



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

ISSN 1830-0782

2005. GADĀ ZIŅŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

2005. GADĀ MINĀJOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ

Oficiāls paziņojums

Šī Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (EMCDDA) publikācija ir aizsargāta ar autortiesībām. EMCDDA neuzņemas nekādas saistības vai atbildību par sekām, kas rodas, izmantojot šajā dokumentā ietverto informāciju. Šīs publikācijas saturā ne vienmēr atspoguļoti EMCDDA partneru, ES dalībvalstu vai citu Eiropas Savienības vai Eiropas Kopienu iestāžu vai aģentūru oficiālie atzinumi.

Liela daļa papildu informācijas par Eiropas Savienību ir pieejama internetā. Šai informācijai var piekļūt, izmantojot Eiropas serveri (<http://europa.eu.int>).

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

Bezmaksas telefona numurs (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Daži mobilo tālrunu operatori nenodrošina pieeju 00 800 numuriem vai šie zvani var būt maksas.

Šis paziņojums ir pieejams spāņu, čehu, dāņu, vācu, igauņu, grieķu, angļu, franču, itāļu, latviešu, lietuviešu, ungāru, holandiešu, poļu, portugāļu, slovēņu, somu, zviedru, bulgāru, rumāņu un norvēģu valodās. Visus tekstus tulkojis Eiropas Savienības iestāžu tulkošanas centrs.

Katalogizācijas dati sniegti šīs publikācijas beigās.

Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs, 2005.

ISBN 92-9168-239-X

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2005.

Reproducēšana atļauta ar nosacījumu, ka ir norādīts avots.

Printed in Belgium

IESPIESTS UZ BALTA, HLORU NESATUROŠA PAPĪRA



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

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

Satura rādītājs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs – narkomānijas tendences Eiropā	11
1. nodaļa	
Jaunumi politikā un tiesību aktos	18
2. nodaļa	
Skolas, jaunieši un narkotikas	27
3. nodaļa	
Kaņepes	36
4. nodaļa	
Amfetamīna tipa stimulantu, LSD un citas sintētiskās narkotikas	45
5. nodaļa	
Kokaīns un kreks	56
6. nodaļa	
Heroīns un injicējamo narkotiku lietošana	63
7. nodaļa	
Noziegumi un ieslodzījums	84
Atsauces	89



Priekšvārds

Šā gada Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra gada pārskatam pievienoti papildu tiešsaistes elementi, ieskaitot mūsu jauno statistikas biļetenu, ko izstrādājam otro gadu un kas ir paplašināts ar vairāk nekā 200 skaitlisku datu avotu tabulām, kurās sīki aprakstīta narkotiku lietošanas situācija Eiropā.

EMCDDA ir sadarbojusies ar Eiropas Savienības dalībvalstīm vairāk nekā 10 gadus ar mērķi izstrādāt visaptverošu atspoguļojumu par Eiropas narkomānijas fenomenu. Tagad pieejamo analīzes datu apjoms un kvalitāte šā gada pārskatā ziņo ne tikai par informācijas sniedzēju zinātnes darba grupu tehnisko sasniegumu, bet arī par visas Eiropas politikas veidotāju uzņemšanos ieguldīt un atbalstīt datu vākšanas procesu. Šis ir konkrēts piemērs Eiropas līmeņa sadarbības ieguvumam. Dalībvalstis atšķiras ne tikai narkotiku lietošanas problēmu ziņā, bet arī ar to, kādā veidā tās atbild uz šiem izaicinājumiem. Par spīti šīm atšķirībām varētu teikt, ka tagad ir apzināta Eiropas perspektīva attiecībā uz narkotiku apkarošanas jautājumu. Tagad pastāv liela vienprātība par nepieciešamību vadīties darbībā pēc situācijas pareizu izpratni, apmainīties ar labas prakses pieredzi un strādāt kopā katreiz, kad ir iespējams sasniegt kopēju ieguvumu. Šie centieni ir atrodami jaunajā ES narkomānijas apkarošanas stratēģijā un rīcības plānā, kā arī ir iespēja veidot pamattēmas no mūsu pašreizējā ziņojuma.

Mūsu gada pārskats liek uzsvartu uz vairākām nopietnām rūpju jomām par veidu, kādā narkotiku lietošana ietekmē gan pilsoņus, gan sabiedrības, kurās viņi dzīvo. Mēs vērsām uzmanību uz nesen apzinātām, mūs pašreiz skarošām problēmām, kā piemēram, pieaugošā stimulantu lietošana Eiropā un jo īpaši kokaīna lietošana vai

nepārtrauktais to jauno eiropiešu skaita pieaugums, kas narkotikas izmēģina. Ir skaidrs, lai uzlabotu atbildes reakciju uz narkotiku lietošanu Eiropā, vēl ir daudz darāmā. Tomēr šajā pārskatā mēs varam norādīt uz vairākiem pozitīviem sasniegumiem, kas ietver ne tikai problemātiskajiem narkotiku lietotājiem paredzēto pakalpojumu vispārēju paplašināšanu un šā fenomena kaitīgo aspektu rādītāju nostabilizēšanos vai pat mazināšanos. Tāpēc šis pārskats ne tikai uzsver mūs skarošās pamatproblēmas, bet paver skatījumu arī uz to, kāds varētu būt risinājuma ceļš, efektīvi pievēršoties narkomānijas problēmām Eiropā.

Mēs ar prieku atzīmējam, ka no jauna šogad ir manāms no Eiropas Savienības dalībvalstīm saņemto datu pieaugums. Papildus ziņojumam par situāciju paplašinātā Savienībā, ja iespējams, mēs iekļaujam arī datus no Bulgārijas, Rumānijas un Turcijas, kā arī atsevišķas analīzes par nozīmīgu starptautisko virzību. Narkomānijas problēmas plašums nozīmē, ka mums jāpiešķir mūsu Eiropas analīzei lielāks vēriens. Narkotiku tirdzniecība un lietošana ir sarežģītā veidā saistītas ar daudzām mūsdienu problēmām, kam nepieciešams steidzams risinājums. Narkotiku lietošana ietekmē globālo veselību un attīstību, noziedzību un personīgo drošību, kā arī starptautisko drošību. Mūsu pārskats lielā mērā liek uzsvartu uz Eiropas situāciju, bet mēs nevaram atļauties ignorēt faktu, ka mēs pievēršamies problēmai, kas skar visu pasauli.

Marcel Reimen

EMCDDA valdes priekšsēdētājs

Wolfgang Götz

EMCDDA direktors



Pateicības

EMCDDA vēlas izteikt pateicību par sniegto palīdzību pārskata sagatavošanā:

- *Reitox* tīkla nacionālo kontaktpunktu vadītājiem un personālam;
- katras dalībvalsts dienestiem, kas savāca šajā ziņojumā izmantotos izejas datus;
- EMCDDA valdes un zinātniskās komitejas locekļiem un EMCDDA/*Reitox* tīkla tehnisko darba grupu dalībniekiem;
- Eiropas Parlamentam, Eiropas Savienības Padomei – jo īpaši tās Narkotiku horizontālajai darba grupai ar narkotikām saistītajos jautājumos – un Eiropas Komisijai;
- Zviedrijas Informācijas padomei alkohola un narkotiku jautājumos (CAN), Eiropas Padomes Pompidū grupai, Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku kontroles un noziedzīgu nodarījumu novēršanas birojam, Pasaules veselības organizācijai, Eiropolam, Interpolam un Eiropas AIDS epidemioloģiskās uzraudzības centram;
- Eiropas Savienības iestāžu tulkošanas centram un Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojam;
- *Prepress Projects Ltd*;

***Reitox* nacionālie koordinācijas centri**

Reitox ir Eiropas narkotiku un narkomānijas atkarības informācijas tīkls. Tīklu veido nacionālie koordinācijas centri ES dalībvalstīs, Norvēģijā, kandidātvalstīs un Eiropas Komisijā. Savu valstu valdību uzraudzībā koordinācijas punkti ir valsts iestādes, kas sniedz ar narkotikām saistīto informāciju EMCDDA.

Nacionālo koordinācijas centru kontaktinformāciju var atrast:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Ļevada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko valsts ziņojuma veidā *EMCDDA* iesniegušas ES dalībvalstis un kandidātvalstis, un Norvēģija (līdzdarbojas *EMCDDA* darbā kopš 2001. gada). Šajā ziņojumā ietvertie statistikas dati attiecas uz 2003. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru pieejami dati). Šā pārskata shēmas un tabulas šajā pārskatā var atspoguļot ES valstu datus: atlase ir veikta, ņemot par pamatu tās valstis, no kurām ir pieejami dati par attiecīgo laika periodu.

Šā gada pārskata versija tiešsaistē ir pieejama 22 valodās, un to var apskatīt tīmekļa vietnē <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

2005. gada statistikas biļetenā (<http://stats05.emcdda.eu.int>) iekļautas visas tabulas, kas izmantotas statistiskās analizē. Tajā sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodoloģiju un vairāk kā 100 papildu statistikas diagrammu.

Valstu datu profili (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) sniedz augstākā līmeņa grafisku kopsavilkumu par narkomānijas situāciju katrā valstī.

Šim pārskatam klāt nāk trīs izsmeļoši apskati, un tie izpēta šādus jautājumus:

- ar narkotikām saistīts traucējums sabiedrībai: stratēģijas tendences un profilakses pasākumi;
- ieslodzījuma alternatīvas: orientācija uz problemātiskajiem narkotiku lietotājiem ES; un
- buprenorfīns: ārstēšana, nepareiza lietošana un indicēšanas prakse.

Izvēlētās tēmas ir pieejamas izdrukas veidā un tiešsaistē (<http://issues05.emcdda.eu.int>) tikai angļu valodā.

Reitox koordinācijas centru valstu ziņojumi sniedz narkomānijas problēmas sīku aprakstu un analīzi katrā valstī, un tie ir atrodamī *EMCDDA* tīmekļa vietnē (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Komentārs – narkomānijas tendences Eiropā

Apkopojums par situāciju Eiropā kopumā

Šajā sadaļā ir pārskats par narkomānijas svarīgākajiem jaunumiem un tendencēm Eiropā. Tas ir izveidots, apkopojot informāciju, kas ir ņemta no dažādiem avotiem, un ņemot vērā pašreiz pieejamā faktu kopuma stiprās un vājās puses. Šā gada komentāros ir iekļauts novērtējums par to, kā jaunie 2005. gadā pieejamie dati palīdz mums izprast vidēja un ilga termiņa tendences narkomānijas situācijā Eiropā.

Polinarkotiku lietošanas problēmas apgrūtina gan ar narkotikām saistīto problēmu izpratni, gan arī piemērotas atbildes reakcijas

Liela daļa šajā ziņojumā piemērotā analītiskā pieeja koncentrējas uz katru no visplašāk izmantotajām narkotikām. Šādu uz atsevišķās vielām koncentrētu pieeju ir viegli saprast, un tās papildu priekšrocība ir tā, ka lielākā daļa no narkotiku lietošanas indikatoriem ir balstīti uz rīcības modeļa pasākumiem, kas ir specifiski konkrētām vielām. Šis pieejas trūkums ir tajā, ka tā neatspoguļo faktus, ka polinarkotiku lietošana ir viens no galvenajiem faktoriem narkomānijas problēmās Eiropā. Analizējot narkotiku lietošanas ietekmi uz sabiedrības veselību, ir jāņem vērā kompleksā situācija kopumā, kas ietver saistīto psihoaktīvo vielu lietošanu, iekļaujot gan alkoholu, gan tabaku. Piemēram, Eiropā kaņepes bieži smēķē kopā ar tabaku, un tā rezultātā ir nodarīts ar šo rīcības modeli saistīts kaitējums, un arī informēšana par narkomānijas novēršanas pasākumiem ir traucēta. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu toksikoloģiskās analīzes bieži atklāj dažādu vielu klātbūtni, un ir zināms, ka vienlaicīgais alkohola patēriņš paaugstina risku, kas saistīts gan ar heroīna, gan arī ar kokaīna lietošanu. Turklāt koncentrējoties tikai uz vienas vielas lietošanas tendencēm var kļūdīties, ja tiek ignorēta dažādu narkotiku mijiedarbība; piemēram, šajā ziņojumā ir apliecināts, ka palielinās sintētisko opiātu pieejamība, kas ir svarīgs apsvēruma jebkurā heroīna lietošanas tendenču analizē. Līdzīgi noderīgi varētu būt apsvērt iespējamo pārklāšanos attiecībā uz tendencēm, kas saistītas ar dažādu stimulantu lietošanu, un visās analizēs ņemt vērā to, kādā mērā novērotās izmaiņas varētu būt saistītas ar patēriņa modeļu izmaiņām.

Apkopojot datus, lielākā daļa cilvēku, kas atrodas ārstniecības centros Eiropā narkotiku atkarības ārstēšanai, ir lietojuši vairākas vielas. Ir nepieciešams izstrādāt labākas metodes, pēc kādām ziņot par šo narkotiku lietošanas problēmas svarīgo aspektu un lai izprastu, kā polinarkotiku lietošana ietekmē ieviešanas pasākumu efektivitāti.

Jaunieši un narkotiku lietošana – palielinās kaņepju lietošana, taču parādās jauni modeļi

Narkotiku lietošana Eiropā lielā mērā saglabājas kā izplatīta parādība jauniešu, jo īpaši jaunu vīriešu, vidū. Dati no iedzīvotāju un skolu aptaujām sniedz vērtīgu ieskatu par to, kā narkotiku lietošanas veidi Eiropā ir mainījušies kopš deviņdesmito gadu vidus. Iekļaušanai šā gada ziņojumā ir pieejami dati no Eiropas skolu pētījuma projekta pēdējā posma par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD), kas nodrošina vērtīgu informācijas avotu, lai uzraudzītu narkotiku lietošanu skolēnu vidū, kā arī noteiktu tendenču izmaiņas laika gaitā.

Apkopojot visus pieejamos datus, kļūst skaidrs, ka kaņepju lietošana katrā valstī atšķiras. Lai gan pamata tendence Eiropā kopš deviņdesmito gadu vidus ir bijusi augoša, dažās valstīs situācija ir stabilāka. Piemēram, neskatoties uz to, ka kaņepju lietošanas līmenis Apvienotajā Karalistē kopš deviņdesmito gadu vidus ir ļoti augsts, tas šajā laikā periodā ir saglabājies stabils. Papildus tam, kaņepju lietošanas izplatības līmenis ir mainījies tikai nedaudz vairākās valstīs, kur kaņepju lietošana ir maz izplatīta, ieskaitot Zviedriju un Somiju Eiropas ziemeļos un Grieķiju un Maltu dienvidos. Lielākais kaņepju lietošanas izplatības pieaugums atbilstoši ESPAD datiem kopš 1999. gada ir bijis jaunajās ES dalībvalstīs. Skolu datu un iedzīvotāju apsekojumu vispārīgā analīzes liela daļa rādītāju liecina par to, ka Čehijas Republika, Spānija un Francija tagad ir pievienojušās Apvienotajai Karalistei, kopā veidojot valstu grupu ar visaugstāko izplatību.

Eiropā pieaug bažas par kaņepju lietošanas negatīvo ietekmi, kaut gan informācija par to, cik lielā mērā šīs narkotikas lietošanas rezultātā tiek izraisītas sabiedrības veselības problēmas, ir nepietiekama. Dati, kas ir pieejami par ārstēšanās no narkotiku atkarības pieprasījumu Eiropā, novieto kaņepes otrajā vietā tūlīt aiz opiātiem, kaut gan kaņepes ir iemesls tikai 12 % ārstēšanās pieprasījumu, un kopējās situācijas atspoguļojumu lielā mērā ietekmē

situācija relatīvi nelielā skaitā valstu. Dati par regulāru un intensīvu kaņepju lietošanu ir ļoti svarīgi, lai izprastu iespējamo saistību starp kaņepju lietošanu un sabiedrības veselību, taču pašreiz šī informācija ir ierobežota. Lai gan pieejamie dati liecina, ka kaņepes ikdienā Eiropā varētu lietot pat trīs miljoni cilvēku, no kuriem lielākā daļa ir gados jauni vīrieši, tas, cik lielā mērā šajā grupā varētu būt narkotiku lietošanas rezultātā izraisītu problēmu, nav zināms.

Problemātiskā narkotiku lietošana – vai jauno heroīna lietotāju un narkotiku injicētāju skaits samazinās?

Viena no metodiskā ziņā sarežģītākajām jomām narkotiku lietošanas uzraudzībā ir to personu skaita novērtēšana, kas lieto narkotikas hroniski un īpaši kaitīgā veidā. EMCCDA problemātiskās narkotiku lietošanas indikators ir izstrādāts, lai novērtētu šāda veida narkotiku lietošanu, un lielākajā daļā ES valstu problemātiskās narkotiku lietošanas rādītāji pamatā atspoguļo opiātu un injicējamo narkotiku lietošanu. Pašreizējie aprēķini norāda, ka ES, iespējams, ir no 1,2 līdz 2,1 miljonam problemātisko narkotiku lietotāju, no kuriem 850 000 līdz 1,3 miljons, iespējams, ir injicējamo narkotiku lietotāji. Problemātiskās narkotiku lietošanas izplatības aprēķini laika gaitā ir fragmentāri, apgrūtinot ilgtermiņa tendenču noteikšanu. Tomēr 15 ES dalībvalstīs indikatori norāda, ka straujā iesaistīšana heroīna lietošanā, ko piedzīvoja lielākā daļa valstu, sasniedza augstāko līmeni deviņdesmito gadu sākumā un pēc tam stabilizējās. Kaut gan vairākas valstis ir turpinājušas ziņot par pieaugumu kopš 1999. gada, jaunākie dati liecina, ka šī situācija nav viendabīga, un izplatības aprēķini norāda uz atšķirīgām situācijām ES līmenī. Īpaši ir jāpiemin jaunās dalībvalstis, jo tās ir pieredzējušas heroīna problēmas vēlāk un situācija tur ir nestabilāka.

Papildu informācijas avoti, lai novērtētu narkotiku lietošanas problēmu, ir ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits un dati par ārstēšanās pieprasījumu. Ar narkotikām saistīto nāves gadījumu (lielākā daļa opiātu pārdozēšanas dēļ) analīze norāda, ka upuru vecums palielinās un reģistrēto nāves gadījumu skaits starp lietotājiem, kas ir jaunāki par 25 gadiem, kopš 1996. gada ir samazinājies. Vēl viens svarīgs rādītājs ir tas, ka dati no jaunākajām ES valstīm, lai arī tie ir ierobežoti, tomēr norāda uz līdz šim augšupejošu nāves gadījumu skaita tendenci par 25 gadiem jaunāku personu vidū, lai gan tagad šajā ziņā ir sasniegta zināma nostabilizēšanās. Kopumā, lai gan vēsturiski ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits ES saglabājās augstā līmenī, izskatās, ka savu augstāko robežu tas jau ir sasniedzis.

Lielākajā daļā valstu heroīns vēl joprojām ir galvenā narkotika, no kuras atkarības pacienti vēlas ārstēties. Dažās valstīs ir iespējams izsekot vēsturiskajām heroīna lietošanas tendencēm jauno ārstēšanās pacientu vidū, un tās norāda uz nelielu samazinājumu kopš 1996. gada. Tāpat dažas valstis ziņo par tendenci, kas liecina par opiātu lietotāju vecuma palielināšanos, lai gan arī šis novērojums neattiecas uz visām valstīm, un dažās no jaunajām dalībvalstīm (arī šajā gadījumā vadoties pēc ierobežotiem datiem) opiātu lietotāji, kas uzsāk ārstēšanos pirmoreiz, ir relatīvi jauni. Dažās Eiropas valstīs, konkrēti ES 15 dalībvalstīs, injicēšana to opiātu lietotāju vidū, kas vēlas ārstēties, jau ilgāku laiku ir samazinājusies, un Eiropas līmenī mazāk nekā puse no jaunajiem pacientiem, kas vēlas saņemt ārstēšanu no opiātu lietošanas, atzīst, ka narkotikas injicē. Arī šī tendence neattiecas uz jaunajām dalībvalstīm, kur injicēšana vēl joprojām ir galvenais narkotiku lietošanas veids to heroīna lietotāju vidū, kuri saņem ārstēšanu.

Kopsavilkumā var apgalvot, ka nav vienkāršas atbildes uz jautājumu, vai heroīna lietošana un injicēšana Eiropas līmenī šobrīd samazinās. Daudzējādā ziņā pašreizējā situācija attiecībā uz heroīna lietošanu un narkotiku injicēšanu izskatās pozitīvāka nekā tā bija deviņdesmito gadu sākumā ES 15 dalībvalstīs. Ir pierādījumi, kas liecina, ka situācija daudzās valstīs šobrīd ir relatīvi stabila, parādoties lietotāju novecošanās pazīmēm, kas, iespējams, atspoguļo samazinātu jauno lietotāju iesaistīšanu. Taču dažās no jaunajām dalībvalstīm, kur heroīna lietošanas problēmu pieaugums ir salīdzinoši nesens, injicēšana ir dominējošā opiātu lietošanas forma, un no pieejamajiem datiem ir grūti interpretēt pašreizējās heroīna lietošanas tendences.

Kokaīna un citu stimulantu lietošana – nav pamata apmierinātībai

Eiropa vēl arvien ir galvenais stimulantu tirgus, un indikatori norāda, ka Eiropā kopumā amfetamīnu, ekstazī un kokaīna lietošana arvien pieaug. Daudzos rādītājos ekstazī ir apsteigusi amfetamīnus kā Eiropas otrā visplašāk lietotā narkotiku tūlīt aiz kaņepēm. Taču Apvienotajā Karalistē, kur kopš deviņdesmitajiem gadiem lielākajā daļā indikatoru ir bijis augstākais ekstazī un amfetamīnu lietošanas izplatības līmenis, gan vispārējo, gan skolu neseno aptauju dati norāda, ka abu šo narkotiku lietošanas izplatības rādītāji varētu samazināties, īpaši strauji attiecībā uz amfetamīniem un nedaudz mazākā mērā attiecībā uz ekstazī. Tomēr izplatības līmenis Apvienotajā Karalistē saglabājas relatīvi augsts salīdzinājumā ar citām valstīm, lai gan atšķirības tagad ir mazāk izteiktas, jo daudzas valstis ziņo par

līdzīgiem lietošanas izplatības rādītājiem, atkārtojot situāciju, kāda aprakstīta iepriekš attiecībā uz kaņepēm.

Kokaīna lietošanas izplatība Eiropā ir ļoti atšķirīga, taču vispārējā tendence izskatās augšupejoša. Aptauju dati norāda, ka jo īpaši Spānijā un Apvienotajā Karalistē kokaīna lietošana būtiski pieauga deviņdesmito gadu beigās, un pēdējā laikā šeit ir bijusi vērojama palielināšanās, lai arī neliela. Nesen veiktie aprēķini abās šajās valstīs par kokaīna lietošanu jauniešu vidū norāda, ka kokaīna lietošana pārsniedz ekstāzi un amfetamīnu lietošanas līmeni.

Ir grūti aprēķināt stimulantu ietekmi uz sabiedrības veselību Eiropā, taču pierādījumi liecina, ka nav pamata apmierinātībai ar pašreizējiem lietošanas modeļiem. Ar kokaīnu saistītās ārstēšanās pieprasījums pieaug. Lai arī pastāv būtiskas atšķirības valstu starpā, kokaīns ir iemesls aptuveni 10 % no visiem ārstēšanās pieprasījuma gadījumiem visā Eiropā. Kreka, kas ir šīs narkotikas forma un kas jo īpaši saistās ar veselības un citām problēmām, lietošanas izplatība Eiropā saglabājas zemā līmenī. Ziņojumi par kokaīna lietošanu lielākoties attiecas uz dažām lielākajām pilsētām, taču grupās, kur šo narkotiku lieto, tās izraisītās negatīvās sekas var būt ievērojamas. Virkne praktisku un metodoloģisku problēmu sarežģī stimulantu izraisīto nāves gadījumu skaita aprēķināšanu Eiropā. Lai arī ar stimulantiem saistīto nāves gadījumu skaits ir neliels, salīdzinot ar atskaitēs norādīto opiātu izraisīto nāves gadījumu skaitu, tas varētu palielināties, un, iespējams, atskaitēs netiek iekļauti visi gadījumi. Lai gan pašreiz pieejamie dati ir ierobežoti, virkne valstu norāda, ka kokaīnam ir izšķirošā loma aptuveni 10 % ar narkotikām saistīto nāves gadījumu. Ar ekstāzi lietošanu saistīto nāves gadījumu lielākajā daļā ES valstu vēl joprojām ir ļoti neliels, kaut gan šajā ziņā būtu jāuzlabo atskaites procedūras.

Pretošanās globālām tendencēm: Eiropā nav būtisku metamfetamīnu problēmu pazīmju

Metamfetamīns ir narkotika, kas jo īpaši saistās ar veselības un sociālajām problēmām. Globālā līmenī pastāv ievērojams satraukums par pieaugošām metamfetamīna problēmām, un lietošanas rādītāji ir augsti un pieaugoši ASV, Austrālijā, Āfrikas daļās un lielākajā daļā Dienvidaustrumu Āzijā. Līdz šim metamfetamīna lietošana Eiropā lielā mērā bija koncentrēta tikai Čehijas Republikā, kur pastāv jau sena ar šo narkotiku saistīta problēma. Citur Eiropā ir tikai sporādiski ziņojumi par metamfetamīna pieejamību, ir daži ziņojumi par atsavināšanas gadījumiem, kā arī reizēm ir minēti par importu no Čehijas

Republikas uz kaimiņu valstīm. Taču, ņemot vērā, ka daudzām Eiropas valstīm ir spēcīgas saites ar tām pasaules daļām, kurās pastāv metamfetamīna problēmas, kā arī ņemot vērā Eiropas stimulantu tirgus pieauguma tendences, potenciālo metamfetamīna lietošanas izplatīšanos nedrīkst ignorēt, un līdz ar to šī ir joma, attiecībā uz kuru ir jābūt modriem.

Pakalpojumu paplašināšana un radīšana personām ar narkotiku lietošanas problēmām

Pakalpojumu nodrošināšana personām ar narkotiku lietošanas problēmām var ienest pozitīvas izmaiņas gan attiecībā uz atsevišķiem narkotiku lietotājiem, gan arī sabiedrību, kurā viņi dzīvo. Šis fakts tiek atzīts daudzās valstīs narkomānijas un narkotiku apkarošanas politikā, un apņemšanās paplašināt pakalpojumus personām ar narkotiku problēmām ir redzama gan vecajos, gan jaunos ES rīcības plānos cīņai pret narkomāniju. Lai arī ir grūti visaptveroši noteikt pakalpojumu sniegšanas apjomu personām ar narkotiku problēmām Eiropā, vairāki indikatori pārlicinoši norāda, ka gan ārstēšanās pakalpojumi, gan arī atsevišķas kaitējuma samazināšanas pakalpojumu formas ir ievērojami pieaugušas. Tomēr dažādu pakalpojumu veidi un apmērs valstu starpā būtiski atšķiras. Viena no pakalpojumu sniegšanas jomām, kas noteikti ir palielinājusies pēdējo desmit gadu laikā, ir opiātu narkotiku aizvietošanas ārstēšana, jo īpaši tajās valstīs, kur ir augsts injicējamā heroīna lietošanas līmenis. Metadons aizņem tikai nedaudz mazāk par 80 % aizvietojošās ārstēšanas apmēra Eiropā kopumā un vairāk nekā 90 % no aizvietojošās ārstēšanas apmēra specializētajos pakalpojumos, taču buprenorfīns kļūst aizvien populārāka farmakoloģiskā izvēle un, iespējams, aizņem aptuveni 20 % no aizvietojošās ārstēšanas Eiropā. (Papildu informāciju par šīs vielas lietošanu skatīt – “Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices” – “Buprenorfīns: ārstēšana, nepareiza lietošana un indicēšanas prakse” izvēlēto tēmu sadaļā, kas pievienota šim ziņojumam.) Šobrīd ir aprēķināts, ka cilvēku skaits, kas saņem narkotiku aizvietojošo ārstēšanu Eiropā, pārsniedz 500 000, kas norāda, ka aptuveni vienu ceturto daļu līdz pat pusei no personām ar opiātu problēmām var iesaistīt aizvietojošās ārstēšanas procesā.

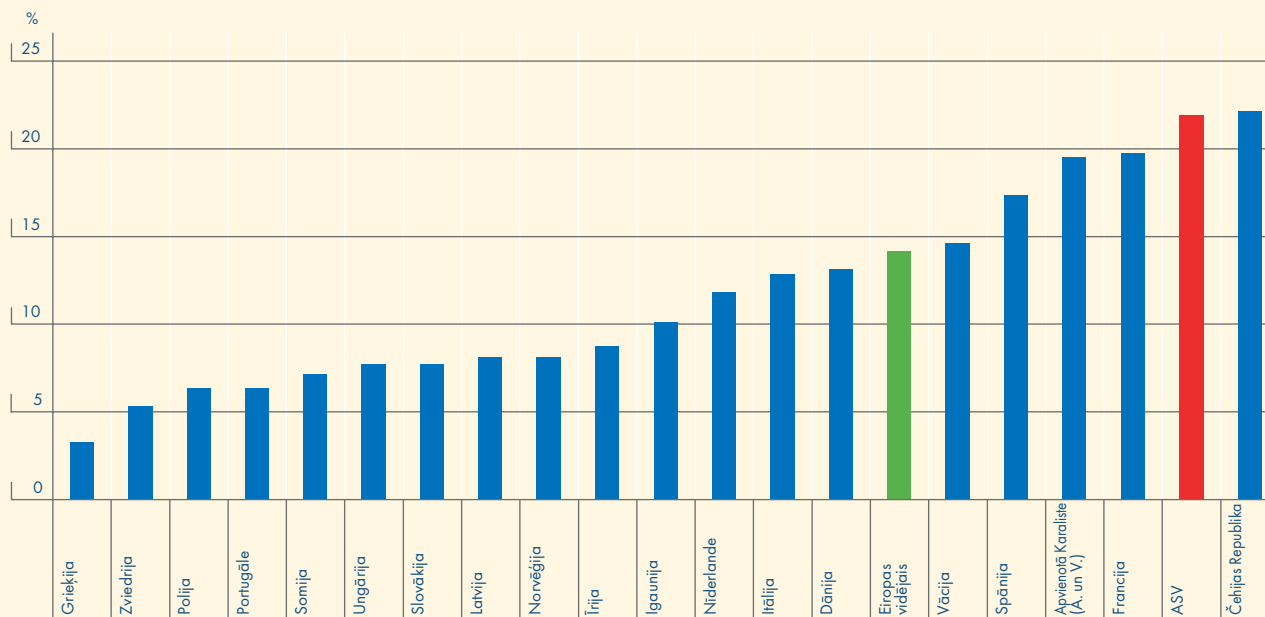
Aizvietojošā ārstēšana nav vienīgā izvēles iespēja personām ar opiātu problēmām, taču ir nepietiekami dati par cita veida terapeitiskajām pieejām, lai varētu veikt ticamus aprēķinus par šo pakalpojumu sniegšanu ES līmenī. Ievērojams progress ir panākts, attīstot aprūpes modeļus personām ar opiātu problēmām, un apliecinājumu pamats, lai priestu par efektivitāti šajā jomā, ir samērā pietiekams.

Narkotiku lietošanas līmenis Eiropā vēl joprojām ir zemāks nekā ASV – taču dažos rajonos izplatības rādītāji tagad ir līdzīgi

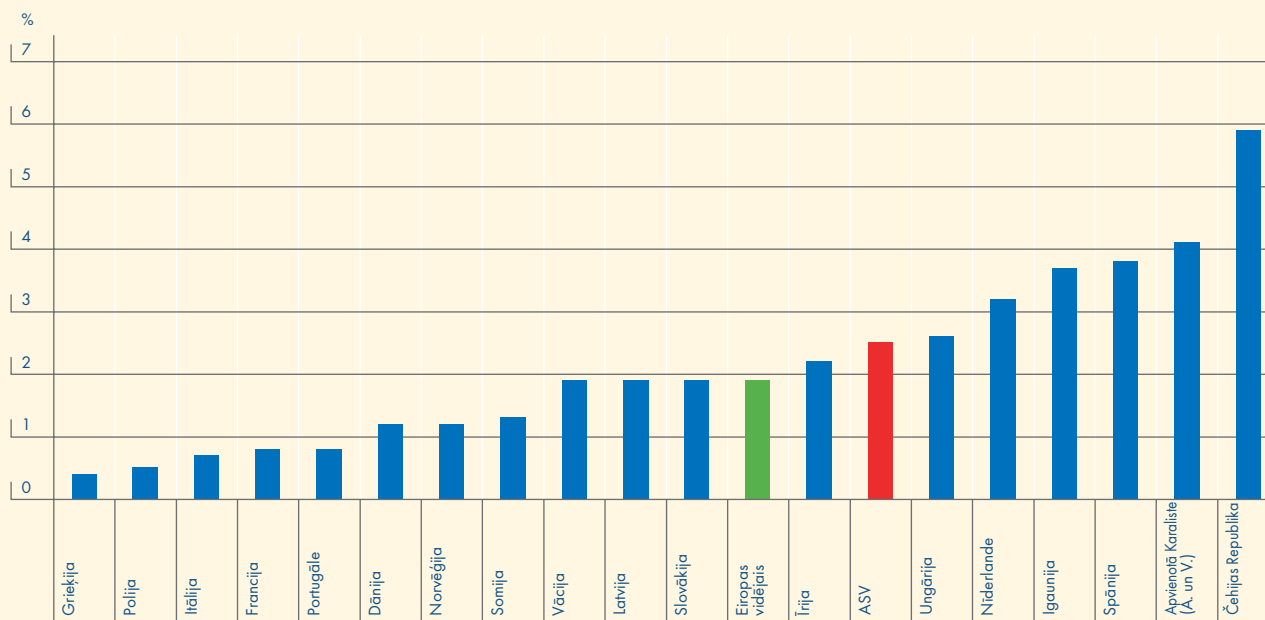
Narkotiku lietošanas līmenis ASV vēsturiski ir bijis ievērojami augstāks nekā Eiropas valstīs. Lielā mērā šī situācija saglabājas tāda pati arī pašreiz, taču, salīdzinot nesenās lietošanas datus (izplatība pēdējā gada laikā), ir redzams, ka dažās Eiropas valstīs kaņepju, ekstazī un kokaīna lietošanas līmenis jauniešu vidū ir līdzīgs izplatības rādītājiem ASV (skatīt attēlu). Attiecībā uz ekstāzi lietošanu jauniešu vidū ASV nesen saņemtie dati liecina par to, ka lietošanas rādītāji ir zemāki par rādītājiem vairākās Eiropas valstīs, iespējams, atspoguļojot spēcīgo Eiropas saistību ar šīs narkotikas lietošanas vēsturisko attīstību. Taču vispārējais ES iedzīvotāju narkotiku lietošanas līmenis pēc visiem rādītājiem vēl joprojām ir zemāks nekā vidējais līmenis ASV. Daudzās Eiropas valstīs plaši izplatīta narkotiku lietošana sākās vēlāk nekā ASV, un, iespējams, tas atspoguļojas augstākos ilgtermiņa lietošanas izplatības rādītājos ASV (skatīt 1., 2., 3. attēlu 2005. gada statistikas bijetenā), kurus zināmā mērā laika gaitā var uzskatīt par lietošanas kopējiem rādītājiem.

Kaņepju, ekstazī, kokaīna lietošanas izplatība Eiropā un ASV jauniešu vidū (15–34 gadi) ilgtermiņā un pēdēja gada laikā

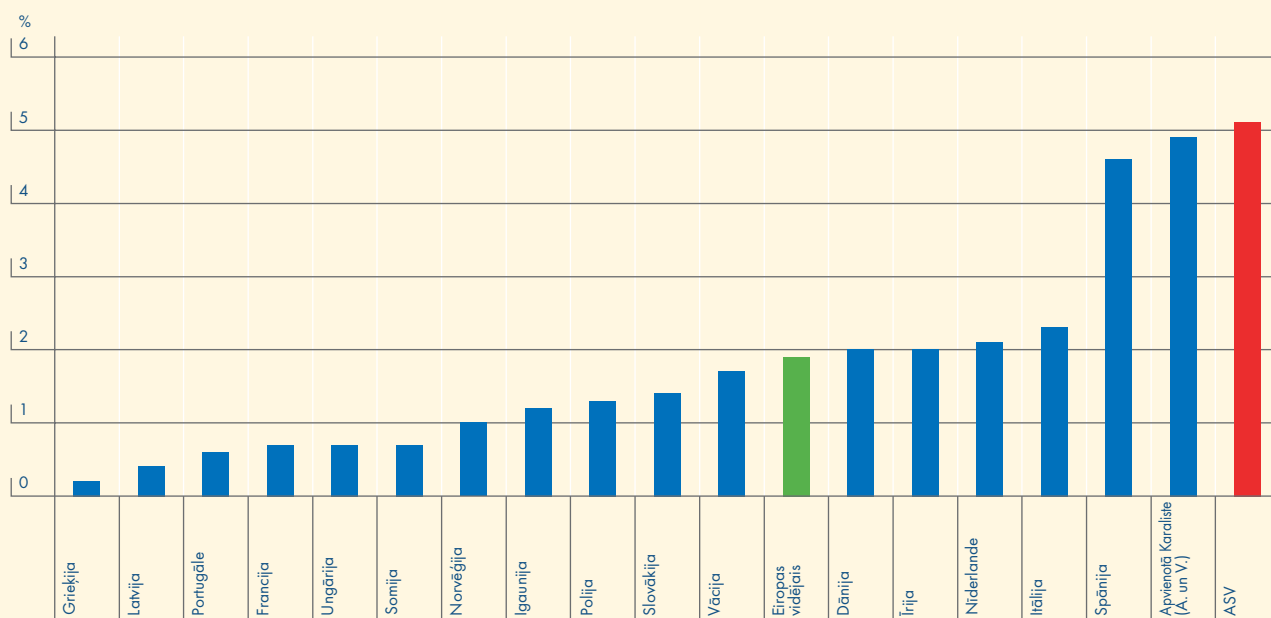
Nesenā (pēdējā gada laikā) kaņepju lietošana jauniešu (15–34 gadi) vidū



Nesenā (pēdējā gada laikā) ekstāzi lietošana jauniešu (15–34 gadi) vidū



Nesenā (pēdējā gada laikā) kokaīna lietošana jauniešu (15–34 gadi) vidū



NB: Amerikas Savienotajās valstīs apsekojumu veica 2003. gadā, un vecums ir 16–34 gadi, kas pārrēķināti pēc oriģinālajiem datiem. Eiropas valstīs vairākums apsekojumu (17 no 19) tika veikti laikā starp 2001. un 2004. gadu, un standarta vecums ir 15–34 gadi (dažās valstīs jaunākais vecums var būt 16 vai 18 gadi). Eiropas vidējais izplatības līmenis tika aprēķināts kā valsts izplatības līmeņa vidējais rādītājs, veicot sadalījumu pa 15–34 gadīgiem valsts iedzīvotājiem (2001. g., ņemts no Eurostat).

Avoti: ASV: SAMHSA, Office of Applied Studies (Lietiško pētījumu birojs), National Survey on Drug Use and Health (Nacionālais apsekojums par narkotiku lietošanu un veselību), 2003. g. (www.samhsa.gov) un (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Eiropā: Tabula GPS-11 EMCDDA 2005. gada statistikas bijūtenā. Balstīts uz Reitox nacionālajiem ziņojumiem (2004. g.).

Taču situācija ir atšķirīga attiecībā uz cita veida narkotiku lietotājiem, kuri veido arvien pieaugošu daļu Eiropas ārstēšanās pakalpojumu jomā. Vienprātība par piemērotākajām terapeitiskajām iespējām tām personām, kas meklē palīdzību saistībā ar stimulantu un kaņepju lietošanas problēmām, ir ievērojami vājāka, un efektīvu ārstēšanās iespēju radīšana šiem pacientiem, acīmredzot, kļūst par arvien svarīgāku uzdevumu.

Narkotiku lietošana, HIV infekcija un AIDS – pretprasākumi kļūst arvien izplatītāki un tie varētu ietekmēt vispārējās tendences

Ārstēšanās pakalpojumu paplašināšana nav vienīgā joma, kurā ir uzlaboti pakalpojumi narkotiku lietotājiem. Adatu un šļircu apmaiņas programmas, kas nodrošina narkotiku injicētājiem sterilu aprīkojumu, tagad ir sastopamas praktiski visās ES dalībvalstīs, un lielākajā daļā valstu vidēja termiņa tendence ir parādījusi gan aktivitāšu, gan ģeogrāfiskā seguma pieaugumu. Dažās dalībvalstīs šā veida programmu ģeogrāfiskā seguma paplašināšanā nozīmīga loma ir arī aptiekām. Speciālistu programmas, jo īpaši labas pieejamības aģentūras, bieži tiek integrētas plašākos pakalpojumos tām personām ar narkotiku problēmām, un tādās bieži uzskata par veidu,

kā nodibināt kontaktu ar aktīvajiem narkotiku lietotājiem un, iespējams, sniegt viņiem norādījumus par ārstēšanās un citiem pakalpojumiem.

Vispārējā līmenī AIDS izplatīšanās dēļ narkotiku injicēšanas jau kādu laiku ir samazinājusies. Heteroseksuālie kontakti šajā ziņā tagad ir apsteiguši injicējamo narkotiku lietošanu kā augstākais riska faktors AIDS izplatībai Eiropā. To, iespējams, var saistīt ar aktīvās pretvīrusa terapijas (HAART) labo pieejamību kopš 1996. gada, ārstēšanās un kaitējuma samazināšanas pakalpojumu pieaugumu un narkotiku injicētāju skaita samazināšanos lielākajā daļā skarto valstu. PVO aprēķini norāda, ka vairumā Eiropas valstu vairāk nekā 75 % personām, kam nepieciešama HAART, šī programma ir pieejama. Tomēr aprēķinātie pieejamības rādītāji tiek novērtēti kā ļoti vāji virknē Baltijas valstu, un tas, iespējams, atspoguļojas jauno AIDS gadījumu skaita pieaugumā injicējamo narkotiku lietotāju vidū vismaz dažās valstīs šajā zonā. Kādu laiku atsevišķās Baltijas valstīs dramatiski pieauga arī jauno HIV inficēšanās gadījumu skaits, taču jaunākie rādītāji šajā ziņā ir tikpat dramatiski samazinājušies, iespējams, sasniegtā piesātinājuma riska grupās dēļ; bez tam, dažās jomās zināma ietekme varētu būt arī pakalpojumu sniegšanas pieaugumam.

Lielākajā daļā citu jauno ES dalībvalstu HIV izplatības rādītāji saglabājas zemi, tāpat kā arī daudzās ES-15 dalībvalstīs. No tām ES valstīm, kurās HIV izplatības rādītāji ir bijuši vēsturiski augstā līmenī injicējamo narkotiku lietotāju vidū, lielākā daļa ir pieredzējušas būtisku samazinājumu un tai sekojošu stabilizāciju. Tas nenozīmē, ka šīs problēmas ir izzudušas: neskatoties uz metodoloģiskajiem sarežģījumiem, kas apgrūtina tendenču interpretāciju nacionālajā līmenī, daži nesenie pētījumi ziņo par jauniem slimības pārvešanas gadījumiem noteiktās injicējamo narkotiku lietotāju iedzīvotāju daļās, uzsverot nepieciešamību saglabāt modrību šajā jomā.

Vispārējie ziņojumi par juridiskajām sankcijām attiecībā uz narkotiku glabāšanu un lietošanu

Nav salīdzināmu datu Eiropas līmenī par lielāko daļu aspektiem, kas attiecas uz saistību starp narkotikām un noziedzību. Svarīgākais izņēmums attiecas uz narkotiku likumdošanas pārkāpumiem, kas ir reģistrētie narkotiku kontroles likumdošanas pārkāpumi. Kaut gan salīdzinājumi valstu starpā ir jāveic uzmanīgi, izskatās, ka laika posmā no deviņdesmito gadu beigām līdz 2003. gadam narkotiku likumdošanas pārkāpumu skaits ir pieaudzis daudzās ES valstīs. Pieaugums ir īpaši izteikts dažās no jaunajām dalībvalstīm. Lielākajā daļā valstu visvairāk ziņojumu ir par narkotiku glabāšanu un lietošanu. Lielākajā daļā dalībvalstu visvairāk pārkāpumu ir saistīti ar kaņepju lietošanu, un kopš 1998. gada lielākajā daļā valstu ar kaņepju lietošanu saistīto pārkāpumu skaits ir vai nu proporcionāli palielinājies vai arī saglabājies stabils. Pretēji tam, ar heroīnu saistīto pārkāpumu proporcija daudzās valstīs ir samazinājusies.

Daudzās Eiropas valstīs pastāv pieaugošs satraukums par plašāku narkotiku lietošanas ietekmi uz sabiedrību, kurā šī lietošana notiek. Jautājumi, kas saistīti ar sabiedrības

drošību un jauniešu pakļaušanu narkotiku ietekmei, ir visbiežāk minētie satraukuma iemesli, kurus varētu grupēt zem virsraksta "Ar narkotiku lietošanu saistītie sabiedrības apgrūtinājumi" – šī problēma ir sīki apskatīta izvēlēto tēmu sadaļā, kas pievienota gada pārskatam, un, turpinot kriminālā tiesiskuma tēmu, viens no atsevišķajiem jautājumiem ir veltīts pārskatam par stratēģijām, lai uz personām, kam ir narkotiku problēmas, neattiecinātu cietumsodus un nosūtītu šīs personas ārstēšanai: "Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU" ("Ieslodzījumu alternatīvas: vērsta uz noziedzniekiem – problemātiskajiem narkotiku lietotājiem ES").

Jaunami narkomānijas apkarošanas stratēģijās – ir redzami daži kopīgi elementi, ņemot vērā atšķirības starp valstīm

Iepazīstoties ar šo ziņojumu, ir skaidri redzams, ka visā Eiropā pastāv būtiskas atšķirības starp dalībvalstīm attiecībā uz narkotiku problēmām, ar kurām tās saskaras, gan arī stratēģiju un pasākumu apjomu un veidu. Neskatoties uz to, narkomānijas situācijā, ar kādu sastopas lielākā daļa valstu, pastāv atsevišķi kopīgi elementi. Politikas līmenī dalībvalstis ir izteikušas vispārēju politisko apņemšanos izstrādāt līdzsvarotu un uz pierādījumiem balstītu atbildes reakciju, kas ir saskaņota ar starptautiskajām saistībām, un atzīst, ka narkotiku politika paliek katras valsts atbildības jautājums, tajā pašā laikā meklējot tās priekšrocības, kādas var sniegt uzlabota sadarbība Eiropas līmenī. Šie centieni ir izteikti ES narkotiku stratēģijā un rīcības plānos. Lai arī ES narkotiku stratēģija un rīcības plāns 2000.–2004. gadam nav sasniedzis visus nospraustos mērķus, tas tomēr ir nozīmīgs apliecinājums tam, ka dalībvalstis, ES iestādes un speciālistu aģentūras var kopēji sadarboties nolūkā koordinēt darbības ar narkotikām saistītajos jautājumus, un noteikti šī sadarbība tiks turpināta.



1. nodaļa

Jaunumi politikā un tiesību aktos

Ievads

Politikas attīstības tendences ar narkotikām saistītajos jautājumos ES dalībvalstu starpā ir nemainīgi neviendabīgas, tādējādi atspoguļojot pieeju dažādību nacionālajā un Eiropas līmenī. Taču tas neizslēdz kopīgas iezīmes, kuras ir vērts analizēt.

Atskaites perioda laikā svarīgākā no šādām iezīmēm ir veids, kādā ar narkotikām saistītās stratēģijas tiek vērtētas dažādās dalībvalstīs. Nacionālo stratēģiju attiecībā uz narkotikām ieviešana tiek vērtēta vairākās ES valstīs. Lai arī izvērtēšanas ietekmi uz politiku narkotiku jautājumos vēl nevar noteikt, izvērtēšana jau ir devusi zināmus daudzsoļus rezultātus: mēs esam ieguvuši labāku izpratni par panākumiem un neveiksmēm, un dažos gadījumos izvērtēšanas rezultātā ir piešķirti lielāki resursi, lai nodrošinātu iespēju sasniegt nerealizētos stratēģijas mērķus. Papildus tam ES Stratēģijas un rīcības plāna 2000.–2004. gadam vērtējums ir svarīga procesa, kurā kopā strādā dalībvalstis, ES institūcijas un specializētās aģentūras ar mērķi novērtēt panākto progresu narkotiku jomā, pirmais rezultāts. Citi jauninājumi politikā, kas notikuši atskaites perioda laikā, ietver sodu par narkotiku lietošanu samazināšanu un sodu par narkotiku kontrabandu un ar narkotikām saistītiem pārkāpumiem, kas apdraud nepilngadīgos, bardzības palielināšanos atsevišķās valstīs.

Stratēģiskā pieeja narkotiku politikai Eiropas Savienībā

ES Narkotiku stratēģija 2005.–2012. gadam, kuru Eiropas Padome pieņēma 2004. gada decembrī, ievēro iepriekšējā perioda (2000.–2004. g.) sasniegumu izvērtēšanas galīgos rezultātus. Tās mērķis ir pievienot vērtību nacionālajām stratēģijām, tajā pašā laikā ievērojot funkciju decentralizācijas un proporcionalitātes principus, kas noteikti nolīgumos. Tā nosaka divus galvenos mērķus ES attiecībā uz narkotikām:

- panākt augsta līmeņa veselības aizsardzību, labklājību un sociālo kohēziju, papildinot dalībvalstu darbības narkotiku lietošanas un atkarības, kā arī ar narkotikām saistītā kaitējuma veselībai un sabiedrībai novēršanas un samazināšanas jomā;
- nodrošināt augstu drošības līmeni sabiedrībai, realizējot darbības, kas vērstas pret narkotiku ražošanu un piegādi un pārrobežu kontrabandu, un intensificējot preventīvās darbības pret noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām, izmantojot efektīvu sadarbību dalībvalstu starpā.

Šie divi mērķi aptver sešas prioritātes, kas noteiktas 2000.–2004. gada ES stratēģijā par narkotikām. Jaunās stratēģijas atkārtu integrēto, daudzdisciplīnu un līdzsvaroto pieeju, kombinējot līdzekļus, lai samazinātu gan pieprasījumu, gan piedāvājumu. Tajā ir koncentrēta uzmanība uz šīm divām politikas jomām un divām kopīgām tēmām — “starptautiskā sadarbība” un “informācija, izpēte un izvērtēšana” — kā arī uz “koordināciju”.

2005. gada februārī Eiropas Komisija prezentēja Eiropas Parlamentam un Eiropas Padomei Paziņojumu par ES rīcības plānu ar narkotikām saistītajos jautājumos laika posmam no 2005. līdz 2008. gadam. Izstrādājot šo rīcības plānu, notika konsultācijas ar EMCDDA un Eiropolu. Komisija konsultējās arī ar sabiedrību. Rīcības plāns, kurā ir ņemti vērā iepriekšējā plāna vērtēšanas rezultāti, ir izveidots tādā veidā, ka ir skaidri zināmi noteiktas iesaistītās personas un novērtēšanas instrumenti, ir norādīti indikatori un izpildes termiņi katrai darbībai. Tam būtu jāatvieglo darbību uzraudzība, kā arī jāsniedz skaidrāki norādījumi par plāna realizāciju. Komisija veiks ikgadēju rīcības plāna ieviešanas progresu pārskatu, kā arī ietekmes novērtējumu pirms plāna 2009.–2012. gadam izstrādes.

Sekojošā ES piemēram, lielākā daļa dalībvalstu ir pieņēmušas nacionālās stratēģijas narkotiku jautājumos. No 29 valstīm, kas ir apskatītas šajā ziņojumā, 26 darbojas nacionālā politika narkotiku jautājumos nacionālā plāna, stratēģijas vai līdzīga dokumenta formā.

Kas attiecas uz pārējām valstīm, Itālijā nacionālā komiteja pret narkotikām vērsto darbību koordinācijai apstiprināja nacionālo plānu 2003. gada martā, un to apspriež reģionos un autonomajās provincēs; Malta un Austrija norādīja, ka ziņojuma sagatavošanas laikā notiek procedūras nacionālo stratēģiju narkotiku jautājumos izstrādei un pieņemšanai ⁽¹⁾.

Jaunas nacionālās stratēģijas narkotiku jautājumos ir pieņemtas septiņās ES valstīs (skatīt 1. tabulu). Izskatās, ka princips, ka politikai narkotiku jautājumos ir jābūt globālai un daudzdisciplīnu, ir akceptēts visās dalībvalstu nacionālajās stratēģijās narkotiku jautājumos, un tas ir atbilstošs ES pieejai narkotiku jautājumiem. Taču var pastāvēt būtiskas atšķirības dažādu valstu nacionālo stratēģiju saturā, piemēram, ieviešanās īstenošana, kas var atšķirties, neskatoties uz vienas un tās pašas terminoloģijas izmantošanu; stratēģiju izvērtēšanas lomā, kas var būt no svarīgas līdz marginālai; un pat svarīgu politikas pieeju, piemēram, kaitējuma samazināšana, pieņemšanā. Patiešām, starp 26 izskatītajiem politikas vai stratēģijas dokumentiem ⁽²⁾, kaitējuma samazināšana ir tas jautājums, kurā pastāv vislielākā viedokļu atšķirība: tas ir izcelts kā būtisks divpadsmit, ir ietverts saistībā ar citu jautājumu apspriešanu deviņos un nav pieminēts piecos dokumentos.

Stratēģiju izvērtēšana narkotiku jautājumos sniedz pirmos rezultātus

Atskaites periodā tika vērtēta ES stratēģija narkotiku jautājumos (2000.–2004. g.). Tieslietu un iekšlietu padome 2004. gada 25.–26. oktobrī izskatīja Komisijas ziņojumu par šo galīgo izvērtēšanu ⁽³⁾. Tās mērķis bija novērtēt, kādā mērā rīcības plānā ir sasniegti stratēģijas narkotiku jautājumos noteiktie mērķi, kā arī stratēģijas narkotiku jautājumos un rīcības plāna ietekmi uz situāciju saistībā ar narkotikām ES. Tā deva ieguldījumu arī apspriedēs, kuru rezultātā tika apstiprināta jaunā stratēģija narkotiku jautājumos ⁽⁴⁾. Komisijai vērtēšanas darbā palīdzēja vadības komiteja (kuru izveidoja Komisija, četras dalībvalstis, kas bija prezidējošās valstis 2003.–2004. gadā, EMCDDA un Eiropols). Šajā darbā nopietns šķērslis bija precīzu un objektīvu novērtējamu operatīvo mērķu trūkums.

