



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

ISSN 1725-6712

Годнишен доклад 2007

Състояние на проблема с наркотиците в Европа



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

Годнишен доклад 2007 г.

Състояние на проблема с наркотиците в Европа

Правни бележки

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

Повече допълнителна информация за Европейския съюз може да се намери в интернет чрез сървъра Europa (<http://europa.eu>).

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

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

(*) Някои мобилни оператори не разрешават достъп до номера, започващи с 00 800 или могат да таксуват тези обаждания.

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

В края на изданието ще намерите неговите каталожни данни.

Люксембург — Служба за официални публикации на Европейските общности, 2007 г.

ISBN 978-92-9168-283-6

© Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите, 2007 г.

Възпроизвеждането е разрешено при позоваване на оригинала.

Printed in Belgium

ОТПЕЧАТАНО НА БЯЛА БЕЗХЛОРНА ХАРТИЯ



Европейски център за мониторинг
на наркотиците и наркоманиите

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

Съдържание

Предговор	5
Благодарности	7
Уводни бележки	9
Коментар — положението в областта на наркотиците в Европа	11
Глава 1	
Политики и закони	18
Глава 2	
Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа — обзор	28
Глава 3	
Канабис	37
Глава 4	
Амфетамини, екстази и LSD	48
Глава 5	
Кокаин и крек	57
Глава 6	
Употреба на опиати и инжектиране на наркотици	63
Глава 7	
Нови и зараждащи се тенденции при наркотиците и мерки по отношение на новите видове наркотици	72
Глава 8	
Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици	77
Библиография	89



Предговор

Това е дванадесетият годишен доклад на Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите. Подобно на предишните той предоставя подробна и актуализирана информация относно настоящото положение с употребата на наркотици в Европа. Също така той изтъква постиженията на Европа в прилагането на методически смислена, устойчива и всеобхватна информационна система за наблюдение на употребата на наркотици.

В доклада са разгледани два основни въпроса. Какво е известно за употребата на наркотици в Европа и за причинените от тях проблеми? И какво сме научили за ефективното реагиране на проблемите, свързани с наркотиците? Тези въпроси са важни, защото независимо от политическото си убеждение или идеологическа позиция лицата, отговорни за политиката в Европа, са стигнали до извода, че проблемът с наркотиците е сложен комплекс от проблеми, за които няма просто разрешение. Те признават, че пътят напред лежи в анализирането на наличните сведения относно размера и характера на проблема, както и относно разходите и ползите от различните начини на намеса. В това отношение докладът доказва също задължението на Европа да разработва своята политика въз основа на балансиран и основан на информация подход и да полага продължително усилие, вместо да разчита на „бързи“ решения. Като резултат Европа може да се гордее, че е реагирала на този труден и често чувствителен въпрос рационално и човешки.

В настоящия доклад проследяваме също отбелязания прогрес в реагирането на проблема с наркотиците в Европа. Това важи особено за тази година, а в Европа и по света скоро ще разсъждаваме върху постиженията в тази сфера. През 2008 г. Европейската комисия ще започне да изпълнява задачата си, свързана с оценяването на въздействието на настоящия план на ЕС за действие в областта на наркотиците, а Комисията на ООН по наркотичните вещества (CND) ще обсъди постигнатия напредък по целите, поставени на специалната сесия на Общото събрание на ООН през 1988 г.

Положението с наркотиците в Европа все още представлява сериозно предизвикателство за

социалната политика и защитата на обществения ред. Не е трудно да се намерят области, които будят особена тревога. Ние обаче сме твърдо убедени, че е важно да се признае прогресът там, където е отбелязан такъв. В Европа все повече държави-членки приемат стратегически и планиран подход за справяне с проблема с наркотиците. Наблюдава се чувствително повишаване на инвестициите в превенцията, лечението и действията за понижаване на вредите, а също подобряване на сътрудничеството и засилено внимание върху намаляването на доставките. Употребата на наркотици остава на исторически високи нива, но се е стабилизирала в повечето области, а в някои дори има признаци на плах оптимизъм. Европейският съюз и неговите държави-членки оказват значителна подкрепа на международни програми, а в глобален контекст можем със задоволство да отбележим, че в редица важни области положението в Европа изглежда сравнително добро.

Като център за мониторинг ние се занимаваме с факти и цифри; решени сме да проявяваме научна строгост и безпристрастност и да тълкуваме наличната информация без предразсъдъци или предварителни нагласи. Такава е нашата роля и ние, председателят на управителния съвет и директорът, не търпим компромиси по отношение на своята позиция и се гордеем с високите стандарти, които поддържаме. Научната строгост е от съществено значение в нашата работа, но от друга страна не бива да забравяме, че зад отчетените цифри се крият истински хора, чийто живот е пострадал, а понякога разрушен заради проблема с наркотиците. Зад сухата статистика относно търсенето на лечение, смъртните случаи, причинени от наркотици, и престъпното поведение стоят страдащи семейства, изгубени възможности и деца, израстващи в нездравословни общности. За да реагираме ефективно на проблема с наркотиците, от нас се иска да сме безпристрастни в данните, без да ставаме безпристрастни към проблема.

Марсел Райман (Marcel Reimen)

Председател на управителния съвет на ЕЦМНН (EMCDDA)

Волфганг Гьоц (Wolfgang Götz)

Директор, ЕЦМНН (EMCDDA)



Благодарности

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

- ръководителите на националните фокусни центрове Reitox и техните служители;
- службите във всяка държава-членка, които събраха изходните данни за настоящия доклад;
- членовете на управителния съвет и на Научния комитет на ЕЦМНН;
- Европейския парламент, Съвета на Европейския съюз (по-специално неговата хоризонтална работна група „Наркотици“) и Европейската комисия;
- Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), Европейската агенция по лекарствата (EMA) и Европол;
- групата „Помпиду“ на Съвета на Европа, Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), Регионалното представителство на Световната здравна организация (СЗО) за Европа, Интерпол, Световната митническа организация, проектът ESPAD и Шведския съвет за информация по въпросите на алкохола и другите наркотици (CAN), и Европейския център за епидемиологично наблюдение на СПИН (EuroHIV);
- Центъра за преводи към органите на Европейския съюз и Службата за официални публикации на Европейските общности;
- Prepress Projects Ltd.

Национални фокусни центрове от мрежата Reitox

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

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



Уводни бележки

Настоящият годишен доклад се основава на информация, предоставена на ЕЦМНН от държавите-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия (които участват в работата на ЕЦМНН от 2001 г.) под формата на национални доклади. Посочените тук статистически данни се отнасят за 2005 г. (или за последната година, за която има подобни данни). Графиките и таблиците в настоящия доклад понякога включват само някои страни на ЕС — изборът се основава на наличната за съответния период информация от тези страни.

Годишният доклад е публикуван в онлайн версия на 23 езика и може да се намери на:
<http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Статистическият бюлетин за 2007 г. (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) предоставя пълен набор от изходни таблици, върху които се основава статистическият анализ в годишния доклад. Той предоставя допълнителна информация относно използваната методология и над 100 допълнителни статистически графики.

Профилите с данни по страни (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) предоставят графичен обзор на ключовите аспекти от ситуацията с наркотиците във всяка страна.

Настоящият доклад е допълнен с три задълбочени материала, които разглеждат следните въпроси:

- наркотиците и шофирането;
- употребата на наркотици сред непълнолетни;
- кокаинът и крехът — нарастващ проблем в общественото здравеопазване.

Подбраните материали са налични във версия за разпечатване и онлайн (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) само на английски език.

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



Коментар — положението в областта на наркотиците в Европа

Европа играе все по-важна роля в подкрепа на световните действия за намаляване на проблемите с наркотиците

Тенденциите в употребата на наркотици, както и лицата, занимаващи се с производство и незаконна търговия с наркотици, не признават национални и географски граници. Поради това е важно да се осъзнае, че проблемът с наркотиците в Европа е част от едно по-мощно световно явление, като моделите на употреба на наркотици в Европа се влияят от проблема в други части на света и в същото време оказват влияние върху него. Това е отчетено в текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците, който разглежда необходимостта от по-добра европейска координация в международната дейност и необходимостта да бъдат подкрепени програми за намаляване на търсенето и предлагането на наркотици в съседни на държавите-членки страни и в страни — производителки на наркотици. Европейските средства, вложени в подкрепа на международните действия, са значителни, а последната одитна проверка на Европейската комисия сочи, че понастоящем Европейската общност финансира в трети страни мерки за намаляване на търсенето и предлагането на наркотици в размер на най-малко 750 млн. евро. Освен това днес ЕС е най-големият международен донор, подпомагащ работата на Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC).

В допълнение към финансовата подкрепа са налице и признаци, че европейските страни гледат сериозно на ангажиментите си, поети на международно равнище, за разработване на подходящи ответни мерки срещу проблемите в областта на наркотиците. През 2008 г. международната общност ще направи оценка на световния напредък спрямо целите, поставени на специалната сесия на ООН по въпросите на борбата с проблема с наркотиците в света през 1998 г. В допълнение към наличните данни на световно равнище ЕЦМНН ще съдейства в процеса на прегледа, като осигури по-подробна оценка на положението в Европа. Както е видно от данните, представени в настоящия доклад, през изминалите 10 години държавите-членки на ЕС развиха още по-всеобхватни координационни механизми както на национално равнище, така и на равнище ЕС, като тези механизми по правило се основаваха на стратегии и планове за действие. В допълнение към това те подобриха съществено информацията относно положението в областта на наркотиците и увеличили вложенията в мерки в областта на предлагането и търсенето на наркотици. Макар да се признава фактът, че употребата на наркотици остава важно предизвикателство за обществената здравна и социална политика в Европа, важно е да се признаят и тези положителни промени.

Европа в глобален контекст

Употребата на наркотици е световен проблем и сравняването на европейските данни с информация от други страни може да бъде от полза за задълбоченото познаване на относителните размери на проблема с наркотиците в Европа. Трудността тук е, че относително изчерпателна и сигурна информация има едва в малко други части на света. САЩ, Канада и Австралия могат да предоставят съдържателни точки за сравнение по отношение на приблизителните оценки за разпространението на употребата на наркотици през последната година. Оценките на Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) сочат, че разпространението на употребата на опиати в тези страни до голяма степен е еднакво с това в Европейския съюз и варира в диапазона от 0,4 до 0,6 %, като в Канада то е малко по-ниско, а в САЩ малко по-високо. Приблизителните оценки за употребата на канабис в Европейския съюз средно са значително по-ниски от тези за САЩ, Канада или Австралия. По отношение на стимулантите равнищата на употреба на екстази са до голяма степен едни и същи в целия свят, въпреки че Австралия отчита високи равнища на разпространение, а що се отнася до амфетамин, разпространението на употребата му в Австралия и САЩ е по-високо от това в Европа и Канада. Разпространението на употребата на кокаин в САЩ и Канада е по-високо от това в Европейския съюз и Австралия. Липсата на съпоставими данни затруднява оценките за здравните последици от употребата на наркотици в страните, въпреки че при едно предпазливо сравнение на приблизителните стойности за новодиагностицираните случаи на заразяване с вируса на ХИВ през 2005 г., свързани с инжекционна употреба на наркотици, стойностите за Австралия, Канада и Европейския съюз се определят на по-малко от 10 случая на един милион души от населението и около 36 случая на един милион души в САЩ.

Количествено изражение на сложния характер на явлениято — определяне на разумни цели и разработване на полезни показатели за обобщение

Целта на всички европейски стратегии в областта на наркотиците е намаляване на употребата на наркотици и на вредите, които наркотиците могат да нанесат както върху употребяващите ги, така и върху общността, в която те живеят. Важно е тази цел да бъде не просто формулирана, но и да се разбере, че употребата на наркотици е многообразно и сложно явление и всеки опит да се направи оценка на въздействието на политиките в тази област трябва да отчита тази базова реалност. Едно положително заключение в настоящия доклад е изводът, че европейските политики в областта на наркотиците започват все повече да осъзнават

необходимостта от фокусирането върху конкретни дейности и от развиване на разумни цели. Това намира отражение в общата промяна в Европа в посока към национални стратегии в областта на наркотиците, придружени от по-конкретни и позиционирани във времето планове за действие, а на равнище европейска координация — в годишния преглед на текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците, при който някои показатели се премахват или променят, след като бъдат преразгледани техните характеристики.

Дейностите по оценката, водещи до по-точно фокусиран подход, със сигурност са от полза. Полезно е също така да разполагаме с обобщаващи показатели, чрез които сложните въпроси ще се разглеждат по-лесно. Въпреки че изграждането на такива скъли и показатели е трудно, редица последни постижения в тази област звучат обещаващо. В настоящия доклад правим нов анализ на данните за обществените разходи в областта на наркотиците в Европа. Данните са частични, но все пак илюстрират значителните средства, които ежегодно се изразходват в Европа за намаляване на търсенето и предлагането на наркотици — от порядъка на 13 млрд. евро до 36 млрд. евро. Нещо повече, трябва да се има предвид, че тези цифри не включват социалната цена на употребата на наркотици.

Сред постиженията, които могат да бъдат от полза в това отношение, са разработването на индекси, които правят опит да уловят различните цени и вреди от употребата на незаконни наркотици; такъв е разработеният наскоро в Обединеното кралство индекс за вредите от наркотиците (DHI). Вредите са една от ключовите концепции и в предложението наскоро от Службата на ООН за наркотиците и престъпленията индекс за незаконните наркотици (IDI). Този вид подходи може да се окажат полезни в бъдеще за целите на анализа на политиките, но те зависят от качеството на данните, на които се основава съставеният показател, и от степента, в която тези данни са в състояние да обхванат целевата концепция.

Намаляването на вредите е ясно формулиран компонент от европейския подход днес

Сред европейските страни все още има значителни различия в характера и мащабите на техните национални проблеми в областта на наркотиците, а също в обхвата и конфигурацията на ответните мерки. Въпреки това е налице доста голямо единомислие по по-общите основни принципи: политиките в областта на наркотиците трябва да бъдат балансирани, всеобхватни и основани на доказателства. В областта на намаляването на търсенето необходимостта от дейности за превенция, лечение и социална рехабилитация се приема от всички. По-дискусионна в исторически план е темата за намаляването на вредите. Днес това положение се променя и намаляването на вредите като част от цялостния пакет мерки за намаляване на търсенето става по-ясно формулирана част от европейския подход. Това е видно от факта, че практически във всички държави-членки на ЕС се прилагат както опиятна субституираща терапия, така и програми за размяна на

игли и спринцовки, въпреки че равнищата на предлагане на тези услуги значително се различават. Също така това е видно и от един наскоро изготвен доклад на Европейската комисия, който констатира, че препоръката на Съвета от 18 юни 2003 г. е успяла да насърчи държавите-членки да развият и разширяват дейностите за намаляване на вредите.

Местата за лишаване от свобода — услугите за употребяващите наркотици остават недостатъчно развити

Важно заключение от прегледа на напредъка, осъществен в изпълнение на препоръката на Съвета, е, че въпреки постигнатото в другите области всички тези услуги обикновено не са добре развити в местата за лишаване от свобода. Въпреки че някои държави-членки са въвели схеми за пренасочване на престъпници с наркотични проблеми към лечение като алтернатива на наказателните мерки, лицата с наркотични проблеми продължават да са съществен дял от контингента на местата за лишаване от свобода практически във всички страни. Понастоящем ЕЦМНН работи съвместно със Световната здравна организация (СЗО) за създаването на база данни за набиране на показатели за здравословното състояние на лицата в местата за лишаване от свобода. В много райони не се постига общият принцип лицата в местата за лишаване от свобода да имат достъп до същите възможности за здравни грижи, с които разполага по-широката общественост. Много от тях не само имат проблеми с наркотиците, но според проучванията често продължават да употребяват наркотици в местата за лишаване от свобода. Липсата на услуги за употребяващите наркотици в местата за лишаване от свобода увеличава сериозната загриженост, че не само се пропилява една възможност за намеса с цел намаляване на бъдещата употреба на наркотици и противозаконното поведение, но е възможно и липсата на услуги за този вид среди да разклати основите на постигнатото в областта на здравеопазването в други области.

Идентифициране и обмен на знания за успешни решения

Фокусът на дебата за всички видове дейности за намаляване на търсенето все по-често се поставя върху определянето на такива мерки за намеса, които са доказали своята ефективност и не водят до нежелани отрицателни последици. Тъй като, когато бъде недобре осъществена, всяка мярка за намеса би могла да бъде неефективна или дори да има обратен ефект, второто направление, в което се работи, е да се идентифицират добрите практики и мерки за контрол на качеството. Новият регламент за ЕЦМНН поставя акцент върху това колко е важно да се идентифицират и разпространяват добрите практики. Главната трудност тук са реалните условия, в които се осъществяват мерките за намеса за намаляване на търсенето. Разработването на надеждни контролирани проучвания — златен стандарт за повечето медицински мерки — често е трудно или практически неприложимо. Сложният характер на оценката на

Накратко — приблизителни оценки за употребата на наркотици в Европа

(Оценките се отнасят за възрастното население и са най-новите приблизителни стойности, с които разполагаме. За цялостната информация и пълните методологични бележки вж. статистическия бюлетин за 2007 г.)

Канабис

Разпространение на употребата някога през живота: най-малко 70 млн., или един на всеки пет възрастни европейци

Употреба през последната година: около 23 млн. възрастни европейци или една трета от употребилите го някога през живота

Употреба през последните 30 дни: над 13 млн. европейци

Различия между страните при употребата през последната година: 1,0—11,2 %

Кокаин

Разпространение на употребата някога през живота: най-малко 12 млн., или около 4 % от възрастните европейци

Употреба през последната година: 4,5 млн. възрастни европейци или една трета от употребилите го някога през живота

Употреба през последните 30 дни: около 2 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: 0,1—3 %

Екстази

Разпространение на употребата някога през живота: около 9,5 млн. възрастни европейци (3 % от възрастните европейци)

Употреба през последната година: 3 млн., или една трета от употребилите го някога през живота

Употреба през последните 30 дни: над 1 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: 0,2—3,5 %

Амфетамини

Разпространение на употребата някога през живота: почти 11 млн., или около 3,5 % от възрастните европейци

Употреба през последната година: 2 млн. или една пета от употребилите го някога през живота

Употреба през последните 30 дни: под 1 млн.

Различия между страните при употребата през последната година: 0,0—1,3 %

Опиати

Проблемна употреба на опиати: между един и осем случая на 1 000 души от възрастното население (на възраст 15—64 години)

Над 7500 тежки смъртни случая от наркотици, като в около 70 % от тях са открити опиати (данните са за 2004 г.)

Основен наркотик в около 50 % от всички случаи на потърсено лечение за наркотици

Над 585 000 употребяващи опиати са били лекувани със субституираща терапия през 2005 г.

доказателствата за ефективност и на идентифицирането на стандарти за контрол на качеството са разгледани в глава 2 от настоящия доклад.

Канабис: популярността му вероятно е достигнала върхови равнища — в същото време все повече се осъзнават проблемите за общественото здравеопазване

Почти една четвърт от всички възрастни лица са опитвали канабис на някакъв етап от живота си, а един на всеки четиринадесет души го е употребявал през изминалата година, което превръща канабиса в най-употребявания незаконен наркотик в Европа. Нещо повече, сред младежите и лицата в много ранна възраст той е най-често употребяваният незаконен наркотик засега. Употребата на наркотици от развиващите се както във физическо, така и в социално отношение, може да бъде особен проблем и този въпрос е разгледан подробно в придружаващия доклад подбран материал за употребата на наркотици сред непълнолетни. Значението на това да се познаят последиците от ранното започване на употребата на канабис и в какво могат да се изразяват подходящите ответни мерки е един от сложните въпроси, които широко разпространената употреба на канабис поставя днес пред политиките в областта на общественото здравеопазване и контрола на наркотиците в Европа.

Обща тенденция в политиката в Европа е изместването на вниманието от налаганите от правосъдието наказателни мерки срещу притежанието и употребата на малки количества канабис в посока към подходи, ориентирани към превенцията или лечението. Въпреки това за периода 2000—2005 г. отчетените престъпления, свързани с канабиса, са се увеличили значително (36 %) и в повечето страни това е наркотикът, който най-често се свързва с присъди за употреба или притежание на наркотици. Това положение вероятно е в процес на промяна, тъй като понастоящем повечето страни отчитат спад в регистрираните престъпления, свързани с канабиса — възможно е това да показва, че правоприлагащите органи изместват вниманието си от преследването на употребата на канабис.

Въпреки доста широкия дебат по темата в обществото и в средствата за масова информация е трудно да се намери пряка или обикновена връзка между политиките в областта на правоприлагането и общото разпространение на употребата на канабис. Въпреки че между отделните страни има различия в интервалите от време и мащабите, през 90-те години на ХХ в. Европа беше свидетел на значително увеличение на употребата на канабис, последвано от по-устойчива, но все още нарастваща като цяло тенденция след 2000 г. Това направи настоящата картина за Европа по-хомогенна в сравнение с положението в миналото. Освен това последните данни сочат, че употребата на канабис се измества към етап на по-голяма устойчивост и дори намаление, особено в страните с високо разпространение на употребата. И въпреки че данните все още са относително неубедителни, налице са известни доказателства, че популярността на наркотика сред по-младите възрастови групи в някои страни намалява. Националните тенденции като цяло са различни, но е възможен известен предпазлив оптимизъм, че ескалацията на употребата на канабис, наблюдавана

в Европа след 90-те години на ХХ в., вероятно е достигнала върховете си стойности.

Ако Европа навлиза в етап на по-голяма устойчивост в употребата на канабис, ясно е също така, че текущите равнища са много високи по миналите стандарти; и въпреки че само относително малка част от употребяващите канабис употребяват наркотика редовно и интензивно, все пак това са значителен брой лица. Увеличаващият се обем научни доказателства и клиничен опит днес предпоставят по-добро разбиране на нуждите на хората с проблеми, свързани с канабиса, въпреки че степента, в която употребяващите канабис стигат до проблеми с употребата остава недобре проучена. Събраните от ЕЦМНН данни за лечението показват, че броят на отчетените нови случаи на потърсено лечение за канабис почти се е утроил от 1999 г. насам, въпреки че понастоящем тази тенденция като че ли се стабилизира. Тълкуването ѝ се усложнява по ред причини, които включват увеличаването едновременно на услугите и осведомеността в областта на проблемите, свързани с канабиса, а също тъй като значителен дял от насочването към лечение става от наказателното правосъдие или от социални агенции. Изглежда също така, че нуждите на употребяващите канабис, до които достигат лечебните услуги, са различни, каквито са и осъществяваните ответни мерки, вариращи от краткотрайни и ориентирани към превенция мерки за намеса до по-официални лечебни подходи.

Положението с канабиса в Европа се усложнява допълнително от пазарните фактори, а проблемът се основава и на липсата на добри данни за относителния дял и за наличието на различните продукти от канабис в ЕС. Европа остава основен световен пазар за канабисова смола, повечето от която е произведена в Северна Африка. В Европа се предлага също сушен канабис, но обемът на конфискуваната канабисова смола е над 10 пъти по-голям от този на сушения канабис. Все пак е възможно картината да се изменя — през 2005 г. конфискациите на смола слабо намаляха, а тези на сушен канабис продължават да се увеличават, както и конфискациите на растения канабис. Половината от европейските страни отчетат за 2005 г. известни количества домашно отгледан канабис. Някои форми на домашно отгледан канабис могат да имат силно действие, а домашното производство влияе и върху дейностите по контрола на наркотиците.

Употребата на канабис поставя сложен набор от въпроси пред политиките в областта на наркотиците, общественото здравеопазване и социалните политики в Европа. Една положителна промяна е, че понастоящем държавите-членки започват по-добре да разбират последиците от широко разпространената употреба на този наркотик и дебатът става по-фокусиран и по-малко склонен към омаловажаване или преувеличаване на проблема.

Кокаин: прогнозите относно употребата му отново се увеличават

В настоящия доклад ЕЦМНН промени приблизителната си оценка за употребата на кокаин на 4,5 млн. европейци,

употребили наркотика през последната година, след като в годишния доклад за 2006 г. тя беше 3,5 млн. Отчетената за миналата година обща картина на стабилизиране на положението също е поставена под въпрос от новите данни, които сочат общо увеличение на употребата. Новите данни потвърждават второто място на кокаина в Европа като най-често употребяван незаконен наркотик след канабиса и изпреварващ екстази и амфетамин по всички показатели, а приблизителните оценки за употребата на кокаин през последния месец вече са над два пъти по-високи от тези за екстази. Въпреки че увеличението напоследък означава, че повече страни регистрират значителна част от населението като употребяваща кокаин, различията между отделните страни остават големи, като в повечето страни в Източна Европа се отчита слаба употреба на кокаин.

По-голямо разпространение на употребата на кокаин се отчита и в новите данни от Испания и Обединеното кралство — двете страни с най-голямо разпространение на кокаин в Европа, въпреки че в нито една от тях увеличението не е драстично. И в двете страни разпространението на употребата на кокаин през последната година сред младите е сходно или по-голямо от наблюдаваното в САЩ. Тревожен е фактът, че и в двете страни употребата на кокаин сред младите е относително висока (около 4–6 % при 15–16-годишните). В Испания анализът сочи, че увеличението напоследък е предизвикано от употребата във възрастовата група на 15–24-годишните. Важно е да се отбележи, че оценките за броя на лицата със сериозни проблеми с кокаина са много по-ниски. Оценките за проблемната употреба на кокаин са само за три страни (Испания, Италия, Обединеното кралство), но стойността е в границите от 0,3 до 0,6 % от възрастното население. Употребата на крех остава рядкост навсякъде в Европа, но все пак създава тежки локални проблеми в местата, където се среща.

Другите показатели също показват възходяща тенденция, което потвърждава нарастващото значение на кокаина като част от проблема с наркотиците в Европа. Увеличили са се както конфискуваните количества, така и броят на конфискациите, което вероятно е отражение на повишеното следене на европейския пазар или пък на повечето дейности за налагане на забрана. В Европа се увеличават координираните действия срещу незаконната търговия с кокаин, а в Португалия ще действа нова междуправителствена оперативна група — подходящо място предвид нарастващото значение на тази страна за забраната върху кокаина. Въпреки че рекордният брой и обем на конфискациите като че ли не влияе върху тенденциите при цените, които все още са намаляващи, възможно е те да са повлияли върху чистотата на наркотика.

Досега увеличената употреба на кокаин има само скромно въздействие върху показателите за здравословното състояние, но това може да се промени. Всяка година в Европа се регистрират около 400 смъртни случая, свързани с употребата на кокаин, и има подозрения, че смъртните случаи от сърдечно-съдови проблеми, при които кокаинът е утежняващ фактор, до

голяма степен остават неоткрити. Търсенето на лечение от лица с проблеми с кокаина се увеличава. През 2005 г. кокаинът е бил основен проблемен наркотик за около 13 % от пациентите, потърсили лечение, и дори още по-висока процентна част от новите пациенти, постъпили на лечение (22 %). През последните пет години броят на новите регистрирани случаи на потърсено лечение приблизително се е утроил и понастоящем възлиза на над 33 000. Също така се отчита, че кокаинът е съпътстващ основното вещество наркотик в 15 % от случаите, и все повече се осъзнава, че едновременната употреба на кокаин усложнява лечението на проблемите с опиати в някои страни. Въпреки това търсенето на лечение за кокаин като цяло е по-слабо от това за канабис и значително по-слабо от това за проблеми с опиати.

ХИВ: цялостната оценка е положителна, но новите случаи на заразяване подчертават необходимостта от продължаване на усилията

През 90-те години на ХХ в. опитът или потенциалната заплаха от масова епидемия от ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици беше катализатор за разработването на услуги за тази група лица. С разрастването на услугите наблюдаваната по-рано в Европа епидемия от ХИВ до голяма степен беше избегната, въпреки че в някои страни се наблюдаваха локализиращи проблеми, а именно в балтийските

държави, а в някои страни, засегнати от епидемията преди това, разпространението на ХИВ сред инжектиращите се остана доста високо. Като цяло инжекционната употреба на наркотици е намаляла като път за предаване на ХИВ инфекциите, но оценките на ЕЦМНН за 2005 г. са, че в Европейския съюз има около 3500 новодиагностицирани случая на ХИВ. Тази стойност може да е ниска според стандартите в миналото, но все пак представлява значителен проблем за общественото здравеопазване.

Анализът на последните данни сочи, че в повечето страни новите случаи на заразяване, свързани с инжекционната употреба, са малко и в повечето райони на ЕС разпространението на ХИВ сред инжектиращите се е намаляло в периода между 2001 и 2005 г. В резултат на това броят на инфекциите в резултат от инжекционна употреба на наркотици вероятно намалява, особено в районите, където разпространението е било високо. Положението в Естония, Латвия и Литва остава тревожно, но тук отново по-голямата част от новите данни показват относително намаление на новите инфекции.

Важно възражение срещу тази оценка е, че данните от някои важни райони са недостатъчни и проучванията на времевите тенденции за последните пет години показват увеличение в някои райони или извадки в около една трета от страните. Освен това в няколко страни има основания за загриженост поради относително

Афганистан — може ли разработването на алтернативи да измери въздействието?

Устойчивостта на като цяло стабилната или подобряваща се ситуация при употребата на хероин в Европа е поставена под въпрос от увеличаващото се производство на опиум в Афганистан. Оценките за 2006 г. сочат, че производството се е увеличило с 43 % в резултат на значително увеличение на обработваните площи.

Конфискациите на опиати и демонтираните лаборатории са показател, че произвежданият в Афганистан опиум все по-често се преработва в морфин или хероин в самата страна преди да бъде изнесен оттам (CND, 2007 г.). След това хероинът влиза в Европа по два основни маршрута: стария Балкански път, който все още е най-важният за контрабандата на хероин, и по-новия Път на коприната (вж. глава 6).

Регионалните различия в Афганистан очертават потенциалната възможност икономическото развитие да намали отглеждането на опиумен мак, но показват и колко несигурно може да бъде това поради липсата на политическа сигурност, корупцията и инфраструктурните проблеми. Намаляване на отглеждането може да бъде постигнато бързо, но също толкова бързо може да стане и обратното. Например в провинция Нангархар в източната част на страната през 2004—2005 г. мащабите на отглеждане на опиумен мак намаляха с 96 %, но както и в много други райони, след това и там те се върнаха на предишните равнища, което отчасти се диктува от икономическите нужди на гъсто населените райони, които не са в състояние да разнообразят дейността си с отглеждане на други култури с висока пазарна стойност или с възможности за доходи от друга дейност освен земеделието (Mansfield, лична комуникация и 2007 г.).

За разлика от това в други части на източния район мащабите на отглеждане вероятно ще останат незначителни, а в южните провинции Кандахар и Хелманд в близост до центъра на провинцията може да се очаква дори намаление на отглежданите количества. Факторите, които обуславят това, тук като че ли са засиленият контрол от страна на правителството и разнообразяването на селскостопанското производство — фактори, които позволиха да започне производството на култури с относително висока пазарна стойност, както и създаването на транспортна и пазарна инфраструктура. В северната и североизточната част на страната растящите надници и намаляващите цени на опиума не само ограничиха отглеждането на опиумния мак, но и някои зеленчуци с висока пазарна стойност дори носят по-големи приходи от опиумния мак. В тези райони разнообразяването на земеделските култури беше подкрепено с мерки за борба с наркотика и по-висока ангажираност на правителството, което доведе до масовата нагласа, че ще бъдат наложени мерки за забрана на производството на опиум.

Повишаващите се разходи за труд и спадът в цените сега означават, че приходите от опиумен мак не са неопровержими, а в някои райони доходите могат да се увеличат, ако се отглеждат алтернативни продукти, особено когато съществуват и възможности за доходи от друга дейност освен земеделието. Въпреки това тези законни възможности за получаване на доход не са на разположение на всички и в много райони възможностите на земеделските стопани са ограничени от високите транспортни разходи, лошите пътища и проблеми, свързани с липсата на сигурност. В тези райони корупцията и несигурността намаляват възможностите да се търгува със законни стоки и спъват икономическия растеж и усилията за насърчаване разнообразяването на земеделските култури дори в районите, които са относително близо до центровете на провинции.

големия брой на новите случаи на заразяване или тъй като напоследък има известно слабо увеличение на разпространението на употребата, въпреки че като цяло стойностите остават ниски. Предвид миналия опит, който показва колко бързо могат да се разпространят проблемите с ХИВ сред уязвимите групи от населението, това подчертава необходимостта от продължаване на целенасочените действия и разработване на услуги за ангажиране на застрашените лица.

Хепатит С остава скритата епидемия в Европа

Според оценките на ЕЦМНН е възможно да има до 200 000 европейци, живеещи с ХИВ инфекцията, които понастоящем или в миналото са употребявали наркотици инжекционно. Въпреки че има добра обществена информираност относно риска от заразяване с ХИВ при инжектиране, важно е да не се забравя, че според оценките има също приблизително 1 млн. души, които някога са употребявали наркотици инжекционно и които са заразени с вируса на хепатит С (HCV) — включително значителна част, които вече не употребяват наркотици.

Хепатит С може да има сериозни последици върху здравето, включително да доведе до рак и смърт, и е много вероятно посрещането на нуждите на хората, заразени с вируса на хепатит С, допълнително да натовари бюджетите в здравеопазването. Навсякъде в Европа степента на заразяване с вируса на хепатит С сред инжекционно употребяващите наркотици е висока, а проучванията показват, че младежите, които употребяват наркотици инжекционно, продължават да се заразяват с болестта на ранен етап от употребата, което ограничава възможностите за намеса. За разлика от хепатит В, при който мерките за намеса изглеждат дават резултат, в данните за хепатит С няма ясно очертана тенденция, въпреки че различията между страните могат да дадат някои насоки за това кои действия могат да се считат за ефикасни в тази област.

Употребата на хероин остава постоянна, но има опасения за увеличаване на проблемите със синтетични опиати

Според оценките потенциалното световно производство на хероин, предимно в Афганистан, отново се е увеличило през 2006 г. на над 600 тона. Това поставя пред Европа въпроса какво въздействие ще окаже увеличението върху проблема с наркотиците. Увеличеното производство на хероин досега не проличава в повечето показатели за употребата на хероин, която като цяло остава постоянна от известно време. Сведенията от анализа на данните за лечението за наркотици и за случаите на свръхдоза показват, че възрастта на употребяващата хероин част от населението в Европа продължава да расте, въпреки че картината в страните от Източна Европа не е така ясна. Като цяло оценките за проблемната употреба на наркотика обикновено също показват, че положението се запазва постоянно. Въпреки всичко намаляващите цени на наркотика и увеличаването на броя на младежите, постъпили на лечение за употреба на хероин, в някои

страни подчертават необходимостта от поддържане на бдителност.

Понастоящем няма ясни сведения, че употребата на хероин печели популярност сред младежите, но от редица доклади са налице признаци, че в някои части на Европа употребата на синтетични опиати вероятно се превръща в нарастващ проблем, а в някои страни синтетичните опиати дори започват да заместват хероина. В Австрия все по-голяма част от пациентите, потърсили лечение, са на възраст под 25 години и търсят помощ за проблеми, дължащи се на употребата на опиати, отклонени от законното им предназначение. По същия начин Белгия отчита известно увеличаване на незаконната употреба на метадон, а в Дания метадонът обикновено се споменава в отчети за смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици. Бупренорфинът, който се счита от някои за непривлекателен за незаконния пазар, също се регистрира като все по-често употребяван и инжектиран в Чешката република; вероятно той е изместил хероина във Финландия, а наблюденията във Франция повишават опасенията за незаконната употреба на този наркотик, включително инжекционно, от млади хора, които са започнали употреба на опиати с бупренорфин, а не с хероин.

Намаляващите тенденции при смъртните случаи от свръхдоза постепенно се променят

ЕЦМНН редовно отчита тежките смъртни случаи, свързани с наркотиците в Европа — това са основно смъртни случаи от свръхдоза, в които обикновено са намесени хероин или други опиати, въпреки че в повечето случаи се оказва, че са употребени редица други вещества. Смъртните случаи от свръхдоза са съществена причина за предотвратимата смъртност сред младите хора.

От 2000 г. насам много страни в ЕС отчитат намаляване на броя на смъртните случаи, свързани с наркотици, което вероятно е отражение на по-голямото предлагане на услуги или на промени в броя на инжекционно употребяващите хероин. Въпреки това тази тенденция не продължи през 2004 и 2005 г. Особено тревожен е фактът, че в някои страни расте дялът на по-младите сред лицата, които умират. Намаляването на смъртните случаи, свързани с наркотици, е важна цел в общественото здравеопазване и е необходимо да се определят причините за колебанието на намаляващите тенденции.

Смъртта от свръхдоза не е единственият риск за здравето, пред който са изправени хората с наркотични проблеми. Проучванията разкриват, че повишената смъртност по различни причини има значителни размери сред употребяващите наркотици — до 10 пъти по-висока от тази, която може да се очаква сред общото население. Поради това е налице необходимост да се разработи по-всеобхватен подход, който да разгледа нуждите по отношение на физическото и психичното здраве на тази група лица, за да се постигне съществено намаляване на заболяемостта и смъртността, свързани с хроничната употреба на наркотици.



Глава 1

Политики и закони

В настоящата глава са разгледани политиките в областта на наркотиците в ЕС като цяло и в отделните държави-членки, както и взаимовръзката между тези две равнища на вземане на решения. Процесът на събиране на данни, започнат от ЕЦМНН през отчетния период, позволява да бъде направен преглед на текущите национални стратегии в областта на наркотиците и институционалните рамки из цяла Европа. Оценката на средствата, които обществото изразходва във връзка с наркотиците, е разгледана в раздела за обществените разходи, свързани с наркотиците. На базата на данни за националните обществени разходи, предоставени от държавите-членки, е направена първа приблизителна оценка на общите средства, изразходвани от европейските правителства във връзка с явлението наркотици. В раздела за последните промени в националните закони са разгледани законодателните промени, фокусирани върху намаляване на предлагането и върху различни правни подходи към тестването за наркотици. В раздела за наркопрестъпността е направен преглед на последните статистически данни за правонарушенията във връзка с наркотиците и тенденциите при тези правонарушения, които са свързани с опиати и канабис. Главата завършва с раздел за изследователската дейност в Европа, свързана с наркотиците.

Национални стратегии в областта на наркотиците

Общо състояние и ново развитие

В началото на 2007 г. всички държави-членки на ЕС, с изключение на Италия, Малта и Австрия, имаха национална стратегия в областта на наркотиците, в някои случаи придружена и от планове за действие. Към този момент в Европа имаше общо над 35 действащи различни национални планови документи в областта на наркотиците с продължителност от две години (план на Чешката република за действие) до повече от десет години (национална стратегия на Нидерландия в областта на наркотиците).

През последните години се наблюдава тенденцията към преминаване от единни национални планови документи към приемането на два допълващи се инструмента: стратегическа рамка и план за действие. Този подход, който позволява по-добро концептуализиране на кратко-, средно- и дългосрочните цели, понастоящем се прилага в почти половината държави-членки на ЕС и се среща

дори по-често в тези от тях, които се присъединиха през 2004 и 2007 г. — осем от тези 12 страни имат и стратегии в областта на наркотиците, и планове за действие.

Политиката на съчетаване на стратегия в областта на наркотиците с план за действие улеснява по-детайлното дефиниране на целите, действията, отговорностите и крайните срокове. Някои страни, например Кипър, Латвия и Румъния, са заложили в своите стратегии в областта на наркотиците и планове за действие подробни процеси за тяхното изпълнение. Този подход, който от известно време се прилага в други държави-членки (например Испания, Ирландия, Обединеното кралство), се разпространява все по-широко и е прокаран и в текущия план на ЕС за действие в областта на наркотиците.

През 2006 г. нови стратегии в областта на наркотиците или планове за действие приеха четири държави-членки (Гърция, Полша, Португалия, Швеция) и Турция, а също Северна Ирландия в Обединеното кралство. В нито един случай това не ставаше за пръв път и при всички в националните доклади се отбелязваше, че документите относно новата политика в областта на наркотиците се опират на опита от предходните. През 2007 г. нови стратегии в областта на наркотиците предстои да приемат две държави-членки — Малта и Австрия, както и Норвегия, а Чешката република, Естония, Франция и Унгария ще изпълняват нови планове за действие.

Съдържание

Най-важната цел на националните стратегии в областта на наркотиците и плановете за действие на всички държави-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия е намаляване на употребата на наркотици изобщо, и по-специално на проблемната употреба. Целта, свързана с превенцията и намаляването на индивидуалната и колективната вреда в резултат от употребата на наркотици, също е обща за всички страни. Друга обща характеристика е „всестранният“ подход, при който мерките за намаляване на предлагането и търсенето на наркотици са свързани. Много разпространен е също „балансираният“ подход, който цели приоритетно намаляване както на предлагането, така и на търсенето. Всички тези елементи са част и от стратегията на ЕС в областта на наркотиците.

Диапазонът от психоактивни вещества, включени в националните стратегии в областта на наркотиците, е област, в която се наблюдават различия сред

Нов регламент на ЕЦМНН

На 12 декември 2006 г. Европейският парламент и Съветът на Европейския съюз подписаха преработения регламент за създаването на ЕЦМНН, който влезе в сила от януари 2007 г.

Новият регламент подчертава значението на ключовите показатели и отбелязва, че тяхното прилагане е предпоставка за изпълнението на задълженията на Центъра. Поставя се акцент също и върху необходимостта да се разработи информационна система, която да притежава чувствителност спрямо новите и зараждащите се тенденции.

Новият документ разширява обхвата на дейността на ЕЦМНН. Сега специално се посочва предоставянето на информация за съчетаната употреба на разрешени и незаконни психоактивни вещества и за добри практики в държавите-членки. ЕЦМНН може също да разработи средства и инструменти в помощ на държавите-членки при наблюдението и оценката на националните политики в областта на наркотиците и в помощ на Европейската

комисията когато извършва това на европейско равнище. Всички тези нови елементи ще позволят на Центъра да дава по-пълна картина за явлениято наркотици.

Новият регламент поставя по-силен акцент върху съвместната работа с агенции-партньори, по-специално с Европол, когато се касае за извършване на наблюдение над новите психоактивни вещества, както и с други партньори, като СЗО, ООН или съответните статистически институции, с цел постигане на максимална ефективност. Новият регламент уточнява страните, на които ЕЦМНН може да предава своя ноу-хау опит, по искане на Европейската комисия и с одобрението на управителния съвет.

В новия документ по-ясно се дефинира ролята на мрежата от национални фокусни центрове Reitox. Преработката на регламента внася изменения и в Научния комитет. Това ще осигури на Центъра сплотен независим орган от излязени учени. Освен че ще помогне за гарантиране качеството на работа на ЕЦМНН, Научният комитет ще служи и като мост между Центъра и по-широките научни и изследователски среди.

европейските страни. Това е видно в новите документи, приети през 2006 г. Два от тях се занимават главно с незаконните наркотици (Полша, Португалия), въпреки че има известна връзка между стратегиите в областта на наркотиците и в областта на алкохола/цигарите; два — с незаконните наркотици и с алкохола (Гърция, Северна Ирландия в Обединеното кралство), а един (Турция) — с всички вещества, водещи до пристрастяване. Освен това Швеция прие едновременно два взаимосвързани плана за действие: един за алкохола и един за незаконните наркотици. В някои страни от няколко години се наблюдават действия в посока към интегриране на политиките в областта на незаконните и законно разрешените наркотични вещества (например в Германия, Франция) ⁽¹⁾. Обхватът на бъдещите стратегии в областта на наркотиците и възможностите за тяхното интегриране с други стратегии в областта на общественото здравеопазване вероятно ще остане значима тема през следващите години.

Националните стратегии и планове за действие в областта на наркотиците обикновено включват дейности в областта на превенцията, лечението и рехабилитацията, намаляването на вредността и намаляването на предлагането. Въпреки това мащабът на различните дейности и значението, което се отдава на всяка от тях, са различни в различните страни ⁽²⁾. Това може да се обясни с разликите в размерите и характеристиките на проблема с наркотиците, както и с многообразието от социални и здравни политики в Европа. Финансовите средства, общественото мнение и политическата култура също са важни фактори и може да се докаже, че страни с определени общи характеристики провеждат сходни политики в областта на наркотиците (Kouvoonen et al., 2006).

Оценка

Наличието в ЕС на многообразие от национални стратегии в областта на наркотиците с общи цели може да се определи като силна страна, тъй като

позволява да бъде извършван сравнителен анализ между различните подходи. Следователно оценката на националните стратегии и планове за действие в областта на наркотиците е важна не само за да бъдат оценени усилията, положени на национално равнище, но и за да се подобри цялостното разбиране за ефикасността на стратегиите в областта на наркотиците. ЕС и неговите държави-членки вече вложиха значителни ресурси в тази област.

Почти всички европейски страни отбелязват като цел оценката на националните си стратегии в областта на наркотиците. Правителствата искат да знаят дали техните политики се изпълняват и дали се постигат очакваните резултати. В две от държавите-членки (Белгия, Словения) обхватът на оценката е ограничен до няколко подбрани проекта. В повечето други държави-членки и на равнище ЕС се извършва систематично наблюдение над изпълнението на дейностите, предвидени в националните стратегии в областта на наркотиците. Това позволява да се правят прегледи на напредъка по изпълнението, чиито заключения могат да бъдат използвани за подобряване или за обновяване на съществуващите стратегии или планове за действие.

