šie du tikslai apima 2000–2004 m. ES kovos su narkotikais strategijoje nustatytus šešis prioritetus. Naujojoje strategijoje iš naujo pabrėžiamas integruotas, daugiadisciplininis, subalansuotas kovos su paklausa ir pasiūla metodas. Čia pagrindinis dėmesys skiriamas dviem politikos sritims ir dviem visos srities apimančioms temoms – „tarptautiniam bendradarbiavimui“ ir „informacijai, tyrimams ir vertinimui“ bei „koordinavimui“.

2005 m. vasario mėn. Europos Komisija Europos Parlamentui ir Tarybai pateikė Komunikatą dėl ES kovos su narkotikais veiksmų plano 2005–2008 m. laikotarpiui. Rengiant šio plano projektą buvo susiekta su ENNSC ir Europolu. Komisija taip pat pasikonsultavo su pilietine visuomene. Veiksmų planas, kuriame atsižvelgiama į ankstesniojo plano įvertinimo rezultatus, parengtas taip, kad jame būtų aiškiai nurodyti kiekvieno veiksmo atlikėjai, veiksmų vertinimo priemonės, rodikliai ir įgyvendinimo datos. Tai turėtų padėti stebėti tolesnės veiklos pažangą ir veiksmingiau valdyti plano įgyvendinimą. Prieš siūlydama 2009–2012 m. planą Komisija kasmet atliks veiksmų plano pažangos apžvalgą ir įvertins jų poveikį.

Vadovaudamosi ES pavyzdžiu, dauguma valstybių narių priėmė nacionalines kovos su narkotikais strategijas. Iš 29 šioje ataskaitoje aptariamų šalių 26 vykdo nacionalinę kovos su narkotikais politiką pagal nacionalinį planą, strategiją ar panašų dokumentą.

Kitose šalyse padėtis tokia: Italijoje Nacionalinis kovos su narkotikais koordinavimo komitetas nacionalinį planą patvirtino 2003 m. kovo mėn. ir jį šiuo metu svarsto regionai bei autonominės provincijos; Malta ir Austrija šios ataskaitos rengimo metu nurodė, kad vyksta nacionalinės kovos su narkotikais strategijos rengimo ir tvirtinimo procedūros ⁽¹⁾.

Septyniose ES šalyse buvo priimtos naujos nacionalinės kovos su narkotikais strategijos (žr. 1 lentelę). Atrodo, kad visų valstybių narių nacionalinėse kovos su narkotikais strategijose laikomasi ES nuostatų ir pritariama tam, kad kovos su narkotikais politika turėtų būti visuotinė ir apimti daugelį sričių. Tačiau įvairių šalių strategijų turinyje gali būti esminių skirtumų, pavyzdžiui, įgyvendinant intervencijas, kurios gali skirtis, nors vartojamas tas pats terminas; vertinant strategijų vaidmenį, kuris gali būti laikomas svarbiu arba antraeilium; ir netgi taikant ar kitaip naudojant svarbias politikos priemones, kaip antai žalos mažinimą. Iš tikrųjų visuose 26 išnagrinėtuose politikos ir strategijos dokumentuose ⁽²⁾ žalos mažinimas, atrodo, yra toks klausimas, dėl kurio nuomonės skiriasi labiausiai: jis labai akcentuojamas 12 dokumentų, devyniuose aptariamas kartu su kitomis temomis, o penkiuose – neminimas visai.

Kovos su narkotikais strategijų vertinimas duoda pirmuosius rezultatus

Per ataskaitinį laikotarpį buvo įvertinta 2000–2004 m. ES kovos su narkotikais strategija. Teisingumo ir vidaus reikalų taryba, susirinkusi 2004 m. spalio 25–26 d., aptarė Komisijos pateiktą šio galutinio įvertinimo ataskaitą ⁽³⁾. Ši taryba siekė įvertinti, koku mastu veiksmų planas pasiekė kovos su narkotikais strategijos tikslus ir kaip kovos su narkotikais strategija ir veiksmų planas paveikė padėtį Europos Sąjungoje. Ji taip pat prisidėjo prie diskusijos, kuri paskatino pritari ti naujai kovos su narkotikais strategijai ⁽⁴⁾. Atlikti šį vertinimo uždavinį Komisijai padėjo organizacinis komitetas (sudarytas iš Komisijos, keturių 2003–2004 m. Europos Sąjungai pirmininkavusių valstybių narių, ENNSC ir Europolo atstovų). Šiai užduočiai labai trukdė tai, kad nebuvo numatyta tikslų ir kiekybiškai įvertinamų veiklos tikslų.

Komunikate dėl galutinio įvertinimo ir jo prieduose ⁽⁵⁾ pabrėžiami pagrindiniai kovos su narkotikais laimėjimai nacionaliniu ir ES lygmenimis ir nurodomos sritys, kur reikalinga tolesnė pažanga. Pabrėžiama, jog padaryta tam tikra pažanga mažinant su narkotikais susijusių sveikatos problemų skaičių (įskaitant žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV)

1 lentelė: Naujos nacionalinės kovos su narkotikais strategijos

Šalis	Pavadinimas	Tvarkaraštis arba priėmimo data	Tikslai	Kiekybiškai įvertinti tikslai	Sėkmės rodikliai	Atsakomybė už vykdymą	Vykdymo biudžetas
Estija	Nacionalinė priklausomybės nuo narkotikų prevencijos strategija	2004–2012	✓	✓	✓	n. d.	n. d.
Estija	Tikslinis strategijos veiksmų planas	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Prancūzija	Kovos su narkotikų, tabako ir alkoholio vartojimu veiksmų planas	2004–2008	✓	✓	✓	n. d.	✓
Kipras	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2004–2008	✓	n. d.	n. d.	n. d.	✓ ⁽³⁾
Lietuva ⁽¹⁾	Nacionalinės narkomanijos prevencijos programos strategija	2004–2008	✓	n. d.	✓	✓	✓
Liuksemburgas	Kovos su narkotikais ir narkomanija strategija ir veiksmų planas	2005–2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovėnija ⁽¹⁾	Nutarimas dėl nacionalinės kovos su narkotikais programos	2004–2009	✓	n. d.	n. d.	✓	✓
Suomija	Kovos su narkotikais politikos veiklos programa	2004–2007	✓	n. d.	n. d.	✓	n. d.

NB: n. d. – nėra duomenų.

⁽¹⁾ Duomenis pateikė nacionalinių informacijos centrų personalas.

⁽²⁾ Liuksemburgo strategijoje nėra kiekybiškai įvertintų pasiūlos mažinimo tikslų.

⁽³⁾ Kipro strategijoje pažymima, kad strategijos tikslams pasiekti bus skiriama finansinių ir žmogiškųjų išteklių, tačiau tekste nenurodyta jokių skaičių.

⁽¹⁾ Daugiau informacijos ir apibrėžimų žr. ENNSC tinklalapyje (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Informacijos šiuo klausimu negauta iš Maltos, Slovakijos ir Turkijos.

⁽³⁾ KOM(2004) 707 galutinis.

⁽⁴⁾ Europos Vadovų Taryba (2004 m. gruodžio 16–17 d.) – Išvados.

⁽⁵⁾ Tarp kurių yra ENNSC–Europolo statistinė nuotrauka (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

infekcijas, hepatitą) ir su narkotikais susijusių mirčių skaičių (ES kovos su narkomanija strategijos 2 tikslas), bei ypač gerinant gydymo prieinamumą (3 tikslas). 1 tikslo, t. y. narkotikų vartojimo mažinimo, srityje kokios nors reikšmingesnės pažangos nepasiekta. Taip pat nenustatyta, kad būtų sumažėjusios galimybės gauti narkotikų (4 tikslas). Tačiau atrodo, kad 4 ir 5 tikslai kartu veikė kaip kelių ES lygmens iniciatyvų, sustiprinusių teisėsaugos kovos su neteisėta narkotikų prekyba ir tiekimu priemones, katalizatorius. Plano vykdymo metu imtasi kelių didelių iniciatyvų, kuriomis buvo siekiama kovoti su pinigų plovimu (6.1 tikslas) ir užkirsti kelią neteisėtam prekursorių naudojimui (6.2 tikslas), visų pirma iš dalies keičiant Bendrijos teisės aktus dėl prekursorių prekybos kontrolės.

Komunikate taip pat pabrėžta, jog būtini tolesni, pavyzdžiui, biomedicininiai, psichosocialiniai ir kitokie veiksnių, kurie skatina narkotikų vartojimą ir priklausomybę, tyrimai, ypač tokiose srityse, kuriose vis dar turime nedaug informacijos (pavyzdžiui, apie ilgalaikį kanapių ar sintetinių narkotikų vartojimą). Buvo pabrėžta, kad formuojant ES kovos su narkotikais politiką būtina nuolat konsultuotis su pilietine visuomene. Komisija taip pat rekomendavo pratęsti ES strategijos vykdymą nuo penkerių iki aštuonerių metų, kad per savo taikymo laikotarpį ji apimtų dviejų iš eilės ES veiklos planų įgyvendinimą ir leistų visiškai įgyvendinti bei suderinti iniciatyvas, kurios atitiktų strategijos tikslus.

Verta smulkiau pakomentuoti keletą per ataskaitinį laikotarpį nacionaliniu lygmeniu atliktų vertinimo veiksmų. Ypač įdomūs yra vertinimai šalių, kurios nacionalinėms kovos su narkotikais strategijoms taikė „struktūrinę“ metodiką. Tokias strategijas galima apibūdinti kaip formalų užduočių dokumentavimą, jų apibrėžimą ir kiekybinį įvertinimą, už įgyvendinimą atsakingos institucijos įvardijimą ir tikslų įvykdymo datos nustatymą. Naudojant šią metodiką, šalims lengviau rengti ataskaitas apie įvykdytas užduotis ir nustatyti probleminius klausimus bei imtis būtinų veiksmų.

Tokios metodikos pavyzdžių galima rasti Čekijos Respublikos, Airijos, Liuksemburgo, Lenkijos ir Portugalijos strategijose, kur nacionalinių kovos su narkotikais strategijų vertinimas parodė arba gali parodyti tai, kas atlikta, ir tai, ką dar reikia padaryti. Portugalijos 2004 m. nacionalinės kovos su narkotikais strategijos įvertinimas – vienas iš pavyzdžių, kaip struktūrinė metodika gali padėti įvertinti

padarytą pažangą. Išorės vertintojai padarė išvadą, kad pažanga padaryta siekiant kai kurių pagrindinių iš trisdešimties Portugalijos veiklos plane numatytų tikslų, iš jų aštuoni tikslai visiškai pasiekti, dešimt tikslų įvykdyta iš dalies; dėl informacijos trūkumo įvertinti kitus tikslus buvo sunku, o dėl penkių tikslų nuspręsta, kad jie yra neįvykdyti. Vokietijoje 2003 m. veiklos plano įgyvendinimui vadovauti ir jo rezultatams stebėti sudarytas organizacinis komitetas (Nacionalinė kovos su narkomanija taryba).

Priėmus nacionalinę kovos su narkotikais strategiją arba įvertinus buvusios strategijos sėkmę, kai kuriose šalyse buvo padidintas kovai su narkotikais skirtas biudžetas. Pavyzdžiui, Graikijoje nuolat didinamos išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms; Vengrijoje skirtos lėšos dar neįgyvendintiems strategijos elementams finansuoti; Liuksemburge Sveikatos ministerijos kovai su narkotikais skirtas biudžetas padidintas nuo 1 milijono EUR 1999 m. iki 6 milijonų EUR 2004 m. Tačiau visose valstybėse narėse viešosios išlaidos, skirtos su narkotikais susijusioms problemoms spręsti, sudaro tik nedidelę visų viešųjų išlaidų dalį (nuo 0,1 % iki 0,3 %). Tuo galima iš dalies paaiškinti, kodėl visoje ES nėra tiesioginio ryšio tarp ekonomikos augimo ir pokyčių bendrajame biudžete bei narkotikų problemai spręsti skirtų viešųjų išlaidų.

Kai kuriose ES šalyse daugiausia visų viešųjų lėšų ir toliau išleidžiama pasiūlai mažinti (panašiai 68–75 % visų su narkotikais susijusių išlaidų) ⁽⁶⁾. Tačiau kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Maltoje ir Liuksemburge, išlaidos paklausos mažinimui buvo akivaizdžiai didesnės nei išlaidos pasiūlos mažinimui (išlaidos mažinimui sudarė atitinkamai 66 % ir 59 % visų narkotikų problemai skirtų išlaidų). Tačiau neaišku, ar nurodomi skiriamo biudžeto lėšų skirtumai atspindi esminius politikos prioritetų skirtumus, ar tai tik tam tikras tendencingumas renkant duomenis.

Informacijos trūkumas apie tiesiogines viešąsias išlaidas narkotikų problemai spręsti ir toliau lieka problema. Tačiau yra ženklų, kad augant akademinio pasaulio susidomėjimui šia sritimi ⁽⁷⁾ vis svarbesnis darosi politinis įsipareigojimas nustatyti ir apibūdinti viešąsias narkotikų problemai skirtas išlaidas, kad nacionalines su narkotikais susijusias išlaidas būtų galima įrašyti kaip pagrindinį elementą sąnaudų ir naudos vertinimuose. Kartu su „Reitox“ tinklu ir Europos Komisija ENNSC dabar kuria metodiką, kuri leis nuosekliai ir patikimai įvertinti su narkotikais susijusias viešąsias

⁽⁶⁾ Žr. pasirinktą temą „Viešosios išlaidos narkotikų paklausos mažinimo srityje“ 2003 m. ENNSC metinėje ataskaitoje (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

⁽⁷⁾ Belgijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Suomijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje – išsamesnių nuorodų žr. ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

išlaidas Europos Sąjungoje, kaip reikalauja 2005 m. ES veiklos planas.

Šis pirmasis vertinimo procesas nacionaliniu ir Europos lygmenimis – tai vertingas grįžtamojo ryšio mechanizmas, informuojantis sprendimų priėmėjus apie tai, koku mastu ir kokiomis sąnaudomis yra įgyvendinti jų sprendimai, ir leidžiantis jiems dėti daugiau pastangų tose srityse, kur iškyla problemų arba vertinimai parodė sudėtingą padėtį. Nors kol kas nėra aiškių nacionalinių kovos su narkotikais strategijų poveikio bendram narkotikų reiškiniui įrodymų (ENNSC, 2004a), „pasiektų rezultatų skaičiavimo“ metodika yra teigiamas ženklas, ir galima tikėtis, jog ji padės atsirasti Europoje bendrai tendencijai detaliau įvertinti kiekvieną nacionalinę kovos su narkotikais strategiją.

Diskusijos nacionaliniuose parlamentuose ir žiniasklaidoje

Tiek žiniasklaidoje, tiek nacionaliniuose parlamentuose diskutuojama apie visuomenei nerimą keliantį narkotikų reiškinį. Šiuo ataskaitiniu laikotarpiu „Reitox“ nacionaliniuose pranešimuose teigiama, kad parlamentuose dažniausiai svarstomi „žalos mažinimo“ ir šiai kategorijai priskiriamų intervencijų, „kanapių vartojimo“ ir „su narkotikais susijusių nusikaltimų bei atitinkamų narkotikų įstatymų pakeitimų“ klausimai.

Pakaitinio gydymo ir žalos mažinimo priemonių pranašumai ir trūkumai, lyginant juos su visiško narkotikų neįvartojimo siekiu, paskatino gyvus parlamentinius debatus Čekijos Respublikoje, Estijoje, Prancūzijoje, Airijoje ir Norvegijoje. Politiniuose sluoksniuose karštai buvo aptariamos tokios temos, kaip antai siūlymas Švedijoje švirkštų keitimo programą padaryti nuolatine griežtai kontroliuojama programa ir siūlymas Norvegijoje įsteigti laikinus švirkštimosi kambarius (žr. pasirinktą temą apie nacionalinius įstatymus ir viešosios tvarkos trikdymą).

Svarbiu diskusijų klausimu išliko kanapės, ypač Vokietijoje, kur pagrindinis dėmesys buvo skiriamas kanapių vartojimui tarp jaunimo, ir Liuksemburge bei Portugalijoje, kur buvo siūloma leisti įsigyti kanapių pagal gydytojo receptą. Kanapių vartojimas ir bendrai narkotikų vartojimas tarp jaunimo ir mokyklose buvo plačiai nušviestas Belgijos,

Čekijos Respublikos, Vokietijos, Kipro, Liuksemburgo ir Austrijos žiniasklaidoje. Nyderlanduose žiniasklaidos dėmesį patraukė pranešimai apie tetrahidrokanabinolio (THC) kiekio padidėjimą kanapėse („nederwiet“) ir galimus ypač stiprų poveikį turinčių kanapių padarinius sveikatai. Lenkijos žiniasklaidoje daugiausia minimos kanapės – iš 2 500 nuorodų į narkotikus 865 kartus buvo minimos kanapės. Įstatymų projektai dėl jų legalizavimo buvo pateikti Belgijoje, Danijoje ir kai kurių miestų tarybose Nyderlanduose (siekiant išspręsti „nelegalaus pirkimo problemą“⁽⁸⁾), bet jie sukėlė didelį viešą daugumos parlamento narių ir vyriausybės ministrų pasipriešinimą.

Narkotikų įstatymų pataisų perspektyvos patraukė žiniasklaidos dėmesį ir sukėlė politines diskusijas Prancūzijoje ir Italijoje. Prancūzijoje atsisakyta siūlymo įkalinimo bausmes už narkotikų vartojimą pakeisti pinigineis baudomis dėl būgštavimų, kad toks pakeitimas gali būti „interpretuojamas kaip ženklas, jog narkotikai nėra labai pavojingi“, ir dėl to „gali vėl padidėti jų vartojimas net tarp jaunesnio amžiaus žmonių“⁽⁹⁾. Italijoje žiniasklaida daug kalbėjo apie parlamentinius debatus dėl 1990 m. įstatymų pakeitimų, o Čekijos Respublikoje žiniasklaidos ir politikų dėmesį patraukė bausmių diferencijavimas už narkotikų laikymą.

Čekijos Respublikoje, Graikijoje, Liuksemburge, Lenkijoje ir Portugalijoje imtasi *ad hoc* tyrimų žiniasklaidos pranešimams iširti, o nacionalinės žiniasklaidos kampanijos, nukreiptos į jaunimą, buvo parengtos Belgijoje⁽¹⁰⁾, Lenkijoje ir Jungtinėje Karalystėje⁽¹¹⁾.

Naujovės ES programose ir teisės aktuose

Ataskaitiniu laikotarpiu buvo imtasi svarbių su narkotikais susijusių ES iniciatyvų, kurios buvo įgyvendinamos visuomenės sveikatos, neteisėtos narkotikų prekybos ir prekursorių bei sintetinių narkotikų kontrolės srityse.

Visuomenės sveikata

Europos lygmeniu kovos su narkotikais prevencija, kaip sveikatai svarbių veiksnių dalis, yra įtraukta į visuomenės sveikatos programą⁽¹²⁾. Šios programos 2004 m. veiklos plane didžiausias dėmesys skiriamas 2003 m. birželio

⁽⁸⁾ Kavos parduotuvės (*Coffee shops*) gali turėti kanapių atsargų pardavimui iki 500 g, bet jų įsigyti jos gali tik nelegaliose rinkose. Tai yra vadinamoji „nelegalaus pirkimo problema“.

⁽⁹⁾ MILDT (2004), p. 43, cituojama Prancūzijos nacionalinėje ataskaitoje.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Kampanija „Pokalbis su Franku“ apie kanapių vartojimo riziką (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ 2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB, patvirtinantis Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programą (2003–2008) – Komisijos pareiškimai (OL L 271, 2002 10 09, p. 1–12).

Tvarios sveikatos stebėsenos sistemos sukūrimas

Tvarios sveikatos stebėsenos sistemos sukūrimas ir jos veikimas – vienas pagrindinių visuomenės sveikatos programos tikslų (2003–2008 m.). Tobulindama Europos Bendrijos sveikatos rodiklius, Komisija konsultavosi su valstybėmis narėmis ir su tarptautinėmis institucijomis. Taip į pagrindinių rodiklių sąrašą projektą buvo įrašyti tokie rodikliai, kaip antai: „su narkotikais susijusios mirtys“ bei „psichotropinių narkotikų vartojimas“, ir sustiprėjo struktūriniai ryšiai su ENNSC, kaip potencialiu duomenų teikėju.

18 d. Tarybos rekomendacijai ir atitinkamo pagrindo, kuriuo remiantis būtų galima aprašyti veiklos kryptis Europos Sąjungoje, sukūrimui, prie kurio prisidėtų ir ENNSC. Komisija paragino visas suinteresuotas grupes teikti siūlymus, kaip spręsti piktnaudžiavimo visomis priklausomybę galinčiomis sukelti medžiagomis problema, atsižvelgiant į gyvenimo būdą, ypač į pramogų vietas (pavyzdžiui, naktinius klubus) ir kalėjimus. Komisiją ypač domino geriausia praktika ir ryšių bei informacijos sklaidos tobulinimas pažangiausiais metodais. 2004 m. Komisija atrinko keturis projektus, kurių tikslas užkirsti kelią rizikingam elgesiui, suderinti tarptautines žinias apie biomedicininis pašalinius dopingo poveikius, aktyviau skleisti žinias, kaip spręsti narkotikų vartojimo problemas, ir naujoms valstybėms narėms žiniatinklyje pateikti daugiau šaltinių apie teisėtus ir neteisėtus narkotikus.

Prekyba narkotikais

2004 m. ES lygmeniu buvo patvirtintos tam tikros priemonės, kaip kovoti su neteisėta narkotikų prekyba. 2004 m. spalio 25 d. Tarybos pamatiniu sprendimu 2004/757/TVR buvo nustatytos būtiniausios nuostatos dėl nusikaltimų veikos sudėties požymių ir bausmių neteisėtos prekybos narkotikais srityje⁽¹³⁾, ir tai yra pagrindinė neteisėtos prekybos narkotikais problemos sprendimo priemonė, padedanti valstybėms narėms nustatyti minimalias bausmes už tokius nusikaltimus.

2004 m. gruodžio mėn. Taryba susitarė dėl Tarybos sprendimo dėl keitimosi informacija, rizikos vertinimo ir naujų psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės. Šis sprendimas yra teisinis pagrindas veiksmingai keistis informacija apie naujas psichotropines medžiagas ir jame taip pat numatomas ES lygmens kontrolės mechanizmas.

2004 m. kovo 30 d. Taryba priėmė rekomendaciją dėl gairių, kaip imti konfiskuotų narkotikų mėginius. Joje rekomenduojama, kad valstybės narės, jei to dar nėra padariusios, turėtų pradėti taikyti mėginių ėmimo sistemą pagal tarptautiniu mastu priimtas gaires. Taryba taip pat priėmė rezoliuciją dėl kanapių ir patvirtino narkotikų paklausos ir pasiūlos mažinimo planų įgyvendinimo bei sintetinių narkotikų pasiūlos mažinimo pažangos ataskaitą.

2004 m. vasario 11 d. Europos Parlamentas ir Taryba priėmė Reglamentą Nr. 273/2004 dėl narkotinių medžiagų prekursorių⁽¹⁴⁾. Šiuo reglamentu sukuriamos suderintos priemonės tam tikrų medžiagų, dažnai vartojamų neteisėtai gaminant narkotines ar psichotropines medžiagas, kontrolei ir stebėjimui Bendrijos viduje, siekiant užkirsti kelią šių medžiagų patekimui į neteisėtą rinką. Visų pirma reglamentu valstybėms narėms nubrėžiamos gairės, kokias patvirtinti priemonės, kad jų kompetentingos institucijos galėtų atlikti kontrolės ir stebėsenos užduotis, ir pateikiama informacija, kaip atpažinti ir pranešti apie įtartinus sandorius. 2004 m. gruodžio 22 d. Taryba priėmė Reglamentą Nr. 111/2005, nustatantį prekybos narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais) tarp Bendrijos ir trečiųjų šalių stebėsenos taisykles.

2004 m. lapkričio mėn., vadovaudamasi 2002 m. lapkričio mėn. Tarybos rezoliucija, Europos Komisija Tarybos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei (HDG) pateikė sintetinių narkotikų kontrolės metodikos, paremtos nepatentinių ir ūmiems susirgimams gydyti reikalingų vaistų sąrašu, tyrimą. 2004 m. balandžio mėn. Europos Komisija šiai grupei pateikė siūlymus, kaip būtų galima toliau tobulinti sintetinių narkotikų platinimo tinklų Europos Sąjungoje žemėlapių sudarymą.

Nauji nacionaliniai įstatymai

Jaunimas

Kalbant apie keleto valstybių narių nacionalinių įstatymų pokyčius, įvykusius per ataskaitinį laikotarpį, pažymėtinos priemonės, kuriomis siekiama apsaugoti jaunos žmones nuo nusikaltėlių ir reaguoti į tai, kad jiems gali kilti noras vartoti narkotikus.

Apsauga gali būti įgyvendinama tiesioginiais ir bendresniais būdais. Vengrijoje 2003 m. kovo mėn. priimtu įstatymu siekiama apsaugoti jaunesnius kaip 18 metų jaunuolius nuo piktnaudžiavimo narkotikais ir sugriežtinti bausmes suaugusiesiems už nusikaltimus nepilnamečių

⁽¹³⁾ O L L 335, 2004 11 11, p. 8; žr. taip pat 2004 m. ENNSC metinę ataskaitą (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ O L L 47, 2004 02 18, p. 1.

atžvilgiu. Estijoje 2004 m. pradžioje priimtos pataisos numato griežtesnes bausmes už daugumą su narkotikais susijusių nusikaltimų, įskaitant nepilnamečių skatinimą neteisėtai vartoti narkotikus.

Danijoje 2004 m. liepos mėn. buvo pataisytas įstatymas dėl svaiginančių narkotinių medžiagų; dabar narkotikų platinimas restoranuose, diskotekose ir panašiose vaikų ir jaunimo dažnai lankomose vietose laikomas nusikaltimu sunkinančiomis aplinkybėmis. Už tokius nusikaltimus visuomet turi būti baudžiama laisvės atėmimu, ir vidutinį įkalinimo laiką numatoma padidinti vienu trečdaliu. Ispanijoje nuo 2004 m. spalio mėn. neteisėta prekyba netoli mokyklų taip pat laikoma sunkinančia aplinkybe, be to, į neteisėtos prekybos nusikaltimus įtraukiamo „jaunimo“ amžiaus riba padidinta nuo 16 iki 18 metų. Anglijoje ir Velse naujų įstatymų vykdymo direktyvos nubrėžtos išleistose *Gairėse dėl kanapių teisės aktų vykdymo* (ACPO, 2003), kurios teikia patarimus, kaip elgtis su asmenimis, kurie turi kanapių tokiose vietose, kaip antai: mokyklos, jaunimo klubai, žaidimų aikštelės, ar netoli jų.

Tarp prevencijos priemonių, reikalingų sprendžiant narkotikus vartojančio jaunimo problemas, pažymėtini du Latvijos Vyriausybės 2003 m. gruodžio mėn. priimti teisės aktai. Viename numatomos vaikų, sugautų piktnaudžiaujant narkotikais, privalomojo institucinio gydymo (su tėvų sutikimu) procedūros ir kiti konkretūs veiksmai, kurių reikia imtis, kai mokykloje randama narkotikų ar kitokių toksinių medžiagų. Anglijoje ir Velse už kanapių nusikaltimus sulaikyti jaunesni kaip 18 metų žmonės ir toliau gauna griežtą įspėjimą arba, jei nusikaltimas rimtas, policija jiems iškelia kaltinimus. Gavęs galutinį įspėjimą, jaunas nusikaltėlis siunčiamas į nusikaltusio jaunimo grupę (YOT), kuri pasirūpina gydymu ir kitokia parama.

Čekijos Respublikoje Nepilnamečių teisingumo įstatymas, kuris įsigaliojo 2004 m., keičia jaunimui, dalyvaujančiam baudžiamajame kodekse numatytuose nusikaltimuose, taikomas sąlygas ir numato baudžiamojo kodekso viršenybę kitų bendro pobūdžio įstatymų atžvilgiu. Baudžiamosios priemonės turi būti taikomos tik būtiniais atvejais, o auklėjamosios priemonės gali apimti draudimą vartoti narkotines medžiagas arba priverstinį gydymą. Dabar didžiausia jaunimui taikoma bausmė be laisvės atėmimo prilygsta pusei bausmės, taikomos suaugusiesiems. Lenkijoje 2003 m. sausio mėn. išleistu ministro įsakymu yra nustatytos konkrečios auklėjamosios ir prevencinės priemonės, taikomos su narkomanijos

pavojumi susiduriantiems vaikams ir jaunimui. Mokyklos privalo turėti auklėjamasias ir prevencines strategijas.

2003 m. spalio mėn. Europos teisinė narkotikų duomenų bazė (ELDD) paskelbė įstatymų, susijusių su narkotikais ir jaunimu, lyginamąjį tyrimą⁽¹⁵⁾, kurio pagrindu buvo parengtas straipsnis, padėjęs Komisijai parengti 2000–2004 m. ES veiklos plano įvertinimą, paskelbtą 2004 m. spalio mėn.⁽¹⁶⁾ Šiame įvertinime nustatyta, kad veiklos plane numatytus su jaunimu susijusius klausimus reglamentuoja iš viso 22 įstatymai, kuriuos yra priėmusios 11 valstybių narių (iš 15). Dauguma šių įstatymų numato alternatyvias laisvės atėmimui bausmes, o šešios šalys priėmė įstatymus, skirtus narkomanijos paplitimo mažinimui, ypač tarp jaunimo. Tačiau apskritai atrodo, kad per penkerių metų laikotarpį teisėkūra šiems veiklos plano punktam skyrė palyginti mažai dėmesio. Išsamesnę jauniems narkotikus vartojantiems nusikaltėliams skirtų priemonių analizę žr. pasirinktoje temoje apie laisvės atėmimui alternatyvias bausmes.

Žalos mažinimas

2003 m. ir 2004 m. buvo priimta keletas įstatymų dėl žalos mažinimo.

Prancūzijoje 2004 m. rugpjūčio mėn. priimtas įstatymas dėl penkerių metų visuomenės sveikatos politikos plano patvirtinimo, kuris narkotikų vartojimo žalos mažinimo politiką įtraukia į visuomenės sveikatos nuostatus, pateikia oficialų žalos mažinimo apibrėžimą ir žalos mažinimą priskiria valstybės jurisdikcijai.

Suomijoje vyriausybės dekretu iš dalies pakeistas Užkrečiamųjų ligų įstatymas, pagal kurį užkrečiamųjų ligų specialistai sveikatos centruose dabar privalo vykdyti prevencinį darbą, įskaitant konsultacijas sveikatos klausimais švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, o prireikus – keisti adatas ir švirkštus. Liuksemburge 2003 m. gruodžio mėn. didžiojo hercogo dekretas reglamentuoja nacionalinę švirkštų dalijimo programą ir nustato įstaigas bei profesionalus, įgaliotus teikti švirkštus narkotikų vartotojams. Tokiu būdu toliau pagal aiškiai suformuluotus teisės aktus⁽¹⁷⁾ vykdoma politika, kuri leidžia turėti ir teikti sterilius švirkštus ir kurią rėmė pasibaigęs 2000–2004 m. ES veiklos planas, reikalavęs vykdyti profilaktines priemones. Smulkesnes teises informacijos galima rasti ELDD teminėje apžvalgoje „Adatų ir švirkštų programų teisinė bazė“⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁵⁾ *Jaunimas ir narkotikai: teisės aktų apžvalga* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Narkotikų teisė ir jaunimas 2000–2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Nuo 1999 m. tokius įstatymus priėmė septynios šalys: Belgija, Prancūzija, Liuksemburgas, Lenkija, Portugalija, Slovėnija ir Suomija.

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

Jungtinės Karalystės Neteisėto narkotikų vartojimo įstatymas buvo iš dalies pakeistas 2003 m. rugpjūčio mėn. ir dabar gydytojams, vaistininkams ir narkotikų srities darbuotojams leidžiama teisėtai teikti tamponus, sterilų vandenį, tam tikrus maišymo įrankius (pavyzdžiui, šaukštus, dubenėlius, puodukus ir indus) ir citrinos rūgštį narkotikų vartotojams, kurie yra įsigiję kontroliuojamųjų narkotikų be recepto. 2004 m. birželio mėn. Norvegijos parlamentas priėmė trejus metus galiosiantį laikinąjį įstatymą dėl bandomosios švirkštimosi kambarių programos. Šis įstatymas atleidžia švirkštimosi kambarių lankytojus nuo bausmės už tai, kad jie turi vieną narkotikų dozę ir ją panaudoja; pagal šį įstatymą minėtus švirkštimosi kambarius leista atidaryti 2005 m. vasario mėn.

Čekijos Respublikoje keletas nevyriausybinų organizacijų (NVO) teikia tablečių tikrinimo paslaugas, kuriomis siekiama sumažinti riziką, kad gali būti pavartota nežinoma ar netikėta medžiaga, nors dėl tokios programos teisėtumo karštai diskutuojama. 2003 m. nebuvo atliekamas joks baudžiamasis persekiojimas, o vienintelę iki šiol policijos iškeltą bylą (2002 m.) valstybinis prokuroras atmetė. Vėliau Vyriausioji prokuratūra išleido šia tema gaires.

Kaip ir minėti teisės aktai, naujoji ES strategija ir veiklos planas žalos mažinimo paslaugas apskritai pripažįsta kaip tinkamą atsaką į didėjančią adatų keitimo paklausą, siekiant sumažinti narkotikų keliamą riziką asmens ir visos visuomenės sveikatai.

Bausmės

Ataskaitiniu laikotarpiu, be anksčiau aptartų pakeitimų, keletas šalių savo narkotikų įstatymuose padarė pataisų, susijusių su bausmėmis, kurias galima skirti būtent jauniems asmenims už įvairius nusikaltimus. Pavyzdžiui, praeitais metais buvo pranešta, kad Belgija ir Jungtinė Karalystė smarkiai sumažino bausmę už problemų nekeliantį kanapių turėjimą. Belgijoje 2005 m. vasario mėn. išleista nauja direktyva išaiškino tokiai sumažintai bausmei taikomas išimtis, tačiau joje reikalaujama išsamiai taikyti baudžiamąjį kodeksą tais atvejais, kai „trikdoma viešojo tvarka“. Čia kalbama apie kanapių turėjimą tokiose vietose, kur gali rinktis moksleiviai (mokyklose, parkuose, autobusų stotelėse), arba netoli tokių vietų, taip pat „demonstratyvus“ kanapių turėjimas viešojo vietoje ar pastate. Danijoje 2004 m. gegužės mėn. įstatymo dėl svaiginančių narkotinių medžiagų pataisose ir valstybinio prokuroro aplinkraštyje nurodyta, kad narkotikų turėjimas

savo reikmėms dabar paprastai baudžiamas pinigine bauda, o ne įspėjimais, kaip anksčiau.

Kaip praneša ENNSC⁽¹⁹⁾, tokios įstatymų pataisos atitinka per keletą pastarųjų metų atsiradusias tendencijas keisti vartotojams ir neteisėtiems prekeiviams skiriamas bausmes. Pavyzdžiui, 2003 m. Belgija sukūrė naują nusikaltimų kategoriją, kuri leidžia netraukti baudžiamojon atsakomybėn problemų nekeliančių kanapių vartotojų, Graikija sumažino didžiausią bausmę už narkotikų vartojimą nuo penkerių iki vienerių metų, Vengrija narkotikų vartojimo nusikaltimą išbraukė iš baudžiamojo kodekso. 2002 m. Estija panaikino pakartotinio vartojimo ar nedidelio neteisėtų narkotikų kiekio turėjimo savo reikmėms nusikaltimą (kartu su didžiausia už jį skiriama laisvės atėmimo bausme trejiems metams), tačiau Lietuva savo baudžiamąjį kodeksą papildė narkotikų turėjimo nusikaltimu, už kurį gali būti skirta laisvės atėmimo bausmė iki dvejų metų. 2001 m. Liuksemburgas kanapių vartojimą išbraukė iš kriminalinių nusikaltimų sąrašo ir panaikino su tuo susijusią laisvės atėmimo bausmę už paprastą, su sunkinančiomis aplinkybėmis nesusijusį, narkotikų vartojimą, o Suomija įstatymu įteisino narkotikų vartotojo nusikaltimą, už kurį, taikant pagreitintą prokuroro vykdomą baudžiamąjį procesą, skiriama mažesnė maksimali laisvės atėmimo bausmė. 2000 m. Portugalija įteisino administracines baudas už narkotikų vartojimą, nors tais pačiais metais Lenkija panaikino atleidimą nuo bausmės, kurį anksčiau buvo galima taikyti už narkotikų turėjimą. Tačiau tokie pakeitimai nereiškia, kad mažėja narkomanijos poveikio visuomenei kontrolė, kaip galima matyti iš pasirinktos temos apie viešosios tvarkos trikdymą ir pirmiau nurodytų narkotikų turėjimo apribojimų netoli jaunimo buvimo vietų.

Įtariamiesiems neteisėta narkotikų prekyba bausmės griežtėja. Danijoje 2004 m. kovo mėn. didžiausios bausmės už neteisėtą prekybą buvo padidintos daugiau kaip 50 %. 2004 m. pradžioje Estija įteisino griežtesnes bausmes už daugumą su narkotikais susijusių nusikaltimų, ypač esant sunkinančioms aplinkybėms. Jungtinėje Karalystėje didžiausia bausmė už C klasės narkotikų neteisėtą prekybą yra padidinta nuo penkerių iki 14 metų laisvės atėmimo. Be to, pastaraisiais metais, t. y. 2001 m. Graikijoje, 2000 m. Lietuvoje ir 1999 m. Airijoje, daugiau skirta dėmesio bausmėms už konkrečius narkotikų platinimo tarp jaunimo nusikaltimus (žr. aukščiau) ir už neteisėtą prekybą. Šis vieningas bausmių už neteisėtą narkotikų prekybą griežtinimas atsispindi 2004 m. spalio mėn.

⁽¹⁹⁾ Smulkesnės informacijos žr. ENNSC teminiame straipsnyje „Neteisėtas narkotikų vartojimas Europos Sąjungoje teisės aktų požiūriu“ (*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*; <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

Europos pamatiniame sprendime, nustatančiame būtiniausias nuostatas dėl nusikaltimų veikos sudėties ir baudsmių neteisėtos prekybos narkotikais srityje.

Narkotikai darbovietėse

Dvi šalys pranešė apie ketinimus priimti įstatymus dėl narkotikų darbovietėse. Suomijoje Profesinio gyvenimo privatumo apsaugos įstatymu (759/2004) siekiama reglamentuoti ir apsaugoti darbuotojo privatumą atliekant darbe testus dėl narkotikų. Įstatyme reikalaujama, kad darbdavys ir darbuotojai parengtų darbovietės kovos su narkotikais programą, įskaitant prevencijos planus ir gydymo galimybes, ir sudarytų tų darbų, kuriems reikalinga narkotikų testo pažyma, sąrašą. Samdydamas naujus darbuotojus, darbdavys narkotikų testo pažymos gali reikalauti tik iš konkurso laimėjusio kandidato. Darbdavys turi teisę naudoti pažymoje pateiktą informaciją tuo atveju, jei darbas reikalauja tikslumo, patikimumo, savarankiško mąstymo ar budrumo ir jei nuo narkotikų apsvaigusio ar nuo jų priklausomo darbuotojo darbas gali kelti pavojų gyvybei, sveikatai ar padaryti didelę žalą. Jau įdarbintas darbuotojas privalo pateikti pažymą tik tuo atveju, jei yra priešasčių įtarti, kad jis arba ji turi priklausomybę nuo narkotikų arba dirba jų veikiamas (-a).

Airijoje Saugos, sveikatos ir gerovės darbe įstatymo projektas buvo paskelbtas 2004 m. birželio mėn. Vienas jo skirsnis reikalauja, kad darbuotojai turi užtikrinti, jog jie darbe nėra veikiami jokių svaiginančių medžiagų tiek, kad galėtų kelti pavojų savo ar bet kurio kito asmens saugai, sveikatai ar gerovei darbe. Jis taip pat nustato, kad darbdaviui pagrįstai reikalaujant darbuotojai privalo sutikti, kad kompetentingas asmuo jiems atliktų atitinkamus, pagrįstus ir suderintus testus.

Prevencijos priemonės tam tikroje aplinkoje, pavyzdžiui, darbovietėje, dabar pabrėžiamos ir naujajame ES veiklos plane. Didesnis akcentas tikslinėms prevencijos priemonėms gali būti atsvara bendrai tendencijai švelninti baudmes narkotikų vartotojams, atsiradęs galbūt dėl susirūpinimo, kad narkomanija Europos Sąjungoje plinta ir tokių atvejų dažnėja. Tačiau nėra aiškių skaičių, rodančių, kokio masto iš tikrųjų yra šis suvokiamas reiškinys, o testavimas dėl narkotikų vartojimo kitiems tikslams, o ne faktiškam apsvaigimui nustatyti, gali sukelti sudėtingų teisinių problemų dėl privatumo pagal kai kuriuos nacionalinius ir tarptautinius įstatymus. Tuo tarpu ir toliau investuojama į testavimo įrangą, siekiant tobulinti jos tikslumą ir naudojimo patogumą.

Su narkotikais susijęs viešosios tvarkos trikdymas: politikos tendencijos ir priemonės, ENNSC 2005 m. metinėje ataskaitoje: pasirinktos temos

Diskusijose apie politiką narkotikų klausimu ir nacionaliniu, ir Europos lygmeniu iškyta susirūpinimas dėl viešosios tvarkos trikdymo. Daugelyje valstybių narių, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje seniai kalbama apie tokį elgesį ir veiksmus, kurie apibūdinami terminu „su narkotikais susijęs viešosios tvarkos trikdymas“. Taigi mes kalbame ne apie naują reiškinį, o apie naują politikos narkotikų klausimais kryptį, kuri pastebima bent jau kai kuriose valstybėse narėse ir kuri šiuos reiškinius bando suskirstyti kategorijomis bei apibūdinti viena sąvoka ir tokio reiškinio mažinimo tikslą įrašyti į nacionalinę kovos su narkotikais strategiją.

Kokiu mastu ši tendencija pastebima Europos šalyse?
Ar ši sąvoka apibrėžiama vienodai? Kaip reikėtų vertinti šio

reiškinio pobūdį ir mastą? Ko siekiama šioje politikos kryptyje ir kokios intervencijos rūšys taikomos, nesvarbu, ar jos sukurtos specialiai ar ne specialiai su narkotikais susijusiam viešosios tvarkos trikdymui mažinti? Ar jau yra kokių nors tokios politikos vertinimo rezultatų ir ar nustatyti taikomos intervencijos kokybės standartai? Tai yra pagrindiniai klausimai, kurie nagrinėjami šioje pasirinktoje temoje.

Laiku pateikdama su narkotikais susijusio viešosios tvarkos trikdymo diskusijų Europoje apžvalgą, ENNSC siekia suteikti politikams ir plačiajai visuomenei informacijos apie šio reiškinio pobūdį, tendencijas ir priemones, taikomas šioje narkotikų politikos srityje.

Šiai pasirinktai temai yra skirtas spausdintas leidinys, į ją taip pat galima rasti (tik anglų kalba) internete „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



2 skyrius

Mokyklos, jaunimas ir narkotikai

Daugiausia palyginamųjų duomenų apie alkoholio ir narkotikų vartojimą tarp jaunimo teikia penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių apklausa. Vykdamas alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo Europos mokyklose tyrimo projektą (ESPAD), apklausa buvo atlikta 1995 m., 1999 m., o pati paskutinė – 2003 m. 2003 m. apklausa (Hibell ir kt., 2004) pateikia lyginamųjų duomenų iš 22 ES valstybių narių, Norvegijos ir šalių kandidačių (Bulgarijos, Rumunijos ir Turkijos). Kitos apklausa mokyklose (pavyzdžiui, Nyderlanduose, Švedijoje ir Norvegijoje) ir mokyklinio amžiaus vaikų elgesio sveikatingumo tyrimai (HBSC) yra

informacijos apie narkotikų vartojimą tarp moksleivių šaltinis, kurio duomenys apskritai yra labai panašūs.

Narkotikų paplitimas ir jų vartojimo būdai

Kanapės

Pastarojo 2003 m. ESPAD tyrimo duomenys rodo, kad didžiausias kanapių vartojimas tarp 15–16 metų amžiaus grupės moksleivių yra Čekijos Respublikoje (44 %) (1 paveikslėlis). Mažiausiai narkotikų vartojimas nurodytoje amžiaus grupėje paplitęs (mažiau kaip 10 %)

Alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo Europos mokyklose tyrimas (ESPAD): informacijos šaltinis, leidžiantis geriau suprasti jaunimo narkotikų ir alkoholio vartojimo tendencijas

ESPAD yra svarbus informacijos apie Europos moksleivių narkotikų ir alkoholio vartojimą šaltinis, kurio reikšmė tendencijoms per tam tikrą laiką nustatyti yra milžiniška. ESPAD tyrimai buvo atlikti 1995 m., 1999 m. ir 2003 m. Gauti duomenys yra aukštos kokybės, juos galima naudoti palyginimams, nes tipiškomis nacionalinėms 15–16 metų moksleivių imtims buvo taikomi standartiniai metodai ir instrumentai. Kiekviename ESPAD tyrime dalyvavo vis daugiau ES valstybių narių ir Europos Sąjungai nepriklausančių šalių. 1995 m. tyrime dalyvavo iš viso 26 Europos šalys (įskaitant 10 į ES 2004 m. gegužės mėn. įstojusių šalių). Šis skaičius 1999 m. išaugo iki 30, o 2003 m. tyrime dalyvavo įspūdingas šalių skaičius – 35, įskaitant 23 ES valstybes nares (tarp jų 10 į ES 2004 m. gegužės mėn. įstojusių šalių) ir tris šalis kandidates (Bulgariją, Rumuniją ir Turkiją) bei Norvegiją. Ispanija tyrime nedalyvavo, bet 2003 m. ESPAD tyrimo ataskaitoje pateikti nacionaliniai duomenys iš Ispanijos mokyklų tyrimo (PNSD). ESPAD mokyklų tyrimo duomenys yra palyginami, nes yra standartizuotas tikslinių grupių amžius, duomenų rinkimo būdas ir laikas, atsitiktinės imtys, sudaryti kokybiški klausimynai ir užtikrintas anonimiškumas.

