



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

ISSN 1830-0782

2007. GADA ZIŅŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

2007. GADA ZINĀJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ

Juridisks paziņojums

Šis Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (EMCDDA) publikācijas autortiesības ir aizsargātas ar likumu. EMCDDA neuzņemas nekādas saistības vai atbildību par sekām, kas var rasties, izmantojot dokumentā atrodamo informāciju. Dokumentā paustie atzinumi var nesakrist ar EMCDDA partneru, ES dalībvalstu vai citu Eiropas Savienības vai Eiropas Kopienu institūciju vai iestāžu oficiālo viedokli.

Plaša papildu informācija par Eiropas Savienību ir pieejama internetā. Informācijai var piekļūt ar servera *Europa* (<http://europa.eu>) palīdzību.

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

Bezmaksas tālruņa numurs*:

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Daži mobilā tālruņa operatori aizlīdz pieeju 00 800 numuriem, vai arī par šo tālruņa numuru izmantošanu ir jāmaksā.

Ziņojums ir pieejams bulgāru, spāņu, čehu, dāņu, vācu, igauņu, grieķu, angļu, franču, itāļu, latviešu, lietuviešu, ungāru, holandiešu, poļu, portugāļu, rumāņu, slovāku, slovēņu, somu, zviedru, turku un norvēģu valodā. Visus tekstus ir tulkojis Eiropas Savienības organizāciju tulkošanas centrs.

Kataloga dati atrodas dokumenta beigās.

Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga, 2007. gads

ISBN 978-92-9168-296-6

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2007. gads

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

Printed in Belgium

IESPIESTS UZ PAPIĀRA, KURA BALINĀŠANĀ NAV IZMANTOTS HLORS



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

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

Tālrunis (351) 218 11 30 00 • Fakss (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Satura rādītājs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs — situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā	11
1. nodaļa	
Politika un tiesību akti	18
2. nodaļa	
Pārskats par narkotiku problēmu risinājumiem Eiropā	28
3. nodaļa	
Kaņepes	37
4. nodaļa	
Amfetamīni, ekstazī un LSD	48
5. nodaļa	
Kokaīns un kreka kokaīns	57
6. nodaļa	
Opiotdu lietošana un narkotiku injicēšana	63
7. nodaļa	
Jaunas un topošas narkotiku lietošanas ievirzes un pasākumi pret jaunām narkotikām	72
8. nodaļa	
Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi	77
Bibliogrāfija	89



Priekšvārds

Šis ir Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra divpadsmitais gadskārtējais ziņojums. Arī šogad, tāpat kā iepriekšējos ziņojumos, tajā sniegta visaptveroša jaunākā informācija par pašreizējo situāciju narkotiku problēmu jomā Eiropā. Ziņojumā ir atspoguļoti arī Eiropas sasniegumi, kas gūti, ieviešot metodiski pamatotu, ilgtspējīgu un visaptverošu narkotiku lietošanas uzraudzības sistēmu.

Ziņojumā ir aplūkoti divi svarīgākie jautājumi. Pirmkārt, ko mēs zinām par narkotiku lietošanu Eiropā un problēmām, ko tā rada? Un, otrkārt, vai esam iemācījušies efektīvi reaģēt uz narkotiku lietošanas radītajām problēmām? Šie jautājumi ir svarīgi, jo, neatkarīgi no politiskās pārlicības un ideoloģiskiem apsvērumiem, politikas veidotāji visā Eiropā ir atzinuši, ka narkotiku problēmu veido daudzu sarežģītu problēmu kopums, un vienkāršs risinājums šeit nav iespējams. Politikas veidotāji atzīst, ka virzība uz priekšu ir iespējama tikai pēc uzkrāto faktu izpētes — tie ir fakti, kas raksturo gan problēmas apjomu un būtību, gan dažādu pieeju un risinājumu izmaksas un priekšrocības. Saistībā ar šo atziņu ziņojumā ir atspoguļota arī Eiropas apņemšanās politikas izstrādē piemērot līdzsvarotu un ar faktiem pamatotu nostāju un paliekošus pūliņus, nevis paļaušanās uz risinājumiem, kas sola vien īslaicīgus panākumus. Rezultātā Eiropa var lepoties, ka risinājumi, ko tā ir izvēlējusies, lai reaģētu uz šo sarežģīto un nereti emocionālo problēmu, ir vienlaikus racionāli un humāni.

Šajā ziņojumā aplūkoti arī sasniegumi, kas Eiropā gūti, risinot ar narkotikām saistītās problēmas. Šogad tas ir īpaši būtiski, jo šajā jomā panākto drīzumā gatavojamies novērtēt gan Eiropas, gan starptautiskā mērogā. Eiropas Komisija 2008. gadā sāks pašreizējā narkotiku rīcības plāna ietekmes novērtējumu, bet ANO Narkotiku komisija (CND) novērtēs panākumus, kas gūti, tuvinot 1998. gada ANO ārkārtas sesijā izvirzītos mērķus.

Eiropā narkotiku problēmas joprojām sagādā nopietnas raizes gan veselības aprūpes, gan sociālās politikas, gan tiesību aizsardzības nozarēs. Nav tālu jāmeklē jomas, kas rada īpašas bažas. Tomēr esam cieši pārliecināti, ka nedrīkst

noklusēt arī panākumus, kurus ir izdevies sasniegt. Lai cīnītos pret narkotiku problēmām, arvien vairāk Eiropas valstu izvēlas stratēģisku un plānveidīgu nostāju. Ļoti ievērojami ir pieauguši arī ieguldījumi, ko valstis atvēl profilakses, ārstniecības, kā arī kaitējuma mazināšanas pasākumiem, ir uzlabojusies sadarbība un arvien lielāka uzmanība tiek pievērsta piegāžu ierobežošanai. Narkotiku lietošanas izplatības vispārējais līmenis vēsturiski joprojām ir augsts, bet daudzējādā ziņā tas ir stabilizējies, un dažās jomās ir vērojamas pazīmes, kas ļauj raudzīties nākotnē ar piesardzīgu optimismu. Eiropas Savienība un tās dalībvalstis sniedz ievērojamu atbalstu starptautiskām programmām, un ar prieku varam konstatēt, ka pasaules kontekstā daudzās svarīgākajās jomās situācija Eiropā šķiet samērā pozitīva.

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs ir uzraudzības aģentūra, kas nodarbojas ar faktiem un skaitļiem, un tā uzdevums ir ievērot zinātnisku precizitāti un objektivitāti, interpretējot tā rīcībā esošo informāciju bez aizspriedumiem vai iepriekšējiem pieņēmumiem. Tāda ir Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra loma, un mēs — valdes priekšsēdētājs un direktors — nepieļaujam nekādus kompromisus un vienmēr turam godā un cieņā mūsu augstās prasības. Tomēr, labi saprotot, ka šajā darbā nevar iztikt bez zinātniskas precizitātes, mēs tikpat labi zinām, ka aiz ziņojumos nosauktajiem skaitļiem ir reāli cilvēki, kuru dzīvi narkotikas ir iespaidojušas un dažkārt neatgriezeniski izpostījušas. Aiz ārstniecības pieprasījumu, ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu un noziedzības sausās statistikas saskatām sērojošas ģimenes, zaudētas iespējas un bērnus, kuriem nākas uzaugt nedrošā vidē. Ja gribam efektīvi risināt narkotiku problēmas, nevaram ļauties emociju varai, analizējot šos skaitļus, tomēr ne uz mirkli nedrīkstam aizmirst, kas aiz tiem slēpjas.

Marcel Reimen

EMCDDA valdes priekšsēdētājs

Wolfgang Götz

EMCDDA direktors



Pateicības

Par šā ziņojuma tapšanā sniegto palīdzību EMCDDA vēlas pateikties:

- *Reitox* valstu koordinācijas centru vadītājiem un darbiniekiem;
- visiem dalībvalstu dienestiem, kas apkopoja šajā ziņojumā izmantotos datus;
- EMCDDA valdes un zinātniskās komitejas locekļiem;
- Eiropas Parlamentam, Eiropas Savienības Padomei — jo īpaši tās Horizontālajai narkotiku darba grupai — un Eiropas Komisijai;
- Eiropas Slimību novēršanas un kontroles centram (ECDC), Eiropas Zāļu aģentūrai (EMA) un Eiropolam;
- Eiropas Padomes Pomicidū grupai, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojam (UNODC), PVO Eiropas reģionālajam birojam, Interpolam, Pasaules Muitas Organizācijai, ESPAD projektam un Zviedrijas Informācijas padomei alkohola un narkotiku jautājumos (CAN), kā arī Eiropas AIDS epidemioloģiskās uzraudzības centram (EuroHIV);
- Eiropas Savienības organizāciju tulkošanas centram un Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojam;
- *Prepress Projects Ltd.*

Reitox valstu koordinācijas centri

Reitox ir Eiropas narkotiku un narkomānijas informācijas tīkls. To veido ES dalībvalstu, Norvēģijas, kandidātvalstu un Eiropas Komisijas valstu koordinācijas centri. Koordinācijas centri ir valsts iestādes, kas atrodas attiecīgo valsts pārvaldes iestāžu pārziņā un sniedz EMCDDA ar narkotiku jomu saistītu informāciju.

Valstu koordinācijas centru kontaktinformācija atrodama interneta adresē <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>.



Ievada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko valstu ziņojumos EMCDDA ir sniegušas ES dalībvalstis, kandidātvalstis un Norvēģija (piedalās EMCDDA kopš 2001. gada). Ziņojumā minētie statistikas dati attiecas uz 2005. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru ir pieejama informācija). Ziņojumam pievienotajos attēlos un tabulās var būt atspoguļota informācija tikai par tām ES valstīm, kas ir sniegušas informāciju par attiecīgo laikposmu.

Gada ziņojuma elektroniskā versija 23 valodās ir pieejama interneta adresē <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Visas gada ziņojuma statistikas analīzē izmantotās tabulas ir atrodamas 2007. gada statistikas biļetenā (<http://stats07.emcdda.europa.eu>). Tajā ir sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodiku un vairāk nekā 100 papildu statistikas diagrammas.

Valstu datu profili (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) sniedz augstvērtīgu, uzskatāmu pārskatu par narkotiku situācijas svarīgākajiem aspektiem katrā valstī.

Ziņojumu papildina trīs padziļināti pārskati, kuros analizētas šādas īpašās tēmas:

- Sēšanās pie stūres narkotiku reibumā
- Narkotiku lietošana nepilngadīgo vidū
- Kokaīna un kreka kokaīna lietošana — pieaugoša sabiedrības veselības problēma

Īpašās tēmas — tikai angļu valodā — ir pieejamas iespiestā veidā un internetā (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

Katras valsts narkotiku problēmu izvērstis apraksts un analīze ir sniegta Reitox koordinācijas centru valstu ziņojumos, kas pieejami EMCDDA interneta vietnē (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentārs — situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Eiropa arvien vairāk iesaistās starptautiskos pasākumos ar mērķi mazināt narkotiku problēmas

Valstu un ģeogrāfiskās robežas narkotikām nav šķērslis — robežas nespēj apturēt nedz narkotiku lietošanas ieviržu izplatīšanos, nedz narkotiku ražošanā un nelegālajā tirdzniecībā iesaistītos darboņus. Tādēļ ir svarīgi apzināties, ka Eiropas narkotiku problēmas ir daļa no plaša globāla fenomena, līdz ar to narkotiku lietošanas ievirzes citur pasaulē iespaido situāciju narkomānijas problēmas jomā Eiropā, un otrādi. Šāda izpratne ir atspoguļota pašreizējā ES narkotiku rīcības plānā, atzīstot, ka ir jāpanāk starptautisku pasākumu labāka koordinācija un jāatbalsta programmas, kuru mērķis ir mazināt narkotiku pieprasījumu un piedāvājumu kaimiņvalstīs un valstīs, kur notiek narkotiku ražošana. Lai atbalstītu starptautiskus pasākumus, Eiropa pašlaik iegulda ļoti ievērojamus līdzekļus. Eiropas Komisija nesēn ir veikusi revīziju, kuras rezultāti liecina, ka Eiropas Savienības pašreizējais finansiālais ieguldījums trešo valstu pieprasījuma un piedāvājuma samazinājuma pasākumos ir vismaz 750 miljoni euro. Turklāt ES pašlaik ir lielākais starptautiskais finanšu donors, kas atbalsta ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas biroja (UNODC) darbu.

Fakti liecina, ka līdztekus finansiālajam atbalstam Eiropas valstis ļoti atbildīgi pilda starptautiskās saistības, kas paredz piemērotu narkotiku problēmu risinājumu izstrādi. Starptautiskā sabiedrība 2008. gadā novērtēs panākumus, kas pasaulē gūti, tuvinot narkotiku problēmu apkarošanai vēltītajā 1998. gada ANO ārkārtas sesijā izvirzītos mērķus. Lai papildinātu starptautiskā līmenī pieejamos datus, ieguldījumu analīzes procesā sniegs arī EMCDDA, gādājot par izvērstāku Eiropas situācijas novērtējumu. Kā redzams šajā ziņojumā, ES dalībvalstis pēdējos 10 gados ir izstrādājušas arvien visaptverošākus valsts un ES līmeņa koordinācijas mehānismus, kuru pamatā parasti ir stratēģijas un rīcības plāni. Turklāt ļoti ievērojami ir uzlabojusies dalībvalstu sniegtā informācija par situāciju narkomānijas problēmas jomā un pieaudzis gan ar piedāvājuma, gan ar pieprasījuma samazināšanu saistīto iekavšanās pasākumu finansējums. Atzīstot, ka narkotiku lietošana vēl arvien ir nopietna Eiropas sabiedrības veselības un sociālās politikas problēma, tomēr nevar nepieminēt arī šos pozitīvos sasniegumus.