В Европа по-рядко се правят глобални оценки на процесите, продукцията, резултатите и въздействието. Някои страни (Естония, Гърция, Испания, Полша, Швеция) съобщават за планирането на вътрешна оценка въз основата на прегледа на напредъка по изпълнението и други епидемиологични и криминологични данни. В някои случаи (Люксембург, Португалия) такива оценки ще бъдат извършвани от външен орган.

Като обобщение прегледът на напредъка по изпълнението на националните стратегии и планове за действие в областта на наркотиците се превръща в стандартна практика в Европа. Следващата стъпка се изразява в изготвянето на оценка на постигнатите резултати и въздействие; тази мярка обаче още е на ранен етап и бъдещата оценка на въздействието на плана на ЕС

⁽¹⁾ Вж. подбрани материал за 2006 г. „Политики на ЕС в областта на наркотиците — разширени извън обхвата на незаконните наркотици?“.

⁽²⁾ Вж. глава 2.

за действие в областта на наркотиците за периода 2005—2008 г. (в тази връзка Европейската комисия е възложила проучване за разработване на методология) може да послужи за пример. Също така се предприемат известни действия в областта на разработването на индекси за оценяване на въздействието на националните стратегии в областта на наркотиците или на положението в областта на наркотиците изобщо. Обединеното кралство, както и Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), полагат значителни усилия в тази област.

Индекси за политиката в областта на наркотиците

Индексът за вредите от наркотиците (DHI) на Обединеното кралство е предвиден да показва социалното измерение на вредите от проблемната употреба на всякакви видове незаконни наркотици. Той обхваща четири вида вреди: вредно въздействие върху здравето, вредно влияние върху общността, битови наркопрестъпления и търговски наркопрестъпления. Все пак той не е предвиден да дава пълно обобщение на положението с наркотиците в страната, тъй като показателите са ограничени до такива, за които вече има сигурни данни, а крайните цифри и тенденциите се използват като базова линия, спрямо която се оценява бъдещият напредък (MacDonald et al., 2005). Индексът за незаконните наркотици (IDI), разработен от Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC), съчетава три измерения на явлениято наркотици: производство на наркотици, незаконна търговия с наркотици и наркозависимост. Резултатът е обща оценка, която се основава на „коефициент за вредите/риск на глава от населението“ и би трябвало да отразява мащабите на всички проблеми с наркотиците в дадена страна (UNODC, 2005).

Концептуализацията на двата инструмента обхваща някои интересни методологични разработки и позволява начално задълбочено вникване в употребата на общи показатели с цел оценка на стратегиите в областта на наркотиците и наблюдение на положението в областта на наркотиците като цяло. Първоначалните наблюдения са, че подобни инструменти могат да бъдат от полза за продължително проследяване на ситуацията в дадена страна, но за да се разбере какво наистина се случва, резултатът трябва да бъде представен в контекста на анализа на отделните показатели в рамките на индексите. Да се използва общ индекс за извършване на сравнения между отделните страни би могло да се окаже по-трудно предвид ограниченията, произтичащи от съществуващите бази данни и от липсата на контекстуални променливи в анализа (например географското положение).

Координационни механизми

При все че в почти всички държави-членки на ЕС и Норвегия вече съществуват официални координационни механизми в областта на наркотиците, налице е значително многообразие на съществуващите системи като отражение на различията в политическите структури в отделните страни. Въпреки това могат да се посочат някои общи характеристики.

В повечето страни има установени координационни механизми в областта на наркотиците както на национално, така и на регионално или местно равнище. На национално равнище обикновено това са междуведомствени комитети по въпросите на наркотиците; често те се допълват от национална координационна агенция в областта на наркотиците и/или национален координатор в областта на наркотиците, които отговарят за ежедневните координиращи дейности. На регионално или местно равнище в повечето страни има координационни агенции в областта на наркотиците и/или координатори в областта на наркотиците.

Съществуват известни различия между европейските страни по отношение на връзката между координационните механизми на национално равнище и тези на регионално или местно. В някои страни, по-специално в страните с федерална структура (например Белгия, Германия), се използват системи за вертикална координация, чиято цел е да позволят сътрудничество на различните координационни органи, работещи самостоятелно. В други страни (например Финландия, Португалия) координацията на регионално или местно равнище се ръководи пряко от националните координационни органи.

Сравнителният анализ на координационните механизми в областта на наркотиците в ЕС е трудно постижим поради многообразието на съществуващите системи. Въпреки това едно проучване, възложено от ЕЦМНН, показва, че координационните системи могат да бъдат оценявани, като се акцентира върху тяхното „качество на изпълнение“ — концепция за изследване на капацитета им за постигане на резултати в координацията (Kenis, 2006). Този подход ще бъде доразвит, за да може да се прилага и за оценката на националните координационни системи в областта на наркотиците.

Обществени средства, изразходвани в областта на наркотиците

Докладваните от европейските страни обществени средства, които са изразходвани във връзка с проблема с наркотиците, попадат в диапазона от 200 000 до 2,290 млрд. евро⁽³⁾. Голямата разлика се обяснява отчасти с различните размери на държавите-членки и отчасти с различията между отделните страни по отношение на видовете отчитани разходи и по отношение на пълнотата на данните. Повечето страни отчитат само средствата, изразходвани във връзка с изпълнението на националните програми за политика в областта на наркотиците, без да включват други разходи в областта на намаляването на търсенето и предлагането. Освен това невинаги се включват всичките основни сфери на изразходване на обществени средства във връзка с явлениято наркотици — само 15 от общо 23 страни предоставят подробна информация за изразходваните средства за „здравни и социални“ дейности (лечение, намаляване на вредите, изследвания в здравеопазването, образователни, превантивни и социални дейности) и само 14 страни съобщават за средства, изразходвани

⁽³⁾ Общите стойности за обществените разходи във връзка с наркотиците през 2005 г. в държавите-членки на ЕС и Норвегия са определени от съответните национални фокусни центрове.

Цената на употребата на наркотици

Изследванията за цената на употребата на наркотици могат да бъдат важен източник на информация за разработването и управлението на политиките в областта на наркотиците.

Разходите, свързани с наркотиците, могат да бъдат разделени на две основни категории: преки и непреки. Преките разходи са тези, за които се извършват реални плащания и обикновено включват разходите в областта на превенцията, лечението, намаляването на вредите и правоприлагането. Непреките разходи се определят като стойността на производствените услуги, които не са извършени поради употреба на наркотици и обикновено се изразяват като загуба на производителност поради заболяемост или смъртност, свързани с наркотици. Разходите, свързани с наркотиците, могат също да включват нематериалната цена на болката и страданието, обикновено изразена под формата на показатели за качеството на живота, но тази категория разходи често се пропуска поради трудността тя да намери точно количествено изражение от финансова гледна точка.

Изследване на разходите може да бъде направено в няколко различни аспекта, като всеки от тях може да включва различни разходи, например разходи за обществото като цяло, за правителствата, за здравната система, за трети страни и за употребяващите наркотици и техните семейства.

Общественят аспект

Обществената цена, свързана с наркотиците, е сбор от всички разходи за обществото, преки и непреки, които произтичат от употребата на наркотици. Резултатът, във финансово изражение, е приблизителна оценка за цялостното бреме, което употребата на наркотици представлява за обществото (Single et al., 2001).

Определянето на социалната цена на употребата на наркотици има няколко предимства. На първо място то разкрива какви средства плаща обществото за проблеми, свързани с наркотиците, а оттук и сумите, които биха могли да бъдат спестени, ако напълно се премахне употребата на наркотици. На второ място така се идентифицират различните компоненти на цената и размерите на дела на всеки сектор в обществото. Тази информация може да помогне за определянето на приоритетите за финансиране, като се акцентира върху областите, в които е възможно да съществува неефективност и в които могат да бъдат направени икономии.

за „защита на обществения ред“ (полиция, армия, съдилища, места за лишаване от свобода, митници и финансова сигурност). Още по-оскъдна (седем страни) е информацията за разходите в други сфери (например администрация, координация, наблюдение и международно сътрудничество), както и информацията за разходи от регионалните и общинските бюджети (шест страни).

Шест страни предоставиха подробна информация за изразходваните средства във връзка с борбата с наркотиците (таблица 1). В тези страни изразходваните във връзка с наркотиците обществени средства представляват между 0,11 % и 0,96 % от всички общи разходи на правителствата през годината (средна стойност 0,32 %) или между 0,05 % и 0,46 % от националния брутен вътрешен продукт (БВП) (средна

Аспектът на обществените разходи

Понятието „обществени разходи“ обозначава стойността на стоки и услуги, закупени от правителството на една държава (например на централно, регионално, местно равнище) с цел осъществяване на всички негови функции (например здравеопазване, правосъдие, обществен ред, образование, социални услуги). Анализът на обществените разходи на една държава дава полезна информация относно способността на нейното правителство да изразходва средствата по ефективен и ефикасен начин.

Оценката за обществените разходи, свързани с наркотиците, е различна дейност от определянето на социалната цена. Обществените разходи са само една част от социалната цена, предимно под формата на преки разходи; непреките разходи категорично се изключват, тъй като има разходи на частни заинтересовани страни (например на частни здравноосигурителни компании). Преките обществени разходи, които категорично могат да бъдат причислени в категорията „разходи, свързани с наркотиците“, могат първоначално да се проследят, като се направи подробен преглед на официалните финансово-отчетни документи (например бюджети или годишни отчети). Изчисленията се усложняват когато разходите, свързани с наркотиците, не са обозначени като такива, а са включени в програми с по-мощабни цели (например общият оперативен бюджет на полицията). В този случай преките необозначени разходи, свързани с наркотиците, трябва да се изчислят чрез симулационни техники.

Основната цел на изчисленията на социалната цена е да се определи съотношението между бремето, което проблемите с наркотиците представляват за обществото, и цената за обществото да се бори с тези проблеми (включително с евентуалните косвени последици). В крайна сметка това води до въпроса за ефективността и ефикасността — разумно ли изразходват правителствата своите средства за точните проблеми? Въпреки това някои автори (Reuter, 2006 г.) изтъкват, че за целите на политиките обществените разходи са по-важни от социалната цена. Бюджетът за наркотиците е от полза, за да очертае какви политики прилага дадено правителство за намаляване употребата на наркотици и свързаните с това проблеми, което е първа стъпка към преценката за това, доколко адекватно е равнището и съдържанието на тези политики.

стойност 0,15 %). Разходите за „правоохраняващи“ дейности възлизат на 24–77 % от всички разходи, а останалата част е изразходвана за „здравни и социални“ дейности.

Като цяло европейските страни отчитат общо изразходвани обществени средства във връзка с наркотиците в размер на 8,1 млрд. евро. Тази цифра вероятно е по-ниска от пълния размер на изразходваните обществени средства във връзка с наркотиците предвид силно занижените отчетени стойности. Шестте страни, включени в таблица 1, отчитат 76 % от общо изразходваните обществени средства, отчетени от държавите-членки на ЕС и Норвегия. Въз основа на информацията, предоставена от тези шест страни, общо изразходваните от европейските страни обществени средства във връзка с наркотиците се изчисляват

Таблица 1: Сравнение между избрани страни с пълен набор от данни и допълнителна информация за състава на техните обществени разходи в областта на наркотиците

Страна	Общо отчетени разходи			Дял от общите разходи, изразходвани за	
	сума (млн. евро)	като дял от общите обществени разходи ⁽¹⁾ (%)	като дял от БВП ⁽²⁾ (%)	здравеопазване и социални грижи ⁽³⁾ (%)	правоприлагане ⁽⁴⁾ (%)
Белгия ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Унгария	43,5	0,11	0,05	23	77
Нидерландия	2185,5	0,96	0,43	25	75
Финландия	272,0	0,36	0,18	76	24
Швеция (2002 г.)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Обединеното кралство	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Всичко общи разходи на правителството през годината (източник: Евростат).

⁽²⁾ Брутен вътрешен продукт през годината (източник: Евростат).

⁽³⁾ Разходите за здравеопазване и социални грижи включват лечение, мерки за намаляване на вредите, изследвания в здравеопазването и мерки в образованието, превенция и мерки в социалната дейност. За Финландия освен „превенция на наркоманиите“ посочената сума включва и разходи за имуществени вреди, наблюдения и изследвания.

⁽⁴⁾ Разходите по правоприлагане включват разходите за работата на полицията, армията, съдилищата, местата за лишаване от свобода, митниците и службите за финансова сигурност.

⁽⁵⁾ Белгия също определя 3 % от общите отчетени разходи като „дейности по управление на политиките“.

Източници: Националните фокусни центрове и Евростат.

в диапазона между 13 млрд. и 36 млрд. евро ⁽⁴⁾. Тези стойности представляват между 0,12 % и 0,33 % от БВП на ЕС (25 страни) през 2005 г.

На равнище ЕС в рамките на новия бюджет 2007–2013 г. от Европейската комисия ще бъдат предоставени значителни средства за борба с проблемите с наркотиците. Понастоящем се обсъжда ново финансиране в размер на 21 млн. евро за превенция на употребата на наркотици и информация; то може да бъде прието до края на 2007 г., при което сумата на предоставените през тази година средства за транснационални проекти ще възлезе на 3 млн. евро. Други нови финансови инструменти, например Програмата за превенция и борба с престъпността, Програмата за обществено здравеопазване 2007–2013 г. и Седмата рамкова програма за изследвания, технологии и развитие 2007–2013 г., също дават възможности за финансиране на организации, работещи в различни сфери в областта на наркотиците. Освен това от 2005 г. ЕО и държавите-членки съфинансират проекти за подпомагане на трети страни във връзка с проблемите с наркотиците на стойност над 750 млн. евро.

В отговор на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005–2008 г.) ЕЦМНН работи понастоящем за разработването на методология, която да позволява на държавите-членки, страните кандидатки и Норвегия да събират стандартизирана информация за средствата, изразходвани във връзка с наркотиците. Това ще помогне на ЕЦМНН в прогнозните оценки както за

общо изразходваните обществени средства във връзка с проблема с наркотиците, така и за разпределението на тези средства между различните видове дейности.

Развитие в областта на европейското право и политики

В края на 2006 г. Европейската комисия представи първия си преглед на напредъка ⁽⁵⁾ по изпълнението на Плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005–2008 г.). В него беше направена оценка на степента, до която са изпълнени планираните за 2006 г. дейности, както и доколко са постигнати целите на плана

Доклади за социалната цена на употребата на наркотици

Информация за социалната цена на употребата на наркотици се предоставя само от малък брой страни. Във Финландия непреките разходи, свързани с употребата на наркотици, включително със злоупотреба с лекарствени средства, се изчислява от порядъка на 400–800 млн. евро, от които 306–701 млн. евро се определят като цена на изгубен живот поради преждевременна смърт, докато производствените загуби възлизат на 61–102 млн. евро (данните са за 2004 г.). Социалната цена на употребата на незаконни наркотици във Франция през 2003 г. се изчислява на 907 млн. евро, а в Люксембург през 2004 г. — на 29,7 млн. евро.

⁽⁴⁾ Четири от тези шест страни (Унгария, Нидерландия, Финландия и Швеция) са предоставили подробно моделирани подходи за своите стойности. Прилагането и за другите страни на стойността от първия и третия квартал за разпределението на процентната стойност на всички общите правителствени разходи (съответно 0,18 % и 0,69 %) и на процентната стойност на БВП (съответно 0,08 % и 0,37 %), изразходвани като обществени средства от шестте избрани страни, дава интервала за цялостните общи акумулирани разходи.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

за 2006 г. ЕЦМНН помогна с подготовката на няколко доклада. Всичко това ще бъде направено и през 2007 г. преди окончателната оценка на въздействието на плана на ЕС за действие в областта на наркотиците, която ще бъде представена от Европейската комисия през 2008 г.

През юни 2006 г. Европейската комисия публикува Зелена книга за ролята на гражданското общество в политиката в областта на наркотиците в Европейския съюз⁽⁶⁾, както е предвидено в плана за действие в областта на наркотиците. Целта на зелената книга е да се проучат възможностите как най-добре може да бъде организиран постоянен диалог с организации на гражданското общество, работещи в областта на наркотиците. Заинтересованите страни бяха поканени да дадат мнението си по две възможности за конструктивен диалог: форум на гражданското общество по въпросите на наркотиците като платформа за редовни неформални консултации или тематична връзка между съществуващи мрежи.

Участието на гражданското общество в политиките в областта на наркотиците в ЕС е също една от главните цели на специалната програма за превенция на употребата на наркотиците и информацията 2007—2013 г.⁽⁷⁾, която е предложена от Европейската комисия в рамките на общата програма за основни права и справедливост. Общите цели на програмата са да допринесе за превръщането на Европа в свободна, сигурна и справедлива зона чрез подобряване на информацията за последиците от употребата на наркотици и чрез превенция и намаляване на употребата на наркотици, наркозависимостта и вредите вследствие от наркотиците. За периода 2007—2013 г. тази програма има общ бюджет от 21 млн. евро. Тя все още се обсъжда в Европейския парламент и в Съвета с оглед на приемането ѝ по процедурата за съвместно вземане на решения.

Нови национални закони

Намаляване на предлагането на наркотици

През изминалата година държавите-членки осъществиха многобройни законодателни промени в областта на намаляване на търсенето на наркотици, но 2006 беше също година, в която редица страни предприеха мерки за подобряване на правната рамка, касаеща незаконната търговия с наркотици и въпросите, свързани с намаляването на предлагането им.

В Ирландия съществените промени се изразяваха в приемането на Наказателен закон от 2006 г. (Criminal Justice Act 2006), който определя като правонарушение предлагането на наркотици на лишени от свобода, въвежда разпоредби за борба с противообществените прояви и предлага налагането на задължителна 10-годишна минимална присъда за незаконна търговия с наркотици с пазарна цена равна или по-голяма от 13 000 евро. Наказуемо е и членството или подпомагането на дейността на „престъпни организации“ (според дефиницията на това понятие в закона) и се създава регистър на наркопрестъпниците, като от всички

осъдени за незаконна търговия с наркотици се изисква да информират полицията за адреса си след напускане на местата за лишаване от свобода. От друга страна, в Унгария бяха въведени процесуални промени и като резултат Правилникът за националното полицейско управление класифицира всички свързани с наркотиците и наркотичните прекурсори полицейски действия в единен всеобхватен закон с цел подпомагане на борбата с наркопрестъпността.

Създадени или подобрени бяха също някои процедури относно употребата на определени средства в борбата с незаконната търговия с наркотици. През май 2005 г. в Естония бяха изменени Законът за наркотичните и психотропните вещества и свързаните с него други закони, за да се разшири обхватът на полицейските наблюдения. В Румъния през юни 2006 г. е приет закон, който въвежда европейската заповед за задържане и определя процедурите за прилагането ѝ, както и мерки за подобряване на съдебното сътрудничество, полицейските наблюдения и трансграничните съдебни дирения и трансфера на правни процедури. В България новият Наказателно-процесуален кодекс, приет през октомври 2005 г., регламентира контролираните доставки, поверителните сделки и полицейските разследвания под прикритие. Предвидени са също разпоредби за временна защита на свидетели по наркодела, а в някои случаи и за защита на самоличността на свидетели, както и специални правила за разпит на такива свидетели и за използване на служители под прикритие.

С подобни средства разполагат и прокурорите в други страни. В Чешката република преследването на правонарушения във връзка с наркотиците често се позовава на разпоредбите на Наказателно-процесуалния кодекс, който позволява защита на самоличността на свидетели и полицейско наблюдение на лица. В Кипър Законът за защита на свидетелите също се прилага широко за наркодела.

Увеличаването на незаконната търговия с кокаин напоследък насочва вниманието върху Карибския район. От началото на 2003 г. на летище „Шипхол“ в Нидерландия функционира специален съд с помещения за лишаване от свобода. От началото на 2005 г. се извършва пълен контрол на всички полети от ключови страни от Карибския район. През 2004 г. бяха задържани средно по 290 наркотрафиканти на месец, като в началото на 2006 г. тази цифра намалю до 80 на месец. През октомври 2005 г. във Франция е приет закон, който засилва сътрудничеството с Карибския район, с цел да се пресече незаконната търговия с наркотици по въздух и море.

Регламентиране на тестването за наркотици

Редица страни съобщават за въвеждането на законодателство, което разрешава, определя или регламентира в определени ситуации да се извършва тестване за наркотици на водачи на МПС, задържани лица, лица, пребиваващи в местата за лишаване от свобода, или работещи.

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf
⁽⁷⁾ COM (2006) 230 окончателен.

Произволни проверки на водачите на МПС по пътищата с помощта на преносими устройства за бързо тестване вече са разрешени в Литва съгласно решението, с което е одобрена Националната програма за безопасност на движението по пътищата 2005—2010 г., а също и в Люксембург по силата на проектозакон от 2004 г. за изменение на закона за контрола на движението по пътищата. В Латвия измененият наказателен закон понастоящем предвижда наказания за водачи, които шофират във видимо състояние на интоксикация и отказват да им бъде направено тестване, с възможност за наказване с лишаване от свобода при повторен отказ в рамките на една година. Също в Латвия измененият закон „за полицията“ понастоящем предвижда дадено лице да може да бъде откарано до медицинско заведение, за да се определи дали е употребило алкохол или наркотични, психотропни или токсични вещества и препраща към правителствена наредба, с която подробно се определя процедурата за това. Допълнително разгледани процедури относно тестването за наркотици на водачи на МПС могат да се намерят в подборния материал за наркотиците и шофирането за 2007 г.

В съгласие с позицията на Англия и Уелс в Шотландия вече могат да се тестват за наркотици определени групи задържани лица, а новите проектоправила за местата за лишаване от свобода, публикувани в Ирландия през юни 2005 г. от Министерството на правосъдието, равенството и законодателната реформа, въвеждат възможността за задължително тестване за наркотици на лишените от свобода. Смята се, че това е в интерес на реда, безопасността, здравето и сигурността, и се предвижда тестването да се прави върху проби от урина, устен секрет и/или коса.

В Норвегия вече не важи условието, че тестване за наркотици на работното място може да бъде извършено само ако работещият или кандидатът за работа е дал съгласието си за това. След влизането в сила на раздел 9-4 от Закона за трудовата среда от 2005 г. работодателят може да изиска от работещия или кандидата за работа да се подложи на тестване за наркотици единствено при условията, установени в правилниците и наредбите; когато извършването на работата в състояние на интоксикация носи особено големи рискове; или ако работодателят смята, че тестването е необходимо, за да се защитят животът и здравето на работещите или на трети лица. Във Финландия новото правителствено постановление за тестването за наркотици на работното място определя всеобхватен списък от разпоредби, касаещи съгласието и изискванията за качеството на лабораториите за тестване, пробите и резултатите.

В Чешката република правилата за тестването за наркотици, извършвано от полицията, персонала в местата за лишаване от свобода или работодателите, са дефинирани в Закон 379/2005 Coll. в „Мерки за защита от вреди, причинени от употребата на тютюневи изделия, алкохол и други вещества, водещи до пристрастяване“.

Професионалният преглед е задължителен, когато е разумно да се предполага, че употребата на такива вещества поставя лицето в състояние, при което то или други лица могат да пострадат. В закона се определя също кога полицията, персоналът в местата за лишаване от свобода или работодателите имат право да правят тестване на дъха или да вземат проба от слюнката. Медицински изследвания чрез тестване на дъха и проби от биоматериал могат да се извършват само в здравни заведения с необходимите професионални и оперативни компетенции.

Наркопрестъпност

Необходимостта от предотвратяване на наркопрестъпленията е на едно от първите места на европейския политически дневен ред, както го доказва фактът, че действащата понастоящем стратегия на ЕС в областта на наркотиците определя тази задача като ключова област на действие по постигането на поставената за цел висока степен на сигурност за цялото общество.

Една от задачите, предвидени в плана на ЕС за действие (2005—2008 г.) в областта на наркотиците за 2007 г., е приемането на обща дефиниция на понятието „наркопрестъпност“ въз основа на предложение от Европейската комисия, базиращо се на проучвания, предприети от ЕЦМНН. Смисълът, вложен в „наркопрестъпност“, е различен в различните дисциплини и сред различните специалисти, но може да се каже, че понятието обхваща четири широки категории престъпления: *психофармакологични престъпления* (извършени под въздействието на психоактивно вещество), *престъпления от икономическа принуда* (извършени, за да се набавят парични средства/стоки/наркотици с цел поддържане на навика да се употребяват наркотици), *системни престъпления* (извършени в контекста на функционирането на незаконните наркопазари) и *нарушения на закона в областта на наркотиците* (включително употреба, притежание, разпространение, незаконна търговия и т.н.) (вж. също EMCDDA, 2007a).

Дефинициите на първите три аспекта на наркопрестъпността понякога се прилагат трудно на практика, а данни за тях се предоставят рядко или са откъслечни. Информация за „съобщенията“⁽⁸⁾ за нарушения на закона в областта на наркотиците се предоставя рутинно във всички европейски страни, анализирани в настоящия доклад. Тя обаче отразява различията в националните законодателства и различните начини на правоприлагане и правораздаване, а също разликите в определените приоритети и заделените ресурси от наказателните съдебни органи за конкретни видове правонарушения. Освен това има различия между националните информационни системи за нарушенията на закона в областта на наркотиците, особено по отношение на практиките на съобщаване и регистриране, т.е. каква информация се регистрира и кога и как става това. Като

⁽⁸⁾ Понятието „съобщения“ за нарушенията на закона в областта на наркотиците е дадено в кавички, защото характеризира различни неща в различните страни (полицейски протоколи за заподозрени правонарушители, обвинения за нарушения на закона в областта на наркотиците и др.). За точната дефиниция за всяка отделна страна, вж. методологичните бележки за правонарушенията във връзка с наркотиците, поместени в статистическия бюлетин за 2007 г.

результат понякога е трудно да се правят сравнения между отделните страни; поради това е по-целесъобразно да се сравняват тенденциите вместо абсолютните стойности и да се отчита броят на населението в страните, когато се анализират средните европейски тенденции. Като цяло в периода между 2000 и 2005 г. броят на „съобщените“ правонарушения от този вид на равнище ЕС се е увеличил със средно 47 % (фигура 1). Информацията разкрива тенденция към повишаване във всички страни, които съобщават такива данни, с изключение на Латвия, Португалия и Словения, които съобщават общ спад през същия петгодишен период ⁽⁹⁾.

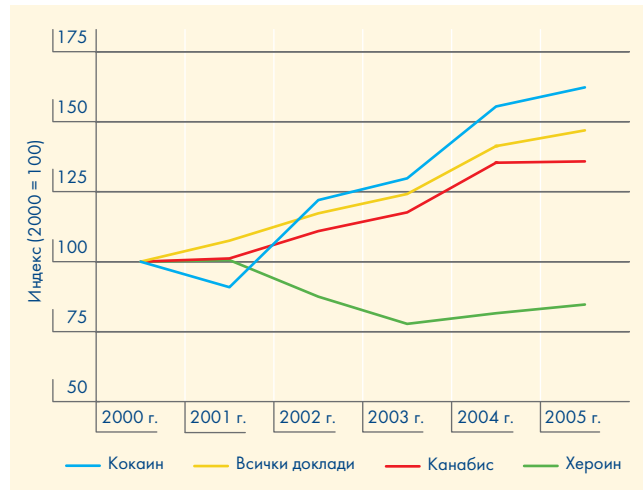
Балансът между нарушенията, свързани с употреба на наркотици, и нарушенията, свързани с незаконна търговия, е различен, като повечето европейски страни съобщават, че по-голямата част от нарушенията са свързани с употреба на наркотици или притежание с цел употреба, а цифрите през 2005 г. стигат до 91 % в Испания ⁽¹⁰⁾. От друга страна, в Чешката република, Люксембург, Нидерландия, Турция и Норвегия преобладават нарушенията, свързани с разпространение и незаконна търговия, възлизащи на 92 % (за Чешката република) от всички съобщени през 2005 г. нарушения на закона в областта на наркотиците.

В повечето европейски страни канабисът е най-често замесеният незаконен наркотик в съобщените нарушения на закона в областта на наркотиците ⁽¹¹⁾. В страните, за които важи това, правонарушенията, свързани с канабиса, през 2005 г. бяха 42–74 % от всички нарушения на закона в областта на наркотиците. В Чешката република преобладават правонарушенията, свързани с метамфетамин, като техният дял е 53 % от всички нарушения на закона в областта на наркотиците, а най-често съобщаваното вещество в Люксембург е кокаинът (намесен в 35 % от нарушенията на закона в областта на наркотиците).

През петгодишния период 2000–2005 г. броят на „съобщенията“ за нарушения на закона в областта на наркотиците, в които е замесен канабис, се запазва постоянен или се е увеличил в повечето страни, където се съобщават данни за това; резултатът е общо увеличение на равнище ЕС със средно 36 % (фигура 1). Въпреки това Чешката република (2002–2005 г.) и Словения (2001–2005 г.) съобщават тенденция към намаление.

Във всички страни, които съобщават данни за това, с изключение на Люксембург и Нидерландия, канабисът е замесен най-често в правонарушенията за употреба/притежание с цел употреба. Въпреки това делът на правонарушенията, свързани с употребата на наркотици, в които е замесен канабис, намалява прогресивно от 2000 г. в някои страни (Гърция, Италия, Кипър, Австрия, Словения и Турция), а през последната година, за която има данни (2004–2005 г.) и в повечето страни, които съобщават данни за това — вероятно показател за по-малко целенасочените

Фигура 1: Индексирани тенденции в докладите за нарушения на законодателството в областта на наркотиците в държавите-членки на ЕС (2000–2005 г.)



БЕЛЕЖКА: Тенденциите представляват наличната информация за броя национално регистрирани случаи на нарушения на законодателството в областта на наркотиците (криминални и некриминални), отчетен от всички правоприлагащи органи в държавите-членки на ЕС; всички поредици от данни са индексирани на база 100 за 2000 и претеглени според броя на населението в страната, за да се формира обща тенденция за ЕС. Тъй като дефинициите и проучвателните единици в отделните страни са много различни, се използва общото понятие „регистрирани случаи на нарушения на законодателството в областта на наркотиците“; за повече информация вж. „Нарушения на законодателството в областта на наркотиците — методи и дефиниции“ в статистическия бюлетин за 2007 г.

Страните, за които липсват данни за две или повече последователни години, не са включени в изчисленията за тенденциите: общите тенденции се основават на данните за 24 страни, тенденциите за хероина се основават на данните за 14 страни, за кокаина — за 14 страни и за канабиса — за 15 страни.

За допълнителна информация вж. фигура DLO-6 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox, а за данните за населението — <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

действия срещу употребяващите канабис от страна на правоохраняващите органи в тези страни в сравнение с действията им срещу другите видове наркотици ⁽¹²⁾.

Свързаните с кокаин правонарушения са се увеличили за времето от 2000 до 2005 г. във всички европейски страни с изключение на Германия, където техният брой се запазва относително постоянен. Средно за ЕС тези нарушения са се увеличили с 62 % за същия период от време (фигура 1).

В периода между 2000 и 2005 г. „съобщенията“ за правонарушения, свързани с хероин, разкриват различна картина от тази на нарушенията, свързани с канабис или кокаин, като в Европейския съюз те намаляват като цяло със средно 15 %, главно в периода между 2001 и 2003 г. Въпреки това тенденциите при правонарушенията, свързани с хероин, в отделните

⁽⁹⁾ Вж. таблица DLO-1 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁰⁾ Вж. таблица DLO-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹¹⁾ Вж. таблица DLO-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²⁾ Трябва да се отбележи, че в някои от страните, където делът на правонарушенията, свързани с употребата на канабис, е намалял, абсолютните стойности на правонарушенията, свързани с употребата на канабис, се увеличават.

страни през същия период са различни, като една трета от тях съобщават тенденция към увеличаване⁽¹³⁾.

Изследвания в областта на наркотиците

Финансиране

Изследванията в областта на наркотиците в Европа, за които се съобщава в докладите на националните фокусни центрове, се финансират с национални и европейски обществени средства. Някои държави-членки съобщават за финансиране на изследванията за наркотиците по линия на общите национални средства за изследвания (Германия, Нидерландия, Финландия, Обединеното кралство), от средствата за изследвания на Министерството на здравеопазването (Италия) или със средства, контролирани от националния координиращ орган в областта на наркотиците (Франция, Швеция). В Румъния научните изследвания се финансират от международни организации като Глобалния фонд.

Изследователска дейност

Ако приемем като показател за научна дейност научните публикации, които са включени в критичния преглед, извършеният през 2005 и 2006 г. анализ на тези публикации, цитиран в националните доклади, разкрива различни профили на тематичните изследователски приоритети в различните страни.

Лечението на наркозависимостта е важна тема на изследванията, като повечето от тях изучават различните аспекти на субституиращото лечение. Изследванията върху превенцията заемат много по-малък дял от научната литература, цитирана в националните доклади. От петте ключови показатели на ЕЦМНН най-многобройни са публикациите за инфекциозните заболявания, следвани от публикациите за разпространението на употребата на наркотици сред младежите.

Научните публикации, цитирани в националните доклади, се различават в отделните страни. В доклада на Германия особено често се цитират изследванията в областта на лечението, и по-специално лечението на употребяващи наркотици, които са носители на вируса на хепатит С, а в нидерландския доклад фокусът е върху новите лечебни методики. Предмет на изследванията, цитирани от Обединеното кралство, са главно проблемната употреба на наркотици, престъпността и въпроси, свързани с пазара. Малкото случаи на цитирани невронаучни изследвания са главно в доклада на Нидерландия. Въпреки това френската организация

MILDT също е финансирала серия изследователски проекти в тази област.

Започналите наскоро изследователски програми са доказателство за сходните национални изследователски приоритети на държавите-членки. Текущото национално финансиране на изследванията в Германия е предназначено за оптимизиране на лечебните услуги според търсенето на лечение, включително за основни изследвания. През 2006 г. Нидерландия започна изследователската програма „Рисково поведение и зависимост“. В Обединеното кралство наскоро започнаха изследвания за качеството на лечебните системи и за съвсем младите проблемно употребяващи наркотици. Новите държави-членки са съсредоточили усилия главно върху изграждането на научната основа за своите системи за наблюдение, например чрез проучвания сред младежите.

Изследвания в ЕС

Финансирането на изследванията в областта на наркотиците в ЕС се осъществява чрез рамковите програми за изследвания, като най-новата от тях — Седмата рамкова програма (2007—2013 г.), започна в края на 2006 г. Изследователски проекти, които отчетоха своите резултати през 2005—2006 г., бяха финансирани по тематичната подпрограма „Качество на живота“ на Петата рамкова програма на ЕС за изследвания (1998—2002 г.). Сред тях са „Квазизадължително лечение на наркозависими правонарушители в Европа“ (QCT), „Подкрепа на нуждите на употребяващите кокаин и крек в Европа“ (COCINEU) и „Комплексни услуги, насочени към двойно диагностициране и оптимално възстановяване след пристрастяване“ (ISADORA).

Наркотици и шофиране в подбраните материали на ЕЦМНН за 2007 г.

Психоактивните вещества могат да попречат на способността за шофиране до степен, при която нараства опасността от злополуки или наранявания. Подбраният материал за наркотиците и шофирането прави преглед на резултатите от различни видове изследвания по тази тема с акцент върху канабиса и бензодиазепините, както и върху превантивния и законов подход към това проблемно поведение.

Този подбран материал е наличен във версия за разпечатване и онлайн само на английски език (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽¹³⁾ Фактът, че средната стойност за Европа не отразява увеличението на правонарушенията, свързани с употребата на хероин, които се съобщават в половината от страните, предоставящи такива данни, се дължи преди всичко на това, че страните, за които липсват данни за две последователни години, не са включени при изчислението на средната стойност за Европа, както и на това, че средната стойност за Европа е съобразена с размера на населението на страните (по този начин стойностите за някои страни имат по-голяма тежест спрямо тези за други).



Глава 2

Ответни действия по отношение на проблемите с наркотиците в Европа — обзор

Планът на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005—2008 г.) специално призовава държавите-членки да увеличат ефективните и разнообразни, но и в същото време леснодостъпни методи за превенция, лечение, намаляване на вредите и социална реинтеграция. В настоящата глава ще бъдат разгледани по-подробно тези страни на проблема с наркотиците в Европа.

Стратегиите за превенция могат да бъдат насочени към различни групи — от цялото население до конкретни рискови групи, — като прилаганите методи са съответно различни. Има също лечение и мерки за намаляване на вредите както за употребяващите наркотици, така и за пристрастените, а в голям брой страни тяхната ефективност се оценява с изследвания на резултатите. Мерките за намаляване на вредите имат за цел да предотвратяват смъртността, причинена от наркотиците, и да намаляват вредата за здравето, например инфекции с ХИВ или хепатит С. Хероиновата зависимост обикновено се лекува със субституираща терапия, а за зависимостта от канабис, амфетамин и кокаин са разработени специални програми. Следващата стъпка след успешното лечение е социална реинтеграция. Както ще бъде разгледано по-нататък, условията на живот на много употребяващи наркотици са лоши и стратегиите за социална реинтеграция често трябва да преодоляват значителни проблеми.

За всеки вид дейност са дадени примери от различни страни и са разгледани резултатите от изследвания за или против тяхната ефективност.

Превенция

Като цяло ефектът от индивидуалните стратегии за превенция не може да бъде измерен с промените в разпространението на употребата на наркотици сред населението. От друга страна, всяка една може да бъде съпоставена с натрупаните сведения, за да се определи доколко е мярка, основана на сведения. Това означава наличие на добра информация за съдържанието, покритието и броя на дейностите за превенция.

Подобряване на наличната информация — наблюдение, контрол на качеството и оценка

Държавите-членки наблюдават все по-засилено дейностите по превенция и в резултат от това предоставят информация за съдържанието и предлагането на интервенциите. Германия, Нидерландия и Норвегия са увеличили броя на проследяваните показатели. Гърция, Кипър, Литва и Италия наблюдават превенцията

в училищата, в Гърция, Полша, Швеция и Финландия се изследват услугите за превенция, предоставяни на общностно равнище, а във Франция е създадена централизирана система за наблюдение на превенцията в областта на наркотиците. Някои страни (Чешката република, автономен район Галиция в Испания, Унгария и Норвегия) вече насочват вниманието си върху доказателствената база при кандидатстването за финансиране на дейности и разглеждат възможността за въвеждане на системи за акредитация. В Португалия, Финландия и Румъния има минимални критерии за качеството на програмите за превенция.

Информацията от Унгария и Нидерландия предполага, че наличието на системи за наблюдение и критерии за качеството на превенцията води до по-добро отчитане по проектите и оценките и до по-високо качество на интервенциите.

Повечето програми за превенция не се оценяват. Когато обаче се извършва това, обикновено се оценяват „обхватът и начинът, по който се приема дейността“, а не „степената, в която са постигнати целите“ (национален доклад на Гърция).

През изминалите няколко години бяха извършени анализи на ефикасността на превенцията в Германия (Bühler and Kröger, 2006) и Обединеното кралство (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006), както и от Световната здравна организация (СЗО) (Hawks et al., 2002). Те са полезни за дефинирането на добри практики в стратегиите за превенция. Последното и най-изчерпателно изследване (Bühler and Kröger, 2006) прави оценка на 49 висококачествени анализи — прегледи и метаанализи — за превенция на пристрастяването към различни вещества и прави изводи по отношение на ефективните стратегии за превенция в областта на наркотиците. В следващите раздели е разгледана ефикасността на различните видове стратегии за превенция въз основа на резултатите от това и други проучвания.

Кампании в средствата за масово осведомяване

Hawks et al. (2002), в съгласие с HDA (2004), стигат до извода, че „използването само на средствата за масово осведомяване, особено в присъствието на други противоположни по своето въздействие фактори, не е ефективен начин за намаляване на употребата на различни видове психоактивни вещества. Въпреки това то увеличава осведомеността и оказва подкрепа на политическите инициативи.“ Все пак налице са

Практика, основана на сведения

Практиките, основани на сведения, са мерки за намеса (например лечение за наркотици), за които е доказано по логичен начин въз основа на научни изследвания (например изследователски проучвания), че водят до желани резултати при пациентите (например намаляване употребата на наркотици). Критериите, които обикновено са използват за определяне дали дадена мярка за намеса може да се счита за практика, основана на сведения, са ефикасност и резултатност (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

Ефикасността е мярка за това, доколко дадена мярка за намеса е успешна в идеални научни условия. В идеалния случай ефикасността се определя чрез контролиран експеримент, при който изпробваната мярка се прилага върху няколко участници, докато върху контролна група участници се прилага друга мярка или не се прилага такава, или, още по-добре, чрез произволно контролиран експеримент, при който произволно се определят участниците, върху които да се приложат една от двете мерки за намеса (Cochrane Collaboration, 2007). Обикновено се смята, че единствено произволно контролираните или контролираните експерименти могат да установят ефикасността на мярката за намеса, за предпочитане в съчетание с оценка на процеса, и по този начин да осигурят основата за бъдещите практики и политики.

За съжаление обаче, произволното определяне на участниците, които да бъдат подложени на дадена мярка за намеса или да бъдат включени в контролна група, не винаги е осъществимо на практика.

Резултатността е мярка за това, доколко дадена мярка за намеса е успешна в обикновени условия. Често мерки, които са изглеждали обещаващи при контролираните експерименти, се прилагат в обществото, за да се изследва доколко те са успешни в рутинни условия. Проучванията

за резултатността, например националните проучвания за резултатите от лечението, изследват предимно въздействието на мярката за намеса върху здравето или други съответни резултати като средство да се набавят сведения за успешни решения.

Въпреки всичко процесът на набавяне на сведения се усложнява от факта, че съществува разминаване в мненията за това как да се оценява качеството на изследванията, които се занимават с ефикасността или с резултатността, и за това кой изследователски метод (например количествения или качествения) е най-подходящ за набавяне на сведения за успешни решения. Вследствие от това заключенията за успешните решения понякога са различни. Остава предизвикателството да се определи как да бъдат оценявани и претегляни различните източници на сведения в процеса на вземане на решения. Това ще бъде още по-трудно, когато се касае за мерки за намеса, за които още не е набавена изчерпателна доказателствена база, но за които опитът сочи, че могат да бъдат резултатни.

Въпреки тези затруднения остава водещото предположение, че сведенията могат да бъдат от полза за подобряването на практиките и политиките в здравеопазването и че е необходимо да се насърчават обсъжданията по въпроса за основаните на сведения практики, като бъдат придружени и от ясни критерии за оценка на сведенията.

За да допринесе за този обмен и да спомогне за разпространението на практиките, основани на сведения, ЕЦМНН разработва онлайн портал, който ще прави обзор на най-новите налични сведения относно резултатността на различни мерки за намеса, както и на наличните инструменти за подобряване на качеството на мерките за намеса и конкретни примери за добри практики, прилагани в държавите-членки на ЕС. Съвместната работа по инициативата Cochrane Collaboration ще бъде важен източник на информация за портала.

други сведения, че кампанията в средствата за масово осведомяване могат да имат положително влияние, когато се използват като мярка в подкрепа на други стратегии (Bühler and Kröger, 2006).

При оценката на кампанията против кокаина „Научи резултата“ в Шотландия Binnie et al. (2006) стигат до извода, че 30 % от употребяващите наркотици са по-малко склонни да вземат кокаин, след като са видели рекламите, въпреки че 56 % съобщават, че кампанията не е променила намеренията им да употребяват кокаин, а 11 % твърдят, че са по-склонни към употребата му. В допълнение, последната преоценка на кампанията на правителството на САЩ против канабиса потвърди предишните заключения: въпреки че кампанията не е повлияла върху отношението на неупотребяващите канабис младежи относно употребата на наркотика (въпреки положителните стойности по показателя припомняне и въпреки разграничаването по целеви групи), кампанията се асоциира с неблагоприятното въздействие върху начина, по който младежите възприемат употребяващите марихуана (GAO, 2006).

В малко на брой изолирани случаи обаче се наблюдава изместване на акцента от повишаване на знанията (целта на повечето кампании в средствата за масово осведомяване) към предоставяне на социална и емоционална информация (например опит за

промяна на разбиранията за употребата на канабис). В Нидерландия например една кампания разпространява посланието „Не сте луди, ако не пушите канабис, защото 80 % от всички младежи не го правят“⁽¹⁴⁾. Освен това някои елементи на националната кампания за превенция на употребата на наркотици в Ирландия се стремят да разрушат някои от митовете за канабиса, например твърденията, че това е „органичен“ и „естествен“ продукт.

Обусловени от средата стратегии относно законните вещества

Увеличаването на цените на веществата и/или на законово допустимата възраст за тяхната употреба има доказан положителен ефект върху намаляване на употребата, но се прилага само за законните вещества като алкохол и тютюневи изделия (Bühler and Kröger, 2006). Подобни стратегии доскоро се смятаха за характерно явление за северните страни или САЩ с фокус предимно върху алкохола и с обещаващи резултати (Lohrmann et al., 2005; Stafström et al., 2006). Все по-често обаче се появяват всеобхватни местни подходи, при които алкохолът и тютюневите изделия се третираат както незаконните вещества. Белгия, България, Дания, Литва, Люксембург, Нидерландия, Полша, Словакия и Норвегия съобщават за съществуването на местни стратегии или дискусии относно допълнителните

⁽¹⁴⁾ Вж. <http://www.drugsinfo.nl>

налози или закони, с които да се регулира предлагането на алкохол и тютюневи изделия. Тези стратегии имат за цел намаляването на употребата сред младежите, създаването на зони, свободни от алкохол, или увеличаването на сигурността в нощните заведения. По отношение на училищата последните изследвания в Европа (Kuntsche and Jordan, 2006) и на други места (Aveyard et al., 2004) потвърждават схващанията, че нормативната среда и неформалните мрежи оказват силно влияние върху поведението при употребата на законни наркотици и канабис. В Германия, Ирландия и Италия днес се обръща по-голямо внимание на въвеждането на училищни правила⁽¹⁵⁾.