Pagrindiniai tyrimo klausimai – alkoholio vartojimas (apskritai gyvenime, per pastaruosius 12 mėnesių, per

pastarąsias 30 dienų, vidutiniškai suvartojami kiekiai, besaikis gėrimas) bei neteisėtų narkotikų vartojimas (apskritai gyvenime, per pastaruosius 12 mėnesių, per pastarąsias 30 dienų ir kaip dažnai narkotikai buvo vartojami per šiuos laikotarpius).

Pagrindiniai faktai, nustatyti 2003 m. tyrime ES valstybėse narėse, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje, yra šie:

- kanapės yra dažniausiai vartojamas neteisėtas narkotikas;
- ekstazis užima antrą vietą tarp neteisėtų narkotikų, bet patirtis santykinai nedidelė;
- patirtis su amfetaminais ir LSD bei kitais haliucinogenais yra nedidelė;
- nors magiškųjų grybų vartojimo paplitimas santykinai nedidelis, jie yra dažniausiai vartojami haliucinogenai 12 ES valstybių narių;
- kitos medžiagos, kurias vartoja moksleiviai – tai raminamosios ir migdomosios medžiagos, gaunamos be gydytojo recepto (didžiausias valstybėje nustatytas procentas – 17 %), ir įkvepiamosios medžiagos (didžiausias valstybėje nustatytas procentas – 18 %);
- besaikio gėrimo (kai išgeriama viena po kitos ne mažiau penkių taurių) per pastarąsias 30 dienų paplitimas valstybėse yra gana nevienodas.

Informaciją apie ESPAD ir pačių naujausių ataskaitą galima rasti ESPAD tinklalapyje (www.espad.org).

Graikijoje, Kipre, Švedijoje, Norvegijoje, Rumunijoje ir Turkijoje. Vokietijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Slovėnijoje narkotikų vartojimo paplitimas siekia daugiau kaip 25 % (27 % ir 28 %), o pats didžiausias narkotikų vartojimo paplitimas, nuo 32 % iki 40 %, nurodomas Belgijoje, Prancūzijoje, Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Daugumoje šalių nuo 1995 m. nuosekliai didėjo moksleivių, kada nors bandžusių kanapes, skaičius ⁽²⁰⁾. Tačiau skirtumai tarp šalių yra ryškūs.

Nauji 2003 m. ESPAD penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių tyrimų duomenys rodo, kad kanapių vartojimo šioje amžiaus grupėje paplitimas svyruoja nuo 3 % iki 44 %. Nuo 2 % iki 36 % moksleivių sakosi vartoję šį narkotiką per pastaruosius 12 mėnesių, o vartojimas per pastarąjį mėnesį svyruoja nuo 0 % vienoje šalyje iki 19 % kitose šalyse ⁽²¹⁾ (1 paveikslėlis). Santykinai svyruoja ir vartojimo skirtingais laikotarpiais paplitimas. Pavyzdžiui,

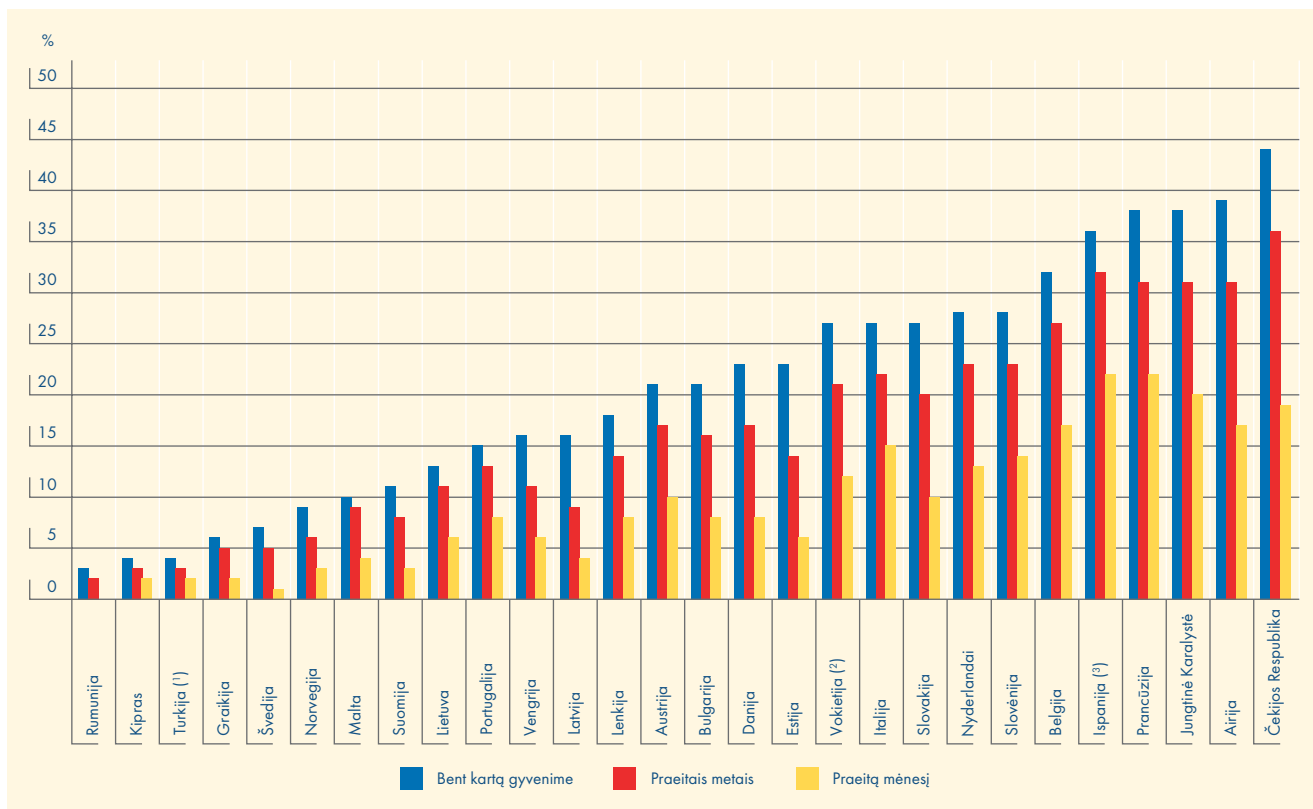
vartojimo paplitimas didžiausias Čekijos Respublikoje, o per pastarąjį mėnesį – Ispanijoje ir Prancūzijoje (22 %).

Beveik visose šalyse kanapių vartojimas labiau paplitęs tarp vyrų nei tarp moterų. Lyčių skirtumas ryškesnis tarp studentų, kurie sakosi vartoję kanapes 40 ir daugiau kartų gyvenime ⁽²²⁾.

Vyresnių moksleivių (17–18 metų) tyrimas buvo atliktas 11 valstybių narių ir Bulgarijos nacionalinėse mokyklose. Šioje amžiaus grupėje kanapių vartojimas svyravo nuo mažiau kaip 2 % Kipre iki 56 % Čekijos Respublikoje, o kanapių vartojimo paplitimas per pastarąjį mėnesį siekė mažiau kaip 1 % Kipre ir beveik 30 % Prancūzijoje. Visose tyrimus atlikusiose šalyse, išskyrus Kiprą, apytikriai vertinimu vartojimo paplitimas tarp vyresnių studentų buvo didesnis nei tarp penkiolikamečių ir šešiolikamečių ⁽²³⁾.

Čekijos Respublikoje nuo 1999 m. iki 2003 m. moksleivių, kurie sakėsi pabandę kanapes 13 metų ar jaunesni,

1 paveikslėlis: Kanapių vartojimo bent kartą gyvenime, praėjusiais metais ir praėjusį mėnesį paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių 2003 m.



(1) Turkijos duomenys remiasi vienu dideliu miestu kiekviename iš šešių regionų (Adana, Ankara, Dijarbakiru, Istanbulu, Ismiru ir Samsunu).
 (2) Vokietijos duomenys remiasi šešiais regionais (Bavarija, Brandenburgu, Berlynu, Hesenu, Meklenburgu-Vakarų Pomeranija ir Tiuringija).
 (3) Ispanija nedalyvavo ESPAD tyrime. Čia pateikti duomenys remiasi Ispanijos tyrimu, kuris buvo atliktas 2002 m. lapkričio–gruodžio mėn. Galima manyti, kad klausimai apie narkotikų vartojimo paplitimą yra panašūs į ESPAD klausimus, bet Ispanijos duomenys nėra palyginami dėl kitų taikytos metodikos aspektų.
 Šaltinis: Hibell ir kt., 2004.

⁽²⁰⁾ Žr. pav. EYE-1 (ii dalį) ir EYE-1 (ix dalyje) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²¹⁾ Smulkesnės informacijos apie kanapių vartojimą tarp moksleivių žr. 3 skyriuje.

⁽²²⁾ Žr. pav. EYE-1 (iii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²³⁾ Žr. lenteles EYE-1 ir EYE-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

pagausėjo 5 %. Trylika kitų ES šalių nurodė nedidelį vartojimo padidėjimą (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Sumažėjimą (1 %) nurodė tik Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė.

Paskutiniojo Eurobarometro (2004 m.) tyrimo duomenimis ⁽²⁵⁾, 15–24 metų amžiaus jaunų žmonių, kurie prisipažįsta, kad jiems buvo siūlyta kanapių, skaičius padidėjo nuo 46 % 2002 m. iki 50 % – 2004 m. Tuo pačiu laikotarpiu jaunų žmonių, kurie nurodė pažinoję kanapes bandžiusių žmonių, skaičius taip pat padidėjo nuo 65 % iki 68 %.

ESPAD tyrimai rodo moksleivių supratimo apie kanapes, su jų vartojimu susijusios rizikos bei galimybių gauti šį narkotiką ir kanapių vartojimo paplitimo glaudų ryšį. Rizikos suvokimo ir vartojimo paplitimo santykis yra atvirkštinis ⁽²⁶⁾, t. y. aukštas rizikos suvokimo laipsnis siejasi su nedideliu vartojimo paplitimu ir atvirkščiai, bet narkotikų įsigijimo galimybių suvokimo ir vartojimo paplitimo santykis yra tiesioginis ⁽²⁷⁾.

Jaunimas šalyse, kuriose kanapių vartojimo paplitimas yra didesnis už vidutinį, vis labiau linkęs manyti, kad kanapių vartojimas yra „normalus dalykas“. Dauguma šalių, kurios nurodo aukštą kanapių vartojimo lygį, taip pat nurodo santykinai aukštą besaikio gėrimo (kai viena po kitos išgeriamos penkios ar daugiau taurių) per pastarąsias 30 dienų lygį ⁽²⁸⁾; tai gali reikšti, kad abu tokie elgesio tipai priklauso tam pačiam gyvenimo būdui. Išimties pastebimos Prancūzijoje, Italijoje ir Bulgarijoje, kur kanapių vartojimas yra gana didelis, bet besaikis alkoholio vartojimas yra palyginti nedidelis.

Kiti narkotikai

2003 m. ESPAD tyrimo duomenimis, 14 ES valstybių narių ir šalyse kandidatėse ⁽²⁹⁾ ekstazio vartojimo paplitimas buvo didesnis nei amfetamino. Žemiausias ekstazio vartojimo lygis (2 % ir mažiau) buvo nustatytas Danijoje, Graikijoje, Kipre, Lietuvoje, Maltoje, Suomijoje, Švedijoje, Norvegijoje, Rumunijoje ir Turkijoje. Aukštesni paplitimo lygiai, nuo 3 % iki 4 %, buvo nustatyti Belgijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Latvijoje, Austrijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Slovakijoje ir Bulgarijoje. Didžiausias ekstazio vartojimo paplitimas nustatytas

Čekijos Respublikoje (8 %), Estijoje, Ispanijoje, Airijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje (visose 5 %).

Lyginant vartojimo paplitimą įvairiais laikotarpiais, nustatyta, kad didžiausias ekstazio vartojimo paplitimas 2003 m. buvo 8 %, lyginant su 5 % vartojimo per pastaruosius 12 mėnesių paplitimu ir 2 % vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimu.

Keli iš eilės atlikti tyrimai rodo, kad nuo 1995 m. iki 2003 m. ekstazio vartojimas tarp penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių išaugo – labiausiai jis padidėjo Čekijos Respublikoje ir daugumoje naujųjų valstybių narių ⁽³⁰⁾. Tačiau 1999 m. ESPAD tyrimuose pateikti vartojimo paplitimo skaičiai kai kuriose šalyse svyruoja. Jungtinėje Karalystėje pastebėtas ekstazio vartojimo sumažėjimas prieš 1999 m., ir tai galima iš dalies paaiškinti tuo, kad žiniasklaidoje tuo metu buvo plačiai nušviečiami dešimtojo dešimtmečio pabaigos mirčių, susijusių su ekstazio vartojimu, atvejai.

Psilocinas ir psilocibinas – magiškieji grybai

Psilocinas ir psilocibinas – tai vadinamųjų „magiškųjų grybų“ psichoaktyvios medžiagos, įrašytos į 1971 m. JT konvencijos 1 sąrašą ir todėl yra kontroliuojamos visose valstybėse narėse. Tačiau magiškųjų grybų teisinis statusas ir mastas, kuriuo jų auginimui ir vartojimui galima taikyti kokius nors teisinius apribojimus, skirtingose valstybėse narėse yra nevienodas, t. y. grybai gali būti kontroliuojami, nekontroliuojami arba kontroliuojami, jei jie „apdoroti“, tačiau toks statusas teisine prasme nėra aiškus.

ESPAD tyrimuose „magiškųjų grybų“ vartojimas pirmą kartą paminėtas 2003 m. Manoma, kad „magiškųjų grybų“ vartojimo paplitimas tarp penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių yra didesnis arba toks pat kaip ir LSD ar kitų haliucinogeninių narkotikų vartojimo paplitimas daugumoje tyrimo dalyvavusių šalių ⁽³¹⁾. Be to, Belgijoje, Vokietijoje ir Prancūzijoje magiškųjų grybų vartojimo paplitimas buvo didesnis už ekstazio vartojimo paplitimą, o Čekijos Respublikoje, Danijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje jų vartojimo paplitimas buvo panašus. Magiškųjų grybų vartojimo paplitimas lygus nuliui Kipre, Suomijoje ir

⁽²⁴⁾ Žr. pav. EYE-1 (vii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁵⁾ Antroji Eurobarometro apžvalga (*Eurobarometer*, 2004), „Jaunimas ir narkotikai“, buvo atlikta 2004 m. Šioje netikimybinėje atrankinėje apžvalgoje dalyvavo 7 659 jauni žmonės nuo 15 iki 24 metų amžiaus iš 15 valstybių narių, kurios dalyvavo ir ankstesnėje 2002 m. apžvalgoje.

⁽²⁶⁾ Žr. pav. EYE-1 (v dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁷⁾ Žr. Pav.EYE-1 (vi dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁸⁾ Žr. pav. EYE-1 (viii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁹⁾ Žr. pav. EYE-2 (iv dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽³⁰⁾ Žr. pav. EYE-2 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽³¹⁾ Žr. pav. EYE-2 (v dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Rumunijoje; Vokietijoje, Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje jis siekia 4 %, o Belgijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose – 5 %. Vartojimo paplitimas didžiausias Čekijos Respublikoje (8 %). Duomenų apie magišųjų grybų vartojimo tendencijas nėra.

Nauji pokyčiai prevencijos srityje

Asmeninems vertybėms ir elgesiui įtaką daro tai, ką asmenys suvokia kaip normalų reiškinį savo socialinėje aplinkoje, ir tai ypač pasakytina apie jaunimą. Jei jie suvokia, kad eksperimentuoti su kanapių vartojimu yra „normalu“ ir socialiniu požiūriu priimtina (siejant tai su nedidele rizika ir galimybe jų lengvai gauti), tai gali būti pagrindinis veiksnys, kuris lemia jų vertybes ir elgesį, susijusį su kanapių vartojimu (Botvin, 2000). Prevencijos uždavinys – supažindinti jaunas žmones su socialinėmis ir pažintinėmis strategijomis, kurios jiems padėtų valdyti tokių veiksmų įtaką. Todėl nerealu vertinti prevencinės politikos veiksmingumą, remiantis duomenimis apie jaunimo narkotikų vartojimą, ypač eksperimentavimo su narkotikais vertinimo duomenimis, nes jie atspindi visuomenės normas, o ne tikras elgesio problemas.

Prevencija turėtų būti vertinama pagal tam tikrus aiškius kriterijus: tiksliai apibrėžtus tikslus, nacionalinėse strategijose nurodytas tikslines grupes ir veiksmus, paremtus tarptautinėmis žiniomis, kokybės kontrolės priemonės, atrankinių prevencinių priemonių kūrimą, į šeimą orientuotą prevenciją, teisėtų narkotikų reguliavimo priemonės, siekiančias daryti įtaką socialinėms normoms, kurios nebyliai skatina tam tikrą narkotikų vartojimo elgesį ar jam pritaria.

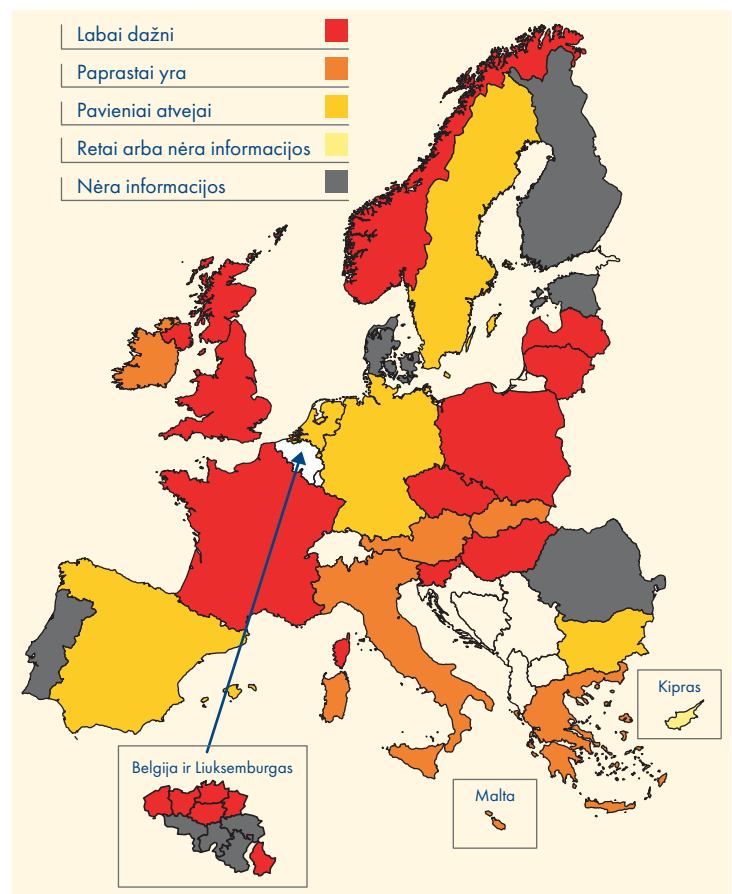
Vertinant prevencijos strategijas, reikia pažymėti, kad naujosiose Prancūzijos ir Italijos nacionalinėse strategijose pastebima ryški pažanga, palyginti su ankstesne politika, nes dabar jose geriau apibrėžiama prevencijos vaidmuo, struktūrinių programų svarba ir prioritetinės sritys, kuriose reikia imtis veiksmų. Beveik visose valstybėse narėse pastebima tendencija mąstyti strategiškai ir, kuriant bendruosius planus, vis dažniau atkreipiamas dėmesys į pažeidžiamas grupes.

Norminės ir struktūrinės priemonės

Teisėtų narkotikų kontrolės priemonės padeda sukurti norminius pagrindus, kuriais remiantis galima kurti kitas prevencijos priemones. Gerai žinoma, kad visuomenės normos, kurios palaiko tabako ir alkoholio vartojimą ir toleruoja jų įtaką elgesiui, yra rizikos veiksniai, skatinantys

pritarantį požiūrį į neteisėtus narkotikus ir jų vartojimą (Becoña, 2002). Priešingai paplitusiai nuomonei, visuomenės normoms didesnę įtaką turi kontrolės politika, o ne žiniasklaidos kampanijos ar švietimo metodai (Hawks ir kt., 2002; Canning ir kt., 2004). Eurostatas (2002) palygino tabako kontrolės priemones ir vaikų bei paauglių rūkymo rodiklius ES valstybėse narėse ir nustatė, jog esama ryšio tarp tabako kontrolės politikos griežtumo (reklamos draudimo, amžiaus, nuo kurio jaunimui parduodamas tabakas, apribojimų ir t. t.) ir rūkymo įpročių. Nustatyta, kad tose šalyse, kurios taiko negriežtą politiką (pavyzdžiui, Danijoje, Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje), rūkančių paauglių procentas yra didesnis nei tose šalyse, kuriose rūkymas kontroliuojamas griežčiau (pavyzdžiui, Prancūzijoje, Švedijoje ir Norvegijoje). Žinoma, kad prevencinių intervencijų poveikis yra mažesnis, jei prieš jas veikia arba jų nepalaiko visuomenės normos ir politika. Šioje srityje vis labiau įsivertina ES ir PSO iniciatyvos (*Aspect Consortium*, 2004), ir valstybės narės vis dažniau tabako kontrolės politiką sieja su narkomanijos prevencija.

2 paveikslėlis: Mokyklų politikos pokyčiai



Pastaba: Belgijos dalis, kurioje kalbama vokiškai = pavieniai atvejai. Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Prevenција mokyklose

Visose valstybėse narėse pripažįstama, kad mokyklos – pati svarbiausia aplinka bendrajai prevencijai taikyti, o nacionalinėse strategijose pastebimai ryškiau pabrėžiama mokyklose vykdoma prevencija ir tokios prevencijos organizuotas įgyvendinimas. Todėl plečiama mokyklų kovos su narkotikais politika (2 paveikslėlis), kuriamos mokykloms skirtos specialios modulinės narkomanijos prevencijos programos ir geriau rengiami mokytojai.

Daugiau šalių pradėjo taikyti (Danija turi pirmąją mokyklose įgyvendinamą gyvenimo įgūdžių programą), plečia (Vokietija) arba planuoja taikyti struktūriškesnes prevencijos programas (Prancūzija ir Italija savo nacionalinėse strategijose). Pavyzdžiui, 2003 m. prevencijos programos buvo įgyvendinamos 60 % Lenkijos mokyklų.

Graikija yra ypač geras pavyzdys, kaip tradicines informacija pagrįstas ir į asmenį orientuotas (konsultacines) prevencijos programos galima paversti tikra viešąja sveikatos strategija, kuri, taikant konkrečias programas, gali apimti didžiausią visuomenės dalį. 2000–2003 m. mokyklose vykdomų prevencijos programų skaičius Graikijoje išaugo daugiau nei dvigubai, o į šeimas orientuotų programų per tą patį laikotarpį padidėjo trigubai. Malta ir Jungtinė Karalystė taip pat sustiprino programomis paremtą prevencijos politiką: *Blueprint* programa siekiama nustatyti, kaip Anglijos mokyklų sistemai būtų galima pritaikyti tarptautinius veiksmingos narkomanijos prevencijos tyrimus; ji remiasi įrodymais, kad mokyklos auklėjamas darbas narkotikų srityje, vykdomas dalyvaujant tėvams, kartu su žiniasklaidos kampanijomis, vietinėmis sveikatos priežiūros iniciatyvomis ir bendruomenės partnerystėmis, yra daug veiksmingesnis nei vien tik mokyklos vykdomos intervencijos. Per penkerius metus šiai programai skirti šeši milijonai svarų (8,5 mln. EUR) ⁽³²⁾.

Stebėseną ir kokybės kontrolę

Pirmiausia prevencijos kokybės kontrolė ir tobulinimas labai priklauso nuo to, ar tinkamai apžvelgta vykdoma veikla ir jos turinys. Todėl valstybės narės vis daugiau reikšmės teikia prevencijos programų stebėsenai, minėtini, pavyzdžiui, projektai Vokietijoje ⁽³³⁾ ir Norvegijoje ⁽³⁴⁾ bei Vengrijos tyrimų projektas „Šviesa ir šešėliai“, kurio metu surinkta informacija apie mokyklose taikomų prevencijos programų

turinį, tikslus, metodiką, tikslines grupes ir aprėptį. Stebėseną taip pat įgyvendinama Čekijos Respublikoje, taip pat Flandrijoje per „Ginger“ programą. Deja, Ispanija atsisakė „IDEA prevención“, kuri daugelį metų buvo laikoma geriausiai parengta prevencijos stebėsenos ir kokybės sistema Europoje.

Prevencijos informacinės sistemos taip pat padeda nustatyti neveiksmingus praktikos ir programų komponentus. Pavyzdžiui, kai kuriose valstybėse narėse vis dar įprasti vienkartiniai informaciniai renginiai ar paskaitos, kurias skaito ekspertai arba policijos pareigūnai, nors tyrimuose prieinama prie vieningos išvados, kad tokios intervencinės priemonės geriausiu atveju neveiksmingos, o gal net žalingos (Canning ir kt., 2004).

Prevencijos programų turinį galima apžvelgti tik sistemingai dokumentuojant prevencijos veiklą ir, remiantis tokiu būdu gautomis žiniomis apie jų veiksmingumą ir tikslingumą, pritaikyti konkrečioms gyventojų grupėms. Lemiamą reikšmę turi prevencijos programų įgyvendinimo gairės arba standartai, ypač tose šalyse, kur prevencija yra labai decentralizuota.

Programų ir veiklos turinys

Apžvelgti ir palyginti prevencijos politikos turinį ir tendencijas visoje Europos Sąjungoje tapo įmanoma po to, kai buvo pradėta taikyti programomis paremtą metodiką ir kai buvo pagerintas standartizuotos informacijos rinkimas. Informacija paprastai gaunama iš nacionalinių ekspertų arba ekspertų grupių, susidariusių patikimą padėties šalyje vaizdą, todėl jie gali pateikti standartizuotus vertinimus arba kiekybiškai įvertintus stebimų ir programų pagrindu vykdomų intervencijų, kaip antai Graikijoje ir Vengrijoje, duomenis.

Pavyzdžiui, dauguma valstybių narių kaip prevencinę priemonę mokyklose taiko asmeninių ir socialinių įgūdžių ugdymo programas. Jose nagrinėjamos sprendimų priėmimo, susidorojimo su sunkumais, tikslų nusibrėžimo ir savęs įtvirtinimo, bendravimo ir įsijautimo į kitų žmonių padėtį temos. Atrodo, kad ši įrodymais pagrįsta metodika, kuri atėjo iš socialinio mokymosi teorijų ⁽³⁵⁾, daugumoje šalių laikoma labai svarbia, net ir tokiose šalyse, kurios neturi programomis pagrįstos metodikos (Prancūzijoje, Liuksemburge ir Švedijoje) (2 lentelė). Estija nurodo turinti plačiai naudojamą socialinių įgūdžių mokymui skirtą knygą.

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

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

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Į elgesį žiūrima kaip į socialinių vaidmenų, normų, „svarbių asmenų“ požiūrio rezultatą (Bandura, 1977). Neigiamą požiūrį į narkotikų vartojimą ir savisaugą galima išsiugdyti ir sąlygoti. Ši sąvoka sudaro bendraamžių modelio ir konkrečių gyvenimo įgūdžių modelio pagrindą.

Daugelyje valstybių narių informacijos teikimas ir toliau vaidina pagrindinį vaidmenį narkomanijos prevencijoje (žr. 2 lentelę). Gana lėtai pripažįstama, kad narkomanijos prevencijai informavimo reikšmė yra ribota (žr., pavyzdžiui, Švedijos nacionalinę ataskaitą). Metodika, paremta tik švietimu sveikatos srityje, taip

pat tik gana ribotai veikia pažintinius procesus, be to, joje dažnai trūksta konkrečių elgsenos ir socialinės sąveikos ugdymo komponentų. Tačiau, nepaisant dabartinio supratimo apie tai, kokia narkomanijos prevencija yra veiksminga, tokios metodikos vis dar plačiai taikomos kai kuriose šalyse.

2 lentelė: Prevencija Europos mokyklose

	Kokybės standartai/gairės ⁽¹⁾			Asmeniniai socialiniai įgūdžiai	Tiksiai	
	Egzistuoja	Privalomi	Prielaida finansavimui		Pirminiai	Antriniai
Belgija fl	Taip	Taip	Taip	Labai dažni	Gyvenimo įgūdžiai	Informacija
Belgija fr	Taip	Taip	Taip	n. d.	Saugi aplinka	Švietimo santykiai
Čekijos Respublika	Planuojama		Taip	Labai dažni	Savigarba	Saugi aplinka
Danija	Ne			Ne	Informacija	
Vokietija	Ne			Labai dažni	Gyvenimo įgūdžiai	Informacija
Estija	Ne			Pavieniai	n. d.	
Graikija	Taip	Taip	Taip	Labai dažni	Gyvenimo įgūdžiai	Švietimo santykiai
Ispanija	Planuojama	Taip	Taip	Labai dažni	Gyvenimo įgūdžiai	Savigarba
Prancūzija	Taip			Reti	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Airija	Taip	Taip		Labai dažni	Gyvenimo įgūdžiai	Savigarba
Italija	Taip			Įprasti	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Kipras	Planuojama	Taip	Taip	Pavieniai	Saugi aplinka	Gyvenimo įgūdžiai
Latvija	Planuojama			Pavieniai	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Lietuva	Ne			Įprasti	Informacija	
Liuksemburgas	Taip		Taip	Įprasti	Švietimo santykiai	Gyvenimo įgūdžiai
Vengrija	Planuojama			Įprasti	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Malta	Ne			Labai dažni	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Nyderlandai	Taip			Ne	Informacija	
Austrija	Taip		Ne	Pavieniai	Gyvenimo įgūdžiai	Saugi aplinka
Lenkija	Ne			Įprasti	Gyvenimo įgūdžiai	Informacija
Portugalija	Taip	Taip	Taip	Pavieniai	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Slovėnija	Planuojama			Pavieniai	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Slovakija	Ne			Reti		
Suomija	n. d.			n. d.	Gerovės paslaugų teikimas	Informacija
Švedija	Ne			Įprasti	Saugi aplinka	Socialinė įtrauktis
Jungtinė Karalystė	Taip			Labai dažni	Informacija	Gyvenimo įgūdžiai
Norvegija	Ne			Įprasti	Informacija	Savigarba
Bulgarija	n. d.			Pavieniai	Informacija	Saugi aplinka
Rumunija	n. d.			Pavieniai		

Pastaba: n. d. = nėra duomenų.

(¹) Reikia nepamiršti, kad yra Europos „kokybės standartų ir gairių“ apibrėžimas ir kad informacijos detalumas yra skirtingas, ir tai turi įtakos palyginamumui.

Kodėl tokie narkomanijos prevencijos metodai yra taip gyvybingi, galima paaiškinti dviem priežastimis. Viena – tai instinktyvi ir tradicinė prielaida, kad informacija apie narkotikus ir jų keliamą grėsmę veiks kaip atgrasino priemonė. Antroji priežastis atspindi labai nesena tendenciją, kuri atsirado kartu su žalos mažinimo judėjimu ir remiasi manymu, kad, mokant jaunimą priimti informaciją pagrįstus sprendimus ir pasirinkti gyvenime, pažintiniai įgūdžiai yra svarbesni nei elgsenos ugdymo metodika. Tokios metodikos šalininkai mano, kad elgsenos metodika narkomanijos prevencijoje, pavyzdžiui, gyvenimo įgūdžių ugdymas, – tai narkomanijos, kaip blogio įsikūnijimo, smerkimas iš globėjyškų pozicijų (Ashton, 2003; Quensel, 2004) ir kad geriausias metodas – teikti jaunimui informaciją, kuri jiems padeda susiformuoti pažintinius įgūdžius. Nepaisant skirtingų tradicijų, abiem atvejais į sveikatingumą elgseną ir konkrečiai į narkomaniją žiūrima kaip į asmeninį sąmoningą pasirinkimą, o moksluose apie sveikatą vieningai pripažįstama, kad socialiniai veiksniai (kaimynai, bendraamžių grupės, normos) ir asmeniniai veiksniai (temperamentas, akademiniai ir emociniai įgūdžiai) turi didesnę įtaką elgesio formavimuisi sveikatos ir narkotikų vartojimo atžvilgiu nei vien tik pažinimas.

Klaidingas suvokimas, kad bendraamžių narkotikų vartojimas yra normalus ir socialiniu požiūriu priimtinas reiškinys, yra svarbiausias pažintinis (kognityvinis) elementas, kurį galima paveikti intervencijos priemonėmis. Iš tikrųjų tai, kad kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų siekia 30 %, reiškia, kad daugiau kaip du trečdaliai gyventojų niekada nėra vartoję kanapių, ir tai yra tikrasis „normalumas“. Tačiau nepaisant įrodytos naudos, kurią teikia metodai, nukreipti į jaunimo įsitikinimus apie normas, (Reis ir kt., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers ir kt., 2002), jie retai taikomi Europoje.

Atrankinė prevencija

Nacionalinės kovos su narkotikais strategijos ir veiklos planai vis dažniau ir aiškiau įvardija pažeidžiamas grupes, kurioms pirmiausia turi būti skirtos prevencijos priemonės. Tai dar labiau pabrėžiama naujosiose valstybėse narėse: Estijoje (gatvės vaikai, specialiosios mokyklos), Vengrijoje, Kipre, Maltoje, Lenkijoje (apleisti vaikai ir jaunimas iš asocialių šeimų) ir Slovėnijoje.

Kadangi pažeidžiamos grupės, kurioms taikoma atrankinė prevencija, dažnai turi nemažą patirtį su teisėtais ir neteisėtais narkotikais, dauguma atrankinių prevencijos

priemonių apsiriboja tikslinės informacijos teikimu, individualiu konsultavimu ir kūrybinės bei sportinės veiklos alternatyvomis. Tačiau nereikia pamiršti, kad atrankinėje prevencijoje lygiai taip pat veiksmingi, gal net veiksmingesni, yra bendrosios prevencijos metodai, taikomi kompleksinėse socialinio poveikio programose. Įrodyta, kad normų įteigimas (pavyzdžiui, suvokimas, kad dauguma bendraamžių smerkia narkotikų vartojimą), savos nuomonės turėjimas, motyvacija, tikslų nusistatymas, mitų sugriovimas – tai pažeidžiamus jaunuolius labai veiksmingai veikiantys metodai (Sussman ir kt., 2004), bet jie retai taikomi Europos Sąjungos atrankinėje prevencijoje. Nepaisant to, pramogų vietose dažniausiai taikomi intervenciniai metodai (žr. „Prevencija pasilinksminimo vietose“, p. 49) – tikslinės informacijos teikimas.

Atrankinė prevencija mokyklose

Mokyklose pagrindinis atrankinės prevencijos dėmesys skiriamas intervencijai krizių atvejais ir ankstyvam mokinių, turinčių su narkotikais susijusių problemų, nustatymui. Siekiama mokyklos lygmeniu surasti sprendimus, kurie padėtų rizikos grupei priklausančius mokinius išlaikyti mokykloje, kad jie jos nemestų arba kad jie nebūtų iš jos išmesti ir kad dėl to nepablogėtų jų padėtis. Vokietijoje, Airijoje, Liuksemburge ir Austrijoje taikoma programomis pagrįsta metodika (Leppin, 2004), o Lenkijoje ir Suomijoje mokytojai gali lankyti kursus ar gauti parengtas gaires, kaip atpažinti problemų, pavyzdžiui, narkotikų vartojimo problemų, turinčius mokinius ir imtis atitinkamų priemonių. Tradicine individualia metodika pagrįstos Švietimo psichologinės tarnybos (pavyzdžiui, Prancūzijoje ir Kipre), kurios išduoda siuntimus gydytis arba skatina gydytis savo noru. Airija turi naują nemokamą intensyvaus auklėjimo tarnybą, kuri dirba su mokyklomis ir šeimomis švietimo atžvilgiu nuskriaustuose rajonuose, siekdama, kad vaikai reguliariai lankytų mokyklą.

Bendruomenėse taikoma atrankinė metodika

Dažniausiai bendruomenėse taikoma atrankinė metodika yra skirta pažeidžiamiems jaunuoliams gatvėje. Šiaurės šalyse pagal „Naktibaldų“ (*Nightwalkers*) pavadinimu žinomą metodiką sudaromos tėvų grupės, kurios patrulinuoja gatvėse. Austrija daug investavo gerindama pusiausvyrą tarp narkomanijos prevencijos, socialinio švietimo ir socialinio darbo struktūrų, organizuodama kursus, išleisdama kokybės gaires ir rengdama jungtinius seminarus, pavyzdžiui, su jaunimu dirbantiems socialiniams darbuotojams. Profesionalioms narkomanijos prevencinėms

intervencijoms taip pat siekiama panaudoti su jaunimu dirbančias socialines tarnybas. Siekdama panašių tikslų, Norvegija taip pat stiprina mokyklų, vaiko apsaugos tarnybų ir socialinių tarnybų bendradarbiavimą ir jų drausmines priemones. RAR (greito vertinimo ir atsako) metodai ⁽³⁶⁾, t. y. greitas informacijos (statistinės medžiagos) rinkimas kartu su pokalbiais (klausimynai, pagrindinės grupės) ir (arba) problemų turinčių rajonų stebėjimas, taikomi ne tik Norvegijos projektuose, bet ir Vokietijoje bei Nyderlanduose.

Intervencijos į didelės rizikos grupėms priklausančius gyvenamuosius rajonus tapo įprastos Airijoje, Jungtinėje Karalystėje ir mažesniu mastu Nyderlanduose bei Portugalijoje. Šioje srityje veiksmus taip pat planuoja Vokietija (Stöver ir Kolte, 2003, cituojama Vokietijos nacionalinėje ataskaitoje) ir Prancūzija. Šioms šalims narkomanijos prevencijos pastangas nukreipti į tam tikrus geografinius rajonus pagal socialinius kriterijus yra dar naujas dalykas.

Valstybės narės (pvz., Airija, Liuksemburgas, Vengrija) atrankinės prevencijos politikoje vis daugiau pastangų nukreipia į konkrečias etnines grupes. Pavyzdžiui, dėmesys etninėms grupėms yra svarbus prevencijos aspektas Vengrijoje, kur dėl romų bendruomenės socialinių ir kultūrinių ypatybių bei nepakankamai gerų gyvenimo sąlygų jai kyla didelis narkomanijos pavojus. Šioje šalyje nevyriausybinių organizacijų (NVO) romams organizuoja mokymus pačios etninės grupės įėjomis, savitarpio pagalbos grupes, priežiūrą, įvairias prevencijos programas ir tam tikros tarnybos teikia žemo slenksčio paslaugas narkomanams.

Pažeidžiamos šeimos

Šeimoms skirta bendroji prevencija – dažniausiai įvairūs vakariniai renginiai, paskaitos ir seminarai tėvams – vis dar populiarūs daugelyje valstybių narių (Vokietijoje, Prancūzijoje, Kipre ir Suomijoje), nepaisant to, kad jų veiksmingumas nėra įrodytas (Mendes ir kt., 2001). Tačiau Graikijoje, Ispanijoje, Airijoje ir Norvegijoje įgyvendinant atrankinę prevenciją su šeimomis, pastebimi įdomūs pokyčiai, kurie atsirado pradėjus taikyti naujus metodus, akcentuojančius ne tik su narkomanijos problema susiduriančias šeimas ir tėvus, bet ir pripažįstančius socialinių, ekonominių ir kultūrinių veiksnių poveikį narkomanijos reiškiniui. Nyderlanduose, atlikus imigrantų

tėvams skirtų narkomanijos prevencinių projektų vertinimą, prieita prie išvados, kad naujų galimybių galėtų teikti per imigrantų tinklus vykdoma standartizuota intervencijos kryptis, kai dirbama atskirai su vyrais ir moterimis (Tarweij ir Van Wamel, 2004). Norvegijoje trijose savivaldybėse tėvams buvo organizuojami mokymo kursai (PMTO, Oregono modelis), iš pradžių rengti šeimoms, turinčioms vaikų su rimtais elgsenos sutrikimais. Dar dviejose šalyse buvo įgyvendinama „lowa šeimų stiprinimo programa“ (ISFP). Šioje intensyvioje rizikos grupėms priklausančioms šeimoms skirtoje intervencijos programoje sujungiami mokinių (10–14 metų) mokymo metodai su tėvams skirta švietimo programa ir siekiama užkirsti kelią narkomanijai stiprinant šeimų autoritetą ir ryšius (Kumpfer ir kt., 2003).

Tikslinės prevencijos poreikis

Tikslinė prevencija yra skirta asmenims, turintiems rizikos veiksnių, pavyzdžiui, dėmesio trūkumo/hiperaktyvumo sutrikimų (ADHD), dėl kurių jie gali susirgti narkomanija. Tačiau žinių apie narkomanijos prevencijos priemones, taikomas jaunuoliams, turintiems ADHD sutrikimų, ateina tik iš Vokietijos ir Švedijos. Vokietijoje duomenys apie dabartinį ADHD paplitimą rodo, kad nuo 2 iki 6 % jaunuolių 6–18 metų amžiaus grupėje turi ADHD sutrikimų, ir tai yra vienas iš labiausiai tarp vaikų ir jaunimo paplitusių lėtinių klinikinių reiškinių. Švedijoje tokiems vaikams skirtoje prevencijos strategijoje taikomi ir kognityviniai, ir socialiniai mokymo metodai, kurie platinami per prevencijos srities profesionalų rengimo programas. Kadangi beveik visi ikimokyklinio amžiaus vaikai dalyvauja pirminės sveikatos priežiūros sistemoje ir dauguma jų lanko pradžios mokyklą, daugumą rizikos veiksnių turinčių vaikų galima nustatyti, sistemingai tikrinant jų sveikatą ir po to taikant individualias intervencijos priemones.

Italijos veiklos plane daug dėmesio skiriama vaikų ir paauglių psichopatologinėms ir rimtoms elgsenos problemoms, dėl kurių, jei į jas nekreipiama dėmesio ankstyvoje stadijoje, vaikai gali pradėti vartoti narkotikus ir jais piktnaudžiauti. Tai – elgsenos problemos, per didelis aktyvumas ir dėmesio trūkumas, neramumas kartu su nuotaikos sutrikimais, bulimija ir psichogeninis nutukimas, asmenybės sutrikimai, bendravimo problemos, potrauminio streso sutrikimai, panikos priepuoliai. Į šias problemas reaguojama ir bendrosios, ir atrankinės prevencijos metodais.

⁽³⁶⁾ Pasaulio sveikatos organizacija, *Psichiką veikiančių medžiagų vartojimo ir ypač pažeidžiamų asmenų greito vertinimo ir reagavimo gairės (The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people;* <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



3 skyrius Kanapės

Paplitimas ir vartojimo ypatybės

Kanapės – dažniausiai Europoje vartojama neteisėta narkotinė medžiaga. Neseniai atliktos gyventojų apklausos rodo, kad nuo 3 % iki 31 % suaugusiųjų (15–64 metų) yra bandę kanapes bent kartą gyvenime. Mažiausias vartojimo paplitimas nustatytas Maltoje (3,5 %), Portugalijoje (7,6 %) ir Lenkijoje (7,7 %), o didžiausias – Prancūzijoje (26,2 %), Jungtinėje Karalystėje (30,8 %) ir Danijoje (31,3 %). Daugumoje šalių (15 iš 23 šalių, kurios pateikė informaciją) vartojimo paplitimas svyruoja nuo 10 % iki 25 %.

Nuo 1 % iki 11 % suaugusiųjų nurodo vartoję kanapes per pastaruosius 12 mėnesių, mažiausias toks paplitimas Maltoje, Graikijoje ir Švedijoje, o didžiausias – Čekijos Respublikoje, Prancūzijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Vartojimo per pastarąsias 30 dienų paplitimas daugumoje šalių (14) – nuo 3 % iki 7 %.

Iš turimų nacionalinių duomenų galima apskaičiuoti bendrą kanapes vartojančių suaugusiųjų (15–64 metų) skaičių visoje Europos Sąjungoje. Tokie apskaičiavimai rodo, kad apie 20 % visų gyventojų, arba daugiau kaip 62 milijonai žmonių, yra kada nors bandę vartoti kanapes. Skaičiai per pastarąjį laikotarpį (vartojimo paplitimas praeitais metais) yra mažesni – apie 6 % suaugusiųjų, arba daugiau kaip 20 milijonų žmonių. Palyginimui: 2003 m. Jungtinių Amerikos Valstijų nacionalinėje narkotikų vartojimo ir sveikatos apžvalgoje (SAMHSA, 2003) nurodoma, kad 40,6 % suaugusiųjų (12 metų ir vyresnių) yra bandę kanapes arba marihuaną bent kartą gyvenime, o 10,6 % jas vartojo per pastaruosius 12 mėnesių. 18–25 metų amžiaus grupėje skaičiai buvo tokie: 53,9 % (visada), 28,5 % (per pastaruosius 12 mėnesių) ir 17 % (per pastarąjį mėnesį) ⁽³⁷⁾.