Eiropa pasaules kontekstā

Narkotiku lietošana ir globāla problēma, un, salīdzinot Eiropas rādītājus ar informāciju no citām valstīm, var gūt vērtīgu

priekšstatu par Eiropas narkomānijas problēmas situāciju pasaules kontekstā. Šādus salīdzinājumus apgrūtina apstākļi, ka, izņemot Eiropu, vēl tikai dažās pasaules daļās ir pieejami relatīvi vispusīgi un robusti dati. ASV, Kanādas un Austrālijas dati ļauj veikt dažus vērā ņemamus pēdējā gada narkotiku lietošanas izplatības rādītāju salīdzinājumus. UNODC aplēses rāda, ka opioīdu lietošanas izplatība šajās valstīs lielos vilcienos ir tāda pati kā Eiropas Savienībā, svārstoties no 0,4 % līdz 0,6 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem, ar nedaudz zemākiem rādītājiem Kanādā un nedaudz augstākiem ASV. Aplēstie kaņepju lietošanas rādītāji Eiropas Savienībā vidēji ir ievērojami zemāki nekā ASV, Kanādā un Austrālijā. Aplūkojot stimulējošo narkotiku lietošanas izplatību, redzam, ka, lai gan Austrālija ziņo par augstu ekstāzi izplatības līmeni, ekstāzi lietošanas līmenis visā pasaulē lielos vilcienos ir vienāds, bet amfetamīna izplatības līmenis Austrālijā un ASV ir augstāks nekā Eiropā un Kanādā. Kokaīna lietošana ASV un Kanādā ir izplatītāka nekā Eiropas Savienībā un Austrālijā. Salīdzināmu datu trūkums neļauj pienācīgi novērtēt narkotiku lietošanas radītās sekas uz veselību dažādās valstīs, tomēr piesardzīgi salīdzinot 2005. gadā jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu HIV infekcijas gadījumu skaitu, redzam, ka šie rādītāji Austrālijā, Kanādā un Eiropas Savienībā ir mazāk nekā 10 gadījumi uz miljoniem iedzīvotājiem, bet ASV aptuveni 36 gadījumi uz miljoniem iedzīvotājiem.

Mērījumu kompleksitāte: konstruktīvu mērķu izvirzīšana un praktisku apkopojosu indeksu izstrāde

Visu Eiropas narkotiku stratēģiju mērķis ir samazināt narkotiku lietošanu un ļaunumu, ko narkotikas var nodarīt gan pašiem narkotiku lietotājiem, gan apkārtējai sabiedrībai. Šādu politisku mērķi izvirzīt nav grūti, tomēr nedrīkst aizmirst, ka narkotiku lietošana ir daudzšķautņaina un sarežģīta parādība un, novērtējot šīs jomas politikas ietekmi, vienmēr jāpatur prātā tās pamatā esošā realitāte. Šāgada ziņojuma labā ziņa ir tā, ka Eiropas narkotiku politikā arvien vairāk tiek ņemta vērā vajadzība vairāk pievērsties konkrētām darbībām un izvirzīt konstruktīvus mērķus. Šo vispārējo Eiropas virzību atspoguļo narkotiku rīcības plāni, kas papildina valsts narkotiku stratēģijas, ir konkrētāki un aptver īsākus laikposmus; savukārt Eiropas koordinācijas līmenī par to liecina kārtējo narkotiku rīcības plānu ikgadējā pārskatīšana, pēc kuras atkarībā no to efektivitātes novērtējuma dažus rādītājus turpmāk vairs neizmanto vai maina.

Novērtēšanas pasākumos neapšaubāmi lietderīgāka ir vairāk fokusēta pieeja. Tomēr daži apkopojosi mērījumi, kas

atvieglina sarežģītu jautājumu izklāstu, var būt tikpat lietderīgi. Lai gan darbs pie šādu vērtes skalu un mērījumu radīšanas nav viegls, dažas jaunākās izstrādes šajā jomā vieš cerības. Šajā ziņojumā esam snieguši jaunu analīzi par Eiropas valstu tēriņiem narkotiku jomā. Lai gan šie dati nav pilnīgi, tie ļoti pārlicinoši atspoguļo lielās naudas summas, ko Eiropas valstis katru gadu tērē, lai samazinātu narkotiku pieprasījumu un piedāvājumu — šie tēriņi svārstās no 13 līdz 36 miljardiem euro. Turklāt jāatceras, ka šie skaitļi neatspoguļo narkotiku lietošanas sociālās izmaksas.

Starp praktiskām izstrādēm šajā virzienā var minēt indeksus, kas var palīdzēt tikt skaidrībā par dažādajām ar nelegālo narkotiku lietošanu saistītajām izmaksām un narkotiku nodarīto kaitējumu, piemēram, Apvienotajā Karalistē nesen ieviesto narkotiku kaitējuma indeksu. Kaitējums ir arī viens no pamatrādītājiem, kas iekļauti UNODC jaunajā nelegālo narkotiku indeksā (*IDI*). Šie risinājumi varētu noderēt turpmākajā politikas analīzē, tomēr jāņem vērā, ka kompleksos mērījumus iespaido to pamatā esošo datu kvalitāte, kā arī tas, cik pilnīgi vai nepilnīgi savāktie dati aptver rādītājus, kuru atspoguļošanai tie vākti.

Kaitējuma mazināšanas pasākumi kļūst par neatņemamu Eiropas nostājas elementu

Narkotiku problēmas un to izplatības līmenis dažādās Eiropas valstīs joprojām ievērojami atšķiras, tāpat kā dalībvalstu izvēlēto risinājumu klāsts un veidi. Neraugoties uz šīm atšķirībām, vispārīgos fundamentālos jautājumos valda ievērojama saskaņa — valstis ir vienprātis, ka narkotiku politikai vajadzētu būt līdzsvarotai, visaptverošai un pamatotai ar pierādītiem faktiem. Visas valstis piekrīt, ka pieprasījuma mazināšana nav iedomājama bez profilakses, ārstniecības un sociālās rehabilitācijas pasākumiem. Tomēr kaitējuma mazināšanas koncepcija vēsturiski ir raisījusi ne vienu vien diskusiju. Pašlaik strīdi ir pierimuši un šķiet, ka visaptverošu pieprasījuma mazināšanas pasākumu paketē iekļauti kaitējuma mazināšanas pasākumi ir kļuvuši par būtisku Eiropas nostājas elementu. Par to liecina fakts, ka pašlaik praktiski visās ES dalībvalstīs ir gan opioīdu aizvietošanas terapijas, gan adatu un šļirču programmas, lai gan pakalpojumu nodrošinājuma līmenis ir diezgan atšķirīgs. Par to liecina arī nesen publiskotais Eiropas Komisijas ziņojums, kurā ir atzīts, ka liela loma, rosinot dalībvalstis izstrādāt un paplašināt kaitējuma mazināšanas pasākumus, ir bijusi Padomes 2003. gada 18. jūnija lēmumam.

Pakalpojumi narkotiku lietotājiem cietumos joprojām tālu no pilnības

Viens no svarīgākajiem Padomes 2003. gada 18. jūnija lēmuma īstenošanas progressa ziņojuma secinājumiem attiecas uz pakalpojumiem narkotiku lietotājiem cietumos —

neraugoties uz citās jomās gūtajiem panākumiem, gandrīz neviens no cietumos pieejamajiem pakalpojumiem nav pienācīgā līmenī. Lai gan dažas dalībvalstis ir ieviesušas sistēmas, kas paredz likumpārkāpējiem, kam ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, nepiespriet kriminālsodus, bet nosūtīt šos cilvēkus ārstēties, tomēr praktiski visās valstīs ievērojama cietumnieku daļa joprojām ir arestanti ar narkotiku problēmām. EMCDDA sadarbībā ar Pasaules Veselības Organizāciju (PVO) pašlaik izstrādā datubāzi, kurā būs apkopoti cietumu veselības aprūpes rādītāji. Vispārējais princips, kas paredz, ka cietumu iemītniekiem būtu jānodrošina piekļuve tādām pašām veselības aprūpes iespējām kā pārējiem sabiedrības locekļiem, attiecībā uz narkotiku lietotājiem cietumos daudzās jomās netiek īstenots. Ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas ir daudziem cietumā nonākušiem likumpārkāpējiem, turklāt pētījumi liecina, ka narkotiku lietošana cietumos bieži turpinās. Narkotiku lietotājiem domātu pakalpojumu trūkums cietumos rada nopietnas bažas, ka tādējādi tiek palaista garām izdevība iejaukties, lai samazinātu turpmāku narkotiku lietošanu un prettiesisku rīcību, turklāt sliktie veselības aprūpes apstākļi cietumā draud pārvilkt svītru citās ārstniecības iestādēs panāktiem veselības uzlabojumiem.

Efektīvu iejaukšanās pasākumu apzināšana un pieredzes apmaiņa

Runājot par dažādiem pieprasījuma mazināšanas pasākumiem, diskusiju dalībnieki pievērš arvien lielāku uzmanību jautājumam par tādu iejaukšanās pasākumu apzināšanu, kuru efektivitāti pamato pierādīti fakti un kuriem nav nevēlamu blakusefektu. Nepareizi piemērots, neviens iejaukšanās pasākums nevar dot cerētos rezultātus, un dažkārt efekts var būt gluži pretējs gaidītajam, tādēļ otrs svarīgs šā darba elements ir labas prakses un kvalitātes kontroles pasākumu apzināšana. EMCDDA jaunajā regulā ir uzsvērtas labas prakses apzināšanas un izplatīšanas nozīme. Viens no galvenajiem klupšanas akmeņiem šeit ir apstākļi, ka pieprasījuma mazināšanas pasākumi uzreiz tiek piemēroti parastos apstākļos. Medicīnisku iejaukšanās pasākumu zelta standarts — ticami kontrolēti pētījumi — bieži nav piemērojams plānošanas vai praktisku grūtību dēļ. Iejaukšanās pasākumu efektivitātes pierādījumu novērtējuma un kvalitātes kontroles standartu noteikšanas kompleksitāte ir aplūkota šajā ziņojumā.

Kaņepju popularitātes ziedu laiki beigušies, bet izpratne par sabiedrības veselības problēmām pieaug

Gandrīz ceturtdaļa visu pieaugušo iedzīvotāju ir kādreiz pamēģinājuši kaņepes, bet katrs četrpadsmitais ir lietojis kaņepes pēdējā gada laikā. Šāds izplatības līmenis padara

Īss pārskats par narkotiku lietošanas izplatību Eiropā

(Šeit minētie skaitļi attiecas uz pieaugušajiem iedzīvotājiem un ir jaunākās pieejamās aplēses. Pilnīgi dati un izvērstas metodiskas piezīmes ir atrodamas 2007. gada statistikas biļetenā)

Kaņepes

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 70 miljoni jeb viens no katriem pieciem pieaugušajiem eiropiešiem

Lietošana pēdējā gada laikā: aptuveni 23 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no visiem tiem pieaugušajiem eiropiešiem, kuri kaņepes lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējo 30 dienu laikā: vairāk nekā 13 miljoni eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:
no 1,0 % līdz 11,2 %

Kokaīns

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 12 miljoni jeb aptuveni 4 % pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: aptuveni 4,5 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no visiem tiem pieaugušajiem eiropiešiem, kuri kokaīnu lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējo 30 dienu laikā: aptuveni 2 miljoni eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:
no 0,1 % līdz 3 %

Ekstazi

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: aptuveni 9,5 miljoni jeb 3 % pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: 3 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no visiem tiem pieaugušajiem eiropiešiem, kuri ekstazi lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējo 30 dienu laikā: vairāk nekā 1 miljons eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:
no 0,2 % līdz 3,5 %

Amfetamīni

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: gandrīz 11 miljoni jeb aptuveni 3,5 % pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: 2 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb piektdaļa no visiem tiem pieaugušajiem eiropiešiem, kuri amfetamīnus lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējo 30 dienu laikā: mazāk nekā 1 miljons eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:
no 0,0 % līdz 1,3 %

Opioidi

Problemātiska opioīdu lietošana: no viena līdz astoņiem gadījumiem uz 1000 pieaugušajiem (15–64 gadus vecajiem) iedzīvotājiem

Gandrīz 7500 narkotiku izraisītu pēkšņu nāves gadījumu, apmēram 70 % gadījumu konstatēta opioīdu klātbūtne (2005. gada dati)

Primārā narkotika aptuveni 50 % ārstniecības pieprasījumu Vairāk nekā 585 000 opioīdu lietotāju 2005. gadā ir saņēmuši aizvietojošā terapiju

kaņepes par Eiropā visbiežāk lietoto nelegālo narkotiku.

Vēl vairāk kaņepes ir izplatītas gados jaunu un ļoti jaunu iedzīvotāju vidū. Šajās vecuma grupās kaņepes tālu apsteidz pārējās nelegālās narkotikas. Fiziski un sociāli nenobriedušus individuus narkotiku lietošana apdraud visvairāk — šī problēma ir izvērstāk aplūkota šāgada ziņojuma īpašajā tēmā par narkotiku lietošanu nepilngadīgo vidū. Ņemot vērā kaņepju lietošanas plašo izplatību, pašlaik Eiropas sabiedrības veselības un narkotiku kontroles politikai priekšā stāv svarīgs uzdevums — viens no daudzajiem šajā jomā — jācenšas izprast, ar ko draud kaņepju lietošanas sākšana agrīnā vecumā un kādi būtu piemērotākie šīs parādības apkarošanas risinājumi.

