



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

# ΕΚΘΕΣΗ 2007

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ  
ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ





Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

---

Α  
Ε  
Ν  
Ι  
Ω  
Σ  
Ε  
Ε  
Θ  
Γ  
Λ  
2002  
Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ  
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ  
Ε

## Ανακοίνωση νομικού περιεχομένου

Η παρούσα έκδοση αποτελεί ιδιοκτησία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) και καλύπτεται από δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας. Το ΕΚΠΝΤ δεν φέρει καμία ευθύνη ή υπαιτιότητα για τυχόν συνέπειες από τη χρήση των στοιχείων που περιέχει το παρόν έγγραφο. Το περιεχόμενο της παρούσας έκδοσης δεν αντιπροσωπεύει υποχρεωτικά την επίσημη θέση των εταίρων του ΕΚΠΝΤ, των κρατών μελών της ΕΕ ή των θεσμικών οργάνων και οργανισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Περισσότερες πληροφορίες για την Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχονται από το Διαδίκτυο μέσω του διακομιστή Ευρορα (<http://europa.eu>).

Η Άμεση Ευρώπη είναι μια υπηρεσία που σας βοηθά να βρείτε απαντήσεις στα ερωτήματά σας για την Ευρωπαϊκή Ένωση

Αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Ορισμένες εταιρείες κινητής τηλεφωνίας δεν επιτρέπουν την πρόσβαση στους αριθμούς 00 800, ή οι κλήσεις αυτές μπορεί να χρεώνονται.

Η παρούσα έκθεση διατίθεται στα βουλγαρικά, ισπανικά, τσεχικά, δανικά, γερμανικά, εσθονικά, ελληνικά, αγγλικά, γαλλικά, ιταλικά, λεπτονικά, λιθουανικά, ουγγρικά, ολλανδικά, πολωνικά, πορτογαλικά, ρουμανικά, σλοβακικά, σλοβενικά, φινλανδικά, σουηδικά, τουρκικά και νορβηγικά. Όλες οι μεταφράσεις έχουν γίνει από το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Δελτίο βιβλιογραφικής κατάταξης υπάρχει στο τέλος του τεύχους.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007

ISBN 978-92-9168-287-4

© Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2007

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή με αναφορά της πηγής.

*Printed in Belgium*

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης  
Ναρκοτικών και Τοξικομανίας

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Τηλ. (351) 218 11 30 00 · Φαξ (351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) · <http://www.emcdda.europa.eu>

## Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Ευχαριστίες	7
Εισαγωγικό σημείωμα	9
Σχόλια — Η κατάσταση στην Ευρώπη όσον αφορά τα ναρκωτικά	11
Κεφάλαιο 1	
<b>Πολιτικές και νομοθεσία</b>	<b>18</b>
Κεφάλαιο 2	
<b>Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη — επισκόπηση</b>	<b>28</b>
Κεφάλαιο 3	
<b>Κάναβη</b>	<b>37</b>
Κεφάλαιο 4	
<b>Αμφεταμίνες, έκσταση και LSD</b>	<b>48</b>
Κεφάλαιο 5	
<b>Κοκαΐνη και κρακ</b>	<b>57</b>
Κεφάλαιο 6	
<b>Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών</b>	<b>63</b>
Κεφάλαιο 7	
<b>Νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών και δράσεις για τα νέα ναρκωτικά</b>	<b>72</b>
Κεφάλαιο 8	
<b>Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά</b>	<b>77</b>
Παραπομπές	89



## Πρόλογος

Η παρούσα αποτελεί τη δωδέκατη επίσημη έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. Όπως και οι προηγούμενες εκθέσεις παρέχει ολοκληρωμένη ενημέρωση για την τρέχουσα κατάσταση της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη. Παρουσιάζει επίσης την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην Ευρώπη όσον αφορά τη δημιουργία ενός μεθοδολογικά ορθού, βιώσιμου και ολοκληρωμένου συστήματος πληροφοριών για την παρακολούθηση της χρήσης ναρκωτικών.

Η έκθεση πραγματεύεται δύο θεμελιώδη ερωτήματα. Τι γνωρίζουμε για τη χρήση των ναρκωτικών στην Ευρώπη και τα προβλήματα που αυτή συνεπάγεται; Και, τι έχουμε διδαχθεί όσον αφορά την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά; Τα ερωτήματα αυτά είναι σημαντικά γιατί, ανεξαρτήτως πολιτικών πεποιθήσεων ή ιδεολογίας, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής σε ολόκληρη την Ευρώπη αναγνωρίζουν πλέον ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών συνιστά ένα πολύπλοκο σύνολο ζητημάτων για τα οποία δεν υπάρχει απλή λύση. Αναγνωρίζουν ότι για να προχωρήσουμε θα πρέπει να αναλύσουμε τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με το μέγεθος και τη φύση του προβλήματος, καθώς επίσης το κόστος και τα οφέλη των διαφόρων προσεγγίσεων παρέμβασης. Στα πλαίσια αυτά η έκθεση παρουσιάζει επίσης τη δέσμευση της Ευρώπης να χαράξει πολιτική στον τομέα αυτό κατά τρόπο ισορροπημένο και βασισμένο στα υπάρχοντα στοιχεία και να καταβάλει αδιάλειπτη προσπάθεια σε βάθος χρόνου αντί για υιοθέτηση «πρόχειρων» λύσεων. Κατά συνέπεια η Ευρώπη μπορεί να είναι υπερήφανη για το γεγονός ότι η απάντησή της σε αυτό το δύσκολο και σε πολλές περιπτώσεις συγκινησιακά φορτισμένο θέμα είναι λογική και ταυτόχρονα ανθρώπινη.

Στην παρούσα έκθεση εξετάζουμε την πρόοδο που έχει επιτευχθεί όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Το θέμα είναι ιδιαίτερα επίκαιρο φέτος, καθώς τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο θα αρχίσουμε σύντομα να εξετάζουμε τη συνολική πρόοδο που έχει επιτευχθεί σε αυτόν τον τομέα. Το 2008 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα αρχίσει την αξιολόγηση των επιπτώσεων του τρέχοντος σχεδίου δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά, ενώ η Επιτροπή Ναρκωτικών Ουσιών των Ηνωμένων Εθνών (CND) θα συζητήσει τη σημειωθείσα πρόοδο όσον αφορά την επίτευξη των στόχων που έθεσε η έκτακτη σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών το 1998.

Στην Ευρώπη η κατάσταση στον τομέα των ναρκωτικών εξακολουθεί να αποτελεί σοβαρή πρόκληση τόσο στον

τομέα της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής όσο και στον τομέα της επιβολής του νόμου. Δεν είναι δύσκολο να εντοπισθούν τομείς που προκαλούν έντονο προβληματισμό. Ωστόσο είμαστε πεπεισμένοι ότι είναι εξίσου σημαντικό να αναγνωρίσουμε την πρόοδο που έχει επιτευχθεί. Στην Ευρώπη όλο και περισσότερα κράτη μέλη υιοθετούν στρατηγικές και προγραμματισμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Υπάρχει επίσης θεαματική αύξηση των επενδύσεων σε δραστηριότητες πρόληψης, θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, καθώς επίσης καλύτερη συνεργασία και περισσότερη επικέντρωση στη μείωση της προσφοράς. Η χρήση ναρκωτικών παραμένει γενικά σε ιστορικά υψηλά επίπεδα, αλλά έχει σταθεροποιηθεί στους περισσότερους τομείς, ενώ σε ορισμένους άλλους υπάρχουν ενδείξεις που μας επιτρέπουν να είμαστε συγκρατημένα αισιόδοξοι. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη της παρέχουν σημαντική στήριξη στα διεθνή προγράμματα, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρούμε με ικανοποίηση ότι σε πολλούς σημαντικούς τομείς η κατάσταση που επικρατεί στην Ευρώπη φαίνεται να είναι μάλλον θετική.

Ως φορέας παρακολούθησης ασχολούμαστε με γεγονότα και αριθμούς και έχουμε αναλάβει τη δέσμευση να είμαστε επιστημονικά αυστηροί και αντικειμενικοί, ερμηνεύοντας τα διαθέσιμα στοιχεία χωρίς προκαταλήψεις και ιδεοληψίες. Αυτός είναι ο ρόλος μας, με την ιδιότητα δε του προέδρου του διοικητικού συμβουλίου και του διευθυντή αντίστοιχα δεν δεχόμαστε συμβιβασμούς όσον αφορά αυτήν τη θέση και είμαστε υπερήφανοι για τα υψηλά πρότυπα που υιοθετούμε. Παρόλο όμως που η επιστημονική αυστηρότητα είναι θεμελιώδης για τη δουλειά μας, δεν πρέπει ποτέ να λησμονούμε ότι πίσω από τους αριθμούς που αναφέρουμε υπάρχουν άνθρωποι, των οποίων οι ζωές επηρεάζονται και ενίοτε καταστρέφονται από τα ναρκωτικά. Πίσω από τις ξερές στατιστικές για τη ζήτηση στον τομέα της θεραπείας, τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους και την εγκληματική συμπεριφορά υπάρχουν οι οικογένειες που θρηνούν, το χαμένο ανθρώπινο δυναμικό και τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ανασφαλείς τοπικές κοινωνίες. Η εξεύρεση αποτελεσματικών λύσεων στο πρόβλημα των ναρκωτικών απαιτεί να αποστασιοποιηθούμε από τα στοιχεία, χωρίς όμως να αποστασιοποιηθούμε από το θέμα.

### **Marcel Reimen**

Πρόεδρος διοικητικού συμβουλίου ΕΚΠΝΤ

### **Wolfgang Götz**

Διευθυντής ΕΚΠΝΤ





## Ευχαριστίες

Το ΕΚΠΝΤ εκφράζει τις ευχαριστίες του προς τους ακόλουθους φορείς για τη βοήθειά τους στη συγγραφή της παρούσας έκθεσης:

- τους επικεφαλής των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Reitox και το προσωπικό τους,
- τις υπηρεσίες των κρατών μελών που συνέλεξαν ανεπεξέργαστα δεδομένα για την παρούσα,
- τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και την Επιστημονική Επιτροπή του ΕΚΠΝΤ,
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης —ιδίως την Οριζόντια Ομάδα Εργασίας για τα Ναρκωτικά— και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή,
- το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC), τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΕΑ) και την Ευρώπη,
- την Ομάδα Ρομπίνου του Συμβουλίου της Ευρώπης, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ, την Ιντερπόλ, την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων, το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών μαθητικού πληθυσμού σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD), το Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN) και το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS (EuroHIV),
- το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων,
- την εταιρεία Prepress Projects Ltd.

### Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox

Το Reitox είναι το ευρωπαϊκό δίκτυο πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Το δίκτυο αποτελείται από εθνικά εστιακά σημεία στα κράτη μέλη της ΕΕ, τη Νορβηγία, τις υποψήφιες για ένταξη χώρες και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τελώντας υπό την ευθύνη των κυβερνήσεών τους, τα εστιακά σημεία είναι οι εθνικές αρχές που παρέχουν πληροφόρηση στο ΕΚΠΝΤ σχετικά με τα ναρκωτικά.

Τα στοιχεία επικοινωνίας των εθνικών εστιακών σημείων είναι διαθέσιμα στη διεύθυνση:  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>.



## Εισαγωγικό σημείωμα

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ, οι υποψήφιες χώρες και η Νορβηγία (που συμμετέχει στο έργο του ΕΚΠΝΤ από το 2001) μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτή αφορούν το έτος 2005 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Οι γραφικές παραστάσεις και οι πίνακες που περιέχονται στην έκθεση ενδέχεται να αφορούν ένα υποσύνολο χωρών της ΕΕ: η επιλογή γίνεται με βάση τις χώρες εκείνες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την υπό εξέταση περίοδο.

Η ηλεκτρονική έκδοση της ετήσιας έκθεσης διατίθεται σε 23 γλώσσες στη διεύθυνση <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Το δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) παρέχει τον πλήρη κατάλογο των πινάκων αρχικών δεδομένων, στους οποίους βασίζονται οι στατιστικές αναλύσεις που περιέχονται στην ετήσια έκθεση. Παρέχει επίσης περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη χρησιμοποιηθείσα μεθοδολογία και περισσότερα από 100 πρόσθετα διαγράμματα με στατιστικά στοιχεία.

Η εικόνα κάθε χώρας (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) περιλαμβάνει σύντομη και υψηλού επιπέδου γραφική παρουσίαση των βασικών πτυχών της κατάστασης κάθε χώρας όσον αφορά τα ναρκωτικά.

Τρεις εμπειρισταωμένες επισκοπήσεις συνοδεύουν την έκθεση και εξετάζουν τα ακόλουθα θέματα:

- ναρκωτικά και οδήγηση,
- χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους,
- κοκαΐνη και κρακ: ένα διογκούμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Τα επιλεγμένα θέματα είναι διαθέσιμα σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) μόνο στην αγγλική γλώσσα.

Οι εθνικές εκθέσεις των εσπιακών σημείων του δικτύου Reitox παρέχουν λεπτομερή περιγραφή και ανάλυση του προβλήματος των ναρκωτικών σε κάθε χώρα και διατίθενται στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Σχόλια — Η κατάσταση στην Ευρώπη όσον αφορά τα ναρκωτικά

### Η Ευρώπη διαδραματίζει ολοένα σημαντικότερο ρόλο στην υποστήριξη δράσεων παγκόσμιας κλίμακας για περιστολή του προβλήματος των ναρκωτικών

Τα εθνικά ή γεωγραφικά σύνορα δεν γίνονται σεβαστά, ούτε από τις τάσεις στη χρήση των ναρκωτικών ούτε από αυτούς που εμπλέκονται στην παραγωγή και διακίνησή τους. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι το ευρωπαϊκό πρόβλημα των ναρκωτικών είναι μέρος ενός ευρύτερου παγκόσμιου φαινομένου και ότι τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη επηρεάζονται και επηρεάζουν το πρόβλημα και αλλού. Αυτό είναι κάτι που αναγνωρίζεται στο τρέχον σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά, το οποίο αντιμετωπίζει την ανάγκη για μεγαλύτερο ευρωπαϊκό συντονισμό στις διεθνείς σχέσεις και την ανάγκη υποστήριξης των προγραμμάτων που αποσκοπούν στη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών σε γειτονικές χώρες και χώρες παραγωγής. Η ευρωπαϊκή επένδυση στην υποστήριξη των διεθνών δράσεων είναι πλέον σημαντική: από πρόσφατο λογιστικό έλεγχο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής προκύπτει ότι η χρηματοδότηση των μέτρων μείωσης της ζήτησης και προσφοράς σε τρίτες χώρες από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα ανέρχεται σε τουλάχιστον 750 εκατ. EUR. Ακόμη, η ΕΕ είναι πλέον ο μεγαλύτερος διεθνής χρηματοδότης του έργου του Γραφείου των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και την Εγκληματικότητα (UNODC).

Πέρα από τη χρηματοδοτική υποστήριξη υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ευρωπαϊκά κράτη έχουν πάρει στα σοβαρά τις δεσμεύσεις που έχουν αναλάβει σε διεθνές επίπεδο για την ανάπτυξη κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών. Το 2008 η διεθνής κοινότητα θα αξιολογήσει την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο σε σχέση με τους στόχους που είχαν τεθεί στην ειδική σύνοδο των Ηνωμένων Εθνών του 1998 με θέμα την καταπολέμηση του παγκόσμιου προβλήματος των ναρκωτικών. Για τη συμπλήρωση των διαθέσιμων στοιχείων σε παγκόσμιο επίπεδο το ΕΚΠΝΤ θα υποστηρίξει τη διαδικασία επισκόπησης, παρέχοντας μια λεπτομερέστερη εκτίμηση της κατάστασης στην Ευρώπη. Όπως αποτυπώνεται και στα στοιχεία της παρούσας έκθεσης, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών τα κράτη μέλη της ΕΕ αναπτύσσουν ολοένα και πιο ολοκληρωμένους μηχανισμούς συντονισμού σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο ΕΕ, συνήθως στη βάση στρατηγικών και σχεδίων δράσης. Επιπλέον έχουν βελτιώσει ριζικά τη διαθέσιμη πληροφόρηση για την κατάσταση όσον αφορά τα ναρκωτικά και έχουν αυξήσει την επένδυσή τους στις παρεμβάσεις, τόσο στο σκέλος της προσφοράς όσο και της ζήτησης. Παρόλο που η χρήση ναρκωτικών παραμένει μια μείζονος σημασίας πρόκληση για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πολιτική στο εσωτερικό της Ευρώπης, είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε τις θετικές αυτές εξελίξεις.

### Η Ευρώπη εντάσσεται σε ένα παγκόσμιο πλαίσιο

Η χρήση ναρκωτικών είναι παγκόσμιο πρόβλημα και όσον αφορά το συγκριτικό μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη χρήσιμες πληροφορίες μπορούν

να ληφθούν από τη σύγκριση των ευρωπαϊκών στοιχείων με αυτά άλλων χωρών. Η δυσκολία εν προκειμένω έγκειται στο ότι συγκριτικά ολοκληρωμένη και αξιόπιστη πληροφόρηση υπάρχει διαθέσιμη σε λίγα μόνο μέρη του κόσμου εκτός Ευρώπης. Οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Αυστραλία είναι σε θέση να προσφέρουν ουσιαστικά σημεία σύγκρισης ως προς τις εκτιμήσεις για την επικράτηση των ναρκωτικών κατά το τελευταίο έτος. Οι εκτιμήσεις του UNODC δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης οπιούχων σε αυτές τις χώρες είναι σε γενικές γραμμές παρόμοια με της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κυμαινόμενη μεταξύ 0,4 και 0,6 % και με τον Καναδά λίγο χαμηλότερα και τις ΗΠΑ λίγο υψηλότερα. Η χρήση κάνναβης εκτιμάται ότι κατά μέσο όρο είναι σημαντικά χαμηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση από ό,τι στις ΗΠΑ, τον Καναδά ή την Αυστραλία. Όσον αφορά τις διεγερτικές ναρκωτικές ουσίες, τα επίπεδα της χρήσης έκστασης είναι σε γενικές γραμμές παρόμοια παγκοσμίως, αν και στην Αυστραλία αναφέρονται υψηλά επίπεδα επικράτησης, όσον αφορά τις αμφεταμίνες, η επικράτηση είναι υψηλότερη στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ από ό,τι στην Ευρώπη και τον Καναδά. Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης είναι υψηλότερη στις ΗΠΑ και τον Καναδά από ό,τι στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Αυστραλία. Η έλλειψη συγκρίσιμων στοιχείων δυσχεραίνει την αξιολόγηση του αντικτύπου της χρήσης ναρκωτικών στην υγεία από χώρα σε χώρα, παρόλο που μια επιφυλακτική σύγκριση των εκτιμώμενων ποσοστών νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων από τον ιό HIV που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών το 2005 υποδηλώνει ότι τα ποσοστά σε Αυστραλία, Καναδά και Ευρωπαϊκή Ένωση κυμαίνονται κάτω των δέκα περιπτώσεων ανά εκατομμύριο κατοίκους και στις ΗΠΑ περίπου στις 36 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο.

### Ποσοτική εκτίμηση της περιπλοκότητας: διαμόρφωση ουσιαστικών στόχων και χρήσιμων σύνθετων δεικτών

Στόχος όλων των ευρωπαϊκών στρατηγικών για τα ναρκωτικά είναι ο περιορισμός της χρήσης ναρκωτικών και της βλάβης που μπορούν να προκαλέσουν στους χρήστες και τις τοπικές κοινωνίες στις οποίες αυτοί ζουν. Αυτός ο στόχος πολιτικής διατυπώνεται εύκολα, αλλά είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί ότι η χρήση ναρκωτικών είναι ένα πολύπλευρο και σύνθετο φαινόμενο και ότι οποιαδήποτε προσπάθεια να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος των πολιτικών σε αυτόν τον τομέα οφείλει να απηχεί αυτήν την υφιστάμενη πραγματικότητα. Ένα θετικό συμπέρασμα της παρούσας έκθεσης είναι ότι οι ευρωπαϊκές πολιτικές για τα ναρκωτικά έχουν γίνει πιο ευαίσθητες ως προς την ανάγκη εστίασης του ενδιαφέροντος σε ειδικές δραστηριότητες και την ανάπτυξη ουσιαστικών στόχων. Αυτό αποτυπώνεται στη γενική στροφή που παρατηρείται στην Ευρώπη προς τον εμπλουτισμό των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά με ειδικότερα και χρονικά περιορισμένα σχέδια δράσης και ακόμη, στο επίπεδο του ευρωπαϊκού συντονισμού, αποτυπώνεται στην επίσημη επισκόπηση του τρέχοντος σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά της ΕΕ με την κατάρτηση ή τροποποίηση δεικτών κατόπιν ελέγχου της απόδοσής τους.

Για τις δράσεις αξιολόγησης η μετάτοπιση προς μια περισσότερο εστιασμένη προσέγγιση είναι σαφώς ωφέλιμη. Ωφέλιμη ωστόσο

είναι και η δυνατότητα ύπαρξης κάποιων σύνθετων δεικτών που να επιτρέπουν την ευχερέστερη περιγραφή περίπλοκων ζητημάτων. Αν και η κατασκευή τέτοιων κλιμάκων και δεικτών παρουσιάζει δυσκολίες, ορισμένες πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα αυτό είναι ελπιδοφόρες. Στην παρούσα έκθεση παρέχεται μια νέα ανάλυση των στοιχείων σχετικά με τις κρατικές δαπάνες για καταπολέμηση των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Παρόλο που τα στοιχεία είναι αποσπασματικά, αποτυπώνουν ωστόσο τα σημαντικά ποσά που ξοδεύονται κάθε χρόνο στην Ευρώπη για τον περιορισμό της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 13 και 36 δισ. EUR. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι τα ποσά αυτά δεν περιλαμβάνουν το κοινωνικό κόστος της χρήσης ναρκωτικών.

Ένα από τα βήματα προόδου που έχουν σημειωθεί και ενδέχεται να είναι ωφέλιμο προς την κατεύθυνση αυτή είναι η ανάπτυξη δεικτών που προσπαθούν να αποτυπώσουν τις διάφορες δαπάνες και τις επιβλαβείς συνέπειες της χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών, όπως ο δείκτης των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών που πρόσφατα δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι επιβλαβείς συνέπειες είναι και μια από τις βασικές παραμέτρους που περιέχονται στο δείκτη για τα παράνομα ναρκωτικά (IDI) που προτάθηκε πρόσφατα από το UNODC. Αυτά τα είδη προσεγγίσεων μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα στο μέλλον για την ανάλυση των διαφόρων πολιτικών, αλλά εξαρτώνται από την ποιότητα των στοιχείων στα οποία βασίζονται ο εκάστοτε σύνθετος δείκτης και από το βαθμό στον οποίο τα στοιχεία αυτά μπορούν να διαλαμβάνουν την επιδιωκόμενη ιδέα.

### Η μείωση των επιβλαβών συνεπειών είναι ρητά πλέον συστατικό της ευρωπαϊκής προσέγγισης

Υπάρχουν ακόμα σημαντικές διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών ως προς τη φύση και την κλίμακα των εθνικών τους προβλημάτων σε σχέση με τα ναρκωτικά και ως προς το εύρος και τη διαμόρφωση των μεθόδων αντιμετώπισής τους. Παρ' όλα αυτά παρατηρείται σημαντική ομοιογένεια σε γενικότερη βάση: οι πολιτικές για τα ναρκωτικά πρέπει να είναι ισορροπες, συνολικές και βασισμένες σε τεκμηριωμένα στοιχεία. Στον τομέα της μείωσης της ζήτησης η ανάγκη για δραστηριότητες πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης είναι κοινά αποδεκτά. Ιστορικά ωστόσο το θέμα της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών υπήρξε περισσότερο αμφιλεγόμενο. Αυτό σταδιακά αλλάζει, ενώ η μείωση των επιβλαβών συνεπειών ως μέρος μιας συνολικής δέσμης μέτρων μείωσης της ζήτησης φαίνεται πλέον να αποτελεί ένα περισσότερο ρητό τμήμα της ευρωπαϊκής προσέγγισης. Αυτό είναι προφανές από το γεγονός ότι τόσο η θεραπεία υποκατάστασης με οπιούχα όσο και τα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων υπάρχουν πλέον σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της ΕΕ, αν και το επίπεδο της παροχής των υπηρεσιών ποικίλλει σημαντικά. Προκύπτει επίσης και από πρόσφατη έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στην οποία διαπιστώνεται ότι η σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 είχε διαδραματίσει ρόλο στην παρότρυνση των κρατών μελών να αναπτύξουν και να επεκτείνουν δραστηριότητες μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.

### Φυλακές: οι υπηρεσίες προς χρήστες ναρκωτικών εξακολουθούν μη ανεπτυγμένες

Ένα σημαντικό συμπέρασμα που αντλήθηκε από την ανασκόπηση της προόδου που σημειώθηκε ως προς την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου ήταν ότι, παρά τα

θετικά βήματα που έγιναν σε άλλους τομείς, στα σωφρονιστικά καταστήματα οι υπηρεσίες όλων των τύπων αναπτύχθηκαν ελάχιστα. Παρόλο που ορισμένα κράτη μέλη εισήγαγαν προγράμματα ένταξης των παραβατών με προβλήματα ναρκωτικών σε θεραπεία αντί για την επιβολή ποινικών κυρώσεων, οι παραβάτες με προβλήματα ναρκωτικών συνεχίζουν να αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού των φυλακών σε όλες σχεδόν τις χώρες. Το ΕΚΠΝΤ βρίσκεται σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) με στόχο τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για τη συλλογή δεικτών υγείας στις φυλακές. Η γενική αρχή ότι όσοι είναι στις φυλακές πρέπει να έχουν πρόσβαση στις ίδιες επιλογές υγειονομικής περίθαλψης που είναι διαθέσιμες και στην ευρύτερη κοινότητα, σε πολλούς τομείς μένει ανεφάρμοστη για όσους έχουν προβλήματα ναρκωτικών. Όχι μόνο πολλοί από αυτούς που εισάγονται στις φυλακές αντιμετωπίζουν προβλήματα ναρκωτικών, αλλά οι μελέτες δείχνουν ότι η χρήση ναρκωτικών συνεχίζεται και στο εσωτερικό της φυλακής. Η έλλειψη υπηρεσιών για τους χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές προκαλεί σοβαρή ανησυχία, όχι μόνο επειδή χάνεται μια ευκαιρία για παρέμβαση με στόχο τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών στο μέλλον, αλλά και επειδή η έλλειψη αυτή ενδέχεται να υπονομεύσει τα επιτεύγματα στο χώρο της υγείας που έχουν γίνει σε άλλους τομείς.

### Προσδιορισμός αποτελεσματικών λύσεων και ανταλλαγή γνώσεων

Ολοένα και περισσότερο το βάρος στο πλαίσιο της συζήτησης γύρω από τις κάθε είδους δραστηριότητες που αποσκοπούν στη μείωση της ζήτησης πέφτει στον προσδιορισμό εκείνων των παρεμβάσεων για τις οποίες υπάρχουν ενδείξεις αποτελεσματικότητας και οι οποίες δεν συνδέονται με ανεπιθύμητες αρνητικές συνέπειες. Όπως ισχύει για κάθε παρέμβαση, αν δεν υλοποιηθεί σωστά είναι απίθανο να έχει αποτελέσματα ή ενδέχεται να είναι ακόμη και αντιπαραγωγική· έτσι η δεύτερη συνιστώσα αυτής της προσπάθειας είναι ο προσδιορισμός των βέλτιστων πρακτικών και των μέτρων ελέγχου της ποιότητας. Ο νέος κανονισμός του ΕΚΠΝΤ δίνει έμφαση στη σημασία του προσδιορισμού και της διάδοσης των βέλτιστων πρακτικών. Η βασική δυσκολία στη συγκεκριμένη περίπτωση έγκειται στους πραγματικούς χώρους στους οποίους εφαρμόζονται οι παρεμβάσεις μείωσης της ζήτησης. Οι αξιόπιστες και πλεγμένες μελέτες που αποτελούν τον χρυσό κανόνα κάθε ιατρικής παρέμβασης είναι συχνά δύσκολο να σχεδιασθούν ή είναι απλά ανεφάρμοστες. Η πολυπλοκότητα της αξιολόγησης των στοιχείων αποτελεσματικότητας και του προσδιορισμού των προτύπων ελέγχου ποιότητας εξετάζονται στο κεφάλαιο 2 της παρούσας έκθεσης.

### Κάνναβη: ίσως ο βαθμός διάδοσής της να έχει κορυφωθεί — αύξηση της αναγνώρισης των ζητημάτων δημόσιας υγείας

Σχεδόν το ένα τέταρτο όλων των ενηλίκων έχουν δοκιμάσει κάνναβη κάποια στιγμή στη ζωή τους και ένας στους 14 έχει κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος, καθιστώντας την το παράνομο ναρκωτικό που καταναλώνεται συχνότερα στην Ευρώπη. Ωστόσο, ακόμη περισσότερο από ό,τι στον γενικό πληθυσμό, είναι με διαφορά το παράνομο ναρκωτικό που καταναλώνεται συχνότερα από νεαρά και πολύ νεαρά άτομα.

## Με μια ματιά — εκτιμήσεις της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη

(Σημειώνεται ότι αυτές οι εκτιμήσεις αφορούν τον ενήλικο πληθυσμό και είναι οι πλέον πρόσφατες εκτιμήσεις που έχουμε στη διάθεσή μας. Για πλήρη στοιχεία και μεθοδολογικές σημειώσεις, βλέπε Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.)

### Κάναβη

Επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή: τουλάχιστον 70 εκατομμύρια, ή ένας στους πέντε ευρωπαίους ενήλικες

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: περίπου 23 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες ή ένα τρίτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες: περισσότερο από 13 εκατομμύρια Ευρωπαίοι

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 1,0-1,2 %

### Κοκαΐνη

Επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή: τουλάχιστον 12 εκατομμύρια, ή περίπου 4 % των ευρωπαίων ενηλίκων

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 4,5 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες, ή ένα τρίτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες: περίπου 2 εκατομμύρια

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 0,1-3,0 %

### Έκσταση

Επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή: περίπου 9,5 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες (3 % των ευρωπαίων ενηλίκων) Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 3 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες ή ένα τρίτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες: άνω του 1 εκατομμυρίου

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 0,2-3,5 %

### Αμφεταμίνες

Επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή: σχεδόν 11 εκατομμύρια ή περίπου 3,5 % των ευρωπαίων ενηλίκων

Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 2 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες ή ένα πέμπτο των ατόμων που έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους

Χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες: κάτω του 1 εκατομμυρίου

Διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα για τη χρήση κατά το τελευταίο έτος: 0,0-1,3 %

### Οπιοειδή

Προβληματική χρήση οπιοειδών: 1-8 περιπτώσεις ανά 1 000 ενήλικες (15-64 ετών)

7 500 και πλέον αιφνίδιοι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά και με τα οπιοειδή σε 70 % των περιπτώσεων (στοιχεία του 2004)

Είναι το κύριο ναρκωτικό σε περίπου 50 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης

Περισσότεροι από 585 000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης το 2005

Η χρήση ναρκωτικών από άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της ανάπτυξης τόσο σωματικά όσο και κοινωνικά μπορεί να είναι ιδιαίτερο πρόβλημα· το ζήτημα αυτό εξετάζεται λεπτομερώς στο συνοδευτικό επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους. Η σημασία της κατανόησης των επιπλοκών της έναρξης της χρήσης κάνναβης σε νεαρή ηλικία και το ποιοι θα μπορούσαν να είναι οι κατάλληλοι τρόποι αντιμετώπισης είναι ένα από τα πολύπλοκα θέματα που θέτει η εκτεταμένη χρήση κάνναβης για τη δημόσια υγεία και τις πολιτικές ελέγχου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Μια γενική τάση στην ευρωπαϊκή πολιτική υπήρξε η μετατόπιση από την ποινική δικαιοσύνη ως τρόπο αντιμετώπισης της κατοχής και χρήσης μικροποσοτήτων κάνναβης προς την κατεύθυνση προσεγγίσεων που προσανατολίζονται στην πρόληψη και τη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, την περίοδο 2000-2005 τα καταγεγραμμένα αδικήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης αυξήθηκαν σημαντικά (36 %) και στις περισσότερες χώρες η κάνναβη είναι το ναρκωτικό που συνδέεται συχνότερα με απαγγελία κατηγοριών για χρήση ή κατοχή ναρκωτικών. Ενδεχομένως η κατάσταση αυτή να αλλάζει, καθώς η πλειονότητα των χωρών πλέον αναφέρει κάποια πτώση στα καταγεγραμμένα αδικήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης — κάτι που ίσως αποτελεί ένδειξη ότι οι αρχές επιβολής του νόμου μετατοπίζουν τη στόχευσή τους από τη χρήση της κάνναβης.

Παρά τη σημαντική δημόσια συζήτηση και την ενασχόληση των ΜΜΕ με το θέμα αυτό, είναι δύσκολο να εντοπισθεί κάποια άμεση ή απλή σχέση ανάμεσα στις πολιτικές επιβολής του νόμου και τη συνολική επικράτηση της χρήσης κάνναβης. Στην Ευρώπη, αν και υπήρξαν διαφορές ως προς το χρόνο και την κλίμακα, σημειώθηκε μια σημαντική αύξηση στη χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, που ακολούθηθηκε από μια περισσότερο σταθερή αλλά σε γενικές γραμμές επίσης ανοδική τάση μετά το 2000. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια περισσότερο ομοιογενή ευρωπαϊκή εικόνα από ό,τι ίσχυε ιστορικά. Επιπλέον, τα πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι ιδίως στις χώρες υψηλής επικράτησης η χρήση κάνναβης μπαίνει σε μια πιο σταθερή φάση ή ακόμη και μειώνεται. Επίσης, αν και τα δεδομένα είναι ακόμη σχετικά ισχνά, υπάρχουν ενδείξεις ότι σε ορισμένες χώρες ο βαθμός διάδοσης του ναρκωτικού στις νεότερες ηλικιακές ομάδες μειώνεται. Παρόλο που οι εθνικές τάσεις γενικώς ποικίλλουν, μπορεί κανείς να είναι συγκρατημένα αισιόδοξος ότι ενδεχομένως η κλιμάκωση της χρήσης κάνναβης που παρατηρήθηκε στην Ευρώπη από τη δεκαετία του 1990 έχει πλέον φθάσει στο υψηλότερο σημείο της.

Εάν η Ευρώπη εισέρχεται σε μια περίοδο σταθερότητας ως προς τη χρήση κάνναβης, είναι επίσης σαφές ότι τα σημερινά επίπεδα, με βάση τα ιστορικά πρότυπα, είναι πολύ υψηλά, κάτι που αντιστοιχεί σε σημαντικό αριθμό ατόμων, παρόλο που συστηματική και εντατική χρήση κάνει μόνον ένα συγκριτικά μικρό ποσοστό των χρηστών κάνναβης. Ένα αυξανόμενο σύνολο ερευνητικών στοιχείων και κλινικής εμπειρίας παρέχει πλέον μια καλύτερη εικόνα των αναγκών των ατόμων με προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης, παρόλο που ο βαθμός στον οποίο οι χρήστες κάνναβης εν γένει αναπτύσσουν προβλήματα κατά τη χρήση του ναρκωτικού παραμένει ένα θέμα ελάχιστα επεξεργασμένο. Τα στοιχεία σχετικά με τη θεραπεία που συλλέγει το ΕΚΠΝΤ δείχνουν ότι το πλήθος των αναφερόμενων νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη έχει σχεδόν τριπλασιασθεί από

το 1999, αν και η τάση αυτή φαίνεται πλέον να σταθεροποιείται. Η ερμηνεία αυτής της τάσης είναι πολύπλοκη για διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων είναι η αύξηση τόσο των υπηρεσιών όσο και της ευαισθητοποίησης γύρω από τα προβλήματα που συνδέονται με την κάνναβη, αλλά και το ότι ένα σημαντικό τμήμα των παραπομπών είναι επιβεβλημένες, είτε από την ποινική δικαιοσύνη είτε από άλλους κοινωνικούς φορείς. Επίσης φαίνεται ότι οι ανάγκες των χρηστών κάνναβης που έρχονται σε επαφή με τις θεραπευτικές υπηρεσίες είναι ποικίλες, όπως ποικίλοι είναι όντως και οι τρόποι αντιμετώπισης που παρέχονται και που κυμαίνονται από σύντομες παρεμβάσεις προσανατολισμένες στην πρόληψη μέχρι πιο επίσημες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η κατάσταση στην Ευρώπη όσον αφορά την κάνναβη περιπλέκεται επίσης από παράγοντες της αγοράς, πρόβλημα που εντείνεται από την έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων σχετικά με το μερίδιο και τη διαθεσιμότητα των διαφόρων προϊόντων κάνναβης στην ΕΕ. Η Ευρώπη παραμένει η κύρια παγκόσμια αγορά ρητίνης κάνναβης, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας παράγεται στη Βόρεια Αφρική. Η φυτική κάνναβη είναι επίσης διαθέσιμη στην Ευρώπη, αν και οι κατασχεθείσες ποσότητες ρητίνης είναι υπερδεκαπλάσιες από αυτές της φυτικής κάνναβης. Ωστόσο, ίσως αυτή η εικόνα να αλλάξει: οι κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης σημείωσαν ελαφρά πτώση το 2005, ενώ οι κατασχέσεις φυτικής κάνναβης συνεχίζουν να αυξάνονται, όπως και οι κατασχέσεις φυτών κάνναβης. Το 2005 οι μισές ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν σε κάποιο βαθμό εγχώρια παραγωγή κάνναβης. Κάποιες μορφές κάνναβης οικιακής παραγωγής μπορεί να είναι σχετικά υψηλής δραστηριότητας και η εγχώρια παραγωγή έχει επίσης επιπτώσεις στις δραστηριότητες ελέγχου των ναρκωτικών.

Η χρήση της κάνναβης θέτει ένα περίπλοκο σύνολο ζητημάτων για την πολιτική περί ναρκωτικών και δημόσιας υγείας και την κοινωνική πολιτική στην Ευρώπη. Μια θετική εξέλιξη είναι ότι τα κράτη μέλη φαίνεται πλέον να αρχίζουν να αναπτύσσουν μια βαθύτερη κατανόηση των επιπτώσεων της εκτεταμένης χρήσης αυτού του ναρκωτικού, η δε δημόσια συζήτηση είναι πλέον περισσότερο εστιασμένη και λιγότερο επιρρεπής στην υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση του προβλήματος.

### Κοκαΐνη: εκτιμήσεις για νέα αύξηση της χρήσης

Το ΕΚΠΝΤ με την παρούσα έκθεση αναθέωρησε την εκτίμησή του για τη χρήση της κοκαΐνης, με 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους να έχουν κάνει χρήση του ναρκωτικού κατά το τελευταίο έτος, έναντι 3,5 εκατομμυρίων στην επίσημη έκθεση του 2006. Η γενική εικόνα σταθεροποίησης της κατάστασης που αναφέρθηκε πέρυσι επίσης αμφισβητείται από τα νέα δεδομένα, τα οποία δείχνουν μια γενική αύξηση της χρήσης. Τα νέα στοιχεία επιβεβαιώνουν τη θέση της κοκαΐνης ως συνολικά δευτέρου συννηθέστερα χρησιμοποιούμενου παράνομου ναρκωτικού μετά την κάνναβη και μπροστά από την έκσταση και τις αμφεταμίνες σε όλες τις μετρήσεις· οι εκτιμήσεις πλέον για τη χρήση κοκαΐνης κατά τον τελευταίο μήνα είναι διπλάσιες από αυτές για την έκσταση. Παρόλο που οι πρόσφατες αυξήσεις σημαίνουν ότι πλέον περισσότερες χώρες αναφέρουν σημαντικούς πληθυσμούς χρηστών κοκαΐνης, η διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών παραμένει υψηλή, με χαμηλά αναφερόμενα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης στις περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Υψηλά ποσοστά επικράτησης αναφέρονται επίσης στα νέα διαθέσιμα στοιχεία από την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, τις δύο χώρες με την υψηλότερη επικράτηση στην Ευρώπη, παρόλο που σε καμία από τις δύο περιπτώσεις οι αυξήσεις δεν είναι δραματικές. Σε αμφότερες τις χώρες τα ποσοστά επικράτησης στους νέους ενήλικες κατά το τελευταίο έτος είναι παρόμοια ή υψηλότερα από τα αντίστοιχα των ΗΠΑ. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι και στις δύο χώρες η χρήση κοκαΐνης είναι σχετικά υψηλή μεταξύ των νεαρών ατόμων (4-6 % στα άτομα ηλικίας 15 και 16 ετών). Οι αναλύσεις υποδηλώνουν ότι στην Ισπανία η πρόσφατη αύξηση οφείλεται στη χρήση από την ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι εκτιμήσεις για τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την κοκαΐνη είναι αρκετά χαμηλότερες. Αν και οι εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση κοκαΐνης είναι διαθέσιμες για τρεις μόνο χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο), το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 0,3 και 0,6 % του ενήλικου πληθυσμού. Η χρήση κρακ παραμένει σπάνια στην Ευρώπη, ωστόσο δημιουργεί σοβαρά τοπικά προβλήματα όπου εμφανίζεται.

Άλλοι δείκτες παρουσιάζουν επίσης ανοδική τάση, επιβεβαιώνοντας την αυξανόμενη σημασία της κοκαΐνης στο πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Οι ποσότητες και ο αριθμός των κατασχέσεων έχουν αυξηθεί, αντικατοπτρίζοντας ίσως την αυξημένη στόχευση στην ευρωπαϊκή αγορά ή κατά πάσα πιθανότητα τις αυξημένες δραστηριότητες απαγόρευσης. Στην Ευρώπη αναπτύσσονται συντονισμένες δράσεις κατά της διακίνησης κοκαΐνης και μια νέα διακυβερνητική ομάδα δράσης πρόκειται να εγκατασταθεί στην Πορτογαλία, κάτι που φαντάζει εύλογο δεδομένης της αυξανόμενης σημασίας της χώρας αυτής στην απαγόρευση της κοκαΐνης. Παρόλο που οι κατασχέσεις-ρεκόρ δεν φαίνεται να έχουν επηρεάσει τις τάσεις των τιμών που είναι ακόμη πτωτικές, ενδεχομένως να άσκησαν επιρροή στα επίπεδα καθαρότητας.

Μέχρι σήμερα τα αυξημένα επίπεδα κατανάλωσης κοκαΐνης είχαν μόνο μέτριο αντίκτυπο στους δείκτες για την υγεία, κάτι που όμως ενδεχομένως να αλλάξει. Κάθε χρόνο αναφέρονται στην Ευρώπη περίπου 400 θάνατοι που σχετίζονται με την κοκαΐνη και υπάρχει η υποψία ότι οι θάνατοι από καρδιαγγειακά προβλήματα στα οποία η κοκαΐνη υπήρξε επιβαρυντικός παράγοντας ενδέχεται να περνούν σε γενικές γραμμές απαρατήρητοι. Οι αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από άτομα με προβλήματα που συνδέονται με την κοκαΐνη αυξάνονται. Το 2005 η κοκαΐνη ήταν η κύρια ουσία των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία σε ποσοστό 13 % περίπου και σε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (22 %) για εκείνους που ζήτησαν για πρώτη φορά θεραπεία. Ο αριθμός των αναφερόμενων αιτήσεων για νέα θεραπεία έχει περίπου τριπλασιασθεί την τελευταία πενταετία και σήμερα ανέρχεται σε περισσότερες από 33 000. Η κοκαΐνη αναφέρθηκε ως δευτερεύουσα ουσία στο 15 % περίπου των περιπτώσεων και γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτό ότι σε ορισμένες χώρες η παράλληλη χρήση κοκαΐνης περιπλέκει τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα. Ωστόσο οι συνολικές αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη είναι λιγότερες από εκείνες που συνδέονται με την κάνναβη και σημαντικά λιγότερες από τις αιτήσεις για προβλήματα χρήσης οπιούχων.



## **HIV: θετική η συνολική εικόνα, αλλά οι νέες μολύνσεις υπογραμμίζουν την ανάγκη για συνέχιση της προσπάθειας**

Κατά τη δεκαετία του 1990 η εμπειρία ή η δυνητική απειλή μιας εκτεταμένης επιδημίας του ιού HIV στους χρήστες ναρκωτικών που κάνουν ενέσιμη χρήση υπήρξε καταλυτική για την ανάπτυξη υπηρεσιών για την ομάδα αυτή. Με την επέκταση των υπηρεσιών οι επιδημίες του ιού HIV που είχαν εμφανισθεί νωρίτερα στην Ευρώπη έχουν σε μεγάλο βαθμό αποφευχθεί, αν και τοπικού χαρακτήρα προβλήματα έχουν παρατηρηθεί σε μερικές χώρες, ιδίως στις χώρες της Βαλτικής, ενώ σε ορισμένες χώρες που είχαν πληγεί από παλαιότερες επιδημίες τα ποσοστά επικράτησης του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών παραμένουν αρκετά υψηλά. Συνολικά, ενώ η σημασία της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών ως τρόπου μετάδοσης του ιού HIV έχει μειωθεί, το ΕΚΠΝΤ εκτιμά ότι κατά το 2005 ήταν υπεύθυνη για περίπου 3 500 νέες διαγνώσεις περιπτώσεων HIV στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο αριθμός αυτός μπορεί να είναι χαμηλός σε σχέση με τα ιστορικά επίπεδα, αλλά συνεχίζει να αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.

Η ανάλυση των πιο πρόσφατων στοιχείων υποδηλώνει ότι στις περισσότερες χώρες τα ποσοστά των νέων μολύνσεων που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση είναι χαμηλά και στις περισσότερες περιφέρειες της ΕΕ η επικράτηση του ιού HIV ανάμεσα σε όσους κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών έχει υποχωρήσει την περίοδο 2001-2005. Αποτέλεσμα είναι ότι το κόστος των μολύνσεων που οφείλονται στην ενέσιμη χρήση φαίνεται να μειώνεται, ιδίως στις περιοχές όπου η επικράτηση υπήρξε υψηλή. Η κατάσταση στην Εσθονία, στη Λετονία και τη Λιθουανία παραμένει ανησυχητική, αλλά και εδώ η πλειονότητα των πρόσφατων στοιχείων υποδηλώνουν μια σχετική μείωση των νέων μολύνσεων.

Σημαντικοί περιορισμοί στην εκτίμηση αυτή είναι το γεγονός ότι τα στοιχεία για κάποιες σημαντικές περιοχές είναι ισχνά και ότι μελέτες των διαχρονικών τάσεων κατά τα πέντε τελευταία έτη αναφέρουν αυξήσεις σε ορισμένες περιοχές ή δείγματα, περίπου στο ένα τρίτο των χωρών. Επιπλέον σε λίγες χώρες προκύπτουν λόγοι ανησυχίας, είτε λόγω σχετικά υψηλών επιπέδων νέων μολύνσεων είτε επειδή έχει πρόσφατα παρατηρηθεί κάποια μικρή αύξηση της επικράτησης, παρόλο που τα συνολικά ποσοστά παραμένουν χαμηλά. Με δεδομένο ότι η πρόσφατη ιστορία καταδεικνύει το πόσο γρήγορα μπορούν να επεκταθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με τον ιό HIV σε ευάλωτους πληθυσμούς, η ανάγκη για τη στόχευση και την ανάπτυξη υπηρεσιών για την προσέγγιση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο γίνεται επιτακτική.

## **Η ηπατίτιδα C παραμένει η κρυφή επιδημία της Ευρώπης**

Το ΕΚΠΝΤ εκτιμά ότι ενδέχεται να υπάρχουν έως και 200 000 Ευρωπαίοι με λοίμωξη HIV που κάνουν ή έκαναν στο παρελθόν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Αν και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού όσον αφορά τον κίνδυνο μόλυνσης από HIV που ενέχει η ενέσιμη χρήση είναι υψηλή, δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι υπάρχουν επίσης 1 εκατομμύριο κατ' εκτίμηση (πρώην και νυν) χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών που έχουν μολυνθεί με τον ιό της

ηπατίτιδας C (HCV) — μεγάλο μέρος αυτών δεν κάνουν πλέον χρήση ναρκωτικών.

Η ηπατίτιδα C μπορεί να έχει σοβαρότατες επιπτώσεις στην υγεία, όπως καρκίνο και τελικά το θάνατο, ενώ η ικανοποίηση των αναγκών όσων έχουν μολυνθεί με HCV είναι πιθανό να επιβαρύνει σημαντικά τους εθνικούς προϋπολογισμούς για την υγεία. Σε όλη την Ευρώπη τα ποσοστά λοίμωξης HCV είναι υψηλά στους πληθυσμούς χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών και υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι νεαροί χρήστες αυτής της κατηγορίας εξακολουθούν να μολύνονται με HCV σχετικά νωρίς μετά την έναρξη της χρήσης, με αποτέλεσμα οι ευκαιρίες για παρέμβαση να περιορίζονται. Σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Β όπου οι παρεμβάσεις φαίνεται να αποφέρουν οφέλη, δεν υπάρχει σαφής τάση στα δεδομένα για τον HCV, αν και οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να παρέχουν ενδείξεις ως προς το τι συνιστά αποτελεσματικές δράσεις σε αυτόν τον τομέα.

## **Η χρήση ηρωίνης έχει σταθεροποιηθεί, αλλά η αύξηση της προβληματικής χρήσης συνθετικών οπιοειδών προκαλεί ανησυχία**

Εκτιμάται ότι η δυνητική παγκόσμια παραγωγή ηρωίνης, κατά κύριο λόγο στο Αφγανιστάν, αυξήθηκε και πάλι το 2006 σε πάνω από 600 τόνους. Το ερώτημα που τίθεται για την Ευρώπη είναι το εξής: ποιες θα είναι οι επιπτώσεις αυτής της αύξησης στο πρόβλημα των ναρκωτικών; Η αυξανόμενη παραγωγή ηρωίνης δεν έχει μέχρι στιγμής γίνει εμφανής στους περισσότερους δείκτες της χρήσης ηρωίνης, οι οποίοι συνολικά έχουν παραμείνει σταθεροί για αρκετό χρονικό διάστημα. Οι ενδείξεις από την ανάλυση των στοιχείων γύρω από τη θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά και τις υπερβολικές δόσεις ναρκωτικών υποδηλώνουν ότι ο πληθυσμός χρηστών ηρωίνης στην Ευρώπη συνεχίζει να μεγαλώνει σε ηλικία, αν και η εικόνα δεν είναι εξίσου σαφής στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Οι γενικές εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε γενικές γραμμές προβάλλουν μια σταθερή κατάσταση. Παρ' όλα αυτά η πτωτική τάση της τιμής του ναρκωτικού και η αύξηση του αριθμού των νεαρών χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία σε κάποιες χώρες υπογραμμίζουν την ανάγκη για αδιάλειπτη επαγρύπνηση.

Αν και επί του παρόντος δεν υπάρχουν αδιαφιλονίκητα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η χρήση ηρωίνης γίνεται πιο δημοφιλής μεταξύ των νέων, υπάρχουν ενδείξεις από πληθώρα εκθέσεων ότι η χρήση συνθετικών οπιοειδών συνιστά διογκούμενο πρόβλημα σε ορισμένα μέρη της Ευρώπης και ότι τα συνθετικά οπιοειδή ενδέχεται μάλιστα να αντικαθιστούν την ηρωίνη σε ορισμένες χώρες. Στην Αυστρία αυξανόμενο ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία είναι κάτω των 25 ετών και αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω χρήσης οπιοειδών που εκτρέπονται από τη νόμιμη χρήση. Ομοίως το Βέλγιο αναφέρει αύξηση της παράνομης χρήσης μεθαδόνης· στη Δανία η μεθαδόνη επίσης αναφέρεται συχνά σε εκθέσεις σχετικά με θανάτους που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Η βουπρενορφίνη, ένα ναρκωτικό που θεωρείται από πολλούς ως χαμηλού ενδιαφέροντος για την παράνομη αγορά, επίσης αναφέρεται ότι χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά μεταξύ άλλων και ενέσιμα στην Τσεχική Δημοκρατία· ενδέχεται να έχει αντικαταστήσει την ηρωίνη στη Φινλανδία, ενώ στη Γαλλία η

### **Αφγανιστάν — μπορεί η εναλλακτική οικονομική ανάπτυξη να μετριάσει τον αντίκτυπο;**

Η βιωσιμότητα της γενικά σταθερής ή και βελτιούμενης κατάστασης όσον αφορά τη χρήση ηρωίνης στην Ευρώπη τίθεται υπό αμφισβήτηση δεδομένης της αυξανόμενης παραγωγής οπίου στο Αφγανιστάν. Οι εκτιμήσεις για το 2006 υποσημαίνουν ότι η παραγωγή αυξήθηκε κατά 43 % ως αποτέλεσμα της σημαντικής αύξησης της καλλιεργούμενης έκτασης.

Οι κατασχέσεις οπιοειδών και οι εξαρθρώσεις εργασιπρίων παρέχουν ενδείξεις ότι όλο και πιο συχνά πλέον το όπιο που παράγεται στο Αφγανιστάν μετατρέπεται σε μορφίνη ή ηρωίνη εντός του Αφγανιστάν και στη συνέχεια εξαγεται (CND, 2007). Η ηρωίνη εισάγεται στη συνέχεια στην Ευρώπη από δύο κύριες οδούς διακίνησης: την παλιά βαλκανική οδό που παραμένει η πλέον σημαντική για το λαθρεμπόριο ηρωίνης και την πιο πρόσφατη του «δρόμου του μεταξιού» (βλέπε κεφάλαιο 6).

Οι περιφερειακές διαφορές εντός του Αφγανιστάν δείχνουν ότι υπάρχει η δυνατότητα η καλλιέργεια της οπιούχου παπαρούνας να μειωθεί μέσω της οικονομικής ανάπτυξης αλλά επίσης ότι η πολιτική ανασφάλεια, η διαφθορά και η ελλιπής υποδομή έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Είναι εφικτό να μειωθεί γρήγορα η καλλιέργεια αλλά η όποια μείωση αντιστρέφεται εξίσου γρήγορα. Για παράδειγμα, στην επαρχία Nangarhar, στα ανατολικά της χώρας, η καλλιέργεια οπιούχου παπαρούνας μειώθηκε κατά 96 % το 2004/05, αλλά αργότερα, τόσο εκεί όσο και σε άλλες περιοχές, επανήλθε στα αρχικά επίπεδα, εν μέρει λόγω των οικονομικών αναγκών των περιοχών με υψηλή πληθυσμιακή πυκνότητα που δεν κατάφεραν να διαφοροποιήσουν τη δραστηριότητά τους στρεφόμενες σε άλλες καλλιέργειες υψηλής αξίας ή πηγές εισοδήματος εκτός του κλάδου της γεωργίας (Mansfield, προσωπική επικοινωνία και 2007).

Αντιθέτως, σε άλλες περιοχές της ανατολικής περιφέρειας, τα επίπεδα της καλλιέργειας είναι πιο πιθανό να παραμείνουν αμελητέα, και ακόμη και στις νότιες επαρχίες Kandahar και Helmand μπορούμε να αναμένουμε μείωση της παραγωγής σε περιοχές κοντά στο διοικητικό κέντρο. Οι ευνοϊκοί παράγοντες στην περίπτωση αυτή φαίνεται να είναι ο αυξημένος κρατικός έλεγχος και η μεγαλύτερη διαφοροποίηση της αγροτικής παραγωγής, παράγοντες οι οποίοι επέτρεψαν την εδραίωση σχετικά υψηλής αξίας καλλιεργειών σε συνδυασμό με τη δημιουργία υποδομών για τη μεταφορά και την εμπορία της παραγωγής. Στο βόρειο και το βορειοανατολικό τμήμα της χώρας, η αύξηση του ημερομισθίου και η πτώση της τιμής του οπίου δρουν αποτρεπτικά για την καλλιέργεια της οπιούχου παπαρούνας και ταυτόχρονα ορισμένες καλλιέργειες υψηλής αξίας όπως συγκεκριμένα είδη λαχανικών αποφέρουν μεγαλύτερα έσοδα από τις παπαρούνες. Σε αυτές τις περιοχές η διαφοροποίηση υποστηρίχθηκε από τις προσπάθειες κατά των ναρκωτικών και την αυξημένη δραστηριοποίηση της κρατικής μηχανής — με αποτέλεσμα να κυριαρχήσει η γενική εντύπωση ότι τα μέτρα απαγόρευσης του οπίου θα εφαρμοστούν αυστηρά.

Το αυξανόμενο εργατικό κόστος και η καθοδική τάση των τιμών σημαίνουν πλέον ότι τα κέρδη από την καλλιέργεια της οπιούχου παπαρούνας δεν είναι πια τόσο υψηλά, και, σε ορισμένες περιοχές, είναι δυνατό να εξασφαλίσει κανείς αυξημένο εισόδημα από εναλλακτικά προϊόντα, ιδίως αν υπάρχουν επαγγελματικές ευκαιρίες εκτός της γεωργίας. Ωστόσο, τέτοιου είδους νόμιμες οικονομικές δραστηριότητες δεν είναι ανοιχτές σε όλους και, σε πολλές περιοχές, οι επιλογές των γεωργών περιορίζονται λόγω των υψηλών εξόδων μεταφοράς, της κακής κατάστασης του οδικού δικτύου και των προβλημάτων που σχετίζονται με την έλλειψη ασφάλειας. Σε αυτές τις περιοχές, η διαφθορά και η έλλειψη ασφάλειας περιορίζουν τις ευκαιρίες για διακίνηση νόμιμων αγαθών και ανακόπτουν την οικονομική ανάπτυξη και τις προσπάθειες διαφοροποίησης των καλλιεργειών ακόμη και σε περιοχές σχετικά κοντά σε διοικητικά κέντρα.

παρακολούθηση επίσης κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την παράνομη χρήση αυτής της ουσίας, συμπεριλαμβανομένης της ενέσιμης χρήσης της από νέους οι οποίοι άρχισαν τη χρήση οπιοειδών με βουπρενορφίνη αντί της ηρωίνης.

### **Η πτωτική τάση των θανάτων από υπερβολική δόση αναστρέφεται**

Το ΕΚΠΝΤ εκπονεί τακτικά εκθέσεις σχετικά με τους αιφνίδιους θανάτους που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη — πρόκειται κυρίως για θανάτους λόγω υπερβολικής δόσης, συνήθως λόγω ηρωίνης ή άλλων οπιοειδών, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις ο θάνατος έπεται της χρήσης πολλών διαφορετικών ουσιών. Οι θάνατοι από υπερβολική δόση συνιστούν μια σημαντική αιτία θνησιμότητας των νεαρών ενηλίκων, η οποία μπορεί να αποφευχθεί.

Από το 2000 πολλές χώρες της ΕΕ έχουν αναφέρει μειώσεις στους αριθμούς των θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, κάτι που ενδεχομένως αντικατοπτρίζει την αυξημένη παροχή υπηρεσιών ή μεταβολές στους αριθμούς

των χρηστών που κάνουν ενέσιμη χρήση ηρωίνης. Η τάση αυτή ωστόσο δεν συνεχίστηκε το 2004 και το 2005. Ανησυχητικό είναι ιδίως το γεγονός ότι σε λίγες χώρες το ποσοστό των νεότερων ατόμων ανάμεσα στους χρήστες που πεθαίνουν έχει αυξηθεί. Η μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά είναι ένας σημαντικός στόχος της δημόσιας υγείας και είναι ανάγκη να προσδιορισθούν οι αιτίες επιβράδυνσης της πτωτικής τάσης.

Ο θάνατος λόγω υπερβολικής δόσης δεν είναι ο μόνος κίνδυνος για την υγεία που αντιμετωπίζουν όσοι κάνουν προβληματική χρήση ναρκωτικών. Μελέτες αποκαλύπτουν ότι η υπερβολική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες είναι σημαντική μεταξύ των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών: μέχρι και δεκαπλάσια από ό,τι είναι το αναμενόμενο για τον γενικό πληθυσμό. Είναι λοιπόν ανάγκη να αναπτυχθεί μια περισσότερο ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας σε επίπεδο τόσο σωματικής όσο και διανοητικής υγείας, προκειμένου να περιορισθεί ουσιαστικά η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέεται με τη χρόνια χρήση ναρκωτικών.



## Κεφάλαιο 1

### Πολιτικές και νομοθεσία

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι πολιτικές για τα ναρκωτικά στο σύνολο της ΕΕ και στα επιμέρους κράτη μέλη, καθώς και η σχέση μεταξύ των δύο αυτών επιπέδων χάραξης πολιτικής. Η πρωτοβουλία συλλογής δεδομένων που ανέλαβε το ΕΚΠΝΤ κατά την υπό εξέταση περίοδο επιτρέπει την επισκόπηση των υφιστάμενων εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και των θεσμικών πλαισίων ανά την Ευρώπη. Η εκτίμηση του κόστους των ναρκωτικών για την κοινωνία εξετάζεται στην ενότητα για τις δημόσιες δαπάνες που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Με βάση τα δεδομένα για τις εθνικές δημόσιες δαπάνες που κοινοποιήθηκαν από τα κράτη μέλη γίνεται μια πρώτη προσέγγιση του συνολικού ποσού που δαπανήθηκε από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις για το φαινόμενο των ναρκωτικών. Οι νομοθετικές αλλαγές που επικεντρώνονται στη μείωση της προσφοράς και στις νομοθετικές προσεγγίσεις του θέματος των εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών περιγράφονται στην ενότητα για τις πρόσφατες αλλαγές στις εθνικές νομοθεσίες. Μια επισκόπηση των τελευταίων στατιστικών στοιχείων για τα αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών και των τάσεων όσον αφορά τα αδικήματα που σχετίζονται με τη χρήση οπιοειδών και κάνναβης παρουσιάζονται στην ενότητα για την εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την ενότητα για την έρευνα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.

### Εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά

#### Γενική κατάσταση και νέες εξελίξεις

Στις αρχές του 2007 όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ εκτός της Ιταλίας, της Μάλτας και της Αυστρίας διέθεταν εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά, συνοδευόμενη σε μερικές περιπτώσεις από σχέδιο δράσης. Τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή βρίσκονταν σε ισχύ στην Ευρώπη συνολικά περισσότερα από 35 διαφορετικά έγγραφα εθνικού σχεδιασμού για τα ναρκωτικά, καλύπτοντας χρονικές περιόδους από δύο έτη (σχέδιο δράσης της Τσεχικής Δημοκρατίας) έως άνω των δέκα ετών (εθνική στρατηγική των Κάτω Χωρών για τα ναρκωτικά).

Μια αξιοσημείωτη τάση τα τελευταία χρόνια ήταν η μεταστροφή από την ύπαρξη ενός και μοναδικού εγγράφου εθνικού σχεδιασμού στην υιοθέτηση δύο συμπληρωματικών πράξεων: ενός στρατηγικού πλαισίου και ενός σχεδίου δράσης. Η προσέγγιση αυτή, η οποία επιτρέπει καλύτερο σχεδιασμό των βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων, ακολουθείται πλέον από τα μισά περίπου κράτη μέλη της ΕΕ και είναι ακόμα πιο συνηθισμένη στα κράτη μέλη που εντάχθηκαν στην ΕΕ το 2004 και το 2007: οκτώ από τις δώδεκα αυτές χώρες διαθέτουν και στρατηγική για τα ναρκωτικά και σχέδιο δράσης.

Η πολιτική του συνδυασμού μιας στρατηγικής για τα ναρκωτικά με σχέδια δράσης διευκολύνει τον λεπτομερέστερο προσδιορισμό στόχων, δράσεων, αρμοδιοτήτων και προθεσμιών. Ορισμένες χώρες, για παράδειγμα η Κύπρος, η Λετονία και η Ρουμανία, ενσωματώνουν στις στρατηγικές τους για τα ναρκωτικά και στα σχέδια δράσης τους λεπτομερείς διαδικασίες εφαρμογής. Η προσέγγιση αυτή, η οποία ακολουθείται σε άλλα κράτη μέλη (π.χ. Ισπανία, Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο) επί αρκετό καιρό, γίνεται ολοένα πιο διαδεδομένη και εφαρμόζεται επίσης στο τρέχον σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά.

Το 2006 νέες στρατηγικές για τα ναρκωτικά ή νέα σχέδια δράσης υιοθετήθηκαν από τέσσερα κράτη μέλη (Ελλάδα, Πολωνία, Πορτογαλία, Σουηδία), την Τουρκία, καθώς και τη Βόρεια Ιρλανδία (Ηνωμένο Βασίλειο). Σε καμία από τις περιπτώσεις αυτές τα εν λόγω έγγραφα δεν υιοθετήθηκαν για πρώτη φορά, ενώ σε όλες τις εν λόγω περιπτώσεις οι εθνικές εκθέσεις αναφέρουν ότι στα νέα έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά αξιοποιήθηκε η πείρα που αποκομίσθηκε από προγενέστερα έγγραφα. Το 2007 δύο κράτη μέλη, η Μάλτα και η Αυστρία, όπως και η Νορβηγία, πρόκειται να υιοθετήσουν νέες στρατηγικές για τα ναρκωτικά, ενώ η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Γαλλία και η Ουγγαρία θα εφαρμόσουν νέα σχέδια δράσης.