Kaip ir kitų narkotikų atveju, vartojimo paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų visuomet yra didesnis. 15–34 metų amžiaus grupėje nuo 11 % iki 44 % jaunų europiečių nurodo, kad

Narkotikų vartojimo tarp bendrosios populiacijos vertinimas

Narkotikų vartojimas tarp bendrosios populiacijos vertinamas atliekant tyrimus, kurie teikia duomenų apie tai, kokia gyventojų dalis vartojo narkotikus per tam tikrą laiką: bent kartą gyvenime (eksperimentavimas), per pastaruosius 12 mėnesių arba per pastarąsias 30 dienų ⁽¹⁾.

ENNSC yra sudaręs bendrą pagrindinių klausimų sąrašą („Europos modelio klausimynas“, EMQ), kuris tinka ir yra taikomas atliekant daugumą tyrimų ES valstybėse narėse. EMQ galima rasti vienoje ataskaitoje, paskelbtoje ENNSC tinklalapyje ⁽²⁾. „Vartojimas bent kartą gyvenime“ kaip rodiklis gali turėti menką reikšmę dabartinei padėčiai tarp suaugusiųjų nustatyti (nors jis gali būti gana vertingas, atliekant tyrimus tarp moksleivių), bet kartu su kitomis priemonėmis gali padėti geriau suvokti tam tikrus vartojimo būdų aspektus (nenutrūkstamą vartojimą arba vartojimo nutraukimą) ir bendrą narkomanijos paplitimo dinamiką. Vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių rodo narkotikų vartojimą per pastarąjį laikotarpį, nors dažnai toks vartojimas gali būti atsitiktinis, o vartojimas per pastarąsias 30 dienų rodo vartojimą dabartiniu metu, ir čia įeina asmenys, kurie narkotikus vartoja dažnai.

⁽¹⁾ Dėl smulkesnės informacijos apie gyventojų tyrimų metodiką ir metodikas, vartojamas kiekviename nacionaliniame tyrime, žr. 2005 m. Statistikos biuletinį.

⁽²⁾ Narkotikų vartojimo tarp bendrosios populiacijos tyrimų vadovėlis (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

jie yra bandę kanapes, mažiausias tokio paplitimo procentas Graikijoje, Portugalijoje ir Lenkijoje, didžiausias – Prancūzijoje (39,9 %), Jungtinėje Karalystėje (43,4 %) ir Danijoje (44,6 %). Kanapes vartoję per pastarąjį mėnesį nurodė 3–22 % jaunų suaugusiųjų, mažiausia dalis nustatyta Graikijoje, Švedijoje, Lenkijoje ir Portugalijoje, o didžiausias – Jungtinėje Karalystėje (19,5 %), Prancūzijoje (19,7 %) ir Čekijos Respublikoje (22,1 %), 11 šalių nurodė, kad vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimas jose svyruoja nuo 7 % iki 15 %.

⁽³⁷⁾ Atkreipkite dėmesį, jog JAV apžvalgoje taikytos amžiaus ribos (12 metų ir vyresni) yra platesnės už ENNSC tyrimuose ES taikytas amžiaus ribas (15–64 metų). O jaunų suaugusiųjų amžiaus ribos (18–25 metų) yra siauresnės už daugumoje ES atliekamų tyrimų taikomas amžiaus ribas (25–35 metų).

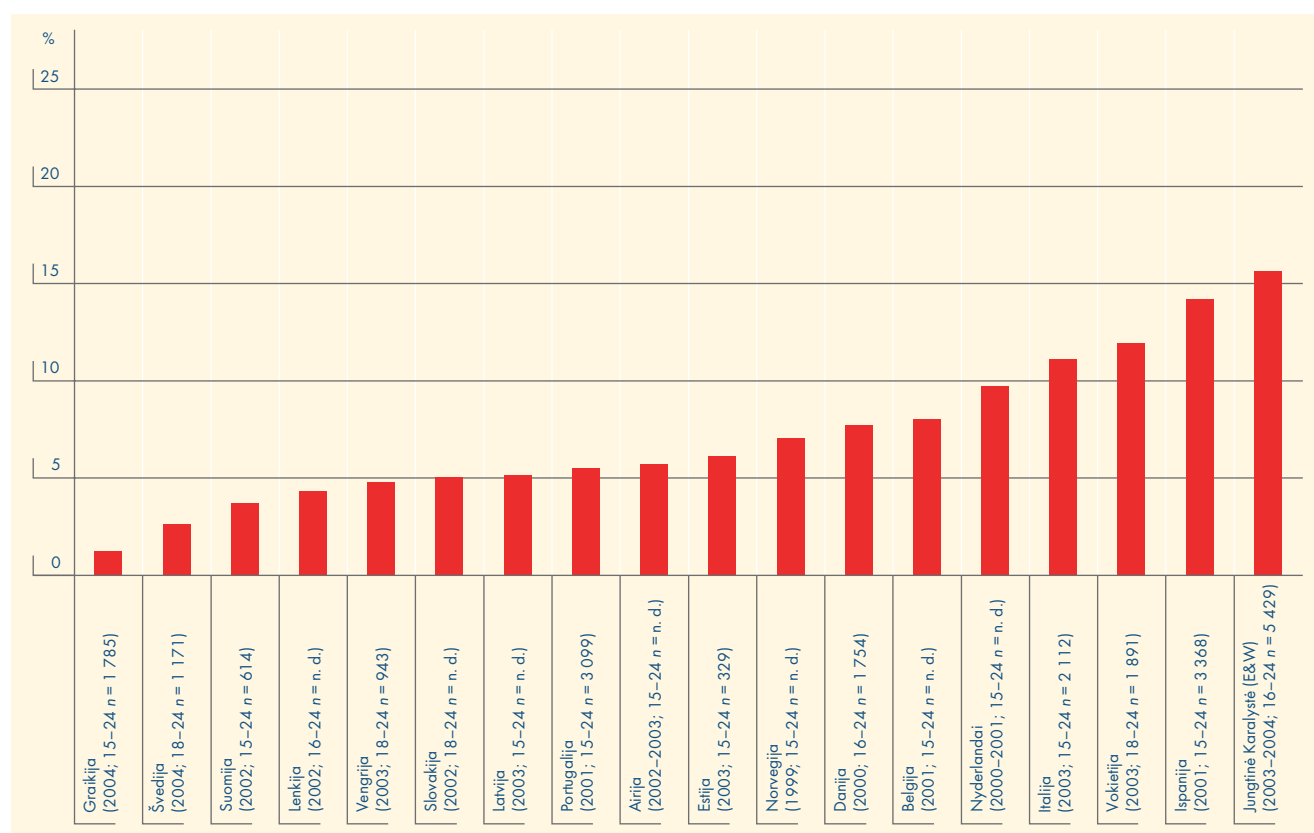
Tarp 15–24 metų europiečių 9–45 % teigia bandę kanapes, daugumoje šalių ši dalis svyruoja nuo 20 % iki 35 %. Kanapes vartoję per pastaruosius 12 mėnesių nurodo 4–32 % šios amžiaus grupės asmenų, tačiau daugumoje šalių šis procentas svyruoja nuo 9–21 % ⁽³⁸⁾.

Kaip ir kitų neteisėtų narkotikų atveju, kanapes daug dažniau vartoja vyrai nei moterys, nors šis skirtumas įvairiose šalyse yra skirtingas. Vyrų ir moterų patirties gyvenime santykis svyruoja nuo 1,25:1 iki 4:1 (t. y. vienai moteriai tenka nuo 1,25 iki 4 vyrų), o pastaruoju metu šis santykis apytiksliai svyruoja nuo 2:1 iki 6:1. Tyrimai taip pat rodo, kad kanapių vartojimas yra daugiau paplitęs miestuose arba tankiai apgyvendintose vietovėse. Taigi pastebėti nacionaliniai skirtumai gali iš dalies atspindėti urbanizacijos lygio skirtumus, nors yra pastebėjimų, kad narkotikų vartojimas pramogų metu plinta iš miestų į kaimo vietoves.

Tai, kad vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių ir per pastarąsias 30 dienų yra daug mažesnis nei vartojimas kasdien, rodo, jog kanapės paprastai vartojamos tik retkarčiais ir po kiek laiko jų atsisakoma. Daugumoje ES šalių 20–40 % suaugusiųjų, kurie yra kada nors bandę kanapes, nurodo jas vartoję per pastaruosius 12 mėnesių, o apie 10–20 % nurodo jas vartoję per pastarąsias 30 dienų („tęstinumo rodiklis“).

Neseniai atliktuose tyrimuose nurodoma, kad pastarąjį mėnesį kanapes vartojo 0,5–9 % visų suaugusiųjų (daugelyje šalių šis procentas svyruoja nuo 2 iki 4 %), 1,5–13 % jaunų suaugusiųjų (daugelyje šalių šis procentas svyruoja nuo 3 iki 8 %) ir 1,2–16 % asmenų nuo 15 iki 24 metų amžiaus (daugelyje šalių 5–10 %) (3 paveikslėlis). Taigi, labai apytikriu vertinimu, vienas iš 10–20 jaunų europiečių vartoja kanapes. Mažiausią kanapių vartojimo paplitimą nurodo Malta, Graikija,

3 paveikslėlis: Per pastarąjį mėnesį kanapes vartojusių asmenų dalis tarp jaunų (15–24 metų) žmonių, apskaičiuota pagal nacionalines apklausas



NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies naujausių nacionalinių ataskaitų.

Kai kuriose šalyse šiek tiek skiriasi nuo ENNSC paprastai tiriama suaugusių jaunuolių amžiaus grupė. Skirtumus tarp šalių gali tam tikru nedideliu mastu paaiškinti amžiaus ribų skirtumai.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽³⁸⁾ Žr. pav. GPS-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

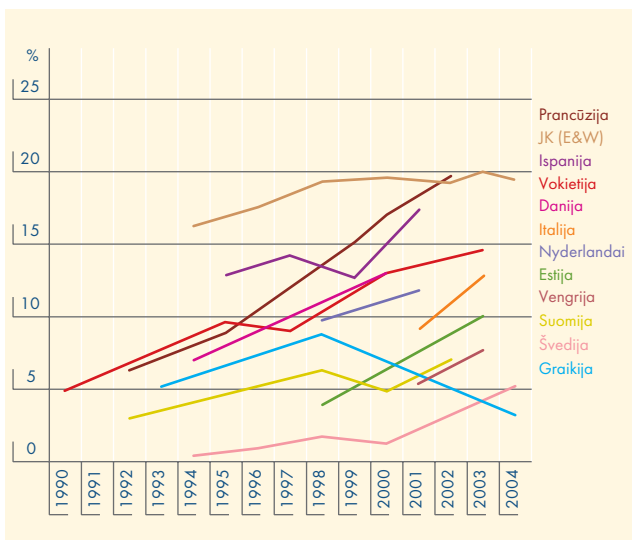
Švedija, Lenkija ir Suomija, o Jungtinė Karalystė ir Ispanija nurodo didžiausią.

2004 m. metinėje ataskaitoje (ENNSC, 2004a) pateikti duomenys apie kanapių vartojimo dažnumą per pastarąsias 30 dienų, bylojo, kad maždaug ketvirtadalis (19–33 %) asmenų, kurie vartojo kanapes per pastarąjį mėnesį, tai darė kasdien arba beveik kasdien⁽³⁹⁾, dauguma iš jų – jauni vyrai. Apskaičiuota, kad tarp 15–34 metų europiečių 0,9–3,7 % vartoja kanapes kasdien, o tai reiškia, kad jas vartoja kasdien arba beveik kasdien apytikriai 3 milijonai žmonių Europoje.

Tendencijos

Kadangi daugumoje ES šalių trūksta pastovių ilgalaikių tyrimų, narkotikų vartojimo tendencijas patikimai įvardyti yra gana sunku. Daugelis šalių atlieka nuoseklius tyrimus, bet tam tikra prasme tai nėra tyrimų serijos – nors padaryta tyrimų derinimo pažanga, įvairiuose tyrimuose taikomi

4 paveikslėlis: Neseniai (per pastaruosius metus) kanapes vartojusių asmenų dalis tarp jaunų (15–34 metų) žmonių, apskaičiuota pagal nacionalines apklausas⁽¹⁾



(1) Kiekvienos šalies ir kiekvienų metų imčių dydžiai (respondentų skaičius) 15–34 metų amžiaus grupėje yra pateikti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies nacionalinių tyrimų. Kiekvieno tyrimo skaičius ir metodiką galima rasti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Jauniems suaugusiesiems ENNSC priskiria 15–34 metų amžiaus grupę (Danija ir JK nuo 16 metų, Vokietija, Estija (1998 m.) ir Vengrija nuo 18 metų). Prancūzijoje 1992 m. amžiaus ribos buvo 25–34 metai, o 1995 m. – 18–39 metai.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

metodai ir imčių dydžiai skiriasi, ir jie gali būti atliekami nereguliariu dažnumu. Be to, įvairių šalių tyrimai atliekami ne tais pačiais metais, todėl sunku nustatyti Europos tendencijas. Idealiu atveju nacionaliniai gyventojų tyrimai turėtų būti atliekami visose valstybėse narėse tuo pačiu metu; tuomet būtų daug lengviau palyginti rezultatus nacionaliniu (per tam tikrą laiką) ir Europos lygmenimis (lyginant šalis) ir lengviau būtų įvertinti Europos kovos su narkotikais veiklos plano laimėjimus.

Tačiau turimi duomenys, gauti iš įvairaus pobūdžio tyrimų (nacionalinių ar vietinių šeimų, šauktinių ir mokinių tyrimų) rodo, kad kanapių vartojimas smarkiai padidėjo per paskutinįjį XX a. dešimtmetį beveik visose ES šalyse, ypač tarp jaunimo, bei pastaraisiais metais kanapių vartojimas kai kuriose šalyse toliau didėja (4 paveikslėlis). Jungtinėje Karalystėje, kur iki 2000 metų buvo nustatyti didžiausi skaičiai, kanapių vartojimas 1998–2003/2004 m. tarp jaunų suaugusiųjų išliko palyginti stabilus, tačiau kitos šalys (Prancūzija ir Ispanija⁽⁴⁰⁾) jį pasivijo. Graikija nurodė, kad 1998–2004 m. laikotarpiu kanapių vartojimas sumažėjo.

Iš naujų valstybių narių, daugiausia iš mokyklų tyrimų, gaunami duomenys rodo, kad daugelyje jų pastaraisiais metais kanapių vartojimas smarkiai padidėjo. Tai prasidėjo dešimtojo dešimtmečio viduryje, daugiausia miestuose tarp vyrų ir jaunų suaugusiųjų. Estijoje ir Vengrijoje kelios iš eilės atliktos suaugusiųjų apklauso leidžia nustatyti tam tikras pastarojo meto tendencijas (4 paveikslėlis).

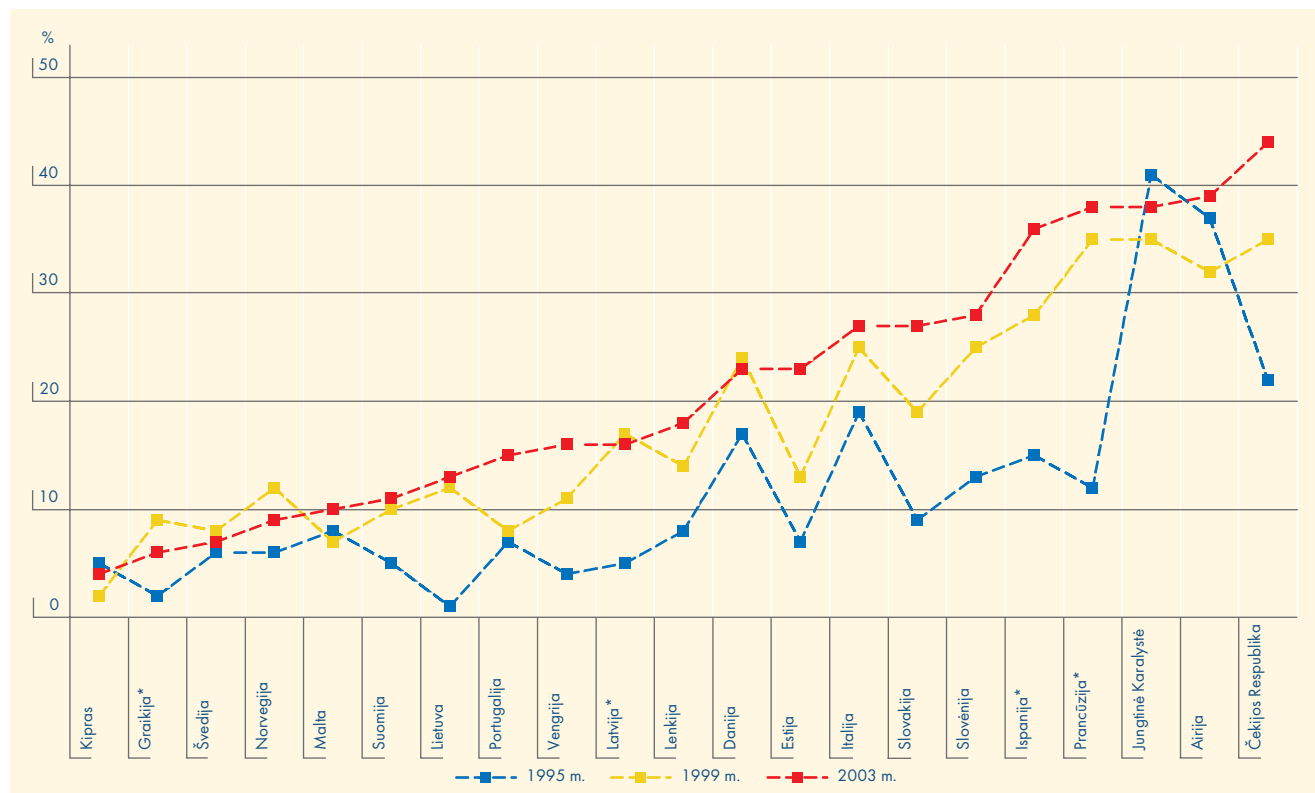
Lyginant 1995 m., 1999 m. ir 2003 m. ESPAD mokyklų tyrimų (Hibell ir kt., 2004) rezultatus matyti, kad beveik visose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse, kurios dalyvavo tyrime, kanapių vartojimas 15–16 metų moksleivių amžiaus grupėje išaugo 2 % ar net daugiau (5 paveikslėlis). Nuo 1995 m. daugiau nei pusėje šių šalių vartojimo paplitimas išaugo dvigubai ar trigubai. Didžiausias santykinis padidėjimas įvyko Rytų Europos valstybėse narėse, kurios 1995 m. buvo nurodžiusios 10 % kanapių vartojimo paplitimą. Nė vienoje iš šiuose trijuose ESPAD tyrimuose tirtų šalių nebuvo nuoseklaus arba pastebimo kanapių vartojimo sumažėjimo.

Mokyklų tyrimai rodo, kad ES valstybės narės gali būti suskirstytos į tris atskiras grupes pagal pramogų metu ir atsitiktinio kanapių vartojimo tendencijas. Pirmojoje grupėje (į kurią patenka Airija ir Jungtinė Karalystė) vartojimo paplitimas yra didelis (apie 38–39 %), bet per pastaruosius

(39) Žr. 2004 m. metinę ataskaitą (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Ši informacija nurodoma kaip „vartojimas 20 ar daugiau kartų per pastarąsias 30 dienų“ arba kaip „vartojimas kasdien arba beveik kasdien“.

(40) Informacijoje, kuri buvo gauta per vėlai, kad būtų galima ją įtraukti į šią ataskaitą, nurodoma, kad 2003 m. tyrime vartojimo paplitimas per pastaruosius vienerius metus tarp jaunų suaugusiųjų Ispanijoje siekė 20,1 %.

5 paveikslėlis: Kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių pagal ESPAD 1995 m., 1999 m. ir 2003 m. tyrimus



NB: 1995 m. tyrimų šalys, pažymėtos žvaigždute, ištiesi nelyginamos su ESPAD tyrimais. Ispanija nedalyvavo ESPAD tyrime. Čia pateikti duomenys remiasi Ispanijos tyrimų serija, kuri buvo atlikta 1996 m., 1998 m. ir 2002 m. Galima manyti, kad klausimai apie narkotikų vartojimo paplitimą yra panašūs į ESPAD klausimus, bet Ispanijos duomenų lyginti ištiesi negalima dėl kitų metodikos aspektų.

Šaltinis: Hibell ir kt., 2004.

aštuonerius metus išliko stabilus. Šios šalys turi ilgą kanapių vartojimo istoriją, ir jose kanapių vartojimas ypač išaugo devintajame ir dešimtajame dešimtmečiuose. Antrosios grupės šalyse per apžvelgtąjį laikotarpį kanapių vartojimo paplitimas tarp moksleivių smarkiai išaugo (iki 26 procentų). Į šią grupę įeina naujosios Rytų Europos valstybės narės kartu su Danija, Ispanija, Prancūzija, Italija ir Portugalija. Trečiojoje grupėje vartojimo paplitimas tarp moksleivių išliko palyginti nedidelis (apie 10 % ar mažiau). Į šią grupę įeina Šiaurės ir Pietų Europos valstybės narės (Suomija, Švedija ir Norvegija, taip pat Graikija, Kipras ir Malta).

Kalbant apie suaugusiuosius, kurie vartoja kanapes, vaizdas yra ne toks aiškus, nes yra mažiau informacijos, o turimi duomenys labai skirtingi, tačiau vaizdas yra panašus: kanapių vartojimas per paskutinius 12 mėnesių (per praeitus metus) didelis, bet stabilus išliko Jungtinėje Karalystėje, kai kuriose šalyse (pavyzdžiui, Danijoje, Vokietijoje, Estijoje, Ispanijoje ir Prancūzijoje) pastaraisiais metais matyti žymus padidėjimas, o kitose šalyse

(pavyzdžiui, Graikijoje, Suomijoje ir Švedijoje) vartojimo paplitimo skaičiai nedideli, ir tendencijos yra ne tokios aiškios. Nauji tyrimai, kurie bus atlikti tarp moksleivių ir suaugusiųjų per ateinančius 2–3 metus, padės geriau nušviesti šią sudėtingą narkotikų vartojimo tendencijų problemą.

Kanapių vartojimo prevencija

Kilus susirūpinimui kai kuriose šalyse dėl didėjančio kanapių vartojimo tarp jaunimo, kilo diskusijos, ar narkotikų vartojimo testai būtų naudinga kontrolės priemonė. Kai kurios šalys jau ėmėsi tam tikrų veiksmų šioje srityje, nors testavimas dėl narkotikų vartojimo nėra plačiai paplitęs. Čekijos Respublikos žiniasklaidoje buvo pranešimų apie šlapimo testus ir specialiai narkotikams aptikti mokytų šunų naudojimą mokyklose. Nors kai kas palaiko tokias priemones, ekspertų komisija priėjo išvados, kad tokie metodai neturėtų būti numatomi veiksmingos pirminės prevencijos strategijoje. Jungtinėje Karalystėje naujai išleistas gairės mokykloms nurodo keletą svarbių klausimų,

į kuriuos reikia atkreipti dėmesį prieš įgyvendinant testų dėl narkotikų vartojimo programą. Tokiais atvejais reikia užtikrinti, kad būtų gautas atitinkamas tėvų (ir mokinių, jei jie yra pilnamečiai) sutikimas, įsitikinti, kad testavimas neprieštarauja mokyklos funkcijoms, ir atsižvelgti į tai, ar yra kitų tinkamų paramos paslaugų. Bet koks sprendimas mokiniams taikyti testavimą dėl narkotikų turi būti įrašytas į mokyklos kovos su narkotikais strategiją. ENNSC interneto svetainėje galima susipažinti su trumpu pranešimu apie testavimą dėl narkotikų vartojimo ES mokyklose ⁽⁴¹⁾.

Kanapės visuomet įtraukiamos į bendrąsias (netikslines) narkomanijos prevencijos programas. Dėmesys, kurį žiniasklaida skiria augančiam kanapių vartojimui tarp jaunimo, kuris vis dažniau teigia, kad kanapes vartoti yra „normalu“, rodo, jog būtina spręsti klausimą dėl jaunimo įsitikinimų apie normas. Neramumas dėl to, kad vis daugiau jaunimo priima kanapių vartojimą kaip normalų dalyką, verčia pradėti taikyti prevencijos programas, kuriose kalbama apie jų įsitikinimus tuo, kas yra normalus ar priimtinas elgesys. Šis klausimas smulkiau aptariamas 2 skyriuje. Daugelis intervencinių priemonių – tai iš esmės informacijos apie kanapes teikimas žiniasklaidos kampanijų metu, įvairūs informaciniai lapeliai ir interneto svetainės. Tačiau yra ir tam tikrų įdomių atrankinės prevencijos pavyzdžių – juos galima rasti ENNSC įvertintų prevencijos projektų duomenų bazėje EDDRA ⁽⁴²⁾. Tokie projektai dažniausiai yra skirti jauniems kanapių vartotojams, kurie yra įvykdę su narkotikais susijusių nusikaltimų, jie siūlo konsultacijas, asmeninių gebėjimų ugdymo programas ir daugelio agentūrų paramą. Pavyzdžiais gali būti FRED (Vokietija), „MSF–Solidarité Jeunes“ (Liuksemburgas), „Ausweg“ (Austrija) ir „nusikaltusio jaunimo grupės“ (YOT) Jungtinėje Karalystėje.

Didelis kanapių vartojimo paplitimas tarp jaunimo reiškia, kad narkotikų vartojimas – pagrindinis klausimas, kurį tenka spręsti dirbantiems su mokyklinio amžiaus vaikais asmenims. Viena iš daug žadančių atrankinių prevencijos metodikų – programa „Žingsnis po žingsnio“, kuri yra įgyvendinta Vokietijoje ir Austrijoje. Ši programa padeda mokytojams nustatyti ir spręsti mokinių narkotikų vartojimo ir elgesio problemas ⁽⁴³⁾.

Asmenims, dalyvaujantiems kovos su kanapių vartojimu veikloje, iškyla sunkus uždavinys spręsti, kur nubrėžti ribą tarp prevencijos ir gydymo. Kanapių vartojimui įtakos turi socialiniai, asmeniniai veiksniai ir bendraamžiai – šie veiksniai vaidina svarbų vaidmenį, kai asmeniui iškyla rizika susidurti su ilgalaikio narkotikų vartojimo problema, todėl prevenciniame darbe pagrindinis dėmesys dažnai skiriamas būtent šiems veiksniams, o ne pačiam narkotikui (Morrall ir kt., 2002). Pavyzdžiui, atliekant „Ausweg“ projekto Austrijoje vertinimą, nustatyta, kad jaunuoliai, pirmą kartą įvykdę su kanapėmis susijusius nusikaltimus, turi mažiau asmenybės trūkumų, nei anksčiau manyta, ir tai rodo situacinės, socialinės ir bendraamžių, o ne individualių psichologinių problemų įtakos narkotikų vartojimui svarbą (Rhodes ir kt., 2003; Butters, 2004). Tačiau yra projektų, kurie pagrindinį dėmesį skiria kanapėms ir konsultuoja jaunimą, kaip mažinti narkotikų vartojimą. Kaip pavyzdį galima nurodyti Vokietijos interneto tinklalapį „Quit the Shit“ („Mesk tą mėšlą“) (www.drugcom.de), kuris yra novatoriška konsultavimo programa žiniatinklyje, skirta kanapių vartotojams.

Duomenys apie gydymo poreikį

Iš visų nurodytų 480 000 atvejų, kai reikalingas gydymas, 12 % atvejų pagrindinis narkotikas yra kanapės – jos užima antrą vietą po heroino. Per aštuonerių metų laikotarpį nuo 1996 m. iki 2003 m. naujai besigydančių kanapių vartotojų dalis tarp naujai besigydančių visų narkotikų vartotojų padidėjo beveik dvigubai visose šalyse ⁽⁴⁴⁾, panašiai išaugo ir visų besigydančiųjų skaičius. Tačiau į šią analizę reikia žiūrėti atsargiai, nes ji remiasi nedideliu skaičiumi šalių, kurios gali suteikti duomenų, reikalingų tendencijoms per tam tikrą laiką palyginti.

Apskritai pranešimuose apie asmenis, kurie pirmą kartą kreipiasi dėl gydymo ⁽⁴⁵⁾, kanapės užima antrą vietą po heroino. Skirtumai tarp šalių gana dideli, pavyzdžiui, Bulgarijoje ir Lenkijoje kanapes nurodo 2–3 % visų besigydančiųjų, o Danijoje, Vokietijoje, Vengrijoje ir Suomijoje daugiau kaip 20 % ⁽⁴⁶⁾. Pagal šalių pateiktus duomenis, asmenų, kurie kreipiasi gydymo dėl kanapių

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

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Smulkesnės informacijos žr. EDDRA interneto svetainėje: „Žingsnis po žingsnio“ (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) ir „Ankstyvas aptikimas ir intervencija problemas keliančio narkotikų vartojimo ir narkomanijos atveju“ (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Žr. lenteles TDI-2 (i dalį) ir TDI-3 (iii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁵⁾ Žr. taip pat ENNSC 2004 m. metinėje ataskaitoje nušviečiamą gydymo dėl kanapių vartojimo poreikį (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Analizė paremta duomenimis apie bendrą pacientų, kurie kreipiasi dėl gydymo visuose gydymo centruose, pasiskirstymą ir tendencijas bei ambulatorinių gydymo centrų duomenimis apie pacientų charakteristikas ir vartojimo tendencijas.

⁽⁴⁶⁾ Žr. lenteles TDI-2 (ii dalį) ir TDI-5 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Gydymo poreikio rodiklis

Informacija apie tai, koks skaičius asmenų kreipiasi gydymo nuo narkomanijos, padeda geriau įžvelgti bendras narkomanijos tendencijas ir perspektyvas, kaip turi būti organizuojamas gydymo įstaigų darbas Europoje ir koku mastu bus naudojamos jų teikiamu gydymu. ENNSC gydymo poreikio rodiklis (TDI)⁽¹⁾⁽²⁾ leidžia pateikti siunčiamų į narkomanijos gydymo įstaigas asmenų skaičių ir jų charakteristikas pagal vienodą struktūrą. Tačiau, nors galima laikyti, kad TDI duomenys teikia gana naudingas ir reprezentatyvias siunčiamų į specialias narkomanijos tarnybas asmenų charakteristikas, dėl tam tikrų techninių priešasčių nustatytus faktus ekstrapoliuoti visiems tokias gydymo paslaugas gaunantiems asmenims reikia labai atsargiai. Svarbiausia, kad ataskaitas pateikiančių šalių skaičius kiekvienais metais skiriasi, todėl Europos lygmeniu nustatytas tendencijas reikia interpretuoti atsargiai. Be to, reikia atkreipti dėmesį į tai, kad duomenų aprėptis įvairiose šalyse gali būti nevienoda (duomenys apie tai, kokius vienetus jie atspindi, pateikiami Statistikos biuletenyje) ir kad duomenys apie gydymo poreikį iš dalies atspindi gydymo nuo narkomanijos galimybes šalyje.

Kad būtų lengviau interpretuoti ir lyginti duomenis apie gydymo poreikį, reikia atsižvelgti į šias aplinkybes:

- Asmenys, kurie pradeda pirmą kartą gydytis dėl narkotikų vartojimo, vadinami „pirmą kartą besikreipiančiais gydymu“ asmenimis. Laikoma, kad ši grupė narkomanijos tendencijų analizei yra

svarbiausias rodiklis. Pateikiamos taip pat visų besigydančiųjų analizės. Į tokią grupę įeina pirmą kartą gydymo besikreipiantys asmenys ir asmenys, kurie ankstesniais metais nutraukė arba baigė gydymą ir vėl jo kreipiasi atskaitiniais metais. Duomenys apie asmenis, kurie atskaitiniu laikotarpiu tęsė ankstesniais metais pradėtą gydymą jo nenutraukę, neregistruojami.

- Renkami dviejų rūšių duomenys: apibendrinti duomenys apie visų rūšių gydymo centrus ir smulkūs duomenys pagal kiekvieną tokio centro rūšį (ambulatorinio gydymo centrai, stacionariniai gydymo centrai, pirminę pagalbą narkomanams teikiančios agentūros, bendrosios praktikos gydytojai, gydymo padaliniai kalėjimuose ir kitų rūšių gydymo centrai). Tačiau daugumoje šalių duomenys apie kiekvieną gydymo centro tipą yra retas dalykas, išskyrus ambulatorinio ir stacionarinio gydymo centrus. Dėl to analizė dažnai apsiriboja ambulatorinio gydymo centrais, apie kuriuos duomenys renkami geriausiai.
- TDI duomenų interpretacijai padeda kokybinė ir kontekstinė informacija, paimta iš „Reitox“ nacionalinių ataskaitų.

⁽¹⁾ Dėl smulkesnės informacijos apie gydymo poreikį žr. ENNSC tinklalapį (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) ir nuorodą į Jungtinę Pampidou grupę – ENNSC Gydymo poreikio rodiklio protokolo versiją 2.0.

⁽²⁾ Dėl informacijos apie duomenų šaltinius pagal šalis žr. lentelę TDI-1 2005 m. Statistikos biuletenyje.

vartojimo, dalis yra didesnė tarp naujai besikreipiančių gydymo asmenų nei tarp visų gydymo besikreipiančių asmenų; yra tik keletas išimčių, kur abi dalys yra lygios⁽⁴⁷⁾. Tačiau per aštuonerių metų laikotarpį nuo 1996 m. iki 2003 m. tarp asmenų, besikreipiančių gydymo dėl visų narkotikų vartojimo, kanapių vartotojų pagausėjo nuo 9,4 % iki 21,9 %⁽⁴⁸⁾. Tačiau į šią analizę reikia žiūrėti atsargiai, nes ji remiasi nedideliu skaičiumi šalių, kurios gali suteikti duomenų, reikalingų tendencijoms per tam tikrą laiką palyginti.

Tarp besigydančių narkomanų vyrų yra daug daugiau nei moterų. Didžiausias vyrų ir moterų santykis nustatytas tarp asmenų, kurie pirmą kartą kreipiasi gydymo dėl kanapių vartojimo (4,8:1). Didesnis vyrų ir moterų santykis nustatytas Vokietijoje, Kipre, Vengrijoje ir Slovakijoje, o mažesnis – Čekijos Respublikoje, Slovėnijoje, Suomijoje ir Švedijoje. Tokie tarp šalių pastebimi skirtumai gali

atspindėti skirtingą kultūrą, o galbūt jie atsiranda dėl gydymo paslaugų organizavimo skirtumų⁽⁴⁹⁾.

Asmenys, besigydantys dėl kanapių vartojimo problemų, paprastai yra jauni; faktiškai visi pirmą kartą gydomi kanapių vartotojai yra jaunesni nei 30 metų. Tikimybė, kad paaugliams, kuriems taikomas specializuotas gydymas, kanapės yra pagrindinis narkotikas, yra didesnė nei kitose amžiaus grupėse: 65 % besigydančiųjų dėl kanapių vartojimo yra jaunesni kaip 15 metų, o 15–19 metų amžiaus grupėje tokie asmenys sudaro 59 %⁽⁵⁰⁾.

Kanapių vartojimo dažnumas tarp pirmą kartą besigydančių asmenų yra labai skirtingas įvairiose šalyse. Didžiausias tokių asmenų, kurie kanapes vartoja kasdien, procentas yra Danijoje ir Nyderlanduose, o didžiausias procentas asmenų, kurie kanapes vartoja tik retkarčiais arba kurie jų nevartojo per paskutinį mėnesį iki gydymo, yra Vokietijoje ir Graikijoje⁽⁵¹⁾, ir tai tikriausiai atspindi

⁽⁴⁷⁾ Žr. lenteles TDI-4 (ii dalį) ir TDI-5 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁸⁾ Žr. lentelę TDI-3 (iii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁴⁹⁾ Žr. lentelę TDI-22 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁰⁾ Žr. lentelę TDI-10 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁵¹⁾ Žr. lentelę TDI-18 (iv dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

siuntimo gydymui skirtumus. Vokietijoje apie trečdalis pirmą kartą besigydančių kanapių vartotojų šį narkotiką vartoja reikarčiais arba jo nevartojo paskutinį mėnesį iki gydymo, bet kitur ši grupė sudaro apie 11 % besigydančių kanapių vartotojų, o apie 60 % vartoja jas kasdien.

Konfiskavimas ir rinkos duomenys

Gamyba ir prekyba

2003 m. visame pasaulyje kanapės ir toliau buvo plačiausiai neteisėtai gaminamas ir parduodamas narkotikas. Tačiau kadangi kanapių gamyba yra paplitusi visame pasaulyje ir ją sunku stebėti, gana sunku įvertinti, kiek jų yra pagaminama (UNODC, 2003a).

Didelio masto kanapių dervos gamyba yra sukoncentruota keliuose šalyse, visų pirma Maroke, o neteisėta jų prekyba yra plačiai paplitusi daugelyje šalių (CND, 2004, 2005). Kanapių gamybos Maroke tyrimo, kurį atliko UNODC ir Maroko vyriausybė (2003 m.), duomenimis, Rifio regione pagaminta apie 40 % visos pasaulyje pagamintos kanapių dervos (INCB, 2005). Europos Sąjungoje vartojamos kanapių dervos kilmės šalis dažniausiai yra Marokas ir ji patenka į Europą daugiausia per Iberijos pusiasalį, o Nyderlandai yra svarbus antrinis paskirstymo centras, vežant į kitas ES šalis (Bovenkerk ir Hogewind, 2002). Kitos šalys, kurios 2003 m. buvo minimos kaip Europos Sąjungoje konfiskuotos kanapių dervos šaltiniai, yra Albanija, Afganistanas, Iranas, Pakistanas, Nepalas ir Indija („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; INCB, 2005).

Džiovintų kanapių gamyba paplitusi visame pasaulyje; manoma, kad jų pagaminama mažiausiai 40 000 tonų (CND, 2005). Nurodoma, kad 2003 m. Europos Sąjungoje konfiskuotų džiovintų kanapių kilmės šalis yra labai įvairios, įskaitant Nyderlandus ir Albaniją, taip pat Afrikos šalis (Malavį, Pietų Afriką, Nigeriją) ir JAV („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004). Be to, kanapės auginamos (patalpose ir lauke) ir kanapių produktai gaminami daugumoje ES valstybių narių („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004).

Konfiskavimas

2003 m. visame pasaulyje iš viso konfiskuota 1 347 tonos kanapių dervos ir 5 821 tona džiovintų kanapių. Dauguma kanapių dervos konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje (70 %) ir pietvakarių Azijoje bei Artimuosiuose ir Vidurio Rytuose

Konfiskavimo ir rinkos duomenų interpretacija

Konfiskavimo atvejų skaičius šalyje paprastai laikomas netiesioginiu narkotikų pasiūlos ir prieinamumo rodikliu, tačiau jis taip pat atspindi teisėsaugos išteklius, prioritetus, strategijas ir tai, kiek narkotikų prekeiviams yra paveiktos taikomos nacionalinės ir tarptautinės pasiūlos mažinimo strategijos. Skirtingais metais konfiskuotų narkotikų kiekiai gali būti labai nevienodi, pavyzdžiui, tuo atveju, jei kuriais nors metais yra konfiskuojamos kelios labai didelės siuntos. Dėl to kai kurios šalys mano, kad konfiskavimo atvejų skaičius yra geresnis tendencijų rodiklis. Visose šalyse tarp visų konfiskavimo atvejų yra didelė dalis tokių atvejų, kai konfiskuojami maži kiekiai mažmeninės prekybos lygmeniu. Konfiskuotų narkotikų kilmė ir paskirties vieta gali rodyti neteisėtos prekybos kelius ir gamybos rajonus, bet tokia informacija ne visuomet gaunama. Dauguma šalių pateikia duomenis apie mažmeniniu lygiu parduodamų narkotikų grynumą ir kainą. Tačiau duomenys ateina iš labai skirtingų šaltinių, kuriuos ne visuomet galima palyginti ir kurie ne visuomet yra patikimi, todėl daryti palyginimus tarp šalių yra sunku.

(21 %), o konfiskuoti džiovintų kanapių kiekiai buvo didžiausi Amerikos žemyne (68 %) ir Afrikoje (26 %) (CND, 2005). Kanapės yra dažniausiai konfiskuojamas narkotikas visose ES šalyse, išskyrus Estiją ir Latviją, kur 2003 m. dažniau buvo konfiskuojamas amfetaminas. Kalbant apie kiekius, Europos Sąjungoje taip pat daugiausia konfiskuojama kanapių, nors 2003 m. buvo pranešta, kad kai kuriose šalyse buvo daugiau konfiskuota kitų narkotikų – amfetaminų Estijoje ir Liuksemburge, heroino Vengrijoje ir kokaino Lenkijoje. Praeityje Europos Sąjungoje daugiausia kanapių konfiskuodavo Jungtinė Karalystė, po to – Ispanija ir Prancūzija, ir taip turbūt yra iki šiol⁽⁵²⁾. Tačiau per pastaruosius penkerius metus daugiau nei pusę viso konfiskuoto kiekio Europos Sąjungoje konfiskavo Ispanija. ES lygmeniu kanapių konfiskavimo atvejų⁽⁵³⁾ skaičius daugiau ar mažiau kyla nuo 1998 m., nors kai kurių šalių pranešami daliniai duomenys neleidžia to užtikrintai teigti, o konfiskuoti kiekiai⁽⁵⁴⁾, atrodo, didėja nuo 2000 m.

Kaina ir stiprumas

2003 m. vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina Europos Sąjungoje svyravo nuo 1,4 EUR už gramą Ispanijoje iki 21,5 EUR už gramą Norvegijoje, o džiovintų kanapių kaina svyravo nuo 1,10 EUR už gramą Ispanijoje iki 12 EUR už gramą Latvijoje⁽⁵⁵⁾.

⁽⁵²⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstamus 2003 m. duomenis. Duomenų apie kanapių konfiskavimo atvejų skaičių negauta iš Italijos, Kipro, Nyderlandų ir Rumunijos; duomenų apie kanapių konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2003 m. negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės.

⁽⁵³⁾ Žr. lentelę SZR-1 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁴⁾ Žr. lentelę SZR-2 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁵⁵⁾ Žr. lentelę PPP-1 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Kanapių produktų poveikio stiprumas nustatomas pagal tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, koncentraciją. 2003 m. šalyse, iš kurių gauta duomenų, mažmeninėje rinkoje siūlomos kanapių dervos

THC vidutinė koncentracija svyravo nuo mažiau kaip 1 % (Lenkijoje) iki 25 % (Slovakija), o džiovintų kanapių poveikio stiprumas svyravo nuo 1 % (Vengrijoje, Suomijoje) iki 20 % (Nyderlanduose vietoje išaugintos kanapės) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁶⁾ Žr. lentelę PPP-5 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.



4 skyrius

Amfetamino tipo stimulantai, LSD ir kiti sintetiniai narkotikai

Beveik visose šalyse kokio nors pavidalo sintetinis narkotikas yra antra labiausiai vartojama narkotinė medžiaga. Bendras šių medžiagų vartojimo procentas tarp visų gyventojų yra paprastai nedidelis, bet tarp jaunesnio amžiaus grupių jų vartojimo paplitimas yra daug didesnis, o kai kuriose socialinėse aplinkose ir (arba) kai kuriose kultūrinėse grupėse šių narkotikų vartojimas gali būti ypač didelis.

Europoje vartojami sintetiniai narkotikai priklauso ir stimulantams, ir haliucinogeninėms medžiagoms. Iš pastarųjų lizergo rūgšties dietilamidas (LSD) yra geriausiai žinomas, bet jo bendras vartojimo lygis yra neaukštas ir kurį laiką laikosi stabiliai. Atsiranda įrodymų apie didėjantį susidomėjimą gamtiniais haliucinogenais, bet ši tema apžvelgiama šios ataskaitos kitoje vietoje.

Terminas „amfetamino tipo stimulantai“ (ATS) vartojamas kalbant ir apie amfetaminus, ir apie ekstazio grupės narkotikus. Amfetaminai – tai bendras pavadinimas, taikomas keliems chemiškai giminingiems narkotikams, kurie stimuliuoja centrinę nervų sistemą, iš jų Europos neteisėtų narkotikų rinkoje svarbiausi yra amfetaminas ir metamfetaminas. Amfetaminas yra lengviausiai prieinamas, nors pasauliniu mastu didėja metamfetamino vartojimas. Šiuo metu atrodo, kad reikšmingas metamfetamino vartojimas Europoje apsiriboja Čekijos Respublika, nors iš kitur ateinantys pavieniai pranešimai atkreipia dėmesį į stebėsenos svarbą, nes tai yra narkotikas, kuris sukelia įvairių sunkių sveikatos problemų.

Iš ekstazio narkotikų grupės geriausiai žinomas yra 3,4-metilendioksi-metamfetaminas (MDMA), bet kitų giminingų analogų kartais randama ir ekstazio tabletėse. Šie narkotikai kartais vadinami entaktogenais (šis pavadinimas reiškia „paliešti iš vidaus“) ir į jų sudėtį įeina amfetaminams chemiškai giminingos sintetinės medžiagos, bet jos šiek tiek skiriasi savo poveikiu, nes jose yra elementų, labiau būdingų haliucinogeninėms medžiagoms.