Gadījumos, kad tiek atklāta kaņepju turēšana un lietošana mazos daudzumos, Eiropas politikā ir vērojama vispārēja tendence mazāk piemērot kriminālsankcijas un vairāk orientēties uz profilakses un ārstniecības pasākumiem. Tomēr laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam reģistrēto ar kaņepēm saistīto likumpārkāpumu skaits ir turpinājis ievērojami augt (par 36 %), un lielākajā daļā valstu apsūdzībās par narkotiku lietošanu vai turēšanu visbiežāk iesaistītās narkotikas parasti ir kaņepes. Izskatās, ka nupat situācija sāk mainīties, jo pašlaik lielākā daļa valstu ziņo par reģistrēto kaņepju pārkāpumu samazinājumu, lai gan šāds samazinājums var nozīmēt arī to, ka kaņepju lietotāji vairs nav tiesībsargājošo iestāžu uzmanības centrā.

Kaut arī sabiedrībā un medijos turpinās plašas diskusijas par kaņepju tēmu, tiešu un vienkāršu saistību starp tiesībsargājošo iestāžu politiku un kaņepju lietošanas vispārējo izplatību nav izdevies konstatēt. Lai gan izplatības laika un mēroga ziņā starp valstīm ir bijušas lielas atšķirības, kaņepju lietošana Eiropā ir strauji pieaugusi 20. gadsimta 90. gados, bet pēc 2000. gada šim popularitātes uzplaukumam ir sekojusi stabilāka, tomēr joprojām augšupejoša tendence. Šādas attīstības rezultātā kopējā aina Eiropā pašlaik ir daudz viendabīgāka nekā agrāk. Turklāt jaunākā informācija liek domāt, ka jo īpaši augstas izplatības valstīs kaņepju lietošana ieiet stabilākā fāzē vai pat samazinās. Un, lai gan dati vēl ir samērā nepilnīgi, tomēr daži fakti liecina, ka kaņepju popularitāte jaunākajās vecuma grupās dažās valstīs samazinās. Kaut arī valstīs vērojamās tendences ir atšķirīgas, pašlaik ar piesardzīgu optimismu tomēr gribas apgalvot, ka kopš 20. gadsimta 90. gadiem Eiropā vērojamie kaņepju lietošanas izplatības ziedu laiki nupat ir garām.

Lai gan kaņepju lietošanas izplatība Eiropā sāk stabilizēties, ir skaidrs, ka pašreizējais izplatības līmenis vēsturiski ir ļoti augsts, un, lai gan salīdzinoši tikai neliela kaņepju lietotāju daļa lieto kaņepes regulāri un intensīvi, šādu individu absolūtais skaits tomēr ir iespaidīgs. Plašāki zinātniski pierādījumi un klīniskā pieredze pašlaik ļauj labāk izprast problemātisku kaņepju lietotāju vajadzības, lai gan vēl

arvien nav īsti skaidrs, cik lielā mērā kaņepju lietošana var radīt problēmas tiem, kas tās lieto. EMCDDA apkopotie ārstniecības dati liecina, ka reģistrēto jauno ārstniecības pieprasījumu skaits kopš 1999. gada ir gandrīz trīskāršojies, lai gan izskatās, ka šī tendence pašlaik stabilizējas. Šīs tendences interpretāciju sarežģī vairāki faktori, piemēram, tas, ka ir pieaudzis problemātiskiem kaņepju lietotājiem paredzēto pakalpojumu apjoms un izpratne par kaņepju lietošanas radītajām problēmām, kā arī tas, ka daudzi kaņepju lietotāji nenonāk ārstniecības iestādēs brīvprātīgi, bet saskaņā ar tiesībsargājošo iestāžu vai citu sociālo iestāžu rīkojumu. Izrādās arī, ka ārstniecības iestādēs nonākušo kaņepju lietotāju vajadzības ir ļoti dažādas, tāpat kā pieejamie ārstniecības pakalpojumi, kas var būt gan īslaicīgi profilaktiski ieviešanās pasākumi, gan daudz nopietnāki ārstnieciski risinājumi.

Eiropas kaņepju situāciju sarežģī arī tirgus faktori, kuru izpēti apgrūtina atbilstošu datu trūkums par dažādo kaņepju preparātu salīdzinošo tirgus daļu un pieejamību ES. Eiropa joprojām ir pasaulē lielākais kaņepju sveķu noieta tirgus, kurā nonāk galvenokārt Ziemeļāfrikā ražotie kaņepju sveķi. Eiropā var iegādāties arī kaņepju augus, lai gan atsavināto sveķu daudzums vairāk nekā desmitkārt pārsniedz atsavināto augu daudzumu. Tomēr šī situācija, iespējams, sāk mainīties. 2005. gadā atsavināto kaņepju sveķu daudzums ir mazliet krities, kamēr atsavināto kaņepju augu un arī atsavināto kaņepju stādu daudzums turpina pieaugt. Puse Eiropas valstu 2005. gadā ziņoja arī par vietējo kaņepju ražošanu. Dažkārt mājas apstākļos audzētas kaņepes mēdz būt samērā iedarbīgas un, plānojot narkotiku kontroles pasākumus, nedrīkst aizmirst arī par šiem pašmāju ražojumiem.

Kaņepju lietošana rada virkni sarežģītu problēmu gan Eiropas narkotiku, gan sabiedrības veselības, gan sociālās politikas kontekstā. Par pozitīvu sasniegumu var uzskatīt to, ka dalībvalstis beidzot, šķiet, sāk labāk izprast kaņepju lietošanas plašās izplatības iespējamās sekas un kaņepēm veltītā diskusija kļūst mērķtiecīgāka un mazāk tendēta uz problēmas nepietiekamu vai pārspīlētu novērtējumu.

Kokaīna lietošanas izplatība atkal pieaug

Šāgada ziņojumā minētās precizētās EMCDDA aplēses liecina, ka pēdējā gada laikā kokaīnu ir lietojuši 4,5 miljoni Eiropas iedzīvotāju, tātad daudz vairāk nekā 2006. gada ziņojumā minētie 3,5 miljoni. Jaunie dati liek apšaubīt arī pagājušā gada ziņojumā minēto apgalvojumu par vispārēju kokaīna lietošanas izplatības stabilizāciju, jo liecina par pretējo — kokaīna lietošanas vispārējā izplatība pieaug. Jaunie dati apstiprina, ka aiz kaņepēm kokaīns ir Eiropā otrā izplatītākā nelegālā narkotika, kas pēc visiem rādītājiem apsteidz gan ekstāzi, gan amfetamīnus, bet pēdējā mēneša kokaīna lietotāju skaits pašlaik vairāk nekā divkārt pārsniedz

ekstāzi lietotāju skaitu. Lai gan nesensais pieaugums nozīmē, ka tagad vairāk valstu ziņo par ievērojamu kokaīna lietotāju kontingentu, tomēr valstu starpā jorojām saglabājas lielas atšķirības un saskaņā ar ziņojumiem lielākajā daļā Austrumeiropas valstu kokaīna lietošanas izplatības līmenis vēl arvien ir zems.

Par izplatības pieaugumu liecina arī jaunākie dati no Spānijas un Apvienotās Karalistes, valstīm ar augstākajiem kokaīna lietošanas izplatības rādītājiem Eiropā, lai gan jāpiebilst, ka pieaugums nevienā no šīm valstīm nav dramatisks. Abās minētajās valstīs pēdējā gada kokaīna lietošanas izplatības rādītāji gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū ir tādi paši kā ASV vai augstāki. Par satraucošiem ir uzskatāmi relatīvi augstie kokaīna lietošanas rādītāji jauniešu vidū (starp 15 līdz 16 gadu vecajiem jauniešiem aptuveni 4–6 %). Datu izpēte liecina, ka neseno pieaugumu Spānijā ir radījusi lietošanas izplatība 15–24 gadus veco iedzīvotāju vidū. Jāatzīmē, ka saskaņā ar aplēsēm tādu kokaīna lietotāju skaits, kuriem ir nopietnas ar šīs narkotikas lietošanu saistītas problēmas, ir daudz mazāks. Lai gan problemātiskas kokaīna lietošanas aplēses ir pieejamas tikai trīs valstīs (Spānijā, Itālijā, Apvienotajā Karalistē), rādītāji pieaugušo iedzīvotāju vidū svārstās robežās no 0,3 % līdz 0,6 %. Kreka kokaīna lietošana Eiropā joprojām ir maz izplatīta, bet tur, kur tā ir sastopama, rada smagas vietēja rakstura problēmas.

Arī citi rādītāji liecina par augšupejošu tendenci, apstiprinot, ka kokaīna lietošana kļūst par arvien nopietnāku Eiropas narkotiku problēmu. Ir palielinājies gan atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātie kokaīna daudzumi, kas var atspoguļot tiklab pieaugošu kokaīna iepludināšanu Eiropas tirgū, kā pastiprinātus apkarošanas pasākumus. Eiropā turpina iet plašumā pret kokaīna tirdzniecību vērsti koordinēti pasākumi, un Portugālē ir paredzēts izvietot jaunas starpvalstu specvienības; tas ir pamatoti, jo šajā valstī tiek pārtverti arvien lielāki kokaīna daudzumi. Lai gan neizskatās, ka rekordlielās konfiskācijas būtu iespaidojušas kokaīna cenu tendences, kas joprojām ir lejupejošas, tās, iespējams, ir iespaidojušas kokaīna tīrības rādītājus.

Līdz šim kokaīna lietošanas izplatības pieaugums ir tikai nedaudz iespaidojis veselības rādītājus, bet šī situācija, iespējams, sāk mainīties. Katru gadu Eiropā reģistrē aptuveni 400 ar kokaīna lietošanu saistītu nāves gadījumus, un pastāv aizdomas, ka šis skaitlis neatspoguļo daudzus ar sirds un asinsvadu slimībām saistītus nāves gadījumus, kurus ir veicinājusi kokaīna lietošana. Kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaits pieaug. Tā 2005. gadā kokaīns kā primārā narkotika ir minēts aptuveni 13 % ārstniecības pieprasījumu un vēl lielākā daļā jaunu ārstniecības pieprasījumu (22 %). Saskaņā ar ziņojumiem jaunu ārstniecības pieprasījumu skaits pēdējos piecos gados ir

gandrīz trīskāršojies un pašlaik pārsniedz 33 000. Aptuveni 15 % gadījumu kokaīns ir minēts kā sekundāra narkotika, un pieaug pārliecība, ka dažās valstīs opioīdu problēmu ārstēšanu sarežģī vienlaicīga kokaīna lietošana. Tomēr kopējais kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaits ir mazāks nekā kaņepju un daudz mazāks nekā opioīdu ārstniecības pieprasījumu skaits.

Lai gan HIV situācija kopumā ir apmierinoša, jauni inficēšanās gadījumi neļauj zaudēt modrību

Plaši HIV epidēmijas uzliesmojumi vai epidēmijas draudi narkotiku injicētāju vidū 20. gadsimta 90. gados bija katalizators, kas mudināja valstis izstrādāt šai grupai paredzētus pakalpojumus. Paplašinot pakalpojumus, lielā mērā ir izdevies izvairīties no Eiropā agrāk pieredzētajām epidēmijām, lai gan dažās, jo īpaši Baltijas valstīs ir novēroti vietēja mēroga uzliesmojumi, un dažās valstīs, kur agrāk ir piedzīvotas epidēmijas, HIV izplatības līmenis injicētāju vidū ir palicis samērā augsts. Lai gan kopumā HIV pārvešana narkotiku injicēšanas rezultātā ir samazinājusies, EMCDDA lēš, ka 2005. gadā šādā ceļā ir inficējušies aptuveni 3500 Eiropas Savienībā no jauna diagnosticēto HIV

pacientu. Vēsturiski šis skaitlis varbūt nav īpaši liels, tomēr tas atspoguļo vērā ņemamu sabiedrības veselības problēmu.

Jaunāko datu analīze liecina, ka vairumā valstu ar injicēšanu saistītu jaunu HIV gadījumu skaits nav liels un ka lielākajā daļā ES reģionu HIV infekcijas izplatība narkotiku lietotāju vidū laikposmā no 2001. līdz 2005. gadam ir samazinājusies. Tātad, iespējams, HIV infekcijas pārvešana, injicējot narkotikas, samazinās, it īpaši apgabalos ar vēsturiski augstu infekcijas izplatības līmeni. Situācija Igaunijā, Latvijā un Lietuvā joprojām rada bažas, bet arī šajās valstīs jaunākie dati pārsvarā liecina par jaunu inficēšanās gadījumu skaita relatīvu samazināšanos.

Saistībā ar šo novērtējumu tomēr jāņem vērā, ka dati no dažiem svarīgiem apgabaliem ir ļoti nepilnīgi un ka pēdējo piecu gadu laika tendenču pētījumi liecina par inficēšanās pieaugumu dažos apgabalos vai analīžu paraugos aptuveni trešdaļā valstu. Turklāt dažās valstīs bažas rada vai nu relatīvi liels jaunu inficēšanās gadījumu skaits, vai pēdējā laikā konstatēts neliels pieaugums, lai gan kopējie rādītāji joprojām ir zemi. Nesena pieredze rāda, ka HIV problēmas neaizsargātās iedzīvotāju grupās var izplatīties

Vai ir iespējams mainīt situāciju Afganistānā?

Afganistānā pieaugošā opija ražošana apdraud Eiropā vērojamās visumā stabilās vai lejupejošās heroīna lietošanas izplatības tendences noturību. Aplēses liecina, ka 2006. gadā, ievērojami paplašinoties kultivācijas platībām, ražošanas apjoms ir pieaudzis par 43 %.

Informācija par opioīdu atsavināšanu un likvidētajām laboratorijām liek domāt, ka Afganistānā saražotais opijs pirms izvešanas no valsts arvien biežāk tiek turpat uz vietas pārstrādāts morfinā vai heroīnā (CND, 2007). Heroīns tālāk nonāk Eiropā pa diviem galvenajiem nelegālās tirdzniecības ceļiem — pa tradicionālo Balkānu ceļu, kas joprojām ir galvenais heroīna kontrabandas ceļš, un pa salīdzinoši jaunāko “zīda” ceļu (skatīt 6. nodaļu).