Универсална превенция

Интерактивните програми, основани на модела на социалното влияние или компетенциите за жизнени умения, доказаха своята ефективност в училищата, но индивидуалните мерки, осъществявани изолирано (например съобщаване на информация, емоционално обучение или други неинтерактивни мерки), получиха отрицателна оценка (Bühler and Kröger, 2006). По организационни причини с превенцията в училищата обикновено са ангажирани местните власти, особено в северните страни, Франция и Полша.

Някои специалисти смятат, че допълващите общи програми за здравни/жизнени умения дават по-големи резултати от образователните програми, които се основават единствено на уменията; това предполага, че дейностите се интегрират най-добре в рамките на подходящо обоснована здравна учебна програма Hawks et al. (2002). Очевидно е, че това е постигнато в почти всички държави-членки. Освен това някои държави-членки (например Италия, Литва, Нидерландия, Словакия, Обединеното кралство) разглеждат превенцията на употребата на наркотици едновременно със съответните здравни и социални аспекти като насилие, проблеми с психичното здраве, социална изолация, слаби оценки и употреба на алкохол и тютюневи изделия в рамките на обхвата на превенцията в общественото здравеопазване, която също е фокусирана към ответни действия, съобразени специално с нуждите на засегнатите групи от населението.

Едно от основанията, често посочвани като причина за неизпълнението на моделните програми, е, че те не могат да бъдат приспособени към местните условия и не разглеждат индивидуалните нужди на общностите (Ives, 2006). Въпреки това като контрааргумент се изтъква, че предимствата на стандартизираните програми за превенция са, че протоколите дават ясни насоки, позволяващи създаването на системи за обучение на преподаватели и стабилни инфраструктури за провеждането на такива програми, а това улеснява общите стандарти за изпълнението на програмите дори когато условията в училищата и общностите са несравними.

В много държави-членки (България, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Австрия, Румъния) съдържанието

на програмите за превенция е фокусирано върху повишаване на осведомеността, предоставяне на информация и организиране на изолирани прояви (например посещения на експерти)⁽¹⁶⁾ въпреки сведенията, които предполагат, че други методи могат да бъдат по-ефективни.

Програмите за социално въздействие са широко разпространени в училищата, особено в Обединеното кралство и в страните, където има стандартизирани програми, например Германия, Ирландия, Гърция, Испания, Норвегия, а скоро и Дания.

По отношение на универсалната превенция, базирана на местната общност, 12 държави-членки отчитат наличие на плановете в областта на наркотиците в повечето или във всички общини, а в десет страни те са политически приоритет. Подобни схеми принципно са под формата на информационни прояви и в по-малка степен на алтернативни занимания през свободното време. Универсалната превенция, базирана на семейството, се изразява предимно във вечери за родители или информационни подходи и по-рядко в интензивно обучение за родители.

Специфична превенция

Държавите-членки отделят все по-голямо внимание на стратегиите за превенция, насочени към уязвими общности⁽¹⁷⁾. Това означава, че въпросните общности трябва да бъдат идентифицирани, например чрез стандартизирани инструменти за оценка като индекса на Обединеното кралство за многостранната бедност или чрез социално-икономически показатели като стандарти за жилищни условия или образование (брой ученици, изоставачи в училище, или брой ученици на субсидии).

След като се идентифицират целевите общности (например Франция е определила за такива „чувствителните градски зони“ или в случая с училищата — „приоритетни образователни зони“), към тези групи в неравностойно положение могат да се насочат допълнителни финансови средства. В Ирландия, Кипър и Обединеното кралство проекти за специфична превенция се изпълняват в повечето такива зони, а Португалия е в процес на прилагане на подобна стратегия. Видовете дейности варират в диапазона от консултации в Естония, Гърция, Франция и Словакия до насочени към целевите групи проекти в Люксембург и Австрия, понякога специално към етнически групи. Освен това някои от новите държави-членки (България, Унгария, Литва, Полша и Румъния) съобщават за много дейности, насочени към уязвими семейства. Фокусът в повечето държави-членки е върху употребата на веществата в семейството, въпреки че някои малко на брой страни (Гърция, Литва, Унгария, Обединеното кралство) са възприели по-широк фокус, обхващащ всички семейства в неблагоприятно социално положение.

Сравнителните подходи се използват при универсалната превенция, но все по-често се съобщава за прилагането им и за целите на специфичната превенция (Ирландия,

⁽¹⁵⁾ Вж. също <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Информация от SQ 22 и 25.

⁽¹⁷⁾ За повече информация относно специфичната превенция и особено за рисковите групи и фактори вж. годишните доклади от предишни години и подбрания материал за употребата на наркотици сред непълнолетни за 2007 г.

Нидерландия, Австрия, Полша и Норвегия). В своя преглед на сравнителните подходи Parkin and McKeagane (2000), стигат до извода, че подобни схеми имат най-голямо въздействие върху наставниците, а не толкова върху целевата група. Изглежда тези подходи са по-ефективни за промяна на познанията и отношението, а не за промяна на поведението. Подобни проекти рядко се оценяват, но когато се извършва това (например за проекта „Свободен стил“ в Норвегия), обикновено се оценява единствено успешното привличане на млади лидери в училищата и доколко са повишени знанията или е променено отношението на лидерите в дейностите за сравнение.

Въпреки че специфичната превенция печели популярност, трябва да се внимава особено когато се работи с младежи от рискови групи в програми, прилагащи сравнителни подходи (Cho et al., 2005; Dishion and Dodge, 2005), тъй като при уязвимите групи може да се получи негативен „заразен ефект“. Тези непредвидени последици, които се предизвикват от самата дейност, могат да доведат до повишена употреба на веществата или до рисковото поведение. Все пак подобен нежелан изход е възможен не само при специфичната превенция, но и в случаите на информационни кампании чрез средствата за масово осведомяване, както и при дейности по индивидуална превенция (вж. по-горе).

Ответни мерки в областта на лечението и намаляването на вредите

Последни новости в системите за лечение

В повечето случаи лечението на употребяващи наркотици лица се осъществява в амбулаторни условия, включително от общопрактикуващите лекари. През последните години продължи разрастването на мрежите за амбулаторно лечение, като в някои страни, включително България, Естония, Гърция, Литва, Румъния и Финландия, се извърши допълнително разширяване на географския им обхват; за разлика от това броят на болничните места остава непроменен в повечето страни.

Сред страните, в които националното географско разположение на специализираните заведения за лечение за употреба на наркотици е много разпокъсано, са Латвия, Унгария, Словакия и Румъния. Въпреки разширяването напоследък на мрежата от доставчици на услуги, в Гърция, а също в Унгария и Полша, все още се правят списъци на чакащи за субституираща терапия.

Лечението с болничен престой, което в много европейски страни по-рано беше най-широко разпространеният подход при лечението за употреба на героин, днес се прилага относително по-рядко, а повечето от използващите опиати се лекуват в извънболнична обстановка. Все пак значението на болничните услуги нараства при грижите за възрастни лица, продължително употребяващи наркотици, които се нуждаят от комплексно лечение поради едновременното наличие на сериозни соматични и психологични съпътстващи заболявания. Философията на болничните заведения и начинът, по който те функционират, се промени значително през

изминалите години в отговор на променящите се нужди. Все по-често се срещат разположени на едно и също място терапевтични и медицински услуги, включително психиатрично лечение, високоактивна антиретровирусна терапия и лечение на чернодробни заболявания, а прилагането на поддържащо лекарствено лечение за стабилизиране на пациентите се е увеличило.

Характеристики на употребяващите наркотици, лекувани амбулаторно

За характеризирани на социално-икономическия статус на пациентите, посещаващи терапевтичните центрове, а до известна степен и на всички употребяващи наркотици лица, може да се използва информацията от показателя за потърсено лечение⁽¹⁸⁾. Тъй като в повечето страни достъпът до амбулаторно лечение е по-лесен и по-малко селективен, уместно е от тази група пациенти да се направи екстраполация за употребяващите наркотици като цяло.

През 2005 г. 20 от общо 29 европейски страни отчетат информация за 315 000 пациенти, посещаващи амбулаторни лечебни центрове. Данните са събрани от над 4000 лечебни единици. Приблизително половината (53 %) от амбулаторните пациенти са лекувани за употреба на опиати като основно проблемно вещество, а другата половина — за употреба на други наркотици като основно проблемно вещество, и по-специално канабис (22 %) и кокаин (16 %). Наркотиците, които най-често се употребяват като основно проблемно вещество, са различни в различните страни.

Около 80 % от амбулаторно лекуваните пациенти са мъже на средна възраст около 30 години (28 години за тези, които за пръв път се подлагат на лечение), а условията им на живот обикновено са по-лоши в сравнение с тези на общото население на същата възраст. Около 60 % от амбулаторно лекуваните пациенти не са достигнали степен на образование по-висока от основна, а около една десета от тях не са завършили дори основно образование. Около половината от пациентите са имали редовна заетост, преди да започнат амбулаторно лечение, а другата половина са безработни; повечето амбулаторно лекувани пациенти имат постоянни жилища (85 %), като 40 % от тях живеят с родителите си, а 19 % — самостоятелно. Значителна, но по-малка от половината част от амбулаторно лекуваните за наркотици пациенти (15 %) живеят с деца — както самостоятелно, така и с партньор, — което е усложняващ аспект на живота на употребяващите наркотици и представлява рисков фактор за децата.

Информацията за социално-икономическото положение на пациентите, лекувани за употреба на наркотици, се допълва от предоставената от някои страни национална информация за разпределението на пациентите според вида на употребявания като основен проблемен наркотик. В Германия например 67 % от употребяващите героин са безработни или икономически неактивни в сравнение с 53 % от употребяващите кокаин пациенти и 35 % от употребяващите канабис пациенти, а 74 % от употребяващите опиати са с ниско образование

⁽¹⁸⁾ За повече подробности във връзка с цифрите, цитирани в настоящия раздел, вж. таблиците и графиките TDI в статистическия бюлетин за 2007 г.

в сравнение с 63 % от пациентите, лекувани за употреба на кокаин (Sonntag et al., 2006).

Новото развитие

В някои страни са създадени нови специализирани заведения, предназначени за определени групи употребяващи наркотици, например жени, бездомни инжектиращи се на улицата, сексработници или младежи и деца, употребяващи наркотици (вж. подобрания материал за употребата на наркотици сред непълнолетни за 2007 г.). В други страни са разширени възможностите за фармакологично лечение, така че да отговарят на нуждите на специфични групи употребяващи наркотици с цел увеличаване на покритието на лечението. В Малта например вече е разрешена поддържащата терапия с бупренорфин⁽¹⁹⁾.

Лечение на различни групи употребяващи наркотици

Държавите-членки все повече осъзнават колко е важно да бъдат предоставени необходимите лечебни услуги за проблемно употребяващите канабис и кокаин. В случая с канабиса програмите за лечение, консултации и превенция в Европа често се припокриват взаимно, за да обхванат голям брой употребяващи наркотици. Като опит да се обхванат употребяващите канабис, чиято употреба попада някъде между стадия на експериментиране и проблемната употреба, се прилагат нови комуникационни стратегии, прибягващи например до използването на интернет. В момента се разработват конкретни услуги и програми за лечение срещу употребата на канабис, каквито досега не са били широко разпространени в Европа (вж. глава 3).

Освен това държавите-членки, изправени пред голяма необходимост от намиране на лечение за употребата на кокаин, започват да провеждат научни изследвания в тази област, при все че усилията им са затруднени от факта, че употребяващите кокаин на прах и крек обикновено са членове на различни социални групи (вж. глава 5). Понастоящем обаче поради липсата на конкретни услуги по-голямата част от употребяващите психостимуланти, включително амфетамини, са лекувани с традиционната терапия с опиати, като навсякъде в Европа се отчита нужда от обучение на персонала и клиничните работници, осъществяващи лечението.

Лечение за хероинова зависимост

След политическата подкрепа в отговор на употребата на хероин през втората половина на 80-те години в повечето страни субституиращата терапия стана преобладаваща сред възможностите за лечение срещу зависимост от опиати (фигура 2).

Основните субституиращи средства, които се използват, са метадон и бупренорфин. В идеалния случай фармакологичното лечение трябва да се съчетава с консултации и социална подкрепа. Субституиращото лечение обикновено се осъществява амбулаторно в специализирани лечебни заведения за лечение срещу употребата на наркотици, но все по-често

Законова рамка за субституиращата терапия

През 2006 г. беше проведено проучване сред специализираната мрежа от юридически кореспонденти, с цел да се набави допълнителна информация за законите и официалните разпоредби относно критериите за приемане на лечение със субституираща терапия, както и за практиките в изписването и отпускането на лекарствени средства. Бяха получени резултати от 17 страни, които допълниха доклада за 2003 г. от европейската юридическа база данни в областта на наркотиците⁽¹⁾.

Обхватът на законовата рамка се различава в значителна степен в отделните държави-членки. В някои страни, например Белгия, субституиращата терапия е включена в специален парламентарен закон, докато в други, например в Кипър, прилагането ѝ е обект на тълкуване на законите за контролираните вещества. Налице е размяна на позициите на силата на рамката и гъвкавостта, често с известен компромис.

Веществата, които могат да се използват в субституираща терапия, обикновено са определени със закон. В повечето случаи може да се предписва само метадон и бупренорфин или само метадон, въпреки че в някои страни се разрешават и други наркотици като морфин или кодеин. По подобен начин в почти всички страни националните критерии за приемане на лечение са определени със закон или с министерско постановление или наредба. Най-често срещаните критерии са наличието на диагноза за пристрастяване и минималната възраст, въпреки че често присъства и изискването да е проведено предишно неуспешно лечение без наркотици. В някои страни санкциите за нарушаване на правилата за лечение са предвидени в националните закони, докато в други този въпрос е предоставен за решаване на отделните лечебни центрове.

Законите обикновено определят и лицата, които имат право да предписват лекарствени средства. Това са предимно лекарите в лечебните центрове, въпреки че в някои страни изписването може да става от всеки лекар или от определени обучени за целта или акредитирани лекари. На практика рядко лекари извън лечебните центрове назначават започването на субституиращо лечение⁽²⁾. Максималните дози рядко са определени със закон. За да се избегне дублирането на рецептите, в повечето страни се ползват специални бланки за рецепти, въпреки че в някои страни има централен регистър, а някои издават специални идентификационни карти. Пунктовете, които имат право да отпускат такива лекарствени средства, обикновено също са определени в законодателството — това са предимно аптеки или лечебни центрове, въпреки че в някои страни е разрешено и лекари да отпускат тези лекарства. И накрая, в повечето страни със закон или наредба е създадена система за вземане на лекарствените дози вкъщи или просто се допуска да има такава, но в някои страни това е изрично забранено.

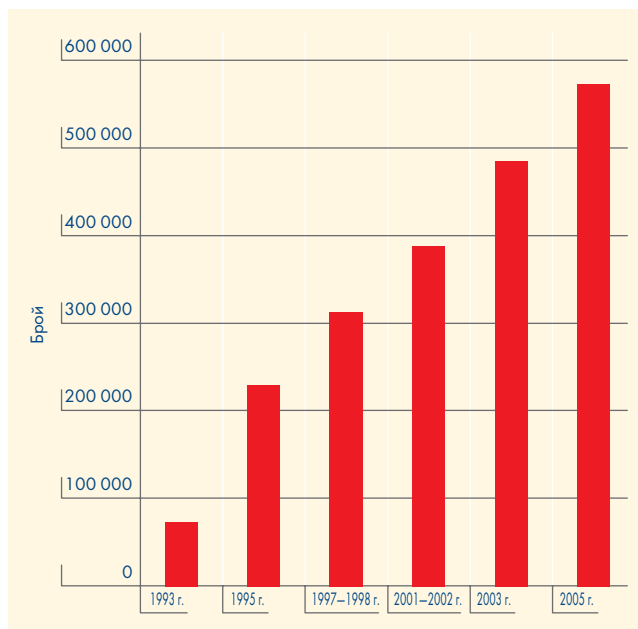
⁽¹⁾ Допълнителни подробности могат да се намерят на адрес <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁾ Вж. таблица HSR-6 в статистическия бюлетин за 2007 г.

и от частно практикуващи лекари. В някои страни, например Германия, Франция и Обединеното кралство, с лечението на употребяващи наркотици до голяма степен са ангажирани общопрактикуващите лекари. В други степенята на участие на кварталните лекари

⁽¹⁹⁾ Вж. „Практики в назначаването на субституиращо лечение в Европа“, стр. 67.

Фигура 2: Приблизителни оценки за предлагането на опитна субституираща терапия в държавите-членки на ЕС-15 (1993—2005 г.)



БЕЛЕЖКА: За допълнителна информация вж. таблици HSR-7 и HSR-8 и фигури HSR-1 и HSR-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове и доклади; за подробен списък на източниците вж. фигура HSR-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

все още е ограничена както по юридически причини, така и поради липсата на интерес към лечението на зависимости⁽²⁰⁾. В някои страни контролът на качеството също е на дневен ред, което води до затягане на наредбите, увеличаване на нуждите от обучение или въвеждане на завишени нива на надзор и наблюдение⁽²¹⁾. Лечението на пристрастяването към опиати е разгледано по-подробно в глава 6.

Ответни действия за намаляване на вредите

Превенцията на инфекциозните заболявания и намаляването на смъртността, свързана с употребата на наркотици, са главни цели на ответните действия на ЕС срещу наркотиците, а текущият план за действие си поставя задачата да увеличи предлагането и достъпността на услугите и здравните заведения за превенция и намаляване на вредата за здравето.

През април 2007 г. Европейската комисия представи пред Съвета и Европейския парламент доклад за изпълнението на препоръката на Съвета от 18 юни 2003 г. за превенция и намаляване на вредата за здравето, свързана с наркозависимостта⁽²²⁾. В този доклад е документирано, че намаляването на вредите е определено като цел в областта на общественото здравеопазване на национално равнище във всичките

държави-членки. Базовият документ, изготвен в подкрепа на доклада на Комисията, дава изчерпателна европейска картина за политиките и дейностите за намаляване на вредите. Той се опира на информацията, предоставена предимно от отговорни за взимането на решения лица и институции, експерти от мрежата Reïtox и граждански организации. В този базов документ са включени разширени бази данни за отделните страни⁽²³⁾.

Препоръката на Съвета доведе до това повече страни да приведат своите национални политики в съответствие с европейската стратегия, като поставят по-голям акцент на разширеното предлагане на услуги за намаляване на вредите. Това като че ли има особено голям отзвук в страните, които се присъединиха към ЕС през 2004 г.

Социална реинтеграция

Несигурното жилище, непостоянната заетост и престоят в места за лишаване от свобода са показатели за социална изолация, характерни за живота на много употребяващи наркотици. В много европейски страни броят на обхванатите проблемно употребяващи наркотици, които са задържани за лечение и се подлагат на субституираща лекарствена терапия, е по-голям от всякога, а резултатът е, че значително се е увеличило търсенето на жилища, образование, работа и правна помощ. Поради това социалните системи са изправени пред предизвикателството да намерят новаторски ответни действия, отговарящи на новия профил на пациентите, който често се характеризира с множество нужди. Днес социалната реинтеграция се смята за важен определящ фактор за трайния успех на лечението.

В някои страни мерките за реинтеграция получават нарастващо политическо внимание и инвестиционна подкрепа, а в някои страни стандартите за поддържаща лекарствена терапия предвиждат предоставянето на пациентите на социални услуги и услуги за реинтеграция. Например средносрочният преглед на стратегията в областта на наркотиците на Ирландия препоръчва включването на рехабилитацията като пети стълб в стратегията, а в Дания министерствата на труда и социалните въпроси предприеха нови програми за уязвими групи („споделена отговорност“). Друг пример е стратегията на правителството на Норвегия за превенция и борба с положението на бездомните, която определя измерими цели като намаляване на случаите на принудително освобождаване на жилища и увеличаване достъпа до постоянни жилища, за да може временното настаняване да остане само изключение. Също в Норвегия планът за действие за борба с бедността включва схема за безвъзмездна помощ, по която за осигуряването на последващо настаняване на бездомни и употребяващи алкохол и наркотици през 2006 г. са разпределени 6,5 млн. евро. Освен това Гърция, Франция, Италия, Литва, Австрия, Португалия и Словакия участват в инициативата на Комисията EQUAL в областта на заетостта и социалната интеграция⁽²⁴⁾.

⁽²⁰⁾ Вж. „Законова рамка за субституираща терапия“ (стр. 32) и <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Вж. също стр. 67.

⁽²²⁾ Препоръка на Съвета от 18 юни 2003 г. за превенция и намаляване на вредата за здравето, свързана с наркозависимостта (ОВ L 165, 3.7.2003 г., стр. 31).

⁽²³⁾ Двамата документа могат да се намерят на адрес: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

ЕС насърчи също създаването на рамката „Отворен метод на координация“ (ОМК), чрез която държавите-членки да координират своите политики за борба с бедността и социалната изолация посредством политически обмен и взаимна размяна на знания.

Мерките за реинтеграция отразяват различните национални социокултурни и икономически условия в Европа, те показват също така многообразие по отношение на целите, целевите групи и условията. България и Румъния например са единствените страни, които споменават за конкретни проекти за социална реинтеграция на бездомните деца.

В много страни програмите и дейностите не са насочени специално към употребяващите наркотици, а са адресирани към уязвимите социални групи изобщо и обикновено се изпълняват на местно или регионално равнище. „Plans de prévention de proximité“ (PPP), приети от правителството на Валония през 2003 г., разглеждат на местно равнище бедността и зависимостите като две взаимно преплитачи се проблемни области, докато в Дания Законът за социалните услуги задължава общините да предлагат социален план за действие на всички употребяващи наркотици. По подобен начин местните власти в Полша имат правното задължение да осъществяват социална реинтеграция

на употребяващите наркотици, а в Нидерландия повечето нови услуги за социална реинтеграция се инициират от общините. И накрая, в Германия услугите за осигуряване на подслон, училищно образование и жилища се предоставят на равнище провинция или от общините, докато на федерално равнище се предлагат програми за хора с увреждания, с цел да се подкрепи професионалната интеграция на употребяващите наркотици.

Помощта в областта на жилищното настаняване варира в диапазона от осигуряването на спешен подслон за деня, общежития и места за краткотраен престой до апартаменти за временен престой след лечение, принудително настаняване и изплащане на субсидии за наем. За да се избегне появата на зависимост у пациентите към продължително ползване на услугите, се проучват иновативни подходи в областта на принудителното настаняване или финансовото управление. В Дания например на пациентите, настанени в апартаменти за престой след лечението, се предоставя обучение за жилищно настаняване, с цел да се намалят евентуални бъдещи проблеми, когато лицата ще трябва сами да стопанисват домовете си, а в Обединеното кралство на пациентите се дават съвети във връзка с пазаруването, готвенето и управлението на домашния бюджет.

Национални проучвания за резултатите от лечението

Три държави-членки (Ирландия, Италия, Обединеното кралство) проведоха национални проучвания за резултатите от лечението, с цел да се изследват резултатите от лечението, като се проследи група проблемно употребяващи наркотици с течение на времето в различни лечебни условия и видове обстановка. Важна особеност на проучванията е, че те изследват резултатите от лечението в съществуващи лечебни заведения и при обичайните ежедневни клинични обстоятелства. Изследваните обичайни лечебни процедури включват метадоновата поддържаща терапия, намаляването на дозата метадон, детоксификацията и мерки без наркотични вещества, например терапевтичните комуни и консултациите. Основните променливи величини, използвани за определяне на резултата от лечението, са употребата на наркотици, физическото и психично здраве, задържането на лечение и криминалното поведение.

В Италия проучването Vedette (1998—2001 г.) имаше за цел да направи оценка на ефективността на лечението, предлагано в обществените лечебни центрове в цялата страна. Основните променливи величини, използвани за определяне на резултата от лечението, са задържането на лечение и смъртността сред употребяващите героин. До днес в Обединеното кралство са осъществени три проучвания за резултатите от лечението. Първото е националното изследователско проучване за резултатите от лечението (NTORS), извършено от Националния център по наркотици в Англия и Уелс в периода между 1995 и 2000 г. В него се изследват резултатите от лечението в рамките на домашни или квартални лечебни програми. Налице са някои положителни резултати, например повишена степен на абстинентност от употреба на незаконни наркотици, намаляване на честотата на употреба, намаляване на престъпността и подобряване на здравното състояние. Въпреки това някои по-дългосрочни резултати в продължение на петгодишния период не са

така задоволителни, например първоначално подобреното положение при употребата на крех частично поев в обратна посока след четири-пет години и много употребяващи наркотици продължиха да пият много (Gossop et al., 2001).

Актуализация на проучването NTORS ще бъде извършена с изследователското проучване за резултатите от лечението за наркотици (DTORS), което се осъществява в университета в Манчестър. Проучването стартира през 2006 г. и ще проследи употребяващи наркотици от цяла Англия в продължение на един първоначален период от 12 месеца. Целта му е да се направи оценка за последиците от лечението за наркотици върху редица показатели за резултатността и е фокусирано върху анализа на това кои лечебни пътеки дават най-добрите резултати за конкретни подгрупи употребяващи наркотици. В Шотландия изследователското проучване за резултатите от лечението за наркотици (DORIS), което се провежда от университета в Глазгоу, стартира през 2001 г. Това проучване изследва последиците и ефективността на лечебните услуги за наркотици, осъществявани в лечебни агенции, включително на услугите, базирани в местата за лишаване от свобода. Проследяването на употребяващите наркотици се е осъществило в рамките на до 33 месеца.

В Ирландия изследователското проучване за резултатите (ROSIE), осъществено от Националния университет на Ирландия, Мейнут, започна през 2003 г. и изследва ефикасността на лечението за наркотици чрез проследяване на употребяващите опиати, които постъпват на лечение в продължение на до три години и документиране на наблюдаваните промени (Cox et al., 2006). При последващо проучване след една година бяха установени подчертан спад в употребата на наркотици и престъпността, ниска смъртност и някои положителни резултати по отношение на оплакванията на участниците в областта на физическото и психичното им здраве.

Създаването на нови възможности за обучение и достъп до образование се отчита като обичайна практика в много страни, но от друга страна за тези групи лица е по-трудно да се намери платена работа. Това обаче е особено важно за целевата група, тъй като осигурява не само икономическа стабилност, но и самочувствие, положение в обществото и редовен ритъм на живот. Новите начини за осигуряване на платена работа на пациентите включват сформирани на партньорства с частни предприятия, схеми за наставничество и осигуряване на стимули, например субсидиране на работните заплати на обучаващите се или предоставяне на заеми за започване на стопанска дейност. В някои страни центрите за лечение срещу употребата на наркотици са създали собствени социално-икономически предприятия, които наемат пациенти срещу заплащане. Други инициативи се фокусират върху подобряването на трудовото положение чрез по-добро хармонизиране на профила, очакванията и уменията с реалностите в трудовия живот. Виенската трудова борса например играе ролята на посредник между пациентите, агенциите, работещи в областта на наркотиците, и обществените служби в областта на заетостта и предоставя консултации за повишаване на успеваемостта на работното място. Също така тя спомага да бъдат идентифицирани решения за пациентите, при които професионалната реинтеграция повече не е решение.

Реинтеграцията на маргинализирани, употребяващи героин по-възрастни лица с високи нива на

соматични и умствени заболявания поставя конкретно предизвикателство. В Белгия грижите за употребяващите наркотици с психични проблеми могат да се полагат в специализирани отделения за наркозависими в психиатрични или общи болнични заведения или в други психиатрични лечебни центрове; Дания съобщава, че грижите за употребяващите наркотици с психиатрични проблеми се полагат в психиатрични лечебни центрове, а употребяващите наркотици по-възрастни лица, които не могат да се обслужват сами поради приема на наркотици, деменция или проблемно поведение, се настаняват в алтернативни пансиони. През 2007 г. в Нидерландия беше приет нов Закон за социално подпомагане, който включва наркоманиите в едни и същи разпоредби с (другите) хронични психиатрични заболявания. Въпреки това едно голямо централизирано заведение за настаняване на 120 бездомни употребяващи наркотици с психиатрични проблеми беше посрещнато с неодобрение от местните жители. За важен компонент от процеса на социална реинтеграция на хората с проблеми с умственото здраве се смята професионалната помощ за повторно изграждане на мрежа за подпомагане и лица за контакт.

В някои страни (например България, Чешката република, Гърция, Словения) структурирани програми за социална реинтеграция се предлагат само като последваща мярка след успешно завършено лечение за наркозависимост, базирано на въздържание, а конкретни мерки за реинтеграция на пациенти на поддържаща лекарствена терапия понастоящем не се прилагат.



Глава 3

Канабис

Въведение — променящата се картина на употребата на канабис в Европа

Канабисът е най-масово използваният незаконен наркотик в света и веществото, което е в центъра на дебата за наркотиците в Европа от 60-те години на XX в., когато употребата му практически стана синоним на набиращата сила младежка антикултура. Въпреки че канабисът е добре познат, да се разберат моделите на неговата употреба в Европа е сложна задача. Важен елемент в тази картина са различните продукти от канабис, които днес се предлагат на европейския пазар. Исторически погледнато, в Европа са се разпространявали три основни форми на канабиса: смола, сушен канабис и много по-рядко канабисово (хашишово) масло. За много хора пушенето на канабисова смола с тютюн е обичайният начин на употреба на наркотика, въпреки че на други места по света този модел е относително необичаен. Европа остава доминиращ световен пазар на канабисова смола, но продуктите от сушен канабис като че ли добиват по-голямо разпространение и преобладават на някои пазари. През последните години тази картина се е усложнила още повече с нарастващото предлагане на канабис, произведен в Европа; част от него се отглежда при контролирани условия и понякога е с относително силно действие. В много страни този вид канабис сам по себе си се е превърнал в специфичен продукт и усложнява оценката на въздействието върху общественото здраве на променящите се модели на употребата на канабис.

Предлагане и достъпност

Производство и търговия

Тъй като канабисът може да се отглежда в най-различна среда и расте свободно в много части на света, изключително трудно е да се направят убедителни приблизителни оценки за световното производство. След възходящата тенденция през последните няколко години, като взе предвид информацията за диверсифициране на производството на канабис, Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) намали прогнозните си оценки за световното производство на сушен канабис от 45 000 т през 2004 г. на 42 000 т през 2005 г., което се дължи главно на намаляването на прогнозните оценки за производство в Северна Америка след интензивните усилия за унищожаване на насажденията с канабис. Оценките са, че днес около половината от цялото количество канабис се отглежда

Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация

Конфискациите на наркотици в дадена страна обикновено се смятат за индиректен показател относно предлагането и достъпността на наркотиците, въпреки че те също са отражение на наличните ресурси в областта на правоприлагането, на приоритетите и стратегиите, както и на уязвимостта на трафикантите от националните и международни мерки за намаляване на предлагането и практиката в отчитането. Конфискуваните количества понякога варират в широки граници в две последователни години, например когато в дадена година при малко на брой конфискации са иззети много големи количества. Поради тази причина броят на конфискациите понякога е по-добър показател за тенденциите. Във всички страни броят на конфискациите включва голяма част конфискации на малки количества на равнище продажба на дребно (на улицата). Когато са известни, произходът и предназначението на иззетите наркотици могат да бъдат показател за маршрутите, по които се извършва незаконната търговия и за зоните на производството. Цената и чистотата/силата на действие на наркотиците на равнище продажба на дребно се отчитат от повечето държави-членки. Все пак данните идват от много различни източници, които не винаги са съпоставими и това затруднява точните сравнения между отделните страни.

За да се даде представа за конфискациите на наркотици в Европа в по-широк контекст, в настоящия доклад е представена обобщена информация за положението в света. Службата на ООН за наркотиците и престъпленията (UNODC) изготвя годишен доклад за международното положение в областта на наркотиците и това е основният източник за дадените тук приблизителни оценки за света. Читателите следва да имат предвид, че събирането на такъв род информация е трудно и в много части на света информационните системи са недобре развити. Поради това тези данни следва да се разглеждат като възможно най-добрите приблизителни стойности, снети от наличните понастоящем информационни ресурси.

в Северна и Южна Америка (46 %), следвани от Африка (26 %) и Азия (22 %) (UNODC, 2007).

Мароко остава основният чуждестранен производител на канабисова смола и въпреки че проведено наскоро проучване сочи, че в периода между 2004 и 2005 г. площите, на които се отглежда канабис, са намалели с около 40 %, производството в страната все още се изчислява на около 70 % от консумацията на канабисова смола в Европа. Въз основа на прогнозните оценки за общата обработвана площ през 2005 г. Мароко е бил с потенциал да произвежда 1066 т, като по-голямата

част от канабиса, произведен в Мароко, е предназначен за пазарите на Европа и Северна Африка (CND, 2007; UNODC и правителството на Мароко, 2007). Контрабандата на канабисова смола в Европа се извършва през Иберийския полуостров. Въпреки че досега Мароко е главният производител на канабисова смола за европейския пазар, отчетено е наличието на смола и от други страни (Молдова и Индия), особено в централноевропейските страни.

Ако смолата в Европа е относително еднороден продукт, същото не може да се каже за сушения канабис. Произходът на конфискуваните количества, отчетени през 2005 г., включва Албания, Нидерландия, страните от бивша Югославия, Ангола и Южна Африка. Въпреки че е трудно да се извършва систематично наблюдение на местното производство на сушен канабис, през 2005 г. такова е отчетено в половината от страните, представили данни за това. Част от канабиса, който се произвежда в Европа, се отглежда на открито и може да се смята за практически неразличим от вноския сушен канабис. В много страни обаче важна и вероятно увеличаваща се част от пазара представлява канабисът с относително голяма сила на действие, отглеждан при интензивни условия, а средствата, които позволяват на употребяващите наркотика да го произведат в домашни условия, вече се предлагат свободно в интернет, а в някои страни и от специални доставчици. Фактът, че тази форма на наркотика се отглежда на закрито и често в непосредствена близост до пазара, за който е предназначен, може да означава, че такъв наркотик по-рядко може да бъде заловен, а поради това и не може да бъде отчетен в наличните данни.

Конфискация

През 2005 г. в света са иззети общо 1302 т канабисова смола в сравнение с 4644 т сушен канабис; двете количества са по-ниски от регистрираните през 2004 г. По-голямата част от иззетата смола продължава да е в Западна и Централна Европа (70 %), а конфискуваните количества сушен канабис — съсредоточени в Северна Америка (64 %) (UNODC, 2007).

Според оценките през 2005 г. в Европа са извършени 303 000 конфискации на канабисова смола, възлизащи на 909 т⁽²⁵⁾, като около половината от всички конфискации и около три четвърти от общото конфискувано количество са регистрирани в Испания⁽²⁶⁾. Слабото увеличение на броя регистрирани конфискации на канабисова смола през 2005 г. запазва възходящата си тенденция, която се наблюдава от 2000 г. Същото не може да се каже за заловените количества смола, които са намалели през 2005 г., след като в периода 2000—2004 г. се увеличаваха.

Позицията на смолата спрямо сушения канабис проличава в следното: през 2005 г. отчетените конфискации на сушен канабис са само наполовина (152 000) в сравнение с конфискациите на канабисова смола и по-малко от една десета от конфискуваните количества (66 т). През последните пет години броят на

Канабис за лична употреба — правно положение

Въпреки различните юридически подходи към канабиса в различните държави-членки⁽¹⁾ в Европа се наблюдава обща тенденция към разработване на алтернативни мерки на наказателните присъди за случаите на употреба и притежание на малки количества канабис за лична употреба без утежняващи вината обстоятелства. Вече често се наблюдава разграничаване на канабиса от другите незаконни вещества както в законодателството, така и в прокурорските нареждания и в съдебната практика. В повечето европейски страни е налице изместване на вниманието от присъдите със задържане в посока към налагане на глоби, гаранции, пробация, освобождаване от наказателна отговорност и консултации. Примери за такива тенденции могат да се намерят в редица предприети напоследък мерки, включително премахването на наказанията със задържане в Люксембург през 2001 г. и в Белгия през 2003 г. и намаляването на наказанията със задържане в Гърция през 2003 г. и в Обединеното кралство през 2004 г. Издадени са нареждания към полицията или прокуратурата в Белгия през 2003 и 2005 г., във Франция през 2005 г. и в Обединеното кралство през 2004 и 2006 г. През 2006 г. в Чешката република почти бяха въведени различни категории на веществата с немедицинско предназначение, но този проект за Наказателен кодекс беше отхвърлен по други причини. Въпреки това броят на отчетените правонарушения в Европа, свързани с канабис, продължава да се увеличава (вж. глава 1).

Въпросът за канабиса остава спорен и все още има значителни несъгласия за относителните разходи и ползи от различните ответни мерки в общественото здравеопазване и наказателното право. Това намира отражение във факта, че не всички мерки са в посока към облекчаване на наказанията, а в някои страни наказанията стават по-строги или текущото положение се подлага на критичен анализ. През 2004 г. в нареждане до прокуратурата в Дания се призовава да бъдат налагани глоби вместо предупреждения, а през 2006 г. в Италия беше премахнато правното разграничение на веществата с немедицинско предназначение, с което отпада елементът на разделение на „меки“ и „твърди“ наркотици. Други страни преразглеждат текущите си ответни мерки срещу употребата на канабис; например Нидерландия публикува през 2005 г. специална стратегия за канабиса, а Германия направи оценка на изпълнението на наказанията за обикновено притежание на канабис.

Политиката в областта на канабиса остава открит въпрос, който предизвиква значителни обществени обсъждания и несъгласие. Това може да се наблюдава и в резултатите от последното проучване на „Евробарометър“ от 2006 г., в което на европейските граждани се задава въпросът дали са съгласни личната употреба на канабис да бъде узаконена навсякъде в Европа. Малко над две трети (68 %) от запитаните са отговорили отрицателно, а около една четвърт (26 %) са изразили съгласие с това предложение. Във всички страни такова е мнението на по-голямата част от запитаните, въпреки че делът на тези, които предпочитат забраната да продължи, е различен.

(1) За по-пълна дискусия по въпроса вж. тематичния обзор EIDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

конфискациите на сушен канабис в Европа постоянно нараства, въпреки че картината на конфискуваните

(25) Данните за конфискациите на наркотици в Европа, на които се основава настоящият раздел, могат да се намерят в таблици SZR-1, SZR-2, SZR-3 и SZR-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(26) Това трябва да се провери, когато са налице липсващите данни за 2005 г. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2005 г. бяха използвани данните за 2004 г.

количества като че ли не е така ясна — възможно е да са се увеличили през 2005 г. след период на намаляване между 2001 и 2004 г. Заключениеята тук са само предварителни, тъй като още не са отчетени данни за 2005 г. за Обединеното кралство, където са регистрирани повечето конфискации на сушен канабис както като брой, така и като конфискувани количества.

Според оценките през 2005 г. 13 500 конфискации в Европа доведоха до изземване на около 24 млн. растения канабис (повечето от които в Турция) и 13,6 т сушен канабис (повечето в Испания). Като цяло броят на конфискуваните в Европа растения канабис от 2000 г. насам продължава тенденцията към увеличаване. При държавите-членки на ЕС броят на конфискуваните растения канабис е бил най-голям през 2001 г. и отново се увеличава от 2003 г. насам, докато в Турция след увеличението в периода 2001—2003 г. броят на конфискуваните растения канабис е намалял през 2004 г. и отново се е увеличил през 2005 г.

Цена и сила на действие

През 2005 г. средната или обичайна цена на дребно за канабисова смола и сушен канабис варираше както в самите страни, така и между тях, като повечето отчитат цени за продуктите от канабис в границите от 4 до 10 евро на грам⁽²⁷⁾. Въпреки това отчетените средни или обичайни цени за двата вида канабис са в диапазона от 2 евро за грам до над 15 евро. Средните цени на канабисова смола, коригирани спрямо инфлацията, са намалели в периода 2000—2005 г. във всички страни, които отчитат такива данни, с изключение на Полша, където цените са се запазили постоянни. Средните цени на растителния канабис, коригирани спрямо инфлацията, също са намалели или са се запазили постоянни за този период от време във всички страни, които отчитат такива данни, с изключение на Словения⁽²⁸⁾.

Силата на действие на продуктите от канабис се определя по съдържанието на делта-9-тетрахидроканнабинол (THC), който е основната активна съставка (EMCDDA, 2004). През 2005 г. отчетеното средно или обичайно съдържание на THC в смолата, продавана на дребно, е в рамките от под 1 до 17 %; този диапазон трудно може да бъде обяснен предвид факта, че източникът на по-голямата част от смолата в Европа е един и същ. Силата на действие на растителния канабис се отчита в диапазона от под 1 % до малко над 15 %. Не е възможно да се направи разграничение между домашно произвеждания сушен канабис и въведения в наличните данни; въпреки това Нидерландия беше в състояние да даде приблизителна стойност от 17,7 % за сушения канабис местно производство⁽²⁹⁾.

Разпространение и модели на употреба

Сред общото население

Данните от последните проучвания потвърждават, че канабисът е най-често използваното незаконно вещество

Проучванията — важен инструмент за изучаване на моделите и тенденциите при употребата на наркотици в Европа

Общата употреба на канабис сред населението или учениците се определя чрез проучвания, които дават приблизителни оценки за дела на хората, които обявяват, че са използвали наркотици в продължение на определени периоди от време — някога през живота, през изминалата година или през последния месец.

ЕЦМНН, съвместно с националните експерти, разработи набор от общи ключови позиции („Европейски примерен въпросник“ (ЕПВ), който да бъде ползван при проучванията сред възрастни лица и той беше приложен в повечето от държавите-членки на ЕС. Подробна информация за ЕПВ е дадена в „Ръководство за извършване на проучвания за общата употреба на наркотици сред населението“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Все пак има някои различия между страните по отношение на методологията и годината на събиране на данните, а дребните различия трябва да се тълкуват предпазливо⁽¹⁾.

Тъй като извършването на проучвания е скъпо, малко са страните, които събират информация ежегодно. Данните, предоставени в настоящия доклад, се основават на най-новите проучвания, с които разполагаме, които в повечето случаи са извършени в периода между 2003 и 2006 г.

За отчитане на информацията от проучванията обикновено се използват три вида данни за употребата на наркотици с течение на времето. Употребата някога през живота или разпространението на употребата някога през живота е най-широкообхватната мярка. Тя обикновено се използва за отчитане на употребата сред много млади групи лица, например ученици, но има ограничена стойност за отразяване на текущото положение сред възрастните, въпреки че може да даде задълбочена представа за моделите на употреба и на разпространение. Акцентът в настоящия доклад е върху употребата през изминалата година и употребата през последния месец, тъй като тези два показателя отразяват по-точно настоящото положение, като последната категория често служи като показател за редовната употреба. Очевидно определянето на лицата, които употребяват редовно или имат проблеми с употребата на наркотици, е важно и в това отношение е постигнат известен напредък с разработването на скали за оценка на по-интензивните форми на употреба; там, където са налични, те също се включват в данните от проучванията (вж. карето за разработване на психометрични скали, стр. 42).

(1) Стандартни възрастови диапазони на ЕЦМНН: всички възрастови групи (15—64 години) и младите (15—34 години). Данните за някои страни обхващат малко по-различни възрастови диапазони (например 16—64, 18—64, 16—59 години). За повече информация относно методологията на проучванията сред населението и относно използваната методология във всяко национално проучване вж. статистическия бюлетин за 2007 г.

в Европа. През 90-те години на ХХ в. употребата му е нараснала практически във всички страни, особено сред младежите. Въпреки това някои от по-новите данни

(27) Вж. таблица PPP-1 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(28) Данните за цените на сушен канабис и канабисова смола бяха анализирани за 19 страни (за които имаше данни за най-малко три последователни години).

(29) Данни за силата на действие на канабиса са дадени в таблици PPP-2 и PPP-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

сочат, че кривата на възходящата тенденция остава на едно и също равнище независимо от високите нива в миналото. Важен въпрос от второстепенно значение е да се проучат тенденциите сред тези, които употребяват наркотика интензивно и продължително време. Тук данните не са така добри, но има опасения, че все повече младежи употребяват канабис по този начин и че този факт вероятно частично намира отражение в увеличеното търсене на лечение за употреба на канабис, наблюдавано в някои страни.

По приблизителни оценки над 70 млн. от възрастните лица в Европа, т.е. средно около една четвърт (22 %) от всички хора на възраст между 15 и 64 години, са опитвали канабис поне веднъж (разпространение на употребата някога през живота) ⁽³⁰⁾. Цифрите за страните варират от 2 до 37 %, като най-ниски са стойностите в България, Малта и Румъния, а най-високи в Дания (36,5 %), Франция (30,6 %), Обединеното кралство (29,8 %) и Италия (29,3 %) ⁽³¹⁾. Въпреки широкия общ диапазон от 26-те европейски страни, за които разполагаме с информация, 12 посочват разпространение на употребата някога през живота в диапазона 10–25 % ⁽³²⁾.