Paplitimas ir vartojimo ypatybės

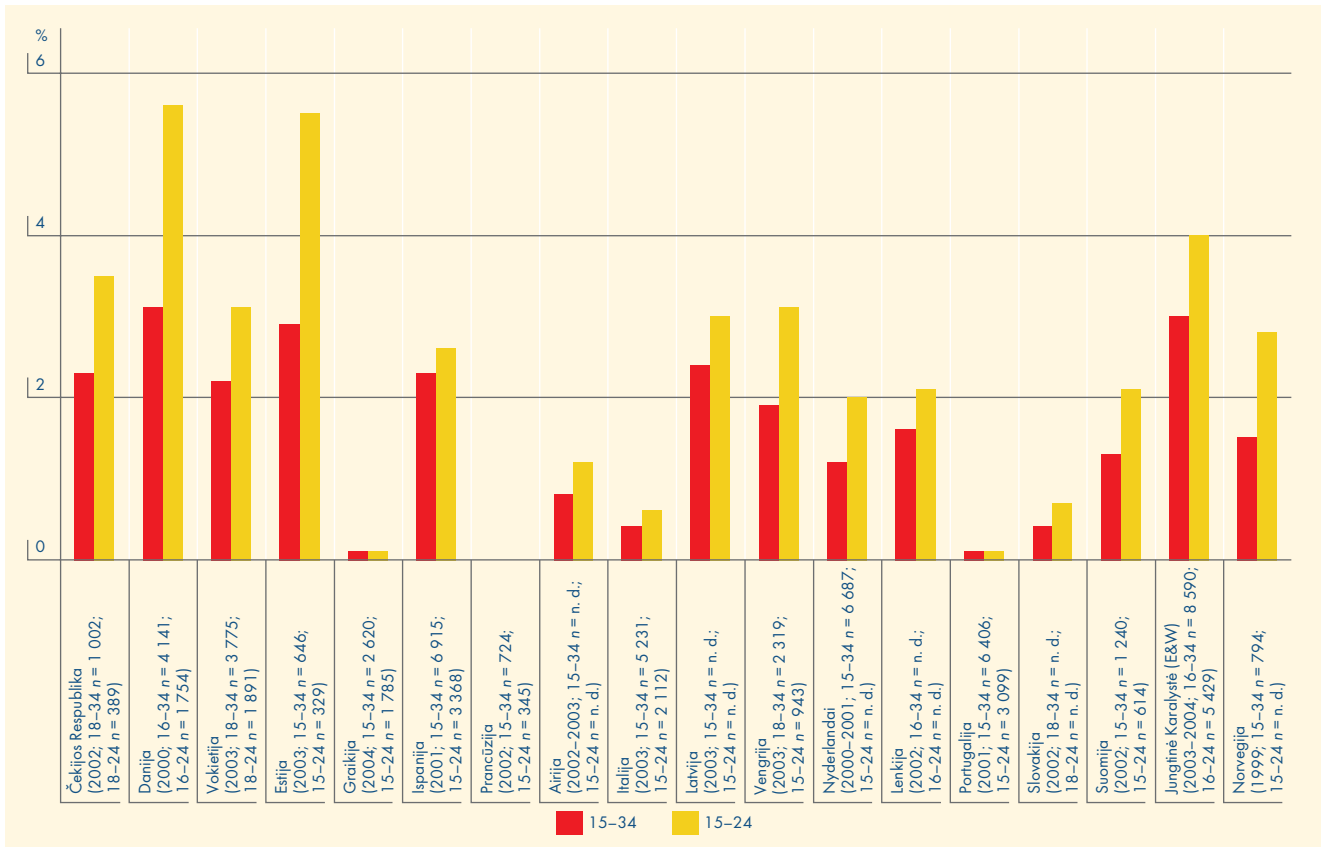
Tradiciskai gyventojų apklausos rodydavo, kad po kanapių amfetaminas yra dažniausiai vartojama nelegali medžiaga, bet bendras amfetamino vartojimo paplitimas buvo aiškiai mažesnis negu kanapių. Dabar atrodo, kad daugelyje šalių šis modelis keičiasi, ir, kaip rodo pastarojo meto gyventojų ir mokyklų tyrimai, ekstazis pasiveja amfetaminus ir užima antrą vietą po kanapių. Pavyzdžiui, 2003 m. ESPAD mokyklų tyrimuose (Hibell ir kt., 2004) nustatyta, kad ekstazio vartojimo paplitimas yra didesnis nei amfetamino keturiolikoje ES valstybių narių, Norvegijoje ir šalyse kandidatėse⁽⁵⁷⁾. Tačiau verta prisiminti, kad ekstazis tapo populiarus tik dešimtajame dešimtmetyje, o amfetaminas turi ilgesnę istoriją. Tai atsispindi neseniai atliktuose suaugusiųjų tyrimuose, kurie parodė, kad amfetamino vartojimo paplitimo skaičiai yra didesni vienuolikoje šalių, o ekstazio vartojimo skaičiai yra didesni 10 šalių, bet vartojimo per pastaruosius 12 mėnesių didesni skaičiai buvo 15 šalių, o amfetamino tik penkiose šalyse (dviejų šalių nurodyti skaičiai buvo lygūs).

Paskutinių tyrimų duomenimis, tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų) amfetamino vartojimo gyvenime patirtis ES valstybėse narėse svyruoja nuo 0,1 % iki 6 %, išskyrus Jungtinę Karalystę, kur šis procentas siekia net 12 %. Vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių yra aiškiai mažesnis, jis svyruoja nuo 0 % iki 1,5 %, Danija, Estija ir Jungtinė Karalystė užima aukščiausias vietas šioje skalėje.

Bendrosios populiacijos tyrimuose panašus vaizdas išryškėja jaunų suaugusiųjų grupėje (15–34 metų), kur amfetamino vartojimo patirtis svyruoja nuo 0,1 % iki 10 %, o Jungtinė Karalystė nurodo ypač didelį procentą – 18,4 %. Vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių svyruoja nuo 0 % iki 3 %, o Danija, Estija ir Jungtinė Karalystė vėl užima aukščiausias vietas skalėje (6 paveikslėlis). Nors Jungtinėje Karalystėje vartojimo paplitimo skaičiai yra daug didesni už kitų šalių skaičius, amfetamino vartojimo

⁽⁵⁷⁾ Žr. pav. EYE-2 (iv dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

6 paveikslėlis: Neseniai (per pastaruosius metus) amfetaminus vartojusių asmenų dalis tarp jaunų (15–34 ir 15–24 metų) suaugusiųjų, apskaičiuota pagal nacionalines apklausas



NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies naujausių nacionalinių tyrimų (apie 15–34 metų amžiaus grupę žr. lentelę GPS-4). Kai kuriose šalyse šiek tiek skiriasi nuo ENNSC paprastai tirama suaugusių jaunuolių amžiaus grupė. Skirtumus tarp šalių gali tam tikru nedideliu mastu paaiškinti amžiaus ribų skirtumai.
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausus, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

per pastaruosius 12 mėnesių paplitimas yra labai panašus į paplitimą kitose šalyse, apskritai jis ir toliau mažėja.

2003 m. ESPAD tyrimuose pateikiami nauji duomenys apie amfetaminų vartojimą tarp penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių⁽⁵⁸⁾. Amfetamino vartojimo paplitimas svyruoja nuo mažiau kaip 1 % iki 7 %; didžiausias šio narkotiko vartojimo per pastaruosius 12 mėnesių ir pastarąsias 30 dienų paplitimas valstybėse yra atitinkamai 4 % ir 3 %.

Ekstazį yra išbandę apie 0,2–6,5 % suaugusiųjų, tačiau daugumoje šalių šis procentas svyruoja nuo 1 iki 4 %. 0–2,5 % suaugusiųjų nurodo vartoję šį narkotiką per pastarąsias 30 dienų, Čekijos Respublikoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje tokio vartojimo paplitimas didžiausias.

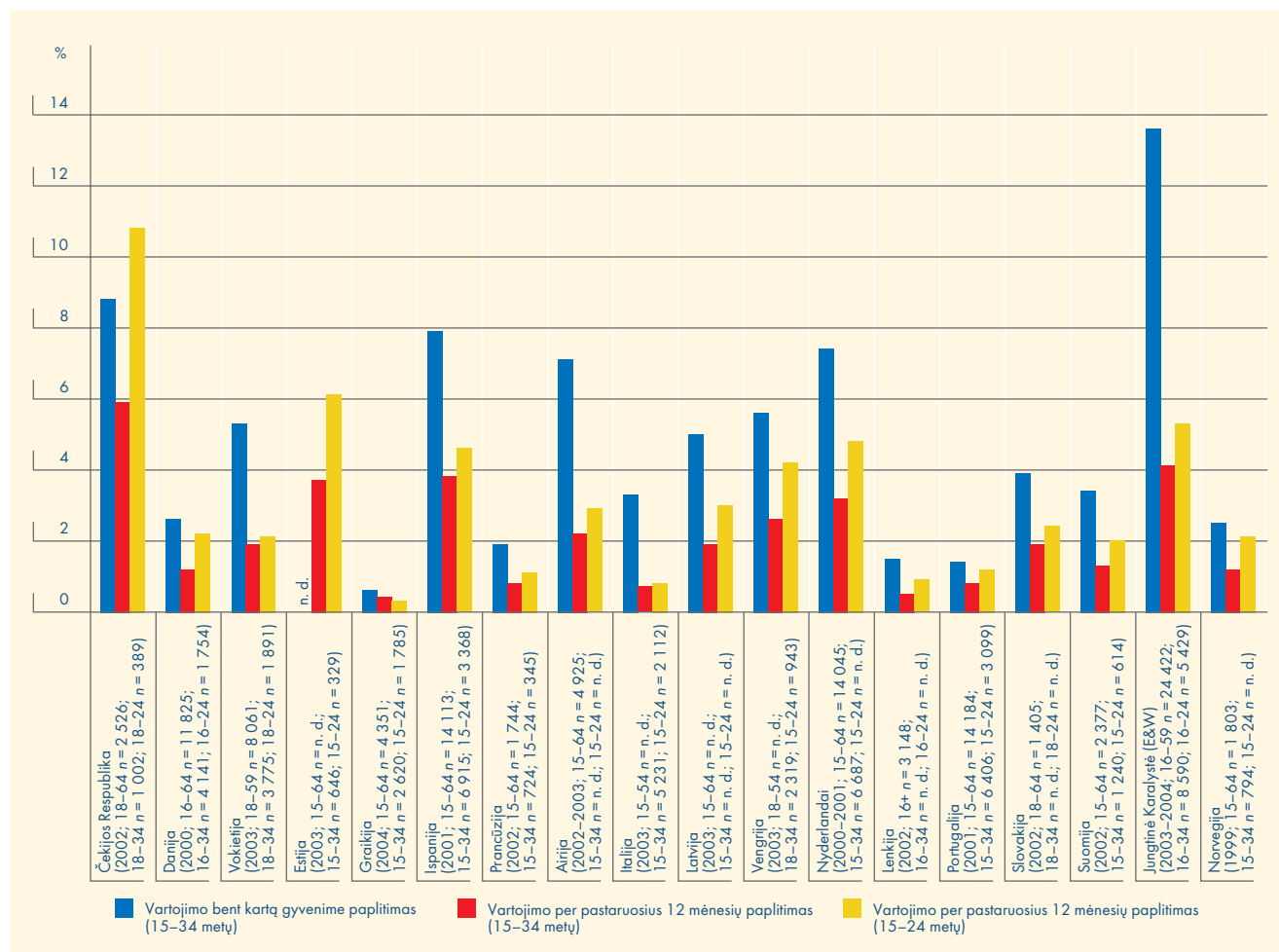
Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) ekstazį yra bandę 0,6–13,6 %. 0,4–6 % nurodo vartoję šį narkotiką per

pastaruosius 12 mėnesių, Čekijos Respublikoje, Estijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje vartojimo paplitimas didžiausias (7 paveikslėlis).

Kadangi ekstazį dažniausiai vartoja jaunimas, naudinga paanalizuoti vartojimo paplitimą tarp 15–24 metų jaunimo ir 15–16 metų moksleivių. 15–24 metų amžiaus grupėje vartojimo patirtis svyruoja nuo 0,4 % iki 13 %, o vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių svyruoja nuo 0,3 % iki 11 %. Be to, kadangi šioje amžiaus grupėje narkotikus vartoja daugiau vyrai nei moterys, dauguma šalių nurodo, kad nuo 15 iki 24 metų amžiaus vyrų narkotikų vartojimo patirtis svyruoja nuo 4 iki 16 %, o vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių svyruoja nuo 2 iki 8 %. Galiausiai septynios šalys nurodė, kad per pastarąsias 30 dienų šių narkotikų vartojimas, į kurį įeina ir reguliarus vartojimas, svyravo nuo 2 % iki 5 %, o tai reiškia, kad 1 iš 20 ar iš 50 15–24 metų amžiaus vyrų vartoja ekstazį reguliariai. Tikėtina, kad šie skaičiai dar didesni miestuose, ypač tarp asmenų, kurie

⁽⁵⁸⁾ Smulkesnę 2003 m. ESPAD mokyklų tyrimų rezultatų analizę žr. 2 skyriuje.

7 paveikslėlis: Ekstazio vartojimo bent kartą gyvenime ir vartojimo neseniai (per pastaruosius metus) paplitimas tarp jaunų (15–34 ir 15–24 metų) suaugusiųjų, apskaičiuotas pagal nacionalines apklausas



NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies naujausių nacionalinių tyrimų (vartojimo bent kartą gyvenime paplitimą tarp 15–34 metų žr. 2005 m. Statistikos biuletenyje lentelę GPS-2, vartojimo per pastaruosius 12 mėnesių – lentelę GPS-4). Kai kuriose šalyse šiek tiek skiriasi nuo ENNSC paprastai tiriama suaugusių jaunuolių amžiaus grupė. Skirtumus tarp šalių gali tam tikru nedideliu mastu paaiškinti amžiaus ribų skirtumai.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

lankosi diskotekose, klubuose ir šokiuose (Butler ir Montgomery, 2004).

Ekstazio vartojimas daug mažiau paplitęs tarp 15–16 metų moksleivių nei tarp 15–24 metų jaunimo. Ekstazio vartojimo paplitimas tarp apklaustų moksleivių svyruoja nuo 0 % iki 8 %, o vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių (0–4 %) ir per pastarąsias 30 dienų (0–3 %) yra mažesnis. Daugumoje šalių vartojimas per pastarąsias 30 dienų svyruoja nuo 1 % iki 2 % ir skirtumai tarp lyčių yra nedideli (Hibell ir kt., 2004).

Palyginimui: 2003 m. Jungtinių Amerikos Valstijų nacionaliniame narkotikų vartojimo ir sveikatos tyrime (SAMSHA, 2003) 4,6 % suaugusiųjų (t. y. 12 metų ir

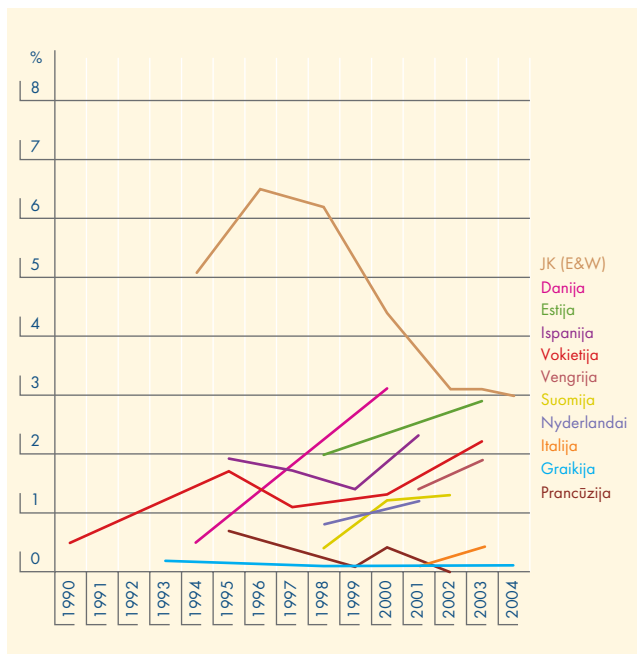
vyresnių) nurodė turį ekstazio vartojimo patirties, o 0,9 % nurodė jį vartoję per pastaruosius 12 mėnesių. Tame pačiame tyrime 14,8 % 18–25 metų amžiaus asmenų nurodė turį ekstazio vartojimo patirties, 3,7 % nurodė vartoję jį per pastaruosius 12 mėnesių, o 0,7 % – per pastarąsias 30 dienų⁽⁵⁹⁾.

Tendencijos

Bendrosios populiacijos tyrimai rodo, kad per pastaruosius 12 mėnesių amfetamino vartojimas (8 paveikslėlis) ir ekstazio vartojimas (9 paveikslėlis) tarp jaunų suaugusiųjų išaugo daugumoje šalių, pateikiančių nuoseklių tyrimų informacijos. Kalbant apie ekstazio vartojimą, išimtis yra

⁽⁵⁹⁾ Pažymėtina, kad JAV apžvalgoje tirtos grupės amžiaus ribos buvo platesnės (12 metų ir vyresni) nei ENNSC atliktame ES tyrime nurodytos grupės (15–64 metų) amžiaus ribos. Antra vertus, jaunų suaugusiųjų amžiaus ribos (18–25 metų) yra siauresnės nei daugumoje ES tyrimų (15–24 metų).

8 paveikslėlis: Amfetamino vartojimo per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos, apskaičiuotos pagal nacionalinius tyrimus ⁽¹⁾

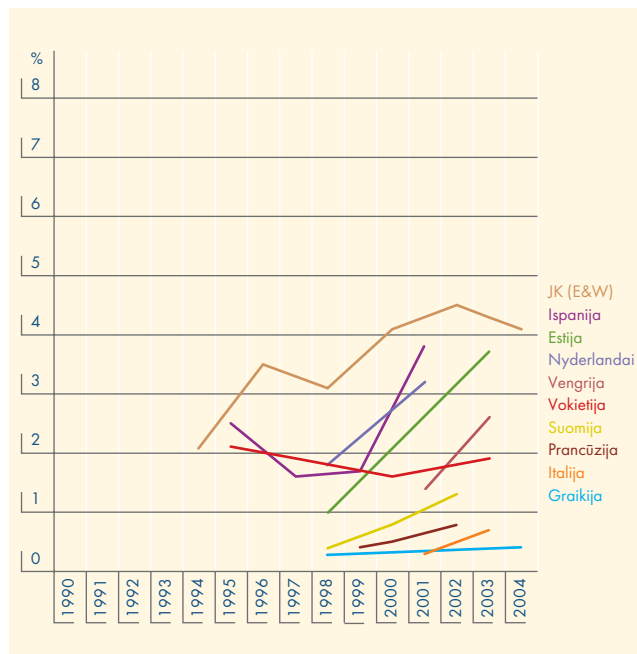


⁽¹⁾ Kiekvienos šalies ir kiekvienų metų imčių dydžiai (respondentų skaičius) 15–34 metų amžiaus grupėje yra pateikti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.
 NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies nacionalinių tyrimų. Kiekvieno tyrimo skaičius ir metodiką galima rasti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.
 Jauniems suaugusiesiems ENNSC priskiria 15–34 metų amžiaus grupę (Danija ir JK nuo 16 metų, Vokietija, Estija (1998 m.) ir Vengrija nuo 18 metų). Prancūzijoje 1995 m. – 18–39 metų
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Vokietija ir Graikija, kur vartojimo lygis nepadidėjo, ir Jungtinė Karalystė, kur šių narkotikų vartojimas pastaruosiu metu stabilizavosi (2002–2003 m.), nors ir gana aukštame lygyje (9 paveikslėlis).

Kaip jau minėta, ekstazijos vartojimas dabar lenkia amfetamino vartojimą daugelyje šalių; tačiau tai dar nereiškia, kad amfetamino vartojimas mažėja. Daugumoje šalių, kurios gali pateikti informacijos iš kelių vienas po kito atliktų tyrimų, amfetamino vartojimas (per pastaruosius 12 mėnesių tarp jaunų suaugusiųjų) faktiškai išaugo. Ryškesnė išimtis yra Jungtinė Karalystė, kur nuo 1998 m. pastebimas ryškus amfetamino vartojimo mažėjimas. Tuo būtų galima paaiškinti, kodėl Jungtinėje Karalystėje amfetamino nuolatinio vartojimo paplitimas yra didesnis, nei saikingesnis jo vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių. Galima daryti prielaidą, kad amfetamino vartojimo

9 paveikslėlis: Ekstazijos vartojimo per pastaruosius metus tarp jaunų (15–34 metų) suaugusiųjų tendencijos, apskaičiuotos pagal nacionalinius tyrimus ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Kiekvienos šalies ir kiekvienų metų imčių dydžiai (respondentų skaičius) 15–34 metų amžiaus grupėje yra pateikti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.
 NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies nacionalinių tyrimų. Kiekvieno tyrimo skaičius ir metodiką galima rasti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.
 Jauniems suaugusiesiems ENNSC priskiria 15–34 metų amžiaus grupę (Danija ir JK nuo 16 metų, Vokietija, Estija (1998 m.) ir Vengrija nuo 18 metų).
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

sumažėjimą tam tikru mastu kompensavo kokaino ir ekstazijos vartojimo padidėjimas (žr. 8 ir 9 paveikslėlius).

Duomenys apie gydymo poreikį

Amfetamino tipo stimuliantų (ATS) vartojimas retai yra pirminė gydymo nuo narkomanijos priežastis. Tačiau yra kai kurių išimčių: Čekijos Respublikoje, Suomijoje ir Švedijoje nuo 18 % iki daugiau kaip 50 % visų besikreipiančių gydymo asmenų sudaro tie, kurie kreipiasi dėl ATS, ir būtent dėl amfetaminų, o ne ekstazijos. Čekijos Respublikoje pagrindinė daugiau kaip 50 % gydymo atvejų priežastis yra amfetamino problema. Tokia padėtis yra ir tarp besikreipiančių gydymo pirmą kartą, tą patį vaizdą matome ir Slovakijoje ⁽⁶⁰⁾. Be to, Europoje 11 % asmenų, kurie kreipiasi gydymo pirmą kartą, ATS nurodo kaip antrinį narkotiką ⁽⁶¹⁾.

⁽⁶⁰⁾ Žr. lenteles TDI-4 (ii dalį) ir TDI-5 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶¹⁾ Žr. lentelę TDI-24 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Lyginant 2002 m. ir 2003 m. duomenis, matyti, kad ATS vartotojų didėjimo linija toliau kilo į viršų (+3,5 %); nuo 1996 m. iki 2003 m. asmenų, besikreipiančių gydymo dėl ATS, skaičius dvilykoje ES šalių išaugo nuo 2 204 iki 5 070.

Tarp asmenų, pirmą kartą besikreipiančių į ambulatorinius centrus gydymo dėl ATS, 78,5 % vartoja amfetaminus, o 21,4 % – MDMA (ekstazį) ⁽⁶²⁾. Didžiausias procentas besigydančių ekstazio vartotojų yra Vengrijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje.

Beveik trečdalis besikreipiančių gydymo ATS vartotojų yra 15–19 metų, o kitas trečdalis – nuo 20 iki 24 metų ⁽⁶³⁾ amžiaus. Didelė dalis ATS vartotojų pirmą kartą pavartoja šį narkotiką būdami 15–19 metų ⁽⁶⁴⁾.

Tarp besigydančių ATS asmenų po lygiai yra tų, kurie šį narkotiką vartoja retkarčiais, ir tų, kurie jį vartoja kasdien. Tose šalyse, kur besigydančių amfetamino vartotojų dalis yra didesnė, dauguma pacientų vartoja narkotiką 2–6 kartus per savaitę ⁽⁶⁵⁾.

Pagrindinis amfetamino ir ekstazio vartojimo būdas yra oralinis (58,2 %), tačiau apie 15 % vartotojų šį narkotiką švirkščiasi; kai kuriose šalyse daugiau kaip 60 % ATS vartotojų sudaro tie, kurie amfetaminą švirkštėsi per pastarąsias 30 dienų (Čekijos Respublika ir Suomija) ⁽⁶⁶⁾.

Su ekstaziu susijusios mirtys

Palyginti su mirtimis, kurios yra susijusios su opiatais, mirtys, susijusios su ekstaziu, yra gana retos, bet kai kuriose šalyse jų skaičius nėra menkas, ir šių mirčių stebėseną reikėtų pagerinti. Pasakymas „su ekstaziu susijusi mirtis“ gali reikšti, kad ekstazis buvo paminėtas mirties liudijime arba kad jis buvo nustatytas, atlikus toksikologinę analizę (dažnai kartu su kitais narkotikais) ⁽⁶⁷⁾.

Nors informacijos teikimas nėra suderintas, 2004 m. „Reitox“ nacionalinių ataskaitų duomenys rodo, kad su ekstaziu susijusios mirtys daugumoje ES šalių yra retos, ypač mirtys, susijusios vien tik su ekstaziu. 2003 m. su ekstaziu susijusias mirtis nurodė keletas šalių: Austrija (viena mirtis, susijusi tik su ekstaziu), Čekijos Respublika (viena mirtis tikriausiai dėl MDMA perdozavimo), Prancūzija (aštuoni su ekstaziu susiję atvejai), Vokietija (du atvejai, susiję vien tik su ekstaziu, ir aštuoni atvejai, susiję su ekstaziu ir su kitais narkotikais, atitinkami skaičiai 2002 m. –

8 ir 11), Portugalija (nustatyti 2 % visų su narkotikais susijusių mirčių) ir Jungtinė Karalystė (ekstazis „paminėtas“ 49 mirties liudijimuose 2000 m., 76 – 2001 m. ir 75 – 2002 m.). Nyderlandai nurodė septynias mirtis dėl ūmios intoksikacijos psichostimuliantais, tačiau kokios tai medžiagos, nurodyta nebuvo.

Nedaug šalių nurodo duomenis apie neatidėliotinus hospitalizacijos atvejus, susijusius su ekstaziu. Amsterdame neatidėliotinų, mirtimi nesibaigusį hospitalizacijos atvejų (Olandijos nacionalinė ataskaita), priskiriamų ekstazio vartojimui, skaičius nuo 1995 m. iki 2003 m. išliko stabilus (panašiai kaip ir atvejų, susijusių su amfetaminais), tačiau neatidėliotinos hospitalizacijos atvejų dėl haliucinogeninių grybų ir gama-hidroksibutirato (GHB) skaičius padidėjo. Danijoje (nacionalinė ataskaita) kreipimosi į ligoninę dėl intoksikacijos stimulantais skaičius išaugo nuo 112 atvejų 1999 m. iki 292 atvejų 2003 m.; iš to skaičiaus atvejų, susijusių su ekstazio vartojimu, ryškiai padaugėjo nuo 1999 m. iki 2000 m., bet vėliau aiškios tendencijos nepastebėta, tuo tarpu kreipimosi į ligoninę skaičius, susijęs su amfetamino vartojimu, per tą laikotarpį nuosekliai didėjo.

Prevencija

Prie įvairiaspalvės reivo kultūros yra pritaikomi mobilūs prevencijos projektai, kad būtų galima pasiekti, pavyzdžiui, per kiekvienos susibūrimo vietos kontaktinius centrus, tikslingą jaunų pramogaujančių narkotikų vartotojų grupę. Kai kuriose šalyse yra teikiamos tablečių tikrinimo paslaugos, tačiau Vokietija ir Portugalija šios praktikos atsisakė. Nyderlanduose tablečių tikrinimas atliekamas tik laboratorijose, o Prancūzijoje siūloma atsisakyti tablečių tikrinimo vietoje. Tokių pokyčių priežastis nulėmė tai, kad Vakarų Europoje rečiau pasitaiko suklastotų tablečių ir vis dar neišspręsta tokios praktikos teisėtumo problema. Tačiau Čekijos Respublikoje tablečių tikrinimo projektai buvo vykdomi toliau ir dėl to žiniasklaidoje buvo kilusios diskusijos.

Prevencija pasilinksminimo vietose

Apie atrankinės prevencijos projektus pasilinksminimo vietose praneša vis daugiau naujų valstybių narių, visų pirma Čekijos Respublika, Kipras (mobiliosios informacinės

⁽⁶²⁾ Žr. lentelę TDI-23 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶³⁾ Žr. lenteles TDI-11 (i dalį) ir TDI-11 (v dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁴⁾ Žr. lenteles TDI-10 (i dalį) ir TDI-10 (v dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁵⁾ Žr. lentelę TDI-18 (iii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁶⁾ Žr. lentelę TDI-17 (iii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁶⁷⁾ Žr. ENNSC 2004 m. metinę ataskaitą (<http://ar2004.emcdda.eu.int/lt/page038-lt.html>).

grupės naktinio gyvenimo susibūrimo vietose), Vengrija (trys organizacijos), Lenkija ir Slovėnija.

Paprastai intervencijų turinys nekinta ir yra panašus daugelyje valstybių narių, – tai diskotekos prieš narkotikus, meniniai pasirodymai, teatras, žiniasklaidos parama (filmai, animacija ir t. t.), seminarai, kilnojamosios parodos ir kiti kilnojantieji renginiai (Liuksemburgo nacionalinė ataskaita).

Svarbūs išlieka struktūriniai metodai. Italijoje, Nyderlanduose ir Skandinavijoje ryšiai yra viena iš narkomanijos prevencijos prielaidų, siekiant paveikti naktinio gyvenimo kultūrą. Šiuo tikslu prevencijos profesionalai palaiko ryšius su pasilinksminimo patalpų, kuriose pramogų aplinkoje paprastai vartojami narkotikai, savininkais (pavyzdžiui, kavinių savininkais Nyderlanduose) ir su kitais asmenimis, susijusiais su naktiniu gyvenimu, pavyzdžiui, durininkais ir barų darbuotojais. Švedijoje tokios intervencijos taikomos ne tik Stokholme, bet ir kituose dideliuose miestuose. Atlikus tokių projektų Nyderlanduose tyrimą, prieita prie išvados, kad „neteisėtus narkotikus vartojantys lankytojai ir vakarėlių organizatoriai elgiasi daug atsakingiau nei tikėtasi“ (Pijlman ir kt., 2003). Tokie integruoti metodai turi dar ir tą pranašumą, kad nukreipia visuomenės dėmesį nuo incidentų ir neatidėliotinos gydytojų pagalbos reikalaujančių atvejų dėl neteisėtų narkotikų dideliuose susibūrimuose ir didina apskritai supratimą apie egzistuojantį pavojų klubų aplinkoje. Tokie metodų kategorijai priklauso saugesnio naktinio gyvenimo gairės, bet jos dar nėra plačiai paplitusios Europoje (Calafat ir kt., 2003).

Individualios konsultacijos tiesioginiu ryšiu per interneto tinklalapius – tai dar palyginti naujas metodas, kuris yra taikomas Austrijoje ir Vokietijoje (www.drugcom.de). Tokių metodų grupei priklauso Austrijoje Vienos narkotikų pagalbos telefonu centro teikiamos konsultacijos elektroniniu paštu, yra sukurti ir kokybės standartai (FSW, 2004). Tačiau dauguma narkomanijos prevencijos interneto svetainių paprasčiausiai teikia ekspertų patarimus ir jose nėra diskusijų forumų, nes nėra įrodymų, kad egzistuočių veiksmingos vartotojų vadovaujamos ir bendraamžių pagrindu kuriamos bendruomenės (Eysenbach ir kt., 2004).

Konfiskavimas ir rinkos duomenys ⁽⁶⁸⁾

Kaip praneša Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biuras (UNODC, 2.003a) ATS, „sintetinių narkotikų, įskaitant chemiškai giminingą amfetaminą ir metamfetaminą bei ekstazį“, gamybos apimtį sunku kiekybiškai įvertinti, nes „ji prasideda nuo paprastai prieinamų cheminių medžiagų, paslėptų nelegaliose laboratorijose“. Manoma, kad pasaulyje ATS pagaminama apie 520 tonų (UNODC, 2003b). ATS konfiskavimo atvejų ypač pagausėjo 2000 m., kai buvo konfiskuotos 46 tonos, po to jo buvo konfiskuota mažiau, o 2003 m. – konfiskuotos 34 tonos (CND, 2004, 2005).

Amfetaminas

Sprendžiant iš sunaikintų laboratorijų skaičiaus, pasaulinė amfetamino gamyba ir toliau lieka sukonzentruota Europoje. 2003 m. amfetamino laboratorijos buvo aptiktos aštuoniose ES šalyse (Belgijoje, Vokietijoje, Estijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Lenkijoje, Jungtinėje Karalystėje). Daugiausia Europos Sąjungoje 2003 m. konfiskuoto amfetamino buvo pagaminta Nyderlanduose, po to Lenkijoje ir Belgijoje. Be to, yra pranešimų, kad amfetaminas gaminamas Estijoje ir Lietuvoje, o po to siunčiamas į Šiaurės šalis. Neteisėta amfetamino apyvarta daugiausia vyksta tarp regionų („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; CND, 2005).

Todėl daugiausia amfetamino konfiskuojama Europoje. Vakarų ir Vidurio Europoje konfiskuotas amfetamino kiekis 2003 m. sudarė 82 % viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, Rytų ir Pietryčių Europoje – 13 %, o Artimuosiuose ir Vidurio Rytų šalyse – 3 % (CND, 2005). Per paskutinius penkerius metus pagrindinė šalis, konfiskuojanti amfetaminą Europos Sąjungoje, buvo Jungtinė Karalystė ⁽⁶⁹⁾. Visoje Europos Sąjungoje amfetamino konfiskavimo atvejų ⁽⁷⁰⁾ daugėjo (1998 m. jų skaičius buvo didžiausias), o daugiausia amfetamino konfiskuota ⁽⁷¹⁾ 1997 m. Amfetamino konfiskavimo atvejų vėl pagausėjo 2001 m. ir 2002 m., bet sprendžiant iš tendencijų duomenis pateikusiose šalyse jie vėl stabilizavosi arba sumažėjo 2003 m. Konfiskuoti kiekiai tai pat buvo nevienodi, bet atrodo, kad nuo 2002 m. jie didėja ⁽⁷²⁾.

⁽⁶⁸⁾ Žr. „Konfiskavimo ir rinkos duomenų interpretacija“, p. 42.

⁽⁶⁹⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstamus Jungtinės Karalystės 2003 m. duomenis. Duomenų apie amfetamino konfiskavimo atvejų skaičių 2003 m. negauta iš Italijos, Kipro, Nyderlandų ir Rumunijos; duomenų apie amfetamino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2003 m. negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės.

⁽⁷⁰⁾ Žr. lentelę SZR-7 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷¹⁾ Žr. lentelę SZR-8 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷²⁾ Šią informaciją reikėtų patikrinti pagal 2003 m. duomenis, – visų pirma Jungtinės Karalystės duomenis, – kai jie bus pateikti.

2003 m. vidutinės amfetamino kainos vartotojams svyravo nuo mažiau kaip 10 EUR už gramą Belgijoje, Estijoje, Graikijoje, Latvijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Slovakijoje iki 37,5 EUR už gramą Norvegijoje ⁽⁷³⁾. Vidutinis mažmeninėje rinkoje parduodamo amfetamino grynumas 2003 m. svyravo nuo 7,5 % (Vokietijoje) iki 50 % (Norvegijoje) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetaminas

Pagal pagaminamą ir parduomą ATS kiekį pasauliniu mastu svarbiausias yra metamfetaminas. 2003 m. didžiausi pagaminti bei konfiskuoti kiekiai buvo Rytų ir Pietryčių Azijoje (Kinijoje, Mianmaryje, Filipinuose, Tailande), antroje vietoje buvo Šiaurės Amerika (Jungtinės Amerikos Valstijos) (CND, 2005). Metamfetamino gamyba Europoje vykdoma daug mažesniu mastu. 2003 m. apie aptiktas slaptas metamfetamino laboratorijas pranešė Čekijos Respublika, Vokietija, Lietuva ir Slovakija („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; CND, 2005). Čekijos Respublika apie metamfetamino gamybą praneša nuo XX a. devintojo dešimtmečio pradžios (UNODC, 2003a); didžioji jo dauguma skirta vietiniam vartojimui, nors tam tikri kiekiai yra slapta išvežami į Vokietiją ir Austriją (Čekijos nacionalinė ataskaita, 2004). 2003 m. Čekijos valdžios institucijos pranešė apie „pervitino“ (vietinio metamfetamino) padidėjusią gamybą iš firminių vaistinių preparatų, nes vietinėje juodojoje rinkoje trūko efedrino (metamfetamino pirtako). Nors duomenų apie metamfetamino konfiskavimo atvejus ENNSC sistemingai nerenka, Čekijos Respublika, Vokietija, Lietuva ir Norvegija pranešė, kad tokių atvejų 2003 m. pasitaikė. Be to, Danija pranešė, kad metamfetaminas vis dažniau pasirodo neteisėtoje narkotikų rinkoje, o Latvija pranešė, jog 2003 m. konfiskavo didesnius (palyginti su 2002 m.) efedrino kiekius (0,8 tonos) („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004).

2003 m. mažmeninė „pervitino“ kaina Čekijos Respublikoje svyravo nuo 16 EUR iki 63 EUR už gramą ⁽⁷⁵⁾, o jo grynumas svyravo nuo 50 % iki 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ekstazis

Europa ir toliau lieka pagrindinis ekstazio gamybos centras pasaulyje, nors atrodo, kad jos svarba mažėja, nes pastaraisiais metais ekstazio gamyba išplito į kitas pasaulio dalis, visų pirma į Šiaurės Ameriką ir Rytų bei Pietryčių Aziją (CND, 2005; INCB, 2005). 2003 m. išaiškintų ekstazio laboratorijų skaičius pasaulyje sumažėjo (CND, 2005); Europos Sąjungoje pranešta, kad tokios laboratorijos buvo aptiktos Belgijoje, Estijoje, Lietuvoje ir Nyderlanduose („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; CND, 2005). Nurodoma, kad Europos Sąjungoje konfiskuotas ekstazis dažniausiai gaminamas Nyderlanduose, antrą vietą užima Belgija, bet kaip gamybos šalys minimos ir Estija bei Jungtinė Karalystė („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2003).

Ekstazio neteisėta apyvarta vis dar koncentruota Vakarų Europoje, nors, kaip ir gamyba, neteisėta apyvarta pastaraisiais metais išplito visame pasaulyje (UNODC, 2003a). 2003 m. Vakarų ir Vidurio Europoje konfiskuoti kiekiai sudarė 58 %, antrą vietą užėmė Okeanija – 23 % (CND, 2005). 2002 m. Nyderlandai pirmą kartą pasivijo Jungtinę Karalystę kaip ES šalis, konfiskuojanti daugiausia ekstazio ⁽⁷⁷⁾.

1998–2001 m. laikotarpiu ekstazio konfiskavimo atvejų skaičius ⁽⁷⁸⁾ visoje ES sparčiai didėjo. Tačiau nuo 2002 m. konfiskavimo atvejų skaičius sumažėjo ir, sprendžiant iš tendencijų duomenis pateikusiose šalyse, atrodo, kad šis mažėjimas buvo būdingas ir 2003 m. 1998–2000 m. sulaikyti ekstazio kiekiai ⁽⁷⁹⁾ staigiai didėjo, bet po to didėjimas buvo lėtesnis. 2003 m. konfiskuoti kiekiai sumažėjo daugumoje duomenis pateikusių šalių. Tačiau šį tariamą ES ekstazio konfiskavimo (atvejų ir kiekių) mažėjimą 2003 m. reikia patikrinti, atsižvelgus į trūkstamus duomenis, kai jie bus gauti, svarbiausia iš Jungtinės Karalystės.

2003 m. vidutinė ekstazio tabletės kaina gatvėje svyravo nuo mažiau kaip 5 EUR (Vengrijoje, Nyderlanduose) iki 20–30 EUR (Graikijoje ir Italijoje) ⁽⁸⁰⁾.

2003 m. išanalizavus neteisėtai parduomų tablečių sudėtį nustatyta, kad jų sudėtyje daugeliu atvejų yra tik

⁽⁷³⁾ Žr. lentelę PPP-4 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁴⁾ Žr. lentelę PPP-8 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁵⁾ Žr. lentelę PPP-4 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁶⁾ Žr. lentelę PPP-8 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁷⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstamus 2003 m. duomenis. Duomenų apie ekstazio konfiskavimo atvejų skaičių 2003 m. negauta iš Italijos, Kipro, Nyderlandų ir Rumunijos; duomenų apie ekstazio konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2003 m. negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės.

⁽⁷⁸⁾ Žr. lentelę SZR-9 (iv dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁷⁹⁾ Žr. lentelę SZR-10 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁰⁾ Žr. lentelę PPP-4 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

ekstazio (MDMA, veikliosios medžiagos) ir į ekstazi panašių medžiagų (MDEA, MDA) kaip psichoaktyvių medžiagų. Tokių faktų nustatyta Danijoje, Ispanijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Norvegijoje, kur šių medžiagų rasta 95 % tirtų tablečių. Tačiau dvi šalys, Estija ir Lietuva, nurodė, kad didelės daugumos ištirtų tablečių (atitinkamai 94 % ir 76 %) sudėtyje rasta vienintelės psichoaktyviosios medžiagos – amfetamino ir (arba) metamfetamino. MDMA kiekis ekstazio tabletėse labai svyruoja priklausomai nuo partijos (netgi jei jos turi tą patį logotipą), pagamintos ne tik skirtingose šalyse, bet ir toje pačioje šalyje. 2003 m. vidutinis MDMA kiekis ekstazio tabletėje svyravo nuo 54 iki 78 mg⁽⁸¹⁾. 2003 m. parduodamose ekstazio tabletėse buvo rastos ir kitos psichoaktyviosios medžiagos: MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA ir 1-PEA („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004).

LSD

LSD gaminamas ir neteisėtai parduodamas daug mažesniu mastu nei ATS. Iki 2000 m. dauguma LSD konfiskavimo atvejų Europos Sąjungoje pasitaikydavo Jungtinėje Karalystėje, bet nuo to laiko daugiausia konfiskavimo atvejų⁽⁸²⁾ įvykdoma Vokietijoje⁽⁸³⁾. 1998–2002 m. laikotarpiu ir LSD konfiskavimo atvejų skaičius⁽⁸⁴⁾, ir kiekiai⁽⁸⁵⁾ ES lygmeniu nuosekliai mažėjo, išskyrus 2000 m., per kuriuos lygis išliko toks pat. Tačiau 2003 m. pirmą kartą per devynerius metus padaugėjo ir LSD konfiskavimo atvejų, ir konfiskuotų kiekių. Ypač dideli kiekiai buvo konfiskuoti Ispanijoje, Prancūzijoje ir Lenkijoje. Tai gali reikšti, kad Europos Sąjungoje atsigauna LSD neteisėta prekyba (ir galbūt vartojimas). 2003 m. vidutinė LSD vieneto kaina vartotojams svyravo nuo 4 EUR Jungtinėje Karalystėje iki 25 EUR Italijoje⁽⁸⁶⁾.

Ankstyvojo įspėjimo sistemos informacija

Pagrindinė Europos ankstyvojo įspėjimo sistemos (*Early Warning System* – EWS) paskirtis, remiantis 1997 m. ES Bendrų veiksmų dėl naujų sintetinių narkotikų aktu⁽⁸⁷⁾, yra greitai rinkti, analizuoti ir keisti informacija apie naujus

sintetinius narkotikus, kai tik jie pasirodo Europos narkotikų rinkoje. EWS per „Reitox“ tinklą globoja ENNSC, glaudžiai bendradarbiaudama su Europolu, kuris teikia atitinkamą teisėsaugos informaciją per savo nacionalinių padalinių (ENU) tinklą.

2004 m. ENNSC gavo valstybių narių pranešimus apie šešis naujus sintetinius narkotikus, tokiu būdu bendras kontroliuojamų medžiagų skaičius viršijo 25. Tai pakeistų grandžių fenetilaminai (daugiausia iš 2C grupės, taip pat TMA-2, 4-MTA, PMMA ir t. t.), triptaminai (pavyzdžiui, DMT, AMT, DIPT ir įvairūs derivatai) ir piperazinai (įskaitant BZP, mCPP). Taip pat buvo gauta ir apsikeista informacija apie įvairias medžiagas, įskaitant katinonus (tokius kaip pirolidinų pakaitalai). Tačiau Europos Komisijos ir Tarybos nebuvo prašyta leidimo atlikti nė vieno naujos medžiagos rizikos įvertinimo, nes buvo pakankamai įrodymų, kad šios medžiagos pavojingos asmenų ir visuomenės sveikatai bei kelių socialinių pavojų.

Ketaminas ir GHB, kurių rizika buvo įvertinta 2000 m., ir toliau stebimi per Ankstyvojo įspėjimo sistemą. Nors yra požymių, kad šių dviejų medžiagų vartojimas pasilinksminimo vietose gali gerokai paplisti, kol kas nepakanka įrodymų vartojimo paplitimą ar tendencijas ES lygmeniu įvertinti kiekybiškai.

Ketamino vartojimas nustatytas Belgijoje, Danijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje. Daugiausia konfiskuota baltų miltelių, bet Prancūzija ir Jungtinė Karalystė taip pat nurodė ketamino skystuoju pavidalu konfiskavimo ar įsigijimo atvejus. Daugiausia aptikimo kūno skysčiuose ir mėginiuose atvejų nurodė Švedija ir Norvegija (atitinkamai 51 ir 30), bet nė viena iš tų šalių neatskyrė šių narkotikų vartojimo atvejų gydymo tikslais ir neteisėtais tikslais.

Apie GHB nustatymo atvejus, įskaitant jo pirmtakų GBL ir 1,4-BD (cheminės medžiagos, kurios prekyboje plačiai prieinamos) konfiskavimo atvejus, pranešė Belgija, Čekijos Respublika, Danija, Estija, Prancūzija, Nyderlandai,

⁽⁸¹⁾ Šis svyravimo diapazonas paremtas duomenimis tik iš keleto šalių, būtent Danijos, Vokietijos, Prancūzijos, Liuksemburgo ir Nyderlandų.

⁽⁸²⁾ Derėtų atkreipti dėmesį į nedidelį LSD konfiskavimo atvejų skaičių, kad per daug nesureikšmintume skirtingų skirtingais metais.