Reģionālās atšķirības Afganistānā norāda, ka šajā valstī pastāv tautsaimniecības izaugsmes iespējas, kas ļautu ierobežot magoņu audzēšanu, bet vienlaikus ir skaidrs, ka šādu attīstību var apdraudēt politiskās situācijas nedrošība, korupcija un infrastruktūras problēmas. Kultivācijas samazinājumu var panākt ļoti ātri, bet tikpat ātri var notikt pretējs process. Piemēram, Nangarhāras provincē valsts austrumos opija magoņu audzēšanas apjoms 2004. un 2005. gadā samazinājās par 96 %, bet, tāpat kā daudzos citos reģionos, pašlaik kultivācija šajā provincē turpinās iepriekšējā līmenī; daļēji to var skaidrot ar blīvi apdzīvotu apgabalu tautsaimniecības vajadzībām — šajos reģionos nav izdevies nedz ieaudzēt citas augstvērtīgas kultūras, nedz rast citas, ar lauksaimniecību nesaistītas peļņas iespējas (Mansfield, personisks paziņojums un 2007).

Savukārt citās austrumu reģiona provincēs kultivācijas apjomi vistīcāmāk paliks neievērojami, un pat dienvidu provinču Kandahāras un Helmandas apgabalos, kas atrodas netālu no provinču centriem, ir sagaidāma kultivācijas samazināšanās. Šķiet, ka šāda situācija ir iespējama, pateicoties stingrākiem valdības kontroles pasākumiem un lauksaimnieciskās ražošanas lielākai daudzveidībai — šie faktori ir ļāvuši ieaudzēt salīdzinoši augstvērtīgas kultūras, vienlaikus izveidojot transporta un tirdzniecības infrastruktūru. Valsts ziemeļos un ziemeļaustrumos magoņu plantāciju sarakšanu ir sekmējis kā algu pieaugums, tā opija cenu kritums, turklāt ir pierādījies, ka audzējot atsevišķus augstvērtīgus dārzeņus, patiešām var gūt lielāku peļņu, nekā audzējot magones. Šajos apgabalos lauksaimnieciskās ražošanas daudzveidību ir veicinājuši arī narkotiku apkarošanas pasākumi un plašāka valsts pārvaldes iestāžu ieviešana, skaidri liekot saprast, ka varas iestādes gādās par opija apkarošanas pasākumu piemērošanu.

Darbspēka izmaksu pieaugums un cenu kritums rāda, ka no opija magoņu audzēšanas gūtā peļņa nebūs mūžīga, turklāt dažos apgabalos alternatīva ražošana var nest lielāku peļņu, jo īpaši vietās, kur lauksaimniecība nav vienīgais iespējamais ienākumu avots. Tomēr šis legālās ienākumu gūšanas iespējas nav pieejamas ikvienam, un daudzos apgabalos zemnieku izvēli ierobežo augstas transporta izmaksas, slikti ceļi un liela nedrošība. Šajos apgabalos, pat vietās, kas atrodas salīdzinoši tuvu provinču centriem, korupcija un nedrošība bieži pārvelk svītru daudzām iespējām tirgoties ar legālām precēm un kavē saimniecisko izaugsmi un centienus rosināt zemniekus pievērsties citām lauksaimniecības kultūrām.

Ļoti strauji, tādēļ joprojām ir jāturpina izstrādāt konkrētus riska grupām paredzētus pakalpojumus un jācenšas uzrunāt šīs apdraudētās grupas.

C hepatīta slēptā epidēmija Eiropā turpinās

EMCDDA lēš, ka ES varētu būt līdz pat 200 000 ar HIV inficētu iedzīvotāju, pašreizējo vai bijušo narkotiku injicētāju. Sabiedrība ir labi informēta par HIV riskiem, ko rada narkotiku injicēšana, tomēr jāatgādina, ka saskaņā ar aplēsēm Eiropā ir arī aptuveni 1 miljons ar C hepatīta vīrusu (HCV) inficētu iedzīvotāju, kas kādreiz ir injicējuši narkotikas, lai gan liela daļa no viņiem narkotikas vairs nelieto.

C hepatītam var būt nopietnas veselības sekas, ieskaitot vēzi un nāvi, un ar HCV inficētu pacientu vajadzību apmierināšana, visticamāk, prasīs arvien lielākus veselības aprūpes budžeta līdzekļu tēriņus. Eiropā HCV rādītāji narkotiku injicētāju vidū ir augsti, un pētījumi rāda, ka gados jauni injicētāji joprojām inficējas ar šo slimību drīz pēc narkotiku lietošanas sākšanas, ierobežojot ieviešanas iespējas. Pieredze rāda, ka B hepatīta gadījumā ieviešanas pasākumi vainagojas ar panākumiem, diemžēl no HCV datiem nav iespējams izsecināt skaidras tendences, lai gan valstu vidū valdošās atšķirības var norādīt virzienu, kurā būtu meklējami ar šo problēmu saistīti efektīvi risinājumi.

Heroīna situācija ir stabila, bet sintētisko opioīdu lietošana rada pieaugošu satraukumu

Aplēses liecina, ka potenciālais heroīna ražošanas apjoms pasaulē, galvenokārt Afganistānā, 2006. gadā atkal ir pieaudzis, pārsniedzot 600 tonnas. Tas liek vaicāt: kādas būs šāda pieauguma sekas Eiropas narkotiku problēmu kontekstā? Heroīna ražošanas pieaugums heroīna lietošanas rādītājos pagaidām tikpat kā neatspoguļojas — šie rādītāji jau kādu laiku kopumā ir stabili. Narkotiku ārstniecības un narkotiku pārdozēšanas datu analīzes rezultāti liecina, ka heroīna lietotāju kontingents Eiropā turpina novērot, lai gan Austrumeiropas valstīs situācija nav tik viennozīmīga. Arī problemātiskas narkotiku lietošanas kopējie rādītāji liecina par visumā stabili situāciju. Tomēr heroīna cenu pazemināšanās un gados jaunu heroīna lietotāju skaita palielināšanās dažu valstu ārstniecības iestādēs nozīmē tikai vienu — modrību nedrīkst zaudēt.

Lai gan pašlaik nav skaidru pierādījumu par heroīna lietošanas popularitātes pieaugumu jauniešu vidū, dažādos ziņojumos minētā informācija vedina domāt, ka dažās

Eiropas daļās, arvien vairāk problēmu varētu radīt sintētisko opioīdu lietošana un ka dažās valstīs sintētiskie opioīdi pat sāk aizstāt heroīnu. Austrijā pieaug tādu par 25 gadiem jaunāku ārstniecības pieprasītāju skaits, kuru problēmu cēlonis ir no legālā tirgus novirzīti opioīdi. Arī Beļģija ziņo par metadona nelegālās lietošanas zināmu pieaugumu, bet Dānijā metadons tiek regulāri pieminēts ziņojumos par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem. Buprenorfinu reizēm mēdz uzskatīt par narkotiku, kas nelegālajā tirgū nav sevišķi pieprasīta, tomēr Čehija ziņo par buprenorfina lietošanas pieaugumu un injicēšanu; Somijā buprenorfins, iespējams, ir aizstājis heroīnu, bet uzraudzības rezultāti Francijā rada bažas, ka jaunieši, kas sāk lietot opioīdus, neizvēlas heroīnu, bet uzreiz sāk nelegāli lietot, tostarp injicēt, buprenorfinu.

Narkotiku pārdozēšanas gadījumu skaits vairs nesamazinās

EMCDDA regulāri ziņo par pēkšņu, ar narkotiku lietošanu saistītu nāves gadījumu skaitu Eiropā; pārsvarā tie ir pārdozēšanas gadījumi, kas parasti saistīti ar heroīna vai citu opioīdu lietošanu, lai gan vairumā gadījumu pārdozēšanas upuri ir lietojuši vairākas psihoaktīvas vielas. Liela daļa novērsamu nāves gadījumu gados jaunu iedzīvotāju vidū ir ar pārdozēšanu saistīti nāves gadījumi.

Kopš 2000. gada daudzas ES valstis ir ziņojušas par narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaita samazinājumu, iespējams, atspoguļojot pakalpojumu uzlabojumus vai heroīna injicētāju skaita pārmaiņas. Tomēr 2004. un 2005. gadā šī tendence vairs nav turpinājusies. Īpašu satraukumu raisa fakts, ka dažās valstīs no narkotiku pārdozēšanas mirušo iedzīvotāju vidū ir pieaudzis gados jaunu personu skaits. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšana ir svarīgs sabiedrības veselības aprūpes mērķis, tādēļ ir jānoskaidro nāves gadījumu skaita lejupejošās tendences apstāšanās iemesli.

Nāve no pārdozēšanas nav vienīgais veselības risks, no kā jābaidās problemātiskiem narkotiku lietotājiem. Pētījumi atklāj, ka problemātiskus narkotiku lietotājus vispār apdraud pāragra nāve — šā kontingenta mirstības rādītāji ir līdz pat 10 reīzu augstāki, nekā būtu sagaidāms iedzīvotāju vidū kopumā. Tādēļ, ja vēlamies ievērojami samazināt ar hronisku narkotiku lietošanu saistītos saslimstības un mirstības rādītājus, ir jāizstrādā vispusīga nostāja, kas spētu apmierināt gan šīs grupas fiziskās, gan garīgās veselības aprūpes vajadzības.



1. nodaļa

Politika un tiesību akti

Šajā nodaļā ir aprakstīta ES kopējā narkotiku politika, kā arī atsevišķu dalībvalstu narkotiku politika un attiecības starp šiem diviem politikas veidošanas līmeņiem. Pēc EMCDDA ierosmes atskaites periodā ir apkopoti dati, kas ļauj sniegt pārskatu par Eiropā pašlaik spēkā esošajām valsts narkotiku stratēģijām un institucionālajām sistēmām. Sadaļā, kas veltīta ar narkotikām saistītajiem valsts izdevumiem, ir aplūkotas ar narkotikām saistīto sabiedrības izdevumu aplēses. Pamatojoties uz dalībvalstu sniegtajiem datiem par katras valsts izmaksām, ir veiktas pirmās aplēses par kopējām summām, ko Eiropas valsts pārvaldes iestādes tērē narkotiku jomā. Sadaļā, kas veltīta jaunākajām pārmaiņām valsts tiesību aktos, ir aprakstītas pārmaiņas likumdošanā ar mērķi samazināt piegādes un nodrošināt narkotiku testu juridisku pamatojumu. Sadaļā, kas veltīta ar narkotikām saistītajiem noziegumiem, ir sniegts pārskats par jaunākajiem statistikas datiem, kas raksturo narkotiku tiesību aktu pārkāpumus, kā arī par tendencēm, kas raksturo ar opioīdiem un kaņepēm saistītos pārkāpumus. Nodaļas beigās ir sadaļa, kas veltīta pētniecībai narkotiku jomā Eiropā.

Valstu narkotiku stratēģijas

Vispārējā situācija un jaunās ievirzes

Valsts narkotiku stratēģija, ko dažkārt papildināja rīcības plāns, 2007. gada sākumā bija visām ES dalībvalstīm, izņemot Itāliju, Maltu un Austriju. Gada sākumā Eiropā kopumā bija spēkā vairāk nekā 35 dažādi valsts narkotiku politikas plānošanas dokumenti, kas aptvēra ļoti atšķirīgus laikposmus, sākot no diviem gadiem (Čehijas rīcības plāns) un beidzot ar vairāk nekā desmit gadiem (Nīderlandes valsts narkotiku stratēģija).

Pēdējos gados ir vērojama tendence viena valsts plānošanas dokumenta vietā pieņemt divus instrumentus, kas papildina viens otru, proti, stratēģisku pamatdokumentu un rīcības plānu. Šādu risinājumu, kas ļauj labāk izstrādāt īstermiņa, vidēja termiņa un ilgtermiņa mērķu koncepciju, pašlaik ir izvēlējušās gandrīz puse ES dalībvalstu, un tas ir vēl biežāk sastopams dalībvalstīs, kas pievienojās ES 2004. un 2007. gadā — astoņām no šīm 12 valstīm ir gan narkotiku stratēģija, gan rīcības plāns.

Politika, kad valstis izmanto narkotiku stratēģiju kombinācijā ar rīcības plāniem, ļauj detalizētāk noteikt mērķus, pasākumus, atbildību un termiņus. Dažas valstis, piemēram, Kipra, Latvija un Rumānija savās narkotiku stratēģijās un rīcības plānos ir iekļāvušas sīki izstrādātus īstenošanas procesus. Šāds risinājums, ko dažas dalībvalstis (piemēram, Spānija, Īrija, Apvienotā Karaliste) piemēro jau labu laiku, kļūst arvien izplatītāks un ir īstenots arī pašreizējā ES narkotiku rīcības plānā.

Jaunas narkotiku stratēģijas vai rīcības plānus 2006. gadā ir pieņēmušas četras dalībvalstis (Grieķija, Polija, Portugāle, Zviedrija) un Turcija, kā arī Ziemeļīrija Apvienotajā Karalistē. Nevienu gadījumā tas nav bijis pirmais šāda veida dokuments, un visos valstu ziņojumos ir minēts, ka jaunajos narkotiku politikas dokumentos ir likta lietā saistībā ar agrākajiem dokumentiem uzkrātā pieredze. Divas dalībvalstis, proti, Malta un Austrija, kā arī Norvēģija 2007. gadā gatavoja pieņemt jaunus narkotiku stratēģijas, savukārt Čehija, Igaunija, Francija un Ungārija īstenoja jaunus rīcības plānus.