#### Περιεχόμενο

Η μείωση της χρήσης ναρκωτικών εν γένει και ειδικότερα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών αποτελεί βασικό στόχο όλων των εθνικών στρατηγικών και σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά όλων των κρατών μελών της ΕΕ, των υποψηφίων χωρών και της Νορβηγίας. Ο στόχος της πρόληψης και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης των ναρκωτικών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο είναι επίσης κοινός σε όλες τις χώρες. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό είναι η «συνολική» προσέγγιση, βάσει της οποίας οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών και εκείνες που στοχεύουν στη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών αλληλοσυνδέονται. Εξίσου ευρέως διαδεδομένη είναι η «ισόρροπη» προσέγγιση, η οποία στοχεύει στο να δοθεί προτεραιότητα τόσο στη μείωση της προσφοράς όσο και της ζήτησης. Όλα αυτά τα στοιχεία αποτελούν επίσης μέρος της κοινοτικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά.

Το εύρος των ψυχοτρόπων ουσιών που περιλαμβάνονται στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά είναι ένας τομέας στον οποίο παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Αυτό διαπιστώνεται στα νέα έγγραφα που υιοθετήθηκαν το 2006. Από αυτά, δύο αφορούν κυρίως τα παράνομα ναρκωτικά (Πολωνία, Πορτογαλία) —αν και γίνεται κάποια σύνδεση μεταξύ των στρατηγικών για τα ναρκωτικά

## Νέος κανονισμός του ΕΚΠΝΤ

Στις 12 Δεκεμβρίου 2006 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπέγραψαν τον αναθεωρημένο κανονισμό του ΕΚΠΝΤ, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2007.

Ο νέος κανονισμός υπογραμμίζει τη σημασία των βασικών δεικτών, και επισημαίνει ότι η εφαρμογή τους αποτελεί προϋπόθεση για την εκτέλεση των καθηκόντων του Κέντρου. Δίδεται επίσης έμφαση στην ανάγκη ανάπτυξης ενός πληροφοριακού συστήματος που να είναι ευαίσθητο σε νέες και αναδυόμενες τάσεις.

Το νέο έγγραφο διευρύνει το πεδίο της εντολής του ΕΚΠΝΤ. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τη συνδυασμένη χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών και με τις βέλτιστες πρακτικές στα κράτη μέλη. Το ΕΚΠΝΤ μπορεί επίσης να αναπτύξει εργαλεία και μέσα που θα συνδράμουν τα κράτη μέλη κατά την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των εθνικών πολιτικών για τα ναρκωτικά και θα επιτρέψουν στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή να κάνει το ίδιο

σε επίπεδο ΕΕ. Όλα αυτά τα νέα στοιχεία θα επιτρέψουν στο κέντρο να παράσχει μια πληρέστερη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών.

Ο νέος κανονισμός δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη συνεργασία με συναφείς φορείς, ιδίως με την Ευρώπη όσον αφορά την παρακολούθηση νέων ψυχοδραστικών ουσιών και άλλους εταίρους όπως οι στατιστικές υπηρεσίες του ΠΟΥ, του ΟΗΕ ή άλλες για την επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας. Ο νέος κανονισμός διασαφηνίζει τις χώρες στις οποίες το ΕΚΠΝΤ μπορεί να μεταδώσει την τεχνογνωσία του Διοικητικού Συμβουλίου.

Ο ρόλος του δικτύου εθνικών εστιακών σημείων Reitox καθορίζεται με μεγαλύτερη σαφήνεια στο νέο έγγραφο. Η αναθέωση τροποποιεί επίσης τον κανονισμό που αφορά την Επιστημονική Επιτροπή. Έτσι το κέντρο θα αποκτήσει ένα συνεκτικό, ανεξάρτητο σώμα εξεχόντων επιστημόνων. Εκτός από τη διασφάλιση της ποιότητας του έργου του ΕΚΠΝΤ, θα παράσχει επίσης πρόσβαση στην ευρύτερη επιστημονική και ερευνητική κοινότητα.

και των στρατηγικών για το αλκοόλ και τον καπνό—, δύο αφορούν τα παράνομα ναρκωτικά και το αλκοόλ (Ελλάδα, Βόρεια Ιρλανδία του Ηνωμένου Βασιλείου) και ένα (Τουρκία) αφορά όλες τις εθιστικές ουσίες. Επίσης η Σουηδία υιοθέτησε ταυτόχρονα δύο αλληλοσυνδεόμενα σχέδια δράσης, ένα για το αλκοόλ και ένα για τα παράνομα ναρκωτικά. Εδώ και αρκετά χρόνια, σε ορισμένες χώρες διαφαίνονται κινήσεις προς την κατεύθυνση της ενοποίησης των πολιτικών για τα νόμιμα και τα παράνομα ναρκωτικά (π.χ. Γερμανία, Γαλλία) <sup>(1)</sup>. Το πεδίο εφαρμογής των μελλοντικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και η ενδεχόμενη ενοποίησή τους με άλλες στρατηγικές για τη δημόσια υγεία πιθανότατα θα εξακολουθήσει να αποτελεί σημαντικό θέμα τα προσεχή χρόνια.

Οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά κατά κανόνα περιλαμβάνουν παρεμβάσεις στους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της επανένταξης, της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και της μείωσης της προσφοράς. Το εύρος των διαφόρων παρεμβάσεων και η βαρύτητα που δίνεται σε καθεμιά από αυτές ποικίλλουν ωστόσο από χώρα σε χώρα <sup>(2)</sup>. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από τις διαφορές που υπάρχουν ως προς το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του προβλήματος των ναρκωτικών αλλά και από την ποικιλομορφία των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη. Οι οικονομικοί πόροι, η κοινή γνώμη και η πολιτική κουλτούρα αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες και αποδεικνύεται ότι χώρες που παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά υιοθετούν παρόμοιες πολιτικές για τα ναρκωτικά (Κουνονεν κ.ά., 2006).

## Αξιολόγηση

Η ύπαρξη στην ΕΕ ποικιλόμορφων εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά με κοινούς ωστόσο στόχους μπορεί να θεωρηθεί ως πλεονέκτημα καθώς επιτρέπει τη συγκριτική ανάλυση διαφορετικών προσεγγίσεων. Η αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και των σχεδίων δράσης

είναι κατά συνέπεια σημαντική όχι μόνο για την εκτίμηση των προσπαθειών σε εθνικό επίπεδο αλλά και για τη βελτίωση της συνολικής κατανόησης της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τα ναρκωτικά. Η ΕΕ και τα κράτη μέλη έχουν ήδη επενδύσει σημαντικούς πόρους στον τομέα αυτό.

Όλες σχεδόν οι ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν το στόχο της αξιολόγησης της εθνικής πολιτικής τους για τα ναρκωτικά. Οι κυβερνήσεις θέλουν να γνωρίζουν εάν οι πολιτικές τους εφαρμόζονται και εάν επιτυγχάνονται τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Σε δύο κράτη μέλη (Βέλγιο, Σλοβενία) το αντικείμενο της αξιολόγησης περιορίζεται σε μια σειρά επιλεγμένων σχεδίων. Στις περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες, αλλά και σε επίπεδο ΕΕ, η εφαρμογή των δράσεων που ορίζονται στην εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά παρακολουθείται συστηματικά. Τούτο επιτρέπει τη διενέργεια επισκοπήσεων της προόδου, τα αποτελέσματα των οποίων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση ή την ανανέωση των υφιστάμενων στρατηγικών για τα ναρκωτικά ή των σχεδίων δράσης.

Οι καθολικές αξιολογήσεις που αφορούν τις διαδικασίες, τις εκροές, τα αποτελέσματα και τον αντίκτυπο είναι λιγότερο συχνές στην Ευρώπη. Μερικές χώρες (Εσθονία, Ελλάδα, Ισπανία, Πολωνία, Σουηδία) συμπεριλαμβάνουν στην έκθεσή τους πληροφορίες σχετικά με το σχεδιασμό μιας εσωτερικής αξιολόγησης που βασίζεται σε επισκοπήσεις της προόδου ως προς την εφαρμογή και άλλα διαθέσιμα επιδημιολογικά και εγκληματολογικά στοιχεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις (Λουξεμβούργο, Πορτογαλία) η αξιολόγηση αυτή διενεργείται από εξωτερικό φορέα.

Εν συντομία, οι επισκοπήσεις της προόδου ως προς την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και των σχεδίων δράσης τείνουν να αποτελέσουν κοινή πρακτική στην Ευρώπη. Το επόμενο βήμα, που είναι η εκπόνηση αξιολογήσεων αποτελεσμάτων και ανκτύπου, βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο και η μελλοντική αξιολόγηση του

<sup>(1)</sup> Βλέπε το επιλεγμένο θέμα για το 2006 «Πολιτικές της ΕΕ για τα ναρκωτικά: πρέπει να επεκταθούν πέραν των παράνομων ναρκωτικών».

<sup>(2)</sup> Βλέπε κεφάλαιο 2.

αντικτύπου του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008), για την οποία η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει αναθέσει την εκπόνηση μελέτης για σχεδιασμό μεθοδολογίας, θα μπορούσε να αποτελέσει πρότυπο. Κάποια δραστηριότητα υπάρχει επίσης στον τομέα της ανάπτυξης δεικτών με στόχο την αξιολόγηση του αντικτύπου των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά ή της συνολικής κατάστασης για τα ναρκωτικά. Τόσο το Ηνωμένο Βασίλειο όσο και το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) έχουν καταβάλει σημαντικές προσπάθειες σε αυτόν τον τομέα.

### Δείκτες σχετικά με την πολιτική για τα ναρκωτικά

Ο δείκτης των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών (DHI) του Ηνωμένου Βασιλείου αποβλέπει στον προσδιορισμό του κοινωνικού κόστους των επιβλαβών συνεπειών που προκύπτουν από την προβληματική χρήση κάθε παράνομου ναρκωτικού. Καλύπτει τέσσερις μορφές επιβλαβών συνεπειών: επιπτώσεις στην υγεία, επιβλαβείς συνέπειες για την κοινωνία, ενδοοικογενειακή εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά και οικονομικό έγκλημα που συνδέεται με τα ναρκωτικά. Ωστόσο, σκοπός του δεν είναι να αποτελεί την πλήρη σύνοψη της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα όσον αφορά τα ναρκωτικά, καθώς οι δείκτες αφορούν μόνο τους τομείς για τους οποίους υπάρχουν ήδη επαρκή δεδομένα, τα δε αριθμητικά στοιχεία και οι τάσεις που προκύπτουν χρησιμοποιούνται ως βάση με την οποία θα εκτιμηθεί η μελλοντική πρόοδος (MacDonald κ.ά., 2005). Ο δείκτης της UNODC για τα παράνομα ναρκωτικά (IDI) συνδυάζει τρεις διαστάσεις του φαινομένου των ναρκωτικών: παραγωγή ναρκωτικών, διακίνηση ναρκωτικών και χρήση ναρκωτικών. Προκύπτει μια συνολική βαθμολογία, η οποία βασίζεται σε ένα «συντελεστή επιβλαβών συνεπειών — κινδύνου κατά κεφαλήν» που αντικατοπτρίζει τις διαστάσεις όλων των προβλημάτων ναρκωτικών που εκδηλώνονται σε μια συγκεκριμένη χώρα (UNODC, 2005).

Ο σχεδιασμός των δύο αυτών μέσων συμπεριέλαβε ενδιαφέρουσες μεθοδολογικές εξελίξεις και επέτρεψε το σχηματισμό μιας πρώτης εικόνας για τη χρήση συνολικών δεικτών αξιολόγησης στρατηγικών για τα ναρκωτικά και παρακολούθησης της συνολικής κατάστασης των ναρκωτικών. Μια πρώτη παρατήρηση είναι ότι τα μέσα αυτά μπορεί να είναι χρήσιμα για την εποπτεία σε βάθος χρόνου της κατάστασης που επικρατεί σε κάθε χώρα, και ακόμη ότι για να γίνει αντιληπτό το πώς έχουν ακριβώς τα πράγματα πρέπει το αποτέλεσμα να ενταχθεί στο γενικότερο πλαίσιο μέσω της ανάλυσης επιμέρους δεικτών εντός των βασικών δεικτών. Η χρήση ενός συνολικού δείκτη για την πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ χωρών μπορεί να είναι δυσκολότερη, δεδομένου του περιορισμένου αριθμού υπαρχουσών ομάδων δεδομένων και του γεγονότος ότι από την ανάλυση απουσιάζουν μεταβλητές αναφοράς (π.χ. γεωγραφική κατάσταση).

### Μηχανισμοί συντονισμού

Αν και σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία υπάρχουν πλέον θεσμοθετημένοι μηχανισμοί συντονισμού για τα ναρκωτικά, τα υφιστάμενα συστήματα παρουσιάζουν σημαντική ποικιλομορφία, η οποία οφείλεται σε διαφορές στις πολιτικές δομές των χωρών. Παρ' όλα αυτά, είναι δυνατή η περιγραφή μερικών γενικών χαρακτηριστικών.

Οι περισσότερες χώρες διαθέτουν μηχανισμούς συντονισμού για τα ναρκωτικά τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει συνήθως μια διυπουργική επιτροπή για τα ναρκωτικά, η οποία συχνά συνεπικουρείται από μια εθνική υπηρεσία συντονισμού για τα ναρκωτικά ή/και έναν εθνικό συντονιστή για τα ναρκωτικά, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τις καθημερινές δραστηριότητες συντονισμού. Σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, στις περισσότερες χώρες υπάρχουν υπηρεσίες συντονισμού για τα ναρκωτικά ή/και συντονιστές για τα ναρκωτικά.

Μεταξύ των χωρών της ΕΕ υπάρχουν διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι μηχανισμοί συντονισμού σε εθνικό επίπεδο συνδέονται με εκείνους σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. Σε ορισμένες χώρες, ιδίως σε εκείνες με ομοσπονδιακή δομή (π.χ. Βέλγιο, Γερμανία), χρησιμοποιούνται κάθετα συστήματα συντονισμού που επιτρέπουν τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων φορέων συντονισμού που λειτουργούν ανεξάρτητα. Σε άλλες χώρες (π.χ. Φινλανδία, Πορτογαλία), ο συντονισμός σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο τελεί υπό την άμεση εποπτεία των εθνικών φορέων συντονισμού.

Η συγκριτική ανάλυση των μηχανισμών συντονισμού για τα ναρκωτικά στην ΕΕ δυσχεραίνεται από την ποικιλομορφία των υπαρχόντων συστημάτων. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτη που χρηματοδοτήθηκε από το ΕΚΠΝΤ, η αξιολόγηση των συστημάτων συντονισμού είναι δυνατή μέσω της επικέντρωσης στην «ποιότητα υλοποίησης» που διαθέτουν. Η «ποιότητα υλοποίησης» αποτελεί επινοήμα για την εξέταση της ικανότητάς τους να παράγουν συντονιστικό έργο (Kenis, 2006). Η προσέγγιση αυτή θα αναπτυχθεί περαιτέρω ώστε να καταστεί δυνατή η χρήση της για την αξιολόγηση των εθνικών συστημάτων συντονισμού για τα ναρκωτικά.

### Δημόσιες δαπάνες που αφορούν την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Οι δημόσιες δαπάνες για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών που αναφέρθηκαν από ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνονται από 200 000 EUR έως 2 290 εκατ. EUR <sup>(2)</sup>. Η υψηλή μεταβλητότητα εξηγείται εν μέρει από το διαφορετικό μέγεθος των κρατών μελών και εν μέρει από τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των χωρών ως προς τους τύπους των δαπανών που αναφέρονται και την πληρότητα των στοιχείων. Οι περισσότερες χώρες αναφέρουν μόνο τις δαπάνες που πραγματοποιούνται σε σχέση με την υλοποίηση προγραμμάτων στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά και δεν εκθέτουν λεπτομερώς άλλες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της προσφοράς και της ζήτησης. Επίσης δεν συμπεριλαμβάνονταν πάντοτε όλοι οι κύριοι τομείς των δημόσιων δαπανών για την καταπολέμηση του φαινομένου των ναρκωτικών, καθώς μόλις 15 από συνολικά 23 χώρες παρείχαν αναλυτικές πληροφορίες για τις δαπάνες σε σχέση με δραστηριότητες «υγείας και κοινωνικής πρόνοιας» (θεραπεία, μείωση των επιβλαβών συνεπειών, έρευνα στον τομέα της υγείας, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, δραστηριότητες πρόληψης και κοινωνικές δραστηριότητες), ενώ μόλις 14 χώρες ανέφεραν στοιχεία σχετικά με δαπάνες στον τομέα της «επιβολής του νόμου» (αστυνομία, στρατός, δικαστήρια, σωφρονιστικά ιδρύματα, υπηρεσίες ελέγχου τελωνειακών και δημοσιονομικών θεμάτων). Οι πληροφορίες σχετικά με δαπάνες σε άλλους τομείς

<sup>(2)</sup> Τα συνολικά αριθμητικά στοιχεία του 2005 που αφορούν τις δαπάνες που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ παρασέθηκαν από τα αντίστοιχα εθνικά εστιακά σημεία.

## Το κόστος της χρήσης ναρκωτικών

Οι μελέτες σχετικά με το κόστος της χρήσης ναρκωτικών αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με την ανάπτυξη και τη διαχείριση πολιτικών για τα ναρκωτικά.

Το κόστος που συνδέεται με τα ναρκωτικά μπορεί να χωριστεί σε δύο ευρείες κατηγορίες: άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο κόστος αφορά τις δαπάνες για την πρόληψη, τη θεραπεία, τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και την επιβολή του νόμου. Ως έμμεσο κόστος νοείται η αξία των παραγωγικών δραστηριοτήτων που δεν ασκούνται λόγω της χρήσης ναρκωτικών, και συνήθως συνίσταται στη χαμένη παραγωγικότητα λόγω της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Το κόστος της χρήσης ναρκωτικών μπορεί επίσης να περιλαμβάνει το άυλο κόστος του παρεπόμενου πόνου και οδύνης, που συνήθως είναι το κόστος των μέτρων βελτίωσης της ποιότητας ζωής, αλλά αυτή η κατηγορία κόστους συχνά παραλείπεται λόγω της δύσκολης ποσοτικοποίησής της σε χρηματικούς όρους.

Μια μελέτη ανάλυσης κόστους είναι δυνατό να διεξαχθεί από διάφορες οπτικές γωνίες, κάθε μία από τις οποίες μπορεί να περιλάβει διαφορετικούς τύπους κόστους, για παράδειγμα, το κόστος για την κοινωνία στο σύνολό της, για το κράτος, το σύστημα υγείας, για τους τρίτους που επιβαρύνονται, και για τους ίδιους τους χρήστες και τις οικογένειές τους.

## Η οπτική γωνία της κοινωνίας

Το κόστος των ναρκωτικών για την κοινωνία είναι το σύνολο του άμεσου και έμμεσου κόστους της χρήσης ναρκωτικών. Το άθροισμα αυτό, εκπεφρασμένο σε χρηματικούς όρους, αποτελεί μια εκτίμηση της συνολικής επιβάρυνσης που συνιστά για την κοινωνία η χρήση ναρκωτικών (Single κ.ά., 2001).

Ο προσδιορισμός του κοινωνικού κόστους της χρήσης ναρκωτικών έχει πολλαπλά οφέλη. Πρώτον, αποκαλύπτει πόσα χρήματα δαπανά η κοινωνία για θέματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και, εμμέσως, τα ποσά που θα εξοικονομούσαν αν καταργούνταν πλήρως η χρήση ναρκωτικών. Δεύτερον, επιτρέπει τον προσδιορισμό των διαφόρων συνιστωσών του κόστους και τη συμβολή κάθε τομέα της κοινωνίας. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμεύσουν για τον καθορισμό μελλοντικών προτεραιοτήτων χρηματοδότησης αναδεικνύοντας τους τομείς όπου υπάρχουν ανεπάρκειες και δυνατότητες εξοικονόμησης χρημάτων.

(π.χ. διοίκηση, συντονισμός, παρακολούθηση και διεθνής συνεργασία) ήταν ακόμα πιο ανεπαρκείς (επτά χώρες), όπως ήταν και οι πληροφορίες σχετικά με περιφερειακούς και δημοτικούς προϋπολογισμούς (έξι χώρες).

Έξι χώρες παρείχαν αναλυτικές πληροφορίες για δαπάνες που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών (πίνακας 1). Στις χώρες αυτές οι δημόσιες δαπάνες που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών αντιπροσώπευαν μεταξύ του 0,11 και του 0,96 % των συνολικών γενικών δημόσιων δαπανών τους (μέσος όρος 0,32 %) ή μεταξύ 0,05 και 0,46 % του εθνικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕγχΠ) (μέσος όρος 0,15 %). Οι δραστηριότητες στον τομέα της «επιβολής του νόμου» αντιπροσώπευαν το 24-77 % των συνολικών δαπανών, ενώ το υπόλοιπο δαπανήθηκε σε δραστηριότητες στον τομέα της «υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας».

## Η οπτική γωνία των δημόσιων δαπανών

Ο όρος «δημόσιες δαπάνες» αναφέρεται στην αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που προμηθεύονται οι κρατικοί φορείς (σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο) για την εκτέλεση των λειτουργιών τους (υγεία, δικαιοσύνη, δημόσια τάξη, εκπαίδευση, κοινωνικές υπηρεσίες). Η ανάλυση των δημόσιων δαπανών ενός κράτους παρέχει χρήσιμες πληροφορίες αναφορικά με την ικανότητα της κρατικής μηχανής να διαχειρίζεται αποτελεσματικά και αποδοτικά τους πόρους της.

Η εκτίμηση των δημόσιων δαπανών που σχετίζονται με τα ναρκωτικά διαφέρει από την εκτίμηση του κοινωνικού κόστους. Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν ένα μόνο μέρος του κοινωνικού κόστους, και ανήκουν στην κατηγορία του άμεσου κόστους· οι έμμεσες δαπάνες αποκλείονται ρητά, ομοίως το κόστος ιδιωτικών εμπλεκόμενων φορέων (π.χ. ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας). Οι έμμεσες δημόσιες επενδύσεις που χαρακτηρίζονται ρητά ως σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά μπορούν να αναζητηθούν αναδρομικά μέσω ενδελεχούς ανασκόπησης των επίσημων δημοσιονομικών εγγράφων (π.χ. προϋπολογισμοί ή επίσημες εκθέσεις). Οι εκτιμήσεις περιπλέκονται όταν οι δαπάνες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά δεν καταγράφονται ως τέτοιες αλλά ενσωματώνονται σε προγράμματα με ευρύτερους στόχους (π.χ. στον γενικό προϋπολογισμό των αστυνομικών δυνάμεων). Στην περίπτωση αυτή, οι έμμεσες δαπάνες που σχετίζονται με τα ναρκωτικά αλλά δεν έχουν χαρακτηριστεί σαφώς ως τέτοιες πρέπει να υπολογίζονται μέσω μοντελοποιημένων προσεγγίσεων.

Ο πρωταρχικός στόχος των υπολογισμών του κόστους είναι η εκτίμηση της επιβάρυνσης που συνιστούν για την κοινωνία τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά έναντι του κόστους της αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων (συμπεριλαμβανομένων των δυνητικών έμμεσων αποτελεσμάτων). Τελικά το ερώτημα τίθεται στη βάση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας: Χρησιμοποιούν σωστά τα χρήματά τους οι κυβερνήσεις διαθέτοντάς τα για τα σωστά προβλήματα; Ωστόσο ορισμένοι συγγραφείς (Reuter, 2006) διατυπώνουν την άποψη ότι, στο πλαίσιο της χάραξης πολιτικών, οι δημόσιες δαπάνες έχουν μεγαλύτερη σημασία από το κοινωνικό κόστος. Ο προϋπολογισμός των ναρκωτικών μας επιτρέπει να περιγράψουμε τις πολιτικές που υλοποιεί μια κυβέρνηση για τη μείωση της χρήσης των ναρκωτικών και των συναφών προβλημάτων και αυτό είναι το πρώτο βήμα για να αποφασίσουμε αν το επίπεδο και το περιεχόμενο αυτών των πολιτικών είναι επαρκές.

Το συνολικό ύψος των δαπανών που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών που αναφέρθηκαν από τις ευρωπαϊκές χώρες ήταν 8,1 δισ. EUR. Δεδομένου ότι τα αναφερόμενα στοιχεία είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπή, ο αριθμός αυτός κατά πάσα πιθανότητα αποτελεί υποεκτίμηση του όλου μεγέθους των δημόσιων δαπανών που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Οι έξι χώρες που περιλαμβάνονται στον πίνακα 1 αντιπροσωπεύουν το 76 % των συνολικών δημόσιων δαπανών που αναφέρθηκαν από κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία. Βάσει των στοιχείων που παρασχέθηκαν από τις έξι αυτές χώρες, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες των ευρωπαϊκών χωρών που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών υπολογίζεται ότι βρίσκονται κάπου ανάμεσα στα 13 δισ. EUR και τα 36 δισ. EUR<sup>(4)</sup>. Τα ποσά αυτά αντιπροσωπεύουν μεταξύ 0,12 και 0,33 % του ΑΕγχΠ της ΕΕ (25 χώρες) το 2005.

<sup>(4)</sup> Τέσσερις από τις έξι χώρες (Ουγγαρία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία και Σουηδία) παρείχαν λεπτομερείς μοντελοποιημένες προσεγγίσεις των αριθμητικών τους στοιχείων. Χρησιμοποιώντας την τιμή του πρώτου και του τρίτου τεταρτημορίου της κατανομής του ποσοστού των συνολικών γενικών δημόσιων δαπανών (0,18% και 0,69% αντίστοιχα) και για τις υπόλοιπες χώρες, καθώς και το ποσοστό του ΑΕγχΠ (0,08% και 0,37% αντίστοιχα) που δαπανήθηκε από τις έξι επιλεγείσες χώρες, προκύπτει η μέση τιμή των συνολικών συσσωρευθεισών δαπανών.

<b>Πίνακας 1: Σύγκριση επιλεγμένων χωρών με πλήρη στοιχεία και περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά με τη σύνθεση των δημόσιων δαπανών τους που σχετίζονται με τα ναρκωτικά</b>					
Χώρα	Συνολικές δαπάνες που αναφέρθηκαν			Ποσοστό των συνολικών δαπανών που διατέθηκε για	
	Ποσό (εκατ. ευρώ)	Ως ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών <sup>(1)</sup> (%)	Ως ποσοστό του ΑΕγχΠ <sup>(2)</sup> (%)	Υγεία και κοινωνική πρόνοια <sup>(3)</sup> (%)	Επιβολή του νόμου <sup>(4)</sup> (%)
<b>Βέλγιο <sup>(5)</sup></b>	185,9	0,14	0,07	43	54
<b>Ουγγαρία</b>	43,5	0,11	0,05	23	77
<b>Κάτω Χώρες</b>	2 185,5	0,96	0,43	25	75
<b>Φινλανδία</b>	272,0	0,36	0,18	76	24
<b>Σουηδία (2002)</b>	1 200,0	0,80	0,46	60	40
<b>Ηνωμένο Βασίλειο</b>	2 290,0	0,29	0,13	51	49

<sup>(1)</sup> Συνολικές γενικές δημόσιες δαπάνες έτους (πηγή: Eurostat).  
<sup>(2)</sup> Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν έτους (πηγή: Eurostat).  
<sup>(3)</sup> Οι δαπάνες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας περιλαμβάνουν τη θεραπεία, τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών, την έρευνα στον τομέα της υγείας, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, τις δραστηριότητες πρόληψης και κοινωνικές παρεμβάσεις. Για τη Φινλανδία, εκτός από την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών το διατιθέμενο ποσό περιλαμβάνει επίσης τις ζημιές σε περιουσία, την παρακολούθηση και την έρευνα.  
<sup>(4)</sup> Οι δαπάνες για την επιβολή του νόμου περιλαμβάνουν τις δαπάνες για την αστυνομία, το στρατό, τα δικαστήρια, τα σωφρονιστικά ιδρύματα, τις υπηρεσίες ελέγχου τελωνειακών και δημοσιονομικών θεμάτων.  
<sup>(5)</sup> Το Βέλγιο διέθεσε επίσης 3 % των συνολικών αναφερόμενων δαπανών σε δραστηριότητες διαχείρισης πολιτικής.  
 Πηγές: Εθνικά εστακά σημεία και Eurostat

Σε κοινοτικό επίπεδο, στο πλαίσιο του νέου προϋπολογισμού για την περίοδο 2007-2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα διαθέσει σημαντικά κονδύλια για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Υπό διαπραγμάτευση βρίσκεται ένα νέο χρηματοδοτικό μέσο για την πρόληψη και την ενημέρωση περί ναρκωτικών, το οποίο μπορεί να εγκριθεί έως τα τέλη του 2007. Μέσω του μέσου αυτού κατά το τρέχον έτος θα διατεθούν 3 εκατ. EUR για διακρατικά σχέδια. Άλλα νέα χρηματοδοτικά μέσα όπως το πρόγραμμα για την πρόληψη και καταπολέμηση της εγκληματικότητας, το πρόγραμμα δημόσιας υγείας 2007-2013 και το έβδομο πρόγραμμα-πλαίσιο ΕΤΑ 2007-2013 παρέχουν επίσης ευκαιρίες χρηματοδότησης οργανισμών που δραστηριοποιούνται σε διάφορα πεδία του τομέα των ναρκωτικών. Επίσης η ΕΕ και τα κράτη μέλη από το 2005 συγχρηματοδοτούν την υλοποίηση σχεδίων παροχής βοήθειας σε θέματα ναρκωτικών σε τρίτες χώρες ύψους άνω των 750 εκατ. EUR.

Στο πλαίσιο του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008) το ΕΚΠΝΤ εργάζεται επί του παρόντος προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης μιας μεθοδολογίας που θα επιτρέψει στα κράτη μέλη, τις υποψήφιες χώρες και τη Νορβηγία να συγκεντρώσουν τυποποιημένα στοιχεία για τις δαπάνες που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Τούτο θα συμβάλει στον υπολογισμό από το ΕΚΠΝΤ τόσο των συνολικών δημόσιων δαπανών που διατίθενται για την καταπολέμηση των ναρκωτικών όσο και του τρόπου κατανομής τους στις διάφορες δραστηριότητες.

## Νομοθετικές και πολιτικές εξελίξεις στην ΕΕ

Στα τέλη του 2006 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε την πρώτη έκθεση προόδου <sup>(5)</sup> σχετικά με την υλοποίηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008). Στην έκθεση γινόταν αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο υλοποιήθηκαν οι δραστηριότητες που είχαν προγραμματισθεί για το 2006 και το κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι στόχοι που είχαν τεθεί για το 2006. Το ΕΚΠΝΤ συνέβαλε στην προσπάθεια αυτή μέσω της εκπόνησης σειράς εκθέσεων. Παρόμοια δραστηριότητα θα

### Αναφορές σχετικά με το κοινωνικό κόστος της χρήσης ναρκωτικών

Δεδομένα για το κοινωνικό κόστος της χρήσης ναρκωτικών αναφέρονται μόνο από μικρό αριθμό χωρών. Στη Φινλανδία (δεδομένα από το 2004), το έμμεσο κόστος που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης φαρμάκων, υπολογίστηκε ότι κυμαίνεται μεταξύ 400-800 εκατ. EUR, από τα οποία τα 306-701 εκατομμύρια αποδίδονται στην απώλεια ζωών λόγω πρόωρου θανάτου ενώ οι απώλειες στην παραγωγή ανέρχονται σε 61-102 εκατ. EUR. Το κοινωνικό κόστος της παράνομης χρήσης ναρκωτικών εκτιμάται ότι ανήλθε σε 907 εκατ. EUR στη Γαλλία το 2003 και 29,7 εκατ. EUR στο Λουξεμβούργο το 2004.

<sup>(5)</sup> [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf).



πραγματοποιηθεί το 2007, πριν από την τελική αξιολόγηση του αντικτύπου του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά που θα παρουσιασθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2008.

Τον Ιούνιο του 2006 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε πράσινη βίβλο για το ρόλο της κοινωνίας των πολιτών στην πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά <sup>(6)</sup>, όπως ορίζεται στο σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά. Η πράσινη βίβλος στοχεύει στη διερεύνηση των καλύτερων δυνατών τρόπων για την οργάνωση συνεχούς διαλόγου με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών που δραστηριοποιούνται στον τομέα των ναρκωτικών. Οι ενδιαφερόμενοι κλήθηκαν να σχολιάσουν δύο εναλλακτικές επιλογές για έναν δομημένο διάλογο: τη δημιουργία ενός φόρουμ της κοινωνίας των πολιτών για τα ναρκωτικά ως βήμα τακτικών άτυπων διαβουλεύσεων, ή τη θεματική διασύνδεση υφιστάμενων δικτύων.

Η συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στην πολιτική για τα ναρκωτικά στην ΕΕ αποτελεί επίσης έναν από τους κύριους στόχους του ειδικού προγράμματος «Πρόληψη των ναρκωτικών και σχετική ενημέρωση» για την περίοδο 2007-2013 <sup>(7)</sup> που πρότείνει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο πλαίσιο του γενικού προγράμματος «Θεμελιώδη δικαιώματα και δικαιοσύνη». Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος για τα ναρκωτικά είναι να βοηθήσει στο να καταστεί η Ευρώπη χώρας ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης, μέσω της βελτίωσης της ενημέρωσης σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών και μέσω της πρόληψης και της μείωσης της χρήσης των ναρκωτικών, της τοξικομανίας και των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών. Ο συνολικός προϋπολογισμός του προγράμματος για την περίοδο 2007-2013 ανέρχεται σε 21 εκατ. EUR. Το πρόγραμμα για τα ναρκωτικά τελεί ακόμα υπό συζήτηση στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο εν όψει της έγκρισής του σύμφωνα με τη διαδικασία συναπόφασης.

## Νέες εθνικές νομοθεσίες

### Μείωση της προσφοράς

Το προηγούμενο έτος πραγματοποιήθηκαν πολλές νομοθετικές αλλαγές από κράτη μέλη στον τομέα της μείωσης της ζήτησης. Επίσης το 2006 αρκετές χώρες έλαβαν μέτρα για τη βελτίωση των νομοθετικών πλαισίων που άπτονται της διακίνησης ναρκωτικών και θεμάτων που σχετίζονται με τη μείωση της προσφοράς.

Στην Ιρλανδία μεταξύ των σημαντικών αλλαγών που επήλθαν ήταν η θέσπιση του νόμου του 2006 για την ποινική δικαιοσύνη, με τον οποίο θεσπίζονται νέα αδικήματα όσον αφορά την προσφορά ναρκωτικών σε κρατούμενους, διατάξεις για την καταπολέμηση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και προτάσεις για την ενίσχυση της επιβολής υποχρεωτικής ελάχιστης ποινής φυλάκισης δέκα ετών για τη διακίνηση ναρκωτικών αγοραίας αξίας 13 000 EUR και άνω. Η συμμετοχή σε ή η υπόθαλψη «εγκληματικής οργάνωσης» (όπως ορίζεται από το νόμο) ποινικοποιείται και δημιουργείται μητρώο παραβατών της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, βάσει του οποίου όσοι καταδικάζονται για διακίνηση ναρκωτικών θα υποχρεούνται μετά την αποφυλάκισή τους να γνωστοποιούν τη διεύθυνση διαμονής τους στην αστυνομία. Κατ' αντιδιαστολή

στην Ουγγαρία δρομολογήθηκαν διαδικαστικές αλλαγές μέσω διατάγματος του Αρχηγείου της Αστυνομίας που είχε στόχο την κωδικοποίηση όλων των αστυνομικών δραστηριοτήτων που συνδέονται με ναρκωτικά και πρόδρομες ουσίες σε μια ενιαία και περιεκτική νομοθετική πράξη που θα συμβάλει στην καταπολέμηση της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά.

Επίσης θεσπίστηκαν ή βελτιώθηκαν διαδικασίες σχετικά με τη χρήση συγκεκριμένων μέσων για την καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών. Στην Εσθονία τον Μάιο του 2005 τροποποιήθηκε ο νόμος για τα ναρκωτικά και τις ψυχοτρόπους ουσίες και οι συναφείς νομοθετικές πράξεις, με σκοπό τη διεύρυνση του πεδίου παρακολούθησης. Στη Ρουμανία, με νόμο που ψηφίστηκε το 2006, θεσπίστηκε το ευρωπαϊκό έγγραφο σύλληψης και ορίστηκαν οι διαδικασίες για τη χρήση του καθώς και μέτρα για τη βελτίωση της δικαστικής συνεργασίας, της διασυννοριακής παρακολούθησης και καταδίωξης και της μεταφοράς νομικών διαδικασιών. Στη Βουλγαρία ο νέος ποινικός κώδικας που θεσπίστηκε τον Οκτώβριο του 2005 ρυθμίζει τις ελεγχόμενες παραδόσεις, τις εμπιστευτικές συναλλαγές και τις μυστικές έρευνες. Υπάρχουν επίσης διατάξεις για την προσωρινή προστασία μαρτύρων σε υποθέσεις ναρκωτικών και, σε ορισμένες περιπτώσεις, για την προστασία της ταυτότητας των μαρτύρων, καθώς και ειδικοί κανόνες για την ανάκριση των εν λόγω μαρτύρων και τη χρησιμοποίηση μυστικών αστυνομικών.

Και σε άλλες χώρες παρέχονται παρόμοια μέσα στις δικαστικές αρχές. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στο πλαίσιο της δίωξης αδικημάτων που αφορούν ναρκωτικά, συχνά γίνεται επίκληση των διατάξεων του κώδικα ποινικής δικονομίας που επιτρέπουν την προστασία της ταυτότητας των μαρτύρων και την παρακολούθηση ατόμων. Ο νόμος για την προστασία μαρτύρων εφαρμόζεται επίσης ευρέως σε υποθέσεις ναρκωτικών στην Κύπρο.

Η αύξηση που παρατηρήθηκε πρόσφατα στη διακίνηση κοκαΐνης από την περιοχή της Καραϊβικής είχε ως αποτέλεσμα την επικέντρωση της προσοχής στην περιοχή αυτή. Στις Κάτω Χώρες από τις αρχές του 2003 άρχισε να λειτουργεί στο αεροδρόμιο Schiphol ειδικό δικαστήριο που διαθέτει εγκαταστάσεις φυλακών. Από τις αρχές του 2005 όλες οι εισερχόμενες πτήσεις από συγκεκριμένες χώρες της Καραϊβικής ελέγχονται κατά 100 %. Το 2004 κάθε μήνα συλλαμβάνονταν κατά μέσο όρο 290 άτομα που χρησιμοποιούνταν για τη διακίνηση ναρκωτικών, αριθμός που στις αρχές του 2006 μειώθηκε σε 80 το μήνα. Στη Γαλλία νόμος που τέθηκε σε ισχύ τον Οκτώβριο του 2005 ενισχύει τη συνεργασία με την περιφέρεια της Καραϊβικής, με στόχο την ανάσχεση της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών από αέρα και θάλασσα.

### Ρυθμίσεις στο θέμα των εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών

Μια σειρά χωρών ανέφεραν τη θέσπιση νομοθεσίας που επιτρέπει, οριοθετεί ή ρυθμίζει τη διενέργεια εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών σε οδηγούς, συλληφθέντες, κρατούμενους ή εργαζομένους, σε διάφορες περιστάσεις.

Ο τυχαίος έλεγχος οδηγών, μέσω της επιτόπιας χρήσης συσκευών ταχείας ανίχνευσης, επιτρέπεται πλέον στη

<sup>(6)</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2006/com2006\\_0316el01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2006/com2006_0316el01.pdf).

<sup>(7)</sup> COM(2006) 230 τελικό.

Λιθουανία δυνάμει απόφασης με την οποία εγκρίθηκε το εθνικό πρόγραμμα για την οδική ασφάλεια 2005-2010 και στο Λουξεμβούργο δυνάμει νομοσχεδίου του 2004 με το οποίο τροποποιήθηκε ο νόμος για τον έλεγχο της κυκλοφορίας. Στη Λετονία, σύμφωνα με το τροποποιηθέν ποινικό δίκαιο, επιβάλλονται εφεξής κυρώσεις στους οδηγούς που πιστεύεται ότι χειρίζονται ένα όχημα σε κατάσταση τοξίνωσης και οι οποίοι αρνούνται να υποβληθούν σε έλεγχο, με δυνατότητα επιβολής ποινής φυλάκισης σε περίπτωση εκ νέου άρνησης εντός ενός έτους. Επίσης στη Λετονία ο τροποποιημένος νόμος «περί αστυνομίας» προβλέπει πλέον τη μεταφορά ενός προσώπου σε νοσηλευτικό ίδρυμα προκειμένου να διαπιστωθεί εάν έχει κάνει χρήση οινόπνευματων, ναρκωτικών, ψυχοτρόπων ή τοξικών ουσιών και παραπέμπει στους κανονισμούς του υπουργικού συμβουλίου όπου περιγράφεται αναλυτικά η σχετική διαδικασία. Οι διαδικασίες που αφορούν τη διενέργεια εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών σε οδηγούς περιγράφονται περαιτέρω στο επιλεγμένο θέμα για τα ναρκωτικά και την οδήγηση.

Στη Σκοτία συγκεκριμένες κατηγορίες συλληφθέντων επιτρέπεται πλέον να υποβάλλονται σε εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών, όπως συνέβαινε ήδη στην Αγγλία και την Ουαλία, ενώ βάσει του νέου σχεδίου σωφρονιστικού κώδικα που δημοσιεύτηκε στην Ιρλανδία τον Ιούνιο του 2005 από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Ισότητας και Νομοθετικής Μεταρρύθμισης εισάγεται η δυνατότητα υποχρεωτικής διενέργειας εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών στους κρατούμενους. Οι εξετάσεις αυτές, όπως δηλώνεται, θα είναι προς όφελος της τάξης, της ασφάλειας και της υγείας και θα διεξάγονται σε δείγματα ούρων, στοματικών υγρών ή/και τριχών.

Στη Νορβηγία δεν ισχύει πλέον ότι επιτρέπεται η διενέργεια εξετάσεων για ναρκωτικά στους χώρους εργασίας εφόσον οι εργαζόμενοι ή οι αιτούντες εργασία δώσουν τη συγκατάθεσή τους. Με τη θέση σε ισχύ του άρθρου 9 παράγραφος 4 του νόμου για το περιβάλλον εργασίας του 2005 ένας εργοδότης μπορεί πλέον να υποχρεώσει κάποιον εργαζόμενο ή αιτούντα εργασία να υποβληθεί σε εξετάσεις για ναρκωτικά μόνον υπό τις συνθήκες που ορίζονται σε νομοθετικές πράξεις και κανονισμούς, ή εάν η εκτέλεση συγκεκριμένης εργασίας υπό το καθεστώς τοξίνωσης εγκυμονεί ιδιαίτερα μεγάλους κινδύνους, ή ακόμη εάν ο εργοδότης κρίνει ότι η διενέργεια της εξέτασης είναι επιβεβλημένη για την προστασία της ζωής και της υγείας των εργαζομένων ή τρίτων. Στη Φινλανδία το νέο διάταγμα της κυβέρνησης σχετικά με τη διενέργεια εξετάσεων για ναρκωτικά στην εργασία περιλαμβάνει σειρά διατάξεων που διέπουν τη συγκατάθεση, καθώς και τις ποιοτικές απαιτήσεις για τα εργαστήρια εξετάσεων, τα δείγματα και τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Στην Τσεχική Δημοκρατία οι κανόνες που αφορούν τη διενέργεια εξετάσεων για ναρκωτικά από την αστυνομία, τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους ή τους εργοδότες ορίζονται πλέον στο πλαίσιο του νόμου 379/2005 για τα μέτρα προστασίας από τις επιβλαβείς συνέπειες που προκαλούνται από προϊόντα καπνού, οινόπνευματων και άλλες εθιστικές ουσίες. Η διενέργεια εξετάσεων από επαγγελματίες είναι υποχρεωτική όταν εικάζεται ευλόγως ότι η χρήση ουσιών μπορεί να φέρει ένα άτομο σε κατάσταση που εγκυμονεί

κινδύνους για το ίδιο ή για τρίτους. Διευκρινίζονται επίσης οι περιπτώσεις στις οποίες η αστυνομία, οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι ή οι εργοδότες επιτρέπεται να διενεργούν τεστ αναπνοής ή να λαμβάνουν δείγματα σίελου. Ιατρικές εξετάσεις, μέσω τεστ αναπνοής και δειγμάτων βιολογικού υλικού, μπορούν να διενεργούνται μόνο σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης που διαθέτουν επαγγελματική και λειτουργική επάρκεια.

## Εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Η ανάγκη πρόληψης της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά αποτελεί υψηλή προτεραιότητα της ευρωπαϊκής ατζέντας πολιτικής, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι η παρούσα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά αναγνωρίζει την επιδίωξη αυτή ως ζωτικό τομέα δράσης για την επίτευξη του στόχου της να διασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο ασφάλειας για το ευρύ κοινό.

Μεταξύ των εργασιών που έχουν προγραμματισθεί για το 2007 στο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008) είναι η υιοθέτηση ενός κοινού ορισμού της «εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά», στη βάση πρότασης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που στηρίζεται στις μελέτες που παρουσιάστηκαν από το ΕΚΠΝΤ. Η έννοια της «εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά» δεν έχει το ίδιο περιεχόμενο για όλους τους επιστημονικούς κλάδους και τους επαγγελματίες του τομέα, ωστόσο μπορεί να θεωρηθεί ότι περιλαμβάνει τέσσερις ευρείες κατηγορίες: *εγκλήματα ψυχοφαρμακευτικής αιτιολογίας* (εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια ψυχοτρόπου ουσίας), *εγκλήματα με οικονομικό κίνητρο* (εγκλήματα που διαπράττονται για εξασφάλιση χρημάτων, αγαθών ή ναρκωτικών προκειμένου να υποστηριχθεί η χρήση ναρκωτικών), *συστημικά εγκλήματα* (εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών) και *αδικήματα που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών* (περιλαμβανομένης της χρήσης, κατοχής, εμπορίας, διακίνησης κ.λπ.) (βλέπε επίσης ΕΚΠΝΤ, 2007α).

Οι ορισμοί των τριών πρώτων από τις εν λόγω πτυχές της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά είναι μερικές φορές δύσκολο να εφαρμοσθούν στην πράξη, τα δε σχετικά στοιχεία είναι σπάνια και αποσπασματικά. Τα στοιχεία που αφορούν τις «αναφορές»<sup>(9)</sup> για παραβιάσεις της νομοθεσίας περί ναρκωτικών είναι διαθέσιμα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και αναλύονται στην παρούσα έκθεση. Ωστόσο τα στοιχεία αυτά απηχούν διαφορές στις εθνικές νομοθεσίες αλλά και τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους εφαρμόζονται και επιβάλλονται οι νόμοι, και επίσης διαφορές στις προτεραιότητες και στους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αδικημάτων από τις αρχές της ποινικής δικαιοσύνης. Επίσης τα συστήματα πληροφοριών σχετικά με αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής και αναφοράς, δηλαδή ποια στοιχεία καταγράφονται, πότε και με ποιο τρόπο. Επειδή οι διαφοροποιήσεις αυτές καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολες

(9) Ο όρος «αναφορές» για αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών παρατίθεται εντός εισαγωγικών γιατί η έννοια με την οποία χρησιμοποιείται διαφέρει από χώρα σε χώρα (αναφορές της αστυνομίας σχετικά με υπόπτους διάπραξης αδικημάτων που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, απαγγελία κατηγοριών για αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών). Για τον ακριβή ορισμό σε κάθε χώρα ανατρέξτε στις Μεθοδολογικές σημειώσεις για αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

τις συγκρίσεις μεταξύ χωρών, κρίνεται σκοπιμότερο να γίνεται σύγκριση τάσεων παρά απόλυτων αριθμών και να λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος του πληθυσμού κάθε χώρας κατά την ανάλυση του ευρωπαϊκού μέσου όρου των τάσεων. Συνολικά σε επίπεδο ΕΕ ο αριθμός των «αναφορών» αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε κατά μέσο όρο κατά 47 % μεταξύ του 2000 και του 2005 (διάγραμμα 1). Τα στοιχεία δείχνουν αυξητικές τάσεις σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, με εξαίρεση τη Λεττονία, την Πορτογαλία και τη Σλοβενία, όπου αναφέρθηκε συνολική μείωση στη διάρκεια της πενταετίας<sup>(9)</sup>.

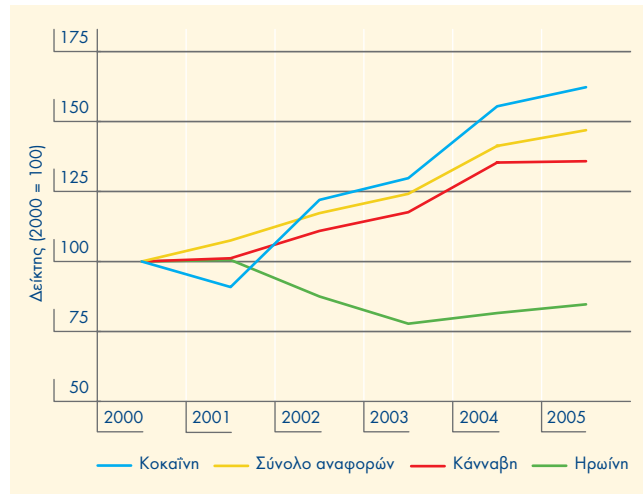
Η αναλογία των αδικημάτων που συνδέονται με τη χρήση και εκείνων που συνδέονται με τη διακίνηση ποικίλλει, ενώ οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν ότι η πλειονότητα των αδικημάτων συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών και την κατοχή για χρήση, με τα σχετικά ποσοστά για το 2005 να ανέρχονται σε έως και 91 % στην Ισπανία<sup>(10)</sup>. Ωστόσο στην Τσεχική Δημοκρατία, το Λουξεμβούργο, τις Κάτω Χώρες, την Τουρκία και τη Νορβηγία κυριαρχούν τα αδικήματα που συνδέονται με την εμπόραιο και τη διακίνηση, αντιπροσωπεύοντας έως και το 92 % (Τσεχική Δημοκρατία) του συνόλου των αδικημάτων σε σχέση με ναρκωτικά που αναφέρθηκαν το 2005.

Στα περισσότερα κράτη μέλη η κάνναβη εξακολουθεί να αποτελεί το παράνομο ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά<sup>(11)</sup>. Στις χώρες όπου συμβαίνει αυτό τα αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη αντιπροσώπευαν το 2005 από 42 έως 74 % του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών. Στην Τσεχική Δημοκρατία κυριάρχησαν τα αδικήματα που σχετίζονται με τις μεθαμφεταμίνες, αντιπροσωπεύοντας το 53 % του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, ενώ στο Λουξεμβούργο η κοκαΐνη ήταν η συχνότερα αναφερόμενη ουσία (στο 35 % των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά).

Την πενταετία 2000-2005 ο αριθμός των «αναφορών» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά που σχετίζονται με την κάνναβη παρέμεινε σταθερός ή αυξήθηκε στην πλειονότητα των χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις, με αποτέλεσμα να υπάρξει συνολική μέση αύξηση κατά 36 % σε επίπεδο ΕΕ (διάγραμμα 1). Πτωτικές τάσεις ωστόσο αναφέρθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία (2002-2005) και τη Σλοβενία (2001-2005).

Σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, εκτός του Λουξεμβούργου και των Κάτω Χωρών, η κάνναβη αποτελεί το ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αδικήματα περί χρήσης ή κατοχής για χρήση. Ωστόσο η αναλογία των αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης παρουσιάζει μείωση από το 2000 σε ορισμένες χώρες (Ελλάδα, Ιταλία, Κύπρος, Αυστρία, Σλοβενία και Τουρκία) και κατά το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν

**Διάγραμμα 1:** Δεικτοποιημένες τάσεις στις αναφορές για αδικήματα περί τα ναρκωτικά στα κράτη μέλη της ΕΕ, 2000-2005



Σημείωση: Οι τάσεις εκφράζουν τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον εθνικό αριθμό αδικημάτων περί τα ναρκωτικά (του ποινικού δικαίου ή μη) που αναφέρθηκαν από όλες τις υπηρεσίες επιβολής του νόμου στα κράτη μέλη της ΕΕ· όλες οι σειρές είναι δεικτοποιημένες με βάση το 100 για το 2000 και σταθμισμένες ανάλογα με τον πληθυσμό κάθε χώρας ώστε να προκύψει η γενική τάση για την ΕΕ.

Επειδή οι ορισμοί και οι υπό μελέτη μονάδες ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, χρησιμοποιείται ο γενικός όρος «αναφορές αδικημάτων περί τα ναρκωτικά» για περισσότερες πληροφορίες βλ. Αδικήματα περί τα ναρκωτικά: μέθοδοι και ορισμοί στο στατιστικό δελτίο 2007. Ο χώρες που δεν διαθέτουν στοιχεία για δύο ή περισσότερα διαδοχικά έτη δεν περιλαμβάνονται στους υπολογισμούς των τάσεων: η συνολική τάση βασίζεται σε 24 χώρες, η τάση για την ηρωΐνη σε 14 χώρες και για την κάνναβη σε 15.

Βλέπε διάγραμμα DLO-6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία Reitox και, για τα πληθυσμιακά δεδομένα, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

στοιχεία (2004-2005) στην πλειονότητα των χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις, γεγονός που ενδεχομένως υποδηλώνει περιορισμό της στόχευσης της κάνναβης από τις υπηρεσίες επιβολής του νόμου στις χώρες αυτές<sup>(12)</sup>.

Τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη αυξήθηκαν κατά την περίοδο 2000-2005 σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Γερμανίας, όπου ο αριθμός τους παρέμεινε σχετικά σταθερός. Ο κοινοτικός μέσος όρος αυξήθηκε κατά 62 % την περίοδο αυτή (διάγραμμα 1).

Οι «αναφορές» αδικημάτων που σχετίζονται με την ηρωΐνη μεταξύ 2000 και 2005 παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα σε σχέση με εκείνες που σχετίζονται με την κάνναβη ή την κοκαΐνη, παρουσιάζοντας συνολική μέση μείωση 15 % στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυρίως μεταξύ του 2001 και του 2003. Ωστόσο οι εθνικές τάσεις όσον αφορά τα αδικήματα που σχετίζονται με την ηρωΐνη την περίοδο αυτή παρουσιάζουν αποκλίσεις, με το ένα τρίτο των χωρών να αναφέρει αυξητικές τάσεις<sup>(13)</sup>.

<sup>(9)</sup> Βλέπε πίνακα DLO-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(10)</sup> Βλέπε πίνακα DLO-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(11)</sup> Βλέπε πίνακα DLO-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(12)</sup> Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μερικές από τις χώρες όπου η αναλογία των αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης παρουσιάζει μείωση, οι απόλυτοι αριθμοί των αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης παρουσιάζουν αύξηση.

<sup>(13)</sup> Το γεγονός ότι η αύξηση των αδικημάτων που σχετίζονται με την ηρωΐνη, η οποία διαπιστώθηκε στις μισές από τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, δεν αντικατοπτρίζεται στον ευρωπαϊκό μέσο όρο οφείλεται κυρίως στο ότι οι χώρες για τις οποίες δεν υπάρχουν στοιχεία επί δύο διαδοχικά χρόνια δεν συμπεριλαμβάνονται στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αλλά και στο ότι κατά τον υπολογισμό του ευρωπαϊκού μέσου όρου λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος των εθνικών πληθυσμών (με αποτέλεσμα να δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στα στοιχεία που προέρχονται από μερικές χώρες σε σχέση με άλλες).

## Έρευνα σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών

### Χρηματοδότηση

Η έρευνα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη, όπως αναφέρεται από τα εθνικά εστιακά σημεία, χρηματοδοτείται από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Ορισμένα κράτη μέλη αναφέρουν ότι η έρευνα για τα ναρκωτικά χρηματοδοτείται από εθνικά ερευνητικά κονδύλια γενικού χαρακτήρα (Γερμανία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο), ερευνητικά κονδύλια του Υπουργείου Υγείας (Ιταλία) ή κονδύλια που ελέγχονται από τον εθνικό συντονιστικό φορέα για τα ναρκωτικά (Γαλλία, Σουηδία). Στη Ρουμανία η έρευνα χρηματοδοτείται μέσω διεθνών οργανισμών, όπως το Παγκόσμιο Ταμείο.

### Ερευνητική δραστηριότητα

Από την ανάλυση επιστημονικών δημοσιεύσεων που αξιολογούνται από ομοτίμους—στο πλαίσιο της οποίας οι εν λόγω δημοσιεύσεις εκλήφθηκαν ως δείκτης επιστημονικής δραστηριότητας— οι οποίες δημοσιεύθηκαν την περίοδο 2005-2006 και μνημονεύονται στις εθνικές εκθέσεις, προκύπτει ένα γενικό πρότυπο προτεραιοτήτων θεματικής έρευνας που διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Οι θεραπείες απεξάρτησης φαίνεται να αποτελούν σημαντικό αντικείμενο έρευνας, με την πλειονότητα των μελετών να εξετάζουν διάφορες πτυχές της θεραπείας υποκατάστασης. Η έρευνα σχετικά με την πρόληψη αντιπροσωπεύει πολύ μικρότερο ποσοστό της επιστημονικής βιβλιογραφίας που παρατίθεται στις ετήσιες εκθέσεις. Από τους πέντε βασικούς δείκτες του ΕΚΠΝΤ οι δημοσιεύσεις που αφορούν λοιμώδη νοσήματα είναι οι πλέον πολυάριθμες, ενώ έπονται οι δημοσιεύσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών στους νέους.

Οι επιστημονικές δημοσιεύσεις τις οποίες επικαλούνται οι εθνικές εκθέσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Η έρευνα σχετικά με τη θεραπεία, ιδιαίτερα τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών που είναι θετικοί στον ιό της ηπατίτιδας C, μνημονεύεται πολύ συχνά στη γερμανική έκθεση, ενώ η ολλανδική έκθεση επικεντρώνεται σε νέες μεθοδολογίες θεραπείας. Οι ερευνητικές μελέτες που επικαλείται το Ηνωμένο Βασίλειο πραγματεύονται κυρίως θέματα που αφορούν την προβληματική χρήση ναρκωτικών, την εγκληματικότητα και την αγορά. Οι αναφορές στη νευροεπιστημονική έρευνα είναι ελάχιστες και γίνονται κυρίως στην ολλανδική έκθεση· ωστόσο και η γαλλική διυπουργική αποστολή (MILDT) έχει χρηματοδοτήσει σειρά ερευνητικών προγραμμάτων σε αυτόν τον τομέα.

### Ναρκωτικά και οδήγηση, στα επιλεγμένα θέματα 2007 του ΕΚΠΝΤ

Οι ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης σε βαθμό που να αυξηθεί ο κίνδυνος ατυχημάτων και τραυματισμών. Ένα επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών και την οδήγηση δίνει μια επισκόπηση των αποτελεσμάτων διαφόρων ερευνών σχετικά με το ζήτημα αυτό, με έμφαση στη χρήση κάνναβης και βενζοδιαζεπινών καθώς και στις προσεγγίσεις πρόληψης και τις νομικές προσεγγίσεις έναντι αυτής της προβληματικής συμπεριφοράς.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

Ερευνητικά προγράμματα που ξεκίνησαν πρόσφατα παρέχουν ενδείξεις για παρόμοιες εθνικές προτεραιότητες έρευνας μεταξύ κρατών μελών. Η τρέχουσα κρατική χρηματοδότηση στον τομέα της έρευνας στη Γερμανία διατίθεται για τη βελτιστοποίηση των υπηρεσιών θεραπείας, ώστε να είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες θεραπείας, περιλαμβάνει δε τη βασική έρευνα. Το 2006 δρομολογήθηκε από τις Κάτω Χώρες το ερευνητικό πρόγραμμα «Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και εξάρτηση». Στο Ηνωμένο Βασίλειο ξεκίνησε πρόσφατα η εκπόνηση μελετών σχετικά με την ποιότητα των συστημάτων θεραπείας και τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών πολύ νεαρής ηλικίας. Τα νέα κράτη μέλη επικεντρώνονται κυρίως στην ανάπτυξη της επιστημονικής βάσης για τα συστήματα παρακολούθησής τους, για παράδειγμα μέσω ερευνών που πραγματοποιούνται σε νέους.

### Κοινοτική έρευνα

Κοινοτική χρηματοδότηση στον τομέα της έρευνας σχετικά με τα ναρκωτικά παρέχεται μέσω προγραμμάτων-πλαίσια για την έρευνα, το πιο πρόσφατο από τα οποία, το έβδομο πρόγραμμα-πλαίσιο (2007-2013), δρομολογήθηκε στα τέλη του 2006. Ερευνητικά προγράμματα που δημοσίευσαν τα αποτελέσματά τους το 2005 και 2006 προήλθαν από τον θεματικό τομέα «Ποιότητα ζωής» του πέμπτου κοινοτικού προγράμματος-πλαισίου για την έρευνα (1998-2002). Μεταξύ αυτών ήταν τα εξής: «Οιονεί υποχρεωτική θεραπεία εξαρτημένων παραβατών της νομοθεσίας περί ναρκωτικών στην Ευρώπη» (QCT), «Ανάγκες υποστήριξης των χρηστών κοκαΐνης και κρακ στην Ευρώπη» (COCINEU) και «Ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους τομείς της διπλής διάγνωσης και της βέλτιστης απεξάρτησης» (ISADORA).



## Κεφάλαιο 2

### Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη — επισκόπηση

Το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008) καλεί συγκεκριμένα τα κράτη μέλη να αυξήσουν την παροχή αποτελεσματικών και διαφοροποιημένων μεθόδων πρόληψης, θεραπείας-μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και κοινωνικής επανένταξης, οι οποίες να είναι εύκολα προσβάσιμες. Αυτές οι πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη εξετάζονται πιο αναλυτικά στο παρόν κεφάλαιο.

Οι στρατηγικές πρόληψης μπορεί να έχουν ως στόχο διαφορετικές ομάδες — από συνολικούς πληθυσμούς έως συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου. Ανάλογα ποικίλλουν και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται. Στη διάθεση των χρηστών ναρκωτικών και των τοξικομανών τίθενται επίσης μέτρα θεραπείας και μείωσης των βλαβερών συνεπειών και σε σημαντικό αριθμό χωρών η αποτελεσματικότητά τους αξιολογείται μέσω μελετών αποτελεσμάτων. Τα μέτρα μείωσης των επιβλαβών συνεπειών αποβλέπουν στην πρόληψη των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά και στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία, όπως για παράδειγμα οι μολύνσεις από τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας Β. Η εξάρτηση από την ηρωίνη αντιμετωπίζεται συνήθως με θεραπεία υποκατάστασης, ενώ ειδικά προγράμματα έχουν εκπονηθεί για την εξάρτηση από την κάνναβη, τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη. Στην περίπτωση που η θεραπεία είναι επιτυχής, το επόμενο βήμα είναι η κοινωνική επανένταξη. Όπως περιγράφεται στη συνέχεια, οι συνθήκες διαβίωσης πολλών χρηστών ναρκωτικών είναι κακές και οι στρατηγικές κοινωνικής επανένταξης συχνά καλούνται να υπερκεράσουν σημαντικά προβλήματα.

Για κάθε τύπο παρέμβασης παρέχονται παραδείγματα από διάφορες χώρες και εξετάζονται ερευνητικά αποτελέσματα προς επίρρωση ή μη της αποτελεσματικότητάς τους.

#### Πρόληψη

Η επίδραση των επιμέρους στρατηγικών πρόληψης δεν μπορεί, κατά κανόνα, να εκτιμάται βάσει της μεταβολής των ποσοστών επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών σε επίπεδο πληθυσμού. Ωστόσο κάθε στρατηγική πρόληψης μπορεί να συγκρίνεται έναντι των συγκεντρωθέντων αποδεικτικών στοιχείων για να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για παρέμβαση που βασίζεται σε στοιχεία ή όχι. Προς τούτο απαιτούνται επαρκείς πληροφορίες για το περιεχόμενο, την κάλυψη και τον αριθμό των παρεμβάσεων πρόληψης.

#### Βελτίωση των διαθέσιμων πληροφοριών: παρακολούθηση, έλεγχος ποιότητας και αξιολόγηση

Τα κράτη μέλη εντείνουν συνεχώς την παρακολούθηση των παρεμβάσεων πρόληψης και, ως αποτέλεσμα, παρέχουν

στοιχεία σχετικά με το περιεχόμενο και τη διαθεσιμότητα των παρεμβάσεων. Στη Γερμανία, στις Κάτω Χώρες και τη Νορβηγία οι πληροφορίες καλύπτουν ευρύ πεδίο. Η Ελλάδα, η Κύπρος, η Λιθουανία και η Ιταλία παρακολουθούν την πρόληψη στα σχολεία, ενώ στην Ελλάδα, στην Πολωνία, στη Σουηδία και τη Φινλανδία μελετάται η πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας και η Γαλλία έχει θεσπίσει ένα κεντρικό σύστημα για την παρακολούθηση της πρόληψης. Μερικές χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, η αυτόνομη περιφέρεια της Γαλικίας στην Ισπανία, η Ουγγαρία και η Νορβηγία) επικεντρώνονται ήδη στην αποδεικτική βάση για την εξέταση των αιτίσεων που υποβάλλονται για χρηματοδότηση παρεμβάσεων και εξετάζουν το ενδεχόμενο θέσπισης συστημάτων πιστοποίησης. Η Πορτογαλία, η Φινλανδία και η Ρουμανία θέτουν ελάχιστα κριτήρια ποιότητας για τα προγράμματα πρόληψης.