⁽⁸³⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstamus 2003 m. duomenis. Duomenų apie LSD konfiskavimo atvejų skaičių ir kiekius 2003 m. negauta iš Airijos, Maltos, Slovėnijos, Jungtinės Karalystės, Bulgarijos ir Rumunijos.

⁽⁸⁴⁾ Žr. lentelę SZR-11 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁵⁾ Žr. lentelę SZR-12 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁶⁾ Žr. lentelę PPP-4 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽⁸⁷⁾ 1997 m. Bendrųjų veiksmų dėl keitimosi informacija, rizikos įvertinimo ir naujų sintetinių narkotikų kontrolės aktas (OL L 167, 1997 06 25) apibrėžia naujus sintetinius narkotikus kaip „sintetinius narkotikus, kurie šiuo metu nėra įrašyti nė į vieną 1971 m. Jungtinių Tautų konvencijos dėl psichotropinių medžiagų sąrašą ir kurie kelia rimtą grėsmę visuomenės sveikatai, panašią į I arba II sąrašą įrašytų medžiagų keliamą grėsmę, ir kurie turi ribotą terapinę vertę“. Apibrėžimas taikomas galutiniams produktams, o ne prekursoriams.

Švedija, Suomija, Jungtinė Karalystė ir Norvegija. GHB buvo konfiskuotas ir miltelių, ir skystuoju pavidalu.

Per 2004 m. paskutinius du mėnesius Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Nyderlanduose nustatyti keli apsinuodijimo atvejai, pavartojus kokainą, į kurį buvo sumaišytos gana didelės atropino dozės⁽⁸⁸⁾. Kai tik paaiškėjo apsinuodijimo nuo sumaišyto kokaino ir atropino rizika, ENNSC apie šį pavojų perspėjo EWS partnerius, patardama jiems savo tinklams ir visų pirma atitinkamoms sveikatos priežiūros įstaigoms pranešti kokaino ir atropino mišinio apsinuodijimo požymius, kad jį būtų galima diagnozuoti ankstyvoje stadijoje. Gavusios tokią informaciją, kai kurios valstybės narės taip pat įspėjo savo tinklus ir visuomenės sveikatos priežiūros institucijas.

2005 m. gegužės mėn. EWS buvo sustiprinta, priėmus Tarybos sprendimą (2005/387/TVR), kuris pakeitė 1997 m. Bendrųjų veiksmų aktą. Tarybos sprendimas išplečia veiksmų taikymo sritį, ir dabar jie taikomi visoms naujoms psichoaktyvioms medžiagoms (ir paprastiesiems narkotikams, ir sintetiniams narkotikams). Be to, šis mechanizmas leidžia į informacijos mainus apie naujas psichoaktyvias medžiagas įtraukti ir vaistus.

Tarptautiniai kovos su sintetinių narkotikų gamyba ir neteisėta prekyba veiksmai

Vis plačiau Europos Sąjungos ir tarptautinio bendradarbiavimo mastu pripažįstama cheminių prekursorių, kurių reikia kontroliuojamosioms medžiagoms gaminti, stebėsenos ir kontrolės svarba. Budriau sekant medžiagas, kurių reikia tokių narkotikų kaip heroinas, kokainas ir ekstazis gamybai, galima įgyvendinti priemones, kuriomis sužlugdoma jų pasiūla arba jai sukliudoma. Šiuo metu šioje srityje vykdomos trys didelės tarptautinės programos: „Violetinė operacija“, taikoma kalio permanganatui, kuris naudojamas kokaino gamybai; operacija „Topazas“, skirta tarptautinei anhidrido rūgšties, kuri naudojama kaip pirmtakas heroino gamyboje, prekybai stebėti, ir projektas „Prizmė“, kurios tikslas – remiantis tyrimais, susekti ir konfiskuoti amfetamino tipo stimulantų pirmtakus įvežimo uostuose ar nelegaliose narkotikų laboratorijose. Vykdam šias operacijas, per pastaruosius dvejus metus Tarptautinis narkotikų kontrolės komitetas gavo pranešimų ir ištyrė iš viso 20 227 sandorius, ir yra įrodymų, kad šie veiksmai turėjo įtakos narkotikų gamybai.

Projektas „Prizmė“ yra ypač svarbus sintetinių narkotikų gamybos Europos Sąjungoje prevencijai. Tai nemažai iššūkių kelianti sritis, nes tarp daugelio cheminių medžiagų, kurias galima naudoti ATS gamyboje, yra daug tokių, kurių reikia teisėto verslo veiklai arba kurios yra tokios veiklos šalutiniai produktai. Projekto „Prizmė“ veiksmai vykdomi tokiose srityse, kaip antai: ekstazio gamyboje naudojamo safrolio tarptautinės prekybos stebėjimas; vaistinių preparatų, kurių sudėtyje yra pseudoefedrino, naudojimo ne pagal paskirtį prevencija; ir laboratorijų, dalyvaujančių 1-fenil-2-propanono neteisėtoje gamyboje, susekimas. Nepaisant darbo šioje srityje sunkumų, aišku, kad projektas „Prizmė“ padeda stiprinti tarptautinį bendradarbiavimą, ir dėl to sėkmingai įgyvendinama neteisėto naudojimo kontrolė. Tokio bendradarbiavimo pavyzdys, į kurį atkreipė dėmesį Tarptautinis narkotikų kontrolės komitetas savo paskutinėje ataskaitoje (2005), – Kinijos ir Lenkijos bendradarbiavimas, kuris padėjo nustatyti didelę 1-fenil-2-propanono kontrabandinę siuntą į Lenkiją.

Kovos su sintetinių narkotikų gamyba ir neteisėta prekyba priemonės Europoje

Remdamasi kovos su sintetinių narkotikų pasiūla veiksmų įgyvendinimo planu, Komisija, bendradarbiaudama su Europolu, 2003 m. gruodžio mėn. parengė pranešimą, apibūdinantį dabartinį didelių daugiašalių projektų pasiskirstymą žemėlapyje ir šioje srityje įgytą patirtį ES, valstybių narių ir šalių kandidačių lygmenimis. Pranešime nurodyti pagrindiniai tokių projektų elementai, kurie yra ypač svarbūs, kad jų veikla atneštų naudą. Jame taip pat nurodyta, jog „naudinga informaciją ir žvalgybinius duomenis iš įvairių su sintetiniais narkotikais susijusių sričių sujungti į visuotinę ir integruotą strategiją“.

2004 m. gruodžio mėn. Europolas sujungė CASE ir GENESIS projektus į vieną projektą SYNERGY, kuris apima 20 valstybių narių ir kai kurių trečiųjų šalių remiamą analizei skirtą darbo bylą (AWF), Europolo neteisėtų laboratorijų lyginimo sistemą (EILCS) ir Europolo ekstazio logotipo sistemą (EELS). Projektas toliau remia Kompleksinius kovos su sintetiniais narkotikais Europoje veiksmus (CASE), Švedijos amfetamino apibūdinimo iniciatyvą ir Europos jungtinį prekursorių padalinį (EJUP), kurį sudaro ekspertai iš šešių valstybių narių.

Analizei skirta darbo byla reikalinga rinkti ir analizuoti aukšto lygio kriminalinės žvalgybos duomenis, susijusius su sintetiniais narkotikais ir pirmtakais. Pirmenybė teikiama

⁽⁸⁸⁾ Atropinas, anticholinerginis agentas – tai gamtoje randamas *Atropa belladonna* alkaloidas. Stiprus apsinuodijimas juo gali sukelti mirtį.

nusikalstamų grupuočių tyrimams ir (arba) reikšmingoms nusikaltėlių *modus operandi*.

EILCS sugretina fotografinę ir techninę informaciją iš sintetinių narkotikų gamybos vietų ir cheminių medžiagų sąvartynų ir tokiu būdu leidžia tirti konfiskuotas įrangas, medžiagas ir chemikalų ryšius, inicijuoti keitimąsi informacija, atsekti galinius ryšius tyrimuose, atlikti teisminį įrodymų tyrimą ir nustatyti šiam nusikalstamam procesui padedančias ir su juo susijusias nusikalstamas grupes ir konkrečiai į jas nukreipti pastangas. Europolas su savo EILCS tampa projekto „Prizmė – Įranga“, t. y. Jungtinių Tautų Tarptautinio narkotikų kontrolės komiteto pasaulinės tablečių gamybos ir kitokios sintetinių

narkotikų gamybos įrangos susekimo programos, Europos informacijos centru.

EELS sugretina *modus operandi* fotografinę ir pagrindinę teisminę informaciją apie reikšmingus konfiskavimo atvejus ir tokiu būdu leidžia nustatyti konfiskuotų medžiagų ir įrangos atitikmenis, inicijuoti keitimąsi informacija tarp teisėsaugos institucijų, toliau tirti ir apibūdinti teisinius įrodymus ir nukreipti pastangas į tikslines nusikalstamas gruputes.

Europolo sintetinių narkotikų gamybos įrangos katalogas ir Europolo ekstazijos logotipų katalogas nuolat atnaujinami ir skelbiami.



5 Skyrius

Kokainas ir krekas

Kokaino vartojimo paplitimas ir vartojimo būdai

Paskutinių nacionalinių visos populiacijos tyrimų duomenimis, nuo 0,5 % iki 6 % suaugusiųjų nurodo bandę kokaino bent kartą gyvenime (t. y. vartojimo paplitimas), kur Italijoje (4,6 %), Ispanijoje (4,9 %) ir Jungtinėje Karalystėje (6,8 %). Kokainą vartoję per paskutinius 12 mėnesių nurodo mažiau kaip 1 % suaugusiųjų, daugumoje šalių jų dalis svyruoja nuo 0,3 % iki 1 %. Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje vartojimo per paskutinius 12 mėnesių paplitimo procentas yra didesnis kaip 2 %.

Nors kokaino vartojimo paplitimas yra daug mažesnis palyginti su kanapių vartojimo paplitimu, jo vartojimo paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų gali būti didesnis už bendrosios populiacijos vidurkį. 15–34 m. suaugusiųjų vartojimo patirtis gyvenime svyruoja nuo 1 % iki 11,6 %, aukščiausias lygis nustatytas Ispanijoje (7,7 %) ir Jungtinėje Karalystėje (11,6 %). Vartojimas šioje grupėje per paskutinius 12 mėnesių svyruoja nuo 0,2 % iki 4,6 % – Danijoje, Arijoje, Italijoje ir Nyderlanduose procentas vienodas – 2 %, o Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje vartojimas siekia 4 %.

Kokainą daugiau vartoja vyrai. Pavyzdžiui, atlikus apklausas Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje, nustatyta, kad 15–34 m. vyrų kokaino vartojimo patirtis svyruoja nuo 5 % iki 13 %. Šešiose šalyse vartojimo paplitimas per paskutinius 12 mėnesių siekė daugiau kaip 3 %, o Ispanija ir Jungtinė Karalystė nurodė 6–7 % (10 paveikslėlis).

Bendrosios populiacijos tyrimai rodo, kad kokainą vartoti atsiskaidoma po tam tikro eksperimentavimo laikotarpio jaunystėje, arba jis vartojamas atsitiktinai, daugiausia savaitgaliais ir pasilinksminimo vietose (baruose ir

diskotekose). Bet kai kuriose šalyse reikia atkreipti dėmesį į kai kurias reguliaraus vartojimo formas. 1,5 %–4 % jaunų vyrų (15–34 m.) Ispanijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje nurodo vartoję kokainą per pastarąsias 30 dienų. Miestuose kokaino vartojimo procentas gali būti daug didesnis.

Neseniai daugelyje miestų atliktu tyrimu nustatyta, kad didžioji dauguma (95 %) socialiai integruotų vartotojų (lankančių diskotekas, klubus ir palaikančių asmeninius ryšius) uostė kokainą; tik nedidelė dalis yra kada nors jį rūkė ar jo švirktęsi (Prinzleve ir kt., 2004).

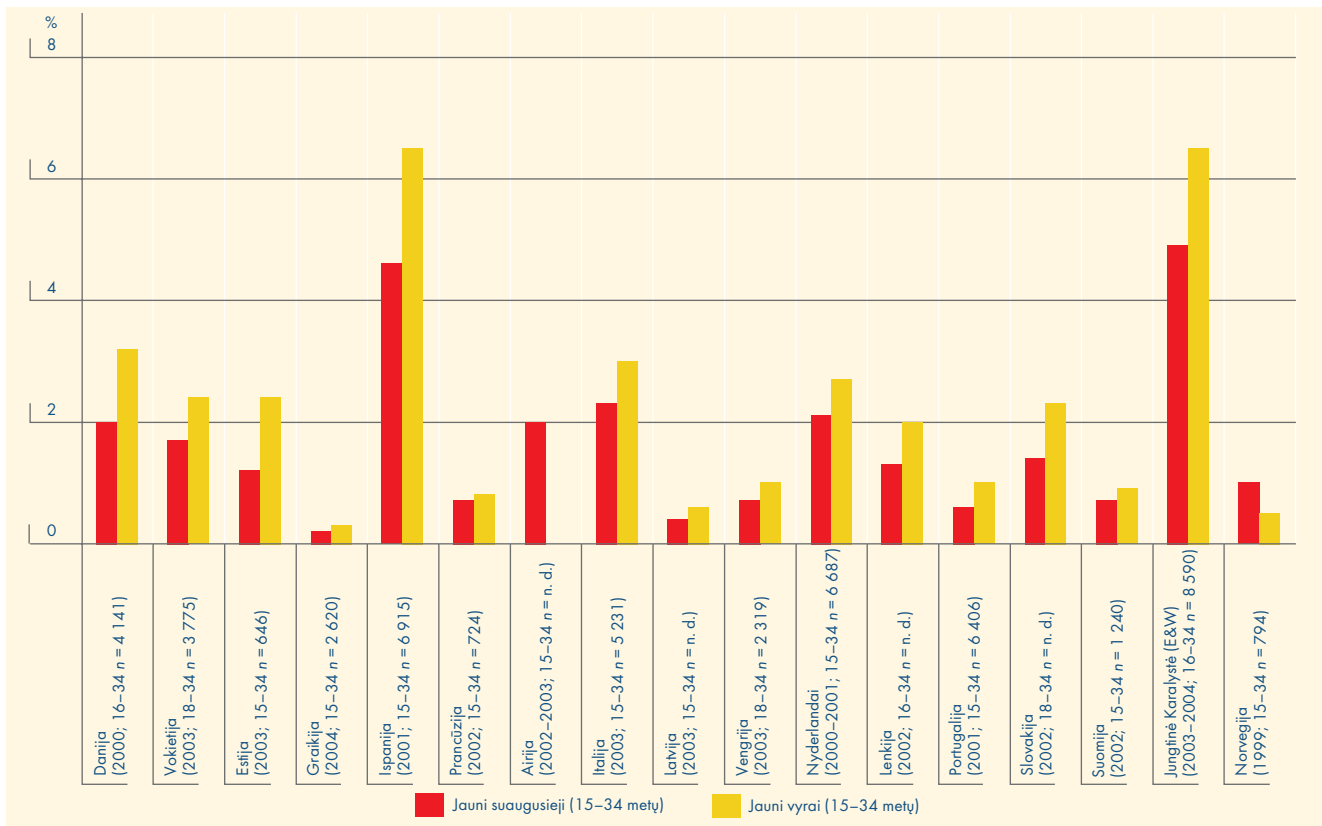
Darant prielaidą, kad vidutiniškai apie 1 % visų suaugusiųjų Europoje yra vartoję kokainą per pastaruosius 12 mėnesių, labai apytikrais skaičiavimais, tokių žmonių skaičius susidaro nuo 3 iki 3,5 milijono. Apytikriai skaičiuojant, kokaino vartotojų per pastarąsias 30 dienų yra apie 1,5 milijono⁽⁸⁹⁾.

Palyginimui pateiksime duomenis iš kitų žemynų: 2003 m. Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos ir narkotikų vartojimo tyrime (SAMSHA, 2003) nustatyta, kad 14,7 % suaugusiųjų (12 metų ir vyresnių) nurodė vartoję kokainą bent kartą gyvenime, o 2,5 % nurodė vartoję kokainą per pastaruosius 12 mėnesių⁽⁹⁰⁾. Tarp 18–25 metų jaunų suaugusiųjų, atitinkami skaičiai buvo tokie: 15 % (bent kartą gyvenime), 6,6 % (per pastaruosius 12 mėnesių) ir 2,2 % (per pastarąjį mėnesį). Tarp 18–25 metų vyrų atitinkami skaičiai buvo 17,4 %, 8,2 % ir 2,9 %. Apskritai kokaino vartojimo paplitimas tarp bendrosios populiacijos Jungtinėse Amerikos Valstijose yra didesnis už vartojimo paplitimą net tose Europos šalyse, kur jis yra didžiausias. Tačiau vartojimo paplitimo per pastarąsias 30 dienų skirtumas nėra toks ryškus, ir kai kuriose Europos šalyse dabar nurodomi skaičiai yra didesni nei Amerikoje.

⁽⁸⁹⁾ Šie labai apytiksliai skaičiai išvedami remiantis vidutiniu vartojimo paplitimo procentu įvairiose valstybėse (žr. GPS-1 lentelę 2005 m. Statistikos biuletenyje). Atkreiptinas dėmesys į tai, kad keliose šalyse, turinčiose daug gyventojų (Vokietija, Ispanija, Italija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė) yra palyginti didelis vartojimo paplitimo procentas – kai kuriais atvejais didesnis už tą, kuris buvo paimtas nurodytų skaičių apskaičiavimo pagrindu.

⁽⁹⁰⁾ Pažymėtina, kad JAV tyrime amžiaus ribos yra platesnės (12 m. ir vyresni) nei ENNSC atliktuose ES tyrimuose nurodytos amžiaus ribos (15–64 m.). Antra vertus, amžiaus ribos (18–25 metų) yra siauresnės nei daugumoje ES tyrimų (15–24 metų).

10 paveikslėlis: Kokaino vartojimo neseniai (per pastaruosius metus) dalis tarp jaunų suaugusiųjų ir jaunų vyrų, apskaičiuota pagal nacionalinius tyrimus



NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies naujausių nacionalinių tyrimų (žr. lentelę GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje). Kai kuriose šalyse šiek tiek skiriasi nuo ENNSC paprastai tiriama suaugusių jaunuolių amžiaus grupė. Skirtumus tarp šalių gali tam tikru nedideliu mastu paaiškinti amžiaus ribų skirtumai.
Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Kokaino vartojimo tendencijos

Remiantis bendrosios populiacijos tyrimais, aiškias kokaino vartojimo tendencijas Europoje kol kas sunku nustatyti (žr. skiltį kanapių vartojimo tendencijos). Tačiau keli šaltiniai, įskaitant vietinius pranešimus, šokių klubuose atliktus tikslinius tyrimus, pranešimus apie konfiskavimo atvejų didėjančius rodiklius ir kai kurios kitus su įvairiomis problemomis susijusius rodiklius (mirčių atvejus, skubios pagalbos reikalingumo atvejus), įspėja apie didėjančią kokaino vartojimą Europoje.

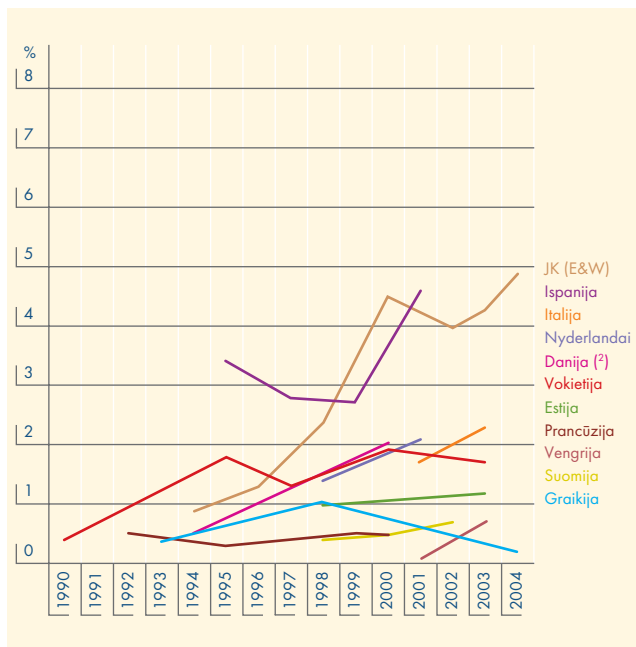
Kokaino vartojimo per pastarąsias 30 dienų paplitimas tarp jaunų žmonių labai padidėjo Jungtinėje Karalystėje 1996–2000 m., bet nuo tada nesikeitė, o Ispanijoje⁽⁹¹⁾ 1999–2001 m. pastebėtas šioks toks padidėjimas. Nežymus padidėjimas buvo pastebėtas Danijoje, Italijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Austrijoje (remiantis vietiniais tyrimais), o Vokietijoje per paskutinį XX a. dešimtmetį skaičiai buvo labai nevienodi (11 paveikslėlis).

⁽⁹¹⁾ Per vėlavai gauta ir neįtraukta į šį pranešimą informacija rodo, kad 2003 m. padėtis stabilizavosi (praėjusiais metais vartojimo paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų buvo 4,8 %, palyginti su 4,6 % 2001 m.).

Su kokainu susijusios mirtys

Kokaino vartojimo rizika sveikatai kelia vis didesnę pavojų, ypač dėl to, kad kai kuriose šalyse pastebima, jog kokaino vartojimas pasilinksminimo vietose didėja, ypač jaunimo susibūrimo vietose (diskotekose, klubuose). Nors su kokainu susijusių mirčių skaičių įvertinti sunku, tokie skaičiai galėtų būti vertingu didelės rizikos rodikliu ir padėti nustatyti rizikingus vartojimo būdus. Staigios mirtys, kurių atveju aptinkamas tik kokainas be opiatų, nėra dažnos Europoje, todėl gali būti, kad dabartinė statistika su kokainu susijusias mirtis registruoja netiksliai. Europos lygmeniu turima informacija apie mirtis nuo kokaino yra ribota ir pateikiama įvairiomis formomis. Kokainą dažnai vartoja opiatų vartotojai, todėl atliekant toksikologines analizes opiatų perdozavimo atvejais, dažnai randama kokaino kartu su kitomis medžiagomis, tokiomis kaip alkoholis ir benzodiazepinai.

11 paveikslėlis: Kokaino vartojimo per pastaruosius metus tarp jaunų (15–34 metų) suaugusiųjų tendencijos, apskaičiuotos pagal nacionalinius tyrimus ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Kiekvienos šalies ir kiekvienų metų imčių dydžiai (respondentų skaičius) 15–34 metų amžiaus grupėje yra pateikti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁾ Danijoje 1994 m. skaičius rodo „stipriuosius narkotikus“.
NB: Duomenys paimti iš kiekvienos šalies nacionalinių tyrimų. Kiekvieno tyrimo skaičius ir metodiką galima rasti lentelėje GPS-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Jauniems suaugusiesiems ENNSC priskiria 15–34 metų amžiaus grupę (Danija ir JK nuo 16 metų, Vokietija, Estija (1998 m.) ir Vengrija nuo 18 metų). Prancūzijoje 1992 m. amžiaus ribos buvo 25–34 metai, o 1995 m. – 18–39 metų.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal gyventojų apklausas, ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. taip pat lentelę GPS-0 2005 m. Statistikos biuletenyje.

2003 m. apie tokias su kokainu susijusias mirtis pranešė keletas šalių („Reitox“ nacionalinės ataskaitos): Vokietija (25 atvejai susiję tik su kokainu ir 93 atvejai, susiję su kokainu ir kitais narkotikais; 2002 m. atitinkami skaičiai buvo 47 ir 84), Prancūzija (10 atvejų vien nuo kokaino ir vienas atvejis kartu su vienu vaistu), Graikija (du atvejai nuo kokaino), Vengrija (keturios mirtys dėl kokaino perdozavimo), Nyderlandai (17 mirčių nuo kokaino 2003 m.; nuo 1994 m. (du atvejai) iki 2002 m. (37 atvejai) mirčių daugėjo), Austrija (kokaino rasta 30 % su narkotikais susijusių mirčių atveju, bet vien kokaino rasta vienu atveju ir vienu atveju rasta kokaino kartu su dujomis), Portugalija (kokaino rasta 37 % visų su narkotikais susijusių mirčių atveju) ir Jungtinė Karalystė (atvejai, kai kokainas

minimas mirties liudijimuose padidėjo nuo 85 2000 m. iki 115 2001 m. ir iki 171 2002 m., per 1993–2001 m. laikotarpį tokie atvejai išaugo aštuonis kartus). 2003 m. „Reitox“ nacionalinėje ataskaitoje Ispanija nurodė, kad 2001 m. kokaino rasta 54 % visų su narkotikais susijusių mirčių atveju, 39 atvejais (8 % visų su narkotikais susijusių mirčių) opiatų išvis nerasta, iš kurių 21 atveju mirtis įvyko tik nuo kokaino, o penkiais atvejais nuo kokaino ir alkoholio.

Nepaisant mažo turimos informacijos kiekio, atrodo, kad kokainas suvaidino lemiamą vaidmenį nuo 1 % iki 15 % su narkotikais susijusių mirčių atveju tose šalyse, kurios galėjo atskirti mirtį sukėlusias narkotikų rūšis, o kelios šalys (Vokietija, Ispanija, Prancūzija ir Vengrija) pranešė, kad mirtys, susijusios apskritai su narkotikais, siekė maždaug nuo 8 iki 12 %. Nors labai sunku ekstrapoliuoti šiuos duomenis visos Europos mastu, tai galėtų reikšti, kad Europos Sąjungoje kasmet keletas šimtų žmonių miršta nuo kokaino. Nors su kokainu susijusių mirčių mažiau nei dėl opiatų įvykusių mirčių, mirtys, susijusios su kokainu, yra rimta ir galbūt aštrėjanti problema; keliose šalyse, kur galima apskaičiuoti tendencijas, matyti aiški kilimo tendencija.

Be to, kokainas gali prisidėti prie mirčių dėl širdies kraujagyslių problemų (aritmių, miokardo infarktų ir kraujo išsiliejimo į smegenis; žr. Ghuran ir Nolan, 2000), ypač kai narkotikų vartotojai yra linkę į tokias ligas, tačiau daugelis tokių mirčių gali likti neužregistruotos.

Duomenys apie gydymo poreikį ⁽²⁾

Po opiatų ir kanapių kokainas yra dažniausiai nurodomas kaip pagrindinis narkotikas, kurį vartoja gydymo besikreipiantys asmenys, ir jie sudaro apie 10 % visų besikreipiančiųjų gydytis dėl narkotikų Europos Sąjungoje. Tačiau šis bendras skaičius neatspindi atskirose šalyse pastebimų skirtumų: daugumoje šalių su kokainu susijęs gydymo poreikis yra gana nedidelis, bet Ispanijoje ir Nyderlanduose asmenys, kurie kreipiasi gydymo dėl kokaino, sudaro atitinkamai 26 % ir 38 % visų besikreipiančiųjų gydymo nuo narkomanijos asmenų ⁽²³⁾. Daugelyje šalių asmenų, besikreipiančių gydymo pirmiausiai dėl kokaino, skaičius yra didesnis nei dėl visų kitų narkotikų besikreipiančių asmenų ⁽²⁴⁾. Kokainą, kaip antrinį narkotiką, nurodo 13 % į ambulatorinio gydymo centrų pirmą kartą besikreipiančių asmenų ⁽²⁵⁾.

⁽²²⁾ Analizė paremta duomenimis apie bendrą asmenų, kurie kreipiasi gydymo visuose gydymo centruose, pasiskirstymą ir tendencijas ir ambulatorinių gydymo centrų duomenimis apie asmenų charakteristikas ir vartojimo modelius.

⁽²³⁾ Žr. lentelę TDI-5 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje. Ispanija pateikia 2002 m. duomenis.

⁽²⁴⁾ Žr. lentelę TDI-4 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽²⁵⁾ Žr. lentelę TDI-24 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Daugelis šalių nurodo, kad vis daugiau dėl gydymo besikreipiančių asmenų vartoja kokainą; 1996–2003 m. pirmą kartą gydymo dėl kokaino vartojimo besikreipiančių asmenų dalis išaugo nuo 4,8 % iki 9,3 %, o pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų dėl kokaino, kaip pagrindinio narkotiko, skaičius išaugo nuo 2 535 iki 6 123. Nyderlanduose 2003 m. pirmą kartą gydymo dėl kokaino vartojimo besikreipiančių asmenų skaičius pralenkė pirmą kartą gydymo dėl opiatų vartojimo besikreipiančių asmenų skaičių. Remiantis iš Londono gautų duomenų apie gydymą analize, nuo 1995–1996 m. iki 2000–2001 m. pacientų, vartojančių kokainą, skaičius išaugo dvigubai (GLADA, 2004), tiesa, nuo nedidelio pradinio skaičiaus (nuo 735 iki 1 917).

Šiems skaičiams įtakos, matyt, turi nedidelė, bet didėjanti kredo (rūkomojo kokaino pagrindo) problema, apie kurią praneša Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė, kur pastaraisiais metais pagausėjo kredo pacientų skaičius. Nors tokių narkomanų skaičius nedidelis, jie susikoncentravę keliuose stambiuosiuose miestų rajonuose ir todėl geriausiai pastebimi, rengiant ataskaitas, paremtas miestų stebėseną.

Kreko vartotojų socialinė padėtis paprastai skiriasi nuo kokaino miltelių vartotojų socialinės padėties. Yra daugiau tikimybės, kad kredo vartotojai bus kilę iš socialiai nuskrūstusių sluoksnių, ir yra kai kurių įrodymų, kad kreką renkasi ypač pažeidžiamos etninių mažumų bendruomenės: du trečdaliai juodaodžių, kurie kreipiasi dėl gydymo Londone, kreką nurodo kaip pagrindinį narkotiką (GLADA, 2004), o 30 % Nyderlanduose kreką vartojančių pacientų yra ne olandų kilmės. Kreko vartojimas kelia tam tikrą susirūpinimą, bet nereikia pamiršti, kad, nors šis narkotikas ypač kenksmingas jį vartojantiems asmenims ir bendruomenėms, kuriose jie gyvena, ši problema Europoje išlieka labai lokalizuota. Pažymėtina, kad apie kredo vartotojus praneša tik dvi šalys (Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė).

Apskritai dažniausiai gydymo dėl kokaino poreikis Europoje nėra susijęs su kreu. Apie 70 % naujų kokaino pacientų vartoja kokaino hidrochloridą (kokaino miltelius) (dauguma jį uosto), o likę 30 % vartoja kreką. Apie 5 % naujų kokaino pacientų nurodo, kad jie kokainą švirkščiasi.

Dauguma pirmą kartą gydymo dėl kokaino, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo besikreipiančių asmenų yra vyrų (vyrų ir moterų santykis yra 3,7:1). Tačiau įvairiose

šalyse pasiskirstymas pagal lytį yra skirtingas ⁽⁹⁶⁾. Italijoje atliktame kokybiniame asmenų, besikreipiančių gydymo dėl stimuliantų vartojimo, tyrime nurodoma, kad moterų vartotojų yra beveik tiek pat kaip ir vyrų, bet tarp asmenų, kurie kreipiasi dėl kokaino ir kitų stimuliantų vartojimo, vyrų ir moterų santykį stipriai nusveria vyrai (Macchia ir kt., 2004).

Nauji pacientai, vartojantys kokainą kaip pagrindinį narkotiką, yra paprastai vyresni nei kitų narkotikų vartotojai (vidutinis amžius yra 30 metų, dauguma priklauso 20–34 metų amžiaus grupei); mažesnę, nors svarbią, pacientų grupę sudaro 35–39 metų asmenys ⁽⁹⁷⁾.

Kokainas yra dažnai vartojamas kartu su kitu papildomu narkotiku, dažnai kanapėmis (40 %) arba alkoholiu (37 %). Vietiniuose švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų tyrimuose nurodoma, kad kai kuriose vietovėse populiarėja heroino ir kokaino mišinio injekcijos (kartais narkomanų vadinamos anglų kalbos žodžiu „speedballing“). Jei taip ir yra, to nesimato iš bendrų duomenų apie gydymo poreikį daugumoje šalių, kur tik nedidelė pacientų dalis nurodo vartojantys heroiną ir kokainą. Tačiau to negalima pasakyti apie visas šalis; pavyzdžiui, Nyderlanduose, išanalizavus kokaino vartotojų gydymo poreikio duomenis, matyti, kad daugelis kokaino pacientų vartoja įvairius narkotikus ir kad didžiausią grupę sudaro tie, kurie vartoja kokainą ir heroiną (Mol ir kt., 2002).

Problemiškų kokaino vartotojų gydymas

Skirtingai nuo asmenų, susiduriančių su opiatų vartojimo problemomis, asmenims, turintiems problemų dėl kokaino vartojimo, gerai nustatyto ir plačiai priimto farmakologinio gydymo nėra. Kartais kokaino vartotojams gali būti skiriami sisteminį palengvėjimą suteikiantys vaistai, bet jie paprastai yra trumpo veikimo ir tik sumažina su kokaino vartojimu susijusias problemas, pavyzdžiui, nerimą ar miego sutrikimus. Ilgalais kokaino vartotojų gydymas paprastai vykdomas, skiriant bendrus vaistus. Tačiau apskritai kokaino vartojimo problemų turintiems asmenims gydymo galimybės yra menkai išvystytos (Haasen, 2003). Tikėtina, kad ši padėtis pradeda keistis, nes kai kurios šalys pradeda kurti naujus gydymo būdus, skirtus problemiškiems kokaino vartotojams, pavyzdžiui, Anglijoje kuriamos specialios paslaugos kredo vartotojams (NTA, 2003).

⁽⁹⁶⁾ Žr. lentelę TDI-22 2005 m. Statistikos biuletenyje ir „Moterų ir vyrų narkotikų vartojimo modelių skirtumai“ (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Žr. lentelę TDI-10 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Dauguma specialiosios mokslinės literatūros apie kokaino vartotojų gydymą paremta Amerikos tyrimais, ir todėl ji gali neatspindėti Europos konteksto. Gydymo dėl kokaino vartojimo vertinimas Europos Sąjungoje, deja, vis dar retas reiškinys iš dalies dėl to, kad anksčiau gydymo paslaugos retai susidurdavo su kokaino vartojimo problemomis. Vienoje Europos sisteminėje literatūros apie kokaino vartotojų gydymą apžvalgoje (Rigter ir kt., 2004) nurodoma, kad asmenys, turintys problemų dėl kokaino vartojimo, prastai laikosi gydytojų reikalavimų, ir atkritimo galimybė yra didelė. Yra duomenų, kad vartojimą gali padėti sumažinti psichoterapija, o apie kokaino vartotojų gydymo akupunktūros metodais efektyvumą įtikinančių įrodymų nėra. Tačiau, apskritai tokias išvadas reikėtų vertinti, atsižvelgiant į tai, kad Europoje tiesiog nėra įrodymų, kuriais galima būtų paremti terapines intervencijas šioje srityje. Pavyzdžiui, netgi nėra tikrai žinoma, ar specialios kokainui skirtos intervencijos yra veiksmingesnės už kokaino vartojimo problemų turintiems asmenims taikomas bendresnes, į konkrečius narkotikus neorientuotas programas. Be to, lieka atviras klausimas, ar įmanoma sukurti problematiškiems kokaino vartotojams gydymą vaistais, kuris taptų „standartiniu gydymo būdu“, panašiai kaip metadonas ir buprenorfinas tapo standartiniu gydymo metodu opiatų vartojimo problemų turintiems asmenims. Būtina pastebėti, kad opiatų ir stimulantų, tokių kaip kokainas, poveikio organizmui mechanizmas yra labai skirtingas, o tai reiškia, kad turėtų skirtis ir terapinės narkomanijos problemų gydymo galimybės. Šiuo metu JAV atliekamas tam tikras įdomus darbas, siekiant sukurti intervencijas, kurios laikinai užblokuotų kokaino vartojimo poveikį vartotojui; įdomu, ar ateityje šios pastangos padės atsirasti naujoms gydymo galimybėms.

Žalos sveikatai mažinimas

Per pastaruosius kelerius metus labai pagausėjo priemonių, kuriomis siekiama užkirsti kelią žalai, kurią daro kokaino ir kreko vartojimas sveikatai, arba ją sumažinti; atsirado naujos informacijos konkrečiai apie kokainą ir kreką, ypač internete. Pagalbos telefonu linijomis Belgijoje, Prancūzijoje ir Portugalijoje buvo daugiau klausiami informacijos apie kokaino ir kreko vartojimą nei bet kada nors anksčiau, nors, tiesa, tokių skambučių yra daug mažiau nei skambučių dėl teisėtų narkotikų ir kanapių. Darbuotojams, dirbantiems narkotikų tarnybose, siūloma daugiau galimybių mokytis, kaip tinkamai reaguoti į problemas,

kylančias dėl kokaino ir kreko vartojimo tokiose vietose, kuriose tai yra naujas reiškinys (savaitgalio panorama Dubline arba techno vietos Vienoje).

Didelių miestų centruose kokaino ir kreko vartotojams yra siūlomos specialios konsultacijos ir gydymas, pavyzdžiui, Frankfurte (Suchthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ff.de), Barselonoje (Ligoninė Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Vienoje (ChEck iTI: www.checkyourdrugs.at) ir Londone (www.cracklondon.org.uk).

Konfiskavimas ir rinkos duomenys ⁽⁹⁸⁾

Gamyba ir prekyba

Kolumbija yra pats didžiausias nelegalios kokos šaltinis pasaulyje, po to – Peru ir Bolivija. Manoma, kad 2003 m. pasaulyje pagamintos 655 tonos kokaino, iš kurių 67 % Kolumbijoje, 24 % – Peru ir 9 % – Bolivijoje. Dauguma Europoje konfiskuoto kokaino atvežama tiesiai iš Pietų Amerikos (Kolumbijos) arba per Centrinę Ameriką ir Karibų jūros regioną. 2003 m. kaip į ES įvežamo kokaino tranzito šalys visų pirma buvo nurodomos Brazilija, Venesuela ir Kosta Rika, kartu su Argentina ir Kurasao („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; CND, 2005). Kiti tranzito regionai buvo Pietų ir Vakarų Afrikoje (INCB, 2005). Pagrindiniai įvežimo į ES punktai ir toliau lieka Ispanija, Nyderlandai ir Portugalija („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Konfiskavimas

Duomenys apie konfiskavimo atvejus rodo, kad kokainas užima trečią vietą pasaulio nelegalioje narkotikų apyvartoje po džiovintų kanapių ir kanapių dervos. Konfiskuoti kiekiai – 490,5 tonos visame pasaulyje 2003 m. – rodo, kad didžiausia neteisėta kokaino apyvarta 2003 m. ir toliau vyko Amerikos žemyne (82 %) ir Europoje. Europoje konfiskuoti kokaino kiekiai sudarė 17 % viso pasaulyje konfiskuoto kokaino kiekio, vadinasi, palyginti su praeitais metais, jie padidėjo (CND, 2005). Europoje didžiausi kokaino kiekiai konfiskuojami Vakarų valstybėse. Per pastaruosius penkerius metus Ispanijoje visuomet buvo konfiskuojama daugiausia kokaino iš visų ES šalių. 2003 m. Ispanijoje buvo organizuota daugiau kaip pusė visų konfiskavimo atvejų ES ir buvo konfiskuota daugiau kaip pusė viso kiekio ⁽⁹⁹⁾.

⁽⁹⁸⁾ Žr. „Konfiskavimo ir rinkos duomenų interpretacija“, p. 42.

⁽⁹⁹⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstantus 2003 m. duomenis. Duomenų apie kokaino konfiskavimo atvejų skaičių 2003 m. negauta iš Italijos, Kipro, Nyderlandų ir Rumunijos; duomenų apie kokaino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2003 m. negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės.

1998–2002 m. laikotarpiu kokaino konfiskavimo atvejų ⁽¹⁰⁰⁾ pagausėjo visose šalyse, išskyrus Vokietiją ir Portugaliją. Per tą patį laikotarpį konfiskuoto kokaino kiekiai Europos Sąjungoje ⁽¹⁰¹⁾ kito, bet bendra tendencija rodė didėjimą. Tačiau sprendžiant iš tendencijų šalyse, iš kurių gaunama duomenų, atrodo, kad kokaino konfiskavimo atvejų skaičius nuo 2003 m. sumažėjo (ryškiai Ispanijoje), o konfiskuoti kokaino kiekiai išaugo gana reikšmingai (ypač Ispanijoje ir Nyderlanduose). Ypač dideli kiekiai kokaino buvo konfiskuoti Europos Sąjungoje 2003 m.

Nors apie kreko konfiskavimą yra pranešusios kelios ES šalys, jo konfiskavimo kartais negalima išskirti iš kokaino

konfiskavimo atvejų apskritai. Taigi į nurodytus kokaino kiekius gali įeiti ir krekas.

Kaina ir grynumas

Vidutinė mažmeninė kokaino kaina ⁽¹⁰²⁾ Europos Sąjungoje 2003 m. buvo labai nevienoda, nuo 34 EUR už gramą Ispanijoje iki 175 EUR už gramą Norvegijoje.

Palyginti su heroinu, vartotojams parduodamo kokaino grynumas yra didelis, 2003 m. jis svyravo nuo 32 % Čekijos Respublikoje ir Vokietijoje iki 83 % Lenkijoje ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰⁰⁾ Žr. lentelę SZR-5 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰¹⁾ Žr. lentelę SZR-6 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰²⁾ Žr. lentelę PPP-3 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰³⁾ Žr. lentelę PPP-7 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje. Pažymėtina, kad vidutiniai kokaino grynumo apskaičiavimai Čekijos Respublikoje ir Lenkijoje 2003 m. paremti nedideliu imčių skaičiumi (atitinkamai $n = 5$ ir 6).



6 skyrius

Heroinas ir narkotikų švirškštėjimas

Reguliarus ir nuolatinis heroino vartojimas, narkotikų švirškštėjimas ir kai kuriose šalyse intensyvus stimulantų vartojimas sukelia labai daug su narkotikais susijusių sveikatos ir socialinių problemų Europoje. Nors taip besielgiančių asmenų skaičius yra nedidelis, palyginti su visu gyventojų skaičiumi, narkomanijos pasekmės yra gana reikšmingos. Stengdamasis padėti suprasti šios problemos mastą ir užtikrinti tendencijų stebėseną per tam tikrą laiką, ENNSC dirba kartu su valstybėmis narėmis, siekdamas tiksliau nusakyti „probleminio narkotikų vartojimo“ apibrėžimą, ir stengiasi sukurti jo masto ir pasekmių matavimo strategijas.

Probleminis narkotikų vartojimas

Šiuo metu sąvoka „probleminis narkotikų vartojimas“ (angl. PDU) (liet. narkomanija) apibrėžiama kaip „narkotikų švirškštėjimas arba ilgalaikis/reguliarus opiatų, kokaino ir (arba) amfetaminų vartojimas“⁽¹⁰⁴⁾. Apibrėžimų skirtingumas ir metodų neužtikrintumas rodo, kad šioje srityje gauti patikimus apskaičiavimus sunku, ir todėl reikia atsargiai interpretuoti skirtumus tarp įvairių šalių ir per skirtingą laiką.

Probleminį narkotikų vartojimą galima suskirstyti į tam tikras aiškias grupes. Pačia bendriausia prasme galima skirti heroino vartojimą, kuris anksčiau daugelyje ES šalių sudarė didžiausią narkomanijos dalį, ir probleminį stimulantų vartojimą, kuris vyrauja Suomijoje ir Švedijoje, kur didžioji dauguma narkomanų yra iš esmės amfetamino vartotojai. Panašiai ir Čekijos Respublikoje – metamfetamino vartotojai tradiciškai sudaro reikšmingą narkomanų dalį.

Probleminis narkotikų vartojimas tampa vis įvairesnis. Pavyzdžiui, daugumoje šalių vis labiau ryškėja kelių narkotikų vartojimas, o kitose šalyse, kur anksčiau vyravo opiatai, dabar nurodoma, jog vyksta pokyčiai ir daugėja kitokių narkotikų vartojimo atvejų. Ispanijoje mažėja opiatų vartojančių narkomanų skaičius, bet didėja narkomanijos problemų dėl kokaino vartojimo; tačiau apie

problemas keliančio kokaino vartojimo tendencijas patikimų duomenų nėra. Vokietija ir Nyderlandai nurodo, kad tarp narkomanų didėja kreko vartotojų dalis, nors bendras narkomanų skaičius Nyderlanduose nesikeičia.

Vartojimo paplitimas

1999–2003 m. laikotarpiu narkomanijos paplitimas nacionaliniu lygmeniu svyravo nuo dviejų iki 10 atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų (remiantis vidurkais) arba iki 1 % visų suaugusių gyventojų⁽¹⁰⁵⁾. Narkomanijos paplitimas įvairiose šalyse labai nevienodas, nors, taikant skirtingus metodus toje pačioje šalyje, gaunami panašūs rezultatai. Didesnius skaičius nurodo Danija, Ispanija, Airija, Italija, Liuksemburgas, Austrija, Portugalija ir Jungtinė Karalystė (6–10 atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų), Vokietija, Graikija, Nyderlandai ir Lenkija nurodo mažesnius skaičius (mažiau kaip keturis atvejus tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų) (12 paveikslėlis). Iš naujų ES šalių ir šalių kandidačių patikimai dokumentuotų paplitimo įvertinimų yra tik iš Čekijos Respublikos, Lenkijos ir Slovėnijos, kur skaičiai patenka į žemesnę vidurkio dalį – atitinkamai 3,6, 1,9 ir 5,3 atvejo tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų. Svertinis narkomanijos vidurkis Europos Sąjungoje tikriausiai yra nuo keturių iki septynių atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų, o tai sudaro nuo 1,2–2,1 milijono narkomanų, iš kurių nuo 850 000 iki 1,3 milijono aktyviai vartoja švirškščiamuosius narkotikus. Tačiau šie skaičiai toli gražu nėra patikimi, ir juos reikės patikslinti, gavus daugiau duomenų iš naujų valstybių narių.