Paziņojumā par galīgo vērtējumu un tā pielikumos ⁽⁵⁾ ir izcelti galvenie sasniegumi narkotiku jomā nacionālajā un ES līmenī, kā arī jomas, kurās ir nepieciešams nodrošināt tālāku attīstību. Tajā ir uzsvērts, ka panākumi ir sasniegti ar narkotikām saistīto veselības problēmu samazināšanā (ieskaitot cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekciju,

1. tabula: Jaunas nacionālās narkotiku stratēģijas

Valsts	Nosaukums	Grafiks vai pieņemšanas laiks	Mērķi	Kvantitatīvie mērķi	Darbības indikatori	Atbildība par izpildi	Izpildes budžets
Igaunija	Nacionālā stratēģija narkotiku atkarības novēršanai	2004.–2012. g.	✓	✓	✓	n.p.	n.p.
Igaunija	Stratēģijas rīcības plāns mērķu sasniegšanai	2004.–2008. g.	✓	✓	✓	✓	✓
Francija	Rīcības plāns pret nelegālajām narkotikām, tabaku un alkoholu	2004.–2008. g.	✓	✓	✓	n.p.	✓
Kipra	Nacionālā narkotiku stratēģija	2004.–2008. g.	✓	n.p.	n.p.	n.p.	✓ ⁽²⁾
Lietuva ⁽¹⁾	Stratēģija par nacionālo programmu narkotiku atkarības novēršanai	2004.–2008. g.	✓	n.p.	✓	✓	✓
Luksemburga	Stratēģija un rīcības plāns par narkotikām un narkotiku atkarību	2005.–2009. g.	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovēnija ⁽¹⁾	Lēmums par nacionālo programmu narkotiku jautājumos	2004.–2009. g.	✓	n.p.	n.p.	✓	✓
Somija	Narkotiku politikas rīcības programma	2004.–2007. g.	✓	n.p.	n.p.	✓	n.p.

NB: n.p. – dati nav pieejami.

⁽¹⁾ Datus snieguši nacionālo kontaktpunktu darbinieki.

⁽²⁾ Kvantitatīvie mērķi Luksemburgas stratēģijā nav pieejami par piegādes samazināšanu.

⁽³⁾ Kipras stratēģijā ir atzīmēts, ka, lai sasniegtu stratēģijas mērķus, tiks nodrošinātas finanses un darbinieki – skaitļi nav norādīti.

⁽¹⁾ Papildu informāciju un definīcijas skatīt EMCDDA tīmekļa vietnē (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Informācija šajā jautājumā nav pieejama par Maltu, Slovākiju un Turciju.

⁽³⁾ KOM (2004) 707 galīgais.

⁽⁴⁾ Eiropas Padome (2004. gada 16.–17. decembris) – Secinājumi.

⁽⁵⁾ To vidū ir EMCDDA–Eiropola statistikas ziņojums (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

hepatītu) un ar narkotikām saistīto nāves gadījumu samazināšanā (mērķis Nr. 2 ES stratēģijā narkotiku jautājumos), kā arī ārstēšanās pieejamības uzlabošanā (mērķis Nr. 3). Attiecībā uz mērķi Nr. 1., kas ir narkotiku lietošanas samazināšana, būtiski sasniegumi netika novēroti. Tāpat arī nav samazinājusies narkotiku pieejamība (mērķis Nr. 4). Taču mērķi Nr. 4 un Nr. 5 kopā darbojas kā katalizators vairākām ES līmeņa iniciatīvām, kas ir pastiprinājuši tiesībsargājošos līdzekļus pret narkotiku kontrabandu un piegādi. Plānā ietvertā perioda laikā parādījās vairākas būtiskas iniciatīvas, lai apkarotu nelikumīgi iegūtu naudas līdzekļu legalizēšanu (mērķis Nr. 6.1.) un novērstu prekursoru novirzīšanu (mērķis Nr. 6.2.), izdarot grozījumus Kopienas likumdošanā par tirdzniecības un prekursoru kontroli.

Paziņojumā uzsvērtā arī nepieciešamība veikt tālāko izpēti, piemēram, par biomedicīnas, psihosociālajiem un citiem faktoriem, kas ir pamatā narkotiku lietošanai un atkarībai, jo īpaši tajās jomās, kur informācija vēl joprojām ir nepilnīga (piemēram, ilgtermiņa kaņepju vai sintētisko narkotiku lietošana). Tika uzsvērtā nepieciešamība veikt regulāras konsultācijas ar sabiedrību, izstrādājot ES politiku narkotiku jautājumos. Komisija ieteica pagarināt ES stratēģijas termiņu no pieciem līdz astoņiem gadiem, ietverot divu secīgu ES rīcības plānu īstenošanu šā perioda laikā, lai nodrošinātu iespēju pilnīgi īstenot un precīzi izstrādāt iniciatīvas, lai tās atbilstu stratēģijas mērķiem.

Ir vērts komentēt virkni vērtēšanas pasākumu, kas veikti nacionālajā līmenī šā atskaites perioda laikā. Īpašu interesi piesaista tie vērtēšanas pasākumi, kurus īstenojušas valstis, kas izvēlējušās "strukturētāku" pieeju savām nacionālajām stratēģijām narkotiku jautājumos, iekļaujot tādus elementus kā mērķu formāla dokumentācija, mērķu definēšana un kvantitatīvā definēšana, par realizāciju atbildīgās iestādes identificēšana un mērķu sasniegšanas termiņu noteikšana. Šāda pieeja atvieglo valstīm ziņojumu sastādīšanas procesu par uzdevumiem, kas ir izpildīti, kā arī noteikt problemātiskos jautājumos, tādējādi nodrošinot, ka darbība ir koncentrēta tur, kur tā nepieciešama.

Šādas pieejas piemērus var redzēt Čehijas Republikas, Īrijas, Luksemburgas, Polijas un Portugāles stratēģijās, kur nacionālo stratēģiju narkotiku jautājumos vērtēšanas pasākumi atklāja vai arī potenciāli var atklāt darbības, kas ir izpildītas, un nepabeigtos uzdevumus, pie kuriem vēl ir jāstrādā. Piemērs par to, kā strukturēta pieeja var palīdzēt sasniegumu novērtēšanā, ir redzams 2004. gada

Portugāles nacionālās stratēģijas narkotiku jautājumos vērtējumā. Ārējie vērtētāji secināja, ka ir panākts progress, sasniedzot dažus no 30 galvenajiem mērķiem, kas iekļauti Portugāles rīcības plānā, no tiem astoņi mērķi ir pilnībā sasniegti un 10 ir daļēji sasniegti; taču informācijas trūkums nozīmēja, ka pārējos mērķus bija grūti novērtēt, un tika izdarīts secinājums, ka pieci mērķi nav sasniegti. Vācijā ir izveidota vadības komiteja (Nacionālā padome narkomānijas jautājumos) ar mērķi nodrošināt 2003. gada rīcības plāna realizāciju un uzraudzīt rezultātus.

Nacionālās stratēģijas narkotiku jautājumos pieņemšanas vai arī iepriekšējās stratēģijas panākumu vērtējuma rezultātā dažās valstīs ir palielināts narkotiku apkarošanai paredzētais budžets. Piemēram, Grieķijā ir ievērojami pieauguši izdevumi par veselības aprūpes pakalpojumiem; Ungārijā ir mobilizēti līdzekļi, lai nodrošinātu finansējumu vēl nerealizētajiem stratēģijas elementiem; un Luksemburgā Veselības ministrijas budžets narkotiku jautājumu risināšanai ir pieaudzis no aptuveni 1 miljona euro 1999. gadā līdz gandrīz 6 miljoniem euro 2004. gadā. Taču visās dalībvalstīs valsts izdevumi ar narkotikām saistītajiem jautājumiem veido tikai nelielu daļu no kopējiem valsts izdevumiem (no 0,1 % līdz 0,3 %). Tas daļēji izskaidro novērojumu, kas attiecināms uz visu ES, ka nav tiešas saiknes starp ekonomikas pieaugumu un saistītajām izmaiņām kopējā budžetā un izmaiņām valsts izdevumos narkotiku apkarošanas jomā.

Vairākās ES valstīs tēriņi par piegādes samazināšanu turpina veidot lielāko daļu no valsts izdevumiem (aptuveni 68–75 % no kopējiem izdevumiem ar narkotikām saistīto problēmu risināšanai)⁽⁶⁾). Taču dažās valstīs, ieskaitot Maltu un Luksemburgu, tēriņi pieprasījuma samazināšanai bija acīmredzami lielāki par izdevumiem piegādes samazināšanai (pieprasījuma samazināšanas izdevumi veido 66 % un 59 % no kopējiem izdevumiem ar narkotiku saistīto jautājumu risināšanai). Taču nav skaidrs, vai atskaitēs iekļautās atšķirības budžeta sadalījumā atbilst pamata atšķirībai politikas prioritāšu jomā vai arī atspoguļo nepilnības datu apkopošanā.

Vēl joprojām problēma ir tā, ka nav pieejama informācija par tiešajiem valsts izdevumiem ar narkotikām saistīto jautājumu risināšanai. Taču ir pazīmes, kas liecina, ka līdz ar pieaugošo akadēmisko interesi par šo jomu⁽⁷⁾, pieaug arī politiskā apņemšanās noteikt un aprakstīt ar narkotikām saistītos valsts izdevumus, lai nacionālos izdevumus par narkotiku problēmu risināšanu varētu iekļaut galveno

⁽⁶⁾ Skatīt speciālo izdevumu "Valsts izdevumi narkotiku pieprasījuma samazināšanai" *EMCDDA 2003. gada pārskatā* (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

⁽⁷⁾ Beļģijā, Spānijā, Francijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Somijā, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē – detalizētas atsauces skatīt *EMCDDA tīmekļa vietnē* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

elementu izmaksu-ieguvumu vērtējumos. Sadarbībā ar *Reitox* tīklu un Eiropas Komisiju *EMCDDA* šobrīd izstrādā metodoloģiju, kas ļaus konsekventi un ticami novērtēt ar narkotiku jautājumiem saistītos valsts izdevumus ES, kā tas prasīts ES 2005. gada rīcības plānā.

Šis pirmais vērtēšanas process nacionālajā un Eiropas līmenī ir vērtīgs atgriezeniskās saites nodrošināšanas mehānisms, kas informē lēmumu pieņēmējus par to, kādā mērā viņu lēmumi ir īstenoti un ar kādām izmaksām, tādējādi ļaujot viņiem koncentrēt savas pūles tajās jomās, kur ir reģistrētas problēmas vai arī vērtējuma rezultātā ir atklātas nepatīkamas tendences. Lai arī skaidri pierādījumi par nacionālo stratēģiju narkotiku jautājumos ietekmi uz narkomāniju kopumā vēl nav pieejami (*EMCDDA*, 2004a), "rezultāta reģistrēšanas" pieeja ir pozitīva zīme, un cerams, tā būs par pamatu vispārējas tendences attīstībai Eiropā detalizēti novērtēt visas nacionālās stratēģijas narkotiku jautājumos.

Debates nacionālajos parlamentos un medijos

Sabiedrībā valdošās bažas par narkomāniju kā parādību ir atspoguļotas gan medijos, gan parlamentārajās debatēs. Atskaites periodā informācijā par parlamentārajām debatēm, kas sniegta *Reitox* nacionālajos ziņojumos, visbiežāk iekļautās tēmas bija "kaitējuma samazināšana" vai darbības, kas pieder pie šīs kategorijas, "kaņepju lietošana" un "ar narkotikām saistītie noziegumi un saistītās izmaiņas likumos par narkotikām".

Aizvietošanas terapiju priekšrocības un trūkumi, kā arī kaitējuma mazināšanas pasākumi salīdzinājumā ar beznarkotiku pieeju izraisīja dzīvas parlamentārās debates Čehijas Republikā, Igaunijā, Francijā, Īrijā un Norvēģijā. Karstajās politiskajās debatēs izskanēja priekšlikums padarīt šjirču apmaiņas programmu Zviedrijā par pastāvīgu pasākumu, pat ja tā darbotos strikti kontrolētos apstākļos, un uz laiku izveidot injekciju telpas Norvēģijā (skatīt speciālo izdevumu par nacionālajiem tiesību aktiem un sabiedrības neērtībām).

Kaņepes bija viena no svarīgākajām debašu tēmām, jo īpaši Vācijā, kur galvenais uzsvars tika likts uz kaņepju lietošanu jauniešu vidū, un Luksemburgā un Portugālē, kur tika ierosināts padarīt to pieejamu saskaņā ar ārsta receptēm. Par kaņepju lietošanu vai kopumā par narkotiku

lietošanu skolās un jauniešu vidū plaši ziņoja mediji Beļģijā, Čehijas Republikā, Vācijā, Kiprā, Luksemburgā un Austrijā. Nīderlandē mediju uzmanību piesaistīja ziņas par tetrahidrokannabinola (THC) koncentrācijas pieaugumu kaņepju produktos un iespējamo ietekmi uz veselību, ko izraisa augstas iedarbības kaņepes. Polijā kaņepes bija visbiežāk pieminētā narkotika medijos, 865 no pavisam aptuveni 2 500 atsaucēm uz narkotikām attiecās uz marihuānu. Likumprojekti, kuros aizstāvēta šīs narkotikas legalizācija, tika iesniegti Beļģijā, Dānijā un dažās pilsētu padomēs Nīderlandē (ar mērķi atrisināt "sētas durvju problēmu" ⁽⁸⁾), izsaucot spēcīgu un publisku opozīciju no parlamenta locekļu un valdības ministru puses.

Iespējamie grozījumi likumos par narkotikām piesaistīja mediju uzmanību un izraisīja politiskas debates Francijā un Itālijā. Francijā tika noraidīts priekšlikums aizstāt cietumsodus par narkotiku lietošanu ar naudas sodiem satraukuma dēļ, ka šādas izmaiņas varētu "interpretēt kā zīmi, ka narkotikas nav ļoti bīstamas" un novest pie "jauna pieauguma lietošanā un lietošanas jaunākā vecumā" ⁽⁹⁾. Itālijā mediji atspoguļoja dzīvas parlamenta debates par izmaiņām 1990. gada likumā, un sankciju diferencēšana par narkotiku glabāšanu piesaistīja mediju un politiķu uzmanību Čehijas Republikā.

Speciāli pētījumi mediju paziņojumu analizēšanai ir veikti Čehijas Republikā, Grieķijā, Luksemburgā, Polijā un Portugālē, un nacionālās mediju kampaņas, kas orientētas uz jauniešiem, ir izstrādātas Beļģijā ⁽¹⁰⁾, Polijā un Apvienotajā Karalistē ⁽¹¹⁾.

Jaunumi ES programmās un tiesību aktos

Svarīgas ES iniciatīvas, kas attiecas uz narkotikām un kas tika noteiktas atskaites perioda laikā, tika īstenotas sabiedrības veselības, narkotiku kontrabandas, prekursoru un sintētisko narkotiku kontroles jomās.

Sabiedrības veselība

Eiropas līmenī narkotiku lietošanas novēršana ir iekļauta veselības noteicēju sarakstā sabiedrības veselības programmā ⁽¹²⁾. Šīs programmas 2004. gada darba plāns ir balstīts pamatā uz 2003. gada 18. jūnija Padomes rekomendāciju un uz piemērotas bāzes aktivitāšu revīzijai ES attīstību, iesaistot *EMCDDA*. Komisija ir aicinājusi ieinteresētās puses iesniegt priekšlikumus, kas balstīti uz

⁽⁸⁾ Kafējnicās ir atļauts turēt līdz 500 g kaņepju pārdošanai, taču to var iepirkt tikai nelikumīgajā tirgū. Šī ir tā sauktā "sētas durvju problēma".

⁽⁹⁾ *MILDT* (2004), 43. lpp., citēts Francijas nacionālajā ziņojumā.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ "Saruna ar Frenku" – kampaņa par riskiem, kas saistīti ar kaņepju lietošanu (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ 2002. gada 23. septembra Eiropas Parlamenta un Padomes Lēmums Nr. 1786/2002/EK par sabiedrības rīcības programmas pieņemšanu sabiedrības veselības jomā (2003.–2008. g.) – Komisijas paziņojumi *Oficiālajā Vēstnesī* L 271, 9.10.2002., 1.–12. lpp.

Ilgtspējīgas veselības uzraudzības sistēmas izveidošana

Ilgtspējīgas veselības uzraudzības sistēmas izveidošana ir viens no galvenajiem sabiedrības veselības programmas mērķiem (2003.–2008. g.). Komisija ir organizējusi konsultācijas ar dalībvalstīm un starptautiskām iestādēm ar mērķi nostiprināt Eiropas Kopienas veselības indikatoru kopumu. Šajā kontekstā “ar narkotikām saistītie nāves gadījumi” un “psihotropo vielu patēriņš” tika ietverti pamata indikatoru saraksta projektā, tādējādi pastiprinot strukturālās saiknes ar EMCDDA kā potenciālo datu avotu.

noteikta dzīvesstila pieeju, lai cīnītos pret to vielu lietošanu, kas potenciāli var izraisīt atkarību, jo īpaši izklaides vietās (piemēram, naktsklubos) un ieslodzījuma vietās. Īpaša interese tika izrādīta par labākās prakses attīstību un uzlabojumiem komunikāciju jomā un par informācijas izplatīšanu, izmantojot modernās tehnoloģijas. Komisija 2004. gadā izvēlējās četrus projektus, kuru mērķis bija novērst riskantu rīcību, harmonizēt starptautiskās zināšanas par dopinga biomedicīniskajām blakusparādībām, pastiprināt zināšanu nodošanu par atbildes reakciju narkotiku lietošanai un nodrošināt jaunajām dalībvalstīm pieeju esošajiem interneta informācijas resursiem par legālām un nelegālām narkotikām.

Narkotiku tirdzniecība

2004. gadā ES līmenī tika pieņemti virkne dokumentu, lai cīnītos pret narkotiku tirdzniecību. 2004. gada 25. oktobra Padomes pamata lēmumā 2004/757/JHA ir noteiktas zemākās pieļaujamās prasības attiecībā uz kriminālo darbību veidojošajiem elementiem un sodiem nelegālās narkotiku pārvadāšanas jomā⁽¹³⁾, un šis ir galvenais dokuments, lai cīnītos pret narkotiku tirdzniecību, nosakot zemākos pieļaujamos sodus par šādiem pārkāpumiem dalībvalstīs.

2004. gada decembrī Padome panāca vienošanos par Padomes lēmumu par informācijas apmaiņu, riska novērtēšanu un jauno psihoaktīvo vielu kontroli. Šajā lēmumā ir noteikta struktūra efektīvai informācijas apmaiņai par jaunajām psihotropajām vielām, kā arī to kontroles mehānismu nodrošināšanai ES līmenī.

2004. gada 30. martā Padome pieņēma rekomendāciju par norādījumiem aizturēto narkotiku paraugu ņemšanai. Ir ieteicams gadījumos, kad tas vēl nav izdarīts, dalībvalstīm ieviest paraugu ņemšanas sistēmu atbilstoši starptautiskajiem pieņemtajiem norādījumiem. Padome

pieņēma arī rezolūciju par marihuānu un progresu ziņojumu par plānu narkotiku pieprasījuma un piedāvājuma un sintētisko narkotiku piegādes samazināšanu.

2004. gada 11. februārī Eiropas Parlaments un Padome pieņēma Regulu (EK) Nr. 273/2004 par narkotiku prekursoriem⁽¹⁴⁾. Tā nosaka harmonizētus pasākumus iekšējās Kopienas kontroles un uzraudzības nodrošināšanai pār atsevišķām vielām, kuras bieži izmanto nelikumīgajā narkotiku un psihotropo vielu izgatavošanā, ar mērķi novērst šādu vielu noplūdi. Jo īpaši ir nodrošinātas vadlīnijas dalībvalstīm, lai pieņemtu pasākumus, kas nepieciešami, lai to kompetentās iestādes varētu veikt savus atbilstošos kontroles un uzraudzības pienākumus, un sniegta informācija, kā atpazīt un ziņot par aizdomīgiem darījumiem. 2004. gada 22. decembrī Padome pieņēma Regulu (EK) 111/2005, nosakot noteikumus narkotiku prekursoru tirdzniecības uzraudzībai starp Kopienas un trešajām valstīm.

Balstoties uz 2002. gada novembra Padomes lēmumu, 2004. gada novembrī Eiropas Komisija prezentēja pētījumu par vispārējo un ārkārtas pieeju sintētisko narkotiku kontrolei Padomes horizontālajai darba grupai narkotiku jautājumos. 2004. gada aprīlī tā iesniedza arī priekšlikumus par iespējamajiem turpmākajiem uzlabojumiem metodēm sintētisko narkotiku izplatīšanas tīklu atklāšanā ES HDG.

Jauni valstu likumi

Jaunieši

Izmairņas vairāku dalībvalstu nacionālajā likumdošanā atskaites perioda laikā ietvēra pasākumus, lai aizsargātu no noziedzniekiem jauniešus, kā arī atbildētu uz iespēju, ka viņi varētu vēlēties lietot narkotikas.

Aizsardzību var nodrošināt gan ar tiešu, gan nedaudz vispārinātu pieeju. Ungārijā 2003. gada martā pieņemtā likuma mērķis ir aizsargāt jauniešus, kuri nav sasnieguši 18 gadu vecumu, no narkotiku lietošanas, un soda mēri pieaugušajiem tiek paredzēti bargāki par pārkāpumiem, kuros iesaistīti nepilngadīgie. Igaunijā 2004. gada sākumā pieņemtie grozījumi paredz stingrākus sodus par lielāko daļu ar narkotikām saistītajiem noziegumiem, ieskaitot nepilngadīgo iesaistīšanu nelegālā narkotiku lietošanā.

Dānijā Likumu par eiforiju izraisošajiem līdzekļiem grozīja 2004. gada jūlijā; narkotiku izplatīšanu restorānos, diskotēkās un līdzīgās vietās, kur bieži ierodas bērni

⁽¹³⁾ OV L 335, 11.11.2004., 8.lpp.; skatīt arī EMCDDA 2004. gada pārskatu (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ OV L 47, 18.2.2004., 1.lpp.

un jaunieši, tagad uzskata par vainu pastiprinošu apstākli. Par šādiem pārkāpumiem vienmēr vajadzētu piespriest cietumsodu, un tiek paredzēts, ka vidēji cietumsods par šādiem pārkāpumiem tiks palielināts par vienu trešdaļu. Līdzīgi arī Spānijā kopš 2004. gada oktobra nelegāla narkotiku tirdzniecība pie skolām ir vainu pastiprinošs apstāklis, un papildus tam vecuma ierobežojums "jaunam cilvēkam", kurš iesaistīts narkotiku nelegālas tirdzniecības pārkāpumos, ir palielināts no 16 līdz 18 gadiem. Norādījumi par jauno likumdošanu Anglijā un Velsā ir izdoti kā *Kaņepju apkaršanas norādījumi* (ACPO, 2003. g.), kas sniedz padomu, kā rīkoties, ja tiek atklāts, ka kādai personai ir kaņepes, kā arī netālu no tādām vietām kā skolas, jauniešu klubi un spēļu zonas.

Pasākumi, atbildot uz narkotiku lietošanu jauniešu vidū Latvijā, ietver divus Ministru Kabineta noteikumus, kas pieņemti 2003. gada decembrī. Vienos no tiem ir aprakstītas procedūras, lai nodrošinātu obligātu ārstēšanos stacionārā (ar vecāku piekrišanu) bērniem, kas pieķerti narkotiku lietošanā, un otros ir noteiktas darbības, kādas būtu jāveic, ja narkotikas vai toksiskās vielas tiek atrastas skolā. Anglijā un Velsā personas, kas nav sasniegušas 18 gadu vecumu un kuras arestētas par pārkāpumiem saistībā ar marihuānu, saņem aizrādījumu vai pēdējo brīdinājumu vai arī viņas aiztur policija atkarībā no pārkāpuma smaguma pakāpes. Pēc pēdējā brīdinājuma jauno pārkāpēju nosūta uz jauniešu noziedznieku atbalsta grupu (YOT), kas organizē nepieciešamo ārstēšanos vai cita veida atbalstu.

Čehijas Republikā Likums par nepilngadīgo tiesāšanu, kas stājās spēkā 2004. gadā, izmaina nosacījumus, kas attiecas uz jauniešiem, kas iesaistīti noziegumos, uz kuriem attiecas soda kodekss, kas ir pārāks attiecībā pret citiem vispārējiem likumiem. Soda mēri ir jāuzliek tikai nepieciešamības gadījumā, un audzinoši pasākumi var ietvert vielu lietošanas aizliegumu vai arī pienākumu iziet ārstniecības kursu. Maksimālie ierobežojumi sodiem, kas neparedz ieslodzījumu, tagad ir uz pusi mazāki par tiem, kas tiek attiecināti uz pieaugušajiem. Polijā ar 2003. gada ministra rīkojumu ir noteiktas īpašas audzinošu un preventīvu darbību formas bērniem un jauniešiem, kurus apdraud narkotikas. Skolās jāīsteno audzinošas un preventīvas stratēģijas.

2003. gada oktobrī Eiropas juridiskā narkotiku datu bāze publicēja salīdzinošo pētījumu par likumiem attiecībā uz narkotikām un jauniešiem ⁽¹⁵⁾, kas bija pamatā

dokumentam, kurš palīdzēja Komisijai ES Rīcības plāna 2000. līdz 2004. gadam vērtēšanā. Tas publicēts 2004. gada oktobrī ⁽¹⁶⁾. Tajā ir noskaidrots, ka pavisam 11 valstīs (no 15) izdoti 22 likumi attiecās uz rīcības plānā ietvertajiem jautājumiem saistībā ar jauniešiem. Lielākajā daļā no likumiem ir saskatāmi centieni piedāvāt alternatīvas ieslodzījumam, taču sešas valstis izdeva likumus, kuri paredzēti narkotiku lietošanas samazināšanai jo īpaši jauniešu vidū. Kopumā tomēr šo piecu gadu laikā salīdzinoši nedaudz likumdošanas aktu ir vēlīti šiem rīcības plāna jautājumiem. Dziļāku analīzi par pasākumiem, kas orientēti uz gados jaunajiem narkotiku lietotājiem-noziedzniekiem skatīs speciālajā tēmā par cietumsoda alternatīvām.

Kaitējuma samazināšana

2003. un 2004. gadā tika izdoti vairāki likumdošanas akti, kas saistīti ar kaitējuma samazināšanu.

Francijā 2004. gada augustā izdots likums par piecu gadu valsts veselības politikas apstiprināšanu noteikumos par valsts veselības aizsardzību ietver politiku, kas orientēta uz kaitējuma samazināšanu narkotiku lietotājiem, sniedzot kaitējuma oficiālu definīciju un nosakot valsts jurisdikciju pār to.

Somijā ar valdības dekrētu tika grozīts Likums par lipīgajām slimībām, nosakot, ka lipīgo slimību speciālistiem veselības centros ir jāveic preventīvais darbs, ieskaitot konsultāciju sniegšanu par veselības jautājumiem intravenozo narkotiku lietotājiem un nepieciešamības gadījumos adatu un šļirču apmaiņas organizēšanu. Luksemburgā ar 2003. gada decembra Hercoga dekrētu tiek noteikti noteikumi nacionālajai šļirču apmaiņas programmai, nosakot vietas un profesionāļus, kuri ir pilnvaroti izsniegt šļirces narkotiku lietotājiem. Tas turpina tendenci, kuras mērķis ir nodrošināt sterilu šļirču esamību un piegādi, ko regulē skaidra likumdošana ⁽¹⁷⁾ un ko atbalsta darbību beigušais ES Rīcības plāns 2000. līdz 2004. gadam, kurā bija ietverta prasība nodrošināt profilaktisko pasākumu izstrādi. Papildu juridiskā informācija ir pieejama *ELDD* tēmas pārskatā "Tiesiskā struktūra adatu un šļirču programmām" ⁽¹⁸⁾.

Likums par narkotiku lietošanu Apvienotajā Karalistē tika grozīts 2003. gada augustā, lai dotu atļauju ārstiem, farmaceitiem un personām, kas strādā ar narkomānīem, legāli piegādāt tamponus, sterilu ūdeni, atsevišķus sajaukšanas piederumus (ieskaitot karotes, bļodas, tasītes un šķīvjus) un citronskābi narkotiku lietotājiem, kuri saņem

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (Jaunieši un narkotikas: tiesiskais pārskats) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000–2004*. (Likums par narkotikām un jauniešiem 2000.–2004. g.) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Kopš 1999. gada likumus ir pieņēmušas septiņas valstis: Beļģija, Francija, Luksemburga, Polija, Portugāle, Slovēnija un Somija.

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

kontrolētas narkotikas bez ārsta receptes. 2004. gada jūnijā Norvēģijas parlaments uz trim gadiem pieņēma pagaidu likumu, kas regulē izmēģinājuma shēmu narkotiku injekciju telpām. Ar to personas, kas izmanto injekciju telpas, tiek atbrīvotas no soda par vienas narkotikas devas lietošanu un turēšanu un tiek atļauts atvērt īpašu injekciju telpu 2005. gada februārī.

Čehijas Republikā vairākas nevalstiskās organizācijas (NVO) piedāvā tablešu pārbaudes pakalpojumus, kuru mērķis ir samazināt risku, kas saistīts ar nezināmu un neparedzamu vielu lietošanu, kaut gan šādu shēmu likumība tiek intensīvi apspriesta. 2003. gadā netika ierosināta neviena krimināllieta, un vienīgo lietu, ko līdz šim ierosinājusi policija (2002. gada lieta), valsts prokuratūra noraidīja. Prokuratūra kopš tā laika ir izdevusi norādījumus par šo tēmu.

Atbilstoši šiem jaunumiem likumdošanas jomā jaunā ES stratēģija un rīcības plāns vispārēji atzīst kaitējuma samazināšanas pakalpojumus kā pareizu atbildes reakciju uz pieprasījumu nodrošināt plašāku pieeju adatu apmaiņai, lai samazinātu ar narkotiku lietošanu saistīto risku personu veselībai un sabiedrībai kopumā.

Sodi

Atskaites periodā vairākas valstis pieņēma izmaiņas savos likumdošanas aktos attiecībā uz narkotikām par sodiem, kādus var piemērot par dažādiem pārkāpumiem papildus iepriekš apskatītajiem un jo īpaši tādiem, kuros iesaistīti jaunieši. Piemēram, pagājušajā gadā tika ziņots, ka Beļģijā un Apvienotajā Karalistē tika samazināti sodi par kaņepju turēšanu, kas nav saistīti ar konkrētām problēmām. Beļģijā ar jauno 2005. gada februārī izdoto direktīvu tika ieviesti paskaidrojumi par izņēmumiem šā samazinātā soda piemērošanai, aicinot izmantot pilnu likuma bardzību lietās, kuras ir saistītas ar "sabiedriskās kārtības traucējumiem". Tas ietver narkotiku turēšanu vietās, kur varētu sapulcēties skolēni (skolās, parkos, autobusu pieturās), un to tiešā tuvumā, kā arī "uzkrītošu" turēšanu sabiedriskās vietās un ēkās. Dānijā 2004. gada maijā pieņemtie grozījumi Likumā par eiforiju izraisošajām vielām kopā ar valsts prokurora paziņojumu nosaka, ka par narkotiku turēšanu personiskai lietošanai tagad ir jāpiemēro soda nauda, nevis brīdinājumi, kādus izdeva iepriekš.

Tas atbilst vispārējai izmaiņu tendencei attiecībā uz iespējamajiem sodiem narkotiku lietotājiem un pārvadātājiem, kad ir parādījusies pēdējo gadu laikā, atbilstoši EMCCDA ziņojumiem⁽¹⁹⁾. Piemēram, 2003. gadā Beļģija izveidoja jaunu pārkāpumu kategoriju, kas atļauj nesodīt kaņepju

lietotājus, kuri nav izraisījuši konkrētas problēmas, Grieķija samazināja maksimālo sodu par narkotiku lietošanu no pieciem gadiem līdz vienam gadam un Ungārija svītroja narkotiku lietošanas pārkāpumu no sava kriminālkodeksa. 2002. gadā Lgaunija svītroja pārkāpumu, kas saistīts ar nelegālo narkotiku atkārtotu lietošanu un neliela daudzuma nelegālo narkotiku turēšanu personiskajām vajadzībām (kopā ar to saistīto trīs gadu cietumsodu, kas bija paredzēts par šādu pārkāpumu), taču Lietuva iekļāva turēšanas pārkāpumu savā kriminālkodeksā, nosakot iespējamo sodu līdz divu gadu cietumsodam. 2001. gadā Luksemburga svītroja no kriminālnoziedzumu saraksta kaņepju lietošanu un atcēla arī saistīto cietumsodu, kas paredzēts tikai par narkotiku lietošanu, kas nav saistīta ar vainu pastiprinošiem apstākļiem, un Somija pieņēma noteikumus par narkotiku lietošanas pārkāpumu, paredzot mazāku maksimālo cietumsodu un apkopojošo soda procesu, ko realizē prokurors. 2000. gadā Portugāle noteica administratīvās sankcijas par narkotiku lietošanu, taču Polija tajā pašā gadā atcēla atbrīvojumu no soda, ko iepriekš bija iespējams piemērot par narkotiku turēšanu. Šīs tendences tomēr nenorāda uz kontroles samazināšanos pār narkotiku lietošanas ietekmi uz sabiedrību, kā tas ir redzams speciālajā tēmā par traucējumiem sabiedrībai un ierobežojumos attiecībā uz narkotiku turēšanu jauniešu tuvumā, kā norādīts iepriekš.

Pastāv tendence palielināt iespējamās sodus tām personām, kuras tur aizdomās par narkotiku nelegālu pārvadāšanu. Dānijā maksimālo paredzēto sodu par narkotiku nelegālas pārvadāšanas pārkāpumiem 2004. gada martā palielināja par vairāk nekā 50 %. 2004. gada sākumā Lgaunija noteica stingrākus sodus par noziedzumiem, kas saistīti ar narkotikām, jo īpaši gadījumos, kad pastāv vainu pastiprinošie apstākļi. Apvienotajā Karalistē maksimālais sods par C klases narkotiku pārvadāšanu ir palielināts no piecu līdz 14 gadu cietumsodam. Papildus tam pēdējo gadu laikā ir bijis saskatāms pieaugošs uzsvars uz sodiem par noziedzumiem, kas saistīti ar narkotiku izplatīšanu jauniešu vidū (skatīt iepriekš) un par narkotiku nelegālo pārvadāšanu Grieķijā 2001. gadā, Lietuvā 2000. gadā un Īrijā 1999. gadā. Šī vienprātīgā sodu bardzības paaugstināšana par narkotiku nelegālu pārvadāšanu tiek atspoguļota 2004. gada oktobra Eiropas pamata lēmumā, kurā ir noteikti zemākie pieļaujamie nosacījumi par krimināllikum elementiem un sodi par nelegālo narkotiku pārvadāšanu.

Narkotikas darba vietā

Divas valstis ir ziņojušas par darbībām ar mērķi pieņemt likumu par narkotikām darba vietā. Somijā Likuma par

⁽¹⁹⁾ Papildu informāciju skatīt EMCCDA tematiskajā izdevumā *Nelegāla narkotiku lietošana ES: likumdošanas pieeja* (<http://www.emccda.eu.int/?nnodeid=7079>).

privātās dzīves aizsardzību darba laikā (759/2004) mērķis ir regulēt un paaugstināt darbinieka privātumu saistībā ar narkotiku lietošanu darbā. Likumā ir noteikts, ka darba devējam un personālam ir jāizstrādā pret narkotikām vērsta programma darba vietai, ietverot preventīvo pasākumu plānus un ārstēšanās iespējas, kā arī uzskaitot tos darbus, kuru veikšanai ir nepieciešama narkotiku testa apliecība. Darbā pieņemšanas laikā darba devējs var pieprasīt narkotiku testa sertifikātu tikai sekmīgajam kandidātam. Darba devējam ir tiesības izmantot apliecībā norādīto informāciju, ja darba izpilde prasa precizitāti, drošumu, neatkarīgu lēmumu pieņemšanu un modrību un ja šā darba izpilde narkotiku reibumā vai atkarībā var apdraudēt dzīvību un veselību vai arī izraisīt nopietnus zaudējumus. Jau strādājot darbiniekam ir jāiesniedz apliecība tikai tādā gadījumā, ja ir iemesli, kas rada aizdomas par šīs personas iespējamo atkarību, vai arī persona atrodas darbā narkotiku reibumā.

Īrijā Likums par drošību, veselību un labklājību darbā tika publicēts 2004. gada jūnijā. Viena no tā sadaļām nosaka

prasību darbiniekiem nodrošināt, lai viņi neatrastos toksisko vielu ietekmē darbā tādā mērā, cik tas varētu apdraudēt viņu pašu un citu personu drošību, veselību un labklājību darbā. Tajā ir arī prasība darbiniekiem, ja darba devējs to pamatoti pieprasa, iesniegt piemērotu, pamatotu un proporcionālu testu, ko veikusi kompetenta persona, rezultātus.

Preventīvie pasākumi specifiskos apstākļos (kā, piemēram, darba vietā) tagad ir iekļauti arī jaunajā ES rīcības plānā. Pieaugošais uzsvars uz mērķtiecīgu profilaksi varētu būt kompensējošs pasākums salīdzinājumā ar vispārējo tendenci samazināt sodus narkotiku lietotājiem, varbūt uztraukumu par narkotiku lietošanas izplatību un biežumu ES rezultātā. Taču nav pieejami precīzi dati par šo pieņemto parādību, un narkotiku testi, kas nav attiecināmi tikai uz faktisko reibuma stāvokli, var radīt sarežģītas juridiskās problēmas attiecībā uz privātās dzīves neaizskaramību saskaņā ar vairākiem nacionālajiem un starptautiskajiem likumdošanas aktiem. Šobrīd tiek turpināts privāts ieguldījums ar mērķi paaugstināt testēšanas komplektu precizitāti un ērtību lietotājam.

Ar narkotikām saistītās sabiedrības problēmas: stratēģijas un pasākumu tendences, EMCDDA 2005. gada pārskatā: izvēlētais tēmas

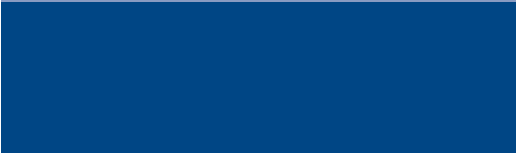
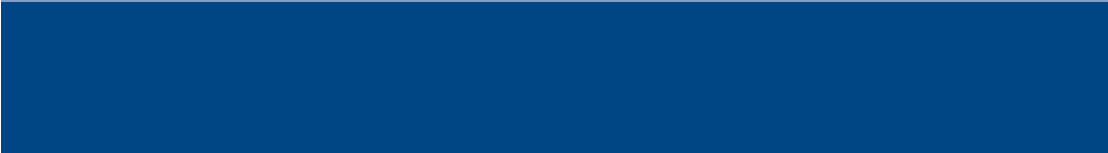
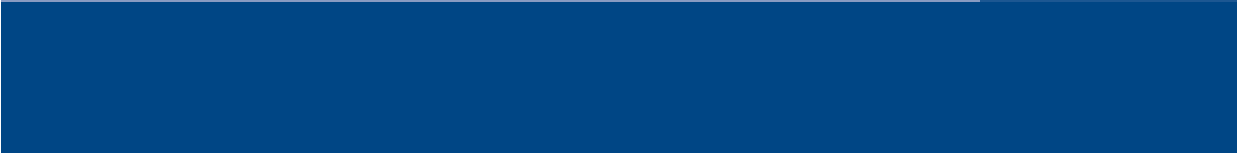
Traucējumi sabiedrībai ir arvien lielāks satraukuma cēlonis saistībā ar narkotiku politisko apspriešanu gan nacionālā, gan Eiropas līmenī. Uzvedības modeļi un darbības, ko parasti apzīmē ar terminu "ar narkotikām saistītie traucējumi sabiedrībai", ir pastāvējuši jau ilgi lielākajā daļā dalībvalstu, kandidātvalstu un Norvēģijā. Līdz ar to netiek apskatīta jauna parādība, bet gan jaunas tendences narkotiku politikā, kas ir acīmredzamas vismaz dažās dalībvalstīs, lai kategorizētu un apvienotu šīs parādības vienā visaptverošā koncepcijā un lai noteiktu to samazināšanu kā vienu no mērķiem nacionālajā narkotiku stratēģijā.

Kādā mērā šī tendence ir izplatīta Eiropas valstīs? Vai šim konceptam ir kopīga definīcija? Kā novērtēt šīs parādības

raksturu un izplatību? Kādas ir politikas, kuru mērķi ir jāsasniedz, un kādas darbības tiek realizētas neatkarīgi no tā, vai tās ir skaidri un specifiski paredzētas, lai samazinātu ar narkotikām saistītos traucējumus sabiedrībai? Vai jau ir pieejami vērtējuma rezultāti un vai ir noteikti kvalitātes standarti šādām darbībām? Visi šie ir jautājumi, kuri jārisina šīs tēmas ietvaros.

Sniedzot savlaicīgu pārskatu par Eiropas politiskajām debatēm attiecībā uz narkotiku izraisītajiem traucējumiem sabiedrībai, EMCDDA cenšas informēt politikas veidotājus un sabiedrību kopumā par šo parādību un tendencēm, kā arī par pasākumiem šajā narkotiku politikas jomā.

Šī izvēlēta tēma ir pieejama drukātā versijā un internetā tikai angļu valodā: "Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures", EMCDDA annual report 2005: selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



2. nodaļa

Skolas, jaunieši un narkotikas

Salīdzināmie dati par alkohola un narkotiku lietošanu jauniešu vidū ir balstīti uz aptaujām 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū. Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD) veica aptaujas 1995., 1999. gadā un pēdējo – 2003. gadā. 2003. gada aptauja (Hibell et al., 2004. g.) sniedz salīdzinošu informāciju par 22 ES dalībvalstīm, kā arī Norvēģiju un trim kandidātvalstīm (Bulgārija, Rumānija un Turcija). Citas skolu aptaujas (piemēram, Nīderlandē, Zviedrijā un Norvēģijā) un aptaujas par attieksmi pret veselību skolas vecuma jauniešu vidū (HBSC) arī sniedz informāciju par narkotiku lietošanu skolēnu vidū, un vispārēji atklātie dati ir ļoti līdzīgi.

Eiropas skolu pētījuma projekts par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD): pieaugošs resurss, lai apzinātu narkotiku un alkohola lietošanas tendences jaunu cilvēku vidū

ESPAD ir svarīgs informācijas avots par narkotiku un alkohola lietošanu Eiropas skolēnu vidū, un tas ir ļoti vērtīgs resurss, lai izvērtētu tendences laika gaitā. ESPAD pētījumi tika veikti 1995., 1999. un 2003. gadā. Standartizētu metožu un instrumentu izmantošanu nacionāli reprezentatīvās skolēnu izlasēs vecumā no 15 līdz 16 gadiem nodrošina augstas kvalitātes un salīdzināmu datu kopumu. Dalība ESPAD ir pieaugusi ar katru pētījumu, un tajā piedalās gan ES dalībvalstis, gan valstis, kuras nav ES dalībvalstis. 1995. gadā piedalījās pavisam 26 Eiropas valstis (ieskaitot 10 valstis, kuras pievienojās ES 2004. gada maijā). Šis skaitlis pieauga līdz 30 valstīm 1999. gadā, un 2003. gada pētījumā piedalījās 35 valstis, ieskaitot 23 ES dalībvalstis (no kurām 10 valstis, kuras pievienojās ES 2004. gada maijā) un trīs kandidātvalstis (Bulgārija, Rumānija un Turcija), kā arī Norvēģija. Spānija nepiedalījās pētījumā, taču 2003. gadā ESPAD ziņojumā ir ietverti nacionālie dati no Spānijas skolu pētījuma (PNSD).

ESPAD skolu pētījuma salīdzināšanas iespējas ir balstītas uz mērķa grupas vecuma un metožu un datu savākšanas laika standartizāciju, nejaušas izvēles principa izmantošanu izlases veidošanai, anketas uzbūves vienkāršību un anonimitātes nodrošināšanu.

Narkotiku lietošanas izplatība un modeļi

Kaņepes

Pēdējie ESPAD aptauju dati par 2003. gadu atklāj, ka kaņepju lietošanas visaugstākā izplatība 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū ir Čehijas Republikā (44 %) (1. attēls). Zemākā izplatība (mazāk par 10 %) ir Grieķijā, Kiprā, Zviedrijā, Norvēģijā, Rumānijā un Turcijā. Valstu, kur izplatība ir lielāka par 25 %, ietver Vāciju, Itāliju, Nīderlandi, Slovākiju un Slovēniju (27 % un 28 %), un saņemtie dati norāda, ka augstākā izplatība, robežās no 32 % līdz 40 %, ir Beļģijā, Francijā, Īrijā un Apvienotajā

Pētījuma jautājumi ir koncentrēti uz alkohola lietošanu (ilgtermiņa, 12 mēnešu laikā un 30 dienu laikā, vidējo patēriņu, dzeršanu uzdzīves laikā) un nelegālo narkotiku lietošanu (ilgtermiņa, 12 mēnešu laikā un 30 dienu laikā, ieskaitot mērījumus par to, cik bieži narkotikas ir lietotas šo periodu laikā).

Daži no galvenajiem secinājumiem 2003. gada pētījumā ES dalībvalstīs, kandidātvalstīs un Norvēģijā ir šādi:

- kaņepes ir vispopulārākā lietotā nelegālā narkotika;
- ekstāzi ir otrā visplašāk lietotā nelegālā narkotika, taču lietošanas pieredze ir relatīvi zema;
- pieredze ar amfetamīnu un LSD un citu halucinogēno vielu lietošanu ir samērā neliela;
- lai arī lietošanas izplatība ir samērā zema, "maģiskās" sēnes ir visizplatītākie halucinogēni, kurus lieto 12 ES dalībvalstīs;
- citas vielas, ko lieto skolēni, ietver trankvilizatorus un sedatīvus bez ārsta receptes (augstākais nacionālais rādītājs 17 %) un inhalatorus (nacionālais maksimums 18 %);
- 30 dienu pieredze saistībā ar iedzeršanu uzdzīves apstākļos (definēta kā vismaz piecu dzērienu izdzeršana pēc kārtas) būtiski atšķiras valstu starpā.

Informācija par ESPAD un jaunā ziņojuma pieejamību ir atrodamā ESPAD tīmekļa vietnē (www.ESPAD.org).

Karalistē. Lielākajā daļā valstu kopš 1995. gada ir pastāvīgi pieaudzis to skolēnu skaits, kas vismaz vienu reizi ir pamēģinājuši marihuānu ⁽²⁰⁾. Taču atšķirības pa valstīm ir samērā ievērojamas.

Jaunie dati no 2003. gada ESPAD aptaujām 15 līdz 16 gadu vecu skolēnu vidū parāda, ka kaņepju lietošanas izplatība ir robežās no 3 % līdz 44 %. No 2 % līdz 36 % skolēnu ir teikuši, ka viņi ir lietojuši šo narkotiku pēdējo 12 mēnešu laikā, taču lietošana pēdējā mēneša laikā ir robežās no 0 % dažās valstīs līdz 19 % citās ⁽²¹⁾ (1. attēls). Starp dažādām lietošanas intensitātēm ir relatīvas atšķirības. Piemēram, ilgstošā lietošana ir augstākā Čehijas Republikā, taču īstermiņa (pēdējā mēneša laikā) lietošana ir augstākā Spānijā un Francijā (22 %).

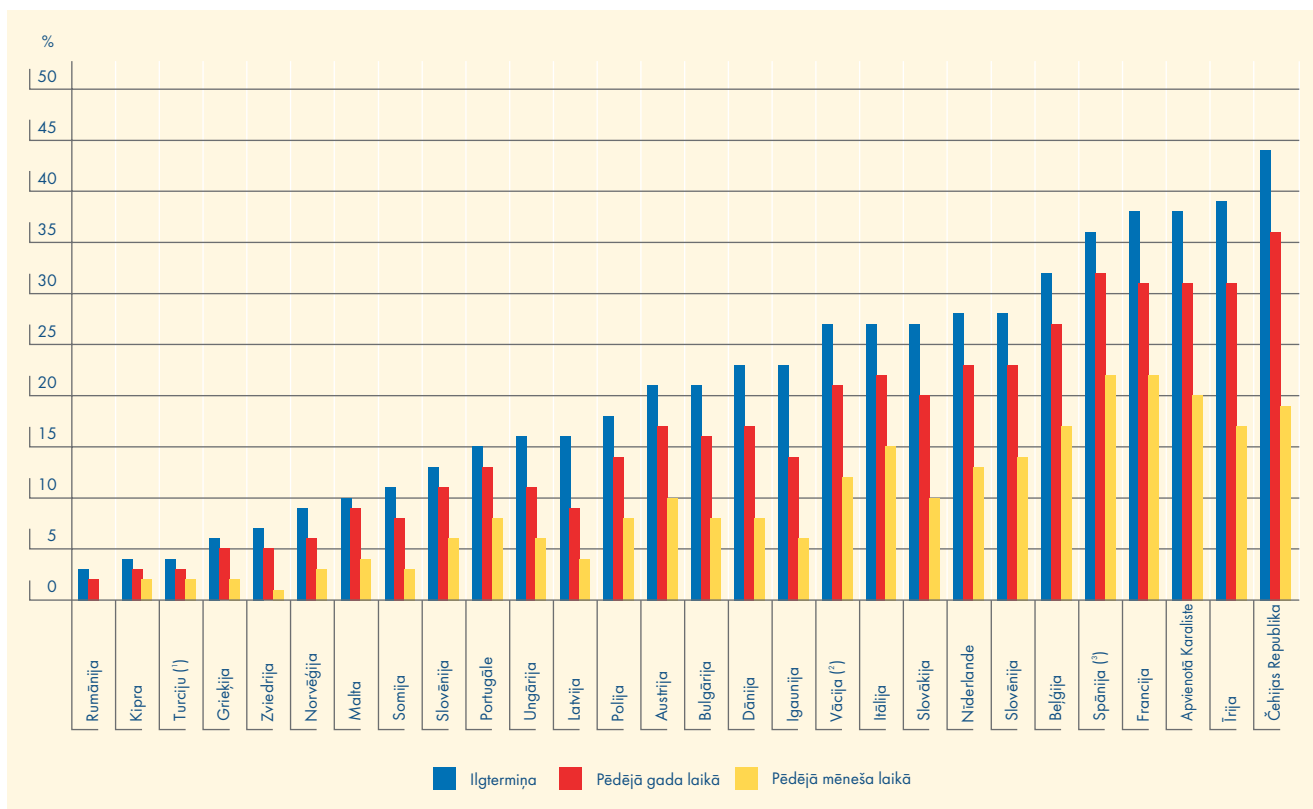
Gandrīz visās valstīs kaņepju lietošanas izplatība ir augstāka vīriešu dzimuma respondentu vidū salīdzinājumā ar sievietu dzimuma respondentiem. Dzimuma atšķirības ir

ievērojamākas starp skolēniem, kas atzinuši, ka ir lietojuši marihuānu 40 vai vairāk reizes savas dzīves laikā ⁽²²⁾.

Vecāki skolēni (17–18 gadi) tika ietverti nacionālajās skolu aptaujās, kas veiktas 11 dalībvalstīs un Bulgārijā. Ilgtermiņa kaņepju lietošana šajās vecuma grupās ir robežās no mazāk par 2 % Kiprā līdz 56 % Čehijas Republikā, taču īstermiņa (pēdējā mēneša laikā) kaņepju lietošana ir robežās no mazāk par 1 % Kiprā līdz gandrīz 30 % Francijā. Visās valstīs, kurās tika veiktas aptaujas, izņemot Kipru, aprēķini par lietošanu vecāku skolēnu vidū norādīja uz augstāku lietošanas līmeni nekā 15 līdz 16 gadus veco skolēnu vidū ⁽²³⁾.

Laika posmā no 1999. līdz 2003. gadam Čehijas Republikā ir vērojams 5 % pieaugums to skolēnu vidū, kas atbildējuši, ka ir pamēģinājuši marihuānu 13 gadu vecumā vai agrāk. Trīspadsmit citās ES valstīs pieaugums ir bijis mazāks (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Par šī rādītāja samazinājumu (1 %) ziņots tikai Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē.

1. attēls: Ilgtermiņa, pēdējā gada un pēdējā mēneša kaņepju lietošanas izplatība 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū 2003. gadā



(*) Turcijas dati ir balstīti uz vienu galveno pilsētu katrā no sešiem reģioniem (Adana, Ankara, Dijarbakira, Stambula, Izmirā un Samsunā).
 (2) Vācijas dati ir balstīti tikai uz sešiem reģioniem (Bavārija, Brandenburga, Berlīne, Hesene, Mēklenburgas rietumu daļa, Rietumu Pomerānija un Tiringija).
 (3) Spānija ESPAD pētījumā nepiedalījās. Šeit iekļautie dati ir balstīti uz Spānijas pētījumu, kas tika veikts 2002. gada novembrī–decembrī. Narkotiku izplatības jautājumus var uzskatīt par salīdzināmiem ar ESPAD jautājumiem, taču citi metodes aspekti norāda, ka Spānijas dati nav precīzi salīdzināmi.
 Avots: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Skatīt attēlus EYE-1 (daļa ii) un EYE-1 (daļa ix) 2005. gada statistikas biļetenā.
⁽²¹⁾ Skatīt 3. nodaļu, kur ir sīkāka informācija par kaņepju lietošanu skolēnu vidū.
⁽²²⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.
⁽²³⁾ Skatīt tabulas EYE-1 un EYE-3 2005. gada statistikas biļetenā.

Saskaņā ar pēdējo Eiropbarometra (2004. g.) pētījumu ⁽²⁵⁾ to jauniešu skaits vecumā no 15 līdz 24 gadiem, kuri atzinuši, ka viņiem ir piedāvātas kaņepes, ir pieaudzis no 46 % 2002. gadā līdz 50 % 2004. gadā. Tajā pašā laikā arī to jauniešu skaits, kuri ir atbildējuši, ka viņiem ir pazīstami jaunieši, kuri ir lietojuši marihuānu, ir pieaudzis no 65 % līdz 68 %.