Από τα στοιχεία που προέρχονται από την Ουγγαρία και τις Κάτω Χώρες προκύπτει ότι η ύπαρξη συστημάτων παρακολούθησης της πρόληψης και κριτηρίων ποιότητας έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ενημέρωση για σχέδια και αξιολογήσεις και την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεμβάσεων.

Τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης δεν αξιολογούνται. Εκείνα που αξιολογούνται συνήθως εξετάζονται ως προς το «πεδίο εφαρμογής και την αποδοχή της παρέμβασης» και όχι ως προς το «κατά πόσον επιτεύχθηκαν οι στόχοι» (ελληνική εθνική έκθεση).

Τα προηγούμενα χρόνια αξιολογήσεις της αποτελεσματικότητας της πρόληψης πραγματοποιήθηκαν στη Γερμανία (Bühler και Kröger, 2006) και το Ηνωμένο Βασίλειο (Canning κ.ά., 2004, Jones κ.ά., 2006), καθώς και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) (Hawks κ.ά., 2002). Οι αξιολογήσεις αυτές είναι χρήσιμες προκειμένου να προσδιορισθούν οι βέλτιστες πρακτικές στις στρατηγικές πρόληψης. Στο πλαίσιο της πιο πρόσφατης και περιεκτικής μελέτης (Bühler και Kröger, 2006) αξιολογήθηκαν 49 ανασκοπήσεις υψηλής ποιότητας, όπως επισκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, που είχαν ως θέμα την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών και συνάχθηκαν συμπεράσματα σχετικά με τις αποδοτικές στρατηγικές στην πρόληψη των ναρκωτικών. Στις ενότητες που ακολουθούν εξετάζεται η αποδοτικότητα διάφορων μορφών στρατηγικών πρόληψης, με βάση τα αποτελέσματα τόσο της παρούσας όσο και άλλων μελετών.

#### Εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης

Η μελέτη των Hawks κ.ά. (2002), συνηγορώντας με εκείνη της ΗDA (2004), καταλήγει στο συμπέρασμα ότι «η χρήση

### Πρακτικές που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία

Οι πρακτικές που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία είναι παρεμβάσεις (π.χ. θεραπείες απεξάρτησης) που έχει αποδειχθεί επανειλημμένα με επιστημονικές μεθόδους (π.χ. ερευνητικές μελέτες) ότι οδηγούν στα επιθυμητά αποτελέσματα (π.χ. μείωση της χρήσης ναρκωτικών). Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται συνήθως, ώστε να προσδιορισθεί κατά πόσο μια παρέμβαση μπορεί να θεωρηθεί πρακτική βασισμένα σε τεκμηριωμένα στοιχεία είναι η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα (Brown κ.ά., 2000, Flay κ.ά., 2005).

Η αποδοτικότητα αφορά το πόσο καλά αποδίδει μια παρέμβαση υπό ιδανικές ερευνητικές συνθήκες. Ο ιδανικός τρόπος προσδιορισμού της είναι μέσω μιας ελεγχόμενης δοκιμής, στο πλαίσιο της οποίας ορισμένοι συμμετέχοντες γίνονται αποδέκτες της υπό εξέταση παρέμβασης ενώ μια ομάδα ελέγχου δέχεται άλλου είδους παρέμβαση ή καμία παρέμβαση. Ακόμη καλύτερη είναι η τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, στην οποία οι συμμετέχοντες χωρίζονται τυχαία σε ομάδες, καθεμιά από τις οποίες δέχεται μία από τις δύο παρεμβάσεις (Cochrane Collaboration, 2007). Γενικά πιστεύεται ότι μόνο οι ελεγχόμενες δοκιμές, τυχαίοποιημένες ή μη, κατά προτίμηση σε συνδυασμό με αξιολόγηση της διαδικασίας, μπορούν να τεκμηριώσουν την αποδοτικότητα μιας παρέμβασης και να παράσχουν έτσι μια βάση για μελλοντικές πρακτικές και πολιτικές.

Δυστυχώς, ωστόσο, η τυχαία κατανομή των συμμετεχόντων στην ομάδα της παρέμβασης ή στην ομάδα ελέγχου δεν είναι πάντα εφικτή.

Η αποτελεσματικότητα αφορά το πόσο καλά αποδίδει μια παρέμβαση υπό κανονικές συνθήκες. Συχνά, παρεμβάσεις που θεωρήθηκαν πολλά υποσχόμενες στις ελεγχόμενες δοκιμές εφαρμόζονται στη συνέχεια σε πραγματικές κοινότητες ώστε να διερευνηθεί πόσο καλά αποδίδουν σε καθημερινές συνθήκες.

των μέσων επικοινωνίας από μόνη της, ιδίως όταν υπάρχουν αντισταθμιστικές επιδράσεις, δεν φαίνεται να αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο για τη μείωση των διαφόρων μορφών χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Ωστόσο έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει το επίπεδο ενημέρωσης και παρέχει υποστήριξη σε πρωτοβουλίες πολιτικής». Από άλλα αποδεικτικά στοιχεία όμως προκύπτει ότι οι εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης μπορεί να έχουν θετική επίδραση όταν χρησιμοποιούνται ως υποστηρικτικό μέτρο για την ενίσχυση άλλων στρατηγικών (Bühler and Kröger, 2006).

Η μελέτη των Binnie κ.ά. (2006), αξιολογώντας την εκστρατεία κατά της χρήσης κοκαΐνης με τίτλο «Know the score» που πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία, διαπίστωσε ότι 30 % των χρηστών ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση κοκαΐνης μετά την παρακολούθηση διαφημίσεων, αν και 56 % ανέφεραν ότι η εκστρατεία δεν επηρέασε την πρόθεσή τους να κάνουν χρήση κοκαΐνης και 11 % ισχυρίστηκαν ότι ήταν περισσότερο πιθανό να κάνουν χρήση. Επιπλέον η πρόσφατη επαναξιολόγηση της εκστρατείας της κυβέρνησης των ΗΠΑ κατά της χρήσης κάνναβης επιβεβαίωσε προγενέστερα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία, μολονότι η εκστρατεία (παρά τα θετικά ποσοστά απομνημόνευσης και τη διαφοροποίηση ανά ομάδα-στόχο) δεν είχε επίδραση στη στάση νεαρών μη χρηστών έναντι της χρήσης κάνναβης, η επιρροή της εκστρατείας συσχετίζεται

Οι μελέτες αποτελεσματικότητας, π.χ. εθνικές μελέτες εκβάσεων θεραπείας, ασχολούνται κυρίως με τον αντίκτυπο της παρέμβασης στην υγεία ή σε άλλες συναφείς εκβάσεις προκειμένου να προσδιορισθούν οι προσεγγίσεις που αποδίδουν.

Η διαδικασία της τεκμηρίωσης των στοιχείων περιπλέκεται ωστόσο από το γεγονός ότι οι απόψεις διίστανται όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνητικών μελετών με αντικείμενο την αποδοτικότητα ή την αποτελεσματικότητα και το ποιος τύπος ερευνητικής μεθόδου (π.χ. ποσοτική ή ποιοτική) ενδείκνυται ώστε να τεκμηριωθούν οι πραγματικά επιτυχημένες πρακτικές. Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματα περί του τι αποδίδει και τι όχι ενδέχεται να ποικίλλουν. Έτσι παραμένει ανοικτό το θέμα της αξιολόγησης και της στάθμισης των διαφόρων πηγών στοιχείων κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αυτό καθίσταται ακόμη πιο δύσκολο στην περίπτωση παρεμβάσεων για τις οποίες δεν έχει ακόμη συγκεντρωθεί επαρκής αποδεικτική βάση αλλά η εμπειρία έχει δείξει ότι είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικές.

Παρά τις δυσκολίες αυτές, βασική παραδοχή παραμένει ότι τα τεκμηριωμένα στοιχεία μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη πρακτική και πολιτική στον τομέα της υγείας, και ότι η συζήτηση γύρω από τις βασισμένες σε τέτοιου είδους στοιχεία πρακτικές πρέπει να προαχθεί και να συνοδευτεί από σαφή κριτήρια για την αξιολόγηση των στοιχείων.

Θέλοντας να συμβάλει σε αυτό το διάλογο και να προαγάγει τη διάχυση πρακτικών που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία, το ΕΚΠΝΤ αναπτύσσει μια διαδικτυακή πύλη η οποία θα παρέχει μια επισκόπηση των πλέον πρόσφατων διαθέσιμων τεκμηριωμένων στοιχείων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων καθώς επίσης και διάφορα εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεμβάσεων και χειροπιαστά παραδείγματα βέλτιστης πρακτικής που υλοποιούνται σε κράτη μέλη της ΕΕ. Η Cochrane Collaboration θα είναι σημαντική πηγή πληροφοριών για την πύλη.

με δυσμενείς επιδράσεις στις αντιλήψεις των νέων για τη χρήση μαρικουάνας από άλλους (GAO, 2006).

Σε ορισμένες μεμονωμένες περιπτώσεις ωστόσο η έμφαση μετατοπίστηκε από τη διεύρυνση της γνώσης (που είναι ο στόχος των περισσότερων εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης) στην παροχή πληροφοριών κοινωνικού-συναισθηματικού χαρακτήρα (που αποσκοπούν στην αλλαγή των αντιλήψεων σχετικά με π.χ. τη χρήση της κάνναβης). Για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες, μια εκστρατεία βασίστηκε στο μήνυμα «Δεν είστε τρελοί εάν δεν καπνίζετε κάνναβη, γιατί και το 80 % όλων των νέων επίσης δεν καπνίζει»<sup>(14)</sup>. Επίσης κάποια στοιχεία της εθνικής εκστρατείας πρόληψης των ναρκωτικών στην Ιρλανδία έχουν στόχο να διαλύσουν μερικούς από τους μύθους που περιβάλλουν την κάνναβη, όπως οι ισχυρισμοί ότι είναι «βιολογική» και «φυσική».

### Στρατηγικές για τις νόμιμες ουσίες με κέντρο το περιβάλλον

Η αύξηση της τιμής μιας ουσίας ή/και του νόμιμου ορίου ηλικίας για την κατανάλωσή της έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στη μείωση της κατανάλωσης, αλλά είναι εφικτή μόνο στην περίπτωση νόμιμων ουσιών όπως το αλκοόλ ή ο καπνός (Bühler και Kröger, 2006). Τέτοιες στρατηγικές που επικεντρώνονται στο περιβάλλον

<sup>(14)</sup> Βλέπε <http://www.drugsinfo.nl>.

εφαρμόζονται ως τώρα σχεδόν αποκλειστικά στις σκανδιναβικές χώρες και τις ΗΠΑ, κυρίως στην περίπτωση του αλκοόλ, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Lohmann κ.ά., 2005, Stafström κ.ά., 2006). Ωστόσο όλο και πιο συχνά αρχίζουν να κάνουν την εμφάνισή τους συνολικές προσεγγίσεις σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, στο πλαίσιο των οποίων το αλκοόλ και ο καπνός τυγχάνουν ίδιας αντιμετώπισης με τα παράνομα ναρκωτικά. Το Βέλγιο, η Βουλγαρία, η Δανία, η Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, οι Κάτω Χώρες, η Πολωνία, η Σλοβακία και η Νορβηγία αναφέρουν την ύπαρξη στρατηγικών ή συζητήσεων σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας για την επιβολή πρόσθετων φόρων ή νόμων που θα ρυθμίζουν τη διαθεσιμότητα του αλκοόλ και του καπνού. Οι στρατηγικές αυτές αποσκοπούν στη μείωση της κατανάλωσης στους νέους μέσω της δημιουργίας ζωνών όπου δεν θα επιτρέπεται η κατανάλωση αλκοόλ ή της ενίσχυσης της ασφάλειας στους χώρους νυχτερινής διασκέδασης. Όσον αφορά τα σχολεία, πρόσφατες μελέτες που διεξήχθησαν στην Ευρώπη (Kunztsche και Jordan, 2006) και αλλού (Aveyard κ.ά., 2004) επιβεβαιώνουν ότι το κανονιστικό περιβάλλον και τα άτυπα δίκτυα επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις συνήθειες κατανάλωσης νόμιμων ναρκωτικών ουσιών και κάνναβης. Η καθιέρωση σχολικών προτύπων εξετάζεται πλέον πιο επισταμένα στη Γερμανία, στην Ιρλανδία και την Ιταλία<sup>(15)</sup>.

## Καθολική πρόληψη

Τα διαδραστικά προγράμματα που βασίζονται στο πρότυπο της κοινωνικής επιρροής ή των δεξιοτήτων ζωής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στα σχολεία, αλλά τα μεμονωμένα μέτρα που λαμβάνονται αποσπασματικά (τα οποία περιορίζονται για παράδειγμα αποκλειστικά στην ενημέρωση, τη συναισθηματική εκπαίδευση ή άλλα μη διαδραστικά μέτρα) αξιολογήθηκαν αρνητικά (Bühler και Kröger, 2006). Για οργανωτικούς λόγους η πρόληψη στα σχολεία είναι συνήθως αρμοδιότητα των τοπικών αρχών, ιδίως στις σκανδιναβικές χώρες, στη Γαλλία και την Πολωνία.

Κάποιοι μελετητές παρατήρησαν ότι τα προγράμματα γενικής υγείας-δεξιοτήτων ζωής επιφέρουν μεγαλύτερες αλλαγές από ό,τι τα μεμονωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα που βασίζονται στις δεξιότητες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι παρεμβάσεις ενσωματώνονται καλύτερα σε ένα καλά τεκμηριωμένο σχολικό πρόγραμμα για την υγεία (Hawks κ.ά., 2002). Αυτό φαίνεται να έχει επιτευχθεί σχεδόν σε όλα τα κράτη μέλη. Επιπλέον αρκετά κράτη μέλη (π.χ. Ιταλία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία, Ηνωμένο Βασίλειο) εντάσσουν την πρόληψη των ναρκωτικών αλλά και υγειονομικές και κοινωνικές πιυχές, όπως η βία, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις και η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, στο ευρύτερο πλαίσιο της πρόληψης στη δημόσια υγεία, στο πλαίσιο της οποίας δίνεται επίσης μεγαλύτερη έμφαση στην ανταπόκριση στις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων.

Ένας λόγος που προβάλλεται συχνά για τη μη εφαρμογή πρότυπων προγραμμάτων είναι ότι δεν είναι δυνατή η προσαρμογή τους στις τοπικές συνθήκες και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των επιμέρους

τοπικών κοινωνιών (Ives, 2006). Ωστόσο το αντεπιχείρημα σε αυτό είναι ότι τα πλεονεκτήματα των τυποποιημένων προγραμμάτων πρόληψης συνίστανται στο γεγονός ότι τα πρωτόκολλα παρέχουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές που επιτρέπουν τη σταθερή δημιουργία υποδομών και συστημάτων κατάρτισης των εκπαιδευτικών, κάτι που διευκολύνει την ύπαρξη κοινών προτύπων εφαρμογής, ακόμα και όταν οι συνθήκες στα σχολεία και σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών είναι πολύ ανομοιογενείς.

Σε πολλά κράτη μέλη (Βουλγαρία, Ιταλία, Λεττονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Ρουμανία) το περιεχόμενο των προγραμμάτων πρόληψης επικεντρώνεται στην αύξηση της ευαισθητοποίησης, την παροχή πληροφοριών και την οργάνωση μεμονωμένων εκδηλώσεων (όπως επισκέψεις εμπειρογνομόνων)<sup>(16)</sup>, παρά την ύπαρξη στοιχείων που υποδεικνύουν ότι άλλες μέθοδοι μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικές.

Τα προγράμματα κοινωνικής επιρροής σε σχολεία είναι ευρύτατα διαδεδομένα, ιδίως στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε χώρες που παρέχουν τυποποιημένα προγράμματα όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Νορβηγία και, σύντομα, η Δανία.

Όσον αφορά την καθολική πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, δώδεκα κράτη μέλη αναφέρουν την ύπαρξη σχεδίων για τα ναρκωτικά στην πλειονότητα ή το σύνολο των δήμων, ενώ σε δέκα χώρες αποτελούν πολιτική προτεραιότητα. Τα προγράμματα αυτά κυρίως λαμβάνουν τη μορφή ενημερωτικών εκδηλώσεων και, σε μικρότερο βαθμό, της παροχής εναλλακτικών ψυχαγωγικών ενασχολήσεων. Η καθολική πρόληψη στην οικογένεια συνίσταται κυρίως σε απογευματινές συναντήσεις γονέων ή τακτικές ενημέρωσης και πιο σπάνια σε εντατική κατάρτιση των γονέων.

## Επικεντρωμένη πρόληψη

Τα κράτη μέλη αφιερώνουν όλο και μεγαλύτερη προσοχή σε στρατηγικές πρόληψης που στοχεύουν σε ολόκληρες ευάλωτες κοινότητες<sup>(17)</sup>. Αυτό σημαίνει ότι οι κοινότητες αυτές πρέπει να προσδιορισθούν, για παράδειγμα μέσω της χρήσης τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης, όπως ο «δείκτης πολλαπλής υποβάθμισης» (index of multiple deprivation) του Ηνωμένου Βασιλείου, είτε μέσω κοινωνικοοικονομικών δεικτών, όπως το επίπεδο στέγασης ή εκπαίδευσης (αριθμός μαθητών η εκπαίδευση των οποίων παρουσιάζει υστέρηση ή αριθμός των επιδοτούμενων μαθητών).

Μετά τον προσδιορισμό των κοινωνικών στόχων (π.χ. η Γαλλία αναγνωρίζει την ύπαρξη «ευαίσθητων αστικών περιοχών» ή, στην περίπτωση σχολείων, την ύπαρξη «εκπαιδευτικών ζωνών προτεραιότητας»), μπορούν να διοχετευθούν συμπληρωματικά κονδύλια σε αυτές τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες. Στην Ιρλανδία, στην Κύπρο και το Ηνωμένο Βασίλειο αρχίζουν να υλοποιούνται ήδη σχέδια επικεντρωμένης πρόληψης στις περισσότερες από τις περιοχές αυτές, ενώ η Πορτογαλία βρίσκεται σε διαδικασία εφαρμογής μιας τέτοιας στρατηγικής. Η μορφή που λαμβάνουν ποικίλλει από την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών στην Εσθονία, στην Ελλάδα, στη Γαλλία και τη Σλοβακία έως την υλοποίηση προγραμμάτων

<sup>(15)</sup> Βλέπε επίσης <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>.

<sup>(16)</sup> Στοιχεία από τα δομημένα ερωτηματολόγια SQ 22 και 25.

<sup>(17)</sup> Για περισσότερες πληροφορίες για την επικεντρωμένη πρόληψη και κυρίως τις ομάδες και τους παράγοντες κινδύνου βλέπε προηγούμενες επίσεις εκθέσεις και επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους του 2007.



εκτός δομών στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία, τα οποία μερικές φορές στοχεύουν ειδικά σε εθνοτικές ομάδες. Επίσης μερικά νέα κράτη μέλη (Βουλγαρία, Ουγγαρία, Λιθουανία, Πολωνία και Ρουμανία) αναφέρουν πολλά στοιχεία για παρεμβάσεις που στοχεύουν σε ευάλωτες οικογένειες. Στα περισσότερα κράτη μέλη στο επίκεντρο βρίσκεται η χρήση ουσιών στην οικογένεια, αν και σε έναν μικρό αριθμό χωρών (Ελλάδα, Λιθουανία, Ουγγαρία, Ηνωμένο Βασίλειο) υιοθετείται γενικότερη εστίαση σε όλες τις κοινωνικά μειονεκτούσες οικογένειες.

Η χρήση προγραμμάτων μεταξύ συνομηλίκων τα οποία χρησιμοποιούνται και στην καθολική πρόληψη αναφέρεται ολοένα συχνότερα και στο πλαίσιο της επικεντρωμένης πρόληψης (Ιρλανδία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πολωνία και Νορβηγία). Η επισκόπηση των προγραμμάτων μεταξύ συνομηλίκων που πραγματοποιήσαν οι Parkin και McKeganey (2000) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η μεγαλύτερη επίδραση των προγραμμάτων αυτών είναι στους εκπαιδευτές των συνομηλίκων παρά στην ίδια την ομάδα-στόχο. Φαίνεται ότι τέτοιου είδους προσεγγίσεις μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές στην αλλαγή γνώσεων και στάσεων παρά στην αλλαγή συμπεριφορών. Τα προγράμματα μεταξύ συνομηλίκων αξιολογούνται σπάνια, αλλά όταν αξιολογούνται (π.χ. Free Style στη Νορβηγία) κατά κανόνα μετράται μόνο η επιτυχία στην προσέλκυση νεαρών καθοδηγητών στα σχολεία και το κατά πόσο ενισχύθηκαν οι γνώσεις ή οι στάσεις των καθοδηγητών των συνομηλίκων.

Μολονότι η επικεντρωμένη πρόληψη γίνεται όλο και πιο δημοφιλής, απαιτείται προσοχή, ιδίως όσον αφορά το θέμα της συμμετοχής νεαρών ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο σε προγράμματα συνομηλίκων (Cho κ.ά., 2005, Dishion και Dodge, 2005), επειδή σε ευάλωτες ομάδες μπορεί να υπάρξουν αρνητικές συνέπειες «μετάδοσης». Αυτές οι ακούσιες συνέπειες, οι οποίες προκαλούνται από την ίδια την παρέμβαση, μπορεί να επιτείνουν τη χρήση ουσιών ή την επικίνδυνη συμπεριφορά. Ωστόσο τέτοια ανεπιθύμητα αποτελέσματα δεν παρατηρούνται μόνο στην επικεντρωμένη πρόληψη αλλά και στην περίπτωση της παροχής πληροφοριών μέσω των μέσων ενημέρωσης καθώς και σε μεμονωμένες εκδηλώσεις πρόληψης (βλέπε ανωτέρω).

## Τρόποι θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

### Πρόσφατες εξελίξεις στα συστήματα θεραπείας

Η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά παρέχεται κυρίως σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, περιλαμβανομένων των κέντρων γενικής παθολογίας. Τα δίκτυα των κέντρων θεραπείας εξωτερικής παραμονής εξακολούθησαν να εξαπλώνονται τα τελευταία χρόνια και σε ορισμένες χώρες, όπως Βουλγαρία, Εσθονία, Ελλάδα, Λιθουανία, Ρουμανία και Φινλανδία, υπήρξε περαιτέρω γεωγραφική εξάπλωσή τους. Αντίθετα ο αριθμός των μονάδων θεραπείας εσωτερικής παραμονής παρέμεινε σταθερός στις περισσότερες χώρες.

Στις χώρες όπου η εθνική γεωγραφική κάλυψη από ειδικευμένες μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων είναι πολύ αποσπασματική συγκαταλέγονται η Λεττονία, η Ουγγαρία, η Σλοβακία και η Ρουμανία. Παρά τις πρόσφατες επεκτάσεις του δικτύου παρόχων υπηρεσιών εξακολουθούν να υπάρχουν λίστες αναμονής για θεραπεία υποκατάστασης στην Ελλάδα, καθώς και στην Ουγγαρία και την Πολωνία.

Η θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής διαμονής, που κατά το παρελθόν αποτελούσε την κρατούσα προσέγγιση στη θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, είναι σχετικά λιγότερο συχνή σήμερα και η πλειονότητα των χρηστών οπιοειδών υποβάλλονται σε θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Ωστόσο οι υπηρεσίες που παρέχονται σε κέντρα εσωτερικής διαμονής αποκτούν ολοένα μεγαλύτερη σημασία στην περίθαλψη ηλικιωμένων και μακροχρόνιων χρηστών ναρκωτικών με σύνθετες ανάγκες θεραπείας, λόγω της συνύπαρξης σοβαρής σωματικής και ψυχολογικής συννοσηρότητας. Η φιλοσοφία των μονάδων θεραπείας εσωτερικής παραμονής και ο τρόπος εργασίας τους έχει αλλάξει σημαντικά με την πάροδο των ετών, προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες. Η συνύπαρξη στον ίδιο χώρο της θεραπείας και της ιατρικής περίθαλψης, περιλαμβανομένων των ψυχιατρικών θεραπειών, της υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας και της θεραπείας ηπατικών ασθενειών, είναι πλέον πολύ συχνή και η χρήση θεραπείας συντήρησης για τη σταθεροποίηση των ατόμων υπό θεραπεία έχει αυξηθεί.

### Χαρακτηριστικά των χρηστών ναρκωτικών που υποβάλλονται σε θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής

Τα στοιχεία του δείκτη αίτησης θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιούνται για το χαρακτηρισμό της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία σε θεραπευτικά κέντρα και, ως ένα βαθμό, όλων των χρηστών ναρκωτικών<sup>(18)</sup>. Καθώς η πρόσβαση σε αυτού του είδους τη θεραπεία είναι ευκολότερη και λιγότερο επιλεκτική στις περισσότερες χώρες, είναι πρόσφορη η επέκταση των στοιχείων που αφορούν αυτή την ομάδα ατόμων υπό θεραπεία στο σύνολο των χρηστών ναρκωτικών.

Το 2005, 20 από τις 29 ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν στοιχεία για 315 000 άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Τα στοιχεία προέρχονταν από άνω των 4 000 μονάδες θεραπείας που αντιπροσωπεύουν το 65 % του συνόλου των μονάδων θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Οι μισοί περίπου (53 %) από τους χρήστες υπό θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης και οι υπόλοιποι μισοί σε θεραπεία απεξάρτησης από άλλες ναρκωτικές ουσίες, κυρίως κάνναβη (22 %) και κοκαΐνη (16 %). Η ναρκωτική ουσία που αποτελεί τη συνθεστέρα κύρια ουσία χρήσης ποικίλλει από χώρα σε χώρα.

Περίπου το 80 % των ατόμων υπό θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής είναι άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 30 έτη (28 έτη όσον αφορά τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία), ενώ οι συνθήκες διαβίωσής τους είναι σε γενικές γραμμές κακές σε σύγκριση

<sup>(18)</sup> Βλέπε πίνακες και διαγράμματα TDI στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007, για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα αριθμητικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτή την ενότητα.

με τον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας. Περίπου το 60 % των ατόμων υπό θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής δεν έχει προχωρήσει πέρα από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και περίπου το ένα δέκατο των εν λόγω ατόμων δεν ολοκλήρωσαν ούτε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το ήμισυ περίπου αυτών είχαν σταθερή απασχόληση προτού εισαχθούν για θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής και οι άλλοι μισοί ήταν άνεργοι· οι περισσότεροι διέθεταν σταθερή στέγη (85 %), εκ των οποίων το 40 % ζούσαν με τους γονείς τους και 19 % ζούσαν μόνοι τους. Μια σημαντική μειοψηφία των ατόμων υπό θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής (15 %) ζουν με παιδιά, είτε μόνοι τους είτε με κάποιο σύντροφο, γεγονός που περιπλέκει τη ζωή των συγκεκριμένων χρηστών ναρκωτικών και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα παιδιά.

Οι πληροφορίες για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των χρηστών ναρκωτικών υπό θεραπεία συμπληρώνονται από τις αναλυτικές πληροφορίες σε εθνικό επίπεδο που παρέχουν ορισμένες χώρες ξεχωριστά για κάθε ναρκωτική ουσία. Για παράδειγμα στη Γερμανία το 67 % των χρηστών ηρώνης είναι άνεργοι ή οικονομικά ανενεργοί, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους χρήστες κοκαΐνης υπό θεραπεία είναι 53 και 35 % για τους χρήστες κάνναβης. Το 74 % των χρηστών οπιοειδών υπό θεραπεία διαθέτουν περιορισμένη σχολική εκπαίδευση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους χρήστες κοκαΐνης είναι 63 % (Sonntag κ.ά., 2006).

### Νέες εξελίξεις

Σε αρκετές χώρες δημιουργήθηκαν πρόσφατα εξειδικευμένες μονάδες που στοχεύουν συγκεκριμένες ομάδες χρηστών ναρκωτικών, π.χ. γυναίκες χρήστες ναρκωτικών, άστεγοι χρήστες που κάνουν ενέσιμη χρήση στο δρόμο, άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ ή χρήστες ναρκωτικών νεαρής και πολύ νεαρής ηλικίας (βλέπε επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους του 2007). Σε άλλες χώρες διευρύνθηκαν οι επιλογές φαρμακευτικής θεραπείας ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων χρηστών με στόχο την αύξηση της κάλυψης της θεραπείας. Για παράδειγμα η θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη επιτρέπεται πλέον στη Μάλτα<sup>(19)</sup>.

### Θεραπεία διαφορετικών ομάδων χρηστών ναρκωτικών

Τα κράτη μέλη αναγνωρίζουν ολοένα περισσότερο τη σημασία της παροχής επαρκών υπηρεσιών θεραπείας στους προβληματικούς χρήστες κάνναβης και κοκαΐνης. Στην περίπτωση της κάνναβης τα προγράμματα θεραπείας, συμβουλευτικής και πρόληψης στην Ευρώπη συχνά αλληλεπικαλύπτονται προκειμένου να προσεγγίσουν μεγαλύτερο αριθμό χρηστών. Χρησιμοποιούνται νέες στρατηγικές επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα η χρήση του Διαδικτύου, σε μια προσπάθεια προσέγγισης των χρηστών κάνναβης που κινούνται μεταξύ της πειραματικής και της προβληματικής χρήσης. Επί του παρόντος βρίσκονται υπό ανάπτυξη ειδικές υπηρεσίες και προγράμματα για την απεξάρτηση από την κάνναβη, που έως τώρα δεν ήταν ευρέως διαθέσιμες στην Ευρώπη (βλέπε κεφάλαιο 3).

### Νομικά πλαίσια θεραπείας υποκατάστασης

Το 2006, διεξήχθη μια μελέτη στο εξειδικευμένο δίκτυο νομικών ανταποκριτών προκειμένου να εξασφαλισθούν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τους νόμους και τους επίσημους κανονισμούς που αφορούν τα κριτήρια εισόδου για θεραπεία υποκατάστασης καθώς και για τις πρακτικές συνταγογράφησης και χορήγησης. Συγκεντρώθηκαν αποτελέσματα από 17 χώρες και ελήφθησαν υπόψη σε μια έκθεση του 2003 από την Ευρωπαϊκή Νομική Βάση Δεδομένων για τα Ναρκωτικά<sup>(1)</sup>.

Το πεδίο του νομικού πλαισίου ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών. Σε ορισμένες χώρες, π.χ. στο Βέλγιο, η θεραπεία υποκατάστασης καλύπτεται από ειδικό κοινοβουλευτικό νόμο ενώ σε άλλες, π.χ. Κύπρος, η εφαρμογή του υπόκειται στην ερμηνεία της νομοθεσίας σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες. Άλλοτε προκρίνεται η αυστηρότητα του πλαισίου και άλλοτε η ευελιξία.

Οι ουσίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεραπεία υποκατάστασης ορίζονται συνήθως από το νόμο. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δυνατό να συνταγογραφηθεί μόνο μεθαδόνη και βουπρενορφίνη ή μόνο μεθαδόνη, αν και σε ορισμένες χώρες επιτρέπονται και άλλες ουσίες όπως η μορφίνη ή η κωδεΐνη. Ομοίως, σε όλες σχεδόν τις χώρες τα εθνικά κριτήρια για συμμετοχή σε θεραπεία υποκατάστασης τίθενται είτε μέσω νόμων είτε μέσω υπουργικών διαταγμάτων ή κατευθυντήριων γραμμών. Τα πλέον συχνά κριτήρια είναι η διάγνωση εθισμού και το κατώτατο όριο ηλικίας, αν και ενίοτε είναι υποχρεωτική η πρότερη ανεπιτυχής συμμετοχή σε πρόγραμμα απεξάρτησης χωρίς τη χρήση ουσίας υποκατάστασης. Σε ορισμένες χώρες, οι κυρώσεις για την παράβαση των κανόνων της θεραπείας προβλέπονται από την εθνική νομοθεσία, ενώ σε άλλες το θέμα αυτό εμπίπτει στη διακριτική ευχέρεια κάθε μεμονωμένου θεραπευτικού κέντρου.

Ο νόμος ορίζει συνήθως ποιος επιτρέπεται να συνταγογραφεί τέτοιες ουσίες. Πρόκειται κυρίως για γιατρούς σε θεραπευτικά κέντρα, αν και σε ορισμένες χώρες οποιοσδήποτε γιατρός ή ορισμένοι ειδικά εκπαιδευμένοι ή διαπιστευμένοι γιατροί έχουν επίσης δικαίωμα να τις συνταγογραφούν. Στην πράξη, είναι σπάνιο φαινόμενο γιατροί εκτός θεραπευτικών κέντρων να υποβάλλουν κάποιον σε θεραπεία υποκατάστασης<sup>(2)</sup>. Οι μέγιστες δόσεις σπάνια ορίζονται στη νομοθεσία. Για την αποφυγή της πλαστογράφησης συνταγών σε πολλές χώρες χρησιμοποιούνται ειδικά έντυπα συνταγογράφησης, σε αρκετές υπάρχει ένα κεντρικό μητρώο και σε λίγες εκδίδονται ειδικές κάρτες ταυτότητας. Οι φορείς που είναι εξουσιοδοτημένοι να διαθέτουν αυτές τις ουσίες επίσης προβλέπονται από τη νομοθεσία και είναι κυρίως φαρμακεία και θεραπευτικά κέντρα, αν και ορισμένες χώρες επιτρέπουν και σε γιατρούς να χορηγούν τα φάρμακα. Τέλος, στην πλειονότητα των χωρών εφαρμόζεται κάποιο σύστημα για τη λήψη των δόσεων στο σπίτι βάσει νόμου, κατευθυντήριων γραμμών ή απλώς με την ανοχή των αρχών αν και υπάρχουν περιπτώσεις που απαγορεύεται ρητά.

(1) Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

(2) Βλέπε πίνακα HSR-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(19) Βλέπε «Πρακτική συνταγογράφησης στον τομέα της θεραπείας υποκατάστασης στην Ευρώπη», σ. 66.

Επιπλέον, τα κράτη μέλη στα οποία υπάρχει μεγάλη ζήτηση για τη θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αρχίζουν να χρηματοδοτούν τη διεξαγωγή έρευνας σε αυτόν τον τομέα, καθώς το συγκεκριμένο θέμα περιπλέκεται από το γεγονός ότι οι χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη και κρακ ανήκουν συνήθως σε αρκετά διαφορετικές κοινωνικές ομάδες (βλέπε κεφάλαιο 5). Επί του παρόντος, ωστόσο, λόγω της τρέχουσας έλλειψης ειδικών υπηρεσιών, στη μεγάλη πλειονότητα των χρηστών ψυχοδιεγερτικών ουσιών περιλαμβανομένων και των χρηστών αμφεταμίνης παρέχονται παραδοσιακές θεραπείες απεξάρτησης που είναι προσανατολισμένες στη χρήση οπιοειδών, ενώ κοινή διαπίστωση αποτελεί η ανάγκη κατάρτισης του θεραπευτικού και του ιατρικού προσωπικού σε όλη την Ευρώπη.

### Θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωΐνη

Μετά την αποδοχή της σε πολιτικό επίπεδο στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1980 ως τρόπου αντιμετώπισης της χρήσης ηρωΐνης, η θεραπεία υποκατάστασης έχει καταστεί η συχνότερη μορφή θεραπείας απεξάρτησης από τα οπιοειδή στις περισσότερες χώρες (διάγραμμα 2).

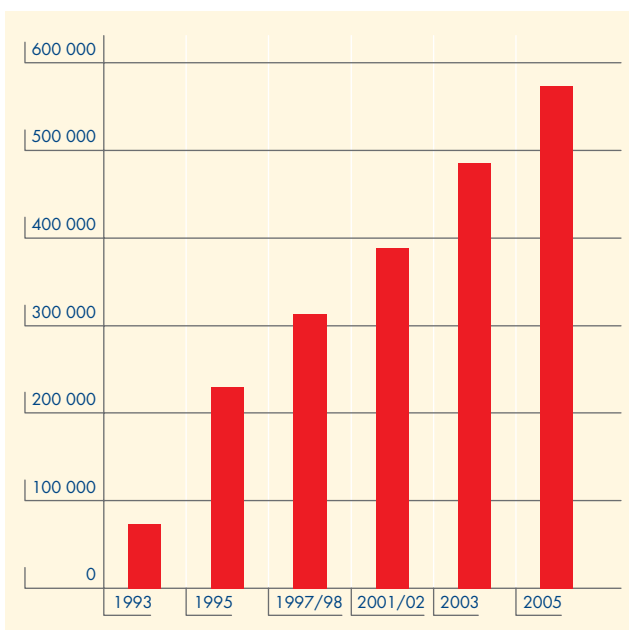
Οι κύριες ναρκωτικές ουσίες υποκατάστασης που χρησιμοποιούνται είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Υπό ιδανικές συνθήκες η φαρμακολογική θεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με ψυχολογική συμβουλευτική και κοινωνική στήριξη. Η θεραπεία υποκατάστασης συνήθως παρέχεται σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής από εξειδικευμένες μονάδες απεξάρτησης από τα ναρκωτικά καθώς επίσης, ολοένα περισσότερο, από ιδιώτες ιατρούς. Σε ορισμένες χώρες, π.χ. στη Γερμανία, στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι γενικοί ιατροί ασχολούνται ευρέως με τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών. Σε άλλες χώρες ο βαθμός συμμετοχής ιατρών σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας είναι ακόμα περιορισμένος, είτε για νομικούς λόγους είτε λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος για τη θεραπεία απεξάρτησης<sup>(20)</sup>. Ο έλεγχος ποιότητας βρίσκεται επίσης στην ημερήσια διάταξη σε ορισμένες χώρες, με αποτέλεσμα να γίνουν πιο αυστηροί οι κανονισμοί, να αυξηθούν οι απαιτήσεις εκπαίδευσης ή να καθιερωθούν υψηλότερα επίπεδα εποπτείας και παρακολούθησης<sup>(21)</sup>. Η θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή διερευνάται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο 6.

### Τρόποι μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

Η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων και η μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά αποτελούν κεντρικούς στόχους της στρατηγικής της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών, το δε τρέχον σχέδιο δράσης θέτει το στόχο της αύξησης της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας υπηρεσιών και εγκαταστάσεων για την πρόληψη και μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία.

Τον Απρίλιο του 2007 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέβαλε έκθεση στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται

**Διάγραμμα 2:** Εκτιμώμενη διαθεσιμότητα θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών στα κράτη μέλη της ΕΕ των 15, 1993-2005



Σημείωση: Για περαιτέρω πληροφορίες βλέπε πίνακες HSR-7 και HSR-8 και διαγράμματα HSR-1 και HSR-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Πηγές: Εθνικά εστακά σημεία και εκθέσεις· βλέπε διάγραμμα HSR-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για λεπτομερή κατάλογο των πηγών.

με την τοξικομανία<sup>(22)</sup>. Στην έκθεση αυτή καταγράφεται ότι η μείωση των επιβλαβών συνεπειών έχει ορισθεί ως στόχος δημόσιας υγείας σε εθνικό επίπεδο σε όλα τα κράτη μέλη. Το έγγραφο τεκμηρίωσης της έκθεσης, η σύνταξη του οποίου ανατέθηκε προς στήριξη της έκθεσης της Επιτροπής, παρέχει μια συνολική εικόνα που επικρατεί στην Ευρώπη σε σχέση με τις πολιτικές και τις παρεμβάσεις για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Βασίζεται σε πληροφορίες που παρασχέθηκαν κατά κύριο λόγο από φορείς χάραξης πολιτικής, εμπειρογνώμονες του δικτύου Reithox και οργανώσεις σε τοπικό επίπεδο. Στο εν λόγω έγγραφο γίνεται επίσης εκτεταμένη καταγραφή πολιτικών και παρεμβάσεων ανά χώρα<sup>(23)</sup>.

Η σύσταση του Συμβουλίου είχε ως αποτέλεσμα ακόμα περισσότερες χώρες να εναρμονίσουν τις εθνικές τους πολιτικές με την ευρωπαϊκή στρατηγική, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη διεύρυνση της παροχής υπηρεσιών οι οποίες αποβλέπουν στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Η επίδραση της σύστασης φαίνεται να υπήρξε μεγαλύτερη στις χώρες που εντάχθηκαν στην ΕΕ το 2004.

### Κοινωνική επανένταξη

Οι επισφαλείς συνθήκες στέγασης, η μη σταθερή απασχόληση και το ιστορικό φυλάκισης είναι δείκτες κοινωνικού αποκλεισμού που χαρακτηρίζουν τη ζωή πολλών χρηστών ναρκωτικών. Σε πολλές ευρωπαϊκές

<sup>(20)</sup> Βλέπε «Νομικά πλαίσια της θεραπείας απεξάρτησης» και <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

<sup>(21)</sup> Βλέπε επίσης σ. 69.

<sup>(22)</sup> Σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία (ΕΕ L 165 της 3.7.2003, σ. 31-33).

<sup>(23)</sup> Αμφότερα τα έγγραφα είναι διαθέσιμα στη διεύθυνση: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1).

χώρες ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που προσεγγίζονται, παραμένουν υπό θεραπεία και υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης είναι μεγαλύτερος από ποτέ, με αποτέλεσμα να αυξηθεί σημαντικά η ζήτηση για στέγαση, εκπαίδευση, απασχόληση και νομική βοήθεια. Τα συστήματα περίθαλψης έρχονται λοιπόν αντιμέτωπα με την πρόκληση που συνιστά η εύρεση νέων τρόπων αντιμετώπισης για τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία, το προφίλ των οποίων χαρακτηρίζεται από πολλαπλές ανάγκες. Η κοινωνική επανένταξη θεωρείται πλέον σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της μακροχρόνιας επιτυχίας της θεραπείας.

Σε μερικές χώρες ο τομέας της επανένταξης τυγχάνει αυξανόμενης πολιτικής προσοχής και επενδύσεων, σε αρκετές δε χώρες τα πρότυπα για τη θεραπεία συντήρησης προβλέπουν την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και επανένταξης στα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία. Για παράδειγμα, στη μεσοπρόθεσμη επισκόπηση της ιρλανδικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά συνιστάται να συμπεριληφθεί η αποκατάσταση ως πέμπτος πυλώνας της στρατηγικής, ενώ στη Δανία δρομολογήθηκαν νέα προγράμματα για ευάλωτες ομάδες («κοινή ευθύνη») από τα Υπουργεία Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων. Ένα ακόμη παράδειγμα αποτελεί η στρατηγική της νορβηγικής κυβέρνησης για την πρόληψη και την καταπολέμηση της έλλειψης στέγης, στο πλαίσιο της οποίας τίθενται μετρήσιμοι στόχοι, όπως η μείωση των εξώσεων και η αύξηση της πρόσβασης σε μόνιμη στέγη, ώστε τα προσωρινά καταλύματα να αποτελούν εξαίρεση. Επίσης στη Νορβηγία σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση της φτώχειας περιλαμβάνει πρόγραμμα επιδοτήσεων, στο πλαίσιο του οποίου το 2006 διατέθηκαν 6,5 εκατ. EUR για την παροχή υπηρεσιών παρακολούθησης σε θέματα στέγασης σε αστέγους και χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών. Επιπλέον η Ελλάδα, η Γαλλία, η Ιταλία, η Λιθουανία, η Αυστρία, η Πορτογαλία και η Σλοβακία συμμετέχουν στην πρωτοβουλία EQUAL της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στον τομέα της απασχόλησης και της κοινωνικής ένταξης<sup>(24)</sup>.

Η ΕΕ ενθάρρυνε επίσης τη δημιουργία ενός πλαισίου με την ονομασία «ανοικτή μέθοδος συντονισμού» (Open Method of Coordination — OMC), στο πλαίσιο της οποίας τα κράτη μέλη συντονίζουν τις πολιτικές τους για την καταπολέμηση της φτώχειας και την κοινωνική ένταξη μέσω μιας διαδικασίας ανταλλαγής πολιτικών και αμοιβαίας μάθησης.

Τα μέτρα επανένταξης αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές εθνικές κοινωνικοπολιτισμικές και οικονομικές πραγματικότητες στην Ευρώπη, αλλά και κάποια ποικιλομορφία ως προς τους στόχους, τις ομάδες στόχους και τις συνθήκες. Για παράδειγμα η Βουλγαρία και η Ρουμανία είναι οι μόνες χώρες που αναφέρουν ειδικά σχέδια κοινωνικής επανένταξης για τα παιδιά του δρόμου.

Τα προγράμματα και οι δράσεις σε πολλές χώρες δεν στοχεύουν ειδικά τους χρήστες ναρκωτικών αλλά απευθύνονται γενικότερα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και κατά κανόνα υλοποιούνται σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Ως εκ τούτου το «plans de prévention de proximité» (PPP) που θεσπίστηκε από την κυβέρνηση της Βαλлонίας το 2003 αντιμετωπίζει σε τοπικό επίπεδο τη φτώχεια και την εξάρτηση ως δύο αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα, ενώ στη Δανία ο νόμος για τις κοινωνικές υπηρεσίες υποχρεώνει τους δήμους να παρέχουν σχέδιο κοινωνικής δράσης σε

## Εθνικές έρευνες των αποτελεσμάτων της θεραπείας

Τρία κράτη μέλη (Ιρλανδία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο) έχουν διεξάγει εθνικές έρευνες σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας σε μια κοόρτη προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που παρακολούθηθηκε διαχρονικά για διάφορα είδη θεραπείας και δομών. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των μελετών είναι ότι εξετάζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας στις υπάρχουσες δομές υπό τις συνθήκες κλινικές συνθήκες σε καθημερινή βάση. Τα συνήθη είδη θεραπείας που εξετάστηκαν περιλαμβάνουν τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, τη μείωση δόσης με μεθαδόνη, την αποτοξίνωση και παρεμβάσεις χωρίς τη χρήση ουσιών όπως οι θεραπευτικές κοινότητες και η συμβουλευτική. Η χρήση ναρκωτικών, η σωματική και ψυχολογική υγεία, το ποσοστό παραμονής στο πρόγραμμα και η εγκληματική συμπεριφορά είναι οι βασικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Στην Ιταλία, η μελέτη Vedette (1998-2001) είχε ως στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που παρέχεται σε δημόσια θεραπευτικά κέντρα ανά τη χώρα. Τα ποσοστά παραμονής και η θνησιμότητα μεταξύ των χρηστών ηρώινης ήταν οι κύριες μεταβλητές του αποτελέσματος. Μέχρι σήμερα, τρεις μελέτες για τα αποτελέσματα της θεραπείας δρομολογήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η πρώτη ήταν η μελέτη «NTORS» (National Treatment Outcome Research Study) που διεξήχθη από το Εθνικό Κέντρο Εθισμού της Αγγλίας και της Ουαλίας στο διάστημα 1995-2000. Διερεύνησε τα αποτελέσματα της θεραπείας σε θεραπευτικά προγράμματα εσωτερικής παραμονής ή στο περιβάλλον της τοπικής κοινωνίας. Υπήρξαν ορισμένα θετικά πορίσματα όπως η αυξημένη αποχή από τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, η μείωση της συχνότητας χρήσης και της εγκληματικότητας και η βελτιωμένη υγεία. Ωστόσο ορισμένα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στο σύνολο της πενταετίας ήταν λιγότερο ικανοποιητικά, για παράδειγμα η αρχική βελτίωση όσον αφορά τη χρήση κρακ αντιστάθηκε εν μέρει μετά από τέσσερα έως πέντε χρόνια και πολλοί χρήστες ναρκωτικών συνέχισαν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (Gossop κ.ά., 2001).

Η μελέτη NTORS θα αναθεωρηθεί στο πλαίσιο της νέας μελέτης «Drug Treatment Outcomes Research Study» (DTORS) που διεξάγεται στο πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ. Η μελέτη αυτή ξεκίνησε το 2006 και θα παρακολουθήσει χρήστες από όλη την Αγγλία για αρχικό διάστημα 12 μηνών. Στόχος της είναι η αξιολόγηση του αντικτύπου της θεραπείας ανεξάρτητης στα αποτελέσματα βάσει διαφόρων δεικτών και επικεντρώνεται στην ανάλυση του ποιες οδοί θεραπείας δίνουν τα καλύτερα αποτελέσματα για συγκεκριμένες υποομάδες χρηστών. Στη Σκωτία, η μελέτη DORIS (Drug Outcome Research Study) που διεξάγεται από το πανεπιστήμιο της Γλασκώβης, ξεκίνησε το 2001. Η μελέτη αυτή εξετάζει τον αντίκτυπο και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών θεραπείας ανεξάρτητης που παρέχονται από κέντρα εξωτερικής παραμονής, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών εντός των φυλακών. Οι χρήστες παρακολούθηθηκαν για μέγιστο διάστημα 33 μηνών.

Στην Ιρλανδία, η μελέτη ROSIE του National University of Ireland, Maynooth ξεκίνησε το 2003 και αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των θεραπειών ανεξάρτητης μέσω της παρακολούθησης χρηστών οπιοειδών που ξεκινούν θεραπεία για διάστημα έως τριών ετών, καταγράφοντας τις παρατηρούμενες αλλαγές (Cox κ.ά., 2006). Στην παρακολούθηση μετά από ένα έτος, η μελέτη διαπίστωσε σημαντική μείωση της χρήσης και της εγκληματικής δραστηριότητας, χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας και ορισμένα θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη σωματική και την πνευματική υγεία των συμμετεχόντων.

<sup>(24)</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm).

όλους τους χρήστες ναρκωτικών. Ομοίως οι αρχές τοπικής αυτοδιοίκησης στην Πολωνία έχουν νομική υποχρέωση ως προς την κοινωνική επανένταξη των χρηστών και στις Κάτω Χώρες οι περισσότερες νέες υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης αποτελούν πρωτοβουλία των δήμων. Τέλος στη Γερμανία η μέριμνα για την παροχή προσωρινού ασύλου, την εκπαίδευση και τη στέγαση λαμβάνεται σε επίπεδο κρατιδίων (*Länder*) ή από τους δήμους, ενώ ομοσπονδιακά προγράμματα για άτομα με αναπηρίες παρέχονται για τη στήριξη της επαγγελματικής επανένταξης χρηστών ναρκωτικών.

Η βοήθεια στον τομέα της στέγασης ποικίλλει από παραμονή σε ημερήσια άσυλα έκτακτης ανάγκης, ξενώνες και βραχυπρόθεσμη παραμονή σε κέντρα εσωτερικής διαμονής έως διαμερίσματα ημιαυτόνομης διαμονής, επικουρούμενη διαμονή και επιχορήγηση ενοικίου. Προκειμένου να αποφευχθεί η μακροχρόνια εξάρτηση των ατόμων υπό θεραπεία από την παροχή υπηρεσιών, διερευνούνται καινοτόμες προσεγγίσεις στον τομέα της υποστηριζόμενης στέγασης ή οικονομικής διαχείρισης. Για παράδειγμα στη Δανία σε άτομα υπό θεραπεία που διαβιούν σε διαμερίσματα επανένταξης παρέχεται εκπαίδευση σε θέματα στέγασης για τον περιορισμό των προβλημάτων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μελλοντικά όταν θα κληθούν να διαχειρισθούν τα δικά τους διαμερίσματα, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο τα άτομα υπό θεραπεία λαμβάνουν συμβουλές σχετικά με τα ψώνια, τη μαγειρική και τη διαχείριση του προϋπολογισμού του νοικοκυριού τους.

Ενώ η δημιουργία νέων ευκαιριών κατάρτισης και η πρόσβαση στην εκπαίδευση αναφέρεται ως κοινή πρακτική σε πολλές χώρες, η αμειβόμενη εργασία εξασφαλίζεται δυσκολότερα για τις ομάδες αυτές. Ωστόσο είναι πολύ σημαντική για την ομάδα-στόχο καθώς παρέχει όχι μόνο οικονομική σταθερότητα αλλά και αυτοεκτίμηση, κύρος και κανονικό ρυθμό ζωής. Μεταξύ των τρόπων εξασφάλισης αμειβόμενης εργασίας για τα άτομα υπό θεραπεία είναι η σύναψη εταιρικών σχέσεων με ιδιωτικές επιχειρήσεις, τα προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης και η παροχή κινήτρων, όπως η επιδότηση του μισθού των καταρτιζομένων ή η χορήγηση δανείων για τη δημιουργία νέων επιχειρήσεων. Σε αρκετές χώρες, κέντρα απεξάρτησης από τα ναρκωτικά έχουν ξεκινήσει τις δικές τους επιχειρήσεις κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα, στις οποίες απασχολούνται επωφελώς τα άτομα που ζητούν θεραπεία σε

αυτά. Άλλες πρωτοβουλίες επικεντρώνονται στη βελτίωση της επαγγελματικής κατάστασης μέσω της καλύτερης εναρμόνισης των χαρακτηριστικών, των προσδοκιών και των δεξιοτήτων με τις πραγματικότητες της εργασιακής ζωής. Για παράδειγμα το Χρηματιστήριο Θέσεων Εργασίας της Βιέννης λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ ατόμων υπό θεραπεία, υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα των ναρκωτικών και δημόσιων υπηρεσιών απασχόλησης, παρέχοντας συγκεκριμένες συμβουλευτικές υπηρεσίες για την αύξηση των ποσοστών επιτυχίας στην εργασία. Βοηθά επίσης στην εύρεση λύσεων για άτομα υπό θεραπεία, για τα οποία η επαγγελματική επανένταξη δεν αποτελεί πλέον επιλογή.

Η επανένταξη περιθωριοποιημένων, μεγαλύτερων σε ηλικία χρηστών ηρώνης με υψηλά επίπεδα ψυχοσωματικών νόσων συνιστά ιδιαίτερη πρόκληση. Στο Βέλγιο, στους χρήστες με ψυχιατρικά προβλήματα παρέχεται περίθαλψη σε εξειδικευμένες μονάδες κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών ψυχιατρικών κλινικών ή γενικών νοσοκομείων ή σε άλλα κέντρα ψυχιατρικής περίθαλψης. Η Δανία αναφέρει ότι οι χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρικά προβλήματα περιθάλπονται σε μονάδες ψυχιατρικής περίθαλψης και ότι οι ηλικιωμένοι χρήστες ναρκωτικών που δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους λόγω χρήσης ναρκωτικών, άνοιας ή προβληματικής συμπεριφοράς φιλοξενούνται σε εναλλακτικά ιδρύματα μέριμνας. Στις Κάτω Χώρες το 2007 θεσπίσθηκε νέος νόμος για την κοινωνική στήριξη, στο πλαίσιο του οποίου η εξάρτηση από τα ναρκωτικά υπάγεται στους ίδιους κανόνες με τα (υπόλοιπα) χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα. Ωστόσο η δημιουργία ενός μεγάλου κέντρου εσωτερικής διαμονής για τη φιλοξενία 120 αστέγων χρηστών ναρκωτικών με ψυχιατρικά προβλήματα προκάλεσε τοπικές αντιδράσεις. Για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας η επαγγελματική βοήθεια για την αποκατάσταση ενός δικτύου προσώπων που θα παρέχουν στήριξη και επικοινωνία αναγνωρίζεται ως σημαντική συνιστώσα της διαδικασίας κοινωνικής επανένταξης.

Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Σλοβενία) δομημένα προγράμματα επανένταξης παρέχονται μόνο κατόπιν επιτυχούς ολοκλήρωσης θεραπείας απεξάρτησης που βασίζεται στην αποχή και επί του παρόντος δεν υπάρχουν ειδικά μέτρα αποκατάστασης για άτομα που τελούν υπό θεραπεία συντήρησης.



## Κεφάλαιο 3

### Κάναβη

#### Εισαγωγή: η μεταβαλλόμενη εικόνα της χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη

Η κάνναβη είναι η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία παγκοσμίως και βρίσκεται στο επίκεντρο της συζήτησης περί ναρκωτικών στην Ευρώπη από τη δεκαετία του 1960, όταν η χρήση της έγινε σχεδόν συνώνυμη με την αναδυόμενη αντικουλτούρα της νεολαίας της εποχής. Παρά την εξοικείωση που αυτό συνεπάχθηκε, η κατανόηση των προτύπων της χρήσης της στην Ευρώπη είναι σύνθετο έργο. Μια σημαντική παράμετρος είναι τα διαφορετικά προϊόντα κάνναβης που διατίθενται πλέον στην ευρωπαϊκή αγορά. Στο παρελθόν τρεις ήταν οι κυριότερες μορφές κάνναβης που κυκλοφορούσαν στην Ευρώπη: ρητίνη κάνναβης, φυτική κάνναβη και, με πολύ μικρότερη συχνότητα, έλαιο κάνναβης. Για πολλούς το κάπνισμα ρητίνης κάνναβης αναμειγμένης με φύλλα καπνού παραμένει ο κύριος τρόπος χρήσης της ουσίας αυτής, παρόλο που σε άλλες περιοχές του κόσμου ο εν λόγω τρόπος χρήσης είναι σχετικά ασυνήθιστος. Ενώ η Ευρώπη παραμένει η κυρίαρχη παγκόσμια αγορά ρητίνης κάνναβης, τα προϊόντα φυτικής κάνναβης φαίνεται να διαδίδονται ευρύτερα και να κυριαρχούν σε ορισμένες αγορές. Τα τελευταία χρόνια αυτή η γενική εικόνα έχει περιπλακεί ακόμη περισσότερο με την αυξανόμενη διαθεσιμότητα κάνναβης που παράγεται εντός των ευρωπαϊκών συνόρων· σε κάποιες περιπτώσεις πρόκειται για κάνναβη που καλλιεργείται υπό ελεγχόμενες συνθήκες και η δραστηριότητά της μπορεί να είναι πολύ υψηλή. Αυτό το είδος κάνναβης έχει αναδειχθεί σε ξεχωριστό προϊόν σε πολλές χώρες και περιπλέκει την εκτίμηση του αντίκτυπου που έχουν οι μεταβαλλόμενοι τρόποι χρήσης κάνναβης στη δημόσια υγεία.

#### Προσφορά και διαθεσιμότητα

##### Παραγωγή και διακίνηση

Επειδή η κάνναβη μπορεί να καλλιεργηθεί σε πολλά και διαφορετικά περιβάλλοντα και επιπλέον φύεται σε πολλές περιοχές του κόσμου, είναι πολύ δύσκολο να γίνουν αξιόπιστες εκτιμήσεις της παγκόσμιας παραγωγής. Μετά την ανοδική τάση που διήρκεσε αρκετά χρόνια, λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία σχετικά με τη διαφοροποίηση της παραγωγής κάνναβης, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) μείωσε τα επίπεδα της εκτιμώμενης παγκόσμιας παραγωγής φυτικής κάνναβης από 45 000 τόνους το 2004 σε 42 000 τόνους το 2005, κυρίως λόγω της ελαττούμενης εκτιμώμενης παραγωγής στη Βόρεια Αμερική μετά την εντατικοποίηση των μέτρων κατά της κάνναβης. Εκτιμάται ότι, αυτή τη στιγμή, περίπου το ήμισυ (46 %) της συνολικής ποσότητας κάνναβης καλλιεργείται

#### Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων

Ο αριθμός των κατασχέσεων ναρκωτικών σε μια χώρα θεωρείται συνήθως έμμεσος δείκτης της προσφοράς και της διαθεσιμότητας ναρκωτικών, μολονότι απηχεί επίσης τους πόρους, τις προτεραιότητες και τις στρατηγικές της επιβολής του νόμου, την αδυναμία των διακινητών απέναντι στις εθνικές και διεθνείς στρατηγικές με στόχο τη μείωση της προσφοράς, καθώς και τις πρακτικές αναφοράς. Οι κατασχεθείσες ποσότητες είναι δυνατόν να ποικίλλουν σημαντικά από χρόνο σε χρόνο, για παράδειγμα εάν σε ένα έτος μερικές από τις κατασχέσεις αφορούσαν πολύ μεγάλες ποσότητες. Για το λόγο αυτό ο αριθμός των κατασχέσεων είναι μερικές φορές καλύτερος δείκτης τάσεων. Σε όλες τις χώρες ο αριθμός των κατασχέσεων περιλαμβάνει ένα μεγάλο ποσοστό κατασχέσεων μικρών ποσοτήτων σε επίπεδο λιανικής πώλησης. Όπου είναι γνωστά, η προέλευση και ο προορισμός των ναρκωτικών που κατάσχονται μπορούν να αποκαλύψουν τις οδούς διακίνησης και τις περιοχές παραγωγής. Η τιμή και η καθαρότητα των ναρκωτικών σε επίπεδο λιανικής πώλησης αναφέρονται από τα περισσότερα κράτη μέλη. Ωστόσο, τα στοιχεία προέρχονται από πολλές διαφορετικές πηγές, οι οποίες δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμες, γεγονός που καθιστά δυσχερές τις ακριβείς συγκρίσεις μεταξύ χωρών.

Προκειμένου οι κατασχέσεις ναρκωτικών στην Ευρώπη να εξετασθούν στο ευρύτερο πλαίσιο, στην παρούσα έκθεση παρέχονται συνοπτικές πληροφορίες αναφορικά με τη γενική κατάσταση. Το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα εκδίδει μια ετήσια έκθεση σχετικά με τη διεθνή κατάσταση των ναρκωτικών και αυτή είναι η κύρια πηγή για τις παγκόσμιες εκτιμήσεις που περιλαμβάνονται στο παρόν. Ο αναγνώστης πρέπει να έχει υπόψη του ότι η συγκέντρωση τέτοιου είδους στοιχείων ενέχει δυσκολίες και, σε πολλά μέρη του κόσμου, τα συστήματα συλλογής πληροφοριών είναι ελάχιστα ανεπτυγμένα. Κατά συνέπεια, τα δεδομένα αυτά πρέπει να εκλαμβάνονται ως οι καλύτερες δυνατές προσεγγίσεις που προκύπτουν από τις πηγές πληροφοριών που υπάρχουν επί του παρόντος.

στην αμερικανική ήπειρο, με δεύτερη στην κατάταξη την Αφρική (26 %) και τρίτη την Ασία (22 %) (UNODC, 2007).

Το Μαρόκο παραμένει ο βασικός διεθνής παραγωγός ρητίνης κάνναβης και, παρόλο που οι πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι εκτάσεις με φυτείες κάνναβης μειώθηκαν κατά περίπου 40 % μεταξύ 2004 και 2005, εκτιμάται ότι η χώρα εξακολουθεί να παράγει γύρω στο 70 % της ρητίνης κάνναβης που καταναλώνεται στην Ευρώπη. Βάσει εκτιμήσεων της συνολικής καλλιεργούμενης έκτασης, η δυνητική παραγωγή του Μαρόκου για το 2005 ήταν 1 066 τόνοι, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας προοριζόταν

για την ευρωπαϊκή και βορειοαφρικανική αγορά (CND, 2007, UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου, 2007). Η ρητίνη κάνναβης εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη μέσω της Ιβηρικής χερσονήσου. Παρόλο που το Μαρόκο είναι με διαφορά ο μεγαλύτερος παραγωγός ρητίνης στην ευρωπαϊκή αγορά, υπάρχουν αναφορές για διάθεση ρητίνης από άλλες χώρες (Μολδαβία και Ινδία) ιδίως στην Κεντρική Ευρώπη.

Αν και η ρητίνη κάνναβης στην Ευρώπη είναι γενικά αδιαφοροποίητο ως προϊόν, δεν ισχύει το ίδιο και για τη φυτική κάνναβη. Στις χώρες προέλευσης των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν στη διάρκεια του 2005 συμπεριλαμβάνεται η Αλβανία, οι Κάτω Χώρες, οι χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας, η Αγκόλα και η Νότια Αφρική. Αν και η εγχώρια παραγωγή φυτικής κάνναβης είναι δύσκολο να παρακολουθηθεί συστηματικά, το 2005 παρατηρήθηκαν κρούσματα στις μισές από τις χώρες που υπέβαλλαν εκθέσεις. Τμήμα της ποσότητας κάνναβης που παράγεται στην Ευρώπη καλλιεργείται σε εξωτερικούς χώρους· η εν λόγω κάνναβη είναι σχεδόν πανομοιότυπη με την εισαγόμενη φυτική κάνναβη. Ωστόσο η σχετικά υψηλή δραστηριότητα κάνναβης που παράγεται υπό εντατικές καλλιεργητικές συνθήκες φαίνεται να αποτελεί πλέον σημαντικό και ενδεχομένως διευρυνόμενο τμήμα της αγοράς σε πολλές χώρες· ο εξοπλισμός για την κατ' οίκον παραγωγή κάνναβης είναι πλέον ευρέως διαθέσιμος μέσω του Διαδικτύου ή, σε ορισμένες χώρες, από εξειδικευμένους προμηθευτές. Το γεγονός ότι αυτή η μορφή του ναρκωτικού καλλιεργείται σε εσωτερικούς χώρους και συχνά σε μικρή απόσταση από την αγορά για την οποία προορίζεται ενδέχεται να σημαίνει ότι είναι λιγότερο συχνές οι κατασχέσεις του και κατά συνέπεια να μην εμφανίζεται εξίσου στα διαθέσιμα δεδομένα.