Saturs

Viens no galvenajiem visu ES dalībvalstu, kandidātvalstu un Norvēģijas narkotiku stratēģiju un rīcības plānu mērķiem ir panākt vispārēju narkotiku lietošanas samazinājumu un jo īpaši samazināt problemātisku narkotiku lietošanu. Visu valstu kopīgs mērķis ir arī narkotiku lietošanas rezultātā nodarītā individuālā un kolektīvā kaitējuma novēršana un mazināšana. Cita kopēja iezīme ir "visaptveroša" nostāja, kad iejaukšanās pasākumi ar mērķi samazināt narkotiku piegādes ir sasaistīti ar tiem iejaukšanās pasākumiem, kuru mērķis ir samazināt narkotiku pieprasījumu. Ļoti izplatīta ir arī "līdzsvarota" nostāja, kad par vienādi prioritāru tiek atzīta gan piegāžu, gan pieprasījuma samazināšana. Visi šie elementi ir iekļauti arī ES narkotiku stratēģijā.

Valsts narkotiku stratēģijās iekļauto psihoaktīvo vielu diapazons dažādās Eiropas valstīs ievērojami atšķiras. Tas redzams 2006. gadā pieņemtajos jaunajos dokumentos. No šiem dokumentiem divi attiecas galvenokārt uz nelegālajām narkotikām (Polija, Portugāle), lai gan pastāv zināma saistība starp narkotiku stratēģiju un alkohola/tabakas

EMCDDA jaunā regula

Eiropas Parlaments un Padome 2006. gada 12. decembrī ir pieņēmuši pārstrādāto EMCDDA regulu, kas stājusies spēkā 2007. gada janvārī.

Jaunajā regulā ir uzsvērtā pamatrādītāju nozīme un atzīmēts, ka to apkopošana ir priekšnoteikums, lai Centrs varētu pildīt savus uzdevumus. Regulā ir uzsvērtā arī vajadzība izveidot informācijas sistēmu, kas spētu reaģēt uz jaunām un topošām narkotiku lietošanas ievirzēm.

Jaunais dokuments paplašina EMCDDA kompetences jomu. Tajā ir īpaši akcentēta EMCDDA kompetence sniegt informāciju par legālu un nelegālu psihoaktīvu vielu kombinētu lietošanu un dalībvalstu paraugpraksi. EMCDDA turklāt ir tiesīgs izstrādāt rīkus un instrumentus, lai palīdzētu dalībvalstīm pārraudzīt un novērtēt valsts narkotiku politiku un lai palīdzētu Eiropas Komisijai pārraudzīt un novērtēt narkotiku politiku ES līmenī.

Visi šie jaunie elementi palīdzēs Aģentūrai sniegt pilnīgāku priekšstatu par narkotiku fenomenu.

Lai panāktu maksimālu efektivitāti, jaunajā regulā ir vairāk uzsvērtā sadarbība ar partneraģentūrām. Pārraugot jaunas psihoaktīvas vielas, īpaši jāsadarbības ar Eiropu, bet svarīga ir sadarbība arī ar citiem partneriem, piemēram, PVO, ANO un statistikas iestādēm. Jaunajā regulā ir paskaidrots, kurām valstīm, ievērojot Eiropas Komisijas lūgumu, ar valdes piekrišanu EMCDDA drīkst nodot savu zinātību.

Jaunajā dokumentā ir skaidrāk definēta *Reitox* valstu koordinācijas centru tīkla loma. Pārstrādātajā regulā ir arī pārmaiņas, kas skar Zinātnisko komiteju. Tās nodrošinās Aģentūrai saliedētas, neatkarīgas izcilu zinātnieku grupas atbalstu. Zinātniskā komiteja ne vien palīdzēs nodrošināt EMCDDA darba kvalitāti, bet būs arī tilts uz plašākām zinātnieku un pētnieku aprindām.

stratēģiju, divi attiecas gan uz nelegālajām narkotikām, gan uz alkoholu (Grieķija, Ziemeļīrija Apvienotajā Karalistē), bet viens (Turcija) aptver visas atkarību izraisošās vielas. Turklāt Zviedrija ir vienlaicīgi pieņēmusi divus savstarpēji saistītus rīcības plānus, no kuriem viens aptver alkoholu, bet otrs nelegālās narkotikas. Dažās valstīs jau vairākus gadus ir vērojama virzība uz legālo un nelegālo narkotiku politikas integrāciju (piemēram, Vācijā, Francijā) ⁽¹⁾. Domājams, ka nākamo narkotiku stratēģiju piemērošanas joma un narkotiku stratēģiju un citu sabiedrības veselības stratēģiju iespējamā integrācija turpmākajos gados joprojām paliks aktuāla tēma.

Valsts narkotiku stratēģijas un rīcības plāni parasti paredz ieviešanās pasākumus, kas aptver tādas jomas kā profilaksi, ārstniecību un rehabilitāciju, kaitējuma mazināšanu un piegāžu samazinājumu. Tomēr katrā valstī ir savs dažādo ieviešanās pasākumu apjoms un nozīme, ko valstis piešķir šiem pasākumiem, visur nav vienāda ⁽²⁾. To var skaidrot gan ar narkotiku problēmu atšķirīgo mērogu un īpatnībām, gan ar Eiropas sociālās un veselības politikas daudzveidību. Svarīgi faktori ir arī finanšu resursi, sabiedriskā doma un politiskā kultūra, turklāt ir pierādīts, ka valstīs, kam piemīt zināmas kopējas iezīmes, pieņem līdzīgu narkotiku politiku (Kouvonen *et al.*, 2006).

Novērtējums

Fakts, ka ES ir spēkā daudzveidīgas valsts narkotiku stratēģijas, ko vieno kopīgi mērķi, ir vērtējams pozitīvi, jo ir iespējama dažādu nostāju salīdzinoša analīze. Tādēļ valsts narkotiku stratēģiju un rīcības plānu novērtējums ir svarīgs ne vien, lai vērtētu valsts līmenī pieliktās pūles, bet arī, lai vairotu

kopējo izpratni par narkotiku stratēģiju efektivitāti. ES un tās dalībvalstis šajā jomā jau ir ieguldījušas ievērojamus līdzekļus.

Gandrīz visas Eiropas valstis par vienu no mērķiem ir izvirzījušas savas valsts narkotiku stratēģijas novērtējumu. Valsts pārvaldes iestādes vēlas zināt, vai to noteiktā politika tiek īstenota un vai ir sasniegti cerētie rezultāti. Divās dalībvalstīs (Beļģijā, Slovēnijā) novērtējums aprobežojas ar projektu izlases veida analīzi. Vairumā pārējo valstu un ES līmenī valsts narkotiku stratēģijās paredzēto pasākumu īstenošana tiek sistemātiski pārraudzīta. Tas ļauj novērtēt sasniegto, un šo progresu ziņojumu atzinumus savukārt var izmantot, lai pilnveidotu vai atjauninātu spēkā esošās narkotiku stratēģijas vai rīcības plānus.

Vispusīgs novērtējums, kas aptver procesus, iznākumus, rezultātus un ietekmi Eiropā nav tik bieži sastopams. Dažas valstis (Igaunija, Grieķija, Spānija, Polija, Zviedrija) ziņo, ka tās plāno veikt iekšēju novērtējumu, pamatojoties uz īstenošanas progresu ziņojumiem un citiem pieejamiem epidemioloģiskiem un kriminoloģiskiem datiem. Dažās valstīs (Luksemburgā, Portugālē) šādu novērtējumu veiks ārējas organizācijas.

Kopumā var teikt, ka narkotiku stratēģiju un rīcības plānu īstenošanas progresu ziņojumi Eiropā kļūst par normu. Nākamais posms jeb rezultātu un ietekmes novērtējums vēl atrodas sākumstadijā, tādēļ plānotais ES 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plāna ietekmes novērtējums, kura sagatavošanai Eiropas Komisija ir pasūtījusi pētījumu ar mērķi izstrādāt metodiku, varētu kļūt par šāda veida novērtējuma paraugu. Zināmas pūles tiek velītas arī, lai izstrādātu īpašus

⁽¹⁾ Skatīt 2006. gada īpašo tēmu "Vai Eiropas narkotiku politika sniedzas tālāk par nelegālajām narkotikām?".

⁽²⁾ Skatīt 2. nodaļu.

indeksus, kuri ļautu novērtēt valsts narkotiku stratēģiju ietekmi vai kopējo situāciju narkotiku jomā. Šajā sakarā jāpiemin Apvienotās Karalistes un ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas biroja (UNODC) ievērojamais ieguldījums.

Narkotiku politikas indeksi

Apvienotās Karalistes narkotiku kaitējuma indeksa (DHI) mērķis ir palīdzēt noteikt jebkuras nelegālās narkotikas problemātiskas lietošanas radītā kaitējuma sociālās izmaksas. Indekss aptver četrus kaitējuma veidus: ietekmi uz veselību, apkārtējai sabiedrībai nodarīto kaitējumu, ar narkotikām saistītus sadzīves noziegumus un ar narkotikām saistītus komercnoziegumus. Tomēr tā nolūks nav sniegt visaptverošu kopsavilkumu par narkotiku situāciju valstī, jo tiek izmantoti tikai tādi rādītāji, kuru pamatā ir robusti dati, un rezultātā iegūtos skaitļus un noskaidrotās tendences izmanto kā pamatu, lai novērtētu turpmāko situācijas attīstību (MacDonald et al., 2005). UNODC nelegālo narkotiku indekss (IDI) aptver trīs narkotiku fenomena aspektus: narkotiku ražošanu, narkotiku tirdzniecību un narkotiku ļaunprātīgu lietošanu. Rezultātā iegūst kopējo punktu skaitu, kura pamatā ir "kaitējuma/riska faktors uz vienu iedzīvotāju" un kuram būtu jāatspoguļo visu attiecīgās valsts narkotiku problēmu intensitāte (UNODC, 2005).

Abu šo instrumentu koncepcijas radīšana ir bijusi saistīta ar interesantām metodiskām izstrādēm un ļāvusi gūt pirmās atklāsmes par vispārējo indeksu izmantošanu, novērtējot narkotiku stratēģijas un pārraugot kopējo narkotiku situāciju. Pirmie atzinumi liek domāt, ka šādi instrumenti var izrādīties noderīgi, lai veiktu longitūdinālu valsts situācijas attīstības izpēti, bet, lai izprastu konkrētās norises, indeksu rezultātus un tajos ietilpstošos atsevišķos rādītājus vajadzētu aplūkot kopsakarībā. Kopēja indeksa izmantošana starpvalstu salīdzinājumos varētu būt saistīta ar lielākām grūtībām, ņemot vērā pieejamo apkopoto datu nepilnības un kontekstuālu mainīgo lielumu (piemēram, ģeogrāfiskās situācijas) trūkumu analizē.

Koordinācijas mehānismi

Gandrīz visās ES dalībvalstīs un Norvēģijā pašlaik ir izveidoti oficiāli narkotiku apkarošanas koordinācijas mehānismi, tomēr pastāvošajās sistēmās valda liela daudzveidība, kas atspoguļo valstu politisko struktūru atšķirības. Tomēr dažas kopējas iezīmes ir iespējams izdalīt.

Lielākajā daļā valstu ir gan valsts līmeņa, gan reģionālā vai vietēja līmeņa narkotiku apkarošanas koordinācijas mehānismi. Valsts līmenī parasti darbojas starpministriju komitejas narkotiku jautājumos, kurām nereti palīdz narkotiku apkarošanas koordinācijas valsts aģentūras un/vai narkotiku apkarošanas valsts koordinatori, kas atbild par ikdienas koordinācijas pasākumiem. Reģionālā vai vietēja līmeņa

narkotiku apkarošanas koordinācijas aģentūras un/vai narkotiku apkarošanas koordinatori darbojas gandrīz visās valstīs.

Valsts līmeņa koordinācijas mehānismu saistība ar reģionālā vai vietēja līmeņa koordinācijas mehānismiem dažādās Eiropas valstīs atšķiras. Dažas valstis, jo īpaši valstis ar federālu struktūru (piemēram, Beļģija, Vācija) izmanto vertikālas koordinācijas sistēmas, kas ļauj sadarboties dažādām koordinācijas iestādēm, kuras darbojas neatkarīgi viena no otras. Citās valstīs (piemēram, Somijā, Portugālē) reģionālā vai vietēja līmeņa koordinācija atrodas tiešā valsts koordinācijas iestāžu pārraudzībā.

ES narkotiku apkarošanas koordinācijas mehānismu salīdzinošu analīzi apgrūtina pastāvošo sistēmu daudzveidība. Tomēr EMCDDA pasūtīta pētījuma rezultāti rāda, ka koordinācijas sistēmas ir iespējams novērtēt, ņemot par pamatu tādu jēdzienu kā "īstenošanas kvalitāte" jeb spēja dot koordinācijas rezultātus (Kenis, 2006). Ir paredzēts turpināt šīs nostājas izstrādi, lai to varētu izmantot valsts narkotiku apkarošanas koordinācijas sistēmu novērtēšanā.

Ar narkotikām saistītie valsts izdevumi

Saskaņā ar valstu sniegto informāciju, Eiropas valstīm narkotiku problēmas izmaksā no 200 000 euro līdz 2290 miljoniem euro ⁽³⁾. Tik lielas valsts izdevumu atšķirības daļēji var skaidrot ar dalībvalstu dažādo lielumu un daļēji ar paziņoto izdevumu veidu atšķirībām un atšķirīgo datu pilnības līmeni. Vairums valstu ir ziņojušas tikai par izdevumiem, kas radušies, īstenojot valsts narkotiku politikas programmas, un nav sīkāk atspoguļojušas citus ar piegāžu un pieprasījuma mazināšanu saistītus izdevumus. Turklāt valstis savos ziņojumos ne vienmēr iekļauj visas svarīgākās ar narkotiku fenomenu saistītās valsts tēriņu jomas — tikai 15 no 23 valstīm ir sniegušas izvērstu informāciju par "veselības un sociālās aprūpes" (ārstniecība, kaitējuma mazināšana, veselības pētniecība, izglītības, profilakses un sociālie pasākumi) izdevumiem, un tikai 14 valstis ziņo par izdevumiem, kas saistīti ar "tiesību aktu izpildes nodrošinājumu" (policija, armija, tiesas, cietumi, muitas un finanšu policijas darbība). Par izdevumiem citās jomās (piemēram, administrācijas, koordinācijas, pārraudzības un starptautiskās sadarbības izdevumiem) pieejamā informācija ir vēl trūcīgāka (to ir sniegušas septiņas valstis), tas pats attiecas uz informāciju par reģionālajiem un pašvaldību budžetiem (sešas valstis).