Vietinių ir regioninių vertinimų duomenimis, narkomanijos paplitimo skirtumai tarp įvairių miestų ir regionų gali būti labai dideli. 1999–2003 m. laikotarpiu didžiausias narkotikų vartojimo paplitimas konkrečiose vietovėse buvo Airijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kur tūkstančiui gyventojų teko 16 (Dubline), 17 (Beja), 24 (Aveiro) ir 25 (kai kuriose Londono dalyse) ir net iki 29 (Dundee) ir 34 (Glazgo) narkomanų (13 paveikslėlis).

⁽¹⁰⁴⁾ Smulčiau žr. metodologines pastabas dėl problemiško narkotikų vartojimo 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁵⁾ Žr. lentelę TDI-22 2005 m. Statistikos biuletenyje.

12 paveikslėlis: Narkomanijos mastai 1999–2003 m. (atvejų 1 000-ii gyventojų 15–64 metų amžiaus grupėje)

NB: CR – capture–recapture; TM – treatment multiplier; PM – police multiplier; MI – multivariate multiplier; TP – truncated Poisson; CM – combined methods. Smulkesnė informaciją žr. lentelėse PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 2005 m. Statistikos biuletenyje. Simbolis rodo taškinį įvertį, brūkšnelis – netikrumo intervalą, kuris gali būti arba 95 % pasiklojimo intervalas, arba intervalas, nustatytas remiantis jautrumo analize (žr. lentelę PDU-3). Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų taikomų metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginimus reikėtų daryti atsargiai. Į Ispanijos duomenis neįeina kokaino narkomanai; lentelėse PDU-2 ir PDU-3 šie skaičiai didesni, nes ten į šią grupę atsižvelgiama, bet jie gali būti nelabai patikimi.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai. Žr. taip pat ENNSC (2003).

Tačiau vietinių lygiu geografiniai narkomanijos paplitimo skirtumai yra gana ryškūs, pavyzdžiui, kitoje Londono dalyje nurodomi 6 atvejai tūkstančiui gyventojų. Tai reiškia, jog reikia stengtis turėti patikimus duomenis apie narkomanijos paplitimą vietose daugelyje kitų šalių, kur gali būti ypač didelis (ar mažas) vietinis ar regioninis narkotikų vartojimo paplitimas, bet jis nėra kiekybiškai įvertintas.

Nors kiekybinio vertinimo metodai žymiai išstobulėjo, narkomanijos tendencijas sunku įvertinti dėl to, kad nėra patikimų ir nuoseklių istorinių duomenų. Kai kurios šalys praneša kiekybinio vertinimo pokyčius, kuriuos patvirtina ir kiti rodikliai, t. y. kad nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio narkomanijos mastai didėja (ENNSC, 2004a), nors pastaraisiais metais kai kuriose šalyse padėtis stabilizavosi. 1999–2003 m. kartotinius duomenis turi 16 šalių (Danija ir Švedija turi 1998–2001 m. laikotarpio duomenis, o Jungtinė Karalystė 1996–2001 m. duomenis). Iš šių 16 šalių šešios šalys nurodė, kad narkomanijos

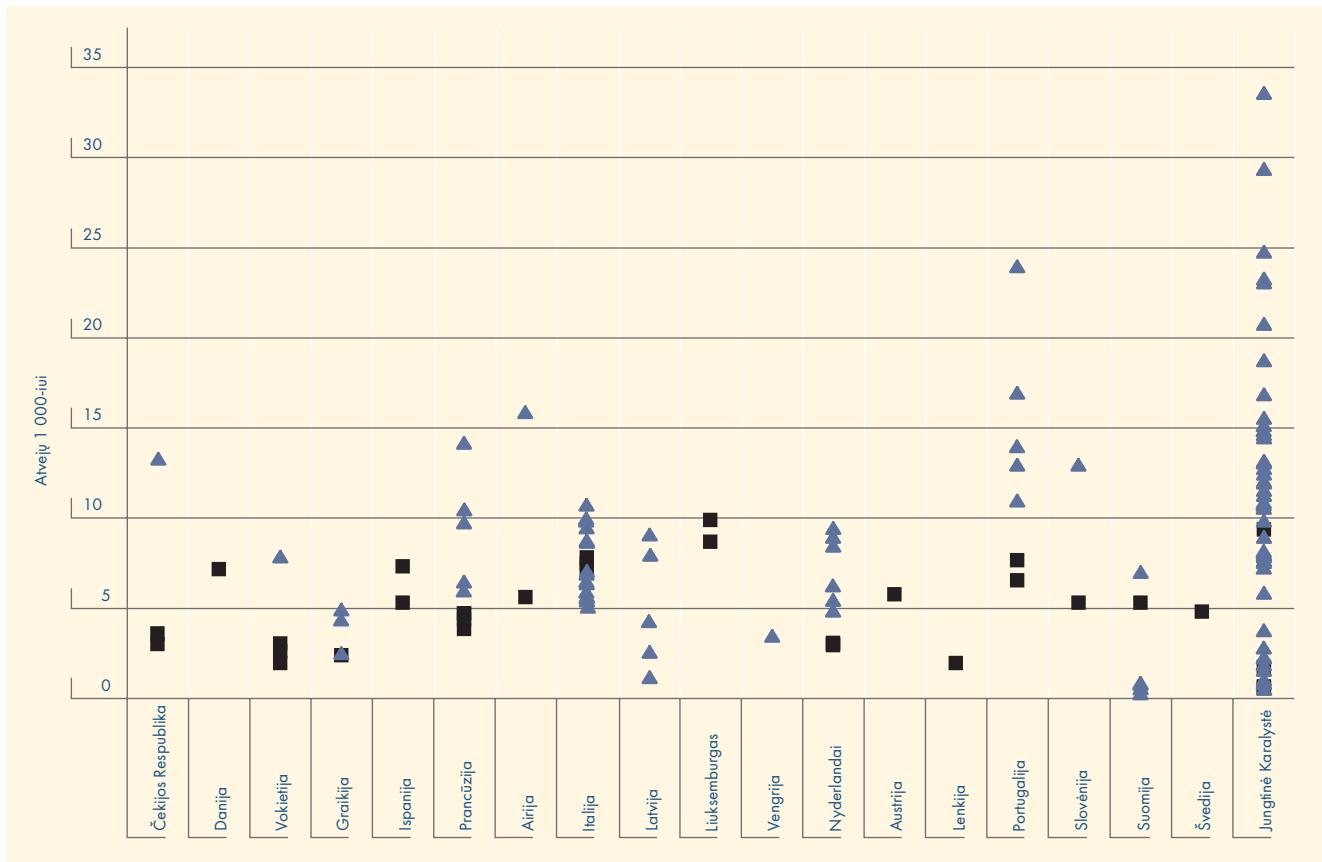
paplitimas išaugo (Danija, Suomija, Norvegija, Austrija, Švedija ir Jungtinė Karalystė), penkios nurodė stabilų ar sumažėjusį paplitimą (Čekijos Respublika, Airija, Vokietija, Graikija ir Slovėnija), o penkios šalys (Ispanija, Italija, Liuksemburgas, Nyderlandai ir Portugalija) nurodė skirtingas tendencijas priklausomai nuo taikyto kiekybinio vertinimo metodo, todėl šios tendencijos gali iš dalies atspindėti skirtingas narkomanų tikslines grupes⁽¹⁰⁶⁾.

Narkotikų švirkštėjimas

Švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems narkomanams yra didelė rizika patirti neigiamas pasekmes. Todėl svarbu narkotikų švirkštėjimą nagrinėti atskirai kaip pagrindinę narkomanijos kategoriją.

Nors narkotikų švirkštėjimas turi rimtų pasemių visuomenės sveikatai, tik nedaugelis šalių pateikia nacionalinius ar vietinius narkotikų švirkštėjimo įvertinimo skaičius. Turimi nacionalinio lygmens duomenys svyruoja nuo vieno iki

⁽¹⁰⁶⁾ Žr. pav. PDU-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

13 paveikslėlis: Narkomanijos mastai pagal nacionalinius ir vietinius tyrimus 1999–2003 m. (atvejų 1 000-ii 15–64 metų gyventojų)

NB: Juodas kvadratas = nacionalinės aprėpties imtis; mėlynas kvadratas = vietinės/regioninės aprėpties imtys. Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų taikomų metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginimus reikėtų daryti atsargiai. Smulkesnę informaciją žr. lentelėse PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 2005 m. Statistikos biuletenyje. Vartojimo paplitimo mastai, nustatyti vietiniuose tyrimuose, labai priklauso nuo to, kiek ir kur tokių tyrimų atlikta, tačiau jei vietinių tyrimų duomenų yra, jie gali rodyti, kad vartojimo paplitimas skiriasi nuo nacionaliniuose tyrimuose nustatytą vartojimo paplitimo vidurkių konkrečiuose miestuose ir regionuose.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai. Žr. taip pat ENNSC (2003).

šešių atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų, ir tai rodo, kad narkotikų švirkštimosi paplitimas įvairiose šalyse yra skirtingas ⁽¹⁰⁷⁾. Liuksemburgas nurodo didžiausius nacionalinių tyrimų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų skaičius – apie šešis atvejus tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų, o Graikijos skaičiai mažiausi – tik truputį daugiau kaip vienas atvejis tūkstančiui gyventojų. Nors duomenų apie švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimą yra nedaug, jie rodo, kad nuo 1999 m. tokio vartojimo paplitimas padidėjo Norvegijoje, nors Portugalijoje taikyti skirtingi kiekybinio vertinimo metodai rodo kitokias tendencijas ⁽¹⁰⁸⁾.

Išanalizavus švirkštimosi paplitimą tarp besigydančių heroino vartotojų, matyti, kad heroino švirkštimosi paplitimas įvairiose šalyse ir jo tendencijos laikui bėgant yra skirtingos ⁽¹⁰⁹⁾. Kai kuriose šalyse (Ispanijoje,

Nyderlanduose ir Portugalijoje) palyginti nedidelė heroino vartotojų dalis jį švirkščiasi, tuo tarpu daugumoje šalių heroino švirkštimsis vis dar yra dar įprasčiausias jo vartojimo būdas. Kai kuriose ES šalyse, iš kurių yra duomenų apie ilgesnį laikotarpį (Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Graikijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje), heroino švirkštimsis tarp besigydančių heroino vartotojų sumažėjo. Daugumoje naujųjų valstybių narių, bent jau tose, iš kurių gaunama duomenų, beveik visi besigydantys heroino vartotojai jį švirkščiasi.

Duomenys apie gydymo poreikį

Iš visų besikreipiančių gydymo asmenų 60 % gydosi nuo opiatų vartojimo, nors daugeliu atveju pagrindinis narkotikas nėra užregistruojamas, o daugiau kaip pusė (54 %) opiatų pacientų juos švirkščiasi, apie 10 % – informacijos

⁽¹⁰⁷⁾ Žr. pav. PDU-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁸⁾ Žr. pav. PDU-5 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁹⁾ Žr. pav. PDU-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

apie švirkštimąsi nepateikia. Taip pat pranešama, kad opiatai yra antrinis narkotikas apytiksliai 10 % asmenų, kurie pirmą kartą kreipiasi dėl gydymo ⁽¹¹⁰⁾.

Daugelyje šalių, opiatai (daugiausia heroinas) daugeliui gydymo besikreipiančių asmenų yra pagrindinis narkotikas, bet tarp įvairių šalių yra reikšmingų skirtumų. Suskirsčius ES valstybes nares ir šalis kandidates į tris bendriausias grupes pagal tai, kokiai daliai besigydančių asmenų yra būdingos heroino vartojimo problemos, išryškėja toks vaizdas:

- mažiau kaip 40 % – Čekijos Respublika, Nyderlandai, Lenkija, Suomija, Švedija;
- 50–70 % – Danija, Vokietija, Ispanija, Airija, Kipras, Latvija, Slovakija, Rumunija;
- per 70 % – Prancūzija, Graikija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Slovėnija, Jungtinė Karalystė, Bulgarija ⁽¹¹¹⁾.

Pranešama, kad opiatų vartotojų, kurie gydomi daugelį metų, skaičius didėja, o pirmą kartą besikreipiančių gydymo nuo opiatų vartojimo mažėja („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004; Neteisėto narkotinių medžiagų naudojimo tyrimų skyrius, 2004). Kai kuriose šalyse heroino vartojimo tendencijos tarp pirmą kartą besikreipiančių gydymo asmenų pastebimos nuo 1996–2003 m., bet dabar bendras tokių gydymo besikreipiančių asmenų skaičius mažėja.

Besigydančių nuo opiatų vartojimo asmenų dalis tarp naujų pacientų dar labiau sumažėjo dėl to, kad didėja asmenų, turinčių problemų dėl kitų narkotikų vartojimo. Taip gali būti dėl to, kad kai kurie opiatų vartotojai pereina nuo heroino prie kokaino (Ouweland ir kt., 2004), dėl gydymo sistemos diferencijavimo, kuri tapo prieinamesnė kitiems narkomanams, arba dėl mažesnio besigydančių naujų narkomanų skaičiaus (Olandijos nacionalinė ataskaita).

Šios tendencijos per paskutinįjį dešimtmetį įvairiose šalyse yra skirtingos: Danijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Suomijoje jos staigiai eina žemyn, o Bulgarijoje ir Jungtinėje Karalystėje šiek tiek kyla į viršų ⁽¹¹²⁾.

Duomenų apie asmenis, kurie pirmą kartą pradeda lankyti ambulatorinio gydymo centrus, analizė padeda smulkiau charakterizuoti opiatų vartotojus. Pirmą kartą besikreipiančių gydymo nuo opiato, kaip pagrindinio narkotiko, vartojimo asmenų grupėje kiekvienai moteriai tenka 2,8 vyro; tačiau įvairiose šalyse lyčių santykis yra skirtingas: nuo 5:1 iki 2:1, išskyrus Kiprą, kur vyrų ir moterų santykis labai didelis (11:1), ir Švediją, kur šis santykis labai mažas (0,9:1), o tarp opiatų vartotojų moterys lenkia vyrus ⁽¹¹³⁾.

Dauguma opiatų vartotojų priklauso 20–34 metų amžiaus grupei, o 30–39 metų amžiaus grupėje gydymo nuo opiatų vartojimo kreipiasi daugiau kaip pusė pacientų. Nurodoma, kad pastebima opiatų pacientų senėjimo tendencija; Nyderlanduose apie 40 % pirmą kartą besikreipiančių gydymo dėl opiatų vartojimo yra vyresni nei 40 metų. Išimtį sudaro Rumunija ir Slovėnija, kur besigydantys nuo opiatų vartojimo yra labai jauni (15–19 metų) ⁽¹¹⁴⁾.

Dauguma opiatų vartotojų nurodo, jog pirmą kartą pabandė opiatų būdami 15–24 metų, o apie 50 % besigydančiųjų pirmą kartą šį narkotiką pavartojo nesulaukę 20 metų amžiaus ⁽¹¹⁵⁾. Palyginus amžių, kai pirmą kartą pavartojami narkotikai, su amžiumi, kai pirmą kartą kreipiamasi gydymo, matyti, kad tarp šių dviejų įvykių praeina nuo 5 iki 10 metų. Ankstyvas susirgimas priklausomybe nuo opiatų dažnai yra susijęs su įvairiomis elgesio problemomis ir socialiniu skurdu (Jungtinės Karalystės nacionalinė ataskaita).

Daugumoje šalių nuo 60 % iki 90 % besigydančiųjų nuo opiatų vartojimo asmenų vartoja šį narkotiką kasdien, nors yra asmenų, kurie opiatų nevartoja per paskutinį mėnesį arba juos vartoja tik retkarčiais; tai tikriausiai paaiškinama tuo, kad besigydantys asmenys nustoja vartoti narkotiką, prieš pradėdami gydytis ⁽¹¹⁶⁾.

Keturiasdešimt procentų besigydančiųjų narkomanų narkotiką švirkščiasi, o dar 40 % jį rūko arba įkvepia. Tarp senų ir naujų valstybių narių pastebimi vartojimo būdo skirtumai ⁽¹¹⁷⁾ (14 paveikslėlis): naujose valstybėse narėse

⁽¹¹⁰⁾ Žr. lentelę TDI-24 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹¹⁾ Žr. lentelę TDI-5 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹²⁾ Žr. lentelę TDI-3 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹³⁾ Žr. lentelę TDI-22 2005 m. Statistikos biuletenyje.

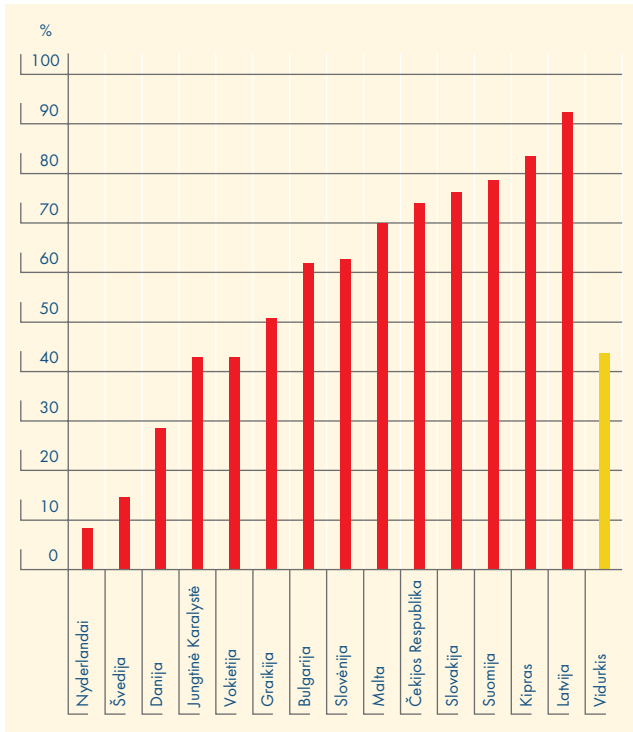
⁽¹¹⁴⁾ Žr. lentelę TDI-10 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁵⁾ Žr. lentelę TDI-11 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁶⁾ Žr. lentelę TDI-18 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje. Tik Vokietija nurodo, kad 70 % pirmą kartą gydymo besikreipiančių opiatų vartotojų juos vartoja retkarčiais arba jų nebevartojo pastarąjį mėnesį.

⁽¹¹⁷⁾ Tik šalyse, apie kurias turima duomenų.

14 paveikslėlis: Naujų ambulatorinių pacientų, vartojančių švirškėjamuosius opiatų, dalis tarp visų naujų pacientų, vartojančių opiatų pagal šalis 2003 m.



NB: Čia pavaizduotos tik šalys, turinčios besigydančiųjų, kuriems opiatai yra pagrindinis narkotikas, ir (arba) duomenis pateikusios šalys.
Šaltinis: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004).

narkomanų, kurie švirškėsi opiatų, yra daugiau kaip 60 %, o senosiose valstybėse narėse mažiau kaip 60 % (išskyrus Suomiją, kur vartotojų, kurie švirškėsi opiatų, tarp besigydančiųjų yra 78,4 %). Mažiausia švirškėjamuosius narkotikus vartojančių asmenų dalis tarp besigydančiųjų yra Nyderlanduose (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Daug naujų pacientų vartoja opiatų ir kitą narkotiką, dažnai kanapes (47 %) ar alkoholį (24 %). Tačiau tarp šalių yra dideli skirtumai: Čekijos Respublikoje ir Slovakijoje beveik pusė besigydančiųjų vartoja opiatų kartu ne su kokainu, o su kitais stimulantais; Graikijoje ir Maltoje atitinkamai 18 % ir 29 % besigydančiųjų vartoja opiatų su kokainu, kaip antriniu narkotiku; Suomijoje tarp opiatų vartotojų (daugiausia buprenorfino vartotojų) 37 % nurodo kaip antrinius narkotikus vartojantys migdomuosius ir raminamuosius (daugiausia benzodiazepinus) ⁽¹¹⁹⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Žr. lentelę TDI-17 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹¹⁹⁾ Žr. lentelę TDI-25 (ii dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje. Žr. taip pat specialiai aptariamą klausimą dėl buprenorfino. Kiekvienas besigydantysis gali nurodyti net iki keturių antrinių narkotikų.

Su narkotikais susijusios infekcinės ligos

ŽIV ir AIDS

ŽIV atvejų tendencijos

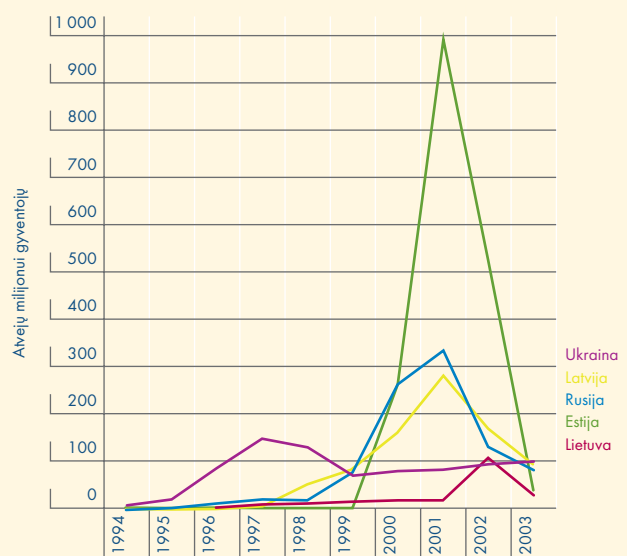
ŽIV epidemija smarkiai išplito tarp švirškėjamuosius narkotikus vartojančių narkomanų Baltijos regiono

ŽIV ir AIDS Rytų Europoje

Žmogaus imunodeficitą virusas (ŽIV) masiškai išplito, o pastaruosiu metu pasiekė epidemijos mastą tarp švirškėjamuosius narkotikus vartojančių asmenų Rusijoje, Ukrainoje ir Baltijos regiono ES valstybėse narėse. 2001 m. naujai diagnozuotų infekcijų, susijusių su intraveniniu narkotikų vartojimu, dalis smarkiai šoktelėjo į viršų Estijoje ir Rusijos Federacijoje ir siekia atitinkamai 991 ir 333 atvejus milijonui gyventojų. Tačiau Ukrainoje viršūnė – 146 atvejai milijonui – buvo pasiekta anksčiau, t. y. 1997 m., kai ypač plito infekcija dėl narkotikų švirškėjimosi, po to naujų su narkotikų švirškėjimusi susijusių diagnozių sumažėjo, bet neseniai ir vėl pagausėjo.

AIDS greitai plinta tarp švirškėjamuosius narkotikus vartojančių asmenų Latvijoje ir Ukrainoje, ir dėl to reikia manyti, kad antivirusinis gydymas ir jo aprėptis yra tikriausiai nepakankami (žr. „Labai aktyvi antiretrovirusinė terapija PSO Europos regione“, p. 69).

Naujai diagnozuoti ŽIV užsikrėtimo atvejai tarp švirškėjamuosius narkotikus vartojančių asmenų kai kuriose ES šalyse, Rusijoje ir Ukrainoje, pagal pranešimų metus



Šaltinis: Europos AIDS epidemiologinės stebėsenos centras (EuroHIV) (2004).

naujosiose ES valstybėse narėse po masinių epidemijų rytų Europoje (EuroHIV, 2004) (žr. langelį „ŽIV ir AIDS Rytų Europoje“). Naujai diagnozuotų atvejų skaičius šoktelėjo Estijoje ir Latvijoje 2001 m., o Lietuvoje 2002 m., bet pastaruoju metu šie rodikliai labai sumažėjo. Toks ŽIV epidemijos vaizdas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų yra tipiškas. Jų skaičius išauga, nes pagrindinė švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų grupė, kurios rizika didžiausia, tampa infekuotais labai greitai, po to tokių atvejų sumažėja, nes užsikrečiaučių mažiau, ir po to jie stabilizuojasi tokiu lygmeniu, kuris priklauso nuo to, kiek atsiranda naujų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių ir su didele rizika susiduriančių narkomanų. Tačiau negalima paneigti, kad papildomą įtaką daro elgesio pokyčiai, ir, jei jie atsiranda, tai galėtų būti konkrečių intervencijų rezultatas (žr. „Su narkotikais susijusių infekcinių ligų prevencija“, p. 71).

ES-15 šalyse naujai diagnozuotų ŽIV atvejų per pastaruosius metus buvo nedaug, išskyrus Portugaliją. Tačiau ES lygmeniu lyginimo negalima išsamiai atlikti, nes ir toliau trūksta duomenų apie ŽIV atvejus (iš Ispanijos ir Italijos), arba iš kai kurių šalių (Prancūzijos), kuriose labiausiai yra paplitęs AIDS, jie tik dabar pradedami teikti. 2003 m. ŽIV infekuotųjų procentas buvo labai didelis Portugalijoje – 88 iš milijono, nors nuo 2000 m. tokių atvejų labai sumažėjo (245 atvejai iš milijono). Tokį sumažėjimą reikia vertinti atsargiai, nes Portugalijoje Europos mastu duomenys pradėti teikti tik 2000 m.

ŽIV paplitimas pagal serologinius tyrimus

Paplitimo duomenys tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pagal serologinius tyrimus (infekuotųjų procentas švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse) reikšmingai papildo gaunamus duomenis apie ŽIV atvejus. Kartotiniai serologiniai tyrimai ir įprastinės stebėsenos duomenys gauti iš diagnostinių tyrimų gali patvirtinti iš ataskaitų ryškėjančias tendencijas ir suteikti smulkesnę informaciją apie konkrečius regionus ir konkrečias vietas. Tačiau duomenys apie paplitimą ateina iš įvairiausių šaltinių, juos kartais gali būti sunku palyginti, todėl juos reikia interpretuoti atsargiai.

Pastarojo meto ataskaitose užregistruotą ŽIV atvejų pagausėjimą dažniausiai patvirtina paplitimo duomenys pagal serologinius tyrimus; pavyzdžiui, Latvijoje besigydančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse paplitimas išaugo nuo 1,5 % (5/336) 1997 m. iki 14 % (302/2 203) 2001 m., po to 2003 m. sumažėjo iki 7 % (65/987). Austrijoje, iš kur duomenų apie ŽIV atvejus tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nėra, ŽIV paplitimas tarp nacionalinių imčių (tiesiogiai su narkotikais susijusių mirčių atvejais) šiek tiek padidėjo, iki 7 % (11/163) 2003 m. nuo 1 % (1/117) 1998 m., bet skaičiai yra nedideli, ir tendencija statistiškai nėra reikšminga.

2002 m. ir 2003 m. ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, daugiausia tarp besigydančiųjų, ir toje pačioje šalyje, ir įvairiose šalyse buvo labai nevienodas, nuo 0 % Bulgarijoje, Vengrijoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje iki didžiausio 37,5 % (54/144) viename Italijos mieste (2003 m., Bolzano – besigydantieji narkomanai ir kaliniai narkomanai) ⁽¹²⁰⁾. Didžiausias paplitimo procentas nacionalinėse imtyse (virš 10 % 2002–2003 m.) nustatytas Italijoje, Latvijoje ir Portugalijoje ⁽¹²¹⁾; Ispanijoje 2001 m. duomenys rodo labai didelį paplitimą, bet duomenų iš vėlesnių laikotarpių nėra ⁽¹²²⁾. Didžiausias paplitimo procentas regioninėse ir vietinėse imtyse (virš 20 % 2002–2003 m.) nustatytas Ispanijoje, Italijoje, Latvijoje ir Lenkijoje ⁽¹²³⁾, bet vėlesnių duomenų iš šalių ir rajonų, kur ankstesniaisiais metais paplitimas buvo didelis, nėra. Latvijoje ir Lenkijoje vietiniai tyrimai rodo didelį paplitimą tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, todėl galima daryti išvadą, kad ŽIV yra užsikrėsta neseniai ⁽¹²⁴⁾. Tyrimais Lenkijoje nustatytas 23 % paplitimas 127 jaunų narkomanų imtyje ir tokiu būdu patvirtinama, kad užsikrėtimas įvyko neseniai ⁽¹²⁵⁾.

Paplitimo laikas įvairiose šalyse taip pat yra skirtingas. Nors Baltijos regione neseniai būta protrūkių, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imčių duomenys apie ŽIV paplitimą pagal serologinius tyrimus rodo, kad nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio ŽIV atvejų sumažėjo labiausiai nuo jų nukentėjusiose šalyse (Ispanijoje, Prancūzijoje ir Italijoje), o pastaraisiais metais padėtis stabilizavosi ⁽¹²⁶⁾. Tačiau jei serologinis paplitimas bus didelis ir stabilus, tikėtina, kad infekcija tęsis. Duomenys apie naujus švirkščiamųjų

⁽¹²⁰⁾ Žr. pav. INF-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²¹⁾ Portugalijos ir Italijos duomenys neapsiriboja švirkščiamųjų narkotikų vartotojais, todėl paplitimą tarp jų rodantys skaičiai gali būti sumažinti.

⁽¹²²⁾ Žr. lenteles INF-1 ir INF-8 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²³⁾ Žr. lentelę INF-8 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁴⁾ Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, jaunesni nei 25 m.: 33 % infekuotų tarp 55 jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Lenkijoje ir 20 % tarp 107 jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Latvijoje.

⁽¹²⁵⁾ Žr. lentelę INF-10 ir pav. INF-4 bei INF-5 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁶⁾ Žr. pav. INF-16 2005 m. Statistikos biuletenyje.

narkotikų vartotojus rodo, kad ŽIV užsikrėtimo atvejai tęsėsi ir netgi gausėjo 1999–2000 m. laikotarpiu Ispanijoje. Kai kuriose šalyse (Prancūzijoje 2001–2003 m., Portugalijoje 1999–2000 m.) vietiniai ir regioniniai duomenys apie naujus ir jaunus švirkščiamųjų narkotikų vartotojus rodė, kad užsikrėtimas ŽIV didėja, bet imtys yra per mažos, kad nustatytos tendencijos būtų statistiškai reikšmingos⁽¹²⁷⁾. Antra vertus, reikia pastebėti, kad 2002–2003 m. laikotarpiu kai kuriose šalyse ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų buvo labai nedidelis. ŽIV paplitimas siekė mažiau kaip 1 % Čekijos Respublikoje, Graikijoje (nacionaliniai duomenys), Vengrijoje, Slovėnijoje, Slovakijoje, Suomijoje, Rumunijoje (duomenys tik apie 2001 m.), Bulgarijoje ir Norvegijoje (duomenys apie Oslą). Kai kuriose iš šių šalių (pavyzdžiui, Vengrijoje) ir ŽIV, ir hepatito C viruso (HCV) paplitimas yra vienas mažiausių Europos Sąjungoje, ir tai rodo nedidelę švirkštimosi riziką (žr. skiltį „Hepatitis B ir C“ toliau).

Sergamumas AIDS

Latvijoje AIDS atvejų, susijusių su švirkščiamaisiais narkotikais, pagausėjo nuo 0 atvejų 1997 m. iki 19 atvejų milijonui gyventojų 2002 m. ir 2003 m.⁽¹²⁸⁾ Tačiau daugiausia AIDS atvejų yra Portugalijoje, 33 atvejai vienam milijonui, nors nuo 1999 m. jų mažėja. AIDS atvejų skaičius dėl švirkštimosi Europos Sąjungoje šoktelėjo dešimtojo dešimtmečio pradžioje, po to jis mažėjo.

Labai aktyvi antiretrovirusinė terapija PSO Europos regione

Sprendžiant iš PSO duomenų apie labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo (HAART) aprėptį, Europos Sąjungoje ir daugelyje Vidurio Europos šalių HAART yra prieinama daugiau kaip 75 % asmenų, kuriems reikia gydymo.

Tačiau Baltijos valstybėse aprėptis menka Estijoje ir Lietuvoje (25–50 %) ir labai menka Latvijoje (25 %). Laikoma, kad aprėptis „labai menka“ daugumoje Rytų Europos šalių.

Duomenų apie tai, kokia konkrečiai švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų aprėptis, nėra, bet tyrimai rodo, kad švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims HAART yra sunkiau prieinama nei asmenims, kurie užsikrečia kitais būdais.

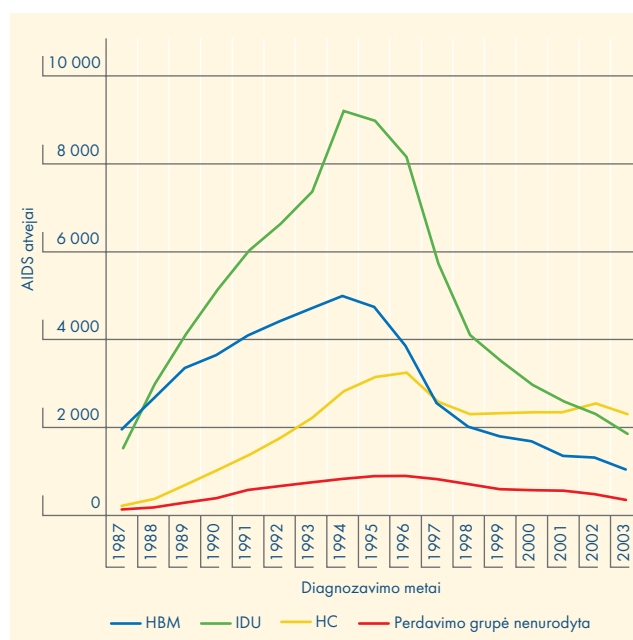
Šaltinis: PSO Regioninis Europos biuras, Duomenų bazė „Sveikata visiems“ (www.euro.who.int/hfad) (2005 m. kovo 8 d. duomenys).

Daugiausia AIDS atvejų turėjo Ispanija, kur 1994 m. vienam milijonui gyventojų teko 124 atvejai, bet iki 2003 m. šis skaičius sumažėjo iki 16 vienam milijonui.

AIDS atvejų dešimtojo dešimtmečio pabaigoje sumažėjo dėl to, kad 1996 m. buvo pradėtas taikyti labai aktyvus antiretrovirusinis gydymas (HAART), kuris sustabdo AIDS išsivystymą ŽIV infekuotuose asmenyse (žr. langelį apie HAART). Svarbų vaidmenį taip pat galbūt suvaidino ŽIV prevencijos priemonės, taikomos švirkščiamųjų narkotikų vartotojams; kai kuriose šalyse svarbiu veiksmu tapo narkomanų mažėjimas (žr. „Narkotikų švirkštimasis“, p. 64).

Iki 2002 m. metiniai duomenys apie AIDS atvejų skaičių rodė, kad Europos Sąjungoje daugiausia naujų AIDS atvejų atsiranda dėl intraveninių narkotikų vartojimo; vėliau šį ligos perdavimo būdą aplenkė perdavimas heteroseksualinių lytinių santykių metu, ir tai rodė, kad ankstesniais metais ŽIV epidemiologijoje įvyko pokyčiai (15 paveikslėlis). Tačiau reikia pažymėti, kad atskirose šalyse infekcijos vaizdas gali būti labai skirtingas⁽¹²⁹⁾.

15 paveikslėlis: AIDS atvejai ES pagal infekcijos perdavimo grupes ir diagnozavimo metus (1987–2003 m.), koreguoti dėl vėlavimo



NB: Duomenys pateikti apie tris pagrindines perdavimo grupes ir atskirai apie atvejus, kuriems perdavimo grupė nenurodyta. HBM – homoseksualus ir biseksualus vyrų; IDU – švirkščiamųjų narkotikų vartotojai; HC – heteroseksualiniai lytiniai santykiai. Neįtrauktos šalys – Prancūzija, Nyderlandai (nėra duomenų visam laikotarpiui) ir Kipras (duomenų nėra).

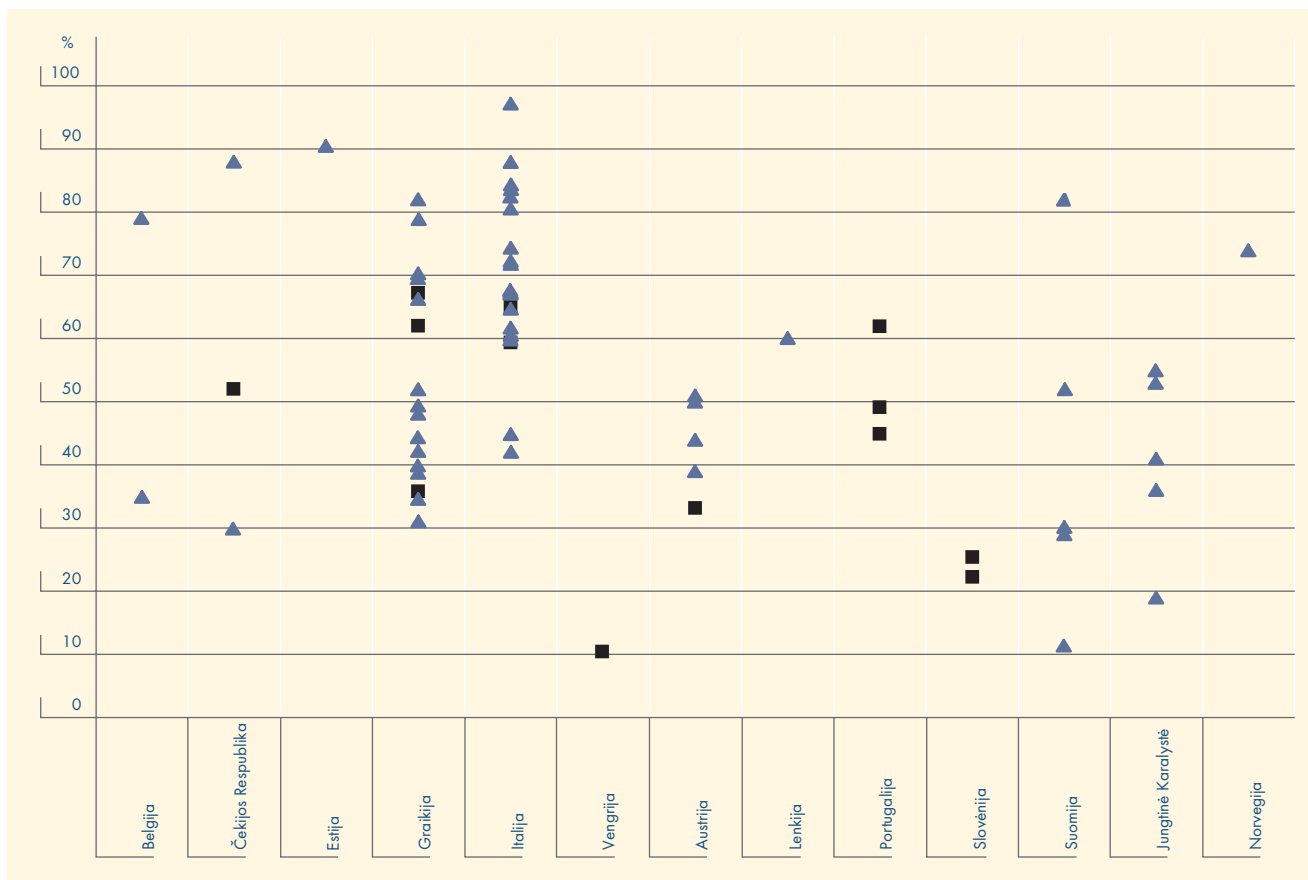
Šaltinis: EuroHIV; duomenys nurodyti iki 2003 m. gruodžio 31 d.

⁽¹²⁷⁾ Žr. lenteles INF-26 ir INF-27 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁸⁾ Žr. pav. INF-1 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹²⁹⁾ Žr. pav. INF-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

16 paveikslėlis: HCV paplitimo mastai tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų pagal nacionalinius ir vietinius tyrimus 2002–2003 m.



NB: Juodas kvadratas = nacionalinės aprėpties imtis; mėlynas kvadratas = vietinės/regioninės aprėpties imtis. Skirtumus tarp šalių reikia interpretuoti atsargiai dėl skirtingos aplinkos ir (arba) tyrimo metodų; nacionalinės imčių strategijos skiriasi. Į Ispanijos ir Portugalijos duomenis ir kai kurias Čekijos Respublikos duomenis įeina taip pat narkomanai, neįvertinantys švirkščiamųjų narkotikų, todėl paplitimo skaičiai tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų gali būti šiek tiek mažesni (kokią imčių dalį sudaro švirkščiamųjų narkotikų neįvertinantys asmenys, nežinoma). Portugalijos, Slovėnijos ir Slovakijos duomenys apsiriboja tik paplitimu tarp tų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų, kurie gydomi, todėl jie gali neatspindėti paplitimo tarp nesigydančių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų. Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (2004 m.). Pirminius šaltinius, tyrimų informaciją ir duomenis iki 2002 m. žr. lentelėje INF-11 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Hepatitis B ir C

Hepatitis C viruso (HCV) antikūnų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų apskritai yra labai didelis, nors esama didelių skirtumų ir vienos šalies viduje, ir tarp skirtingų šalių ⁽¹³⁰⁾. 2002–2003 m. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse paplitimas siekė daugiau kaip 60 % Belgijoje, Estijoje, Graikijoje, Italijoje, Lenkijoje, Portugalijoje ir Norvegijoje, o šis paplitimas buvo mažesnis nei 40 % Belgijos, Čekijos Respublikos, Graikijos, Vengrijos, Austrijos, Slovėnijos, Slovakijos, Suomijos ir Jungtinės Karalystės imtyse (16 paveikslėlis) ⁽¹³¹⁾.

Duomenų apie paplitimo procentą tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (jaunesnių kaip 25 metų) turima tik iš

keleto šalių, o kai kuriais atvejais imtys yra nedidelės. Šalyse, iš kurių yra duomenų, didžiausias paplitimo procentas 2002–2003 m. (per 40 %) tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų buvo nustatytas Graikijos, Austrijos ir Lenkijos imtyse, mažiausias (mažiau kaip 20 %) – Vengrijos, Slovėnijos, Suomijos ir Jungtinės Karalystės imtyse ⁽¹³²⁾. Duomenų apie HCV paplitimo procentą tarp naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (kurie švirkščiasi mažiau nei dvejus metus) yra dar mažiau, bet ir gauti duomenys apie 2002–2003 m. laikotarpį rodo, kad didžiausias paplitimas (per 40 %) yra Belgijos ir Lenkijos imtyse, o mažiausias (mažiau kaip 20 %) Čekijos Respublikos, Graikijos ir Slovėnijos imtyse ⁽¹³³⁾. Pranešti 1992–2003 m. laikotarpio duomenys apie hepatitą C rodo, kad duomenis

⁽¹³⁰⁾ Žr. lenteles INF-2 ir INF-11 2005 m. Statistikos biuletenyje.
⁽¹³¹⁾ Žr. taip pat pav. INF-21 2005 m. Statistikos biuletenyje ir Matheï ir kt., 2005.
⁽¹³²⁾ Žr. lentelę INF-12 2005 m. Statistikos biuletenyje.
⁽¹³³⁾ Žr. lenteles INF-13 ir Pav. INF-7 ir INF-8 2005 m. Statistikos biuletenyje.

pateikusiose šalyse švirkščiamųjų narkotikų vartotojai sudaro didžiąją dalį visų hepatito C atvejų (pranešimai yra daugiausia tik apie diagnozuotus ūmios infekcijos atvejus) (17 paveikslėlis).

Hepatito B viruso (HBV) žymenų paplitimas taip pat labai nevienodas ir toje pačioje šalyje, ir įvairiose šalyse ⁽¹³⁴⁾. Išsamiausi duomenys – apie anti-HBc, o tai rodo tam tikrą senesnę infekciją, o tarp tų, kurių testai neigiami, skiepijimosi galimybes. Nuo 2002 m. iki 2003 m. didesnį kaip 60 % paplitimą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse pranešė Belgija, Estija ir Italija, o mažesnį kaip 30 % paplitimą imtyse pranešė Belgija, Ispanija, Italija, Austrija, Portugalija, Slovėnija, Slovakija ir Jungtinė Karalystė ⁽¹³⁵⁾. Duomenys apie hepatitą B 1992–2003 m. laikotarpiu tose šalyse, iš kurių gauta duomenų, rodo, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis didėja ⁽¹³⁶⁾. Šiaurės šalių regione didžioji dauguma ūmių hepatito B atvejų tenka švirkščiamųjų narkotikų vartotojams, be to, keliose šalyse hepatito B protrūkiškai sutapo su narkotikų švirkštimosi plitimu (Blystad ir kt., 2005).

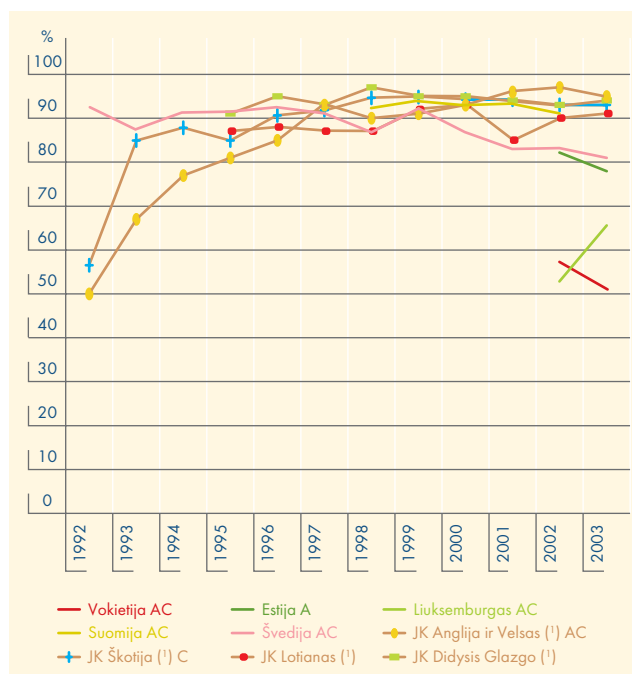
Trumpą kitų infekcinių ligų, susijusių su narkomanija, apžvalgą žr. 2004 m. metinėje ataskaitoje (<http://ar2004.emcdda.eu.int/lt/page074-lt.html>).