## Κατασχέσεις

Το 2005 οι παγκοσμίως κατασχεθείσες ποσότητες κάνναβης ανήλθαν σε 1 302 τόνους έναντι 4 644 τόνων φυτικής κάνναβης· αμφότερες οι τιμές είναι χαμηλότερες από τις αντίστοιχες του 2004. Η Δυτική και Κεντρική Ευρώπη διατήρησε την πρώτη θέση όσον αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες ρητίνης (70 %), ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες φυτικής κάνναβης ήταν μεγαλύτερες στη Βόρεια Αμερική (64 %) (UNODC, 2007).

Το 2005 εκτιμάται ότι έγιναν στην Ευρώπη 303 000 κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης που ισοδυναμούν με 909 τόνους της ουσίας<sup>(25)</sup>. Οι μισές από τις κατασχέσεις έγιναν στην Ισπανία και αντιστοιχούσαν σε περίπου τρία τέταρτα της συνολικής κατασχεθείσας ποσότητας<sup>(26)</sup>. Η μικρή αύξηση του αριθμού των αναφερθεισών κατασχεσεων ρητίνης το 2005 διατήρησε την ανοδική τάση που παρατηρείται από το 2000. Ωστόσο δεν ίσχυσε το ίδιο και για την ποσότητα της κατασχεθείσας ρητίνης, η οποία μειώθηκε το 2005 μετά από την αύξηση που σημείωσε στο διάστημα 2000-2004.

Η σχετική θέση της ρητίνης κάνναβης και της φυτικής κάνναβης καθίσταται σαφής από το γεγονός ότι το 2005 οι κατασχέσεις φυτικής κάνναβης (1 52 000) ήταν περίπου οι μισές σε σχέση με τις κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης και ο όγκος τους (66 τόνοι) αντιστοιχούσε μόλις στο ένα δέκατο του συνολικού κατασχεθέντος όγκου. Ο αριθμός

## Κάνναβη για προσωπική χρήση: το νομικό καθεστώς

Παρά τις διαφορετικές νομικές προσεγγίσεις της χρήσης κάνναβης στα διάφορα κράτη μέλη<sup>(1)</sup>, παρατηρείται μια γενική τάση στην Ευρώπη υπέρ της ανάπτυξης εναλλακτικών μέτρων αντί της ποινικής καταδίκης για χρήση και κατοχή μικρών ποσοτήτων κάνναβης για προσωπική χρήση εφόσον δεν συντρέχουν επιβαρυντικές περιστάσεις. Η κάνναβη πλέον διακρίνεται συχνά από άλλες παράνομες ουσίες είτε στη νομοθεσία, είτε μέσω εισαγγελικής διαταγής ή δικαστικής πρακτικής. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι ποινές κράτησης έδωσαν τη θέση τους σε πρόστιμα, εγγυήσεις, αναστολή υπό αστυνομική επιτήρηση, εξαίρεση από την επιβολή ποινής και συμβουλευτική. Παραδείγματα αυτής της τάσης παρατηρούνται σε διάφορα πρόσφατα μέτρα όπως η κατάργηση των ποινών κράτησης στο Λουξεμβούργο το 2001 και στο Βέλγιο το 2003, και η μείωση των εν λόγω ποινών στην Ελλάδα το 2003 και στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004. Διαταγές προς την αστυνομία ή τους εισαγγελείς εκδόθηκαν στο Βέλγιο το 2003 και το 2005, στη Γαλλία το 2005, και στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2004 και το 2006. Το 2006 η Τσεχική Δημοκρατία επιχείρησε να δημιουργήσει διαφορετικές κατηγορίες για τις μη φαρμακευτικές ναρκωτικές ουσίες αλλά το σχέδιο του νέου ποινικού κώδικα απορρίφθηκε για λόγους που δεν είχαν σχέση με αυτό το θέμα. Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των αναφερόμενων αδικημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη εξακολουθεί να αυξάνεται στην Ευρώπη (βλέπε κεφάλαιο 1).

Το θέμα της κάνναβης παραμένει ακανθώδες και εξακολουθεί να υπάρχει διάσπαση απόψεων όσον αφορά τη σχέση κόστους-οφέλους των διαφόρων προσεγγίσεων στους τομείς της δημόσιας υγείας και της ποινικής δικαιοσύνης. Αυτό αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι κάποια από τα λαμβανόμενα μέτρα δεν ακολουθούν τη γενική τάση της ελάφρυνσης των ποινών και, σε ορισμένες χώρες, οι ποινές έγιναν αυστηρότερες ή η ισχύουσα κατάσταση τελεί υπό εξέταση. Το 2004 μέσω διαταγής προς τους εισαγγελείς στη Δανία ζητήθηκε η επιβολή προστίμων αντί προειδοποιήσεων και στην Ιταλία το 2006 καταργήθηκε η νομική διάκριση των μη φαρμακευτικών ναρκωτικών ουσιών αποθαρρύνοντας τη διάκριση μεταξύ «μαλακών» και «σκληρών» ναρκωτικών. Άλλες χώρες επίσης αναθεωρούν τη στάση τους απέναντι στην κάνναβη. Για παράδειγμα, οι Κάτω Χώρες δημοσίευσαν μια ειδική στρατηγική για την κάνναβη το 2005 και η Γερμανία διεξήγαγε μια αξιολόγηση της εφαρμογής των ποινών για την απλή κατοχή κάνναβης.

Η πολιτική για την κάνναβη παραμένει αντικείμενο έντονου δημόσιου διαλόγου και διαξιφισμών. Αυτό προκύπτει και από τα πορίσματα της πρόσφατης έρευνας του Ευρωβαρομέτρου (2006), στο πλαίσιο της οποίας οι ευρωπαίοι πολίτες ρωτήθηκαν αν θα συμφωνούσαν με τη νομιμοποίηση της προσωπικής χρήσης κάνναβης σε όλη την Ευρώπη. Μόλις άνω των δύο τρίτων των ερωτηθέντων (68 %) διαφωνούν και το ένα τέταρτο (26 %) συμφωνεί με αυτή την ιδέα. Σε όλες τις χώρες, παρά τις διακυμάνσεις του ποσοστού του δείγματος που τάχθηκε υπέρ, αυτή ήταν πάντα η γνώμη της πλειονότητας.

(1) Για πληρέστερη ανάλυση βλέπε την επισκόπηση της EDDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

(25) Τα δεδομένα περί των ευρωπαϊκών κατασχεσεων ναρκωτικών στις οποίες βασίζεται η παρούσα ενότητα υπάρχουν στους πίνακες SZR-1, SZR-2, SZR-3 και SZR-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων του 2007.

(26) Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2005 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Για λόγους υπολογισμού τα ελλείποντα στοιχεία του 2005 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2004.



των κατασχέσεων φυτικής κάνναβης στην Ευρώπη σημειώνει σταθερή αύξηση τα τελευταία πέντε χρόνια, αν και η εικόνα των κατασχόμενων ποσοτήτων είναι λιγότερο ξεκάθαρη· θεωρείται ότι σημειώθηκε αύξηση το 2005 μετά από μια περίοδο πτώσης των κατασχόμενων ποσοτήτων στο διάστημα 2001–2004. Τα συμπεράσματα εδώ δεν μπορεί παρά να είναι προσωρινά καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο, η χώρα με τις περισσότερες κατασχέσεις φυτικής κάνναβης τόσο ως προς τον αριθμό τους όσο και ως προς τις ποσότητες, δεν έχει ακόμη παράσχει τα σχετικά στοιχεία για το 2005.

Το 2005 ο εκτιμώμενος αριθμός 13 500 κατασχέσεων στην Ευρώπη είχε ως αποτέλεσμα την κατάσχεση περίπου 24 εκατ. φυτών κάνναβης (τα περισσότερα από αυτά στην Τουρκία) που αντιστοιχούσαν σε 13,6 τόνους (κατά κύριο λόγο στην Ισπανία). Συνολικά ο αριθμός των κατασχέσεων φυτών κάνναβης στην Ευρώπη εμφανίζει συνεχή ανοδική τάση από το 2000. Αν εξετάσουμε τα κράτη μέλη της ΕΕ, ο αριθμός των κατασχόμενων φυτών κάνναβης έφτασε στο πλέον υψηλό επίπεδο το 2001 και αυξήθηκε ξανά από το 2003 και μετά, ενώ στην Τουρκία, μετά την αύξηση που καταγράφηκε στο διάστημα 2001–2003, ο αριθμός τους μειώθηκε το 2004 για να αυξηθεί ξανά το 2005.

## Τιμή και δραστηριότητα

Το 2005 η μέση ή συνήθης λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης και της φυτικής κάνναβης παρουσίαζε μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ κρατών αλλά και εντός του ίδιου κράτους· τα περισσότερα κράτη ανέφεραν τιμές προϊόντων κάνναβης που κυμαίνονταν από 4–10 EUR ανά γραμμάριο <sup>(27)</sup>. Ωστόσο οι αναφερόμενες μέσες ή συνήθεις τιμές για αμφοτέρους τους τύπους κάνναβης κυμαίνονταν μεταξύ 2 EUR/gr έως 15 και πλέον ευρώ. Οι μέσες τιμές της ρητίνης κάνναβης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, μειώθηκαν στο διάστημα 2000–2005 σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις πλην της Πολωνίας όπου οι τιμές παρέμειναν σταθερές. Οι μέσες τιμές της φυτικής κάνναβης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, επίσης μειώθηκαν ή έμειναν σταθερές κατά το ίδιο διάστημα σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις πλην της Σλοβενίας <sup>(28)</sup>.

Η δραστηριότητα των προϊόντων κάνναβης καθορίζεται από την περιεκτικότητά τους σε δέλτα-9-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που είναι το κύριο δραστικό συστατικό της (ΕΚΠΝΤ, 2004). Το 2005 η αναφερόμενη μέση ή συνήθης περιεκτικότητα της ρητίνης κάνναβης σε THC σε επίπεδο λιανικής διακίνησης κυμαίνονταν από λιγότερο του 1 έως 17 %· η ευρύτητα του φάσματος αυτού είναι δύσκολο να εξηγηθεί, δεδομένης της κοινής προέλευσης του μεγαλύτερου μέρους της ευρωπαϊκής ρητίνης κάνναβης. Αναφέρθηκε ότι η δραστηριότητα της φυτικής κάνναβης κυμαίνεται από λιγότερο του 1 % έως λίγο πιο πάνω από 15 %. Δεν είναι δυνατόν, στα υπάρχοντα στοιχεία, να γίνει διάκριση μεταξύ φυτικής κάνναβης εγχώριας παραγωγής και εισαγόμενης κάνναβης· ωστόσο οι Κάτω Χώρες μπόρεσαν να καταλήξουν σε μια εκτίμηση 17,7 % όσον αφορά την τοπικά παραγόμενη φυτική κάνναβη <sup>(29)</sup>.

## Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

### Στον γενικό πληθυσμό

Τα πλέον πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η κάνναβη είναι η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στην Ευρώπη. Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990

### Έρευνες — ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση των προτύπων και των τάσεων χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη

Η χρήση ναρκωτικών στον γενικό ή στον μαθητικό πληθυσμό αξιολογείται μέσω ερευνών, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι έκαναν χρήση ναρκωτικών σε καθορισμένες χρονικές περιόδους: τουλάχιστον μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή, κατά το τελευταίο έτος ή κατά τον τελευταίο μήνα.

Το ΕΚΠΝΤ, σε συνεργασία με εθνικούς εμπειρογνώμονες, ανέπτυξε ένα σύνολο κοινών βασικών θεμάτων (Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο), προς χρήση σε έρευνες σε ενήλικους, το οποίο εφαρμόζεται στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Λεπτομέρειες σχετικά με το Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται στο «Εγχειρίδιο για τη διενέργεια ερευνών σχετικά με την κατανάλωση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό» (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τη μεθοδολογία και το έτος συλλογής των στοιχείων, και οι μικρές διαφορές μεταξύ χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή <sup>(1)</sup>.

Καθώς η διεξαγωγή ερευνών στοιχίζει αρκετά, λίγες είναι οι χώρες που συγκεντρώνουν πληροφορίες σε ετήσια βάση. Στην παρούσα έκθεση, τα δεδομένα που παρουσιάζονται βασίζονται στις πλέον πρόσφατες διαθέσιμες έρευνες, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις χρονολογούνται μεταξύ 2003 και 2006.

Τρεις δείκτες της χρήσης ναρκωτικών διαχρονικά χρησιμοποιούνται συνήθως κατά την αναφορά των ερευνητικών δεδομένων. Η χρήση σε ολόκληρη τη ζωή ή επικράτηση της χρήσης είναι ο πλέον ευρύς. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται συνήθως για τις ομάδες νεαρής ηλικίας, για παράδειγμα μαθητές σχολείου, αλλά η αξία του είναι περιορισμένη όταν πρόκειται για την περιγραφή της κατάστασης στην ομάδα των ενηλίκων, αν και μπορεί να παράσχει χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά τα πρότυπα χρήσης και την επίπτωση. Στην παρούσα έκθεση η έμφαση δίδεται στη χρήση κατά το τελευταίο έτος και τον τελευταίο μήνα, καθώς αυτοί οι δύο δείκτες αντικατοπτρίζουν καλύτερα την τρέχουσα κατάσταση, με τη δεύτερη κατηγορία να χρησιμεύει συχνά ως προσεγγιστικό μέτρο της τακτικής χρήσης. Η καταγραφή αυτών που κάνουν τακτική ή προβληματική χρήση είναι ασφαλώς σημαντική και έχει σημειωθεί σχετική πρόοδος σε αυτόν τον τομέα με την ανάπτυξη κλιμάκων για την αξιολόγηση εντατικότερων μορφών χρήσης· αυτές αναφέρονται όποτε είναι διαθέσιμες (βλέπε πλαίσιο για την ανάπτυξη ψυχομετρικών κλιμάκων).

<sup>(1)</sup> Πρότυπες ηλικιακές ομάδες του ΕΚΠΝΤ: όλοι οι ενήλικες (15 έως 64 ετών) και νέοι ενήλικες (15 έως 34 ετών). Τα δεδομένα ορισμένων χωρών καλύπτουν ελαφρώς διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (π.χ. 16–64, 18–64, 16–59). Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία των ερευνών στον γενικό πληθυσμό και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε εθνική έρευνα, βλέπε Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(27)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(28)</sup> Τα δεδομένα για τις τιμές τόσο της ρητίνης κάνναβης όσο και της φυτικής κάνναβης αναλύθηκαν για 19 χώρες (για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα για τουλάχιστον τρία συνεχή έτη).

<sup>(29)</sup> Για δεδομένα σχετικά με τη δραστηριότητα της κάνναβης βλέπε πίνακες PPP-2 και PPP-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων του 2007.

η χρήση του εν λόγω ναρκωτικού, ιδίως μεταξύ των νέων, σημείωσε αύξηση σε όλες σχεδόν τις χώρες. Ωστόσο μερικά σχετικά πιο πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η ανοδική τάση αρχίζει να σταθεροποιείται, αν και το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε ιστορικά υψηλά επίπεδα. Ένα σημαντικό επιμέρους ζήτημα είναι η διερεύνηση των τάσεων μεταξύ αυτών που χρησιμοποιούν την εν λόγω ουσία εντατικά και για μακρά χρονικά διαστήματα. Για αυτή την ομάδα τα δεδομένα δεν είναι εξίσου καλά, αλλά υπάρχουν ανησυχίες ότι όλο και περισσότεροι νέοι άνθρωποι χρησιμοποιούν την κάνναβη με αυτόν τον τρόπο· αυτό το γεγονός ενδέχεται να αντικατοπτρίζεται εν μέρει στην αύξηση της ζήτησης για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη που παρατηρήθηκε σε ορισμένες χώρες.

Σύμφωνα με συντηρητικούς υπολογισμούς, περισσότεροι από 70 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά (επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή), δηλαδή κατά μέσο όρο περίπου το ένα τέταρτο (22 %) όλων των Ευρωπαίων 15-64 ετών<sup>(30)</sup>. Τα ποσοστά ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, αφού κυμαίνονται από 2 έως 37 %. Τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Βουλγαρία, τη Μάλτα και τη Ρουμανία και τα υψηλότερα από τη Δανία (36,5 %), τη Γαλλία (30,6 %), το Ηνωμένο Βασίλειο (29,8 %) και την Ιταλία (29,3 %)<sup>(31)</sup>. Παρά την ευρύτητα του συνολικού φάσματος δώδεκα ευρωπαϊκές χώρες από τις 26 που παρείχαν πληροφορίες ανέφεραν ποσοστά επικράτησης σε ολόκληρη τη ζωή των πολιτών από 10 έως 25 %<sup>(32)</sup>.

Αν ως χρονικό διάστημα αναφοράς θεωρηθεί το περασμένο έτος και όχι ολόκληρη η διάρκεια ζωής, τα επίπεδα της αναφερόμενης χρήσης κάνναβης μειώνονται μεν, αλλά παραμένουν αρκετά υψηλά. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις περισσότεροι από 23 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες έκαναν χρήση κάνναβης το τελευταίο έτος, αριθμός που αντιστοιχεί σε 7 % περίπου όλων των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών κατά μέσο όρο. Οι επιμέρους εθνικές τιμές κυμαίνονται μεταξύ 1 και 11,2 %, οι δε χαμηλότερες τιμές αναφέρθηκαν από τη Βουλγαρία, την Ελλάδα και τη Μάλτα, ενώ οι υψηλότερες από την Ιταλία (11,2 %), την Ισπανία (11,2 %), την Τσεχική Δημοκρατία (9,3 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (8,7 %). Και πάλι, παρά την ευρύτητα του συνολικού φάσματος, 13 από τις 25 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία ανέφεραν πέρυσι εκτιμώμενη επικράτηση μεταξύ 4 και 9 % (διάγραμμα 3).

Οι εκτιμήσεις της επικράτησης του τελευταίου μήνα θα περιλαμβάνουν τα άτομα που κάνουν συχνότερα χρήση κάνναβης, μολοντί ότι απαραίτητως με εντατικό τρόπο. Εκτιμάται ότι 13,4 εκατομμύρια ευρωπαίοι ενήλικες έκαναν χρήση του ναρκωτικού κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, κατά μέσο όρο 4 % του συνόλου των ατόμων 15-64 ετών. Το ποσοστό ανά χώρα κυμαίνεται μεταξύ 0,5 και 8,7 %. Τα πλέον χαμηλά ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Βουλγαρία,

Μάλτα, Λιθουανία και Σουηδία, ενώ τα υψηλότερα από την Ισπανία (8,7 %), Ιταλία (5,8 %), Ηνωμένο Βασίλειο (5,2 %) και Γαλλία (4,8 %). Από τις 26 χώρες που υπέβαλαν στοιχεία τα ποσοστά 13 χωρών εμπίπτουν στο φάσμα 2 έως 6 %<sup>(33)</sup>.

### Χρήση κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες

Η χρήση κάνναβης είναι δυσανάλογα υψηλή στους νεαρούς ενήλικες· ανάλογα με την υπό εξέταση χώρα, ποσοστό μεταξύ 3 και 49,5 % των νέων ευρωπαίων ενηλίκων (15-34 ετών) δηλώνουν ότι έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά, 3-20 % ότι έκαναν χρήση κατά το προηγούμενο έτος και 1,5-15,5 % κατά τον προηγούμενο μήνα. Τα πλέον υψηλά ποσοστά χρήσης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των πολιτών αναφέρονται από τη Δανία, τη Γαλλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία, ενώ τα υψηλότερα αναφερόμενα ποσοστά επικράτησης για το προηγούμενο έτος από την Ισπανία, την Τσεχική Δημοκρατία, τη Γαλλία και την Ιταλία. Κατά μέσο όρο 30 % των νέων ενηλίκων αναφέρουν ότι έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, ενώ 13 % ότι έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος και άνω του 7 % ότι έχουν κάνει χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Ως σημείο αναφοράς για συγκρίσεις σημειώνεται ότι οι εκτιμήσεις για τον ενήλικο πληθυσμό 35-64 ετών όσον αφορά τη χρήση κατά το τελευταίο έτος και τον τελευταίο μήνα είναι 3 και 1,6 % αντίστοιχα<sup>(34)</sup>.

Αν επικεντρωθούμε αποκλειστικά στους νέους ηλικίας 15-24 ετών, η εκτιμώμενη επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 3 και 44 % (με τις περισσότερες χώρες να αναφέρουν ποσοστά 20-40 %). Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κατά το τελευταίο έτος κυμαίνονται μεταξύ 4 και 28 % (στις περισσότερες χώρες 10-25 %), τα δε ποσοστά επικράτησης της χρήσης κατά τον τελευταίο μήνα κυμαίνονται μεταξύ 1 και 19 % (5-12 % στις περισσότερες χώρες). Μεταξύ των ανδρών αυτής της ηλικιακής ομάδας η εκτιμώμενη επικράτηση είναι ακόμη πιο υψηλή. Χρήση τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής αναφέρθηκε από 11-51 % των νέων ανδρών (25-45 % στις περισσότερες χώρες), ενώ χρήση κατά το τελευταίο έτος από το 5-35 % (15-30 % στις περισσότερες χώρες) και κατά τον τελευταίο μήνα από 1,7-23,7 % (6-20 % στις περισσότερες χώρες)<sup>(35)</sup>.

### Πρότυπα χρήσης κάνναβης

Όπως σημειώνεται παραπάνω, η χρήση της κάνναβης, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες παράνομες ναρκωτικές ουσίες, είναι αισθητά υψηλότερη μεταξύ των νέων, αν και παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα. Η χρήση είναι επίσης συγκριτικά αυξημένη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, αν και η διαφορά αυτή τείνει να εξομαλύνεται στις νεαρές ηλικίες. Γενικά η αναλογία ανδρών-γυναικών αυξάνεται στις πιο πρόσφατες μετρήσεις χρήσης, αλλά και πάλι παρατηρείται σημαντική

<sup>(30)</sup> Το μέσο ποσοστό υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των εθνικών ποσοστών επικράτησης σταθμισμένων βάσει του πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Οι συνολικοί αριθμοί υπολογίσθηκαν πολλαπλασιάζοντας την επικράτηση στον συγκεκριμένο πληθυσμό κάθε χώρας. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία έγιναν εκτιμήσεις. Τα αριθμητικά στοιχεία που παρατίθενται εδώ είναι πιθανόν οι ελάχιστες τιμές, δεδομένου ότι τα στοιχεία που υποβλήθηκαν μπορεί να είναι ελλιπή.

<sup>(31)</sup> Στο παρόν κείμενο τα αριθμητικά στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο βασίζονται στην έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία το 2006 (Αγγλία και Ουαλία), για πρακτικούς λόγους. Υπάρχουν χωριστές εκτιμήσεις για τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία, ενώ υπάρχει και μια συνδυασμένη εκτίμηση για το Ηνωμένο Βασίλειο (παρουσιάζονται στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων του 2007).

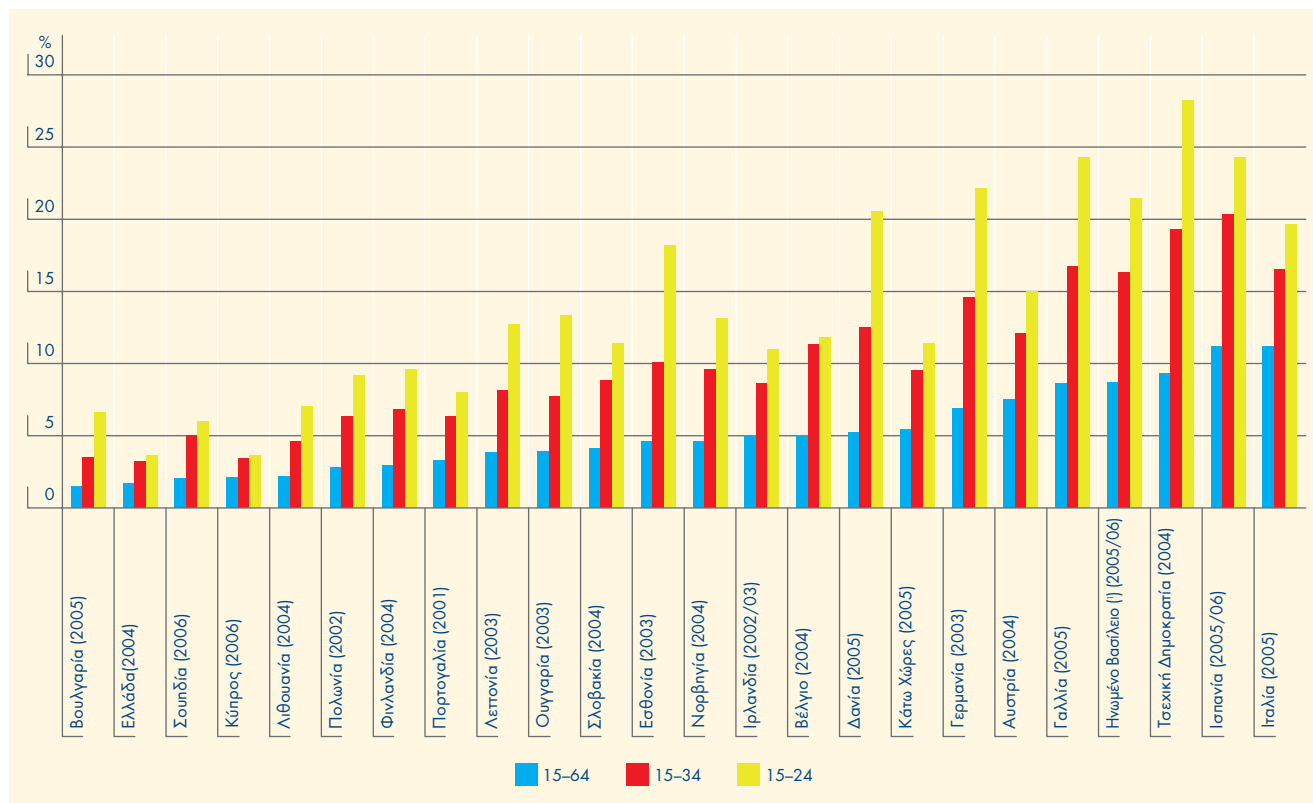
<sup>(32)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(33)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(34)</sup> Βλέπε πίνακες GPS-9, GPS-11 και GPS-13 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(35)</sup> Βλέπε πίνακες GPS-17, GPS-18, GPS-19 και διαγράμματα GPS-1, GPS-3, GPS-7, και GPS-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 3:** Επικράτηση της χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος σε όλους τους ενήλικους (ηλικίας 15-64 ετών) και στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 και 15-24 ετών)



(<sup>1</sup>) Αγγλία και Ουαλία.

Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά τον χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Η σειρά των χωρών αντικατοπτρίζει τη συνολική (για όλους τους ενήλικες) επικράτηση. Βλέπε πίνακες GPS-10, GPS-11 και GPS-18 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

διαφοροποίηση από χώρα σε χώρα, για παράδειγμα η αναλογία των δύο φύλων ως προς την αναφερόμενη χρήση κάνναβης κατά τον τελευταίο μήνα κυμαίνεται από 1,5 στην Ιταλία έως 1,14 στη Λιθουανία (βλέπε επιλεγμένο θέμα για το φύλο και τη χρήση ναρκωτικών από το 2006).

Για πολλούς η χρήση της κάνναβης διακόπτεται μετά από μια σύντομη περίοδο «πειραματισμού» και τα ποσοστά χρήσης γενικά μειώνονται με την πάροδο των ετών. Η παρακολούθηση της πορείας των χρηστών κάνναβης μέσω των διαθέσιμων δεδομένων και ο εντοπισμός αλλαγών στα πρότυπα χρήσης διαχρονικά παρουσιάζουν ωστόσο δυσκολίες. Μπορούν να αντληθούν ορισμένες χρήσιμες πληροφορίες μέσω της σύγκρισης της αναφερόμενης χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή με πιο πρόσφατες μετρήσεις της κατανάλωσης. Κατά μέσο όρο αυτή η ανάλυση υποδηλώνει ότι 32 % του συνόλου των ενηλίκων (15-64 ετών) που έχουν κάνει χρήση κάνναβης έκαναν χρήση το τελευταίο έτος και

18 % τον τελευταίο μήνα. Τα ποσοστά αυτά, γνωστά ως «ποσοστά συνεχούς χρήσης», ποικίλλουν από χώρα σε χώρα και επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως μεταξύ άλλων η ιστορική εξέλιξη της χρήσης κάνναβης στο εσωτερικό μιας χώρας και ο αριθμός νέων περιπτώσεων. Ωστόσο η κατανόηση της συχνότητας της μετάβασης σε πρότυπα τακτικής και μακροπρόθεσμης χρήσης είναι πιθανό να συμβάλει στην κατανόηση του δυναμικού αντικτύπου της χρήσης της εν λόγω ουσίας στη δημόσια υγεία. Αν και υπάρχουν ανησυχίες ότι ο αριθμός των ανθρώπων που κάνουν τακτική ή εντατική χρήση κάνναβης αυξάνεται (<sup>36</sup>), υπάρχουν προς το παρόν πολύ λίγα διαθέσιμα στοιχεία που θα επέτρεπαν τη διερεύνηση αυτού του θέματος. Το ΕΚΠΝΤ συνεργάζεται στενά επί του παρόντος με διάφορα κράτη μέλη για την ανάπτυξη μιας καλύτερης μεθοδολογικής προσέγγισης του θέματος. Μια πρόχειρη εκτίμηση του ΕΚΠΝΤ το 2004, βάσει περιορισμένων δεδομένων, έδειξε

(<sup>36</sup>) Δεν υπάρχει μέχρι τώρα καθολικά αποδεκτός ορισμός της «εντατικής χρήσης κάνναβης». Πρόκειται ωστόσο για έναν ευρύ όρο που σημαίνει χρήση κάνναβης που υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο όριο συχνότητας. Δεν υποδηλώνει απαραίτητα την ύπαρξη «εξάρτησης/κατάχρησης» ή άλλων προβλημάτων, αλλά θεωρείται ότι αυξάνει τον κίνδυνο αρνητικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης. Στο κεφάλαιο αυτό τα αριθμητικά στοιχεία αναφέρονται σε «καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση» (που ορίζεται ως χρήση επί 20 ή περισσότερες από τις τελευταίες 30 ημέρες). Αυτό το μέγεθος αναφοράς χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες και προκύπτει από το πρότυπο ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο. Οι υπό εξέλιξη μεθοδολογικές μελέτες (εθνικές και του ΕΚΠΝΤ) θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των σχέσεων μεταξύ της εντατικής/συχνής χρήσης και των παρεπόμενων προβλημάτων (βλέπε πλαίσιο σχετικά με την ανάπτυξη ψυχομετρικών κλιμάκων, σ. 42).

### Ανάπτυξη ψυχομετρικών κλιμάκων για τον προσδιορισμό της εντατικής, της εξαρτημένης και της προβληματικής χρήσης κάνναβης στα στοιχεία ερευνών

Οι περιγραφές της χρήσης ναρκωτικών βάσει ερευνών προκύπτουν από τις δηλώσεις των ίδιων των χρηστών αναφορικά με τη συμπεριφορά τους για διάφορα χρονικά διαστήματα. Ιστορικά, δεν έχει γίνει συστηματική παρακολούθηση της καθημερινής χρήσης, εν μέρει διότι στην πλειονότητα των χωρών η επικράτηση της χρήσης κάνναβης ήταν χαμηλή. Επιπλέον, η προσέγγιση που θέλει την προσοχή να επικεντρώνεται στη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα δεν επιτρέπει ακριβείς εκτιμήσεις του αριθμού των εντατικών χρηστών. Ωστόσο, καθώς η χρήση κάνναβης σημειώσε αύξηση σε όλη την Ευρώπη και η ανησυχία για τα προβλήματα που συνεπάγεται έχει ενταθεί, χρειάστηκε να αναθεωρηθεί η έως τώρα προσέγγιση. Έτσι, όλες σχεδόν οι χώρες της ΕΕ συλλέγουν πλέον πληροφορίες σχετικά με τις ημέρες χρήσης κατά τον μήνα που προηγείται της συνέντευξης. Βάσει αυτών των στοιχείων, εκτιμάται ότι περίπου 3 εκατομμύρια άτομα ενδέχεται να κάνουν χρήση κάνναβης καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά.

Το ΕΚΠΝΤ συνεργάζεται με εθνικούς εμπειρογνώμονες ώστε να βελτιωθεί η συλλογή στοιχείων αυτού του είδους αναφορικά με την εντατική χρήση στο πλαίσιο ερευνών στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση δεν επιτρέπει παρά μόνο κοινά τον προσδιορισμό των ατόμων που κάνουν προβληματική ή εξαρτημένη χρήση κάνναβης. Το στοιχείο αυτό είναι κρίσιμης σημασίας αν θέλουμε να κατανοήσουμε τον αντίκτυπο της χρήσης κάνναβης στη δημόσια υγεία και αποτελεί επί του παρόντος κεντρικό θέμα για την ομάδα της έρευνας εμπειρογνομών του ΕΚΠΝΤ.

Έχει ήδη δρομολογηθεί η ανάπτυξη του απαραίτητου μεθοδολογικού και εννοιολογικού πλαισίου για την παρακολούθηση των «εντατικών μορφών χρήσης ναρκωτικών» το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό για να διευκολυνθεί ο προσδιορισμός των χρηστών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Ορισμένες χώρες αρχίζουν τώρα να μετρούν την «εξάρτηση» ή την «προβληματική χρήση» της κάνναβης στον γενικό πληθυσμό, με πρωτοπόρα προγράμματα να υλοποιούνται στη Γαλλία, στη Γερμανία, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και, σχετικά πρόσφατα, στην Ισπανία.

Ένα παράδειγμα του γιατί αυτές οι πρωτοβουλίες είναι σημαντικές απορρέει από τη γαλλική έρευνα του 2005, η οποία περιέλαβε την πειραματική κλίμακα CAST (Cannabis Abuse Screening Test – Δοκιμασία Διαπίστωσης Κατάχρησης Κάνναβης) και σύμφωνα με προκαταρκτική ανάλυση της οποίας έως και 16 % όσων έκαναν χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος και 58 % των καθημερινών χρηστών που ενδέχεται να διατρέχουν τον κίνδυνο προβληματικής χρήσης.

ότι περίπου 1 % των ευρωπαίων ενηλίκων, ήτοι περίπου 3 εκατομμύρια άνθρωποι, ενδέχεται να κάνουν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης. Η εκτίμηση αυτή πρόκειται να ενημερωθεί στο εγγύς μέλλον. Πολλές χώρες ανέφεραν αυξήσεις της τακτικής ή εντατικής χρήσης κάνναβης, αλλά μόνο η Ισπανία ανέφερε συγκρίσιμα

δεδομένα για την «καθημερινή χρήση»<sup>(37)</sup>, η οποία αυξήθηκε από 0,7 % το 1997 έως 2 % το 2006.

Ένα άλλο σημαντικό κενό αφορά την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με τη διακοπή της χρήσης. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η πλειονότητα όσων ξεκινούν να κάνουν χρήση κάνναβης τη διακόπτουν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η κατανόηση των παραγόντων που συνδέονται με τη διακοπή της χρήσης είναι προφανώς σημαντική για το σχεδιασμό παρεμβάσεων σε αυτόν τον τομέα. Έχουμε κάποια σχετικά στοιχεία στη διάθεσή μας, π.χ. σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη στον πληθυσμό της Γαλλίας το 2005 μεταξύ των ατόμων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης άλλα όχι κατά τον τελευταίο χρόνο, η πλειονότητα (80 %) δηλώνει ότι ο βασικός λόγος που δεν έκαναν χρήση ήταν ότι δεν τους ενδιέφερε· και μάλιστα παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ενήλικες (σχεδόν 60 %) θεωρούν ότι, αν ήθελαν, θα μπορούσαν εύκολα να εξασφαλίσουν ποσότητα κάνναβης.

### Τάσεις στη χρήση κάνναβης από ενήλικες

Η παρακολούθηση των τάσεων της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη δυσχεραίνεται από την απουσία αξιόπιστων δεδομένων χρονοσειρών σε πολλές χώρες. Ωστόσο ένας αυξανόμενος αριθμός χωρών έχει δρομολογήσει έρευνες ήδη από τη δεκαετία του 1990, οι οποίες αρχίζουν τώρα να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τις διαχρονικές τάσεις.

Οι χρονοσειρές που προκύπτουν από τις έρευνες μπορούν να καταστήσουν σαφέστερη την ανάπτυξη της χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη. Καταρχάς διαπιστώνεται ότι υπάρχουν σημαντικές χρονικές διαφορές μεταξύ των χωρών και ως προς το βαθμό διάδοσης του ναρκωτικού από τότε που άρχισε να γίνεται δημοφιλές στη δεκαετία του 1960<sup>(38)</sup>. Ένα παράδειγμα αυτής της κατάστασης διαφαίνεται στα δεδομένα της Σουηδίας (εθνική έκθεση σχεδίου Reitox για το 2005), από όπου προκύπτει ότι κατά τη δεκαετία του 1970 τα ποσοστά πειραματισμού στους στρατευμένους και τους μαθητές ήταν σχετικά υψηλά· τα εν λόγω ποσοστά μειώθηκαν σημαντικά στη δεκαετία του 1980, για να αυξηθούν εκ νέου στη δεκαετία του 1990 φτάνοντας σε επίπεδα ανάλογα με αυτά της δεκαετίας του 1970, η αύξηση δε αυτή ακολουθήθηκε από νέα μείωση τα τελευταία έτη. Ανάλογη εικόνα δίνουν και τα φινλανδικά δεδομένα, από όπου επίσης προκύπτουν δύο μεγάλα κύματα χρήσης, πρώτα στη δεκαετία του 1960 και ξανά στη δεκαετία του 1990.

Από τα ερευνητικά δεδομένα εξάγεται το συμπέρασμα ότι η χρήση κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ. Η αύξηση αυτή συνεχίστηκε μέχρι πρόσφατα σε πολλές χώρες, αν και τώρα υπάρχουν σημάδια σταθεροποίησης σε ορισμένες από αυτές, ιδίως στην ομάδα που μπορεί να θεωρηθεί «υψηλής επικράτησης». Ένα σχετικό παράδειγμα είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, στο οποίο φαίνεται να επικρατεί γενικά πρωτοπορία των νέων τάσεων στη χρήση ναρκωτικών. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 το Ηνωμένο Βασίλειο ξεχώριζε ως χώρα υψηλής επικράτησης με τα υψηλότερα επίπεδα επικράτησης στην Ευρώπη στην πλειονότητα των μετρήσεων. Ωστόσο, πέρυσι, τα επίπεδα επικράτησης μεταξύ νέων ενηλίκων (16-34 ετών) σταθεροποιήθηκαν από το

<sup>(37)</sup> 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005-2006 (2 %). Αυτός ο δείκτης (χρήση 30 ημέρες κατά τις τελευταίες 30 ημέρες) διαφέρει από τον προηγούμενο «καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση» (χρήση 20 ημέρες και πλέον κατά τις τελευταίες 30 ημέρες), ο οποίος δίνει υψηλότερη εκτίμηση. Στη Γαλλία ως «τακτικός χρήστης» νοείται κάποιος που έκανε χρήση του ναρκωτικού «δέκα και πλέον φορές τις τελευταίες 30 ημέρες» (4,3 % των ανδρών, 1,3 % των γυναικών). Στο Ηνωμένο Βασίλειο ως «συχνή χρήση» νοείται η «χρήση περισσότερες από μία φορές το μήνα κατά το τελευταίο έτος» και δεν είναι συγκρίσιμη με τους δείκτες που χρησιμοποιούνται στην παρούσα ενότητα.

<sup>(38)</sup> Βλέπε διάγραμμα 4 στην επίσημη έκθεση 2004.

1998 και σημείωσαν μείωση στο διάστημα 2003-2006 (20,0 σε 16,3 %). Το ενδιαφέρον είναι ότι στη νεότερη ομάδα (16-24 ετών) παρατηρήθηκε σταθερή μείωση από το 1998, γεγονός που υποδηλώνει ότι η χρήση κάνναβης είναι πλέον λιγότερο διαδεδομένη μεταξύ των νέων <sup>(39)</sup>.

Τα επίπεδα χρήσης κάνναβης στη Γαλλία, στην Ισπανία και την Ιταλία άρχισαν να πλησιάζουν τα επίπεδα επικράτησης του Ηνωμένου Βασιλείου τα τελευταία έτη (2002, 2003 και 2005 αντιστοίχως), μετά από μια περίοδο σταθερών αυξήσεων. Και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν ενδείξεις σταθεροποίησης της κατάστασης. Η Γαλλία ανέφερε μείωση της χρήσης το 2005. Αν και η Ισπανία αναφέρει ελαφρά αύξηση έως το 2006, συνολικά φαίνεται ότι βαιίνουμε προς σταθεροποίηση των τάσεων σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, μια χώρα με υψηλά ποσοστά επικράτησης, οι τάσεις είναι δύσκολο να αξιολογηθούν βάσει των διαθέσιμων δεδομένων — αν και τα στοιχεία για τους νέους ενήλικες υποδηλώνουν ότι τα επίπεδα επικράτησης ενδέχεται να έχουν μειωθεί ελαφρώς.

Μεταξύ των χωρών στις μεσαίες και τις χαμηλότερες θέσεις της κατάταξης ως προς την περσινή επικράτηση στους νέους ενήλικες (15-34 ετών), τα πλέον πρόσφατα δεδομένα από τη Δανία και τις Κάτω Χώρες δείχνουν μικρή μείωση, ενώ τα επίπεδα χρήσης φαίνεται να συνεχίζουν την ανοδική τους πορεία στην Εσθονία, στη Γερμανία, στην Ουγγαρία, στη Σλοβακία και τη Νορβηγία <sup>(40)</sup>. Ωστόσο οι αυξήσεις αυτές είναι μικρές στην πλειονότητά τους και, γενικά, λιγότερο έντονες στις τελευταίες εκτιμήσεις.

Η Φινλανδία και η Σουηδία παραμένουν μεταξύ των χωρών που αναφέρουν τα πλέον χαμηλά επίπεδα χρήσης κάνναβης και, παρά την αύξηση της εκτιμώμενης επικράτησης, δεν υπάρχουν ενδείξεις σύγκλισης με τις χώρες υψηλότερης επικράτησης. Η αύξηση που παρατηρήθηκε στη Σουηδία στο διάστημα 2000-2004 όσον αφορά την επικράτηση της χρήσης κατά το τελευταίο έτος στους νέους ενήλικες (1,3 έως 5,3 %), αν και υψηλή, είναι δύσκολο να ερμηνευθεί λόγω μεθοδολογικών αλλαγών στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας και οι εκτιμήσεις της επικράτησης στις έρευνες των ετών 2004, 2005 και 2006 δείχνουν μια μάλλον σταθερή κατάσταση.

## Μεταξύ μαθητών

Ένας άλλος χρήσιμος δείκτης των προτύπων και των τάσεων στη χρήση κάνναβης είναι τα δεδομένα από έρευνες σε σχολεία, τα οποία δείχνουν ότι τα επίπεδα χρήσης κάνναβης σημείωσαν αύξηση σε πολλές χώρες της ΕΕ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και στις αρχές της δεκαετίας του 2000.

Συνολικά η γενική εικόνα που προκύπτει από τα εν λόγω δεδομένα συνάδει με αυτή που δίνουν οι έρευνες σε ενήλικες. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης χρήσης κάνναβης σε ολόκληρη τη ζωή μεταξύ μαθητών ηλικίας 15-16 ετών στην Ευρώπη αναφέρονται από το Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ιρλανδία, την Ισπανία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο· τα αναφερόμενα ποσοστά κυμαίνονται

μεταξύ 30 και 44 %. Η Γερμανία, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβενία και η Σλοβακία αναφέρουν ποσοστά άνω του 25 %. Στο άλλο άκρο η Ελλάδα, η Κύπρος, η Ρουμανία, η Σουηδία, η Τουρκία και η Νορβηγία αναφέρουν εκτιμώμενα ποσοστά επικράτησης στη διάρκεια της ζωής που δεν υπερβαίνουν το 10 %.

Η ανάλυση των δεδομένων του ESPAD (European Schools Project on Alcohol and other Drugs) από τις τρεις πρώτες έρευνές του (1996-2003) κατέδειξε έντονες γεωγραφικές διαφορές όσον αφορά τις τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε ολόκληρη τη ζωή μεταξύ μαθητών 15-16 ετών. Οι εξετασθείσες χώρες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις γεωγραφικές ομάδες. Στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, χώρες με μακρά ιστορία στη χρήση κάνναβης, το ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή είναι υψηλό αλλά παραμένει σταθερό την τελευταία δεκαετία. Στα κράτη μέλη της Ανατολικής και της Κεντρικής Ευρώπης, όπως και στη Δανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία και την Πορτογαλία, το 2003 το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε ολόκληρη τη ζωή αυξήθηκε σημαντικά στο διάστημα 1995-2003. Στην τρίτη κατηγορία κρατών μελών (Φινλανδία και Σουηδία στον Βορρά, Ελλάδα, Κύπρος και Μάλτα στον Νότο) και τη Νορβηγία οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή στους μαθητές παρέμειναν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (περίπου 10 % και χαμηλότερα). Τα δεδομένα από την επόμενη έρευνα του ESPAD αναμένονται την επόμενη χρονιά.

Μόνο τέσσερις χώρες (Ιταλία, Πολωνία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) είχαν νέα δεδομένα από εθνικές έρευνες σε σχολεία το 2005, ενώ το Βέλγιο υπέβαλε μια έρευνα από την περιφέρεια της Φλάνδρας. Στη Σουηδία η κατάσταση φαίνεται σταθερή, ενώ οι άλλες τέσσερις έρευνες κατέγραψαν μικρή μείωση.

## Κάνναβη: στοιχεία σχετικά με αιτήσεις για θεραπεία <sup>(41)</sup>

### Γενική επισκόπηση των στοιχείων σχετικά με την αίτηση για θεραπεία

Από τις περίπου 326 000 αιτήσεις για θεραπεία που αναφέρθηκαν συνολικά το 2005 (διαθέσιμα στοιχεία από 21 χώρες), η κάνναβη ήταν η κύρια αιτία έναρξης θεραπείας σε περίπου 20 % των περιπτώσεων, καθιστώντας την τη δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωίνη. Η μεγαλύτερη ζήτηση για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη ως κύρια ουσία παρυσιάζεται σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής <sup>(42)</sup>.

Συχνά τα άτομα που απευθύνονται σε κλινικές απεξάρτησης δηλώνουν ότι κάνουν προβληματική χρήση και άλλων ναρκωτικών ουσιών εκτός από την κύρια ουσία για την οποία ζητούν θεραπεία· αυτό το φαινόμενο παρατηρείται λιγότερο συχνά μεταξύ των χρηστών κάνναβης οι οποίοι είναι πιο πιθανό

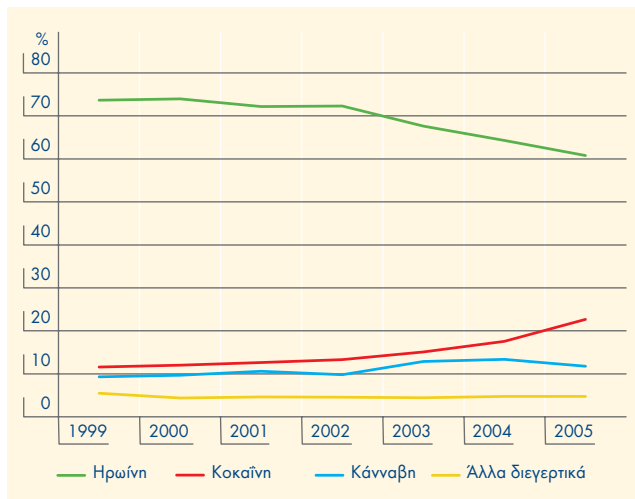
<sup>(39)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(40)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(41)</sup> Η ανάλυση της γενικής κατανομής και των τάσεων βασίζεται στα στοιχεία που αφορούν τα άτομα που ζητούν θεραπεία σε όλα τα θεραπευτικά κέντρα· η ανάλυση του προφίλ των ατόμων που ζητούν θεραπεία και των προτύπων χρήσης ναρκωτικών βασίζεται κυρίως στα στοιχεία που προέρχονται από κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής.

<sup>(42)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 4:** Τάσεις στα πρότυπα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών θεραπείας (1999-2005) — κύριο ναρκωτικό για το οποίο ζητείται θεραπεία ως ποσοστό επί του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας



Σημείωση: Βάσει των δεδομένων από 21 κράτη μέλη της ΕΕ, ήτοι: Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Κύπρος, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Ρουμανία, Σλοβενία, Σλοβακία, Φινλανδία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο.

Για τα δεδομένα που λείπουν έγινε παρεμβολή για κάθε χώρα διατηρώντας τη μέση τάση της ΕΕ στα διαθέσιμα δεδομένα για κάθε έτος.

Για περισσότερες πληροφορίες και αναλυτικές σημειώσεις βλέπε διάγραμμα TDI-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

να χρησιμοποιούν μία μόνο ουσία (την κάνναβη). Υπάρχουν ωστόσο και αυτοί που κάνουν χρήση κάνναβης σε συνδυασμό με άλλες ναρκωτικές ουσίες, κυρίως αλκοόλ (37 %) και αμφεταμίνες ή έκσταση (28 %). Μετά το αλκοόλ (38 %) η κάνναβη είναι η δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη δευτερεύουσα ουσία από τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία <sup>(43)</sup>.

## Αυξανόμενες αιτήσεις για θεραπεία

Από τις περίπου 1 30 000 νέες αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης, αυτοί που επιθυμούν να απεξαρτηθούν από την κάνναβη αντιπροσωπίζουν στο 29 %, ποσοστό που δεν απέχει πολύ από αυτό των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη (35 %, διαθέσιμα στοιχεία από 22 χώρες) <sup>(44)</sup>. Αν και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα των δεδομένων δυσχεραίνουν την εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τις τάσεις, οι κύριες τάσεις των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη είναι ωστόσο δυνατό να προσδιοριστούν. Στο διάστημα 1999-2005 ο συνολικός αριθμός τόσο των νέων όσο και των εν γένει αναφερθεισών αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη σχεδόν τριπλασιάστηκε. Ωστόσο αυτή η ανοδική τάση φαίνεται να σταθεροποιείται στα πλέον πρόσφατα δεδομένα. Σε όλες τις χώρες (πλην της Λιθουανίας) το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη ως κύρια ουσία επί του συνόλου των νέων

αιτήσεων είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό επί του συνόλου των παλαιών και νέων αιτήσεων <sup>(45)</sup>.

Κατά την περίοδο 1999-2005 το ποσοστό των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη ως κύρια ουσία αυξήθηκε σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις (διάγραμμα 4). Ωστόσο παρατηρούνται ενδιαφέρουσες αποκλίσεις μεταξύ χωρών: ποσοστό μικρότερο του 5 % του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία στη Βουλγαρία, στη Λιθουανία, στην Πολωνία και τη Ρουμανία ανέφεραν ως ουσία την κάνναβη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ουγγαρία και τη Γαλλία ήταν μεγαλύτερο του 30 %. Για τις εναπομένουσες χώρες, σε δώδεκα εξ αυτών το ποσοστό των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη κυμαίνεται μεταξύ 5 και 20% και σε 7 μεταξύ 21 και 29%. Ομοίως, όσον αφορά τα άτομα που υπέβαλαν για πρώτη φορά αίτηση για θεραπεία (νέες αιτήσεις), υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, με την κάνναβη να αναφέρεται από ποσοστό κάτω του 10 % στη Βουλγαρία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πολωνία και τη Ρουμανία και από άνω του 50 % στη Δανία, στη Γερμανία, στη Γαλλία και την Ουγγαρία <sup>(46)</sup>.

Η αύξηση της ζήτησης για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη δεν φαίνεται να έχει κάποια απλή εξήγηση. Ο βαθμός στον οποίο η αυξημένη ζήτηση για θεραπεία αποτελεί απόρροια των αυξήσεων της επικράτησης εντατικής χρήσης κάνναβης και των συναφών προβλημάτων στον πληθυσμό καθώς και της αυξημένης επίγνωσης των κινδύνων δεν είναι ακόμη σαφές. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν σε αυτό το φαινόμενο, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης κάλυψης των στοιχείων από τα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής στα οποία απευθύνονται κατά κύριο λόγο οι αιτούντες θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη, και ενδεχομένως η αυξημένη διάγνωση και αναφορά προβληματικής χρήσης κάνναβης. Πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ο αντίκτυπος δύο άλλων παραγόντων: της διαφοροποίησης της παρεχόμενης θεραπείας, για παράδειγμα μέσω της έναρξης λειτουργίας κέντρων θεραπείας απεξάρτησης από την κάνναβη στη Γαλλία στα τέλη του 2004 και της αύξησης των παραπομπών σε θεραπεία από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Στην πρώτη περίπτωση, ανταποκρινόμενες στην αυξημένη ζήτηση για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη, πολλές χώρες άρχισαν να υλοποιούν εξειδικευμένα προγράμματα για εφήβους και νέους, προσφέροντας θεραπεία απεξάρτησης ειδικά για χρήστες κάνναβης: στην περίπτωση αυτή η αύξηση της ζήτησης οδήγησε σε αύξηση της προσφοράς θεραπείας, η οποία με τη σειρά της ενδέχεται να έδωσε νέα ώθηση στη ζήτηση. Στη δεύτερη περίπτωση οι παραπομπές από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης αφορούν συχνά αδικήματα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης: τα ερευνητικά πορίσματα δείχνουν ότι η πλειονότητα των ανθρώπων που παραπέμπονται για θεραπεία από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης δηλώνουν την κάνναβη ως κύρια ουσία· υπό αυτές τις συνθήκες η αύξηση του αριθμού των παραπομπών από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης είναι αναμενόμενο να συμβάλλει στην αυξημένη ζήτηση θεραπείας απεξάρτησης από την κάνναβη.

<sup>(43)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-22 και TDI-23 (μέρος i) και (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(44)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(45)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-3 (μέρος iii) και TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(46)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-5 (μέρος ii) και TDI-4 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

## Προφίλ ατόμων υπό θεραπεία

Όποιοι και αν είναι οι παράγοντες που οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη, τα χαρακτηριστικά όσων αποφασίζουν να απευθυνθούν σε κέντρα θεραπείας έχουν ενδιαφέρον, παρόλο που σε κάθε περίπτωση αυτό το πολύ μικρό τμήμα του πληθυσμού που κάνει χρήση κάνναβης δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό. Εξετάζοντας το προφίλ των ατόμων που απευθύνονται σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής λόγω χρήσης κάνναβης ως κύρια ουσίας, τα πλέον συνήθη χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι το νεαρό της ηλικίας τους, το γεγονός ότι είναι νεαροί άνδρες που είναι πιο πιθανό να φοιτούν ακόμη σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα παρά να εργάζονται ή να είναι άνεργοι και να ζουν με τους γονείς τους παρά μόνοι<sup>(47)</sup>. Σε σύγκριση με τους άλλους αιτούντες θεραπεία απεξάρτησης, όσοι ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη ως κύρια ουσία είναι πλέον συχνά άνδρες και η ηλικία τους είναι συγκριτικά μικρότερη (μέσος όρος ηλικίας 24,5 έτη). Αυτοί που ξεκινούν για πρώτη φορά θεραπεία είναι ακόμη νεότεροι (μέσος όρος ηλικίας 23,8 έτη). 67 και 80 % αντιστοίχως των ατόμων ηλικίας 15-19 ετών ή κάτω των 15 ετών ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία. Ωστόσο τα τελευταία τρία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις αύξησης της ηλικίας των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη<sup>(48)</sup>. Γενικά, τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: σε όσους κάνουν περιστασιακή χρήση (34 %), σε όσους κάνουν χρήση από μία έως αρκετές φορές την εβδομάδα (27 %) και σε όσους κάνουν καθημερινή χρήση (39 %).

Είναι πιθανό αυτές οι διαφορές στην αναφερόμενη χρήση του ναρκωτικού μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη να απορρέουν από την πολλαπλότητα των οδών παραπομπής σε θεραπεία, εικάζεται δε ότι η αύξηση των παραπομπών από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης να συνδέεται με την έναρξη θεραπείας από άτομα με χαμηλά επίπεδα χρήσης. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης: οι μισές χώρες αναφέρουν ότι ποσοστό άνω του 30 % των αιτούντων θεραπεία κάνει καθημερινή χρήση κάνναβης, ενώ στις υπόλοιπες το ποσοστό είναι κάτω του 30 %. Τα υψηλότερα ποσοστά τακτικών χρηστών μεταξύ αιτούντων θεραπεία απαντώνται στις Κάτω Χώρες, στη Δανία και την Ισπανία, ενώ η Ουγγαρία, η Γερμανία και η Ιταλία αναφέρουν τα υψηλότερα ποσοστά περιστασιακών χρηστών<sup>(49)</sup>. Επιπλέον, όπως εξηγείται παρακάτω, η αντιμετώπιση της εντατικής χρήσης κάνναβης σε ορισμένες χώρες ενδέχεται να επικεντρώνεται στην πρόληψη και όχι στη θεραπεία και αυτή η διαφορά στην εφαρμοζόμενη πρακτική ενδέχεται να επηρεάζει τα συνολικά επίπεδα «αναφορών»· αυτό επίσης μπορεί να εξηγήσει σε κάποιο βαθμό γιατί ορισμένες χώρες υψηλής επικράτησης αναφέρουν σχετικά χαμηλά ποσοστά ζήτησης θεραπείας απεξάρτησης από την κάνναβη.

## Ανταπόκριση στα προβλήματα της χρήσης κάνναβης

Τα δεδομένα αναφορικά με τη θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη πρέπει να εξετασθούν υπό το πρίσμα των διαφορετικών ορισμών της εν λόγω θεραπείας στην

Ευρώπη, η οποία περιλαμβάνει επί του παρόντος ευρύ φάσμα μέτρων, από σύντομες παρεμβάσεις έως θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής διαμονής. Σε ορισμένα προγράμματα η έμφαση δίδεται τόσο στην πρόληψη και το μετριασμό των επιβλαβών συνεπειών όσο και στη θεραπεία των προβλημάτων από τη χρήση ναρκωτικών.

Ο εντοπισμός των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο και η πρώτη παρέμβαση θεωρούνται σημαντικό στοιχείο όλων των προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών, οι δε καθηγητές είναι μεταξύ των πρώτων που εντοπίζουν κρούσματα χρήσης κάνναβης από μαθητές. Η Γερμανία, η Ιταλία και η Πολωνία έχουν αναπτύξει προγράμματα ειδικά για το διδακτικό προσωπικό για να βοηθήσουν τους καθηγητές να ανταποκριθούν σωστά στη χρήση κάνναβης αναζητώντας τη συνδρομή ειδικού όποτε αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Δεν υπάρχει ισχυρή αποδεικτική βάση όσον αφορά τις μορφές που λαμβάνει η θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη στην πράξη και οι ερευνητικές μελέτες που έχουν γίνει στον τομέα αυτό είναι περιορισμένες και βασίζονται κυρίως στην αμερικανική και την αυστραλιανή εμπειρία. Στην Ευρώπη οι πλέον συχνά αναφερόμενες προσεγγίσεις στα προβλήματα της χρήσης της κάνναβης περιλαμβάνουν τα εξής: υπηρεσίες εξωτερικής παραμονής βραχυπρόθεσμου χαρακτήρα, συμβουλευτική υποστήριξη, προγράμματα σε σχολεία και δραστηριότητες πρόληψης εκτός δομών. Γενικά οι παρεμβάσεις φαίνεται να βασίζονται στο μοντέλο της σύντομης παρέμβασης με χρήση ενός συνδυασμού παρακινητικών συνετυξιών και γνωστικών-συμπεριφοριστικών στοιχείων. Αν και δεν υπάρχει ομόφωνη γνώμη ως προς ποιες πρακτικές είναι αποτελεσματικές, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι η ανωτέρω προσέγγιση μπορεί να φανεί χρήσιμη. Μια ευρωπαϊκή πρωτοβουλία σε αυτόν τον τομέα είναι το πρόγραμμα INCANT, στο πλαίσιο του οποίου το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, οι Κάτω Χώρες και η Ελβετία συνεργάστηκαν για να διερευνήσουν τη χρησιμότητα της πολυδιάστατης οικογενειακής θεραπείας (MDFT) για τους χρήστες κάνναβης. Μετά από μια θετική αξιολόγηση της πιλοτικής φάσης (Rigter, 2005), το πρόγραμμα αυτό διευρύνθηκε λαμβάνοντας τη μορφή μιας τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής πολλαπλών σημείων για τη σύγκριση της MDFT με τις πρότυπες θεραπείες για τις διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης.

Μόνο 13 κράτη μέλη αναφέρουν την ύπαρξη εξειδικευμένων μονάδων θεραπείας για προβληματικούς χρήστες κάνναβης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των χρηστών κάνναβης παραπέμπονται σε γενικά προγράμματα απεξάρτησης ή σε γενικές υπηρεσίες υγείας ή υποστήριξης των νέων. Έχουν εκφραστεί φόβοι για την εξυπηρέτηση των νέων χρηστών κάνναβης μέσω δομών που απευθύνονται στο σύνολο των χρηστών, καθώς έτσι οι εν λόγω χρήστες συναναστρέφονται μεγαλύτερης ηλικίας προβληματικούς χρήστες άλλων ουσιών. Αν και ο βαθμός στον οποίο αυτή η κατάσταση συνιστά πρόβλημα δεν είναι σαφές, παραμένει σημαντικό ζήτημα που πρέπει να τεθεί επί τάπητος κατά το σχεδιασμό υπηρεσιών αυτού του είδους.

Η Γαλλία δίνει ένα καλό παράδειγμα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών για χρήστες κάνναβης με τη δημιουργία

<sup>(47)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-13, TDI-14 και TDI-21 (μέρος i) και (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(48)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-10 (μέρος i), (μέρος ii) και (μέρος ix) στα Δελτία στατιστικών στοιχείων 2007, 2006 και 2005.

<sup>(49)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-18 (μέρος iii) και (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

250 κλινικών «συμβουλευτικής υποστήριξης και καθοδήγησης για την κάνναβη» στη διάρκεια του 2005. Τα κέντρα αυτά εκτιμάται ότι εξυπηρετούν αυτή τη στιγμή 2 900 άτομα το μήνα· ένα τρίτο περίπου (31 %) προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία ή παραπέμπονται από τρίτο (31 %) και μόλις λίγο περισσότεροι από το ένα τρίτο (38 %) παραπέμπονται μέσω δικαστικής απόφασης. Άλλα παραδείγματα εξειδικευμένων προγραμμάτων θεραπείας για χρήστες κάνναβης είναι το Maria Youth Centre στη Σουηδία, το οποίο παρέχει σε νέους προβληματικούς χρήστες κάνναβης τη δυνατότητα να ενταχθούν σε πρόγραμμα συμβουλευτικής υποστήριξης που ακολουθείται από ενισχυτικές συναντήσεις. Στη Γερμανία αναπτύχθηκε ένα σπονδυλωτό πρόγραμμα θεραπείας των διαταραχών από χρήση κάνναβης ειδικά για εφήβους (Candis) σε ένα ερευνητικό κέντρο εξωτερικής παραμονής στη Δρέσδη που εφαρμόζεται από τον Ιανουάριο του 2006.

### Οιονεί υποχρεωτικές παρεμβάσεις

Παρά τη γενική τάση να παραπέμπονται σε υπηρεσίες θεραπείας και συμβουλευτικής όσοι χρήστες κάνναβης έρχονται σε επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης αντί να τους επιβάλλονται ποινικές κυρώσεις, η διαθεσιμότητα και η δομή αυτών των μηχανισμών εμφανίζουν σημαντικές διαφορές ανά την Ευρώπη, με λίγες σχετικά χώρες (Γερμανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Σουηδία) να αναφέρουν ότι προσφέρουν διαρθρωμένα προγράμματα ή υπηρεσίες.

Για τους χρήστες κάνναβης που παραπέμπονται από τα δικαστήρια, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν είναι το μοναδικό μέτρο αντιμετώπισης. Οι περιστάσιακοί χρήστες έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν εντατικά προγράμματα σε ορισμένες χώρες, π.χ. η Γερμανία, η Αυστρία και το Λουξεμβούργο αναφέρουν την ύπαρξη ειδικών μαθημάτων κατάρτισης, μέσω των οποίων οι χρήστες

κάνναβης αναθεωρούν τις πεποιθήσεις και τα πρότυπα χρήσης τους<sup>(50)</sup>.

### Νέες στρατηγικές επικοινωνίας για την προσέγγιση των χρηστών κάνναβης

Διάφορα καινοτόμα προγράμματα στην Ευρώπη προσπαθούν να αξιοποιήσουν τα νέα μέσα επικοινωνίας για να προσεγγίσουν τους χρήστες κάνναβης. Σε ορισμένες χώρες (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο) αναπτύχθηκαν σύντομες παρεμβάσεις μέσω Διαδικτύου, οι οποίες επιτρέπουν στους χρήστες να αξιολογήσουν τα τρέχοντα πρότυπα χρήσης τους και να εντοπίζουν οι ίδιοι τυχόν προβλήματα. Ένα παράδειγμα αυτής της προσέγγισης είναι η γερμανική ιστοθέση «quit the shit»<sup>(51)</sup>, η οποία παρέχει υποστήριξη σε χρήστες που επιθυμούν να διακόψουν τη χρήση κάνναβης. Σύμφωνα με μια μελέτη αξιολόγησης αυτής της ιστοθέσης, τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτή την υπηρεσία αναφέρουν μείωση της κατανάλωσης κάνναβης, τόσο από την άποψη της ποσότητας όσο και από την άποψη των ημερών χρήσης.