Sešas valstis par saviem narkotiku apkarošanai atvēlētajiem līdzekļiem ir sniegušas sīkāku informāciju (1. tabula). Šajās valstīs ar narkotikām saistītie valsts izdevumi ir bijuši 0,11 % līdz 0,96 % no attiecīgā gada kopējiem vispārējiem valsts izdevumiem (vidēji 0,32 %) jeb 0,05 % līdz 0,46 % no iekšzemes kopprodukta (IKP) (vidēji 0,15 %). "Tiesību aktu

⁽³⁾ Kopējos skaitļus, kas raksturo ar narkotikām saistītos valsts izdevumus Eiropas valstīs 2005. gadā, ir apzinājuši attiecīgie valsts koordinācijas centri.

Narkotiku lietošanas izmaksas

Narkotiku politikas izstrādē un pārvaldībā narkotiku lietošanas izmaksu pētījumi var izrādīties svarīgs informācijas avots.

Ar narkotiku lietošanu saistītās izmaksas var iedalīt divās lielās kategorijās — tiešajās un netiešajās izmaksās. Tiešās izmaksas ir saistītas ar maksājumiem, un parasti tie ir tēriņi tādās jomās kā profilakse, ārstniecība, kaitējuma mazināšana un tiesību aktu izpildes nodrošinājums. Netiešās izmaksas ir narkotiku lietošanas dēļ nesniegto ražošanas pakalpojumu vērtība, un parasti tās veido ar narkotiku lietošanu saistītās saslimstības un mirstības dēļ zaudētā produktivitāte. Pie narkotiku lietošanas izmaksām var pieskaitīt arī materiāli netveramo sāpju un ciešanu cenu, ko parasti izsaka dzīves kvalitātes mērījumu veidā, tomēr šo izmaksu kategoriju parasti neuzskaita, jo naudas izteiksmē to ir grūti precīzi izskaitļot.

Pētot izmaksas, var lūkoties no dažādām perspektīvām, katrā gadījumā noskaidrojot citas izmaksas, piemēram, kopējās sociālās izmaksas, valsts izmaksas, veselības aprūpes sistēmas izmaksas, trešo pušu izmaksas, narkotiku lietotāju un viņu ģimeņu izmaksas.

Sociālās izmaksas

Ar narkotiku lietošanu saistītās sociālās izmaksas ir kopējās tiešās un netiešās izmaksas, ko sabiedrībai rada narkotiku lietošana. Aprēķinot naudas izteiksmē, tas ir kopējais finansiālais slogs, ko sabiedrībai uzliek narkotiku lietošana (*Single et al., 2001*).

Narkotiku lietošanas sociālo izmaksu noteikšana ir svarīga vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, tā ļauj noskaidrot, cik sabiedrībai izmaksā narkotiku lietošana, un netieši parāda, cik daudz līdzekļu būtu iespējams ietaupīt, ja narkotiku lietošanu izdotos pilnīgi likvidēt. Otrkārt, tā ļauj apzināt izmaksu dažādos elementus un katra sabiedrības sektora ieguldījumu izmaksu segšanā. Šādu informāciju var izmantot, lai noteiktu

finansēšanas prioritātes, izceļot jomas, kur līdzekļus varētu tērēt efektīvāk vai taupīgāk.

Valsts izmaksas

Ar "valsts izmaksām" jāsaprot to preču un pakalpojumu vērtība, kurus iepērk valsts pārvaldes iestādes (centrālās, reģionālās un vietējās), lai nodrošinātu dažādu funkciju izpildi (pie šīm funkcijām pieder veselības aprūpe, justīcija, sabiedriskā kārtība, izglītība, sociālie pakalpojumi). Valsts izdevumu analīze sniedz noderīgu informāciju par valdības spēju nodrošināt valsts tēriņu efektivitāti un lietderību.

Ar narkotiku lietošanu saistīto valsts izmaksu aplēses un sociālo izmaksu aplēses nav viens un tas pats. Valsts izmaksas ir tikai daļa no sociālajām izmaksām, galvenokārt tiešās izmaksas; netiešās izmaksas šeit nevar pieskaitīt, jo tās var būt arī privātu iesaistīto pušu (piemēram, privātu veselības apdrošināšanas uzņēmumu) izmaksas. Tiešos valsts izdevumus, kas skaidri apzīmēti kā "ar narkotikām saistīti izdevumi", var izsekot, rūpīgi pārbaudot oficiālos finanšu dokumentus un atskaites (piemēram, budžetu vai gada atskaites). Ja ar narkotikām saistītie izdevumi nav izdalīti atsevišķi, bet iekļauti programmās ar plašākiem mērķiem (piemēram, policijas kopējā darbības budžetā), to izsekošana ir sarežģītāka. Lai šādos gadījumos noskaidrotu ar narkotikām saistītus tiešus, bet atsevišķi neizdalītus izdevumus, aprēķinos jāizmanto modelēšanas metodes.

Sociālo izmaksu aprēķināšanas galvenais mērķis ir salīdzināt slogu, ko narkotiku problēmas uzliek sabiedrībai, ar izmaksām, ko sabiedrībai rada šo problēmu risināšana (ieskaitot iespējamās netiešās sekas). Galu galā tas noved pie jautājuma par efektivitāti un lietderību: vai valsts pārvaldes iestādes tērē līdzekļus saprātīgi un īstajām vajadzībām? Tomēr daži autori (*Reuter, 2006*) ir pauduši viedokli, ka politiski valsts izmaksas ir svarīgākas nekā sociālās izmaksas. Narkotiku budžets palīdz izprast valdības politiku attiecībā uz narkotiku lietošanu un ar to saistīto problēmu samazināšanu, un tas ir pirmais solis, lai varētu iet tālāk un vērtēt, cik adekvāts ir šīs politikas līmenis un saturs.

izpildes nodrošinājuma" pasākumiem šis valstis ir atvēlējušas 24–77 % no kopējiem izdevumiem, bet atlikusi līdzekļu daļa ir tērēta "veselības un sociālās aprūpes" pasākumiem.

Saskaņā ar valstu sniegto informāciju visu Eiropas valstu kopējie ar narkotikām saistītie tēriņi ir bijuši 8,1 miljards euro. Šis skaitlis visticamāk neatspoguļo visus ar narkotikām saistītos valsts izdevumus, jo valstu paziņotie skaitļi nereti ir krietni mazāki nekā patiesībā. Iznāk, ka sešas 1. tabulā iekļautās valstis ir iztērējušas 76 % no ES dalībvalstu un Norvēģijas paziņotajiem kopējiem ar narkotikām saistītajiem valsts izdevumiem. Pamatojoties uz tabulā minēto sešu valstu sniegtajiem datiem, ir aplēsts, ka visu Eiropas valstu

kopējie ar narkotikām saistītie valsts izdevumi varētu būt no 13 miljardiem līdz 36 miljardiem euro⁽⁴⁾. Šie skaitļi atbilst 0,12 % līdz 0,33 % no ES (25 valstis) 2005. gada IKP.

ES līmenī Eiropas Komisija saskaņā ar jauno 2007.–2013. gada budžetu narkotiku problēmu risināšanai piešķirs ievērojamus līdzekļus. Pašlaik notiek sarunas par jauna narkotiku profilakses un informācijas pasākumu finansēšanas instrumenta pieņemšanu, kura budžets būs 21 miljons euro un kurš, iespējams, tiks pieņemts līdz 2007. gada beigām, līdz ar to starpvalstu projektiem šogad būs pieejami 3 miljoni euro. Arī citi jauni finanšu instrumenti, piemēram, Noziedzības novēršanas un apkarošanas programma,

(4) No sešām valstīm četras (Ungārija, Nīderlande, Somija un Zviedrija) bija papildinājušas savus skaitļus ar izvērstu maketētu metodiku. Visu valstu kopējo ar narkotikām saistīto izdevumu intervāls ir aprēķināts, piemērojot pārējām valstīm pirmās un trešās kvartiles vērtību no tās sešu valstu izlases kopējo vispārējo valsts izdevumu daļas (attiecīgi 0,18 % un 0,69 %) un IKP daļas (attiecīgi 0,08 % un 0,37 %) sadalījuma, kura veido šo valstu ar narkotikām saistītos valsts izdevumus.

1. tabula. Ar narkotikām saistītie valsts izdevumi: dažu valstu narkotiku apkarošanai atvēlēto kopējo izdevumu salīdzinājums un sīkāks sadalījums

Valstis	Kopējie paziņotie izdevumi			Kopējo izdevumu daļa, kas atvēlēta	
	Summa (miljoni euro)	Daļa no kopējiem vispārējiem valsts izdevumiem ⁽¹⁾ (%)	Daļa no IKP ⁽²⁾ (%)	veselības un sociālajai aprūpei ⁽³⁾ (%)	tiesību aktu izpildes nodrošinājumam ⁽⁴⁾ (%)
Beļģija ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungārija	43,5	0,11	0,05	23	77
Nīderlande	2185,5	0,96	0,43	25	75
Somija	272,0	0,36	0,18	76	24
Zviedrija (2002. g.)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Apvienotā Karaliste	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ No attiecīgā gada kopējiem vispārējiem valsts izdevumiem (avots: Eurostat).

⁽²⁾ No attiecīgā gada iekšzemes kopprodukta (avots: Eurostat).

⁽³⁾ Pie veselības un sociālās aprūpes pieder ar ārstniecību, kaitējuma mazināšanu, veselības pētniecību, izglītību, profilaksi un sociālajiem iejaukšanās pasākumiem saistīti izdevumi. Somija pie "psichoaktīvu vielu jaunprātīgas izmantošanas profilakses" izdevumiem pieskaita arī ar īpašuma sabojāšanu, uzraudzību un pētniecību saistītos izdevumus.

⁽⁴⁾ Pie tiesību aktu izpildes nodrošinājuma pieder ar policiju, armiju, tiesām, cietumiem, muitas un finanšu policijas darbību saistīti izdevumi.

⁽⁵⁾ Beļģija 3 % no kopējiem vispārējiem valsts izdevumiem ir piešķirusi "politikas vadības pasākumiem".

Avoti: Valstu koordinācijas centri un Eurostat.

Sabiedrības veselības programma 2007.–2013. gadam un Septītā PTA pamatprogramma 2007.–2013. gadam piedāvā finansēšanas iespējas organizācijām, kuru darbība ir saistīta ar dažādiem narkotiku jomas aspektiem. Turklāt līdz 2005. gadam EK un dalībvalstis bija līdzfinansējušas ar narkotiku jomu saistītus trešo valstu atbalsta projektus par summu, kas pārsniedz 750 miljonus euro.

Saskaņā ar 2005.–2008. gada ES narkotiku rīcības plānu EMCDDA pašlaik gatavojas izstrādāt metodiku, kas dalībvalstīm, kandidātvalstīm un Norvēģijai ļaus apkopot ar narkotiku jomas izdevumiem saistītus standartizētus datus. Tās piemērošana palīdzēs EMCDDA aplēst gan kopējos narkotiku problēmām atvēlētos valsts izdevumus, gan to iedalījumu dažādiem pasākumiem.

Jaunami ES tiesību aktu un politikas jomā

Eiropas Komisija 2006. gada beigās ir nākusi klajā ar pirmo progresa ziņojumu ⁽⁵⁾ par ES narkotiku rīcības plāna (2005.–2008. g.) īstenošanu. Tajā novērtēts, cik lielā apjomā ir izpildīti 2006. gadā plānotie pasākumi un sasniegti plānā izvirzītie 2006. gada mērķi. EMCDDA ir piedalījies šajā novērtējumā, sagatavojot vairākus ziņojumus. Līdzīgu novērtējumu paredzēts veikt 2007. gadā pirms galīgā ietekmes novērtējuma, ko Eiropas Komisija iesniegs 2008. gadā.

Kā noteikts narkotiku rīcības plānā, Eiropas Komisija 2006. gada jūnijā ir publicējusi zaļo grāmatu par pilsoniskās sabiedrības lomu narkotiku politikā Eiropas Savienībā ⁽⁶⁾. Zaļās grāmatas mērķis ir pēfīt, kā vislabāk organizēt pastāvīgu dialogu ar pilsoniskās sabiedrības organizācijām, kas darbojas narkotiku jomā. Ieinteresētās puses bija aicinātas iesniegt apsvērumus par diviem strukturēta dialoga variantiem: pilsoniskās sabiedrības forumu, kas darbotos kā regulāru neformālu apspriežu platforma, vai pastāvošo tīklu tematisku sasaisti.

Pilsoniskās sabiedrības iesaiste ES narkotiku politikā ir arī viens no svarīgākajiem mērķiem īpašajā narkotiku

Ziņojumi par narkotiku lietošanas sociālajām izmaksām

Tikai dažas valstis ziņo par narkotiku lietošanas sociālajām izmaksām. Somijā (saskaņā ar 2004. gada datiem) aplēstās netiešās narkotiku lietošanas izmaksas, ieskaitot zāļu ļaunprātīgu lietošanu, ir bijušas aptuveni 400 līdz 800 miljoni euro, no kuriem 306 līdz 701 miljons euro ir attiecināmi uz priekšlaicīgas nāves dēļ zaudētām dzīvībām, bet 61 līdz 102 miljoni euro uz produktivitātes zudumu. Francijā aplēstās nelegālas narkotiku lietošanas sociālās izmaksas 2003. gadā ir bijušas 907 miljoni euro, bet Luksemburgā 2004. gadā 29,7 miljoni euro.