ESPAD aptaujas parāda, ka skolēnu priekšstats par marihuānu, kā arī ar riskiem, kas saistīti ar šīs narkotikas lietošanu un pieejamību, ir cieši saistīts ar ilgtermiņa kaņepju lietošanas līmeni. Attiecība starp risku un lietošanu ir apgriezta ⁽²⁶⁾, t.i., priekšstats par augstu risku ir saistīts ar zemu lietošanas līmeni un otrādi, taču priekšstats par pieejamību ir cieši saistīts ar ilgtermiņa lietošanas izplatību ⁽²⁷⁾.

Jaunieši valstīs, kur kaņepju lietošanas izplatības līmenis ir augstāks par vidējo, arvien vairāk uzskata kaņepju lietošanu par "normālu". Lielākajā daļā valstu, kurās raksturīgs augsts ilgtermiņa kaņepju lietošanas izplatības līmenis, ir ziņots arī par relatīvi augstu ar iedzeršanu saistītas uzdzīves līmeni (kas definēta kā piecu vai vairāku dzērienu pēc kārtas izdzeršanu) pēdējo 30 dienu laikā ⁽²⁸⁾, kas norāda uz to, ka šie divi rīcības modeļi var būt daļa vispārpieņemtā dzīves stila. Izņēmumi šim modelim ir novērojami Francijā, Itālijā un Bulgārijā, kur ir samērā augsts kaņepju lietošanas izplatības līmenis, bet ar iedzeršanu saistītās uzdzīves izplatības līmenis ir relatīvi zems.

Citas narkotikas

Ekstazī lietošanas izplatības līmenis ir augstāks par amfetamīnu lietošanas izplatības līmeni 14 no ES un kandidātvalstīm, kuras sniegušas datus 2003. gada ESPAD aptaujā ⁽²⁹⁾. Viszemākais ilgtermiņa ekstazī lietošanas izplatības līmenis (2 % un zemāk) ir Dānijā, Grieķijā, Kiprā, Lietuvā, Maltā, Somijā, Zviedrijā, Norvēģijā, Rumānijā un Turcijā. Augstākais izplatības līmenis robežās no 3 % līdz 4 % ir Beļģijā, Vācijā, Francijā, Itālijā, Latvijā, Austrijā, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Slovākijā un Bulgārijā. Valstis, kurās ir augstākais ilgtermiņa ekstazī lietošanas izplatības līmenis, ir Čehijas Republika (8 %) un Igaunija, Spānija, Īrija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste (visās 5 %).

Attiecībā uz izplatības līmeņiem dažādos laika periodos augstākais ilgtermiņa ekstazī lietošanas izplatības līmenis

2003. gadā bija 8 % salīdzinājumā ar 5 % lietošanas izplatību pēdējo 12 mēnešu laikā (nesenā lietošana) un 2 % lietošanas izplatību pēdējā mēneša laikā (pašreizējā lietošana).

Secīgas aptaujas ir parādījušas, ka vispārēji ilgtermiņa ekstazī lietošanas izplatība 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū laikā no 1995. līdz 2003. gadam ir pieaugusi, lielākais pieaugums attiecas uz Čehijas Republiku un lielāko daļu jaunajām dalībvalstīm ⁽³⁰⁾. Taču ilgtermiņa lietošanas izplatības dati no 1999. gada ESPAD aptaujas atklāj svārstības dažās no valstīm. Ekstazī lietošanas samazinājums, kas noticis Apvienotajā Karalistē, ir bijis pirms 1999. gada, un daļēji tas var būt saistīts ar plašo, ar ekstazī lietošanu saistīto nāves gadījumu atspoguļojumu presē deviņdesmito gadu beigās.

Psilocīns un psilocibīns – maģiskās sēnes

Psilocīns un psilocibīns, kas ir tā saucamo "maģisko sēņu" psihoaktīvās vielas, ir iekļautas 1971. gada ANO Konvencijas 1. sarakstā un tāpēc tiek kontrolētas visās dalībvalstīs. Taču maģisko sēņu tiesiskais statuss, kā arī tas līmenis, ciktāl ir noteikti juridiskie ierobežojumi attiecībā uz to audzēšanu un lietošanu, dažādās dalībvalstīs ir atšķirīgs, t.i., šīs sēnes var kontrolēt, var nekontrolēt vai kontrolēt, ja tās "apstrādā". Tas ir statuss, kas nav pilnībā skaidrs.

ESPAD aptaujā ir atklājušās ziņas par "maģisko sēņu" pirmo lietošanu 2003. gadā. Izplatības aprēķini attiecībā uz "maģisko sēņu" lietošanu 15 līdz 16 gadus veco skolēnu vidū skolēnu vidū norāda uz lielāku vai vienādu izplatību salīdzinājumā ar LSD un citu halucinogēno narkotisko vielu lietošanu lielākajā daļā valstu, kas piedalījās aptaujā ⁽³¹⁾. Papildus tam, salīdzinājumā ar ilgtermiņa ekstazī lietošanas pieredzi, ilgtermiņa maģisko sēņu lietošanas izplatība bija augstāka Beļģijā, Vācijā un Francijā un vienāda Čehijas Republikā, Dānijā, Itālijā, Nīderlandē un Polijā. Ilgtermiņa maģisko sēņu lietošanas izplatība bija vienāda ar nulli Kiprā, Somijā un Rumānijā, paaugstinoties līdz 4 % Vācijā, Īrijā un Apvienotajā Karalistē un līdz 5 % Beļģijā, Francijā un Nīderlandē. Izplatība ir augstākā Čehijas Republikā (8 %). Dati par tendencēm attiecībā uz maģisko sēņu lietošanu nav pieejami.

⁽²⁴⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (daļa vii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁵⁾ Otrais Eiropbarometra pētījums (Eiropbarometers, 2004. g.) Jaunieši un narkotikas tika veikts 2004. gadā. Šis izlases pētījums bez iespējamības aptvēra 7 659 jauniešus vecumā no 15 līdz 24 gadiem 15 dalībvalstīs, kas bija ietvertas iepriekšējā 2002. gada pētījumā.

⁽²⁶⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (daļa v) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁷⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (daļa vi) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁸⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (daļa viii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁹⁾ Skatīt attēlu EYE-2 (daļa iv) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁰⁾ Skatīt attēlu EYE-2 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽³¹⁾ Skatīt attēlu EYE-2 (daļa v) 2005. gada statistikas biļetenā.

Jaunākie veikumi profilakses jomā

Personas vērtības un uzvedības modeli ietekmē tas, ko šis cilvēks uztver par normālu savā sociālajā vidē, un jo īpaši tas attiecas uz jauniem cilvēkiem. Ja viņi uztver eksperimentālu kaņepju lietošanu kā "normālu" un sociāli pieņemamu (saistītu ar zemu riska līmeni un vieglu pieejamību), tam var būt būtiska ietekme uz viņu vērtībām un uzvedības modeli attiecībā uz kaņepju lietošanu (Botvin, 2000. g.). Profilakses izaicinājums ir sniegt jaunajiem cilvēkiem sociālās un kognitīvās stratēģijas, lai vadītu šīs ietekmes. Tāpēc nav reāli novērtēt profilakses politiku efektivitāti, izmantojot datus par narkotiku lietošanu jaunu cilvēku vidū, jo īpaši aprēķinus par eksperimentālo lietošanu, jo tā atspoguļo sabiedrības normas un nevis patiesi problemātisku uzvedības modeli.

Tā vietā profilakse ir jāvērtē salīdzinājumā ar virkni skaidru kritēriju: skaidri definētiem mērķiem, mērķa grupām un darbībām, kas noteiktas nacionālajās stratēģijās un balstītas uz starptautisko zināšanu bāzi; kvalitātes vadības pasākumiem; selektīvo profilakses pasākumu un ģimenē balstīto profilakses pasākumu attīstību; un normatīvo pasākumu par oficiālajām narkotikām, kuru mērķis ir ietekmēt sociālās normas, kas saistītas ar piekrišanu noteiktiem uzvedības modeļiem.

Kas attiecas uz profilakses stratēģiju vērtējumu, jaunajās nacionālajās stratēģijās Francijā un Itālijā ir saskatāmas svarīgas priekšrocības salīdzinājumā ar iepriekšējām politikām tajā ziņā, ka tagad ir labāk definēta profilakses loma, kā arī strukturētās programmas un rīcības prioritārās jomas. Gandrīz visās dalībvalstīs ir saskatāma tendence pieņemt stratēģiskāku pieeju, un plānošanā tiek paredzētas īpaši neaizsargātās grupas.

Normatīvie un strukturālie pasākumi

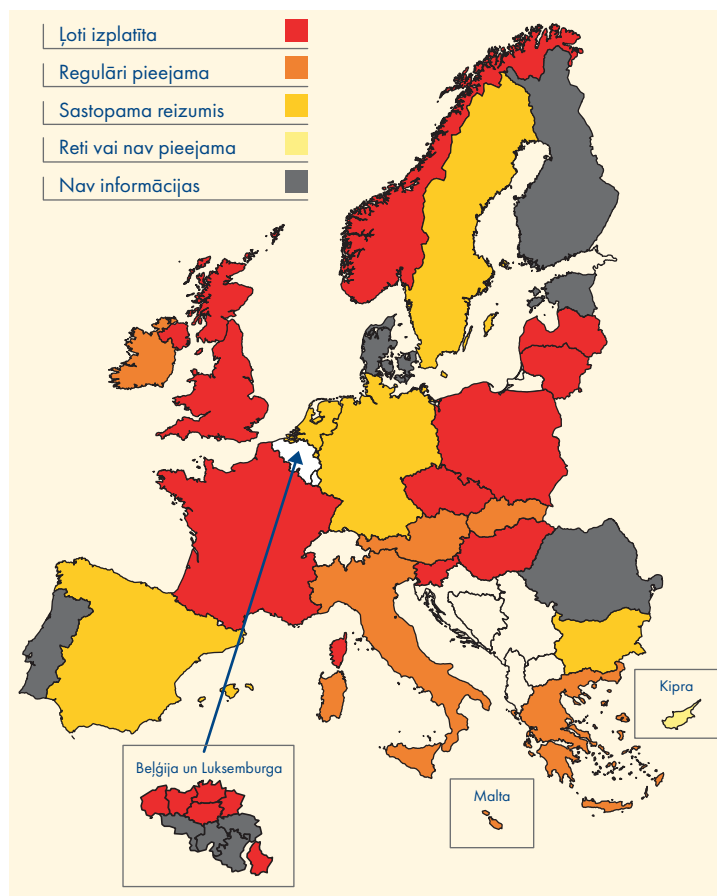
Kontroles pasākumi attiecībā uz legālajām narkotikām palīdz izveidot normatīvos pamatus, uz kuriem balstīt citus profilakses pasākumus. Sabiedrībā pieņemtās normas, kas atbalsta tabakas un alkohola lietošanu un iecietīgi izturas pret to ietekmi uz uzvedību, ir labi zināmi riska faktori līdzjutīgai attieksmei pret nelegālajām narkotikām un to lietošanu (Becoña, 2002. g.). Pretēji izplatītam uzskatam sabiedrības normas vairāk ietekmē kontroles politikas nekā masu mediju kampaņas vai izglītojoši pasākumi (Hawks et al., 2002. g.; Canning et al., 2004. g.). Eurostats (2002. g.) salīdzināja tabakas kontroles pasākumus un smēķēšanas izplatības rādītājus bērnu/pusaudžu vidū ES dalībvalstīs un noskaidroja, ka pastāv saistība starp

tabakas kontroles politiku stingrību (reklāmas aizliegums, vecuma limiti pirkšanai, ierobežojumi u.c.) un smēķēšanas ieradumiem. Smēķēšanas izplatība pusaudžu vidū ir augstāka valstīs ar relatīvi pielaidīgākām politikām (piemēram, Dānijā, Vācijā un Apvienotajā Karalistē) nekā valstīs, kur kontrole ir stingrāka (piemēram, Francijā, Zviedrijā un Norvēģijā). Ir zināms, ka preventīvo pasākumu ietekme ir ierobežota, ja pret tiem tiek izrādīta pretdarbība vai arī tos neatbalsta sabiedrības normas un politikas. ES un PVO iniciatīvas (Aspect Consortium, 2004. g.) šajā jomā ir guvušas zināmu pamatu, un dalībvalstīs tagad arvien vairāk saista tabakas kontroles politikas ar narkotiku lietošanas profilaksi.

Profilakse skolās

Visās dalībvalstīs skolas uzskata par svarīgāko vietu vispārējiem profilakses pasākumiem, un ir pieaugoši likts uzsvars uz profilakses pasākumiem skolās nacionālajās stratēģijās un strukturētā šīs pieejas ieviešanā. Tas ir

2. attēls: Skolu stratēģiju izstrāde



NB: Vācu valodā runājošā Beļģijas daļa = sastopams reizumis.
 Avoti: Reitox nacionālie koordinācijas centri.

atspoguļots, pieaugot stratēģijām, kas paredzētas narkotiku apkarošanai skolā (2. attēls), un izstrādājot specifisku modulāro programmu narkotiku apkarošanai skolā, kā arī uzlabotā skolotāju apmācībā.

Vairāk valstu nekā iepriekš ir ieviesušas (Dānijā ir pirmā programma dzīves iemaņu apmācībai skolā), paplašinājušas (Vācija) vai plāno (Francija un Itālija savu nacionālo stratēģiju ietvaros) strukturētākas profilakses programmas. Piemēram, 2003. gadā profilakses programmas īstenoja 60 % Polijas skolu.

Grieķijā ir redzams īpaši labs piemērs tam, kā profilakses politika tiek pārorientēta no tradicionālās, uz informāciju balstītās un individuālās pieejas (konsultācijām) uz patiesu sabiedrības veselības stratēģiju, kas var maksimāli palielināt iesaistīto personu skaitu, izmantojot programmas pieejas. Laikā no 2000. līdz 2003. gadam profilakses programmu skolās skaits Grieķijā vairāk nekā dubultojās, tajā pašā laikā uz ģimeni orientēto programmu skaits trīskāršojās. Arī Malta un Apvienotā Karaliste palielināja uz programmām balstītās pieejas nozīmi savā profilakses stratēģijā: *Blueprint* programma meklē veidus, lai noteiktu, kā starptautisko izpēti par efektīvu narkotiku profilaksi var pielāgot Anglijas skolu sistēmai, un tā ir balstīta uz pierādījumiem, kas liek domāt, ka, apvienojot skolu izglītības programmas par narkotikām ar vecāku iesaistīšanu, mediju kampaņām, vietējām veselības iniciatīvām un sabiedrības aktivitātēm, rezultāts ir daudz labāks nekā izmantojot tikai skolās veiktos pasākumus. Seši miljoni mārciņu (8,5 miljonu eiro) ir piešķirti šai programmai piecu gadu laikā ⁽³²⁾.

Uzraudzība un kvalitātes kontrole

Kontrolēšana un profilakses kvalitātes uzlabošana ir lielā mērā atkarīga no tā, lai vispirms būtu pieejams skaidrs pārskats par esošajām aktivitātēm un to saturu. Līdz ar to dalībvalstīs piešķir arvien lielāku nozīmi profilakses programmu monitoringam, kā to parāda jaunās shēmas Vācijā ⁽³³⁾ un Norvēģijā ⁽³⁴⁾, kā arī Ungārijas izpētes projekts "Gaismas un ēnas", kas apkopoja informāciju par skolās balstīto profilakses programmu saturu, mērķiem, metodoloģiju, mērķa grupām un iesaistītajiem. Monitoringu īsteno arī Čehijas Republikā un ar *Gingers* aktivitātēm Flandrijā. Diemžēl, Spānija ir atteikusies no *IDEA Prevención*, kas ilgus gadus bija vislabāk

izstrādātā monitoringa un kvalitātes sistēma attiecībā uz profilaksi Eiropā.

Informācijas sistēmas par profilakses pasākumiem palīdz arī atklāt neefektīvās prakses un programmu daļas. Piemēram, vienreizējās informācijas sesijas vai lekcijas, ko lasa speciālisti vai policijas amatpersonas, vēl joprojām ir izplatītas daudzās dalībvalstīs, neskatoties uz skaidrajiem secinājumiem, ko sniedz pētījumi, ka šīs aktivitātes ir labākajā gadījumā neefektīvas, ja ne pat kaitīgas (*Canning et al., 2004. g.*).

Tikai veicot sistemātisku uzskaiti par profilakses pasākumiem, ir iespējams pārskatīt profilakses programmu saturu, un tā rezultātā, balstoties uz esošajām zināšanām par efektivitāti, piemērot specifiskai mērķauditorijai. Norādījumi un standarti par profilakses programmu realizāciju ir ļoti svarīgi, jo īpaši valstīs, kurās profilakses pasākumi ir lielā mērā decentralizēti.

Programmu un pasākumu saturs

Programmu pieeju pieaugums un uzlabota standartizētās informācijas apkopošana ir devuši iespēju pārskatīt profilakses programmu saturu un tendences un veikt to salīdzināšanu ES līmenī. Informācija parasti tiek saņemta no nacionālajiem ekspertiem vai ekspertu grupām, kuru rīcībā ir ticams pārskats par situāciju attiecīgajā valstī, kas ļauj viņiem veikt standartizētu vērtēšanu, vai arī no kvantitatīvajiem datiem par uzraudzītajām, uz programmām balstītajām aktivitātēm, kas ir pieejami atsevišķās dalībvalstīs, piemēram, Grieķijā un Ungārijā.

Piemēram, daudzas dalībvalstis ir ieviesušas personības un sociālo prasmju apmācību skolās kā profilakses pasākumu. Ietvertās tēmas ir par lēmumu pieņemšanu, problēmu risināšanu, mērķu noteikšanu un pārliecību, komunikācijām un līdzjūtības izrādīšanu. Šāda uz pierādījumiem balstīta tehnika, kas tiek atvasināta no sociālo mācību teorijām ⁽³⁵⁾, tagad ir viena no svarīgām metodoloģijām lielākajā daļā dalībvalstu, pat tādās valstīs, kur nepastāv uz programmām balstītās pieejas (Francija, Luksemburga un Zviedrija) (2. tabula). Igaunijas sniegtā informācija liecina par plašu grāmatu izmantošanu sociālo iemaņu apgūšanai.

Informācijas sniegšanai vēl joprojām tiek piešķirta centrālā loma narkotiku profilakses programmās daudzās dalībvalstīs (skatīt 2. tabulu). Informācijas sniegšanas ierobežotā vērtība narkotiku lietošanas profilaksē tiek

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

⁽³³⁾ *PrevNet* (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Uzvedību saskata kā sociālās mācīšanās rezultātu ar modeļu palīdzību, normām, citu "svarīgu personu" attieksmi (*Bunura, 1977*). Negatīvu attieksmi pret narkotiku lietošanu un pašaisardzību var iemācīt vai radīt tai labvēlīgus apstākļus. Šis koncepts ir pamatā līdzinieku modeļiem un specifiskajam dzīves prasmju modelim.

atzīta tikai ļoti lēnām (skatīt, piemēram, Zviedrijas nacionālo ziņojumu). Pieejas, kas balstītas tikai uz veselības izglītību, ir ierobežotas arī attiecībā uz to spēju ietekmēt izziņas procesu, un bieži tām pietrūkst konkrēti uzvedības un sociālās sadarbības apmācību elementi. Taču šīs pieejas vēl joprojām ir plaši izplatītas vairākās valstīs, neskatoties uz mūsu pašreizējo izpratni par efektīviem narkotiku profilakses pasākumiem.

Ir divi skaidrojumi, kāpēc turpinās šādu pieeju izmantošana narkotiku profilakses programmās. Viens no tiem ir instinktīvais un tradicionālais priekšstats, ka informācijas sniegšana par narkotikām un ar narkotiku lietošanu saistīto risku darbosies kā iebiedēšanas līdzeklis. Otrs skaidrojums atspoguļo pavisam jaunu tendenci, ko izraisījušas kaitējuma samazināšanas kustības un kurš ir balstīts uz uzskatu, ka izziņas prasmes ir svarīgākas par uzvedības

2. tabula: Narkotiku lietošanas novēršana Eiropas skolās

	Kvalitātes standarti/vadlīnijas (¹)			Individuāla sociālās prasmes	Mērķi	
	Ieviesti	Obligāti	Priekšnoteikums finansēšanai		Primārie	Sekundārie
Beļģija fl	Jā	Jā	Jā	Ļoti izplatīts	Dzīves iemaņas	Informācija
Beļģija fr	Jā	Jā	Jā	n.p.	Aizsargājoša vide	Izglītības attiecības
Čehijas Republika	Plānots		Jā	Ļoti izplatīts	Pašcieņa	Aizsargājoša vide
Dānija	Nē			Nē	Informācija	
Vācija	Nē			Ļoti izplatīts	Dzīves iemaņas	Informācija
Igaunija	Nē			Reizumis	n.p.	
Grieķija	Jā	Jā	Jā	Ļoti izplatīts	Dzīves iemaņas	Izglītības attiecības
Spānija	Plānots	Jā	Jā	Ļoti izplatīts	Dzīves iemaņas	Pašcieņa
Francija	Jā			Reti	Informācija	Dzīves prasmes
Īrija	Jā	Jā		Ļoti izplatīts	Dzīves iemaņas	Pašcieņa
Itālija	Jā			Regulāri	Informācija	Dzīves prasmes
Kipra	Plānots	Jā	Jā	Reizumis	Aizsargājoša vide	Dzīves prasmes
Latvija	Plānots			Reizumis	Informācija	Dzīves prasmes
Lietuva	Nē			Regulāri	Informācija	
Luksemburga	Jā		Jā	Regulāri	Izglītības attiecības	Dzīves prasmes
Ungārija	Plānots			Regulāri	Informācija	Dzīves prasmes
Malta	Nē			Ļoti izplatīts	Informācija	Dzīves prasmes
Nīderlande	Jā			Nē	Informācija	
Austrija	Jā		Nē	Reizumis	Dzīves iemaņas	Aizsargājoša vide
Polija	Nē			Regulāri	Dzīves iemaņas	Informācija
Portugāle	Jā	Jā	Jā	Reizumis	Informācija	Dzīves prasmes
Slovēnija	Plānots			Reizumis	Informācija	Dzīves prasmes
Slovākija	Nē			Reti		
Somija	n.p.			n.p.	Labklājības pakalpojumu nodrošināšana	Informācija
Zviedrija	Nē			Regulāri	Aizsargājoša vide	Sociālā iekļaušana
Apvienotā Karaliste	Jā			Ļoti izplatīts	Informācija	Dzīves prasmes
Norvēģija	Nē			Regulāri	Informācija	Pašcieņa
Bulgārija	n.p.			Reizumis	Informācija	Aizsargājoša vide
Rumānija	n.p.			Reizumis		

NB: n.p. – informācija nav pieejama.

(¹) Ir jāatceras, ka nepastāv vienota "kvalitātes standartu un vadlīniju" Eiropas definīcija, un sīkumos informācija var atšķirties, ietekmējot salīdzināšanas iespējas.

pieejām, lai mācītu jauniešiem pieņemt informētus lēmumus un izdarīt izvēli dzīvē. Šīs tehnikas aizstāvji uzskata, ka uzvedības pieejas narkotiku profilakses pasākumiem (kā, piemēram, dzīves prasmju uzlabošana) ir atbalstīšana un narkotiku lietošanas kaitējuma demonstrēšana (Ashton, 2003. g.; Quensel, 2004. g.) un nepieciešamo izziņas instrumentu nodrošināšana jauniešiem, sniedzot informāciju, ir labākā metode. Neskatoties uz atšķirīgajām tradīcijām, abas pieejas saskata rīcību attiecībā uz savu veselību un jo īpaši narkotiku lietošanu kā personiskas racionālas izvēles jautājumu, taču veselības zinātnē pastāv lielā mērā vienprātība, ka sociālajiem faktoriem (kaimiņi, domubiedru grupa, normas) un personiskajiem faktoriem (temperaments, akadēmiskās un emocionālās prasmes) ir lielāka ietekme rīcības modeļa attiecībā uz savu veselību un narkotiku lietošanu veidošanā nekā tikai izziņai.

Kļūdainais priekšstats par narkotiku lietošanu kā normālu un sociāli pieņemamu parādību attiecīgajā grupā ir svarīgākais izziņas elements, kuru iespējams ietekmēt ar profilakses palīdzību. Faktiski ilgtermiņa kaņepju lietošanas izplatība jauniešu vidū 30 % līmenī nozīmē, ka vairāk nekā divas trešās daļas no šiem iedzīvotājiem nekad nav lietojuši marihuānu, un tā ir patiesā "norma". Taču, neskatoties uz pierādīto ieguvumu no tehnikām, kas vērstas uz jauniešu uzskatiem par normālumu (Reis et al., 2000. g.; Taylor, 2000. g.; Cunningham, 2001. g.; Cuijpers et al., 2002. g.), Eiropā tās izmanto reti.

Selektīvā profilakse

Nacionālajās narkotiku stratēģijās un rīcības plānos arvien vairāk un skaidrāk tiek norādītas neaizsargātās grupas, kam būtu jābūt īpašajai profilakses pasākumu mērķauditorijai. Šis uzsvars ir pat spēcīgāks jaunajās dalībvalstīs: Igaunijā (ielu bērni, speciālās skolas), Ungārijā, Kiprā, Maltā, Polijā (novārtā pamestie bērni un jaunieši no nelabvēlīgām ģimenēm) un Slovēnijā.

Tā kā neaizsargātajām grupām, uz kurām ir vērsti selektīvie profilakses pasākumi, bieži ir ievērojama pieredze saistībā ar likumīgajām un nelikumīgajām narkotikām, lielākā daļa profilakses pasākumu aprobežojas ar speciāli sagatavotas informācijas sniegšanu, individuālām konsultācijām un kreatīvām vai sportiskām alternatīvām. Taču ir jāatceras, ka metodes, kuras izmanto universālās profilakses visaptverošajās sociālās ietekmēšanas programmās, ir tikpat efektīvas, ja ne vēl efektīvākas selektīvajos profilakses pasākumos. Normatīvā pārstrukturēšanās (piemēram, apzināšana, ka lielākā daļa domubiedru neatbalsta lietošanu), pašpārlicinātības trenēšana,

motivācija un mērķu uzstādīšana, kā arī mītu koriģēšana ir izrādījušās ļoti efektīvas metodes neaizsargāto jauniešu vidū (Sussman et al., 2004. g.), taču ES tās ļoti reti izmanto selektīvajiem profilakses pasākumiem. Tomēr ieviešanās metodes izklaidējošos apstākļos (skatīt "Profilakse izklaidējošos apstākļos", 50. lpp.) galvenokārt izpaužas mērķtiecīgas informācijas sniegšanā.

Selektīvā profilakse skolās

Galvenais uzsvars selektīvā profilaksē skolās tiek likts uz ieviešanas krīzes situācijās un skolēnu ar problēmām savlaicīgu atpazīšanu. Mērķis ir atrast risinājumus skolas līmenī, lai nepieļautu riska grupas skolēnu pazušāno no redzesloka vai izslēgšanu, tādējādi vēl vairāk pasliktinot situāciju. Programmu pieeju piedāvā Vācijā, Īrijā, Luksemburgā un Austrijā (Leppin, 2004. g.), bet Polijā un Somijā nodrošina mācību kursus skolotājiem vai arī norādījumus, kā atpazīt skolēnus ar problēmām, ieskaitot narkotiku lietošanu, un veikt atbilstošas darbības. Tradicionālās individuālās pieejas ietver izglītības psiholoģijas pakalpojumus (kā tas ir Francijā un Kiprā), kas ir atkarīgi no brīvprātīgas vēršanās pēc palīdzības. Īrijā ir jauns, intensīvs izglītības labklājības dienests, kam ir jāstrādā ar skolām un ģimenēm izglītības ziņā nelabvēlīgajos rajonos, lai nodrošinātu, ka bērni regulāri apmeklē skolu.

Selektīvā pieeja sabiedrībai

Selektīvā pieeja sabiedrībai ir vērstas galvenokārt uz cilvēkiem ielās. Ziemeļvalstīs *Nightwalkers* pieeja iesaista vecāku grupas, kas patrulē ielās. Austrija ir daudz ieguldījusi, lai uzlabotu līdzsvaru starp narkotiku profilaksi, sociālo izglītību un sociālā darba struktūrām, izmantojot kursus, kvalitātes norādījumus un kopīgos seminārus, piemēram, jaunatnes sociālajiem darbiniekiem izklaidējošos apstākļos. Mērķis ir arī izmantot jaunatnes sociālā darba struktūras profesionālām narkotiku profilakses aktivitātēm. Izmantojot tādu pašu pieeju, Norvēģija veicina sadarbību un nostiprina savstarpējās darbības, kurās iesaistīta skola, bērnu aizsardzības dienesti un sociālie dienesti. RAR (ātras novērtēšanas un reaģēšanas) metodes⁽³⁶⁾ – ātra informācijas apkopošana (statistikas materiāli) apvienojumā ar intervijām (anketas, mērķa grupas) un/vai problēmu zonas novērojumi – tiek izmantoti šajos projektos Norvēģijā, kā arī Vācijā un Nīderlandē.

Pasākumi, kuru mērķauditorija ir paaugstināta riska kaimiņi, ir tradicionāli Īrijā, Apvienotajā Karalistē un mazākā mērā Nīderlandē un Portugālē. Taču tagad arī Vācija (Stöver un Kolte, 2003. g., citēts Vācijas nacionālajā ziņojumā) un

⁽³⁶⁾ Pasaules Veselības Organizācija: *Ātras novērtēšanas un atbildes reakcijas novērtējumi saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu un īpaši neaizsargātiem jauniešiem* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

Francija ir ierosinājušas pasākumus šajā jomā. Šajās valstīs tas ir jaunums – orientēt narkotiku profilakses pasākumus uz konkrētām ģeogrāfiskajām zonām saskaņā ar sociālajiem kritērijiem.

Dalībvalstis arī arvien vairāk koncentrē uzmanību uz konkrētām etniskajām grupām, izstrādājot savas selektīvās profilakses politikas (piemēram, Īrija, Luksemburga, Ungārija). Piemēram, uzmanības koncentrēšana uz etnisko aspektu ir ļoti svarīga Ungārijā, kur čigānu tautības iedzīvotāji ir pakļauti lielākam riskam saistībā ar narkotiku problēmām sociālā un kultūras raksturojuma, kā arī nelabvēlīgo dzīves apstākļu dēļ. Tur vienaudžu apmācību, pašpalīdzības grupas, uzraudzību, dažādas profilakses programmas un pieejamus pakalpojumus čigānu tautības iedzīvotājiem nodrošina nevalstiskās organizācijas.

Sabiedriski neaizsargātās ģimenes

Vispārēji profilakses pasākumi ģimenei, kas ir galvenokārt vakara pasākumi, lekcijas un semināri vecākiem, vēl joprojām ir populāri daudzās dalībvalstīs (Vācija, Francija, Kipra un Somija), neskatoties uz to, ka trūkst pierādījumu par to efektivitāti (Mendes et al., 2001. g.). Taču Grieķijā, Spānijā, Īrijā un Norvēģijā ir redzami interesanti jauninājumi saistībā ar selektīvajiem profilakses pasākumiem ģimenēs, ieviešot inovatīvas koncepcijas, kas neaprobežojas tikai ar ģimenēm/vecākiem ar narkotiku problēmām un atzīst sociālo, ekonomisko un kultūras faktoru ietekmi uz narkotiku lietošanu. Nīderlandē narkotiku profilakses projektu imigrantu vecākiem vērtējumā tika izdarīti secinājumi, ka standartizētas aktivitātes, ko piedāvā ar imigrantu tiklu starpniecību, atsevišķi uzrunājot vīriešus un sievietes, būtu iespējams jauns virziens (Tarweij un Van Wamel, 2004. g.). Norvēģijā ir ieviesta Vecāku vadības apmācība (PMTO, Oregonas modelis), kas sākotnēji bija apmācību metode ģimenēm ar bērniem ar nopietnām uzvedības problēmām, un veikta tās izvērtēšana trīs pašvaldībās. Vēl divās citās valstīs ir

īstenota Aiovas ģimenes stiprināšanas programma (ISFP). Šī intensīvā ģimeņu programma riska ģimenēm apvieno skolēnu mācību metodes (10–14 gadus veci) ar izglītības programmu viņu vecākiem, un tās mērķis ir novērst narkotiku lietošanu, balstoties uz stiprāku ģimenes kompetenci un ģimeniskajām saitēm (Kumpfer et al., 2003. g.).

Indicētās profilakses nepieciešamība

Indicētā profilakse paredzēta cilvēkiem, kas ir noteikti kā tādi, kam varētu būt riska faktori attiecībā uz narkotiku problēmām, piemēram, uzmanības deficīts/hiperaktivitātes traucējumi (ADHD). Taču par narkomānijas profilakses pasākumiem, kas orientēti uz jauniem cilvēkiem ar ADHD, tiek ziņots tikai no Vācijas un Zviedrijas. Vācijā pašreizējie aprēķini par ADHD izplatību norāda, kas tas varētu būt skāris 2 līdz 6 % cilvēku vecumā no 6 līdz 18 gadiem, padarot to par vienu no izplatītākajām klīniskajām situācijām bērnu un jauniešu vidū. Zviedrijā profilakses stratēģija, kas orientēta uz šiem bērniem, ietver izziņas un sociālo apmācību, un metodoloģija tiek izplatīta, apmācot profilakses speciālistus. Tā kā uz visiem pirmsskolas vecuma bērniem attiecas primārā veselības aprūpe un vairums no viņiem apmeklē pirmsskolas, lielāko daļu bērnu, kas pakļauti šim riskam, var noteikt, izmantojot sistemātiskus skrīninga pasākumus un turpmākās individuālās aktivitātes.

Itālijas rīcības plānā ievērojams uzsvars ir likts uz bērnu un pusaudžu psihopatoloģiskajiem apstākļiem un nopietnām uzvedības problēmām, kas varētu noteikt narkotiku lietošanu, ja tās ignorētu agrīnā attīstības stadijā. Noteiktās problēmas ietver uzvedības problēmas; hiperaktivitāti un uzmanības deficītu; satraukumu, ko pavada garastāvokļa izmaiņas; bulimiju un psihogēnisko aptaukošanos; personības traucējumus; komunikācijas problēmas; pēc traumatiskā stresa traucējumus un panikas lēkmes. Kā atbildes reakcija ir paredzētas gan universālās, gan arī selektīvās profilakses aktivitātes.



3. nodaļa Kaņepes

Izplatība un ievirzes

Kaņepes noteikti ir visplašāk lietotā nelikumīgā viela Eiropā. Jaunākās aptaujas norāda ka no 3 līdz 31 % pieaugušo (vecumā no 15 līdz 64 gadiem) ir vismaz vienu reizi izmēģinājuši šo vielu (ilgtermiņā). Zemākie izplatības rādītāji attiecībā uz ilgtermiņa lietošanu ir Maltā (3,5 %), Portugālē (7,6 %) un Polijā (7,7 %), un augstākie tie ir Francijā (26,2 %), Apvienotajā Karalistē (30,8 %) un Dānijā (31,3 %). Lielākajā daļā valstu (15 no 23 valstīm, par kurām ir pieejama informācija) ilgtermiņa lietošanas izplatība ir robežās starp 10 un 25 %.

No 1 līdz 11 % pieaugušo atzīst, ka ir lietojuši kaņepes pēdējo 12 mēnešu laikā, zemākie rādītāji šajā ziņā ir Maltā, Grieķijā un Zviedrijā, bet augstākie – Čehijas Republikā, Francijā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē. Lielākā daļa valstu (14) ir ziņojušas par nesenas lietošanas izplatību robežās no 3 līdz 7 %.

Aprēķinu par kopējo pieaugušo (15–64 gadi) skaitu, kuri lieto marihuānu ES kopumā var veikt, balstoties uz pieejamajiem valstu aprēķiniem. Tādā veidā iegūstam, ka aptuveni 20 % no iedzīvotājiem vai vairāk nekā 62 miljoni cilvēku ir vismaz reizi lietojuši kaņepes. Šis skaitlis samazinās līdz aptuveni 6 % pieaugušo jeb vairāk par 20 miljoniem cilvēku, ja tiek apskatīta nesena kaņepju lietošana (izplatība pēdējā gada laikā). Salīdzinājumam var minēt, ka 2003. gadā Savienoto Valstu nacionālā aptauja par narkotiku lietošanu un veselību (SAMHSA, 2003. g.) tika atklāts, ka 40,6 % no pieaugušajiem (definēti kā 12 gadus veci un vecāki) ir izmēģinājuši marihuānu vismaz vienu reizi un 10,6 % bija lietojuši to pēdējo 12 mēnešu laikā. 18 līdz 25 gadus veco respondentu vidū šie rādītāji bija 53,9 % (ilgtermiņa), 28,5 % (pēdējo 12 mēnešu laikā) un 17 % (pēdējā mēneša laikā) ⁽³⁷⁾.

Līdzīgi kā situācijās attiecībā uz citām narkotikām par lielāku lietošanas izplatību ziņo gados jaunie pieaugušie.

Aprēķini par narkotiku lietošanu iedzīvotāju vidū

Narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū novērtē ar aptaujām, kas sniedz datus par to iedzīvotāju proporcionālo daudzumu, kuri ir lietojuši narkotikas noteiktos laika periodos: ilgtermiņa lietošanas pieredze (eksperimentēšana), lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā (nesenā lietošana) un lietošana pēdējo 30 dienu laikā (pašreizējā lietošana) ⁽¹⁾.

EMCDDA ir izstrādājis kopējo pamata jautājumu kopumu ("Eiropas modeļa anketa", EMQ), kas ir iekļauts vai arī ir atbilstošs lielākajai daļai aptauju ES dalībvalstīs. EMQ ir iekļauts ziņojumā, kas pieejams EMCDDA tīmekļa vietnē ⁽²⁾. "Ilgtermiņa lietošana" kā indikators ir ar ierobežotu vērtību, lai noteiktu pašreizējo situāciju pieaugušo vidū (lai gan tas varētu būt nozīmīgs indikators skolēnu vidū), taču savienojumā ar citiem mērījumiem tas var sniegt informāciju par lietošanas modeļiem (lietošanas turpināšana un pārtraukšana) un paaudžu dinamiku attiecībā uz narkotiku lietošanas izplatību. "Lietošana 12 mēnešu laikā" sniedz norādi par neseno narkotiku lietošanu, kaut gan bieži to lietošanai ir gadījuma raksturs, un "lietošana pēdējo 30 dienu laikā" sniedz norādi par pašreizējo lietošanu un ietver tos cilvēkus, kas narkotikas lieto bieži.

⁽¹⁾ Papildu informāciju par iedzīvotāju aptauju metodoloģiju un metodoloģiju, kas izmantota nacionālajos pētījumos, skatīt 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁾ Pētījumu rokasgrāmata par narkotiku lietošanu iedzīvotāju vidū (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

No 11 līdz 44 % jauno eiropiešu vecumā no 15 līdz 34 gadiem atzīst, ka ir vismaz vienu reizi lietojuši kaņepes; zemākie rādītāji ir Grieķijā, Portugālē un Polijā, bet augstākie Francijā (39,9 %), Apvienotajā Karalistē (43,4 %) un Dānijā (44,6 %). Par nesenu lietošanu ir ziņojuši no 3 līdz 22 % gados jaunie pieaugušie, šajā ziņā zemākie rādītāji ir Grieķijā, Zviedrijā, Polijā un Portugālē, bet augstākie Apvienotajā Karalistē (19,5 %), Francijā (19,7 %), un Čehijas Republikā (22,1 %),

⁽³⁷⁾ Jāievēro, ka vecuma spektrs ASV pētījumā (12 gadi un vecāki) ir plašāks par vecuma spektru, par kādu ziņo EMCDDA attiecībā uz ES pētījumiem (15–64 gadi). No otras puses, vecuma spektrs attiecībā uz jauniem pieaugušajiem (18–25 gadi) ir šaurāks nekā lielākajā daļā ES pētījumos izmantotais (15–24 gadi).

un 11 valstīs nesenās lietošanas izplatības rādītāji ir robežās no 7 līdz 15 %.

15 līdz 24 gadus vecie eiropieši 9 līdz 45 % gadījumu atzīst, ka ir vismaz vienu reizi lietojuši kaņepes, lielākajā daļā valstu šis rādītājs ir robežās no 20 līdz 35 %. Kaņepju lietošanu nesen (pēdējo 12 mēnešu laikā) atzīst 4–32 %, lielākajā daļā valstu šis rādītājs ir robežās no 9 līdz 21 %⁽³⁸⁾.

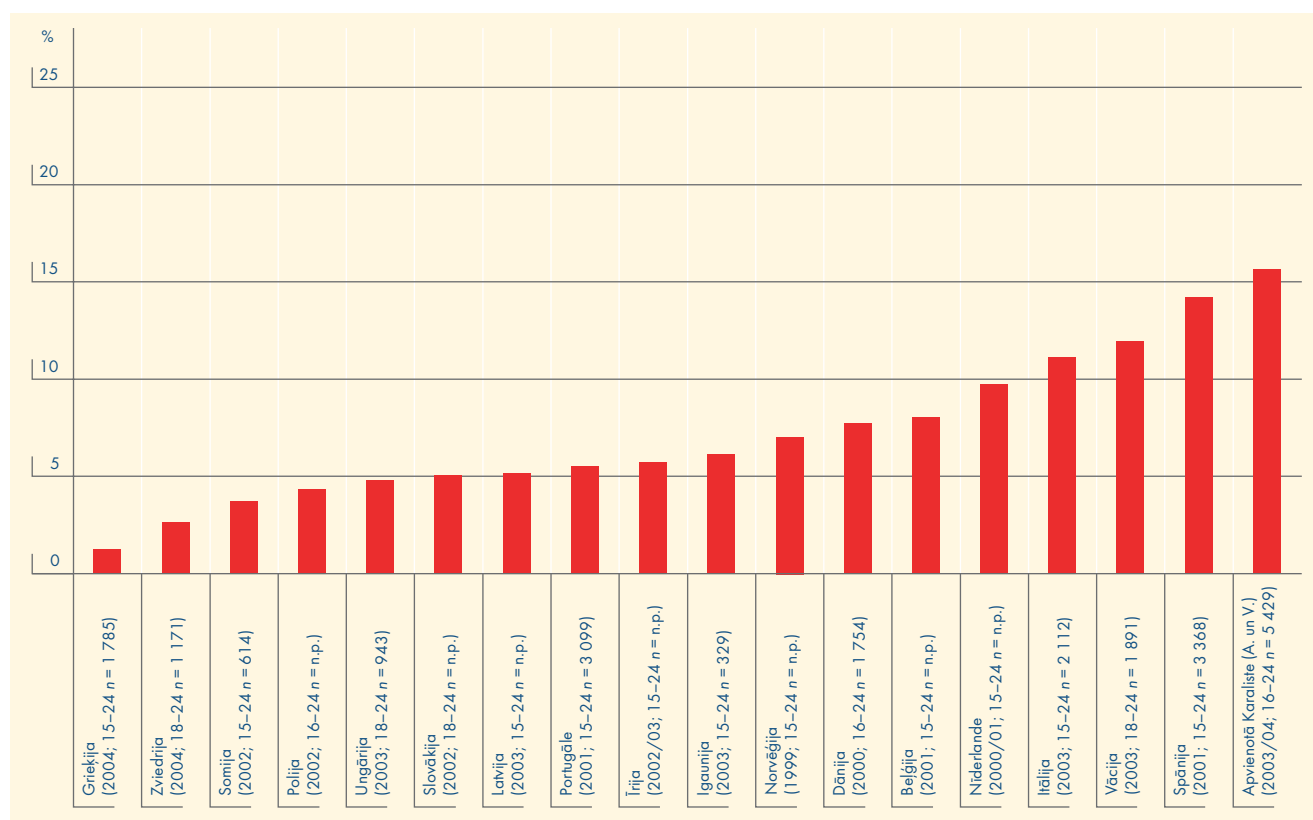
Līdzīgi kā ar citām nelikumīgajām narkotikām kaņepju lietošanas izplatības rādītāji ir ievērojami augstāki starp vīriešiem nekā starp sievietēm, lai arī šis atšķirības apmēri atšķiras valstu starpā. Vīriešu un sieviešu attiecība, runājot par lietošanu ilgtermiņā, svārstās no 1,25:1 līdz 4:1 (1,25 līdz 4 vīrieši uz katru sievieti), un, runājot par neseno lietošanu, aptuveni no 2:1 līdz 6:1. Aptaujas tāpat arī norāda, ka kaņepju lietošana ir izplatītāka pilsētās un zonās ar lielu apdzīvotības blīvumu. Tādējādi atzīmētās nacionālās atšķirības var daļēji atspoguļot atšķirības urbanizācijas līmeņos, lai gan ir norādes, kas liecina, ka

narkotiku lietošana izklaides nolūkā izplatās no pilsētu zonām un lauku rajoniem.

Tas fakts, ka nesenās un pašreizējās lietošanas izplatības rādītāji ir ievērojami zemāki par ilgtermiņa pieredzes rādītājiem, norāda, ka kaņepju lietošana ir gadījuma rakstura vai arī to pārtrauc pēc zināma laika. Lielākajā daļā ES valstu 20 līdz 40 % no tiem pieaugušajiem, kas kaut reizi ir mēģinājuši marihuānu, atzīst, ka ir lietojuši to pēdējo 12 mēnešu laikā, un aptuveni 20 % atzīst, ka ir lietojušo to pēdējo 30 dienu laikā ("turpināšanas rādītāji").

Jaunākajās aptaujās iegūtie dati liecina, ka lietošanu pēdējā mēneša laikā atzīst 0,5–9 % no visiem pieaugušajiem (daudzās valstīs šis rādītājs ir 2–4 %), 1,5–13 % no gados jaunažiem pieaugušajiem (daudzās valstīs šis rādītājs ir 3–8 %) un 1,2–16 % no jauniešiem vecumā no 15 līdz 24 gadiem (daudzās valstīs šis rādītājs ir 5–10 %) (3. attēls). Ļoti aptuveni aprēķini varētu liecināt, ka 1 no 10 līdz 20 jaunažiem eiropiešiem ir pašreizējais kaņepju lietotājs. Valstu ar zemākajiem pašreizējās

3. attēls: Pašreizējā kaņepju lietošana (pēdējā mēneša laikā) jauniešu vidū (15–24 gadi) saskaņā ar valstu apsekojumiem



NB: Dati gūti jaunākajos nacionālajos apsekojumos, kas ir pieejami katrā valstī. Dažas valstis izmanto vecumu, kas nedaudz atšķiras no EMCDDA izmantotā jauniešu standarta vecuma. Vecuma atšķirības var zināmā mērā ietekmēt atšķirības starp valstīm.

Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi (2004. g.), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskie raksti. Skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁸⁾ Skatīt attēlu GPS-2 2005. gada statistikas biļetenā.

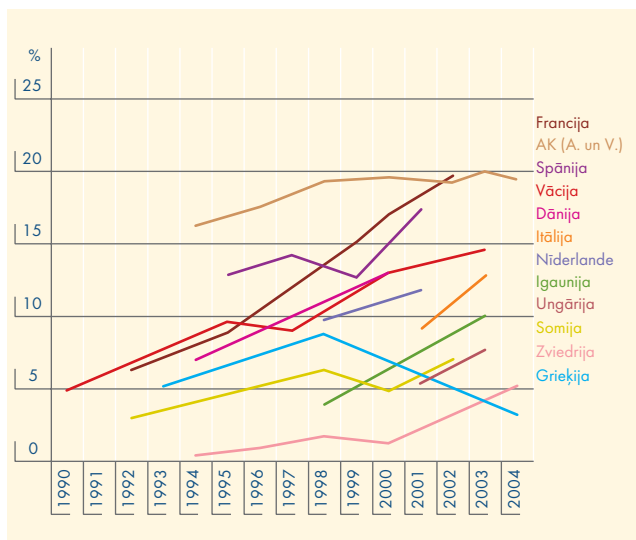
lietošanas izplatības rādītājiem vidū ir Malta, Grieķija, Zviedrija, Polija un Somija, bet Apvienotajā Karalistē un Spānijā šie rādītāji ir visaugstākie.

2004. gada pārskatā (EMCDDA, 2004a) sniegtie dati par kaņeņu lietošanas biežumu pēdējo 30 dienu laikā norādīja, ka aptuveni viena ceturtda daļa (19–33 %) no tiem, kas ir jebkad lietojuši marihuānu pēdējā mēneša laikā, ir darījuši to katru dienu vai gandrīz katru dienu⁽³⁹⁾ un lielākā daļa no šiem lietotājiem bija gados jauni vīrieši. Tika aprēķināts, ka 15 līdz 34 gadus veco eiropiešu vidū 0,9–3,7 % ir ikdienas kaņeņu lietotāji un aptuveni 3 miljoni cilvēku Eiropā, iespējams, lieto šo vielu katru dienu vai gandrīz katru dienu.

Tendences

Tas, ka lielākajā daļā ES valstu nav pieejami ilgtermiņa secīgi pētījumi, ierobežo iespējas ticami noteikt ar narkotiku lietošanu saistītās tendences. Daudzās valstīs tiek veikti secīgi pētījumi, taču striktā izpratnē tā nav pētījumu sērija – neskatoties uz panākto progresu harmonizācijas jomā,

4. attēls: Kaņeņu nesenās lietošanas (pēdējā gada laikā) tendences jauniešu (15 līdz 34 gadi) vidū saskaņā ar valstu apsekojumiem⁽¹⁾



(1) Kopu lielumi (respondenti) vecuma grupai no 15 līdz 34 gadiem katrai valstij un katram gadam ir norādīti tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.

NB: Dati ņemti no nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti. Katra pētījuma skaitļus un metodoloģiju var apskatīt tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.

Attiecībā uz jauniem pieaugušajiem EMCDDA izmanto vecuma spektru no 15 līdz 34 gadiem (Dānija un Apvienotā Karaliste – no 16, Vācija, Igaunija (1998. g.) un Ungārija – no 18). Francijā izmantotais vecuma spektrs bija 25–34 gadi 1992. gadā un 18–39 gadi 1995. gadā.

Avots: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskie raksti, skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

metodes un aptaujas grupas lielumi dažādos pētījumos ir atšķirīgi un arī biežums nav regulārs. Papildus tam pētījumi dažādās valstīs tiek veikti dažādos gados, tādējādi apgrūtinot iespēju noteikt tendences Eiropas mērogā. Ideālā gadījumā nacionālās iedzīvotāju aptaujas visās dalībvalstīs tiktu veiktas vienlaicīgi; tas ievērojami atvieglotu rezultātu salīdzināšanu nacionālajā līmenī (laika gaitā) un Eiropas līmenī (valstu starpā), dodot iespēju novērtēt Eiropas narkotiku apkarošanas rīcības plāna sasniegumus.

Pieejamie dati, kas iegūti no dažāda veida aptaujām (nacionālās vai vietējās mājsaimniecību aptaujas, iesaucamo aptaujas un aptaujas skolās), atklāj, ka kaņeņu lietošanas izplatība ir ievērojami pieaugusi deviņdesmito gadu laikā gandrīz visās ES valstīs, jo īpaši jaunu cilvēku vidū, kā arī to, ka atsevišķās valstīs kaņeņu lietošana pieaug pēdējo gadu laikā (4. attēls). Apvienotajā Karalistē, kur līdz 2000. gadam bija visaugstākie izplatības rādītāji, kaņeņu lietošana gados jauno pieaugušo vidū ir saglabājusies relatīvi stabilā līmenī laika posmā no 1998. līdz 2003./2004. gadam, citās valstīs (Francija un Spānija⁽⁴⁰⁾) rādītāji tuvojās šiem. Grieķijā laikā no 1998. līdz 2004. gadam ir vērojams izplatības samazinājums.

Jaunajās dalībvalstīs pieejamie dati, kas ir galvenokārt no skolu aptaujām, liecina, ka daudzās no tām pēdējo gadu laikā ir vērojams ievērojams kaņeņu lietošanas pieaugums. Šī tendence ir aizsākusies 90. gadu vidū un koncentrējas galvenokārt pilsētās un vīriešu un gados jaunu pieaugušo vidū. Igaunijā un Ungārijā secīgās aptaujas pieaugušo vidū ir ļāvušas noteikt arī jaunākās tendences (4. attēls).