Στη Δανία το πρόγραμμα SMASH προσφέρει υποστήριξη και συμβουλευτική σε ανώνυμη βάση ειδικά για νέους χρήστες κάνναβης, με στόχο το μετριασμό των επιβλαβών συνεπειών, την παροχή ενημέρωσης και την υποστήριξη όσων επιθυμούν να σταματήσουν να καπνίζουν κάνναβη<sup>(52)</sup>. Το πρόγραμμα βασίζεται στη συνδρομή σε δύο πακέτα SMS. Το πρώτο («hashfacts») παρέχει αντικειμενικές πληροφορίες σχετικά με τη χρήση κάνναβης και το δεύτερο υποστήριξη και παρώθηση σε όσους προσπαθούν να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών. Οι ενδιαφερόμενοι νέοι μπορούν επίσης να λάβουν προσωπική υποστήριξη μέσω γραπτών μηνυμάτων για τη διακοπή ή τη μείωση της χρήσης κάνναβης. Υπάρχει ανάλογη υπηρεσία και στην Ιρλανδία, αν και εκεί η έμφαση δίδεται κυρίως στη διάχυση πληροφοριών.

### Χρήση ναρκωτικών από ανηλίκους, στα επιλεγμένα θέματα 2007 του ΕΚΠΝΤ

Το επιλεγμένο θέμα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών από πολύ νέους Ευρωπαίους (ηλικίας κάτω των 15) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι μικρή και αφορά κυρίως τη χρήση ως πειραματισμό. Η τακτική χρήση ναρκωτικών από άτομα πολύ νεαρής ηλικίας είναι σπάνια, και συχνά συγκεντρώνεται σε ιδιαίτερος προβληματικό τμήμα του πληθυσμού.

Η πρωταρχική μέθοδος αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών στην ομάδα κάτω των 15 συνίσταται κατά κύριο λόγο σε στρατηγικές πρόληψης ή πρώιμης παρέμβασης. Ωστόσο, σύμφωνα με το

επιλεγμένο θέμα, εκτιμάται ότι περίπου 4 000 άτομα πολύ νεαρής ηλικίας λαμβάνουν θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη. Η προσαρμογή της εν λόγω θεραπείας στις ιδιαιτερότητας των νέων αποτελεί εξαίρεση, αλλά η πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών αναγνωρίζει ότι υπάρχει ανάγκη για τέτοια προγράμματα.

Το επιλεγμένο θέμα εξετάζει επίσης πώς η αναγνώριση της σύνδεσης μεταξύ της χρήσης νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών σε νεαρή ηλικία και της εξάρτησης από ουσίες αργότερα έχει ενσωματωθεί στις ευρωπαϊκές πολιτικές για τη δημόσια υγεία.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/)

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>





## Κεφάλαιο 4

### Αμφεταμίνες, έκσταση και LSD

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία είναι κάποιο είδος συνθετικού ναρκωτικού, αν και σε ευρωπαϊκή κλίμακα υπάρχουν πλέον περισσότεροι χρήστες κοκαΐνης. Τα ποσοστά χρήσης των ουσιών αυτών στον γενικό πληθυσμό είναι συνήθως χαμηλά, αλλά η επικράτηση χρήσης στις ομάδες ατόμων νεαρότερης ηλικίας είναι σημαντικά υψηλότερη και η χρήση των ναρκωτικών αυτών ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα ή σε ορισμένες πολιτισμικές ομάδες. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι αμφεταμίνες (αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη) και η έκσταση συγκαταλέγονται στα παράνομα συνθετικά ναρκωτικά με τη μεγαλύτερη επικράτηση.

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη είναι ουσίες που διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εξ αυτών η αμφεταμίνη είναι με διαφορά η ευρύτερα διαδεδομένη στην Ευρώπη, ενώ σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης φαίνεται να παρατηρείται μόνον στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία.

#### Αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη: διαφορές και ομοιότητες

Στην αγορά των παράνομων ουσιών, η ομάδα των αμφεταμινών εκπροσωπείται κυρίως από την αμφεταμίνη και τη μεθαμφεταμίνη (και τα άλατά τους) — δύο συγγενικές συνθετικές ουσίες, μέλη της οικογένειας των φαιαιθυλαμινών. Αμφότερες οι ουσίες είναι διεγερτικές του κεντρικού νευρικού συστήματος και επιδεικνύουν τον ίδιο μηχανισμό δράσης, την ίδια επίδραση στη συμπεριφορά, και τα ίδια συμπτώματα ανοχής, στέρησης και χρόνιας χρήσης. Η αμφεταμίνη είναι λιγότερο δραστική από τη μεθαμφεταμίνη αλλά σε μη ελεγχόμενες συνθήκες οι επιδράσεις τους είναι σχεδόν ταυτόσημες.

Τα προϊόντα αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης έχουν συνήθως τη μορφή σκόνης αλλά απαντώνται επίσης ως «πάγος», που είναι το καθαρό κρυσταλλικό άλας της μεθαμφεταμίνης. Χάπια που περιέχουν είτε αμφεταμίνη είτε μεθαμφεταμίνη φέρουν ενίοτε λογότυπα παρόμοια με αυτά των χαπιών MDMA ή άλλων χαπιών έκστασης.

Ανάλογα με τη μορφή στην οποία διατίθενται, η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη καταναλώνονται με κατάποση, εισπνοή σκόνης ή ατμών και, σπανιότερα, με ένεση. Σε αντίθεση με το θειικό άλας της αμφεταμίνης, η υδροχλωρική μεθαμφεταμίνη, ιδίως στην κρυσταλλική της μορφή (πάγος) είναι αρκετά πηκτική ώστε να μπορεί να καταναλωθεί καννίζοντας.

**Πηγή:** Προφίλ ναρκωτικών ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ο όρος έκσταση αναφέρεται σε συνθετικές ουσίες χημικά συναφείς με τις αμφεταμίνες που διαφέρουν όμως σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους. Η γνωστότερη ουσία από τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα χάπια έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα (MDA, MDEA). Η επικράτηση της χρήσης έκστασης στην ΕΕ αυξάνεται από τη δεκαετία του 1990.

Το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSD) είναι ανέκαθεν η πιο γνωστή παραισθησιογόνος ουσία με διαφορά, αλλά τα συνολικά επίπεδα χρήσης είναι χαμηλά και μάλλον σταθερά εδώ και αρκετό καιρό. Προσφάτως ήρθαν στο φως στοιχεία που δείχνουν αύξηση της διαθεσιμότητας και της χρήσης των φυσικών παραισθησιογόνων ουσιών, ιδίως των παραισθησιογόνων μανιταριών.

#### Προσφορά και διαθεσιμότητα <sup>(53)</sup>

##### Αμφεταμίνη

Η παγκόσμια παραγωγή αμφεταμίνης εκτιμάται ότι ανήλθε σε 88 τόνους το 2005 (UNODC, 2007). Αν και η παράνομη παρασκευή της ουσίας έχει διαδοθεί και σε άλλες περιοχές του κόσμου, ο μεγαλύτερος όγκος προέρχεται από τη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη. Εργαστήρια παρασκευής παράνομης αμφεταμίνης εξαρθρώθηκαν το 2005 στο Βέλγιο, στη Βουλγαρία, στη Γερμανία, στην Εσθονία, στη Λιθουανία, στις Κάτω Χώρες και την Πολωνία. Η αμφεταμίνη που κατάσχεται στην Ευρώπη αναφέρεται ότι προέρχεται κυρίως από το Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία και σε μικρότερο βαθμό από την Εσθονία και τη Λιθουανία.

Συνολικά κατασχέθηκαν 12,9 τόνοι αμφεταμίνης το 2005, κατά κύριο λόγο σε δύο περιοχές: στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη και στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία.

Το 2005 στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι πραγματοποιήθηκαν 40 300 κατασχέσεις αμφεταμίνης, οι οποίες αντιστοιχούν σε ποσότητα 6,6 τόνων. Έως το 2004 το Ηνωμένο Βασίλειο παρέμεινε σταθερά η χώρα με τις περισσότερες κατασχέσεις αμφεταμίνης και τις μεγαλύτερες κατασχόμενες ποσότητες αμφεταμίνης στην Ευρώπη. Παρά ορισμένες διακυμάνσεις, σε ευρωπαϊκό επίπεδο τόσο ο συνολικός αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών όσο και οι ποσότητες που κατασχέθηκαν αυξάνονται από το 2000 <sup>(54)</sup>. Το 2005 ωστόσο η πλειονότητα των χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις ανέφεραν καθοδικές τάσεις στον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμίνης. Η κατάσταση αυτή πρέπει να επιβεβαιωθεί όταν

<sup>(53)</sup> Για πληροφορίες σχετικά με την ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων, βλέπε σ. 37. Τα δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων και τις κατασχόμενες ποσότητες αμφεταμίνης, έκστασης και LSD δεν είναι διαθέσιμα για όλες τις χώρες το 2005, βλέπε πίνακες κατασχέσεων στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων του 2007 για περισσότερες πληροφορίες.

<sup>(54)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-11 και SZR-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

### Διεθνής δράση κατά της παρασκευής και της εκτροπής πρόδρομων ουσιών

Πολλές διεθνείς πρωτοβουλίες αποσκοπούν στην πρόληψη της εκτροπής πρόδρομων ουσιών που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή παράνομων ναρκωτικών: το σχέδιο «Cohesion» επικεντρώνεται στο υπερμαγγανικό κάλιο (που χρησιμοποιείται για την παρασκευή κοκαΐνης) και του οξικού ανυδρίτη (που χρησιμοποιείται για την παρασκευή ηρωΐνης) ενώ το σχέδιο «Prism» αφορά τις πρόδρομες ουσίες συνθετικών ναρκωτικών (\*). Όλα τα δεδομένα που ακολουθούν προέρχονται από την έκθεση του INCB για τις πρόδρομες ουσίες (INCB, 2007β).

Το 2005 οι παγκόσμιες κατασχέσεις υπερμαγγανικού καλίου ήταν οι μεγαλύτερες που αναφέρθηκαν ποτέ στο INCB με 16 χώρες να έχουν κατασχέσει 183 τόνους, στο σύνολό τους σχεδόν εκτός Ευρώπης.

Από τα 22 400 λίτρα οξικού ανυδρίτη που κατασχέθηκαν παγκοσμίως το 2005, το ποσοστό που κατασχέθηκε στην Ευρώπη ήταν και πάλι μικρό.

Το 2005 αναφέρθηκαν στο INCB κατασχέσεις 41 τόνων εφεδρίνης και ψευδοεφεδρίνης, των βασικών πρόδρομων ουσιών της μεθαμφεταμίνης, στην πλειονότητά τους από την Κίνα, ενώ στα κράτη μέλη της ΕΕ (κυρίως στην Ελλάδα, Βουλγαρία, Ρουμανία και Τσεχική Δημοκρατία) μαζί με τη Ρωσική Ομοσπονδία αντιστοιχούσαν 1,7 τόνοι.

Οι παγκόσμιες κατασχέσεις 1-φαινυλο-2-προπανόνης (P-2-P) που χρησιμοποιείται για την παράνομη παρασκευή μεθαμφεταμίνης και αμφεταμίνης ανήλθαν σε 2 900 λίτρα το 2005, εκ των οποίων τα 1 700 λίτρα προήλθαν από ευρωπαϊκές χώρες (κυρίως από τη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες).

Το μερίδιο της Ευρώπης στις συνολικές κατασχέσεις 3,4-μεθυλενοδιοξυφαινυλο-2-προπανόνης (3,4-MDP-2-P) παγκοσμίως, ουσία που χρησιμοποιείται για την παρασκευή MDMA, μειώθηκε το 2005 σε 38 % καθώς αναφέρθηκαν κατασχέσεις 5 100 λίτρων (κυρίως στη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες). Οι αυξημένες κατασχέσεις 3,4-MDP-2-P σε άλλες περιφέρειες υποδηλώνουν ότι η παράνομη παρασκευή MDMA επεκτείνεται και εκτός της Ευρώπης.

(\*) Όλες περιλαμβάνονται στον πίνακα 1 της σύμβασης του 1988 των Ηνωμένων Εθνών.

θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2005 για το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το 2005 η μέση ή συνήθης λιανική τιμή αγοράς της αμφεταμίνης από το χρήστη κυμαινόταν από 7 EUR/gr έως 37,5 EUR/gr, με την πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών να αναφέρουν τιμές 10–20 EUR/gr<sup>(55)</sup>. Στο διάστημα 2000–2005 οι μέσες τιμές αμφεταμίνης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, μειώθηκαν στις περισσότερες από τις 17 χώρες που παρέχουν επαρκή δεδομένα.

Η μέση ή συνήθης καθαρότητα των αμφεταμινών σε επίπεδο λιανικής πώλησης το 2005 εμφάνιζε μεγάλες διακυμάνσεις: πάντως οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν καθαρότητες μεταξύ 15 και 50 %<sup>(56)</sup>.

### Μεθαμφεταμίνη

Η παγκόσμια παραγωγή μεθαμφεταμίνης υπολογίζεται ότι ανήλθε σε 278 τόνους το 2005. Παρασκευάζεται κυρίως στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία και στη Βόρεια Αμερική. Στην Ευρώπη η παράνομη παραγωγή μεθαμφεταμίνης περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στην Τσεχική Δημοκρατία (όπου είναι γνωστή με την ονομασία «renvitiin»), αν και έχει αναφερθεί παραγωγή στη Λιθουανία, στη Μολδαβία και τη Σλοβακία (INCB, 2007α, UNODC, 2007).

Το 2005 οι παγκόσμιες κατασχέσεις μεθαμφεταμίνης αυξήθηκαν φτάνοντας εκτιμώμενη ποσότητα 17,1 τόνων, το ήμισυ των οποίων αναφέρθηκε από την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (Κίνα, Ταϊλάνδη) και το ένα τρίτο από τη Βόρεια Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες). Το ίδιο έτος αναφέρθηκαν 2 200 κατασχέσεις κατ' εκτίμηση, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε 104 kg μεθαμφεταμίνης σε 15 ευρωπαϊκές χώρες<sup>(57)</sup>. Στη Νορβηγία και τη Σουηδία καταγράφηκε ο μεγαλύτερος αριθμός κατασχέσεων και ποσοτήτων κατασχεθείσας μεθαμφεταμίνης.

Η μέση ή συνήθης λιανική τιμή μεθαμφεταμίνης (βάσει των εκθέσεων λίγων μόνο χωρών) κυμάνθηκε το 2005 μεταξύ 5 και 35 EUR/gr. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν μέση ή συνήθη καθαρότητα σε επίπεδο λιανικής πώλησης 30–65 %<sup>(58)</sup>.

### Έκσταση

Η παγκόσμια παραγωγή έκστασης εκτιμάται ότι ανήλθε σε 113 τόνους το 2005 (UNODC, 2007). Σε παγκόσμιο επίπεδο η Ευρώπη παραμένει το κυριότερο κέντρο παρασκευής έκστασης, αν και η σχετική σημασία της φαίνεται να υποχωρεί, καθώς η παρασκευή έκστασης επεκτείνεται και σε άλλα σημεία του πλανήτη τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα στη Βόρεια Αμερική, την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία και την Ωκεανία (CND, 2006, UNODC, 2006). Στην Ευρώπη παραγωγή έκστασης έχουμε κυρίως στις Κάτω Χώρες (αν και αναφέρονται ενδείξεις μείωσης της παραγωγής στη χώρα αυτή), με δεύτερο το Βέλγιο. Η έκσταση που κατασχέθηκε στην Ευρώπη το 2005 προέρχεται σύμφωνα με τις εκθέσεις από αυτές τις δύο χώρες και σε μικρότερο βαθμό από την Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Από τους 5,3 τόνους έκστασης που εκτιμάται ότι κατασχέθηκαν παγκοσμίως το 2005 μεγάλο μέρος εξακολουθεί να κατάσχεται στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (38 %), με δεύτερη την Ωκεανία (27 %) και τρίτη τη Βόρεια Αμερική (20 %).

26 500 κατασχέσεις κατ' εκτίμηση είχαν ως αποτέλεσμα την κατάσχεση περίπου 16,3 εκατ. χαπιών έκστασης στην

<sup>(55)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(56)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Σημειώνεται ότι τα αναφερόμενα μέσα επίπεδα καθαρότητας των αμφεταμινών μπορεί να υποκρύπτουν μεγάλες διαφορές στην καθαρότητα των δειγμάτων που υποβλήθηκαν σε ανάλυση.

<sup>(57)</sup> Για το Ηνωμένο Βασίλειο, λόγω μη διαθεσιμότητας δεδομένων για το 2005, ελήφθησαν υπόψη τα δεδομένα του 2004 για σκοπούς εκτίμησης. Βλέπε πίνακες SZR-17 και SZR-18 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(58)</sup> Βλέπε πίνακες PPP-4 και PPP-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Ευρώπη το 2005 <sup>(59)</sup>. Οι μεγαλύτερες ποσότητες έκστασης εξακολουθούν να κατάσχονται στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο Βέλγιο, στις Κάτω Χώρες και τη Γερμανία. Μετά από την κορύφωση του 2001 οι κατασχέσεις έκστασης στην Ευρώπη πήραν και πάλι την ανιούσα από το 2003 και μετά. Η συνολική ποσότητα της κατασχόμενης έκστασης κυμάνθηκε σε 20 εκατομμύρια χάπια περίπου ετησίως στο διάστημα 2000-2004. Το 2005 ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν μείωση των ποσοτήτων έκστασης που κατασχέθηκε στην πλειονότητα των χωρών. Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2005 για το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το 2005 η μέση ή συνήθης λιανική τιμή χαπιών έκστασης κυμαινόταν από λιγότερο από 3 EUR έως 15 EUR ανά χάπι <sup>(60)</sup>. Στο διάστημα 2000-2005 οι μέσες λιανικές τιμές έκστασης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, μειώθηκαν στις περισσότερες από τις 21 χώρες που παρείχαν επαρκή δεδομένα.

Στην Ευρώπη τα περισσότερα χάπια έκστασης εξακολούθησαν το 2005 να περιέχουν MDMA ή άλλες παρόμοιες με την έκσταση ουσίες (MDEA, MDA), που συνήθως αποτελούν το μοναδικό ψυχοδραστικό συστατικό τους. Σε δέκα κράτη μέλη τα εν λόγω χάπια αποτελούσαν το 80 % και πλέον του συνολικού αριθμού χαπιών που αναλύθηκαν. Υπάρχουν ωστόσο ορισμένες εξαιρέσεις: στη Σλοβενία οι ουσίες MDMA/MDEA/MDA απαντώνται συχνότερα σε συνδυασμό με αμφεταμίνη ή/και μεθαμφεταμίνη, ενώ στην Πολωνία η αμφεταμίνη ή/και η μεθαμφεταμίνη απαντώνται συχνότερα ως η μοναδική ψυχοτρόπος ουσία στα χάπια που υποβλήθηκαν σε ανάλυση. Η περιεκτικότητα σε MDMA των χαπιών έκστασης διαφέρει σημαντικά από παρτίδα σε παρτίδα (ακόμη και μεταξύ αυτών με το ίδιο λογότυπο), εντός της ίδιας χώρας και μεταξύ χωρών. Το 2005 η μέση ή συνήθης περιεκτικότητα σε MDMA ανά χάπι έκστασης κυμαινόταν μεταξύ 2 και 130 mg στις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, αν και στις περισσότερες χώρες ο μέσος όρος ήταν μεταξύ 30 και 80 mg MDMA.

## LSD

Μετά από συνεχή μείωση επί σειρά ετών, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων όσο και οι ποσότητες κατασχόμενου LSD εμφανίζουν ανοδικές τάσεις από το 2003 <sup>(61)</sup>. Αν και το LSD παρασκευάζεται και διακινείται σε πολύ μικρότερο βαθμό από ό,τι τα άλλα συνθετικά ναρκωτικά, το 2005 στην Ευρώπη είχαμε 800 κατ' εκτίμηση κατασχέσεις που αντιστοιχούσαν σε 850 000 χάπια LSD, με τις Κάτω Χώρες να αντιπροσωπεύουν περίπου το 75 % της συνολικής κατασχεθείσας ποσότητας. Το μέσο ή σύνθετος κόστος ενός χαπιού LSD για τους χρήστες κυμαινόταν από 4 έως 30 EUR <sup>(62)</sup>.

## Επικράτηση και πρότυπα χρήσης στον γενικό πληθυσμό και τους νέους

Από την άποψη των δεικτών πρόσφατης χρήσης, η έκσταση είναι πλέον η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη συνθετική ναρκωτική ουσία σε 17 ευρωπαϊκές χώρες, ενώ η αμφεταμίνη σε εννέα <sup>(63)</sup>. Η επικράτηση χρήσης μία φορά στη διάρκεια της ζωής των αμφεταμινών τείνει να είναι υψηλότερη, γεγονός που σχετίζεται με την πρόσφατη εμφάνιση της έκστασης στην αγορά παράνομων ναρκωτικών ουσιών της Ευρώπης. Δεδομένα από έρευνες σε σχολεία υποσημαίνουν ότι η χρήση έκστασης, αμφεταμίνης και ψυχοτρόπων ουσιών εκτός της κάνναβης από μαθητές εντοπίζεται σε λίγα μεμονωμένα άτομα. Για παράδειγμα, οι μαθητές που έχουν δοκιμάσει έκσταση αναφέρουν επίσης ποσοστά επικράτησης για χρήση κοκαΐνης και παραισθησιογόνων ναρκωτικών τα οποία είναι περισσότερα από 20 φορές υψηλότερα από ό,τι στον γενικό μαθητικό πληθυσμό <sup>(64)</sup> και περίπου πέντε φορές υψηλότερα από όσους έχουν κάνει χρήση κάνναβης.

Μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ η χρήση αμφεταμίνης ή έκστασης φαίνεται να είναι σχετικά υψηλή σε μερικές μόνο χώρες: την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο και σε μικρότερο βαθμό στη Λετονία και τις Κάτω Χώρες.

## Αμφεταμίνες

Πρόσφατες έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό (ηλικίας 15-64 ετών) αναφέρουν ότι η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε ολόκληρη τη ζωή στην Ευρώπη κυμαίνεται από 0,1 έως 3,6 % για όλους τους ενήλικες (15-64 ετών) με εξαίρεση τη Δανία (6,9 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία) όπου αγγίζει το 11,5 % (λόγω της σχετικά υψηλότερης χρήσης στο παρελθόν· η τρέχουσα χρήση κυμαίνεται σε επίπεδα κοντινότερα σε αυτά των άλλων χωρών). Ακολουθούν η Νορβηγία (3,6 %), η Γερμανία και η Ισπανία (3,4 %). Κατά μέσο όρο το 3,5 % όλων των ενήλικων Ευρωπαίων έχει κάνει χρήση αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά <sup>(65)</sup>. Η χρήση κατά το τελευταίο έτος είναι πολύ χαμηλότερη: 0,7 % κατά μέσο όρο (από 0 έως 1,3 %). Τα δεδομένα από έρευνες στον γενικό πληθυσμό υποσημαίνουν ότι περίπου 11 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν δοκιμάσει αμφεταμίνες και περίπου 2 εκατομμύρια Ευρωπαίοι θα έχουν δοκιμάσει την εν λόγω ουσία στη διάρκεια του τελευταίου έτους.

Μεταξύ των νέων ενηλίκων (15-34 ετών) 0,2-1,6,8 % αναφέρουν ότι έχουν κάνει χρήση αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής τους, παρόλο που, αν εξετασθούν χωριστά τα αριθμητικά στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία) (1,6,8 %) και τη Δανία (12,7 %), το εύρος περιορίζεται σε 0,2-5,9 % <sup>(66)</sup>. Στις μισές από τις χώρες που παρέχουν στοιχεία τα ποσοστά επικράτησης υπολείπονται του 4 %. Μετά

<sup>(59)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-13 και SZR-14 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(60)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(61)</sup> Βλέπε πίνακα SZR-15 και SZR-16 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(62)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

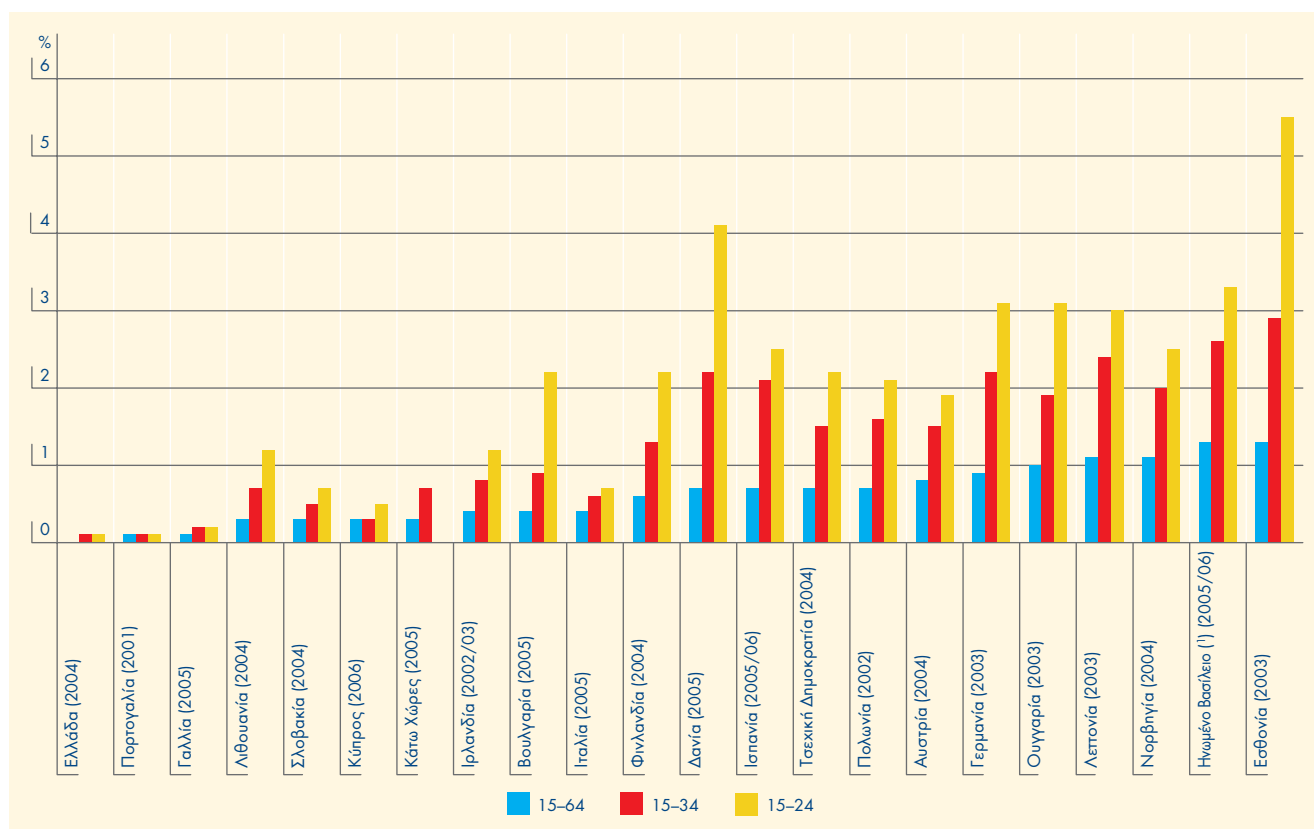
<sup>(63)</sup> Στα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη «χρήση αμφεταμίνης» συχνά δεν γίνεται διάκριση μεταξύ αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, ωστόσο η φράση αυτή υπονοεί συνήθως τη χρήση αμφεταμίνης (θεϊκή ή δεξαμφεταμίνη), καθώς η χρήση μεθαμφεταμίνης δεν είναι συχνή.

<sup>(64)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(65)</sup> Για τη μέθοδο υπολογισμού βλέπε υποσημείωση (30).

<sup>(66)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 5:** Επικράτηση της χρήσης αμφεταμίνης κατά το τελευταίο έτος σε όλους τους ενήλικους (ηλικίας 15-64 ετών) και στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 και 15-24 ετών)



(\*) Αγγλία και Ουαλία.

Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά τον χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Η σειρά των χωρών αντικατοπτρίζει τη συνολική (για όλους τους ενήλικες) επικράτηση. Βλέπε πίνακες GPS-10, GPS-11 και GPS-18 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

το Ηνωμένο Βασίλειο τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Δανία (9,6%), τη Νορβηγία (5,9%) και τη Γερμανία (5,4%). Κατά μέσο όρο 5,1% των νέων ενήλικων Ευρωπαίων έχουν δοκιμάσει αμφεταμίνες<sup>(67)</sup>. Τα ποσοστά χρήσης κατά το τελευταίο έτος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα κυμαίνονται από 0,1 έως 2,9%, με την Εσθονία (2,9%), το Ηνωμένο Βασίλειο (2,6%) και τη Λετονία (2,4%) να αναφέρουν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης (διάγραμμα 5). Αξίζει να σημειωθεί ότι, αν εξεταστούν τα δεδομένα χρήσης κατά το τελευταίο έτος, τα αριθμητικά στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία φαίνεται να προσεγγίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό αυτά των άλλων χωρών. Υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο 1,5% των νεαρών Ευρωπαίων έκανε χρήση αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος (βλέπε επίσης διάγραμμα 4).

Μόνο η Φινλανδία μπορεί να δώσει πρόσφατη εκτίμηση της προβληματικής χρήσης αμφεταμινών (που νοείται ως ενέσιμη χρήση ή τακτική χρήση/μεγάλης διάρκειας χρήση), η οποία το 2002 αφορούσε σύμφωνα με τις εκτιμήσεις από 10 900 έως 18 500 άτομα (3,1-5,3 περιπτώσεις προβληματικών χρηστών αμφεταμινών ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών), αριθμός περίπου τριπλάσιος από αυτόν των προβληματικών χρηστών οπιοειδών.

## Μεθαμφεταμίνη

Τα επίπεδα χρήσης μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη μοιάζουν περιορισμένα, σε αντίθεση με τη διεθνή εικόνα η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της χρήσης αυτού του ναρκωτικού τα τελευταία χρόνια. Οι ευρωπαϊκές χώρες ανησυχούν ωστόσο λόγω της δυνητικής αύξησης της χρήσης στα κράτη μέλη, με αποτέλεσμα να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα, όπως για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου αποφασίσθηκε η ανακατάταξη της μεθαμφεταμίνης ώστε να περιληφθεί μεταξύ των πλέον επιβλαβών ναρκωτικών (Τάξη Α).

Ανέκαθεν η χρήση μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη επικεντρωνόταν στην Τσεχική Δημοκρατία και σε κάποιο βαθμό στη Σλοβακία. Πρόσφατες εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης αμφεταμίνης αναφέρονται από δύο χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Σλοβακία). Το 2005 ο εκτιμώμενος αριθμός χρηστών μεθαμφεταμίνης στην Τσεχική Δημοκρατία ανερχόταν σε 18 400-24 000 (2,-3,2 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15-64), αριθμός σχεδόν διπλάσιος από αυτόν των προβληματικών χρηστών οπιοειδών, ενώ στη Σλοβακία σε 6 000-14 000

<sup>(67)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-18 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(1,5-3,7 περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15-64), ελαφρώς μικρότερος αριθμός από τον εκτιμώμενο αριθμό χρηστών οπιοειδών. Η μεθαμφεταμίνη έχει γίνει η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κύρια ναρκωτική ουσία από τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης στη Σλοβακία, υψηλά δε επίπεδα χρήσης μεθαμφεταμίνης διαπιστώνονται επίσης σε μερικούς υποπληθυσμούς στην Ουγγαρία.

Σε άλλα μέρη της Ευρώπης δεν αναφέρεται σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης. Δύο σημαντικές παγίδες σε αυτόν τον τομέα είναι οι εξής: οι περισσότερες έρευνες δεν επιτρέπουν τη διάκριση μεταξύ της χρήσης μεθαμφεταμίνης και της χρήσης αμφεταμίνης, επιπλέον δε η μεθαμφεταμίνη ευρίσκεται ενίοτε σε χάπια που πωλούνται ως έκσταση και κατά συνέπεια είναι δυνατό να καταναλώνεται χωρίς να το γνωρίζει ο χρήστης <sup>(68)</sup>.

## Έκσταση

Έκσταση δοκίμασε ποσοστό 0,3-7,2 % όλων των ενηλίκων (μέσος όρος 2,6 %). Μισές από τις χώρες ανέφεραν ποσοστά επικράτησης σε ολόκληρη τη ζωή 2,5 % ή χαμηλότερα. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης ανέφεραν το Ηνωμένο Βασίλειο (7,2 %), η Τσεχική Δημοκρατία (7,1 %), η Ισπανία (4,4 %) και οι Κάτω Χώρες (4,3 %). Η επικράτηση της χρήσης έκστασης κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται μεταξύ 0,2 και 3,5 % για τους ενήλικες, με τα υψηλότερα ποσοστά να αναφέρονται από την Τσεχική Δημοκρατία (3,5 %), την Εσθονία (1,7 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (1,6 %), τη στιγμή που οι μισές χώρες αναφέρουν ποσοστά επικράτησης 0,5 % ή μικρότερα. Υπολογίζεται ότι περίπου 9,5 εκατομμύρια (3 % κατά μέσο όρο) έχουν δοκιμάσει έκσταση και περίπου 3 εκατομμύρια έκαναν χρήση κατά το τελευταίο έτος.

Μεταξύ των νέων ενηλίκων (15-34 ετών) η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε ολόκληρη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 0,5 και 14,6 %, με τα υψηλότερα ποσοστά να αναφέρονται από την Τσεχική Δημοκρατία (14,6 %), το Ηνωμένο Βασίλειο (13,3 %) και τις Κάτω Χώρες (8,1 %) <sup>(69)</sup>. Κατά μέσο όρο άνω του 5 % των νέων ευρωπαϊκών ενηλίκων έχει δοκιμάσει έκσταση.

Στην ομάδα ατόμων 15 έως 24 ετών η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε ολόκληρη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 0,4 και 18,7 %, με τα υψηλότερα ποσοστά να αναφέρονται από την Τσεχική Δημοκρατία (18,7 %), το Ηνωμένο Βασίλειο (10,4 %) και την Ουγγαρία (7,9 %) <sup>(70)</sup>. Η χρήση κατά το τελευταίο έτος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα κυμαίνεται από 0,3 έως 12 %. Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία (12,0 %) και την Εσθονία (6,1 %) (διάγραμμα 6).

Στην ομάδα των 15-24 ετών παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επικράτησης χρήσης έκστασης σε ολόκληρη τη ζωή στους άνδρες (0,3-23,2 %) σε σύγκριση με τις γυναίκες (0,3-13,9 %). Σε πρόσφατες έρευνες σε σχολεία οι αυξήσεις

στην επικράτηση της χρήσης έκστασης σε ολόκληρη τη ζωή καταγράφονταν εν πολλοίς παράλληλα στον ανδρικό και τον γυναικείο πληθυσμό των σχολείων, αν και παρατηρείται προοδευτική διεύρυνση της απόστασης μεταξύ των δύο φύλων όσο αυξάνεται η ηλικία. Στους νέους ενδέχεται να επέλθουν αυξήσεις των επιπέδων επικράτησης με μικρή αύξηση της ηλικίας, για παράδειγμα τα διαθέσιμα δεδομένα από 16 χώρες δείχνουν ότι, σε σύγκριση με τους μαθητές μικρότερης ηλικίας, η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής της χρήσης έκστασης σε μαθητές ηλικίας 17 έως 18 ετών είναι στις περισσότερες περιπτώσεις αρκετά υψηλότερη <sup>(71)</sup>.

## LSD

Η δοκιμή LSD τουλάχιστον μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή κυμαίνεται από 0,2 έως 5,5 %. Τα δύο τρίτα των χωρών ανέφεραν ποσοστά επικράτησης μεταξύ 0,4 και 1,7 %. Στους νεαρούς ενήλικες (ηλικίας 15-34 ετών) η επικράτηση της χρήσης LSD σε ολόκληρη τη ζωή κυμαίνεται από 0,3 έως 7,6 % και στην ηλικιακή ομάδα των 15-24 ετών δεν υπερβαίνει το 4,2 %. Η χρήση κατά το τελευταίο έτος αυτού του ναρκωτικού είναι χαμηλή και στην ομάδα των 15-24 ετών υπερβαίνει το 1 % σε επτά μόνο χώρες (Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ιταλία, Λετονία, Ουγγαρία και Πολωνία).

## Τάσεις

Γενικά στην Ευρώπη υπάρχουν αλληπάλληλες ενδείξεις τάσεων σταθεροποίησης ή ακόμη και μείωσης της χρήσης αμφεταμινών και έκστασης. Η χρήση αμφεταμινών μεταξύ των νέων ενηλίκων (15-34) μειώθηκε σημαντικά στο Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία) από το 1996 και σε μικρότερο βαθμό στη Δανία και την Τσεχική Δημοκρατία, ενώ σε άλλες χώρες τα επίπεδα επικράτησης εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό σταθερά, αν και καταγράφονται ορισμένες μικρές αυξήσεις <sup>(72)</sup>.

Η εικόνα της χρήσης έκστασης από νέους ενήλικες (15-34 ετών) είναι λιγότερο σαφής <sup>(73)</sup>. Μετά τις γενικευμένες αυξήσεις στα επίπεδα χρήσης που παρατηρήθηκαν στη δεκαετία του 1990, τα τελευταία χρόνια διάφορες χώρες, περιλαμβανομένων δύο χωρών υψηλής επικράτησης (Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο), αναφέρουν μια κάποια σταθεροποίηση ή ακόμη και μικρές μειώσεις. Σε ορισμένες χώρες παρατηρείται μείωση της επικράτησης στην ομάδα των 15-24 ετών, αλλά όχι στην ομάδα των 15-34 ετών <sup>(74)</sup>, γεγονός που υποσημαίνει μια πτώση της διάδοσης του εν λόγω ναρκωτικού στις νεώτερες ηλικιακές ομάδες. Ένα ερώτημα που προκύπτει από τα δεδομένα σε ορισμένες χώρες (Ισπανία, Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο) είναι κατά πόσο η κοκαΐνη αντικαθιστά τις αμφεταμίνες και την έκσταση ως διεγερτική ναρκωτική ουσία πρώτης επιλογής <sup>(75)</sup>.

Πρόσφατες εθνικές και περιφερειακές έρευνες στον σχολικό πληθυσμό που κοινοποιήθηκαν το 2006 (Ιταλία, Πολωνία, Σουηδία, Φλάνδρα Βελγίου) καταγράφουν σταθερό επίπεδο

<sup>(68)</sup> Βλέπε «Αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη: διαφορές και ομοιότητες», σ. 48.

<sup>(69)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(70)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-17 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(71)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

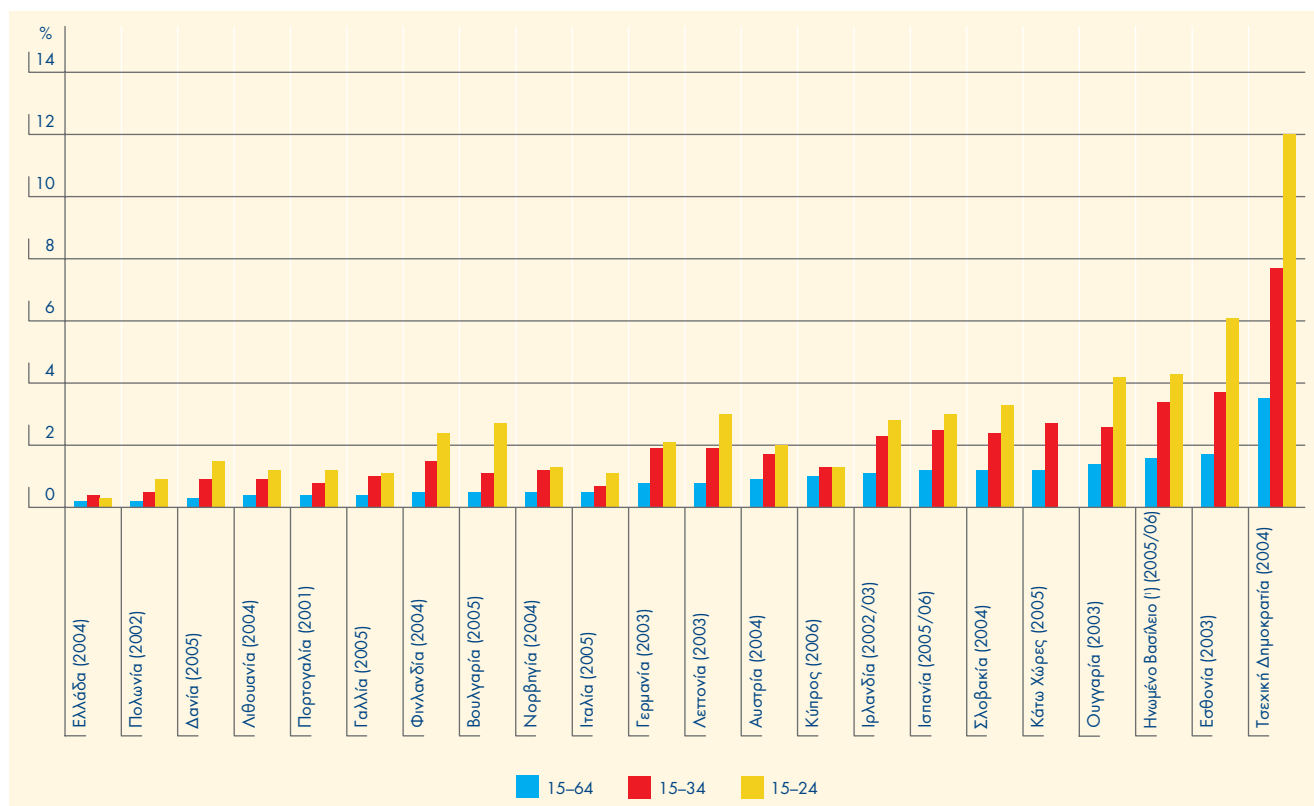
<sup>(72)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(73)</sup> Βλέπε διάγραμμα GPS-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(74)</sup> Βλέπε πίνακες GPS-4 και GPS-15 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(75)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-20 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 6:** Επικράτηση της χρήσης έκστασης κατά το τελευταίο έτος σε όλους τους ενήλικους (ηλικίας 15-64 ετών) και στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 και 15-24 ετών)



(1) Αγγλία και Ουαλία.

Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά τον χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Η σειρά των χωρών αντικατοπτρίζει τη συνολική (για όλους τους ενήλικες) επικράτηση. Βλέπε πίνακες GPS-10, GPS-11 και GPS-18 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

ή ακόμη και μείωση της χρήσης αμφεταμινών και έκστασης σε ολόκληρη τη ζωή <sup>(76)</sup>.

### Χρήση σε χώρους ψυχαγωγίας

Οι μελέτες της χρήσης ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας όπως σε εκδηλώσεις χορού μπορούν να αποκαλύψουν σημαντικές λεπτομέρειες σχετικά με τη συμπεριφορά όσων χρησιμοποιούν διεγερτικές ναρκωτικές ουσίες σε τακτική και εντατική βάση. Τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών σε τέτοιους χώρους είναι συνήθως υψηλά, αλλά δεν μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Για παράδειγμα έρευνες σε επιλεγμένους χώρους χορευτικής μουσικής δείχνουν υψηλά επίπεδα χρήσης έκστασης και χαμηλότερα αλλά και πάλι σχετικά υψηλά επίπεδα χρήσης αμφεταμινών <sup>(77)</sup>.

Ετήσια έρευνα αναγνωστών που πραγματοποιήθηκε από το βρετανικό μουσικό περιοδικό *Mixmag*, το αναγνωστικό κοινό του οποίου αποτελείται από τακτικούς θαμώνες χορευτικών κλαμπ, έδειξε ότι η αναλογία όσων κάνουν βαριά χρήση έκστασης (συνήθως καταναλώνουν περισσότερα από τέσσερα χάπια τη φορά) υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1999-2003, ανεβαίνοντας από το 16 στο 36 % (McCambridge

κ.ά., 2005). Αν και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος δεν είναι απολύτως ικανοποιητική, τα πορίσματα συνάδουν με τον γενικότερο προβληματισμό για αύξηση των χαπιών έκστασης που καταναλώνονται από ορισμένες ομάδες χρηστών. Η ολοένα πιο εντατική χρήση έκστασης και η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών από έμπειρους χρήστες έκστασης προκύπτει επίσης από βρετανική έρευνα μέσω του Διαδικτύου (Scholey κ.ά., 2004). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι οι αναφορές από το Άμστερνταμ υποσημαίνουν ότι η χρήση έκστασης κατά το τελευταίο έτος και τον τελευταίο μήνα μειώθηκε κατά 20 % μεταξύ 1998 και 2003 και η μέση ποσότητα έκστασης που χρησιμοποιείται κάθε φορά επίσης μειώθηκε στη διάρκεια αυτής της περιόδου (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox 2005). Σύμφωνα με έρευνα του 2005 σε θαμώνες παμπ του Άμστερνταμ, μόνο 3 % δήλωσαν ότι κάνουν χρήση έκστασης στις εξόδους τους.

Μολονότι τα διαθέσιμα δεδομένα για τη συνδυασμένη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ εξακολουθούν να είναι περιορισμένα, η κατανάλωση αλκοόλ σε χώρους ψυχαγωγίας και συγκεκριμένα χορευτικής μουσικής, συχνά σε ποσότητες που κρίνονται επικίνδυνες για την υγεία και σε συνδυασμό με διεγερτικά ναρκωτικά, αποτελεί πηγή προβληματισμού.

<sup>(76)</sup> Βλέπε διάγραμμα EYE-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(77)</sup> Βλέπε επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας του 2006.

## Στοιχεία σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία

Ο αριθμός των αιτήσεων για θεραπεία λόγω χρήσης αμφεταμινών και έκστασης είναι σχετικά μικρός. Γενικά αυτή η μορφή χρήσης ναρκωτικών σπάνια είναι ο πρωτεύων λόγος προσφυγής σε θεραπεία απεξάρτησης στην πλειονότητα των 21 χωρών για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία <sup>(78)</sup>. Οι εν λόγω αιτήσεις για θεραπεία αφορούν συνήθως τη χρήση αμφεταμινών ως κύριας ουσίας και μικρό μόνο ποσοστό τη χρήση έκστασης <sup>(79)</sup>.

Υπάρχει ένας μικρός αριθμός χωρών με σεβαστό ποσοστό χρηστών αμφεταμινών και έκστασης επί του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία και μπορούν να χωριστούν σε τρεις ομάδες: η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβακία αναφέρουν σημαντικό ποσοστό αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες ως κύρια ουσία (58 και 24 % αντιστοίχως επί του συνόλου των αιτήσεων), οι οποίες ως επί το πλείστον αφορούν τη χρήση μεθαμφεταμίνης ως κύριας ουσίας· η Σουηδία, η Φινλανδία και η Λετονία αναφέρουν ότι περίπου το ένα τρίτο του συνόλου των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία κάνουν χρήση αμφεταμινών ως κύριας ουσίας· η Ιρλανδία, οι Κάτω Χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γαλλία αναφέρουν ότι 1 έως 5 % των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία κάνουν χρήση έκστασης ως κύριας ουσίας <sup>(80)</sup>.

Σε όλες τις χώρες εκτός από την Ελλάδα και τη Σουηδία το ποσοστό των ατόμων που ξεκινούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες και την έκσταση ως κύριες ουσίες είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για τις εν λόγω ουσίες <sup>(81)</sup>. Αν και αυτό μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες, γενικά συνάδει με τα δεδομένα όσον αφορά τις τάσεις: από το 1999 ως το 2005 ο αριθμός των πρώτων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση αμφεταμινών και έκστασης ως κύριων ουσιών αυξήθηκε κατά περισσότερο από 3 000, ήτοι από 6 500 σε 10 000 <sup>(82)</sup>.

Τα άτομα που ξεκινούν θεραπεία για τη χρήση διεγερτικών εκτός της κοκαΐνης είναι κατά μέσο όρο περίπου 27 ετών (26 αν κάνουν για πρώτη φορά θεραπεία) και χρησιμοποίησαν για πρώτη φορά το ναρκωτικό κατά μέσο όρο στην ηλικία των 19 ετών <sup>(83)</sup>. Τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την έκσταση είναι, μαζί με τους χρήστες κάνναβης, η νεώτερη ηλικιακή ομάδα που προσφεύγει σε θεραπεία απεξάρτησης. Στις Κάτω Χώρες το υψηλότερο ποσοστό γυναικών υπό θεραπεία αναφέρεται μεταξύ των ατόμων που προσέφυγαν για θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση έκστασης. Η αναλογία των γυναικών μεταξύ των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες είναι υψηλότερη από ό,τι για άλλες ναρκωτικές ουσίες, με την υψηλότερη αναλογία γυναικών σε θεραπεία εξωτερικής παραμονής να αναφέρονται στη νεώτερη ηλικιακή ομάδα <sup>(84)</sup>.

Τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες καταναλώνουν συνήθως το ναρκωτικό σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, κυρίως κάνναβη και αλκοόλ, και σε ορισμένες χώρες αναφέρεται ως συνήθης η ενέσιμη χρήση <sup>(85)</sup>. Στην Τσεχική Δημοκρατία παρατηρείται μια ενδιαφέρουσα γεωγραφική απόκλιση, καθώς η πλειονότητα των χρηστών βρίσκεται εκτός της πρωτεύουσας· αυτό το φαινόμενο παρατηρείται και στις ΗΠΑ όπου οι μη μητροπολιτικές περιοχές καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά έναρξης θεραπείας απεξάρτησης από μεθαμφεταμίνη και αμφεταμίνη (Dasis, 2006).

## Τρόποι αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας

### Δραστηριότητες πρόληψης κατά των ναρκωτικών

Γενικά παρατηρείται μια αλλαγή στις προσεγγίσεις όσον αφορά την πρόληψη, καθώς αυξάνεται η αναγνώριση του καίριου ρόλου που διαδραματίζει ο τρόπος ζωής στη διαμόρφωση των στάσεων απέναντι στη χρήση ναρκωτικών και τίθεται υπό αμφισβήτηση η πεποίθηση ότι η χρήση ναρκωτικών συνιστά φυσιολογική ή αποδεκτή συμπεριφορά. Αυτή η προσέγγιση είναι ιδιαίτερα σημαντική για όσους δραστηριοποιούνται στην πρόληψη σε χώρους που συνδέονται παραδοσιακά με τη χρήση ναρκωτικών. Η υψηλή επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε ορισμένους χώρους ψυχαγωγίας, όπως κλαμπ, μπαρ και χορευτικές εκδηλώσεις, σημαίνει ότι οι εν λόγω τοποθεσίες θεωρούνται πλέον κατάλληλοι στόχοι για πρωτοβουλίες υπέρ της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών. Η ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξης δραστηριοτήτων πρόληψης σε χώρους ψυχαγωγίας επισημαίνεται και στο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008).

Μια από τις προσεγγίσεις που επιλέχθηκαν ήταν η διάθεση πληροφοριακού υλικού με μηνύματα πρόληψης και ενίστε μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στους εν λόγω χώρους ψυχαγωγίας. Στο υλικό υιοθετείται συνήθως ένα φιλικό προς το χρήστη ύφος που είναι οικείο στους νέους που αποτελούν την ομάδα-στόχο και, σε μερικές περιπτώσεις, διανέμεται μέσω κινητών ομάδων εργασίας εκτός δομών. Κατά την επαφή τους με τους νέους τα μέλη αυτών των ομάδων υιοθετούν κατά κανόνα μια μη επικριτική στάση και, παρόλο που καθιστούν σαφές ότι η ασφαλέστερη επιλογή είναι να μη γίνεται χρήση κανενός ναρκωτικού, ενδέχεται επίσης να παρέχουν συμβουλές για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Πορτογαλία, Αυστρία).

Εκτός από τους τρόπους αντιμετώπισης που αποσκοπούν στην πληροφόρηση και την αποτροπή των νέων από τη χρήση ναρκωτικών, ολοένα περισσότερα κράτη μέλη αναπτύσσουν επίσης προσεγγίσεις με στόχο την καλύτερη ρύθμιση των

<sup>(78)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-2 (μέρος ii) και πίνακα TDI-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(79)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-113 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(80)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(81)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-4 (μέρος ii) και TDI-5 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(82)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-1 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(83)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-10, TDI-11 και TDI-102 έως TDI-109 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(84)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-21 και TDI-25 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(85)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-4, TDI-5 (μέρος ii), TDI-24, TDI-116 και TDI-117 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.



χώρων ψυχαγωγίας. Μερικές από τις προσεγγίσεις αυτές, όπως η διοργάνωση ρητά «στεγνών» εκδηλώσεων, έχουν προσπαθήσει να αλλάξουν τις απόψεις όσων πιστεύουν ότι η χρήση ναρκωτικών προάγει τη διασκέδαση.

Σε αυξανόμενο αριθμό χωρών (Βέλγιο, Δανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία) φαίνεται να εκδηλώνεται ενδιαφέρον σε επίπεδο δημοτικών αρχών για την εδραίωση στενότερων δεσμών με τις επιχειρήσεις του κλάδου της ψυχαγωγίας και την ανάπτυξη προσεγγίσεων για τον περιορισμό της διαθεσιμότητας ναρκωτικών και τη μείωση των κινδύνων που ενέχει για την υγεία η διασκέδαση σε χώρους χορευτικών και άλλων εκδηλώσεων. Για παράδειγμα η εκπόνηση οδηγιών για ασφαλή διασκέδαση σε κλαμπ όπως αυτές που δημοσιεύτηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο <sup>(86)</sup> αρχίζουν τώρα να κυκλοφορούν και σε άλλες χώρες.

Μεταξύ των πλέον συχνά χρησιμοποιούμενων μέτρων κατά της χρήσης έκστασης, αμφεταμινών και ψυχοτρόπων ναρκωτικών είναι στοχευμένες εκστρατείες πληροφόρησης του κοινού και, ολοένα συχνότερα πλέον, η δημιουργία ιστοθέσεων. Οι στρατηγικές πρόληψης αξιοποιούν το

Διαδίκτυο για να εξασφαλίσουν άμεση πρόσβαση στους νέους που κάνουν ή σκέφτονται να κάνουν χρήση έκστασης, αμφεταμινών ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Σε πολλά κράτη μέλη το Διαδίκτυο χρησιμοποιείται για σκοπούς πληροφόρησης και πρόληψης μέσω ιστοθέσεων που βοηθούν τους νέους να αναπτύξουν κριτική σκέψη όσον αφορά την προσωπική τους κατανάλωση ναρκωτικών. Οι ιστοθέσεις αυτές παρέχουν συμβουλές, για παράδειγμα σχετικά με συνετές επιλογές κατά τις εξόδους, το ασφαλές σεξ, τους κινδύνους της οδήγησης, την υγιεινή διατροφή και νομικά θέματα (Βέλγιο) <sup>(87)</sup>.

### Θεραπεία απεξάρτησης

Οι δυνατότες θεραπείας απεξάρτησης από την έκσταση, τις αμφεταμίνες και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες παρέχονται κατά κανόνα από υπηρεσίες απεξάρτησης που εξυπηρετούν τους προβληματικούς χρήστες ή από πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες για χρήστες κοκαΐνης και άλλων διεγερτικών. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις υπηρεσίες απεξάρτησης στην ΕΕ βλέπε κεφάλαιο 2 και κεφάλαιο 5.

<sup>(86)</sup> Βλέπε επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας του 2006.

<sup>(87)</sup> Για μερικούς σχετικούς δεσμούς βλέπε <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>.



## Κεφάλαιο 5

### Κοκαΐνη και κρακ

Καθώς η κατανάλωση κοκαΐνης σημειώνει αύξηση, η χρήση αυτού του ναρκωτικού έχει αναχθεί σε μείζον ζήτημα για την ευρωπαϊκή πολιτική κατά των ναρκωτικών. Αναγνωρίζοντας την αυξανόμενη βαρύτητα του θέματος αυτού, τα πρότυπα χρήσης κοκαΐνης διερευνώνται λεπτομερώς στο επιλεγμένο θέμα για την κοκαΐνη το 2007.

#### Προσφορά και διαθεσιμότητα <sup>(88)</sup>

##### Παραγωγή και διακίνηση

Η κοκαΐνη είναι η περισσότερο διακινούμενη ουσία στον κόσμο μετά την κάνναβη. Οι παγκόσμιες κατασχέσεις κοκαΐνης εξακολούθησαν να αυξάνονται το 2005 και αγγίζουν πλέον τους 756 τόνους· οι μεγαλύτερες ποσότητες αυτού του ναρκωτικού κατασχέθηκαν στη Νότια Αμερική και δευτερευόντως στη Βόρεια Αμερική.

Η Κολομβία παραμένει με μεγάλη διαφορά η σημαντικότερη χώρα προέλευσης παράνομης κοκαΐνης στον κόσμο, ακολουθούμενη από το Περού και τη Βολιβία (UNODC, 2007). Το μεγαλύτερο μέρος της κοκαΐνης που κατάσχεται στην Ευρώπη έχει φτάσει κατευθείαν από τη Νότια Αμερική, είτε απευθείας είτε μέσω της Κεντρικής Αμερικής, της Καραϊβικής και της Δυτικής Αφρικής.

Το κύριο σημείο εισόδου στην Ευρώπη παραμένει η Ιβηρική χερσόνησος, με την Πορτογαλία να αποκτά αυξανόμενη βαρύτητα. Η κοκαΐνη εισάγεται επίσης απευθείας σε άλλες χώρες, ενώ οι Κάτω Χώρες παραμένουν βασικό σημείο εισόδου. Τόσο η Ισπανία όσο και οι Κάτω Χώρες θεωρούνται τα βασικά κέντρα διανομής του ναρκωτικού. Εισαγωγές από χώρες εκτός Ευρώπης αναφέρονται επίσης από διάφορες άλλες χώρες περιλαμβανομένου του Βελγίου, της Γερμανίας, της Γαλλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου· το δίκτυο διανομής ενδέχεται επίσης να διαφοροποιείται, ενώ υπάρχουν αναφορές αυξημένης δραστηριότητας στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη και τόσο οι χώρες της ΕΕ όσο και οι όμορες προς αυτές χώρες αναφέρονται πλέον ως κέντρα δευτερογενούς διανομής.

##### Κατασχέσεις

Το 2005 στην ΕΕ υπολογίζεται ότι πραγματοποιήθηκαν 70 000 κατασχέσεις κοκαΐνης, οι οποίες αντιστοιχούν

σε ποσότητα 107 τόνων. Οι περισσότερες κατασχέσεις κοκαΐνης εξακολουθούν να αναφέρονται από χώρες της Δυτικής Ευρώπης, ιδίως την Ισπανία που αντιπροσωπεύει περίπου το ήμισυ του αριθμού κατασχέσεων και των κατασχόμενων ποσοτήτων στην Ευρώπη <sup>(89)</sup>. Στο διάστημα 2000-2005 τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων όσο και οι ποσότητες της κατασχόμενης κοκαΐνης αυξήθηκαν συνολικά σε ευρωπαϊκό επίπεδο <sup>(90)</sup>. Αυτό συνέβη κυρίως λόγω των σημαντικών αυξήσεων στην Ισπανία και την Πορτογαλία· η τελευταία ξεπέρασε τις Κάτω Χώρες το 2005 και είναι πλέον η δεύτερη χώρα σε κατασχέσεις κοκαΐνης μετά την Ισπανία.

##### Τιμή και καθαρότητα

Το 2005 η μέση ή συνήθης λιανική τιμή της κοκαΐνης παρουσίαζε μεγάλες διαφοροποιήσεις ανά την Ευρώπη, από 45 έως 120 EUR/gr, ενώ οι περισσότερες χώρες ανέφεραν τιμές από 50 έως 80 EUR/gr <sup>(91)</sup>. Οι μέσες τιμές κοκαΐνης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, εμφάνισαν γενικά καθοδική τάση στο διάστημα 2000-2005 στην πλειονότητα των 19 χωρών που υπέβαλαν επαρκή δεδομένα.

Η μέση ή συνήθης καθαρότητα της κοκαΐνης σε επίπεδο χρήστη κυμάνθηκε το 2005 από 20 σε 78 %, με τις περισσότερες χώρες να αναφέρουν καθαρότητα 30-60 % <sup>(92)</sup>. Τα διαθέσιμα δεδομένα για το διάστημα 2000-2005 υποσημαίνουν μια γενικότερη μείωση της μέσης καθαρότητας της κοκαΐνης στην πλειονότητα των 21 χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις.

##### Επικράτηση και πρότυπα χρήσης της κοκαΐνης

Η κοκαΐνη είναι πλέον η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία μετά την κάνναβη σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ και στην ΕΕ στο σύνολό της. Βάσει πρόσφατων εθνικών ερευνών στον γενικό πληθυσμό που διεξήχθησαν στην ΕΕ και στη Νορβηγία εκτιμάται ότι περισσότεροι από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής τους (επικράτηση στη διάρκεια της ζωής), ήτοι άνω του 4 % των ενηλίκων <sup>(93)</sup>. Τα εθνικά ποσοστά αναφερόμενης χρήσης τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής κυμαίνονται από 0,2 έως 7,3 %, με τρεις χώρες να

<sup>(88)</sup> Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 37.

<sup>(89)</sup> Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα υπόλοιπα στοιχεία του 2005. Για λόγους υπολογισμού τα ελλείποντα στοιχεία του 2005 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2004.

<sup>(90)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-9 και SZR-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(91)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(92)</sup> Βλέπε πίνακα PPP-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(93)</sup> Για τη μέθοδο υπολογισμού βλέπε υποσημείωση (30).

αναφέρουν τιμές άνω του 5 % (Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο) <sup>(94)</sup>.

Χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος αναφέρεται από τουλάχιστον 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους (1,3 % κατά μέσο όρο). Τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος κυμαίνονται από 0,1 % στην Ελλάδα έως 3,0 % στην Ισπανία, με την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο επίσης να αναφέρουν επίπεδα επικράτησης άνω του 2 % <sup>(95)</sup>. Οι εκτιμήσεις βάσει ερευνών δείχνουν ότι 2 εκατομμύρια Ευρωπαίοι (0,6 % κατά μέσο όρο) έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης κατά τον τελευταίο μήνα <sup>(96)</sup>.

Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης, όπως και άλλων παράνομων ναρκωτικών ουσιών, είναι υψηλότερη μεταξύ των νέων ενηλίκων (15-34 ετών). Περίπου 7,5 εκατομμύρια νέοι ευρωπαίοι ενήλικες (5,3 % κατά μέσο όρο) έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, με πέντε χώρες να αναφέρουν επίπεδα επικράτησης 5 % και άνω (Γερμανία, Ιταλία, Δανία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο) <sup>(97)</sup>.

Οι εκτιμήσεις της χρήσης κοκαΐνης για βραχύτερες περιόδους αναφοράς <sup>(98)</sup> δείχνουν ότι κατά το τελευταίο έτος, από τα 3,5 εκατομμύρια νέων ενηλίκων (2,4 %) που έκαναν χρήση της ουσίας, 1,5 εκατομμύρια (ή 1 %) έκαναν χρήση τον τελευταίο μήνα.

Μεταξύ των μαθητών σχολείων τα συνολικά ποσοστά χρήσης κοκαΐνης είναι πολύ χαμηλότερα από ό,τι αυτά της χρήσης κάνναβης. Στις περισσότερες χώρες η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης μία τουλάχιστον φορά στη διάρκεια της ζωής είναι πολύ χαμηλότερη από ό,τι τα αντίστοιχα ποσοστά για τη χρήση κάνναβης. Στις περισσότερες χώρες η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης μία τουλάχιστον φορά στη διάρκεια της ζωής στην ομάδα των μαθητών 15 έως 16 ετών είναι 2 % ή χαμηλότερη και μόνο στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αγγίζει το 6 % <sup>(99)</sup>. Τα δεδομένα για μαθητές 17 έως 18 ετών από 16 χώρες δείχνουν αρκετά υψηλότερες εκτιμήσεις επικράτησης στη διάρκεια της ζωής για τη χρήση κοκαΐνης στην ομάδα μεγαλύτερης ηλικίας στην Ισπανία, αν και προσωρινά στοιχεία για τη χώρα αυτή δείχνουν ότι πρόσφατα έχει σημειωθεί μείωση <sup>(100)</sup>. Στην πλειονότητα των υπόλοιπων 15 χωρών τα ποσοστά επικράτησης είναι υψηλά μεταξύ των μεγαλύτερης ηλικίας μαθητών, αλλά οι διαφορές είναι λιγότερο έντονες. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος και τον τελευταίο μήνα είναι πολύ χαμηλότερα.

Η χρήση κοκαΐνης δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, αλλά η χρήση της ουσίας αυτής από ενταγμένους στην κοινωνία νέους ενήλικες σε χώρους ψυχαγωγίας μπορεί να φθάσει σε υψηλότερα επίπεδα από ό,τι τα αναφερόμενα σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες που επικεντρώνονται σε χώρους χορευτικής

μουσικής σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες αποκάλυψαν επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη διάρκεια της ζωής μεταξύ 10 και 75 % <sup>(101)</sup>.

Τα πρότυπα χρήσης ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ομάδων χρηστών. Μεταξύ των κοινωνικά ενταγμένων χρηστών η κοκαΐνη κυρίως εισπνέεται. Πολλοί τη συνδυάζουν με άλλες ουσίες όπως αλκοόλ, νικοτίνη, κάνναβη και άλλα διεγερτικά εκτός από την κοκαΐνη <sup>(102)</sup>, αυτή δε η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένους κινδύνους για την υγεία.