Ако отправната точка се измести от употреба някога през живота върху употреба през изминалата година, отчетените равнища за употребата на канабис са по-ниски, но все пак остават значителни. По приблизителни оценки повече от 23 млн. възрастни европейци са употребявали канабис през изминалата година, което е средно около 7 % от всички на възраст между 15 и 64 години. Цифрите за страните варират в границите от 1 до 11,2 %, като най-ниски стойности се отчитат в България, Гърция и Малта, а най-високи — в Италия (11,2 %), Испания (11,2 %), Чешката република (9,3 %) и Обединеното кралство (8,7 %). И отново, въпреки широкия общ диапазон от 25-те страни, за които разполагаме с информация, 13 посочват стойности за разпространение на употребата през изминалата година в диапазона между 4 и 9 % (фигура 3).

Приблизителните оценки за употребата през последния месец обхващат лицата, които употребяват наркотика по-редовно дори когато това не става непременно по интензивен начин. По приблизителни оценки 13,4 млн. възрастни европейци са употребявали наркотика през последния месец, което представлява средно около 4 % от всички на възраст между 15 и 64 години. Цифрите за страните варират в границите от 0,5 до 8,7 %. Най-ниски цифри се отчитат в България, Малта, Литва и Швеция, а най-високи — в Испания (8,7 %), Италия (5,8 %), Обединеното кралство (5,2 %) и Франция (4,8 %). От 26-те страни, за които разполагаме с информация,

стойностите за 13 от тях попадат в диапазона от 2 до 6 % ⁽³³⁾.

Употребата на канабис сред младите хора

Употребата на канабис сред младежите е несъразмерно висока, като в зависимост от страната между 3 и 49,5 % от младите европейци (15–34 години) съобщават, че са употребявали канабис някога през живота си, 3–20 % са го употребявали през последната година, а 1,5–15,5 % — през последния месец. Най-високи стойности на употреба някога през живота са отчетени в Дания, Франция, Обединеното кралство и Испания, а най-високи стойности на употреба през последната година — в Испания, Чешката република, Франция и Италия. Средно 30 % от младите съобщават за употреба някога през живота си, 13 % — за употреба през последната година, а над 7 % — за употреба през последния месец. За сравнение стойностите на употребата през последната година и през последния месец при възрастни лица на възраст от 35 до 64 години са съответно 3 и 1,6 % ⁽³⁴⁾.

Ако се спрем конкретно на младежите на възраст 15–24 години, изчисленията за разпространението на употребата някога през живота са в диапазона от 3 до 44 % (като повечето страни отчитат стойности в диапазона 20–40 %). Стойностите за разпространението на употребата през последната година са в диапазона от 4 до 28 % (в повечето страни 10–25 %), а стойностите за разпространение на употребата през последния месец — между 1 и 19 % (в повечето страни 5–12 %). Сред мъжете в тази възрастова група прогнозните стойности за разпространението на употребата са дори по-високи. За употреба някога през живота съобщават 11–51 % от младите мъже (в повечето страни 25–45 %), за употреба през последната година — 5–35 % (в повечето страни 15–30 %), а за употреба през последния месец — 1,7–23,7 % (в повечето страни 6–20 %) ⁽³⁵⁾.

Моделите на употребата на канабис

Както бе отбелязано по-горе, употребата на канабис, както и на повечето други незаконни наркотици, е подчертано по-висока сред по-младите, въпреки че дори тук са възможни значителни различия между отделните страни. Също така употребата е подчертано по-висока сред мъжете, отколкото сред жените, въпреки че при младежите тази разлика е по-слабо изразена. Като цяло съотношението между мъжете и жените се увеличава при най-новите измерени стойности за употребата, но тук отново могат да се наблюдават значителни различия между отделните страни, например съотношението между двата пола при отчетената употреба на канабис през последния месец варира от 1,5 в Италия до 1,14 в Литва

⁽³⁰⁾ Средната процентна стойност е изчислена, като средните национални стойности за разпространение на употребата са претеглени спрямо броя на населението от съответната възрастова група във всяка страна. Общите стойности са изчислени, като са умножени стойностите за разпространение на употребата сред съответното население във всяка страна, а за страните, за които липсват данни, са въведени средните стойности за разпространение на употребата. Посочените тук цифри вероятно са минималните стойности, тъй като е възможно да са отчетени по-ниски от реалните стойности.

⁽³¹⁾ По причини от практическо естество в този текст стойностите за Обединеното кралство се основават на британското изследване за престъпността за 2006 г. (за Англия и Уелс). Направени са допълнителни приблизителни оценки за Шотландия и Северна Ирландия, а за Обединеното кралство е представена комбинирана приблизителна оценка (в статистическия бюлетин за 2007 г.).

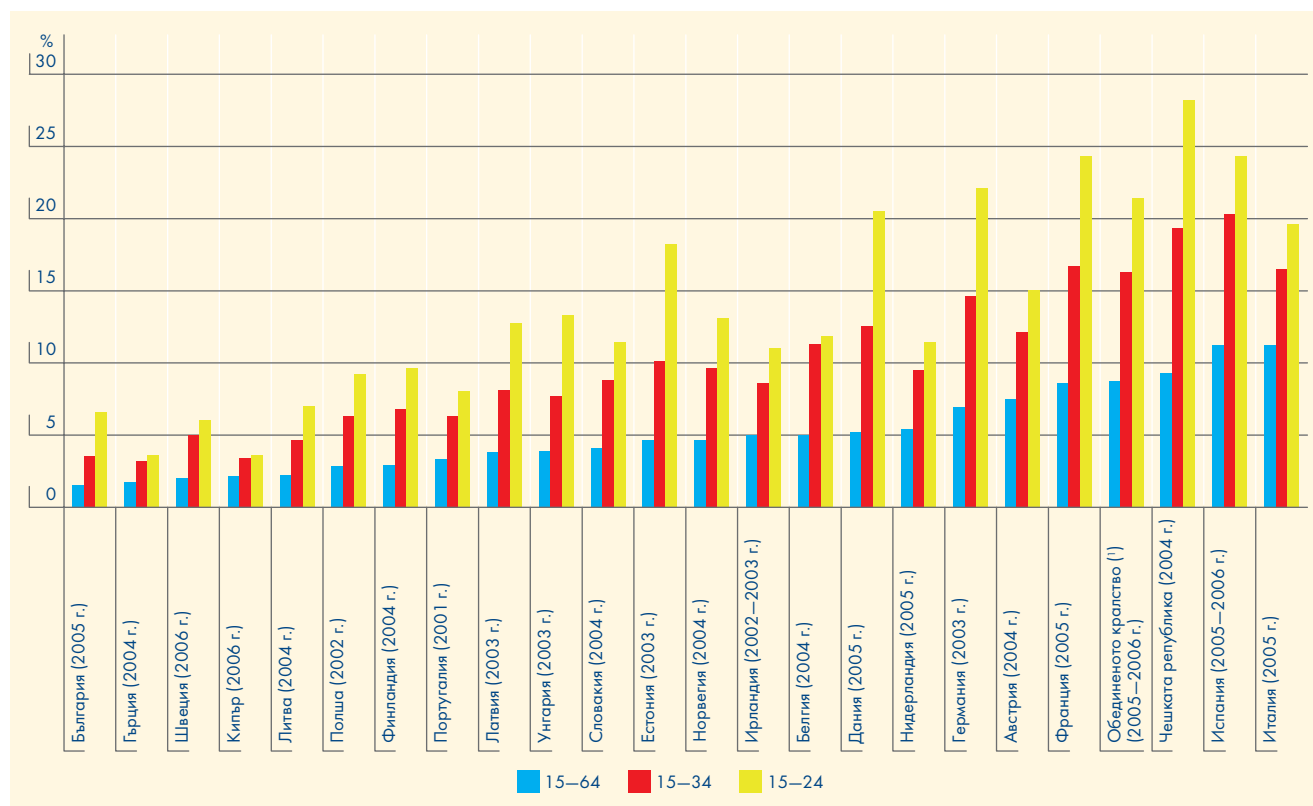
⁽³²⁾ Вж. таблица GPS-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽³³⁾ Вж. таблица GPS-12 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽³⁴⁾ Вж. таблици GPS-9, GPS-11 и GPS-13 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽³⁵⁾ Вж. таблици GPS-17, GPS-18 и GPS-19 и фигури GPS-1, GPS-3, GPS-7 и GPS-12 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 3: Разпространение на употребата на канабис през изминалата година сред всички възрастови групи (15–64 години) и сред младите (15–34 години и 15–24 години)



(¹) Англия и Уелс.

БЕЛЕЖКА: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. Страните са подредени по общо разпространение на употребата (сред всички възрастови групи). За допълнителна информация вж. таблици GPS-10, GPS-11 и GPS-18 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.), като данните са снети от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

(вж. подбрани материал за половите различия и употребата на наркотици за 2006 г.).

Много хора прекратяват употребата на канабис след кратък период на експериментиране и стойностите за употребата обикновено намаляват с увеличаване на възрастта. Въпреки това от наличните данни е трудно да се проследи развитието на употребяващите канабис, както и да се определят измененията във времето в моделите на употреба. Известна яснота по въпроса може да се придобие, ако се сравнят отчетените стойности за употребата някога през живота с някои по-нови измерени стойности за нея. Този анализ сочи, че средно 32 % от всички възрастни лица (15–64 години), опитвали канабис някога през живота си, са го употребили през последната година, а 18 % — през последния месец. Тези процентни стойности, които понякога се наричат „стойности за продължаване на употребата“, са различни за различните страни и се влияят от редица фактори, включително от миналото

развитие на употребата на канабис в страната и от броя на новите случаи на употреба. Въпреки това, ако знаем какъв е дялът на употребяващите канабис, следващи моделите на редовна и продължителна употреба, вероятно ще разберем по-добре потенциалното въздействие на употребата на този наркотик върху общественото здраве. Въпреки опасенията, че броят на редовно или интензивно употребяващите наркотици се увеличава (³⁶), наличната понастоящем информация е много малко, за да може този въпрос да се изследва по-задълбочено. ЕЦМНН работи съвместно с редица държави-членки върху разработването на по-добър методологичен подход към този проблем. По груба приблизителна оценка, направена от ЕЦМНН през 2004 г. въз основа на ограничена информация, около 1 % от възрастните европейци, или около 3 млн. души, вероятно употребяват канабис ежедневно или почти всеки ден. Планира се в близко бъдеще тези приблизителни оценки да могат да бъдат актуализирани. Някои страни отчитат увеличаване на редовната или интензивната

(³⁶) Все още няма универсална дефиниция на понятието „интензивна употреба на канабис“. Понятието е широко и означава употреба на канабис, надхвърляща определена гранична честота. Това не означава непременно, че е налице „зависимост/наркомания“ или други проблеми, но се смята, че интензивната употреба на канабис увеличава опасността от отрицателни последици, включително появата на зависимост. Фигурите в настоящата глава илюстрират „ежедневната употреба или употребата почти всеки ден“ (дефинира се като употреба в 20 или повече дни от последните 30). Този сравнителен показател се използва често в изследванията и може да бъде изведен от европейския примерен въпросник. Продължаващите методологични изследвания (в страните и в ЕЦМНН) ще спомогнат за по-доброто опознаване на взаимовръзката между интензивната/честа употреба и проблемите (вж. карето за разработването на психометрични скали, стр. 42).

Разработване на психометрични скали за определяне на интензивна, зависима и проблемна употреба на канабис в данните от проучванията

Описанията за употребата на наркотици в проучванията се основават на самоотчитаното поведение в продължение на различни времеви интервали. В миналото ежедневната употреба не се следеше системно, донякъде защото в повечето страни разпространението на употребата на канабис беше слабо. А подходът на ограничаване вниманието само върху употребата през последния месец не позволява да се направи достатъчно точна оценка за броя на интензивно употребяващите. Въпреки това, с увеличаването на употребата на канабис навсякъде в Европа и нарастването на загрижеността относно проблемите с канабиса, този подход трябваше да бъде преразгледан. Всъщност днес почти всички страни от ЕС събират информация за броя на дните, през които е употребяван наркотикът през месеца, предхождащ анкетата. Въз основа на тази информация е направена оценката, че около 3 млн. души вероятно употребяват канабис ежедневно или почти всеки ден.

ЕЦМНН работи съвместно с националните експерти, за да усъвършенства отчитането на този вид интензивна употреба в информацията от проучванията сред населението. Това обаче все още е само груб начин да се определят лицата, които имат проблеми или са зависими от употребата на канабис. Тази информация е много важна, за да се разберат последиците за общественото здраве от употребата на канабис и понастоящем е ключов въпрос за експертната група по проучванията на ЕЦМНН.

В момента се извършва текуща работа по разработването на методологичната и концептуална рамка, необходима за наблюденията над „интензивни форми на употреба на наркотици“, която може да се използва в проучванията сред населението, за да могат по-добре да се определят лицата с проблеми. Някои страни сега започват да измерват общата „зависимост“ или „проблемна употреба“ на канабис сред населението, като първите проекти се изпълняват във Франция, Германия, Нидерландия, Полша, Португалия, Обединеното кралство, а съвсем наскоро и в Испания.

Пример за причините, поради които тази дейност е важна, може да се намери в опита от проучването във Франция през 2005 г., в което по този показател беше включена експерименталната CAST скала (скрининг тест за пристрастяване към канабис); предварителният анализ сочи, че до 16 % от употребилите канабис през последната година и 58 % от ежедневно употребяващите го вероятно са изправени пред опасността от проблемна употреба.

употреба на канабис, но само Испания отчита такива данни за ежедневната употреба⁽³⁷⁾, където се наблюдава увеличение от 0,7 % през 1997 г. на 2 % през 2006 г.

Друга важна информация, която е необходима в тази област, е по-доброто разбиране на факторите, свързани с прекъсването на употребата. Както е отбелязано

по-горе, повечето от тези, които за пръв път употребяват канабис, спират употребата му след известно време. Познанието на факторите, които са свързани с прекъсването на употребата, очевидно е важно за разработването на дейности за намеса в тази област. Напоследък се появи известна информация по тези въпроси, например проучване сред населението на Франция през 2005 г. сочи, че за по-голямата част (80 %) от тези, които са употребявали канабис някога през живота си, но не са го употребявали през последната година, главната причина да не употребяват наркотика е просто загубата на интерес към него; това е въпреки факта, че повечето възрастни лица (почти 60 %) смятат, че лесно могат да се снабдят с канабис, ако пожелаят.

Тенденции в употребата на канабис сред възрастните лица

Проследяването на тенденциите при употребата на наркотици в Европа се затруднява от липсата в много страни на надеждна времева поредица от данни. Въпреки това от 90-те години на XX в. насам все повече страни започнаха да извършват проучвания и днес някои от тях започват да предоставят ценни познания за тенденциите с течение на времето.

Времевите поредици данни, осигурявани от проучванията, могат да хвърлят светлина върху развитието на употребата на канабис в Европа. Един от изводите е, че съществуват важни времеви разлики между отделните страни и вълните на популярността, които се наблюдават в употребата на наркотика след като стана популярен през 60-те години на XX в.⁽³⁸⁾ Пример за това са данните от Швеция (национален доклад от мрежата Reioх за 2005 г.), в които се отчита относително висок процент на експерименталната употреба сред отбиващите задължителна военна служба и учениците през 70-те; през 80-те години се наблюдава значително намаляване на употребата, а през 90-те — ново увеличение до равнища, сходни на тези от 70-те години, последвано от намаляване през последните години. Подобно явление се наблюдава в данните от Финландия с по-големи вълни на повишена употреба на наркотика най-напред през 60-те, а след това отново през 90-те години.

По сведения от проучванията се налага изводът, че употребата на канабис през 90-те години на XX в. се е увеличила подчертано в почти всички страни на ЕС. В много страни това увеличение продължава доскоро, въпреки че в някои от тях сега съществуват признаци на стабилизиране, особено сред считаните за групи с високо разпространение на употребата. Пример в това отношение е Обединеното кралство, което обикновено често като че ли е „предвестник“ на тенденциите в употребата на наркотици. В началото на 90-те години Обединеното кралство се очертава като страна с високо разпространение на употреба и отчита най-високи стойности в Европа по повечето показатели. Въпреки това равнищата за разпространението на употребата сред

⁽³⁷⁾ 1997 г. (0,7 %), 1999 г. (0,8 %), 2001 г. (1,5 %), 2003 г. (1,5 %), 2005–2006 г. (2 %). Тази мярка (употреба в 30 дни от последните 30) е различна от използваната по-рано „ежедневна употреба или употреба почти всеки ден“ (употреба в 20 или повече дни от последните 30), при което ще се получат по-високи прогнозни стойности. Във Франция понятието „редовно употребяващ“ се дефинира като употреба на наркотика „10 или повече пъти през последните 30 дни“ (4,3 % от възрастните мъже, 1,3 % от възрастните жени). В Обединеното кралство за „честа употреба“ се счита „употребата повече от веднъж месечно през последната година“ и не е съпоставима с мерките, използвани в настоящия раздел.

⁽³⁸⁾ Вж. също фигура 4 в годишния доклад за 2004 г.

младите хора (16–34 години) през последната година се стабилизираха спрямо тези от 1998 г. и намаляха в периода между 2003 и 2006 г. (от 20,0 на 16,3 %). Интересно е, че в най-младата възрастова група (16–24 години) от 1998 г. насам се наблюдава постоянно намаление, което предполага, че употребата на канабис губи популярност сред младежите ⁽³⁹⁾.

Равнищата на употреба на канабис във Франция, Испания и Италия започнаха да достигат стойностите за разпространението на употребата в Обединеното кралство през последните години (съответно 2002 г., 2003 г. и 2005 г.), след период на постоянно нарастване. Тук отново се наблюдават известни признаци на стабилизиране на положението — Франция отчита намаление на употребата през 2005 г.; и въпреки че Испания отчита слабо увеличение до 2006 г., в най-новите данни като цяло са налице признаци на запазване на тенденцията на постоянно ниво. В Чешката република — страна с високо разпространение на употребата — трудно може да бъде направена оценка на тенденциите в рамките на наличните данни, въпреки че информацията за младите сочи, че разпространението на употребата може малко да е намаляло.

Сред страните със средно високи и ниски стойности за разпространение на употребата през последната година сред младите (15–34 години), последните данни от Дания и Нидерландия показват слабо намаление, докато в Естония, Германия, Унгария, Словакия и Норвегия стойностите за употребата като че ли все още се увеличават ⁽⁴⁰⁾. Въпреки това повечето от това увеличение е слабо и като цяло е по-слабо изразено в по-новите оценки.

Финландия и Швеция остават сред страните, които отчитат най-ниски равнища на употреба на канабис и въпреки че оценките за разпространение на употребата се увеличават, няма признаци на доближаване до страните с по-широко разпространение на употребата. Колкото и да е голямо, увеличението, наблюдавано в Швеция между 2000 и 2004 г., в разпространението на употребата сред младите (1,3 до 5,3%) през последната година трудно може да се тълкува поради промените в методологията на извършеното проучване, а оценките за разпространението на употребата в проучванията за 2004 г., 2005 г. и 2006 г. сочат, че положението е стабилно.

Сред учениците

Друг полезен ракурс върху моделите на употреба и тенденциите в употребата на канабис предоставят данните от училищните проучвания, според които равнищата на употреба на канабис в много страни на ЕС се увеличават в края на 90-те години на XX в. и в началото на XXI в.

Като цяло общата картина от данните от проучванията в училищата е отражение на тази от проучванията

сред възрастните лица. Най-високи стойности за разпространение на употребата на канабис някога през живота сред 15- и 16-годишните ученици в Европа се отчитат в Белгия, Чешката република, Ирландия, Испания, Франция и Обединеното кралство; всичките отчитат стойности между 30 и 44 %, а в Германия, Италия, Нидерландия, Словения и Словакия се отчитат стойности над 25 %. За разлика от тях в Гърция, Кипър, Румъния, Швеция, Турция и Норвегия се отчита разпространение на употребата някога през живота под 10 %.

Анализът на данните от първите три кръга на проучването ESPAD (Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици) (1996–2003 г.) показват подчертани географски различия в тенденциите за разпространението на употребата на канабис някога през живота сред 15- и 16-годишните ученици. Страните могат да бъдат категоризирани в три географски групи. В Ирландия и Обединеното кралство, в които употребата на канабис е с дълга история, разпространението на употребата някога през живота е високо, но остава стабилно през последното десетилетие. В държавите-членки от Източна и Централна Европа, както и в Дания, Испания, Франция, Италия и Португалия, разпространението на употребата на канабис някога през живота се е увеличило значително в периода между 1995 и 2003 г. В трета група държави-членки (Финландия и Швеция, на север, и Гърция, Кипър и Малта, на юг), плюс Норвегия, приблизителните оценки за разпространението на употребата някога през живота сред учениците остават на относително ниски равнища (около 10 % и по-ниски). Данните от следващия кръг на проучването ESPAD се очакват през идната година

През 2005 г. само четири страни (Италия, Полша, Швеция, Обединеното кралство) отчетоха нови данни от национални училищни проучвания, а Белгия отчете проучване за региона на Фландрия. В Швеция положението изглежда се запазва стабилно, а в другите четири проучвания се отбелязва слаб спад.

Канабис — данни за търсенето на лечение ⁽⁴¹⁾

Общи модели при търсенето на лечение

Сред отчетените за 2005 г. общо 326 000 потърсили лечение (данните са за 21 страни), канабисът е бил основната причина за насочване към лечение в около 20 % от всички случаи, което го поставя на второ място след хероина по честота на отчитане. Най-голямо е търсенето на лечение срещу употреба на канабис като основен проблемен наркотик обикновено в амбулаторни условия ⁽⁴²⁾.

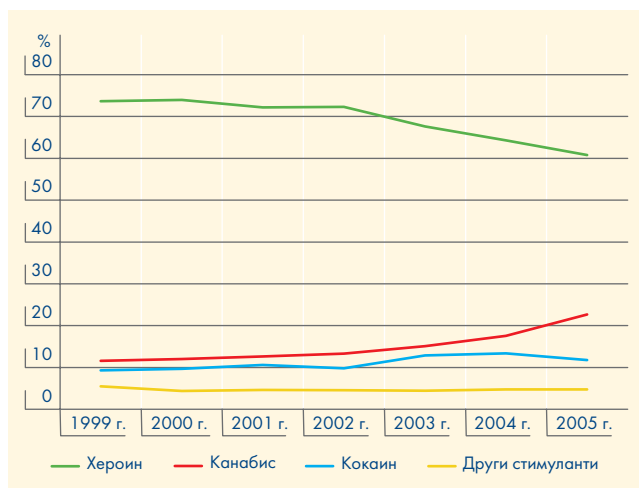
⁽³⁹⁾ Вж. фигура GPS-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴⁰⁾ Вж. фигура GPS-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴¹⁾ Анализът на общото разпределение и на тенденциите се основава на данните за пациентите, потърсили лечение във всички терапевтични центрове; анализът на профила на пациентите и на моделите на употреба на наркотици се основава на данните от амбулаторните лечебни центрове.

⁽⁴²⁾ Вж. фигура TDI-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 4: Тенденции в модела на използване на лечебни услуги (1999–2005 г.) — основен проблемен наркотик, за който пациентите търсят лечение, като процент от всички случаи на потърсено лечение



БЕЛЕЖКА: Въз основа на данни от 21 държави-членки на ЕС: България, Чешката република, Дания, Германия, Ирландия, Гърция, Испания, Франция, Италия, Кипър, Литва, Люксембург, Унгария, Малта, Нидерландия, Румъния, Словения, Словакия, Финландия, Швеция и Обединеното кралство.

За липсващите данни е извършена интерполация за всяка страна, като е запазена средната тенденция за ЕС в наличните данни за всяка година.

За допълнителна информация и подробни бележки вж. фигура TDI-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox.

Пациентите на наркоклиниките често съобщават за проблемна употреба и на други наркотици наред с основния проблемен наркотик, за който са постъпили на лечение; това обаче не е така често при употребяващите канабис, които са пациентите, за които най-често се съобщава, че употребяват само едно вещество (канабис). Все пак някои употребяват канабис в комбинация с други наркотици, най-често алкохол (37 %) и амфетамини или екстази (28 %). След алкохола (38 %) канабисът е наркотикът, който най-често се цитира като съпътстващ основния проблемен наркотик от лицата на лечение ⁽⁴³⁾.

Увеличаване на търсенето на лечение

Сред приблизително 130 000 нови случая на потърсено лечение срещу употреба на наркотици пациентите на лечение за канабис са 29 % от всички нови пациенти, лекувани за употреба на наркотици, което следва непосредствено дела на новите случаи на потърсено лечение срещу употреба на хероин (35 %; данните са за 22 страни) ⁽⁴⁴⁾. Въпреки че проблемите относно наличността на данните затрудняват обсъждането на тенденциите с необходимата прецизност, могат да бъдат определени основните тенденции при търсенето на лечение за употреба на канабис. Между 1999 и 2005 г. общият брой на новите и на всички отчетени случаи на потърсено лечение за канабис приблизително се е утроил. Въпреки това в най-новите данни възходящата

тенденция като че ли се стабилизира. Във всички страни (с изключение на Литва) дялът на пациентите, потърсили лечение срещу употребата на канабис като основен проблемен наркотик, от новите пациенти е по-висок от съответния дял от всички пациенти ⁽⁴⁵⁾.

През периода 1999–2005 г. дялът на пациентите, потърсили лечение срещу употребата на канабис като основен проблемен наркотик се е увеличил във всички страни, които отчитат данни за това (фигура 4). Въпреки това съществуват интересни различия между страните, като канабисът се цитира от по-малко от 5 % от всички пациенти, за които се отчита, че са започнали лечение в България, Литва, Полша и Румъния, и от повече от 30 % от тези в Унгария и Франция. В 12 от другите страни дялът на пациентите на лечение за канабис е между 5 и 20 %, а в седем — между 21 и 29 %. По подобен начин съществуват значителни различия между страните по отношение на новите случаи на потърсено лечение, като канабисът се цитира от по-малко от 10 % от новите пациенти в България, Литва, Люксембург, Полша и Румъния и от повече от 50 % в Дания, Германия, Франция и Унгария ⁽⁴⁶⁾.

Увеличението в търсенето на лечение срещу употребата на канабис не може да бъде лесно обяснено. Неясна остава степента, в която увеличеното търсене на лечение е резултат от увеличеното разпространение на интензивната употреба на канабис и свързаните с това проблеми сред населението, както и повишеното осъзнаване на рисковете. Възможно е и други фактори да са допринесли за това, включително по-доброто покритие на данните от амбулаторните терапевтични центрове, които работят с пациентите на лечение за канабис и които обикновено са тези, в които се търси лечение срещу употребата на канабис, а възможно е и фактор за това да е и по-доброто диагностициране и отчитане на проблемната употреба на канабис. Трябва да се има предвид също и дялът на други две възможни причини: разнообразяване на предложенията за лечение, например отварянето на терапевтични центрове за лечение срещу употребата на канабис във Франция в края на 2004 г. и увеличаването на броя на насочените за лечение пациенти от наказателната правосъдна система. В първия случай, в отговор на увеличеното търсене на лечение за употребата на канабис, някои страни въведоха специфични програми за юноши или младежи с предложения за лечение, насочени повече към употребяващите канабис; тук увеличеното търсене предизвика увеличено предлагане, което от своя страна може да рефлектира върху търсенето. Във втория случай насочването за лечение от наказателната правосъдна система често е свързано с престъпления, свързани с употребата на канабис; заключенията от изследванията показват, че за повечето лица, насочени за лечение от наказателната правосъдна система, канабисът е основният проблемен наркотик; в този сценарий увеличаването на броя на насочените за лечение пациенти от наказателната правосъдна система ще допринесе за увеличаване на търсенето на лечение за употреба на канабис.

⁽⁴³⁾ Вж. таблици TDI-22 и TDI-23 (част i) и (част iv) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴⁴⁾ Вж. фигура TDI-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴⁵⁾ Вж. таблици TDI-3 (част iii) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴⁶⁾ Вж. таблици TDI-5 (част ii) и TDI-4 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

Профил на пациентите

Независимо какви са обясняващите фактори, довели до увеличаване на търсенето на лечение за употреба на канабис, интерес представляват характеристиките на лицата, които търсят лечение, въпреки че не може да се твърди, че тази съвсем малка част от населението, която употребява канабис, може да бъде представителна. Ако се разгледа профилът на лицата, постъпили за амбулаторно лечение срещу употребата на канабис като основен проблемен наркотик, най-често срещаните характеристики са тези на млади хора, мъже, все още продължаващи образованието си, за разлика от работещите или безработните, и живеещи с родителите си, за разлика от живеещите самостоятелно⁽⁴⁷⁾. В сравнение с пациентите на лечение за други наркотици сред лицата, постъпващи на лечение за употреба на канабис като основен проблемен наркотик, най-голям е делът на мъжете и лицата от най-младата възраст (средно 24,5 години). Тези, които постъпват на лечение за пръв път, са дори още по-млади от всички пациенти на лечение за употреба на канабис (средна възраст 23,8 години); съответно 67 % и 80 % от лицата на възраст 15–19 години или по-млади от 15 години са нови пациенти на лечение за употреба на канабис. Въпреки това през последните три години се отчитат признаци на увеличаване на възрастта на новите пациенти на лечение за употреба на канабис⁽⁴⁸⁾. Като цяло пациентите на лечение за употреба на канабис могат да се разделят на три групи: такива, които го употребяват инцидентно (34 %), такива, които го употребяват от един до няколко пъти седмично (27 %) и използващите го ежедневно (39 %).

Възможно е тези различия в съобщаваната употреба на наркотика от пациентите, лекувани за употреба на канабис, да са резултат от различните пътища, по които става насочването към лечение, и може да се предположи, че увеличеният брой на насочените за лечение пациенти от наказателната правосъдна система може да бъде свързан с някои от случаите на ниска употреба, които се регистрират при постъпващите за лечение. Съществуват различия между страните по отношение на честотата на употреба на канабис, като половината от страните съобщават за над 30 % от пациентите като ежедневно употребяващи канабис, а другата половина — за под 30 %. Нидерландия, Дания и Испания имат най-голям процент редовно употребяващи сред пациентите на лечение, докато Унгария, Германия и Италия отчитат най-високи проценти на инцидентно употребяващите⁽⁴⁹⁾. Освен това, както е разгледано по-долу, ответните мерки срещу интензивната употреба на канабис може да са фокусирани върху превенцията, а не върху лечението, и тези различия в националните практики могат да повлияят върху цялостните равнища на отчетените стойности; това може отчасти да бъде обяснение за причината, поради която някои страни с високо разпространение на употребата отчитат относително ниски стойности за лечението срещу употребата на канабис.

Ответни мерки срещу проблемите с канабиса

Данните за лечението за употреба на канабис трябва да се разглеждат в контекста на това, в което се изразява лечението срещу употребата на канабис в Европа, което понастоящем обхваща широка гама от мерки, вариращи от краткотрайни интервенции до лечение в болнични заведения. В някои от програмите ориентацията е насочена колкото към превенцията и намаляването на вредите, толкова и към лечението за проблеми с наркотиците.

Откриването на лицата, изложени на риск, и ранната намеса се определят като важна съставна част на всички програми в областта на наркотиците, а обучението на персонала може би е сред първите мерки за откриване на употребяващите канабис сред учениците. Германия, Италия и Полша имат разработени програми за учителите, които им помагат да реагират срещу употребата на канабис и да потърсят специализирана помощ, когато това е необходимо.

Не съществува солидна доказателствена база с информация за практиките в лечението срещу употребата на канабис, а научните изследвания в тази област са ограничени и се основават предимно на американския и австралийския опит. В Европа най-често съобщаваните подходи към проблемите с канабиса включват: краткотрайни амбулаторни услуги, консултации, програми в училищата и дейности по превенция на място. Като цяло мерките като че ли се основават на подходи за краткотрайна намеса, като се използва съчетание от мотивационни събеседвания с познавателно-поведенчески елементи. Въпреки че няма неоспоримо единно мнение относно съдържанието на ефективните практики, някои изследвания сочат, че този подход може да бъде от полза. Европейска инициатива в тази област е проектът INCANT, в който Белгия, Франция, Германия, Нидерландия и Швейцария си сътрудничат в изследването на ползата от многоизмерната семейна терапия (MDFT) при употребяващите канабис. След като получи положителна оценка на пилотната фаза (Rigter, 2005), този проект беше разширен в контролиран експеримент със случаен подбор на много места, в който терапията MDFT се съпоставя със стандартното лечение на смущения, предизвикани от употребата на канабис.

Само 13 държави-членки съобщават за наличието на специализирани терапевтични центрове за лечение на проблемно употребяващи канабис пациенти, което предполага, че повечето употребяващи канабис се лекуват в общи програми срещу наркотиците или в рамките на широкообхватни здравни или младежки услуги. Изразяват се опасения, че може да се окаже неподходящо младежите, употребяващи канабис, да се лекуват в рамките на общи услуги в областта на наркотиците, когато това води до смесването им с други по-възрастни пациенти, проблемно употребяващи други видове наркотици. Въпреки че остава неясно доколко това

⁽⁴⁷⁾ Вж. таблици TDI-13, TDI-14 и TDI-21 (част i) и (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁴⁸⁾ Вж. таблица TDI-10 (част i), (част ii) и (част ix) в статистическите бюлетини за 2007 г., 2006 г. и 2005 г.

⁽⁴⁹⁾ Вж. таблица TDI-18 (част iii) и (част iv) в статистическия бюлетин за 2007 г.

може да се окаже проблем, все пак е важен въпрос при планирането на услугите в тази област.

Франция дава пример за специализирана услуга за употребяващите канабис, при която през 2005 г. са създадени 250 центъра за консултации в областта на канабиса. Тези центрове сега се посещават от приблизително 2900 пациенти месечно, като около една трета от тях (31 %) са потърсили лечение сами или по препоръка на трето лице (31 %) и малко над една трета са насочени към лечение със съдебно решение (38 %). Други примери за специфични терапевтични програми за употребяващите канабис са младежкият център „Мария“ в Швеция, който предоставя на проблемно употребяващи канабис младежи програма за консултации, следвана от услуги за подпомагане. А от януари 2006 г. в изследователското амбулаторно отделение в Дрезден, Германия, е разработена модулна терапия за смущения, свързани с употребата на канабис при юноши (Candis).

Квазизадължителни дейности

Въпреки общата тенденция употребяващите канабис, които попадат в наказателната правосъдна система, да се насочват за лечение и консултации, вместо да им се налагат наказания, наличието и структурата на подобни механизми в Европа съществено се различават, като малко на брой страни (Германия, Франция, Люксембург, Австрия, Швеция) съобщават, че предлагат структурирани програми или услуги.

За употребяващите канабис, насочени за лечение от съдебните органи, терапевтичните дейности не са единствената ответна мярка, която се отчита. В някои страни на инцидентно употребяващите наркотика се предлагат интензивни курсове; например Германия, Австрия и Люксембург съобщават за курсове, насочени

към промяна на убежденията и моделите на употреба на употребяващите канабис⁽⁵⁰⁾.

Нови комуникационни стратегии за ангажиране на употребяващите канабис

Редица иновативни програми в Европа се опитват да проучат нови комуникационни инструментариуми за ангажиране на употребяващите канабис. В някои страни (Германия, Обединеното кралство) са разработени интернет базирани краткотрайни дейности, които позволяват на употребяващите канабис да направят равносметка на своята текуща употреба и сами да открият проблемите си. Пример за такъв подход е германският „зарежи дрогата“⁽⁵¹⁾, който предлага подкрепа на лица, които желаят да прекратят употребата на канабис. Едно изследване за оценка сочи, че използвалите тази услуга съобщават за намаляване на употребата на канабис както по отношение на употребяваното количество, така и на броя на дните, в които вземат наркотика.

Проектът SMASH в Дания е за анонимна подкрепа и консултиране на младежи, употребяващи канабис, и цели да намали вредните последици, да предоставя информация и да оказва подкрепа, за да им помогне да прекратят пушенето на канабис⁽⁵²⁾. Проектът се основава на абонамент за два SMS пакета. Първият (разни факти за дрогата) предоставя фактологична информация за употребата на канабис, а вторият предлага подкрепа и мотивация за тези, които се опитват да спрат употребата на наркотика. Младежите могат също да ползват персонални напътствия чрез текстови съобщения, с които им се помага да прекратят или намалят употребата на канабис. Подобна услуга съществува и в Ирландия, въпреки че там акцентът е върху разпространяване на информация.

Употреба на наркотици сред непълнолетните в подбраните материали на ЕЦМНН за 2007 г.

Подбраният материал за употребата на наркотици от много млади европейци (на възраст под 15 години) установява, че разпространението на употребата на наркотици сред тази възрастова група е слабо и касае предимно експериментална употреба. Редовната употреба на наркотици от много млади лица е рядкост и често засяга силно проблематични части от населението.

Главните ответни мерки срещу употребата на наркотици сред лицата под 15-годишна възраст до голяма степен са съсредоточени върху превенцията или стратегиите за ранна намеса. Въпреки това подбраният материал определя, че

около 4000 лица в много ранна възраст са на лечение за наркотици в Европа. Специално съобразеното с нуждите на младежите лечение за наркотици е рядко изключение, но повечето европейски страни са определили необходимостта от подобни програми.

Подбраният материал разглежда и как се подхожда в европейските политики за обществено здравеопазване към признаването на връзките между употребата в много ранна възраст на разрешени и незаконни психоактивни вещества и развиването на зависимост от веществата по-късно през живота.

Този подбран материал е наличен във версия за разпечатване и онлайн само на английски език (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



Глава 4

Амфетамини, екстази и LSD

В много европейски страни второто най-често използвано незаконно вещество е някаква форма на синтетично получен наркотик, въпреки че в европейски мащаб сега употребяваните кокаин са повече. Общата употребата на тези вещества сред населението обикновено е ниска, но разпространението на употребата сред по-младите възрастови групи е значително по-високо, а в някои конкретни социални среди или културни групи понякога е особено високо. В световен план амфетамините (амфетамин и метамфетамин) и екстази са сред най-разпространените незаконни синтетични наркотици.

Амфетаминът и метамфетаминът стимулират централната нервна система. Досега амфетаминът е по-често срещаният от тези два наркотика в Европа, докато съществената употреба на метамфетамин очевидно е ограничена само в Чешката република и Словакия.

Екстази спада към синтетичните вещества, които са химически сродни на амфетамините, но се различават в известна степен по своето въздействие. Най-добре

познатият член на групата наркотици екстази е 3,4-метилендиокси-метамфетамин (MDMA), но в таблетки екстази понякога се откриват и други аналози (MDA, MDEA). След 90-те години на XX в. разпространението на употребата на екстази в ЕС се увеличава.

Исторически погледнато, най-известният досега халюциногенен наркотик е диетиламидът на лизергиновата киселина (LSD), но като цяло нивата на употребата му са ниски и донякъде остават постоянни в продължение на доста голям период от време. Напоследък се появяват сведения за увеличаване на предлагането и употребата на свободно срещащи се в природата халюциногени, по-конкретно на халюциногенни гъби.

Предлагане и достъпност ⁽⁵³⁾

Амфетамин

През 2005 г. световното производство на амфетамин се изчисляваше на 88 т (UNODC, 2007). Въпреки че незаконното производство се разпростря и в други части на света, то все още остава съсредоточено в Западна и Централна Европа. През 2005 г. лаборатории за производство на незаконен амфетамин бяха демонтирани в Белгия, България, Германия, Естония, Литва, Нидерландия и Полша. Според отчетите конфискуваният амфетамин в Европа идва главно от Белгия, Нидерландия и Полша и в по-малка степен от Естония и Литва.

През 2005 г. в световен мащаб са конфискувани 12,9 т амфетамин, по-голямата част от които в два района: Западна и Централна Европа и Източна и Югоизточна Азия.

Според оценките през 2005 г. в Европа са отчетени 40 300 конфискации на амфетамин, възлизащи на 6,6 т. До 2004 г. Обединеното кралство неотменно беше на първо място в Европа по отношение на броя на конфискациите и най-големите иззети количества амфетамин. Въпреки някои колебания от 2000 г. насам на европейско равнище се увеличават както общият брой конфискации на амфетамин, така и конфискуваните количества ⁽⁵⁴⁾. Въпреки това през 2005 г. голяма част от страните, които отчитат такива данни, съобщават за тенденция към намаляване на броя на конфискациите на амфетамин. Тази картина трябва да бъде проверена, когато бъдат предоставени данните за 2005 г. от Обединеното кралство.

Амфетамин и метамфетамин — прилики и разлики

Основните представители на групата на амфетамините на пазара на незаконните наркотици са амфетаминът и метамфетаминът (и техните соли) — две тясно свързани синтетични вещества от семейството на фенетиламините. И двете вещества стимулират централната нервна система и имат един и същ механизъм на действие, ефект върху поведението, поносимост и последици при преустановяване и при продължителна употреба (хроничен ефект). Амфетаминът е с по-слабо действие от метамфетамин, но при неконтролирани ситуации ефектът е почти неразличим. Продуктите с амфетамин и метамфетамин са предимно под формата на прахове, но се използват и кристали — чистата кристална хлороводородна сол на метамфетамин. Таблетките, съдържащи амфетамин или метамфетамин, понякога са с надписи, подобни на тези с MDMA или на други таблетки екстази.

Предвид физическата форма, под която се предлагат, амфетаминът и метамфетаминът могат да се приемат чрез поглъщане, смъркане, вдишване и по-рядко чрез инжектиране. За разлика от сулфатната сол на амфетамин метамфетаминият хидрохлорид, и по-специално неговата кристална форма, е достатъчно летлив, за да може да се пуши.

Източник: Профили на наркотиците от ЕЦМНН (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

⁽⁵³⁾ За информация относно тъкуването на конфискациите и друга пазарна информация вж. стр. 37. За 2005 г. не разполагаме с информация за конфискациите и конфискуваните количества амфетамини, екстази и LSD за всички страни; за повече информация вж. таблиците за конфискациите в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁵⁴⁾ Вж. таблици SZR-11 и SZR-12 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Международни действия срещу производството и отклоняването на прекурсори за наркотици

Създадени са няколко международни инициативи за предотвратяване отклоняването на химически вещества прекурсори, използвани за производството на незаконни наркотици: проект *Cohesion* е фокусиран върху калиевия перманганат (използван за производството на кокаин) и оцетния анхидрид (използван за производството на хероин), докато проект *Prism* е адресиран към прекурсорите за синтетичните наркотици ⁽¹⁾. Всички данни, посочени по-долу, са от доклада за прекурсорите на Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB, 2007b).

През 2005 г. конфискациите на калиев перманганат в света са най-големи от отчетените досега в Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН, като 16 страни са заловили 183 т и почти всички те са конфискувани извън границите на Европа.

От всичките 22 400 л оцетен анхидрид, конфискувани в света през 2005 г., в Европа отново е иззета съвсем малка част.

През 2005 г. в Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН са отчетени конфискации на 41 т ефедрин и псевдоефедрин, които са основни прекурсори за метамфетамин, като повечето от тях са извършени в Китай, а в държави-членки на ЕС (по-специално Гърция, България, Румъния и Чешката република), както и в Руската федерация, са иззети 1,7 т.

Конфискациите в света през 2005 г. на 1-фенил-2-пропанон (P-2-P), използван за незаконно производство на метамфетамин и амфетамин, възлизаха на 2900 л, като делът на европейските страни е 1700 л (предимно Германия и Нидерландия).

Делът на Европа от световните конфискации на 3,4-метилен-диоксифенил-2-пропанон (3,4-MDP-2-P), използван за производството на MDMA, е намалял през 2005 г. на 38 %, като се отчетат иззети 5100 л (предимно във Франция и Нидерландия). Увеличението на конфискациите на 3,4-MDP-2-P в останалите райони вероятно показва, че незаконното производство на MDMA се разширява извън границите на Европа.

⁽¹⁾ Всички са изброени в таблица I на Конвенцията на ООН от 1988 г.

През 2005 г. средните или обичайните цени на дребно на амфетамин варират от 7 евро на грам до 37,5 евро на грам, като повечето европейски страни съобщават за цени от 10–20 евро на грам ⁽⁵⁵⁾. За периода 2000–2005 г. средните цени на амфетамин, коригирани спрямо инфлацията, са намалели в повечето от 17-те страни, които предоставят достатъчно данни за това.

Средната или обичайната чистота на амфетамин, продаван на дребно, през 2005 г. варира в значителни граници, но повечето европейски страни отчетат чистота в диапазона от 15 до 50 % ⁽⁵⁶⁾.

Метамфетамин

В световен мащаб производството на метамфетамин през 2005 г. се изчислява на 278 т. Той се произвежда предимно в Източна и Югоизточна Азия и Северна Америка. В Европа незаконното производство на метамфетамин продължава да бъде ограничено предимно в Чешката република (под местното наименование „первитин“), въпреки че се съобщава и за производство в Литва, Молдова и Словакия (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

През 2005 г. конфискуваните количества метамфетамин в света са се увеличили до приблизително 17,1 т, като над половината от тях са отчетени в Източна и Югоизточна Азия (Китай и Тайланд), а една трета — в Северна Америка (Съединените щати). През същата година в 15 европейски страни са отчетени приблизително 2200 конфискации на метамфетамин в размер на около 104 кг ⁽⁵⁷⁾. Норвегия и Швеция са на първо място както по брой на конфискациите, така и по иззети количества метамфетамин.

През 2005 г. средната или обичайната цена на дребно на метамфетамин (отчетена от само малко на брой страни) варира в диапазона от 5 евро на грам до 35 евро на грам. Повечето страни отчетат средна или обичайна чистота на продавания на дребно метамфетамин в диапазона 30–65 % ⁽⁵⁸⁾.