Su narkotikais susijusių infekcinių ligų prevencija

Nors nacionalinė įvairių valstybių narių politika skiriasi, nes atspindi jų individualią narkomanijos padėtį ir politinį kontekstą, atsiranda vis daugiau įrodymų, kad Europos lygmeniu prieinama vieningos nuomonės apie pagrindinius veiksmingos kovos su ŽIV ir kitomis infekcinėmis ligomis tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų elementus ⁽¹³⁷⁾.

Tinkamiausios kovos priemonės – geresnė galimybė gauti gydymą nuo narkomanijos (WHO, 2005), žemo slenksčio paslaugų narkomanams tobulinimas, sterilių instrumentų teikimas ir švietimo programos, nors reikia pažymėti, kad šioms įvairioms paslaugoms teikiama reikšmė įvairiose šalyse yra skirtinga. Ypač svarbu, kad švirkščiamųjų opioidų vartotojams būtų pakankamai prieinamos per burną vartojamos priemonės taikant pakaitinį gydymą, nes toks gydymas reikšmingai sumažina didelę ŽIV perdavimo riziką (Gowing ir kt., 2005; Sullivan ir kt., 2005).

17 paveikslėlis: Hepatitu C sergančiųjų procentas tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų 1992–2003 m.



(!) Duomenys nėra nacionalinio lygmens.

NB: A – ūmūs atvejai; AC – ūmūs ir lėtiniai atvejai; C – lėtiniai atvejai. Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Galimybės gauti adatų ir švirkštų

Adatų ir švirkštų keitimo programos (AŠKP) Europos Sąjungoje pradėtos įgyvendinti devintojo dešimtmečio viduryje kaip tiesioginis atsakas į ŽIV epidemijos grėsmę tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, ir greitai paplito dešimtajame dešimtmetyje (18 paveikslėlis). 1993 m. valstybės lėšomis finansuojamos programos jau buvo taikomos daugiau kaip pusėje dabartinių 25 ES valstybių narių ir Norvegijoje. Šiandien adatų ir švirkštų keitimo programos egzistuoja Bulgarijoje, Rumunijoje ir Norvegijoje, taip pat visose ES šalyse, išskyrus Kiprą, tačiau ten sterilių instrumentų galima laisvai gauti vaistinėse, o oficiali adatų ir švirkštų keitimo programa svarstoma ⁽¹³⁸⁾. Pradėjus šalyje taikyti AŠKP, geografinė tokios programos punktų aprėptis paprastai nuolat didėja. Daugelyje šalių tokia programa apima visą teritoriją, o pats svarbiausias tokių programų partneris kai kuriose valstybėse narėse yra vaistinės. Tačiau Švedijoje dvi

⁽¹³⁴⁾ Žr. lenteles INF-3 ir INF-14 ir INF-15 2005 m. Statistikos biuletenyje.

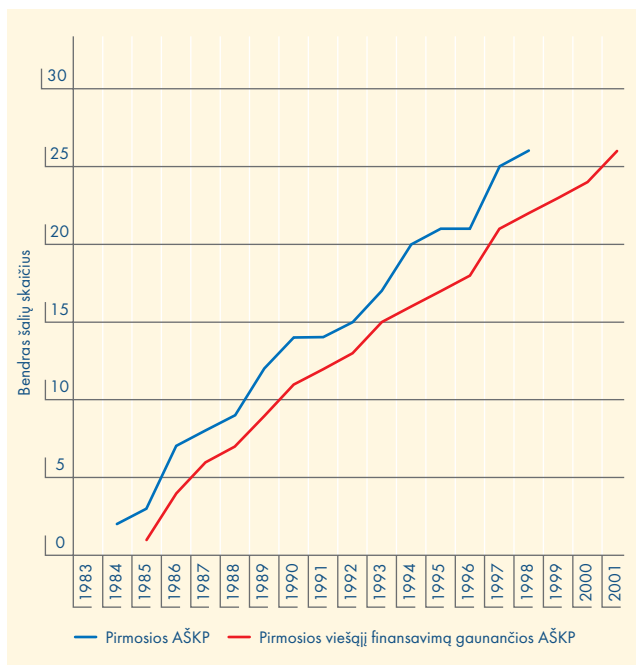
⁽¹³⁵⁾ Žr. lenteles INF-9 ir INF-10, INF-22 ir INF-23 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁶⁾ Žr. pav. INF-14 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹³⁷⁾ Dviejose neseniai įvykusiose konferencijose Europos vyriausybės atstovai patvirtino savo partnerystę kovoje su ŽIV/AIDS ir apibrėžė priemones, stiprinančias jų atsaką šioje srityje (Dublino deklaracija, 2004 m. vasaris, ir Vilniaus deklaracija, 2004 m. rugsėjis). Visus pagrindinius ES dokumentus apie ŽIV/AIDS galima rasti Europos Komisijos visuomenės sveikatos tinklalapyje (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

⁽¹³⁸⁾ Žr. lentelę NSP-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

18 paveikslėlis: Adatų ir švirkštų keitimo programų taikymas 23 ES šalyse, Norvegijoje ir Bulgarijoje



Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004.

programos, pradėtos taikyti 1986 m. šalies pietuose, lieka vienintelės, o Graikijoje tokių programų skaičius labai ribotas, ir jos veikia tik Atėnuose ⁽¹³⁹⁾.

Adatų ir švirkštų keitimo programos ES šalyse ir Norvegijoje paprastai tvirtai integruojamos į žemo slenksčio paslaugas teikiančių agentūrų darbą (žr. langelį „Pastangos padaryti paslaugas prieinamesnes“), paslaugų centro darbą ir benamių globą. Kadangi agentūros, teikiančios lengvai prieinamą pagalbą, sėkmingai pasiekia aktyvių narkomanų populiacijas, jos gali tapti svarbia įstaiga, nuo kurios prasideda kontaktai, prevencija, švietimas ir patarimai, taip pat siuntimas gydytis. Taip pat vis dažniau pripažįstama, kad žemo slenksčio paslaugos narkomanams gali tapti svarbia pagrindinės medicininės priežiūros, tikrinimo dėl infekcinių ligų ir skiepavimo bei antivirusinio gydymo platforma tiems bendruomenės nariams, kuriems dėl įvairiausių priežasčių gali būti sunku pasiekti oficialias sveikatos priežiūros tarnybas.

Adatų ir švirkštų keitimo programos apibūdinamos kaip pagrindinė narkomanų infekcinių ligų prevencijos priemonė šešiolikoje valstybių narių ir Norvegijoje, o dar šešiose šalyse jos yra gana plačiai taikomos; dviejuose

Pastangos padaryti paslaugas prieinamesnes

Pasakymu „žemos slenksčio paslaugos narkomanams“ apibūdinama tokia paslaugų teikimo aplinka, kurioje siekiama, kad narkomanams būtų lengviau prieinamos socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos. Kad agentūrose būtų kuo dažniau lankomasi, jos steigiamos tokiose vietose ir taiko tokias darbo valandas, kurios yra priderintos prie jų klientų poreikių, pavyzdžiui, jos veikia vėlai vakarais ir net naktį. Lengvai prieinamas paslaugas teikiančios agentūros dažnai teikia paslaugas per darbuotojus, kurie patys stengiasi pasiekti narkomanus. Norint pasinaudoti tokių agentūrų paslaugomis, reikia nedaug formalumų, dažnai jos teikiamos nemokamai ir nesiejamos su klientų įsipareigojimu nevartoti arba stengtis nevartoti narkotikų. Tokios agentūros stengiasi pasiekti tuos vartotojus, kurie niekuomet nesikreipė į kitas narkomanijos ir sveikatos priežiūros tarnybas arba prarado su jomis ryšį. Jų paslaugos skirtos pirmiausia „sunkiai pasiekiamoms“ grupėms ir konkrečioms didelės rizikos narkomanų grupėms, taip pat eksperimentuojantiems vartotojams (pavyzdžiui, teikiant tokias paslaugas klubuose, diskotekose ir kitokių susibūrimų aplinkoje). Žemo slenksčio principas gali būti taikomas gatvėse esančioms agentūroms, dienos centrams, į kuriuos lengva užsukti, lauko sveikatos priežiūros stotims bei prieglobsčio namams, skirtiems neatidėliotiniems atvejams. Kadangi tokios agentūros lengvai prieinamos, kompleksinėje globos sistemoje jos vaidina svarbų vaidmenį, stengiantis pasiekti „pasislėpusias“ ar „sunkiai pasiekiamas“ narkomanų populiacijas. Jos ne tik skatina narkotikų vartotojus pradėti gydytis ir išduoda siuntimus, bet dažnai teikia ir „išgyvenimui“ reikalingas paslaugas, pavyzdžiui, maistą, rūbus, pastogę, sterilius švirkštimosi instrumentus ir sveikatos priežiūrą. Tai pagrindinė aplinka, kurioje eksperimentuojantys su narkotikais asmenys arba jau turintys nuo jų priklausomybę narkomanai skatinami rūpintis sveikata, didinamos jų žinios ir įgūdžiai, kaip saugiai vartoti narkotikus. Vis dažniau jos teikia ir gydymo paslaugas.

trečdaliuose ES šalių jos laikomos prioritetu narkomanų infekcinių ligų prevencijos politikoje ⁽¹⁴⁰⁾.

Adatų ir švirkštų keitimo programų veiksmingumo įrodymai

Moksliniai adatų ir švirkštų keitimo programų veiksmingumo ŽIV/AIDS atvejų mažinimui tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tyrimai prasidėjo devintajame dešimtmetyje ⁽¹⁴¹⁾. 2004 m. PSO paskelbtoje literatūros apžvalgoje daroma išvada, jog yra įtikinančių įrodymų, kad sterilių švirkščiamųjų priemonių prieinamumo ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų naudojimosi jomis didinimas reikšmingai

⁽¹³⁹⁾ Žr. „Adatų ir švirkštų prieinamumas“ 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁰⁾ Žr. Nacionalinis atsakas į infekcines ligas ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Žr. pagrindinių tyrimų sąrašą ENNSC tinklalapyje (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

sumažina ŽIV infekciją ir nėra jokių įrodymų apie kokias nors didesnes netikėtas neigiamas pasekmes (WHO, 2004). Tačiau apžvalgoje daroma išvada, kad vien tokių programų nepakanka ŽIV infekcijai tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kontroliuoti ir kad kartu su šiomis programomis turi būti taikomos papildomos priemonės, padedančios kontroliuoti ŽIV infekciją tarp tokių narkomanų ir stabdyti jos plitimą. Apžvelgę adatų ir švirkštų keitimo programų ekonomiškumą, de Wit ir Bos (2004), priėjo prie išvados, kad šios programos yra ekonomiškos ŽIV plitimo prevencijos priemonės, nes jos ne tik mažina ŽIV, bet ir teikia kitokią papildomą ir svarbią naudą, pavyzdžiui, sveikatos priežiūros bei socialinėms tarnyboms padeda užmegzti ryšius su sunkiai pasiekiamomis narkomanų populiacijomis.

Hepatito prevencija

Asmenims, kurie švirkščiasi narkotikus, kyla didelis pavojus užsikrėsti HBV ir HCV, 50–80 % narkomanų užsikrėčia per penkerius metus nuo švirkštimosi pradžios, ir ši infekcija gali tapti lėtine, kuri pažeidžia ir galų gale sunaikina kepenis (ENNSC, 2004b). Nors šiuo metu nėra vakcinų nuo hepatito C, vakcina nuo hepatito B gali veiksmingai užkirsti tam kelią⁽¹⁴²⁾.

Kai kuriose ES šalyse hepatitas B buvo įtrauktas arba pakartotinai įvestas į nacionalines imunizacijos programas per paskutinįjį dešimtmetį, todėl dabar daugumoje ES šalių tokie skiepai įeina į vaikų skiepavimo programą. Kol kas tik Danija, Nyderlandai, Švedija, Jungtinė Karalystė ir Norvegija nesilaiko PSO rekomendacijų⁽¹⁴³⁾.

Nors praeis dar keli dešimtmečiai, kol neliks didesnių rizikos populiacijų, tikslinė narkomanų skiepavimo programa yra dabar įgyvendinama daugumoje ES šalių ir Norvegijoje. Norint pasiekti tikslinę populiaciją, narkomanai skiepjami lengvai prieinamuose pagalbos narkomanams punktuose ir vis dažniau kalėjimuose⁽¹⁴⁴⁾.

Hepatito B imunizacijos kampanijos dažnai vykdomos kartu su skiepimu nuo hepatito A ir konsultacijomis dėl hepatito C viruso, tyrimais ir siuntimu gydytis. Nors nuo hepatito C gydoma visose šalyse, narkomanams toks

gydymas gali būti sunkiai prieinamas. Kadangi oficialios medicininės rekomendacijos laikomos svarbia priemone organizuojant hepatito C gydymą, 2003–2004 m. ENNSC atliko jų analizę⁽¹⁴⁵⁾. Rekomenduojama pradėti gydyti narkomanus, kai jie jau kurį laiką, pavyzdžiui, nuo trijų mėnesių iki dvejų metų, nebevaruoja narkotikų arba stabiliai laikosi pakaitinio gydymo per burną nurodymų. Kuo naujesnės rekomendacijos, tuo dažniau jose atsižvelgiama į tyrimus, kurie rodo didesnę naudą narkomanams, kai hepatologų ir narkomanijos specialistų grupės taiko daugiadisciplininius metodus. Pastaruoju metu išleidžiama vis daugiau nacionalinių gairių, todėl tikėtina, kad narkomanams atsiras geresnių gydymo galimybių, ir jos duos geresnių rezultatų.

Su narkotikais susijusios mirtys

Mirtys nuo heroino

Šioje skiltyje terminu „su narkotikais susijusios mirtys“ vadinamos mirtys, įvykusios tiesiogiai dėl vieno ar kelių narkotikų vartojimo paprastai netrukus po to, kai jie pavartojami. Tokios mirtys dar apibūdinamos kaip „perdozavimai“, „nusinuodijimai“ arba „narkotikų sukeltos mirtys“⁽¹⁴⁶⁾.

Europos Sąjungoje opiatai aptinkami daugeliu atvejų, kai yra pranešama apie įvykusias su narkotikais susijusias mirtis, kurių priežastis – nelegalios medžiagos, nors dažnai toksikologinis tyrimas nustato ir kitas medžiagas, pavyzdžiui, alkoholį, benzodiazepinus, o kai kuriose šalyse – kokainą⁽¹⁴⁷⁾.

1990–2002 m. laikotarpiu ES šalys kiekvienais metais pranešdavo apie 7 000–9 000 mirčių dėl perdozavimo⁽¹⁴⁸⁾, vadinasi, per nurodytą laikotarpį tokių mirčių buvo 100 000. Reikia manyti, kad tai minimalūs skaičiai, nes tikėtina, kad iš daugelio šalių pateikiama ne visa statistika.

Opiatų perdozavimas yra viena iš dažniausiai Europoje pasitaikančių mirties priežasčių tarp jaunimo, ypač tarp vyrų miestuose (ENNSC, 2004c). Šiuo metu perdozavimas

⁽¹⁴²⁾ Daugiau informacijos apie hepatitą žr. ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Pranešimas apie 14-ąją pasaulio patariamąją grupę. Išplėstinė imunizacijos programa, 1991 m. spalio 14–18 d., Antalija, Turkija, kuriai pritarė Pasaulio sveikatos asamblėja 1992 m.

⁽¹⁴⁴⁾ Žr. Skiepavimo nuo hepatito B lentelę (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Rekomendacinis tyrimas apie švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gydymą nuo hepatito C (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Tai yra apibrėžimas, kuriam pritarė ENNSC nacionalinių ekspertų grupė. Žr. metodines pastabas „ENNSC su narkotikais susijusių mirčių apibrėžimas“ („Drug-related death EMCDDA definition“) 2005 m. Statistikos biuletenyje ir DRD standartų protokolą, 3.0 versiją

(<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Daugumos šalių nacionaliniai apibrėžimai šiuo metu yra tokie pat arba gana panašūs į ENNSC

apibrėžimą, nors kai kurios šalys į apibrėžimą tam tikru mastu įtraukia psichoaktyviuosius vaistus ir mirtis ne dėl perdozavimo (žr. „Su narkotikais susijusių mirčių nacionaliniai apibrėžimai“ („National definitions of drug-related deaths“) 2005 m. Statistikos biuletenyje).

⁽¹⁴⁷⁾ Žr. lentelę DRD-1 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁴⁸⁾ Žr. lenteles DRD-2 ir DRD-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

yra pagrindinė mirties priežastis tarp opiatų vartotojų ir visoje Europos Sąjungoje; pavyzdžiui, 2001 m. 15 ES valstybių narių pranešė apie 8 347 su narkotikais susijusias mirtis, palyginti su 1 633 mirtimis dėl AIDS tarp narkotikų vartotojų (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, nors nereikėtų pamiršti sąnaudų ir ilgalaikių ŽIV infekcijų problemų.

Dažniausiai, t. y. 60–100 % visų atvejų, perdozuoja vyrai, o daugumoje šalių vyrų dalis sudaro nuo 75 iki 90 %. Daugumos perdozavimo aukų amžius – nuo 20 iki 40 metų, vidutinis amžius – apie 35 metai (amžiaus intervalas nuo 22–45 metų). Vidutinis amžius mažiausias kai kuriose naujose valstybėse narėse (Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje) ir Rumunijoje daugelyje iš jų perdozavimo aukų jaunesnių nei 25 metai dalis yra gana didelė galbūt dėl to, kad šiose šalyse heroino vartotojai yra jaunesni ⁽¹⁵⁰⁾.

Mirtys nuo metadono

Keletas šalių 2004 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose nurodė, kad dažnai su narkotikais susijusių mirčių atvejais buvo rasta metadono. Informacija pateikiama nacionaliniais terminais, ir kartais sunku tiksliai pasakyti, kokį vaidmenį metadonas suvaidino šių mirčių atvejais; kartais tai yra tikrai apsinuodijimas metadonu, bet kitais atvejais randama tik šios medžiagos pėdsakų. Danija nurodė, kad metadono rasta 49 % su narkotikais susijusių mirčių (97 atvejai iš 198, iš kurių 64 atvejais rastas tik metadonas). Vokietija nurodė, kad 23 % atvejų buvo priskirti „pakaitinėms medžiagoms“, iš jų 3 % atvejų buvo vien tik tokios medžiagos (55 atvejai), o 20 % kartu su alkoholiu ir narkotikais (354 atvejai), o 2002 m. tokie atvejai sudarė iš viso 30 % (7 % vien pakaitinės medžiagos ir 23 % kartu su kitomis medžiagomis). Jungtinė Karalystė nurodė 418 atvejų, kuriais yra „minimas“ metadonas, nors tai nereiškia, kad jis buvo mirties priežastis. Kitos šalys retai praneša apie nustatytą metadoną su narkotikais susijusių mirčių atvejais: Prancūzija (aštuoniais atvejais vien metadonas arba su kita medžiaga), Austrija (10 % mirčių), Portugalija (metadoną aptiko 3 % atvejų) ir Slovėnija (keturios mirtys dėl metadono). 2003 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose Airija ir Norvegija taip pat nurodė didelį skaičių atvejų, siejamų su metadonu.

Kaip ir visi opiatai, metadonas yra stipraus poveikio toksinė medžiaga, bet tyrimai rodo, kad pakaitinis gydymas sumažina mirčių dėl perdozavimo riziką programos

dalyviams. Keliuose tyrimuose nurodyta, kad mirtys, kurių priežastis – metadonas, tikriausiai įvyko dėl neteisėto jo vartojimo, o ne dėl gydytojų paskirto vartojimo, kituose tyrimuose nustatyta, kad rizika pradiniuose metadonu palaikomojo gydymo etapuose yra didesnė. Tokie faktai rodo, kad reikia užtikrinti gerus pakaitinių programų kokybės standartus.

Mirtys nuo fentanilio ir buprenorfino

Pastaraisiais metais Baltijos šalys pranešė apie keletą mirčių, kurių toksikologinis tyrimas nustatė fentanilį, dažnai kartu su heroinu. Švedija nacionalinėje ataskaitoje nurodė 13 švirkščiamųjų narkotikų vartotojų mirčių, susijusių su fentaniliu, kurios įvyko 2003 m., o ankstesniais metais tokie atvejai buvo retesni. Informaciją apie buprenorfino vaidmenį su narkotikais susijusių mirčių atvejais žr. pasirinktoje temoje apie buprenorfiną.

Su narkotikais susijusių staigių mirčių tendencijos

Su narkotikais susijusių mirčių tendencijos įvairiose šalyse ir netgi įvairiuose regionuose yra skirtingos ⁽¹⁵¹⁾, kadangi skiriasi heroino epidemijos eiga, jo vartojimo paplitimas, su rizika susijęs elgesys (pavyzdžiui, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis, vartojimas iš karto kelių narkotikų), narkomanų gydymo galimybės ir paslaugos ir galbūt heroino prieinamumas bei jo charakteristikos. Svarbų vaidmenį gali vaidinti medicinos paslaugų teikimo neatidėliotinis atvejais organizavimo ir politikos skirtumai.

Turint tai galvoje, galima nustatyti kai kurias bendras tendencijas Europos Sąjungoje, ypač 15 ES senųjų valstybių narių, kur yra surinkta sistemingesnių duomenų per ilgesnį laikotarpį. Apskritai devintajame dešimtmetyje ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje buvo pastebimas su narkotikais susijusių mirčių ryškus padaugėjimas. 1990–2000 m. laikotarpiu, nepaisant sumažėjimo kai kuriose šalyse, bendra didėjimo tendencija Europoje tęsėsi, nors ir ne taip sparčiai. 2000 m. buvo pranešta apie 8 930 mirčių, palyginti su 6 426 mirtimis 1990 m. (40 % padidėjimas) ⁽¹⁵²⁾. Valstybėse narėse, kurios turi duomenų per ilgesnį laiką, galima pastebėti perdozavimo aukų senėjimo tendenciją, tai liudija apie „atitinkamos narkomanų grupės senėjimo efektą“, kurį galima sieti su tuo, kad mažėja jaunų narkomanų pritraukimas (19 paveikslėlis).

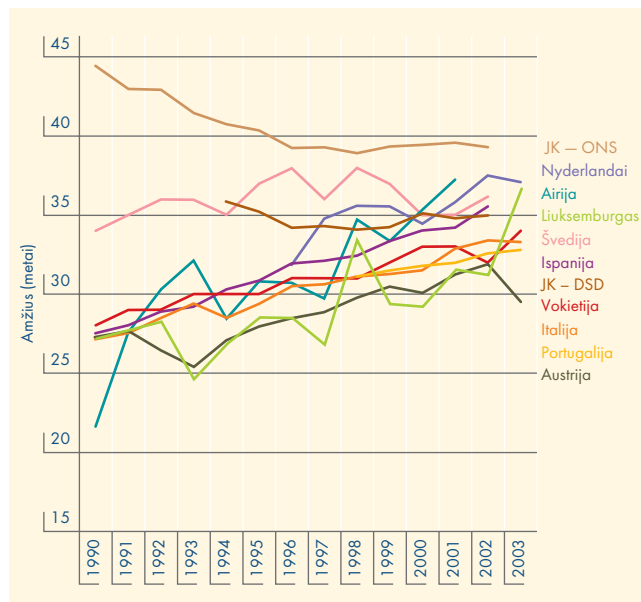
⁽¹⁴⁹⁾ Šis AIDS mirčių skaičius atspindi PSO Europos vakarines sritis, ir į jį įeina mirtys, įvykusios kai kuriose ES nepriklausančiose šalyse, pavyzdžiui, Šveicarijoje, Islandijoje ir Izraelyje.

⁽¹⁵⁰⁾ Žr. pav. DRD-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵¹⁾ Žr. pav. DRD-7 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵²⁾ Žr. pav. DRD-8 2005 m. Statistikos biuletenyje.

19 paveikslėlis: Su narkotikais susijusių staigių mirčių aukų vidutinio amžiaus tendencijos kai kuriose ES-15 valstybėse narėse, 1990–2001–2003 m.



NB: Skaičius atspindi duomenis iš tų šalių, kurios daugumoje metinių ataskaitų nurodė vidutinį aukų amžių per atskaitinį laikotarpį. Informacija paremta „nacionaliniais apibrėžimais“, pateiktais lentelėje DRD-6 2005 m. Statistikos biuletenyje. Anglijoje ir Velse taikomas „kovos su narkotikais strategijos apibrėžimas“.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal nacionalinius mirčių registrus arba specialius (teismų ar policijos) registrus.

Tačiau nuo 2000 m. daugelis ES šalių praneša, jog su narkotikais susijusių mirčių mažėja. Visose 15 ES valstybių narių ir Norvegijoje bendras skaičius nukrito nuo 8 930 atvejų 2000 m. iki 8 394 – 2001 m. (6 % sumažėjimas) ir iki 7 122 atvejų 2002 m. ⁽¹⁵³⁾ (dar 15 % sumažėjimas). Duomenis apie 2003 m. pateikė tik 10 šalių, todėl išvadas apie ES tendencijas reikėtų daryti atsargiai. Tačiau remiantis tų 10 šalių duomenimis, 2003 m. buvo nustatytas 5 % sumažėjimas, taigi, jis sudarė tik trečdalį to sumažėjimo, kuris buvo 2002 m. Iš dešimties 2003 m. informaciją suteikusių šalių trys šalys nurodė padidėjimą, viena nurodė nebuvus jokių pokyčių, o šešios nurodė sumažėjimą, iš jų sumažėjimą Graikijoje (22 %) ir Italijoje (17 %) galima laikyti reikšmingu ⁽¹⁵⁴⁾. Šie duomenys turėtų kelti rimtą susirūpinimą, nes, galimas dalykas, veiksniai, dėl kurių sumažėjo su narkotikais susijusių mirčių 2000–2002 m. laikotarpiu (beveik 20 %), neteko reikšmės 2003 m.; tai yra ypač svarbu, nes su narkotikais susijusių mirčių vis dar daug – beveik tiek pat kaip ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje (20 paveikslėlis).

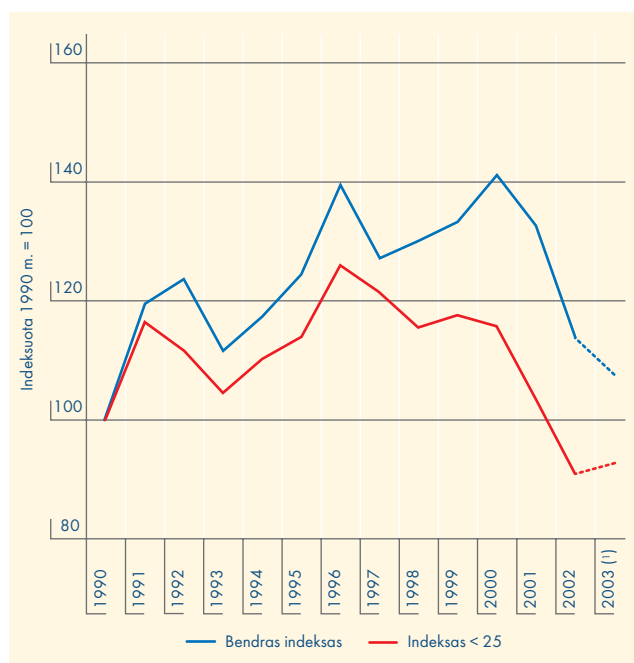
⁽¹⁵³⁾ 2002 m. Belgijos ir Airijos duomenys neįskaičiuoti (2001 m. Airijoje buvo 88 atvejai).

⁽¹⁵⁴⁾ Remiantis paprastu statistiniu Poisson modeliu. Norvegijos policijos duomenys taip pat rodo aiškų sumažėjimą 2003 m.

⁽¹⁵⁵⁾ Žr. pav. DRD-9 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁶⁾ Žr. pav. DRD-6 2005 m. Statistikos biuletenyje.

20 paveikslėlis: Bendra su narkotikais susijusių staigių mirčių tendencija ES-15 valstybėse narėse ir su narkotikais susijusių mirčių aukų, jaunesnių kaip 25 metų, dalies kitimo tendencija 1990–2003 m.



(¹) 2003 m. skaičius yra preliminarus, kadangi tik dešimt šalių pateikė duomenis apie 2003 m. 2003 m. skaičius atspindi tas šalis, kurios pateikė duomenis 2002 m. ir 2003 m.

NB: Indeksas: 1990 m. = 100. Skaičiai pagal šalis ir metus pateikti lentelėje DRD-2 (i ir v dalys) 2005 m. Statistikos biuletenyje. Belgija duomenų nepateikė apie 1998–2001 m., o Airija apie 2002 m. Šiuo atveju duomenų koregavimui taikytas apskaičiavimo metodas apibrėžtas ENNSC (2001).

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal nacionalinius mirčių registrus ir specialiuosius (teismų ir policijos) registrus, kurie remiasi nacionaliniais apibrėžimais, pateiktais lentelėje DRD-6 2005 m. Statistikos biuletenyje.

Apskritai su narkotikais susijusių mirčių tarp jaunesnių kaip 25 metų asmenų gana nuosekliai mažėjo nuo 1996 m. galbūt dėl to, kad mažėjo jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (19 ir 20 pav.), ir ši mažėjimo ar stabilumo tendencija pastebima daugelyje ES-15 valstybių narių, išskyrus Prancūziją, Švediją ir Norvegiją. Tačiau keliuose naujose valstybėse narėse nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio iki 2000–2002 m. jaunesnių kaip 25 metų aukų dalis aiškiai didėjo, o tai reiškia, kad daugiau pritraukiama jaunų vartotojų ⁽¹⁵⁵⁾. Be to, 15 valstybių narių ES lygmeniu sumažėjimas nuo 2000 m. vyksta daugiausia tarp vyrų (21,9 % sumažėjimas). Tarp moterų sumažėjimas daug mažesnis (14,5 %), o 2003 m., priešingai nei tarp vyrų, sumažėjimo tendencija atrodo pakrypo į kitą pusę ⁽¹⁵⁶⁾.

Nustatyti tendencijas naujose valstybėse narėse sunku dėl informacijos trūkumo. Nors padėtis įvairiose šalyse skirtinga, turima informacija rodo, kad su narkotikais susijusių mirčių aiškiai gausėjo nuo dešimtojo dešimtmečio pradžios iki vidurio. Daugumoje informaciją pateikusių šalių nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio iki 1999–2000 m. padidėjo jaunesnių nei 25 metų aukų dalis ⁽¹⁵⁷⁾. Tose naujosiose valstybėse narėse, iš kurių yra gauta duomenų, jaunesnių kaip 25 metų aukų skaičius nuo 1996 m. iki pastarojo meto (21 paveikslėlis), išaugo daug daugiau nei bendras mirčių skaičius, o tai liudija apie neseniai prasidėjusių epidemijų. Nuo 2000 m. mirtys nuo nelegalių medžiagų stabilizavosi arba sumažėjo Bulgarijoje, Čekijos Respublikoje ⁽¹⁵⁸⁾, Latvijoje (2003 m.) ir Vengrijoje. Apskritai pastaraisiais metais atrodo, kad padėtis šiek tiek stabilizavosi, bet į tai reikia žiūrėti atsargiai, nes pranešimų kokybė ir aprėptis daugelyje šalių dar yra nepakankama. Įmanoma, kad heroino vartojimo padidėjimą, kuris įvyko dešimtajame dešimtmetyje daugelyje naujų valstybių narių, kompensavo daugiau atsiradusių gydymo paslaugų pastaraisiais metais ir galbūt kiti veiksniai, bet būsimąsias tendencijas numatyti sunku (21 paveikslėlis).

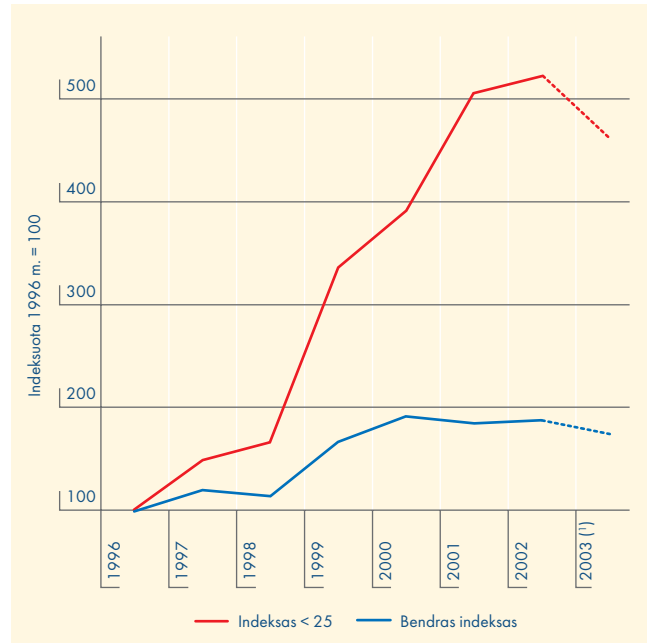
Galima daryti išvadą, kad, nepaisant teigiamų poslinkių 2000–2002 m., kurie galbūt yra susiję su opiatų vartotojų atsisakymu švirkštis narkotikus daugelyje šalių ir geresnėmis gydymosi galimybėmis ir galbūt su opiatų vartotojų skaičiaus stabilizavimusi ar sumažėjimu, dabartiniai skaičiai vis dar dideli, žvelgiant iš ilgalaikės perspektyvos, ir yra požymių, kad pagerėjimas netrukus baigsis.

Bendras mirtingumas tarp opiatų vartotojų

Opiatų vartotojų bendras mirtingumas iki 20 kartų ar net daugiau lenkia kitų to paties amžiaus asmenų mirtingumą. Toks didelis mirtingumas ypač būdingas švirkščiamųjų narkotikų vartotojams. Nors priklausomybės nuo opiatų paplitimas nėra didelis, jos įtaka jaunų suaugusiųjų mirtingumui Europoje yra gana reikšminga (Bargagli ir kt., 2004).

Mirčių priežastys tarp opiatų vartotojų nėra vien tik perdozavimas, bet taip pat AIDS ir kitos infekcinės ligos bei išorinės mirties priežastys (nelaimingi atsitikimai, smurtas, savižudybės ir t. t.). Pagrindinė mirties priežastis tarp narkomanų, tarp kurių ŽIV infekcija nėra plačiai paplitusi, yra perdozavimas. Mirčių nuo AIDS pastaraisiais metais

21 paveikslėlis: Bendra su narkotikais susijusių staigių mirčių tendencija naujosiose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse ir aukų, jaunesnių kaip 25 metų, dalies kitimo tendencija, 1996–2003 m.



(*) 2003 m. skaičius preliminarus.
 NB: Skaičiai pateikti iš šių šalių: Čekijos Respublikos, Estijos, Latvijos, Lietuvos, Vengrijos, Maltos, Slovėnijos ir Bulgarijos.
 Indeksas: 1996 = 100. Skaičiai pagal šalis ir metus pateikti lentelėje DRD-2 (ii dalis) 2005 m. Statistikos biuletenyje.
 Svarbu nepamiršti, kad indeksas apskaičiuotas pagal nedidelio skaičiaus šalių duomenis. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad Čekijos Respublikos ir Estijos jaunesnės kaip 25 metų aukos sudaro gana didelę visų tokių aukų dalį.
 Estija nepateikė duomenų apie 1996 m. ir 2003 m., Vengrija apie 2002 m., o Čekijos Respublika apie laikotarpį nuo 1996 m. iki 2000 m. Apskaičiavimo metodas aprašytas ENNSC (2001).
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2004), parengtos pagal nacionalinius mirčių registrus ir specialiuosius (teismų ir policijos) registrus, kurie remiasi nacionaliniais apibrėžimais, pateiktai lentelėje DRD-6 2005 m. Statistikos biuletenyje.

žymiai sumažėjo net tarp narkomanų, tarp kurių ŽIV infekcija yra labai paplitusi, nuo 1995 m. atsiradus HAART gydymui (žr. anksčiau pateiktus bendrus skaičius Europoje) ⁽¹⁵⁹⁾.

Opiatų vartotojams senstant, jų mirtingumas didėja, nes prie mirčių nuo perdozavimo ir išorinių priežasčių, tokių kaip savižudybės ir smurtas, prisideda mirtys nuo lėtinių ligų (tokių kaip vėžys, kvėpavimo takų ligos, endokarditas, AIDS) (Olandijos nacionalinė ataskaita).

Be to, gyvenimo sąlygos ir kiti veiksniai, ne tik narkomanija kaip tokia (namų neturėjimas, protinės ligos, smurtas, bloga mityba ir t. t.) taip pat gali labai prisidėti prie didelio

⁽¹⁵⁷⁾ Žr. pav. DRD-9 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁵⁸⁾ Atsižvelgiant tik į atvejus, aprašytus ENNSC „Rinkiny D“, į kurį įeina nelegalūs narkotikai. Pagal nacionalinį apibrėžimą čia įeina daug atvejų dėl psichoaktyviųjų vaistų (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Narkomanų mirtingumas Europos Sąjungoje: naujų narkomanų tyrimų, tolesnių priemonių ir esamų narkomanų analizių bei naujų metodų kūrimo koordinavimas ir jų rezultatai. ENNSC pranešimas CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

narkomanų mirtingumo. Tyrimai rodo, kad mirtingumas tarp psichikos ligonių yra keturis kartus didesnis nei tarp visų gyventojų (Korkeila, 2000), o tarp benamių nuo trijų iki keturių kartų didesnis (Hwang, 2001).

Su narkotikais susijusių mirčių mažinimas

Atsako politika

2000–2004 m. ES politikos siekiui žymiai sumažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių pritarė dauguma valstybių narių. Aštuonios iš 15 ES valstybių narių (Vokietija, Graikija, Ispanija, Airija, Liuksemburgas, Portugalija, Suomija ir Jungtinė Karalystė) ir keturios naujosios ES šalys (Kipras, Latvija, Lietuva ir Lenkija) su narkotikais susijusių mirčių mažinimą įtraukė į savo nacionalinės strategijos dokumentus⁽¹⁶⁰⁾. Tačiau tai, kad kai kurios naujosios valstybės narės neturi patikimos informacijos apie su narkotikais susijusių mirčių skaičių, yra didelė kliūtis tinkamai atsako politikai sukurti.

Naujojoje ES kovos su narkotikais strategijoje (2005–2012 m.) labai svarbus prioritetas skiriamas galimybėms gauti paslaugas, kurios mažintų sergamumą ir mirtingumą, susijusį su priklausomybe nuo narkotikų, o su narkotikais susijusių mirčių skaičius pirmajame ketverių metų veiksmų plane (2005–2008 m.) yra laikomas vienu iš pagrindinių pažangos link šio tikslo rodiklių⁽¹⁶¹⁾.

Intervencijos

Viena svarbiausių intervencijų, kuri gali padaryti įtaką su narkotikais susijusių mirčių skaičiui, yra tinkamas gydymas, ypač pakaitinis gydymas (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal ir kt., 2005). Devintajame ir dar labiau dešimtajame dešimtmetyje pakaitinis gydymas greitai paplito Europoje, ypač tose ES valstybėse narėse, kur plačiai paplitęs heroino švirkštimas. Šiuo metu daugiau kaip pusė milijono heroino vartotojų Europos Sąjungoje – o tai sudaro nuo vieno ketvirtadalis iki pusės tikslinės heroino vartotojų grupės – dalyvauja pakaitinio gydymo programose.

Šalyse, kur daugiau kaip pusė narkomanų taikomas pakaitinis gydymas, tikėtina, kad narkotikų švirkštimas ir su tokia rizika susijęs elgesys mažės, vadinasi, mažės mirčių dėl perdozavimo.

2003 m. Europos Vadovų Taryba rekomendavo ES valstybėms narėms keletą priemonių, skirtų su narkotikais susijusių mirčių skaičiui mažinti⁽¹⁶²⁾. Be gydymo nuo narkomanijos, į šias priemones įeina švietimo gerinimas,

informacijos apie perdozavimo riziką platinimas tarp narkomanų, jų bendraamžių ir šeimų valdymas, aktyvios paslaugų centro strategijos, kuriomis stengiamasi pasiekti tuos, kurie neturi ryšio su paslaugomis, ir lengvai pasiekiamos, patrauklios paslaugos narkomanams. Komisija atidžiai vertina šios rekomendacijos įgyvendinimą ir jos rezultatus; ataskaitos laukiama 2006 m.

Demografinė aukų nuo perdozavimo charakteristika rodo, kad didesnė mirties nuo narkotikų perdozavimo rizika kyla nesigydančioms senesniems heroino vartotojams. Speciali veiksminga priemonė, padedanti pasiekti šią prioritetinę grupę, – prižiūrimų narkotikų vartojimo vietų steigimas⁽¹⁶³⁾. Šiuo metu tokios paslaugos veikia penkiolikoje Vokietijos ir Olandijos miestų, taip pat Madride, Barselonoje ir Bilbao (Ispanija) bei Osle (Norvegija).

Opiatų vartotojų gydymas

Paprastai opiatų vartojančių narkomanų gydymo galimybes galima suskirstyti į tris kategorijas: gydymas vaistais, gydymas be vaistų ir abstinencijos gydymas (pastarasis čia nebus aptariamas). Tačiau spręsti priklausomybės ir atpratimo nuo narkotikų klausimus – tai tik vienas sėkmingo opiatų vartotojų gydymo aspektų. Padėti asmeniui vėl tapti visuomenės dalimi per socialinę integraciją, t. y. rasti darbą ir saugų būstą, įgyti būtinius socialinius ir išgyvenimo įgūdžius, kurie leistų išvengti atkryčio, yra lygiai taip pat svarbu, norint užtikrinti ilgalaikį teigiamą rezultatą. Daugelyje tyrimų pastebima, kad opiatų vartojantys narkomanai dažnai gydosi ir kad terapijos tikslai, ypač visiškas narkotikų nebevarojimas, nebūtinai pasiekiami pirmą kartą asmeniui susidūrus su gydymu, bet gali būti pasiekti per pakartotines terapijos intervencijas.

Gydymas vaistais

Į gydymą vaistais įeina pakaitinis gydymas agonistais (metadonu, buprenorfinu, dihidrokodeinu, heroinu, lėtai išsiskiriančiu morfinu) ir, nors ir ne taip plačiai taikomas, gydymas antagonistais (pavyzdžiui, naltreksonu).

Metadonas yra prieinamas beveik visose valstybėse narėse (žr. 3 lentelę) ir vis dar plačiai skiriamas kaip pakaitinis gydymas Europoje. Tačiau pastaraisiais metais gydymo galimybių atsirado daugiau. Buprenorfinas dabar prieinamas 18 iš 26 šalių, iš kurių gaunama informacijos.

⁽¹⁶⁰⁾ Žr. apžvalginę lentelę: Su narkotikais susijusių mirčių mažinimo strategijos ir priemonės (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10697>).

⁽¹⁶¹⁾ Žr. ES kovos su narkotikais strategija 2005–2012 m. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

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

⁽¹⁶³⁾ Europos pranešimas apie narkotikų vartojimui skirtas patalpas (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

3 lentelė: Gydimui vaistais taikomos medžiagos Europoje (įskaitant tyrimus)

Šalis	Metadonas	Buprenorfinas	Dihidrokodeinas	Lėto veikimo morfijus	Heroinas	Naltreksonas/ naloksonas	Klonidinas
Belgija	X	X	X			X	X
Čekijos Respublika	X	X					
Danija	X	X					
Vokietija	X	X	X		X	X	
Estija	X	X					
Graikija	X	X				X	
Ispanija	X	X			X		
Prancūzija	X	X		X			
Airija	X						
Italija	X	X				X	X
Kipras							
Latvija	X						
Lietuva	X	X				X	
Liuksemburgas	X	X		X			
Vengrija	X						
Malta	X		X			X	X
Nyderlandai	X	X			X	X	X
Austrija	X	X	X	X			
Lenkija	X						
Portugalija	X	X				X	X
Slovėnija	X						
Suomija	X	X					
Švedija	X	X					
Jungtinė Karalystė	X	X	X		X	X	X
Bulgarija	X			X			
Rumunija	X						
Norvegija	X	X					

Pastaba: Apie Slovakiją ir Turkiją informacijos nėra.

Šaltinis: Standartinė su narkotikais susijusio gydymo prieinamumo lentelė.

Gydytas kitais agonistais kaip ir antagonistais (naltreksonu, naloksonu ir klonidinu) Europos Sąjungoje taikomas rečiau. Šiuo metu Belgijoje tiriamas kontroliuojamo heroino skyrimo tikslingumas, o Austrija jau gavo ekspertų nuomonę apie opiatus vartojančių narkomanų gydymą heroinu, kuri paremta taikomų tarptautinių programų rezultatais.

Paskutiniai skaičiai rodo, kad 2003 m. specializuotuose Europos Sąjungos gydymo įstaigose pakaitinis gydymas buvo taikomas daugiau kaip 450 000 asmenų (4 lentelė), iš kurių daugiau kaip 90 % gavo metadoną. Be to, dar

buvo besigydančiųjų, kuriems buvo taikomas kitoks pakaitinis gydymas (dihidrokodeinu, lėtai išsiskiriančiu morfinu ar heroinu), ir dar tokių asmenų, kuriems pakaitinį gydymą taikė, pavyzdžiui, bendrosios praktikos gydytojai. Deja, daugelyje valstybių narių šiuo metu patikimų duomenų apie šiuos pakaitinio gydymo aspektus nėra, ir todėl negalima nustatyti suvestinių visos ES skaičių.