Γενικά η χρήση κρακ στην Ευρώπη παραμένει σχετικά ασυνήθης και παρατηρείται κυρίως σε περιθωριοποιημένους και αποκλεισμένους υποπληθυσμούς σε ορισμένα μεγάλα αστικά κέντρα. Ωστόσο τα άτομα που καπνίζουν κοκαΐνη αποτελούν σημαντικό ποσοστό αυτών που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης, αν και αποτελούν μειονότητα μεταξύ των χρηστών. Μεταξύ αυτών που δεν κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών η ενέσιμη χρήση κοκαΐνης δεν φαίνεται να είναι σύνθητες φαινόμενο, κάτι που ισχύει και για τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία απεξάρτησης (βλέπε παρακάτω). Ωστόσο πληθαίνουν οι αναφορές ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης ή μείγματος ηρωίνης και κοκαΐνης.

Εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης <sup>(103)</sup> διατίθενται μόνο για τρεις χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο). Οι εκτιμήσεις για αυτές τις χώρες είναι 3 έως 6 προβληματικοί χρήστες κοκαΐνης ανά 1 000 ενήλικες (15-64 ετών) <sup>(104)</sup>.

## Τάσεις στη χρήση κοκαΐνης

Τα σημάδια σταθεροποίησης της χρήσης κοκαΐνης μεταξύ των νέων ενηλίκων για τα οποία έγινε λόγος στην ετήσια έκθεση του 2006 δεν επιβεβαιώνονται από τα πρόσφατα δεδομένα. Αυξήσεις της επικράτησης κατά το τελευταίο έτος όσον αφορά τη χρήση κοκαΐνης στην ηλικιακή ομάδα των 15-34 ετών καταγράφηκαν σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν πρόσφατα στοιχεία βάσει ερευνών, αν και φαίνεται να υπάρχει μια τάση σταθεροποίησης στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία), τα δύο κράτη μέλη με τα υψηλότερα επίπεδα επικράτησης. Σημαντικές αυξήσεις αναφέρθηκαν από την Ιταλία και τη Δανία (διάγραμμα 7).

Η ανάλυση των δεδομένων για χώρες με μεγαλύτερες χρονοσειρές και υπολογίσμα ποσοστά επικράτησης επιτρέπει τον εντοπισμό τάσεων εντός υποομάδων του πληθυσμού. Τόσο στην Ισπανία όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο η αύξηση της επικράτησης ήταν γενικά μεγαλύτερη μεταξύ των ανδρών από ό,τι μεταξύ των γυναικών. Η αναφερόμενη αύξηση στην επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος στην Ισπανία από το 2001

<sup>(94)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(95)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(96)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(97)</sup> Βλέπε πίνακα GPS-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(98)</sup> Βλέπε διαγράμματα GPS-11 και GPS-13 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(99)</sup> Βλέπε πίνακα EYE-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(100)</sup> Βλέπε πίνακα EYE-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

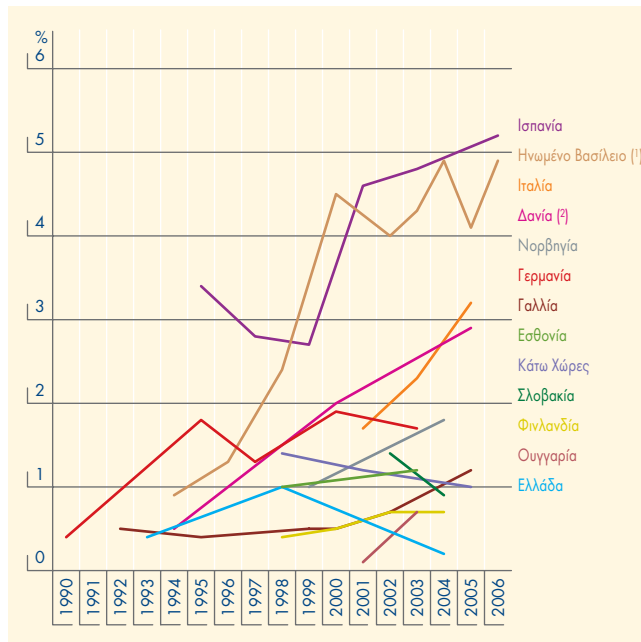
<sup>(101)</sup> Βλέπε επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας του 2006.

<sup>(102)</sup> Βλέπε διάγραμμα 15 στην ετήσια έκθεση 2006.

<sup>(103)</sup> Νοείται η μακροπρόθεσμη ή/και τακτική ή/και ενέσιμη χρήση κοκαΐνης.

<sup>(104)</sup> Βλέπε πίνακα PDU-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 και επιλεγμένο θέμα για την κοκαΐνη του 2007.

**Διάγραμμα 7:** Τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών)



(1) Αγγλία και Ουαλία.

(2) Στη Δανία η τιμή για το 1994 αντιστοιχεί σε «σκληρά ναρκωτικά». Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά τον χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

και μετά μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση της χρήσης στην ομάδα των 15-24 ετών και όχι τόσο στο σύνολο της ηλικιακής ομάδας 15-34 ετών.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες η κοκαΐνη ενδέχεται να έχει αντικαταστήσει άλλα διεγερτικά (105). Τα δεδομένα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ νέων θαμώνων σε χώρους χορευτικής μουσικής πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή λόγω της μεγάλης επιλεκτικότητας κατά τον προσδιορισμό του δείγματος. Δίνουν ωστόσο μια ιδέα σχετικά με τη συμπεριφορά των ατόμων που κάνουν τακτικά χρήση ναρκωτικών και οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Κάτω Χώρες δείχνουν ότι, σε ορισμένους δήμους, η κοκαΐνη έχει ξεπεράσει την έκταση στα κλαμπ ως το πλέον συχνά χρησιμοποιούμενο διεγερτικό και ότι ο βαθμός αποδοχής του συγκεκριμένου ναρκωτικού έχει αυξηθεί.

## Κοκαΐνη: στοιχεία σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία

Μετά τα οπιοειδή και την κάνναβη η κοκαΐνη είναι η ναρκωτική ουσία που αναφέρεται συχνότερα ως κύρια

ουσία από τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη. Το 2005 αναφέρθηκαν περίπου 48 000 αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη ως κύρια ουσία, αριθμός που αντιστοιχεί σε 13 % περίπου του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία σε όλη την ΕΕ (106). Η χρήση κοκαΐνης ως δευτερεύουσας ουσίας αναφέρεται από περίπου 15 % των ατόμων υπό θεραπεία σε κέντρα εξωτερικής παραμονής (107). Ο συνολικός αριθμός δεν αφήνει να διαφανεί η ευρεία διακύμανση μεταξύ των χωρών, με τις περισσότερες χώρες να αναφέρουν χαμηλά ποσοστά χρηστών κοκαΐνης μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης· εξαιρούνται οι Κάτω Χώρες (35 %) και η Ισπανία (42 % το 2004). Μεταξύ των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης το ποσοστό αυτών που επιθυμούν να απεξαρτηθούν από την κοκαΐνη είναι υψηλότερο: 22 % των νέων αιτήσεων για θεραπεία (33 000 άτομα βάσει στοιχείων από 22 χώρες) αναφέρεται ότι έχουν σχέση με την κοκαΐνη.

Η ανοδική τάση της ζήτησης θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη που αναφέρθηκε τις προηγούμενες χρονιές συνεχίζεται. Από το 1999 ως το 2005 το ποσοστό των νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αυξήθηκε από 11 σε 24 % επί του συνόλου των νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης και ο αριθμός των αναφερόμενων περιπτώσεων αυξήθηκε από 13 000 σε 33 000 (108). Για μια πιο λεπτομερή ανάλυση των τάσεων στη ζήτηση θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, βλέπε επιλεγμένο θέμα για την κοκαΐνη του 2007.

Τα ευρωπαϊκά δεδομένα για τους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη ως κύρια ουσία αφορούν κυρίως την κοκαΐνη σε σκόνη (85 %) και μόνο 15 % το κρακ· επίσης η θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη παρέχεται σχεδόν αποκλειστικά σε κέντρα εξωτερικής παραμονής (94 %) (109). Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι τα δεδομένα αναφορικά με τις αιτήσεις θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη σε κέντρα εσωτερικής παραμονής και γενικής παθολογίας είναι ελλιπή.

Τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης σε κέντρα εξωτερικής παραμονής είναι σύμφωνα με τις αναφορές η μεγαλύτερη σε ηλικία ομάδα μετά τους χρήστες οπιοειδών, με μέσο όρο ηλικίας τα 31 έτη (110). Είναι κυρίως άνδρες και ο λόγος ανδρών-γυναικών είναι μεταξύ των υψηλότερων (περίπου πέντε προς μία για το σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία και έξι προς μία στην ομάδα των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία) (111). Οι περισσότεροι χρήστες κοκαΐνης που λαμβάνουν θεραπεία απεξάρτησης σε κέντρα εξωτερικής παραμονής άρχισαν να κάνουν χρήση του ναρκωτικού μεταξύ 15 και 24 ετών (112).

## Θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη

Τα εξειδικευμένα μέτρα αντιμετώπισης της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης και κρακ στην Ευρώπη παραμένουν

(105) Βλέπε κεφάλαιο 4 της παρούσας έκθεσης.

(106) Βλέπε διάγραμμα TDI-2 στην επίσημη έκθεση 2006.

(107) Βλέπε πίνακα TDI-22 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

(108) Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(109) Βλέπε πίνακες TDI-24 και TDI-115 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(110) Βλέπε πίνακα TDI-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(111) Βλέπε πίνακα TDI-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(112) Βλέπε πίνακα TDI-11 (μέρος i) και (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

περιορισμένα και, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, η πλειονότητα των αναφορών θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη παρέχεται από την Ισπανία και τις Κάτω Χώρες. Ωστόσο μεταξύ των χωρών με μεγάλους πληθυσμούς χρηστών κοκαΐνης φαίνεται να υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών. Όπως θα περίμενε κανείς, στις χώρες με χαμηλή επικράτηση η παροχή ειδικών υπηρεσιών θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη δεν αποτελεί προτεραιότητα στη χάραξη πολιτικής. Σε αντίθεση με τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, ο πληθυσμός-στόχος της οποίας είναι σχετικά ομοιογενής, η θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη στην Ευρώπη αντιμετωπίζει την πρόκληση της παροχής υπηρεσιών σε ευρύτερο φάσμα χρηστών. Μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία που αναφέρουν ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη, η κύρια οδός χορήγησης βάσει των αναφορών των κέντρων εξωτερικής παραμονής είναι η εισπνοή κοκαΐνης σε σκόνη, ακολουθούμενη από το κάπνισμα ή την εισπνοή ατμών κοκαΐνης: ελάχιστοι (λιγότεροι από 10 %) είναι αυτοί που αναφέρουν ενέσιμη χρήση. Μεταξύ των ατόμων που ξεκινούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης, τα επίπεδα ενέσιμης χρήσης είναι ακόμη πιο χαμηλά (5 %) <sup>(113)</sup>. Γύρω στο 16 % των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αναφέρουν χρήση σε συνδυασμό με οπιοειδή και, σε ορισμένες χώρες, πολλοί από αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για προβλήματα χρήσης οπιοειδών είναι πιθανό να κάνουν ταυτόχρονα και χρήση κοκαΐνης, τουλάχιστον περιστασιακά.

Οι υπηρεσίες θεραπείας είναι συνεισφέροντες πιθανό να κληθούν να παράσχουν θεραπεία σε τρεις ομάδες, που χονδρικά έχουν ως εξής: σχετικά ενταγμένοι κοινωνικά χρήστες που ενδέχεται να έχουν επίσης ιστορικό τακτικής χρήσης πολλαπλών ουσιών για ψυχαγωγικούς σκοπούς περιλαμβανομένου του αλκοόλ, χρήστες κοκαΐνης που ενδέχεται να έχουν και προβλήματα χρήσης οπιοειδών και, τέλος, εξαιρετικά περιθωριοποιημένοι και προβληματικοί χρήστες κρακ.

Οι ανάγκες αυτών των τριών ομάδων είναι πιθανό να διαφέρουν και κατά συνέπεια απαιτούνται διαφορετικές προσεγγίσεις από τους παρόχους υπηρεσιών θεραπείας. Η πλειονότητα των αναφερόμενων υπηρεσιών θεραπείας στην Ευρώπη παρέχεται σε κέντρα εξωτερικής παραμονής, τα οποία είναι συχνά προσανατολισμένα στις ανάγκες των χρηστών οπιοειδών. Τίθεται συνεπώς το ερώτημα πόσο ελκυστικές είναι αυτές οι υπηρεσίες για τους σχετικά καλά ενταγμένους στην κοινωνία χρήστες κοκαΐνης που έχουν εμφανίσει προβλήματα λόγω της χρήσης της ουσίας για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Είναι επίσης πιθανό ένα ποσοστό αυτής της ομάδας χρηστών να αναζητήσουν βοήθεια από μη εξειδικευμένους παρόχους υπηρεσιών υγείας, όπως γενικούς ιατρούς ή συμβούλους ή, αν έχουν τη δυνατότητα, να απευθυνθούν σε εξειδικευμένες ιδιωτικές κλινικές.

Σε αντίθεση με τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, οι επιλογές φαρμακευτικής θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη είναι περιορισμένες, αν και η συνταγογράφηση ορισμένων σκευασμάτων μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη

αν προσφέρει ανακούφιση από ορισμένα συμπτώματα. Επί του παρόντος δεν υπάρχει κάποιος φαρμακευτικός παράγοντας ο οποίος να μπορεί να βοηθήσει τους χρήστες να επιτύχουν την αποχή από τη χρήση κοκαΐνης ή τη διαχείριση αυτής, αν και πιθανολογείται ότι θα υπάρξουν τέτοιες επιλογές στο μέλλον. Η έμφαση στην Ευρώπη δίδεται στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται κατά κύριο λόγο στη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία. Μια εις βάθος λεπτομερής περιγραφή των επιλογών για τη θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη περιέχεται στο επιλεγμένο θέμα για την κοκαΐνη του 2007 και σε μια τεχνική ανασκόπηση του ΕΚΠΝΤ (ΕΚΠΝΤ, 2007β).

Η χαμηλή επικράτηση και η αυστηρά περιορισμένη από γεωγραφικής άποψης φύση των προβλημάτων χρήσης κρακ στην Ευρώπη σημαίνουν ότι η εμπειρία της αντιμετώπισης των αναγκών αυτής της ομάδας χρηστών είναι συγκριτικά πολύ πιο περιορισμένη. Υπάρχει μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας που βασίζεται στην εμπειρία των ΗΠΑ όσον αφορά τα προβλήματα χρήσης κρακ, αλλά ο βαθμός στον οποίο αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί απευθείας στο ευρωπαϊκό πλαίσιο παραμένει ασαφής. Το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες αναφέρει σχετικά υψηλό επίπεδο προβληματικής χρήσης κρακ, έχει εκπονήσει κατευθυντήριες γραμμές για τους επαγγελματίες του τομέα αυτού, σύμφωνα με τις οποίες η θεραπεία απεξάρτησης από το κρακ πρέπει να παρέχεται στο πλαίσιο ενός διαρθρωμένου προγράμματος θεραπείας που θα περιλαμβάνει αποχή και μέτρα ελαχιστοποίησης των επιβλαβών επιπτώσεων (ΝΤΑ, 2002). Μια πρόσφατη αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο επίσης ανέφερε θετικές εκβάσεις μεταξύ των ατόμων που έλαβαν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη σε κέντρα εσωτερικής παραμονής (Weaver, 2007).

## Μείωση κινδύνου και επιβλαβών συνεπειών

Τα άτομα που κάνουν χρήση κοκαΐνης για ψυχαγωγικούς σκοπούς κινδυνεύουν όχι μόνο να εθιστούν αλλά να υποστούν τις συνέπειες της αλληλεπίδρασης της κοκαΐνης με άλλα ναρκωτικά ή με τυχόν υπάρχοντα καρδιαγγειακά προβλήματα. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν ότι οι χρήστες κοκαΐνης έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την κοκαΐνη και τους κινδύνους της χρήσης της μέσω διάφορων πηγών πληροφόρησης όπως ιστοθέσεις, τηλεφωνικές γραμμές παροχής βοήθειας και άλλα μέσα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το FESAT (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Τηλεφωνικών Γραμμών Βοήθειας) αναφέρει αύξηση στον αριθμό των κλήσεων για χρήση κοκαΐνης κατά το 2005 και 2006 <sup>(114)</sup>.

Η χρήση κοκαΐνης μπορεί επίσης να συνδέεται με σεξουαλική δραστηριότητα υψηλού κινδύνου ή και με την είσοδο στην αγορά του σεξ. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση κρακ μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες και να επιδεικνύουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου με αντάλλαγμα είτε χρήματα είτε ναρκωτικά και, σε ορισμένες χώρες, τα προγράμματα μείωσης των

<sup>(113)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-17 (μέρος i) έως (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>

επιβλαβών συνεπειών και τα εκτός δομών προγράμματα απευθύνονται ειδικά σε εκδιδόμενες γυναίκες, στοχεύοντας τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που είτε σχετίζονται με το σεξ είτε με τη χρήση ναρκωτικών.

Αν και ολιγάριθμοι, οι χρήστες κρακ είναι πιο πιθανό να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα και ενδέχεται να είναι δύσκολο να απευθυνθούν σε παρόχους υπηρεσιών θεραπείας ή άλλου είδους υπηρεσιών. Σε ορισμένες πόλεις όπου υπάρχει έντονο πρόβλημα χρήσης κρακ, υπήρξαν προγράμματα μετριασμού των επιβλαβών συνεπειών με τα οποία επιχειρήθηκε παρέμβαση μέσω της παροχής υπηρεσιών εκτός δομών, παρέμβαση για την αντιμετώπιση κρίσεων, υποστήριξη για οξεία ιατρικά προβλήματα, καθώς επίσης παραπομπή σε διαρθρωμένες υπηρεσίες. Για παράδειγμα στη Βιέννη διατίθενται δωμάτια μέσω των υπηρεσιών εξωτερικής παραμονής όπου βρίσκουν καταφύγιο οι χρήστες κοκαΐνης και κρακ οι οποίοι συχνά

υποφέρουν από άγχος· εκεί παρέχονται βασικές υπηρεσίες υγείας και δυνατότητα παραπομπής σε άλλες υπηρεσίες. Στις χώρες όπου υπάρχουν αίθουσες επιτηρούμενης ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται ενίοτε και σε χρήστες κοκαΐνης, για παράδειγμα στη Γερμανία υπάρχουν ειδικοί χώροι για χρήστες που καπνίζουν κοκαΐνη στη Φραγκφούρτη και το Αμβούργο.

Οι προσεγγίσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για τα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση κοκαΐνης είναι εν γένει ταυτόσημες με αυτές που παρέχονται σε όσους κάνουν ενέσιμη χρήση άλλων ναρκωτικών (βλέπε κεφάλαιο 8), αν και ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι οι χρήστες διεγερτικών τείνουν να κάνουν αυξημένη ενέσιμη χρήση και κατά συνέπεια διατρέχουν συγκριτικά μεγαλύτερο κίνδυνο. Επιπλέον υπάρχουν συγκεκριμένοι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση κρακ όταν το μείγμα δεν παρασκευάζεται σωστά.

### **Κοκαΐνη και κρακ: ένα διογκούμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας, στα επιλεγμένα θέματα 2007 του ΕΚΠΙΝΤ**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση κοκαΐνης είναι διογκούμενο πρόβλημα στην Ευρώπη. Αυτό το επιλεγμένο θέμα δείχνει ότι, σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, υπήρξε σημαντική μείωση της χρήσης κοκαΐνης, των αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη και των κατασχέσεων της ουσίας αυτής. Εξετάζεται η πιθανότητα μείζονος αντικτύπου στη δημόσια υγεία από τη χρήση κοκαΐνης. Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στις συνέπειες της κοκαΐνης για την υγεία, οι οποίες

συχνά δεν αναγνωρίζονται επαρκώς στα υπάρχοντα συστήματα αναφοράς. Το επιλεγμένο θέμα εξετάζει επίσης αναλυτικά τις προκλήσεις που ενέχει η παροχή αποτελεσματικής θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη και το κρακ, η οποία αποδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολη, κυρίως λόγω της ποικιλομορφίας των χρηστών και των διαφορετικών αναγκών κάθε τύπου χρήστη.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).





## Κεφάλαιο 6

### Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

#### Προσφορά και διαθεσιμότητα ηρωίνης <sup>(115)</sup>

Στην Ευρώπη ανέκαθεν απαντώνται δύο μορφές εισαγόμενης ηρωίνης: η συνθετικότερα διαθέσιμη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης) που προέρχεται κυρίως από το Αφγανιστάν και η λιγότερο συνηθισμένη και πιο ακριβή λευκή ηρωίνη (άλας) που συνήθως προέρχεται από τη Νοτιοανατολική Ασία — αν και αυτή η μορφή του ναρκωτικού γίνεται όλο και πιο σπάνια. Μικρή ποσότητα οπιοειδών ναρκωτικών παρασκευάζεται και εντός της ΕΕ, αλλά το 2005 περιορίστηκε στην παρασκευή προϊόντων παπαρούνας «κατ' οίκον» (π.χ. συμπυκνώματα παπαρούνας από το άλεσμα μίσχων και ανθέων παπαρούνας) σε ορισμένες ανατολικές χώρες της ΕΕ (όπως π.χ. Λεττονία, Λιθουανία, Πολωνία).

#### Παραγωγή και διακίνηση

Η ηρωίνη που καταναλώνεται στην Ευρώπη παρασκευάζεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν, το οποίο παραμένει η πρώτη προμηθεύτρια χώρα παράνομου οπίου στον κόσμο, ακολουθούμενο από τη Μιανμάρ. Υπολογίζεται ότι το 2006 παράχθηκαν περίπου 6 610 τόνοι οπίου, 92 % του οποίου στο Αφγανιστάν. Η ποσότητα αυτή αντιπροσωπεύει αύξηση 43 % σε σχέση με την εκτίμηση του 2005, λόγω της σημαντικής αύξησης της καλλιεργούμενης έκτασης. Η παγκόσμια δυνητική παρασκευή ηρωίνης εκτιμάται σε 606 τόνους το 2006, από 472 τόνους το 2005 (UNODC, 2007). Οι κατασχέσεις ναρκωτικών και οι εξαρθρώσεις εργασιπρίων φαίνεται να υποδηλώνουν ότι το όπιο που παράγεται στο Αφγανιστάν ολοένα και περισσότερο μετατρέπεται σε μορφίνη ή ηρωίνη προτού να εξαχθεί (CND, 2007).

Η ηρωίνη εισάγεται στην Ευρώπη από δύο κύριες οδούς διακίνησης. Η ανέκαθεν σημαντική —και συντομότερη— βαλκανική οδός εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο λαθρεμπόριο ηρωίνης. Η μεταφορά γίνεται μέσω Πακιστάν, Ιράν και Τουρκίας και στη συνέχεια η οδός χωρίζεται σε ένα νότιο παρακλάδι που διέρχεται την Ελλάδα, την πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (πΓΔΜ), την Αλβανία, την Ιταλία, τη Σερβία, το Μαυροβούνιο και τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, και σε ένα βόρειο παρακλάδι μέσω Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Ουγγαρίας, Αυστρίας, Γερμανίας και Κάτω Χωρών, οι οποίες λειτουργούν ως κέντρο δευτερογενούς διανομής για περαιτέρω μεταφορά σε χώρες της ΕΕ. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 η ηρωίνη εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη ολοένα και συχνότερα (αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις βαλκανικές οδούς) από το λεγόμενο «δρόμο του μεταξίου», μέσω κρατών της Κεντρικής Ασίας,

της Κασπίας Θάλασσας και της Ρωσικής Ομοσπονδίας, της Λευκορωσίας ή της Ουκρανίας, στην Εσθονία, στη Λεττονία, κάποιες από τις σκανδιναβικές χώρες, στη Γερμανία και τη Βουλγαρία. Μολονότι αυτές είναι οι σημαντικότερες οδοί διακίνησης, ορισμένες χώρες στην Αραβική Χερσόνησο (Ομάν, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα) έχουν γίνει σημεία διαμετακόμισης για φορτία ηρωίνης από τη Νοτιοδυτική και τη Νοτιοανατολική Ασία (INCB, 2006) που προορίζονται για τις παράνομες αγορές της Ευρώπης και σε μικρότερο βαθμό της Βόρειας Αμερικής (INCB, 2007α). Ορισμένες από τις ποσότητες αυτές διακινήθηκαν επίσης μέσω της Ανατολικής Αφρικής (Αιθιοπία, Κένυα, Μαυρίκιος) και κάποιες φορές και μέσω της Δυτικής Αφρικής (Νιγηρία). Υπάρχουν επίσης αναφορές για διακίνηση ποσοτήτων ηρωίνης από τη Νοτιοδυτική Ασία προς την Ευρώπη μέσω χωρών της Νότιας και Ανατολικής Ασίας (Ινδία, Μπανγκλαντές, Σρι Λάνκα, Κίνα).

#### Κατασχέσεις

Το 2005 κατασχέθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο 342 τόνοι οπίου, 32 τόνοι μορφίνης και 58 τόνοι ηρωίνης. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι μεγαλύτερες ποσότητες ηρωίνης (54 %) εξακολούθησαν να κατάσχονται στην Ασία (Κίνα, Αφγανιστάν, Ιράν, Πακιστάν) και την Ευρώπη (38 %) (UNODC, 2007).

Το 2005 στα κράτη μέλη της ΕΕ, τις υποψήφιες χώρες και τη Νορβηγία εκτιμάται ότι πραγματοποιήθηκαν 52 000 κατασχέσεις συνολικά 1 6,8 περίπου τόνων ηρωίνης. Τις περισσότερες κατασχέσεις στην Ευρώπη πραγματοποίησε και πάλι το Ηνωμένο Βασίλειο (με βάση τα στοιχεία του 2004) ακολουθούμενο από την Ισπανία, τη Γερμανία και την Ελλάδα, ενώ η Τουρκία κατάσχεσε τις μεγαλύτερες ποσότητες (ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες) που αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ήμισυ της συνολικής ποσότητας που κατασχέθηκε το 2005 <sup>(116)</sup>. Οι κατασχέσεις ηρωίνης σημείωσαν συνολική μείωση μεταξύ του 2000 και του 2003 και, βάσει των διαθέσιμων στοιχείων, έκτοτε παρουσιάζουν αύξηση. Κατά την περίοδο 2000-2005 οι συνολικές ποσότητες της ηρωίνης που κατασχέθηκαν σε κράτη μέλη της ΕΕ παρουσίασαν διακυμάνσεις εντός μιας γενικότερης ελαφρά καθοδικής τάσης, ενώ στην Τουρκία την ίδια περίοδο αναφέρθηκε μεγάλη αύξηση <sup>(117)</sup>.

#### Τιμή και καθαρότητα

Οι τάσεις όσον αφορά τόσο την τιμή όσο και την καθαρότητα είναι δύσκολο να προσδιορισθούν λόγω της έλλειψης συνεπών

<sup>(115)</sup> Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 37.

<sup>(116)</sup> Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2005 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Για λόγους υπολογισμού τα ελλείποντα στοιχεία του 2005 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2004.

<sup>(117)</sup> Βλέπε πίνακες SZR-7 και SZR-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

στοιχείων και, ως εκ τούτου, οι εκτιμήσεις βασίζονται μόνο σε περιορισμένο αριθμό κρατών <sup>(118)</sup>. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν ότι η μέση ή συνήθης τιμή της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» κυμαινόταν μεταξύ 35 και 80 EUR/gr. Μεταξύ 2000 και 2005 οι μέσες τιμές της ηρωίνης, προσαρμοσμένες βάσει του πληθωρισμού, φαίνεται να αυξήθηκαν στις περισσότερες από τις 18 χώρες που παρείχαν συγκρίσιμα στοιχεία. Η μέση ή συνήθης καθαρότητα της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» παρουσίασε, βάσει των αναφορών, σημαντικές διακυμάνσεις, καθώς οι περισσότερες χώρες ανέφεραν ποσοστά μεταξύ 15 και 50%· τα ποσοστά για τη λευκή ηρωίνη, όπου υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, έτειναν να είναι υψηλότερα (30-70%). Από το 2000 η μέση καθαρότητα των προϊόντων ηρωίνης παρουσιάζει διακυμάνσεις στις περισσότερες από τις 18 χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις.

## Εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών

Τα στοιχεία στην ενότητα αυτή προέρχονται από το δείκτη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (PDU) του ΕΚΠΝΤ, ο οποίος περιλαμβάνει κυρίως εκτιμήσεις της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και της χρήσης οπιούχων, αν και σε ορισμένες χώρες σημαντική συνιστώσα αποτελούν και οι χρήστες αμφεταμινών <sup>(119)</sup>. Ο αριθμός προβληματικών χρηστών οπιοειδών είναι δύσκολο να εκτιμηθεί και απαιτούνται εξειδικευμένες αναλύσεις για την εξαγωγή ποσοστών επικράτησης από τις διαθέσιμες πηγές στοιχείων. Επίσης, καθώς οι περισσότερες μελέτες βασίζονται σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές όπως πόλεις ή συνοικίες, η παρέκτασή τους για τη διαμόρφωση εκτιμήσεων σε εθνικό επίπεδο είναι δύσκολη.

Οι εκτιμήσεις καθίστανται επίσης πιο περίπλοκες, καθώς τα πρότυπα προβληματικής χρήσης στην Ευρώπη φαίνεται να ποικίλουν ολοένα και περισσότερο. Για παράδειγμα τα προβλήματα πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών μεγεθύνθηκαν βαθμιαία στις περισσότερες χώρες, ενώ ορισμένες χώρες στις οποίες τα προβλήματα των οπιούχων (σχεδόν αποκλειστικά προβλήματα της ηρωίνης) κυριαρχούσαν αναφέρουν πλέον στροφή προς τη χρήση άλλων ουσιών όπως η κοκαΐνη.

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, η επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών σε εθνικό επίπεδο κυμαίνεται μεταξύ μιας και έξι περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Συγκριτικά η συνολική επικράτηση προβληματικής χρήσης ναρκωτικών εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ μιας και οκτώ περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους. Μερικές από τις καλά τεκμηριωμένες μικρότερες εκτιμήσεις προέρχονται από τα νέα κράτη μέλη της ΕΕ, αν και αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση της Μάλτας όπου αναφέρθηκε σχετικά υψηλή επικράτηση (5,8-6,7 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών) (διάγραμμα 8).

Από τα λίγα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η μέση επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών κυμαίνεται

μεταξύ τεσσάρων και πέντε περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Το μέγεθος αυτό μεταφράζεται σε περίπου 1,5 εκατομμύριο (1,3-1,7 εκατομμύριο) προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία. Ωστόσο οι εκτιμήσεις αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν πλήρως αξιόπιστες και απαιτούνται περισσότερα εμπειριστατωμένα στοιχεία.

## Διαχρονικές τάσεις στην προβληματική χρήση οπιοειδών

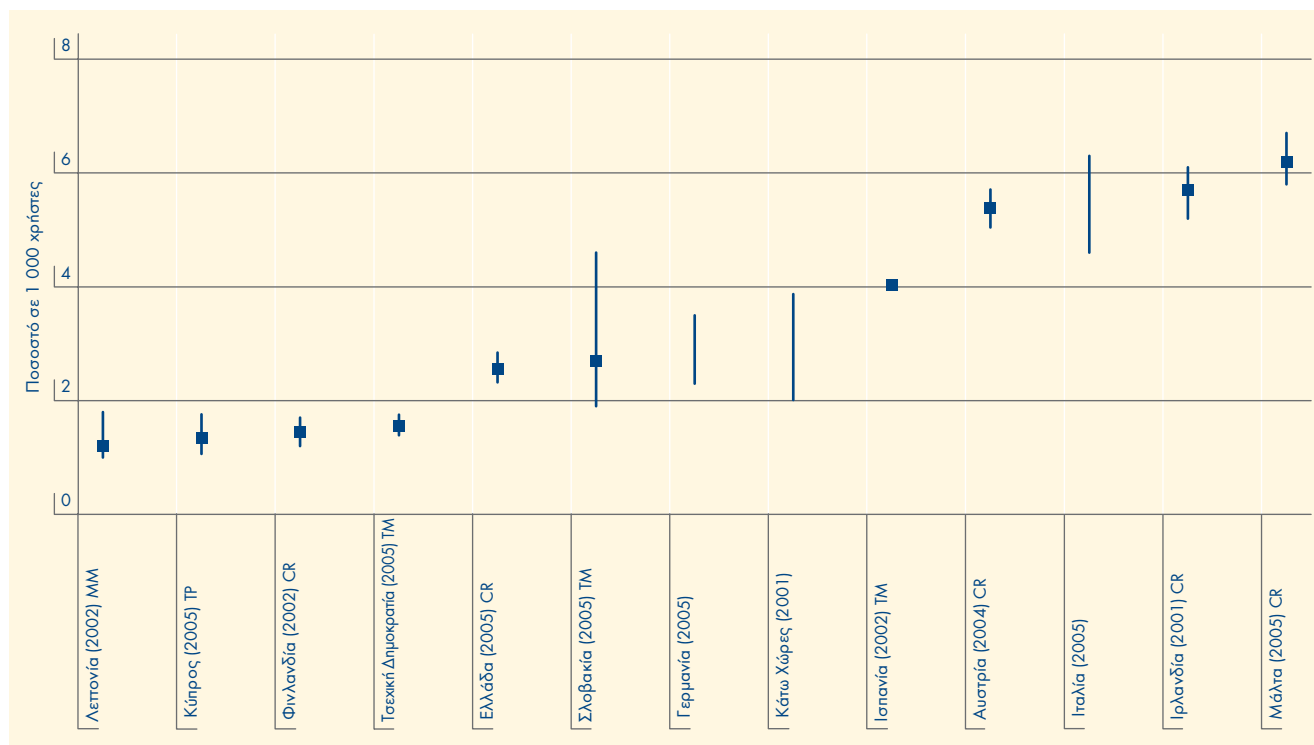
Η έλλειψη αξιόπιστων και συνεπών ιστορικών στοιχείων δυσχεραίνει την αξιολόγηση των διαχρονικών τάσεων της προβληματικής χρήσης οπιοειδών και για το λόγο αυτό οι τάσεις θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Από τις αναφορές ορισμένων χωρών προκύπτει ότι η προβληματική χρήση οπιοειδών ενδέχεται να σταθεροποιήθηκε κάπως τα τελευταία χρόνια κατά μέσο όρο. Μόνο οκτώ χώρες διαθέτουν στοιχεία από επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης οπιοειδών για την περίοδο από το 2001 έως το 2005, τα οποία αποτυπώνουν μια σχετικά σταθερή εικόνα, καθώς μία μόνο χώρα (Αυστρία) παρουσιάζει σαφή αύξηση <sup>(120)</sup>.

Παρά τη γενική ένδειξη ότι η συνολική τάση όσον αφορά την επικράτηση της χρήσης οπιοειδών είναι σχετικά σταθερή, υπάρχουν ενδείξεις για αύξηση των κατασχέσεων ηρωίνης (βλέπε ανωτέρω) που είναι πιθανό να συνδέονται με αύξηση της διαθεσιμότητας της ηρωίνης στην ευρωπαϊκή αγορά, καθώς και περισσότερες αναφορές για χρήση οπιοειδών που εκτράπηκαν από νόμιμες χρήσεις. Στην Ιταλία, σύμφωνα με εκτιμήσεις που βασίζονται σε στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία, η επικράτηση της χρήσης ηρωίνης μετά το 1998 παρουσίασε αύξηση, της οποίας προηγήθηκε περίοδος μείωσης, με την επίσημη επικράτηση το 2005 να ανέρχεται σε περίπου 30 000 νέους χρήστες ηρωίνης. Στην Αυστρία η αναλογία των ατόμων κάτω των 25 ετών αυξήθηκε στα άτομα υπό θεραπεία υποκατάστασης, υποδηλώνοντας αύξηση του αριθμού των νέων που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την εκτροπή και την ανεξέλεγκτη χρήση συνταγογραφημένων οπιοειδών. Ομοίως, μετά από μια περίοδο μείωσης, η Τσεχική Δημοκρατία αναφέρει αύξηση στην ενέσιμη χρήση ουσίας που εκτράπηκε από νόμιμη χρήση (σε αυτή την περίπτωση της βουπρενορφίνης), ενώ διαθέσιμα στοιχεία από το Βέλγιο υποδηλώνουν αύξηση στην παράνομη χρήση μεθαδόνης. Από πρόσφατη παρακολούθηση υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης στη Γαλλία εγείρονται ανησυχίες για την παράνομη χρήση βουπρενορφίνης, περιλαμβανομένης της ενέσιμης χρήσης και της χρήσης στους νέους που ξεκίνησαν την προβληματική χρήση ναρκωτικών με βουπρενορφίνη αντί ηρωίνη. Επίσης εκφράστηκαν ανησυχίες σχετικά με νέες υποομάδες νεαρών και περιθωριοποιημένων χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών. Και στη Φινλανδία η ηρωίνη φαίνεται να έχει υποκατασταθεί σε μεγάλο βαθμό από τη βουπρενορφίνη στις νέες αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, η δε βουπρενορφίνη αναφέρεται όλο και περισσότερο σε εκθέσεις περί θανάτων από υπερβολική δόση.

<sup>(118)</sup> Βλέπε πίνακες PPP-2 και PPP-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(119)</sup> Αν και ο τεχνικός ορισμός που χρησιμοποιείται από το ΕΚΠΝΤ για τον PDU είναι «ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιοειδών, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών», οι εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών αφορούν πρωτίστως τη χρήση ηρωίνης. Για τις λίγες χώρες που αναφέρεται προβληματική χρήση αμφεταμινών υπάρχουν καλά τεκμηριωμένες εκτιμήσεις. Οι εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση κοκαΐνης είναι λιγότερες και ο δείκτης PDU κατά πάσα πιθανότητα είναι λιγότερο αξιόπιστος όσον αφορά την εν λόγω ναρκωτική ουσία, κάτι που δεν ισχύει στις λίγες χώρες με υψηλή επικράτηση.

<sup>(120)</sup> Βλέπε διάγραμμα PDU-4 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 8:** Εκτιμήσεις της επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών 2001-2005 (ποσοστό ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών)

Σημείωση: Το σύμβολο δηλώνει ότι πρόκειται για εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου· η ράβδος δηλώνει ένα διάστημα αβεβαιότητας, το οποίο μπορεί να είναι είτε ένα 95 % διάστημα εμπιστοσύνης είτε ένα διάστημα βασισμένο σε ανάλυση ευαισθησίας (βλέπε πίνακα PDU-3 για λεπτομερείς πληροφορίες). Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων εκτίμησης και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Όταν δεν αναφέρεται μέθοδος, η γραμμή που δίδεται δηλώνει το διάστημα μεταξύ του ελάχιστου κατώτατου ορίου όλων των υπαρχουσών εκτιμήσεων και το μέγιστο ανώτατο όριο αυτών. Μέθοδοι εκτίμησης: CR = capture-recapture (Μοντέλο εκτίμησης πληθυσμών Capture-recapture). TM = treatment multiplier (Πολλαπλασιαστές θεραπείας). TP = truncated Poisson (κόλυρος κατανομή Poisson). MM = mortality multiplier (πολλαπλασιαστής θνησιμότητας). Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Πηγές: Εθνικά εστιάκα σημεία.

## Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (ΧΕΝ) διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας από τη χρήση ναρκωτικών, όπως νοσήματα που μεταδίδονται μέσω μολυσμένου αίματος (π.χ. HIV/AIDS, ηπατίτιδα) ή λήψη υπερβολικής δόσης. Παρά τη σημασία του φαινομένου για τη δημόσια υγεία, ελάχιστες είναι οι χώρες που παρέχουν εκτιμήσεις για τα επίπεδα της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (διάγραμμα 9) και, ως εκ τούτου, η βελτίωση της παρακολούθησης αυτού του ειδικού πληθυσμού αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης της υγείας στην Ευρώπη.

### Έμμεσες εκτιμήσεις για την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών

Οι περισσότερες διαθέσιμες εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών προέρχονται είτε από ποσοστά θανάσιμων λήψεων υπερβολικής δόσης ή από στοιχεία για λοιμώδη νοσήματα (όπως ο ιός HIV). Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα: κατά την περίοδο 2001-2005 οι εκτιμήσεις σε εθνικό επίπεδο κυμάνθηκαν κατά κανόνα από 0,5 έως έξι περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών. Εξαιρεση αποτελεί η Εσθονία όπου αναφέρθηκε πολύ υψηλότερη εκτίμηση, ήτοι 15 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους. Από τις υπόλοιπες χώρες που είναι σε θέση να παρέχουν στοιχεία οι υψηλότερες εκτιμήσεις

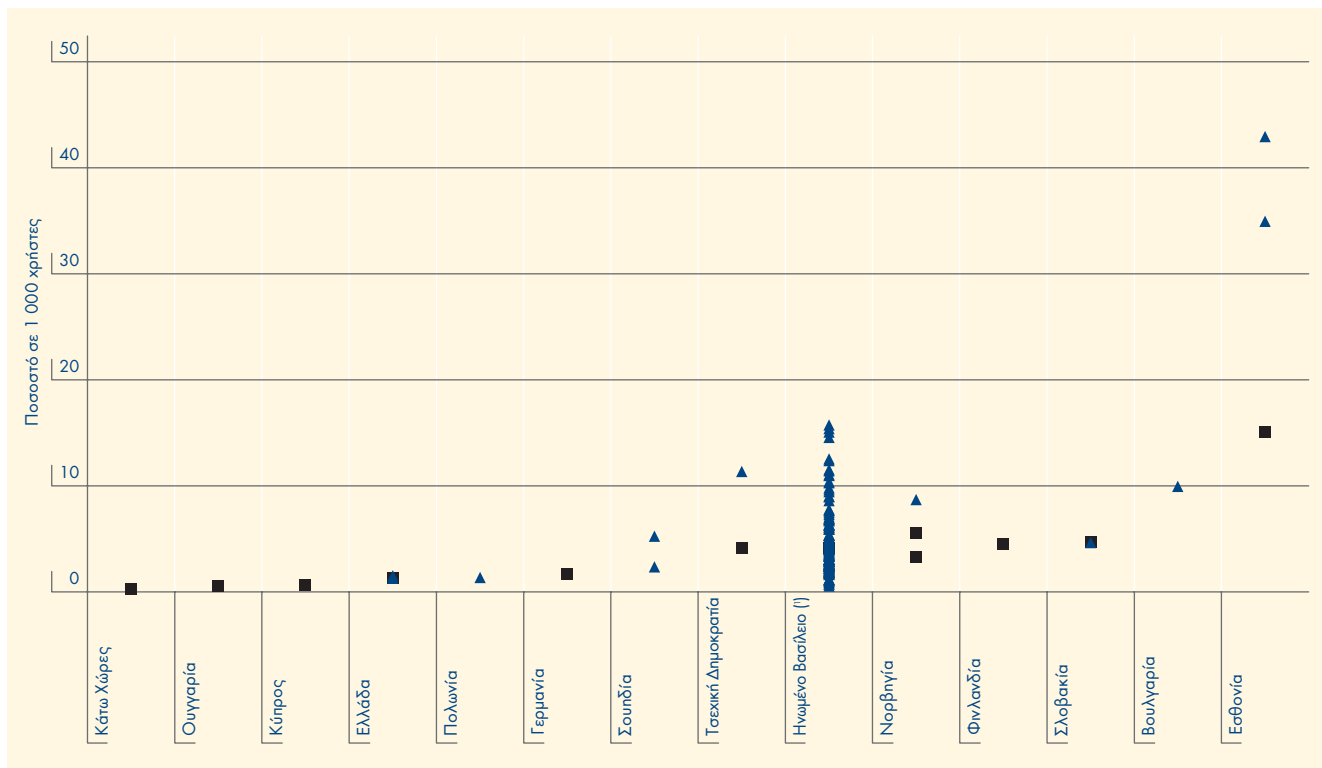
αναφέρθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία, τη Σλοβακία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ήτοι μεταξύ τεσσάρων και πέντε περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, ενώ οι χαμηλότερες αναλογίες αναφέρθηκαν από την Κύπρο, την Ουγγαρία και τις Κάτω Χώρες, ήτοι λιγότερο από μία περίπτωση ανά 1 000 κατοίκους.

Με παρέκταση των περιορισμένων διαθέσιμων στοιχείων, η οποία ωστόσο πρέπει να γίνεται με προσοχή, προκύπτει μέση επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (τρέχουσα ενέσιμη χρήση) μεταξύ τριών και τεσσάρων περιπτώσεων ανά 1 000 ενπλίκους. Αυτό σημαίνει ότι σήμερα ενδέχεται να υπάρχουν περίπου 1,1 εκατομμύρια (0,9-1,3 εκατομμύρια) χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία. Οι ΧΕΝ αυτοί είναι κυρίως χρήστες οπιοειδών, αν και μπορεί επίσης να κάνουν ενέσιμη χρήση και άλλων ναρκωτικών ουσιών, ενώ μερικές χώρες αναφέρουν σημαντικό πρόβλημα ενέσιμης χρήσης αμφεταμίνης ή μεθαμφεταμίνης (Τσεχική Δημοκρατία, Σλοβακία, Φινλανδία, Σουηδία).

### Τάσεις της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών σύμφωνα με στοιχεία περί αιτίσεων για θεραπεία

Η έλλειψη στοιχείων δυσχεραίνει την άντληση συμπερασμάτων για τις τάσεις της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, αν και μια χρήσιμη ματιά παρέχεται από τα στοιχεία για τους χρήστες ναρκωτικών που προσφεύγουν σε θεραπεία. Η αίτηση για θεραπεία στους χρήστες οπιοειδών, για παράδειγμα, παρέχει

**Διάγραμμα 9:** Εκτιμήσεις από εθνικές και υποεθνικές μελέτες της επικράτησης ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (ποσοστό ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών), 2001-2005



(!) Περιφερειακές εκτιμήσεις για την Αγγλία για το διάστημα 2004/05.

Σημείωση: Μαύρο τετράγωνο = δείγμα με εθνικό εύρος κάλυψης, Μπλε τρίγωνο = δείγμα με υποεθνικό εύρος κάλυψης.

Τα αποτελέσματα των υποεθνικών εκτιμήσεων επικράτησης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και τον γεωγραφικό εντοπισμό των μελετών σε μια χώρα. Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων διεξαγωγής των μελετών και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή.

Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Πηγές: Εθνικά εστιάκα σημεία.

μια ένδειξη των προτύπων χρήσης στον ευρύτερο πληθυσμό. Το ποσοστό των ΧΕΝ επί του συνόλου των χρηστών ηρωίνης που προσφεύγουν σε θεραπεία απεξάρτησης (2001-2005) υποδηλώνει και πάλι σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από χώρα σε χώρα. Συνολικά από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι η ενέσιμη χρήση ενδεχομένως να καθίσταται λιγότερο δημοφιλής, καθώς παρουσιάζει μείωση σε Δανία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ηνωμένο Βασίλειο και Τουρκία. Σε μερικές χώρες (Ισπανία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία) μικρό σχετικά ποσοστό χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία κάνουν τώρα ενέσιμη χρήση της ουσίας. Ωστόσο η εικόνα αυτή δεν παρατηρείται παντού. Για παράδειγμα, σε αρκετά από τα νέα κράτη μέλη η ενέσιμη χρήση φαίνεται να παραμένει ο κύριος τρόπος χρήσης ηρωίνης. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι τάσεις της ενέσιμης χρήσης στους χρήστες άλλων ναρκωτικών ουσιών πέραν της ηρωίνης μπορεί να είναι διαφορετικές.

## Θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή

### Θεραπεία συντήρησης

Πλέον υπάρχει μια σχετικά ισχυρή αποδεικτική βάση για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών υποκατάστασης στη θεραπεία της απεξάρτησης από την ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή, η οποία υποστηρίζεται από στοιχεία μελετών αποτελεσμάτων θεραπείας και ελεγχόμενων δοκιμών

(για μια σχετική επισκόπηση βλέπε Gossop, 2006). Διαπιστώνονται θετικές συνέπειες οι οποίες συνίστανται στη μείωση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών και των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών και στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Τα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης συνήθως περιλαμβάνουν κι άλλες παρεμβάσεις πέραν της συνταγογράφησης προς ενίσχυση της αλλαγής συμπεριφοράς. Σε γενικές γραμμές είναι κοινός αποδεκτός στον τομέα αυτό ότι η ενσωμάτωση προγραμμάτων στο ευρύτερο πλαίσιο της ιατρικής περίθαλψης και της κοινωνικής βοήθειας αποτελεί καλή πρακτική.

### Πρακτική συνταγογράφησης στον τομέα της θεραπείας υποκατάστασης στην Ευρώπη

Τα τελευταία 15 χρόνια η παροχή θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη παρουσίασε σημαντική αύξηση στην ΕΕ. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι από το 1993 έως σήμερα η παροχή θεραπείας υποκατάστασης στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε τουλάχιστον επταπλασιάσθηκε.

Με εξαίρεση πέντε χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Γαλλία, Λετονία, Φινλανδία, Σουηδία), η μεθαδόννη είναι μακράν η ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα για το σκοπό της υποκατάστασης, αντιπροσωπεύοντας γύρω στο 72 % όλων

### Διασφάλιση ποιότητας και θεραπεία υποκατάστασης

Η αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε υπηρεσίας θα εξαρτηθεί από την ποιότητα της παρεχόμενης μέριμνας. Έχουν εκφραστεί ανησυχίες ότι ορισμένα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης είναι χαμηλής ποιότητας, με υπερβολική έμφαση στη συνταγογράφηση και όχι τόσο στην παροχή ενός πιο ολοκληρωμένου πακέτου κοινωνικής και ιατρικής υποστήριξης. Η κριτική στρέφεται επίσης κατά της ανεπάρκειας της κλινικής παρακολούθησης και των πρακτικών συνταγογράφησης που έχουν ως αποτέλεσμα την εκτροπή ναρκωτικών στην παράνομη αγορά και κατά των προγραμμάτων θεραπείας χαμηλών δόσεων που δεν συνάδουν με τα κλινικά στοιχεία περί αποτελεσματικότητας. (Loth κ.ά., 2007, Schifano κ.ά., 2006, Strang κ.ά., 2005).

Πολλές χώρες παίρνουν στα σοβαρά αυτή την κριτική και η Δανία, η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι έχουν δρομολογηθεί αξιολογήσεις με στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης μέριμνας. Ομοίως, η Δανία ολοκλήρωσε πρόσφατα ένα τριετές σχέδιο για την τεκμηρίωση του αντικτύπου της ευρύτερης ψυχοκοινωνικής κατάστασης στη θεραπεία υποκατάστασης και τη δοκιμή των διαδικασιών διασφάλισης ποιότητας.

Στη Γερμανία, δύο πρόσφατες μελέτες εξέτασαν η μία την πρακτική της θεραπείας υποκατάστασης διερευνώντας διάφορες δυνατότητες βελτίωσης της μέριμνας (COBRA) και η άλλη τα θέματα διασφάλισης ποιότητας με αποτέλεσμα την εκπόνηση ενός νέου εγχειριδίου για γενικούς ιατρούς (ASTO). Στο Ηνωμένο Βασίλειο διεξήχθη πρόσφατα ένας έλεγχος στην Αγγλία για την ανάλυση των πρακτικών συνταγογράφησης και κλινικής διαχείρισης και την αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο αυτές συνάδουν με τις τρέχουσες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές.

Η ύπαρξη εθνικών κατευθυντήριων γραμμών, προτύπων και πρωτοκόλλων θεραπείας είναι σημαντική για τη διασφάλιση της ποιότητας της θεραπείας υποκατάστασης. Σύμφωνα με τις εκθέσεις, διάφορες εθνικές κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα θεραπείας τελούν υπό εκπόνηση ή αναθεώρηση στη Δανία, στην Ιρλανδία, στην Ουγγαρία, στην Πορτογαλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία, ενώ η Σλοβακία δημοσίευσε οδηγίες για τη θεραπεία με χορήγηση μεθαδόνης το 2004. Στις Κάτω Χώρες η θεραπεία συντήρησης παρέχεται πλέον ολόένα και περισσότερο σύμφωνα με τα πρότυπα της ιατρικής θεραπείας και η χορήγηση μεθαδόνης επιτρέπει κατά την πρώτη φάση της θεραπείας. Στην Αυστρία, δύο διατάγματα που θέτουν το γενικότερο πλαίσιο της φαρμακευτικά υποβοηθούμενης θεραπείας καταρτίστηκαν το 2005, με στόχο τη βελτίωση της θεραπείας υποκατάστασης και τη συμπερίληψη μέτρων σχετικά με την επιτηρούμενη χρήση καθώς και τη ρύθμιση των γιατρών που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον τομέα.

Ένα εθνικό σύστημα παρακολούθησης για την υποβολή εκθέσεων σχετικά με τους χρήστες που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης παρέχει επίσης χρήσιμες πληροφορίες για την αξιολόγηση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών. Επί του παρόντος, τέτοια συστήματα αναφέρονται από 17 κράτη μέλη· στο Βέλγιο και το Λουξεμβούργο τελούν υπό κατάρτιση εθνικά μητρώα θεραπείας υποκατάστασης, ενώ στην Τσεχική Δημοκρατία διευρύνεται το υπάρχον μητρώο ώστε να συμπεριλάβει όλα τα κέντρα υγείας.

των θεραπειών υποκατάστασης<sup>(121)</sup>. Γενικά η θεραπεία με μεθαδόνη παρέχεται κυρίως σε ειδικά κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, αλλά σε μερικές χώρες μπορεί επίσης να παρέχεται σε κέντρα γενικής παθολογίας ή, αφού σταθεροποιηθούν οι ασθενείς, σε κέντρα περιθάλψης σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας. Οι πρακτικές χορήγησης μεθαδόνης ποικίλλουν. Σε μερικές περιπτώσεις η μεθαδόνη διατίθεται μόνο από ειδικά κέντρα και η χρήση της είναι επιτηρούμενη, αλλά σε μερικές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, τα φαρμακεία επιτελούν επίσης σημαντικό ρόλο και επιτρέπεται η συνταγογράφηση για χρήση στο σπίτι.

Τα τελευταία χρόνια σε όλη την ΕΕ εκδηλώνεται ενδιαφέρον και για άλλους φαρμακολογικούς παράγοντες για τη θεραπεία της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, ιδιαίτερα δε η χρήση της βουπρενορφίνης έχει γίνει συχνότερη. Η Σλοβενία το 2005 και η Μάλτα τον Μάιο του 2006 προστέθηκαν στον όμιλο των ευρωπαϊκών χωρών που επιτρέπουν τη θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη σε ειδικές μονάδες<sup>(122)</sup> και πλέον οι μόνες χώρες στις οποίες δεν είναι διαθέσιμη αυτή η θεραπευτική επιλογή είναι η Βουλγαρία, η Ουγγαρία, η Πολωνία και η Ρουμανία.

Ένας από τους λόγους που εξηγεί το ενδιαφέρον για τη χρήση βουπρενορφίνης είναι ότι κατά μία άποψη αποτελεί καταλληλότερη φαρμακευτική επιλογή από τη μεθαδόνη για χρήση σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας. Το θέμα αυτό είναι περίπλοκο και εξετάζεται αναλυτικά στο επιλεγμένο θέμα για τη βουπρενορφίνη (2005). Στις περισσότερες χώρες η βουπρενορφίνη μπορεί να συνταγογραφηθεί μόνο από ειδικευμένους πιστοποιημένους ιατρούς και υπόκειται στη δέουσα ρύθμιση που απαιτεί ο χαρακτηρισμός της ως ελεγχόμενη ναρκωτική ουσία βάσει των διεθνών συνθηκών (παράρτημα III της σύμβασης των Ηνωμένων εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1988).

Η βουπρενορφίνη διατίθεται σε μορφή υπογλώσσιων χαπιών και παρόλο που δεν θεωρείται ιδιαίτερα ελκυστική ουσία για ενέσιμη χρήση υπάρχουν αναφορές για διάλυση των χαπιών και ενέσιμη χρήση. Το γεγονός ότι η βουπρενορφίνη ενέχει δυνατότητες κατάχρησης καταδεικνύεται από αναφορές ορισμένων χωρών για εκτροπή της ναρκωτικής ουσίας στην παράνομη αγορά. Για την αποτροπή της παράνομης χρήσης της βουπρενορφίνης παρασκευάσθηκε ένα νέο σκεύασμα που περιέχει την ουσία σε συνδυασμό με ναλοξόνη. Το σκεύασμα αυτό, με την ονομασία Suboxone, έλαβε άδεια κυκλοφορίας στην ΕΕ το 2006.

Τον Ιανουάριο του 2007 οι Κάτω Χώρες καθιέρωσαν τη θεραπεία με χρήση ηρωίνης ως πιθανή εναλλακτική επιλογή για τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, αυξάνοντας τον αριθμό των χώρων θεραπείας σε περίπου 1 000. Έτσι, μαζί με το Ηνωμένο Βασίλειο, αποτελούν τις δύο ευρωπαϊκές χώρες όπου είναι διαθέσιμη αυτή η επιλογή. Συνολικά ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία στους οποίους χορηγείται ηρωίνη είναι πολύ μικρός στην Ευρώπη, ενώ η θεραπεία συνήθως περιορίζεται σε ιδιαίτερα χρόνιες περιπτώσεις όπου όλες οι άλλες θεραπευτικές επιλογές αποδεικνύονται ανεπιτυχείς. Η αποτελεσματικότητα της ηρωίνης ως ουσίας υποκατάστασης διερευνήθηκε επίσης στο πλαίσιο πειραματικών ερευνών στην Ισπανία (March κ.ά., 2006) και τη Γερμανία (Naber και Haasen, 2006). Και οι

<sup>(121)</sup> Βλέπε πίνακες HSR-7, HSR-9 και HSR-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(122)</sup> Βλέπε διάγραμμα HSR-1 και πίνακα HSR-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

### Διαδικασία χορήγησης ευρωπαϊκής άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΕΑ) είναι αρμόδιος για την επιστημονική αξιολόγηση των αιτήσεων χορήγησης ευρωπαϊκής άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων. Τα φάρμακα που εγκρίνονται μέσω αυτής της κεντρικής διαδικασίας λαμβάνουν μία ενιαία άδεια κυκλοφορίας που ισχύει σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Όλα τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα παρακολουθούνται επίσης ως προς την ασφάλειά τους. Η παρακολούθηση αυτή διεξάγεται μέσω του ευρωπαϊκού δικτύου των εθνικών οργανισμών φαρμάκων, σε στενή συνεργασία με τους επαγγελματίες της υγείας και τις ίδιες τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Ο ΕΜΕΑ δημοσιεύει μια ευρωπαϊκή δημόσια έκθεση αξιολόγησης (EPAR) για κάθε κεντρικά εγκεκριμένο προϊόν που λαμβάνει ευρωπαϊκή άδεια κυκλοφορίας: οι EPAR δημοσιεύονται στην ιστοθέρση του ΕΜΕΑ (<http://www.emea.europa.eu/>) και διατίθεται επίσης μια μεταφρασμένη περίληψη για το κοινό σε όλες τις επίσημες γλώσσες της ΕΕ. Ο ΕΜΕΑ συνεργάζεται επίσης με το ΕΚΠΝΤ και την Ευρωπαϊκή Ένωση για τον εντοπισμό των απειλών από νέα ναρκωτικά βάσει της σχετικής απόφασης του Συμβουλίου (βλέπε κεφάλαιο 7).

Δύο μελέτες ανέφεραν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα, τα οποία δείχνουν ότι η προσέγγιση αυτή μπορεί να αποδειχθεί κατάλληλος τρόπος θεραπείας για κοινωνικά αποκλεισμένους χρήστες οπιοειδών με σοβαρά προβλήματα που δείχνουν ελάχιστη ανταπόκριση σε άλλες θεραπευτικές επιλογές. Σε συνδυασμό με προγενέστερες εργασίες, οι μελέτες αυτές για τη συνταγογράφηση προκάλεσαν συζητήσεις ως προς την αναγκαιότητα να γίνει ευρύτερα διαθέσιμη η συγκεκριμένη θεραπευτική επιλογή.

### Στοιχεία σχετικά με τη θεραπεία

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει δύο είδη πληροφοριών που αποτυπώνουν την κατάσταση της θεραπείας στην Ευρώπη. Ο δείκτης αίτησης θεραπείας βασίζεται στην παρακολούθηση των χαρακτηριστικών των ατόμων που προσφεύγουν σε θεραπεία σε όλη την Ευρώπη. Επίσης τα κράτη μέλη καλούνται να παρέχουν στοιχεία που αποτυπώνουν τη συνολική δομή και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.

### Στοιχεία από το δείκτη αίτησης θεραπείας

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την παρακολούθηση των ατόμων που προσφεύγουν σε θεραπεία απεξάρτησης στην Ευρώπη επιτρέπουν μια ματιά όχι μόνο στην ευρύτερη επιδημιολογική κατάσταση από την άποψη των προτύπων χρήσης και των τάσεων, αλλά και στη σχετική ζήτηση και διαθεσιμότητα διαφόρων μορφών θεραπείας. Τούτο μπορεί να δυσχεράνει την ερμηνεία των διαθέσιμων πληροφοριών, καθώς η αύξηση των ατόμων υπό θεραπεία για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ναρκωτικών μπορεί να αποτελεί ένδειξη είτε ότι αυξήθηκε η ζήτηση των υπηρεσιών είτε ότι

μειώθηκε η διαθεσιμότητα ενός συγκεκριμένου είδους υπηρεσίας. Για τη διευκόλυνση της ανάλυσης αυτού του είδους των στοιχείων γίνεται διάκριση μεταξύ των νέων και των συνολικών αιτήσεων θεραπείας, με την παραδοχή ότι οι νέες αιτήσεις θεραπείας αποτυπώνουν καλύτερα τις αλλαγές που επέρχονται στα ευρύτερα πρότυπα της χρήσης και ότι οι συνολικές αιτήσεις θεραπείας αποτυπώνουν καλύτερα τη συνολική ζήτηση σε ολόκληρο τον τομέα της θεραπείας.

Τα υπάρχοντα στοιχεία από το δείκτη αίτησης θεραπείας δεν καλύπτουν όλα τα άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης, ο αριθμός των οποίων είναι σημαντικά μεγαλύτερος. Καταγράφονται μόνο τα άτομα που ζητούν θεραπεία κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονιάς, αλλά το 2007 άρχισε να υλοποιείται ένα σχέδιο με στόχο την επέκταση της συλλογής στοιχείων σε ευρωπαϊκό επίπεδο και στα άτομα υπό συνεχιζόμενη θεραπεία<sup>(123)</sup> και την αξιολόγηση της κάλυψης που παρέχουν τα εθνικά συστήματα από την άποψη της αναφοράς.

Σε πολλές χώρες τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία. Από το σύνολο των 326 000 αιτήσεων για θεραπεία που αναφέρθηκαν το 2005 στο πλαίσιο του δείκτη αίτησης θεραπείας, τα οπιοειδή καταγράφηκαν ως το κύριο ναρκωτικό σε περίπου 40 % των περιπτώσεων, ενώ ποσοστό 46 % των ατόμων αυτών ανέφεραν ενέσιμη χρήση της ουσίας<sup>(124)</sup>.

Μερικές χώρες ανέφεραν σημαντικό ποσοστό αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από άλλα οπιοειδή πέραν της ηρωίνης. Στη Φινλανδία άλλα οπιοειδή, ιδίως η βουπρενορφίνη, αναφέρονται ως κύρια ουσία χρήσης από το 41 % των ατόμων υπό θεραπεία και στη Γαλλία το 7,5 % όλων των ατόμων υπό θεραπεία αναφέρουν χρήση βουπρενορφίνης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις Κάτω Χώρες περίπου 4 % των ατόμων υπό θεραπεία αναφέρουν ως κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη. Στην Ισπανία, στη Λετονία και τη Σουηδία ποσοστό 5 έως 7 % προσφεύγουν σε θεραπεία απεξάρτησης από μη καθοριζόμενα οπιοειδή πέραν της ηρωίνης ή της μεθαδόνης ως κύριας ουσίας χρήσης<sup>(125)</sup>. Στην Ουγγαρία τέλος, όπου η χρήση παρασκευασμένων «κατ' οίκον» προϊόντων παπαρούνας έχει μακρά ιστορία, περίπου 4 % των αιτημάτων θεραπείας αφορούν το όπιο.

Οι περισσότεροι χρήστες οπιοειδών αναφέρονται από μονάδες θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Ωστόσο στη Σουηδία 71 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή αναφέρονται από κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής, γεγονός που αποτελεί ένδειξη ότι οι υπηρεσίες στη χώρα αυτή έχουν διαφορετική δομή. Μικρό ποσοστό (3 %) αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή σε κέντρα εσωτερικής παραμονής αναφέρεται επίσης από το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>(126)</sup>. Στις λίγες χώρες που αναφέρουν στοιχεία για τη ζήτηση θεραπείας στις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, σημαντικό ποσοστό ατόμων προσφεύγουν σε θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης<sup>(127)</sup>.