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

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

profilakses un informācijas pasākumu programmā 2007.–2013. gadam (⁷⁾), ko Eiropas Komisija ir ierosinājusi iekļaut vispārīgajā pamattiesību un taisnīguma programmā. Narkotiku programmas vispārīgie mērķi ir palīdzēt Eiropai kļūt par brīvības, drošības un taisnīguma telpu, sniedzot pilnīgāku informāciju par narkotiku lietošanas sekām un novēršot un samazinot narkotiku lietošanu, atkarību un narkotiku nodarīto kaitējumu. Šīs programmas kopējais budžets laikposmam no 2007. līdz 2013. gadam ir 21 miljons euro. Tā kā narkotiku programma jāpieņem ar koplēmuma procedūru, pašlaik vēl turpinās tās apspriešana Eiropas Parlamentā un Padomē.

Jauni valstu tiesību akti

Piegāžu samazinājums

Pagājušajā gadā dalībvalstis ir grozījušas daudzus tiesību aktus pieprasījuma samazināšanas jomā, bet virkne valstu 2006. gadā ir ķērušās arī pie pasākumiem, lai pilnveidotu tiesību aktus, kas attiecas uz narkotiku tirdzniecību un uz jautājumiem, kuri skar piegāžu samazināšanu.

Pie Īrijā notikušām būtiskām pārmaiņām pieder jaunais 2006. gada Krimināltiesību akts, kurā ir minēti jauni pārkāpumi saistībā ar narkotiku piegādēm cietumniekiem, antisociālas uzvedības apkarošanas noteikumi un priekšlikumi, kas paredz stingrāk piemērot obligāto minimālo 10 gadu cietumsodu par tirdzniecību ar narkotikām, kuru ielas vērtība ir 13 000 euro vai vairāk. Ir paredzēts sods par darbošanos “noziedzīgās organizācijās” (saskaņā ar tiesību aktos sniegto definīciju) un par šādu organizāciju atbalstīšanu, turklāt ir likts pamats ar narkotikām saistītu likumpārkāpēju reģistram, kas paredz, ka par narkotiku tirdzniecību sodītām personām pēc atbrīvošanas no cietuma jāpaziņo policijai savas uzturēšanās vietas adrese. Ungārijā savukārt ir ieviestas procedurālas pārmaiņas, proti, lai palīdzētu apkarot ar narkotikām saistīto noziedzību, Valsts galvenās policijas pārvaldes noteikumi paredz sistematizēt visas ar narkotikām un prekursoriem saistītās policijas darbības vienotā visaptverošā likumā.

Ir ieviestas vai pilnveidotas arī procedūras, kas regulē atsevišķu narkotiku tirdzniecības apkarošanas līdzekļu piemērošanu. Igaunija nolūkā paplašināt uzraudzības sfēru 2005. gada maijā ir grozījusi Narkotiku un psihotropo vielu likumu un ar to saistītos tiesību aktus. Rumānijā ar 2006. gada jūnijā spēkā stājušos likumu ir ieviests Eiropas aresta orderis un noteiktas tā piemērošanas procedūras, kā arī pasākumi, kas paredz pilnveidot tiesu iestāžu sadarbību, uzraudzību, pārrobežu vajāšanu un juridisko procedūru nodošanu. Bulgārijas jaunais, 2005. gada oktobrī ieviestais Kriminālprocedūru kodekss regulē kontrolētas piegādes, konfidencialus darījumus un slepenu izmeklēšanu. Tajā ir arī noteikumi, kas paredz pagaidu aizsardzību lieciniekiem

narkotiku lietās un īpašos gadījumos liecinieku identitātes aizsardzību, kā arī speciāli šādu liecinieku nopratināšanas un slepeno darbinieku izmantošanas noteikumi.

Līdzīgi līdzekļi ir pieejami arī citu valstu prokuroriem. Čehijā prokurori, kas izskata ar narkotikām saistītus pārkāpumus, bieži piemēro Kriminālprocedūru kodeksa noteikumus, kuros ir paredzēta liecinieku identitātes aizsardzība un personu uzraudzība. Arī Kiprā, izskatot narkotiku lietas, plaši piemēro Liecinieku aizsardzības likumu.

Nesenis kokaīna tirdzniecības pieaugums ir licis pievērst pastiprinātu uzmanību Karību jūras reģionam. Nīderlandē Šipolas lidostā kopš 2003. gada sākuma darbojas speciāla tiesa ar cietuma telpām. Kopš 2005. gada sākuma notiek 100 % visu no galvenajām Karību jūras reģiona valstīm ielidojušo lidmašīnu pārbaudes. Vidējais mēnesī arestēto narkotiku kurjeru skaits 2004. gadā bija 290, bet līdz 2006. gada sākumam šis skaits bija sarucis līdz 80 aizturētiem narkotiku kurjeriem mēnesī. Francijā 2005. gada oktobrī ir stājies spēkā likums, kas paredz stiprināt sadarbību ar Karību jūras reģiona valstīm, lai apturētu nelegālo narkotiku tirdzniecību pa gaisu un jūras ceļiem.

Narkotiku testu tiesiskais regulējums

Virkne valstu ir ziņojušas par jauniem tiesību aktiem, kas ļauj veikt autovadītāju, arestantu, cietumnieku un darbinieku narkotiku testus vai definē un regulē šādu testu piemērošanu dažādās situācijās.

Lietuvā saskaņā ar rezolūciju, ar ko apstiprina 2005.–2010. gada Valsts ceļu satiksmes drošības programmu, un Luksemburgā saskaņā ar 2004. gada likumprojektu, ar ko groza Satiksmes kontroles likumu, tagad ir atļautas autovadītāju izlases veida pārbaudes uz ceļiem, lietojot uz vietas izmantojamas ātrās testēšanas ierīces. Latvijā saskaņā ar Krimināllikuma grozījumiem tagad var krimināli sodīt autovadītājus, ja ir pamats domāt, ka viņi sēdušies pie stūres reibumā un atsakās veikt pārbaudi, turklāt gadījumos, kad autovadītājs gada laikā atkārtoti atsakās veikt pārbaudi, viņam var piemērot cietumsodu. Grozītais Latvijas Policijas likums, atsaucoties uz Ministru kabineta noteikumiem, kuros ir izklāstīta attiecīgā procedūra, tagad nosaka, ka aizdomās turamas personas var nogādāt medicīnas iestādēs, lai noteiktu alkohola vai narkotisku, psihotropu vai toksisku vielu klātbūtni viņu organismā. Autovadītāju narkotiku testu procedūru sīkaks apraksts atrodams 2007. gada īpašajā tēmā par sēšanos pie stūres narkotiku reibumā.

Skotijā, pārņemot Anglijas un Velsas nostāju, narkotiku testus tagad var piemērot atsevišķām arestantu grupām, bet Īrijā 2005. gada jūnijā ir publicēts jauns Taisnīguma, vienlīdzības un tiesību aktu reformu departamenta cietumu noteikumu

(⁷) COM(2006) 230 galīgā redakcija.

projekts, kurš paredz iespēju veikt obligātus cietumnieku narkotiku testus. Noteikumos apgalvots, ka šādi testi ir kārtības, drošuma, veselības un drošības interesēs, un tos paredzēts veikt, izmantojot urīna, mutes izdalījumu un/vai matu paraugus.

Norvēģijā vairs nav spēkā kārtība, kas atļāva veikt narkotiku testus darbavietā ar noteikumu, ka darbinieks vai pretendents uz darba vietu piekrīt šādai pārbaudei. Kopš Darba vides akta 9.4. sadaļas spēkā stāšanās 2005. gadā darba devēji drīkst pieprasīt darbinieku vai pretendentu narkotiku testus tikai situācijās, ko paredz statūti un noteikumi, un gadījumos, kad darba veikšana reibuma stāvoklī ir saistīta ar īpaši augstu risku, kā arī gadījumos, kad darba devējs uzskata, ka pārbaude jāveic, lai aizsargātu darbinieku vai trešo pušu dzīvību un veselību. Somijas valdības jaunajā dekrētā par narkotiku testiem darbavietā ir sniegts izsmeljošs visu to noteikumu uzskaitījums, kuri attiecas uz darbinieku piekrišanu, kā arī uz testēšanas laboratoriju kvalitātes prasībām, paraugiem un testu rezultātiem.

Čehijā noteikumi, kas regulē narkotiku testus, ko veic policija, cietumu darbinieki vai darba devēji, tagad ir definēti Aktā 379/2005 Coll. par Aizsardzības pasākumiem pret tabakas izstrādājumu, alkohola un citu atkarību izraisošu vielu nodarīto kaitējumu. Saskaņā ar šiem noteikumiem profesionāla pārbaude ir obligāta, ja ir pamatotas aizdomas, ka minēto vielu lietošanas rezultātā attiecīgā persona var nonākt tādā stāvoklī, ka rada draudus pati sev vai apkārtējiem. Aktā ir arī noteikts, kādos gadījumos policijai, cietuma darbiniekiem vai darba devējiem ir atļauts veikt izelpas testus vai ņemt siekalu paraugus. Medicīniskas pārbaudes, kas ietver izelpas testus un bioloģisku materiālu paraugu ņemšanu, drīkst veikt tikai veselības aprūpes iestāžu darbinieki ar atbilstošu profesionālu kompetenci un iemaņām.

Ar narkotikām saistīti noziegumi

Par to, ka ar narkotikām saistītu noziegumu novēršana Eiropas politiskajā dienas kārtībā ieņem augstu vietu, liecina fakts, ka virzībā uz pašreizējās ES narkotiku stratēģijas mērķi, kas paredz panākt visu iedzīvotāju augstu drošības līmeni, narkotiku noziegumu novēršana ir noteikta par vienu no svarīgākajām darbības jomām.

Starp ES 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plānā paredzētajiem uzdevumiem, kas jāpaveic 2007. gadā, ir "ar narkotikām saistītu noziegumu" kopīgas definīcijas pieņemšana, pamatojoties uz Eiropas Komisijas priekšlikumu, kurš izstrādāts, ņemot vērā EMCDDA ierosināto pētījumu

rezultātus. "Ar narkotikām saistīti noziegumi" dažādās disciplinās un starp profesionāļiem tiek interpretēti atšķirīgi, tomēr var uzskatīt, ka pastāv četras plašas šādu noziegumu kategorijas: *psihofarmakoloģiski noziegumi* (noziegumi, kas pastrādāti psihoaktīvu vielu ietekmē), *kompulsīvi ekonomiski noziegumi* (noziegumi, kas pastrādāti, lai iegūtu naudu/preces/narkotikas narkotiku lietošanai), *sistēmiski noziegumi* (noziegumi, kas pastrādāti nelegālu narkotiku tirgu darbības kontekstā) un *narkotiku tiesību aktu pārkāpumi* (ieskaitot narkotiku lietošanu, turēšanu, uzpirkšanu, tirgošanu utt.) (skatīt arī EMCDDA, 2007a).

Pirmo trīs ar narkotikām saistīto noziegumu veidu definīcijas praksē nereti ir grūti piemērojamas, turklāt dati ir reti un fragmentāri. "Ziņojumu" ⁽⁸⁾ dati par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem ir regulāri pieejami visās šajā ziņojumā aplūkotajās Eiropas valstīs. Tomēr šie dati atspoguļo arī valstu tiesiskā regulējuma atšķirības, kā arī dažādus tiesību aktu piemērošanas un izpildes nodrošinājuma veidus un dažādās kriminālās justīcijas iestāžu prioritātes un līdzekļus, ko tās atvēl cīņai ar konkrētiem pārkāpumiem. Turklāt ir vērojamas atšķirības starp dažādu valstu narkotiku tiesību aktu pārkāpumu informācijas sistēmām, jo īpaši paziņošanas un reģistrācijas prakses ziņā, t.i., atšķiras reģistrējamie pārkāpumi, reģistrācijas laiks un veids. Šīs atšķirības apgrūtina dažādu valstu salīdzināšanu, tādēļ pareizāk šķiet salīdzināt tendences, nevis absolūtos skaitļus, un, analizējot Eiropas caurmēra tendences, ņemt vērā iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Kopumā ES līmenī "ziņojumu" skaits par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam ir pieaudzis par 47 % (1. attēls). Dati liecina par pieaugošu tendenci visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs, izņemot Latviju, Portugāli un Slovēniju, kuras informē, ka minētajā piecu gadu laikposmā "ziņojumu" kopskaits ir samazinājies ⁽⁹⁾.

Attiecība starp pārkāpumiem, kas saistīti ar lietošanu, un pārkāpumiem, kas saistīti ar tirdzniecību, ir atšķirīga, bet lielākajā daļā Eiropas valstu visbiežāk minētie pārkāpumi ir saistīti ar narkotiku lietošanu vai turēšanu lietošanai, un Spānijā šādu pārkāpumu skaits 2005. gadā ir sasniedzis pat 91 % ⁽¹⁰⁾. Tomēr Čehijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Turcijā un Norvēģijā dominē ar uzpirkšanu un tirdzniecību saistīti narkotiku tiesību aktu pārkāpumi, sasniedzot pat 92 % (Čehijā) no visiem 2005. gadā paziņotajiem narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem.