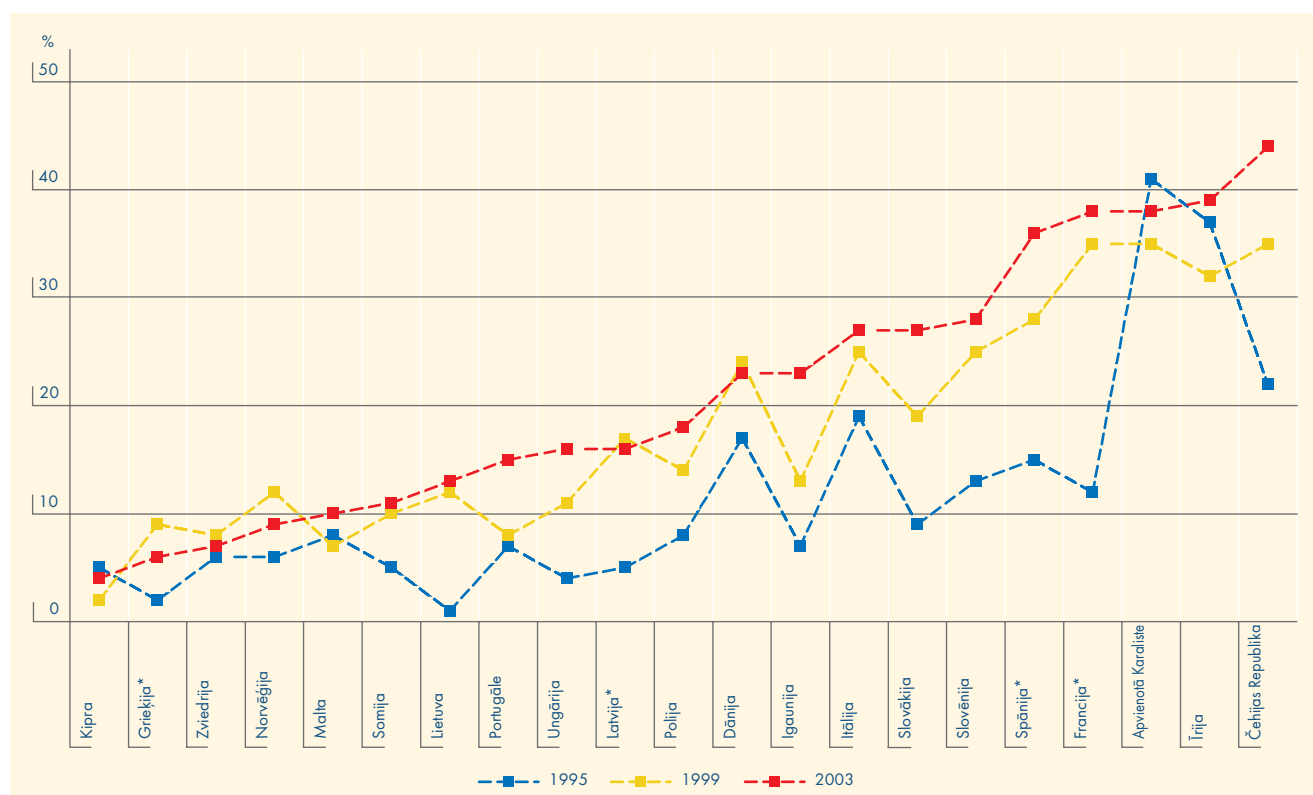
Salīdzinot 1995., 1999. un 2003. gada ESPAD skolu aptauju rezultātus (Hibell et al., 2004. g.), ir redzams, ka gandrīz visās dalībvalstīs un kandidātvalstīs, kuras piedalījās aptaujā, ilgtermiņa kaņeņu lietošanas izplatība 15 līdz 16 gadus veco skolēnu vidū ir pieaugusi par 2 % vai vairāk (5. attēls). Vairāk nekā pusē šo valstu izplatības aprēķini laikā no 1995. gada ir dubultojušies vai pat trīskāršojušies. Lielākais relatīvais pieaugums ir vērojams galvenokārt Austrumeiropas dalībvalstīs, kurās saskaņā ar pētījumiem ilgtermiņa kaņeņu lietošanas izplatība 1995. gadā bija mazāka par 10 %. Nevienu no valstīm, kurās norisinājās ESPAD pētījums, netika novērots pastāvīgs un ievērojams kaņeņu ilgtermiņa lietošanas izplatības samazinājums trīs pētījumu laikā.

Skolu aptaujas norāda, ka ES dalībvalstīs var iedalīt trīs skaidri noteiktās grupās attiecībā uz tendencēm, kas

(39) Skatīt 2004. gada pārskatu (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informācija attiecas uz "lietošanu 20 dienas vai ilgāk pēdējo 30 dienu laikā", kas izteikta arī kā "ikdienas vai gandrīz ikdienas lietošana".

(40) Informācija, kas saņemta pārāk vēlu, lai iekļautu ziņojumā, norāda, ka LYP jaunu pieaugušo vidū Spānijā ir 20,1 % 2003. gada pētījumā.

5. attēls: Kaņepju lietošanas ilgtermiņa izplatība 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū saskaņā ar ESPAD pētījumiem 1995., 1999. un 2003. gadā



NB: 1995. gadā ar zvaigznīti atzīmētie pētījumi nebija precīzi salīdzināmi ar ESPAD pētījumiem. Spānija ESPAD pētījumā nepiedalījās. Šeit iekļautie dati ir balstīti uz Spānijas pētījumu sēriju 1996., 1998. un 2002. gadā. Narkotiku izplatības jautājumus var uzskatīt par salīdzināmiem ar ESPAD jautājumiem, taču citi metodes aspekti norāda, ka Spānijas dati nav precīzi salīdzināmi.

Avots: Hibell et al., 2004. g.

saistīts ar kaņepju izklaides un gadījuma rakstura lietošanu. Pirmajā grupā (kas ietver Īriju un Apvienoto Karalisti) ilgtermiņa lietošanas izplatība ir augsta (aptuveni 38–39 %), taču tā ir saglabājusies stabila pēdējo astoņu gadu laikā. Šajās valstīs ir ilga kaņepju lietošanas vēsture un augstie kaņepju lietošanas izplatības rādītāji ir izveidojušies astoņdesmito un deviņdesmito gadu laikā. Otrajā valstu grupā šajā laika periodā ir ievērojami pieaugusi ilgtermiņa kaņepju lietošanas izplatība skolēnu vidū (par līdz pat 26 procenta punktiem). Šajā grupā ietilpst visas jaunās Austrumeiropas dalībvalstis kopā ar Dāniju, Spāniju, Franciju, Itāliju un Portugāli. Trešajā grupā ilgtermiņa lietošanas izplatības rādītāji skolēnu vidū ir saglabājušies samērā zemā līmenī (10 % vai pat mazāk). Šajā grupā ietilpst dalībvalstis gan no Eiropas ziemeļiem, gan dienvidiem (Somiija, Zviedrija un Norvēģija, kā arī Grieķija, Kipra un Malta).

Pieaugušo vidū nav tik lielas skaidrības par šo situāciju, jo ir pieejams mazāk informācijas un pieejamā informācija ir neviendabīga, taču kopumā iezīmējas līdzīgs situācijas

modelis, ka pašreizējā kaņepju lietošana (lietošana pēdējā gada laikā) ir augsta un stabila Apvienotajā Karalistē, dažās valstīs (piemēram, Dānijā, Vācijā, Igaunijā, Spānijā un Francijā) ir redzams būtisks pieaugums pēdējo gadu laikā un vēl citās valstīs lietošanas izplatības rādītāji ir zemāki un tendences neskaidrākas (piemēram, Grieķija, Somija un Zviedrija). Jaunas skolu un pieaugušo aptaujas nākošo 2–3 gadu laikā palīdzēs gūt lielāku skaidrību par sarežģīto jautājumu, kas attiecas uz narkotiku lietošanas tendencēm.

Kaņepju lietošanas novēršana

Satraukuma atsevišķās valstīs par pieaugošu kaņepju lietošanu jaunu cilvēku vidū rezultātā ir izraisījušās diskusijas par to, vai narkotiku testi varētu būt noderīgs kontroles pasākums. Dažas valstis jau ir spērušas soļus šajā virzienā, kaut gan narkotiku testu pasākumi vēl joprojām nav plaši izplatīti. Čehijas Republikā medijos ir bijušas ziņas par urīna testu izmantošanu un narkotiku atklāšanu ar apmācītu suņu palīdzību skolās. Lai arī šiem pasākumiem ir izteikts zināms

atbalsts, ekspertu komisija ir secinājusi, ka šīm metodēm nevajadzētu būt daļai no efektīvas primārās profilakses stratēģijas. Apvienotajā Karalistē no jauna izdotajos norādījumos skolām ir atzīmēta virkne svarīgu jautājumu, kuri ir jāapsver pirms narkotiku pārbaudes programmas ieviešanas. Tie ietver nepieciešamību nodrošināt, lai no vecākiem tiktu saņemtas atbilstošās atļaujas (un arī no skolēniem, kad viņus uzskata par kompetentiem), apsvērt, vai pārbaude atbilst skolas pastorālajiem pienākumiem nodrošināt aprūpi, un ņemt vērā atbilstošu atbalsta pasākumu pieejamību. Visi lēmumi par skolēnu pakļaušanu narkotiku pārbaudei ir jāiekļauj skolas narkotiku apkarošanas stratēģijā. *EMCDDA* interneta mājas lapā ir īss ziņojums par narkotiku pārbaudi skolās ES ⁽⁴¹⁾.

Kaņepes gandrīz vienmēr ir iekļautas universālajās (kas nav specifiski orientētas) narkotiku profilakses programmās. Uzmanība, kāda tiek pievērsta medijos pieaugošajai kaņepju lietošanas izplatībai jaunu cilvēku vidū, ar mājiņiem, ka kaņepju lietošana tiek arvien vairāk uzverta par "normālu", uzsver nepieciešamību vērsties pie jauniešu uzskatiem par normām. Satraukuma par pieaugošo kaņepju lietošanas kā normas uztveršanu jauniešu vidū rezultātā ir ieviestas profilakses programmas, kuru mērķis ir vērsties pie jauniešu uzskatiem par to, kas ir normāla vai pieņemama uzvedība. Šis jautājums ir detalizētāk apskatīts 2. nodaļā. Daudzi pasākumi sastāv pamatā no informācijas par kaņepēm sniegšanu, iesaistot mediju kampaņas, informācijas lapiņas un interneta lapas. Tomēr pastāv arī daži interesanti selektīvās profilakses piemēri, un tie ir atrodamī *EMCDDA* datu bāzē par izvērtētajiem profilakses projektiem, *EDDRA* ⁽⁴²⁾. Šīs shēmas ir vērstas galvenokārt uz jaunajiem kaņepju lietotājiem, kuri ir izdarījuši ar narkotikām saistītus noziegumus, un piedāvā konsultācijas, personiskās kompetences apmācības un daudzprofilu atbalstu. Šādu shēmu piemēri ir *FRED* (Vācija), *MSF-Solidarité Jeunes* (Luksemburga), *Ausweg* (Austrija) un jauniešu noziedznieku grupas (*YOTs*) Apvienotajā Karalistē.

Augstā kaņepju lietošanas izplatība jauniešu vidū nozīmē, ka narkotiku lietošana bieži ir centrālais jautājums tiem, kuri strādā ar skolas vecuma bērniem. Viena no potenciāli daudzsološām selektīvām skolas profilakses pieejām ir *Step by Step* programma, kura ir īstenota Vācijā un Austrijā.

Šī programma palīdz skolotājiem atklāt un cīnīties ar narkotiku lietošanu un problemātiskas uzvedības modeļiem skolēnu vidū ⁽⁴³⁾.

Sarežģīts jautājums tiem, kuri iesaistās cīņā pret marihuānu, ir tas, kur novilkt līniju starp profilakses perspektīvu un ārstēšanas perspektīvu. Kaņepju lietošanu ietekmē sociālie, domubiedru un personiskie faktori, un visiem šiem faktoriem ir svarīga loma katras atsevišķas personas riskā saistībā ar ilgtermiņa narkotiku problēmas attīstību; tāpēc profilakses darbs bieži vien ir drīzāk orientēts uz šīm jomām, nevis uz pašu narkotiku (*Morral et al.*, 2002. g.). Piemēram, *Ausweg* projekta izvērtēšanā Austrijā atklājās, ka jaunieši, kurus pirmo reizi pieķer pārkāpumā, kas saistīts ar kaņepju lietošanu, retāk nekā varētu gaidīt izrāda personības trūkumus, un tas ilustrē, cik svarīga attiecībā uz narkotiku lietošanu ir situācijas, sociālā un domubiedru ietekme, nevis personiskās psiholoģiska rakstura problēmas (*Rhodes et al.*, 2003. g.; *Butters*, 2004. g.). Daudzi projekti tomēr ir koncentrēti uz kaņepju lietošanas problēmu, un tie iesaka jauniešiem samazināt narkotiku lietošanu. Viens no piemēriem no Vācijas ir *Quit the Shit* tīmekļa vietnē (www.drugcom.de), kas ir inovatīva konsultāciju programmas tīmekļa vietne kaņepju lietotājiem.

Dati par ārstēšanas pieprasījumu

No aptuveni 480 000 ārstēšanas pieprasījumiem, par kuriem ir ziņots, kaņepes ir primārā narkotika aptuveni 12 % gadījumu, nosakot, ka tā ir otrā pēc heroīna. Astoņu gadu laikā no 1996. līdz 2003. gadam kaņepju pacientu proporcionālais daudzums jauno pacientu vidū, kuri vēlas ārstēties, daudzās valstīs pieaudzis pat divkārtīgi ⁽⁴⁴⁾, līdzīgs pieaugums ir vērojams arī kopējā pacientu skaitā. Taču šī analīze ir jāvērtē piesardzīgi, jo tā ir balstīta uz ierobežotu valstu skaitu, kuras var sniegt nepieciešamos datus noteikta laika tendenču salīdzinājumam.

Vispārēji, tūlīt pēc heroīna, kaņepes ir otrā visbiežāk pieminētā narkotika ziņojumos par pacientiem, kas pirmoreiz iziet ārstniecības kursu ⁽⁴⁵⁾. Pastāv ievērojamas atšķirības valstu starpā, norādot kaņepju lietošanu 2–3 % gadījumu no visiem pacientiem Bulgārijā un Polijā, bet vairāk nekā 20 % no visiem pacientiem Dānijā, Vācijā, Ungārijā un Somijā ⁽⁴⁶⁾. Visās valstīs, no kurām ir pieejami

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

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Skatīt *EDDRA* tīmekļa vietni, lai saņemtu papildu informāciju: *Soli pa solim* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) un *Agra atklāšana un darbības attiecībā uz problemātisku narkotiku lietošanu un atkarību* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-2 (daļa i) un TDI-3 (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁵⁾ Skatīt arī atsevišķo tēmu par ārstēšanas pieprasījumu no kaņepju lietošanas *EMCDDA* 2004. gada pārskatā (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Datu analīze aptver pacientus, kam nepieciešama ārstēšana visos ārstēšanas centros par vispārēju izplatību un tendencēm un ambulatorajos ārstniecības centros par pacientu profilu un lietošanas modeļiem.

⁽⁴⁶⁾ Skatīt tabulas TDI-2 (daļa ii) un TDI-5 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

Ārstēšanās pieprasījuma indikators

Informācija par to cilvēku skaitu, kuri vēlas saņemt ārstēšanu sakarā ar narkotiku lietošanas problēmām, sniedz noderīgu ieskatu par vispārējām problēmām, kas saistītas ar problemātisko narkotiku lietošanu, kā arī ļauj plānot ārstēšanās iespēju organizēšanu un pieaugumu Eiropā. *EMCDDA* ārstēšanās pieprasījuma indikators (*TDI*) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ nodrošina vienotu struktūru, lai ziņotu par to pacientu skaitu un raksturojumu, kas ir nosūtīti narkotiku ārstēšanas centriem. Lai gan var uzskatīt, ka *TDI* dati sniedz pietiekami stabili un noderīgu informāciju par pacientiem, kas nosūtīti uz specializētajiem narkotiku dienestiem, virknes tehnisku iemeslu dēļ ir jāievēro piesardzība, attiecinot secinājumus uz visiem pacientiem, kas saņem vispārējus pakalpojumus. To valstu skaits, kas sniedz datus, katru gadu ir atšķirīgs, un tāpēc tendences Eiropas līmenī ir jāinterpretē piesardzīgi. Turklāt ir jāņem vērā, ka datu segums dažādās valstīs var būt atšķirīgs (dati par ietvertajām vienībām ir aprakstīti statistikas biļetenā), ārstēšanās pieprasījuma dati daļēji atspoguļo arī ārstēšanās pieejamību attiecīgajās valstīs.

Lai atvieglotu ārstēšanās pieprasījuma datu interpretāciju un salīdzināšanu, ir jāpatur prātā šādi punkti:

- pacientus, kas uzsāk ārstēšanos no narkotiku atkarības pirmo reizi, apzīmē kā "jaunie pacienti". Šo grupu uzskata analītiski par svarīgāku nekā indikatoru par

narkotiku lietošanas tendencēm. Analītiskie dati tiek ziņoti arī par visiem pacientiem. Šī grupa ietver jaunus pacientus, kā arī tos, kas atsāk ārstēšanos nākošajā gadā pēc ārstēšanās pārtraukšanas vai pabeigšanas iepriekšējā gadā. Dati par pacientiem, kas atskaites perioda laikā ir bez pārtraukšanas turpinājuši iepriekšējā gadā uzsāktu ārstēšanu, šeit nav iekļauti;

- apkopo divu veidu datus: kopsavilkuma datus par visa veida ārstniecības centriem un sīkus datus, sadalot pa centru veidiem (ambulatorās ārstēšanas centri, stacionārie ārstēšanas centri, pieejamās aģentūras, terapeiti, ārstēšanas vienības cietumos, citu veidu centri). Taču lielākajā daļā valstu dati ir reti kad iedalīti pēc centru veidiem, izņemot ambulatoros un stacionāros ārstēšanas centrus. Šā iemesla dēļ analīze bieži vien aprobežojas ar ambulatorajiem ārstniecības centriem, par kuriem ir labākais datu segums;
- kvalitatīvā un kontekstuālā informācija ir ņemta no 2004. gada *Reitox* nacionālajiem ziņojumiem un arī ietverta kā palīgīdzeklis *TDI* datu interpretācijai.

⁽¹⁾ Plašākai informācijai skatīt *EMCDDA* tīmekļu vietnē par ārstēšanās pieprasījumu (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) un *Apvienotās Pompidu grupas-EMCDDA* ārstēšanās pieprasījuma indikatoru protokola versijas 2.0. saitē.

⁽²⁾ Sīkāku informāciju par datu avotiem sadalījumā pa valstīm skatīt tabulā *TDI-1 2005. gada statistikas biļetenā*.

dati, to pacientu, kas vēlas saņemt ārstēšanu no kaņepju lietošanas, proporcija ir lielāka jauno pacientu vidū nekā visu pacientu kopējā skaita vidū, ar tikai dažiem izņēmumiem, kad šīs proporcijas ir aptuveni vienādas ⁽⁴⁷⁾. Jebkurā gadījumā astoņu gadu laikā no 1996. līdz 2003. gadam kaņepju pacientu proporcionālais daudzums to pacientu starpā, kuri vēlas saņemt ārstēšanu no visu veidu narkotiku lietošanas, ir pieaudzis no 9,4 % līdz 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Taču šī analīze ir jāvērtē piesardzīgi, jo tā ir balstīta uz ierobežotu valstu skaitu, kuras var sniegt nepieciešamos datus noteikta laika tendenču salīdzinājumam.

Starp tiem narkotiku lietotājiem, kas saņem ārstēšanu, vīriešu skaits ir daudz lielāks par sievietšu skaitu. Lielākais vīriešu pārsvars pār sievietēm ir starp jaunajiem pacientiem, kas vēlas saņemt ārstēšanu no kaņepju lietošanas (4,8 pret 1). Lielāks vīriešu pārsvars pār sievietēm ir atrodams Vācijā, Kiprā, Ungārijā un Slovēnijā, un mazāks šis pārsvars ir Čehijas Republikā, Slovēnijā, Somijā un Zviedrijā. Šīs atšķirības valstu starpā var atspoguļot kultūras

faktorus vai arī iespējamās atšķirības ārstniecības pakalpojumu organizācijā ⁽⁴⁹⁾.

Tās personas, kas tiek ārstētas no kaņepju atkarības problēmām, parasti ir relatīvi jaunas; gandrīz visi kaņepju atkarīgie, kas pirmoreiz iziet ārstēšanu, ir jaunāki par 30 gadiem. Parasti lielākoties padzītnieki, kas iziet speciālo narkotiku atkarības ārstniecības kursu, tiek reģistrēti kā primāri no kaņepju atkarīgie, salīdzinājumā ar citām vecuma grupām kaņepju problēmas sastāda aptuveni 65 % no ārstēšanās pieprasījuma vecuma grupā līdz 15 gadiem un 59 % vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem ⁽⁵⁰⁾.

Attiecībā uz kaņepju lietošanas biežumu jauno pacientu vidū pastāv ievērojamas atšķirības valstu starpā. Lielākā ikdienas kaņepju lietotāju proporcija ir Dānijā un Nīderlandē jauno kaņepju lietotāju vidū, un lielākā gadījuma rakstura lietotāju un personu, kas nav lietojuši kaņepes pēdējā mēneša laikā pirms ārstniecības kursa, proporcija ir Vācijā un Grieķijā ⁽⁵¹⁾, kas, iespējams,

⁽⁴⁷⁾ Skatīt tabulas *TDI-4* (daļa ii) un *TDI-5* (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁸⁾ Skatīt tabulu *TDI-3* (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁹⁾ Skatīt tabulu *TDI-22* 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁰⁾ Skatīt tabulu *TDI-10* (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵¹⁾ Skatīt tabulu *TDI-18* (daļa iv) 2005. gada statistikas biļetenā.

atspoguļo atšķirības attiecībā uz norikojumiem uz ārstēšanu. Vācijā aptuveni viena trešā daļa no jauniešiem kaņepju lietotājiem lieto šo narkotiku īslaicīgi vai arī nav lietojuši to mēnesi pirms ārstniecības kursa, taču citur šī grupa sastāda aptuveni 11 % no pacientiem, un aptuveni 60 % no viņiem lieto šo narkotiku katru dienu.

Atsavināšana un tirgus informācija

Ražošana un tirdzniecība

2003. gadā kaņepes vēl joprojām bija visplašāk ražotā un visbiežāk kontrabandas ceļā pārvadātā narkotika visā pasaulē. Taču plašā kaņepju ražošanas izplatība un grūtības saistībā ar tās uzraudzību padara problemātiskus aprēķinus par ražošanas apjomiem (UNODC, 2003a).

Kaņepju sveķu ražošanas lieli apjomi ir koncentrēti dažās valstīs, jo īpaši Marokā, bet kontrabanda ir izplatīta ļoti daudzās valstīs (CND, 2004, 2005). Balstoties uz pētījumiem par kaņepju ražošanu Marokā, ko veica UNODC un Marokas valdība (2003), ir aprēķināts, ka Rif reģionā 2003. gadā koncentrējās aptuveni 40 % no kaņepju vispasaulē ražošanas apjoma (INCB, 2005). Lielākā daļa no kaņepju sveķiem, ko patērē ES, ir ražoti Marokā un tiek ievesti Eiropā galvenokārt caur Ibērijas

pussalu, kaut gan Nīderlande ir svarīgs sekundārais izplatīšanas centrs tālākai transportēšanai uz ES valstīm (Bovenkerk un Hogewind, 2002). Citas valstis, kas norādītas 2003. gadā kā ES konfiscēto kaņepju sveķu avoti, ietver Albāniju, Afganistānu, Irānu, Pakistānu, Nepālu un Indiju (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; INCB, 2005).

Globālā augu kaņepju ražošana vēl joprojām ir izplatīta visā pasaulē, un potenciālais aprēķinātais saražotais apjoms ir vismaz 40 000 tonnu (CND, 2005). Augu kaņepju, kas konfiscētas 2003. gadā ES, izcelsme ir dažādās valstīs, ieskaitot Nīderlandi un Albāniju, kā arī Āfrikas valstis (Malavi, Dienvidāfrika, Nigērija) un ASV (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004). Papildus tam zināma vietējā (ārpus telpām un telpās) kaņepju produktu kultivēšana un ražošana notiek lielākajā daļā ES dalībvalstu (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004).

Atsavināšana

Visā pasaulē 2003. gada laikā ir konfiscētas 1 347 tonnas kaņepju sveķu un 5 821 tonna augu izcelsmes kaņepju. Rietumu un Centrālajā Eiropā (70 %), kā arī Dienvidrietumu Āzijā un Tuvajos un Vidējos Austrumos (21 %) ir konfiscēta lielākā daļa kaņepju sveķu, taču lielākā daļa atsavinātās augu izcelsmes kaņepju ir koncentrēta Amerikas kontinentā (68 %) un Āfrikā (26 %) (CND, 2005). Runājot par atsavināšanas gadījumu skaitu, kaņepes ir starp tām narkotikām, kuras konfiscē visbiežāk visās ES valstīs, izņemot Igauniju un Latviju, kur 2003. gadā augstāks bija konfiscēto amfetamīnu daudzums. Attiecībā uz daudzumiem, kaņepes ir arī parasti visbiežāk atsavinātā narkotika ES, lai arī 2003. gadā dažās valstīs citu konfiscēto narkotiku daudzums atbilstoši atskaitēm bija lielāks – amfetamīni Igaunijā un Luksemburgā, heroīns Ungārijā un kokaīns Polijā. Vēsturiski lielākā daļa konfiscēto kaņepju gadījumu attiecas uz Apvienoto Karalisti, pēc tam seko Spānija un Francija, un, iespējams, tas atbilst arī pašreizējai situācijai⁽⁵²⁾. Taču pēdējo piecu gadu laikā daudzuma ziņā uz Spāniju attiecas vairāk nekā puse no kopējā ES atsavinātā daudzuma. ES līmenī kaņepju atsavināšanu skaitam⁽⁵³⁾ ir bijusi palielināšanās tendence kopš 1998. gada, lai arī nepilnīgie atskaites dati no atsevišķām valstīm neļauj pilnībā noskaidrot šo jautājumu, taču konfiscētais daudzums⁽⁵⁴⁾ kopš 2000. gada ir pieaudzis.

Atsavināšanas un tirgus datu interpretācija

Narkotiku atsavināšanas gadījumu skaitu valstī parasti uzskata par netiešu norādi uz narkotiku piegādi un pieejamību, kaut gan tas atspoguļo arī tiesībsargājošo institūciju resursus, prioritātes, stratēģijas, kā arī nelikumīgo tirgotāju neaizsargātību pret nacionālajām un starptautiskajām piegādes samazināšanas stratēģijām. Atsavinātie daudzumi var ļoti atšķirties pa gadiem, piemēram, ja vienā gadā dažos atsavināšanas gadījumos daudzumi ir ļoti lieli. Šā iemesla dēļ vairākas valstis par labāku indikatoru uzskata atsavināšanas gadījumu skaitu. Visās valstīs atsavināšanas gadījumu skaits ietver arī lielu proporcionālo daļu ar nelielu apjomu atsavinājumu mazumtirdzniecības līmenī. Konfiscēto narkotiku izcelsme un nosūtīšanas adresāts var norādīt uz kontrabandas maršrutiem un ražošanas zonām, taču šī informācija ne vienmēr ir zināma. Par mazumtirdzniecībā pārdoto narkotiku tīrību un cenu datus sniedz lielākā daļa dalībvalstu. Taču šie dati nāk no dažādiem avotiem, kas ne vienmēr ir salīdzināmi, vai arī ir grūti izdarīt ticamus, precīzus salīdzinājumus valstu starpā.

⁽⁵²⁾ Tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar trūkstošajiem 2003. gada datiem, kad tie būs pieejami. Dati par kaņepju konfiskācijas gadījumu skaitu 2003. gadā nebija pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi un Rumāniju, dati par kaņepju konfiskācijas gadījumu skaitu un konfiscēto kaņepju daudzumu nebija pieejami par Īriju un Apvienoto Karalisti.

⁽⁵³⁾ Skatīt tabulu SZR-1 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁴⁾ Skatīt tabulu SZR-2 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

Cena un iespējamā iedarbība

2003. gadā vidējā kaņepju sveķu cena Eiropas Savienībā svārstījās no 1,4 eiro par gramu Spānijā līdz 21,5 eiro par gramu Norvēģijā, tajā pašā laikā augu kaņepju cena svārstījās no 1,1 eiro par gramu Spānijā līdz 12 eiro par gramu Latvijā ⁽⁵⁵⁾.

Kaņepju produktu iedarbību nosaka pēc tetrahidrokanabiola (THC) sastāva, kas ir primārā aktīvā sastāvdaļa. 2003. gadā valstīs, par kurām ir pieejami dati, kaņepju sveķos mazumtirdzniecības līmenī vidējais THC saturs bija sākot no mazāka par 1 % (Polijā) līdz 25 % (Slovākija) un augu kaņepju potenciāls bija no 1 % (Ungārija, Somija) līdz 20 % (mājās audzēti ražojumi Nīderlandē) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵⁵⁾ Skatīt tabulu PPP-1 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁶⁾ Skatīt tabulu PPP-5 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.



4. nodaļa

Amfetamīna tipa stimulantu, LSD un citas sintētiskās narkotikas

Attiecībā uz lietošanas apmēru gandrīz visās valstīs kāda no sintētiskajām narkotikām ir otra visizplatītākā narkotika. Vispārējais šo vielu lietošanas apmērs sabiedrībā kopumā parasti ir zems, taču izplatības līmenis jaunākā vecuma grupās ir ievērojami augstāks, un šo narkotiku lietošanas apmēri var būt īpaši augsti atsevišķos sociālajos slāņos un atsevišķās kultūras grupās.

Sintētisko narkotiku vidū, kuras lieto Eiropā, ir gan stimulantu, gan arī halucinogēnās vielas. No pēdējām visplašāk lietotās ir narkotiskās vielas LSD, taču kopējais patēriņu līmenis ir bijis zems un samērā stabils jau ilgāku laiku. Parādās pierādījumi par pieaugošu interesi par dabiskajām halucinogēnajām vielām, un šī tēma ir apskatīta citā šā ziņojuma daļā.

Terminu amfetamīnu tipa stimulantu (ATS) izmanto, lai apzīmētu gan amfetamīnus, gan arī ekstāzi grupas narkotiskās vielas. Amfetamīni ir vispārējs termins, kuru izmanto, lai apzīmētu virkni ķīmiski radniecisku narkotiku, kas uzbudina centrālo nervu sistēmu, svarīgākās no tām Eiropas nelegālo narkotiku līmenī ir amfetamīns un metamfetamīns. No šīm divām vispieejamākais ir amfetamīns, lai arī globālā līmenī pieaug arī metamfetamīna lietošanas apmēri. Līdz šim brīdim būtiska metamfetamīna lietošana attiecas tikai uz Čehijas Republiku, kaut gan reizēm ziņojumi no citurienes norāda uz nepieciešamību veikt uzraudzību, jo šī ir narkotika, par kuru ir zināms, ka tā izraisa nopietnas veselības problēmas.

Vispazīstamākais ekstāzi grupas līdzeklis ir 3,4-metilēndiksi-metamfetamīns (MDMA), taču citi radniecīgi analogi dažreiz atrodami ekstāzi tabletēs. Šīs narkotikas dažreiz ir pazīstamas ar nosaukumu entaktogēni, kas nozīmē "pieskāriens" un kas ietver sintētiskās vielas, kas ir ķīmiski radniecīgas amfetamīniem, taču kuras zināmā mērā atšķiras pēc to iedarbības, jo tās apvieno daļu no iedarbības, kas parasti raksturīga halucinogēnām vielām.

Izplatība un lietošanas modeļi

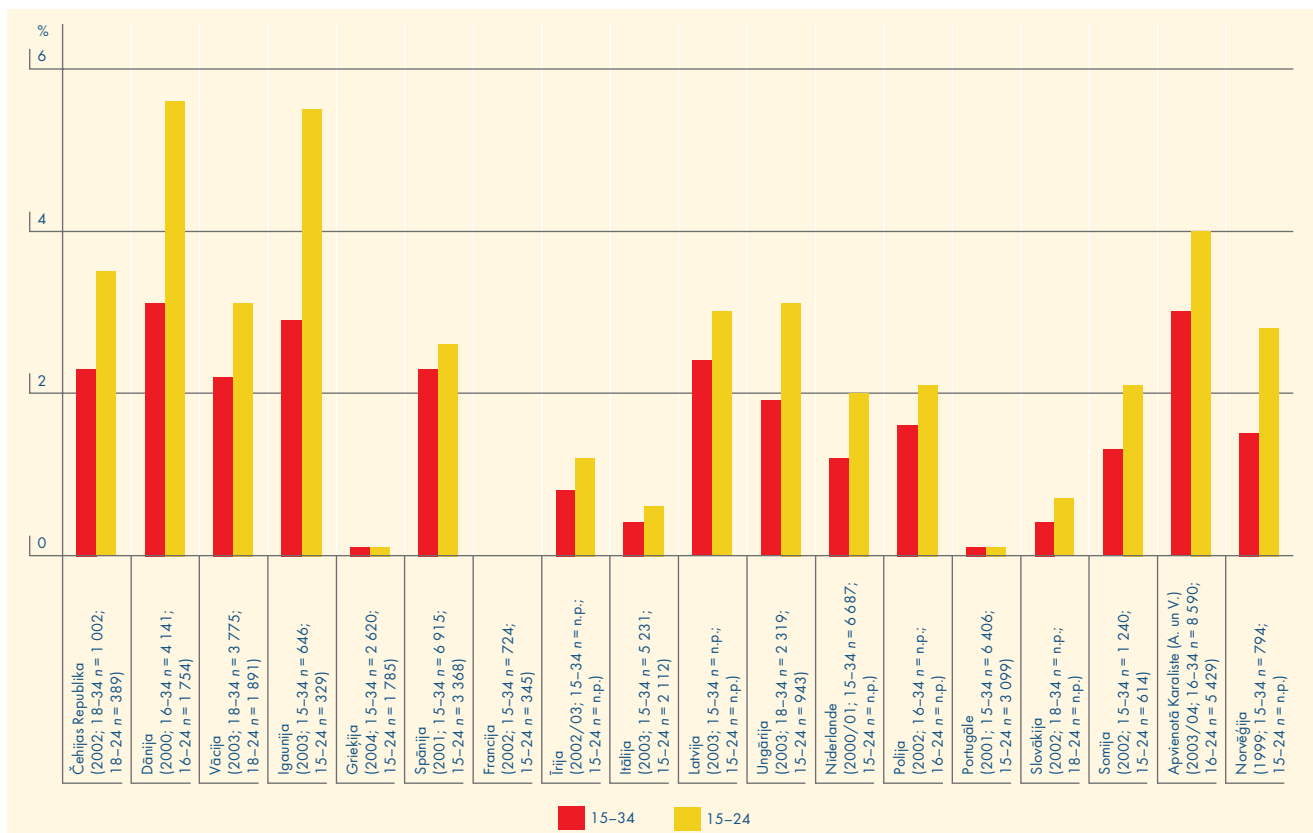
Tradicionāli iedzīvotāju aptaujas ir parādījušas, ka pēc kaņepēm amfetamīni ir visplašāk lietotā aizliegtā viela, lai gan vispārējā amfetamīnu izplatība ir noteikti zemāka par kaņepju izplatību. Tagad šī situācija daudzās valstīs mainās, un ekstāzi kļūst izplatītāka par amfetamīniem un ieņem otro vietu pēc kaņepju lietošanas gan nesenajās iedzīvotāju aptaujās, gan arī aptaujās skolās. Piemēram, 2003. gada ESPAD skolu aptaujās (Hibell et al., 2004) atklājās, ka ilgtermiņa lietošanas izplatības ziņā ekstāzi lietošana pārsniedza amfetamīnus 14 no ES valstīm, Norvēģijas un kandidātvalstu kopuma⁽⁵⁷⁾. Taču ir jāatceras, ka ekstāzi kļuva populāra tikai deviņdesmitajos gados, taču amfetamīna lietošanas vēsture ir daudz garāka. Tas atspoguļojas nesenajās pieaugušo iedzīvotāju aptaujās, kas ir liecinājušas par lielāku ilgtermiņa amfetamīna lietošanas pieredzi 11 valstīs un ekstāzi lietošanas pieredzi 10 valstīs, taču augstāku nesenās lietošanas līmeni (pēdējo 12 mēnešu laikā) attiecībā uz ekstāzi 15 valstīs un attiecībā uz amfetamīnu tikai piecās valstīs (divās valstīs šie skaitļi bija vienādi).

Saskaņā ar nesenajiem pētījumiem visu pieaugušo (no 15 līdz 64 gadiem) ilgtermiņa amfetamīnu lietošanas pieredze ES dalībvalstīs ir robežās no 0,1 līdz 6 %, izņemot Apvienoto Karalisti, kur šis skaitlis sasniedz 12 %. Nesenās lietošanas līmenis noteikti ir zemāks, robežās no 0 līdz 1,5 %, augstāks līmenis ir tikai Dānijā, Igaunijā un Apvienotajā Karalistē.

Līdzīga situācija iedzīvotāju aptaujās atklājas arī jaunāko pieaugušo (15 līdz 34 gadus veci) vidū, kur ilgtermiņa amfetamīna lietošanas pieredze ir robežās no 0,1 līdz 10 %, tikai Apvienotajā Karalistē šis līmenis ir ārkārtīgi augsts – 18,4 %. Nesenās lietošanas līmenis ir robežās no 0 % līdz 3 %, augstākie rādītāji attiecas uz Dāniju, Igauniju un Apvienoto Karalisti (6. attēls). Lai arī ilgtermiņa lietošanas līmenis Apvienotajā Karalistē ir ievērojami augstāks nekā citās valstīs, nesenās amfetamīna lietošanas pieredzes (lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā)

⁽⁵⁷⁾ Skatīt attēlu EYE-2 (daļa iv) 2005. gada statistikas biļetenā.

6. attēls: Pašreizējā amfetamīnu lietošana (pēdējā mēneša laikā) izvēlētas vecuma grupas jauniešu vidū: 15–34 gadi un 15–24 gadi, saskaņā ar iedzīvotāju apsekojumiem



NB: Dati ir no jaunākajiem nacionālajiem pētījumiem, kas ir pieejami katrā valstī (skatīt tabulu GPS-4 par vecuma grupu 15–34 gadi). Dažas valstis izmanto vecumu, kas nedaudz atšķiras no EMCDDA izmantotā jauniešu standarta vecuma. Vecuma atšķirības var zināmā mērā ietekmēt atšķirības starp valstīm.

Avoti: Reifox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi, un zinātniskie raksti. Skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas bijutenā.

līmenis ir ļoti līdzīgs rādītājiem citās valstīs, un kopējais līmenis turpina samazināties.

Jauni dati par amfetamīnu lietošanu 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū ir iekļauti 2003. gada ESPAD pētījumos⁽⁵⁸⁾. Ilgtermiņa amfetamīnu lietošanas izplatība ir robežās no mazāk par 1 % līdz 7 %; augstākie nacionālie rādītāji attiecībā uz neseno lietošanu un pašreizējo (pēdējo 30 dienu laikā) lietošanu ir attiecīgi 4 un 3 %.

Ekstazī ir pamēģinājuši aptuveni 0,2–6,5 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem, lielākajā daļā valstu šie rādītāji ir robežās no 1 līdz 4 %. Saskaņā ar ziņojumos iekļauto informāciju pašreizējās lietošanas līmenis pieaugušo iedzīvotāju vidū ir robežās no 0 līdz 2,5 %, augstākie izplatības rādītāji ir Čehijas Republikā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē.

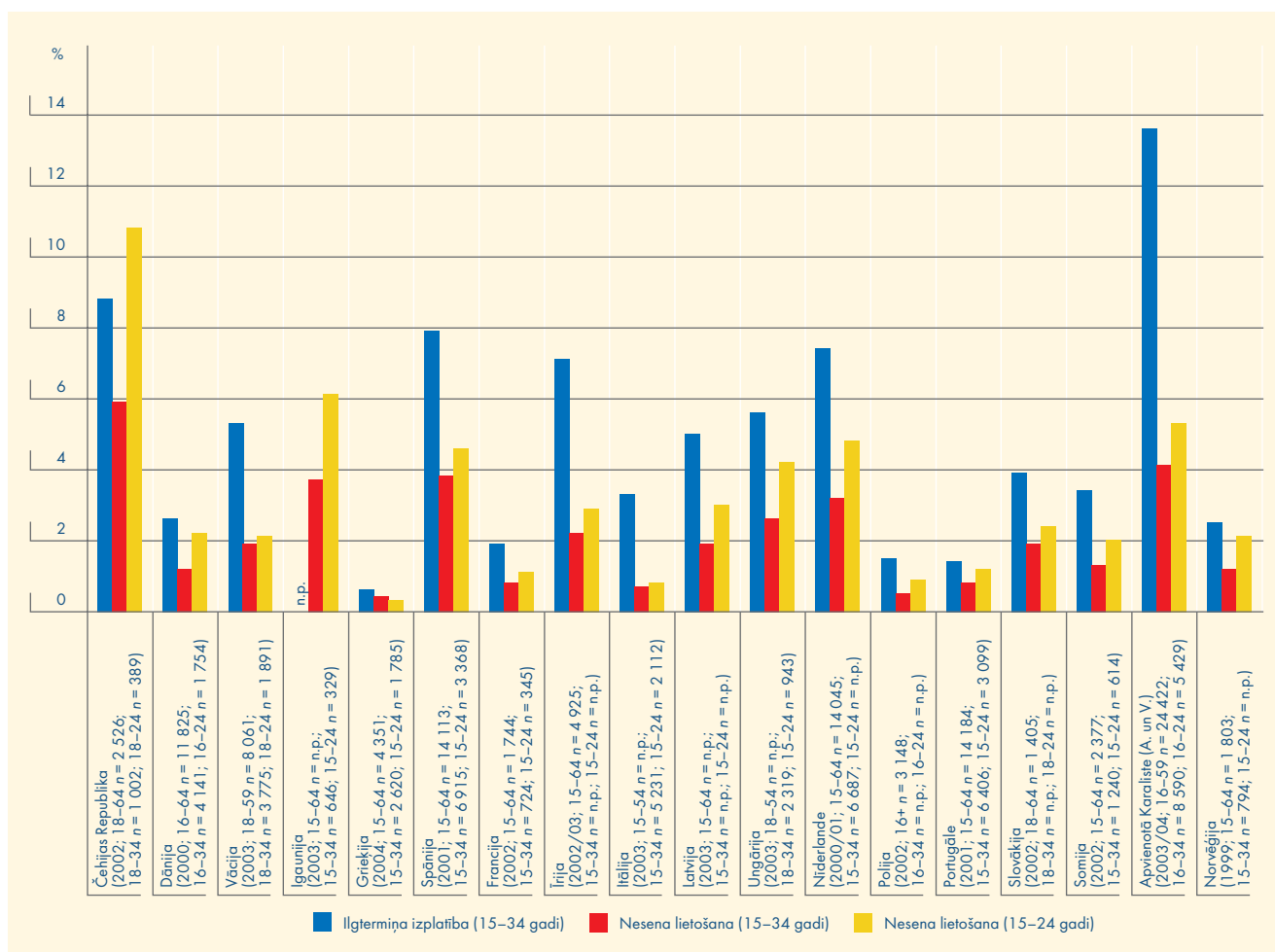
No gados jaunāko pieaugušo grupas (15 līdz 34 gadus veci) 0,6 %–13,6 % atzīst, ka viņiem ir ekstazī lietošanas pieredze. 0,4 līdz 6 % atzīst, ka viņi ir lietojuši šo vielu

nesen (pēdējo 12 mēnešu laikā), ar augstākajiem rādītājiem arī šajā ziņā izceļas Čehijas Republika, Igaunija, Spānija un Apvienotā Karaliste (7. attēls).

Tā kā ekstazī lietošana ir izplatīta galvenokārt jaunu cilvēku vidū, ir noderīgi analizēt izplatības līmeni vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem un 15 līdz 16 gadus vecu skolēnu vidū. Vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem ilgtermiņa lietošanas līmenis ir robežās no 0,4 līdz 13 %, taču pašreizējās lietošanas līmenis ir robežās no 0,3 līdz 11 %. Bez tam, tā kā narkotiku lietošanas rādītāji šajā vecuma grupā ir augstāki vīriešu vidū nekā sievietēm, lielākajā daļā valstu ilgtermiņa lietošanas pieredze 15 līdz 24 gadus vecu vīriešu vidū ir robežās no 4 līdz 16 % un nesenas lietošanas rādītāji vīriešu vidū ir robežās no 2 līdz 8 %. Visbeidzot, par pašreizējās lietošanas (lietošana pēdējo 30 dienu laikā), kas ietver arī regulāru lietošanu, rādītājiem ziņoja septiņas valstis, un tie bija robežās no 2 līdz 5 %, kas norāda uz to, ka 1 no 20–50 vīriešiem vecumā no 15 līdz 24 gadiem lieto ekstazī regulāri. Šie rādītāji parasti

⁽⁵⁸⁾ Skatīt 2. nodaļu par detalizētu 2003. gada ESPAD skolu pētījuma rezultātu analīzi.

7. attēls: Ekstazī ilgtermiņa izplatība un nesena lietošana (pēdējā gada laikā) izvēlētas vecuma grupas jauniešu vidū: 15–34 gadi un 15–24 gadi, saskaņā ar iedzīvotāju apsekojumiem



NB: Dati ņemti no jaunākajiem nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti (skatīt 2005. gada statistikas biļetenā tabulas GPS-2 par ilgtermiņa izplatību un GPS-4 par neseno lietošanu vecuma grupā 15–34 gadi). Dažas valstis izmanto vecumu, kas nedaudz atšķiras no EMCDDA izmantotā jauniešu standarta vecuma. Vecuma atšķirības var zināmā mērā ietekmēt atšķirības starp valstīm.

Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi, un zinātniskie raksti. Skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

ir augstāki pilsētās un jo īpaši to cilvēku vidū, kas regulāri apmeklē diskotēkas, klubus un deju vakarus (Butler un Montgomery, 2004).

Aprēķini par ekstazī lietošanas izplatību norāda uz ievērojami zemāku līmeni 15 līdz 16 gadus veco skolēnu vidū. Ilgtermiņa ekstazī lietošanas pieredze aptaujāto skolēnu vidū ir robežās no 0 līdz 8 %, un nesenas lietošanas rādītāji (0–4 %) un pašreizējās lietošanas rādītāji (0–3 %) ir pat vēl zemāki. Lielākajā daļā valstu aprēķini par pašreizējo lietošanu norāda uz līmeni robežās no 1 līdz 2 %, pastāvot nelielām atšķirībām starp dzimumiem (Hibell et al., 2004).

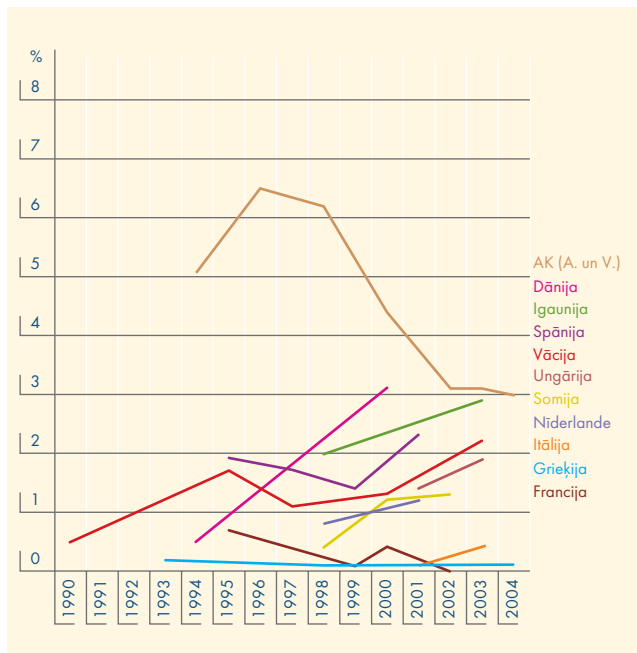
Salīdzinājumam, 2003. gadā Savienotajās Valstīs notikušajā pētījumā par narkotiku lietošanu un veselību (SAMHSA, 2003) 4,6 % no pieaugušajiem (ietverot šajā grupā 12 gadus vecos un vecākus) atzina, ka viņiem ir bijusi pieredze ekstazī lietošanā un 0,9 % atzina, ka ir lietojuši to nesēn. Tajā pašā pētījumā vecuma grupā no 18 līdz 25 gadiem 14,8 % atzina, ka viņiem ir ilgtermiņa pieredze, 3,7 % – nesēna pieredze un 0,7 % – pašreizējā pieredze (pēdējā mēneša laikā) ⁽⁵⁹⁾.

Tendences

Iedzīvotāju aptaujas norāda uz nesēnās amfetamīnu lietošanas pieaugumu (8. attēls) un ekstazī lietošanas

⁽⁵⁹⁾ Jāievēro, ka vecuma spektrs ASV pētījumā (12 gadi un vecāki) ir plašāks nekā vecuma spektrs, par kuru ziņo EMCDDA attiecībā uz ES pētījumiem (15–64 gadi). No otras puses, vecuma spektrs attiecībā uz gados jaunajiem pieaugušajiem (18–25 gadi) ir šaurāks nekā tas, ko izmanto ES pētījumos (15–24 gadi).

8. attēls: Amfetamīnu nesenās lietošanas (pēdējā gada laikā) tendences jauniešu vidū (15 līdz 34 gadi) saskaņā ar iedzīvotāju apsekojumiem (1)

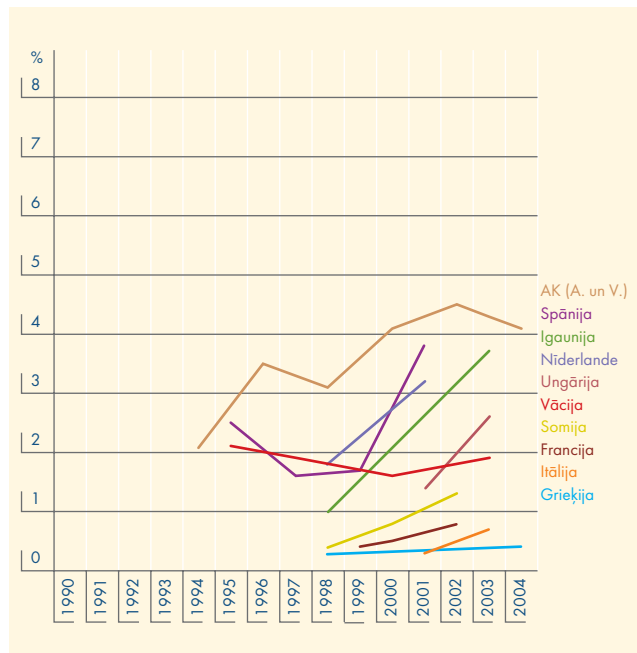


(1) Kopu lielumi (respondenti) vecuma grupai no 15 līdz 34 gadiem katrai valstij un katram gadam ir norādīti tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.
 NB: Dati ņemti no nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti. Katra pētījuma skaitļus un metodoloģiju var apskatīt tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.
 Attiecībā uz jauniešu pieaugušajiem EMCDDA izmanto vecuma spektru no 15 līdz 34 gadiem (Dānija un Apvienotā Karaliste – no 16, Vācija, Igaunija (1998) un Ungārija – no 18). Francijā izmantotais vecuma spektrs bija 18–39 gadi 1995. gadā.
 Avots: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskie raksti, skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

pieaugumu (9. attēls) gados jaunu pieaugušo vidū lielākajā daļā valstu, par kurām ir pieejama informācija no secīgām aptaujām. Attiecībā uz ekstāzi izņēmums ir Vācija un Grieķija, kur šie līmeņi nav pieauguši, kā arī Apvienotā Karaliste, kur šo narkotiku lietošanas līmenis nesenā pagātnē ir nostabilizējies (2002./2003. g.), kaut gan samērā augstā līmenī (9. attēls).

Kā norādīts iepriekš, ekstāzi lietošanas līmenis daudzās valstīs šobrīd pārsniedz amfetamīnu lietošanas līmeni, taču tas nekādā gadījumā nenorāda uz amfetamīnu lietošanas samazināšanos. Lielākajā daļā valstu, kuras var sniegt informāciju no secīgām aptaujām, amfetamīnu lietošana (nesenā lietošana gados jaunu pieaugušo vidū) faktiski ir palielinājusies. Būtisks izņēmums ir Apvienotā Karaliste, kur laika posmā pēc 1998. gada ir novērota būtiska amfetamīnu lietošanas samazināšanās. Tas varētu būt izskaidrojams, kāpēc Apvienotajā Karalistē ilgtermiņa lietošanas pieredze ir augsta salīdzinājumā ar zemākiem

9. attēls: Ekstāzi nesenās lietošanas (pēdējā gada laikā) tendences jauniešu vidū (15 līdz 34 gadi) saskaņā ar iedzīvotāju apsekojumiem (1)



(1) Kopu lielumi (respondenti) vecuma grupai no 15 līdz 34 gadiem katrai valstij un katram gadam ir norādīti tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.
 NB: Dati ņemti no nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti. Katra pētījuma skaitļus un metodoloģiju var apskatīt tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.
 Attiecībā uz jauniešu pieaugušajiem EMCDDA izmanto vecuma spektru no 15 līdz 34 gadiem (Dānija un Apvienotā Karaliste – no 16 gadiem, Vācija, Igaunija (1998) un Ungārija – no 18 gadiem).
 Avots: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskajiem rakstiem, skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

nesenās lietošanas līmeņiem. Varētu arī būt, ka amfetamīnu lietošanas līmeņa samazināšanos zināmā mērā ir kompensējis kokaīna un ekstāzi lietošanas pieaugums (skatīt 8. un 9. attēlu).

Dati par ārstēšanās pieprasījumu

ATS lietošana ļoti reti ir primārais iemesls, lai saņemtu ārstēšanās no narkotikām kursu. Taču pastāv arī izņēmumi: Čehijas Republikā, Somijā un Zviedrijā ATS, konkrēti amfetamīni, nevis ekstāzi, sastāda no 18 % līdz pat vairāk nekā 50 % no primārajiem iemesliem ārstēšanās pieprasījumam. Čehijas Republikā vairāk nekā 50 % no ārstēšanās pieprasījuma iemesliem ir saistīti ar primāro metamfetamīnu lietošanas problēmu. Šī pati tendence atspoguļojas arī jaunajā ārstēšanās pieprasījumā, šajā gadījumā tas attiecas arī uz Slovākiju (60). Bez tam, 11 % no visiem jaunajiem pacientiem Eiropā, kam nepieciešama

(60) Skatīt tabulas TDI-4 (daļa ii) un TDI-5 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

ārstēšanās no narkotiku atkarības un par kuriem ir pieejami dati, atzīmē ATS kā sekundāro narkotiku ⁽⁶¹⁾.

Salīdzinot datus par 2002. un 2003. gadu, redzams, ka ATS lietotāju skaita pieaugums turpinās (+ 3,5 %); laika posmā no 1996. līdz 2003. gadam pacientu skaits, kas vērsušies pēc palīdzības sakarā ar ATS lietošanu, 12 ES valstīs ir pieaudzis no 2 204 līdz 5 070.

No jaunajiem pacientiem, kas vērsušies pēc palīdzības ambulatorajos centros sakarā ar ATS lietošanu, 78,5 % lieto amfetamīnus un 21,4 % – MDMA (ekstazī) ⁽⁶²⁾. Lielākais ekstazī lietotāju īpatsvars ir Ungārijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē.

Gandrīz viena trešā daļa no ATS lietotājiem, kas vērsušies pēc palīdzības, ir vecumā no 15 līdz 19 gadiem, un viena trešā daļa ir vecumā no 20 līdz 24 gadiem ⁽⁶³⁾. Lielākā daļa no ATS lietotājiem ir pirmo reizi lietojuši šo narkotiku vecumā no 15 līdz 19 gadiem ⁽⁶⁴⁾.