Tačiau kai kurios šalys turi tikslius arba apytikriai įvertintus duomenis apie pakaitinį gydymą, kurį asmenims skiria bendrosios praktikos gydytojai, ir tokiu būdu pateikia svarbią informaciją apie tai, kokiam asmenų skaičiui

4 lentelė: Pakaitinį gydymą gaunančių asmenų skaičius Europoje 2003 m.

Šalis	Metadonu gydomi asmenys specializuotose įstaigose	Buprenorfinu gydomi asmenys specializuotose įstaigose	Bendras pakaitinį gydymą gaunančių asmenų skaičius specializuotose įstaigose
Belgija	1 922	48	1 970
Čekijos Respublika	368	204	572
Danija	4 971	484	5 455
Vokietija	65 000	9 000	74 000
Estija	60	13	73
Graikija	2 018	275	2 293
Ispanija	88 678	36	88 714
Prancūzija	15 000	13 000	28 000
Airija ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Italija	79 065	7 113	86 178
Kipras	0	0	0
Latvija	67	0	67
Lietuva	332	n. d.	332
Liuksemburgas	133	10	143
Vengrija	750	0	750
Malta	698	0	698
Nyderlandai	12 000	n. d.	12 000
Austrija ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Lenkija	865	0	865
Portugalija	9 765	2 743	12 508
Slovėnija	1 909	0	1 909
Suomija	170	430	600
Švedija	800	1 300	2 100
Jungtinė Karalystė	128 000	n. d.	128 000
Bulgarija	380	0	380
Rumunija	400	0	400
Norvegija	1 947	484	2 431
Iš viso ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽³⁾

⁽¹⁾ Tai yra atvejų skaičius, o ne gydytų per metus asmenų skaičius.

⁽²⁾ Austrijoje apie 46 % besigydančių asmenų gauna kitokį pakaitinį gydymą, o ne gydymą metadonu ar buprenorfinu, ir toks gydymas čia įskaičiuotas, kad bendras skaičius būtų teisingas. Suskirstymas pagal gydymo pobūdį pateiktas pagal pirmąjį gydymą.

⁽³⁾ Didesnis bendras skaičius yra dėl to, kad į jį įeina 2950 pakaitinį gydymą Austrijoje gaunančių asmenų, kuriems taikomos kitos medžiagos (daugiausia lėtai išsiskiriantis morfinas), o ne metadonas ar buprenorfinas.

⁽⁴⁾ n. d. = nėra duomenų. Apskaičiuojant bendrą skaičių, „nėra informacijos“ žymima 0, ir todėl pateikti skaičiai – tai tik minimalūs skaičiai.

Pastaba: Jokios informacijos nėra apie Slovakiją ir Turkiją.

Šaltinis: Standartinė su narkotikais susijusio gydymo prieinamumo lentelė.

Europos Sąjungoje yra taikomas pakaitinis gydymas. Asmenų, kuriems gydymą metadonu skiria bendrosios praktikos gydytojai, 2003 m. Prancūzijoje buvo 8 500, Airijoje – 2 682, Liuksemburge – 851 ir Nyderlanduose – 930. Be to, Čekijos Respublikoje ir Prancūzijoje bendrosios praktikos gydytojai gydymą buprenorfinu atitinkamai skyrė

1 200 ir 70 000 asmenų. Manoma, kad šiose penkiose šalyse bendrosios praktikos gydytojai pakaitinį gydymą skyrė iš viso 81 743 asmenims. Turint galvoje, kad specializuotose įstaigose pakaitinį gydymą gauna 450 000 asmenys, bendras asmenų, gaunančių pakaitinį gydymą, skaičius dabar jau peršoko pusę milijono ir

siekia 530 000. Bet kadangi informacija yra neišsami, 530 000 yra tik minimalus apytikris pakaitinį gydymą gaunančių narkomanų skaičius.

Pakaitinio gydymo prieinamumas labai skiriasi tarp 15 ES senųjų ir ES naujųjų valstybių narių bei šalių kandidačių. Nors naujųjų valstybių narių gyventojų skaičius sudaro daugiau kaip 20 % visų ES gyventojų, asmenys, kuriems taikomas pakaitinis gydymas, naujosiose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse sudaro tik 1,3 % visų pakaitinį gydymą gaunančių ES asmenų (neįskaičiuojant Turkijos, kur duomenų apie pakaitinį gydymą nėra). Iš naujų valstybių narių, tik Čekijos Respublika ir Slovėnija, teikia duomenis apie narkomanijos paplitimą, ir abiejose šiose šalyse pakaitinis gydymas prieinamas mažesnei daliai narkomanų (atitinkamai 16 % ir 26 %) nei 15 ES valstybių narių vidurkis (35 %). Nepaisant to, kad kitose naujosiose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse trūksta duomenų apie narkomanijos paplitimą, vis tiek galima teigti, kad pakaitinio gydymo lygis jose labai atsilieka nuo pakaitinio gydymo lygio ES-15 valstybių narių. Turint galvoje didelę infekcinių ligų paplitimo riziką kai kuriose šalyse ir prevencinį vaidmenį, kurį gali suvaidinti gydymas vaistais mažinant infekcinių ligų paplitimą (žr., pavyzdžiui, UNODC, 2002), tokia padėtis tikrai kelia susirūpinimą.

Pastaraisiais metais pastebimos dvi ryškiai išsiskiriančios gydymo vaistais tendencijos. Pirmoji – tolesnis pakaitinio gydymo prieinamumo didinimas, nors jis tampa nebe toks ryškus. Skiriamų medžiagų įvairovės didėjimas, pavyzdžiui, šalių, kuriose skiriamas buprenorfinas, skaičius padidėjo nuo šešių 1999–2000 m. iki 14 2003 m.

Trečioji tendencija, nors ir mažiau ryški, – bendrosios praktikos gydytojų dalyvavimas gydant vaistais. 2000–2001 m. tik trys iš 15 valstybių narių (Belgija, Prancūzija, JK) pranešė apie bendrosios praktikos gydytojų dalyvavimą (Solberg ir kt., 2002), šiuo metu šis reiškinys pastebimas dešimtyje 15 ES valstybių narių (Belgijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Italijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Austrijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje), taip pat trijose naujosiose valstybėse narėse (Čekijos Respublikoje, Maltoje ir Slovėnijoje).

Gydymas be vaistų

Gydymas be vaistų – tai psichosocialinių ir švietimo metodų taikymas siekiant ilgalaikės abstinencijos nuo narkotikų. Tradiciškai gydymas be vaistų būdavo taikomas ilgą laiką tam tikrose institucijose, pavyzdžiui, gydymo įstaigose.

Šiuo metu jis taip pat dažnai taikomas bendruomenių centruose.

Skirtingai nuo gydymo vaistais, kur daugelis valstybių narių turi centralizuotus nacionalinius registrus, gydymo be vaistų registrai yra retas dalykas, ir todėl apie šį gydymo metodą patikimų, aiškių ir kiekybiškai įvertintų duomenų yra nedaug. Nors šio gydymo duomenų negalima tiksliai palyginti su gydymo vaistais duomenimis, valstybių narių pranešimuose nurodoma, kad daugumoje valstybių narių ir bendrai ES lygmeniu gydymas vaistais yra pagrindinė gydymo forma, taikoma opiatų vartojantiems narkomanams. Tačiau kai kurios šalys nurodo, kad pirmenybė apskritai yra teikiama ne gydymui vaistais, o gydymui be vaistų (Estija, Kipras, Lietuva, Lenkija ir Suomija). Kai kuriose šalyse, visų pirma Graikijoje, Ispanijoje ir Norvegijoje, gydymo vaistais ir gydymo be vaistų taikymo lygiai yra panašūs.

Nauji kokybės užtikrinimo poslinkiai

Keletas šalių (Vokietija, Austrija ir Portugalija) išleido vadovus, skirtus medicinos darbuotojams, kurie gydo nuo narkomanijos. Pastangos, taikomos pagal Jungtinės Karalystės vyriausybės kovos su narkomanija strategiją, rodo, kad investuojant į biudžetą, organizavimą, stebėseną ir personalą, galima sumažinti gydymo laukiančiųjų eiles, ir gydymas gali tapti prieinamas didesniai narkomanų skaičiui bei tęsiamas ilgesnį laiką. Anglijoje 2003–2004 m. kontaktus su narkomanijos gydymo tarnybomis palaikė 41 % daugiau narkomanų nei 1998–1999 m., o gydymo laukimo laikas nuo 2001 m. sumažėjo dviem trečdaliais. 2003–2004 m. 72 % besigydančiųjų sėkmingai baigė struktūrinį gydymą, ar gydėsi toliau palyginti su 57 % 2000–2003 m. (NTA, 2004).

Vieta, kurioje vyksta gydymas be vaistų, būna gana skirtinga. Vienose šalyse (Vokietijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Kipre, Liuksemburge, Nyderlanduose, Lenkijoje, Slovėnijoje, Jungtinėje Karalystėje) opiatų vartojančių narkomanų gydymas be vaistų daugiausia vyksta ambulatorinėmis sąlygomis, mažesnė grupė šalių nurodo, kad gydymas vyksta stacionaro sąlygomis (Airija, Italija, Austrija), dar kitose šalyse aiškaus skirtumo nėra (Švedija, Norvegija).

Socialinė integracija

Socialinė integracija apibrėžiama kaip „bet kokia socialinė intervencija, kuria siekiama buvusius ar esamus

narkomanus integruoti į bendruomenę“. Socialinė integracija paremta trimis ramsčiais: 1) būstas, 2) švietimas ir 3) darbas (įskaitant profesinį rengimą). Gali būti taikomos ir kitos priemonės, pavyzdžiui, konsultacijos ir laisvalaikio veikla.

Socialinė integracija nėra taip puikiai parengta kovos su narkomanija priemonė kaip gydymas, todėl šioje srityje stebėseną ir pranešimų duomenys yra mažiau nuoseklūs. Kai kurios šalys nurodo socialinės integracijos srityje atliekančios taikomų pastangų kokybinį vertinimą, tačiau nė viena nenurodo, kad tokios integracijos aprėptis būtų patenkinama. Visos duomenis pateikusios šalys (Estija, Airija, Malta, Nyderlandai, Rumunija, Švedija ir Norvegija) nurodo esant trūkumų socialinės integracijos tarnybų darbe ir (arba) programose. Vienintelė išimtis – Graikija, kuri turi gana plačios aprėpties socialinės integracijos programas ir patikimus duomenis apie narkomanų, kuriuos jos pasiekia, skaičius.

Konfiskavimas ir rinkos duomenys ⁽¹⁶⁴⁾

Opiatų gamyba, prekyba ir konfiskavimas

Afganistanas tapo pačiu svarbiausiu neteisėto opijaus tiekimo lyderiu pasaulyje, ypač 2004 m. vėl padidėjus bendram auginimo plotui. Apytikriu vertinimu, 2000 m. pasaulyje pagaminta apie 4 850 tonų opijaus (2003 m. – 4 766 tonos), iš kurių 87 % Afganistane ir 8 % Mianmarije. Per pastaruosius penkerius metus opijaus gamybos lygis pasaulyje laikėsi stabiliai, išskyrus 2001 m., kai, Talibano režimui uždraudus auginti opijaus aguonas, jo gamyba Afganistane dramatiškai, deja tik trumpam, sumažėjo. Manoma, kad 2004 m. heroino pasaulyje buvo pagaminta 485 tonos (2003 m. – 477 tonos) (CND, 2005).

Europos Sąjungoje suvartojamo heroino daugiausia (ir vis daugiau) pagaminama Afganistane arba šalyse, esančiose jo neteisėtos prekybos kelyje, ypač Turkijoje (UNODC, 2003a; INCB, 2005), ir jis patenka į Europą dviem pagrindiniais keliais. Per visą istoriją buvęs svarbus Balkanų kelias heroino kontrabandoje ir toliau vaidina pagrindinį vaidmenį. Tranzitu kirtęs Pakistaną, Iraną ir Turkiją, kelias toliau šakojasi į pietinę atšaką per Graikiją, Buvusiąją Jugoslavijos Respubliką Makedoniją (FYROM), Albaniją, dalį Italijos, Serbiją, Juodkalniją ir Bosniją Hercegoviną, ir į šiaurinę atšaką per Bulgariją, Rumuniją, Vengriją ir Austriją.

Tarptautinis narkotikų kontrolės komitetas (2005 m.) nurodo, kad 2003 m. šiaurinė Balkanų kelio atšaka heroino apyvartoje pradėjo vaidinti pagrindinį vaidmenį. Nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio vis daugiau heroino į Europą patenka kontrabanda „šilko keliu“ per Vidurinę Aziją, Kaspijos jūrą ir Rusijos Federaciją, Baltarusiją ar Ukrainą („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004 m.; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Nors šie keliai yra patys svarbiausi, 2003 m. į Europą vežamo heroino konfiskavimo atvejų pasitaikė Rytų ir Vakarų Afrikoje ir Amerikos žemyne (CND, 2005; INCB, 2005).

Be įvežamo heroino, kai kurių opiatų yra gaminama ir pačioje Europos Sąjungoje. Tai daugiausia tik naminės gamybos aguonų produktai (pavyzdžiui, aguonų stiebeliai, aguonų koncentratas iš sutrintų aguonų stiebelių ir galvučių) kai kuriose rytinėse ES šalyse, pavyzdžiui, Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004 m.). 2003 m. tokie produktai buvo ypač populiarūs Estijoje.

Didžiausi heroino kiekiai pasaulyje buvo konfiskuoti Azijoje (56 %) ir Europoje (34 %). Europoje konfiskuoti kiekiai didėja, visų pirma dėl to, kad daugėja konfiskavimo atvejų Rytų ir Pietryčių Europos šalyse (CND, 2005). Nuo 1998 m. daugiausia konfiskavimo atvejų pasitaikė ir didžiausi konfiskuoto heroino kiekiai buvo Jungtinėje Karalystėje, po to pagal konfiskavimo atvejų skaičių galima minėti Ispaniją, o pagal konfiskuotus kiekius – Italiją ⁽¹⁶⁵⁾. 2002 m. heroino konfiskavimo atvejai ir konfiskuoti kiekiai Jungtinėje Karalystėje sudarė 30 % visų heroino konfiskavimo atvejų ir konfiskuotų kiekių Europos Sąjungoje.

Apskritai konfiskuoto heroino kiekiai ⁽¹⁶⁶⁾ Europos Sąjungoje per pastaruosius penkerius metus didėjo, o 2000–2002 m. laikėsi stabiliai, o konfiskavimo atvejų skaičius per tą patį laikotarpį mažėjo. Sprendžiant iš tendencijų tose šalyse, iš kurių gauta duomenų, atrodo, kad 2003 m. ir heroino konfiskavimo atvejų skaičius, ir konfiskuoti kiekiai Europos Sąjungoje sumažėjo ⁽¹⁶⁷⁾.

2003 m. fentanilio ir metilfentanilio, t. y. sintetinių opiatų, kurie yra 100 kartų stipresni už heroiną, konfiskavimo atvejų vėl pasitaikė Estijoje, 2003 m. Latvija pranešė apie pirmą 3-metilfentanilio konfiskavimo atvejį, o 2004 m. sausio mėn. Austrija – apie pirmą fentanilio konfiskavimo atvejį. Estijoje nuo 2002 m. blogą vietinę rinkoje

⁽¹⁶⁴⁾ Žr. „Konfiskavimo ir rinkos duomenų interpretacija“, p. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Tai reikėtų patikrinti, gavus trūkstantis 2003 m. duomenis. 2003 m. duomenų apie heroino konfiskavimo atvejų skaičių negauta iš Italijos, Kipro, Nyderlandų ir Rumunijos; duomenų apie heroino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2003 m. negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės.

⁽¹⁶⁶⁾ Žr. lentelę SZR-4 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁶⁷⁾ Žr. lentelę SZR-3 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

parduodamo heroino kokybę kompensuoja būtent šie du sintetiniai opiatai, vadinami „baltaisiais kiniškais“, „baltaisiais persiškais“ arba „sintetiniu heroinu“ („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2004).

Nors ENNSC duomenų apie benzodiazepinų, kuriuos heroino vartotojai dažniausiai vartoja kaip pakaitalą, konfiskavimo atvejus sistemingai nerenka, Ispanija, Lietuva, Švedija ir Norvegija pranešė tokių konfiskavimo atvejų (ypač rohipnolio) 2003 m.

Heroino kaina ir grynumas

Europoje heroino pasitaiko dviejų pavidalų: dažniausias rudasis heroinas (jo cheminio pagrindo pavidalu) ir mažiau

dažnas bei brangesnis baltasis heroinas (druskos pavidalu), kurio kilmės šalys yra paprastai Pietryčių Azijoje. 2003 m. Europos Sąjungoje vidutinė rudojo heroino gatvės kaina svyravo nuo 27 EUR už gramą Belgijoje iki 144 EUR už gramą Švedijoje, o baltojo heroino kaina svyravo nuo 25 EUR (Slovakijoje) iki 216 EUR (Švedijoje) už gramą⁽¹⁶⁸⁾. Gali būti, kad šis kainų skirtumas atspindi parduodamo narkotiko grynumą.

2003 m. vidutinis Europos Sąjungoje gatvėje parduodamo rudojo heroino grynumas svyravo nuo 6 % Austrijoje iki 40 % Maltoje. Duomenis apie baltojo heroino grynumą pateikė tik keletas šalių⁽¹⁶⁹⁾; jis svyravo nuo 6 % Suomijoje iki 70 % Norvegijoje⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfinas: gydymas, piktnaudžiavimas ir skyrimo praktika, 2005 m. ENNSC metinėje ataskaitoje: pasirinktos temos

Per paskutinius 10 metų Europoje buprenorfinas vis daugiau naudojamas vietoj metadono priklausomybei nuo opiatų gydyti. Iš pradžių sukurtas kaip analgetikas, buprenorfinas buvo pradėtas naudoti priklausomybei nuo opiatų gydyti aštunto dešimtmečio pabaigoje. Aprašoma, kaip buprenorfinas buvo pradėtas taikyti ir paplito senosiose ir naujosiose valstybėse narėse.

Buprenorfinas ir metadonas lyginami pagal jų veiksmingumą ir kainą. Aprašomas Europoje taikomas gydymas buprenorfinu, ir lyginamos valstybės narės, kuriose buprenorfinas yra pagrindinė gydymui nuo opiatų priklausomybės naudojama medžiaga, su tomis valstybėmis narėmis, kuriose gydymui vaistais naudojamas metadonas. Nustatyta, kad apie 20 % besigydančiųjų vaistais Europoje šiandien gauna buprenorfiną, tiesa, dauguma tokių asmenų yra vienoje šalyje – Prancūzijoje. Apskritai gydymas buprenorfinu pradėtas taikyti daugelyje šalių, bet daugumoje jų buprenorfinu besigydančiųjų skaičius dar nedidelis.

Buprenorfinas aptariamas, svarstant, ar juo gali būti pradėta piktnaudžiauti. Pirmieji nustatyti faktai rodo, kad buprenorfinas vyrauja tik keliose šalyse, o kitur jis nėra paplitęs. Pateikiama kai kurių įrodymų, kurie piktnaudžiavimą buprenorfinu sieja su konkrečiomis populiacijomis ar amžiaus grupėmis, ir įrodymų apie bandymus įvardyti aiškias piktnaudžiautojų buprenorfinu grupes. Nors mirtys dėl piktnaudžiavimo buprenorfinu yra retos, mokslinėje literatūroje ir kai kurių Europos šalių pranešimuose tokios mirtys minimos. Pranešimai apie mirtis, siejamas su piktnaudžiavimu buprenorfinu, lyginami su mirtimis dėl piktnaudžiavimo metadonu.

Pasirinktoje temoje pateikiamos išvados apie buprenorfino ir metadono pranašumus, taikant juos gydymui nuo opiatų priklausomybės. Nurodoma, kad buprenorfinas teikia galimybių padidinti ir palengvinti gydymo vaistais prieinamumą.

Šiai pasirinktai temai yra skirtas spausdintas leidinys, jį taip pat galima rasti (tik anglų kalba) internete „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Žr. lentelę PPP-2 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁶⁹⁾ Žr. lentelę PPP-6 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁷⁰⁾ Nedidelis imčių skaičius Norvegijoje (n = 8).



7 skyrius

Nusikalstamumo ir laisvės atėmimo klausimai

Su narkotikais susiję nusikaltimai

Su narkotikais susiję nusikaltimai – tai nusikaltimai, įvykdyti apsvaigus nuo narkotikų; nusikaltimai, įvykdyti siekiant prasimanyti pinigų narkotikams; nusikaltimai, įvykdyti neteisėtos narkotikų rinkos kontekste, ir narkotikų įstatymų pažeidimai. Europos Sąjungoje reguliariai gaunama duomenų tik apie pastarojo tipo nusikaltimus.

„Ataskaitose“⁽¹⁷¹⁾ apie narkotikų įstatymų pažeidimus atsispindi nacionalinių įstatymų, jų taikymo ir vykdymo, prioritetų ir teisėsaugos institucijų konkreitiems nusikaltimams skiriamų išteklių skirtumai. Be to, įvairių šalių pateikiama informacija apie narkotikų įstatymų sistemos pažeidimus yra gana skirtinga, ypač praktiniais ataskaitų ir apskaitos klausimais, t. y. kas registruojama, kada ir kaip. Dėl tokių skirtumų lyginti įvairias ES šalis yra sunku.

Nuo 1998 m. iki 2003 m. „ataskaitų“ apie narkotikų įstatymų pažeidimus pagausėjo iš daugumos ES šalių. Ypač tokių ataskaitų pagausėjo (dvigubai ar daugiau) iš Estijos ir Lenkijos. Tačiau 2003 m. „ataskaitų“ skaičius mažėjo Belgijoje, Ispanijoje, Italijoje (nuo 2001 m.), Vengrijoje, Maltoje, Austrijoje ir Slovėnijoje (nuo 2002 m.)⁽¹⁷²⁾.

Daugumoje ES valstybių narių didžioji dalis pranešamų narkotikų įstatymų pažeidimų ir toliau buvo susijusi su narkotikų vartojimu ar laikymu⁽¹⁷³⁾, tokių nusikaltimų dalis tarp visų nusikaltimų narkotikų įstatymams siekė nuo 39 % Lenkijoje iki 87 % Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Čekijos Respublikoje ir Liuksemburge atitinkamai 91 % ir 46 % visų praneštų narkotikų įstatymų pažeidimų buvo susiję su neteisėtu narkotikų platinimu ir prekyba, o Italijoje ir Ispanijoje, kur vartoti ir laikyti narkotikus nėra kriminalinis nusikaltimas, visi narkotikų įstatymų pažeidimai buvo susiję

Narkotikų vartojimas ir nusikalstamumas: kai kurie duomenys

2004 m. Čekijos Respublikoje atliktame tyrime policijos pareigūnai, dirbantys regioniniuose štabuose, apskaičiavo, kad apytiksliai 40 % paprastų vagysčių ir apytiksliai 30 % įsilaužimų įvykdoma, siekiant nusipirkti narkotikų. Toje pačioje šalyje reguliariai registruojami duomenys apie nusikaltimus rodė, kad 2003 m. 0,7 % visų nusikaltimų buvo įvykdyta apsvaigus nuo narkotikų arba psichotropinių medžiagų (išskyrus alkoholį) (Čekijos nacionalinė ataskaita).

2000–2003 m. Suomijoje dalis nužudymų ir užpuolimų apsvaigus nuo neteisėtų narkotikų buvo daug mažesnė nei dalis nusikaltimų, įvykdytų apsvaigus nuo alkoholio (atitinkamai 6 % ir 64 % nužudymų ir atitinkamai 2 % ir 71 % užpuolimų (Lehti ir Kivivuori; cituojama Suomijos nacionalinėje ataskaitoje). Nors atrodo, kad įsilaužimų skaičius apsvaigus nuo narkotikų didėjo per pastarąjį dešimtmetį, vis daugiau įsilaužimų įvykdoma apsvaigus nuo alkoholio (43 % įsilaužimų susiję su alkoholiu palyginti su 9 % įsilaužimų, įvykdytų apsvaigus nuo narkotikų).

Vokietijoje 2003 m. „nusikaltimų, įvykdytų dėl tiesioginių ekonominių priežasčių“, t. y. kriminalinių nusikaltimų, įvykdytų siekiant gauti narkotikų, pakaitalų ar panašių kvaišalų – sumažėjo iki 2 568 atvejų, iš kurių 70 % buvo susiję su receptų padirbinėjimu arba receptų blankų vagystėmis (BKA, 2004)

Latvijoje Vidaus reikalų ministerijos reguliariai registruojami duomenys rodo, kad 2003 m. 2,8 % visų susektų nusikaltimų (3,1 % 2002 m.) įvykdė nuo narkotinių medžiagų apsvaigę asmenys (Latvijos nacionalinė ataskaita).

su narkotikų verslu ir neteisėta apyvarta. Galiausiai, Portugalijoje⁽¹⁷⁴⁾ ir Norvegijoje⁽¹⁷⁵⁾ 59 % visų nusikaltimų buvo susiję su narkotikų vartojimu ir neteisėta apyvarta.

⁽¹⁷¹⁾ Žodis „ataskaitos“ apie nusikaltimus narkotikų įstatymams pavartotas kabutėse, nes šiuo žodžiu įvairiose šalyse žymimos įvairios sąvokos (policijos pranešimai apie įtariamus pažeidėjus, iškelti kaltinimai dėl nusikaltimų ir t. t.). Tikslius kiekvienoje šalyje taikomus apibrėžimus žr. Metodologiniai „pranešimų“ apie nusikaltimus narkotikų įstatymams apibrėžimo paaiškinimai 2005 m. Statistikos biuletenyje. (NB: Iki 2001 m. metiniuose pranešimuose buvo vartojamas terminas „areštai“).

⁽¹⁷²⁾ Žr. lentelę DLO-1 (i dalį) 2005 m. Statistikos biuletenyje. „Ataskaitų“ apie narkotikų įstatymų pažeidimus duomenų 2003 m. negauta iš Danijos, Vokietijos, Airijos, Latvijos, Slovakijos ir Jungtinės Karalystės.

⁽¹⁷³⁾ Žr. lentelę DLO-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁷⁴⁾ Portugalijoje kiti narkotikų įstatymų pažeidimai yra susiję su „narkotikų verslu/neteisėta apyvarta“, kadangi narkotikų vartojimas ir vartojimui skirtų narkotikų turėjimas nelaikomi nusikaltimu nuo 2001 m. liepos mėn.

⁽¹⁷⁵⁾ Norvegijoje nėra jokio skirtumo tarp vien tik „narkotikų verslo/neteisėtos apyvartos“ ir „narkotikų vartojimo/narkotikų verslo ir neteisėtos apyvartos“. Todėl kiti narkotikų įstatymų pažeidimai yra susiję tik su „narkotikų vartojimu“.

1998–2003 m. laikotarpiu nusikaltimų, susijusių su narkotikų vartojimu ir vartojimui skirtų narkotikų laikymu, dalis tarp visų nusikaltimų narkotikų įstatymams išaugo visose šalyse, iš kurių gauta duomenų, išskyrus Portugaliją⁽¹⁷⁶⁾. Šis padidėjimas dažniausiai vyko lėtai, bet buvo staigesnis Belgijoje, Liuksemburge ir Slovėnijoje, ir iki 2001 m. Airijoje. Portugalijoje su narkotikų vartojimu susijusių nusikaltimų pradėjo mažėti 2000 m., vieneriais metais anksčiau nei narkotikų vartojimas ir vartojimui skirtų narkotikų laikymas buvo išbrauktas iš kriminalinių nusikaltimų sąrašo 2001 m. liepos mėn.⁽¹⁷⁷⁾ 2003 m. tokių nusikaltimų sumažėjo Čekijos Respublikoje, Liuksemburge, Austrijoje ir Slovėnijoje.

Daugumoje valstybių narių narkotikų įstatymų pažeidimų priežastis dažniausiai buvo kanapės⁽¹⁷⁸⁾. 2003 m. su kanapėmis susiję nusikaltimai sudarė nuo 39 % (Italijoje) iki 87 % (Prancūzijoje) visų nusikaltimų narkotikų įstatymams. Nyderlanduose vyravo nusikaltimai, susiję su „stipriaisiais narkotikais“⁽¹⁷⁹⁾, o Čekijos Respublikoje dauguma nusikaltimų narkotikų įstatymams buvo siejami su amfetaminais (48 %). Nusikaltimų narkotikų įstatymams, siejamų su konkrečiu narkotiku, procentui įtakos turi keletas veiksnių, tokių kaip teisėsaugos institucijų operatyvumai, prioritetai ir aiškiai suformuluoti ar numanomi sprendimai teikti nevienodą reikšmę skirtingo tipo nusikaltimams narkotikų įstatymams.

Nuo 1998 m. nusikaltimų, siejamų su kanapėmis, procentas⁽¹⁸⁰⁾ didėja Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Maltoje ir Portugalijoje, vienodame lygmenyje laikosi Belgijoje, Čekijos Respublikoje, Nyderlanduose, Slovėnijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje, o Italijoje ir Austrijoje – mažėja⁽¹⁸¹⁾.

Per tą patį laikotarpį nusikaltimų, susijusių su heroinu, procentas sumažėjo visose ES šalyse, iš kurių gauta duomenų, išskyrus Austriją ir Jungtinę Karalystę, kur jų padaugėjo⁽¹⁸²⁾. Su kokainu susijusių nusikaltimų dalis tarp visų su narkotikais susijusių nusikaltimų, priešingai, nuo

1998 m. padidėjo visose duomenis pateikusiose šalyse, išskyrus Vokietiją, kuri nurodė mažėjančias tendencijas⁽¹⁸³⁾.

Narkotikų vartotojai ir kalėjimas

Narkotikų vartotojai kalėjime

Apie narkotikų rūšis ir vartojimo būdus tarp kalinių iš valstybių gaunama mažai reguliarios informacijos, ir ji yra nenuosekli. Dauguma tokių duomenų Europos Sąjungoje gaunama iš *ad hoc* tyrimų, kurie atliekami įvairaus dydžio imtimis ir kurių rezultatus (ir tendencijas) labai sunku ekstrapoliuoti.

Narkotikų vartotojų dalis tarp kalinių yra daug didesnė nei tarp visų gyventojų. Daugumoje Europos Sąjungoje atliktų tyrimų rodo, kad narkotikų vartojimo paplitimas tarp kalinių yra didesnis kaip 50 %, tačiau šis skaičius svyruoja nuo 22 % iki 86 % priklausomai nuo kalėjimo, laisvės atėmimo vietos ir šalies⁽¹⁸⁴⁾. Europos Sąjungoje reguliaraus narkotikų vartojimo paplitimas arba priklausomybė nuo jų prieš laisvės atėmimą siekia nuo 8 % iki 73 %⁽¹⁸⁵⁾.

Dauguma narkotikų vartotojų, patekę į kalėjimą, sumažina narkotikų vartojimą arba visiškai jį atsisako. Tačiau daug kalinių narkotikus vartoja ir po įkalinimo, o kai kurie pradeda juos vartoti (ir (arba) švirkštis) kalėjime. Turimi tyrimų duomenys rodo, kad nuo 8 % iki 60 % kalinių vartojo narkotikus būdami kalėjime, o 10–42 % juos vartojo reguliariai⁽¹⁸⁶⁾.

Paprastai nurodoma, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimas tarp kalinių siekia nuo 15 % iki 50 %, tačiau kai kuriuose tyrimuose gali būti nustatytas tik 1 %, o kai kuriuose net 69 %. Tais atvejais, kai yra palyginamųjų duomenų (Austrijoje 1999 m., Anglijoje ir Velse 1997–1998 m.), galima matyti, kad švirkščiamųjų narkotikų vartojimo tikimybė tarp jaunų nusikaltėlių yra mažesnė nei tarp suaugusiųjų ir kad tarp kalinių švirkščiamuosius narkotikus daugiau vartoja moterys nei

⁽¹⁷⁶⁾ Žr. lentelę DLO-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁷⁷⁾ Įstatymas dėl narkotikų vartojimo/vartojimui skirtų narkotikų laikymo išbraukimo iš kriminalinių nusikaltimų sąrašo buvo priimtas 2000 m. lapkričio mėn., o įsigaliojo 2001 m. liepos mėn.

⁽¹⁷⁸⁾ Žr. lentelę DLO-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁷⁹⁾ Nyderlanduose „stiprieji narkotikai“ apibrėžiami, kaip narkotikai keliantys neleistiną riziką sveikatai, kaip antai: heroinas, kokainas, ekstazis ir LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Duomenis, suskirstytus pagal konkretų narkotiką ir su narkotikais susijusius nusikaltimus laikui bėgant, pateikė šios šalys: Belgija, Čekijos Respublika, Vokietija, Ispanija, Prancūzija, Airija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Nyderlandai (suskirstytus tik pagal „švelnieji narkotikai/kanapės ir „stiprieji narkotikai“), Austrija, Portugalija, Slovėnija, Švedija ir Jungtinė Karalystė.

⁽¹⁸¹⁾ Žr. lentelę DLO-5 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁸²⁾ Žr. lentelę DLO-6 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁸³⁾ Žr. lentelę DLO-7 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁸⁴⁾ Žr. lentelę DUD-1 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁸⁵⁾ Žr. lentelę DUP-5 (priedas) 2005 m. Statistikos biuletenyje.

⁽¹⁸⁶⁾ Žr. lentelę DUP-3 2005 m. Statistikos biuletenyje.

vyrų (187). Remdamiesi keletu tyrimų Europos Sąjungoje, Bird ir Rotily (2002) nurodė, kad narkotikus švirkščiasi apytikriai vienas trečdalis suaugusių vyrų kalinių. „Reitox“ informacijos centrų pateikti duomenys rodo, kad būdami kalėjime narkotikus švirkštėsi nuo 0,2 % iki 34 % kalinių (188). Todėl iškyla tokios problemos kaip sterilių švirkštimosi priemonių prieinamumas, higieniška jų bendro naudojimosi praktika ir infekcinių ligų paplitimo tikimybė.

Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime ir jų gydymas

Visose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse egzistuoja vienokios ar kitokios rūšies sistemos, kuriomis siekiama užtikrinti, kad narkotikų vartotojams kalėjimuose būtų teikiama pagalba, nors tokių paslaugų įvairovė ir prieinamumas yra labai skirtingi. Ryškiai pastebima tendencija vis labiau pripažinti tą faktą, kad kaliniai turi tokias pat teises į sveikatos priežiūros paslaugas kaip ir kiti gyventojai, įskaitant pagalbą narkotikų vartotojams ir jų gydymą (PSO regioninis Europos biuras, 2002; Airijos, Lietuvos ir Suomijos nacionalinės ataskaitos). Į paslaugas, kurios turėtų būti prieinamos kaliniams, įeina prevencijos strategijos, įskaitant gydymo be vaistų programas, detoksikacinį gydymą, gydymą metadonu ir kitomis medžiagomis, konsultacijas ir švietimą.

Tačiau šalys nurodo, jog, norėdamos teikti reikiamą pagalbą, jos susiduria su įvairiomis problemomis. Pavyzdžiui, gana nestabilios paslaugos Estijoje; jokių konkrečių paslaugų narkotikų vartotojams nėra Latvijoje; Lenkijoje yra ilgos gydymo laukiančiųjų eilės; Švedija nurodo perpildytus kalėjimus ir nepakankamą kalėjimo personalo skaičių; o Rumunijoje trūksta atitinkamų įstatymų. Nors Kipre nėra jokios integruotos narkotikus vartojantiems kaliniams skirtos paramos programos, tam tikrų prevencijos priemonių yra imamasi.

Įprasčiausios bendrosios prevencijos strategijos – tai švietimo ir mokymo veikla. Daugumoje Europos Sąjungos valstybių narių ir šalyse kandidatėse tokia veikla yra skirta ir narkotikus vartojantiems kaliniams, ir kalėjimų personalui. Apie tokią veiklą praneša Estija, Ispanija, Kipras, Vengrija, Rumunija ir Slovėnija („Reitox“ nacionalinės ataskaitos).

Kitas prevencinis elementas – grupės be narkotikų kalėjimuose. Tokiose grupėse dalyvaujama savanoriškai, paprastai narkotikus vartojantiems kaliniams raštu pateikus sutikimą priimti tam tikras sąlygas, pavyzdžiui, atlikti

regularius šlapimo tyrimus. Tokios grupės egzistuoja visose ES-15 valstybių narių. Jos yra sudarytos ir daugumoje naujų valstybių narių. Įvertinus padalinį be narkotikų viename Austrijos kalėjime, nustatyta, kad kaliniai išėję į laisvę iš padalinio be narkotikų pakartotinai nuteisiami daug rečiau nei kaliniai, išėję į laisvę iš įprastų kalėjimo padalinių (35 %, palyginti su 62 %).

Visose valstybėse narėse (išskyrus Kiprą ir Latviją) kalėjimuose dažniausiai taikomas gydymas be vaistų, nors galimybės gauti tokį gydymą skiriasi. Gydymo centrai bendruomenėse teikia paramą ir gydymą bei priežiūrą išėjus iš kalėjimo, pavyzdžiui, Belgijoje, Čekijos Respublikoje, Graikijoje, Liuksemburge ir Jungtinėje Karalystėje.

Daugumoje šalių galimybės gauti pakaitinį palaikomąjį gydymą kalėjimuose yra mažesnės nei laisvėje. Tik Ispanijoje pakaitinis palaikomasis gydymas yra plačiai prieinamas kalėjimuose, kur 18 % visų kalinių arba 82 % kalėjimuose esančių narkomanų gauna tokį gydymą. Liuksemburge tokio gydymo aprėptis taip pat didelė. Galimybės gauti gydymą vaistais labai padidėjo Prancūzijoje, daugiausia buprenorfinu, ir Airijoje („Reitox“ nacionalinės ataskaitos). Nyderlanduose kaliniams, kurie vartojo metadoną prieš įkalinimą, gydymas vaistais teikiamas tik trumpą laiką, Lenkijoje vienoje kardomojoje įstaigoje pradėta taikyti pirmoji gydymo metadonu programa, pagal kurią gydoma 14 asmenų.

Nauji poslinkiai kovoje su infekcinių ligų plitimu kalėjimuose

2003 m. patobulinta ŽIV plitimo prevencija Estijoje. Atliekamų pirminių ŽIV testų skaičius, palyginti su 2002 m. padidėjo 2,6 karto, o teigiami testų rezultatai išaugo tik nežymiai. Pagerėjo konsultacinių paslaugų, teikiamų prieš testus ir po jų, ne tik kiekybė, bet ir kokybė. Rumunijoje, bendradarbiaujant su kai kuriomis tarptautinėmis nevyriausybėmis organizacijomis (NVO), buvo sukurtos ŽIV/AIDS plitimo prevencinės programos laisvės atėmimo vietose ir tarp kalinių.

Ispanija yra vienintelė šalis, kuri sistemingai taiko adatų ir švirkštų keitimo programas kalėjimuose. 2003 m. pagal šias programas išdalyta iš viso 18 260 švirkštų. Kitose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse panašių programų taikyti nenumatoma.

(187) Žr. lentelę DUP-2 2005 m. Statistikos biuletenyje.

(188) Žr. lentelę DUP-4 2005 m. Statistikos biuletenyje.

**Laisvės atėmimui alternatyvios bausmės:
nusikaltėliams narkomanams skirtos priemonės
Europos Sąjungoje, 2005 m. ENNSC metinėje
ataskaitoje: pasirinktos temos**

Kalėjimas – ypač kenksminga aplinka narkomanams, todėl politikai plačiai pritaria nuostatai, kad kalėjimą turėtų pakeisti gydymas. Įkalinimo alternatyvų, kurias galima pritaikyti nusikaltimus įvykdžiusiems narkomanams, yra įvairių, jomis galima atidėti, išvengti arba papildyti įkalinimo bausmės tiems narkomanams, kurie įvykdo nusikaltimą, už kurį paprastai pagal nacionalinius įstatymus yra skiriama laisvės atėmimo bausmė. Šioje pasirinktoje temoje aptariamos tos priemonės, į kurias įeina gydymo nuo narkomanijos elementas.

Nuo septintojo dešimtmečio JT ir ES susitarimuose, strategijose ir veiklos planuose keletą kartų patvirtinama ir pabrėžiama nuostata dėl gydymo, švietimo ir reabilitacijos alternatyvos, kuri galėtų pakeisti bausmės už nusikaltimus, susijusius su narkotikais. Ši nuostata yra perkelta į ES valstybių narių įstatymus, ir atitinkamai pakeistos baudžiamosios teisės sistemos, taip pat sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų sistemos. Jauniems narkomanams ypač pavojinga patekti į piktybišką narkomanijos ir nusikaltimų aplinką, todėl ypač stengiamasi neskirti jiems laisvės atėmimo bausmių. Tačiau įgyvendinant alternatyvias priemones susiduriama su tam tikrais sunkumais, susijusiais su administracinėmis sistemomis ir skirtingais principais, kuriais jos yra paremtos. Koordinuojant struktūras ir iniciatyvas, stengiamasi sumažinti atotrūkį, egzistuojantį tarp teisminės sistemos, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, t. y. tarp policijos, teismų, kalėjimų ir gydymo

nuo narkomanijos paslaugų. Stabilių institucinių formų pirmtakais dažnai tampa neformalus vietinio masto bendradarbiavimo mechanizmai.

Alternatyvios laisvės atėmimui bausmės per pastaruosius dešimtmečius padažnėjo 15 ES valstybių narių, kai kuriose jų pastaruoju metu jau nusistovėjo, o naujosiose valstybėse narėse alternatyvių bausmių įstatymai ir jų įgyvendinimas prasidėjo vėliau. Nusikaltimus įvykdžiusiems narkomanams paprastai taikomas gydymas pagrindinėje sveikatos priežiūros sistemoje. Daugumoje šalių narkomanai gydomi stacionarinėje aplinkoje, bet yra galimybių taikyti ir ambulatorinio gydymo programas.

Tyrimų, kuriuose būtų vertinamas gydymas kaip alternatyva laisvės atėmimo bausmei, Europoje yra nedaug ir kai kuriose jų nėra aiškių išvadų. Tačiau kaip ir kituose gydymo tyrimuose pagrindinis jose nurodomas sėkmės rodiklis – gydymo tęsimas, nes viena iš didžiausių problemų, susijusių su alternatyviomis bausmėmis, yra gydymo nutraukimas. Yra įrodymų, kad gydymo sėkmę lemia gydymo kokybė, o ne tas kelias, kuriuo asmuo priėjo prie gydymo. Atrodo, kad gydymas, kaip alternatyva laisvės atėmimui, yra sėkmingiausias tais atvejais, jei narkomanai turi motyvaciją gydytis, jei priežiūros tarnybos laikosi geros klinikinės praktikos standartų ir turi pakankamai gerai kvalifikuotų darbuotojų.

Šiai pasirinktai temai yra skirtas spausdintas leidinys, jį taip pat galima rasti (tik anglų kalba) internete „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Literatūra

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), 'The American STAR comes to England', *Drug and Alcohol Findings* 8, pp. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. ir kt. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. ir Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons', *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. ir Aavitsland, P. (2005), 'Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities', *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), 'Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors', *Addictive Behaviours* 25, pp. 887–97.
- Bovenkerk, F. ir Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. ir kt. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction*, in press.
- Butler, G. K. L. ir Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, pp. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), 'The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, pp. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. ir kt. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. ir Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- Cuijpers, P. ir kt. (2002), 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, pp. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, pp. 228–33.
- De Wit, A. ir Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), 'Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002', *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- ENNSC (2001), 'Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths', project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- ENNSC (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforchung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- ENNSC (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- ENNSC (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- ENNSC (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, European Commission, Brussels.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, No. 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M. ir kt. (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions', *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. ir Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, pp. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. ir Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), An evidence base for London crack cocaine strategy, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Speech at 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004' at the EMCDDA, November 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. ir kt. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. ir kt. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pp. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. ir Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, pp. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. ir Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P. ir kt. (2005), 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, pp. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A. ir kt. (2001), The challenge of prevention of drug use, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. ir De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. ir Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect', *Addiction* 97, pp. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', press statement 13 June 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', press statement 30 September 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. ir Boonzajer Flaes, S. (2004), Key figures addiction care 2003, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. ir Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. ir kt. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, pp. 147–55.
- PSO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.
- PSO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, PSO, Geneva.
- PSO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, final draft, March 2005, PSO, Geneva.
- PSO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, PSO Regional Office for Europe, Geneva.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. ir Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, pp. 399–421.
- Reitox national reports* (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. ir kt. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pp. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. ir Van Laar, M. (2004), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004', Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAInfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. ir Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, pp. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. ir Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, pp. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T. ir kt. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention', *Substance Use and Misuse* 39, pp. 1971–2016.
- Taylor, B. J. (2000), 'Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial', *Prevention Science* 1, pp. 183–97.
- Terweij, M. ir Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC ir Maroko Vyriasybè (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2005 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras
2005 — 90 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-238-1

PARDAVIMAS IR PRENUMERATA

Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuro leidžiamų mokamų leidinių galima įsigyti mūsų pardavimo kioskuose visame pasaulyje.

Pardavimo kioskų sąrašą jūs galite rasti Leidinių biuro svetainėje internete (<http://publications.eu.int/>) arba paprašyti jo faksu (352) 2929-42758.

Susisiekite su jus dominančiu pardavimo kiosku ir pateikite jam savo užsakymą.

Apie ENNSC

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 metais, jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir apie narkomaniją šaltinis Europoje.

ENNSC renka, analizuoja ir platina objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygiu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis plačiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija pateikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateiktas bendrasis ENNSC įspūdis apie narkotikų reiškinį Europos Sąjungoje. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.