<sup>(123)</sup> Βλέπε <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (έκθεση συνάντησης 2006).

<sup>(124)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(125)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-14 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(126)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-24 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(127)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-19 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Το σχετικό ποσοστό αιτήσεων θεραπείας που υποβάλλονται από άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης από άλλες ουσίες εκτός των οπιοειδών παρουσιάζει αύξηση στην ομάδα δεδομένων TDI, ενώ ταυτόχρονα ο πραγματικός αριθμός των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή μειώνεται σε πολλές χώρες, καθώς ο απόλυτος αριθμός των νέων αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη ως κύρια ουσία χρήσης μειώθηκε σε 51 000 το 2005 από 80 000 το 1999 <sup>(128)</sup>.

### Επίπεδο της θεραπείας υποκατάστασης

Το 2005 στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία εκτιμάται ότι οι θεραπείες υποκατάστασης ήταν τουλάχιστον 585 000. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται στην παρακολούθηση της θεραπείας που πραγματοποιήθηκε στις περισσότερες χώρες και παρέχει μια γενική εικόνα της διαθεσιμότητας της υπηρεσίας αυτής. Ο αριθμός αυτός αποτελεί μάλλον ελάχιστη εκτίμηση, καθώς είναι πολύ πιθανό τα στοιχεία για κάποιες μεθόδους θεραπείας να είναι ελλιπή, όπως για παράδειγμα για τη θεραπεία που παρέχεται από γενικούς ιατρούς ή σε χώρους φυλακών.

Στη συντριπτική τους πλειονότητα τα άτομα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία (97 %) αναφέρονται από τα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, τα οποία είναι επίσης εκείνα που αναφέρουν το μεγαλύτερο μέρος (80 %) όλων των αιτήσεων θεραπείας στην ομάδα δεδομένων TDI. Οι αριθμοί αυτοί είναι τουλάχιστον επταπλάσιοι σε σχέση με το 1993, όταν οι περιπτώσεις υποκατάστασης υπολογίζονταν σε περίπου 73 000 (Farrell, 1995). Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία στην ΕΕ και τη Νορβηγία αυξήθηκε κατά περίπου 15 % από το 2003 έως το 2005, κυρίως λόγω της αύξησης στη Γερμανία (όπου εκτιμάται ότι υπήρξε αύξηση κατά 8 300 περιπτώσεις), τη Γαλλία (5 706), την Ιταλία (6 234), την Πορτογαλία (4 168) και το Ηνωμένο Βασίλειο (41 500) <sup>(129)</sup>. Το 2005 αναφέρθηκε σταθεροποίηση του αριθμού ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης στις Κάτω Χώρες (122 περιπτώσεις ανά 100 000 κατοίκους) και το Λουξεμβούργο (355 περιπτώσεις ανά 100 000 κατοίκους).

Η μεγαλύτερη σχετική αύξηση μεταξύ 2003 και 2005 παρατηρήθηκε σε μερικά από τα νέα κράτη μέλη (χωρίς όμως να περιορίζεται μόνο σε αυτά). Μεταξύ των χωρών που ανέφεραν σημαντική αύξηση (άνω του 40 %) ήταν η Βουλγαρία, η Εσθονία, η Ελλάδα, η Λιθουανία, η Ρουμανία και η Νορβηγία. Οι αυξήσεις αυτές συνέπεσαν με τη γεωγραφική εξάπλωση της διαθεσιμότητας της θεραπευτικής επιλογής της υποκατάστασης σε πολλές από αυτές τις χώρες. Η παροχή της θεραπείας υποκατάστασης δεν αυξήθηκε σε όλα τα νέα κράτη μέλη: η Ουγγαρία, η Πολωνία και η Σλοβακία ανέφεραν σχετικά σταθερή κατάσταση, ενώ ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία στο πρόγραμμα μεθαδόνης υψηλών κριτηρίων πρόσβασης της Λεττονίας στην πραγματικότητα μειώθηκε από 67 σε 50. Σε δύο χώρες που παραδοσιακά εμφανίζουν υψηλά επίπεδα παροχής, την Ισπανία και τη Μάλτα, προσφάτως η παροχή μειώθηκε, πιθανότατα σε συνάρτηση με τα συνολικά επίπεδα ζήτησης σε αυτές τις χώρες.

Η σχέση μεταξύ των αιτήσεων επαναληπτικής θεραπείας, του αριθμού των θεραπειών συντήρησης και της επικράτησης

της προβληματικής χρήσης οπιοειδών είναι περίπλοκη. Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλουν αιτήσεις επαναληπτικής θεραπείας και των ατόμων που συμμετέχουν σε προγράμματα συντήρησης καθορίζεται από ιστορικές εξελίξεις στην επίπτωση και την επικράτηση της χρήσης οπιοειδών, καθώς και από την οργάνωση και το είδος της υπηρεσίας θεραπείας. Σε ορισμένες χώρες είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν τα εκτιμώμενα επίπεδα επικράτησης της χρήσης οπιοειδών για τον υπολογισμό της αναλογίας των ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης προς τους προβληματικούς χρήστες οπιοειδών.

Για τις χώρες της ΕΕ όπου υπήρχαν εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης οπιοειδών για το 2005 υπολογίστηκε το επίπεδο παροχής θεραπείας υποκατάστασης στους προβληματικούς χρήστες οπιοειδών (διάγραμμα 10). Τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα, με τα ποσοστά να κυμαίνονται από κάτω του 10 % (Σλοβακία) έως περίπου 50 % επί των χρηστών οπιοειδών (Ιταλία). Ωστόσο αυτό που σίγουρα προκύπτει από τα στοιχεία είναι η αναγκαιότητα επισκόπησης της διαθεσιμότητας των θεραπευτικών επιλογών σε όλες τις χώρες, ώστε να εξασφαλίζεται επαρκής παροχή που να καλύπτει τις εκτιμώμενες ανάγκες.

Τα επίπεδα της θεραπείας υποκατάστασης στα κράτη της Βαλτικής και τις Κεντρικής Ευρώπης, με εξαίρεση τη Σλοβενία, παρά τη μικρή αύξηση που υπήρξε πρόσφατα παραμένουν χαμηλά συγκριτικά με τον εκτιμώμενο αριθμό χρηστών οπιοειδών σε αυτά τα κράτη μέλη. Σύμφωνα με εκτίμηση από την Εσθονία μόλις το 5 % των χρηστών ηρωίνης στα τέσσερα μεγαλύτερα αστικά κέντρα καλύπτονται από προγράμματα υποκατάστασης και το ποσοστό αυτό σε εθνικό επίπεδο δεν ξεπερνά το 1 %.

### Αιτήσεις θεραπείας απεξάρτησης από τα οπιοειδή

Το ποσοστό των αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης που αφορούν τα οπιοειδή ως κύρια ουσία χρήσης αποτυπώνει, σε κάποιο βαθμό, τη σχετική επικράτηση των παράνομων οπιοειδών ως προβληματικών ναρκωτικών ουσιών που χρήζουν (περαιτέρω) θεραπείας, αν και το ποσοστό αυτό επηρεάζεται από την οργάνωση των υπηρεσιών θεραπείας και του συστήματος αναφοράς.

Το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη ποικίλλει από χώρα σε χώρα: με βάση τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία οι χρήστες οπιοειδών αποτελούν το 40-70 % όλων των αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης σε δώδεκα χώρες, λιγότερο από 40 % σε επτά χώρες και περισσότερο από 70 % σε έξι χώρες <sup>(130)</sup>.

Το ποσοστό που αντιπροσωπεύουν οι αιτήσεις θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη επί του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης παρουσίασε μείωση από 74 % το 1999 σε 61 % το 2005. Οι μόνες χώρες που δεν ανέφεραν μείωση είναι η Βουλγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο <sup>(131)</sup>.

Η μείωση, σε απόλυτους αριθμούς, των νέων αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από τα οπιοειδή, κυρίως λόγω της χρήσης ηρωίνης, επιβεβαιώνεται από την τάση όσον αφορά

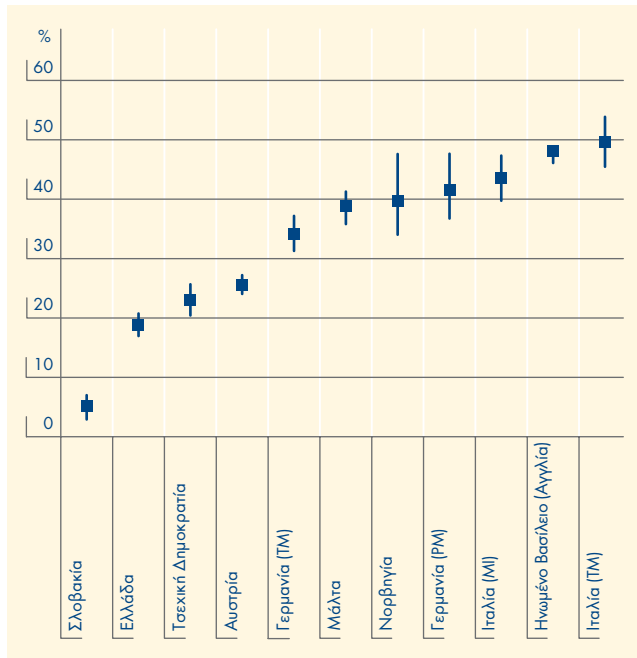
<sup>(128)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(129)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(130)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(131)</sup> Βλέπε διάγραμμα TDI-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

**Διάγραμμα 10:** Αριθμός ατόμων υπό θεραπεία συντήρησης για οπιοειδή ως ποσοστό επί του εκτιμώμενου αριθμού προβληματικών χρηστών οπιοειδών, 2005



Σημείωση: Αυτό το στοιχείο είναι διαθέσιμο μόνο για εννέα χώρες. Το σύμβολο δηλώνει ότι πρόκειται για εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου· η ράβδος δηλώνει ένα διάστημα αβεβαιότητας που απορρέει από τις διαδικασίες εκτίμησης· ο αριθμός των χρηστών οπιοειδών εκτιμάται με διάφορες μεθόδους: TM = treatment multiplier (πολλαπλασιαστής θεραπείας); PM = police multiplier (πολλαπλασιαστής αστυνομικών στοιχείων); MI = multivariate indicator (πολυμεταβλητός δείκτης). Όταν δεν αναφέρεται μέθοδος, η γραμμή που δίδεται δηλώνει το διάστημα μεταξύ του ελάχιστου κατώτατου ορίου όλων των υπάρχουσών εκτιμήσεων και το μέγιστο ανώτατο όριο αυτών. Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε διάγραμμα HSR-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία.

τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη: όλες οι χώρες, εκτός της Βουλγαρίας και της Ελλάδας, ανέφεραν ότι το ποσοστό των νέων αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη ως κύριας ουσίας χρήσης επί των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία παρουσίασε μείωση τα τελευταία επτά χρόνια. Από το 1999 ως το 2005 το ποσοστό ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη επί του συνόλου των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία μειώθηκε από 70 σε 37 %.

### Άτομα που ζητούν θεραπεία

Τα άτομα που ζητούν θεραπεία λόγω προβλημάτων με τα οπιοειδή τείνουν να είναι σχετικά μεγαλύτερης ηλικίας από

τα άτομα που ζητούν βοήθεια λόγω προβλημάτων με άλλες ναρκωτικές ουσίες<sup>(132)</sup> και τείνουν επίσης να αναφέρουν χειρότερη κοινωνική κατάσταση. Το επίπεδο ανεργίας στα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή είναι κατά κανόνα υψηλό, το επίπεδο εκπαίδευσης χαμηλό και, όπως αναφέρεται, τα άτομα αυτά σε ποσοστό 10 έως 18 % είναι άστεγοι.

Τα περισσότερα άτομα υπό θεραπεία (60 %) αναφέρουν ότι άρχισαν να κάνουν χρήση οπιοειδών πριν από την ηλικία των 20 ετών. Η χρήση οπιοειδών για πρώτη φορά μετά την ηλικία των 25 ετών είναι εξαιρετικά σπάνια<sup>(133)</sup>. Κατά μέσο όρο, μεταξύ της πρώτης χρήσης οπιοειδών και της πρώτης επαφής με θεραπεία απεξάρτησης μεσολαβεί διάστημα 7-8 ετών: η μέση ηλικία έναρξης χρήσης οπιοειδών ήταν τα 22 έτη και η μέση ηλικία προσφυγής σε θεραπεία για πρώτη φορά ήταν τα 29-30 έτη. Τα άτομα που ζήτησαν θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής διαμονής ήταν κατά κανόνα λίγο μεγαλύτερης ηλικίας από εκείνα υπό θεραπεία εξωτερικής παραμονής και, σύμφωνα με τα στοιχεία, το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της πρώτης επαφής με τη θεραπεία και μεταγενέστερες προσφυγές σε θεραπεία είναι αρκετά μικρό.

Όσον αφορά τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή σε κέντρα εξωτερικής διαμονής, σε κάθε γυναίκα αντιστοιχούν τρεις άνδρες και σε κέντρα εσωτερικής διαμονής τέσσερις. Ωστόσο υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών καθώς, κατά κανόνα, στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό των ανδρών επί του υπό θεραπεία πληθυσμού είναι υψηλότερο.

Σε όλη την Ευρώπη, μεταξύ των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή για τα οποία είναι γνωστός ο τρόπος χρήσης, ενέσιμη χρήση κάνει κατά μέσο όρο ποσοστό 58 % (53 % στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία). Το ποσοστό των ΧΕΝ είναι υψηλότερο στη Ρουμανία, στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Φινλανδία και χαμηλότερο στις Κάτω Χώρες, στη Δανία και την Ισπανία<sup>(134)</sup>.

Τα περισσότερα άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης για χρήση οπιοειδών είναι χρήστες πολλαπλών ναρκωτικών και κάνουν χρήση οπιοειδών σε συνδυασμό με δευτερεύουσες ουσίες, κυρίως άλλα οπιοειδή (35 %), κοκαΐνη (23 %) και κάνναβη (17 %)<sup>(135)</sup>.

Μερικές χώρες αναφέρουν υψηλό βαθμό συνύπαρξης εξάρτησης από οπιοειδή και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών στους χρήστες οπιοειδών, διαπίστωση η οποία αναφέρεται επίσης σε πολλές κλινικές μελέτες, από τις οποίες προκύπτει ότι η βαριά κατάθλιψη, οι διαταραχές λόγω άγχους, οι αντικοινωνικές διαταραχές και οι οριακές διαταραχές της προσωπικότητας είναι σχετικά συχνές διαταραχές στους χρήστες οπιοειδών (Mateu κ.ά., 2005).

<sup>(132)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(133)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-11, TDI-107 και TDI-109 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(134)</sup> Βλέπε πίνακες TDI-4 και TDI-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(135)</sup> Βλέπε πίνακα TDI-23 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.





## Κεφάλαιο 7

### Νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών και δράσεις για τα νέα ναρκωτικά

Οι νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών συχνά μιμούνται, επεκτείνουν ή υποκαθιστούν άλλες δημοφιλείς έως τότε τάσεις και εγείρουν ερωτήματα όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους καταφεύγει κανείς στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Ως εκ τούτου οι νέες τάσεις στη χρήση και την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών πρέπει να θεωρούνται όχι μόνο σε σχέση με τις αλλαγές που επιφέρουν στην πολιτική που ακολουθούν οι κυβερνήσεις, αλλά και ως προς τη μεταξύ τους σχέση και σε συνάρτηση με το ευρύτερο πλαίσιο των σύγχρονων τάσεων και των κοινωνικοπολιτισμικών αλλαγών στον τομέα των ψυχαγωγικών ενασχολήσεων.

Οι εξελίξεις στους τομείς της τεχνολογίας των πληροφοριών και των μέσων επικοινωνίας και ιδιαίτερα το Διαδίκτυο παρέχουν διαύλους που διευκολύνουν τη διάδοση νέων τάσεων και επιτρέπουν την έκφραση διαφορετικών απόψεων σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και τους κινδύνους που συνδέονται με αυτή.

Νέα ή μεταβαλλόμενα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών συνήθως εμφανίζονται σε τοπικό επίπεδο ή επίπεδο πόλεων και ελάχιστα κράτη μέλη διαθέτουν, για παράδειγμα, συστήματα παρακολούθησης που να δείχνουν την έκταση των θανάσιμων και των μη θανάσιμων περιπτώσεων τοξίνωσης από τη χρήση νέων ψυχοτρόπων ουσιών. Στο πλαίσιο αυτής της αποσπασματικής αναπόφευκτη εικόνας, οι πληροφορίες που συλλέγονται σχετικά με τις νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη αξιολογούνται μέσω της άντλησης πληροφοριών από ευρύ φάσμα πηγών.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι πρόσφατες εξελίξεις στην παράνομη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες συνήθως δεν περιλαμβάνονται στους βασικούς δείκτες της χρήσης ναρκωτικών και μόλις πρόσφατα προσδιορίστηκαν από τους φορείς χάραξης πολιτικής ως πιθανή πηγή προβληματισμού ή προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

#### Πιπεραζίνες: νέες ψυχοτρόπες ουσίες

Η πιο σημαντική εξέλιξη όσον αφορά τις νέες ψυχοτρόπες ουσίες τα τελευταία χρόνια είναι η εξαπλώση διαφόρων νέων παραγώγων πιπεραζινών, μερικά από τα οποία πρωτοεμφανίστηκαν στην Ευρώπη μεταξύ του 2004 και του 2006.

Αυτή η ομάδα συνθετικών ουσιών προέρχεται από τη μητρική ένωση πιπεραζίνη και περιλαμβάνει την ΒΖΡ [1-βενζυλοπιπεραζίνη] και την mCPP [1-(3-χλωροφαινυλο)πιπεραζίνη]. Οι δύο αυτές ουσίες διατίθενται ευρέως

από προμηθευτές χημικών ουσιών και στο Διαδίκτυο και η παράνομη παραγωγή τους περιορίζεται κυρίως στην παρασκευή χαπιών ή κάψουλων.

#### ΒΖΡ

Στο πλαίσιο μελετών έγινε αντιπαραβολή των φυσιολογικών και των υποκειμενικών αποτελεσμάτων της ΒΖΡ με εκείνα της αμφεταμίνης, από την οποία προέκυψε ότι η ΒΖΡ διαθέτει το ένα δέκατο περίπου της δραστηριότητας της δεξαμφεταμίνης.

Τα τελευταία χρόνια, προϊόντα που περιέχουν ΒΖΡ άρχισαν να αποτελούν αντικείμενο επιθετικής εμπορικής προώθησης ως η νόμιμη εναλλακτική επιλογή αντί της έκστασης από διάφορους λιανοπωλητές μέσω του έντυπου Τύπου, ιστοθέσεων του Διαδικτύου, ειδικών καταστημάτων και υπαίθριων πάγκων σε κλαμπ και φεστιβάλ, ενδεχομένως δε πωλούνται ως «έκσταση». Η ΒΖΡ παρέχεται σε διάφορους συνδυασμούς με άλλες πιπεραζίνες, κάποιοι από τους οποίους, κυρίως ο συνδυασμός ΒΖΡ με ΤFMPP<sup>(136)</sup>, θεωρείται ότι έχει σχεδιασθεί ώστε να μιμείται τα αποτελέσματα της έκστασης. Τα προϊόντα αυτά συνήθως φέρουν εμφανή επισήμανση ότι περιέχουν πιπεραζίνη, αλλά συχνά παρουσιάζονται ανακριβώς ως «φυσικά» ή «φυτικά».

Τα στοιχεία που συλλέγονται στην ΕΕ σχετικά με τις νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών υποσημαίνουν ότι οι εν λόγω τάσεις ενδεχομένως συμβαδίζουν με τις καταναλωτικές τάσεις στις νόμιμες αγορές — για παράδειγμα η πώληση απολύτως συνθετικών ουσιών όπως η ΒΖΡ με τον ισχυρισμό ότι είναι «φυσική» ή «φυτική» μπορεί να είναι ελκυστική σε ένα ευρύτερο καταναλωτικό κοινό που εκδηλώνει ενδιαφέρον για τα φυσικά προϊόντα. Επίσης η αντίληψη ότι η ΒΖΡ είναι ασφαλής καλλιεργείται από το γεγονός ότι τα προϊόντα συχνά πωλούνται από συγκεκριμένους λιανοπωλητές και εξειδικευμένα καταστήματα και όχι «στο δρόμο».

Η ΒΖΡ απαντήθηκε σε 14 κράτη μέλη της ΕΕ (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ελλάδα, Γαλλία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο) και στη Νορβηγία.

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με την ΒΖΡ, η οποία φαίνεται να έχει πολύ μικρό περιθώριο ασφάλειας όταν χρησιμοποιείται για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρθηκαν περιστατικά, στα οποία διαπιστώθηκε κλινικά ότι υπήρξε τοξίνωση από ΒΖΡ και επιβεβαιώθηκε τοξικολογικά ότι η ΒΖΡ ήταν η μόνη χρησιμοποιηθείσα ψυχοτρόπος ουσία, και κατά τα οποία οι χρήστες υπέστησαν σοβαρές παρενέργειες, με αποτέλεσμα κάποια από αυτά να αποτελέσουν έκτακτα ιατρικά περιστατικά.

<sup>(136)</sup> 1-(3-τριφθορομεθυλοφαινυλο)πιπεραζίνη.

Ωστόσο δεν υπάρχουν θανατηφόρες περιπτώσεις που να μπορούν να αποδοθούν άμεσα στη ΒΖΡ. Τον Μάρτιο του 2007 η ΕΕ, ανταποκρινόμενη στην εντεινόμενη ανησυχία σχετικά με τη χρήση ΒΖΡ, ζήτησε επισήμως την εκπόνηση αξιολόγησης των κινδύνων για την υγεία και των κοινωνικών κινδύνων που εγκυμονεί αυτή η ουσία <sup>(137)</sup>.

## mCPP

Η mCPP χαρακτηρίζεται ως παράγουσα διεγερτικά και παραισθησιογόνα αποτελέσματα παρόμοια με εκείνα της έκστασης (MDMA). Τα χάπια που περιέχουν mCPP συχνά σχεδιάζονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ομοιάζουν με χάπια έκστασης και πωλούνται ως τέτοια, ενώ μερικές φορές περιέχουν συνδυασμό αυτών των ναρκωτικών ουσιών. Μπορεί να θεωρηθεί ότι η mCPP έχει στόχο την ενίσχυση ή τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της MDMA.

Από το 2004 η mCPP έχει εντοπισθεί σε 26 κράτη μέλη (όλα εκτός της Κύπρου) και τη Νορβηγία. Ως εκ τούτου καθίσταται η πλέον διαδεδομένη νέα ψυχοτρόπος ουσία στην ΕΕ από το 1997, από τότε δηλαδή που ξεκίνησε η παρακολούθηση μέσω του ευρωπαϊκού συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχουν αναφερθεί σοβαρές τοξικές ή θανατηφόρες περιπτώσεις που συνδέονται με τη mCPP. Υπάρχουν λίγα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι πρόκειται για ιδιαίτερα επικίνδυνη ουσία από την άποψη της οξείας τοξικότητας, αν και η χρόνια τοξικότητα (παρατεταμένη χρήση) δεν έχει αποδειχθεί.

## GHB

Η ελεύθερη πώληση του GHB <sup>(138)</sup> περιορίστηκε αφότου, τον Μάρτιο του 2001, η ουσία αυτή συμπεριλήφθηκε

### Σεξουαλικές επιθέσεις που διευκολύνονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών

Περιπτώσεις σεξουαλικών επιθέσεων μετά την κατανάλωση από το υποψήφιο θύμα ναρκωτικών ουσιών που προστίθενται στο ποτό του εν αγνοία του για να κάμψουν τις αντιστάσεις του αναφέρονται ολοένα και πιο συχνά από τα μέσα ενημέρωσης αλλά και την ιατρική βιβλιογραφία από τη δεκαετία του 1980 και μετά. Ωστόσο είναι γνωστό ότι δύσκολα εξασφαλίζονται ιατροδικαστικά στοιχεία για αυτό το είδος εγκλήματος. Η ιατροδικαστική έρευνα διαπιστώνει συχνά την ύπαρξη υψηλών συγκεντρώσεων αλκοόλ και επίσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων που περιέχουν βενζοδιαζεπίνη σε περιπτώσεις καταγγελλόμενων σεξουαλικών επιθέσεων (σε άνω του 80 % των περιπτώσεων στη Γαλλία και του 30 % στο Ηνωμένο Βασίλειο), αλλά τα στενά χρονικά περιθώρια για την ανίχνευση ναρκωτικών όπως το GHB δυσχεραίνουν τη στοιχειοθέτηση στις υποθέσεις καταγγελλόμενων αδικημάτων αυτού του είδους εάν η καταγγελία δεν υποβληθεί σύντομα. Σύμφωνα με τα ιατροδικαστικά στοιχεία μελετών που διεξήχθησαν από το 2000 και μετά (στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Γαλλία, στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία), η χορήγηση ναρκωτικών ουσιών με σκοπό τη σεξουαλική επίθεση δεν είναι ιδιαίτερα σύννηθος φαινόμενο, αν και η πραγματική επίπτωση ενδέχεται να είναι υψηλότερη από την καταγραφέα λόγω της μη καταγγελίας ή της καθυστερημένης καταγγελίας της επίθεσης.

στο παράρτημα IV της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπους ουσίες. Ως εκ τούτου οι χώρες της ΕΕ είναι υποχρεωμένες να την ελέγχουν βάσει της νομοθεσίας τους που διέπει τις ψυχοτρόπους ουσίες. Το GHB χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς σκοπούς κατά τη διαδικασία της νάρκωσης στη Γαλλία και τη Γερμανία και για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της αποτοξίνωσης από το αλκοόλ στην Αυστρία και την Ιταλία. Τον Ιούνιο του 2005 η Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση (CHMP) του ΕΜΕΑ εισηγήθηκε τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας για το φαρμακευτικό προϊόν Xyrem (με δραστική ουσία το GHB) για τη θεραπεία της καταπληξίας σε ενήλικους ασθενείς με ναρκοληψία (ΕΜΕΑ, 2005) <sup>(139)</sup>.

Το GHB παρασκευάζεται εύκολα από τις πρόδρομες ουσίες του γάμα-βουτυρολακτόνη (GBL) και 1,4-βουτανودیολ (1,4-BD), διαλυτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται ευρέως στη βιομηχανία και διατίθενται στο εμπόριο. Μερικές χώρες, αναγνωρίζοντας τον κίνδυνο κατάχρησης αυτών των πρόδρομων ουσιών, επέλεξαν να συμπεριλάβουν τη μία ή και τις δύο ουσίες στην ειδική νομοθεσία τους για τον έλεγχο των ναρκωτικών ή σε παρεμφερείς νομοθετικές ρυθμίσεις (Ιταλία, Λετονία, Σουηδία). Καθώς η GBL δεν ελέγχεται στα περισσότερα κράτη μέλη και προμηθευτές χημικών ουσιών που δραστηριοποιούνται στο Διαδίκτυο παρέχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτή, μερίδα των χρηστών GHB φαίνεται να έχει στραφεί στη χρήση GBL. Από ποιοτικές αναλύσεις διαδικτυακών φόρουμ για το GHB και τα ναρκωτικά που εδρεύουν στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες προκύπτει ότι οι χρήστες προμηθεύονται τη GBL από προμηθευτές χημικών ουσιών που εμπορεύονται τη GBL για διάφορους νόμιμους σκοπούς.

### Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Από όλες τις διαθέσιμες πηγές στοιχείων προκύπτει ότι η γενική επικράτηση της χρήσης GHB είναι χαμηλή και ότι σημαντικό μέρος αυτής περιορίζεται σε ορισμένους συγκεκριμένους υποπληθυσμούς. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μέσω Διαδικτύου στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκε ότι η χρήση του GHB γίνεται πιο συχνά στο σπιτικό περιβάλλον (67 %) από ό,τι σε χώρους νυχτερινής διασκέδασης (26 %) (Sumnall κ.ά., 2007). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2005 σε 408 θαμνές παμπ στο Άμστερνταμ, η επικράτηση της χρήσης GHB σε ολόκληρη τη ζωή είναι πολύ υψηλότερη στους πελάτες μπαρ όπου συχνάζουν ομοφυλόφιλοι και καφετεριών που θεωρούνται της μόδας (17,5 και 19 % αντίστοιχα) από ό,τι στους πελάτες παμπ και καφετεριών με πιο μαζικό και φοιτητικό κοινό (5,7 και 2,7 % αντίστοιχα) (Nabben κ.ά., 2006).

### Τάσεις

Η έλλειψη στοιχείων καθιστά δύσκολη την εκτίμηση των τάσεων στη χρήση GHB, αν και από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η χρήση του GHB εξακολουθεί να περιορίζεται σε μερικές μικρές ομάδες υποπληθυσμών. Σύμφωνα με στοιχεία ερευνών για τη χορευτική μουσική που πραγματοποιήθηκαν στο Βέλγιο, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο η χρήση του GHB ενδεχομένως ανήλθε

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

<sup>(138)</sup> Ο όρος GHB χρησιμοποιείται ώστε να συμπεριλαμβάνεται η πιθανή χρήση GBL ή 1,4-BD.

<sup>(139)</sup> Βλέπε «Διαδικασία χορήγησης ευρωπαϊκής άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων», σ. 68.

### Το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφορόρησης για τις αναδυόμενες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών

Το 2004 άνω του ενός τρίτου των νέων στην ΕΕ δήλωσαν ότι αν ήθελαν να ενημερωθούν σχετικά με τα ναρκωτικά θα αναζητούσαν πληροφορίες στο Διαδίκτυο (Ευρωβαρόμετρο, 2004). Εάν πράγματι οι νέοι αναζητούν τέτοιους είδους πληροφορίες στο Διαδίκτυο, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο οι πληροφορίες που βρίσκουν είναι αντικειμενικές και ακριβείς. Υπάρχουν πολλές ιστοσελίδες με θέμα τη χρήση ναρκωτικών, κάποιες από αυτές ανήκουν σε κρατικούς φορείς, άλλες σε ομάδες πίεσης ή οργανώσεις προστασίας του καταναλωτή ή άλλων ομάδων του πληθυσμού. Το Διαδίκτυο όμως δεν αποτελεί μόνο πηγή πληροφορόρησης για τα ναρκωτικά αλλά και μέσο διάθεσης νόμιμων και παράνομων ουσιών, με πολλές ιστοθέσεις να προσφέρουν προς πώληση τόσο παράνομα ναρκωτικά όσο και τις νόμιμες εκδοχές τους. Εκμεταλλεζόμενοι τις δυνατότητες εμπορικής προώθησης του Διαδικτύου μέσω στρατηγικών επιγραμμικής προώθησης ειδικά προσαρμοσμένων στις απαιτήσεις των χρηστών και στις μεταβαλλόμενες συνθήκες στην αγορά και στη νομοθεσία, όσοι εμπορεύονται ναρκωτικά μέσω του Διαδικτύου είναι πλέον σε θέση να διαδίδουν νέες πρακτικές χρήσης και νέα προϊόντα.

Εντός του πλαισίου του σχεδίου E-POD (Ευρωπαϊκές Προοπτικές για τα Ναρκωτικά) το ΕΚΠΝΤ διερευνά τρόπους για την αξιοποίηση του Διαδικτύου ως πηγής πληροφορόρησης για τις νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών. Σε επίπεδο ΕΕ υπάρχουν επίσης εξελίξεις για την παροχή αξιόπιστης πληροφορόρησης για θέματα δημόσιας υγείας: η νέα πύλη της ΕΕ για τη δημόσια υγεία παρέχει πρόσβαση σε ευρύ φάσμα πόρων αναφορικά με τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με τα ναρκωτικά<sup>(1)</sup>.

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>.

στο υψηλότερό της σημείο γύρω στο 2000-2003 και στη συνέχεια μειώθηκε. Ωστόσο δεν είναι σαφές το κατά πόσο οι διαπιστώσεις αυτές ισχύουν και για άλλες υποομάδες. Σημειώνεται ότι το 2005 τηλεφωνικές γραμμές παροχής βοήθειας για προβλήματα ναρκωτικών της Φινλανδίας ανέφεραν για πρώτη φορά τηλεφωνικές κλήσεις που αφορούσαν την GBL (FESAT, 2005).

### Κίνδυνοι για την υγεία

Ο βασικός κίνδυνος για την υγεία που συνδέεται με τη χρήση GHB φαίνεται να είναι ο υψηλός κίνδυνος απώλειας συνείδησης, ιδίως όταν η ναρκωτική ουσία συνδυάζεται με αλκοόλ ή άλλες πρεμιστικές ουσίες. Η χρήση GHB μπορεί να προκαλέσει και άλλα προβλήματα, όπως πτώση σε κώμα, μείωση της θερμοκρασίας του σώματος, υποτονία, παραισθήσεις, ναυτία, έμετος, βραδυκαρδία και αναπνευστική καταστολή. Η παρατεταμένη χρήση έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να προκαλέσει σωματική εξάρτηση από το GHB και η πιθανή παρουσία διαλυτικών ουσιών ή βαρέων μετάλλων εγκυμονεί περαιτέρω κινδύνους για την υγεία.

Από το 1993 έως σήμερα πέντε κράτη μέλη και η Νορβηγία έχουν αναφέρει στο ΕΚΠΝΤ θανάτους που συνδέονται με τη χρήση GHB: Δανία και Ιταλία (από μία περίπτωση), Φινλανδία και Νορβηγία (από τρεις περιπτώσεις), καθώς

και Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο (περίπου 40 θάνατοι που συνδέονται με το GHB).

Στο Άμστερνταμ τα αναφερθέντα μη θανατηφόρα έκτακτα περιστατικά που οφείλονταν στη χρήση GHB ήταν 76 το 2005, αριθμός μεγαλύτερος, όπως και τα προηγούμενα χρόνια, από εκείνον των έκτακτων ιατρικών περιστατικών που αποδίδονται στη χρήση παραισθησιογόνων μανιταριών (70 περιπτώσεις), έκστασης (63 περιπτώσεις), αμφεταμίνης (τρεις περιπτώσεις) και LSD (μία περίπτωση). Σε σύγκριση με άλλες ουσίες, το ποσοστό των περιπτώσεων GHB στα οποία κρίθηκε απαραίτητη η μετάβαση σε νοσοκομείο ήταν υψηλότερο (84%). Τα αιτήματα παροχής πληροφοριών σχετικά με το GHB που έλαβε το εθνικό κέντρο δηλητηριάσεων των Κάτω Χωρών το 2005 αυξήθηκαν κατά 27% (241 από συνολικά 1 383 υποβληθέντα αιτήματα) συγκριτικά με το 2004.

### Μείωση του κινδύνου

Η αντιμετώπιση της χρήσης GHB γίνεται στις περισσότερες περιπτώσεις μέσω σχεδίων σε εθνικό επίπεδο ή επίπεδο τοπικής κοινωνίας που στοχοθετούν τους χώρους νυχτερινής διασκέδασης και συνήθως περιλαμβάνουν την επιμόρφωση του προσωπικού των κλαμπ και την ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση GHB (Γερμανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο). Κεντρική θέση στην ενημέρωση σχετικά με το GHB κατέχει η παροχή συμβουλών σχετικά με τις προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται στους χώρους νυχτερινής διασκέδασης ώστε να αποτρέπεται η προσθήκη της ουσίας στα ποτά και τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται σε περίπτωση πιθανής υπερβολικής δόσης. Ολοένα και συχνότερα σε μεγάλες εκδηλώσεις, ειδικές ομάδες επιφορτίζονται με την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις περιστατικών που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών, περιλαμβανομένου του GHB, καθώς και του αλκοόλ.

### Κεταμίνη

Η κεταμίνη τελεί υπό παρακολούθηση στην ΕΕ από το 2000, οπότε και εκφράστηκαν οι πρώτες ανησυχίες για ενδεχόμενη κατάχρησή της (ΕΚΠΝΤ, 2002). Σε εθνικό επίπεδο η κεταμίνη διέπεται από τη νομοθεσία για τις ελεγχόμενες ναρκωτικές

### Νέες ψυχοδραστικές ουσίες

Η απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου της 10ης Μαΐου 2005 σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών προβλέπει ένα μηχανισμό για την ταχεία ανταλλαγή πληροφοριών αναφορικά με νέες ψυχοδραστικές ουσίες που ενδέχεται να συνιστούν απειλή για τη δημόσια υγεία και την κοινωνία. Το ΕΚΠΝΤ και η Ευρωπαϊκή Ένωση, σε στενή συνεργασία με τα αντίστοιχα δίκτυά τους —το δίκτυο εθνικών εστιακών πόλων Reitox και το δίκτυο εθνικών υπηρεσιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης— ανέλαβαν κίριο ρόλο στην υλοποίηση ενός συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης για τον εντοπισμό νέων ψυχοδραστικών ουσιών<sup>(1)</sup>.

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

ουσίες (και όχι από τους κανονισμούς φαρμάκων) στα μισά σχεδόν κράτη μέλη. Στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο η κεταμίνη συμπεριελήφθη στον κατάλογο των ναρκωτικών ουσιών το 2005 και το 2006 αντίστοιχα. Κριτική επισκόπηση που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα από την ΠΟΥ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο διεθνής έλεγχος θα δημιουργούσε προβλήματα στη διαθεσιμότητα της ουσίας για ιατρική χρήση σε απομακρυσμένες περιοχές του κόσμου και για κτηνιατρική χρήση, επειδή δεν υπάρχει κατάλληλο υποκατάστατο (ΠΟΥ, 2006). Κατόπιν της επισκόπησης αυτής το σχέδιο απόφασης της επιτροπής για τα ναρκωτικά των Ηνωμένων Εθνών για την αντιμετώπιση της απειλής που συνιστά η κατάχρηση και η εκτροπή της κεταμίνης, το οποίο δημοσιεύθηκε τον Μάρτιο του 2007, κάλεσε τα κράτη μέλη να εξετάσουν το ενδεχόμενο

καθιέρωσης ενός συστήματος προληπτικών μέτρων που θα χρησιμοποιούν οι κρατικές υπηρεσίες τους για τη διευκόλυνση του έγκαιρου εντοπισμού κρουσμάτων εκτροπής της κεταμίνης.

Τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση της κεταμίνης είναι λιγιστά, αν και σε πρόσφατη έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου αναφέρθηκαν ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε ολόκληρη τη ζωή μικρότερα του 0,5 %. Λίγα στοιχεία υπάρχουν επίσης και από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε χώρους χορευτικής μουσικής, ενώ τα ποσοστά της χρήσης κεταμίνης σε ολόκληρη τη ζωή που αναφέρθηκαν στις διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε αυτό τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου κυμαίνονταν από 7 % σε μια τσεχική έρευνα έως 21 % σε ένα ουγγρικό δείγμα.



## Κεφάλαιο 8

# Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά

### Συνδεόμενα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα

Από τα στοιχεία που συγκέντρωσε το ΕΚΠΝΤ και το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS (EuroHIV, 2006) προκύπτει ότι, στα τέλη του 2005, η μετάδοση του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (ΧΕΝ) κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τούτο μπορεί να οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, στην αυξημένη διαθεσιμότητα μέτρων πρόληψης, θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, όπως η θεραπεία υποκατάστασης και τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων. Ωστόσο και άλλοι παράγοντες, όπως η μείωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών που παρατηρήθηκε σε αρκετές χώρες, μπορεί να έχουν επιτελέσει σημαντικό ρόλο. Πάντως σε αρκετές χώρες και περιοχές της ΕΕ η μετάδοση του ιού HIV που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι πιθανόν να εξακολούθησε να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα το 2005<sup>(140)</sup>, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα να διασφαλισθεί η καλυπτικότητα και η αποτελεσματικότητα των τοπικών πρακτικών πρόληψης.

Η παρακολούθηση των λοιμωδών νοσημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στους ΧΕΝ στην Ευρώπη επικεντρώνεται επί του παρόντος στον ιό του HIV/AIDS και στην ιογενή ηπατίτιδα (Β και Γ). Περιλαμβάνει δύο συμπληρωματικά συστήματα, την αναφορά περιπτώσεων («κοινοποιήσεις», δηλαδή μετρήσεις του απόλυτου αριθμού των νεοαναφερθεισών/νεοκοινοποιηθεισών περιπτώσεων) και την παρακολούθηση του «επιπολασμού οροθετικότητας» («sentinel surveillance» ήτοι εκατοστιαία αναλογία πασχόντων σε δείγματα ΧΕΝ) (διάγραμμα 11)<sup>(141)</sup>. Και τα δύο συστήματα κατά πάσα πιθανότητα παρουσιάζουν ατέλειες και υπάρχουν διαφορές από χώρα σε χώρα ως προς τη διαθεσιμότητα των σχετικών στοιχείων. Ωστόσο, αν και τα στοιχεία που παρέχουν αμφότερα τα συστήματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, από κοινού παρέχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των πρόσφατων επιδημιολογικών τάσεων.

### Δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού του ιού HIV

#### Αναφορά περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό HIV

Οι αναφορές περιπτώσεων νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων από τον ιό HIV αποτελούν σημαντικό δείκτη του αριθμού (επίπτωση) των νέων περιπτώσεων μόλυνσης στους χρήστες

ενέσιμων ναρκωτικών. Κατά την ερμηνεία αυτών των στοιχείων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: η διάγνωση πασχόντων ΧΕΝ δεν είναι δυνατή εάν οι τελευταίοι δεν είναι σε επαφή με υγειονομικές υπηρεσίες, οι νέες περιπτώσεις μόλυνσης δεν οφείλονται κατ' ανάγκη στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και, τέλος, ο αριθμός των περιπτώσεων που διαπιστώνονται μπορεί να επηρεάζεται από διαφορές στα ποσοστά πραγματοποίησης εξετάσεων και υποβολής αναφορών από χώρα σε χώρα ή σε βάθος χρόνου.

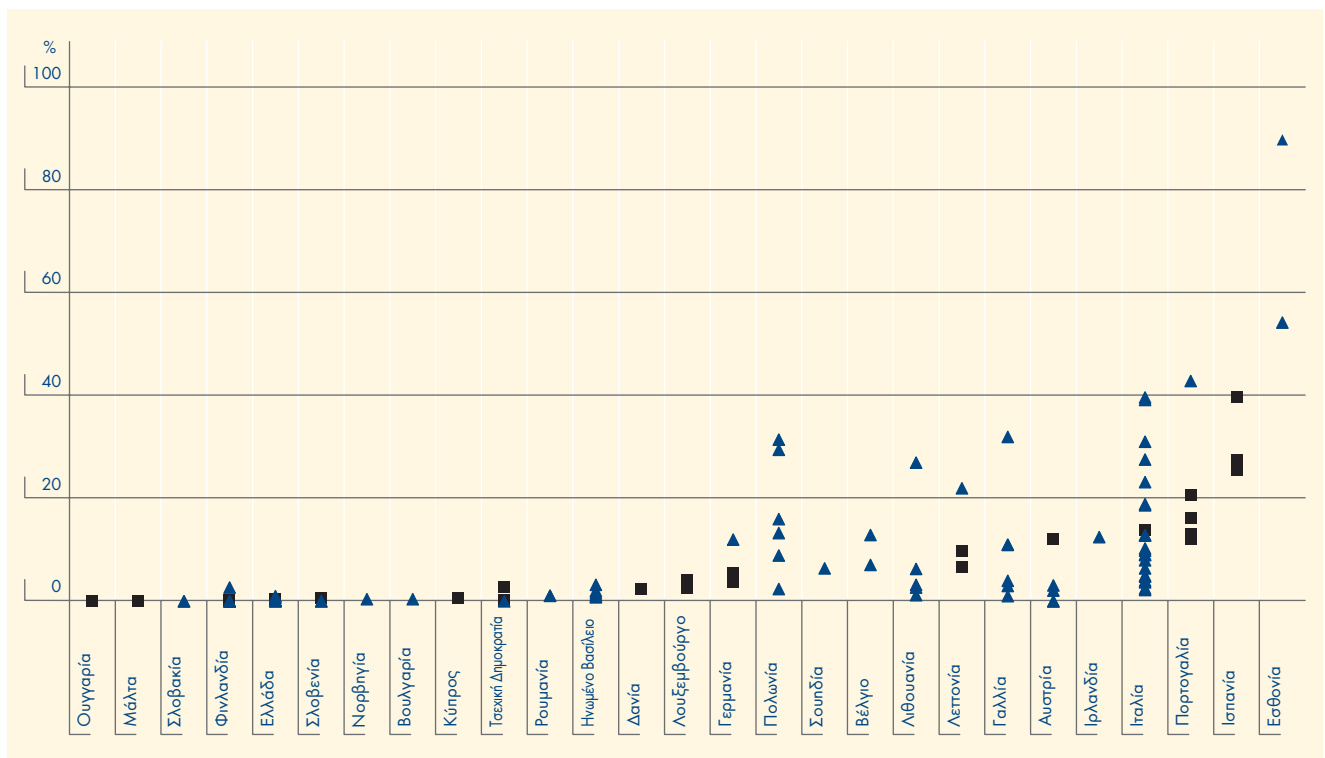
Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι το 2005 στις περισσότερες χώρες τα ποσοστά νέων περιπτώσεων μόλυνσης στους ΧΕΝ ήταν χαμηλά. Ένας περιοριστικός παράγοντας σε αυτή την ανάλυση είναι ότι σε αρκετές χώρες που παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό δεν υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία από την αναφορά περιπτώσεων (Εσθονία, Ισπανία, Ιταλία, Αυστρία). Σε 19 κράτη μέλη, τα περισσότερα από τα οποία δεν γνώρισαν ποτέ μεγάλες επιδημίες του ιού HIV στους ΧΕΝ, το 2005 τα ποσοστά αναφερθεισών περιπτώσεων που αφορούσαν ΧΕΝ δεν ξεπέρασαν τις πέντε περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους. Υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο (16 και 15 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους αντίστοιχα). Στην Πορτογαλία, η οποία ανέφερε το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις χώρες για τις οποίες υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για τους ΧΕΝ (85 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2005), η τρέχουσα κατάσταση φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί μετά από τη μείωση που σημειώθηκε μεταξύ του 2000 και του 2003<sup>(142)</sup>. Στη Λεττονία, στη Λιθουανία και, πιθανόν, στην Εσθονία τα ποσοστά των αναφερθεισών νέων περιπτώσεων μόλυνσης που αφορούσαν ΧΕΝ μειώθηκαν σημαντικά μετά την κορύφωση της επιδημίας το 2001-2002, αν και εξακολουθούν να βρίσκονται ψηλά σε σχέση με τις περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες. Στη Λεττονία το ποσοστό μειώθηκε από 283 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2001 σε 49 ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2005. Στη Λιθουανία, μετά από μια επιδημική έκρηξη στους κρατούμενους φυλακών, την κορύφωση που παρατηρήθηκε το 2002 (109 ανά εκατομμύριο κατοίκους) ακολούθησε μείωση στις 25 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2005. Το υψηλότερο ποσοστό νέων περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό HIV αναφέρθηκε και πάλι από την Εσθονία, παρά τη σημαντική μείωση των περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό HIV. Επίσης, παρά το γεγονός ότι για την Εσθονία δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για τους ΧΕΝ, η ενέσιμη χρήση κατά πάσα πιθανότητα θα εξακολουθήσει να αποτελεί σημαντική οδό μετάδοσης του ιού HIV στη χώρα αυτή.

<sup>(140)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(141)</sup> Κάποιες από τις μελέτες επιπολασμού σε αυτόν τον τομέα είναι μικρής κλίμακας: σε αυτή την ενότητα αναφέρονται μόνο δείγματα τουλάχιστον 50 ατόμων και στατιστικά σημαντικές ( $p < 0,05$ ) διαχρονικές τάσεις.

<sup>(142)</sup> Η αύξηση που παρατηρήθηκε το 2004 (περιπτώσεις HIV) και το 2005 (περιπτώσεις AIDS) στην Πορτογαλία μπορεί να οφείλονται στη μεγαλύτερη προσοχή που επέδειξαν και στις περισσότερες αναφορές που υπέβαλαν οι επαγγελματίες του κλάδου μετά από συζητήσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας που καθιστά υποχρεωτική την αναφορά των περιπτώσεων HIV το 2005.

**Διάγραμμα 11:** Εκτιμήσεις από εθνικές και υποεθνικές μελέτες της επικράτησης HIV μεταξύ χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, 2004-2005



Σημείωση: Μαύρο τετράγωνο = δείγμα με εθνικό εύρος κάλυψης, Μπλε τρίγωνο = δείγμα με υποεθνικό (περιλαμβάνει τοπικό ή περιφερειακό) εύρος κάλυψης. Οι εκτιμήσεις για την Ισπανία και τη Σουηδία περιλαμβάνουν τα στοιχεία του 2006· τα στοιχεία για την Ιρλανδία και τη Λετονία είναι από το 2003· για τη Σλοβακία από το 2003/04. Οι χώρες παρουσιάζονται με σειρά αυξανόμενης επικράτησης, βάσει του μέσου όρου των εθνικών δεδομένων ή, αν δεν υπάρχουν, των υποεθνικών δεδομένων. Οι συγκρίσεις μεταξύ χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών τύπων δομών και μεθόδων μελέτης· οι εθνικές στρατηγικές δειγματοληψίας ποικίλλουν – βλέπε διάγραμμα INF-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για περαιτέρω πληροφορίες. Το μέγεθος όλων των αναφερόμενων δειγμάτων είναι άνω του 50.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox. Για τις πρωτογενείς πηγές, αναλυτικές πληροφορίες και στοιχεία προ του 2004, βλέπε πίνακα INF-8 μέρος i) και μέρος ii) και πίνακα INF-0 μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

### Επιπολασμός του ιού HIV στους νεαρούς ΧΕΝ και τους νέους ΧΕΝ

Τα συμπεράσματα που αντλούνται από τα διαθέσιμα στοιχεία από την αναφορά περιπτώσεων επιβεβαιώνονται από την ανάλυση των επιπέδων μόλυνσης από τον ιό HIV στα δείγματα νέων ΧΕΝ (ενέσιμη χρήση εδώ και λιγότερο από δύο χρόνια) και των νεαρών ΧΕΝ (ηλικίας κάτω των 25 ετών). Καθώς οι μολύνσεις σε αυτές τις ομάδες είναι κατά πάσα πιθανότητα πρόσφατες, τα στοιχεία αυτά αποτελούν προσεγγιστικό δείκτη της επίπτωσης του ιού HIV. Στις υποομάδες αυτές (που παρατίθενται στις μελέτες επιπολασμού που αναφέρονται κατωτέρω) το υψηλό ποσοστό μόλυνσης από HIV (άνω του 5 % το 2004-2005) επιβεβαιώνει τις ενδείξεις για υψηλή επίπτωση στους ΧΕΝ το τελευταίο διάστημα στην Πορτογαλία (στοιχεία σε εθνικό επίπεδο), στη Λιθουανία και την Εσθονία (στοιχεία σε επίπεδο περιφέρειας ή δήμου). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στον έναν από τους τρεις δήμους της Πολωνίας που ανέφεραν στοιχεία<sup>(143)</sup>. Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι το μέγεθος αυτών των ειρήμερων δειγμάτων είναι, κατά κανόνα, μικρό και ότι για ορισμένες χώρες δεν υπάρχουν στοιχεία για τον επιπολασμό οροθετικότητας στους νεαρούς ΧΕΝ και τους νέους ΧΕΝ.

### Τάσεις στον επιπολασμό του ιού HIV

Η αύξηση του επιπολασμού του ιού HIV σε επαναλαμβανόμενα δείγματα ΧΕΝ μπορεί επίσης να αποτελεί ένδειξη συνέχισης των μολύνσεων, αν και η μείωση της θνησιμότητας των πασχόντων ΧΕΝ και ο μειωμένος αριθμός μη πασχόντων ΧΕΝ μπορεί επίσης να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τις περισσότερες από τις διαθέσιμες χρονοσειρές για την ΕΕ ο επιπολασμός είναι σταθερός, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο αριθμός των πασχόντων ΧΕΝ που αποβιώνουν ισοσταθμίζεται από τον αριθμό των ΧΕΝ που μολύνονται από τον ιό HIV. Παρ' όλα αυτά σε ορισμένες μελέτες χρονοσειρών παρατηρούνται διασκορπισμένες γεωγραφικά αυξήσεις του επιπολασμού σε εννέα χώρες μετά το 2001, οι οποίες ωστόσο συχνά συνοδεύονται από σταθερές ή καθοδικές τάσεις σε άλλες περιοχές, γεγονός που δυσχεραίνει τον προσδιορισμό των γενικών τάσεων. Στις χώρες αυτές συγκαταλέγονται και πάλι η Λετονία (αύξηση σε εθνικό επίπεδο) και η Λιθουανία (αύξηση σε μία πόλη), αλλά και η Αυστρία (αύξηση σε εθνικό επίπεδο), το Ηνωμένο Βασίλειο (αύξηση στην Αγγλία και την Ουαλία, όπου ωστόσο το επίπεδο εξακολουθεί να είναι χαμηλό), καθώς και σε μερικές χώρες όπου το επίπεδο του επιπολασμού παραμένει πολύ χαμηλό (κάτω του 1 %). Συνολικά αυτές οι αυξήσεις στον επιπολασμό του ιού HIV σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο δείχνουν

<sup>(143)</sup> Βλέπε πίνακες INF-9 και INF-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Στην ετήσια έκθεση περιλαμβάνονται μόνο αναφορές που αφορούν δείγματα 50 ατόμων και άνω.



ότι δεν υπάρχουν περιθώρια για εφψυχασμό όσον αφορά την παροχή μέτρων πρόληψης για τους ΧΕΝ.

Στον αντίποδα μείωση του επιπολασμού αναφέρεται από την Ελλάδα (τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε μια περιφέρεια), την Ισπανία (τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε μια περιφέρεια) και τη Φινλανδία (σε εθνικό επίπεδο). Επίσης συστηματικά χαμηλός επιπολασμός μετά το 2001 (κάτω του 1 % σε όλα τα διαθέσιμα στοιχεία) αναφέρεται από τέσσερις χώρες, όλες νέα κράτη μέλη: τη Βουλγαρία (Σόφια, αλλά ο επιπολασμός παρουσιάζει αύξηση), την Ουγγαρία (σε εθνικό επίπεδο), τη Σλοβενία (σε δύο πόλεις, αλλά ο επιπολασμός παρουσιάζει αύξηση) και τη Σλοβακία (δύο πόλεις).

Συνολικά στις άνω των 90 χρονοσειρές επαναλαμβανόμενων μετρήσεων του επιπολασμού του ιού HIV σε δείγματα ΧΕΝ σε 22 κράτη μέλη συν τη Νορβηγία κατά την περίοδο 2001-2005 οι περισσότερες περιφέρειες εμφανίζουν ανοδική και όχι καθοδική τάση. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι, ιδίως στις περιοχές με υψηλό επιπολασμό, τα κρούσματα μόλυνσης στους ΧΕΝ φαίνεται τώρα να παρουσιάζουν μείωση και, πιθανόν, ότι οι πολιτικές πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών φαίνεται να αποδίδουν<sup>(144)</sup>.

### Εκτίμηση σε επίπεδο ΕΕ

Βάσει των διαθέσιμων αναφορών περιπτώσεων και των στοιχείων για τον επιπολασμό οροθετικότητας και εκτιμήσεων του αριθμού των ΧΕΝ και των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών (βλέπε κεφάλαιο 6), εκτιμάται ότι στην ΕΕ ενδέχεται να υπάρχουν γύρω στους 100 000 έως 200 000 φορείς του ιού HIV που έχουν κάνει στη ζωή τους ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Ο αριθμός των νεοδιαγνωσθεισών περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών εκτιμάται ότι επί του παρόντος ανέρχεται σε 3 500 το χρόνο στην ΕΕ.

### Επίπτωση του AIDS και πρόσβαση στο HAART

Καθώς η υψηλή δραστηριότητα αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART), η εφαρμογή της οποίας άρχισε το 1996, προλαμβάνει αποτελεσματικά την εμφάνιση του AIDS σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, τα στοιχεία για την επίπτωση του AIDS έχουν καταστεί λιγότερο χρήσιμα ως δείκτες για τη μετάδοση του ιού HIV. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της ΠΟΥ το επίπεδο κάλυψης της HAART είναι υψηλό στα κράτη μέλη της ΕΕ, τις υποψήφιες χώρες και τη Νορβηγία, καθώς όλες αυτές οι χώρες αναφέρουν ποσοστό κάλυψης τουλάχιστον 75 %<sup>(145)</sup>, αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για τους ΧΕΝ. Τα στοιχεία για την επίπτωση του AIDS εξακολουθούν να είναι σημαντικά, καθώς δείχνουν το επίπεδο των συμπτωματικών νοσημάτων και το επίπεδο της εφαρμογής και κάλυψης της HAART.

Η Πορτογαλία παραμένει η χώρα με την υψηλότερη επίπτωση του AIDS που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Είναι η μόνη χώρα στην οποία καταγράφεται πρόσφατη αύξηση, καθώς το 2005 εκτιμάται ότι οι νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους ήταν 36, από 30 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο

κατοίκους το 2004. Επίσης η συνολική θνησιμότητα από AIDS (που κατά πάσα πιθανότητα συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών) δεν μειώθηκε από το 1997 έως το 2002, γεγονός που υποδηλώνει ότι το επίπεδο πρόσβασης στη HAART ήταν ενδεχομένως χαμηλό κατά την περίοδο αυτή<sup>(146)</sup>. Όσον αφορά τις χώρες της Βαλτικής, στη Λετονία καταγράφεται μείωση της επίπτωσης του AIDS, ήτοι 23 νέες περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2005, από το υψηλό των 26 νέων περιπτώσεων ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2004, ενώ η Εσθονία δεν παρείχε συγκεκριμένα στοιχεία για τους ΧΕΝ το 2005 αλλά ανέφερε αύξηση μεταξύ του 2003 και του 2004 (από τέσσερις σε 13 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο)<sup>(147)</sup>.

### Μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β και Γ

Ενώ η μόλυνση από τον ιό HIV στους ΧΕΝ στην ΕΕ εντοπίζεται κυρίως σε λίγες χώρες με υψηλό επιπολασμό, η ιογενής ηπατίτιδα και ειδικότερα η μόλυνση που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Γ (HCV) εμφανίζει πολύ πιο ομοιόμορφη κατανομή και υψηλότερο επιπολασμό.

Τα επίπεδα αντισωμάτων κατά του ιού HCV που εμφανίζει ποσοστό άνω του 60 % των δειγμάτων ΧΕΝ που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις την περίοδο 2004-2005 αναφέρονται σε 60 μελέτες από 17 χώρες (έξι από τις 28 χώρες δεν ανέφεραν στοιχεία)<sup>(148)</sup>. Στους νεαρούς ΧΕΝ (ηλικίας κάτω των 25 ετών) των δειγμάτων αυτών διαπιστώθηκε υψηλός επιπολασμός (άνω του 40 % σε ένα τουλάχιστον δείγμα) σε επτά χώρες και στους νέους ΧΕΝ για τους οποίους δεν υπάρχουν στοιχεία σε πολλές χώρες στην Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο<sup>(149)</sup>. Μόνο πέντε χώρες ανέφεραν μελέτες στις οποίες ο επιπολασμός ήταν μικρότερος από 25 %.

Βάσει των διαθέσιμων στοιχείων και των εκτιμήσεων του αριθμού των ΧΕΝ και των προβληματικών χρηστών (βλέπε κεφάλαιο 6), υπολογίζεται ότι στην ΕΕ ενδέχεται να υπάρχουν περίπου ένα εκατομμύριο φορείς του ιού HCV που έχουν κάνει στη ζωή τους ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Ο επιπολασμός των δεικτών του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) παρουσιάζει μεγαλύτερη διακύμανση σε σχέση με εκείνον των δεικτών HCV, πιθανώς λόγω διαφορών στα επίπεδα εμβολιασμού. Η πληρέστερη ομάδα δεδομένων είναι αυτή που αφορά το αντίσωμα του βασικού αντιγόνου του ιού της ηπατίτιδας Β (anti-HBc), γεγονός που υποδηλώνει ιστορικό μόλυνσης. Την περίοδο 2004-2005 έξι χώρες ανέφεραν ποσοστό επιπολασμού άνω του 40 %.

Οι διαχρονικές τάσεις στις κοινοποιηθείσες περιπτώσεις ηπατίτιδας Β και ηπατίτιδας Γ δείχνουν δυο διαφορετικές εικόνες. Στην περίπτωση της ηπατίτιδας Β το ποσοστό των ΧΕΝ επί του συνόλου των κοινοποιηθεισών περιπτώσεων φαίνεται σε γενικές γραμμές να παρουσιάζει μείωση, πιθανώς χάρη στον αυξανόμενο αντίκτυπο των προγραμμάτων εμβολιασμού. Δεν διαφαίνεται κάποια γενική τάση όσον αφορά το ποσοστό των ΧΕΝ επί του συνόλου των κοινοποιηθεισών περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Γ<sup>(150)</sup>. ωστόσο το ποσοστό αυτό διαφέρει

<sup>(144)</sup> Βλέπε πίνακες INF-8, INF-9 και INF-10 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(145)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-14 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

<sup>(146)</sup> Εθνικό συντονιστικό κέντρο για τη μόλυνση HIV/AIDS, Υπουργείο Υγείας της Πορτογαλίας, 2006.

<sup>(147)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Τα στοιχεία για τα δύο τελευταία χρόνια αποτελούν εκτιμήσεις που αναπροσαρμόζονται ώστε να λαμβάνονται υπόψη στοιχεία που υποβλήθηκαν με καθυστέρηση και ως εκ τούτου υπόκεινται σε αλλαγές από καιρό σε καιρό (πηγή EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Βλέπε πίνακες INF-11, INF-12 και INF-13 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Στην ετήσια έκθεση περιλαμβάνονται μόνο αναφορές που αφορούν δείγματα τουλάχιστον 50 ατόμων.

<sup>(149)</sup> Βλέπε διάγραμμα INF-6 (μέρος vii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(150)</sup> Βλέπε διαγράμματα INF-8 και INF-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

## Καλή υγεία στις φυλακές για καλή δημόσια υγεία

Μεταξύ των μεγαλύτερων προκλήσεων για τη δημόσια υγεία τις τελευταίες δύο δεκαετίες είναι: η επανεμφάνιση μεταδοτικών ασθενειών όπως η φυματίωση, η αύξηση και ταχεία εξάπλωση του HIV/AIDS και τέλος η, κατά τα φαινόμενα αδύνατο να ελεγχθεί, πανδημία της προβληματικής χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Τα πλέον εύλωτα τμήματα του πληθυσμού πλήττονται δυσανάλογα από αυτές τις προκλήσεις. Στους πληθυσμούς των τροφίμων των φυλακών ιδίως, τα προβλήματα χρήσης ναρκωτικών είναι συνηθισμένο φαινόμενο και τα επίπεδα μεταδοτικών ασθενειών είναι επίσης υψηλά. Επιπλέον, η χρήση ναρκωτικών συχνά συνεχίζεται ή και ξεκινά στη φυλακή. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου είναι συνηθισμένες. Οι φυλακές κατά συνέπεια είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα προσβολής από δυνητικά απειλητικές για τη ζωή νόσους αλλά ταυτόχρονα δίνουν την ευκαιρία για παρεμβάσεις σε μια πολύ σημαντική ομάδα-στόχο.

Με μερικές μόνο εξαιρέσεις [Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία), Νορβηγία] οι υπηρεσίες υγείας στις φυλακές εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του δικαστικού συστήματος ή του συστήματος ασφαλείας και όχι του ευρύτερου συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα οι εν λόγω υπηρεσίες να μην επωφελούνται των εξελίξεων στη δημόσια υγεία εκτός φυλακών και να τίθενται γενικότερα ζητήματα ανεξαρτησίας, ποιότητας, προσβασιμότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η κακή κατάσταση της υγείας των κρατούμενων μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη δημόσια υγεία γενικότερα, όταν οι χρήστες ναρκωτικών απελευθερώνονται και επανέρχονται στην οικογένεια και στην τοπική τους κοινωνία. Κατά συνέπεια, ο εντοπισμός σοβαρών μεταδοτικών νόσων, όπως η λοίμωξη HIV και η φυματίωση, σε συνδυασμό με θεραπεία και μέτρα μείωσης των αρνητικών επιπτώσεων μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην κατάσταση της υγείας των τοπικών κοινωνιών από όπου προέρχονται οι κρατούμενοι και στις οποίες επιστρέφουν μετά την αποφυλάκιση. Για όσους είναι εξαρτημένοι από τα ναρκωτικά, τα προγράμματα θεραπείας απεξάρτησης εντός των φυλακών μπορούν να παράσχουν μια πολύτιμη ευκαιρία που όχι μόνο ωφελεί την υγεία του άμεσα ενδιαφερομένου αλλά επιπλέον μειώνει την πιθανότητα παραβατικής συμπεριφοράς στο μέλλον.

Προκειμένου να αυξήσουμε τις γνώσεις μας γύρω από την κατάσταση της υγείας στις φυλακές και τα σχετικά μέτρα αντιμετώπισης, το πρόγραμμα δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής υποστηρίζει το σχέδιο «Υγεία στις φυλακές» του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ για τη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων για τη συλλογή συναφών δεικτών της υγείας στις φυλακές και άλλων ανάλογων ενδείξεων. Το ΕΚΠΝΤ συμμετέχει στην από κοινού εκπόνηση της βάσης δεδομένων σε συνεργασία με το ευρωπαϊκό τμήμα του ΠΟΥ και το «Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ναρκωτικών και Πρόληψης Λοιμώξεων στις Φυλακές» (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison, ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>.