Starp ATS lietotājiem, kas saņem ārstēšanu, ir vienāds skaits gadījuma rakstura un ikdienas lietotāju. Valstīs, kur amfetamīna lietotāju īpatsvars ir lielāks, lielākā daļa pacientu lieto šo narkotiku 2–6 reizes nedēļā ⁽⁶⁵⁾.

Galvenais amfetamīnu un ekstazī lietošanas veids ir perorālais (58,2 %); taču aptuveni 15 % lietotāju lieto šo narkotiku injekciju veidā; dažās valstīs vairāk nekā 60 % no ATS lietotājiem amfetamīnus injicē (Čehijas Republika un Somija) ⁽⁶⁶⁾.

Ar ekstazī lietošanu saistītie nāves gadījumi

Salīdzinājumā ar nāves gadījumiem, kas saistīti ar opiātu lietošanu, nāves gadījumi, kas saistīti ar ekstazī lietošanu, ir relatīvi maz izplatīti, taču dažās valstīs, un to skaits nav neievērojams, būtu nepieciešams uzlabot šādu nāves gadījumu uzraudzību. Apraksts "ar ekstazī lietošanu saistīta nāve" varētu nozīmēt, ka ekstazī ir minēts miršanas apliecībā vai arī šī viela ir tikusi atrasta toksikoloģijas analizēs (bieži vien kopā ar citām narkotikām) ⁽⁶⁷⁾.

Lai arī atskaišu sistēma nav saskaņota, dati no 2004. gada *Reitox* nacionālajiem ziņojumiem norāda, ka ar ekstazī saistīto nāves gadījumu skaits ir neliels lielākajā daļā ES valstu, jo īpaši attiecībā uz nāves gadījumiem, kas saistīti

tikai ar ekstazī lietošanu. 2003. gadā vairākas valstis ziņoja par nāves gadījumiem, kas saistīti ar ekstazī lietošanu: Austrija (viens nāves gadījums, kas saistīts tikai ar ekstazī lietošanu), Čehijas Republika (viens nāves gadījums, kas, iespējams, saistīts ar MDMA pārdozēšanu), Francija (astoņi nāves gadījumi, kas saistīti ar ekstazī), Vācija (divi nāves gadījumi, kas saistīti tikai ar ekstazī lietošanu, un astoņi gadījumi, kas saistīti ar ekstazī kombinācijā ar citām narkotikām – atbilstošie rādītāji 2002. gadā ir 8 un 11 nāves gadījumi), Portugāle (atklāti 2 % no nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu) un Apvienotā Karaliste (ekstazī "norādīts" 49 miršanas apliecībās 2000. gadā, 76 2001. gadā un 75 2002. gadā). Nīderlandē ir ziņojusi par septiņiem nāves gadījumiem, kurus izraisījis akūta psihostimulējošu vielu intoksikācija, taču šajā ziņojumā nebija norādīta konkrēta viela.

Dažas valstis sniedz datus par neatliekamās palīdzības sniegšanas gadījumiem slimnīcās, kas bijuši saistīti ar ekstazī lietošanu. Amsterdamā neatliekamās palīdzības sniegšanas gadījumu skaits, kas nav beigušies letāli (Nīderlandes nacionālais ziņojums), kas saistīti ar ekstazī lietošanu, ir saglabājis stabils laika posmā no 1995. līdz 2003. gadam (tāpat to gadījumu skaits, kas saistīti ar amfetamīniem), taču neatliekamās palīdzības sniegšanas gadījumu skaits, kas saistīti ar halucionogēnajām sēnēm un gamma-hidroksibutirātu (GHB), ir pieaudzis. Dānijā (nacionālais ziņojums) kontaktēšanās ar slimnīcu gadījumu, kas saistīti ar stimulantu intoksikāciju, skaits ir pieaudzis no 112 gadījumiem 1999. gadā līdz 292 gadījumiem 2003. gadā; no šā kontaktēšanās ar slimnīcu gadījumu skaita laika posmā no 1999. gada līdz 2000. gadam ievērojami pieaug ar ekstazī lietošanu saistīto gadījumu skaits, taču vēlākā posmā šī tendence skaidri neiezīmējas, lai gan ar amfetamīnu lietošanu saistīto gadījumu skaits šajā laika periodā ir pieaudzis pastāvīgi.

Profilakse

Mobilie profilakses projekti tiek adaptēti "izklaides" kultūras izplatībai, lai būtu iespējams uzrunāt gados jauno lietotāju grupu, kas lieto narkotikas kā izklaidi, piemēram, izmantojot kontaktēšanās punktus katrai no "notikuma vietām". No valstīm, kurās pastāvēja narkotiku pārbaude,

⁽⁶¹⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶²⁾ Skatīt tabulu TDI-23 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶³⁾ Skatīt tabulas TDI-11 (daļa i) un TDI-11 (daļa v) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-10 (daļa i) un TDI-10 (daļa v) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-18 (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁷⁾ Skatīt EMCDDA 2004. gada pārskatu (<http://ar2004.emcdda.eu.int/lv/page038-lv.html>), lai apskatītu detalizētāku diskusiju par nāves gadījumiem, kas saistīti ar ekstazī.

ši prakse vairs netiek turpināta Vācijā un Portugālē. Nīderlandē narkotiku pārbaudi veic tikai laboratorijās, un Francijā ir ierosināts atcelt narkotiku testus uz vietas. Viens no iemesliem šo izmaiņu ieviešanai ir samazinātā viltoto tablešu izplatība Rietumeiropā un pastāvošās šaubas par šīs metodes likumību. Čehijas Republikā narkotiku pārbaudes projekti tika turpināti, un par tiem notika debates medijos.

Profilakse izklaides vidē

Par selektīvajiem profilakses projektiem izklaides vidē arvien vairāk ziņo jaunās dalībvalstīs, jo īpaši Čehijas Republika, Kipra (mobilā informācijas vienība aktīvās naktsdzīves vietās), Ungārija (trīs organizācijas), Polija un Slovēnija.

Parasti aktivitāšu saturs ir nemainīgs un līdzīgs lielākajā daļā dalībvalstu, tās ir pret narkotikām vērstās diskotēkas, mākslas uzvedumi, teātri, mediju atbalsts (filmas, multiplikācijas filmas, u.c.), semināri, mobilās izstādes un ceļojumi (Luksemburgas nacionālais ziņojums).

Arī strukturālās pieejas saglabā savu nozīmīgumu. Itālijā, Nīderlandē un Skandināvijā tīklu kontaktu veidošanu uzskata par priekšnoteikumu narkotiku lietošanas profilaksei, par mērķi izvirzot naktsdzīves kultūras ietekmēšanu. Šajā sakarā profilakses speciālisti sadarbojas ar to vietu īpašniekiem, kurās parasti tiek lietotas narkotikas (ieskaitot kafējnīcas Nīderlandē), kā arī citām personām, kas ir iesaistītas naktsdzīves notikumos, kā, piemēram, šveicariem un bāru personālu. Zviedrijā šādas aktivitātes tiek organizētas arī citās lielās pilsētās, izņemot Stokholmu. Pētījumā par līdzīgām shēmām Nīderlandē tika izdarīts secinājums, ka "pasākumu apmeklētāji un organizētāji izturas pret nelikumīgajām narkotikām ar daudz lielāku atbildības sajūtu, nekā to varēja paredzēt" (Pijlman et al., 2003). Integrētajām pieejām, kā, piemēram, šīm, ir arī tāda priekšrocība, ka tās novirza publikas uzmanību no incidentiem un medicīniskajiem neatliekamās palīdzības gadījumiem, kas saistīti ar nelegālajām narkotikām, lielajos pasākumos, taču koncentrē uzmanību uz vispārējiem riskiem, kas saistīti ar klubu atmosfēru. Norādījumi par drošākas naktsdzīves organizēšanu iekļaujas šajā kategorijā, taču vēl nav izplatīti Eiropā (Calafat et al., 2003).

Relatīvi jauna pieeja, kas tiek praktizēta Austrijā un Vācijā, ir individuālās tiešsaistes konsultācijas, izmantojot interneta

mājas lapas (www.drugcom.de). Līdzīgi Austrijā jaunajā Vīnes Narkotiku palīdzības centrā ir pieejamas konsultācijas, izmantojot e-pastu, un ir izstrādāti attiecīgi kvalitātes standarti (FSW, 2004). Taču lielākā daļa narkotiku profilakses mājas lapu vienkārši sniedz ekspertu konsultācijas, un tajās nav iekļauti diskusiju forumi, tāpēc nepastāv pierādījumi par šādu pacientu pašu vadītu savstarpējo komunikāciju efektivitāti (Eysenbach et al., 2004).

Atsavināšana un tirgus informācija ⁽⁶⁸⁾

Saskaņā ar Apvienoto Nāciju biroja ziņojumiem narkotiku un noziedzības lietās (UNODC, 2003a) ir grūti noteikt ATS – "sintētisko narkotiku, kas ietver ķīmiski radniecīgo amfetamīnu, metamfetamīnu un ekstāzi" – apjomus, jo "to aizsākums ir pieejamās ķīmiskās vielas, kas tiek vienkārši slēptas laboratorijās". Taču aprēķini rāda, ka gada kopējais ražošanas apjoms varētu būt aptuveni 520 tonnu (UNODC, 2003b). Atsavinātā ATS apmērs visā pasaulē sasniedza augstāko līmeni 2000. gadā, kad tas bija 46 tonnas, un pēc sekojošās apjomu samazināšanās tas atkal pieauga līdz 34 tonnām 2003. gadā (CND, 2004, 2005).

Amfetamīns

Balstoties uz virkni demontēto laboratoriju, pasaules amfetamīna ražošana vēl joprojām ir koncentrēta Eiropā. 2003. gadā amfetamīna laboratorijas tika atklātas astoņās ES valstīs (Beļģija, Vācija, Igaunija, Lietuva, Luksemburga, Nīderlande, Polija, Apvienotā Karaliste). Lielākās daļas ES atsavinātā amfetamīna 2003. gadā izcelsme bija Nīderlandē, kam sekoja Polija un Beļģija. Papildus tam tiek ziņots par amfetamīna ražošanu Igaunijā un Lietuvā, lai pēc tam nosūtītu uz Ziemeļvalstīm. Amfetamīna kontrabanda saglabā savu raksturīgo starpreģionālo raksturu (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; CND, 2005).

Tāpat arī lielākā daļa amfetamīna atsavināšanas gadījumu ir Eiropā. Rietumu un Centrālajā Eiropā tika konfiscēti 82 % no kopējā visā pasaulē atsavinātā amfetamīna daudzuma 2003. gadā, Dienvidaustrumu Eiropā tika konfiscēti 13 % un valstīs Tuvajos Austrumos – 3 % (CND, 2005). Pēdējo piecu gadu laikā galvenā amfetamīna atsavināšanas valsts ES ir bijusi Apvienotā Karaliste ⁽⁶⁹⁾. ES kopumā amfetamīnu atsavināšanu skaits ⁽⁷⁰⁾, kam iepriekš bija tendence pieaugt, sasniedza savu maksimālo līmeni 1998. gadā, taču atsavinātā amfetamīna daudzums ⁽⁷¹⁾ sasniedza

⁽⁶⁸⁾ Skatīt "Atsavināšanas un tirgus datu interpretācija", 42. lpp.

⁽⁶⁹⁾ Šī situācija ir jāpārbauda, salīdzinot ar 2003. gada Apvienotās Karalistes datiem, kad tie būs pieejami. Dati par amfetamīnu konfiskācijas gadījumu skaitu 2003. gadā nav pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi un Rumāniju; dati par amfetamīnu atsavināšanas gadījumu skaitu un atsavināto amfetamīnu daudzumu 2003. gadā nav pieejami par Īriju un Apvienoto Karalisti.

⁽⁷⁰⁾ Skatīt tabulu SZR-7 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷¹⁾ Skatīt tabulu SZR-8 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

maksimālo līmeni 1997. gadā. Amfetamīna atsavināšanas gadījumu skaists atkal pieauga 2001. un 2002. gadā, taču, balstoties uz tendencēm valstīs, par kurām ir pieejami dati, tas varētu būt stabilizējies vai samazinājies 2003. gadā. Arī konfiscētie apjomi ir svārstījušies, taču izskatās, ka kopš 2002. gada tie pieaug ⁽⁷²⁾.

2003. gadā vidējā amfetamīna cena lietotāju līmenī svārstījās no mazāk par 10 eiro par gramu Beļģijā, Igaunijā, Grieķijā, Latvijā, Ungārijā, Nīderlandē un Slovākijā līdz 37,5 eiro par gramu Norvēģijā ⁽⁷³⁾. Vidējā amfetamīna tīrība mazumtirdzniecībā 2003. gadā bija robežās no 7,5 % (Vācijā) līdz 50 % (Norvēģijā) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamīns

Vispasaules līmenī nozīmīgākais ATS attiecībā uz izgatavoto un kontrabandas ceļā pārvadāto daudzumu ir metamfetamīns. 2003. gadā vēl joprojām lielākais daudzums, kas tika izgatavots un konfiscēts, ir bijis Austrumu un Dienvidaustrumu Āzijā (Ķīna, Mjanma, Filipīnas, Taizeme), kam seko Ziemeļamerika (Savienotās Valstis) (CND, 2005). Metamfetamīna ražošanas apjoms Eiropā ir daudz mazāks. 2003. gadā slepenas metamfetamīna laboratorijas tika atklātas un par tādām ziņoja Čehijas Republika, Vācija, Lietuva un Slovākija (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; CND, 2005). Čehijas Republika ziņo par metamfetamīna ražošanu jau kopš 80. gadu sākuma (UNODC, 2003a); lielākā daļa no tā ir paredzēta vietējam patēriņam, lai arī daļa no tā tiek nelegāli ieviesta Vācijā un Austrijā (Čehijas nacionālais ziņojums, 2004. g.). 2003. gadā Čehijas varas iestādes ziņoja par "pervitīna" (vietējais metamfetamīns) ražošanas pieaugumu no oficiālajiem farmaceitiskajiem produktiem tādēļ, ka vietējā melnā tirgū trūka efedrīna (metamfetamīna prekursors). Lai arī datus par metamfetamīna atsavināšanas gadījumiem EMCDDA sistemātiski neapkopo, Čehijas Republika, Vācija, Lietuva un Norvēģija ziņojumos norāda, ka šādi atsavināšanas gadījumi 2003. gadā ir bijuši. Papildus tam Dānija savā ziņojumā norādīja, ka metamfetamīna popularitāte nelegālo narkotiku tirgū pieaug, un arī Latvija ziņoja par pieaugošu atsavinātā efedrīna (0,8 tonnas) daudzumu 2003. gadā (salīdzinājumā ar 2002. gadu) (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004).

2003. gadā "pervitīna" cena mazumtirdzniecībā Čehijas Republikā ir robežās no 16 eiro līdz 63 eiro par gramu ⁽⁷⁵⁾, bet vielas tīrība svārstās no 50 līdz 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ekstazī

Pasaules mērogā Eiropa vēl arvien ir galvenais ekstazī ražošanas centrs, lai arī tās relatīvā nozīmē samazinās, jo ekstazī ražošana pēdējo gadu laikā ir izplatījies arī uz citām pasaules daļām, konkrēti uz Ziemeļameriku un Austrumu un Dienvidaustrumu Āziju (CND, 2005; INCB, 2005). 2003. gadā visā pasaulē atklāto ekstazī laboratoriju skaits samazinājās (CND, 2005); ES šādas laboratorijas saskaņā ar ziņojumiem tika atklātas Beļģijā, Igaunijā, Lietuvā un Nīderlandē (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; CND, 2005). Saskaņā ziņojumiem ES konfiscētā ekstazī izcelsme ir galvenokārt Nīderlandē, kam seko Beļģija, kaut gan kā izcelsmes valstis ir minētas arī Igaunija un Apvienotā Karaliste (Reitox nacionālie ziņojumi, 2003).

Ekstazī kontrabanda vēl joprojām ir izteikti koncentrēta Rietumeiropā, lai gan līdzīgi kā ražošana, arī kontrabanda pēdējo gadu laikā ir izplatījies visā pasaulē (UNODC, 2003a). Attiecībā uz konfiscēto daudzumu 2003. gadā Rietumu un Centrālajā Eiropā koncentrējās 58 %, tam seko Okeānija ar 23 % (CND, 2005). 2002. gadā Nīderlande pirmo reizi apstieidz Apvienoto Karalisti kā ES valsts, kurā konfiscēts visvairāk ekstazī ⁽⁷⁷⁾.

Ekstazī atsavināšanas gadījumu skaits ⁽⁷⁸⁾ ES līmenī strauji pieauga laika posmā no 1998. līdz 2001. gadam. Taču kopš 2002. gada atsavināšanas gadījumu skaits ir samazinājies, un, balstoties uz tendencēm valstīs, par kurām ir pieejami dati, izskatās, ka šī samazināšanās ir turpinājusies arī 2003. gada laikā. Aizturētais ekstazī daudzums ⁽⁷⁹⁾ strauji pieauga no 1998. līdz 2000. gadam, un vēlāk pieaugums ir bijis mazāks. 2003. gadā tomēr atsavinātais daudzums ir samazinājies lielākajā daļā valstu, kas ir sniegušas datus. Taču acīmredzamais ekstazī atsavināšanu skaita un daudzuma samazinājums 2003. gadā vēl ir jāapstiprina salīdzinājumā ar iztrūkstošajiem datiem par 2003. gadu – jo īpaši no Apvienotās Karalistes – pēc tam, kad tie būs pieejami.

⁽⁷²⁾ Tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar trūkstošajiem 2003. gada datiem – konkrēti par Apvienoto Karalisti –, kad tie būs pieejami.

⁽⁷³⁾ Skatīt tabulu PPP-4 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁴⁾ Skatīt tabulu PPP-8 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁵⁾ Skatīt tabulu PPP-4 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁶⁾ Skatīt tabulu PPP-8 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁷⁾ Tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar trūkstošajiem 2003. gada datiem, kad tie būs pieejami. Dati par ekstazī atsavināšanas gadījumu 2003. gadā skaitu nav pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi un Rumāniju; dati par ekstazī atsavināšanas gadījumu skaitu un atsavināto ekstazī daudzumu 2003. gadā nav pieejami par Īriju un Apvienoto Karalisti.

⁽⁷⁸⁾ Skatīt tabulu SZR-9 (daļa iv) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁹⁾ Skatīt tabulu SZR-10 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

2003. gadā ekstazī tabletes vidējā cena uz ielas svārstījās no mazāk par 5 eiro (Ungārija, Nīderlande) līdz 20–30 eiro (Grieķija, Itālija) ⁽⁸⁰⁾.

2003. gadā lielākajā daļā tablešu, kuras pārdod kā nelegālās narkotikas, analīžu rezultātā tika atrasts ekstazī (MDMA, aktīvā viela) un ekstazī līdzīgās vielas (MDEA, MDA) kā psihoaktīvās sastāvdaļas. Tas attiecas uz Dāniju, Spāniju, Ungāriju, Nīderlandi, Slovākiju un Norvēģiju, kur vairāk nekā 95 % analizēto tablešu tika atrastas šīs vielas. Taču divas valstis, t.i., Igaunija un Lietuva, ziņojumos norāda, ka lielā daļā (attiecīgi 94 % un 76 %) analizēto tablešu kā vienīgās psihoaktīvās vielas tika atrasts amfetamīns un metamfetamīns. MDMA saturs ekstazī tabletēs atšķiras dažādās partijās (pat tabletēs ar vienādu zīmolu) gan dažādās valstīs, gan vienas valsts ietvaros. 2003. gadā vidējais MDMA saturs ekstazī tabletēs bija robežās no 54 līdz 78 mg ⁽⁸¹⁾. Citas psihoaktīvās vielas, kas tika atrastas tabletēs, kuras pārdeva kā ekstazī, 2003. gadā ietvēra MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA un 1-PEA (*Reitox* nacionālie ziņojumi, 2004).

LSD

LSD tiek ražots un kontrabandas ceļā pārvadāts daudz mazākos apmēros nekā ATS. Līdz 2000. gadam lielākā daļa LSD atsavināšanas gadījumu ES notika Apvienotajā Karalistē, taču kopš tā laika Vācija ⁽⁸²⁾ ir norādījusi augstāko atsavināšanas gadījumu skaitu ⁽⁸³⁾. Laika posmā no 1998. līdz 2002. gadam ES līmenī gan LSD atsavināšanas gadījumu skaits ⁽⁸⁴⁾, gan konfiscētais daudzums ⁽⁸⁵⁾ stabili samazinājās – izņemot 2000. gadu. Taču 2003. gadā, pirmo reizi deviņu gadu laikā, gan LSD atsavināšanas gadījumu skaits, gan konfiscētais daudzums pieauga. Ārkārtīgi lieli daudzumi tika konfiscēti Spānijā, Francijā un Polijā. Tas varētu norādīt uz LSD kontrabandas (un, iespējams, arī lietošanas) atdzimšanu ES. 2003. gadā LSD vienības vidējā cena lietotāju līmenī bija robežās no 4 eiro Apvienotajā Karalistē līdz 25 eiro Itālijā ⁽⁸⁶⁾.

Agrinās brīdināšanas sistēmas informācija

Galvenais Eiropas agrinās brīdināšanas sistēmas (EWS) mērķis ES 1997. gada Kopējā rīcības plānā jauno sintētisko narkotiku jautājumos ⁽⁸⁷⁾ ir ātra informācijas apkopošana par jaunām sintētiskajām narkotikām, to analīze un informācijas apmaiņa, tiklīdz tās parādās Eiropas narkotiku tirgū. EWS darbību pārrauga EMCDDA caur *Reitox* tīklu, un tā strādā ciešā sadarbībā ar Eiropolu, kas sniedz attiecīgo likuma prasību izpildes informāciju, izmantojot savu nacionālo vienību skaitu (ENUs).

2004. gadā EMCDDA dalībvalstis informēja par sešām jaunām sintētiskajām narkotikām, tādējādi uzraugāmo vielu daudzumu palielinot līdz vairāk par 25. Tās ietver cikla aizvietošanas fenetilamīnus (galvenokārt no 2C grupas, kā arī TMA-2, 4-MTA, PMMA u.c.), triptamīnus (piemēram, DMT, AMT, DIPT un dažādi atvasinājumi) un piperazīnus (ieskaitot BZP, mCPP). Tāpat notika informācijas apkopošana un apmaiņa par dažādām citām vielām, kas ietver atsevišķus katjonus (kā, piemēram, aizvietotie pirrolidīni). Taču Eiropas Komisijai un Eiropas Padomei netika lūgtas sankcijas riska novērtējumam par jaunām vielām, jo nebija pietiekošu pierādījumu par individuālu/sabiedrības veselības un sociālo risku pastāvēšanu.

Ketamīna un *GHB*, vielu, kuru riska novērtējums tika veikts 2000. gadā, uzraudzība tiek turpināta caur EWS. Lai arī pastāv indikācijas, ka šo divu vielu lietošana izklaides apstākļos varētu būtiski izplatīties, pieejamie pierādījumi vēl nav pietiekami, lai noteiktu to izplatību vai tendences ES līmenī.

Par ketamīna atklāšanu informācija bija ziņojumos no Beļģijas, Dānijas, Grieķijas, Francijas, Ungārijas, Nīderlandes, Zviedrijas, Apvienotās Karalistes un Norvēģijas. Lielākajā daļā gadījumu tika konfiscēts balts pulveris, taču Francija un Apvienotā Karaliste ziņoja arī par ketamīna atsavināšanas/iegūšanas gadījumiem šķidruma veidā. Par lielāko skaitu gadījumu, kad šī viela tika atklāta

⁽⁸⁰⁾ Skatīt tabulu PPP-4 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸¹⁾ Šis rādītājs ir balstīts uz datiem no tikai dažām valstīm: Dānija, Vācija, Francija, Luksemburga un Nīderlande.

⁽⁸²⁾ Ir jāievēro nelielais LSD konfiskācijas gadījumu skaits, lai izvairītos no nepareizas izmaiņu pa gadiem interpretācijas.

⁽⁸³⁾ Tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar trūkstošajiem 2003. gada datiem, kad tie būs pieejami. Dati par LSD konfiskācijas gadījumu 2003. gadā skaitu nav pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi, un Poliju; dati par LSD konfiskācijas gadījumu skaitu un konfiscēto LSD daudzumu nav pieejami par Īriju, Maltu, Slovēniju, Apvienoto Karalisti, Bulgāriju un Rumāniju.

⁽⁸⁴⁾ Skatīt tabulu SZR-11 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā

⁽⁸⁵⁾ Skatīt tabulu SZR-12 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁶⁾ Skatīt tabulu PPP-4 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁷⁾ 1997. Kopīgā rīcība par informācijas apmaiņu, riska novērtējumu un jauno sintētisko narkotiku kontroli (OV L 167, 25.06.1997.) definē jaunās sintētiskās narkotikas kā "sintētiskās narkotikas, kas nav iekļautas nevienā no pielikumiem pie 1997. gada Apvienoto Nāciju konvencijas par psihotropajām vielām un kuras rada salīdzinoši nopietnu risku sabiedrības veselībai salīdzinājumā ar vielām, kas norādītas I un II pielikumā, un kurām ir ierobežota terapeitiskā vērtība". Tas attiecas uz gala produktiem, atšķirot tos no prekursoriem.

ķermeņa šķidrums un paraugos, ziņoja Zviedrija un Norvēģija (attiecīgi 51 un 30), taču neviena no valstīm nenorādīja sadalījumu attiecībā uz nelegālo lietošanu un lietošanu medicīnas vajadzībām.

Par GHB atklāšanu, ieskaitot GBL un 1,4-BD prekursoru (ķīmiskās vielas, kas ir komerciāli plaši pieejamas) atklāšanu savos ziņojumos norādīja Beļģija, Čehijas Republika, Dānija, Igaunija, Francija, Nīderlande, Zviedrija, Somija, Apvienotā Karaliste un Norvēģija. GHB ir konfiscēts gan pulvera, gan šķidrums formā.

2004. gada pēdējo divu mēnešu laikā par vairākiem intoksikācijas gadījumiem, kad bija lietots kokaīns, kas atšķaidīts ar relatīvi lielām atropīna devām⁽⁸⁸⁾, ziņoja Beļģija, Francija, Itālija un Nīderlande. Tiklīdz kā parādījās ar kokaīna/atropīna intoksikāciju saistītais risks, EMCDDA izdeva brīdinājumu EWS partneriem, aicinot informēt savus tīklus un jo īpaši attiecīgās veselības aprūpes iestādes par kokaīna/atropīna intoksikācijas pazīmēm, lai to varētu pēc iespējas ātrāk diagnosticēt. Tā rezultātā vairākas dalībvalstis arī izvēlējās iespēju izdot agros brīdinājumus saviem tīkliem un sabiedrības veselības aprūpes iestādēm.

2005. gada maijā EWS darbība tika papildus nostiprināta ar Padomes lēmumu (2005/387/JHA), kas aizstāja 1997. gada Kopīgās rīcības plānu. Padomes lēmums attiecas uz rīcību attiecībā uz visām jaunajām psihoaktīvajām vielām (gan narkotiskajām vielām, gan arī sintētiskajām narkotikām). Papildus tam šis mehānisms atļauj iekļaut medicīnas produktus informācijas apmaiņā par jaunajām psihoaktīvajām vielām.

Starptautiskie pasākumi pret sintētisko narkotiku ražošanu un tirdzniecību

ES un starptautiskā sadarbība ir arvien vairāk atzinusi, cik svarīgi ir uzraudzīt un kontrolēt prekursoru ķīmiskās vielas, kas nepieciešamas kontrolēto vielu ražošanai. Pastiprinot piesardzības pasākumus attiecībā uz ķīmiskajām vielām, kas nepieciešamas tādu narkotiku kā heroīns, kokaīns un ekstazī izgatavošanai, var īstenot pasākumu ar mērķi pārtraukt vai kavēt piegādi. Šobrīd šajā jomā darbojas trīs galvenās starptautiskās programmas: *Operation Purple*, kas koncentrējas uz kālija permanganātu, ko izmanto kokaīna ražošanā; *Operation Topaz*, kas uzrauga etiķa anhidrīda, prekursora, kuru izmanto heroīna ražošanā, starptautisko tirdzniecību, un *Project Prism*, kas koncentrējas uz gadījumiem, kad ir atteikta izmeklēšana par amfetamīna tipa stimulantu prekursoru ieviešanu ostās un nelegālo narkotiku laboratorijās. Šo operāciju ietvaros

INCB ir informēts par 20 227 darījumiem, kas arī ir pārbaudīti, pēdējo divu gadu laikā, un pastāv pierādījumi, ka šīs darbības ir ietekmējušas narkotiku ražošanu.

Project Prism ir īpaši svarīgs attiecībā uz sintētisko narkotiku ražošanu ES. Tā ir interesanta darba joma, jo starp daudzajām ķīmiskajām vielām, kuras var izmantot ATS ražošanai, ir daudzas vielas, kas ir nepieciešamas likumīgajām komerciālajām darbībām vai arī ir to blakusprodukti. Prizmas projekta interešu sfēras ietver starptautisko tirdzniecību ar safrolu, ko izmanto ekstazī ražošanai, uzraudzību; farmaceitisko produktu, kuru sastāvā ir efedrīns, novirzīšanas novēršanu; un laboratoriju, kas iesaistīta 1-fenil-2-propanona ražošanā, atklāšanu. Neskatoties uz darba grūtībām šajā jomā, izskatās, ka *Project Prism* ir nodrošinājis labāku starptautisko sadarbību, kuras rezultāts ir sekmīgas aizlieguma darbības. Tāds piemērs, kuru atzīmējis INCB (2005) savā nesenajā ziņojumā, bija sadarbība starp Ķīnu un Poliju, kā rezultātā tika atklāta ievērojams 1-fenil-2-propanona pārvedums uz Poliju.

Pasākumi pret sintētisko narkotiku ražošanu un tirdzniecību Eiropā

Saskaņā ar darbību, kas jāveic attiecībā uz sintētisko narkotiku piegādi, realizācijas plānu Komisija sadarbībā ar Eiropu 2003. gada decembrī sagatavoja ziņojumu par lielāko daudzpusējo projektu, kas attiecas uz izplatīšanas tīklu atklāšanu, pašreizējo statusu, kā arī par šajā jomā gūto pieredzi ES līmenī, dalībvalstīs un kandidātvalstīs. Ziņojumā ir norādīti galvenie elementi šādos projektos, kas ir būtiski, lai sasniegtu darbības rezultātus. Tiek arī izdarīts secinājums, ka pastāv "potenciāli ieguvumi, apvienojot informāciju un ziņas no dažādām ar sintētiskajām narkotikām saistītajām jomām visaptverošā un integrētā stratēģijā".

2004. gada decembrī Eiropas apvienība apvienoja projektus CASE un GENESIS, lai izveidotu projektu Synergy, kas ietver analītiskā darba datnes (AWF), ko atbalsta 20 dalībvalstis un atsevišķas trešās valsts, Eiropas Nelegālo laboratoriju salīdzināšanas sistēma (EILCS) un Eiropas ekstazī zīmolu sistēma (EELS). Projekta ietvaros turpina atbalstīt visaptverošas darbības, kas vērstas pret sintētiskajām narkotikām Eiropā (CASE), Zviedrijas iniciatīvu par amfetamīna profilēšanu, kā arī Eiropas apvienoto vienību saistībā ar prekursoriem (EJUP), apvienojot ekspertus no sešām dalībvalstīm.

AWF komponents nodrošina ar sintētiskajām narkotikām un prekursoriem saistītas kriminālās informācijas efektīvu

⁽⁸⁸⁾ Atropīns, antiholīnēģiska viela, ir dabīgais alkaloīds *Atropa belladonna*. Smagai intoksikācijai var sekot nāve.

apkopošanu un analīzi. Priekšroku dod kriminālo grupējumu un/vai nozīmīgu darbības veidu izmeklēšanai.

EILCS salīdzina fotogrāfisko un tehnisko informāciju no sintētisko narkotiku ražošanas vietām un saistītajām ķīmisko atkritumu izgāztuvēm, tādējādi dodot iespēju izmeklēt saikni starp atsavinātajām iekārtām, materiāliem un ķimikālijām, uzsākot informācijas apmaiņu, izmeklēšanas izsekošanu, tiesmedicīniskas pārbaudes pierādījumu iegūšanas nolūkā, kā arī starpnieku un saistīto kriminālo grupējumu identifikāciju un atklāšanu. Eiropols ar *EILCS* starpniecību ir Eiropas kontaktpunkts projektam *Prism* – iekārtām, Apvienoto Nāciju *INCB* globālo izsekošanas programmai saistībā ar tablešu

izgatavošanas iekārtām un citām sintētisko narkotiku ražošanas iekārtām.

EELS salīdzina darbības veidu fotogrāfisko un tiesmedicīnisko informāciju par būtiskiem atsavināšanas gadījumiem, ļaujot atpazīt sakritības starp atsavināšanas gadījumiem, un, kad šīs sakritības ir atklātas, uzsākt tiesībsardzības informācijas apmaiņu, turpmāku izmeklēšanu un tiesmedicīnas profilēšanu pierādījumu nolūkos, kā arī vērsanos pret konkrētiem kriminālajiem grupējumiem.

Eiropola sintētisko narkotiku ražošanas iekārtu kataloga un Eiropola ekstazī logo kataloga informāciju regulāri atjauno un publicē.



5. nodaļa Kokaīns un kreks

Kokaīna lietošanas izplatība un modeļi

Saskaņā ar nesenažām nacionālajām iedzīvotāju aptaujām 0,5 līdz 6 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem atzīst kokaīna lietošanu vismaz vienu reizi (t.i., ilgtermiņa pieredze), augstākos rādītājus šajā ziņā uzrāda Itālija (4,6 %), Spānija (4,9 %) un Apvienotā Karaliste (6,8 %). Nesenu kokaīna lietošanu (pēdējo 12 mēnešu laikā) kopumā atzīst mazāk par 1 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem; lielākajā daļā valstu šis rādītājs ir robežās no 0,3 līdz 1 %. Spānijā un Apvienotajā Karalistē nesenas izplatības rādītāji ir augstāki par 2 %.

Lai arī kokaīna izplatības rādītāji ir daudz zemāki par salīdzināmajiem rādītājiem attiecībā uz kaņepēm, lietošanas līmenis gados jaunāku pieaugušo vidū varētu būt augstāks par vidējo līmeni visu iedzīvotāju vidū. Ilgtermiņa pieredze vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem ir robežās no 1 līdz 11,6 %, arī šajā gadījumā augstākais līmenis ir Spānijā (7,7 %) un Apvienotajā Karalistē (11,6 %). Nesenas lietošanas pieredze ir robežās no 0,2 līdz 4,6 %, ar augstākajiem rādītājiem aptuveni 2 % līmenī Dānijā, Īrijā, Itālijā un Nīderlandē; Spānijā un Apvienotajā Karalistē šis rādītājs ir augstāks par 4 %.

Kokaīna lietošanas izplatības līmenis ir augstāks vīriešu vidū. Piemēram, pētījumos Dānijā, Vācijā, Spānijā, Itālijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē ir noskaidrots, ka ilgtermiņa lietošanas pieredze vīriešiem vecumā no 15 līdz 34 gadiem ir robežās no 5 līdz 13 %. Sešās valstīs nesenas lietošanas pieredze bija lielāka par 3 %, ar augstākajiem rādītājiem 6–7 % Spānijā un Apvienotajā Karalistē (10. attēls).

Iedzīvotāju vidū kopumā kokaīna lietošana vai nu tiek izbeigta pēc eksperimentēšanas perioda agrā jaunībā, vai arī tā ir gadījuma rakstura, kas notiek galvenokārt nedēļas nogalēs izklaides vidē (bāros, diskotēkās). Taču dažās valstīs atsevišķas regulāras lietošanas formas tomēr ir vērojamas.

ņemamas. Par pašreizējo lietošanu (pēdējo 30 dienu laikā) ziņo 1,5–4 % gados jauno vīriešu (15 līdz 34 gadus veci) Spānijā, Itālijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē. Pilsētu rajonos kokaīna lietošanas rādītāji ir ievērojami augstāki.

Nesenā pētījumā, kuras dalībnieku lielākais skaits (95 %), kas bija noteikts kā sociāli integrētie lietotāji (atrsti diskotēkās, klubos vai izmantojot privātos kontaktus), šņauca kokaīnu; tikai neliela daļa no viņiem bija šo vielu jebkad smēķējuši vai injicējuši (*Prinzleve et al.*, 2004).

Ļoti aptuveni aprēķini par kokaīna neseno lietošanu (izplatība pēdējā gada laikā), pieņemot, ka vidējā izplatība ir aptuveni 1 % no visiem pieaugušajiem iedzīvotājiem, norāda, ka Eiropā lietotāju skaits varētu būt 3 līdz 3,5 miljoni cilvēku. Pašreizējās lietošanas līmeņa aprēķinu rezultātā var secināt, ka lietotāju skaits sasniedz 1,5 miljonus⁽⁸⁹⁾.

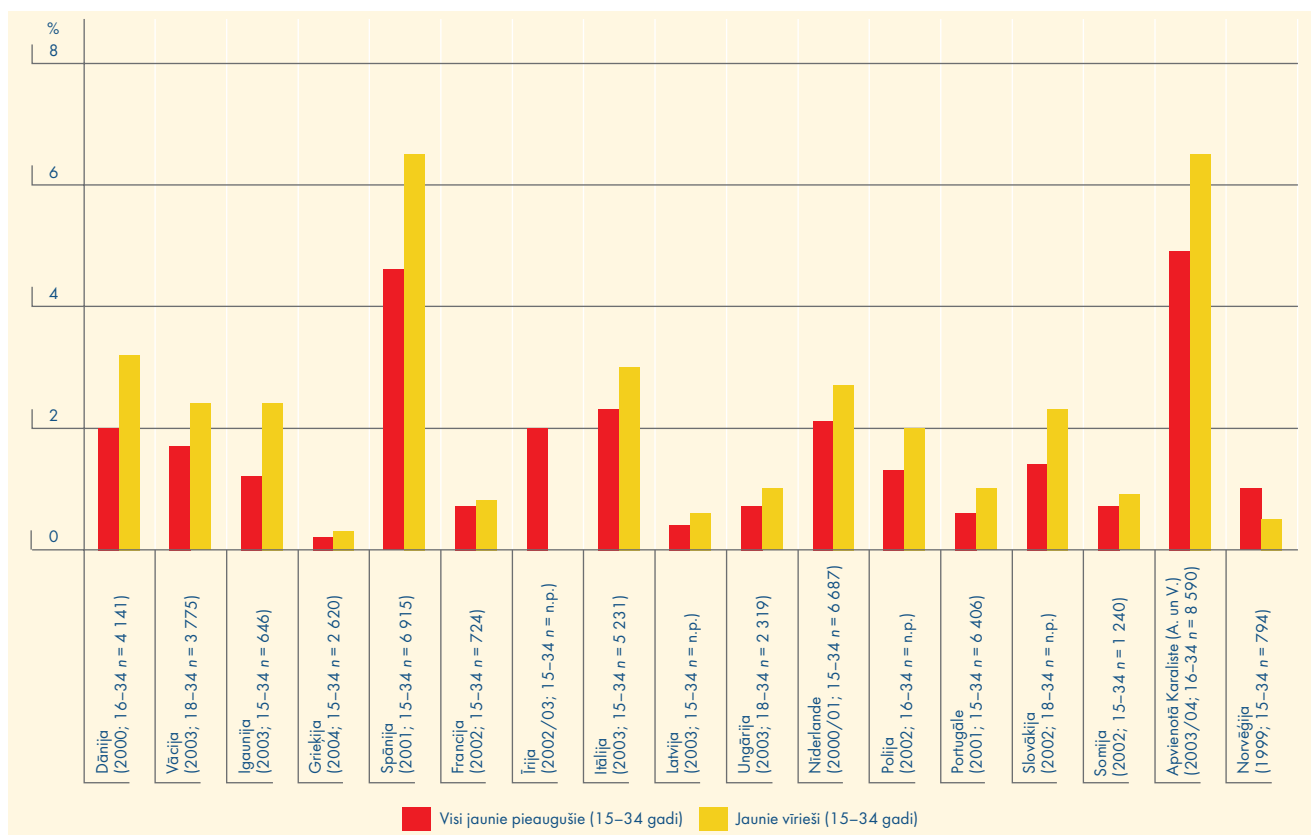
Kā salīdzinājumu no valstīm ārpus Eiropas var minēt nacionālo pētījumu Savienotajās Valstīs 2003. gadā par veselību un narkotiku lietošanu (SAMHSA, 2003), kurā 14,7 % pieaugušo (12 gadus veci un vecāki) atzina, ka viņiem ir ilgtermiņa pieredze kokaīna lietošanā, un 2,5 % atzina, ka viņi ir lietojuši kokaīnu iepriekšējo 12 mēnešu laikā⁽⁹⁰⁾. Vecuma grupā no 18 līdz 25 gadiem šie rādītāji bija 15 % (ilgtermiņa pieredze) un 2,2 % (pēdējā mēneša laikā). Vīriešu vecuma grupā no 18 līdz 25 gadiem šie rādītāji bija attiecīgi 17,4 %, 8,2 % un 2,9 %. Vispārēji kokaīna lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū ASV ir augstāka nekā augstākās izplatības valstīs Eiropā. Taču šī atšķirība nav tik ievērojama kā attiecībā uz nesenas lietošanas rādītājiem, kur dažas Eiropas valstis tagad ziņo par aprēķiniem, kas pārsniedz Amerikas norādītos.

Kokaīna lietošanas tendences

Skaidras tendences kokaīna lietošanā Eiropā, balstoties uz iedzīvotāju aptaujām, vēl joprojām ir grūti noteikt (skatīt sadaļu par kaņepju tendencēm). Taču brīdinājumi par

⁽⁸⁹⁾ Šie ļoti aptuvenie aprēķini ir balstīti tikai uz izplatības vērtību pa vidu nacionālās izplatības skalai (skatīt tabulu GPS-1 2005. gada statistikas biļetenā). Jāievēro, ka vairākās valstīs ar lielu iedzīvotāju skaitu (Vācija, Spānija, Itālija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste) ir salīdzinoši augsti izplatības rādītāji, vairākos gadījumos tie ir augstāki par aprēķinos izmantoto spektru.

⁽⁹⁰⁾ Jāievēro, ka vecuma spektrs ASV pētījumā (12 gadi un vecāki) ir plašāks nekā vecuma spektrs, par kādu ziņo EMCDDA attiecībā uz ES pētījumiem (15–64 gadi). No otras puses, vecuma spektrs no 18 līdz 25 gadiem ir šaurāks nekā ES pētījumos izmantotais vecuma spektrs (15 līdz 24 gadi).

10. attēls: Kokaīna nesenā lietošana (pēdējā gada laikā) visu jauno pieaugušo un jauno vīriešu vidū saskaņā ar valsts apsekojumiem

NB: Dati ņemti no jaunākajiem nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti (skatīt tabulu GPS-4 2005. gada statistikas bijetenā). Dažas valstis izmanto vecumu, kas nedaudz atšķiras no EMCDDA izmantotā jauniešu standarta vecuma. Vecuma atšķirības var zināmā mērā ietekmēt atšķirības starp valstīm.

Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskie raksti. Skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas bijetenā.

kokaīna lietošanas pieaugumu Eiropā ir saņēmi no vairākiem avotiem, ieskaitot vietējos ziņojumus, īpašos pētījumus, kas veikti deju vietās, ziņojumi par pieaugumu atsavināšanas rādītājos un atsevišķiem pieaugumiem rādītājos, kas saistīti ar problēmām (nāves gadījumi, pirmā palīdzība).

Nesenā kokaīna lietošana jauniešu vidū būtiski palielinājās Apvienotajā Karalistē laikā no 1996. līdz 2000. gadam, taču kopš tā laika ir saglabājusies relatīvi stabilā līmenī, kaut gan pēdējo gadu laikā ir vērojams neliels pieaugums, kā arī Spānijā ⁽⁹¹⁾ laikā no 1999. līdz 2001. gadam. Mazāk izteikts pieaugums tika novērots Dānijā, Itālijā, Ungārijā, Nīderlandē un Austrijā (atbilstoši vietējiem pētījumiem) un ar svārstībām deviņdesmito gadu laikā arī Vācijā (11. attēls).

Kokaīna izraisītie nāves gadījumi

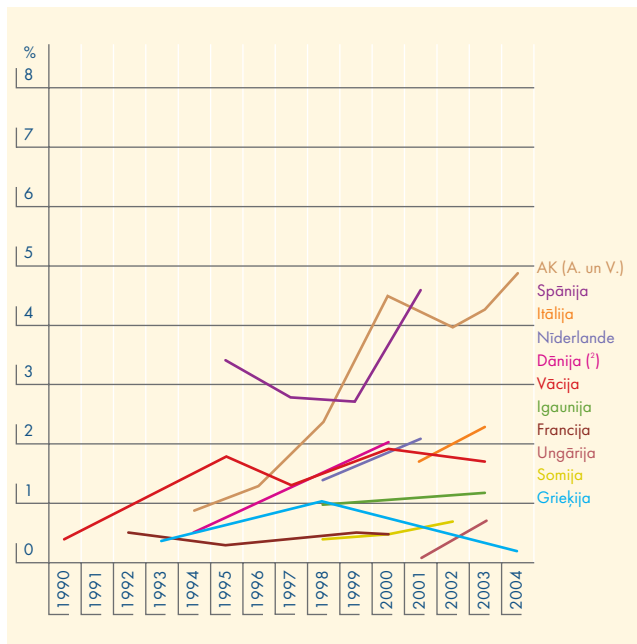
Ir pieaudzis satraukums par veselības riskiem, kas saistīti ar kokaīna lietošanu, jo īpaši pieaugošās tendences lietot narkotikas izklaides vidē dēļ saskaņā ar novēroto

atsevišķās valstīs, jo īpaši vietās (diskotēkas, klubi), kuras apmeklē jaunieši. Neskatoties uz grūtībām noteikt kokaīna izraisītu nāves gadījumu skaitu, šis pasākums var darboties kā vērtīgs indikators par pieaugošu risku, kā arī palīdzēt noteikt lietošanas riska modeļus. Lai arī pēkšņas nāves gadījumi, kad ir noteikta kokaīna klātbūtne bez opiātiem, Eiropā nav bieži, ir iespējams, ka pašreizējie statistikas dati nav piemēroti, lai reģistrētu ar kokaīna lietošanu saistītos nāves gadījumus. Informācija, kas ir pieejama par kokaīna izraisītiem nāves gadījumiem, Eiropas līmenī ir nepietiekama, un par to tiek ziņots dažādos veidos. Kokaīna lietošana ir bieži izplatīta opiātu lietotāju vidū, un opiātu pārdozēšanas gadījumā toksikoloģijas analizēs bieži tiek atrasts arī kokaīns papildus tādām vielām kā alkohols un benzodiazepīni.

Vairākas valstis savos ziņojumos ir iekļāvušas informāciju par nāves gadījumiem, kas saistīti ar kokaīnu, 2003. gadā (Reitox nacionālie ziņojumi): Vācija (25 gadījumi, kas saistīti tikai ar kokaīnu, un 93 gadījumi, kas saistīti ar kokaīnu kombinācijā ar citām narkotikām; 2002. gadā

⁽⁹¹⁾ Informācija, kas saņemta pārāk vēlu, lai iekļautu ziņojumā, norāda uz stabilizāciju 2003. gada pētījumos (izplatība pēdējā gada laikā jauno pieaugušo vidū 4,8 % salīdzinājumā ar 4,6 % 2001. gadā).

11. attēls: Kokaīna nesenās lietošanas (pēdējā gada laikā) tendences jauniešu vidū (15 līdz 34 gadi) saskaņā ar iedzīvotāju apsekojumiem ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Kopu lielumi (respondenti) vecuma grupai no 15 līdz 34 gadiem katrai valstij un katram gadam ir norādīti tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁾ Dānijā 1994. gada rādītājs attiecas uz "smagajām narkotikām".
NB: Dati ņemti no nacionālajiem pētījumiem, kas pieejami par katru valsti. Katra pētījuma skaitļus un metodoloģiju var apskatīt tabulā GPS-4 2005. gada statistikas biļetenā.

Attiecībā uz jauniem pieaugušajiem EMCDDA izmanto vecuma spektru no 15 līdz 34 gadiem (Dānija un Apvienotā Karaliste – no 16 gadiem, Vācija, Igaunija (1998) un Ungārija – no 18 gadiem). Francijā izmantotais vecuma spektrs bija 25–34 gadi 1992. gadā un 18–39 gadi 1995. gadā.

Avots: Reitox nacionālie ziņojumi (2004), iedzīvotāju aptaujas, ziņojumi un zinātniskie raksti, skatīt arī tabulu GPS-0 2005. gada statistikas biļetenā.

atbilstošie skaitļi bija 47 un 84), Francija (10 gadījumi, kas saistīti tikai ar kokaīnu, un viens, kas saistīts ar zālēm), Grieķija (divi gadījumi, kas saistīti tikai ar kokaīnu), Ungārija (četri nāves gadījumi, kas saistīti ar kokaīna pārdozēšanu), Nīderlande (17 gadījumi, kas saistīti ar kokaīnu 2003. gadā ar pieaugošu tendenci no 1994. gada, kad bija divi gadījumi, un 2002. gadā – 37 gadījumi), Austrija (kokaīns bija atrasts 30 % ar narkotikām saistītos nāves gadījumos, bet tikai kokaīns bija trijos gadījumos, un vienā gadījumā saistībā ar gāzi), Portugāle (kokaīns tika atrasts 37 % ar narkotikām saistīto nāves gadījumu) un Apvienotā Karaliste (gadījumu skaits, kad kokaīns ir norādīts miršanas apliecībā pieaudzis no 85 2000. gadā līdz 115 2001. gadā un 171 2002. gadā, astonkārtīgs pieaugums laika posmā no 1993. līdz 2001. gadam). Savā 2003. gada Reitox nacionālajā

ziņojumā Spānija ziņoja, ka 2001. gadā kokaīns tika atrasts 54 % no visiem ar narkotikām saistītajiem nāves gadījumiem; 39 gadījumos (8 % no visiem ar narkotikām saistītajiem nāves gadījumiem) nāves ir iestājusies bez opiātu klātbūtnes, un 21 gadījumā nāvi ir izraisījis tikai kokaīns, bet piecos – kokaīns kombinācijā ar alkoholu.

Neskatoties uz ierobežoto pieejamo informāciju, izskatās, ka kokaīnam ir bijusi noteicošā loma 1 % līdz 15 % ar narkotikām saistītajos nāves gadījumos valstīs, kas varējušas noteikt narkotiku veidus, kas ir izraisījuši nāvi; dažas valstis (Vācija, Spānija, Francija un Ungārija) ziņojumos ir norādījušas skaitļus robežās no 8 līdz 12 % no visiem ar narkotikām saistītajiem nāves gadījumiem. Lai arī ir grūti attiecināt šos rezultātus uz visu Eiropu, tie varētu norādīt uz vairākiem simptomiem ar kokaīnu saistītiem nāves gadījumiem gada laikā ES mērogā. Kaut gan šie skaitļi ir daudz mazāki par nāves gadījumiem, ko izraisījuši opiāti, ar kokaīnu saistītie nāves gadījumi ir nopietna un, iespējams, pieaugoša problēma; dažās valstīs, kur ir iespējams noteikt tendences, tās liecina par pieaugumu.

Turklāt kokaīns var būt veicinošais faktors nāves gadījumos, kas saistīti ar kardiovaskulārajām problēmām (aritmija, miokarda infarkts un cerebrālie asinsizplūdumi; skatīt *Ghuran un Nolan, 2000*), jo īpaši attiecībā uz lietotājiem, kuriem ir attiecīga nosliece, un daudzi no šādiem nāves gadījumiem var nebūt iekļauti ziņojumos.

Ārstēšanās pieprasījuma informācija ⁽⁹²⁾

Pēc opiātiem un kaņepēm kokaīns ir visbiežāk norādītā narkotika, kuru lieto tie, kas uzsāk ārstēšanos no narkotiku atkarības, un tas ir galvenais iemesls aptuveni 10 % no ārstēšanās pieprasījuma visā ES. Taču šis kopīgais skaitlis ietver plašas atšķirības valstu starpā: lielākajā daļā valstu ārstēšanās pieprasījums, kas saistīts ar kokaīna lietošanu, ir samērā zems, taču Spānijā un Nīderlandē to pacientu, kas vēlas saņemt ārstēšanos no kokaīna atkarības, proporcija ir attiecīgi robežās no 26 % līdz 38 % ⁽⁹³⁾. Lielākajā daļā valstu jauno pacientu proporcija, kam nepieciešama ārstēšana primāri no kokaīna atkarības, ir lielāka nekā visu pacientu proporcija kopumā ⁽⁹⁴⁾. Kokaīnu kā sekundāro narkotiku norāda arī 13 % no jauniešiem pacientiem, kas vēlas saņemt ārstēšanu ambulatorajos centros ⁽⁹⁵⁾.

Daudzas valstis ziņo par kokaīna lietošanas pieaugumu to pacientu vidū, kas vēlas saņemt ārstēšanu; no 1996. līdz 2003. gadam jauno pacientu skaits, kas vēlas ārstēties

⁽⁹²⁾ Datu analīze ir balstīta uz pacientu ārstēšanās pieprasījumu visos ārstniecības centros par vispārējo sadalījumu un ambulatorajiem ārstniecības centriem par pacientu profiliem un lietošanas modeļiem.

⁽⁹³⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā. Dati par Spāniju attiecas uz 2002. gadu.

⁽⁹⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-4 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2005. gada statistikas biļetenā.

no kokaīna atkarības, pieauga no 4,8 līdz 9,3 %, un jauno pacientu skaits, kas vēlas ārstēties no primārās kokaīna atkarības, pieauga no 2 535 līdz 6 123. Nīderlandē 2003. gadā pirmo reizi jauno pacientu skaits, kam nepieciešama ārstēšana no kokaīna atkarības, pārsniedza to pacientu skaitu, kam nepieciešama ārstēšana no opiātu atkarības. Analizējot datus, kas iegūti Londonā laika posmā no 1995./1996. gada līdz 2000./2001. gadam, var redzēt ka kokaīnu lietojošo pacientu skaits ir vairāk nekā dubultojies (GLADA, 2004), kaut gan pamatā šis skaits saglabājas neliels (735 līdz 1 917).