Екстази

В световен мащаб производството на екстази през 2005 г. се изчислява на 113 т (UNODC, 2007). Европа остава главният център на производството на екстази, въпреки че неговото относително значение очевидно започва да намалява, след като производството на екстази се разпространи и в други части на света, особено в Северна Америка, Източна и Югоизточна Азия и Океания (CND, 2006; UNODC, 2006). В Европа производството на екстази се осъществява главно в Нидерландия (въпреки че се съобщава за признаци за намаляването му), следвана от Белгия. Конфискуваните количества екстази през 2005 г. в Европа са с произход от тези две страни и в по-малка степен от Полша и Обединеното кралство.

От иззетите през 2005 г. в целия свят 5,3 т екстази голяма част продължава да се конфискува в Западна и Централна Европа (38 %), следвана от Океания (27 %) и Северна Америка (20 %).

През 2005 г. приблизително 26 500 конфискации в Европа доведоха до изземването на около 16,3 млн. таблетки екстази ⁽⁵⁹⁾. Най-големите конфискувани количества екстази продължават да се регистрират в Обединеното кралство, Белгия, Нидерландия и Германия. След рязкото увеличаване през 2001 г. броят на конфискациите на екстази в Европа от 2003 г. насам се увеличава. В периода между 2000 и 2004 г. общите

⁽⁵⁵⁾ Вж. таблица PPP-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁵⁶⁾ Вж. таблица PPP-8 в статистическия бюлетин за 2007 г. Имайте предвид, че отчетените средни равнища на чистотата на амфетамин могат да замаскират големите различия в чистотата на изследваните проби.

⁽⁵⁷⁾ За целите на изчисленията, вместо липсващите данни за 2005 г. за Обединеното кралство бяха използвани данните за 2004 г. Вж. таблици SZR-17 и SZR-18 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁵⁸⁾ Вж. таблици PPP-4 и PPP-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁵⁹⁾ Вж. таблици SZR-13 и SZR-14 в статистическия бюлетин за 2007 г.

заловени количества екстази се колебаят около 20 млн. таблетки годишно. През 2005 г. обаче, наличните данни показват намаление на конфискуваните количества екстази в повечето страни. Тази картина трябва да бъде проверена, когато бъдат предоставени данните за 2005 г. от Обединеното кралство.

През 2005 г. средната или обичайната цена на дребно на таблетка екстази варираше от под 3 евро до 15 евро ⁽⁶⁰⁾. За периода 2000—2005 г. средните цени на дребно на екстази, коригирани спрямо инфлацията, са намалели в повечето от всичките 21 страни, които предоставят достатъчно данни за това.

През 2005 г. в Европа в повечето таблетки екстази обикновено като единствена психоактивна съставка продължава да се съдържа MDMA или други подобни на екстази субстанции (MDEA, MDA). В десет държави-членки подобни таблетки възлизат на над 80 % от общия брой подложени на анализ. Има някои изключения от това твърдение: в Словения MDMA/MDEA/MDA по-често се установяват в комбинация с амфетамин и/или метамфетамин, докато в Полша като единствено психоактивно вещество в подложените на анализ таблетки по-често се установява амфетамин и/или метамфетамин. Съдържанието на MDMA в таблетките екстази силно варира между различните партии (дори в такива с един и същ надпис), както между отделните страни, така и в рамките на една и съща страна. През 2005 г. средното или обичайното съдържание на MDMA в една таблетка екстази в страните, които отчитат такива данни, се регистрира в диапазона от 2 до 130 мг, въпреки че в повечето страни средното съдържание на MDMA беше между 30 и 80 мг.

LSD

След продължително намаляване в продължение на няколко години след 2003 г. се увеличават както броят на конфискациите на LSD, така и иззетите количества ⁽⁶¹⁾. Въпреки че LSD се произвежда и продава в много по-малка степен, отколкото другите синтетични наркотици, през 2005 г. по приблизителни оценки в Европа са направени 800 конфискации, възлизащи на 850 000 единични дози LSD, като около 75 % от цялото количество са конфискувани в Нидерландия. Средната или обичайната цена при крайния потребител на единична доза LSD варираше в диапазона от 4 до 30 евро ⁽⁶²⁾.

Разпространение и модели на употреба сред общото население и младежите

По отношение на данните за употребата напоследък днес екстази е най-често използваният синтетичен наркотик в 17 европейски страни, а амфетамините — в девет ⁽⁶³⁾. Разпространението на употребата някога през живота изглежда по-високо при амфетамините, което

е отражение на факта, че екстази се появи по-отскоро на пазара на незаконни наркотици в Европа. Данните от училищните проучвания сочат, че употребата на екстази, амфетамини и психотропни вещества, различни от канабиса, сред учениците е съсредоточена само сред малко на брой лица. Например ученици, които са опитвали екстази, съобщават също за употреба на кокаин и халюциногенни вещества над 20 пъти по-висока от равнищата сред общата маса ученици ⁽⁶⁴⁾ и около пет пъти по-висока от равнищата на разпространение сред тези, които са употребявали канабис някога през живота.

Сред държавите-членки на ЕС употребата на амфетамини или на екстази е сравнително висока само в някои страни: Чешката република, Естония и Обединеното кралство, и в по-малка степен и в Латвия и Нидерландия.

Амфетамини

Последните проучвания сред възрастното население показват, че разпространението на употребата на амфетамини някога през живота в Европа е в диапазона от 0,1 до 3,6 % от всички възрастни лица (15—64 години), освен в Дания (6,9 %) и в Обединеното кралство (Англия и Уелс), където достига 11,5 % (което е отражение на по-високата минала употреба, докато текущата употреба се доближава повече до тази в другите страни). След тези страни с най-високи стойности са Норвегия (3,6 %), Германия и Испания (3,4 %). Средно около 3,5 % от всички възрастни европейци са използвали амфетамини поне веднъж ⁽⁶⁵⁾. Употребата през последната година е много по-ниска — средно 0,7 % (в диапазона 0—1,3 %). Данните от проучванията сред общото население сочат, че приблизително 11 млн. души са опитвали амфетамини, а около 2 млн. европейци са употребявали наркотика през последната година.

Сред младото население (15—34 години) за употреба на амфетамини някога през живота съобщават от 0,2 до 16,8 %, въпреки че ако стойностите за Обединеното кралство (Англия и Уелс) (16,8 %) и Дания (12,7 %) се разглеждат отделно, диапазонът се свежда само до 0,2—5,9 % ⁽⁶⁶⁾. Половината от страните отчитат стойности на разпространение на употребата под 4 %, като най-високите стойности на разпространение на употребата след Обединеното кралство и Дания се отчитат от Норвегия (5,9 %), Германия (5,4 %) и Латвия (5,3 %). Средно 5,1 % от младите европейци са опитвали амфетамини ⁽⁶⁷⁾. Употребата през последната година в тази възрастова група е в диапазона от 0,1 до 2,9 %, като най-високи стойности за разпространение на употребата се отчитат от Естония (2,9 %), Обединеното кралство (2,6 %) и Латвия (2,4 %) (фигура 5). Забелязва се, че ако се разглежда само разпространението на употребата през последната година, стойностите за Обединеното кралство и Дания повече се доближават

⁽⁶⁰⁾ Вж. таблица PPP-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁶¹⁾ Вж. таблици SZR-15 и SZR-16 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁶²⁾ Вж. таблица PPP-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁶³⁾ Данните от проучването за „употреба на амфетамин“ често не правят разлика между амфетамин и метамфетамин, но все пак обикновено се отнасят за употребата на амфетамин (сулфат или дексамфетамин), тъй като употребата на метамфетамин не се среща много често.

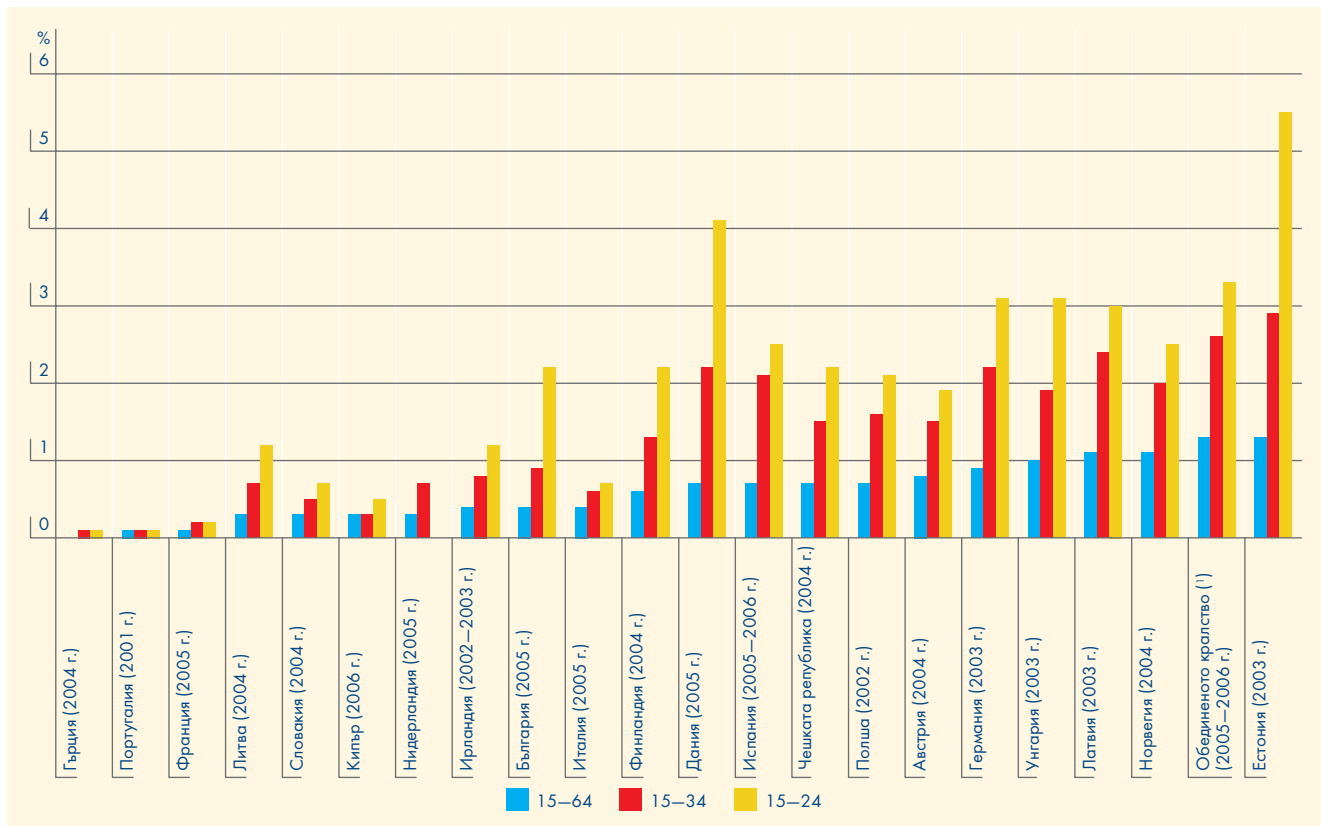
⁽⁶⁴⁾ Вж. фигура EYE-1 (част iv) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁶⁵⁾ За метода на изчисляване вж. бележка под линия ⁽³⁰⁾.

⁽⁶⁶⁾ Вж. таблица GPS-7 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁶⁷⁾ Вж. фигура GPS-18 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 5: Разпространение на употребата на амфетамини през изминалата година сред всички възрастни трупци (15–64 години) и сред младите (15–34 години и 15–24 години)



(*) Англия и Уелс.

БЕЛЕЖКА: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. Страните са подредени по общо разпространение на употребата (сред всички възрастни трупци). За допълнителна информация вж. таблици GPS-10, GPS-11 и GPS-18 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.), като данните са от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

до тези за другите страни. По приблизителни оценки средно 1,5 % от младите европейци са употребявали амфетамини през последната година.

Само Финландия може да даде актуална оценка за проблемната употреба на амфетамини (дефинирана като инжекционна или продължителна/редовна употреба), която за 2002 г. се определяше в границите от 10 900 до 18 500 проблемно употребяващи амфетамини (3,1–5,3 случая на 1000 души на възраст 15–64 години), което е около трикратно по-висока стойност от броя на проблемно употребяващите опиати.

Метамфетамин

Равнищата на употреба на метамфетамин в Европа изглеждат ограничени, за разлика от картината в международен план, където през последните години се наблюдава нарастване на употребата на този наркотик. Въпреки това европейските страни се опасават, че в държавите-членки е възможно употребата на този наркотик да нарасне, което налага да бъдат взети известни превантивни мерки, например в Обединеното кралство беше взето решение метамфетаминът да се прекатегоризира в групата на най-опасните наркотици (категория А).

В миналото употребата на метамфетамин в Европа беше съсредоточена в Чешката република, а в известна степен и в Словакия. Актуални оценки за проблемна употреба на метамфетамин се отчитат от две страни (Чешка република и Словакия). През 2005 г. употребяващите метамфетамин в Чешката република се изчисляваха на 18 400–24 000 души (2,5–3,2 случая на 1000 души на възраст 15–64 години), което е почти двойно спрямо броя на проблемно употребяващите опиати, а в Словакия — на 6000–14 000 души (1,5–3,7 случая на 1000 души на възраст 15–64 години), което е малко по-малко от изчисления брой на употребяващите опиати. Метамфетаминът се превърна в най-често употребяваният основен проблемен наркотик сред потърсилите лечение за пръв път в Словакия, а високи равнища на употребата на метамфетамин сега се отчитат и сред някои подгрупи от населението в Унгария.

В останалата част на Европа не се съобщава за съществена употреба на метамфетамин. Две важни възражения тук са, че повечето изследвания не правят разлика между употребата на метамфетамин и тази на амфетамин и че метамфетамин понякога се открива в таблетки, продавани като екстази, и поради това може да се употребява несъзнателно ⁽⁶⁸⁾.

⁽⁶⁸⁾ Вж. „Амфетамин и метамфетамин — прилики и разлики“, стр. 48.

Екстази

Екстази са опитвали 0,3—7,2 % от всички възрастни европейци. Половината от страните отчитат стойности на разпространение на употребата някога през живота от 2,5 % и по-ниски, като най-високите стойности на разпространение на употребата се отчитат в Обединеното кралство (7,2 %), Чешката република (7,1 %), Испания (4,4 %) и Нидерландия (4,3 %). Разпространението на употребата на екстази през последната година е в диапазона от 0,2 до 3,5 % при възрастните лица, като най-високи стойности се отчитат в Чешката република (3,5 %), Естония (1,7 %) и Обединеното кралство (1,6 %), въпреки че половината от страните отчитат стойности за разпространение на употребата от 0,5 % или по-ниски. По приблизителни оценки почти 9,5 млн. европейци (средно 3 %) са опитвали екстази и почти 3 млн. са го употребявали през последната година.

Сред младото население (15—34 години) разпространението на употребата на екстази някога през живота варира в диапазона от 0,5 до 14,6 %, като най-високи стойности се отчитат в Чешката република (14,6 %), Обединеното кралство (13,3 %) и Нидерландия (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. Средно над 5 % от младите европейци са опитвали екстази.

Сред 15—24-годишните употребата на екстази някога през живота варира в диапазона от 0,4 до 18,7 %, като най-високите стойности се отчитат в Чешката република (18,7 %), Обединеното кралство (10,4 %) и Унгария (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Употребата през последната година в тази възрастова група е в диапазона от 0,3 до 12 %, като най-високите отчетени стойности са в Чешката република (12,0 %) и Естония (6,1 %) (фигура 6).

Във възрастовата група на 15—24-годишните по-високи стойности за употребата на екстази някога през живота се срещат сред мъжете (0,3—23,2 %), отколкото сред жените (0,3—13,9 %). В последните училищни проучвания увеличаването на употребата на екстази някога през живота се наблюдава в еднаква степен както при момчетата, така и при момичетата, въпреки че с увеличаване на възрастта се отчита постепенно увеличаване на половите различия. Сред младежите при малко увеличаване на възрастта могат да се наблюдават големи увеличения в разпространението на употребата. Например данните от 16 страни показват, че в сравнение с по-младите ученици употребата на екстази някога през живота сред ученици на възраст между 17 и 18 години в повечето случаи е значително по-висока ⁽⁷¹⁾.

LSD

Употребата на LSD някога през живота сред възрастните лица варира в диапазона от 0,2 до 5,5 %, като две трети от страните отчитат стойности за разпространение на

употребата някога през живота между 0,4 и 1,7 %. Сред младото население (15—34 години) разпространението на употребата на LSD някога през живота е в диапазона от 0,3 до 7,6 %, а сред възрастовата група на 15—24-годишните е в диапазона от 0 до 4,2 %. Разпространението на употребата на този наркотик през последната година е ниско, а във възрастовата група 15—24 години е над 1 % само в седем страни (България, Чешката република, Естония, Италия, Латвия, Унгария, Полша).

Тенденции

Като цяло в Европа продължават да са налице сведения за стабилизиращата и дори намаляваща тенденция при употребата на амфетамини и екстази. След 1996 г. употребата на амфетамини сред младите (15—34 години) намалва значително в Обединеното кралство (Англия и Уелс), а в по-малка степен и в Дания и Чешката република, докато в други страни равнищата на употреба очевидно се задържаха постоянни, въпреки че се отчита известно слабо увеличение ⁽⁷²⁾.

Сред младите (15—34 години) се наблюдава по-смесена картина на употребата на екстази ⁽⁷³⁾. След общо увеличаване на употребата през 90-те години на ХХ в. напоследък някои страни, включително две от страните с високо разпространение на употребата — Испания и Обединеното кралство, отчитат известно стабилизиране или дори умерено намаляване. В някои страни се наблюдава намаление в разпространението на употребата сред възрастовата група на 15—24-годишните, но това не е така за лицата на възраст 15—34 години ⁽⁷⁴⁾, което вероятно е показател за намаляване на популярността на наркотика сред по-младите възрастови групи. Въпросът, който възниква вследствие от данните за някои страни (Испания, Дания, Обединеното кралство), е дали кокаинът не замества амфетамините и екстази като предпочитан стимулант ⁽⁷⁵⁾.

В новопроведените национални или регионални училищни проучвания, отчетени през 2006 г. (Италия, Полша, Швеция, Фландрия в Белгия), не се регистрира промяна или се отчита дори известно намаляване на употребата някога през живота на амфетамини и екстази ⁽⁷⁶⁾.

Места за развлечения

Проучванията за употребата на наркотици на местата за развлечения, например танцови прояви, могат да дадат полезна представа за поведението на лицата, които редовно и интензивно употребяват стимуланти. Употребата на наркотици в такава обстановка обикновено е висока, но това не може да бъде обобщение за по-широк кръг от населението. Например проучванията сред лица, посещаващи определени танцово-музикални заведения сочат високи равнища на

⁽⁶⁹⁾ Вж. таблица GPS-9 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷⁰⁾ Вж. таблица GPS-17 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷¹⁾ Вж. фигура EYE-1 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷²⁾ Вж. фигура GPS-18 в статистическия бюлетин за 2007 г.

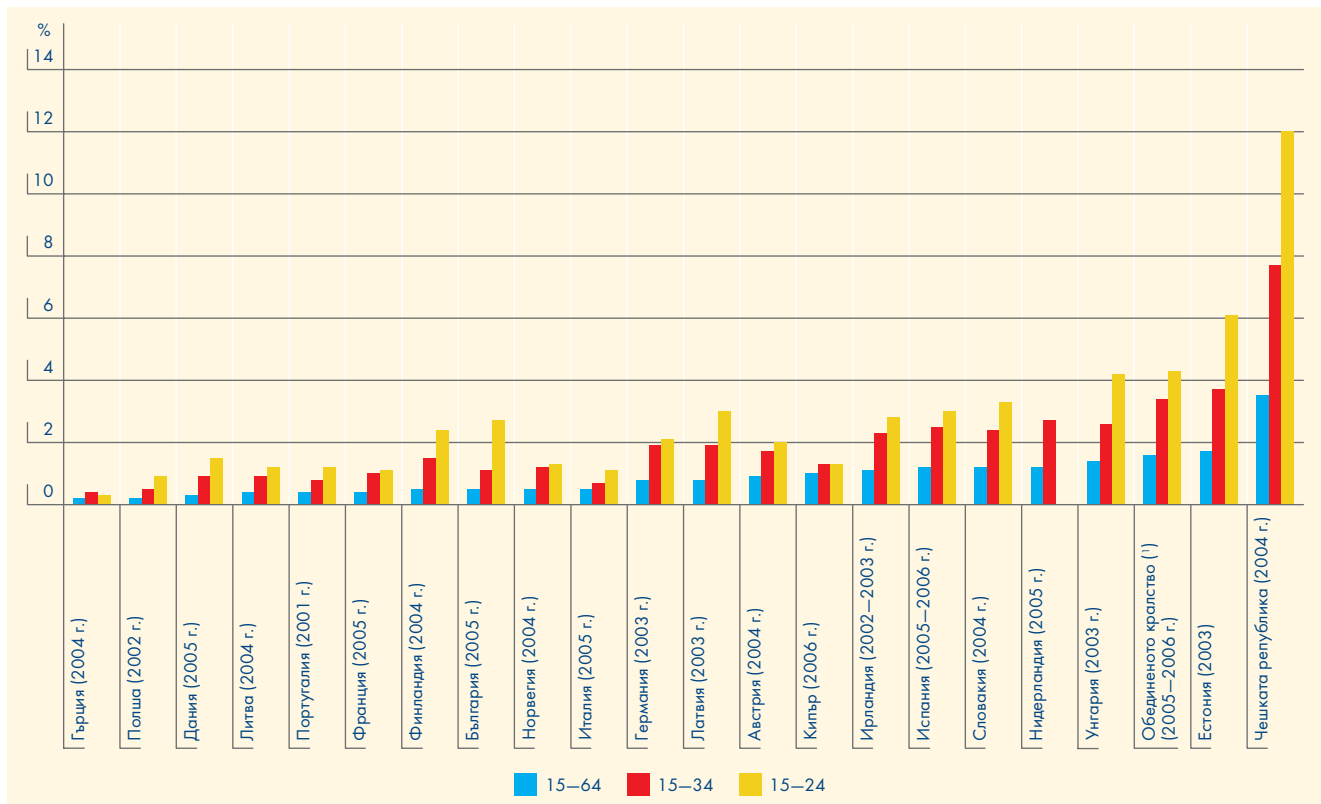
⁽⁷³⁾ Вж. фигура GPS-21 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷⁴⁾ Вж. таблици GPS-4 и GPS-15 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷⁵⁾ Вж. таблица GPS-20 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁷⁶⁾ Вж. фигура EYE-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 6: Разпространение на употребата на екстази през изминалата година сред всички възрастни групи (15–64 години) и сред младите (15–34 години и 15–24 години)



(¹) Англия и Уелс.

БЕЛЕЖКА: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. Страните са подредени по общо разпространение на употребата (сред всички възрастни групи). За допълнителна информация вж. таблици GPS-10, GPS-11 и GPS-18 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.), като данните са от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

употребата на екстази и по-ниски, но въпреки това високи равнища на употребата на амфетамини (⁷⁷).

Едно ежегоден проучване сред читателите, проведено от музикалното списание *Mixmag* в Обединеното кралство, чиито читатели са редовни посетители на музикални клубове, сочи, че в периода между 1999 и 2003 г. делът на тези, които се определят като употребяващи големи количества екстази (обикновено повече от четири таблетки в рамките на една клубна проява) се е увеличил повече от два пъти — от 16 на 36 % (McCambridge et al., 2005). Въпреки че представителността на тази извадка е спорна, тя все пак е в подкрепа на общите опасения, че е налице увеличаване на количествата таблетки екстази, които се вземат от някои групи употребяващи. Едно интернет проучване, проведено в Обединеното кралство, също показва все по-интензивна употреба на екстази и на комбинация от няколко наркотика от страна на лица, системно употребяващи екстази (Scholey et al., 2004). Въпреки това трябва да се отбележи, че сведенията от Амстердам сочат, че в периода между 1998 и 2003 г. употребата на екстази през последната година и през последния месец е намаляла с 20 %, като през същия период е намаляло и средното количество екстази, което се употребява във всеки от случаите (национални доклади

от мрежата Reitox за 2005 г.). Според проучване от 2005 г. сред посетителите на кръчми в Амстердам едва 3 % употребяват екстази, когато излизат да прекарат вечерта навън.

Въпреки че наличните данни за комбинираната употреба на наркотици с алкохол остават ограничени, употребата на алкохол, в често опасни за здравето количества и в съчетание със стимуланти, в танцово-музикални заведения за развлечения, е причина за нарастващо безпокойство.

Данни за търсенето на лечение

Броят на случаите на потърсено лечение във връзка с употреба на амфетамини и екстази е относително малък. Като цяло в повечето от всичките 21 страни, за които разполагаме с информация, тази форма на употреба на наркотици рядко е основната причина за постъпване за лечение (⁷⁸). Търсенето на такъв вид лечение в повечето случаи е във връзка с основна проблемна употреба на амфетамини, като само много малка част е във връзка с основна проблемна употреба на екстази (⁷⁹).

(⁷⁷) Вж. подбрани материал за употребата на наркотици в местата за развлечения за 2006 г.

(⁷⁸) Вж. фигура TDI-2 (част ii) и таблица TDI-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(⁷⁹) Вж. таблица TDI-113 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Съществуват ограничен брой страни със значителен дял на употребяващите амфетамини и екстази сред пациентите на лечение срещу употребата на наркотици и те могат да бъдат разделени на три групи. Чешката република и Словакия отчитат значителен дял на потърсеното лечение във връзка с употреба на амфетамини като основен проблемен наркотик (съответно 58 % и 24 % от всички пациенти), като в повечето случаи се касае за основна проблемна употреба на метамфетамин; Швеция, Финландия и Латвия съобщават, че около една трета от всички пациенти на лечение срещу наркотици се лекуват за основна проблемна употреба на амфетамини; в Ирландия, Нидерландия, Обединеното кралство и Франция между 1 и 5 % от пациентите, потърсили лечение, са за основна проблемна употреба на екстази ⁽⁸⁰⁾.

Във всички страни, с изключение на Гърция и Швеция, делът на новите пациенти, потърсили лечение за основна проблемна употреба на амфетамини и екстази, е по-голям от дела на всички пациенти на лечение за употреба на тези наркотици ⁽⁸¹⁾. Въпреки че това може да има няколко обяснения, то отговаря на данните за тенденции: от 1999 до 2005 г. броят на потърсилите за пръв път лечение за основна проблемна употреба на амфетамини и екстази се е увеличил с над 3000 от 6500 на 10 000 души ⁽⁸²⁾.

Пациентите, постъпващи на лечение срещу употребата на стимуланти, различни от кокаин, са средно около 27-годишни (26-годишни, когато за пръв път започват лечение) и за пръв път са употребили наркотика на средна възраст 19 години ⁽⁸³⁾. Пациентите на лечение за екстази, наред с употребяващите канабис, са най-младата възрастова група, която постъпва на лечение за наркотици. В Нидерландия най-голям дял на жените на лечение за употреба на наркотици се отчита сред пациентите на лечение за екстази. Делът на жените от пациентите на лечение за амфетамини е по-голям от този за другите видове наркотици, като най-голям дял от жените на амбулаторно лечение имат тези от най-младата възрастова група ⁽⁸⁴⁾.

Пациентите на лечение за амфетамини обикновено употребяват наркотика в съчетание с други вещества, предимно канабис и алкохол, а в някои страни често се регистрират и случаи на инжекционна употреба ⁽⁸⁵⁾. В Чешката република се отчита интересна географска разлика, като извън столицата употребяващите са повече; това наподобява отчетеното в САЩ, където в районите извън столиците случаите на приемане на лечение за употреба на метамфетамин и амфетамин са повече (Dasis, 2006).

Ответни мерки във връзка с употребата на наркотици на места за развлечение

Дейности за превенция на употребата на наркотици

Като цяло е налице известно изместване на подходите за превенция, като все повече се отчита ключовата роля, която играят факторите от начина на живот за формиране на отношението към употребата на наркотици и за значението на това, да се подлага на съмнение схващането, че употребата на наркотици е нормално или приемливо поведение. Такъв подход е особено подходящ за работата по превенция в обстановка, която по културен път се свързва с употребата на наркотици. Високото разпространение на употребата на наркотици в някои места за развлечение като клубове, барове и танцови заведения означава, че тези места са определени за подходящи цели в инициативи за намаляване търсенето на наркотици. Необходимостта от по-нататъшно развиване на дейности за превенция в места за развлечение се отбелязва също в плана на ЕС за действие в областта на наркотиците (2005—2008 г.).

Един от подходите е в местата за развлечение да се разпространяват информационни материали, в които се съдържат послания, целящи превенция, а понякога и намаляване на вредите. Материалите обикновено се разработват в съобразен с потребителите стил и отразяват младежката култура на целевата група, а понякога се разпространяват и от мобилни групи за работа на място. За да се ангажират с младите хора, групите за работа на място обикновено възприемат неосъдителен подход и като твърдят, че най-безопасната възможност е изобщо да не се употребяват наркотици, понякога също предоставят и консултации за намаляване на вредите (Белгия, Чешката република, Португалия, Австрия).

В допълнение към ответните мерки, целящи да информират и убедят хората да не употребяват наркотици, все повече държави-членки разработват и подходи за по-добро регулиране на дейността на местата за развлечение. Някои от тези подходи, включително провеждането на прояви, обявени за свободни от наркотици, правят опит да променят схващането на някои хора, че употребата на наркотици благоприятства тяхното свободно време. Във все по-голям брой страни (Белгия, Дания, Ирландия, Италия, Литва, Нидерландия, Швеция, Обединеното кралство, Норвегия) се забелязва интерес у общините към установяването на по-тесни контакти с развлекателния сектор и разработването на подходи за ограничаване

⁽⁸⁰⁾ Вж. таблица TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2006 г.

⁽⁸¹⁾ Вж. таблици TDI-4 (част ii) и TDI-5 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁸²⁾ Вж. таблици TDI-2 1 и TDI-25 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁸³⁾ Вж. фигура TDI-1 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁸⁴⁾ Вж. таблици TDI-10, TDI-11 и от TDI-102 до TDI-109 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁸⁵⁾ Вж. таблици TDI-4, TDI-5 (част ii), TDI-24, TDI-1 16 и TDI-1 17 в статистическия бюлетин за 2007 г.

предлагането на наркотици и намаляване на опасностите за здравето в танцово-музикална среда и други видове обстановки. Например в редица страни днес се изготвят указания за безопасен клубен живот като тези, разработени в Обединеното кралство ⁽⁸⁶⁾.

Сред най-често прилаганите ответни мерки срещу употребата на екстази, амфетамини и психотропни вещества са целенасочените обществени информационни кампании, а все по-често и интернет сайтове. Стратегиите за превенция използват интернет, за да си осигурят контакт с ниско прагово равнище на достъп с младежите, които употребяват екстази, амфетамин или други психотропни вещества или които смятат да започнат да ги употребяват. В много държави-членки чрез интернет сайтове се предоставя информация и се осъществява превенция, с което се насърчава критическото мислене

у младите хора относно тяхното поведение на употреба. Тези сайтове предоставят консултации, например за това как да се излиза „разумно“, за безопасен секс, за опасностите с натовареното пътно движение, за здравословни диети, за туризъм, съчетан със забавление и правни въпроси (Белгия) ⁽⁸⁷⁾.

Лечение за употреба на наркотици

Терапевтичните услуги за употребяващи екстази, амфетамини и други психотропни вещества обикновено се осигуряват от заведенията за лечение за употреба на наркотици, които обслужват проблемно употребяващи, или от по-специализирани лечебни заведения за употребяващи кокаин и други стимуланти. За повече информация относно лечебните услуги за употреба на наркотици в ЕС вж. глава 2 и глава 5.

⁽⁸⁶⁾ Вж. подбрани материал за местата за развлечения за 2006 г.

⁽⁸⁷⁾ Връзки към някои от тях могат да се намерят на адрес: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Глава 5

Кокаин и крeк

С увеличаване консумацията на кокаин употребата на този наркотик се превърна в основен въпрос за европейската политика в областта на наркотиците. Тъй като се отчита нарастващата значимост на тази тема, моделите на употреба на кокаин са разгледани подробно в подбрения материал за кокаина за 2007 г.

Предлагане и достъпност ⁽⁸⁸⁾

Производство и незаконна търговия

Кокаинът е на второ място в търговията с незаконни наркотици в света след канабиса. През 2005 г. конфискациите на кокаин в света продължиха да се увеличават и сега възлизат общо на 756 т, като най-големите иззети количества от този наркотик са регистрирани в Южна Америка, следвана от Северна Америка.

Колумбия остава най-големият източник на незаконна кока в света, следвана от Перу и Боливия (UNODC, 2007). По-голямата част от иззетите количества кокаин в Европа пристигат от Южна Америка както директно, така и през Централна Америка, Карибите и Западна Африка.

Главен входен пункт за Европа остава Иберийският полуостров, като очевидно нараства значението на Португалия. Освен това кокаин се внася и директно в другите страни, като ключов входен пункт остава Нидерландия. Като главен разпределителен център за наркотика се смятат както Испания, така и Нидерландия. Доставка от страни извън Европа се отчитат и в няколко други страни, включително Белгия, Германия, Франция и Обединеното кралство; също така е възможно разпределението да се разнообразява, тъй като се регистрира активизиране навсякъде в Източна и Централна Европа и като второстепенни транзитни пунктове днес понякога се отчитат както страни от ЕС, така и съседни на тях.

Конфискации

По приблизителни оценки през 2005 г. в Европа са извършени 70 000 конфискации на кокаин в размер на 107 т. Повечето конфискации на кокаин продължават да се отчитат в западноевропейските страни, особено

в Испания, в която са извършени около половината от конфискациите и е иззето приблизително половината от цялото количество кокаин, конфискувано в Европа ⁽⁸⁹⁾. В периода 2000—2005 г. на европейско равнище като цяло се е увеличил както броят на конфискациите, така и обемът на задържаните количества кокаин ⁽⁹⁰⁾. Това принципно се дължи на подчертаното увеличениена количествата в Испания и Португалия, като през 2005 г. Португалия изпревари Нидерландия като страна, която е на второ място по конфискувани количества кокаин след Испания.

Цена и чистота

През 2005 г. средната или обичайната цена на дребно на кокаина в Европа варира в широки граници — от 45 евро за грам до 120 евро за грам, — като повечето страни отчитат цени в диапазона 50—80 евро на грам ⁽⁹¹⁾. В периода 2000—2005 г. средните цени на кокаина, коригирани спрямо инфлацията, като цяло следват низходяща тенденция в повечето от 19 страни, които отчитат достатъчно такива данни.

Средната или обичайната чистота на кокаина, който достига до потребителите, през 2005 г. варира от 20 до 78 %, като повечето страни отчитат чистота в диапазона 30—60 % ⁽⁹²⁾. Наличните данни за периода 2000—2005 г. показват цялостно намаляване на средната чистота на кокаина в повечето от всичките 21 страни, които отчитат такива данни.

Разпространение и модели на употребата на кокаин

След канабиса днес кокаинът е незаконният наркотик на второ място по честота на употреба в много държави-членки на ЕС и в ЕС като цяло. Според последните национални проучвания сред населението в ЕС и Норвегия по приблизителни оценки повече от 12 млн. европейци са употребявали кокаин поне веднъж (т.е. разпространение на употребата някога през живота), което представлява почти 4 % от цялото възрастно население ⁽⁹³⁾.

Националните стойности за отчетената употреба някога през живота варират в диапазона от 0,2 до 7,3 %, като три страни (Испания, Италия, Обединеното кралство) отчитат стойности над 5 % ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁸⁸⁾ Вж. „Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация“, стр. 37.

⁽⁸⁹⁾ Това трябва да се провери, когато са налице липсващите данни за 2005 г. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2005 г. бяха използвани данните за 2004 г.

⁽⁹⁰⁾ Вж. таблици SZR-9 и SZR-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹¹⁾ Вж. таблица PPP-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹²⁾ Вж. таблица PPP-7 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹³⁾ За метода на изчисляване вж. бележка под линия ⁽⁹³⁾.

⁽⁹⁴⁾ Вж. таблица GPS-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Употреба на кокаин през последната година се отчита от най-малко 4,5 млн. европейци (средно 1,3 %). Употребата през последната година е в диапазона от 0,1 % в Гърция до 3,0 % в Испания, като Италия и Обединеното кралство също съобщават за равнища на разпространение на употребата над 2 % ⁽⁹⁵⁾. Оценките от проучванията сочат, че 2 млн. европейци (средно 0,6 %) са употребявали кокаин през последния месец ⁽⁹⁶⁾.

Както и при другите незаконни наркотици, употребата на кокаин е съсредоточена сред младото население (15–34 години). Около 7,5 млн. млади европейци (средно 5,3 %) са го употребявали най-малко веднъж през живота си, като пет страни отчитат разпространение на употребата от 5 % и повече (Германия, Италия, Дания, Испания, Обединеното кралство) ⁽⁹⁷⁾. Оценките за употребата на кокаин в рамките на по-малки периоди ⁽⁹⁸⁾ сочат, че през последната година от 3,5 млн. (2,4 %) млади лица, които са употребявали наркотика, 1,5 млн. (1 %) са го употребявали през последния месец.

Като цяло сред учениците стойностите за разпространение на употребата на кокаин са много по-ниски от тези за употребата на канабис. В повечето страни стойностите за разпространение на употребата на кокаин някога през живота сред 15–16-годишни ученици са 2 % или по-ниски, като се повишават на 6 % единствено в Испания и в Обединеното кралство ⁽⁹⁹⁾. Данните за 17–18-годишните ученици от 16 страни дават значително по-високи оценки за разпространение на употребата на кокаин някога през живота сред по-високата възрастова група в Испания, въпреки че според предварителните данни за тази страна напоследък има понижение ⁽¹⁰⁰⁾. В повечето от другите 15 страни разпространението на употребата е по-високо сред по-големите ученици, но разликите не са толкова големи. Въпреки това трябва да се отбележи, че стойностите за разпространение на употребата на кокаин през последната година и през последния месец са много по-ниски.

Употребата на кокаин не се свежда само до определени социални групи, но равнищата на употреба на този наркотик от социално интегрирани млади хора в места за развлечение понякога могат да достигнат по-високи стойности от отчитаните в проучванията сред общото население. Изследванията в танцово-музикални заведения в няколко европейски страни сочат разпространение на употребата на кокаин някога през живота в диапазона от 10 до 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Моделите на употреба на кокаин са много различни сред различните групи употребяващи го. Сред социално интегрираните употребяващи го наркотикът предимно се вдишва; много употребяват също и други вещества, включително алкохол, тютюневи изделия, канабис и други

стимуланти освен кокаин ⁽¹⁰²⁾ и този вид употреба на няколко наркотика може да доведе до повишена опасност за здравето.

Като цяло употребата на крек в Европа остава относително рядко срещана и съсредоточена сред маргинализирани и социално изолирани подгрупи от населението в някои големи градове. Въпреки това пушешите кокаин заемат значителен дял от потърсилите лечение, въпреки че остават по-малката част. Сред лицата, които не употребяват инжекционно други наркотици, инжекционната употреба на кокаин не се среща толкова често, дори сред пациентите на лечение (вж. по-долу). Въпреки това все повече се увеличават съобщенията за инжектиращи хероин, които употребяват инжекционно и кокаин или смес от кокаин и хероин.

Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на кокаин ⁽¹⁰³⁾ има само за три страни (Испания, Италия, Обединеното кралство). Отчетените стойности в тези страни са в диапазона от 3 до 6 проблемно употребяващи кокаин на 1000 души от възрастното население (на възраст 15–64 години) ⁽¹⁰⁴⁾.

Тенденции в употребата на кокаин

Признаците на затвърдяване на употребата на кокаин сред младото население, посочени в годишния доклад за 2006 г., не се подкрепят от последните данни. Увеличаване на употребата на кокаин през изминалата година сред възрастовата група на 15–34-годишните се регистрира във всички страни, които отчитат данни от проведени наскоро проучвания, въпреки че е възможно да има известно затвърдяване в Испания и Обединеното кралство (Англия и Уелс) — държавите-членки с най-високо разпространение на употребата. Подчертано увеличение беше отчетено също и от Италия и Дания (фигура 7).

Анализът на данните за страните, за които има по-дълга времева поредица от данни и подлежащи на оценка стойности за разпространението на употребата, може да позволи да бъдат открити тенденциите в рамките на някои подгрупи от населението. Както в Испания, така и в Обединеното кралство увеличението в разпространението на употребата като цяло е по-голямо сред мъжете, отколкото при жените. Регистрираното от 2001 г. насам в Испания увеличение в разпространението на употребата на кокаин през последната година може да се отдаде на увеличената употреба във възрастовата група на 15–24-годишните, а не толкова в групата на 15–34-годишните като цяло.

Съществуват предположения, че в някои европейски страни е възможно кокаинът да е „заместил“ други стимуланти ⁽¹⁰⁵⁾. Данните от проучванията, проведени

⁽⁹⁵⁾ Вж. таблица GPS-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹⁶⁾ Вж. таблица GPS-12 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹⁷⁾ Вж. таблица GPS-9 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹⁸⁾ Вж. таблици GPS-11 и GPS-13 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽⁹⁹⁾ Вж. таблица EYE-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁰⁰⁾ Вж. таблица EYE-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁰¹⁾ Вж. подбрани материал за употребата на наркотици в местата за развлечение за 2006 г.

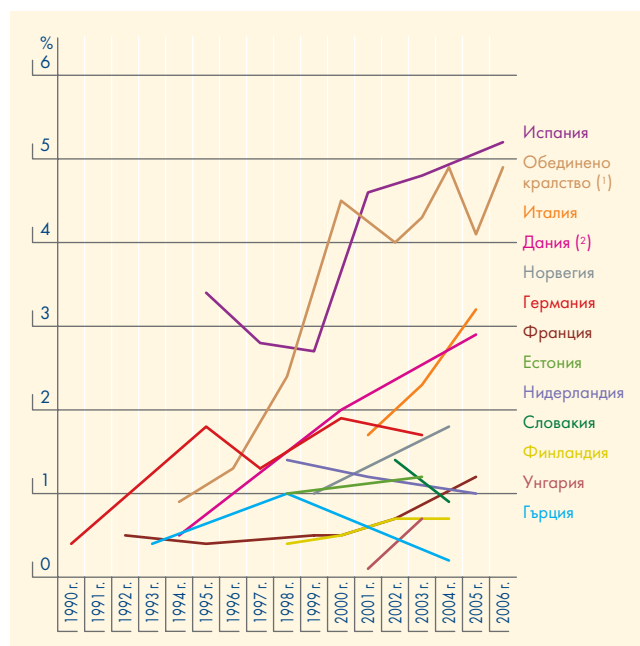
⁽¹⁰²⁾ Вж. фигура 15 в годишния доклад за 2006 г.

⁽¹⁰³⁾ Дефинира се като продължителна и/или редовна и/или инжекционна употреба на кокаин.

⁽¹⁰⁴⁾ Вж. таблица PDU-2 в статистическия бюлетин за 2007 г. и подбрани материал за кокаина за 2007 г.

⁽¹⁰⁵⁾ Вж. глава 4 в настоящия доклад.

Фигура 7: Тенденции при разпространението на употребата на кокаин през изминалата година сред младите (15–34 години)



(1) Англия и Уелс.

(2) В Дания стойността за 1994 г. се отнася за „твърди наркотици“. БЕЛЕЖКА: Данните са от последните национални проучвания, които са били на разположение във всяка от страните по време на отчитането. За допълнителна информация вж. таблица GPS-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.), като данните са от проучвания сред населението, доклади или научни материали.

сред младежи в танцово-музикални клубове трябва да се тълкуват предпазливо поради силно избирателния характер на извадката. Независимо от това, те могат да дадат представа за поведението на редовно употребяваща наркотика и проведените в Нидерландия проучвания сочат, че в някои общини кокаинът изпреварва екстази като най-често използван стимулант сред посещаващите клубове, като сред някои групи наркотикът се приема все по-добре.

Кокаин: данни за търсенето на лечение

След опиатите и канабиса кокаинът е следващият наркотик, най-често съобщаван като причина за постъпване на лечение в Европа. През 2005 г. приблизително 48 000 души са потърсили лечение срещу употребата на кокаин като основен проблем наркотик, което е около 13 % от всички отчетени случаи на потърсено лечение в целия ЕС (106); освен това кокаинът се съобщава като съпътстващ основното вещество наркотик от около 15 % от всички пациенти на амбулаторно лечение (107). Общата стойност прикрива големите различия между отделните страни, като повечето отчитат ниски процентни стойности на употребяващите кокаин

сред пациентите на лечение за наркотици, докато високи процентни стойности на употребяващите кокаин сред пациентите на лечение за наркотици отчитат Нидерландия (35 %) и Испания (42 % през 2004 г.). Сред новите пациенти, потърсили лечение, делът на пациентите на лечение срещу употребата на кокаин е по-висок, като общо е около 22 % от всички нови случаи на потърсено лечение, за които е отчетено, че са във връзка с употреба на кокаин (33 000 души въз основа на изследване в 22 страни).

Продължава нарастващата тенденция сред пациентите, потърсили лечение за употребата на кокаин, която се отчита в предходните години. От 1999 до 2005 г. делът на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на кокаин, се е увеличил от 11 % на 24 % от всички нови пациенти на лечение за наркотици, а броят на регистрираните случаи е нараснал от 13 000 на 33 000 (108). По-подробен анализ на тенденциите при търсенето на лечение за употребата на този наркотик е даден в подбрани материал за кокаина за 2007 г.