σημαντικά από χώρα σε χώρα, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη διαφορών ως προς τη μετάδοση της ηπατίτιδας. Η κατανόηση των παραγόντων στους οποίους οφείλονται οι διαφορές στα ποσοστά μόλυνσης είναι σημαντική για τη χάραξη καλύτερων στρατηγικών πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών στον τομέα αυτό.

## Πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων

Την τελευταία δεκαετία άρχισαν να συγκλίνουν οι απόψεις στην ΕΕ ως προς τα βασικά στοιχεία που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Στην Ευρώπη έχουν καθιερωθεί πολύπλευροι τρόποι αντιμετώπισης, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν: πρόσβαση σε επαρκή θεραπεία απεξάρτησης, ιδίως θεραπεία υποκατάστασης, προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων, ενημέρωση και διανομή υλικού πρόληψης, εκπαίδευση (περιλαμβανομένης της εκπαίδευσης συνομηλίκων) για τους τρόπους μείωσης των κινδύνων, εθελοντική συμβουλευτική και εξετάσεις για λοιμώδη νοσήματα, εμβολιασμός και θεραπεία λοιμωδών νοσημάτων.

Ανεξάρτητα από το πώς εξισορροπούνται αυτά τα επιμέρους στοιχεία στις εθνικές πολιτικές των διαφόρων κρατών, υπάρχει σαφής συμφωνία ως προς την αναγκαιότητα μιας συντονισμένης και συνολικής προσέγγισης της δημόσιας υγείας για τη μείωση της εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος των αδιάγνωστων περιπτώσεων μόλυνσης από τον ιό HIV, κατά το υπό εξέταση έτος δημοσιεύθηκαν νέες κατευθυντήριες γραμμές (ΠΟΥ/UNAIDS, 2007). Για την ενίσχυση της αποδοχής της εθελοντικής εξέτασης για τον ιό HIV προτείνεται στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μια πιο δυναμική προσέγγιση της προώθησης των εξετάσεων για τον ιό HIV και της συμβουλευτικής, ιδίως σε μονάδες που στοχεύουν πληθυσμούς που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Ένα μήνυμα που προκύπτει από το έργο του ΕΚΠΝΤ σε αυτό το θέμα είναι ότι η τακτική ιατρική εξέταση, περιλαμβανομένων εξετάσεων και συμβουλευτικής για τον ιό HIV και άλλες μολύνσεις, αποτελεί μια ιδιαίτερα ενδεδειγμένη υπηρεσία για τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών.

Για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α και Β ο εμβολιασμός έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο. Μερικές χώρες πραγματοποιούν καθολικούς εμβολιασμούς για την ηπατίτιδα Β, ενώ άλλες στοχεύουν τα άτομα που θεωρείται ότι διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο. Στη Νορβηγία οι εμβολιασμοί για την ηπατίτιδα Α και Β εντατικοποιήθηκαν αφού οι επιδημικές εκρήξεις αυτών των μολύνσεων του ήπατος έδειξαν ότι η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είχε εξαπλωθεί σε μικρότερους δήμους. Ο υψηλός επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Γ στους ΧΕΝ κάνει επιτακτική την ανάγκη να αναπτυχθούν πιο αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης αυτής της ασθένειας, για την οποία ο εμβολιασμός δεν αποτελεί επιλογή. Σε αρκετές χώρες υπάρχουν ειδικά προγράμματα που στοχεύουν στην πρόληψη της ηπατίτιδας Γ και στον τομέα αυτό επιτελείται ενδιαφέρον έργο, όπως για παράδειγμα η εκστρατεία που πραγματοποιήθηκε στο Όσλο το 2003 και είχε στόχο την προσέγγιση των χρηστών ναρκωτικών προτού αρχίσουν την ενέσιμη χρήση ή προτού παρέλθει μεγάλο διάστημα από την έναρξή της.

Οι υπηρεσίες θεραπείας απεξάρτησης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών πρέπει επίσης να αναπτύξουν τρόπους αντιμετώπισης των κινδύνων που εγκυμονεί η σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων που προσφεύγουν σε αυτές.

Πέραν της ενέσιμης χρήσης, οι χρήστες ναρκωτικών μπορεί να εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV λόγω της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους — είτε λόγω λανθασμένης κρίσης και της συσχέτισης ορισμένων ναρκωτικών ουσιών με σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, είτε μέσω της ενασχόλησής τους με επαγγέλματα που σχετίζονται με το σεξ ή του σεξ στο πλαίσιο δοσοληψιών που αφορούν ναρκωτικά. Οι γυναίκες χρήστες ναρκωτικών μπορεί να είναι ιδιαιτέρως ευάλωτες, αν και υπάρχουν ανησυχίες και για τη σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και της σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου ορισμένων ομάδων αντρών που κάνουν σεξ με άνδρες. Πέραν του ιού HIV, οι χρήστες ναρκωτικών διατρέχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο να αποκτήσουν άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και οι υπηρεσίες απεξάρτησης μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση αδιάγνωστων ΣΜΝ. Για παράδειγμα, σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μάλτα αναφέρθηκαν αδιάγνωστες μολύνσεις από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) σε γυναίκες που εξετάστηκαν σε μονάδα θεραπείας εξωτερικής διαμονής.

## Προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων

Η ενσωμάτωση προγραμμάτων ανταλλαγής ή διανομής βελονών και συρίγγων στις υπηρεσίες που παρέχονται από τους αρμόδιους για τα ναρκωτικά φορείς και η συνδυασμένη παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής σχετικά με τους κινδύνους και γενικότερων συμβουλών, καθώς και η παραπομπή των χρηστών ναρκωτικών σε θεραπεία, είναι διαδεδομένες πρακτικές στην ΕΕ. Τρεις στις τέσσερις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία ιεράρχησαν τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων ως μέτρο προτεραιότητας για την αντιμετώπιση της εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων στους ΧΕΝ<sup>(151)</sup>. Η παροχή καθαρών βελονών και συρίγγων αναφέρεται από όλες τις χώρες εκτός της Κύπρου, όπου το μέτρο αυτό προτάθηκε το 2006 από ομάδα εμπειρογνομόνων για την αντιμετώπιση πιθανής αύξησης των μολύνσεων που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση. Η διανομή λοιπού αποστειρωμένου εξοπλισμού, όπως μαντιλάκια με οινόπνευμα και στεγνά μαντιλάκια, νερό, φίλτρα και θερμαντήρες, μαζί με καθαρές σύριγγες αποτελεί πλέον γενικευμένη πρακτική των παρόχων υπηρεσιών. Αν και η διανομή αποστειρωμένων συνέργων ενέσιμης χρήσης σε γενικές γραμμές δεν θεωρείται πλέον αμφιλεγόμενο ζήτημα, τα προγράμματα αυτά δεν αποτελούν προτεραιότητα σε όλες τις χώρες, μερικές από τις οποίες θεωρούν αρκούντως επαρκή την πώληση στα φαρμακεία.

Ο χαρακτήρας και το φάσμα της παροχής αποστειρωμένων συνέργων ενέσιμης χρήσης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Γενικά η χορήγηση συρίγγων πραγματοποιείται από εξειδικευμένες υπηρεσίες απεξάρτησης και σε όλες τις χώρες πλην τριών αυτή η μέθοδος χορήγησης συμπληρώνεται από κινητές υπηρεσίες που μπορούν να προσεγγίσουν ομάδες ΧΕΝ σε περιθωριοποιημένες γειτονιές. Οι υπηρεσίες των διαθέσιμων προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων συμπληρώνονται από μηχανήματα πώλησης συρίγγων σε δέκα χώρες<sup>(152)</sup>, αλλά τα στοιχεία σχετικά με τα αποτελέσματα είναι λιγοστά και

δεν έχει ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου χορήγησης. Στις λίγες χώρες που παρέχουν προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων σε χώρους φυλακών (Ισπανία και Γερμανία) προστέθηκε και το Λουξεμβούργο. Ωστόσο στη Γερμανία η υπηρεσία αυτή παρέχεται σε ένα μόνο σωφρονιστικό κατάστημα στο Βερολίνο.

Η ευρεία διαθεσιμότητα φαρμακείων σε τοπικό επίπεδο συνεπάγεται ότι τα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων που διεξάγονται μέσω φαρμακείων μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τη γεωγραφική διαθεσιμότητα των συρίγγων και, ως εκ τούτου, να λειτουργήσουν συμπληρωματικά στη χορήγησή τους από εξειδικευμένους φορείς. Στη Σκωτία, για παράδειγμα, το 2004 διανεμήθηκαν 1,7 εκατομμύρια σύριγγες μέσω ενός δικτύου 116 συνεργαζόμενων φαρμακείων, ενώ στην Πορτογαλία περισσότερα από 1 300 φαρμακεία συμμετείχαν στο πρόγραμμα διανέμοντας 1,4 εκατομμύριο σύριγγες<sup>(153)</sup>. Επίσημα οργανωμένα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων ή δίκτυα διανομής σε φαρμακεία αναφέρονται από οκτώ ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο).

Τα φαρμακεία, στις χώρες όπου αποτελούν συνήθη πηγή από την οποία οι χρήστες ναρκωτικών προμηθεύονται σύνεργα ενέσιμης χρήσης, θα μπορούσαν να επιτελέσουν πιο σημαντικό ρόλο, παρέχοντας στους χρήστες ναρκωτικών και άλλες υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, όπως η διάδοση πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους των λοιμωδών νοσημάτων που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά και την ενέσιμη χρήση, υπηρεσίες εξετάσεων και συμβουλευτικής και παραπομπή σε θεραπεία. Επί του παρόντος πρωτοβουλίες για την παροχή κινήτρων σε φαρμακοποιούς ώστε να συμμετάσχουν σε προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων και την υποστήριξη όσων ήδη συμμετέχουν αναφέρονται μόνο από τη Γαλλία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Ωστόσο όλο και μεγαλύτερος αριθμός χωρών διαθέτουν εθνικό δίκτυο προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων. Μεταξύ των χωρών που αναφέρουν ότι η κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων σε εθνικό επίπεδο είναι καλή είναι οι ακόλουθες: το Λουξεμβούργο και η Μάλτα, δύο μικρές χώρες, η Ιταλία, όπου τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται ευρέως ή συχνά στο 70 % περίπου του συνόλου των τοπικών περιφερειών υγείας, η Τσεχική Δημοκρατία, όπου είναι διαθέσιμα και στις 77 περιφέρειες και στην πρωτεύουσα Πράγα, και τέλος η Φινλανδία, όπου βάσει νόμου οι δήμοι υποχρεούνται να παρέχουν σχετικές υπηρεσίες για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, περιλαμβανομένων προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων. Η Πορτογαλία εκτιμά ότι τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων σε φαρμακεία ή εκτός δομών καλύπτουν περίπου το 50 % της επικράτειάς της, ενώ στη Δανία σε δέκα από τις 13 περιφέρειές της διεξάγονται προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων. Όλες οι πόλεις της Αυστρίας στις οποίες η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι διαδεδομένη διαθέτουν τουλάχιστον ένα κέντρο χορήγησης βελονών

<sup>(151)</sup> Βλέπε διάγραμμα 11 στην ετήσια έκθεση για το 2006.

<sup>(152)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(153)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

και συρίγγων και στη Βουλγαρία παρέχονται υπηρεσίες σε δέκα πόλεις με σχετικά υψηλά επίπεδα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Στην Εσθονία, σύμφωνα με την εκτίμηση για το 2005, το 37 % των ΧΕΝ βρίσκονταν σε επαφή με προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων, ενώ η κάλυψη στις ομάδες στόχους της Σλοβακίας και της Ρουμανίας εκτιμάται ότι κυμάνθηκε σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα (20 % και 10-15 % αντίστοιχα).

Μεταξύ του 2003 και του 2005 αύξηση στον συνολικό αριθμό των συρίγγων που ανταλλάχθηκαν ή διανεμήθηκαν μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων αναφέρθηκε από αρκετές χώρες (Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Αυστρία, Σλοβακία, Φινλανδία) <sup>(154)</sup>.

Οι εξειδικευμένοι φορείς που παρέχουν προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων μπορεί να επιτελούν και άλλα καθήκοντα δημόσιας υγείας, όπως για παράδειγμα να αξιολογούν και να αυξάνουν την ευαισθητοποίηση των ατόμων υπό θεραπεία σχετικά με την επικίνδυνη συμπεριφορά, παρακινώντας τα να υποβληθούν σε εξετάσεις και να εμβολιαστούν, καθώς και να λειτουργούν ως δίαυλος προς την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και τη θεραπεία απεξάρτησης. Αν και ο βαθμός στον οποίο οι εν λόγω φορείς παρέχουν πράγματι αυτές τις υπηρεσίες δεν είναι σαφής, η ανάγκη για την ανάπτυξη αυτού του είδους των υπηρεσιών υπογραμμίζεται από τις διαπιστώσεις έκθεσης εθνικού ελέγχου που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Αγγλία. Σύμφωνα με την εν λόγω έκθεση ελέγχου, το επίπεδο ευαισθητοποίησης των ατόμων υπό θεραπεία σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα ήταν σχετικά χαμηλό και οι φορείς μπορούν να γίνουν πιο δραστήριοι ως προς την παροχή συμβουλών, εξετάσεων και εμβολιασμών.

## Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα

### Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι

Κατά το ΕΚΠΝΤ, ο όρος «συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι» αναφέρεται σε θανάτους που οφείλονται άμεσα στην κατανάλωση μιας ή περισσότερων ναρκωτικών ουσιών. Γενικά οι συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι επέρχονται λίγο μετά την κατανάλωση της ουσίας ή των ουσιών. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των θανάτων αυτών είναι «θάνατοι λόγω υπερβολικής δόσης», «τοξινώσεις», «θάνατοι οφειλόμενοι σε ναρκωτικά» ή «αιφνίδιοι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά» <sup>(155)</sup>. Ο αριθμός των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας εξαρτάται από τον αριθμό των ατόμων που χρησιμοποιούν ναρκωτικά που σχετίζονται με τη λήψη υπερβολικής δόσης (ιδίως τα οπιοειδή). Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι:

το ποσοστό των ΧΕΝ, η επικράτηση πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών, η διαθεσιμότητα και η πολιτική των υπηρεσιών θεραπείας και των υπηρεσιών εκτάκτων περιστατικών.

Αν και η συγκρισιμότητα των πληροφοριών σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω των διαφορών που εξακολουθούν να υπάρχουν από χώρα σε χώρα στην ποιότητα των αναφορών, κάθε άμεση σύγκριση θα πρέπει και πάλι να γίνεται με προσοχή. Η έκταση των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων εκφράζεται είτε μέσω του αριθμού των αναφερθέντων περιπτώσεων είτε μέσω ποσοστού επί του πληθυσμού είτε μέσω της αναλογικής θνησιμότητας. Αν και μεταξύ των χωρών υπάρχουν διαφορές ως προς την ποιότητα των αναφορών, εάν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται παραμένουν αμετάβλητοι διαχρονικά, είναι δυνατό να διαπιστωθούν τάσεις ως προς τον αριθμό και τα χαρακτηριστικά των περιπτώσεων υπερβολικής δόσης.

Στο διάστημα μεταξύ 1990 και 2004, οι χώρες της ΕΕ ανέφεραν από 6 500 έως περισσότερους από 9 000 θανάτους, δηλαδή συνολικά περισσότερους από 122 000 θανάτους στο συγκεκριμένο διάστημα. Οι αριθμοί αυτοί θα πρέπει να θεωρούνται ελάχιστη εκτίμηση <sup>(156)</sup>.

Τα ποσοστά θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού που οφείλονται σε συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, καθώς κυμαίνονται από 3-5 <sup>(157)</sup> έως 50 ανά εκατομμύριο κατοίκους (μέσος όρος 18,3). Σε έντεκα ευρωπαϊκές χώρες τα σχετικά ποσοστά υπερβαίνουν τους 20 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκους. Στους άνδρες ηλικίας 15-39 ετών, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι συνήθως τρεις φορές υψηλότερα (ανερχόμενα κατά μέσο όρο σε 61 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκους). Το 2004-2005 οι συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι αντιπροσώπευαν το 4 % του συνόλου των θανάτων στους Ευρωπαίους ηλικίας 15-39 ετών και άνω του 7 % σε εννέα χώρες <sup>(158)</sup>.

Πέραν της υπερβολικής δόσης, οι χρήστες ναρκωτικών πεθαίνουν και από άλλα αίτια που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών. Για παράδειγμα, οι θάνατοι από AIDS που συνδέονται με ενέσιμη χρήση ναρκωτικών εκτιμάται ότι ανήλθαν σε περίπου 1 400 το 2003 (EuroHIV, 2006) <sup>(159)</sup>, αν και ο αριθμός αυτός ενδεχομένως να είναι μικρότερος από τον πραγματικό. Ο αριθμός των θανάτων από άλλα αίτια που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών (π.χ. ηπατίτιδα, βία, αυτοκτονίες ή ατυχήματα) είναι πιο δύσκολο να εκτιμηθεί. Εκτιμάται ότι, σε μερικές τουλάχιστον ευρωπαϊκές πόλεις, 10-20 % της θνησιμότητας των νεαρών ενηλίκων μπορεί να αποδοθεί, άμεσα ή έμμεσα, στη χρήση οπιοειδών (Bargagli κ.ά., 2006) (βλέπε κατωτέρω). Στο ποσοστό αυτό πρέπει να προστεθεί και η θνησιμότητα που συνδέεται με άλλες μορφές χρήσης ναρκωτικών (π.χ. κοκαΐνη), το οποίο ωστόσο είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί.

<sup>(154)</sup> Βλέπε πίνακα HSR-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

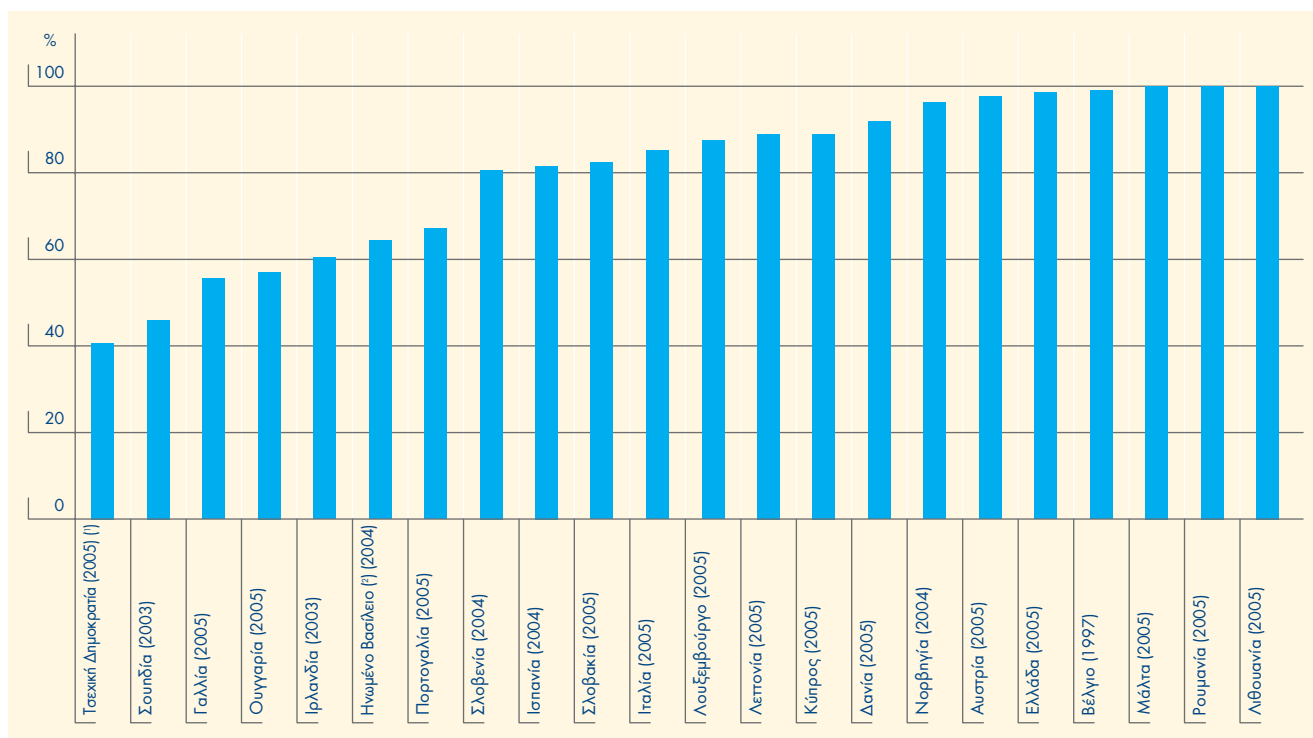
<sup>(155)</sup> Οι περισσότερες χώρες διαθέτουν εθνικούς ορισμούς οι οποίοι είναι όμοιοι ή παρεμφερείς με εκείνον του ΕΚΠΝΤ, μολοντί ορισμένες χώρες λαμβάνουν υπόψη και περιπτώσεις που οφείλονται σε ψυχοδραστικά φάρμακα ή θανάτους που δεν οφείλονται σε υπερβολική δόση, συνήθως σε μικρό ποσοστό (βλέπε μεθοδολογική σημείωση «Σύνοψη των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων: ορισμοί μεθοδολογικά θέματα» για το 2007 και «Πρωτόκολλο του ΕΚΠΝΤ για τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους έκδοση 3.1»).

<sup>(156)</sup> Βλέπε πίνακες DRD-2 (μέρος ι), DRD-3 και DRD-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(157)</sup> Στη Γαλλία, το 2005 το ποσοστό ήταν 0,9 θάνατοι ανά εκατομμύριο κατοίκους, γεγονός που ενδεχομένως υποδηλώνει ότι τα στοιχεία που αναφέρθηκαν ήταν ελλιπή. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 1994, όταν οι θάνατοι από υπερβολική δόση άρχισαν να μειώνονται, το ποσοστό αυτό ήταν περίπου δεκαπλάσιο.

<sup>(158)</sup> Βλέπε πίνακα DRD-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(159)</sup> Ο αριθμός αυτός αναφέρεται στη δυτική και την κεντρική περιοχή της ΠΟΥ Ευρώπης, οι οποίες περιλαμβάνουν ορισμένες χώρες εκτός ΕΕ, καθώς και το σύνολο των θανάτων για την Εσθονία, τη Λετονία και τη Λιθουανία (ανατολική περιοχή).

**Διάγραμμα 12:** Ποσοστό αιφνίδιων θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών με ενδείξεις χρήσης οπιοειδών

(1) Για την Τσεχική Δημοκρατία, ο ορισμός «Διαλογή Δ» του ΕΚΠΝΤ για τον αιφνίδιο θάνατο που σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών χρησιμοποιήθηκε αντί του εθνικού ορισμού. Ο εθνικός ορισμός περιλαμβάνει τη δηλητηρίαση από ψυχοδραστικά φάρμακα στην οποία οφείλονται οι περισσότεροι αιφνίδιοι θάνατοι (156 περιπτώσεις από 218).

(2) Ορισμός Office of National Statistics (Υπηρεσία Εθνικών Στατιστικών).

Σημείωση: Σε ορισμένες χώρες οι «εθνικοί ορισμοί» των θανάτων που σχετίζονται με ναρκωτικά περιλαμβάνουν περιορισμένο αριθμό θανάτων που σχετίζονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών.

Πηγές: Στοιχεία 2005 ή τελευταίου έτους για το οποίο υπάρχουν στοιχεία. Για περισσότερες πληροφορίες βλ. πίνακα DRD-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007. Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από εθνικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία.

Για τον προσδιορισμό του συνολικού επιπέδου θνησιμότητας από την προβληματική χρήση ναρκωτικών σε εθνικό ή ευρωπαϊκό επίπεδο πρέπει να υπάρξει πρόοδος στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων. Μια τέτοια προσπάθεια σε εθνική κλίμακα περιγράφεται στην εθνική έκθεση των Κάτω Χωρών. Με παρέκταση των στοιχείων τοπικής μελέτης εκτιμήθηκε το ποσοστό θνησιμότητας που οφείλεται, άμεσα ή έμμεσα, στην προβληματική χρήση ναρκωτικών, αφού ελήφθησαν υπόψη οι περιφερειακές ανισότητες. Αν και απαιτείται περαιτέρω μεθοδολογική εργασία, αυτού του είδους η μελέτη, σε συνδυασμό με τη μέτρηση των θανάτων που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών, θα μπορούσε να αντιμετωπίσει επιτυχώς την πιθανή ελλιπή αναφορά των θανάτων από υπερβολική δόση.

### Αιφνίδιοι θάνατοι που συνδέονται με τα οπιοειδή

Θάνατοι οφειλόμενοι στην ηρωίνη <sup>(160)</sup>

Η υπερβολική δόση οπιοειδών είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στους νέους στην Ευρώπη, ιδίως στους άνδρες σε αστικές περιοχές. Τα οπιοειδή, και κυρίως η ηρωίνη ή οι μεταβολίτες της, είναι παρόντα στις περισσότερες περιπτώσεις «αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά» που οφείλονται σε παράνομες ουσίες και

αναφέρονται στην ΕΕ, αντιπροσωπεύοντας ποσοστό 46 έως 100 % (διάγραμμα 12). Στην Ευρώπη οι περισσότεροι θάνατοι που οφείλονται στα οπιοειδή συνδέονται με την ηρωίνη, ωστόσο και άλλα οπιοειδή διαδραματίζουν κάποιο ρόλο, ιδίως δε το αλκοόλ, οι βενζοδιαζεπίνες ή άλλα οπιοειδή και, σε μερικές χώρες, η κοκαΐνη. Από τη συλλογή στοιχείων σχετικά με ουσίες που εμπλέκονται σε θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά στην οποία συμμετείχαν σε εθελοντική βάση εννέα χώρες το 2006 <sup>(161)</sup> επιβεβαιώνεται ότι στις περιπτώσεις θανάτων από υπερβολική χρήση οπιοειδών αναφέρονται συνήθως περισσότερα του ενός ναρκωτικά (60-90 % των περιπτώσεων) και οι θάνατοι αυτοί μπορεί να θεωρούνται ως «θάνατοι οφειλόμενοι στην πολλαπλή χρήση ναρκωτικών».

Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών που πεθαίνουν λόγω υπερβολικής δόσης οπιοειδών είναι άνδρες (59-100 %). Τα υψηλότερα ποσοστά γυναικών καταγράφονται στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Πολωνία και τη Σλοβακία και τα χαμηλότερα στην Ιταλία, στη Λιθουανία και το Λουξεμβούργο. Τα περισσότερα θύματα από υπερβολική δόση είναι ηλικίας 20 έως 40 ετών, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας στις περισσότερες χώρες είναι τα 35 έτη <sup>(162)</sup>. Ο χαμηλότερος μέσος όρος ηλικίας των θυμάτων υπερβολικής δόσης καταγράφεται στη Βουλγαρία, στην

(160) Καθώς η πλειονότητα των περιπτώσεων που αναφέρεται στο ΕΚΠΝΤ αφορά υπερβολική δόση οπιοειδών, τα γενικά χαρακτηριστικά των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των περιπτώσεων που αφορούν οπιοειδή.

(161) Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γερμανία, Λεττονία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο.

(162) Βλέπε πίνακα DRD-1 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

Εσθονία, στη Λεττονία και τη Ρουμανία και ο υψηλότερος στην Πολωνία, στη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο αριθμός των θανάτων από υπερβολική δόση στα άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών είναι πολύ μικρός, ωστόσο μπορεί να μην αναφέρονται όλοι οι συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Αν και καταγράφονται κάποιοι θάνατοι από υπερβολική χρήση σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, μόνο επτά χώρες αναφέρουν ποσοστό για αυτήν την ηλικιακή ομάδα που να υπερβαίνει το 5 % επί του συνόλου των περιπτώσεων. Σε αρκετά κράτη μέλη που εντάχθηκαν στην ΕΕ το 2004 ο συγκριτικά χαμηλός μέσος όρος ηλικίας θανάτου και το υψηλό ποσοστό θανάσιμων λήψεων υπερβολικής δόσης στα άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών ενδέχεται να σημαίνει την ύπαρξη ενός νεαρότερου πληθυσμού χρηστών ηρωίνης στις χώρες αυτές <sup>(163)</sup>.

Σε πολλά κράτη μέλη η ηλικία των θυμάτων υπερβολικής δόσης αυξάνεται, γεγονός που υποδηλώνει μείωση στην επικράτηση της χρήσης ηρωίνης στους νέους. Η τάση αυτή είναι κοινή στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, μολονότι στην Αυστρία και το Λουξεμβούργο τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μείωση. Στα υπόλοιπα κράτη μέλη η τάση είναι λιγότερο σαφής και ο μικρός αριθμός των περιπτώσεων δυσχεραίνει την ερμηνεία των αριθμητικών στοιχείων <sup>(164)</sup>.

#### Θάνατοι οφειλόμενοι σε μεθαδόνη και βουπρενορφίνη

Μολονότι οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης μειώνει τον κίνδυνο θανάσιμης λήψης υπερβολικής δόσης, κάθε χρόνο αναφέρονται κάποιοι θάνατοι που συνδέονται με την κατάχρηση φαρμάκων υποκατάστασης. Η παρακολούθηση του αριθμού των θανάτων που συνδέονται με τη μεθαδόνη και τη βουπρενορφίνη και των συνθηκών θανάτου παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη διασφάλιση της ποιότητας των προγραμμάτων υποκατάστασης και την αναβάθμιση των πρωτοβουλιών πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.

Αρκετές χώρες ανέφεραν την παρουσία μεθαδόνης σε σημαντικό ποσοστό των θανάτων που συνδέονταν με τα ναρκωτικά, αν και ο ρόλος της μεθαδόνης στο θάνατο δεν είναι πάντοτε σαφής και μπορεί να υπάρχει συνδυασμός με άλλες ουσίες. Η Δανία ανέφερε ότι η μεθαδόνη ήταν η αιτία της τοξίνωσης (μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό) στο 43 % των θανάτων (89 από 206 το 2005). Η Γερμανία ανέφερε ότι 255 περιπτώσεις (σε σύνολο 1 477) οφείλονται σε «ουσίες υποκατάστασης» (75 μεμονωμένες και 180 σε συνδυασμό με άλλες ναρκωτικές ουσίες) το 2005, συγκριτικά με 345 περιπτώσεις το 2004. Το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε 280 περιπτώσεις (σε σύνολο 1 972, βάσει του ορισμού που δίνεται στη στρατηγική για τα ναρκωτικά) με «αναφορά» μεθαδόνης (2004). Τέλος στη Νορβηγία σε 55 νεκροψίες αναφέρθηκαν ίχνη μεθαδόνης. Η Ισπανία ανέφερε (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005) λίγες περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης αποκλειστικά μεθαδόνης (συνολικά 2 %), η οποία ωστόσο ήταν συχνά παρούσα σε συνδυασμό με άλλες ουσίες σε θανάτους που οφείλονται στα οπιοειδή (42 %) και στην κοκαΐνη (20 %). Άλλες χώρες δεν ανέφεραν θανάτους που οφείλονται στη μεθαδόνη ή οι αριθμοί που αναφέρθηκαν ήταν πολύ μικροί.

Οι θάνατοι που οφείλονται σε τοξίκωση από βουπρενορφίνη φαίνεται να είναι σπάνιοι, γεγονός που αποδίδεται στα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά αγωνιστή-ανταγωνιστή της συγκεκριμένης ναρκωτικής ουσίας. Ωστόσο ορισμένοι θάνατοι αναφέρθηκαν από ευρωπαϊκές χώρες. Στις εθνικές εκθέσεις για το 2006 και το 2005 μόνον η Γαλλία και η Φινλανδία ανέφεραν θανάτους συνδεδεμένους με την εν λόγω ουσία. Στη Φινλανδία βουπρενορφίνη εντοπίστηκε σε 83 συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους το 2005 (73 το 2004) και, κατά κανόνα, σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες, κατασταλτικά, αλκοόλ ή ενέσιμα ναρκωτικά. Στη Γαλλία το 2005 αναφέρθηκαν μόνο δύο περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης βουπρενορφίνης (τέσσερις το 2004). Η βουπρενορφίνη είναι η βασική ουσία υποκατάστασης σε αυτές τις δύο χώρες, αλλά ο αριθμός των ατόμων στα οποία εκτιμάται ότι χορηγείται η ουσία (70 000 έως 85 000) είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των ατόμων υπό τη θεραπεία αυτή στη Φινλανδία. Εκτός της Γαλλίας και της Φινλανδίας, το 2004 άλλες τρεις χώρες ανέφεραν θανάτους οφειλόμενους στη βουπρενορφίνη (από δύο ή τρεις). Στο πλαίσιο μελέτης με αποκλειστικό αντικείμενο την αναζήτηση αναφορών βουπρενορφίνης στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ του 1980 και του 2002 εντοπίστηκαν μόνο 43 περιπτώσεις, συχνά σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες ή άλλα οπιοειδή (Schifano κ.ά., 2005).

#### Αιφνίδιοι θάνατοι που οφείλονται σε άλλες ουσίες πλην των οπιοειδών

##### Θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση και τις αμφεταμίνες

Οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση δεν είναι συχνόι, ωστόσο προκάλεσαν ιδιαίτερο προβληματισμό όταν άρχισαν να αναφέρονται πριν από μερικά χρόνια, καθώς συχνά επέρχονται απροσδόκιστα σε ενταγμένους στην κοινωνία νέους. Από τον περιορισμένο αριθμό στοιχείων στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2006 προκύπτει ότι οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση παρέμειναν στα ίδια επίπεδα με εκείνα που αναφέρθηκαν τα προηγούμενα χρόνια. Συνολικά στην Ευρώπη αναφέρθηκαν 78 θάνατοι οφειλόμενοι στην έκσταση <sup>(165)</sup>.

Θάνατοι που οφείλονται στις αμφεταμίνες αναφέρονται εξίσου σπάνια, μολονότι στην Τσεχική Δημοκρατία 16 θάνατοι αποδόθηκαν στη χρήση «perivitin» (μεθαμφεταμίνης) το 2004 και 14 το 2005, που συσχετίζεται με αύξηση στον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών «perivitin» και στις αιτήσεις για θεραπεία. Στη Φινλανδία αναφέρθηκαν 65 θάνατοι στους οποίους εμπλέκονταν αμφεταμίνες, αν και ο ρόλος της ναρκωτικής ουσίας στους θανάτους αυτούς δεν προσδιορίστηκε.

##### Θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη

Οι θάνατοι από υπερβολική χρήση κοκαΐνης ταυτοποιούνται με μεγαλύτερη δυσκολία από εκείνους που οφείλονται σε οπιοειδή και συχνά θεωρείται ότι οφείλονται σε συνδυασμό αιτιών πέραν της τοξίκωσης από την κοκαΐνη <sup>(166)</sup>. Έχει διαπιστωθεί από μελέτες ότι οι περισσότεροι θάνατοι που οφείλονται στην κοκαΐνη συνδέονται με χρόνια χρήση της ουσίας και είναι συχνά αποτέλεσμα καρδιαγγειακών και

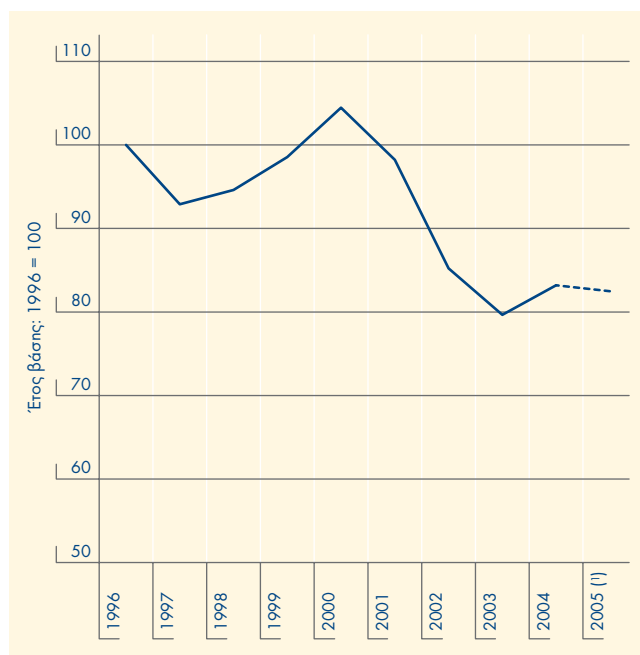
<sup>(163)</sup> Βλέπε διάγραμμα DRD-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(164)</sup> Βλέπε διαγράμματα DRD-3 και DRD-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

<sup>(165)</sup> Ανάλογα με τη χώρα, τα στοιχεία αναφέρονται είτε στο 2004 είτε στο 2005, για την έκσταση και την κοκαΐνη.

<sup>(166)</sup> Βλέπε επιλεγμένο θέμα για την κοκαΐνη (2007) για μια λεπτομερέστερη έκθεση σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται σε αυτή τη ναρκωτική ουσία.

**Διάγραμμα 13:** Συνολική τάση των αιφνιδίων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά για όλα τα κράτη μέλη με διαθέσιμα στοιχεία, 1996-2005



(1) Για το 2005 ο αριθμός είναι προσωρινός και προκύπτει από τη σύγκριση των ετών 2004 και 2005 μόνο για τις χώρες που έχουν στοιχεία για αμφότερα τα έτη.  
 Σημείωση: Η δεικτοποιημένη μεταβολή υπολογίζεται βάσει των στοιχείων χωρών που αφορούν το δηλωθέν και το προηγούμενο αυτού έτος. Βλέπε πίνακα DRD-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007 για τον αριθμό των θανάτων σε κάθε χώρα και τις σημειώσεις σχετικά με τη μεθοδολογία.  
 Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2006), από εθνικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά).

νευρολογικών προβλημάτων που προκαλεί η μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης, ιδίως σε χρήστες με προδιάθεση ή άλλους παράγοντες κινδύνου. Στην Ευρώπη, σε αναφορές θανάτων στους οποίους εμπλέκεται κοκαΐνη συνήθως γίνεται λόγος για παρουσία και άλλων ουσιών (όπως αλκοόλ και οπιοειδή), γεγονός από το οποίο προκύπτει η χρήση κοκαΐνης σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά.

Τόσο στην εθνική έκθεση για το 2006 όσο και στην εθνική έκθεση για το 2005 των χωρών που παρείχαν στοιχεία αναφέρθηκαν περισσότεροι από 400 θάνατοι οφειλόμενοι στην κοκαΐνη. Υπάρχει σαφής ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των συνεπειών για την υγεία και της θνησιμότητας που συνδέεται με τη χρήση κοκαΐνης.

### Τάσεις όσον αφορά τους αιφνιδίου θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Οι εθνικές τάσεις όσον αφορά τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους προσφέρουν αρκετές πληροφορίες για τις εξελίξεις στα πρότυπα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε κάθε χώρα και για τις εξελίξεις όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισης. Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για την ΕΕ αποκαλύπτουν ορισμένες γενικές τάσεις όσον αφορά τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους. Από μακροπρόθεσμη σκοπιά, στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε και τη Νορβηγία σημειώθηκε μια απότομη αύξηση

των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων κατά τη δεκαετία του 1980 και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η οποία πιθανώς οφειλόταν στην επέκταση της χρήσης ηρωίνης και της ενέσιμης χρήσης (167). Ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων συνέχισε να αυξάνεται μεταξύ του 1990 και του 2000, αν και λιγότερο απότομα.

Από το 2000 πολλές χώρες της ΕΕ αναφέρουν μείωση στον αριθμό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, γεγονός που πιθανώς συνδέεται με την αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπειών και τις πρωτοβουλίες για τον περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών, μολονότι εξίσου σημαντικός μπορεί να είναι επίσης ο περιορισμός της ενέσιμης χρήσης ή της διαθεσιμότητας της ηρωίνης. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι μειώθηκαν κατά 6 % το 2001, 14 % το 2002 και 5 % το 2003 (διάγραμμα 13). Ωστόσο οι αναφορές για το 2004 και τα προσωρινά στοιχεία για το 2005 δείχνουν ότι η μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων δεν συνεχίστηκε και μετά το 2003.

Στις αναφορές ορισμένων χωρών σχετικά με τους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά αρχίζει να διαγράφεται μια ανησυχητική τάση. Μετά τις σημαντικές κορυφώσεις των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων κατά τα έτη 1999-2001, τις οποίες ακολούθησε σαφής μείωση για δύο ή τρία χρόνια, το 2004 και το 2005 παρατηρήθηκε αύξηση των αναφερόμενων θανάτων (168). Αυτή η γενική εικόνα περιγράφει σε γενικές γραμμές τις τάσεις όσον αφορά τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους που παρατηρήθηκαν τα τελευταία χρόνια στην Ιρλανδία, στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία, στη Φινλανδία και τη Νορβηγία και, σε μικρότερο βαθμό, τις τάσεις που παρατηρήθηκαν στις Κάτω Χώρες, στην Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην Ιταλία, μετά από αρκετά χρόνια συνεχούς μείωσης του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, τα τελευταία δύο χρόνια καταγράφηκε κάποια σχετική αύξηση (169). Έχουν υποδειχθεί διάφορα πιθανά αίτια για αυτή την πρόσφατη αύξηση, μεταξύ των οποίων η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών από χρήστες οπιοειδών ή η πιθανή αύξηση στη διαθεσιμότητα της ηρωίνης.

Υπάρχει σημαντική απόκλιση στις τάσεις που επικρατούν στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε και στα κράτη μέλη που εντάχθηκαν στην ΕΕ το 2004 όσον αφορά τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους. Στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε μετά το 1996 καταγράφηκε γενική μείωση, η οποία ήταν ιδιαίτερα μεγάλη μεταξύ του 2000 και του 2002, γεγονός που υποδηλώνει μακροπρόθεσμη μείωση στον αριθμό των νέων που κάνουν ενέσιμη χρήση οπιοειδών. Ωστόσο οι πρόσφατες τάσεις στις χώρες αυτές είναι αντιφατικές. Στα νέα κράτη μέλη έως το 2002 καταγράφηκε απότομη αύξηση, την οποία όμως ακολούθησε μείωση την περίοδο 2003-2004.

Αυξήσεις στο ποσοστό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στους χρήστες ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 30 ετών καταγράφηκαν στην Ελλάδα και στους χρήστες κάτω των 25 ετών στην Εσθονία, στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία και σε μικρότερο βαθμό στη Λετονία και τις Κάτω Χώρες, αν και στις περισσότερες χώρες το ποσοστό των

(167) Βλέπε διάγραμμα DRD-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.  
 (168) Βλέπε πίνακες DRD-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.  
 (169) Βλέπε διάγραμμα DRD-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

νεαρών χρηστών ναρκωτικών επί του συνόλου των ατόμων που λαμβάνουν υπερβολική δόση παρουσίασε μείωση (<sup>170</sup>).

Στις τάσεις που επικρατούν όσον αφορά τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους παρατηρούνται επίσης διαφορές ανάμεσα στα φύλα (<sup>171</sup>). Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε επιλεγμένο θέμα για το φύλο και τη χρήση ναρκωτικών (2006).

### Συνολική θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών

Οι πληροφορίες σχετικά με τη συνολική θνησιμότητα (που προκαλείται άμεσα και έμμεσα από τα ναρκωτικά) στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών αφορούν κυρίως τους χρήστες οπιοειδών, ενώ λείπουν γενικά οι πληροφορίες σχετικά με τη θνησιμότητα που συνδέεται με άλλες μορφές χρήσης ναρκωτικών. Ωστόσο η σημασία των πληροφοριών αυτών, όπως για παράδειγμα οι πληροφορίες για τη θνησιμότητα στους χρήστες κοκαΐνης που κάνουν συστηματική χρήση αλλά είναι ενταγμένοι στην κοινωνία, θα αυξάνεται ολοένα.

Ερευνητικές μελέτες σε χρήστες οπιοειδών σε διάφορα ευρωπαϊκά περιβάλλοντα καταδεικνύουν ότι η θνησιμότητα σε αυτή την ομάδα είναι υψηλή σε σχέση με τη θνησιμότητα στον γενικό πληθυσμό. Σε μια συνεργατική μελέτη που ξεκίνησε στο πλαίσιο ενός σχεδίου του ΕΚΠΝΤ διαπιστώθηκε ότι η θνησιμότητα σε χρήστες ναρκωτικών προερχόμενων από θεραπευτικά προγράμματα σε οκτώ περιοχές στην Ευρώπη ήταν πολύ υψηλή συγκριτικά με τους συνομηλικούς τους (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2006). Μια μελέτη κοόρτης σχετικά με τη θνησιμότητα που πραγματοποιήθηκε στην Τσεχική Δημοκρατία διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα των χρηστών διεγερτικών ήταν 4-6 φορές υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού, ενώ η θνησιμότητα των χρηστών οπιοειδών ήταν 9-12 φορές υψηλότερη (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005). Μια γαλλική μελέτη κοόρτης, που περιλάμβανε την παρακολούθηση ατόμων που συλλαμβάνονταν για χρήση ηρωίνης, κοκαΐνης ή κρακ, διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα στους άνδρες ήταν πέντε φορές υψηλότερη και η θνησιμότητα στις γυναίκες 9,5 φορές υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού, με πτωτική ωστόσο τάση (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005). Περισσότερες πληροφορίες για τη θνησιμότητα στους χρήστες ναρκωτικών αναφέρονται από μελέτες κοόρτης που βρίσκονται σε εξέλιξη σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες (Βουλγαρία, Ισπανία, Μάλτα, Αυστρία, Πολωνία, Ρουμανία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία).

Πρόσφατες μελέτες από τις Κάτω Χώρες και τη Νορβηγία δεν διαπίστωσαν κάποια σχέση μεταξύ της ηλικίας και του κινδύνου θανάσιμης λήψης υπερβολικής δόσης (Cruts κ.ά., υπό έκδοση· Ødegaard κ.ά., 2006, αναφορά στην εθνική έκθεση της Νορβηγίας). ωστόσο, με τη γήρανση των χρηστών οπιοειδών, η θνησιμότητα που οφείλεται σε χρόνιες παθήσεις προστίθεται στη θνησιμότητα που οφείλεται σε εξωγενή αίτια, όπως η αυτοκτονία και η βία. Στην υψηλή θνησιμότητα αυτής της ομάδας ενδέχεται να συμβάλλουν επίσης οι κακές συνθήκες διαβίωσης των χρηστών ναρκωτικών καθώς και τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν.

### Συννοσηρότητα και σχέδιο Isadora

Οι ψυχιατρικές διαταραχές συνδέονται συχνά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών. Αν και δεν υφίσταται συστηματική συλλογή πληροφοριών για αυτή τη συννοσηρότητα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τα ευρήματα τοπικών ερευνών που διεξήχθησαν σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ότι μεταξύ 30 και 90 % των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να πάσχουν από κάποια συνοδό ψυχιατρική νόσο. Οι συνθέστερες παθήσεις που διαγιγνώσκονται σε ναρκομανείς είναι οι διαταραχές της προσωπικότητας, η κατάθλιψη, η αντικοινωνική συμπεριφορά, το άγχος και οι διαταραχές της διάθεσης και της διατροφικής συμπεριφοράς. Αναφέρεται επίσης η σχιζοφρένεια και οι τάσεις αυτοκτονίας. Η συννοσηρότητα φαίνεται να είναι συχνότερη μεταξύ των χρηστών ηρωίνης ιδίως αυτών που έχουν μακρύ ιστορικό χρήσης ναρκωτικών και αποτυχημένων αποπειρών θεραπείας με μεθαδόνη και των οποίων οι συνθήκες κοινωνικής ένταξης και διαβίωσης έχουν επιδεινωθεί. Ομοίως, η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες είναι συννησιμένο φαινόμενο σε άτομα με βαριές ψυχιατρικές διαταραχές.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο Isadora («ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους τομείς της διπλής διάγνωσης και της βέλτιστης απεξάρτησης») ολοκληρώθηκε το 2005 μετά από τριετή ερευνητική περίοδο (<sup>1</sup>). Το σχέδιο, που είχε ως στόχο τον προσδιορισμό των μειζόνων κινδύνων συννοσηρότητας που σχετίζονται είτε με τις εξωτερικές συνθήκες είτε με το ίδιο το άτομο, περιέλαβε επτά εγκαταστάσεις ανά την Ευρώπη και δείγμα 352 ασθενών από ψυχιατρικές πτέρυγες οξέων παθήσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η κακή πρόγνωση και οι χαστικές διαδικασίες διπλής διάγνωσης δεν οφείλονται μόνο στα χαρακτηριστικά του ίδιου του ενδιαφερόμενου αλλά και στον κατακερματισμό της παροχής υπηρεσιών που συχνά οδηγεί σε μη αποδοτική κατάτμηση της μέριμνας. Στα προϊόντα του σχεδίου Isadora περιλαμβάνεται ένα αναλυτικό εκπαιδευτικό εγχειρίδιο για τη διπλή διάγνωση.

(<sup>1</sup>) <http://isadora.advsh.net/>

Σε ορισμένες μελέτες σε χρήστες ναρκωτικών διαπιστώνεται ως αιτία θανάσιμης λήψης υπερβολικής δόσης η αυτοκτονία. Οι θάνατοι που αποδίδονται σε αυτοκτονία, αθροϊζόμενοι με τους μη δυνάμενους να χαρακτηρισθούν ως προς την πρόθεση θανάτου, αποτελούν το 30 % όλων των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων που αναφέρθηκαν στη Σκωτία το 2005. Το 2003, 13 % όλων των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά ήταν αυτοκτονίες (Εκτελεστική Αρχή της Σκωτίας, 2005). Τα προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών θεωρείται ότι συμβάλλουν στην αυτοκτονική συμπεριφορά με διάφορους τρόπους: κοινό παράγοντες κινδύνου, κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών από άτομα που είναι επιρρεπή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

### Μείωση των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων

Η προσοχή που δίδεται στα μέτρα πρόληψης των θανάτων λόγω υπερβολικής δόσης ναρκωτικών εντείνεται καθώς αναγνωρίζεται η σχετική σημασία που έχει η λήψη

(<sup>170</sup>) Βλέπε διάγραμμα DRD-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.

(<sup>171</sup>) Βλέπε διάγραμμα DRD-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2007.



υπερβολικής δόσης ναρκωτικών ως ζήτημα δημόσιας υγείας. Η προσφυγή σε θεραπεία και άλλες υπηρεσίες μπορεί να περιορίσει τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους, ωστόσο υπάρχουν ακόμα πολλά περιθώρια για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα στοχεύουν ειδικά τους κινδύνους λήψης υπερβολικής δόσης. Γενικά εξακολουθεί να μην υπάρχει στην Ευρώπη συνολική προσέγγιση της πρόληψης της λήψης υπερβολικής δόσης.

Τα κράτη μέλη, ιδίως δε σε όσα σημειώθηκε κατά το παρελθόν επιδημική χρήση ηρωίνης, τα τελευταία χρόνια αύξησαν σταδιακά τη διαθεσιμότητα θεραπείας απεξάρτησης και πλέον προσεγγίζουν έναν αυξανόμενο αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών (βλέπε επίσης κεφάλαιο 2 και κεφάλαιο 6). Η ευκολότερη πρόσβαση σε θεραπεία και το ευρύτερο φάσμα προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας υποκατάστασης, βελτιώνουν τα ποσοστά παραμονής σε θεραπεία, γεγονός που συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της θνησιμότητας και των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Αρκετές χώρες έχουν καταστήσει αμεσότερη την πρόσβαση στη θεραπεία συντήρησης και είναι φανερό η αλλαγή φιλοσοφίας υπέρ της επίσπευσης της διαδικασίας εγγραφής και επανεγγραφής σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη (μέτρα που έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν το ποσοστό επιβίωσης). Επιπλέον, από μελέτες προγραμμάτων υψηλών κριτηρίων προκύπτει ότι τα αυστηρά κριτήρια εισαγωγής και οι αυστηροί κανόνες θεραπείας έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των αποπομπών λόγω πειθαρχικών παραπτώματων καθώς και ο κίνδυνος θανάτου στα άτομα τα οποία αποπέμπονται συγκριτικά με όσους παραμένουν υπό θεραπεία (Fugelstad κ.ά., 2007). Στην Ιταλία βρίσκεται σε εξέλιξη μελέτη σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών απεξάρτησης από την ηρωίνη, η οποία εξετάζει τη σχέση μεταξύ της παραμονής υπό θεραπεία και της θνησιμότητας (Bargagli κ.ά., 2006).

Κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την αποφυλάκιση ή τη λήξη της θεραπείας, όσοι έχουν απεξαρτηθεί από οπιοειδή αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο λήψης υπερβολικής δόσης εάν παρουσιάσουν υποτροπή στη χρήση ναρκωτικών — καθώς η ανοχή του οργανισμού τους έχει μειωθεί. Επομένως η ενημέρωση όσων αποχωρούν από τέτοιου είδους περιβάλλοντα για τους κινδύνους που εγκυμονεί η επανέναρξη της χρήσης ναρκωτικών και η από κοινού εξέταση στρατηγικών μείωσης των κινδύνων αποτελεί σημαντικό μέτρο για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Η συνεχής περίθαλψη μέσω υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης και θεραπείας μπορεί να επιτελέσει σημαντικό ρόλο σε αυτό, ιδίως στην περίπτωση των ατόμων που αποφυλακίζονται.

Κάποιες άλλες προσεγγίσεις πρόληψης της λήψης υπερβολικής δόσης είναι η εκμάθηση στους χρήστες ναρκωτικών της θέσης ανάληψης και τρόπων αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, καθώς και η συνεργασία με την αστυνομία, το κέντρο άμεσης βοήθειας και τους ίδιους τους χρήστες ώστε να ενθαρρυνθεί η κλήση ιατρικών υπηρεσιών έκτακτων περιστατικών στο αρχικό στάδιο ενός περιστατικού λήψης υπερβολικής δόσης. Από έρευνες προκύπτει ότι συντρέχουσα χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών, ιδίως δε αλκοόλ και ηρεμιστικών ουσιών, επίσης αυξάνει τον κίνδυνο θανάσιμης λήψης υπερβολικής δόσης και, επομένως, η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών είναι ένα σημαντικό ζήτημα που καλούνται

να αντιμετωπίσουν οι υπηρεσίες. Σε πειραματικό επίπεδο εξετάστηκε η δυνατότητα χορήγησης ανταγωνιστών των οπιοειδών σε χρήστες ναρκωτικών, όπως στο πλαίσιο ενός πιλοτικού προγράμματος διανομής ναλοξόνης σε χρήστες ναρκωτικών και πρόσωπα του οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος, το οποίο πραγματοποιήθηκε στη Σκωτία. Η προσέγγιση αυτή δεν έχει τύχει έως σήμερα ευρείας διάδοσης στην Ευρώπη, αλλά ενδέχεται να παρουσιάζει κάποιες προοπτικές. Η διαθεσιμότητα ανταγωνιστών των οπιοειδών σε ασθενοφόρα, κέντρα θεραπείας ή άλλους χώρους όπου μπορεί να υπάρξει λήψη υπερβολική δόσης οπιοειδών είναι μια ποιο διαδεδομένη προσέγγιση, αν και όχι σε καθολικό επίπεδο. Δεδομένης της αποτελεσματικότητας αυτών των φαρμάκων, όταν χορηγούνται άμεσα, υπάρχει σαφής ανάγκη να εξετάζεται το θέμα της διαθεσιμότητας αυτού του τρόπου αντιμετώπισης σε κάθε αναθεώρηση των μέτρων πρόληψης της λήψης υπερβολικής δόσης.

Μια προσέγγιση που έχει προκαλέσει κάποιες αντιπαραθέσεις είναι η διάθεση αιθουσών χρήσης ναρκωτικών, όπου οι χρήστες μπορούν να κάνουν χρήση της ναρκωτικής τους ουσίας σε έναν προκαθορισμένο χώρο όπου είναι διαθέσιμες ιατρικές και άλλες υπηρεσίες. Οι αίθουσες χρήσης ναρκωτικών επικρίθηκαν από το INCB στις πρόσφατες ετήσιες εκθέσεις του, αλλά αντιμετωπίζονται από κάποια κράτη μέλη ως χρήσιμη συνιστώσα της συνολικής αντιμετώπισης ορισμένων μορφών ιδιαίτερα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Μεταξύ των επιχειρημάτων υπέρ των αιθουσών χρήσης ναρκωτικών είναι ότι: αποτελούν ένα μέτρο πρόληψης της λήψης υπερβολικής δόσης· μειώνουν άλλους κινδύνους που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση, παρέχουν τη δυνατότητα μετάδοσης πληροφοριών και τέλος λειτουργούν ως δίαυλος προς την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, τη θεραπεία και άλλες υπηρεσίες κατά των ναρκωτικών. Οι αίθουσες χρήσης ναρκωτικών θεωρούνται σε ορισμένες περιπτώσεις ως ευκαιρία περιορισμού της όχλησης του κοινού από τη χρήση ναρκωτικών. Σήμερα υπάρχουν περισσότερες από 70 αίθουσες χρήσης ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία: περίπου 40 στις Κάτω Χώρες, 25 στη Γερμανία, έξι στην Ισπανία και από μία στο Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία.

Τεχνικές πληροφόρησης, εκπαίδευσης και επικοινωνίας χρησιμοποιούνται σε ολόκληρη την Ευρώπη στο πλαίσιο πρωτοβουλιών που αποσκοπούν στη μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Αρκετές χώρες αναφέρουν ότι διανέμεται ειδικό ενημερωτικό υλικό σε χρήστες ναρκωτικών, συναδέλφους και στις οικογένειές τους, ή στην αστυνομία. Ωστόσο, πέραν των μαθημάτων πρώτων βοηθειών που παρέχονται στο προσωπικό υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα των ναρκωτικών ή στους ίδιους τους χρήστες ναρκωτικών, φαίνεται να καθίσταται πιο διαδεδομένη στην Ευρώπη η αξιολόγηση κινδύνων λήψης υπερβολικής δόσης και η συμβουλευτική σχετικά με τη διαχείριση των κινδύνων, όπως αναφέρεται, για παράδειγμα, στις εκθέσεις από τη Ρουμανία, τις Κάτω Χώρες και τη Μάλτα. Το 2005 στη Σκωτία τέθηκε σε εφαρμογή σχέδιο δράσης για τη μείωση των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων, το οποίο περιλαμβάνει ένα DVD ενημέρωσης σχετικά με την υπερβολική δόση, νέα ερευνητική πρωτοβουλία για την εξέταση των καθυστερήσεων στις εκκλήσεις για βοήθεια και ένα εθνικό φόρουμ για την εξέταση των τάσεων και τον προσδιορισμό των τομέων στους οποίους απαιτείται η ανάληψη περαιτέρω δράσης.



## Παραπομπές

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E., κ.ά. (2004), «The influence of school culture on smoking among pupils», *Social science and medicine* 58, σ. 1767-80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G., κ.ά. (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, σ. 1861-79.
- Binnie, I., Kinver, A., and Lam, P. (2006), «Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation», Εκτελεστική Αρχή της Σκωτίας, Εδιμβούργο (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J., κ.ά. (2000), «Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science», *Addictive behaviours* 25, σ. 955-64.
- Bühler, A., και Kröger, C. (2006), «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs», *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Κολωνία.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., και Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Λονδίνο.
- Cho, H., Hallfors, D.D., και Sanchez, V. (2005), «Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth», *Journal of abnormal child psychology* 33, σ. 363-74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Επιτροπή για τα ναρκωτικά, Ηνωμένα Έθνη: Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, Βιέννη.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Επιτροπή για τα ναρκωτικά, Ηνωμένα Έθνη: Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, Βιέννη.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P., και Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Δουβλίνο.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., και Van Laar, M. (υπό έκδοση), «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*, τεύχος 27.
- Dishion, T. J., και 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, σ. 395-400.
- ECDC (2007), «HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic», τεχνική έκθεση, ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Λισαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights αριθ. 6, Λισαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2005), *Επίσημη έκθεση 2005: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*, Λισαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2006), *Επίσημη έκθεση 2006: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*, Λισαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2007α), *Drugs and crime: a complex relationship*, Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο αριθ. 16, Λισαβόνα.
- EMCDDA (2007β), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Λισαβόνα (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMEA (2005), «Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion» (Επιτροπή φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση — Περίληψη γνώμης), αριθ. εγγράφου emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Ευρωβαρόμετρο (2004), «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).
- Ευρωβαρόμετρο (2006), «Public opinion in the European Union», *Eurobarometer* 66 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb66/eb66\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf)).
- EuroHIV (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS) (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, αριθ. 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*, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Λουξεμβούργο.
- FESAT (2005), «Monitoring project: changes during the second half of 2005» (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F., κ.ά. (2005), «Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination», *Prevention science* 6, σ. 151-75.

Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M., και Thiblin, I. (2007), «Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings», *Addiction* 102, σ. 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», τεχνική έκθεση, Washington, DC, Government Accountability Office.

Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Λονδίνο.

Gossop, M., Marsden, J., και Stewart, D. (2001), «NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake», National Addiction Centre, Λονδίνο.

Hawks, D., Scott, K., McBride, N., κ.ά. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη.

HDA (2004), «The effectiveness of public health campaigns», Briefing 7, Health Development Agency, Λονδίνο (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).

INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Ηνωμένα Έθνη: Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.

INCB (2007α), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Ηνωμένα Έθνη: Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.

INCB (2007β), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Ηνωμένα Έθνη: Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.

Ives, R. (2006), «Real life is messy», *Drugs: education, prevention and policy* 13, σ. 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*, ΕΚΠΝΤ, Λισαβόνα (αδημοσίευτο).

Kouvonen, P., Skretting, A., και Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Ελσίνκι.

Kuntsche, E., και Jordan, M. (2006), «Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors», *Drug and alcohol dependence* 84, σ. 167-74.

Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R., και 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, σ. 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, και 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., κ.ά. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Λονδίνο.

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» έκθεση για τη διυπηρεσιακή μονάδα της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου για τα ναρκωτικά που προέρχονται από το Αφγανιστάν.

March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., κ.ά. (2006), «Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction», *Journal of substance abuse treatment* 31, σ. 203-211.

Mateu, G., Astals, M., και Torrens, M. (2005), «Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento», στο: Miranda, J. J. F., και Melich, M. T. (επιμ.), *Monografía opiáceos*, Adicciones 17, σ. 111-21.

McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A., και Hunt, N. (2005), «Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom», *Addiction* 100, σ. 1140-9.

Nabben, T., Benschop, A., και Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Άμστερνταμ.

Naber, D., και 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](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, Λονδίνο.

Parkin, S., και McKeganey, N. (2000), «The rise and rise of peer education approaches», *Drugs: education, prevention and policy* 7, σ. 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, σ. 315-22.

Rigter, H. (2005), «Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights», στο *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Βερολίνο, σ. 117-24.

Samhsa, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Schifano, F., κ.ά. (2005), «Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002», *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, σ. 343-48.

- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V., κ.ά. (2006), «Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement», *European addiction research* 12, σ. 121-27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T., κ.ά. (2004), «Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study», *Addictive behaviours* 29, σ. 743-52.
- Scottish Executive (Εκτελεστική Αρχή της Σκωτίας) (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Εδιμβούργο.
- Single, E., Collins, D., Easton, B., κ.ά. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Τορόντο.
- Sonntag, D., Bauer, C., και Hellwich, W.K. (2006), «Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen» *Sucht* 52, σ. 57-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S., κ.ά. (2006), «A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project», *Addiction* 101, σ. 813-23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C., κ.ά. (2005), «The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales», *British journal of general practice* 55, σ. 444-51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. και Beynon, C. (2007), «Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)», αδημοσίευτο έγγραφο, Centre for Public Health, John Moores University, Λίβερπουλ, Ηνωμένο Βασίλειο.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου (2007), *Morocco cannabis survey 2006*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- Weaver, T. (2007), «Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services», National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Λονδίνο.
- WHO (ΠΟΥ) (2006), «Critical review of ketamine 2006», 34η επιτροπή εμπειρογνομόνων για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά (ECDD) 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).
- WHO (ΠΟΥ) /UNAIDS (2007), «Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities», Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P., και Ahlner, J. (2004), «A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden», *Journal of analytical toxicology* 28, σ. 67-70.









Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

**Ετήσια έκθεση 2007: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη**

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

2007 — 91 σ. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-287-4



## **ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΟΚΤΗΣΕΤΕ ΤΙΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΕ;**

Οι εκδόσεις της Υπηρεσίας Εκδόσεων που προσφέρονται προς πώληση διατίθενται από το EU Bookshop (βιβλιοπωλείο της ΕΕ) (<http://bookshop.europa.eu/>) όπου μπορείτε να δώσετε την παραγγελία σας στο γραφείο πωλήσεων της επιλογής σας.

Μπορείτε επίσης να ζητήσετε κατάλογο των ανά τον κόσμο αντιπροσώπων του δικτύου πωλήσεων διατυπώνοντας σχετικό αίτημα με φαξ στον αριθμό (352) 29 29-42758.

## Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό, παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του κέντρου αποτελούν κατεξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επαγγελματίες και ερευνητές που εργάζονται στον τομέα των ναρκωτικών και πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στην ΕΕ και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.