Šos datus, iespējams, ietekmē nelielā, taču augošā krekā (smēķējams kokaīns) problēma, par kuru ir norādes gan Nīderlandē, gan arī Apvienotajā Karalistē, kur krekā lietotāju skaits pēdējo gadu laikā ir pieaudzis. Lai arī problemātisko lietotāju skaits ir neliels, tiem ir tendence koncentrēties dažās galvenajās pilsētās zonās, un tāpēc tie visvairāk parādās monitoringa datus, kas balstīti uz pilsētās gūtajiem rādītājiem.

Kreka lietotājiem parasti ir atšķirīga sociālā piederība salīdzinājumā ar kokaīna pulvera lietotājiem. Kreka kokaīna lietotāji biežāk ir no sociāli neaizsargātajiem slāņiem, un ir pierādījumi, ka etnisko minoritāšu pārstāvji ir īpaši pakļauti krekā problēmām: divas trešdaļas melnādaino iedzīvotāju, kam nepieciešama ārstēšana no narkotiku atkarības Londonā, ir primārie kokaīna lietotāji (GLADA, 2004. g.), un 30 % no primārajiem krekā atkarības pacientiem Nīderlandē nav holandiešu izcelsmes. Neskatoties uz uztraukumiem par krekā kokaīnu, ir jāatceras, ka, lai arī šī narkotika ir saistīta ar nopietnu kaitējumu gan personām, kas to lieto, gan arī sabiedrībai, kurā šīs personas dzīvo, šī problēma ir lielā mērā lokalizējusies Eiropā. Ir jāatzīmē, ka par krekā pacientiem ziņo galvenokārt divas valstis (Nīderlande un Apvienotā Karaliste).

Kopumā lielākā daļa pieprasījumu par ārstēšanas no kokaīna nav saistīti ar krekā. Aptuveni 70 % no jauniešiem kokaīna pacientiem lieto kokaīna hidrohlorīdu (kokaīna pulveris) (lielākā daļa šo narkotiku šņauc) un pārējie 30 % lieto krekā. Aptuveni 5 % no jauniešiem kokaīna pacientiem atzīst, ka viņi kokaīnu injicē.

Jaunie pacienti, kas vēlas saņemt ārstēšanu no kokaīna atkarības, ir galvenokārt vīrieši (3,7:1 vīriešu un sievietes attiecība). Atšķirības valstu starpā attiecas uz dzimumu sadalījumu⁽⁹⁶⁾. Kvalitatīvais pētījums, kas veikts Itālijā ar pacientiem, kam nepieciešama ārstēšana no stimulantu, galvenokārt, kokaīna lietošanas, norāda, ka sievietes skaits

ir gandrīz vienāds ar vīriešu skaitu šo pacientu vidū, taču to cilvēku vidū, kam nepieciešama ārstēšana no kokaīna un citu stimulantu atkarības, vīriešu un sievietes attiecība uzrāda vīriešu skaita spēcīgu pārsvaru (Macchia et al., 2004).

Jaunie pacienti, kuri lieto kokaīnu kā primāro narkotiku, ir caurmērā vecāki par citiem narkotiku lietotājiem (vidējais vecums ir 30 gadi, un lielākā daļa lietotāju ir vecuma grupā no 20 līdz 34 gadiem); nelielā, taču būtiska pacientu daļa ir vecumā no 35 līdz 39 gadiem⁽⁹⁷⁾.

Kokaīnu bieži lieto kombinācijā ar citām narkotikām, bieži tās ir kaņepes (40 %) vai alkohols (37 %). Vietējie pētījumi par narkotiku injicēšanu norāda, ka dažās zonās populārāka kļūst heroīna un kokaīna apvienošana injekcijās (narkotiku lietotāji, kas narkotikas injicē, to bieži sauc par "ātrumbumbu"). Ja tas tā ir, tas nav saskatāms vispārējos datus par ārstēšanās pieprasījumu lielākajā daļā valstu, kurās tikai neliela daļa pacientu atzīst kombinētu heroīna un kokaīna lietošanu. Taču tas neattiecas uz visām valstīm, piemēram, Nīderlandē analīze par ārstēšanās pieprasījumu kokaīna lietotājiem norāda, ka daudzi kokaīna pacienti lieto vairākas narkotikas un lielāko daļu veido lietotāji, kas lieto gan kokaīnu, gan heroīnu (Mol et al., 2002).

Ārstēšana no problemātiskas kokaīna lietošanas

Nav izstrādātas un plaši izplatītas farmakoloģiskās ārstēšanas, kas būtu pieejama lietotājiem ar kokaīna lietošanas problēmām, kā tas, piemēram, ir attiecībā uz tiem lietotājiem, kam ir opiātu lietošanas problēmas. Kokaīna lietotājiem atsevišķos gadījumos var indicēt zāles sistemātiskai simptomu atvieglošanai, taču tās parasti ir īstermiņa un to mērķis ir samazināt ar kokaīna lietošanu saistītās problēmas, piemēram, uzbudinājumu vai miega traucējumus. Ilgtermiņa ārstēšanu kokaīna lietotājiem parasti veic saskaņā ar standarta narkotiku atkarības ārstēšanu. Taču vispārējās ārstēšanās iespējas tiem, kam ir kokaīna problēmas, ir vāji attīstītas (Haasen, 2003). Šī situācija sāk mainīties, jo dažas valstis sāk izstrādāt jaunas ārstēšanās iespējas cilvēkiem ar kokaīna lietošanas problēmas, un kā piemērs būtu jāmin īpašu pakalpojumu izstrāde krekā lietotājiem, kuru izstrādā Anglijā (NTA, 2003).

Lielākā daļa zinātniskās literatūras par kokaīna problēmas ārstēšanu ir no Amerikas pētījumiem un tāpēc var

⁽⁹⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-22 2005. gada statistikas biļetenā un *Atšķirības narkotiku lietošanas modeļos starp vīriešiem un sievietēm* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-10 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

neatspoguļojot Eiropas kontekstu. Diemžēl, ārstēšanās no kokaīna lietošanas problēmas izvērtēšana ES vēl joprojām ir zemā līmenī, daļēji vienkārši atspoguļojot faktu, ka pagātnē ārstēšanās pakalpojumu sniedzēji ar kokaīna problēmām saskārās reti. Vienā no Eiropas sistemātiskajiem literatūras pārskatiem par ārstēšanu no kokaīna atkarības (Rigter *et al.*, 2004) ir atzīmēts, ka ārstēšanās atbilstība kokaīna lietotāju vajadzībām ir zema un augsts ir recidīvu skaits. Pastāv zināmi pierādījumi, ka lietošanu varētu palīdzēt samazināt psihoterapija, taču netika atrasti pierādījumi tam, ka kokaīna problēmu ārstēšanā efektīva ir akupunktūra. Taču vispārēji šie secinājumi ir jāapskata tādā kontekstā, ka Eiropā nepastāv spēcīga pierādījumu bāze, uz kuru varētu balstīt terapeitiskās darbības šajā jomā. Piemēram, nav pat skaidri zināms, vai specifiski, pret kokaīna atkarību vērsti pasākumi ir efektīvāki par atkarīgo personu iesaistīšanu vispārējās narkotiku atkarības ārstēšanas programmās. Tāpat arī atklāts saglabājas jautājums par to, vai ir iespējams izstrādāt farmakoloģisko ārstēšanu kokaīna lietotājiem, kas varētu kļūt par "standarta ārstēšanas iespēju" tādā veidā, kā metadons un buprenorfīns ir kļuvuši par standarta risinājumu ārstēšanā no opiātu atkarības. Ir jāatzīmē, ka pastāv būtiskas atšķirības mehānismos, kādā veidā opiātu narkotikas un stimulantu, kā, piemēram, kokaīns, iedarbojas uz ķermeni, kas nozīmē, ka terapeitiskās metodes narkotiku atkarības ārstēšanā atšķirsies. Zināms interesants darbs tagad tiek veikts ASV, lai izstrādātu metodes, kas īslaicīgi bloķētu kokaīna lietošanas ietekmi uz lietotāju, un būs interesanti redzēt, vai nākotnē šis darbs palīdzēs izstrādāt jaunus ārstēšanas iespējas.

Veselības kaitējuma samazināšana

Dažu pēdējo gadu laikā ir strauji pieaudzis to pasākumu skaits, kuri ir vērsti uz veselības kaitējuma, kas saistīta ar kokaīna un kreka lietošanu, novēršanu un samazināšanu, un jauna informācija par kokaīnu un tieši kreku ir izvietota jo īpaši internetā. Telefona palīdzības dienesti Beļģijā, Francijā un Portugālē ir saņēmuši vairāk informācijas pieprasījumu par kokaīna un kreka lietošanu nekā jebkad iepriekš, lai arī šādu zvanu procentuālais daudzums vēl aizvien saglabājas ievērojami zemāks par zvaniem, kas saistīti ar likumīgajām narkotikām un kaņepēm. Personām, kas strādā narkotiku palīdzības dienestos, ir pieejamas plašākas apmācības par to, kā piemēroti reaģēt uz kokaīna un kreka lietošanas problēmām virknē gadījumus, kuros tā ir

no jauna parādījusies problēma (nedēļas nogales situācija Dublinā vai arī tehnoloģiska situācija Vinē).

Specializētas konsultācijas un ārstēšanās piedāvājumi kokaīna un kreka lietotājiem pastāv lielajos pilsētu centros, piemēram, Frankfurtē (*Suchthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de*), Barselonā (*Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es*), Vinē (*ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at*) un Londonā (*www.cracklondon.org.uk*).

Atsavināšana un tirgus informācija ⁽⁹⁸⁾

Ražošana un tirdzniecība

Kolumbija ir visplašākais nelegālās kokas avots pasaulē, un tai seko Peru un Bolīvija. Aprēķini liecina, ka globālais kokaīna ražošanas apjoms 2003. gadā sasniedza 655 tonnas, no kurām Kolumbijā ir saražoti aptuveni 67 %, Peru 24 % un Bolīvijā 9 % (CND, 2005). Lielākā daļa Eiropā atsavinātā kokaīna ir tieši no Dienvidamerikas (Kolumbija) vai arī ievestas caur Centrālameriku un Karību salām. 2003. gadā Brazīlija un Venecuēla tika norādītas kā ES importētā kokaīna tranzīvalstis, tika minētas arī Argentīna, Kostarika un Kurasao (*Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; CND, 2005*). Vēl citas tranzīta zonas bija dienvidu un rietumu Āfrika (*INCB, 2005*). Galvenie ieviešanas punkti ES vēl joprojām ir Spānija, Nīderlande un Portugāle (*Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; CND, 2005; INCB, 2005*).

Atsavināšana

Dati par atsavināšanu norāda, ka kokaīns ir trešā izplatītākā kontrabandas narkotika pasaulē tūlīt pēc kaņepju augiem un kaņepju sveķiem. Atsavinātā daudzuma ziņā – 490,5 tonnas visā pasaulē 2003. gadā – lielākā daļa kokaīna kontrabandas koncentrējās Amerikas kontinentā (82 %) un Eiropā. Eiropā tika atsavināti 17 % no kopējā visā pasaulē atsavinātā kokaīna daudzuma, un tas norāda uz pieaugumu salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu (CND, 2005). Eiropā lielākā daļa no atsavināta kokaīna tiek atklāta rietumu valstīs. Pēdējo piecu gadu laikā Spānija visu laiku ir bijusi ES valsts ar augstākajiem atsavinātā kokaīna rādītājiem. 2003. gadā Spānijā tika atsavināta vairāk nekā puse no ES kopējā daudzuma gan atsavināto gadījumu skaita, gan atsavinātā daudzuma ziņā ⁽⁹⁹⁾.

Laikā no 1998. līdz 2002. gadam kokaīna atsavināto gadījumu skaits ⁽¹⁰⁰⁾ pieauga visās valstīs, izņemot Vāciju

⁽⁹⁸⁾ Skatīt "Atsavināšanas un tirgus datu interpretācija", 42. lpp.

⁽⁹⁹⁾ Tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar trūkstošajiem 2003. gada datiem, kad tie būs pieejami. Dati par kokaīna konfiskācijas gadījumu skaitu 2003. gadā nebija pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi un Rumāniju; dati par kokaīna konfiskācijas gadījumu skaitu un atsavinātā kokaīna daudzumu 2003. gadā nebija pieejami par Īriju un Apvienoto Karalisti.

⁽¹⁰⁰⁾ Skatīt tabulu SZR-5 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

un Portugāli. Tajā pašā laika periodā ES atsavinātā kokaīna daudzums ⁽¹⁰¹⁾ bija svārstīgs, lai arī ar augšupejošu tendenci. Taču, balstoties uz tendencēm valstīs, no kurām ir pieejami dati, kokaīna atsavinājumu skaits ES mērogā kopš 2003. gada ir samazinājies (jo īpaši Spānijā), taču atsavinātā kokaīna daudzums ir būtiski palielinājies (jo īpaši Spānijā un Nīderlandē). Īpaši liela daudzuma kokaīna atsavinājumu gadījumi ES ir bijuši 2003. gada laikā.

Lai arī vairākas ES valstis ziņo par kokaīna atsavinājuma gadījumiem, tie dažreiz netiek atsevišķi izdalīti no kokaīna

atsavinājumu gadījumiem. Tādējādi kokaīna atsavinājuma tendences, kas norādītas ziņojumos, var ietvert arī kreku.

Cena un tīrība

Kokaīna vidējā mazumtirdzniecības cena ⁽¹⁰²⁾ visā ES 2003. gadā bija ļoti atšķirīga, sākot no 34 eiro par gramu Spānijā līdz 175 eiro par gramu Norvēģijā.

Salīdzinājumā ar heroīnu kokaīna vidējā vielas tīrība lietotāja līmenī ir augsta, un 2003. gadā tā bija robežās no 32 % Čehijas Republikā līdz 83 % Polijā ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Skatīt tabulu SZR-6 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰²⁾ Skatīt tabulu PPP-3 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰³⁾ Skatīt tabulu PPP-7 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā. Ievērot, ka vidējie kokaīna tīrības aprēķini Čehijas Republikā un Polijā 2003. gadā ir balstīti uz ļoti mazām paraugkopām (attiecīgi $n = 5$ un 6).



6. nodaļa

Heroīns un injicējamo narkotiku lietošana

Regulāra un ilgstoša heroīna lietošana, narkotiku injicēšana un dažās valstīs arī intensīva stimulantu lietošana ir iemesls ievērojamai daļai ar narkotikām saistītajām veselības un sociālajām problēmām Eiropā. Cilvēku skaits ar šādu atkarību ir relatīvi zems salīdzinājumā ar kopējo iedzīvotāju skaitu, taču ar narkotikām saistīto problēmu ietekme ir ievērojama. Lai palīdzētu izprast šīs problēmas apmēru un nodrošinātu tendenču uzraudzību ilgstošā laika periodā, EMCDDA strādā ar dalībvalsti, lai definētu "narkotiku lietošanas problēmas" konceptu un izstrādātu stratēģijas, lai varētu noteikt gan tās apmēru, gan ietekmi.

Problemātiska narkotiku lietošana

Problemātiskā narkotiku lietošana (PDU) operatīvi tiek definēta kā "injicējamo narkotiku lietošana vai ilgstoša/regulāra opiātu, kokaīnu un/vai amfetamīnu lietošana" ⁽¹⁰⁴⁾. Definīciju dažādība un metodoloģiskā nenoteiktība liecina par to, ka uzticamu aptuveno datu iegūšana šajā jomā ir sarežģīta, kā arī par to, ka jābūt piesardzīgam, interpretējot atšķirības starp valstīm vai atšķirības, kas notiek laika gaitā.

Problemātisko narkotiku lietošanu var iedalīt vairākās apakšgrupās. Vispārēji var izdalīt heroīna lietošanu, kas jau vēsturiski veido lielāko daļu no problemātiskās narkotiku lietošanas lielākajā daļā ES valstu, un problemātisko stimulantu lietošanu, kas dominē Somijā un Zviedrijā, kur lielākā daļa no problemātiskajiem narkotiku lietotājiem ir primārie amfetamīnu lietotāji. Līdzīgi arī Čehijas Republikā metamfetamīna lietotāji ir tradicionāli veidojuši būtisku daļu no problemātiskajiem narkotiku lietotājiem.

Problemātiskā narkotiku lietošana kļūst arvien dažādāka. Piemēram, vairāku narkotiku lietošanas problēmas ir kļuvušas arvien būtiskākas lielākajā daļā valstu, taču dažas valstis, kur vēsturiski dominējošās ir bijušas opiātu problēmas, tagad ziņo par izmaiņām citu narkotiku virzienā. Spānijā aprēķini rāda, ka problemātisko opiātu lietotāju daudzums samazinās, taču palielinās ar kokaīnu saistītās narkotiku problēmas; taču nav pieejami ticami dati par problemātiskās narkotiku lietošanas tendencēm, kas

ietver problemātisko kokaīna lietošanu. Vācija un Nīderlande ziņo par pieaugošo krekli lietotāju skaitu problemātisko narkotiku lietotāju vidū, lai arī kopējie aprēķini par problemātiskajiem narkotiku lietotājiem Nīderlandē saglabājas nemainīgi.

Izplatība

Aprēķini par problemātisko narkotiku lietošanas izplatību nacionālajā līmenī laika periodā no 1999. līdz 2003. gadam ir robežās starp diviem un 10 gadījumiem uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem (balstoties uz aprēķinu vidējiem rādītājiem) vai arī līdz 1 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem ⁽¹⁰⁵⁾. Izplatība ļoti stipri atšķiras dažādās valstīs, lai arī gadījumos, kad vienā valstī ir lietotas atšķirīgas metodes, rezultāti ir lielā mērā viendabīgi. Par augstākiem rādītājiem ziņo Dānija, Īrija, Itālija, Luksemburga, Austrija, Portugāle, Spānija un Apvienotā Karaliste (6–10 gadījumi uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem) un par zemākiem rādītājiem ziņo Vācija, Grieķija, Nīderlande un Polija (mazāk par četriem gadījumiem uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem) (12. attēls). Jaunajās ES dalībvalstīs un kandidātvalstīs atbilstoši dokumentēti aprēķini ir pieejami tikai Čehijas Republikā, Polijā un Slovēnijā, kur rādītāji ir zemi vai vidēji – attiecīgi 3,6; 1,9 un 5,3 uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Vidējais problemātiskās narkotiku lietošanas līmenis ES, iespējams, ir robežās no četriem līdz septiņiem gadījumiem uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, kas sastāda 1, 2–2,1 miljonus problemātisko narkotiku lietotāju ES, no kuriem aptuveni 850 000 līdz 1,3 miljoniem ir aktīvie injicējamo narkotiku lietotāji. Taču šie rādītāji nekādā gadījumā nav droši, un tie ir jāpārskata, kad būs pieejams vairāk datu no jaunajām dalībvalstīm.

Vietējie un reģionālie aprēķini liecina, ka problemātiskās narkotiku lietošana izplatība var ievērojami svārstīties atkarībā no pilsētām un reģioniem. Par augstākajiem vietējās izplatības līmeņiem laika posmā no 1999. līdz 2003. gadam ziņo Īrija, Portugāle un Apvienotā

⁽¹⁰⁴⁾ Papildu informāciju skatīt metodoloģiskajās piezīmēs par problemātisko narkotiku lietošanu 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁵⁾ Skatīt tabulu PDU-1 2005. gada statistikas biļetenā.

12. attēls: Aprēķini par problemātisko narkotiku lietošanu 1999.–2003. gadā (rādītājs uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem)



NB: CR: notveršana – atkārtota notveršana; TM: ārstēšanās reizinātājs; PM: policijas reizinātājs; MI: dažādības indikators; TP: aptuvenais Poisson sadalījums; CM: kombinētās metodes. Papildu informāciju skatīt tabulās PDU-1, PDU-2 un PDU-3 2005. gada statistikas bijetenā. Simbols norāda uz punkta aprēķinu un svītra norāda uz neskaidriības līmeni, kas var būt vai nu 95 % pārliecības intervāls, vai arī balsīti uz intervāla jutīguma analīzi (skatīt tabulu PDU-3). Mērķa grupas var nedaudz atšķirties dažādu metožu un datu avotu dēļ; tāpēc salīdzinājumi ir jāizdara piesardzīgi. Spānijas aprēķini neietver problemātisko kokaina lietošanu; augstāki rādītāji ir pieejami tabulās PDU-2 un PDU-3, kas ņem vērā šo grupu, bet kuri var nebūt tik ticami.

Avoti: Nacionālie kontaktpunkti. Skatīt arī EMCDDA (2003. g.).

Karaliste, kur rādītājs uz 1 000 cilvēkiem sasniedz 16 (Dublina), 17 (Beja), 24 (Aveiro) un 25 (Londonas atsevišķas daļas) līdz 29 (Dānija) un 34 (Glāzgova) (13. attēls). Ģeogrāfiskās svārstības tomēr iezīmējas vietējā līmenī, taču izplatība citās Londonas daļās ir aptuveni 6 uz 1 000. Tas norāda uz nepieciešamību palielināt vietējās izplatības datu pieejamību daudzās citās valstīs, kur varētu pastāvēt īpaši augsti (vai zemi) vietējās vai reģionālās izplatības rādītāji, taču tie netiek uzskaitīti.

Lai arī ir notikuši ievērojami uzlabojumi aprēķinu metožu jomā, uzticamu un atbilstošu vēsturisko datu trūkums apgrūtina problemātiskās narkotiku lietošanas tendenču noteikšanu. Ziņojumi no atsevišķām valstīm par izmaiņām aprēķinos, kurus atbalsta citi indikatoru dati, norāda, ka problemātiskās narkotiku lietošanas apjomi kopš deviņdesmito gadu vidus ir pieauguši (EMCDDA, 2004a); taču dažās valstīs pēdējo gadu laikā tie ir stabilizējušies. Atkārtoti aprēķini ir pieejami par laika periodu no 1999.

līdz 2003. gadam no 16 valstīm (ieskaitot Dāniju un Zviedriju, par kurām dati ir par laika posmu no 1998. līdz 2001. gadam, un Apvienoto Karalisti, par kuru dati ir par laika posmu no 1996. līdz 2001. gadam). No šīm 16 valstīm sešas ir ziņojušas par problemātiskās narkotiku lietošanas pieaugumu (Dānija, Somija, Norvēģija, Austrija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste), piecas ir norādījušas stabilu izplatības līmeni vai samazināšanos (Čehijas Republika, Īrija, Vācija, Grieķija un Slovēnija) un piecas (Spānija, Itālija, Luksemburga, Nīderlande un Portugāle) ir ziņojušas par dažādām tendencēm atkarībā no izmantotās novērtēšanas metodes, kas var daļēji attiekties uz dažādām mērķa grupām problemātisko narkotiku lietotāju vidū ⁽¹⁰⁶⁾.

Narkotiku injicēšana

Narkotiku injicētāji ļoti riskē piedzīvot nelabvēlīgas sekas. Tāpēc ir svarīgi apskatīt narkotiku injicēšanu atsevišķi kā pamata problemātiskās narkotiku lietošanas kategoriju.

⁽¹⁰⁶⁾ Skatīt attēlu PDU-4 2005. gada statistikas bijetenā.

Neskatoties uz sabiedrības veselības nozīmīgumu, tikai dažas valstis sniedz nacionālos vai vietējos aprēķinus par injicējamo narkotiku lietošanu. Pieejamie aprēķini nacionālajā līmenī norāda uz vienu līdz sešiem gadījumiem uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, un parādās būtiskas atšķirības valstu starpā attiecībā uz injicējamo narkotiku lietošanu ⁽¹⁰⁷⁾. Luksemburga savā ziņojumā ziņo par augstākajiem nacionālajiem aprēķiniem attiecībā uz injicējamo narkotiku lietošanu, sasniedzot aptuveni sešus gadījumus uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, un tajā pašā laikā Grieķija ziņo par zemākajiem aprēķiniem attiecībā uz injicējamo narkotiku lietošanu ar tikai vienu gadījumu uz 1 000 iedzīvotājiem. Lai arī ir pieejami tikai nedaudzi aprēķini par injicējamo narkotiku lietošanu, ir pierādījumi par izplatības pieaugumu pēc 1999. gada Norvēģijā, taču tajā pašā laikā Portugālē izmantotās atšķirīgās aprēķina metodes liecina par atšķirīgām tendencēm ⁽¹⁰⁸⁾.

Injicēšanas izplatības analīze to heroīna lietotāju vidū, kas saņem ārstēšanu, norāda uz ievērojamām atšķirībām gan starp valstīm, gan laika gaitā ⁽¹⁰⁹⁾. Dažās valstīs (Spānija, Nīderlande un Portugāle) relatīvi neliels heroīna lietotāju skaits narkotikas injicē, taču lielākajā daļā citu valstu heroīna injicēšana vēl joprojām ir norma. Dažās no ES valstīm, par kurām ir pieejami ilgtermiņa dati (Dānija, Spānija, Francija, Grieķija, Itālija un Apvienotā Karaliste) injicēšanas līmenis starp heroīna lietotājiem, kuri saņem ārstēšanu, ir samazinājies. Taču lielākajā daļā dalībvalstu, vismaz tajās, par kurām ir informācija, gandrīz visi heroīna lietotāji, kas ārstējas, narkotikas injicē.

Ārstēšanās pieprasījuma informācija

No visiem ārstēšanās pieprasījumiem 60 % ir pieprasījumi ārstēšanai no opiātu atkarības, lai arī daudzos gadījumos primārā narkotika nav reģistrēta – un vairāk nekā puse (54 %) no šiem opiātu pacientiem narkotikas injicē, par 10 % nav informācijas par narkotiku injicēšanu. Tiek ziņots, ka opiāti ir sekundārā narkotika aptuveni 10 % jauno pacientu ⁽¹¹⁰⁾.

Daudzās valstīs opiāti (galvenokārt heroīns) vēl joprojām ir galvenā narkotika, no kuras atkarības pacienti vēlas saņemt ārstēšanu, taču valstu starpā pastāv būtiskas atšķirības. ES dalībvalstīs un kandidātvalstīs var iedalīt trīs

plašās grupās atkarībā no tā apmēra, kādā pacienti, kas saņem ārstēšanu, ir saistīti ar heroīna problēmu:

- mazāk par 40 % – Čehijas Republika, Nīderlande, Polija, Somija, Zviedrija;
- 50–70 % – Dānija, Vācija, Spānija, Īrija, Kipra, Latvija, Rumānija, Slovākija;
- vairāk par 70 % – Bulgārija, Francija, Grieķija, Itālija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Slovēnija, Apvienotā Karaliste ⁽¹¹¹⁾.

Tiek ziņots, ka pieaug to opiātu pacientu skaits, kuri turpina ārstēšanos vairākus gadus, taču gadījumu skaits, kad jauni pacienti uzsāk ārstēšanos no opiātu atkarības, samazinās (*Reitox* nacionālie ziņojumi, 2004. g.; Narkotiku lietošanas izpētes nodaļa, 2004. g.). Par dažām valstīm ir iespējams noteikt heroīna lietošanas tendences starp jaunajiem pacientiem, kas saņem ārstēšanu, laika posmā no 1996. līdz 2003. gadam, un šīs tendences norāda uz vispārējo samazinājumu to pacientu skaita ziņā, kuri vēlas saņemt ārstēšanu.

Relatīvā opiātu atkarības ārstēšanas daļa visā jauno ārstēšanās pacientu kopumā ir samazinājusies diezgan ievērojami, sakarā ar to pacientu skaita pieaugumu, kuru problēmas ir saistītas galvenokārt ar citām narkotikām. Tam, savukārt, iemesls varētu būt atsevišķu opiātu pacientu pāreja no heroīna uz kokaīna lietošanu (*Ouweland et al.*, 2004), ārstēšanās sistēmas diferenciacija, kas ir kļuvusi pieejamāka citiem problemātiskajiem narkotiku lietotājiem, vai arī samazināta jaunu problemātisko lietotāju iesaistīšana ārstēšanā (Nīderlandes nacionālais ziņojums).

Atšķirības šajā tendencē pēdējo desmit gadu laikā ir saskatāmas vairākās valstīs, būtisks heroīna atkarības pacientu pieaugums ir bijis Dānijā, Vācijā, Nīderlandē, Slovākijā, Somijā, kā arī neliels pieaugums Bulgārijā un Apvienotajā Karalistē ⁽¹¹²⁾.

Datu analīze par jaunajiem pacientiem, kuri saņem ārstēšanu ambulatorajos centros ļauj sīkāk raksturot opiātu lietotāju profilu. Tie ir 2,8 vīrieši uz katru sievieti, kas vēlas saņemt ārstēšanu no primārās opiātu atkarības; taču dzimumu sadalījums būtiski atšķiras valstu starpā, no 5:1 līdz 2:1, ar izņēmumu Kiprā, kur vīriešu attiecība pret sievietēm ir ļoti augsta (11:1), un Zviedrijā, kur tā ir ļoti zema (0,9:1) un sieviešu skaits pārsniedz vīriešu skaitu opiātu lietotāju vidū ⁽¹¹³⁾.

⁽¹⁰⁷⁾ Skatīt attēlu PDU-2 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁸⁾ Skatīt attēlu PDU-5 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁹⁾ Skatīt attēlu PDU-3 2005. gada statistikas biļetenā.

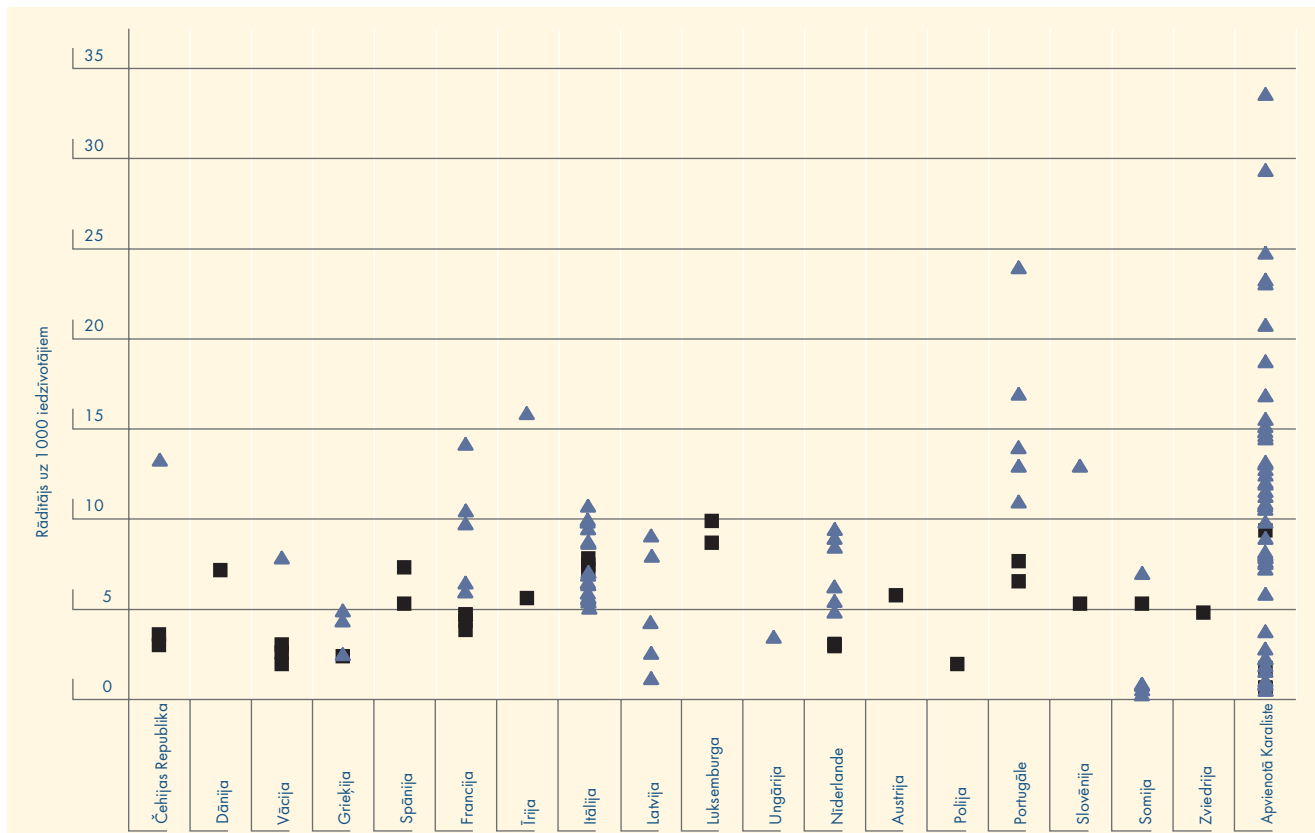
⁽¹¹⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹¹⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹²⁾ Skatīt tabulu TDI-3 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹³⁾ Skatīt tabulu TDI-22 2005. gada statistikas biļetenā.

13. attēls: Nacionālie un vietējie aprēķini par problemātiskās narkotiku lietošanas izplatību, 1999.–2003. g. (rādītājs uz 1 000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem)



NB: Melnais kvadrāts = paraugi ar nacionālo segumu; zilais trijstūris = paraugi ar vietējo/reģionālo segumu. Mērķa grupas var nedaudz atšķirties dažādu metožu un datu avotu dēļ; tāpēc salīdzinājumi ir jāizdara piesardzīgi. Papildu informāciju skatīt tabulās PDU-1, PDU-2 un PDU-3 2005. gada statistikas biļetenā. Vietējās izplatības aprēķinu modelis lielā mērā atkarīgs no pētījumu pieejamības, taču, ja tie ir pieejami, vietējie aprēķini var norādīt, ka izplatība atsevišķās pilsētās un reģionos ir atšķirīga no vidējiem nacionālajiem rādītājiem.

Avoti: Nacionālie kontaktpunkti. Skatīt arī EMCDDA (2003).

Lielākā daļa opiātu lietotāju ir vecumā no 20 līdz 34 gadiem, un vecuma grupā no 30 līdz 39 gadiem vairāk nekā puse no pacientiem vēlas saņemt ārstēšanu no opiātu lietošanas. Ziņojumos saskatāmā tendence liecina par opiātu pacientu vecuma palielināšanos; piemēram, Nīderlandē aptuveni 40 % no jaunajiem opiātu pacientiem ir vecāki par 40 gadiem. Izņēmumi šajā ziņā attiecas uz Rumāniju un Slovēniju, kur opiātu pacienti ir gados ļoti jauni (15–19 gadi) ⁽¹¹⁴⁾.

Lielākā daļa opiātu lietotāju atzīst, ka viņi ir pirmoreiz lietojuši opiātus vecumā no 15 līdz 24 gadiem, un aptuveni 50 % no pacientiem pirmoreiz ir lietojuši šo narkotiku pirms 20 gadu vecuma ⁽¹¹⁵⁾. Salīdzinot pirmreizējās lietošanas vecumu ar pirmās ārstēšanas saņemšanas vecumu, ir redzams, ka laiks starp pirmo lietošanu un pirmo pieprasījumu pēc ārstēšanās parasti ir 5 līdz 10 gadi. Agro vecumu opiātu lietošanas uzsākšanai bieži saista ar

uzvedības problēmām un sociālo atsvešinātību (Apvienotās Karalistes nacionālais ziņojums).

Lielākajā daļā valstu no 60 līdz 90 % no opiātu lietotājiem lieto šo narkotiku ikdienā, taču daži pacienti nav lietojuši opiātus pēdējā mēneša laikā vai arī lieto tos tikai reizēm; šo tendenci, iespējams, izskaidro tas, ka pacienti pārstāj lietošanu pirms ārstēšanās uzsākšanas ⁽¹¹⁶⁾.

Četrdesmit procenti pacientu narkotiku injicē un vēl 40 % to smēķē vai ieelpo. Vecās un jaunās valstīs savos ziņojumos norāda atšķirīgas lietošanas metodes ⁽¹¹⁷⁾ (14. attēls), un to narkotiku lietotāju, kas opiātus injicē, skaits ir augstāks par 60 % jaunajās dalībvalstīs un zemāks par 60 % vecajās dalībvalstīs (izņēmums šajā ziņā ir Somija, kur pacientu vidū to lietotāju skaits, kas opiātus injicē, sasniedz 78,4 %). To opiātu lietotāju proporcionālais daudzums, kas narkotikas injicē, ir zemākais Nīderlandē (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

⁽¹¹⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-10 (daļa iii) 2005. gada statistikas biļetenā.

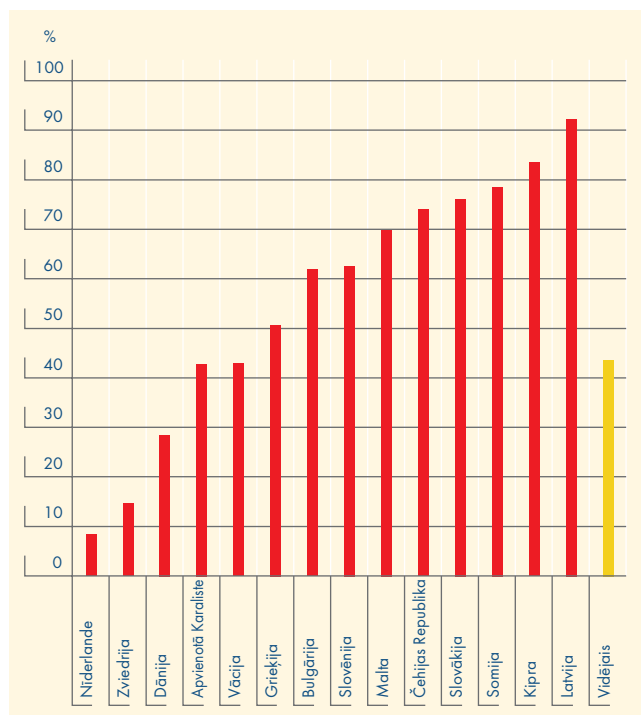
⁽¹¹⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-11 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-18 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā. Tikai Vācija ziņo par 70 % jaunu pacientu, kas lieto opiātus reizēm vai arī nav tos lietojuši pēdējā mēneša laikā.

⁽¹¹⁷⁾ Tikai valstīs, par kurām ir pieejami dati.

⁽¹¹⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

14. attēls: Jaunie ambulatorie pacienti, kuri injicē narkotikas, kā proporcionāla daļa no kopējiem jaunajiem opiātu pacientiem pa valstīm 2003. gadā



NB: Ziņoti dati tikai par tām valstīm, kur pacientiem primārā narkotika ir opiāti, un/vai valstīm, kas iesniegušas datus.

Avots: Reitox nacionālie ziņojumi (2004. g.).

Daudzi jaunie pacienti lieto opiātus, kā arī kādu citu narkotiku, kas bieži ir kaņepes (47 %) vai alkohols (24 %). Taču valstu starpā pastāv būtiskas atšķirības: Čehijas Republikā un Slovākijā gandrīz puse no pacientiem lieto opiātus kopā ar stimulantiem, izņemot kokainu; Grieķijā un Maltā attiecīgi 8 un 29 % pacientu lieto opiātus kopā ar kokainu kā sekundāro narkotiku; Somijā opiātu lietotāju vidū (galvenokārt buprenorfins) 37 % atzīst arī hipnotisko vielu un sedatīvu (galvenokārt benzodiazepīns) lietošanu kā sekundārās narkotikas⁽¹¹⁹⁾.

Ar narkotiku lietošanu saistītas infekcijas slimības

HIV un AIDS

Pašreizējās tendences ziņotajos HIV saslimšanas gadījumos

HIV ir uzrādījis spēcīgu epidemioloģisko izplatību narkotiku injicētāju vidū jaunajās ES dalībvalstīs Baltijas reģionā, kam seko plašā epidēmija Austrumeiropā (EuroHIV, 2004. g.) (skatīt aili "HIV un AIDS Austrumeiropā"). No jauna

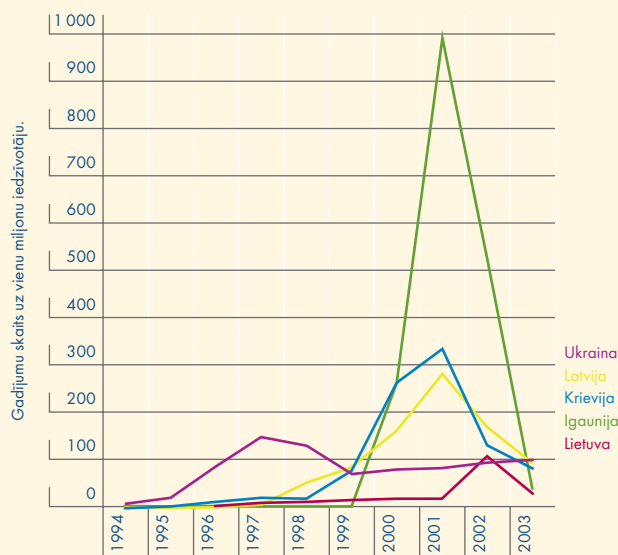
diagnosticēto gadījumu skaits strauji pieaug Igaunijā un Latvijā 2001. gadā, un Lietuvā 2002. gadā, taču jaunākie rādītāji ir ievērojami samazinājušies. Šāds modelis ir tipisks HIV epidēmijām injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Rādītāji pieaug, jo pamata injicētāju grupa, kas ir pakļauta lielākajam riskam, inficējas īsā laika periodā, un pēc tam jauno gadījumu skaits samazinās, jo nav datu par jauniem

HIV un AIDS Austrumeiropā

Cilvēka imunodeficīta vīruss (HIV) ir uzrādījis plašu nesenu epidēmiju injicējamo narkotiku lietotāju vidū Krievijā un Ukrainā, tāpat kā Baltijas reģiona ES dalībvalstīs. 2001. gadā no jauna diagnosticētu inficēšanās gadījumu skaits, kas saistīti ar intravenozu narkotiku lietošanu, strauji pieauga Igaunijā un Krievijas Federācijā, sasniedzot attiecīgi 991 un 333 gadījumus uz miljonu iedzīvotājiem. Taču Ukrainā maksimālais līmenis tika sasniegts jau agrāk – 1997. gadā, liecinot par 146 gadījumiem uz miljonu iedzīvotāju, un tas bija plašās izplatīšanās saistībā ar injicējamo narkotiku lietošanu rezultāts, pēc tam jauno ar injicējamo narkotiku lietošanu saistīto HIV inficēšanās gadījumu skaits samazinājās, taču pēdējā laikā tas ir atkal pieaudzis.

AIDS gadījumu skaits starp injicējamo narkotiku lietotājiem strauji palielinās Latvijā un Ukrainā, norādot uz nepietiekamu pretvīrusu ārstēšanas pieejamību un izplatību (skatīt "Aktīvā pretretrovīrusu terapija PVO Eiropas reģionā", 69. lpp.).

No jauna diagnosticētie HIV inficēšanās gadījumi injicējamo narkotiku lietotāju vidū atsevišķās ES valstīs, Krievijā un Ukrainā, sadalījumā pa ziņošanas gadiem



Avots: Eiropas AIDS epidemioloģiskās uzraudzības centrs (EuroHIV) (2004. g.).

⁽¹¹⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-25 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā. Skatīt arī atsevišķo tēmu par buprenorfinu. Katrs pacients var ziņot par līdz pat četriem sekundāro narkotiku lietošanu.

injicētājiem, un tad nostabilizējas līmenī, kas ir atkarīgs no skaita, ko veido jaunie reģistrētie injicētāji, kas pakļauti augstam riskam. Taču nav iespējams izslēgt papildu ietekmi uzvedības izmaiņu dēļ, un tādā gadījumā tas varētu būt arī daļēji specifiskas iekļaušanās rezultāts (skatīt "Ar narkotikām saistīto infekcijas saslimšanu profilakse", 71. lpp.).

ES 15 valstīs no jauna diagnosticēto HIV gadījumu skaits pēdējo gadu laikā ir saglabājies zemā līmenī, izņemot vienīgi Portugāli. Taču salīdzinājumi ES līmenī ir nepilnīgi, jo nav pieejami daudzi dati par HIV gadījumiem (Spānija un Itālija) vai arī tie kļūst pieejami tikai tagad (Francija) par atsevišķām valstīm, kuras AIDS ir ietekmējis visvairāk. Portugāle ir parādījusi ļoti augstu līmeni (88 uz miljonu) 2003. gadā, taču arī ievērojamu samazināšanos kopš 2000. gada (kad šis rādītājs bija 245 uz miljonu). Šī samazinājuma interpretācijā ir jāievēro piesardzība, jo Eiropas datu ziņošanu Portugālē uzsāka tikai 2000. gadā.

HIV serozā izplatība

Serozās izplatības dati par injicējamo narkotiku lietotājiem (inficēto procents analīžu materiālā no injicējamo narkotiku lietotājiem) ir svarīgs papildinājums atskaitēm par HIV. Atkārtoti serozās izplatības pētījumi un standarta datu uzraudzība no diagnostikas testiem var apstiprināt tendences, kas parādās atskaitēs par gadījumiem, un var arī sniegt plašāku informāciju par konkrētiem reģioniem un apstākļiem. Taču izplatības dati ir no dažādiem avotiem, kurus atsevišķos gadījumos ir grūti salīdzināt, un tāpēc to interpretācijā ir jāievēro piesardzība.

Jaunāko pieaugumu, kas reģistrēts HIV gadījumu atskaitēs, vairumā gadījumu apstiprina pieejamie serozās izplatības dati; piemēram, Latvijā izplatība nacionālās ārstēšanas analīžu paraugos no pārbaudītajiem injicējamo narkotiku lietotājiem pieauga no 1,5 % (5/336) 1997. gadā līdz 14 % (302/2 203) 2001. gadā un tad samazinājās līdz 7 % (65/987) 2003. gadā. Austrijā, kur HIV gadījumu atskaišu dati par injicējamo narkotiku lietotājiem nav pieejami, HIV izplatība nacionālo analīžu paraugos, kas ņemti (tieši) ar narkotikām saistītajos nāves gadījumos, norāda uz nelielu pieaugumu, līdz 7 % (11/163) 2003. gadā no 1 % (1/117) 1998. gadā, taču skaitļi ir nelieli un tendence nav statistiski nozīmīga.

2002. un 2003. gadā HIV izplatība starp injicējamo narkotiku lietotājiem, galvenokārt tiem, kuri saņem ārstēšanu, uzrādīja plašas svārstības gan valstīs, gan valstu salīdzinājumā un bija robežās no 0 % Bulgārijā, Ungārijā, Slovēnijā un Slovākijā līdz maksimums 37,5 % (54/144) vienā no Itālijas pilsētām (2003, Bolzano – lietotāji, kas saņem ārstēšanu un atrodas cietumā) ⁽¹²⁰⁾. Lielākie izplatības rādītāji nacionālajos paraugos (vairāk par 10 % 2002.–2003. gadā) tika atklāti Itālijā, Latvijā un Portugālē ⁽¹²¹⁾; Spānijā dati par 2001. gadu norāda uz ļoti augstu izplatību, taču jaunāki dati nav pieejami ⁽¹²²⁾. Par lielākajiem izplatības rādītājiem reģionālajos un vietējos paraugos (vairāk par 20 % 2002.–2003. gadā) ziņoja Spānija, Itālija, Latvija un Polija ⁽¹²³⁾, lai gan jaunākie dati nav pieejami no dažām valstīm un zonām ar augstu izplatību iepriekšējos gados. Latvijā un Polijā vietējie pētījumi liecina par neseno HIV pārņemšanu, kam par pamatu ir ļoti augstā izplatība jauno injicētāju vidū ⁽¹²⁴⁾. Polijas pētījumā šo neseno pārņemšanu apstiprina izplatība 23 % gadījumu no 127 jaunajiem injicētājiem ⁽¹²⁵⁾.

Valstu starpā atšķiras arī izplatības tendences dažādos laika periodos. Lai arī Baltijas reģionā bijis straujš nesens pieaugums, HIV serozās izplatības dati no injicējamo narkotiku lietotāju analīžu paraugiem norāda uz samazinājumu kopš deviņdesmito gadu vidus dažās no visvairāk skartajām valstīm (Spānija, Francija un Itālija), kam sekojusi stabilizēšanās pēdējo gadu laikā ⁽¹²⁶⁾. Taču, ja serozā izplatība ir augsta un stabila, pārņemšana turpināsies. Dati par jaunajiem injicētājiem norāda uz turpmāku un pat pieaugošu pārņemšanu Spānijā laikā no 1999. līdz 2000. gadam. Dažās valstīs (Francijā 2001.–2003. gadā, Portugālē 1999.–2000. gadā) vietējie un reģionālie dati par jaunajiem injicējamo narkotiku lietotājiem norāda uz zināmu (paaugstinātu) pārņemšanu, taču paraugu lielumi ir pārāk mazi, lai tendences varētu uzskatīt par statistiski nozīmīgām ⁽¹²⁷⁾. Taču ir jāatzīmē, ka vairākās valstīs HIV izplatība starp injicējamo narkotiku lietotājiem ir saglabājusies laikā no 2002. līdz 2003. gadam. HIV izplatība bija zemāka par 1 % Čehijas Republikā, Grieķijā (nacionālie dati), Ungārijā, Slovēnijā, Slovākijā, Somijā, Rumānijā (dati tikai par 2001. gadu), Bulgārijā un Norvēģijā (dati par Oslo). Dažās no šīm valstīm (piemēram, Ungārijā) gan HIV

⁽¹²⁰⁾ Skatīt attēlu INF-3 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²¹⁾ Dati par Portugāli un Itāliju ietver ne tikai injicējamo narkotiku lietotājus, un tāpēc izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū var būt novērtēta par zemu.

⁽¹²²⁾ Skatīt tabulas INF-1 un INF-8 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²³⁾ Skatīt tabulu INF-8 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁴⁾ Injicējamo narkotiku lietotāji jaunāki par 25 gadiem: 33 % inficēti no 55 jaunajiem injicējamo narkotiku lietotājiem Polijā un 20 % no 107 jaunajiem injicējamo narkotiku lietotājiem Latvijā.

⁽¹²⁵⁾ Skatīt tabulu INF-10 un attēlus INF-4 un INF-5 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁶⁾ Skatīt attēlu INF-16 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁷⁾ Skatīt attēlus INF-26 un INF-27 2005. gada statistikas biļetenā.

Aktīvā pretvīrusu terapija PVO Eiropas reģionā

PVO aprēķini par aktīvās pretvīrusu terapijas (HAART) segumu norāda, ka ES un galvenokārt Centrāleiropā vairāk nekā 75 % personu, kam ārstēšana ir nepieciešama, ir pieejama HAART.

Taču Baltijas valstīs šis segums ir vājš Igaunijā un Lietuvā (25–50 %) un ļoti vājš Latvijā (mazāk par 25 %). Segums ir noteikts kā ļoti vājš lielākajā daļā Austrumeiropas valstu.

Seguma aprēķini konkrēti attiecībā uz injicējamo narkotiku lietotājiem nav pieejami, taču pētījumi ir parādījuši, ka injicējamo narkotiku lietotāji bieži ir pakļauti nepietiekamas pieejamības HAART riskam salīdzinājumā ar cilvēkiem, kuri inficējušies citādā ceļā.

Avots: PVO Eiropas reģionālais birojs, "Veselība visiem" datubāze (www.euro.who.int/hfdb) (konsultēta 2005. g. 8. martā).

izplatība, gan C hepatīta izplatība (HCV) ir vienas no zemākajām ES, kas norāda uz zemu inficēšanas riska līmeni (skatīt sadaļu "B un C hepatīts").

AIDS izplatība

Latvijā ar injicējamo narkotiku lietošanu saistītā AIDS izplatība pieauga no 0 gadījumiem 1997. gadā līdz aprēķinātiem 19 gadījumiem uz miljonu iedzīvotājiem gan 2002., gan 2003. gadā⁽¹²⁸⁾. Taču ES valsts ar augstāko izplatību vēl joprojām ir Portugāle, kur šis rādītājs ir 33 gadījumi uz miljonu iedzīvotāju, kaut gan šis rādītājs kopš 1999. gada ir samazinājies. AIDS gadījumu skaits saistībā ar injicējamo narkotiku lietošanu ES sasniedza maksimālo līmeni deviņdesmito gadu sākumā un pēc tam ir samazinājies. Visvairāk skartā valsts bija Spānija, kur izplatība sasniedza maksimālo līmeni 124 gadījumi uz miljonu 1994. gadā, taču 2003. gadā šis skaitlis ir samazinājies uz aprēķinātiem 16 gadījumiem uz miljonu.

AIDS izplatības samazināšanās deviņdesmito gadu beigās ir 1996. gadā ieviestās aktīvās pretretrovīrālās terapijas (HAART) rezultāts, kura novērš pāreju uz AIDS stadiju cilvēkiem, kuri ir inficējušies ar HIV (skatīt sadaļu par HAART). Attiecībā uz injicējamo narkotiku lietotājiem nozīme varētu būt bijusi arī HIV profilakses pasākumiem, un dažās valstīs viens no ietekmējošiem faktoriem varētu būt bijusi injicējamo narkotiku lietotāju skaita samazināšanās (skatīt "Narkotiku injicēšana", 64 lpp.).

Dati par ikgadējo izplatību liecina, ka līdz 2002. gadam lielāko skaitu jauno AIDS gadījumu ES var saistīt ar intravenozo narkotiku lietošanu, šo izplatīšanās veidu pārņēma heteroseksuālie kontakti, kas atspoguļo izmaiņas

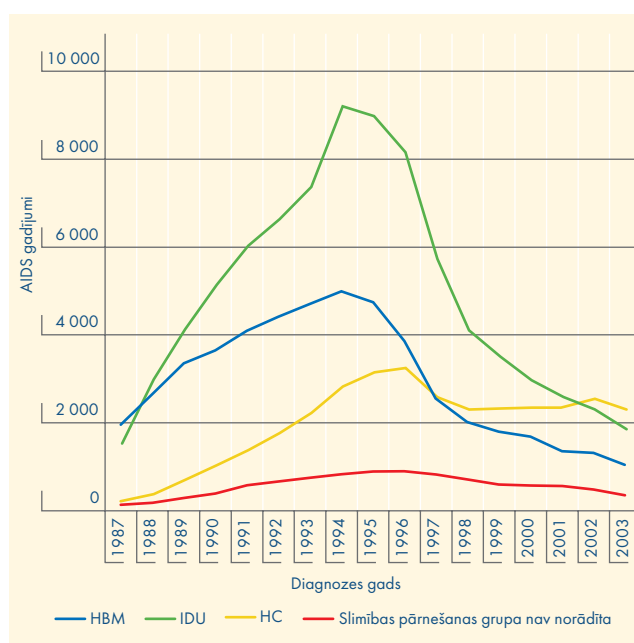
HIV epidemioloģijā iepriekšējo gadu laikā (15. attēls). Ir jāatzīmē, ka inficēšanās modeļi var būtiski atšķirties dažādās valstīs⁽¹²⁹⁾.