Европейските данни за употребяващите наркотици, които постъпват на лечение за употреба на кокаин като основно проблемно вещество касаят предимно кокаин на прах (85 %), като едва 15 % се отнасят за крек; също така почти цялото регистрирано лечение за кокаинова зависимост се осъществява в амбулаторни центрове (94 %) (109). Въпреки това трябва да се отбележи, че данните за търсенето на лечение за употребата на кокаин, което се осъществява в стационарни лечебни центрове и от общопрактикуващи лекари, са непълни.

Пациентите, които постъпват в амбулаторни центрове за лечение за употреба на кокаин, се отчитат като най-възрастните пациенти на лечение за употреба на наркотици след употребяващите опиати, като тяхната средна възраст е 31 години (110). Те са предимно мъже, като съотношението мъже—жени е едно от най-високите от всички видове пациенти на лечение за наркотици (почти пет мъже на една жена от всички пациенти и шест мъже на една жена от новите пациенти) (111). Повечето употребяващи кокаин на амбулаторно лечение са започнали да употребяват наркотика на възраст между 15 и 24 години (112).

Лечение на кокаинова зависимост

Осигуряването на специализирани ответни действия за проблемно употребяващите кокаин и крек в Европа остава ограничено и, както беше споменато по-горе, повечето отчетени случаи на лечение понастоящем се предоставят от Испания и Нидерландия. Въпреки това сред страните със значителен брой на употребяващите кокаин като че ли нараства интересът към предоставянето на специализирани услуги. Не е изненада, че в страните с ниско разпространение на употребата предоставянето на конкретни услуги за лечение на кокаинова зависимост не се отчита като политически приоритет. За разлика от

(106) Вж. фигура TDI-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(107) Вж. таблица TDI-22 (част i) в статистическия бюлетин за 2006 г.

(108) Вж. фигура TDI-1 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(109) Вж. таблици TDI-24 и TDI-115 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(110) Вж. таблица TDI-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(111) Вж. таблица TDI-21 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(112) Вж. таблица TDI-11 (част i) до (част iv) в статистическия бюлетин за 2007 г.

лечението за опиятна зависимост, където целевите групи от населението са относително хомогенни, лечението за кокаинова зависимост в Европа е изправено пред предизвикателството да осигури интервенции сред по-широк спектър употребяващи. Сред употребяващите кокаин като основен проблемен наркотик основният начин, по който става приемането на наркотика според сведенията от амбулаторните пациенти, е смъркането, следвано от пушенето или вдишването, като относително малко пациенти (под 10 %) съобщават за инжекционна употреба на наркотика. Сред новите пациенти на лечение инжекционната употреба е дори още по-нисък процент (5 %) ⁽¹¹³⁾. Около 16 % от пациентите на лечение за кокаинова зависимост съобщават, че го използват в комбинация с опиати, а в някои страни много от пациентите на лечение за проблеми с опиатите употребяват също и кокаин, най-малкото инцидентно.

Поради това лечебните услуги вероятно ще бъдат изправени пред необходимостта да се грижат за три вида групи от населението, които могат опростено да се характеризират по следния начин: на първо място — социално по-добре интегрирани употребяващи кокаин, които понякога са употребявали редовно по няколко вида наркотици с „развлекателна“ цел, включително алкохол; на второ място — употребяващите кокаин, които понякога имат проблеми и с опиатите; и на трето място — силно маргинализирани и проблемно употребяващи крек.

Нуждите на тези три групи вероятно са различни и изискват различни подходи от страна на предоставящите услуги. По-голямата част от отчитаното лечение за кокаинова зависимост в Европа се осъществява в амбулаторни центрове, които в много случаи са ориентирани към нуждите на употребяващите опиати. Съмнително е доколко са привлекателни тези услуги за лицата, употребяващи кокаин, които са относително добре интегрирани и са стигнали до проблеми чрез употреба на наркотика за развлечения. И е много вероятно една част от тази група да потърсят помощ или чрез общото здравеопазване, като общопрактикуващи лекари или консултанти, или, ако са в състояние, чрез частни специализирани клиники.

За разлика от лечението на опиятна зависимост фармакологичните възможности за лечение на кокаинова зависимост са ограничени, въпреки че назначението им може да е от полза за облекчаване на свързаните с това симптоми. Понастоящем не съществува фармакологично средство, което да помага на употребяващите да постигнат или да се справят с кокаиновата абстиненция — въпреки че в бъдеще може да има такива възможности. Акцентът в Европа се поставя върху предоставянето на психо-социална помощ, която се основава предимно на познавателно-поведенчески подходи. Задълбочен подробен анализ на възможностите за лечение на кокаинова зависимост може да се намери в подобрения материал за кокаина за 2007 г. и в техническия преглед на ЕЦМНН (EMCDDA, 2007b).

Слабото разпространение на употребата и силно ограничените в географско отношение характер на проблемите с крек в Европа означава, че опитът

в ответните действия спрямо нуждите на тази група употребяващи наркотици е далеч по-ограничен. Има голям обем литература, основана на опита на САЩ с проблемите с крека, но остава неясна степента, в която той може да се приложи директно в европейския контекст. Обединеното кралство, където в сравнение с другите европейски страни се отчита относително висока проблемна употреба на крек, изготви указания за професионалисти, в които се предлага лечението за употреба на крек да се предоставя в контекста на структурирана програма за лечение за употреба на наркотици, която включва абстиненция и мерки за намаляване на вредите (NTA, 2002). Направена насоро оценка на предоставяните лечебни услуги в Обединеното кралство отчита също известни положителни резултати при лечението в домашна обстановка на пациенти, употребяващи крек (Weaver, 2007).

Намаляване на риска и вредите

Употребяващите кокаин за развлечения са застрашени не само от развиване на зависимост от наркотика, но също и от взаимодействието между употребата на кокаин и други наркотици или при наличието на съпътстващи сърдечно-съдови проблеми. Повечето европейски страни съобщават, че употребяващите кокаин имат достъп до информация за кокаина и за рисковете от употребата на кокаин от различни информационни източници, като уеб сайтове, специализирани телефонни линии и други съобщителни средства. Интересно е да се отбележи, че Европейската фондация за телефонни линии за проблеми с наркотиците отчита увеличаване на броя на обажданията, свързани с кокаин през 2005 и 2006 г. ⁽¹¹⁴⁾.

Употребата на кокаин може също така да бъде свързана и с високорискова сексуална дейност или с участие в сексиндустрията. Проучванията отчитат, че жените, които употребяват крек, могат да бъдат особено уязвими и да бъдат ангажирани с високорисково сексуално поведение както за пари, така и за наркотици, а в някои страни програмите за намаляване на вредите и работа на място работят специално със сексработници, като са насочени както към сексуалното рисково поведение, така и към рисковото поведение, свързано с употребата на наркотици.

Въпреки че са малко на брой, употребяващите крек могат да се окажат особено силно застрашени от проблеми и е възможно да бъде трудно те да бъдат ангажирани в лечение или други услуги. В някои големи градове, където съществуват значими проблеми с употребата на крек, програмите за намаляване на вредите правят опит за намеса чрез работа на място, кризисни интервенции, помощ при остри медицински проблеми, както и насочване към структурирани услуги. Например във Виена чрез амбулаторните центрове се предлагат помещения, където страдащите от безпокойство употребяващи кокаин и крек чрез смъркане да бъдат в безопасност, и се предлага първично здравно обслужване и насочване към други услуги. В страните, които предлагат помещения за

⁽¹¹³⁾ Вж. таблица TDI-17 (част ii) и (част vi) и таблица TDI-110 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

инжектиране на наркотици, тази услуга понякога обхваща и употребяващите крек — например в Германия се предлагат специални помещения за пушачите на крек във Франкфурт и Хамбург.

Като цяло подходите за намаляване на вредите, насочени към инжекционно употребяващите кокаин, не се различават от тези, които се предлагат за

другите инжекционно употребяващи наркотици (вж. глава 8), въпреки че някои проучвания сочат, че употребяващите стимуланти инжектират наркотиците по-често и поради това потенциално са по-застрашени. Освен това съществуват специфични рискове, свързани с инжектирането на крек когато той не е приготвен правилно.

Кокаин и крек — нарастващ проблем в общественото здравеопазване в подобрените материали на ЕЦМНН за 2007 г.

През последните години се наблюдават признаци, че употребата на кокаин се превръща в нарастващ проблем в Европа. Този подобрен материал показва, че в някои европейски страни е налице подчертано увеличение на употребата на кокаин, на търсенето на лечение за употреба на кокаин и на конфискациите на този наркотик. Изследван е потенциалът, който притежава употребата на кокаин да оказва съществено влияние върху общественото

здраве. Специално внимание е отделено на последиците за здравето, причинени от кокаина, на които често не се отдава достатъчно внимание в съществуващите системи за отчитане. Подобреният материал разглежда подробно предизвикателствата пред осигуряването на ефикасно лечение на зависимост от кокаин и крек, което се оказва особено трудно и не на последно място поради голямото многообразие на профила на употребяващите кокаин и техните различни нужди.

Този подобрен материал е наличен във версия за разпечатване и онлайн само на английски език (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Глава 6

Употреба на опиати и инжектиране на наркотици

Предлагане и достъпност на хероин ⁽¹¹⁵⁾

В Европа традиционно се употребява вносен хероин под две форми: обичайно предлаганият кафяв хероин (неговата химична основна форма), предимно с произход от Афганистан, и по-рядко срещаният и по-скъп бял хероин (под формата на сол), който обикновено е с произход от Югоизточна Азия — въпреки че тази форма на наркотика днес се среща все по-рядко. Освен това малки количества опиати се произвеждат и в Европа, но през 2005 г. това се свежда предимно до маломасабно производство на домашно приготвени продукти от опиумен мак (например слама от опиумен мак, концентрат от натрошени стебла или главички на опиумен мак) в няколко от източноевропейските страни (Латвия, Литва, Полша).

Производство и незаконна търговия

Хероинът, който се употребява в Европа, е произведен предимно в Афганистан, който остава световен лидер в доставките на незаконен опиум, следван от Мианмар. Според оценките през 2006 г. са произведени около 6610 т опиум, като 92 % от тях в Афганистан. Това представлява 43 % увеличение спрямо стойностите за 2005 г., което се дължи на значителното увеличаване на засетите площи. През 2006 г. световният потенциал за производство на хероин се оценяваше на 606 т, след като през 2005 г. беше 472 т (UNODC, 2007). Конфискациите на опиум и демонтираните лаборатории са показател, че произвежданият в Афганистан опиум все по-често се преработва в морфин или хероин, преди да се изнесе от страната (CND, 2007).

Хероинът навлиза в Европа по два основни маршрута. Важният в миналото и най-кратък Балкански път продължава да играе решаваща роля в контрабандата на хероин. След като премине през Пакистан, Иран и Турция, маршрутът се разделя на южно разклонение, което преминава през Гърция, Бивша югославска република Македония, Албания, Италия, Сърбия, Черна гора и Босна и Херцеговина, и на северно разклонение — през България, Румъния, Унгария, Австрия, Германия и Нидерландия, като последната служи като второстепенен разпределителен център за другите западноевропейски страни. От средата на 90-те години на XX в. незаконният внос на хероин в Европа все повече (но в по-малка степен, отколкото през Балканския маршрут) преминава по Пътя на коприната

през централноазиатските републики, Каспийско море и Руската федерация, Беларус или Украйна, към Естония, Латвия, някои от северните страни, Германия и България. Въпреки че тези маршрути са най-важните, някои страни на Арабския полуостров (Оман, Обединените арабски емирства) станаха транзитни обекти за пратките с хероин от Югозападна и Югоизточна Азия (INCB, 2006), като след това някои от тях се внасят през Източна Африка (Етиопия, Кения, Мавриций), а понякога също и през Западна Африка (Нигерия), откъдето се експедират за незаконните пазари в Европа, а в по-малка степен и в Северна Америка (INCB, 2007a). Също така има сведения за незаконен внос в Европа на хероин от Югозападна Азия през страни от Южна и Източна Азия (Индия, Бангладеш, Шри Ланка, Китай).

Конфискации

През 2005 г. в целия свят са конфискувани 342 т опиум, 32 т морфин и 58 т хероин. В Азия (Китай, Афганистан, Иран, Пакистан) продължиха да се отчитат най-големите количества конфискуван хероин в света (54 %), следвана от Европа (38 %) (UNODC, 2007).

През 2005 г. в държавите-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия приблизително 52 000 конфискации доведоха до изземването на около 16,8 т хероин. Обединеното кралство (въз основа на данни за 2004 г.) продължава да бъде страната, в която са направени най-много конфискации в Европа, следвана от Испания, Германия и Гърция, докато Турция е конфискувала най-големите количества (следвана от Обединеното кралство, Италия и Нидерландия), където е отчетено почти половината от общото заловено количество през 2005 г. ⁽¹¹⁶⁾. Между 2000 и 2003 г. конфискациите на хероин бележат общ спад и на базата на наличните данни оттогава се увеличават. В периода 2000—2005 г. общите иззети количества хероин в държавите-членки на ЕС варират в рамките на слаба тенденция към намаляване, докато за същия период в Турция се отчита голямо увеличение ⁽¹¹⁷⁾.

Цена и чистота

Установяването на тенденциите както при цените, така и за чистотата се затруднява от липсата на последователни данни и поради това приблизителните оценки се основават на данните само от ограничен брой страни ⁽¹¹⁸⁾. Повечето от тях отчитат средна или

⁽¹¹⁵⁾ Вж. „Тълкуване на конфискациите и друга пазарна информация“, стр. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Това трябва да се провери, когато са налице липсващите данни за 2005 г. За целите на изчисленията вместо липсващите данни за 2005 г. бяха използвани данните за 2004 г.

⁽¹¹⁷⁾ Вж. таблици SZR-7 и SZR-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹¹⁸⁾ Вж. таблици PPP-2 и PPP-6 в статистическия бюлетин за 2007 г.

обичайна цена на предлагания на улицата кафяв героин в диапазона 35–80 евро на грам. В периода между 2000 и 2005 г. средните цени на героина, коригирани спрямо инфлацията, намаляват в повечето от 18 страни, които предоставят сравними данни. Средната или обичайната чистота на кафявия героин, който се предлага на улицата, варира значително, като повечето страни отчитат стойности между 15 и 50 %; стойностите за белия героин като че ли са по-високи (30–70 %), когато се предоставят такива данни. От 2000 г. насам средната чистота на героиновите продукти се колебае в повечето от 18 страни, които отчитат такива данни.

Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати

Информацията в този раздел е извлечена от показателя на ЕЦМНН за проблемната употреба на наркотици (PDU), който обхваща предимно приблизителни оценки за инжектирането на наркотици и употребата на опиати, въпреки че в някои страни важен компонент са и употребяващите амфетамини⁽¹¹⁹⁾. Трудно е да бъде дадена оценка за броя на проблемно употребяващите опиати и са необходими сложни по характер анализи, за да се получат стойности за разпространението от наличните информационни източници. Още повече, тъй като повечето проучвания се основават на определен локализиран географски район, например град или област, трудно може да се направи екстраполация, за да се получат приблизителни стойности за страната.

Оценките се усложняват също и от факта, че моделите на проблемната употреба на наркотици в Европа като че ли стават все по-разнообразни. Например проблемите с употребата на няколко вида наркотици придобиват все по-голямо значение в повечето страни, а някои страни, в които в миналото преобладаваха проблемите с опиати (почти изключително само проблеми с героин), сега отчитат преминаване към употреба на други видове наркотици, например кокаин.

Последните оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати на национално равнище варират приблизително между един и шест случая на 1000 души на възраст 15–64 години. За сравнение пълната стойност за разпространението на проблемната употреба на наркотици се изчислява между един и осем случая на 1000 души. Някои от най-ниските добре документирани налични приблизителни стойности са от новите страни в ЕС, въпреки че това не се отнася за Малта, където се отчита относително високо разпространение на употребата (5,8–6,7 случая на 1000 души на възраст 15–64 години) (фигура 8).

От наличните ограничени данни може да се направи заключението, че средното разпространение на проблемната употреба на опиати е между четири и пет

случая на 1000 души на възраст 15–64 години. Това представлява около 1,5 млн. (1,3–1,7 млн.) проблемно употребяващи опиати в ЕС и Норвегия. Все пак тези оценки са доста далеч от прецизността и са необходими повече данни.

Времени тенденции в проблемната употреба на опиати

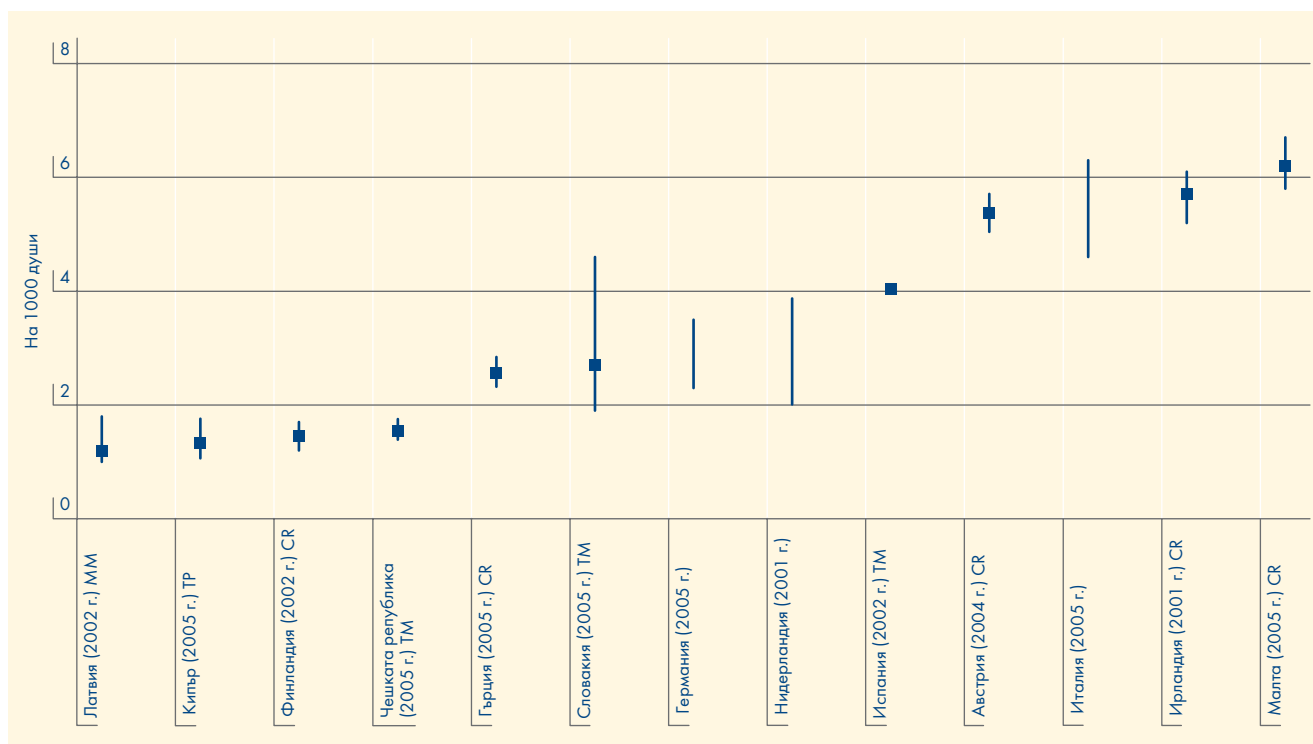
Липсата на надеждни минали данни усложнява оценката на тенденциите във времето при проблемната употреба на опиати и поради това тенденциите следва да се тълкуват предпазливо. Докладите от някои страни сочат, че е възможно проблемната употреба на опиати като средна стойност да се е стабилизирала в известен смисъл през последните години. Данни от многократно повтарящи се оценки за проблемната употреба на опиати в периода от 2001 до 2005 г. са предоставяни само от осем страни и те очертават относително стабилна картина, като само една страна (Австрия) бележи подчертано увеличение⁽¹²⁰⁾.

Въпреки общите признаци, че тенденцията в разпространението на употребата на опиати като цяло е относително стабилна, налице са признаци за увеличаване на конфискациите на героин (вж. по-горе), което вероятно е свързано с увеличеното предлагане на героин на европейския пазар и увеличаващите се съобщения за употреба на опиати, които са били отклонени от законните видове употреба. В Италия оценките за разпространението на употребата на героин, основани на данни за търсенето на лечение, показват увеличаване от 1998 г. насам, след известен период на намаляване, като през 2005 г. годишното разпространение е около 30 000 нови случая на употреба на героин. В Австрия делът на лицата на възраст под 25 години от новите пациенти на субституираща терапия също се е увеличил, което предполага увеличаване на броя на младите хора с проблеми, свързани с отклонение от законната употреба и безконтролна употреба на предписани опиати. По подобен начин, след известен период на намаляване, Чешката република отчита увеличаване на инжекционната употреба на отклонено от законното му приложение предписано вещество (в този случай бупренорфин), а информацията, предоставена от Белгия, показва, че е налице увеличение на незаконната употреба на метадон. Последните наблюдения над услугите с ниско прагово равнище на достъп във Франция будят безпокойство относно незаконната употреба на бупренорфин, включително и инжекционно, както и употребата от младежи, които са започнали своята проблемна употреба на наркотици не с героин, а с бупренорфин; съобщава се също за опасения по отношение на нови подгрупи младежи и маргинализирани лица на инжекционна употреба. Във Финландия също бупренорфинът като че ли измества героина сред новите

⁽¹¹⁹⁾ Въпреки че техническата дефиниция, използвана от ЕЦМНН за показателя за проблемната употреба на наркотици (PDU), е „инжектиране на наркотици или продължителна/редовна употреба на опиати, кокаин и/или амфетамини“, стойностите за проблемната употреба на наркотици принципно отразяват употребата на героин. В някои страни, където се отчита проблемна употреба на амфетамини, има добре документирани приблизителни оценки. Оценките за проблемната употреба на кокаин са малко и е възможно показателят PDU да не е толкова надежден за този вид наркотик освен за някои страни с високо разпространение на употребата.

⁽¹²⁰⁾ Вж. фигура PDU-4 (част ii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 8: Приблизителни оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати в периода 2001—2005 г. (на 1000 души от населението на възраст 15—64 години)



БЕЛЕЖКА: Символът означава една точка приблизителна стойност; ивицата означава интервал на несигурност на приблизителната стойност, който би могъл да бъде както интервал за 95 % сигурност, така и интервал, основан на анализ за чувствителност (за по-подробна информация вж. таблица PDU-3). Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи на определяне и източници на данни; поради това трябва да се внимава, когато се правят сравнения. Когато не е посочен метод, кривата представлява интервал между най-ниската долна граница на всички съществуващи приблизителни оценки и тяхната най-висока горна граница. Методи на определяне: CR — метода на отнемане—възвръщане; ТМ — множител с използване данни от лечението; ТР — съкратен метод на Poisson; ММ — множител с използване данни за смъртността. За допълнителна информация вж. таблици PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове.

случаи на потърсено лечение за опиати и все по-често се споменава в доклади за смъртни случаи от свръхдоза.

Употреба на наркотици чрез инжектиране

Употребяващите наркотици чрез инжектиране (IDU) са изложени на висок риск от здравни проблеми в резултат на употребата на наркотици като сериозни инфекциозни заболявания, предавани по кръвен път (например ХИВ/СПИН, хепатит) или свръхдоза. Въпреки значението на употребата на наркотици чрез инжектиране за общественото здраве понастоящем малко страни са в състояние да предоставят оценки за това (фигура 9) и поради тази причина подобряването на наблюденията над тези специални групи от населението е важно предизвикателство за развитието на здравните мониторингови системи в Европа.

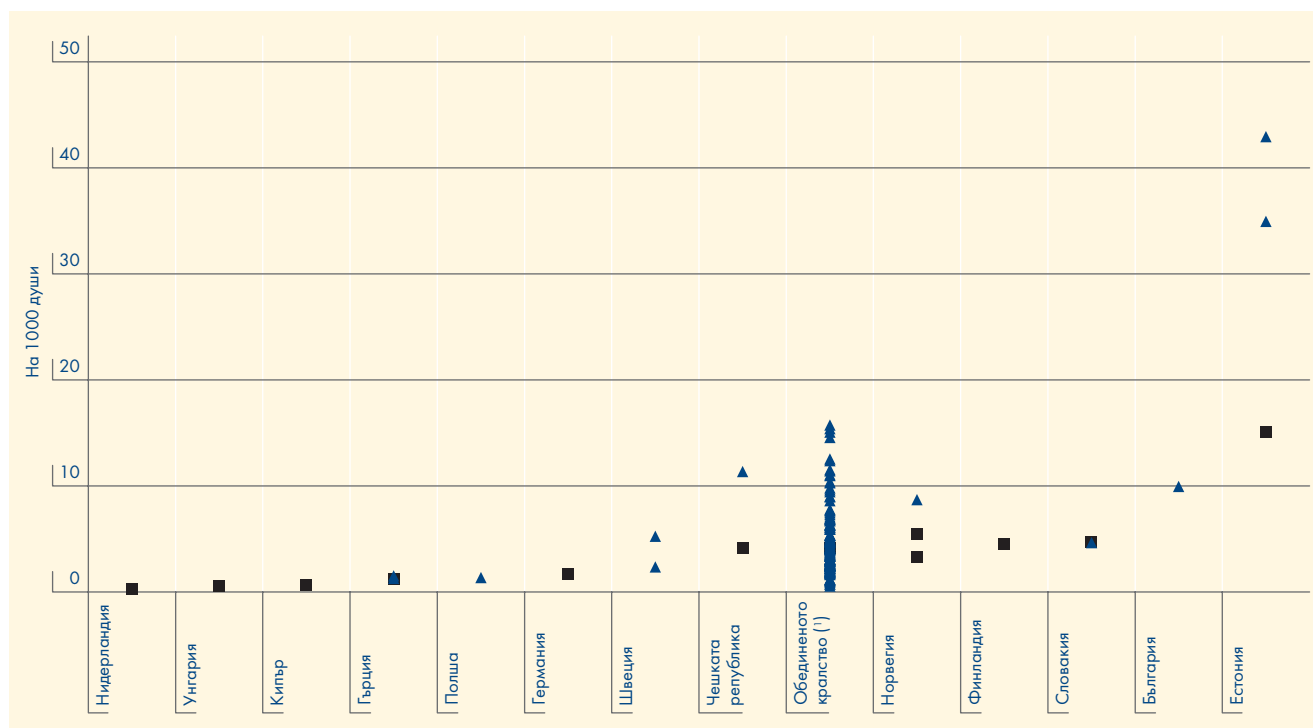
Косвени оценки за разпространението на употребата на наркотици чрез инжектиране

Повечето налични оценки за употребата на наркотици чрез инжектиране са съставени на базата на броя на случаите на смъртоносна свръхдоза или на информацията за заразните болести (например ХИВ). Отчитат се значителни различия между отделните

страни, като в периода 2001—2005 г. оценките за стойностите на национално равнище са обикновено в границите от 0,5 до шест случая на 1000 души от населението на възраст 15—64 години. Изключение прави Естония, където се отчита много по-висока стойност от 15 случая на 1000. От другите страни, които са в състояние да предоставят данни, най-високи стойности се отчитат в Чешката република, Словакия, Финландия и Обединеното кралство, като те са в диапазона от четири до пет случая на 1000 души от населението на възраст 15—64 години, а най-ниски стойности се съобщават от Кипър, Унгария и Нидерландия — под случай на 1000.

Екстраполацията от ограничените налични данни трябва да се прави предпазливо, но все пак може да се прогнозира средно разпространение на употребата на наркотици чрез инжектиране (текущо инжектиращи) между три и четири случая на 1000 души от възрастното население. Това означава, че днес в ЕС и Норвегия вероятно има около 1,1 млн. (0,9—1,3 млн.) инжектиращи се. Това са предимно инжектиращи си опиати, въпреки че понякога те употребяват инжекционно и други видове наркотици, а някои страни съобщават за сериозни проблеми с инжекционната употреба на амфетамин или метамфетамин (Чешката република, Словакия, Финландия, Швеция).

Фигура 9: Приблизителни оценки от национални и поднационални проучвания за разпространението на инжекционната употреба на наркотици в периода 2001—2005 г. (на 1000 души от населението на възраст 15—64 години)



(1) Регионални приблизителни оценки за Англия за 2004—2005 г.

БЕЛЕЖКА: Черен квадрат = извадка с национално покритие; син триъгълник = извадка с поднационално покритие.

Профилът на оценките за разпространението на употребата на поднационално равнище много зависи от наличието и мястото на провеждане на проучванията в рамките на дадена страна. Възможно е целевите групи малко да се различават вследствие на различните методи, използвани в проучванията, и различните източници на данни; поради това трябва да се внимава, когато се правят сравнения.

За допълнителна информация вж. таблици PDU-1, PDU-2 и PDU-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове.

Тенденции в употребата на наркотици чрез инжектиране въз основа на данните за потърсено лечение

Липсата на данни затруднява формулирането на заключения за тенденциите при инжекционната употреба, въпреки че представа за този вид поведение дават данните за употребяващите наркотици, които постъпват на лечение. Например търсенето на лечение от употребяващи опиати може да бъде показател за моделите на употреба сред по-широки кръгове от населението. Относителният дял на инжектиращите от всички постъпили на лечение (2001—2005 г.) за употреба на хероин като основен проблем наркотик показва подчертани различия в броя на инжектиращите в различните страни. Като цяло тези данни сочат, че инжектирането губи популярността си, като намаление се наблюдава в Дания, Ирландия, Гърция, Унгария, Обединеното кралство и Турция. В някои страни (Испания, Нидерландия, Португалия) относително малка част от лекуваните употребяващи хероин си инжектират наркотика. Въпреки това тази картина не е еднаква навсякъде, например в няколко от новите държави-членки инжектирането като че ли остава преобладаващият начин на приемане на хероина. Трябва да се отбележи, че е възможно тенденциите при

инжекционната употреба сред употребяващите други наркотици освен хероин да са различни.

Лечение на зависимост от опиати

Поддържаща терапия

Днес има относително солидна фактологична база за ефикасността на опиазната субституираща терапия при лечението на хероинова зависимост или на друг вид опиазна зависимост, подкрепена от данни от изследвания на резултатите от лечението и контролирани експерименти (за аналитичния преглед вж. Gossop, 2006). Доказан е положителният ефект за намаляване употребата на незаконни наркотици, намаляване на поведението, което се смята за високорисково по отношение на здравето, намаляване на престъпността и за подобряване на социалните функции. Програмите за субституираща терапия обикновено включват освен елемента на предписване на лечението и други интервенции в подкрепа на промените в поведението. Като цяло в тази област съществува консенсус по отношение на това, че е добра практика програмите да бъдат интегрирани в по-широката рамка на медицинските грижи и социалното подпомагане.

Осигуряване на качеството и субституираща терапия

Ефикасността на всяка услуга зависи от качеството на предоставените грижи. Съществуват опасения, че някои програми за субституираща терапия са с лошо качество, като дейностите са фокусирани твърде много върху изписването на лекарствените средства, без да се отдава достатъчно внимание на осигуряването на по-всеобхватен пакет социална и медицинска помощ. Отправените критики включват също: липсата на достатъчни клинични наблюдения; недобрите практики при изписването на лекарствените средства, което води до отклоняване на вещества към незаконния пазар; и че терапевтичните програми с малки дози не отговарят на клиничните данни по отношение на ефикасността (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Много страни приеха сериозно тази загриженост и Дания, Германия и Обединеното кралство съобщават, че е в ход преразглеждане на досегашната практика с цел подобряване качеството на предоставяните грижи. По същия начин наскоро в Дания беше завършен тригодишен проект, в който се документира влиянието на по-широкообхватната психологична подкрепа при субституиращата терапия и се извършват изпитания на процеси за гарантиране на качеството.

В Германия две проведени наскоро проучвания изследват практиките в субституиращата терапия в търсене на възможности за подобряване на грижите (COBRA) и проучват въпроси от областта на осигуряване на качеството, което доведе до изготвянето на ново ръководство за практикуващите медици (ASTO). В Англия, Обединеното кралство, наскоро беше извършен одит за анализиране на практиките в изписването на лекарствените средства и в клиничната работа и за оценка на степента, в която те отговарят на съществуващите клинични наредби.

Наличието на национални клинични наредби, стандарти и протоколи от лечението е важно за осигуряване на качеството на субституиращата терапия. За етап на подготовка или на преработка на национални клинични наредби и протоколи от лечението се съобщава от Дания, Ирландия, Унгария, Португалия, Обединеното кралство и Норвегия, а през 2004 г. Словакия публикува наредба за назначаването на метадоново лечение. В Нидерландия поддържащото лечение сега все по-често се осъществява съгласно стандартите за медицинско лечение, а назначаването на метадоново лечение се наблюдава през първата фаза от терапията. През 2005 г. в Австрия беше изготвен проект на две постановления за определяне на рамката на медицински подпомогнатото лечение, с цел подобряване на субституиращата терапия и включване на мерки за наблюдение на употребата, както и регламентиране на лекарите, които работят в тази област.

Националната система за наблюдение, която регистрира пациентите, включени в програми със субституираща терапия, също дава полезна информация за оценка на качеството и предлагането на услугите. Понастоящем за съществуването на такива схеми съобщават 17 държави-членки, а национални регистри за субституиращата терапия се изготвят в Белгия и Люксембург, докато в Чешката република се извършва разширение на съществуващия регистър за включването на всички здравни центрове.

Практики в предписването на лечение чрез субституираща терапия в Европа

През последните петнадесет години предлагането на лечение за хероинова зависимост в ЕС силно се е увеличило. Според наличните данни това се дължи предимно на над седемкратното увеличение на предлагането на субституираща терапия в държавите-членки на ЕС-15 от 1993 г. насам.

С изключение на пет страни (Чешката република, Франция, Латвия, Финландия, Швеция), досега метадонът е най-често използваният наркотик за целите на субституиращата терапия, като се прилага в около 72 % от всички случаи на субституиращо лечение⁽¹²¹⁾. Като цяло метадоновото лечение е базирано в специализирани амбулаторни лечебни центрове, но в някои страни се провежда и от общопрактикуващи лекари, а когато пациентите са стабилизирани — и в квартални здравни центрове. Практиките в аптекното осигуряване на метадона са различни — понякога той се предоставя само от специализирани центрове, а употребата става под надзор, но в някои страни, например Обединеното кралство, аптеките също играят важна роля и се допуска изписването му с рецепти за употреба в домашни условия.

През последните години навсякъде в ЕС се породи интерес към допълнителните фармакологични средства за лечението на наркозависимост, като по-разпространена стана особено употребата на бупренорфин. През 2005 г. Словения, а през май 2006 г. и Малта се присъединиха към групата европейски страни, в които бупренорфиновата поддържаща терапия е разрешена в специализирани лечебни заведения⁽¹²²⁾, а понастоящем единствените страни, където не се предлага тази терапевтична възможност, са България, Унгария, Полша и Румъния.

Една от причините за интереса към употребата на бупренорфин е, че той доказано е по-подходяща фармацевтична възможност с приложение в кварталните лечебни практики от метадона. Това е комплексен въпрос и е разгледан по-подробно в подбрения материал за бупренорфина за 2005 г. В повечето страни бупренорфин може да се изписва само от обучени акредитирани лекари и е обект на регламентиране в съответствие със статута му на контролиран наркотик по международните конвенции (таблица III на Конвенцията на ООН за психотропните вещества от 1988 г.).

Бупренорфинът се предлага на пазара под формата на таблетки за разтваряне под езика и въпреки че не се смята за особено привлекателен за инжектиране, съществуват съобщения, че таблетките се разтварят и инжектират. Потенциалната възможност от злоупотреби с бупренорфин се подкрепя от съобщенията от някои страни за отклоняване на наркотика с цел пласиране на незаконния пазар. За възпиране на незаконната употреба беше разработена нова рецептура на бупренорфина в съчетание с налоксон. Тази рецептура — субоксон — получи разрешение за разпространение на европейския пазар през 2006 г.

⁽¹²¹⁾ Вж. таблици HSR-7, HSR-9 и HSR-11 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²²⁾ Вж. фигура HSR-1 и таблица HSR-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Процедура за европейско разрешително за търговия с медицински продукти

Европейската агенция по лекарствата (ЕМЕА) отговаря за научната оценка на заявленията за издаване на разрешение за употреба на лекарствени продукти в ЕС. Лекарствата, одобрени по централизираната процедура, получават разрешение за употреба, валидно във всички държави-членки на Европейския съюз.

Всички разрешени лекарствени продукти се следят с оглед на тяхната безопасност. Този процес се осъществява чрез мрежата на ЕС от националните агенции в тясно сътрудничество със специалисти в областта на здравеопазването и със самите фармацевтични компании.

ЕМЕА публикува Европейски доклад за обществена оценка (EPAR) за всеки централно одобрен продукт, за който е издадено разрешение за употреба; докладите EPAR се публикуват на интернет страницата на ЕМЕА (<http://www.emea.europa.eu/>), а резюметата им за обществено ползване могат да се намерят на всички официални езици на ЕС. ЕМЕА работи също в партньорство с ЕЦМНН и Европол в помощ на работата по откриването на нови заплахи от наркотици в Европа в контекста на решението на Съвета (вж. глава 7).

През януари 2007 г. Нидерландия въведе хероин подпомаганата терапия като възможност за лечение на опиятна зависимост, увеличи броя на лечебните центрове до около 1000 и така се присъедини към Обединеното кралство като една от двете европейски страни, в които се предлага тази възможност. Като цяло броят на пациентите в Европа, които получават хероин, е много малък, а терапията обикновено се прилага за особено хронични случаи, когато останалите терапевтични възможности са били неуспешни. Ефикасността на хероина като субституиращо средство беше експериментално изследвана както в Испания (March et al., 2006), така и в Германия (Naber and Haasen, 2006). И двете изследвания съобщават за положителни терапевтични заключения, като изказват предположението, че този подход може да се окаже подходяща форма на лечение за социално изолирани употребяващи опиати с остри проблеми, които не реагират добре на другите възможности за лечение. Наред с предишната дейност в тази област тези изследвания за предписването на лечение с хероин стимулираха дебата за необходимостта от по-масовото предлагане на тази форма на лечение.

Данни за лечението

ЕЦМНН събира два вида информация за характеризиране на лечението в Европа. Показателят за потърсено лечение се основава върху наблюдението на характеристиките на пациентите, които постъпват за лечение навсякъде в Европа. Освен това от държавите-членки се изисква да предоставят данни, които характеризират цялостната структура и предлагането на услугите.

Данни от показателя за потърсено лечение

Данните от наблюденията над пациенти, които постъпват на лечение за наркотици в Европа, дават представа не само за по-масовата епидемиологична обстановка по отношение на моделите на употреба и тенденциите, но и за относителното търсене и предлагане на различните форми на лечение. Това може да предизвика затруднения с тълкуването на наличната информация, тъй като увеличението на броя на лекуваните пациенти за конкретен проблем с наркотиците може да показва, че търсенето на услугите е нараснало или че се е увеличило предлагането на конкретния вид услуга. В помощ на анализа на този вид данни се прави разграничение между новите случаи на потърсено лечение и всички случаи на потърсено лечение, като се предполага, че новите случаи на потърсено лечение по-добре отразяват промените в по-масовите модели на употреба на наркотици, а всички случаи на лечение са по-добър показател за общото търсене в областта на лечението като цяло.

Наличната информация от показателя за потърсено лечение (TDI) не включва всички лица на лечение за наркотици, които са значително по-голям брой; регистрират се само пациентите, потърсили лечение през отчетната година, но понастоящем през 2007 г. се изпълнява пилотен проект, който има за цел да разшири обхвата на събираните данни на европейско равнище, като се включат и пациентите на продължаващо лечение⁽¹²³⁾ и се направи оценка на обхвата на отчитане на националните системи.

В много страни основният проблемен наркотик, за който пациентите търсят лечение, остават опиятите и предимно хероина. От регистрираните в рамките на показателя за потърсено лечение през 2005 г. общо 326 000 случаи на потърсено лечение, опиятите са основен проблемен наркотик в около 40 % от случаите, като около 46 % от тези пациенти съобщават, че си инжектират наркотика⁽¹²⁴⁾.

Някои страни отчитат значителен дял на потърсилите лечение във връзка с опиати, различни от хероина. Във Финландия за други видове опиати като основно проблемно вещество, особено бупренорфин, се съобщава от 41 % от пациентите, а във Франция 7,5 % от всички пациенти употребяват бупренорфин. В Обединеното кралство и Нидерландия около 4 % от пациентите употребяват метадон като основен проблемен наркотик. В Испания, Латвия и Швеция между 5 и 7 % от пациентите на лечение за наркотици постъпват за основна проблемна употреба на неопределени опиати, различни от хероин и метадон⁽¹²⁵⁾. А в Унгария, където употребата на домашно приготвени продукти от опиумен мак има дълга история, около 4 % от случаите на потърсено лечение са свързани с опиум.

Повечето употребяващи опиати се регистрират от амбулаторни лечебни центрове; въпреки това в Швеция 71 % от пациентите на лечение за опиати се регистрират от стационарни лечебни заведения, което показва, че

⁽¹²³⁾ Вж. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (доклад от заседание 2006 г.).

⁽¹²⁴⁾ Вж. таблица TDI-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²⁵⁾ Вж. таблица TDI-1 14 в статистическия бюлетин за 2007 г.

услугите в тази страна са структурирани по различен начин. Малък процент случаи (3 %) на потърсено стационарно лечение за употреба на опиати се отчита и от Обединеното кралство ⁽¹²⁶⁾. В малките страни, които отчитат данни за търсенето на лечение в агенции с ниско прагово равнище на достъп, значителна част от пациентите търсят лечение за основна проблемна употреба на опиати ⁽¹²⁷⁾.

В набора от данни TDI относителният дял на случаите на потърсено лечение от пациенти, които не употребяват опиати, се увеличава, а в много страни намалява също и реалният брой на новите пациенти, потърсили лечение за употреба на опиати, като през 2005 г. абсолютният брой на отчетените нови случаи на потърсено лечение за основна проблемна употреба на хероин намаля от 80 000 през 1999 г. на 51 000 ⁽¹²⁸⁾.

Степен на прилагане на опиатна субституираща терапия

Според приблизителните оценки през 2005 г. в държавите-членки на ЕС и Норвегия броят на случаите на приложена субституираща терапия е бил най-малко 585 000. Тази оценка се основава на извършени в повечето страни наблюдения върху терапиите и дава обща представа за предлагането на тази услуга. Тези стойности са вероятно минимални, тъй като броят на някои форми на лечение е занижен при отчитането, например лечението, което се осъществява от общопрактикуващи лекари или в места за лишаване от свобода.

По-голямата част от лекуваните пациенти (97 %) се отчитат от държавите-членки на ЕС-15, които отчитат също и по-голямата част (80 %) от всички случаи на потърсено лечение в таблиците с данни TDI. Това е над седемкратно увеличение от 1993 г. насам, когато случаите на субституиращо лечение се оценяваха на около 73 000 (Farrell, 1995). Данните показват увеличение от около 15 % на броя на пациентите в ЕС и Норвегия в периода между 2003 и 2005 г., което се дължи предимно на увеличението в Германия (според оценките увеличение от 8300 случая), Франция (5706), Италия (6234), Португалия (4168) и Обединеното кралство (41 500) ⁽¹²⁹⁾. През 2005 г. стабилизиране на броя на пациентите на субституиращо лечение се отчита в Нидерландия (122 случая на 100 000 души) и Люксембург (355 случая на 100 000).

В периода между 2003 и 2005 г. най-голям относителен ръст беше наблюдаван в някои от новите държави-членки (без да се свежда само до тези страни), като страните, които отчитат значително нарастване (над 40 %), включват България, Естония, Гърция, Литва, Румъния и Норвегия. Това увеличение съвпадна с географското разширяване на предлагането на субституиращата терапия като възможност в много от тези страни. Предлагането на субституираща терапия не се увеличи във всички нови държави-членки — Унгария, Полша и Словакия отчитат сравнително стабилна ситуация,

докато броят на пациентите в латвийската метадонова програма с високо прагово равнище на достъп реално са намалели от 67 на 50. В две страни с традиционно високи нива на предлагане на този вид лечение — Испания и Малта — напоследък предлагането е намаляло, което вероятно е отражение на цялостното равнище на търсенето в тези страни.

Взаимовръзката между случаите на неколккратно потърсено лечение, степента на предлагано поддържащо лечение и разпространението на проблемната употреба на опиати е сложна. Броят на пациентите, които неколккратно търсят лечение и броят на пациентите, включени в наркотични поддържащи програми, се определя от традиционното развитие на разпространението и обхвата на употребата на опиати, както и от организацията и вида на терапевтичните услуги. За някои страни е възможно прогнозните оценки за разпространението на проблемната употреба на опиати да се използват за изчисляване на съотношението между пациентите на поддържащо лечение и проблемно употребяващите опиати.

За страните от ЕС, където съществуваха приблизителни оценки за проблемната употреба на опиати за 2005 г., беше изчислена степента на провеждане на субституираща терапия сред проблемно употребяващите опиати (фигура 10). Резултатите показват съществени различия между страните, като стойностите варират от под 10 % (Словакия) до около 50 % от употребяващите опиати (Италия). Въпреки това данните показват, че е необходимо във всички страни да бъде преразгледано предлагането на различни форми на лечение, за да се гарантира, че ще бъдат достатъчни, за да отговорят на определените нужди.

Въпреки увеличаването напоследък на субституиращата терапия, предлагана в балтийските и централноевропейските страни, равнищата остават ниски в сравнение с оценките за броя на употребяващите опиати в тези държави-членки, с изключение на Словения. Една оценка от Естония сочи, че едва 5 % от употребяващите хероин в четирите главни градски центъра са включени в субституиращи терапевтични програми и че на национално равнище тази стойност е само 1%.

Потърсено лечение за опиати

Делът на случаите на потърсено лечение за основна проблемна употреба на опиати до известна степен е отражение на относителното разпространение на употребата на незаконни опиати като проблемен наркотик, за който е необходимо (допълнително) лечение, въпреки че се влияе от организацията на терапевтичните услуги и системата на отчитане.

Относителният дял на пациентите, които търсят лечение за употреба на опиати се различава в отделните страни. Въз основа на последните налични данни употребяващите опиати съставляват 40—70 % от всички случаи на

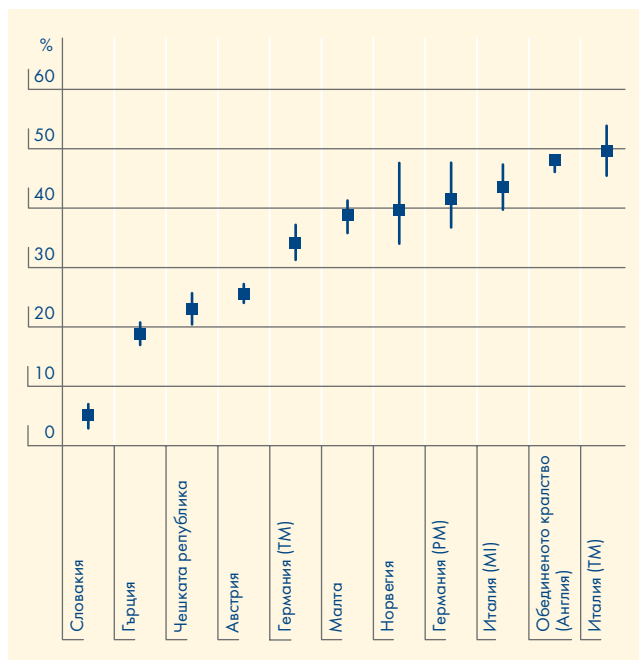
⁽¹²⁶⁾ Вж. таблица TDI-24 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²⁷⁾ Вж. таблица TDI-119 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²⁸⁾ Вж. фигура TDI-1 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹²⁹⁾ Вж. таблица HSR-7 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Фигура 10: Брой на пациентите на поддържащо лечение за опиати, като процент от приблизителния брой проблемно употребяващи опиати за 2005 г.



БЕЛЕЖКА: Тази информация е само за девет страни от ЕС. Символът означава една точка приблизителна стойност; ивицата означава интервал на несигурност, получен в резултат от процедурите по определяне на приблизителната стойност; броят на употребяващите опиати се определя чрез различни методи: ТМ — множител с използване данни от лечението; РМ — множител с използване данни от полицията; МІ — мултивариантен показател. Когато не е посочен метод, кривата представлява интервал между най-ниската долна граница на всички съществуващи приблизителни оценки и тяхната най-висока горна граница. За повече информация вж. фигура HSR-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Националните фокусни центрове.

потърсено лечение в 12 страни, под 40 % в седем страни и над 70 % в шест страни ⁽¹³⁰⁾.

Процентната стойност на всички случаи на потърсено лечение за хероин от тези за всякакви наркотици е намаляла от 74 % през 1999 г. на 61 % през 2005 г. Единствените страни, които не отчитат намаление, са България и Обединеното кралство ⁽¹³¹⁾.

Абсолютният спад на новите случаи на потърсено лечение за опиати, предимно за употреба на хероин, се потвърждава от тенденциите при новите пациенти на лечение за хероин — за последните седем години всички страни, с изключение на България и Гърция, отчитат намаляване от 70 на 37 % на дела на новите случаи на потърсено лечение за употреба на хероин като основен проблем наркотик от новите пациенти на лечение за наркотици. В периода между 1999 и 2005 г. процентната

стойност на новите пациенти на лечение за употреба на хероин от всички нови пациенти на лечение за наркотици е намалял от 70 на 37 %.

Пациенти, търсещи лечение

Лицата, търсещи лечение за проблеми с опиатите обикновено са на относително по-висока възраст в сравнение с тези, търсещи помощ за проблеми с други наркотици ⁽¹³²⁾, и освен това съобщават за по-лоши социални условия. Безработицата сред пациентите на лечение за опиати обикновено е висока, образованието им е ниско, а между 10 и 18 % се регистрират като бездомни.

Повечето пациенти (60 %) съобщават, че са започнали да употребяват опиати преди 20-годишна възраст; много рядко са случаите, когато употребата на опиати започва след 25-годишна възраст ⁽¹³³⁾. Между първата употреба на опиати и първия контакт с цел търсене на лечение се отчита интервал от средно 7—8 години: средната възраст, когато започва употребата на опиати, е 22 години, а средната възраст, когато се търси лечение, е 29—30 години. Потърсилите стационарно лечение обикновено са малко по-възрастни от амбулаторно лекуваните, а данните сочат, че интервалът между първия контакт с цел търсене на лечение и последващите етапи на лечение е доста малък.

Сред пациентите на амбулаторно лечение за опиати на всяка жена се падат по трима мъже, а сред тези на стационарно лечение — четирима мъже; въпреки това съществуват различия между страните, като дялът на мъжете обикновено е по-висок сред пациентите в южноевропейските страни.

Навсякъде в Европа сред пациентите, търсещи лечение за опиати, за които е известен пътят на назначаване на лечението, средно 58 % употребяват веществото инжекционно (53 % от новопостъпилите пациенти). Дялът на инжектиращите е най-висок в Румъния, Чешката република и Финландия, а най-нисък в Нидерландия, Дания и Испания ⁽¹³⁴⁾.

Повечето пациенти на лечение за опиати употребяват няколко вида наркотици, като съчетават опиатите с друго съпътстващо основното вещество — предимно друг вид опиати (35 %), кокаин (23 %) и канабис (17 %) ⁽¹³⁵⁾.

Някои страни отчитат сред употребяващите опиати висок процент на едновременна поява на опиатна зависимост и други психични разстройства, като това наблюдение е извършено също така и в много клинични изследвания, които показват, че тежката депресия, чувството на безпокойство, асоциалното и граничното личностно поведение са относително често срещани разстройства сред употребяващите опиати (Mateu et al., 2005).

⁽¹³⁰⁾ Вж. таблица TDI-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹³¹⁾ Вж. фигура TDI-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹³²⁾ Вж. таблица TDI-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹³³⁾ Вж. таблици TDI-11, TDI-107 и TDI-109 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹³⁴⁾ Вж. таблици TDI-4 и TDI-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹³⁵⁾ Вж. таблица TDI-23 в статистическия бюлетин за 2007 г.



Глава 7

Нови и зараждащи се тенденции при наркотиците и мерки по отношение на новите видове наркотици

Зараждащите се тенденции при наркотиците често напълно наподобяват, разширяват или заместват тенденциите при предишни популярни наркотици и повдигат въпроса защо се употребяват психоактивни вещества. Поради това зараждащите се тенденции при употребата на наркотици и алкохол трябва да се познават не само във връзка с промените в правителствените политики, но също и по отношение на взаимовръзката между тях и в рамките на по-широкия контекст на съвременната мода и социокултурните промени в заниманията през свободното време.

Развитието на информационните технологии и средствата за комуникация, особено на интернет, осигуряват канали, които улесняват проникването на новите тенденции и позволяват изразяването на различни мнения относно употребата на наркотици и свързаните с това рискове.

Новите или променени модели на употреба на наркотици обикновено се зараждат на местно или градско равнище и много малко държави-членки имат, например, системи за наблюдение, с които да следят случите на смъртоносни и несмъртоносни интоксикации от употреба на нови или новопоявили се психоактивни вещества. В контекста на неизбежно непълната картина събраната информация за зараждащите се тенденции при наркотиците в Европа се оценява чрез триангулиране на данните от широк диапазон различни източници.

Настоящият раздел разглежда отчетеното последно развитие на процесите в незаконната употреба на психоактивни вещества, което не се отчита редовно с ключовите показатели в областта на наркотиците и едва наскоро е идентифицирано като потенциален проблем от формулиращите политическите решения или е привлякло вниманието на средствата за масово осведомяване.

Пиперазини — нови психоактивни вещества

Най-значимото развитие, свързано с нови психоактивни вещества през последните години, е разпространението на различни нови производни на пиперазина, много от които се появиха в Европа между 2004 и 2006 г.

Тази група синтетични вещества е производна на основното съединение пиперазин и включва VZP (1-бензилпиперазин) и mCPP (1-(3-хлорофенил) пиперазин). Тези две вещества се предлагат свободно от доставчиците на химически продукти и в интернет, а незаконното производство е ограничено предимно до производството на таблетки или капсули.

VZP

Изследванията правят сравнение между физиологичното и субективното въздействие на VZP и на амфетамината и сочат, че това на VZP е приблизително една десета от силата на действие на дексамфетамината.

През последните години продуктите, съдържащи VZP, започнаха настойчиво да се предлагат на пазара като законна алтернатива на екстази от различни пласъори на дребно чрез печата, интернет сайтове, определени магазини и щандове в клубове и на фестивали и понякога се продават под наименованието „екстази“. VZP се предлага в различни комбинации с други пиперазини, а някои видове, по-специално VZP в съчетание с TFMPP⁽¹³⁶⁾, се смятат за напълно наподобяващи ефекта на екстази. Тези продукти обикновено са с видима маркировка за съдържащия се в тях пиперазин, но често погрешно се представят като „натурални“ или „билкови“ продукти.

Събраните сведения в ЕС за зараждащите се тенденции в употребата на наркотици сочат, че те вероятно са аналогични на тенденциите в потреблението на законния пазар — например продажбата на напълно синтетични вещества като VZP, за които се твърди, че са „натурални“ или „билкови“ продукти, може да предизвиква по-голям потребителски интерес поради интереса към природните продукти. Освен това схващането за безопасност на VZP се подсилва от факта, че продуктите често се продават от определени пласъори на дребно или в специализирани магазини, а не на улицата.

VZP се среща в 14 държави-членки на ЕС (Белгия, Дания, Германия, Ирландия, Гърция, Франция, Малта, Нидерландия, Австрия, Португалия, Испания, Швеция, Финландия, Обединеното кралство) и Норвегия.

Има известни сведения за здравните рискове, свързани с VZP, който като че ли има малък марж на безопасност, когато се използва с развлекателна цел. В Обединеното кралство са регистрирани случаи, когато са извършвани клинични наблюдения над интоксикации с VZP и токсикологично е доказано, че VZP е единственото вещество, употребено от тези, които са пострадали от сериозни странични ефекти, някои от които са довели до спешна медицинска намеса. Все пак няма смъртни случаи, които да се дължат непосредствено на VZP. През март 2007 г. ЕС предприе ответна мярка в отговор на нарастващото безпокойство по отношение на употребата на VZP, като отправи официално искане за оценка на риска, който носи това вещество за здравето и обществото⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-трифлуорометилфенил)пиперазин.

⁽¹³⁷⁾ Вж. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

mCPP

mCPP се описва като вещество, предизвикващо стимулиращ и халюциногенен ефект, сходен на този на екстази (MDMA). Таблетките, съдържащи mCPP, често са приготвени така, че да изглеждат като таблетки екстази, а и почти винаги се продават за такива и понякога наркотиците се срещат като комбинация. Може да се предполога, че добавката на mCPP е с цел да се потенцира или подобри ефектът от MDMA.

След 2004 г. mCPP се среща в 26 държави-членки (всички с изключение на Кипър) и в Норвегия и като такъв се превърна в най-често срещаното ново психотропно вещество в ЕС от началото на наблюденията с европейската система за ранно предупреждение през 1997 г.

В Европейския съюз не са регистрирани сериозни интоксикации или смъртни случаи, свързани с mCPP. Малко са сведенията, че това е особено опасно вещество от гледна точка на острата му токсичност, въпреки че не е установена токсичността му при хронична (продължителна) употреба.

GHB

Свободната продажба в интернет на GHB⁽¹³⁸⁾ силно намаля, след като през март 2001 г. веществото беше добавено към таблица IV на Конвенцията на ООН за психотропните вещества и следователно всички страни от ЕС са длъжни да го контролират в рамките на законодателството си, което касае психотропните вещества. GHB се използва с терапевтична цел при анестезии във Франция и Германия, както и при лечение

Сексуално насилие, подпомогнато от наркотици

От 80-те години на XX в. в медиите и медицинската литература все по-често се съобщава за случаи на сексуално насилие посредством тайно добавяне на наркотик към пиетието, с цел довеждане на жертвата до безпомощно състояние. Въпреки това е изключително трудно да се набавят съдебно-медицински доказателствени факти за този вид престъпления. Съдебно-медицинските изследвания действително разкриват наличие на високи концентрации алкохол, а също и на изписвани с рецепта бензодиазепинови препарати в случаите на извършени сексуални насилвания (в над 80 % от случаите във Франция и 30 % от случаите в Обединеното кралство), но ограниченият времеви диапазон на откриване при наркотици, например GHB, е пречка за установяването на доказателства в случаите с престъпления, за които не е съобщено скоро след извършването им. Съдебно-медицинските доказателствени факти, които са предоставени от проучвания, провеждани от 2000 г. досега (в Обединеното кралство, Франция, Съединените щати и Австралия), сочат, че приемането на наркотици без знанието на жертвата за целите на сексуални насилвания не се среща често, въпреки че реалното разпространение на тази практика може да е по-високо от отчетеното, поради случаите, в които тези престъпления не се съобщават или се съобщават със закъснение на органите.

на отказващи се от алкохола в Австрия и Италия. През юни 2005 г. Комитетът по лекарствените продукти за хуманна употреба (CHMP) на ЕМЕА препоръча да бъде издадено разрешение за употреба на лекарствения продукт Хугем (с активно вещество GHB) за лечение на катаплексия при възрастни пациенти с нарколепсия (ЕМЕА, 2005)⁽¹³⁹⁾.

GHB се произвежда лесно от прекурсорите му гама бутиролактон (GBL) и 1,4-бутанедиол (1,4-BD) — широко използвани в промишлеността и предлагани на пазара разтворители. Отчитайки потенциалната възможност от злоупотреба с тези прекурсори, някои страни са предпочели да контролират един от тях или и двата едновременно в рамките на законодателството си за контрол на наркотиците или на други еквивалентни разпоредби (Италия, Латвия, Швеция). Тъй като в повечето държави-членки GBL не се контролира и онлайн доставчиците на химически вещества предлагат лесен достъп, някои употребяващи GHB като че ли преминават на GBL. Качествените анализи на базирани в Обединеното кралство, Германия и Нидерландия онлайн форуми за GHB и за наркотици сочат, че употребяващите GBL си набавят веществото от доставчици на химикали, които продават GBL за различни законни цели.

Разпространение и модели на употреба

Всички налични информационни източници сочат, че като цяло разпространението на употребата на GHB е ниско, като значимите равнища на употреба са ограничени до някои конкретни подгрупи от населението. Едно интернет проучване, проведено в Обединеното кралство, установява, че GHB се използва по-често в домашни условия (67 %), отколкото в нощни заведения (26 %) (Sumnall et al., 2007). През 2005 г. едно проучване сред 408 посетители на кръчми в Амстердам дава приблизителни оценки за разпространението на употребата на GHB някога през живота, които са значително по-високи сред клиентите на гей баровете и модните кафенета (съответно 17,5 % и 19 %), отколкото в обикновените и студентски кръчми и кафенета (съответно 5,7 % и 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

Тенденции

Липсата на информация затруднява оценката на тенденциите при употребата на GHB, въпреки че наличните сведения сочат, че употребата на GHB остава ограничена само за някои малки подгрупи от населението. Данните от проучвания в танцово-музикални клубове в Белгия, Нидерландия и Обединеното кралство сочат, че употребата на GHB вероятно е достигнала най-високи равнища около 2000—2003 г. и впоследствие е намаляла. Въпреки това не е ясно доколко това заключение важи и за други подгрупи от населението. Може да се отбележи, че през 2005 г. специалните телефонни линии за проблеми с наркотиците във Финландия за пръв път отчетоха обаждания във връзка с GBL (FESAT, 2005).

⁽¹³⁸⁾ Понятието GHB се използва и за възможна употреба на GBL или 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Вж. „Процедура за европейско разрешително за пускане на пазара на лекарствени продукти“, стр. 68.

Интернет като източник на информация за зараждащи се тенденции при наркотиците

През 2004 г. над една трета от младежите в ЕС заявяват, че биха проверили в интернет, ако искат да научат повече за наркотиците („Евробарометър“, 2004 г.). Ако младите хора действително търсят информация за наркотиците онлайн, възниква реалният въпрос доколко информацията, до която имат достъп, е безпристрастна и точна. Множество сайтове са посветени на въпросите за употребата на наркотици, като някои от тях се спонсорират от правителства, други се поддържат от лобистки групи или мрежи от потребители или поддръжници. Освен че играе ролята на източник на информация за наркотиците, интернет е и пазар както за разрешени, така и за незаконни наркотици, като някои сайтове предлагат продажба на незаконни наркотици и техни законни алтернативни продукти. Като се възползват от пазарния потенциал на интернет, прилагайки стратегии за търговия онлайн, които откликват на нуждите на потребителите и на променящите се закони и пазарни положения, онлайн търговците на наркотици на дребно притежават нарастващия потенциал да разпространяват нови практики или продукти в употребата на наркотици.

В рамките на проекта E-POD („Европейски перспективи в областта на наркотиците“) ЕЦМНН изследва начини да се използва интернет като източник на информация за зараждащите се тенденции в областта на наркотиците. На равнище ЕС също се наблюдава развитие в посока към предоставянето на надеждна информация по въпросите на общественото здраве: новият портал на ЕС за общественото здраве е врата към редица европейски ресурси в областта на общественото здраве, включително информация във връзка с наркотиците (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Здравни рискове

Основната заплаха за здравето, свързана с употребата на GHB, като че ли е високият риск от загуба на съзнание особено когато наркотикът се комбинира с алкохол или други седативи. Употребата на GHB може също да доведе до други проблеми, включително кома, намаляване на телесната температура, хипотония, халюцинации, гадене, повръщане, брадикардия и дихателна недостатъчност. След продължителна употреба се наблюдава развиване на физическа зависимост от GHB, а възможното наличие на разтворители или замърсявания с тежки метали могат да представляват допълнителна заплаха за здравето.

От 1993 г. досега за смъртни случаи, свързани с GHB, на ЕЦМНН съобщават пет държави-членки и Норвегия: Дания и Италия (по един случай), Финландия и Норвегия (по три случая), както и Швеция и Обединеното кралство (около 40 смъртни случая, свързани с GHB).

През 2005 г. в Амстердам отчетеният брой спешни случаи без фатален край, дължащи се на употреба на GHB, беше 76, което, както и през предходните години, е повече от спешните медицински случаи, причина за които е била употребата на халюциногенни гъби (70 случая), екстази (63 случая), амфетамин (три

случая) и LSD (един случай). В сравнение с другите видове наркотици делът на случаите с GHB, които са наложили транспортиране до болнично заведение е висок (84 %). През 2005 г. исканията за информация за GHB, постъпили в Националния информационен център за отровите в Нидерландия, са се увеличили с 27 % спрямо 2004 г. (което представлява 241 от постъпилите 1383 искания).

Намаляване на риска

Информацията за употребата на GHB най-често се осигурява от национални или квартални проекти, насочени към нощните заведения, и ответните мерки обикновено се изразяват в обучение на персонала в клубовете и разпространение на информация за рисковете от употребата на GHB (Германия, Франция, Нидерландия, Австрия, Обединеното кралство). Консултациите относно предпазните мерки, които трябва да се вземат в нощните заведения, за да се избегне прибавянето на веществото към напитки, и мерките, които трябва да бъдат взети при евентуална свръхдоза, са от основно значение при разпространението на информация за GHB. Все по-често на големи масови прояви се изпращат екипи, които да дават първа помощ при проблеми с наркотици и алкохола, като ответна мярка срещу инцидентите, свързани с употребата на GHB или други наркотици.

Кетамин

Кетаминът се наблюдава от ЕС, откакто през 2000 г. за пръв път се появиха опасения за злоупотреби с него (EMCDDA, 2002). На национално равнище в почти половината държави-членки на ЕС кетаминът се контролира със законодателството в областта на наркотиците (а не с нормативните разпоредби за лекарствата), а в Швеция и Обединеното кралство той беше включен в списъка на наркотичните вещества съответно през 2005 и 2006 г. В изготвен наскоро от Световната здравна организация критичен преглед за кетамин се стига до заключението, че международният контрол може да създаде затруднения с доставката на веществото за употреба в хуманната медицина в отдалечени райони на света и във ветеринарната медицина, тъй като няма подходящ

Нови психоактивни вещества

Решение 2005/387/ПВР на Съвета от 10 май 2005 г. за обмен на информация, оценка на риска и контрол върху новите психоактивни вещества създава механизъм за бърз обмен на информация за нови психоактивни вещества, които могат да застрашат общественото здраве и социалната среда. На ЕЦМНН и на Европол, в тясно сътрудничество с техните мрежи — съответно националните фокусни центрове от мрежата Reitox и националните звена на Европол — е отредена главната роля в прилагането на система за ранно предупреждение за откриването на нови психоактивни вещества (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

заместител (WHO, 2006). След този преглед през март 2007 г. проекторезолюцията на комисията на ООН за наркотичните вещества в отговор на заплахата от злоупотреба и отклоняване на кетамин от законна употреба насърчи държавите-членки да обсъдят възможността за приемане на система от предпазни мерки, която да бъде прилагана от техните правителствени агенции за улесняване на навременното откриване на случаи на отклоняване на кетамин.

За употребата на кетамин съществуват малко епидемиологични данни, въпреки че проведено наскоро училищно проучване в Обединеното кралство отчита разпространение на употребата някога през живота под 0,5 %. Съществува и известна информация от проучвания, проведени в танцово-музикални заведения, и между различните проучвания сред тази високорискова група от населението равнищата на употреба на кетамин някога през живота са в диапазона от 7 % в проучването в Чешката република до 21 % в извадката за Унгария.



Глава 8

Инфекциозни заболявания и смъртност, свързани с употребата на наркотици

Инфекциозни заболявания, свързани с употребата на наркотици

Предоставените данни в ЕЦМНН и в Европейския център за епидемиологично наблюдение на СПИН (EuroHIV, 2006) сочат, че в повечето страни от Европейския съюз към края на 2005 г. случаите на предаване на ХИВ инфекции сред употребяващите наркотици чрез инжектиране (IDU) са малко. Това вероятно поне частично е резултат от повечето мерки за превенция, лечение и намаляване на вредите, включително предлагането на субституиращо лечение и програми за осигуряване на игли и спринцовки, въпреки че важна роля са изиграли може би и други фактори като наблюдаваното в някои страни намаляване на инжекционната употреба на наркотици. Въпреки това в някои страни и региони на ЕС е възможно случаите на предаване на ХИВ инфекции, свързани с употребата на наркотици чрез инжектиране, да са се задържали на относително високи равнища през 2005 г. ⁽¹⁴⁰⁾, което подчертава необходимостта да се осигури покритие и ефикасност на местните практики за превенция.

Наблюдението на инфекциозните заболявания, свързани с употреба на наркотици сред инжекционно употребяващите ги в Европа, понастоящем е фокусирано върху ХИВ/СПИН и вирусния хепатит (В и С). То се изразява в две допълващи се системи — отчитане на случаи (или „уведомления“ — абсолютен брой на новорегистрирани/новооповестени случаи) и „наблюдение на разпространението на серопозитивност“ (или „бдително наблюдение“ — процент на положителните проби от инжекционно употребяващите наркотици (фигура 11) ⁽¹⁴¹⁾). Възможно е двете системи да са несвършени и да съществуват различия между страните в предоставянето на данни. Въпреки това, докато данните, осигурени от всяка от тези две системи, трябва да се тълкуват предпазливо, взети заедно, те дават по-пълна картина за последните епидемиологични тенденции.

Показатели за обхвата и разпространението на ХИВ

Регистрирани случаи на ХИВ

Важен показател за броя (обхвата) на новите инфекции сред инжекционно употребяващите наркотици са регистрираните случаи на новодиагностицирани ХИВ

инфекции. При тълкуването на тези данни следва да се имат предвид редица съображения: заразените инжекционно употребяващи наркотици може да не са били диагностицирани, ако не са се свързали със здравните служби; новите случаи на инфекции може да не се дължат непременно на инжектирането на наркотици; и броят на идентифицираните случаи може да бъде повлиян от разликите в тестването и отчитането между отделните страни или с течение на времето.

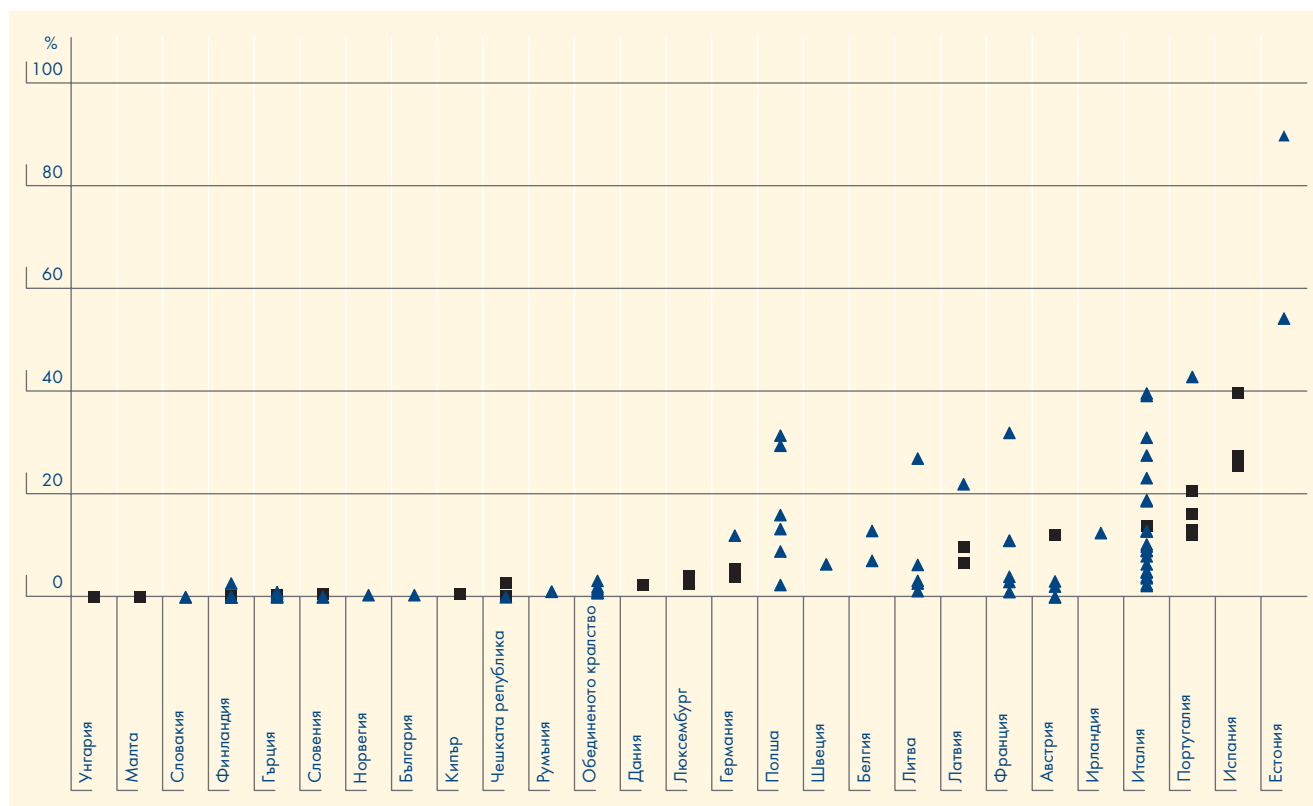
Наличните данни сочат, че към 2005 г. в повечето страни новите инфекции, свързани с инжекционната употреба на наркотици, са малко. Едно от възраженията срещу този анализ е, че в няколко от страните с високо разпространение няма налични данни за най-новите регистрирани случаи (Естония, Испания, Италия, Австрия). В 19 държави-членки, повечето от които никога не са имали големи ХИВ епидемии сред инжекционно употребяващите наркотици, през 2005 г. броят на регистрираните случаи, свързани с инжекционната употреба на наркотици, остава под пет случая на един милион души. По-високи стойности се отчитат от Ирландия и Люксембург, съответно 16 и 15 нови случаи на един милион души. В Португалия, която отчита най-висок брой сред страните, за които разполагаме с данни, свързани специално с инжекционната употреба на наркотици (85 нови случая на един милион души от общото население през 2005 г.), текущото положение като че ли се стабилизира след намалението в периода между 2000 и 2003 г. ⁽¹⁴²⁾. В Латвия, Литва и вероятно също в Естония броят на регистрираните нови инфекции, свързани с инжекционната употреба на наркотици, силно е намалял след епидемичните взривове през 2001—2002 г., въпреки че все още е висок в сравнение с повечето други страни. В Латвия броят е намалял от 283 нови случаи на един милион души през 2001 г. на 49 през 2005 г. В Литва след взрив сред лишените от свобода върховата стойност от 2002 г. (109 на един милион души) беше последвана от намаление до 25 нови случая на един милион души през 2005 г. Въпреки че в Естония се наблюдава силен спад на ХИВ инфекциите, страната продължава да отчита най-високите стойности на нови случаи на ХИВ инфекции в ЕС. И въпреки че за Естония не разполагаме с данни, свързани специално с инжекционната употреба на наркотици, инжектирането на наркотици вероятно ще остане основен път, по който става предаването на ХИВ вируса в тази страна.

⁽¹⁴⁰⁾ Вж. фигура INF-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁴¹⁾ Някои проучвания за разпространението в този район са маломасабни — в този раздел са отчетени само извадки с над 50 души и статистически значими времеви тенденции ($p < 0,05$).

⁽¹⁴²⁾ Увеличенията през 2004 г. (случаи на ХИВ) и 2005 г. (случаи на СПИН) в Португалия могат да се дължат на по-голямото внимание и отчитане от страна на специалистите след дискусиите през 2005 г. относно промените в задължителното отчитане на ХИВ.

Фигура 11: Приблизителни оценки от национални и поднационални проучвания за разпространение на ХИВ вируса сред употребяващите наркотици чрез инжектиране, 2004—2005 г.



БЕЛЕЖКА: Черен квадрат = извадка с национално покритие; син триъгълник = извадка с поднационално покритие (включително местно или регионално). Приблизителните оценки за Испания и Швеция включват данни за 2006 г.; данните за Ирландия и Латвия са от 2003 г.; данните за Словакия са от 2003—2004 г. Страните са подредени по реда на нарастване на разпространението на употребата въз основа на средната стойност от националните данни, а когато липсват такива, от поднационалните данни. Трябва да се внимава, когато се правят сравнения между страните, поради различните видове обстановки и методи, използвани в проучванията; националните стратегии в определянето на извадките са различни — за повече информация вж. фигура INF-3 в статистическия бюлетин за 2007 г. Всички отчетени извадки са с размери по-големи от 50 души. Източници: Националните фокусни центрове от мрежата Reitox. За първичните източници, подробната информация за проучванията и данните от преди 2004 г. вж. таблица INF-8 част i) и част ii) и таблица INF-0 част i) в статистическия бюлетин за 2007 г.

Разпространение на ХИВ сред младежите, инжектиращи си наркотици, и сред новите случаи на инжекционна употреба

В подкрепа на заключенията, направени на базата на наличните данни за отчетените случаи, могат да бъдат анализирани нивата на заразяване с ХИВ вируса сред извадки от новите случаи на инжекционна употреба на наркотици (инжектиращи се от по-малко от две години) и от младежите, инжектиращи си наркотици (на възраст под 25 години). Тъй като се предполага, че заразяването в тези групи е отскоро, тези данни са представителни показатели за заболяемостта от ХИВ. В тези подгрупи (определени в хода на проучванията за разпространението, разгледани по-долу) високата степен на заразяване с ХИВ (над 5 % през 2004—2005 г.) е в подкрепа на признаците за висока заболяемост напоследък сред инжекционнно употребяващите наркотици в Португалия (данните са за цялата страна), Литва и Естония (данните са за региони или за големи градове) и се предполага, че такъв е случаят и в един от трите града, за които са предоставени данни в Полша⁽¹⁴³⁾. Трябва да се има предвид, че размерите на тези извадки

като цяло не са големи и че за някои страни няма данни за разпространението на ХИВ серопозитивност сред младежите, инжектиращи си наркотици, и новите случаи на инжекционна употреба.

Тенденции в разпространението на ХИВ

Увеличеното разпространение на ХИВ сред повтарящи се извадки от инжекционнно употребяващи наркотици лица може също да включва и продължаващи инфекции — въпреки че намаляването на смъртността сред заразните инжекционнно употребяващи наркотици или намаляващият брой на незаразените инжекционнно употребяващи наркотици могат също да са важна причина за неясноти. Повечето налични времеви поредици от данни за ЕС сочат стабилно разпространение, което показва, че броят на заразните инжекционнно употребяващи наркотици лица, които умират, се балансира от броя на заразяващите се с ХИВ инжекционнно употребяващи наркотици. Независимо от това, в някои от проучените времеви поредици от данни от 2001 г. насам се наблюдава географски разпокъсано увеличение на разпространението

⁽¹⁴³⁾ Вж. таблици INF-9 и INF-10 в статистическия бюлетин за 2007 г. В годишния доклад се отчетат само извадки с размер 50 или повече души.

в девет страни, въпреки че съпътстващите стабилни или намаляващи тенденции в други райони често затрудняват установяването на общата тенденция. Тези страни включват отново Латвия (увеличение в национален мащаб) и Литва (увеличение в един голям град), а също и Австрия (увеличение в национален мащаб), Обединеното кралство (увеличение в Англия и Уелс, но остава на ниско равнище), както и някои страни, където разпространението все още е много ниско (под 1 %). Като цяло това увеличение на разпространението на ХИВ на местно или национално равнище показва, че осигуряването на мерки за превенция на инжекционната употреба на наркотици не следва да ни успокоява.

За разлика от горните случаи Гърция (както в национален мащаб, така и в регионален), Испания (в национален и регионален мащаб) и Финландия (в национален мащаб) отчитат намаляване на разпространението на ХИВ. Осъществяване че четири страни отчитат постоянно ниско разпространение от 2001 г. насам (под 1% във всички налични данни) и всички те са нови държави-членки: България (за София, но разпространението се увеличава), Унгария (в национален мащаб), Словения (в два града, но се увеличава) и Словакия (в два града).

Като цяло сред повече от деветдесетте времеви поредици от повтарящи се измервания на разпространението на ХИВ сред извадки от инжекционно употребяващи наркотици лица, обхващащи 22 държави-членки на ЕС и Норвегия в периода 2001—2005 г., повечето региони бележат тенденция към намаляване, отколкото към увеличаване. Данните сочат, че особено в райони, в които разпространението е високо, заразяването сред инжекционно употребяващите наркотици лица като че ли сега намалява и че вероятно политиките за превенция и намаляване на вредите имат ефект ⁽¹⁴⁴⁾.

Приблизителни оценки за ЕС

От наличните данни за отчетените случаи и за разпространението на серопозитивността, както и от приблизителните оценки за броя на инжекционно употребяващите и проблемно употребяващите наркотици лица (вж. глава 6), може да се направи приблизителната оценка, че около 100 000 до 200 000 души в ЕС, които някога през живота си са употребявали наркотици инжекционно, живеят с вируса на ХИВ. Броят на новодиагностицираните случаи на ХИВ сред инжекционно употребяващите наркотици в ЕС понастоящем се оценява на около 3500 годишно.

Заболеваемост от СПИН и достъп до високоактивна антиретровирусна терапия (HAART)

След като високоактивната антиретровирусна терапия (HAART), която се предлага от 1996 г., ефективно спира развитието на ХИВ инфекцията в СПИН,

данните за заболеваемостта от СПИН вече не са така полезни като показател за предаването на ХИВ. По приблизителни оценки на СЗО, обхватът на покритието на високоактивната антиретровирусна терапия (HAART) в държавите-членки на ЕС, страните кандидатки и Норвегия е голям, като повечето отчитат покритие от най-малко 75 % ⁽¹⁴⁵⁾, въпреки че не съществуват конкретни данни за инжекционно употребяващите наркотици лица. Данните за заболеваемостта от СПИН остават важен показател, тъй като те показват равнището на симптоматичното заболяване и прилагането и наличието на високоактивната антиретровирусна терапия (HAART).

Португалия остава страната с най-висока заболеваемост от СПИН, свързана с инжекционно употребяващите наркотици лица, и тя единствена отчита увеличение напоследък — от 30 случая на един милион души през 2004 г. на 36 нови случая на един милион души през 2005 г. Освен това общата смъртност от СПИН (най-вероятно до голяма степен свързана с инжекционната употреба на наркотици) не е намаляла в периода от 1997 до 2002 г., което предполага, че през този период достъпът до високоактивната антиретровирусна терапия (HAART) може да е бил нисък ⁽¹⁴⁶⁾. От балтийските страни Латвия отчита намаляване на заболеваемостта от СПИН от 26 нови случая на един милион души през 2004 г. на 23 нови случая на един милион души през 2005 г., а Естония не е предоставила конкретни данни за инжектиращите си наркотици за 2005 г., но отчита увеличение за периода 2003—2004 г. (от 4 на 13 случая на един милион души) ⁽¹⁴⁷⁾.

Заразяване с хепатит В и С

Докато ХИВ инфекциите сред инжекционно употребяващите наркотици в ЕС са съсредоточени главно в страни с голямо разпространение, вирусният хепатит, и по-специално заразяването с вируса на хепатит С (HCV), е много по-равномерно разпространен и високо преобладаващ.

В извадки от 60 проучвания, направени в 17 страни (шест страни от 28-те не отчитат никакви данни) ⁽¹⁴⁸⁾, сред инжекционно употребяващите наркотици лица, изследвани в периода 2004—2005 г., се отчитат равнища на наличие на антитела срещу вирусния хепатит С от 60 %. В извадките за младежите, употребяващи наркотици чрез инжектиране (на възраст под 25 години), високо разпространение (над 40% в най-малко една извадка) беше установено в седем страни, а сред новите случаи на инжекционна употреба на наркотици, за които за много страни не разполагаме с информация, високо разпространение е отчетено в Полша и Обединеното кралство ⁽¹⁴⁹⁾. Само пет страни отчитат проучвания, в които разпространението е под 25%.

⁽¹⁴⁴⁾ Вж. таблици INF-8, INF-9 и INF-10 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁴⁵⁾ Вж. фигура INF-14 в статистическия бюлетин за 2006 г.

⁽¹⁴⁶⁾ Национален координационен център за ХИВ/СПИН инфекциите, Министерство на здравеопазването на Португалия, 2006 г.

⁽¹⁴⁷⁾ Вж. фигура INF-1 в статистическия бюлетин за 2007 г. Данните за двете последни години са приблизителни оценки, коригирани спрямо закъсненията в отчитането, поради което подлежат на промени с времето (източник EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Вж. таблици INF-11, INF-12 и INF-13 в статистическия бюлетин за 2007 г. В годишния доклад се отчитат само извадки с размер от 50 или повече души.

⁽¹⁴⁹⁾ Вж. фигура INF-6 (част vii) в статистическия бюлетин за 2007 г.

Доброто здраве на лишените от свобода означава добро обществено здраве

Сред най-големите предизвикателства в общественото здравеопазване през последните две десетилетия са: активизирането на заразни болести като туберкулозата; повишаването и бързото разпространение на вируса на ХИВ/СПИН; и привидно неконтролируемата пандемия от проблемна употреба на психотропни вещества. Най-уязвимите групи от населението страдат прекомерно в тези условия. Конкретно сред лишените от свобода проблемите с наркотиците често са обичайно явление, а нивата на инфекциозните заболявания — относително високи. Още повече, че употребата на наркотици често продължава, а понякога и започва в местата за лишаване от свобода; и в такава обстановка често се наблюдава високорисково поведение. Поради това местата за лишаване от свобода притежават потенциала да водят до по-високи равнища на заразяване с потенциално животозастрашаващи болести, но са и възможност за прилагане на мерки за намеса върху една особено важна целева група.

С няколко изключения (Франция, Обединеното кралство (Англия и Уелс), Норвегия), здравето на лишените от свобода обикновено е неделима част от съдебната или охранителната система, а не от системата на здравеопазването, при което се рискува здравето на лишените от свобода да бъде изолирано от преобладаващите подходи в общественото здравеопазване и се повдига въпросът за независимостта, качеството, достъпността и нивото на предоставяните здравни услуги.

Лошото здравно състояние на лишените от свобода може да има последици за здравето на по-широката общественост, когато употребяващите наркотици бъдат освободени и отново са в контакт със своите семейства и други членове на общността. Поради това откриването на сериозни заразни заболявания като ХИВ инфекции и туберкулоза, придружено от подходящо лечение и мерки за намаляване на вредите, могат значително да допринесат за здравния статус на общностите, от които идват лишените от свобода и където ще се върнат. За зависимите от наркотици програмите за лечение в местата за лишаване от свобода могат да бъдат възможност, която не само да е от полза за здравето на отделните лица, но и да намали вероятността от бъдещи правонарушения.

За да повишим познанията си за здравното положение на лишените от свобода и за специфичните ответни мерки, програмата за обществено здраве на Европейската комисия подкрепи проекта „Здраве в местата за лишаване от свобода“ на регионалното представителство на Световната здравна организация (СЗО) за Европа в създаването на база данни за събиране на подходящи показатели за здравето на лишените от свобода и на други здравни фактори. ЕЦМНН участва в съвместното разработване на базата данни заедно с регионалното представителство на СЗО за Европа и с Европейската мрежа за превенция на наркотиците и инфекциозните заболявания в местата за лишаване от свобода (ENDIPP) ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://data.euro.who.int/hip/>

От наличните данни и приблизителните оценки за броя на инжекционно употребяващите наркотици и проблемно употребяващите наркотици лица (вж. глава 6) може да се

изчисли, че в ЕС вероятно има около един милион души, които живеят с вируса на хепатит С и някога през живота си са употребявали наркотици инжекционно.

Наличието на маркери за вирусния хепатит В (HBV) варира в по-висока степен от това за вирусния хепатит С (HCV), което вероятно се дължи на различията в имунизациите. Най-пълни са данните за антителата на основния антиген на хепатита (анти-HBc), който е показател за минала инфекция. През 2004–2005 г. наличие на маркера от над 40 % се отчита от шест страни.

Тенденциите във времето при оповестените случаи на хепатит В и С показват много разнообразна картина. В случая на хепатит В делът на инжекционно употребяващите наркотици от всички оповестени случаи като цяло изглежда е намалал, което вероятно е отражение на по-големия ефект от имунизационните програми. За дела на инжекционно употребяващите наркотици от оповестените случаи на заразяване с хепатит С не се наблюдава никаква обща тенденция ⁽¹⁵⁰⁾; въпреки това този дял се различава в голяма степен в различните страни, което предполага съществуването на различия в начина на предаване на инфекцията от хепатит С. Разбирането на факторите, на които се дължат различията между отделните страни в равнищата на заразяване, вероятно е важно за разработването на по-добри стратегии за превенция и намаляване на вредите в тази област.

Превенция на инфекциозните заболявания

През последното десетилетие на равнище ЕС започна да се установява консенсус относно ключовите елементи, които са необходими за предприемането на ефективни ответни мерки срещу инфекциозните заболявания сред инжекционно употребяващите наркотици. В Европа са утвърдени многокомпонентните ответни мерки за превенция. Те могат да включват: достъп до подходящо лечение за употреба на наркотици, особено до субституираща терапия; програми за игли и спринцовки; информиране и разпространение на материали по въпросите на превенцията; обучение, включително взаимно обучение между употребяващите наркотици как да намаляват рисковете; доброволни консултации и тестване за инфекциозни заболявания; ваксинация и лечение на инфекциозни заболявания.

Независимо от баланса между тези елементи в различните национални политики, налице е ясно съгласие, че координираният и всеобхватен подход в общественото здравеопазване е от жизненоважно значение за намаляването на разпространението на инфекциозните заболявания сред употребяващите наркотици.

За да се подходи към проблема с недиагностицираните случаи на заразяване с ХИВ, през тази година бяха публикувани нови насоки (WHO/UNAIDS, 2007). За постигане на по-висока степен на доброволно тестване за ХИВ се предлага на предоставящите здравни услуги да прилагат проактивен подход при препоръчването на

⁽¹⁵⁰⁾ Вж. фигури INF-8 и INF-11 в статистическия бюлетин за 2007 г.

тестване за ХИВ и консултации, особено в здравните заведения, предназначени за най-застрашените групи от населението като инжекционно употребяващите наркотици. Едно от посланията в резултат от работата на ЕЦМНН по тази тема е, че редовните доброволни медицински прегледи, включително тестването и консултациите за ХИВ и други инфекциозни болести, са особено необходима услуга, която може да бъде предлагана на инжекционно употребяващите наркотици.