B un C hepatīts

Antivielu pret C hepatīta vīrusu (HCV) izplatība starp injicējamo narkotiku lietotājiem kopumā ir ļoti augsta, lai gan pastāv atšķirības gan valstīs, gan valstu starpā⁽¹³⁰⁾. Starp injicējamo narkotiku lietotāju analīžu paraugiem izplatības rādītāji pārsniedz 60 % 2002.–2003. gadā ziņojumos no Beļģijas, Igaunijas, Grieķijas, Itālijas, Polijas, Portugāles un Norvēģijas, bet par izplatību mazāku par 40 % ziņo Beļģija, Čehijas Republika, Grieķija, Ungārija, Austrija, Slovēnija, Slovākija, Somija un Apvienotā Karaliste (16. attēls)⁽¹³¹⁾.

Izplatības dati par jauniešiem injicējamo narkotiku lietotājiem (jaunāki par 25 gadiem) ir pieejami tikai no dažām valstīm, un atsevišķos gadījumos paraugu daudzums ir ļoti neliels. Gadījumos, kad dati ir pieejami, augstākā izplatība starp jauniešiem injicētājiem 2002.–2003.

15. attēls: AIDS gadījumi sadalījumā pa slimības pārnesšanas grupām un diagnozes gadiem (1987.–2003. g.), labots atbilstoši ziņojumu kavējumiem, ES



NB: Dati parādīti par trim galvenajām pārnesšanas grupām un gadījumiem, kad pārnesšanas grupa nav norādīta.

HBM – homoseksuāli un biseksuāli vīrieši; IDU – injicējamo narkotiku lietotāji; HC – heteroseksuāls kontakts.

Neiekļautās valstis ir Francija, Nīderlande (dati nav pieejami par visu periodu) un Kipra (nav pieejami dati).

Avots: EuroHIV; dati ziņoti līdz 2003. gada 31. decembrim.

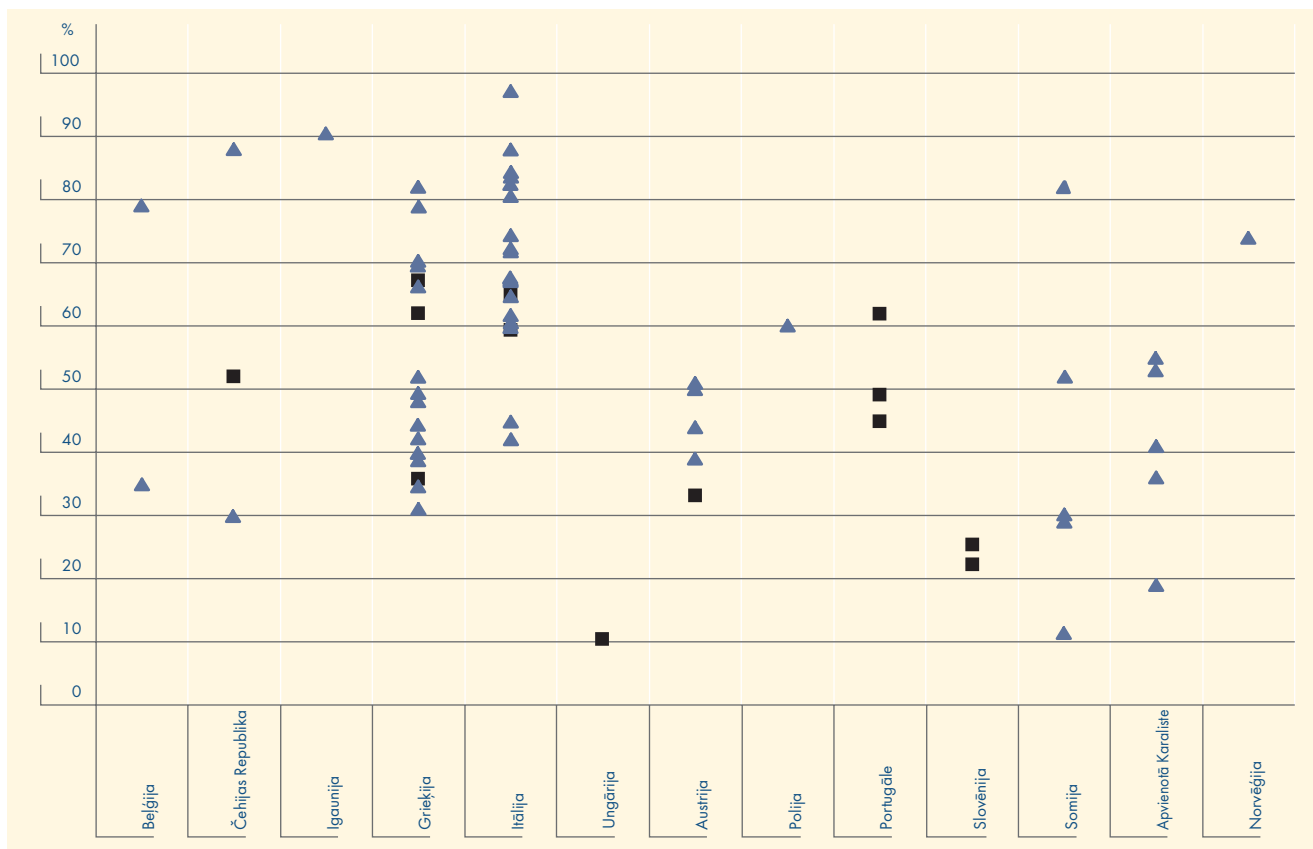
⁽¹²⁸⁾ Skatīt attēlu INF-1 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁹⁾ Skatīt attēlu INF-2 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁰⁾ Skatīt tabulas INF-2 un INF-11 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³¹⁾ Skatīt arī attēlu INF-21 2005. gada statistikas biļetenā un *Mathei et al.*, 2005.

16. attēls: Nacionālie un vietējie aprēķini par HCV izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū, 2002.–2003. g.



NB: Melnais kvadrāts = paraugi ar nacionālo segumu; zilais trijstūris = paraugi ar vietējo/reģionālo segumu. Atšķirības valstu starpā ir jāinterpretē ar piesardzību dažādo apstākļu un/vai pētījumu metožu dēļ; nacionālās paraugkopas stratēģijas ir atšķirīgas. Dati par Spāniju un Portugāli, kā arī atsevišķi dati par Čehijas Republiku ietver ne tikai injicējamo narkotiku lietotājus, un tāpēc izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū var nebūt pietiekami novērtēta (injicējamo narkotiku lietotāju proporcija paraugkopās nav zināma). Dati par Portugāli, Slovēniju un Slovākiju ir tikai par tiem injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri ārstējas, un tāpēc var nebūt reprezentatīvi attiecībā uz izplatību starp injicējamo narkotiku lietotājiem, kas nesāņem ārstēšanu.

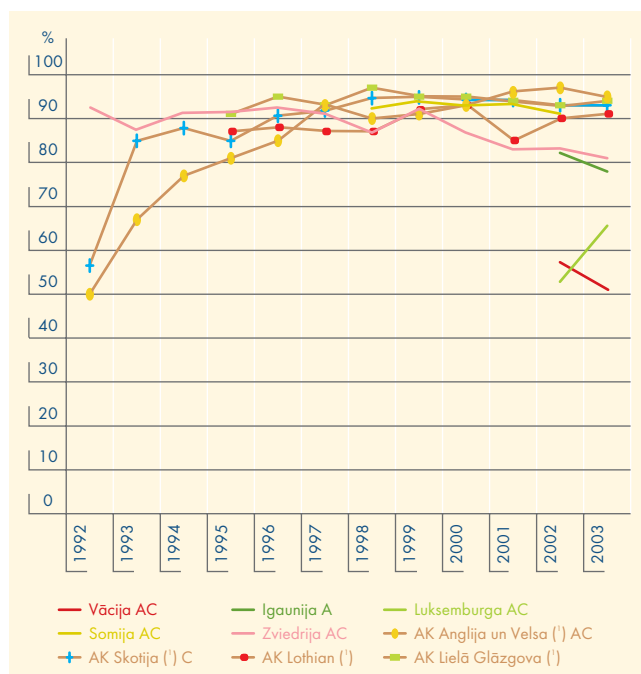
Avoti: Reitox nacionālie kontaktpunkti (2004. g.). Primāros avotus, pētījumu plašu informāciju un datus pirms 2002. gada skatīt tabulā INF-11 2005. gada statistikas biļetenā.

gadā (augstāka par 40 %) ir paraugos no Grieķijas, Austrijas un Polijas un zemākā izplatība (zemāka par 20 %) ir paraugos no Ungārijas, Slovēnijas, Somijas un Apvienotās Karalistes (132). Dati par HCV izplatību starp jauniem narkotiku injicētājiem (kuri injicē narkotikas mazāk par diviem gadiem) ir pat vēl ierobežotāki, taču par 2002.–2003. gadu pieejamā informācija liecina, ka augstākā izplatība (augstāka par 40 %) ir paraugos no Belģijas un Polijas un zemākā izplatība (zemāka par 20 %) ir paraugos no Čehijas Republikas, Grieķijas un Slovēnijas (133). Dati par C hepatītu par laika periodu no 1992. līdz 2003. gadam liecina, ka šajās valstīs, kuras ir sniegušas datus, lielākā daļa no atklātajiem C hepatīta gadījumiem attiecas uz injicējamo narkotiku lietotājiem (atklātie gadījumi parasti aprobežojas ar diagnosticētajiem akūtas inficēšanās gadījumiem) (17. attēls).

B hepatīta vīrusa (HBV) rādītāju izplatība lielā mērā atšķiras gan valstīs, gan valstu starpā (134). Vispilnīgākie dati ir par anti-HBc, kas norāda uz infekcijas vēsturi, un vakcinācijas aktivitāti starp tiem, kuru testu rezultāti ir negatīvi. 2002.–2003. gadā par injicējamo narkotiku lietotājiem ar izplatību lielāku par 60 % ziņoja Belģija, Igaunija un Itālija, bet par paraugiem, kuros izplatība ir zemāka par 30 %, ziņoja Belģija, Spānija, Itālija, Austrija, Portugāle, Slovēnija, Slovākija un Apvienotā Karaliste (135). Dati par B hepatītu par laika periodu no 1992. līdz 2003. gadam par tām valstīm, no kurām ir pieejama informācija, norāda, ka injicējamo narkotiku lietotāju skaits ir pieaudzis (136). Ziemeļvalstu reģionā lielākā daļa no zināmajiem akūtajiem B hepatīta gadījumiem ir injicējamo narkotiku lietotāju vidū, un B hepatīta gadījumu pieaugums vairākās valstīs ir sakritis ar narkotiku injicēšanas pieaugumu (Blystad et al., 2005).

(132) Skatīt tabulu INF-12 2005. gada statistikas biļetenā.
 (133) Skatīt tabulu INF-13 un attēlus INF-7 un INF-8 2005. gada statistikas biļetenā.
 (134) Skatīt tabulas INF-3, INF-14 un INF-15 2005. gada statistikas biļetenā.
 (135) Skatīt attēlus INF-9, INF-10, INF-22 un INF-23 2005. gada statistikas biļetenā.
 (136) Skatīt attēlu INF-14 2005. gada statistikas biļetenā.

17. attēls: Ziņotie C hepatīta gadījumi, gadījumu skaits, kas ziņoti kā injicējamo narkotiku lietotāju gadījumi, 1992.–2003. g.



(†) Dati nav par nacionālo līmeni.
NB: A, akūtie gadījumi; AC, akūtie un hroniskie gadījumi; C, hroniskie gadījumi.
Avoti: Reitox nacionālie kontaktpunkti.

Īsu pārskatu par citām ar narkotikām lietošanu saistītām infekciju slimībām skatīt 2004. gada pārskatā (<http://ar2004.emcdda.eu.int/lv/page074-lv.html>).

Ar narkotikām saistīto infekcijas slimību profilakse

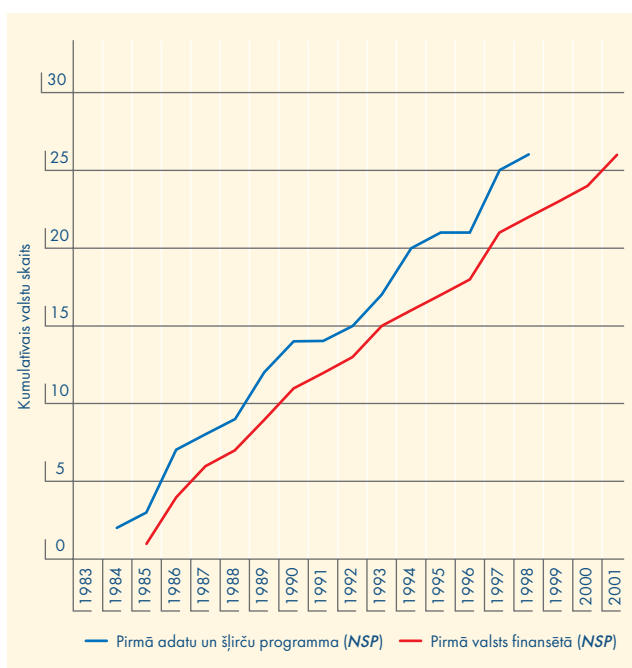
Lai arī dalībvalstu nacionālās politikas ir atšķirīgas, atspoguļojot individuālās situācijas saistībā ar narkotikām un politisko kontekstu, ir pierādījumi par pieaugošu vienprātību Eiropas līmenī attiecībā uz galvenajiem elementiem, kas ir nepieciešami lai efektīvi reaģētu un cīnītos pret HIV un citām infekciju slimībām injicējamo narkotiku lietotāju vidū⁽¹³⁷⁾. Atbilstošas atbildes reakcijas ietver uzlabotu pieeju ārstniecības pakalpojumiem (PVO, 2005), pieejamu pakalpojumu izstrādi un sterila aprīkojuma un izglītības programmu nodrošināšanu, kaut arī ir jāatzīmē, ka valstu starpā pastāv atšķirības attiecībā uz to, kāds uzsvars tiek likts uz katru no šiem dažādajiem pakalpojumu elementiem. Īpaši svarīgi ir tas, ka ir jānodrošina pietiekama perorālās aizvietošanas terapija opiātu lietotājiem, kas narkotikas injicē, jo tas būtiski

samazina tādas ar narkotikām saistītas darbības, kas saistītas ar augstu HIV pārnesšanas risku (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Adatu un šļirču pieejamība

Adatu un šļirču programmas Eiropas Savienībā tika uzsāktas astoņdesmito gadu vidū, tādējādi atbildot uz HIV epidēmijas draudiem starp injicējamo narkotiku lietotājiem, un tās plaši izplatījās deviņdesmito gadu laikā (18. attēls). 1993. gadā valsts finansētas programmas jau darbojās vairāk nekā pusē no pašreizējām 25 ES dalībvalstīm un Norvēģijā. Šobrīd adatu un šļirču programmas ir pieejamas Bulgārijā, Rumānijā un Norvēģijā, kā arī visās ES valstīs, izņemot Kipru, kur tomēr sterils aprīkojums ir brīvi pieejams aptiekās un tiek apspriesta oficiāla adatu un šļirču programma⁽¹³⁸⁾. Pēc šādu programmu ieviešanas valstī ģeogrāfiskā adatu un šļirču apmaiņas punktu izplatība pastāvīgi pieaug. Daudzas valstis šobrīd ir nodrošinājušas pilnīgu ģeogrāfisko pārklājumu, un vairākās valstīs svarīgākais stratēģiskais partneris šajā ziņā ir aptiekas. Tomēr Zviedrijā divas 1986. gadā valsts dienviņu daļā uzsāktās programmas ir palikušas vienīgās; un arī Grieķijā šo programmu skaits ir neliels, un tās ir pieejamas tikai Atēnās⁽¹³⁹⁾.

18. attēls: Adatu un šļirču programmu ieviešana 23 ES dalībvalstīs, Norvēģijā un Bulgārijā



Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi, 2004.

⁽¹³⁷⁾ Divās pēdējās konferencēs Eiropas valdības pārstāvji ir apstiprinājuši savu sadarbību cīņā pret HIV/AIDS un noteikuši pasākumus, lai stiprinātu savus atbildes pasākumus šajā jomā (Dublinas deklarācijas, 2004. gada februārī un Viļņas deklarācijas 2004. gada septembrī). Visi ES galvenie dokumenti par HIV/AIDS ir atrodami Eiropas Komisijas sabiedrības veselības tīmekļa vietnē (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

⁽¹³⁸⁾ Skatīt tabulu NSP-2 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁹⁾ Skatīt "Adatu un šļirču pieejamība" 2005. gada statistikas biļetenā.

Pakalpojumu pieejamības uzlabošana

Termins " laba pieejamība " apraksta īstenošanas apstākļus, kuru mērķis ir nodrošināt narkotiku lietotājiem vieglāku pieeju sociālajiem un veselības aprūpes pakalpojumiem. Lai samazinātu pieejas barjeras, aģentūras tiek izvietotas specifiskās vietās un to darba laiks tiek piemērots pacientu vajadzībām, ieskaitot vēlas vakara stundas un naktis. Labas pieejamības aģentūras bieži piedāvā savus pakalpojumus, nodarbinot ārštata darbiniekus. Aģentūras pakalpojumu izmantošanai ir nepieciešama ļoti neliela birokrātija, un bieži tie ir bezmaksas un nav saistīti ar pacientu pienākumu atbrīvoties no narkotikām. Šādu aģentūru mērķauditorija ir pašreizējie lietotāji, kas iepriekš nekad nav kontaktējušies ar citiem narkotiku un veselības aprūpes dienestiem, kā arī tie, kuri šo kontaktu ir zaudējuši. Viņu pakalpojumi ir orientēti uz " grūti aizsniezamajām " grupām un specifiskām augsta riska grupām, kā arī eksperimentālajiem lietotājiem (piemēram, piedāvājot savus pakalpojumus klubos un diskotēkās un citos izklaides apstākļos). Zemu barjeru apstākļi var attiekties uz ielu aģentūrām, dienas centriem un izbraukuma veselības aprūpes punktiem, kā arī patversmēm. Visaptverošajā aprūpes sistēmā šīm aģentūrām, pateicoties to augstajai pieejamībai, ir svarīga loma, lai sasniegtu " slēptās " un " grūti aizsniezamās " narkotiku lietotāju grupas. Papildu motivācijas sniegšanai lietotājiem meklēt ārstēšanās iespējas un vērsties attiecīgajos centros šīs aģentūra bieži piedāvā " uz izdzīvošanu orientētus " pakalpojumus, ieskaitot pārtiku, apģērbu, pajumti, sterilu injekciju aprīkojumu un medicīnisko aprūpi. Tie ir galvenie centri, kas izplata veselības veicināšanas informāciju un palielina zināšanas un prasmes attiecībā uz drošu lietošanu starp tiem, kas lieto narkotikas vai nu eksperimentāli, vai arī ir atkarīgi, vai kas ir saskārušies ar problēmām. Arvien vairāk šīs aģentūras sniedz arī ārstēšanas pakalpojumus.

Šjirču un adatu apmaiņas programmas parasti ir stingri integrētas augstas pieejamības narkotiku konsultāciju aģentūru darbā (skatīt aili " Pakalpojumu pieejamības veicināšana "), aprūpē un darbā ar bezpajumtniekiem ES valstīs un Norvēģijā. Tā kā aģentūras, kam raksturīga augsts pieejamības līmenis, sekmīgi piekļūst slēptajām aktīvo narkotiku lietotāju populācijām, tās var kalpot kā labs sākumpunkts kontakta veidošanai, profilaksei, izglītībai un konsultācijām, kā arī ārstēšanās piedāvājumam. Tāpat arvien plašāk tiek atzīts, ka brīvi pieejamie pakalpojumi var kalpot kā vitāli svarīga platforma, lai piedāvātu pamata medicīnas aprūpi, infekcijas saslimšanu diagnostiku un vakcināciju un vīrusu

ārstēšanu tiem sabiedrības locekļiem, kuri dažādu iemeslu dēļ nevar piekļūt oficiālajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.

Adatu un šjirču programmas tiek norādītas kā dominējošā infekcijas saslimšanu profilakses pieeja narkotiku lietotāju vidū 16 dalībvalstīs un Norvēģijā, un tā ir plaši izplatīta pieeja vēl sešās valstīs; un to uzskata par prioritāru politikas atbildes reakciju uz infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū divās trešdaļās no ES valstīm ⁽¹⁴⁰⁾.

Pierādījumi par adatu un šjirču programmu efektivitāti

Zinātniskie pētījumi par adatu un šjirču programmas efektivitāti HIV/AIDS izplatības samazināšanās starp injicējamo narkotiku lietotājiem ir pieejami, sākot no astoņdesmitiem gadiem ⁽¹⁴¹⁾. Literatūras pārskats, ko publicējusi PVO 2004. gadā, norāda, ka ir arvien plašāki pierādījumi tam, ka sterila injekciju aprīkojuma pieejamības un izmantošanas palielināšana injicējamo narkotiku lietotāju vidū būtiski samazina HIV infekcijas izplatīšanos, un nav pierādījumu par neparedzētu negatīvu ietekmi (PVO, 2004. g.). Taču pārskatā ir secināts, ka adatu un šjirču programmas nav pietiekamas, lai kontrolētu HIV infekcijas izplatīšanos injicējamo narkotiku lietotāju vidū, šīs programmas ir jāpapildina ar virkni citu papildus pasākumu. Apskatot adatu un šjirču programmu izmaksu efektivitāti, *de Wit* un *Bos* (2004. g.) secina, ka programmas ir izmaksu ziņā efektīvas attiecībā uz HIV izplatīšanās novēršanu un tām ir papildus noderīgas priekšrocības blakus HIV izplatības samazināšanai, kā, piemēram, kontaktu nodrošināšana starp grūti sasniedzamu iedzīvotāju daļu un veselības aprūpes un sociālajiem dienestiem.

Hepatīta profilakse

Tās personas, kuras injicē narkotikas, ir pakļautas ļoti augstam riskam inficēties ar HBV un HCV, un 50–80 % no narkotiku lietotājiem inficējas piecu gadu laikā no inficēšanas uzsākšanas, kā rezultātā tiek iegūtas hroniskas infekcijas, kas bojā un galarezultātā sagrauj aknas (EMCDDA, 2004b). Kaut gan šobrīd nav pieejama vakcīna pret C hepatītu, B hepatītu var efektīvi novērst ar vakcināciju ⁽¹⁴²⁾.

Vairākas ES valstīs ir ieviesušas vai arī atkārtoti iekļāvušas B hepatītu nacionālajās imunizācijas programmās pēdējo desmit gadu laikā, un vakcinācija tagad ir daļa no standarta vakcinācijas grafikiem bērniem lielākajā daļā ES

⁽¹⁴⁰⁾ Skatīt EMCDDA interneta lapā pārskatu par nacionālajām atbildes reakcijām uz infekciju saslimšanām (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Skatīt EMCDDA interneta lapā sarakstu par galvenajiem pārskatiem (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Papildus informāciju par hepatītu skatīt EMCDDA tīmekļa vietnē (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

valstu. Līdz šim tikai Dānija, Nīderlande, Zviedrija, Apvienotā Karaliste un Norvēģija nav sekojušas PVO rekomendācijām ⁽¹⁴³⁾.

Lai arī būs jāpaiet vairākām desmitgadēm, kamēr nebūs palikušas ievērojamas iedzīvotāju daļas, kas pakļautas augstam riskam, mērķtiecīgas vakcinācijas programmas narkotiku lietotājiem šobrīd īsteno lielākajā daļā ES valstu un Norvēģijā. Lai piekļūtu mērķpopulācijai, vakcinācija tagad ir pieejama narkotiku lietotājiem viegli pieejamos kontaktpunktos, kā arī arvien vairāk cietumos ⁽¹⁴⁴⁾.

B hepatīta imunizācijas kampaņas bieži tiek kombinētas ar A hepatīta vakcinācijām un C hepatīta konsultācijām, testiem un nosūtīšanu ārstēšanai. Lai arī visās valstīs tiek piedāvāta C hepatīta ārstēšana, tās pieejamība narkotiku lietotājiem praksē var būt apgrūtināta. Tā kā oficiālie medicīnas norādījumi tiek uzskatīti par svarīgu instrumentu, lai vadītu C hepatīta ārstēšanas nodrošinājumu, 2003.–2004. gadā EMCDDA veica to analīzi ⁽¹⁴⁵⁾. Lielākajā daļā no norādījumiem ir ieteikts nodrošināt ārstēšanu narkotiku lietotājiem pēc tam, kad viņi ir atteikušies no narkotiku lietošanas, vai arī stabili ievēro perorālās aizvietošanas terapiju laika periodā, kas var svārstīties no trim mēnešiem līdz diviem gadiem. Jo jaunāki ir norādījumu dokumenti, jo lielāka ir iespēja, ka tajos ir ņemti vērā pētījumi, kas liecina, ka narkotiku lietotāji gūst vislielāko ieguvumu no vairāku disciplīnu ārstēšanas, kurā iesaistās gan hepatologi, gan arī narkotiku lietošanas speciālisti. Jaunākais nacionālo norādījumu pieaugums varētu uzlabot ārstēšanās iespējas un uzlabot rezultātus attiecībā uz narkotiku lietotājiem.

Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi

Ar heroīna lietošanu saistītie nāves gadījumi

Šajā sadaļā termins "ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi" ir izmantots, lai apzīmētu nāves gadījumus, kurus ir tieši izraisījuši vienas vai vairāku narkotiku lietošana

un kuri ir iestājušies īsā laika periodā pēc attiecīgās vielas lietošanas. Šie nāves gadījumi ir zināmi kā "pārdozēšana", "saindēšanās" vai "narkotiku izraisītie nāves gadījumi" ⁽¹⁴⁶⁾.

Opiātu klātbūtne tiek atklāta lielākajā daļā "ar narkotikām izraisīto nāves gadījumu", ko izraisījušas nelegālās vielas, par kurām ziņo ES, kaut gan daudzos gadījumos toksikoloģiskās pārbaudes rezultātā tiek atklāta arī citu vielu klātbūtne, piemēram, alkohols, benzodiazepīni un dažās valstīs arī kokaīns ⁽¹⁴⁷⁾.

Laika posmā no 1990. līdz 2002. gadam ES valstīs ziņoja par 7 000 līdz 9 000 nāves gadījumu pārdozēšanas dēļ katru gadu ⁽¹⁴⁸⁾, kas kopā sastāda vairāk nekā 100 000 nāves gadījumu šajā periodā. Šos skaitļus var uzskatīt par minimālajiem aprēķiniem, jo ļoti iespējams, ka daudzas valstīs ziņo mazākus rezultātus.

Opiātu pārdozēšana ir viens no galvenajiem nāves cēloņiem jaunu cilvēku vidū Eiropā, jo īpaši tas attiecas uz vīriešiem pilsētu reģionos (EMCDDA, 2004c). Pašreiz pārdozēšana ir arī galvenais nāves cēlonis opiātu lietotāju vidū ES kopumā, piemēram, 2001. gadā ES-15 dalībvalstīs ziņoja par 8 347 ar narkotikām saistītiem nāves gadījumiem salīdzinājumā ar 1 633 nāves gadījumiem AIDS dēļ injicējamo narkotiku lietotāju vidū (EuroHIV, 2004. g.) ⁽¹⁴⁹⁾, lai gan nedrīkst par zemu novērtēt izmaksas un iespējamās ilgtermiņa problēmas, kas saistītas ar HIV infekciju.

Lielākā daļa narkotiku lietotāju, kuri pārdozē, ir vīrieši, kas veido 60–100 % no visiem gadījumiem, un lielākajā daļā valstu šī proporcija ir robežās no 75 līdz 90 %. Lielākā daļa pārdozēšanas upuru ir 20 līdz 30 gadus veci cilvēki, vidējais vecums ir no 22 līdz 45 gadiem. Vidējais vecums ir zemāks vairākās no jaunajām dalībvalstīm (Igaunija, Latvijā, Lietuvā un Rumānijā), daudzās no tām ir salīdzinoši augsts pārdozēšanas upuru skaits, kas ir jaunāki par 25 gadiem, un tas varētu atspoguļot jaunāku heroīna lietotāju daudzumu šajās valstīs ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴³⁾ Ziņojums par 14. globālo konsultāciju grupu: Imunizācijas programma, 1991. gada 14.–18. oktobris Antālijā, Turcijā, apstiprinājusi Pasaules veselības asambleja 1992. gadā.

⁽¹⁴⁴⁾ Skatīt B hepatīta vakcinācijas tabulu (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Konsultantu pētījums par C hepatīta ārstēšanas norādījumiem injicējamo narkotiku lietotājiem (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Šī ir definīcija, par kuru ir vienojušies EMCDDA nacionālo ekspertu grupa: skatīt metodoloģijas piezīmes "Ar narkotikām saistītās nāves EMCDDA definīcija" 2005. gada statistikas biļetenā un DRD standarta protokolā, versija 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>). Lielākajā daļā valstu ir nacionālās šādu gadījumu definīcijas, kas šobrīd ir vienādas ar EMCDDA definīciju vai relatīvi līdzīgas, kaut gan dažas valstis šeit iekļauj gadījumus, ko izraisījušas psihoaktīvās zāles, kā arī nāves gadījumus, ko nav izraisījuši pārdozēšana, pārsvarā ierobežotā proporcijā (skatīt "Nacionālās definīcijas par nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotikām" 2005. gada statistikas biļetenā).

⁽¹⁴⁷⁾ Skatīt tabulu DRD-1 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁸⁾ Skatīt tabulas DRD-2 un DRD-3 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁹⁾ Rādītājs par AIDS nāves gadījumiem attiecas uz PVO Eiropas rietumu zonu un ietver nāves gadījumus vairākās ne ES valstīs, piemēram, Šveicē, Islandē un Izraēlā.

⁽¹⁵⁰⁾ Skatīt attēlu DRD-2 2005. gada statistikas biļetenā.

Ar metadona lietošanu saistītie nāves gadījumi

Vairākas valstis ziņo par metadona klātbūtni lielā daļā no ar narkotikām saistītajiem nāves gadījumiem 2004. gadā (*Reitox* nacionālie ziņojumi). Šī informācija tiek sniegta saskaņā ar nacionālo terminoloģiju, un vairākos gadījumos ir grūti precīzi noteikt, kāda ir bijusi metadona ietekme nāves izraisīšanā; daži no gadījumiem ir tieša metadona intoksikācija, taču dažos citos gadījumos vielas klātbūtne ir tikai atzīmēta. Dānija savā ziņojumā norāda, ka metadons ir atrasts 49 % intoksikācijas izraisītajos nāves gadījumos (97 no 198 gadījumiem, no kuriem 64 gadījumos bija iesaistīts tikai metadons). Vācija norāda, ka 23 % no gadījumiem ir saistīti ar "aizvietojošajām vielām", no kurām 3 % ir tikai šīs vielas (55 gadījumi) un 20 % gadījumos tās bija kombinācijā ar alkoholu un narkotikām (354 gadījumi), bet 2002. gadā šie skaitļi bija 30 % kopā (7 % tikai šī viela un 23 % kombinācijā). Apvienotā Karaliste ir ziņojusi par 418 gadījumiem, kuros ir "pieminēts" metadons, lai gan tas nenorāda uz cēloņu sakarību. Citas valstis ir norādījušas, ka metadona klātbūtne ar narkotikām saistītajos nāves gadījumos ir noteikta retāk: Francija (astoņi gadījumi, kad noteikta tikai šī viela vai arī kombinācijā ar citām), Austrija (viela atrasta 10 % nāves gadījumu), Portugāle (noteikta 3 % gadījumu) un Slovēnija (četri metadona izraisīti nāves gadījumi). 2003. gada *Reitox* nacionālajos ziņojumos Īrija un Norvēģija arī ziņoja par būtisku skaitu gadījumu, kas saistīti ar metadona klātbūtni.

Līdzīgi kā gadījumā ar opiātiem, metadons ir potenciāli toksiska viela, taču pētījumi ir parādījuši, ka aizvietojošā terapija samazina pārdozēšanas izraisītās mirstības risku programmas dalībnieku vidū. Vairāki pētījumi ir norādījuši, ka nāves gadījumi, kuros tiek atklāts metadons, ir nelegālas, nevis medicīniski parakstītas lietošanas gadījumi, un vēl citi attiecināmi uz metadona uzturēšanas terapijas sākuma posmiem. Šie secinājumi norāda uz nepieciešamību nodrošināt labus kvalitātes standartus aizvietojošās terapijas programmās.

Ar fentanila un buprenorfīna lietošanu saistītie nāves gadījumi

Pēdējo gadu laikā Baltijas valstis ir ziņojušas par atsevišķiem nāves gadījumiem, kad toksikoloģijas analīzēs tika atklāts fentanils, bieži kopā ar heroīnu. Savā nacionālajā ziņojumā Zviedrija ir minējusi 13 nāves gadījumus, kas saistīti ar fentanilu injicējamo narkotiku lietotāju vidū 2003. gadā, salīdzinājumā ar tikai

nedaudziem atsevišķiem gadījumiem iepriekšējos gados. Informāciju par buprenorfīna ietekmi uz narkotikām saistītajiem nāves gadījumiem skatīt atsevišķajā tēmā par buprenorfīnu.

Tendences saistībā ar narkotiku izraisītiem pēkšņiem nāves gadījumiem

Tendences saistībā ar narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem dažādās valstīs ir atšķirīgas⁽¹⁵¹⁾, un tās ir atšķirīgas pat dažādos reģionos heroīna epidēmijas gaitas, tā lietošanas izplatības un ar risku saistīto darbību atšķirību rezultātā (piemēram, injicējamo narkotiku lietotāju proporcija, vairāku narkotiku lietošana), kā arī saistītas ar ārstēšanās un atbalsta pakalpojumu nodrošinājumu narkotiku lietotājiem un, iespējams, heroīna pieejamību un raksturojumu. Svarīga nozīme var būt arī atšķirībām neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu organizācijā un politikā.

Paturot prātā šos ierobežojumus, ES tomēr var noteikt zināmas vispārējas tendences, jo īpaši attiecībā uz ES-15 dalībvalstīm, kurās ir pieejami ilgāka termiņa un sistemātiskāki dati. Vispārēji būtisks ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaita pieaugums bija vērojams astoņdesmitajos gados un deviņdesmito gadu sākumā. Laika posmā no 1990. līdz 2000. gadam, neskatoties uz samazinājumu atsevišķās valstīs, vispārējā pieauguma tendence Eiropā turpinājās, kaut arī zemākā līmenī. 2000. gadā tika ziņots par 8 930 nāves gadījumiem, salīdzinājumā ar 6 426 gadījumiem 1990. gadā (40 % pieaugums)⁽¹⁵²⁾. Lielākajā daļā dalībvalstu ar ilgstošiem datiem var saskaņot pārdozēšanas upuru vecuma palielināšanās tendenci, kas liecina par "vecākas ļaužu grupas ietekmi", kas varētu būt saistīts ar jaunu narkotiku lietotāju iesaistīšanas samazināšanos (19. attēls).

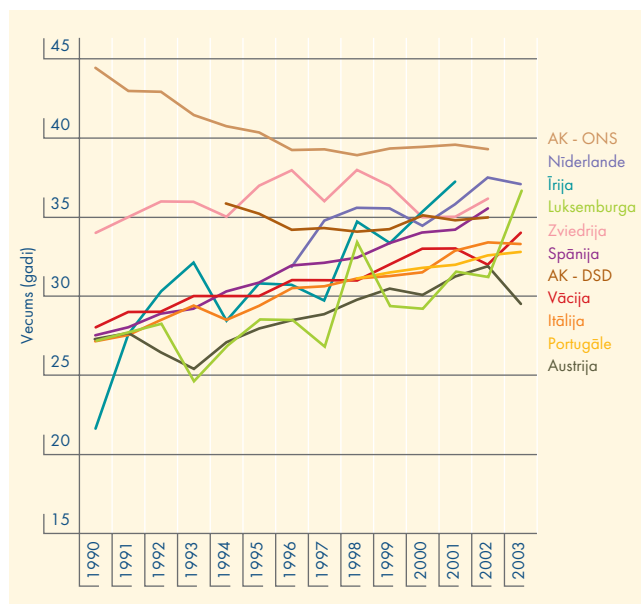
Kopš 2000. gada tomēr daudzas ES valstis ziņo par narkotiku izraisīto nāves gadījumu samazināšanos. Starp ES-15 dalībvalstīm un Norvēģiju kopējais skaits ir samazinājies no 8 930 gadījumiem 2000. gadā līdz 8 394 gadījumiem 2001. gadā (6 % samazinājums) un 7 122 gadījumiem 2002. gadā⁽¹⁵³⁾ (vēl 15 % samazinājums). Tikai 10 valstis ir sniegušas informāciju par 2003. gadu, un tāpēc secinājumi par tendencēm ES ir jāizdara piesardzīgi. Taču, balstoties uz šiem 10 valstu sniegtajiem datiem, 2003. gadā ir vērojams 5 % samazinājums, kas ir tikai viena trešā daļa no samazinājuma, kāds bija 2002. gadā. No 10 valstīm, kas sniedza informāciju par 2003. gadu, trīs ziņoja par

⁽¹⁵¹⁾ Skatīt attēlu DRD-7 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵²⁾ Skatīt attēlu DRD-8 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵³⁾ Skatļi par Beļģiju un Īriju par 2002. gadu nav ietverti (2001. gadā Īrijā bija 88 gadījumi).

19. attēls: Ar narkotikām saistīto pēkšņo nāves gadījumu upuru vecuma tendences atsevišķās ES-15 dalībvalstīs, 1990.–2001./2003. g.



NB: Attēlā ir dati no valstīm, kuras ziņoja par vairāk pārstāvēto upuru vecuma grupu atskaites periodā.

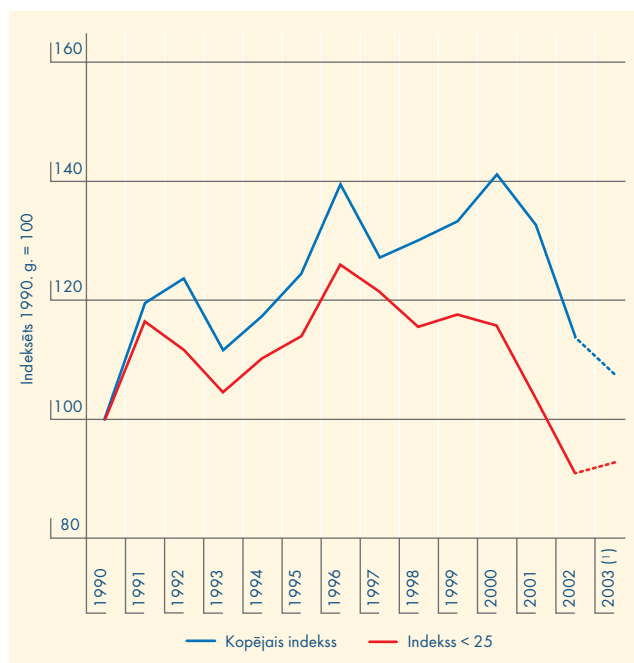
Informācija balstīta uz "nacionālajām definīcijām", kas aprakstītas tabulā DRD-6 2005. gada statistikas biļetenā. Anglijā un Velsā tiek izmantota "narkotiku stratēģijas definīcija" (DSD). ONS = Valsts statistikas birojs.

Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi (2004. g.), nacionālie mirstības reģistri un speciālie reģistri (tiesu medicīnas vai policijas).

pieaugumu, viena ziņoja par situāciju bez izmaiņām un sešas ziņoja par samazinājumu, kuru var uzskatīt par ievērojamu Grieķijā (22 %) un Itālijā (17 %) ⁽¹⁵⁴⁾. Šīs tendences rada nopietnas bažas, jo pastāv iespēja, ka tie faktori, kas bija par iemeslu ar narkotikām saistīto nāves gadījumu samazinājumam laikā no 2000. līdz 2002. gadam (gandrīz 20 % samazinājums), 2003. gadā vairs nedarbojas; tas ir īpaši svarīgi tāpēc, ka ar narkotikās saistīto nāves gadījumu skaits vēsturiski vēl joprojām ir samērā augsts – aptuveni tāds pats kā deviņdesmito gadu sākumā (20. attēls).

Kopumā ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaits par 25 gadiem jaunāku cilvēku vidū ir stabili samazinājies kopš 1996. gada, norādot uz iespējamu gados jauno injicējamo narkotiku lietotāju skaita samazināšanos (19. un 20. attēls), kas ir samazināšanās vai stabilitātes tendences rezultāts ES-15 dalībvalstīs, izņemot Franciju, Zviedriju un Norvēģiju. Taču vairākās jaunajās dalībvalstīs tika novērots par 25 gadiem jaunāku upuru proporcionālā skaita pieaugums deviņdesmito gadu vidū un laikā no 2000.

20. attēls: Ar narkotikām saistīto pēkšņo nāves gadījumu vispārējās tendences ES-15 dalībvalstīs un ar narkotikām saistīto nāves gadījumu upuru, kas jaunāki par 25 gadiem, proporcionālā daudzuma tendences, 1990.–2003. g.



(1) Rādītājs par 2003. gadu ir provizorisks, jo tikai desmit valstis ir sniegušas datus par 2003. gadu. Rādītājs par 2003. gadu balstās uz tām valstīm, kas sniedza datus par 2002. un 2003. gadu.

NB: Indeks: 1990. g. = 100. Gadījumu skaits par valstīm ir sniegts tabulā DRD-2 (daļas i un v) 2005. gada statistikas biļetenā.

Beļģija nesniedza datus par 1998.–2001. gadu un Īrija – par 2002. gadu. Aprēķina metode, ko noteicis EMCDDA (2001), ir izmantota, lai veiktu šīs situācijas korekcijas.

Avoti: Reitox nacionālie ziņojumi (2004. g.), vispārējie mirstības reģistri un speciālie reģistri (tiesu medicīnas vai policijas), vadoties pēc nacionālajām definīcijām, kas sniegtas tabulā DRD-6 2005. gada statistikas biļetenā.

līdz 2002. gadam, norādot uz pieaugošu jauno lietotāju iesaistīšanu ⁽¹⁵⁵⁾. Papildus tam samazinājums, kas novērots ES-15 dalībvalstīs kopš 2000. gada, ir bijis galvenokārt vīriešu vidū (21,9 % samazinājums). Sieviešu vidū samazinājums ir bijis daudz mazāks (14,5 %), un 2003. gadā pretēji vīriešiem samazināšanās tendence sievietes vidū ir pagriezies pretējā virzienā ⁽¹⁵⁶⁾.

Noteikt tendences jaunajās dalībvalstīs ir grūti ierobežotās pieejamās informācijas dēļ. Lai arī pastāv atšķirības valstu starpā, pieejamā informācija liecina, ka ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaits ir sācis skaidrāk pieaugt deviņdesmito gadu vidū. Šādu secinājumu apstiprina arī par 25 gadiem jaunāku upuru proporcionālā skaita pieaugums deviņdesmito gadu vidū un laikā no 1999. līdz 2000. gadam lielākajā daļā valstu, kuras ir sniegušas informāciju ⁽¹⁵⁷⁾. Jaunajās dalībvalstīs, par kurām ir

⁽¹⁵⁴⁾ Balstoties uz vienkāršo statistikas Poisson modeli. Policijas dati no Norvēģijas arī liecina par samazinājumu 2003. gadā.

⁽¹⁵⁵⁾ Skatīt attēlu DRD-9 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁶⁾ Skatīt attēlu DRD-6 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁷⁾ Skatīt attēlu DRD-9 2005. gada statistikas biļetenā.

pieejama informācija, par 25 gadiem jaunāku upuru skaits pieauga straujāk par kopējo pieaugumu no 1996. gada līdz pat nesena pagātnei (21. attēls), apstiprinot uzskatu par nesenu epidēmiju. Kopš 2000. gada nelegālo vielu lietošanas izraisīto nāves gadījumu skaits ir stabilizējies vai samazinājies Bulgārijā, Čehijas Republikā⁽¹⁵⁸⁾, Latvijā (2003. gadā) un Ungārijā. Kopumā pēdējo gadu laikā ir notikusi zināma situācijas stabilizēšanās, taču šis secinājums ir jāizdara ar piesardzību, jo atskaišu kvalitāte un iekļautie dati vēl joprojām ir ierobežoti daudzās valstīs. Iespējamo heroīna lietošanas pieaugumu, kas notika daudzās no jaunajām dalībvalstīm deviņdesmitos gados, varētu kompensēt ārstēšanās pakalpojumu nodrošinājuma pieaugums pēdējo gadu laikā un arī citi faktori, taču ir grūti prognozēt nākotnes tendences (21. attēls).

Var izdarīt secinājumu, ka, neskatoties uz pozitīvajām izmaiņām no 2000. līdz 2002. gadam, kas, iespējams, ir saistīts ar tādiem faktoriem kā atteikšanās no injicēšanas opiātu lietotāju vidū vairākās valstīs un uzlabota ārstēšanās pieejamība, kā arī iespējama opiātu lietotāju skaita samazināšanās vai stabilizēšanās, pašreizējie skaitļi saglabājas augsti, skatoties ilgtermiņa perspektīvā, un ir norādes, ka uzlabojumi varētu neturpināties.

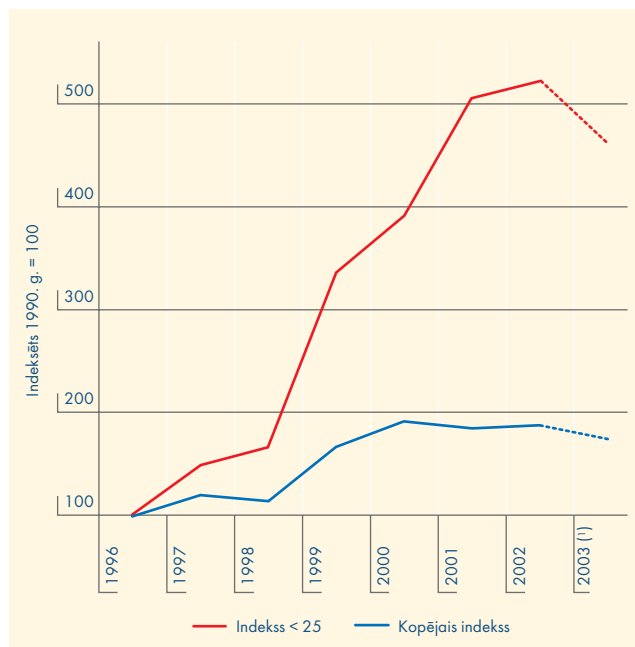
Opiātu lietotāju vispārējā mirstība

Vispārējā mirstība opiātu lietotāju vidū ir vairāk nekā 20 reizes augstāka par mirstību tā paša vecuma iedzīvotāju vidū kopumā. Šie paaugstinātie mirstības rādītāji ir īpaši augsti starp injicējamo narkotiku lietotājiem. Neskatoties uz opiātu atkarības zemo izplatību, šim apstāklim ir būtiska ietekme uz jaunu pieaugušo mirstības rādītājiem Eiropā (Bargagli et al., 2004).

Mirstības cēloņi opiātu lietotāju vidū ietver ne tikai pārdozēšanu, bet arī AIDS un citas infekcijas saslimšanas, kā arī ārējos nāves apstākļus (nelaimes gadījumi, vardarbība, pašnāvības u.c.). Galvenais nāves cēlonis cilvēku grupās ar zemu HIV infekcijas izplatību ir pārdozēšana. AIDS nāves gadījumu skaits pēdējo gadu laikā ir būtiski samazinājies, pateicoties augstajai HAART terapijas pieejamībai pēc 1995. gada (skatīt iepriekš vispārējos rādītājus par Eiropu)⁽¹⁵⁹⁾.

Līdz ar opiātu lietotāju vecuma pieaugumu progresīvi palielinās mirstība cēloņu dēļ, kas saistīti ar hroniskiem apstākļiem (kā, piemēram, ciroze, vēzis, elpošanas ceļu saslimšanas, endokardīts, AIDS), un šie nāves gadījumi pievienojas tiem, ko ir izraisījuši pārdozēšana un ārējie apstākļi, kā, piemēram, pašnāvības un vardarbība (Nīderlandes nacionālais ziņojums).

21. attēls: Ar narkotikām saistīto pēkšņo nāves gadījumu vispārējās tendences jaunajās dalībvalstīs un kandidātvalstīs un upuru skaita, kas jaunāki par 25 gadiem, proporcionālā daudzuma tendences, 1996.–2003. g.



(*) Rādītājs par 2003. gadu ir provizorisks.
 NB: Ietvertās valstis ir Bulgārija, Čehijas Republika, Igaunija, Latvija, Lietuva, Ungārija, Malta un Slovēnija.
 Indekss: 1996. g. = 100. Gadījumu skaits par valstīm ir sniegts tabulā DRD-2 (daļa ii) 2005. gada statistikas biļetenā.
 Jāatceras, ka indekss ir aprēķināts, izmantojot datus no ierobežota valstu skaita. Tāpat ir jāatceras, ka Čehijas Republikā un Igaunijā ir lielākā daļa to upuru, kas jaunāki par 25 gadiem. Igaunija nesniedza datus par 1996. un 2003. gadu, Ungārija par 2002. gadu un Čehijas Republika par 1996. līdz 2002. gadu. Aprēķina metodi ir aprakstījis EMCDDA (2001. g.).
 Avoti: Reiox nacionālie ziņojumi (2004. g.), vispārējie mirstības reģistri un speciālie reģistri (tiesu medicīnas vai policijas), vadoties pēc nacionālajām definīcijām, kas sniegtas tabulā DRD-6 2005. gada statistikas biļetenā.

Papildus tam dzīves apstākļi un faktori, kas nav saistīti ar narkotiku lietošanu kā tādu (bezpajumtnieku dzīve, garīgās saslimšanas, slikts uzturs u.c.) var ievērojami paaugstināt mirstības rādītājus narkotiku lietotāju vidū. Pētījumi ir pierādījuši, ka mirstība psihiatrijas pacientu vidū ir četras reizes augstāka nekā iedzīvotāju vidū vispār (Korkeila, 2000), un arī mirstība bezpajumtnieku vidū ir trīs līdz četras reizes augstāka par mirstību iedzīvotāju vidū kopumā (Hwang, 2001).

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšana

Atbildes reakcijas stratēģijas

2000.–2004. gada ES politikas mērķis ievērojami samazināt ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaitu tika

⁽¹⁵⁸⁾ Ņemot vērā tikai gadījumus EMCDDA "Izlase D" ietvaros, kas ietver nelegālās narkotikas. Nacionālā definīcija ietver daudzus gadījumus, kas ir psihoaktīvo medikamentu rezultāts (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Narkotiku lietotāju mirstība ES: jaunu pētījumu ieviešanas koordinācija, sekošana un analīze par esošajām grupām un jaunu metožu izstrāde un rezultāti. EMCDDA ziņojums CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

plaši akceptēts dalībvalstīs. Astoņas no ES-15 dalībvalstīm (Vācija, Grieķija, Spānija, Īrija, Luksemburga, Portugāle, Somija un Apvienotā Karaliste), kā arī četras jaunās ES valstis (Kipra, Latvija, Lietuva un Polija) ir iekļāvušas ar narkotikām saistīto nāves gadījumu samazināšanu savu nacionālo stratēģiju dokumentos⁽¹⁶⁰⁾. Tas fakts, ka vairākām jaunajām dalībvalstīm vēl joprojām nav ticamas informācijas par ar narkotiku lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem, ir būtisks šķērslis atbilstošas atbildes reakcijas politikas izstrādāšanai.

Jaunajā ES narkotiku apkarošanas stratēģijā (2005.–2012. g.) liela prioritāte ir likta uz virkni pakalpojumu, kas varētu samazināt ar narkotiku lietošanu saistīto saslimstību un mirstību, un ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaits ir izvēlēts kā viens no galvenajiem progresa indikatoriem šā mērķa sasniegšanai pirmajā četru gadu rīcības plānā (2005.–2008. g.)⁽¹⁶¹⁾.

Iejaukšanās pasākumi

Galvenais iejaukšanās pasākums, izvērtējot tā ietekmi uz narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, ir atbilstoša ārstniecības pakalpojumu nodrošināšana, jo īpaši aizvietošanas terapijas nodrošināšana (PVO, 1998. g.; ACMD, 2000; *Brugal et al.*, 2005). Astoņdesmitajos gados un pat vēl lielākā mērā deviņdesmitos gados aizvietojošā terapija Eiropā ir ļoti strauji izplatījusies, jo īpaši jaunajās ES dalībvalstīs, kurās ir augsta heroīna injicēšanas izplatība. Šobrīd vairāk nekā pusmiljons heroīna lietotāju ES – kas ir aptuveni viena ceturtdaļa līdz pusei no aprēķinātās heroīna lietošanas mērķgrupas – ir iesaistīti aizvietojošās terapijas programmās.

Valstīs, kur vairāk nekā puse no problemātiskās narkotiku lietotāju populācijas ir iesaistīta aizvietošanas terapijā, ir novērojams narkotiku injicēšanas un saistītās riska uzvedības modeļu samazinājums, kam seko pārdozēšanas izraisīto nāves gadījumu samazinājums.

2003. gadā Eiropas Padome rekomendēja ES dalībvalstīm virkni pasākumu ar mērķi samazināt narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaitu⁽¹⁶²⁾. Papildus ārstēšanai no narkotiku atkarības šie iejaukšanās pasākumi ietver izglītības uzlabošanu un informācijas par pārdozēšanas risku un kontroli izplatīšanu narkotiku lietotājiem, viņu paziņām un ģimenēm; kā arī visaptverošas stratēģijas, lai uzrunātu cilvēkus, ar kuriem nav kontakta, viņus ietekmējot un nodrošinot viegli pieejamus, vilinošus narkotiku atkarības dienestus. Ieteikšanas īstenošanu un tās ietekmi

cieši kontrolē Komisija, un atskaite par to ir paredzēta 2006. gadā.

Pārdozēšanas upuru demogrāfiskais profils norāda, ka neārstētie gados vecākie heroīna lietotāji ir pakļauti augstākajam riskam un ka viņi varētu mirt narkotiku pārdozēšanas dēļ. Specifisks pasākums, kas ir iedarbīgs šo prioritāro grupu uzrunāšanai ir kontrolētu narkotiku lietošanas centru izveidošana⁽¹⁶³⁾. Šādi dienesti šobrīd darbojas 15 Vācijas un 15 Nīderlandes pilsētās, kā arī Madridē, Barselonā un Bilbao (Spānija) un Oslo (Norvēģija).

Ārstēšana no opiātu atkarības

Vienkāršoti pastāvošās iespējas ārstēšanai no opiātu atkarības var iedalīt trīs vispārējās kategorijās: ārstēšana ar zālēm (MAT), ārstēšana bez zālēm un ārstēšana bez konkrētās narkotikas (pēdējais veids šajā ziņojumā nav apskatīts). Taču atkarības un atteikšanās problēmu risināšana ir tikai viens sekmīgas opiātu atkarības ārstēšanas aspekts. Palīdzība personai atgriezties sabiedrībā ar sociālās integrācijas palīdzību, piemēram, atrodot darbu un drošu mājvietu, un nepieciešamo sociālo prasmju attīstīšana, lai izvairītos no atkārtotiem gadījumiem, ir tikpat svarīga pozitīva rezultāta nodrošināšanā ilgtermiņā. Virkne pētījumu ir atzīmējuši, ka personām ar opiātu atkarības problēmām ir vairāki ārstēšanās mēģinājumi un ka terapeitiskos mērķus, jo īpaši atturēšanos, ne vienmēr izdodas sasniegt ar pirmo ārstēšanās reizi, taču pie tiem var nonākt ar atkārtotas terapijas darbībām.

Ārstēšana ar zālēm

Ārstēšana ar zālēm (MAT) ietver gan aizvietošanas terapiju ar agonistiem (metadons, buprenorfins, dihidrokodeīns, heroīns, morfīns), gan arī ne tik plaši izmantotu ārstēšanu ar antagonistiem (piemēram, naltreksons).

Metadons ir pieejams gandrīz visās dalībvalstīs (skatīt 3. tabulu), un tā vēl joprojām ir visplašāk izmantotā aizvietošanas terapija Eiropā. Taču pēdējo gadu laikā ārstēšanas iespējas ir paplašinājušās. Buprenorfins tagad ir pieejams 18 no 26 valstīm, par kurām ir pieejama informācija. Ārstēšanu ar citiem agonistiem, kā arī ārstēšanu ar antagonistiem (naltreksons, naloksons vai klonidīns) ES izmanto mazāk. Pētījums par kontrolētu heroīna indicēšanu šobrīd notiek Beļģijā, un Austrija ir

⁽¹⁶⁰⁾ Skatīt pārskata tabulu: Stratēģijas un izvēlētie pasākumi ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu mazināšanai (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Skatīt ES narkotiku stratēģiju 2005.–2012. g. (<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⁾ Eiropas ziņojums par narkotiku lietošanas telpām (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

3. tabula: Izmantotās vielas ārstēšanā ar zālēm Eiropā (ieskaitot izmēģinājumus)

Valsts	Metadons	Buprenorfins	Dihidrokodeīns	Lēnas iedarbības morfīns	Heroīns	Naltreksons/ naloksons	Klonidīns
Beļģija	X	X	X			X	X
Čehijas Republika	X	X					
Dānija	X	X					
Vācija	X	X	X		X	X	
Igaunija	X	X					
Grieķija	X	X				X	
Spānija	X	X			X		
Francija	X	X		X			
Īrija	X						
Itālija	X	X				X	X
Kipra							
Latvija	X						
Lietuva	X	X				X	
Luksemburga	X	X		X			
Ungārija	X						
Malta	X		X			X	X
Nīderlande	X	X			X	X	X
Austrija	X	X	X	X			
Polija	X						
Portugāle	X	X				X	X
Slovēnija	X						
Somija	X	X					
Zviedrija	X	X					
Apvienotā Karaliste	X	X	X		X	X	X
Bulgārija	X			X			
Rumānija	X						
Norvēģija	X	X					

NB: Nav pieejama informācija par Slovēniju un Turciju.
 Avots: Standarta tabula par narkotiku atkarības ārstēšanas pieejamību.

saņēmusi ekspertu viedokli par heroīna izmantošanu ārstēšanā hroniskajiem opiātu atkarīgajiem, balstoties uz rezultātiem, kas iegūti esošajās starptautiskajās programmās.

Pēdējie dati parāda, ka 2003. gadā vairāk nekā 450 000 pacientu bija iesaistīti aizvietošanas terapijā specializētajos centros ES (4. tabula) un vairāk nekā 90 % no viņiem saņēma metadonu. Papildus tam bija arī pacienti, kas saņēma cita veida aizvietošanas terapiju (kā piemēram, dihidrokodeīnu, morfinu vai heroīnu), un personas, kas izgāja aizvietojošo terapiju, piemēram, pie sava ģimenes ārsta. Diemžēl, ticami dati par šiem

aizvietošanas terapijas aspektiem nav pieejami daudzās dalībvalstīs, un līdz ar to nav iespējams noteikt kopējos skaitļus ES kopumā.

Taču dažās valstīs ir ticami dati un aprēķini par to pacientu skaitu, kas iziet aizvietošanas terapiju pie terapeitiem, tādējādi sniedzot svarīgu informāciju, kas papildina kopējos aprēķinus par pacientiem, kas iziet aizvietošanas terapiju ES. To pacientu skaits, kas iziet aizvietošanas terapiju pie terapeitiem, 2003. gadā bija 8 500 Francijā, 2 682 Īrijā, 851 Luksemburgā un 930 Nīderlandē. Turklāt Čehijas Republikā un Francijā attiecīgi 1 200 un 70 000 pacientu izgāja buprenorfina terapiju pie saviem terapeitiem.

4. tabula: Aprēķini par pacientiem, kuri iziet aizvietošanas terapiju Eiropā 2003. gadā

Valsts	Pacienti, kuri iziet metadona terapiju specializētās vienībās	Pacienti, kuri iziet buprenorfina terapiju specializētās vienībās	Kopējais pacientu skaits, kas iziet aizvietošanas terapiju specializētajās vienībās
Beļģija	1 922	48	1 970
Čehijas Republika	368	204	572
Dānija	4 971	484	5 455
Vācija	65 000	9 000	74 000
Igaunija	60	13	73
Grieķija	2 018	275	2 293
Spānija	88 678	36	88 714
Francija	15 000	13 000	28 000
Īrija ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Itālija	79 065	7 113	86 178
Kipra	0	0	0
Latvija	67	0	67
Lietuva	332	n.p.	332
Luksemburga	133	10	143
Ungārija	750	0	750
Malta	698	0	698
Nīderlande	12 000	n.p.	12 000
Austrija ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Polija	865	0	865
Portugāle	9 765	2 743	12 508
Slovēnija	1 909	0	1 909
Somija	170	430	600
Zviedrija	800	1 300	2 100
Apvienotā Karaliste	128 000	n.p.	128 000
Bulgārija	380	0	380
Rumānija	400	0	400
Norvēģija	1 947	484	2 431
Kopā ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽³⁾

⁽¹⁾ Šis ir gadījumu skaits, nevis gada laikā ārstēšanu saņēmušās personas.

⁽²⁾ Austrijā aptuveni 46 % pacietu iziet aizvietošanas terapiju ar citām zālēm, kas nav metadons un buprenorfins, un šis skaits ir pieskaitīts, lai iegūtu pareizu kopējo rādītāju. Proporcionālais sadalījums ir balstīts uz pirmajiem diviem rādījumiem.

⁽³⁾ Lielāks kopējais skaits ir, pateicoties aprēķinātajiem 2 950 pacientiem, kas iziet aizvietošanas terapiju ar citām zālēm, kas nav metadons un buprenorfins, Austrijā (galvenokārt ar lēnas iedarbības morfīnu).

⁽⁴⁾ n.p. – nav informācijas. Aprēķinot kopējos rādītājus, gadījumos, kad "nav informācijas", ir pieņemta 0 vērtība, un līdz ar to tie atspoguļo minimālo līmeni.

NB: Informācija nav pieejama par Slovākiju un Turciju.

Avots: Standarta tabula par narkotiku atkarības ārstēšanas pieejamību.

Aprēķini liecina, ka pavisam 81 743 pacienti saņēma aizvietošanas terapiju šajās piecās valstīs. Paturot prātā, ka specializētajos centros aizvietošanas terapiju iziet vairāk nekā 450 000 pacientu, kopējais to pacientu skaits, kas iziet aizvietošanas terapiju, tagad pārsniedz pusmiljonu un ir aptuveni 530 000. Arī šajā gadījumā, tā kā informācija ir nepilnīga, šis skaitlis atspoguļo minimālo aprēķinu par narkotiku lietotājiem, kas iziet aizvietojošo terapiju.

Aizvietojošās terapijas pieejamības līmenis lielā mērā atšķiras starp ES-15 dalībvalstīm un jaunajām dalībvalstīm, un kandidātvalstīm. Lai arī šeit ir vairāk nekā 20 % no kopējā iedzīvotāju skaita, jaunajās dalībvalstīs un kandidātvalstīs ir tikai 1,3 % pacientu, kas iziet aizvietošanas terapiju (neskaitot Turciju, par kuru nav pieejami dati attiecībā uz aizvietošanas terapiju). No jaunajām dalībvalstīm tikai divas, Čehijas Republika un

Slovēnija, sniedz aprēķinus par problemātiskās narkotiku lietošanas izplatību, un abās šajās valstīs aizvietošanas terapija ir pieejama mazākai problemātisko narkotiku lietotāju daļai (attiecīgi 16 % un 26 %) nekā vidēji ES 15 valstīs (35 %). Neskatoties uz to, ka trūkst datu par problemātiskās narkotiku lietošanas izplatību citās jaunajās dalībvalstīs un kandidātvalstīs, aizvietošanas terapijas līmenis ir ievērojami zemāks par līmeni ES 15 dalībvalstīs. Ņemot vērā augsto infekcijas saslimšanu izplatīšanās risku dažās valstīs un ierobežošanas ietekmi, kāda var būt MAT tās samazināšanā (skatīt, piemēram, UNODC, 2002), šī situācija rada iemeslu bažām.

Pēdējo gadu laikā ir parādījušās divas izteiktas MAT tendences. Pirmā ir tendence, kas turpinās un attiecas uz pieaugošu aizvietošanas terapijas pieejamību, kaut gan šis pieaugums tagad kļūst mazāk izteikts. Papildus tam ir novērojama nodrošināto vielu dažādošana, piemēram, to valstu skaits, kas ziņo par buprenorfīna lietošanu, ir pieaudzis līdz 14 valstīm 2003. gadā, salīdzinot ar sešām 1999./2000. gadā.

Trešā, lai arī mazāk izteiktā tendence ir saistīta ar pieaugošu terapiju iesaistīšanos MAT nodrošināšanā. Par terapiju iesaistīšanos 2000./2001. gadā ziņoja tikai trīs no 15 dalībvalstīm (Beļģija, Francija, Apvienotā Karaliste) (Solberg et al., 2002), taču tagad tā notiek 10 no ES-15 dalībvalstīm (Beļģija, Vācija, Francija, Īrija, Itālija, Luksemburga, Nīderlande, Austrija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste), kā arī trīs no jaunajām dalībvalstīm (Čehijas Republika, Malta un Slovēnija).

Ārstēšana bez zālēm

Ārstēšana bez zālēm ietver psihosociālu un izglītojošu metožu piemērošanu, lai nodrošinātu ilgtermiņa atturēšanos no narkotiku lietošanas. Tradicionāli ārstēšana bez zālēm ir bijusi ilgtermiņa pastāvīgā uzturēšanās terapeitiskā vidē. Šodien to bieži piedāvā arī sabiedrības vidē.

Pretēji MAT, par kuru daudzās dalībvalstīs pastāv centralizēti nacionālie reģistri, reģistrus par ārstēšanos bez zālēm izmanto ļoti reti, kvantitatīvie dati par šo ārstēšanas metodi ir trūcīgi. Lai arī nav iespējams veikt precīzu salīdzināšanu ar MAT, ziņojumi no dalībvalstīm liecina, ka MAT ir galvenā ārstēšanas forma problemātiskajiem opiātu lietotājiem lielākajā daļā ES dalībvalstu un ES līmenī kopā. Taču dažas valsti ziņo par vispārēju priekšroku ārstēšanai bez zālēm, nevis MAT (Igaunija, Kipra, Lietuva, Polija un Somija). Daudzās valstīs, konkrēti Grieķijā, Spānijā un

Norvēģijā, MAT un beznarkotiku ārstēšanas proporcijas ir līdzīgas.

Jaunami kvalitātes nodrošināšanā

Vairākas valstis (Vācija, Austrija un Portugāle) ir izdevušas rokasgrāmatas, kas paredzētas medicīnas darbiniekiem, par ārstēšanu no narkotiku atkarības. Apvienotās Karalistes valdības narkotiku apkarošanas stratēģijā ieguldītās pūles ir parādījušas, ka, ieguldot budžetā, organizācijā, uzraudzībā un personālā, var samazināt gaidīšanas rindas un lielāks skaits problemātisko narkotiku lietotāju var piekļūt ārstēšanai un saņemt to ilgāk. Anglijā problemātisko narkotiku lietotāju skaits, kas kontaktējās ar atkarības ārstēšanas dienestiem, palielinājās par 41 % 2003.–2004. gadā, salīdzinot ar 1998.–1999. gadu, un gaidīšanas rindas ir samazinājušās par divām trešdaļām kopš 2001. gada. 2003.–2004. gadā 72 % no pacientiem bija vai nu sekmīgi beiguši strukturēto ārstēšanos, vai arī turpināja ārstēšanos, salīdzinot ar 57 % 2000.–2003. gadā (NTA, 2004).

Apstākļi, kādos tiek nodrošināta ārstēšana no atkarības, būtiski atšķiras. Vienā valstu grupā (Vācija, Grieķija, Spānija, Francija, Kipra, Luksemburga, Nīderlande, Polija, Slovēnija un Apvienotā Karaliste) problemātisko opiātu lietotāju ārstēšana bez zālēm notiek galvenokārt ambulatori, taču mazāka valstu grupa ziņo par ārstēšanu stacionārā (Īrija, Itālija, Austrija) un citās valstīs nav izteikta pārsvara (Zviedrija, Norvēģija).

Sociālā reintegrācija

Sociālā reintegrāciju definē kā "visas sociālās darbības, kuru mērķis ir integrēt bijušos vai pašreizējos narkotiku lietotājus sabiedrībā". Trīs sociālās reintegrācijas "pīlāri" ir: 1) dzīvesvieta, 2) izglītība, 3) darbs (ieskaitot profesionālo apmācību). Ir iespējams izmantot arī citus līdzekļus, kā piemēram, psihologa konsultācijas un brīvā laika aktivitātes.

Sociālā reintegrācija ir mazāk izstrādāta atbildes reakcija uz problemātisko narkotiku lietošanu nekā ārstēšana, un līdz ar to uzraudzības un atskaites dati šajā jomā ir nepilnīgi. Dažas valstis ziņo par savu centienu sociālās reintegrācijas jomā kvalitatīvo novērtējumu, taču neviena no tām neinformē par pietiekamu segumu. Valstis, kuras sniedz ziņojumus (Igaunija, Īrija, Malta, Nīderlande, Rumānija, Zviedrija un Norvēģija), norāda uz trūkumiem savās sociālās reintegrācijas programmās un/vai dienestos. Viens izņēmums ir Grieķija, kur pastāv gan

relatīvi plašas sociālās reintegrācijas programmas, gan arī ticami dati par cilvēku skaitu, kurus tajās iesaista.

Atsavināšana un tirgus informācija ⁽¹⁶⁴⁾

Opiātu ražošana, tirdzniecība un atsavināšana

Afganistāna ir kļuvusi par izteiktu līderi vispasaules mērogā attiecībā uz nelegālā opija piegādi, jo īpaši tāpēc, ka kopējā kultivētās audzēšanas platība 2004. gadā atkal pieauga. Aprēķini liecina, ka globālā nelegālā opija ražošana 2004. gadā sasniedza 4 850 tonnu (4 766 tonnas 2003. gadā), un Afganistānas ieguldījums sastādīja 87 % un Mjanmaras – 8 %. Globālā mērogā opija ražošana ir saglabājusies stabilā līmenī pēdējo piecu gadu laikā, izņemot 2001. gadu, kad opija magoņu ražošanas aizlieguma rezultātā, ko noteica Talibanu režīms, tika piedzīvota straujā, bet īslaicīga ražošanas lejupslīde. Globālais potenciālais heroīna ražošanas apjoms tika novērtēts kā 485 tonnas 2004. gadā (477 tonnas 2003. gadā) (CND, 2005).

ES lietoto heroīnu ražo galvenokārt Afganistānā (pieaugoši rādītāji) vai arī pie opija tirdzniecības ceļiem, jo īpaši Turcijā (UNODC, 2003a; INCB, 2005), un to ievie Eiropā pa diviem galvenajiem tirdzniecības maršrutiem. Vēsturiski svarīgais Balkānu maršruts vēl joprojām saglabā savu svarīgo lomu heroīna tirdzniecībā. Tranzītā caur Pakistānu, Irānu un Turciju maršruts pēc tam novirzās uz dienvidu atzaru caur Grieķiju, bijušo Dienvidslāvijas Republiku Maķedoniju, Albāniju, daļu no Itālijas, Serbiju, Melnkalni un Bosniju-Hercegovinu un ziemeļu atzaru – caur Bulgāriju, Rumāniju, Ungāriju un Austriju. INCB (2005. g.) ziņo, ka 2003. gadā Balkānu maršruta ziemeļu atzars kļuva par dominējošo heroīna tirdzniecībā. Kopš deviņdesmito gadu vidus heroīnu arvien vairāk nelikumīgi ievie Eiropā pa “zīda ceļu” caur Centrālo Āziju, Kaspijas jūru un Krievijas Federāciju, Baltkrieviju un Ukrainu (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005. g.). Lai arī šie maršruti ir svarīgākie, vairākas valstis Austrumu un Rietumu Āfrikā un Amerikā ir atsavinājušas Eiropai paredzēto heroīnu 2003. gadā (CND, 2005; INCB, 2005).

Papildus importētajam heroīnam dažas opiātu narkotikas ražo arī ES. Tā ir galvenokārt ierobežota mājas magoņu produktu ražošana (piemēram, magoņu salmi, magoņu koncentrāts no sasmalcinātiem magoņu kātiem vai

galviņām) vairākās austrumu ES valstīs, kā, piemēram, Igaunijā, Latvijā un Lietuvā (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004). Jo īpaši šādi produkti ir ieguvuši popularitāti 2003. gadā Igaunijā.

Apjoma ziņā 2003. gadā Āzija (56 %) un Eiropa (34 %) vēl joprojām atsavināja lielāko heroīna daudzumu pasaules mērogā. Eiropas daļa šajā ziņā pieaug, jo īpaši pieaugošā heroīna atsavināšanas apjoma Austrumu un Dienvidaustrumu Eiropas valstīs dēļ (CND, 2005). Kopš 1998. gada ES valsts, kurā ir lielākais atsavināšanas gadījumu skaits un arī lielākais atsavinātā heroīna daudzums, ir Apvienotā Karaliste, kam seko Spānija atsavināšanas gadījumu skaita ziņā un Itālija atsavinātā daudzuma ziņā ⁽¹⁶⁵⁾. 2002. gadā uz Apvienoto Karalisti attiecās aptuveni 30 % no atsavināšanas gadījumu skaita un arī atsavinātā heroīna daudzuma ES.

Atsavinātā heroīna daudzums ⁽¹⁶⁶⁾ ES ir vispārēji pieaudzis pēdējo piecu gadu laikā, ar zināmu stabilitāti 2000.–2002. gadā, taču kopumā atsavināšanas gadījumu skaits šajā pašā laika periodā ir samazinājies. Balstoties uz tendencēm valstīs, par kurām ir pieejama informācija, gan atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātais heroīna daudzums 2003. gadā ir samazinājušies ⁽¹⁶⁷⁾.

Par fentanila un metilfentanila – sintētiskie opiāti ar līdz pat 100 reizēm spēcīgāku iedarbību par heroīnu – atsavināšanas gadījumiem atkal 2003. gadā ziņoja Igaunija, bet Latvija ziņoja par tās pirmo 3-metilfentanila atsavināšanas gadījumu 2003. gadā, Austrija – par pirmo fentanila atsavināšanas gadījumu ziņoja 2004. gada janvārī. Igaunijā zemo vietējā tirgū pieejamā heroīna kvalitāti kopš 2002. gada kompensē šo divu sintētisko opiātu ieviešana, kas tiek izplatīti ar nosaukumiem “baltais ķīnietis”, “baltais persietis” vai “sintētiskais heroīns” (Reitox nacionālie ziņojumi, 2004. g.).

Lai arī datus par benzodiazepīnu – parasti heroīna lietotāji izmanto kā aizvietošanu – EMCDDA sistemātiski neapkopo, Spānija, Lietuva, Zviedrija un Norvēģija ziņo par šo vielu atsavināšanu (konkrēti Rohipnolu) 2003. gadā.

Heroīna cena un tīrība

Eiropā heroīns ir sastopams divās formās: plaši pieejamais brūnais heroīns (tā ķīmiskā pamatforma) un mazāk izplatītais un dārgākais baltais heroīns (sāls forma), kas parasti ir cēlies

⁽¹⁶⁴⁾ Skatīt “Atsavināšanas un tirgus datu interpretācija”, 42. lpp.

⁽¹⁶⁵⁾ Lai arī tas ir jāpārbauda, salīdzinot ar 2003. gada iztrūkstošajiem datiem, kad tie būs pieejami. Dati par heroīna atsavināšanas gadījumiem 2003. gadā nebija pieejami par Itāliju, Kipru, Nīderlandi un Rumāniju; dati par heroīna atsavināšanas gadījumu skaitu un atsavinātā heroīna daudzumu nebija pieejami par Īriju un Apvienoto Karalisti.

⁽¹⁶⁶⁾ Skatīt tabulu SZR-4 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁷⁾ Skatīt tabulu SZR-3 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

no Dienvidaustrumu Āzijas. 2003. gadā ES vidējā ielas cena brūnajam heroīnam saskaņā ar ziņojumiem bija no 27 eiro par gramu Beļģijā līdz 144 eiro par gramu Zviedrijā, bet baltā heroīna cena bija no 25 eiro (Slovākija) līdz 216 eiro (Zviedrija) par gramu⁽¹⁶⁸⁾. Šīs cenas starpības iespējams atspoguļo pārdotās narkotikas tīrību.

2003. gadā uz ielas pārdotā brūnā heroīna vidējā tīrība ES bija robežās no 6 % Austrijā līdz 40 % Maltā. Datus par baltā heroīna tīrību ziņo tikai dažas valstis⁽¹⁶⁹⁾; tā ir vidēji robežās no 6 % Somijā līdz 70 % Norvēģijā⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfīns: ārstēšana, nepareiza lietošana un indicēšanas prakse, EMCDDA 2005. gada pārskatā: izvēlētais tēmas

Pēdējo 10 gadu laikā buprenorfīns ir kļuvis arvien vairāk pieejams Eiropā kā metadona alternatīva, lai ārstētu opiātu atkarību. Sākotnēji tas ir izstrādāts kā pretsāpju līdzeklis, septiņdesmitajos gados tika ierosināts buprenorfīnu lietot opiātu atkarības ārstēšanā. Ir aprakstīta buprenorfīna izmantošanas uzsākšana ārstēšanā ES-15 dalībvalstīs un tā izplatība šajās valstīs un jaunajās dalībvalstīs.

Ir veikti salīdzinājumi starp buprenorfīnu un metadonu attiecībā uz efektivitāti un izmaksām. Ir aprakstīta buprenorfīna ārstēšanas nodrošināšana Eiropā un veikti salīdzinājumi starp dalībvalstīm, kurās buprenorfīns ir galvenā izmantotā viela opiātu atkarības ārstēšanai, un tām valstīm, kur ārstēšanai ar zālēm (MAT) izmanto galvenokārt metadonu. Secinājumi liecina, ka aptuveni 20 % no MAT pacientiem Eiropā šobrīd saņem buprenorfīnu, kaut gan lielākā daļa šo pacientu ir vienā valstī (Francijā). Visā visumā buprenorfīns ir izplatījies daudzās valstīs, taču faktiskais pacientu skaits vēl joprojām lielākajā daļā dalībvalstu ir ierobežots.

Buprenorfīns ir apskatīts no potenciālās nepareizās lietošanas viedokļa. Pirmie rādītāji liecina, ka buprenorfīna nepareiza lietošana ir izplatīta tikai dažās valstīs un citur tā nav populāra. Tiek ziņots par atsevišķiem rādītājiem, kas attiecas uz buprenorfīna nepareizu lietošanu noteiktās specifiskās populācijās un vecuma grupās, kā arī mēģinājumiem noteikt konkrētas buprenorfīna nepareizas lietošanas grupas. Kaut gan nāves gadījumi buprenorfīna nepareizas lietošanas rezultātā ir ļoti reti, zinātniskā literatūra un dažas Eiropas valstis ziņo par atsevišķiem nāves gadījumiem. Ziņojumi par nāves gadījumiem, kas saistīti ar buprenorfīna nepareizu lietošanu, tiek salīdzināti ar metadona nepareizas lietošanas gadījumiem.

Izvēlētajā tēmā ir izdarīti secinājumi par relatīvajām buprenorfīna un metadona priekšrocībām opiātu atkarības ārstēšanā. Buprenorfīns tiek atzīts par iespēju nodrošināt plašāku MAT pieejamību un padarīt to vieglāk pieejamu.

Šī izvēlētais tēma ir pieejama izdrukas veidā un internetā tikai angļu valodā: "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices", EMCDDA annual report 2005: selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Skatīt tabulu PPP-2 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁹⁾ Skatīt tabulu PPP-6 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁰⁾ Neliels paraugkopas lielums Norvēģijā (n = 8).



7. nodaļa

Noziegumi un ieslodzījums

Ar narkotikām saistīti noziegumi

Ar narkotikām saistīti noziegumi ir noziegumi, kas izdarīti narkotiku ietekmē, lai finansētu narkotiku iegādi, kā arī noziegumi, kas uztur nelikumīgo narkotiku tirgu, un noziegumi, kas pārkāpj likumdošanu narkotiku jomā. Regulārie dati ES ir pieejami tikai par pēdējā veida noziegumiem, kas saistīti ar narkotiku likumdošanas pārkāpumiem.

“Ziņojumi” ⁽¹⁷¹⁾ par narkotiku likumdošanas pārkāpumiem atspoguļo nacionālo likumdošanu atšķirības tādā ziņā, kā likumi tiek piemēroti, kā tiek nodrošināta to izpilde un kādas ir prioritātes un kriminālo tiesībaizsardzības aģentūru atvēlētie resursi šiem specifiskajiem noziegumiem. Papildus tam informācijas sistēmās par narkotiku likumdošanas pārkāpumiem valstu starpā pastāv būtiskas atšķirības, jo īpaši attiecībā uz ziņošanu un reģistrēšanu, t.i., kas tiek reģistrēts, kad un kādā veidā. Šīs atšķirības apgrūtina salīdzinājumu izdarīšanu starp ES valstīm.

Laika posmā no 1998. līdz 2003. gadam ziņojumu skaits par narkotiku likumdošanas pārkāpumiem pieauga lielākajā daļā ES valstu. Pieaugums bija īpaši ievērojams (divkārtīgi un vairāk) Igaunijā un Polijā. Taču 2003. gadā šādu ziņojumu skaits samazinājās Beļģijā, Spānijā, Itālijā (kopš 2001. gada), Ungārijā, Maltā, Austrijā un Slovēnijā (kopš 2002. gada) ⁽¹⁷²⁾.

Lielākajā daļā ES dalībvalstu vairums narkotiku likumdošanas pārkāpumu vēl joprojām bija saistīts ar narkotiku lietošanu vai glabāšanu lietošanai ⁽¹⁷³⁾, sastādot 39 % no visiem narkotiku likumdošanas pārkāpumiem Polijā, līdz 87 % Austrijā un Apvienotajā Karalistē. Čehijas Republikā un Luksemburgā attiecīgi 91 un 46 % no reģistrētajiem narkotiku likumdošanas pārkāpumiem bija saistīti ar tirdzniecību un nelikumīgu pārvadāšanu, bet

Narkotiku lietošana un kriminālnoziegumi: atsevišķi dati

Pētījumā, kas veikts 2004. gadā Čehijas Republikā, reģiona centrā strādājošās policijas amatpersonas aprēķināja, ka aptuveni 40 % no parastajām zādzībām un aptuveni 30 % no laupīšanām ir izdarītas, lai varētu iegādāties narkotikas. Tajā pašā valstī standarta dati par reģistrēto noziedzību parādīja, ka 2003. gadā 0,7 % no visiem noziegumiem ir veikti, to izdarītājiem atrodoties narkotisko vai psihotropo vielu ietekmē (neieskaitot alkoholu) (Čehijas nacionālais ziņojums).

Somijā laikā no 2000. līdz 2003. gadam slepkavību un uzbrukumu skaits, kas izdarīti, atrodoties nelikumīgo vielu ietekmē, proporcionālais daudzums bija daudz zemāks nekā tie noziegumi, kurus pārkāpēji izdarījuši alkohola ietekmē (6 % salīdzinājumā ar 64 % slepkavību ziņā un 2 % salīdzinājumā ar 71 % uzbrukumu ziņā) (Lehti un Kivivuori; citēts Somijas nacionālajā ziņojumā). Lai arī izskatās, ka narkotiku klātbūtne zādzībās pēdējo desmit gadu laikā ir pieaugusi, alkohola klātbūtne zādzībās vēl joprojām ir izplatītāka (43 % no laupīšanas noziegumiem ir saistīti ar alkoholu, salīdzinājumā ar 9 %, kuri ir saistīti ar narkotikām).

Vācijā “tiešie ekonomiskie piespiedu noziegumi” – kriminālnoziegumi, kas izdarīti, lai iegūtu narkotiskās vielas vai aizvietotājus, vai alternatīvas narkotikas – samazinājās 2003. gadā līdz 2 568 gadījumiem, no kuriem vairāk nekā 70 % bija saistīti ar recepšu viltošanu vai recepšu veidlapu zādzībām (BKA, 2004).

Latvijā regulārie lekslietu ministrijas dati atklāj, ka 2,8 % no visiem atklātajiem noziegumiem 2003. gadā (3,1 % 2002. gadā) ir izdarījuši pārkāpēji, kas atradušies narkotisko vielu ietekmē (Latvijas nacionālais ziņojums).

Itālijā un Spānijā – kur narkotiku lietošana un glabāšana lietošanai nav kriminālnoziegumi – visi narkotiku likumdošanas pārkāpumi bija saistīti ar tirdzniecību un

⁽¹⁷¹⁾ Termins “ziņojumi” attiecībā uz narkotiku likumdošanas pārkāpumiem ir pēdējais, jo tas apraksta katrā valstī citu jēdzienu (policijas ziņojumi par aizdomās turamajiem narkotiku pārkāpumu izdarītājiem, sodi par narkotiku likumdošanas pārkāpumiem u.c.). Precīzu definīciju par katru valsti skatīt metodoloģiskajās piezīmēs par “ziņojumu” definīcijām attiecībā uz narkotiku likumdošanas pārkāpumiem 2005. gada statistikas biļetenā. (NB: Termins “apcietinājums” lietots gada pārskatos līdz 2001. gadam).

⁽¹⁷²⁾ Skatīt tabulu DLO-1 (daļa i) 2005. gada statistikas biļetenā. Dati par “ziņojumiem” par narkotiku likumdošanas pārkāpumiem par 2003. gadu nebija pieejami no Dānijas, Vācijas, Īrijas, Latvijas, Slovākijas un Apvienotās Karalistes.

⁽¹⁷³⁾ Skatīt tabulu DLO-2 2005. gada statistikas biļetenā.

nelikumīgu pārvadāšanu. Visbeidzot, Portugālē ⁽¹⁷⁴⁾ un Norvēģijā ⁽¹⁷⁵⁾ 59 % no pārkāpumiem bija saistīti ar narkotiku lietošanu un nelikumīgu pārvadāšanu kopā.

Visās valstīs, no kurām ir pieejami dati, izņemot Portugāli, proporcionālā daļa no visiem narkotiku pārkāpumiem, kas saistīta ar narkotiku lietošanu/glabāšanu lietošanai, pēdējo piecu gadu laikā no 1998. līdz 2003. gadam pieauga ⁽¹⁷⁶⁾. Pieauguma ātrums bija relatīvi lēns, taču izteiktākas pieauguma tendences bija redzamas Beļģijā, Luksemburgā un Slovēnijā, kā arī Īrijā līdz 2001. gadam. Portugālē ar narkotiku lietošanu saistīto pārkāpumu skaits sāka samazināties 2000. gadā, vienu gadu pirms narkotiku lietošana un glabāšana lietošanai vairs netiek atzīta par noziegumu (kopš 2001. gada jūlija) ⁽¹⁷⁷⁾. 2003. gadā par šā skaita samazināšanos ziņoja Čehijas Republika, Luksemburga, Austrija un Slovēnija.

Lielākajā daļā dalībvalstu kaņepes vēl joprojām ir nelikumīgā narkotika, kas ir visbiežāk iesaistīta ziņotajos narkotiku likumdošanas pārkāpumos ⁽¹⁷⁸⁾. Valstīs, kurās ir šāda situācija, 2003. gadā ar kaņepēm saistītie noziegumi sastādīja 39 % (Itālija) līdz 87 % (Francija) no visiem narkotiku likumdošanas pārkāpumiem. Nīderlandē noziegumi, kas saistīti ar "smagajām narkotikām" ⁽¹⁷⁹⁾ bija dominējošie (58 %), taču Čehijas Republikā lielākā daļa no narkotiku likumdošanas pārkāpumiem ir saistīti ar amfetamīnu lietošanu (48 %). Narkotiku likumdošanas pārkāpumu proporciju, kas saistīta ar kādu konkrētu narkotiku, ietekmē virkne faktoru, kas ietver tiesībsargājošo iestāžu operatīvās prioritātes, kā arī stratēģijas lēmumus dažādi attiekties pret dažāda veida narkotiku likumdošanas pārkāpumiem.

Kopš 1998. gada to narkotiku likumdošanas pārkāpumu skaits, kuros ir iesaistīta kaņepes ⁽¹⁸⁰⁾ ir palielinājies Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Lietuvā, Luksemburgā, Maltā un Portugālē, taču tas ir saglabājies stabils Beļģijā, Čehijas Republikā, Nīderlandē, Slovēnijā, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē, bet samazinājies Itālijā un Austrijā ⁽¹⁸¹⁾.

Tajā pašā periodā ar heroīnu saistīto noziegumu skaits ir samazinājies visās ES valstīs, no kurām ir pieejami dati, izņemot Austriju un Apvienoto Karalisti, kur tas ir palielinājies ⁽¹⁸²⁾. Turpretim ar kokaīnu saistītie noziegumi ir pieauguši proporcionāli pret kopējo narkotiku noziegumu skaitu kopš 1998. gada visās valstīs, kuras ir sniegušas datus, izņemot Vāciju, kas ziņo par samazināšanās tendenci ⁽¹⁸³⁾.

Narkotiku lietotāji un ieslodzījums

Narkotiku lietotāji cietumā

Nacionālā standarta informācija par lietoto narkotiku veidu un lietošanas modeli ieslodzīto vidū ir trūcīga un fragmentāra. Daudz ES pieejamās informācijas ir ņemta no īpašajiem pētījumiem, kas atšķiras pēc apmēra un kuru rezultātus (un tendences) ir ļoti grūti noteikt.

Narkotiku lietotāju īpatsvars ieslodzīto vidū ir daudz augstāks nekā iedzīvotāju vidū kopumā. Lielākajā daļā pētījumu, kas veikti ES, ilgtermiņa narkotiku lietošanas pieredze ieslodzīto vidū ir augstāka par 50 %; taču tā ir atšķirīga robežās no 22 % līdz 86 % starp dažādām ieslodzīto, aizturēšanas centru un valstu populācijām ⁽¹⁸⁴⁾. ES regulāras narkotiku lietošanas un atkarības pirms ieslodzījuma izplatība ir robežās no 85 līdz 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

Lielākā daļa narkotiku lietotāju, nonākot ieslodzījumā, narkotiku lietošanu samazina vai pārtrauc. Taču daudzi ieslodzītie turpina lietot narkotikas, un daži sāk narkotiku lietošanu (un/vai narkotiku injicēšanu) ieslodzījumā. Pieejamie pētījumi norāda, ka 8 līdz 60 % no ieslodzītajiem atzīst narkotiku lietošanu, atrodoties ieslodzījumā, un 10–42 % atzīst regulāru narkotiku lietošanu ⁽¹⁸⁶⁾.

Vispārējie ziņojumi liecina, ka ilgtermiņa narkotiku injicēšanas pieredze ieslodzīto vidū ir robežās no 15 līdz

⁽¹⁷⁴⁾ Portugālē pārējie narkotiku likumdošanas pārkāpumi ir saistīti ar "narkotiku tirdzniecību/nelikumīgu pārvadāšanu", jo narkotiku lietošanas/ glabāšanas noziegumus vairs neuzskata par kriminālnoziegumiem kopš 2001. gada jūlija.

⁽¹⁷⁵⁾ Norvēģijā nav atdalīta "narkotiku tirdzniecība/nelikumīga pārvadāšana" un "narkotiku lietošana/tirgošana un nelikumīga pārvadāšana". Tāpēc pārējos narkotiku likumdošanas pārkāpumus uzskata tikai par "narkotiku lietošanu".

⁽¹⁷⁶⁾ Skatīt tabulu DLO-4 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁷⁾ Likums par narkotiku lietošanu un glabāšanu lietošanai neuzskatīšanu par noziegumu tika pieņemts 2000. gada novembrī un stājās spēkā 2001. gada jūlijā.

⁽¹⁷⁸⁾ Skatīt tabulu DLO-3 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁹⁾ Nīderlandē par "smagajām narkotikām" uzskata tās, kas rada nepieņemamus sabiedrības veselības riskus, kā, piemēram, heroīns, kokains, ekstāzi un LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Sekojošās valstis iesniedza sadalījumu pa narkotikām un narkotiku noziegumiem laika gaitā: Beļģija, Čehijas Republika, Spānija, Francija, Īrija, Itālija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Nīderlande (tikai "vieglās narkotikas"/kaņepes un "smagās narkotikas"), Austrija, Portugāle, Slovēnija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste.

⁽¹⁸¹⁾ Skatīt tabulu DLO-5 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸²⁾ Skatīt tabulu DLO-6 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸³⁾ Skatīt tabulu DLO-7 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁴⁾ Skatīt tabulu DUP-1 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁵⁾ Skatīt tabulu DUP-5 (pielikums) 2005. gada statistikas biļetenā.

50 %; taču dažos pētījumos ir norādīti arī tik zemi lielumi kā 1 % vai tik augsti kā 69 %. Gadījumos, kad ir pieejami salīdzinošie dati (Austrija 1999. g., Anglija un Velsa 1997.–1998. g.), tie norāda, ka jaunie pārkāpēji narkotikas injicē retāk nekā pieaugušie un ieslodzīto vidū narkotikas vairāk injicē sievietes nekā vīrieši⁽¹⁸⁷⁾. Balstoties uz vairākiem pētījumiem ES, *Bird un Rotily* (2002) ir parādījuši, ka aptuveni viena trešā daļa no pieaugušajiem vīriešu dzimuma ieslodzītajiem injicē narkotikas. Dati, ko sniedz *Reitox* kontaktpunkti, norāda, ka atrodoties ieslodzījumā narkotikas ir injicējuši 0,2 līdz 34 % ieslodzīto⁽¹⁸⁸⁾. Tas rada jautājumu par sterila injekciju aprīkojuma pieejamību un higiēniskas prakses ievērošanu ieslodzīto vidū, kā arī potenciālo infekciju saslimšanu izplatīšanos.

Palīdzība un ārstēšana narkotiku lietotājiem cietumos

Visās dalībvalstīs un kandidātvalstīs pastāv dažāda veida sistēmas, lai nodrošinātu, ka cietumā ir pieejama palīdzība narkotiku lietotājiem, kaut gan pakalpojumu dažādība un pieejamība būtiski atšķiras. Ievērojama tendence ir pieaugošs atzinums, ka ieslodzītajiem ir tādas pašas tiesības kā pārējiem iedzīvotājiem uz veselības aprūpi, ieskaitot palīdzību un ārstēšanu narkotiku lietotājiem (PVO Eiropas reģionālais birojs, 2002. g.; Īrijas, Lietuvas un Somijas nacionālie ziņojumi). Pie pakalpojumiem, kuriem būtu jābūt pieejamiem ieslodzītajiem, ir pieskaitāmas profilakses stratēģijas, ieskaitot bezzāļu programmas, detoksikācijas palīdzību, metadona un citu vielu terapiju, konsultācijas un izglītību.

Taču valstis ziņo par dažādām problēmām, kas saistītas ar adekvātas palīdzības nodrošināšanu. Piemēram, pakalpojumu pieejamība ir riskanta Igaunijā; specifiski pakalpojumi narkotiku lietotājiem nav pieejami Latvijā; Polijā ir garas rindas, lai saņemtu ārstēšanu; Zviedrijā ziņo par pārpildītiem cietumiem un nepietiekamu personāla skaitu; un Rumānijā nav atbilstošas likumdošanas. Lai arī Kīprā nepastāv integrēta atbalsta programma ieslodzītajiem narkotiku lietotājiem, zināmi profilakses pakalpojumi tiek veikti.

Izglītošanas un apmācību pasākumi ir daļa no vispārējām profilakses stratēģijām. Lielākajā daļā ES un kandidātvalstu šādus pasākumus īsteno gan narkotiku lietotājiem cietumos, gan cietumu personālam. Starp valstīm, kas ziņo par šādiem pasākumiem, ir Igaunija, Spānija, Kipra, Ungārija, Rumānija un Slovēnija (*Reitox* nacionālie ziņojumi).

Vēl viens profilaktisks elements ir beznarkotiku vienību izveidošana cietumos. Dalība ir brīvprātīga, parasti pēc

rakstiskiem apstiprinājumiem par noteiktu nosacījumu pieņemšanu, piemēram, periodisku urīna testēšanu, ko ir parakstījuši ieslodzītie narkotiku lietotāji. Šādas vienības pastāv visās ES-15 dalībvalstīs. Jaunajās dalībvalstīs beznarkotiku vienības ir izveidotas lielākajā daļā valstu. Novērtējums par vienu no beznarkotiku zonām Austrijas cietumā parādīja, ka ieslodzītie, kas atbrīvoti no beznarkotiku zonas, tika notiesāti atkārtoti daudz retāk nekā tie ieslodzītie, kas atbrīvoti no parastajām cietuma zonām (35 % salīdzinājumā ar 62 %).

Visizplatītākā ārstēšana cietumos ir ārstēšana bez zālēm, kas pastāv visās dalībvalstīs (izņemot Kipru un Latviju), lai gan tās pieejamība atšķiras. Ārstēšanās centri sabiedrībā nodrošina atbalstu un ārstēšanu, kā arī aprūpi pēc tam daudzās valstīs, piemēram, Beļģijā, Čehijas Republikā, Grieķijā, Luksemburgā un Apvienotajā Karalistē.

Lielākajā daļā valstu aizvietošanas uzturēšanas terapijas pieejamība cietumos nav vienāda ar tās pieejamību ārpus cietuma. Tikai Spānijā uzturošā terapija ir plaši izplatīta, un šo ārstēšanu saņem 18 % no visiem ieslodzītajiem vai 82 % no problemātiskajiem narkotiku lietotājiem cietumā. Labs pieejamības līmenis ir arī Luksemburgā. Valstis, kas ziņo par būtisku pieaugumu medicīniskās ārstēšanas pieejamības ziņā, ietver Franciju, kur ārstēšana notiek galvenokārt ar buprenorfinu, un Īriju (*Reitox* nacionālie ziņojumi). Nīderlandē medicīniskā ārstēšana ir pieejama tikai tiem, kas aizturēti uz neilgu laiku un kuri ir lietojuši metadonu pirms ieslodzījuma, taču Polijā pirmā metadona ārstēšanas programma ar 14 pacientiem tika ieviesta iepriekšējā apcietinājumā vietā.

Jaunumi infekcijas slimību izplatības apkarošanai ieslodzījumā

Igaunijā situācija attiecībā uz HIV izplatības novēršanu uzlabojās 2003. gadā. Primāro HIV testu skaits pieauga 2,6 reizes salīdzinājumā ar 2002. gadu, lai gan pozitīvo testu skaits pieauga tikai nedaudz. Arī pirms un pēc testu veikšanas konsultācijas pakalpojumi uzlabojās gan daudzuma, gan kvalitatīves ziņā. Rumānijā programmas, kas vērstas uz HIV/AIDS izplatības novēršanu labošanas iestādēs un ieslodzīto vidū, tika izstrādātas sadarbībā ar nevalstiskajām organizācijām.

Spānija ir vienīgā valsts, kura sistemātiski realizē adatu un šļircu apmaiņas programmas cietumos. 2003. gadā saskaņā ar šo programmu tika izdalītas pavisam 18 260 šļircas. Citās dalībvalstīs un kandidātvalstīs šādu programmu īstenošana nav paredzēta.

⁽¹⁸⁶⁾ Skatīt tabulu DUP-3 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁷⁾ Skatīt tabulu DUP-2 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁸⁾ Skatīt tabulu DUP-4 2005. gada statistikas biļetenā.

Ieslodzījuma alternatīvas: orientācija uz problemātiskajiem narkotiku lietotājiem-likumpārkāpējiem ES, EMCCDA 2005. gada pārskatā: izvēlētās tēmas

Cietums ir īpaši negatīva vide problemātiskajiem narkotiku lietotājiem, un pastāv plaša politiskā vienprātība par ārstēšanās principu kā ieslodzījuma alternatīvu. Iespējamās ieslodzījuma alternatīvas likumpārkāpējiem, kuri ir narkotiku lietotāji, ietver virkni sankciju, kas var kavēt, aizstāt vai papildināt cietumsodus narkotiku lietotājiem, kas ir izdarījuši noziegumu, ko parasti saskaņā ar nacionālo likumdošanu soda ar cietumsodu. Šī izvēlētā tēma vērs uzmanību uz tiem pasākumiem, kuros ir ietverta ārstēšana no narkotiku atkarības.

Kopš sešdesmitajiem gadiem ANO un ES vienošanās, stratēģijas un rīcības plāni ir vairākkārtīgi apstiprinājuši un nostiprinājuši principu, kas paredz ārstēšanas, izglītības un rehabilitācijas nodrošināšanu kā alternatīvu apcietinājumam un sodīšanai par noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām. Šis princips ir iekļauts ES dalībvalstu nacionālajā likumdošanā, kā arī kriminālo tieslietu sistēmas un sociālo pakalpojumu sistēmas ir attiecīgi piemērotas. Jaunie narkotiku lietotāji ir īpaši neaizsargāti no iekļūšanas narkotiku un noziedzības apburtajā lokā, un ir īpaša apņemšanās izvairīties no cietumsodiem attiecībā uz jaunajiem pārkāpējiem.

Ieslodzījumam alternatīvu pasākumu īstenošana tomēr saskaras ar dažādām grūtībām dažādu iesaistīto administratīvo sistēmu un to dažādo pamatprincipu dēļ. Tiek realizēti centieni, lai likvidētu plaisu starp tiesu sistēmas un veselības un sociālo pakalpojumu sistēmām, izmantojot koordinācijas struktūras un iniciatīvas, t.i., starp

polīciju, tiesām un cietumiem un narkotiku atkarības ārstēšanas dienestiem. Bieži vien neformālas sadarbības mehānismi vietējā līmenī ir kalpojuši kā pamats stabilākām institucionālām formām.

Cietumsoda alternatīvu izmantošana pieauga ES-15 dalībvalstīs pēdējo desmitgažu laikā, un šobrīd dažās no šīm valstīm ir iestājusies zināma stagnācija, taču alternatīvu likumdošanas pieņemšana un īstenošana vēlāk tika uzsākta "jaunajās" dalībvalstīs. Parasti pie pamata ārstēšanas sistēmas vērsas, lai nodrošinātu ārstēšanu noziedzniekiem, kas ir problemātiskie narkotiku lietotāji. Lielākajā daļā valstu ārstēšana parasti tiek nodrošināta stacionāros apstākļos, taču pastāv arī iespēja pievērsties ambulatorajām ārstniecības programmām.

Eiropas līmeņa novērtēšanas pētījumi par ārstēšanu kā alternatīvu cietumsodam ir reti, un daļēji tajos nav izdarīti secinājumi. Taču atbilstoši citiem pētījumiem par ārstēšanu – ārstēšanās turpināšana ir galvenais panākumu indikators un pārtraukšanas rādītāji ir viena no lielākajām problēmām saistībā ar ieslodzījuma alternatīvām. Pastāv liecības, kas norāda, ka ārstēšanās panākumi ir atkarīgi no sniegtās ārstēšanas kvalitātes un nevis veida, kādā pacients ir nonācis pie ārstēšanās. Ārstēšana kā alternatīva cietumsodam vislabāk darbojas, ja atkarīgajām personām ir motivācija ārstēties, ja aprūpes iestādēs ir ievēroti augsti kliniskie standarti un tur ir pietiekams skaits kvalificētu darbinieku.

Šī izvēlētā tēma ir pieejama izdrukas veidā un internetā tikai angļu valodā: "Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU", *EMCCDA annual report 2005: selected issues* (<http://issues05.emccda.eu.int>).



Atsauces

- 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, 21.–6. lpp.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. un Rotily, M. (2002), *Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates; behavioural risks – results from European prison*, *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. and Aavitsland, P. (2005), *Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities*, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), *Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors*, *Addictive Behaviours* 25, 887.–897. lpp.
- Bovenkerk, F. and 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., et al. (2005), *Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain*, *Addiction*, in press.
- Butler, G. K. L. un Montgomery, A. M. J. (2004), *Impulsivity, risk taking and recreational “ecstasy” (MDMA) use*, *Drug and Alcohol Dependence* 76, 55.–62. lpp.
- 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, 381.–390. lpp.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. un Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- Cuijpers, P., et al. (2002), *The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project*, *Addiction* 97, 67.–73. lpp.
- Cunningham, J. A. (2001), *Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study*, *Journal of Studies on Alcohol* 62, 228.–233. lpp.
- De Wit, A. un 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, 329.–343. lpp.
- Drug Misuse Research Division (2004), *Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002*, Occasional Paper No. 13/2004, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (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 for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2003), *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforschung, Munich European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (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>).
- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre for 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, 58. lpp.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*, *BMJ* 328, 1 166. lpp.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. un Nolan, J. (2000), *Recreational drug misuse: issues for the cardiologist*, *Heart* 83, 627.–633. lpp.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. un Ali, R. (2005), *Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection* (review), The Cochrane Library, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Speech at Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004 at the EMCDDA, November 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), *Mental illness and mortality among homeless people*, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 81.–82. lpp.
- 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. un Whiteside, H. O. (2003), *Family-based interventions for substance use and misuse prevention*, *Substance Use and Misuse* 38, 1759.–1787. lpp.
- 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. un Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), *Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences*, *Epidemiology and Infection* 133, 127.–136. lpp.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. un De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. un Paddock, S. M. (2002), *Reassessing the marijuana gateway effect*, *Addiction* 97, 1493.–1504. lpp.
- 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. un Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. un 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., et al. (2004), *Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups*, *European Addiction Research* 10, 147.–155. lpp.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. un Baer, J. (2000), *Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education*, *Journal of Drug Education* 30, 399.–421. lpp.
- Reitox nacionālie ziņojumi (2004. g.) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), *Risk factors associated with drug use: the importance of “risk environment”*, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, 303.–329. lpp.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. un 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. un Nilson, M. (2002), *An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway*, *International Journal of Drug Policy* 13, 477.–484. lpp.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. un Fiellin, D. A. (2005), *Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users*, *Addiction* 100, 150.–158. lpp.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), *The motivation, skills and decision-making model of “drug abuse” prevention*, *Substance Use and Misuse* 39, 1971.–2016. lpp.
- 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, 183.–197. lpp.
- Terweij, M. un 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 un Marokas valdība (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.
- WHO (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, Evidence for action technical papers, WHO, Geneva.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*, Evidence for action technical papers, final draft, March 2005, WHO, Geneva.
- WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Geneva.

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

2005. gada ziņojums: Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs
2005 — 90 lpp. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-239-X

PĀRDOŠANA UN ABONĒŠANA

Publikāciju biroja publikācijas par samaksu ir pieejamas pārdošanas punktos visā pasaulē.

Kā es varu iegūt kādu publikāciju?

Kad esat izskatījuši pārdošanas punktu sarakstu, sazinieties ar jūsu izvēlēto pārdevēju, lai izdarītu pasūtījumu.

Kur es varu iegūt pārdošanas punktu sarakstu?

- Apmeklējiet Publikāciju biroja tīmekļa vietni <http://publications.eu.int/>
- vai pasūtiet izdruku pa faksu (352) 2929-42758

Par EMCDDA

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA) ir viena no Eiropas Savienības decentralizētajām aģentūrām. Centru nodibināja 1993. gadā, tas atrodas Lisabonā un ir galvenais avots, no kura iegūst visaptverošu informāciju par narkotikām un narkomāniju Eiropā.

EMCDDA apkopo, analizē un izplata objektīvu, uzticamu un salīdzināmu informāciju par narkotikām un narkomāniju. Veicot šo uzdevumu, tas sniedz interesentiem ar pierādījumiem pamatotu pārskatu par narkomānijas problēmu Eiropas līmenī.

Centra publikācijas ir galvenais informācijas avots plašai auditorijai, ieskaitot politiķus un to padomdevējus, speciālistus un pētniekus, kas darbojas narkotiku jomā, un visplašāko informāciju tas sniedz plašsaziņas līdzekļiem un plašai sabiedrībai.

Šajā gada ziņojumā ir EMCDDA gada pārskats par narkomānijas problēmu Eiropā, un šis ziņojums ir svarīgs atsaucis materiāls tiem, kuri vēlas uzzināt jaunāko informāciju par narkotikām Eiropā.