За превенцията на хепатит А и В важна роля играят имунизациите. Някои страни осигуряват ваксини за хепатит В за цялото население, докато други се насочват към лицата, които се считат за особено застрашени. В Норвегия имунизациите срещу хепатит А и В се увеличили, след като епидемични взривове на тези инфекции на черния дроб показаха, че инжекционната употреба на наркотици се е разпространила в по-малките общини.

Високото разпространение на инфекциите от хепатит С сред инжекционно употребяващите наркотици налага необходимостта да бъдат разработени по-ефективни ответни мерки срещу това заболяване, при което ваксините не са решение. Редица страни имат специфични програми за превенция на хепатит С и в тази област се работи в някои интересни направления, например кампанията „Спрете хепатит С!“, която се провежда в Осло от 2003 г. и има за цел да достигне до употребяващите наркотици, преди да са започнали инжекционната им употреба или докато все още са в началото на употребата.

Необходимо е също така лечебните услуги и услугите за намаляване на вредите да разработят ответни мерки срещу рисковете, които носи сексуалното поведение на техните пациенти. Освен от инжектирането, употребяващите наркотици могат също да бъдат изложени на повишен риск от заразяване с ХИВ в резултат от сексуалното си поведение — поради влошената способност за вземане на решения, връзката между някои наркотици и високорисковото сексуално поведение или ангажираността със сексуални дейности или с размяна на секс срещу наркотици. Жените, употребяващи наркотици, могат да бъдат особено уязвими, въпреки че съществуват също и опасения за взаимната връзка между употребата на наркотици и високорисковото сексуално поведение при някои групи мъже, които практикуват секс с мъже. Освен от заразяване с ХИВ, употребяващите наркотици могат също да се окажат по-високо застрашени от заразяване с други болести, предавани по полов път, а услугите за лечение за наркотици могат да играят важна роля за диагностицирането на неустановени болести, предавани по полов път. Например проведено наскоро проучване в Малта отчете неустановени инфекции с човешки папиломен вирус сред жени, които са били подложени на скрининг в център за амбулаторно лечение.

Програми за игли и спринцовки

Интегрирането на размяната на игли и спринцовки или на схемите за раздаването им, в рамките на услугите,

предоставяни от агенциите, които работят в областта на наркотиците, и комбинираното предлагане на консултации и съвети относно рисковете, както и насочването на употребяващите наркотици към лечение са обичайна практика в ЕС. Програмите за игли и спринцовки (NSP) бяха определени за приоритетна мярка като подход срещу разпространението на инфекциозни заболявания сред инжектиращите си наркотици в три от четирите страни в ЕС и Норвегия⁽¹⁵¹⁾. Осигуряване на чисти игли и спринцовки отчитат всички страни, с изключение на Кипър, където тази мярка беше препоръчана от експертна група през 2006 г. срещу евентуалното увеличение на инфекциите, свързани с инжекционна употреба на наркотици. Раздаването на други стерилни средства като тампони със спирт и сухи кърпи, вода, филтри и съдове за приготвяне на сместа, както и чисти спринцовки, се превръща в масов подход на предоставящите подобни услуги. Въпреки че раздаването на стерилни материали чрез програми за игли и спринцовки като цяло вече не се счита за спорен въпрос, не всички страни дават приоритет на тези програми, а някои смятат продажбата им чрез аптечната мрежа за напълно достатъчна.

Характерът и мащабите на предлагането на стерилни инжекционни материали са различни в различните страни. Като цяло пунктовете за предоставяне на спринцовки са разположени в специализирани агенции, работещи в областта на наркотиците, и едва в три страни това предлагане се допълва и от мобилно обслужване, което достига до групи, инжектиращи си наркотици, в маргинализирани общности. Автоматите за продажба на спринцовки допълват предоставяните услуги по линията на програмите за игли и спринцовки в десет страни⁽¹⁵²⁾, но данните за обема на продажбите са оскъдни и липсват изследвания за ефективността на този вид предлагане. Люксембург вече се присъедини към Испания и Германия като една от малкото страни, които предлагат размяна на игли и спринцовки в местата за лишаване от свобода; въпреки че в Германия това предлагане е само в един затвор в Берлин.

Масовото наличие на квартални аптеки означава, че схемите за размяна на спринцовки, осъществявани от аптеките, могат значително да подобряват предлагането на спринцовки в географско отношение и по този начин да допълват предлагането от специализираните агенции. В Шотландия например през 2004 г. бяха раздадени 1,7 млн. спринцовки чрез мрежа от 116 включили се в тази дейност аптеки, а в Португалия над 1300 аптеки се включиха в схемата и раздадоха 1,4 млн. спринцовки⁽¹⁵³⁾. Официално организирани схеми за размяна или раздаване на спринцовки чрез аптечната мрежа се отчитат в осем европейски страни (Белгия, Дания, Испания, Франция, Нидерландия, Португалия, Словения, Обединеното кралство).

В страните, в които аптеките са обичаен източник, от който употребяващите наркотици си набавят инжекционни материали, те биха могли да играят още по-важна роля като популяризират сред употребяващите наркотици други здравни мерки, включително като разпространяват информация за риска от заразни болести, свързан със сексуално поведение

⁽¹⁵¹⁾ Вж. фигура 11 в годишния доклад за 2006 г.

⁽¹⁵²⁾ Вж. таблица HSR-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁵³⁾ Вж. таблица HSR-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

и инжектирането, за услуги за тестване и консултации и за насочване към лечение. Понастоящем за работа с цел мотивиране на фармацевтите да се включват в програми за спринцовки и за подпомагане на тези от тях, които вече участват в такива програми, се съобщава само от Франция, Португалия и Обединеното кралство.

Географското покритие на програмите за игли и спринцовки и предоставянето на инжекционни материали чрез тях много се различават в отделните страни. Въпреки това се увеличава броят на страните, които имат мрежи от програми за игли и спринцовки с национално покритие. Страните, които отчитат добро национално покритие на програмите за игли и спринцовки, включват: Люксембург и Малта — две малки страни; Италия, където програмите за игли и спринцовки обикновено или често се изпълняват в около 70 % от всички местни здравни участъци; Чешката република, където те се предлагат във всичките 77 области и в столицата Прага; и Финландия, където законодателството задължава общините да предоставят подходящи услуги за превенция на заразните болести, включително програми за игли и спринцовки. Според приблизителните оценки в Португалия аптечно базираните и мобилни програми за игли и спринцовки покриват около 50 % от територията, а в Дания десет от 13-те графства изпълняват програми за игли и спринцовки. Всички големи градове в Австрия с висока степен на инжекционна употреба на наркотици разполагат най-малко с един пункт за игли и спринцовки, а в България услугата се предлага в десет града с относително високи равнища на проблемната употреба на наркотици. В Естония приблизителните оценки през 2005 г. сочат, че 37 % от инжекционно употребяващите наркотици лица са се възползвали от програмите за игли и спринцовки, докато покритието на целевите групи в Словакия и Румъния се определя като значително по-ниско (съответно 20 % и 10—15%).

Между 2003 и 2005 г. някои страни отчитат увеличаване на общия брой разменени или раздадени спринцовки чрез специализирани програми за игли и спринцовки (България, Чешката република, Естония, Унгария, Австрия, Словакия, Финландия) ⁽¹⁵⁴⁾.

Специализираните агенции, които изпълняват програми за игли и спринцовки, могат да имат и други важни роли в общественото здравеопазване, например да извършват оценка и да повишават осведомеността за рисковото поведение сред потребителите си, като ги мотивират да се подложат на тестване или да се ваксинират, както и да насочват към първични здравни услуги и лечение за наркотици. Въпреки че не е ясна степенята, в която тези агенции предоставят такива услуги, необходимостта от разработването на този вид услуги се подчертава от резултатите от един национален одит, проведен наскоро в Англия. Заключениеето в този одитен доклад е, че степенята на информираност по въпросите на заразните болести сред пациентите е относително

ниска, а агенциите биха могли да бъдат по-активни в предлагането на консултации, тестване и ваксини.

Смъртност и смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Дефиницията на ЕЦМНН за смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, се отнася за случаите, причинени непосредствено от употребата на един или повече наркотици. Обикновено смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, настъпват скоро след вземането на веществото или веществата. Други понятия, използвани за характеризиране на тези смъртни случаи са „свръхдоза“, „отравяне“, „смъртни случаи, предизвикани от употреба на наркотици“, или „тежка смъртност, причинена от употребата на наркотици“ ⁽¹⁵⁵⁾. Броят на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, в дадена общност зависи от броя на лицата, употребяващи видовете наркотици, които се свързват със случаите на свръхдоза (по-специално опиати). Други фактори, които също имат значение, са: делът на инжектиращите си наркотици лица, разпространението на едновременната употреба на няколко вида наркотици, предлагане и политика на лечебните услуги и на спешна помощ.

Въпреки че през последните години сравнимостта на европейските данни се подобри, различията в качеството на отчитането в отделните страни все още означават, че трябва да се внимава, когато се правят непосредствени сравнения. Мащабите на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, могат да бъдат изразени като брой на регистрираните случаи като процент от населението или процент от общата смъртност. Въпреки че между отделните страни съществуват различия в качеството на отчитането, ако методите не се променят във времето, могат да се наблюдават тенденции за броя и характеристиките на случаите на свръхдоза.

В периода от 1990 до 2004 г. държавите-членки на ЕС ежегодно отчитаха от 6500 до над 9000 смъртни случая, което общо за периода възлиза на над 122 000 смъртни случая. Тези стойности трябва да се считат за минимални приблизителни оценки ⁽¹⁵⁶⁾.

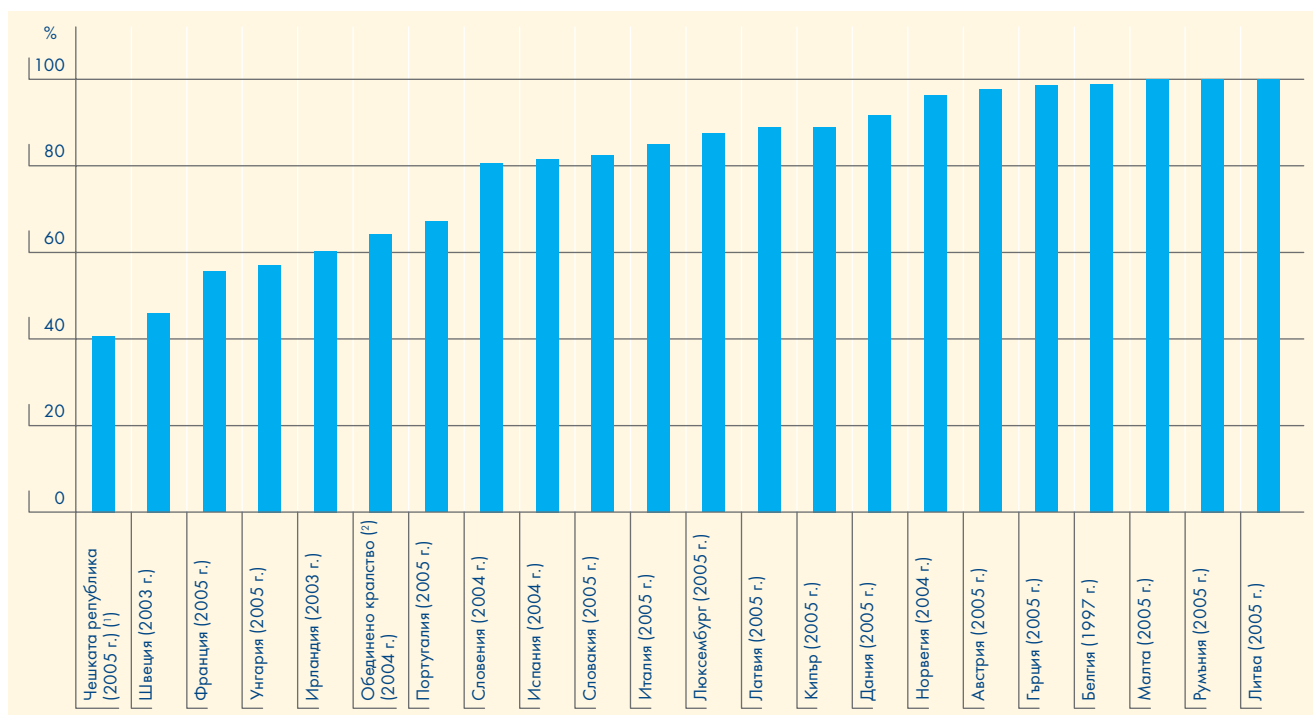
Смъртността сред населението, която се дължи на смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, варира в широки граници в отделните страни — в рамките на 3—5 ⁽¹⁵⁷⁾ до над 50 смъртни случая на един милион души от населението (средно 18,3), като в 11 европейски страни се отчитат стойности над 20 на милион. Сред мъжете на възраст 15—39 години смъртността обикновено е трикратно по-висока (средно 61 смъртни случая на един милион души). През 2004—2005 г. смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, са причина за 4 % от всички смъртни случаи сред

⁽¹⁵⁴⁾ Вж. таблица HSR-3 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁵⁵⁾ Повечето национални дефиниции за случаите са същите като тази на ЕЦМНН или много сходни на нея, въпреки че някои страни все още включват и случаите на смърт, дължаща се на психоактивни лекарствени средства, или смъртност, която не е предизвикана от свръхдоза, които обикновено имат ограничен относителен дял (вж. методическите бележки „Обобщение на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици — дефиниции и методологични въпроси“ в статистическия бюлетин за 2007 г., както и „Стандартен протокол за смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, версия 3.1“).

⁽¹⁵⁶⁾ Вж. таблици DRD-2 (част i), DRD-3 и DRD-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁵⁷⁾ Във Франция през 2005 г. стойността е била 0,9 на милион, което може да е показател за занижено отчитане, но трябва да се отбележи, че през 1994 г. е била около десетократно по-висока, след което смъртните случаи, предизвикани от свръхдоза, започват да намаляват.

Фигура 12: Дял на тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, които са с доказано наличие на опиати

(¹) Вместо националната дефиниция за Чешката република беше използвана дефиницията съгласно селекция D на ЕЦМНН за тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици. Националната дефиниция включва отравяне с психоактивни вещества, на което се дължат по-голямата част от случаите (156 случая от общо 218).

(²) Дефиниция на Националната статистическа служба.

БЕЛЕЖКА: В някои страни „националните дефиниции“ за смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, включват ограничен брой смъртни случаи, които само косвено са свързани с употребата на наркотици.

Данни за 2005 г. или за последната година, за която има данни. За по-подробна информация вж. таблица DRD-1 в статистическия бюлетин за 2007 г.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.) с данни от националните регистри на смъртните случаи или от специални регистри.

европейците на възраст 15–39 години и за над 7 % от тези в девет страни (¹⁵⁸).

Освен от свръхдоза, употребяващите наркотици умират и по причини, които не са пряко свързани с употребата на наркотици. През 2003 г. например смъртните случаи от СПИН, свързани с инжекционна употреба на наркотици, са причина за почти 1400 смъртни случая (EuroHIV, 2006) (¹⁵⁹), въпреки че това вероятно е занижена стойност. По-трудно може да се даде оценка за броя на смъртните случаи по причини, които не са пряко свързани с употребата на наркотици (например от хепатит, насилие, самоубийства или нещастни случаи). По приблизителни оценки 10–20 % от смъртността сред младите най-малкото в някои европейски градове може да бъдат отдадени както непосредствено, така и косвено на употребата на опиати (Bargagli et al., 2006) (вж. по-долу). Към това се прибавя смъртността, свързана с други форми на употреба на наркотици (например кокаин), но тя по-трудно може да бъде определена количествено.

Определянето на общото равнище на смъртността в резултат от проблемна употреба на наркотици на национално или европейско равнище ще наложи подобряване на събирането и анализа на данните. Опит за това в национален мащаб се отчита в националния

доклад на Нидерландия. Чрез екстраполиране на данните от местно проучване се прави приблизителна оценка на смъртността, която пряко или косвено се дължи на проблемна употреба на наркотици, като се отчитат регионалните различия. Въпреки че е необходима допълнителна работа по методологията, този вид проучване, като допълнение към измерването на броя на косвено свързаните с употребата на наркотици смъртни случаи, притежава потенциала да преодолее проблема с евентуалното занижено отчитане на смъртните случаи от свръхдоза.

Тежки смъртни случаи, свързани с употреба на опиати

Смъртни случаи от хероин (¹⁶⁰)

Свръхдозата опиати е една от главните причини за смъртността сред младежите в Европа, особено сред мъжете в градските райони. Опиатите присъстват в повечето отчетени в ЕС тежки смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, предизвикани от незаконни вещества, предимно хероин или неговите метаболити, като възлизат на 46 до 100 % (фигура 12). В Европа повечето смъртни случаи от употреба на опиати са свързани с хероин, но често се установява, че известна роля играят и други вещества, по-конкретно алкохол, бензодиазепини или други видове опиати, а в някои страни и кокаин. В доброволно събиране на данни за

(¹⁵⁸) Вж. таблица DRD-5 в статистическия бюлетин за 2007 г.

(¹⁵⁹) Стойността е за западната и централната част на европейския регион на СЗО, включващ страни, които не са членки на ЕС, както и общия брой на смъртните случаи в Естония, Латвия и Литва (източен район).

(¹⁶⁰) Тъй като повечето случаи, които се отчитат в ЕЦМНН, са за свръхдоза опиати, за описание на случаите с опиати се използват общите характеристики на тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици.

веществата, които са намесени в смъртните случаи от наркотици през 2006 г., в което участваха девет страни ⁽¹⁶¹⁾, беше потвърдено, че при случаите на свръхдоза от опиати обикновено се цитира повече от един наркотик (60—90 % от случаите) и те могат да се считат за „смъртни случаи вследствие на употреба на няколко вида наркотици“.

Повечето от смъртните случаи от свръхдоза опиати са с мъже (59—100 %), като дялът на жените е най-голям в Чешката република, Полша и Словакия и най-нисък в Италия, Литва и Люксембург. Повечето жертви на свръхдоза са между 20- и 40-годишни, със средна възраст за повечето страни около 35 години ⁽¹⁶²⁾. Средната възраст на жертвите на свръхдоза е най-ниска в България, Естония, Латвия и Румъния, а най-висока в Полша, Финландия и Обединеното кралство. Много малко са отчетените смъртни случаи от свръхдоза сред лица на възраст под 15 години, въпреки че е възможно броят на отчетените смъртни случаи от наркотици в тази възрастова група да е занижен. Въпреки че няколко смъртни случая, свързани с употреба на наркотици, са регистрирани сред хора над 65-годишна възраст, само седем страни съобщават за над 5 % от случаите от тази възрастова група. В няколко от държавите-членки, които се присъединиха към ЕС след 2004 г., сравнително ниската средна възраст на починалите и високият относителен дял на смъртните случаи от свръхдоза при лица на възраст под 25 години вероятно е сигнал, че употребата на героин в тези страни е предимно сред по-младото население ⁽¹⁶³⁾.

В много държави-членки възрастта на жертвите от свръхдоза се увеличава, което предполага намаляване на разпространението на употребата на героин сред младежите. Тази тенденция е обща за държавите-членки на ЕС-15, въпреки че в Австрия и Люксембург през последните години се наблюдава намаление. В другите държави-членки тенденциите не са така ясни и малкият брой случаи затруднява тълкуването на стойностите ⁽¹⁶⁴⁾.

Смъртни случаи от метадон и бупренорфин

Въпреки че научните изследвания показват, че субституиращото лечение намалява риска от смъртоносна свръхдоза, всяка година се регистрират известен брой смъртни случаи, свързани със злоупотреба със субституиращи лекарствени препарати. Наблюденията над броя на смъртните случаи, свързани с употреба на метадон и на бупренорфин, както и над обстоятелствата около тях, може да осигури важна информация за гарантиране на качеството на субституиращите програми и за информиране на инициативите за превенция и намаляване на вредите.

Няколко са страните, които съобщават за наличие на метадон в значителен дял от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, въпреки че не винаги е ясно каква е ролята на метадона за смъртта и е възможно да има наличие и на други вещества. Дания съобщава, че метадонът е причина за отравяне (самостоятелно или в комбинация) в 43 % от смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици (89 от 206 през 2005 г.); Германия съобщава, че през 2005 г. 255 случая (от

общо 1477) се дължат на „субституиращи вещества“ (в 75 самостоятелно и в 180 в съчетание с други наркотици), в сравнение с 345 случая през 2004 г.; Обединеното кралство съобщава за 280 случая (от общо 1972 според дефиницията в стратегията за наркотиците), в които се „споменава“ метадон (2004 г.); а в Норвегия 55 аутопсии регистрират следи от метадон. Испания съобщава (в националния си доклад от мрежата Reitox за 2005 г.), че са регистрирани малко смъртни случаи от свръхдоза, в които метадонът присъства самостоятелно (2 % от всички), но той често се среща в комбинация с други наркотици при смъртни случаи от опиати (42 %) и от кокаин (20 %). Другите страни не съобщават за смъртни случаи от метадон или отчетения брой е много малък.

Смъртните случаи, дължащи се на отравяне с бупренорфин, изглежда са рядкост — факт, който се отдава на фармакологичните характеристики агонист—антагонист на този наркотик. Въпреки това европейските страни съобщават за известен брой смъртни случаи. В националните доклади за 2006 г. и 2005 г. единствено Франция и Финландия съобщават за смъртни случаи, свързани с това вещество. Във Финландия бупренорфин е открит в 83 смъртни случая, свързани с употреба на наркотици през 2005 г. (73 през 2004 г.), и обикновено в комбинация с бензодиазепини, седативи или алкохол или употребен инжекционно. Във Франция се съобщава само за два смъртни случая от свръхдоза бупренорфин през 2005 г. (четири през 2004 г.). Бупренорфинът е основно субституиращо вещество в терапията срещу опиати в тези две страни, но оценките за 70 000 до 85 000 души на лечение с бупренорфин във Франция са много по-високи от броя на лекуваните лица във Финландия. Освен Франция и Финландия за смъртни случаи, свързани с бупренорфин през 2004 г., съобщават още три страни (всяка от тях само за два или три случая). Едно проучване в Обединеното кралство специално за смъртните случаи между 1980 и 2002 г., в които се споменава бупренорфин, установява, че те са едва 43 и често касаят комбинация с бензодиазепини или други опиати (Schifano et al., 2005).

Тежки смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, различни от опиатите

Смъртни случаи, свързани с екстази и амфетамини

Смъртните случаи вследствие на екстази не са често явление, но са причина за сериозно безпокойство, откакто започнаха да се отчитат преди няколко години, защото често се случват неочаквано сред социално интегрирани млади хора. Ограничената информация по данните от националните доклади за 2006 г. от мрежата Reitox сочи, че смъртните случаи, свързани с екстази, остават на сходни равнища с отчетените през предходните години. В Европа като цяло бяха цитирани 78 смъртни случая, в които е намесен екстази ⁽¹⁶⁵⁾.

Смъртни случаи от амфетамин също се отчитат рядко, въпреки че през 2004 г. в Чешката република 16 случая бяха приписани на первитина (метамфетамин), а през 2005 г. — 14, което съответства на увеличението на изчисления брой проблемно употребяващи первитин

⁽¹⁶¹⁾ Чешката република, Дания, Германия, Латвия, Малта, Нидерландия, Австрия, Португалия и Обединеното кралство.

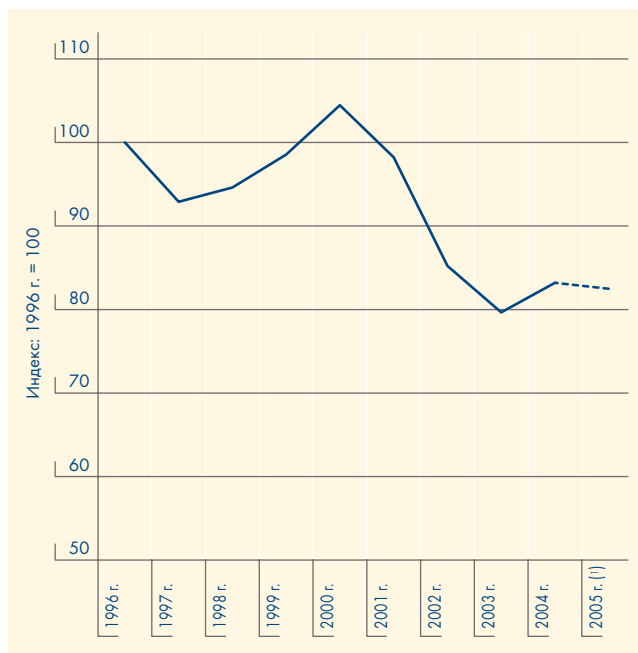
⁽¹⁶²⁾ Вж. таблица DRD-1 (част i) в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁶³⁾ Вж. фигура DRD-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁶⁴⁾ Вж. фигури DRD-3 и DRD-4 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁶⁵⁾ В зависимост от страната стойностите се отнасят за 2004 г. или за 2005 г. за екстази и кокаин.

Фигура 13: Общи тенденции при тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици, за всички държави-членки, за които има налични данни, за периода 1996–2005 г.



(1) Стойността за 2005 г. е условна и се основава на сравнение между данните за 2004 и 2005 г. само за онези страни, които са предоставили информация и за двете години.

БЕЛЕЖКА: Индексиранията промяна е изчислена на базата на страните, за които разполагаме с информация за цитираната и за предходната година.

Вж. таблица DRD-2 в статистическия бюлетин за 2007 г. за броя на смъртните случаи във всяка страна и методологичните бележки.

Източници: Национални доклади от мрежата Reitox (2006 г.) с данни от общите регистри на смъртните случаи или от специални регистри (съдебни или полицейски).

и на търсенето на лечение. Във Финландия бяха отчетени 65 смъртни случая, свързани с амфетамини, въпреки че не е посочена ролята на този наркотик в тези смъртни случаи.

Смъртни случаи, свързани с кокаин

Смъртните случаи от свръхдоза кокаин по-трудно могат да се идентифицират от тези, които се дължат на свръхдоза опиати, и често се смята, че са резултат от комбинация от причини, а не толкова от токсичността на кокаина⁽¹⁶⁶⁾. Изследвания са установили, че повечето смъртни случаи вследствие на кокаин са свързани с хронична употреба на наркотика и често са резултат от сърдечно-съдови и неврологични проблеми, възникнали поради продължителната употреба на кокаин, особено сред употребяващите го с предразположеност към такива заболявания или при които са налице други рискови фактори. В Европа отчетените смъртни случаи, в които е намесен кокаин, обикновено споменават и наличие на други вещества (включително алкохол и опиати), което е отражение на факта, че кокаин се употребява в комбинация с други наркотици.

Сред страните, които са предоставили данни, в националните доклади през 2006 г. и 2005 г. са идентифицирани над 400 смъртни случая от кокаин.

Съществува категорична необходимост от допълнителни изследвания върху последиците за здравето и смъртността, свързани с употребата на кокаин.

Тенденции в тежките смъртни случаи, свързани с употребата на наркотици

Националните тенденции при смъртните случаи, свързани с наркотици, могат да дадат задълбочена информация едновременно за развитието на моделите на проблемна употреба на наркотици във всяка страна и за новите моменти в областта на ответните мерки. Наличните данни за ЕС очертават някои общи тенденции в свързаните с наркотици смъртни случаи. В по-дългосрочен аспект през 80-те и в началото на 90-те години на XX в. беше наблюдавано рязко увеличение на смъртните случаи, свързани с наркотици в държавите-членки на ЕС-15 и Норвегия, което вероятно съпътства увеличаването на употребата на хероин и на инжектирането⁽¹⁶⁷⁾. В периода между 1990 и 2000 г. смъртните случаи, свързани с наркотици, продължиха да се увеличават, въпреки че не така рязко.

След 2000 г. много страни от ЕС отчетиха намаляване на броя на смъртните случаи, свързани с наркотици, което вероятно е свързано с увеличаването на предлагането на лечение и с инициативите за намаляване на вредите, въпреки че намаляването на инжекционната употреба или намаляването на предлагането на хероин вероятно също са от значение. На европейско равнище смъртните случаи, свързани с наркотици, намаляха с 6 % през 2001 г., с 14 % през 2002 г. и с 5 % през 2003 г. (Фигура 13). Въпреки това докладите за 2004 г. и предварителните данни за 2005 г. сочат, че намалението на броя на смъртните случаи, свързани с наркотици, не продължава след 2003 г.

В докладите за смъртните случаи, свързани с наркотици, в някои страни започна да се появява тревожна тенденция. След подчертано върховите стойности при смъртните случаи, свързани с наркотици, в периода 1999–2001 г., последвани от ясно изразено намаление в продължение на две-три години, през 2004 и 2005 г. се наблюдава увеличение на отчетените смъртни случаи⁽¹⁶⁸⁾. Този профил характеризира като цяло наблюдаваните през последните години тенденции при смъртните случаи, свързани с наркотици, в Ирландия, Гърция, Португалия, Финландия и Норвегия, и в по-малка степен тенденциите в Нидерландия, Австрия и Обединеното кралство. След няколко години намаление на броя на смъртните случаи, свързани с наркотици, в Италия, през последните две години се регистрира известно увеличение⁽¹⁶⁹⁾. Предполага се, че причина за това увеличение напоследък могат да бъдат няколко възможни фактора, сред които употребата на няколко вида наркотици от употребяващите опиати или вероятното увеличено предлагане на хероин.

Налице е подчертано разминаване в тенденциите при смъртните случаи, свързани с наркотици, между държави-членки от ЕС-15 и тези, които се присъединиха след 2004 г. При държавите-членки на ЕС-15 от 1996 г. насам се наблюдава общо намаление, особено силно изразено в периода между 2000 и 2002 г., което предполага, че е налице трайно намаление на броя на младите инжектиращи опиати. Въпреки това последните тенденции в тези страни са различни. В новите

⁽¹⁶⁶⁾ За по-подробен доклад относно смъртните случаи, свързани с този наркотик, вж. подборения материал за кокаина за 2007 г.

⁽¹⁶⁷⁾ Вж. фигура DRD-8 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁶⁸⁾ Вж. таблица DRD-2 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁶⁹⁾ Вж. фигура DRD-11 в статистическия бюлетин за 2007 г.

държави-членки до 2002 г. се наблюдаваше рязко увеличение, но през 2003—2004 г. е налице намаление.

В Гърция се наблюдава увеличение на дела на смъртните случаи, свързани с наркотици, сред употребяващите наркотици под 30-годишна възраст, а в Естония, Люксембург, Австрия и в по-малка степен в Латвия и Нидерландия — сред тези на възраст под 25 години, въпреки че в повечето страни намалява делът на младежите, употребяващи наркотици, починали от свръхдоза ⁽¹⁷⁰⁾.

Също така се наблюдават някои полови различия в тенденциите при смъртните случаи, свързани с наркотици ⁽¹⁷¹⁾. За повече подробности вж. подборния материал за половите различия и употребата на наркотици за 2006 г.

Обща смъртност сред проблемно употребяващите наркотици

Информацията за общата смъртност (непосредствено и косвено причинена от наркотици) сред проблемно употребяващите наркотици се отнася за употребяващите опиати, докато за смъртността, свързана с други форми на употреба на наркотици, обикновено липсва информация, но тя остава важна за целите на общественото здравеопазване, например по отношение на лицата, които редовно употребяват кокаин, но са социално интегрирани.

Научните изследвания сред употребяващите опиати в различни видове обстановка в Европа установиха, че смъртността сред тази група е висока в сравнение с тази сред общото население. Съвместно проучване, което се проведе в рамките на проект на ЕЦМНН, установи, че смъртността сред употребяващите опиати, които са на лечение в осем европейски града, е много по-висока от тази сред връстниците им (вж. EMCDDA, 2006). Едно групово проучване за смъртността, проведено в Чешката република, установи, че стандартната смъртност сред употребяващите стимуланти е от 4 до 6 пъти по-висока, отколкото тази сред общото население, докато смъртността сред употребяващите опиати е от 9 до 12 пъти по-висока (национални доклади от мрежата Reitox, 2005 г.). Друго групово проучване във Франция, направено сред лица, задържани за употреба на хероин, кокаин или крек, установява, че смъртността сред мъжете е петкратно по-висока, а смъртността сред жените е 9,5 пъти по-висока от тази сред общото население, но с тенденция към намаляване (национални доклади от мрежата Reitox, 2005 г.). Очаква се допълнителна информация за смъртността сред употребяващите наркотици от групови проучвания, които в момента се извършват в няколко европейски страни (България, Испания, Малта, Австрия, Полша, Румъния, Швеция, Обединеното кралство, Норвегия).

Последните изследвания в Нидерландия и Норвегия не установяват връзка между възрастта и опасността от смърт от свръхдоза (Cruits et al., в печата; Ødegård et al., 2006, цитиран в националния доклад на Норвегия), но с увеличаването на възрастта на употребяващите опиати към смъртността, дължаща се на външни причини, например самоубийство и насилие, постепенно се добавя и смъртността в резултат от хронични заболявания. Лошите условия на живот на употребяващите наркотици, както

Съпътстващи заболявания и проектът ISADORA

Психичните отклонения често се свързват с проблемната употреба на наркотици. Въпреки че на европейско равнище не съществува системно събирана информация за съпътстващата заболяемост, заключенията от проведените в няколко европейски страни местни изследвания сочат, че между 30 и 90 % от пациентите на лечение за наркотици вероятно са със съпътстващи психични болестни състояния. Към най-честите нарушения, диагностицирани сред зависимите от наркотици лица, спадат личностните разстройства, депресиите, асоциалното поведение, състояния на безпокойство и смущения в настроението и храненето. Споменават се също и шизофренията и склонността към самоубийство. Съпътстващи заболявания се регистрират по-често сред употребяващите хероин, особено сред лицата, които от дълго време употребяват наркотика и които са претърпели няколко прекъсвания на метадоновата терапия и чиито социални условия и условия на живот са се влошили. По същия начин зависимостта от наркотични вещества често се среща сред лицата със сериозни психични заболявания.

Европейският проект ISADORA (integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction — „комплексни услуги, целящи двойно диагностициране и оптимално възстановяване от наркомани“) беше завършен през 2005 г. след тригодишен период на изследвания ⁽¹⁾. Проектът, имащ за цел да идентифицира главните институционални и индивидуални рискови фактори за съпътстващите заболявания, обхвана седем обекта от различни части на Европа и 352 пациенти, избрани от отделения за тежки психични разстройства. Според резултатите недоброто прогнозиране и хаотичните пътища на двойно диагностициране не се дължат единствено на характеристиките на пациентите, но и на разпокъсаното извършване на услугите, което често води до неефективно категоризиране на грижите. Сред резултатите от проекта ISADORA е и едно обширно ръководство за обучение по двойно диагностициране.

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

и проблемите с психичното им здраве, също могат да имат значителен принос за високата смъртност сред тази група.

В някои изследвания сред употребяващи наркотици като причина за смъртните случаи от свръхдоза се определя самоубийството. Известните случаи на самоубийство, към които се добавят и смъртните случаи с неопределен умисъл, съставляват 30 % от всички смъртни случаи, свързани с наркотици, регистрирани в Шотландия през 2005 г. През 2003 г. 13 % от всички смъртни случаи, свързани с наркотици, са били самоубийства (Scottish Executive, 2005). Смята се, че проблемите със злоупотребата с различни вещества допринасят за самоубийственото поведение по няколко начина: общи рискови фактори, злоупотреба с различни вещества сред лица с високорисково поведение.

Намаляване на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици

Признаването на относителното значение на свръхдозата наркотици като проблем в областта на общественото

⁽¹⁷⁰⁾ Вж. фигура DRD-9 в статистическия бюлетин за 2007 г.

⁽¹⁷¹⁾ Вж. фигура DRD-6 в статистическия бюлетин за 2007 г.

здраве, увеличи вниманието, което се отделя на мерките за превенция на случаите на свръхдоза. Въпреки че включването в терапии и други услуги може да намали смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, остава значителен потенциал за разработване на мерки за намеса, насочени конкретно към рисковете от свръхдоза и като цяло в Европа все още липсва цялостен подход за превенция на случаите на свръхдоза.

Държавите-членки, особено тези с минали епидемични размери на хероинова употреба, все повече увеличаваха предлагането на лечение за наркотици през изминалите години и днес вече достигат до все по-голям брой трудно достъпни проблемно употребяващи наркотици (вж. също глава 2 и глава 6). По-лесният достъп до лечение и по-голямото разнообразие от подходи, включително субституиращата терапия, повишават дела на задържащите се на лечение, което има важен принос за намаляване на смъртните случаи и смъртността, свързани с употребата на наркотици. Някои страни намалиха праговете си равнища за достъп до поддържаща терапия и се забелязват промени във философията в посока към ускоряване на постъпването и на повтаряне на цикъла на лечение с метадонова поддържаща терапия (мерки, за които е доказано, че увеличават преживяемостта). Освен това изследванията на програмите с високи прагови равнища на достъп сочат, че строгите критерии за приемане на лечение и строгите правила при лечението водят до повече случаи на изписване по дисциплинарни причини, което повишава смъртния риск за изписаните повече, отколкото при останалите на лечение (Fugelstad et al., 2007). Понастоящем в Италия се провежда хоризонтално изследване за ефективността на лечението за хероинова зависимост, което ще проучи връзката между задържането на лечение и смъртността (Bargagli et al., 2006).

През първите няколко седмици след напускането на местата за лишаване от свобода или на центровете за лечение лицата, които са спрели употребата на опиати, са по-силно застрашени от свръхдоза, ако отново започнат да употребяват наркотици, тъй като предишната им поносимост е намалена. Поради това е важно като мярка за намаляване на вредите да се информират лицата, които напускат такива заведения, за рисковете, произтичащи от възобновяване на употребата на наркотици, и да се обсъдят с тях стратегии за намаляване на риска. Продължаването на грижите за тях чрез социално подпомагане и лечебни услуги може да има важна роля в този процес, особено за лицата, които напускат местата за лишаване от свобода.

Други подходи за превенция на свръхдозата включват обучението на употребяващите наркотици по въпроси във връзка с възстановителния период и как да реагират по-добре в спешни случаи, както и работа съвместно с полицията, спешната медицинска помощ и самите употребяващи наркотици, с цел насърчаването им да потърсят спешна медицинска помощ на ранен етап от приемането на свръхдоза. Изследванията показват, че едновременната употреба на други наркотици, особено на алкохол и седативи, може да увеличи риска от смъртоносна свръхдоза опиати и поради това употребата на няколко вида наркотици е важен проблем, към който трябва да подхождат услугите. Някои експерименти проучват възможността да се предоставят

на употребяващите наркотици антагонисти на опиатите, като такъв пример е пилотната схема в Шотландия за раздаване на налоксон на употребяващите наркотици, на техните семейства и приятели. Този подход все още не е широко развит в Европа, но може да притежава потенциал. По-често срещан, но не и универсален подход, е предлагането на опиатни антагонисти в линейките, в лечебните центрове или на други места, където е възможно да се срещнат случаи на свръхдоза опиати. Предвид ефикасността на тези вещества, когато бъдат приложени бързо, съществува категорична необходимост да бъде преразгледано прилагането на този вид ответни мерки в рамките на всеки предприет преглед на мерките за превенция на случаите на свръхдоза.

Подход, който предизвиква известни спорове, е осигуряването на помещения за употреба на наркотици, където употребяващите наркотици могат да вземат наркотика на предназначени за тази цел места, в които могат да се предлагат също и медицински и други услуги. Помещенията за употреба на наркотици бяха критикувани от Международния съвет за контрол на наркотиците към ООН (INCB) в неговите последни годишни доклади, но се считат от някои държави-членки на ЕС за полезен компонент на техните ответни мерки срещу някои форми на високо проблемна употреба на наркотици. Аргументите в полза на помещенията за употреба на наркотици са, че те: са мярка за превенция на свръхдозата; намаляват другите рискове, свързани с инжекционната употреба; дават възможност за разпространение на информация; и служат като път за връзка с първичната медицинска помощ, лечебните услуги и други видове услуги във връзка с наркотиците. Помещенията за употреба на наркотици понякога се разглеждат и като възможност за ограничаване на нарушенията на обществения ред, които се предизвикват след употреба на наркотици. В ЕС и Норвегия сега съществуват над 70 помещения за употреба на наркотици: около 40 в Нидерландия, 25 в Германия, 6 в Испания и по едно в Люксембург и Норвегия.

Информационните, образователни и комуникационни техники се използват навсякъде в Европа в инициативи, целящи намаляване на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици. Някои страни съобщават, че разпространяват специално разработени информационни материали сред употребяващите наркотици, сред техни близки и семействата им или в полицията. Въпреки това, освен курсовете за оказване на първа помощ за персонала на агенциите, работещи в областта на наркотиците, или за самите употребяващи наркотици, в Европа като че ли все по-често се срещат оценката на риска от свръхдоза и консултиране по въпросите на управление на риска и това се споменава, например, в докладите на Румъния, Нидерландия и Малта. През 2005 г. в Шотландия беше предприет план за действие за намаляване на смъртните случаи, свързани с употребата на наркотици, който се изразява в разпространяване на информационно DVD по въпросите на свръхдозата, нови изследвания, с които се проучват закъсненията при потърсена помощ, и национален форум за обсъждане на тенденциите и определяне на областите, в които трябва да бъдат предприети допълнителни действия.



Библиография

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), 'The influence of school culture on smoking among pupils', *Social science and medicine* 58, pp. 1767–80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), 'VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population', *Substance use misuse* 41, pp. 1861–79.
- Binnie, I., Kinver, A. and Lam, P. (2006), 'Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation', Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), 'Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science', *Addictive behaviours* 25, pp. 955–64.
- Bühler, A. and Kröger, C. (2006), 'Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs', *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Cologne.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. and Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. and Sanchez, V. (2005), 'Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth', *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 363–74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. and Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. and Van Laar, M. (in press), 'Estimating the total mortality among problem drug users', *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), 'Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004', *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. and Dodge, K.A. (2005), 'Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change', *Journal of abnormal child psychology* 33, pp. 395–400.
- ECDC (2007), 'HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic', Technical report, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No. 16, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- EMA (2005), 'Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion', doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), 'Public opinion in the European Union', *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, European Commission, Luxembourg.
- FESAT (2005), 'Monitoring project: changes during the second half of 2005' (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), 'Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination', *Prevention science* 6, pp. 151–75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. and Thiblin, I. (2007), 'Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings', *Addiction* 102, pp. 406–12.
- GAO (2006), 'ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use', Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (2001), 'NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake', National Addiction Centre, London.
- 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.
- HDA (2004), 'The effectiveness of public health campaigns', Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006), 'Real life is messy', *Drugs: education, prevention and policy* 13, pp. 389–91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lisbon (unpublished).
- Kouvonen, P., Skretting, A. and Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. and Jordan, M. (2006), 'Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors', *Drug and alcohol dependence* 84, pp. 167–74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. and Younoszai, T.M. (2005), 'Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use', *Journal of drug education* 35, pp. 233–53.
- London Drug Policy Forum (1996), 'Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues' (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. and van de Wijngaart, G. (2007), 'Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation', *Journal of advanced nursing*, 57, 422-31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), 'Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season,' report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. and Torrens, M. (2005), 'Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento', in: Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (editors), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, pp. 111–21.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. and Hunt, N. (2005), 'Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the U', *Addiction* 100, pp. 1140–9.
- Nabben, T., Benschop, A. and Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. and McKeganey, N. (2000), 'The rise and rise of peer education approaches', *Drugs: education, prevention and policy* 7, pp. 293–310.
- Reitox national reports (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), 'What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures', *Addiction* 101, pp. 315–22.
- Rigter, H. (2005), 'Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights', in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, pp. 117–24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), 'Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002', *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, pp. 343–48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), 'Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement', *European addiction research* 12, pp. 121–27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), 'Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study', *Addictive behaviours* 29, pp. 743–52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. and Hellwich, W.K. (2006), 'Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen', *Sucht* 52, pp. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), 'A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project', *Addiction* 101, pp. 813–23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), 'The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales', *British journal of general practice* 55, pp. 444–51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. and Beynon, C. (2007), 'Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)', unpublished paper, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, United Kingdom.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- Weaver, T. (2007), 'Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services', National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), 'Critical review of ketamine 2006', 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), 'Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities', World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. and Ahlner, J. (2004), 'A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden', *Journal of analytical toxicology* 28, pp. 67–70.

Европейски център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите

Годишен доклад 2007 г.: Състояние на проблема с наркотиците в Европа

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности

2007 г. — 91 стр. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-283-6

3а ЕЦМНН

Европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите (ЕЦМНН) е една от децентрализираните агенции на Европейския съюз. Основан през 1993 г. и базиран в Лисабон, Центърът е източник на всеобхватна информация за наркотиците и наркотичната зависимост в Европа.

ЕЦМНН събира, анализира и разпространява обективна, надеждна и сравнителна информация във връзка с наркотиците и наркотичната зависимост. Чрез тази дейност Центърът запознава аудиторията си с подкрепената с факти картина на феномена „наркотици“ на европейско равнище.

Публикациите на ЕЦМНН са основен източник на информация за широк кръг лица, включително за лицата, отговорни за вземането на решения, и съветниците им, професионалистите и изследователите, работещи в областта на наркотиците, и в по-широк план — медиите и обществеността.

Годишният доклад представя обзора на ЕЦМНН за феномена наркотици в ЕС и представлява важен източник на информация и библиография за търсещите последни сведения във връзка с наркотиците в Европа.