Lielākajā daļā Eiropas valstu paziņotajos narkotiku noziegumos visbiežāk iesaistītās nelegālās narkotikas ir bijušās kaņepes ⁽¹¹⁾. Šajās valstīs ar kaņepēm 2005. gadā

⁽⁸⁾ Termins "ziņojumi" par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem ir likts pēdīnās, jo dažādās valstīs tas raksturo atšķirīgus jēdzienus (tie var būt policijas ziņojumi par iespējamiem narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem, ar narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem saistītas apsūdzības utt.). Konkrētas katras valsts definīcijas atrodamas 2007. gada statistikas biļetena metodiskajās piezīmēs par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem.

⁽⁹⁾ Skatīt tabulu DLO-1 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁾ Skatīt tabulu DLO-2 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹¹⁾ Skatīt tabulu DLO-3 2007. gada statistikas biļetenā.

ir bijuši saistīti 42–74 % no visiem narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem. Čehijā ir dominējuši ar metamfetamīnu saistīti pārkāpumi, sasniedzot 53 % no visiem narkotiku pārkāpumiem; bet Luksemburgā visbiežāk ir ziņots par kokainu (ar šo vielu ir bijuši saistīti 35 % no visiem narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem).

Piecu gadu laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam vairumā šajā ziņojumā aplūkoto valstu "ziņojumu" skaits par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem, kas saistīti ar kaņepēm, ir palicis nemainīgs vai pieaudzis, līdz ar to caurmērā ES līmenī šis skaits ir pieaudzis par 36 % (1. attēls). Tomēr Čehija (2002.–2005. g.) un Slovēnija (2001.–2005. g.) ziņo par lejupejošu tendenci.

Visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs, izņemot Luksemburgu un Nīderlandi, ar lietošanu/turēšanu lietošanai saistītajos pārkāpumos kaņepes ir bijusi visbiežāk iesaistītā narkotika. Tomēr vairākās valstīs (Grieķijā, Itālijā, Kiprā, Austrijā, Slovēnijā un Turcijā) ar kaņepju lietošanu saistīto pārkāpumu skaits kopš 2000. gada proporcionāli ir samazinājies, un pēdējā gadā, par kuru ir pieejami dati (2004.–2005. g.), šāda samazināšanās ir vērojama vairumā šajā ziņojumā aplūkoto valstu; iespējams, tas nozīmē, ka šo valstu tiesībsargājošās iestādes ir sākušas kaņepju lietotājiem pievērst mazāku uzmanību nekā citu narkotiku lietotājiem⁽¹²⁾.

Ar kokainu saistītu pārkāpumu skaits laikposmā no 2000.–2005. gadam ir pieaudzis visās Eiropas valstīs, izņemot Vāciju, kur tas saglabājies relatīvi stabils. ES caurmēra līmenis tajā pašā laikposmā ir pieaudzis par 62 % (1. attēls).

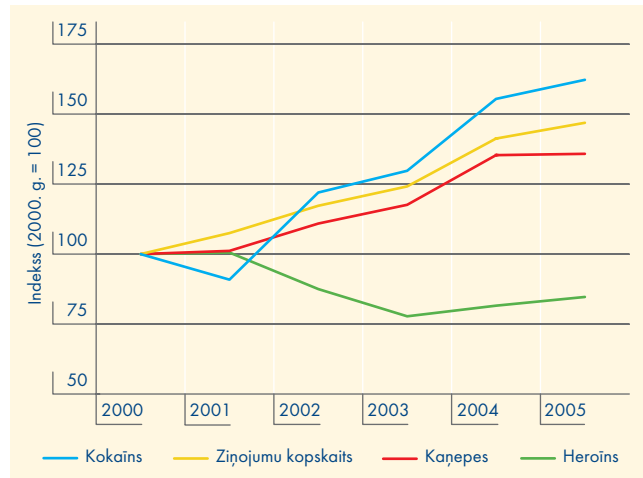
Cita aina paveras, ja salīdzina "ziņojumus" par tiesību aktu pārkāpumiem, kas saistīti ar kaņepēm vai kokainu, ar "ziņojumiem", kas saistīti ar heroīnu, proti, heroīna pārkāpumu skaits laikposmā no 2000.–2005. gadam, galvenokārt no 2001. līdz 2003. gadam, Eiropas Savienībā vidēji ir samazinājies par 15 %. Tomēr heroīna pārkāpumu valsts tendences minētajā periodā ir bijušas atšķirīgas, un trešdaļa valstu ziņo par augšupejošu tendenci⁽¹³⁾.

Narkotiku problēmu pētniecība

Finansējums

Saskaņā ar valsts koordinācijas centru sniegto informāciju, ar narkotikām saistīto pētniecību Eiropā finansē valsts un Eiropas sabiedriskie fondi. Vairākas dalībvalstis ziņo, ka narkotiku pētniecību finansē vispārējie valsts pētniecības fondi (Vācija, Nīderlande, Somija, Apvienotā Karaliste), Veselības ministriju pētniecības fondi (Itālija) vai fondi, ko kontrolē valsts

1. attēls. Narkotiku tiesību aktu pārkāpumi: indeksētas ziņojumu skaita tendences ES dalībvalstīs, 2000.–2005. g.



NB! Tendences atspoguļo pieejamo informāciju par visu ES dalībvalstu tiesībsargājošo iestāžu iesniegtajiem ziņojumiem par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem (krimināliem un nekrimināliem); visas datu sērijas ir indeksētas, par pamatu ņemot 2000. gadu (= 100), un svērtas, ievērojot valstu iedzīvotāju skaitu, lai iegūtu kopējo ES tendenci. Tā kā definīcijas un pētījumos izmantotajās vienības dažādās valstīs ļoti atšķiras, ir izmantots vispārīgais termins "ziņojumi par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem"; plašāku informāciju skatīt "Narkotiku tiesību aktu pārkāpumi: metodes un definīcijas" 2007. gada statistikas biļetenā. Tendencu aplēsēs nav iekļautas valstis, kas nav sniegušas datus divus vai vairāk nekā divus gadus pēc kārtas. Kopējās tendences pamatā ir 24 valstu dati, heroīna tendences pamatā 14, kokaina tendences pamatā 14 un kaņepju tendences pamatā 15 valstu dati. Papildu informācijai skatīt attēlu DLO-6 statistikas biļetenā. Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri; attiecībā uz iedzīvotāju datiem — <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

narkotiku apkarošanas koordinācijas iestādes (Francija, Zviedrija). Rumānijā pētniecību finansē starptautiskas organizācijas, piemēram, Vispasaules fonds.

Pētnieciskā darbība

Ņemot par pamatu citu pētnieku novērtētas zinātniskas publikācijas kā zinātniskās darbības rādītāju un analizējot šādas 2005. un 2006. gadā klajā nākušas un valsts ziņojumos citētas publikācijas, ir noskaidrotas tematiskās pētniecības prioritāšu ievirzes, kas dažādās valstīs atšķiras.

Sprīžot pēc publikācijām, svarīga pētniecības tēma ir atkarības ārstniecība, un lielākajā daļā pētījumu ir analizēti dažādi aizvietošanas terapijas aspekti. Valsts ziņojumos citētajās zinātniskajās publikācijās ar profilaksi saistīta pētniecība proporcionāli ieņem daudz mazāku vietu. No EMCDDA pieciem pamatrādītājiem visvairāk ir publikāciju par infekcijas slimībām, kam seko publikācijas par narkotiku lietošanas izplatību jauniešu vidū.

Valsts ziņojumos citēto zinātnisko publikāciju tēmas dažādās valstīs atšķiras. Vācijas ziņojumā sevišķi bieži ir

⁽¹²⁾ Jāatzīmē, ka dažās valstīs, kur ar kaņepju lietošanu saistīto pārkāpumu skaits proporcionāli ir samazinājies, ar kaņepju lietošanu saistīto pārkāpumu absolūtais skaits pieaug.

⁽¹³⁾ Eiropas caurmēra rādītāji neatspoguļo heroīna pārkāpumu pieaugumu, kas konstatēts pusē no šajā ziņojumā aplūkotajām valstīm, galvenokārt tādēļ, ka Eiropas caurmēra rādītājos nav iekļautas valstis, par kurām divus gadus pēc kārtas nav bijuši pieejami dati, kā arī tādēļ, ka, aprēķinot Eiropas caurmēra rādītājus, ir ņemts vērā valstu iedzīvotāju skaits (līdz ar to dažu valstu skaitļiem salīdzinājumā ar citām ir lielāks svars).

citētas ārstniecības pētniecībai, īpaši C hepatīta pozitīvu narkotiku lietotāju ārstniecībai veltītas publikācijas, savukārt Nīderlandes ziņojumā galvenā vērība ir pievērsta jaunām ārstniecības metodēm. Apvienotās Karalistes ziņojumā citētie zinātniskie pētījumi attiecas galvenokārt uz problemātisku narkotiku lietošanu, noziedzību un tirgus lietām. Atsauces uz neirozinātnisku pētniecību ir trūcīgas un atrodamas galvenokārt Nīderlandes ziņojumā, tomēr arī Francijas *MILDT* ir finansējis virkni pētniecības projektu šajā jomā.

Nesen sāktas pētniecības programmas liecina par līdzīgām dalībvalstu valsts pētniecības prioritātēm. Vācijā pašlaik valsts pētniecības finansējums ir piešķirts ārstniecības pakalpojumu optimizācijai atbilstoši ārstniecības pieprasījumam, tostarp pamatpētniecībai. Nīderlande 2006. gadā ir pieņēmusi pētniecības programmu "Riska uzvedība un atkarība". Apvienotajā Karalistē nesen ir sākti pētījumi, kas aptver ārstniecības sistēmu kvalitāti un gados pavisam jaunus problemātiskus narkotiku lietotājus. Jaunās dalībvalstis lielāko uzmanību velta pārraudzības sistēmu zinātniskās bāzes izveidei, piemēram, veicot jaunatnes apsekojumus.

Pētniecība ES

ES ar narkotiku jomu saistītu pētniecību finansē pētniecības pamatprogrammas, pēdējā no tām, Septītā pamatprogramma (2007.–2013. g.), ir pieņemta

2006. gada beigās. Pētniecības projekti, kuros ziņots par pamatprogrammu rezultātiem, 2005.–2006. gadā ir tapuši saistībā ar ES Piektās pētniecības pamatprogrammas (1998.–2002. g.) tēmu "Dzīves kvalitāte". Starp tiem var minēt šādus projektus: "No narkotikām atkarīgu Eiropas likumpārkāpēju ārstēšana saskaņā ar tiesas spriedumu" (*QCT*), "Kādu atbalstu gaida Eiropas kokaīna un kreka lietotāji?" (*COCINEU*) un "Integrēti pakalpojumi ar mērķi ārstēt blakusslimības un panākt optimālu atkarības pārvarēšanu" (*ISADORA*).

Sēšanās pie stūres narkotiku reibumā (*EMCDDA 2007. gada ziņojuma īpašā tēma*)

Psihoaktīvu vielu lietošana var negatīvi iespaidot indivīdu spēju vadīt automašīnu tiktāl, ka palielinās negadījumu un savainojumu risks. Īpašajā tēmā par sēšanos pie stūres narkotiku reibumā, pievēršot galveno uzmanību kaņepēm un benzodiazepīniem, ir sniegts pārskats par dažādiem šai tēmai veltītiem pētījumiem un to rezultātiem, kā arī par šā problemātiskā uzvedības modeļa profilakses un tiesiskajiem aspektiem.

Šī īpašā tēma — tikai angļu valodā — ir pieejama iespiestā izdevumā un internetā (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



2. nodaļa

Pārskats par narkotiku problēmu risinājumiem Eiropā

ES 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plānā dalībvalstis ir īpaši aicinātas paplašināt viegli pieejamu, efektīvu un daudzveidīgu profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas un sociālās reintegrācijas metožu nodrošinājumu. Šajā nodaļā plašāk aplūkoti šie Eiropas narkotiku problēmu aspekti.

Profilakses stratēģiju mērķgrupas var būt dažādas — sākot no visiem iedzīvotājiem un beidzot ar konkrētām riska grupām — tādēļ attiecīgi dažādas ir arī piemērojamās metodes. Narkotiku lietotājiem un narkomāniem ir pieejami arī ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumi, un ievērojamā skaitā valstu to efektivitāte ir novērtēta, pētot šo pasākumu rezultātus. Kaitējuma mazināšanas pasākumu mērķis ir novērst ar narkotikām saistītus nāves gadījumus un mazināt veselībai nodarīto ļaunumu, piemēram, inficēšanos ar HIV vai C hepatītu. Heroīna atkarības ārstēšanā parasti izmanto aizvītotājterapiju, tāpat ir izstrādātas speciālas kaņepju, amfetamīna un kokaina atkarības ārstēšanas programmas. Pēc sekmīgas ārstēšanās nākamais solis ir sociālā reintegrācija. Kā redzēsiet turpmāk, daudzu narkotiku lietotāju dzīves apstākļi ir visai bēdīgi, tādēļ sociālās reintegrācijas stratēģiju īstenošanā bieži nākas pārvarēt ne vienu vien problēmu.

Katrs iejaukšanās pasākumu veids ir ilustrēts ar piemēriem no dažādām valstīm, aplūkojot arī pētniecības rezultātus, kas pamato attiecīgo pasākumu efektivitāti, vai, gluži pretēji, neefektivitāti.

Profilakse

Atsevišķu profilakses stratēģiju efektivitāte parasti nav samērojama ar pārmaiņām narkotiku lietošanas izplatības līmenī iedzīvotāju vidū. Tomēr ikvienu profilakses stratēģiju var samērot ar uzkrātajiem faktiem, kas ļauj secināt, vai attiecīgā iejaukšanās ir vai nav atbilstoši pamatota. Šajā nolūkā vajag pienācīgu informāciju par profilaktiskās iejaukšanās pasākumu saturu, pārklājumu un skaitu.

Pieejamās informācijas pilnveide: pārraudzība, kvalitātes kontrole un novērtējums

Dalībvalstis arvien vairāk pārrauga profilaktiskās iejaukšanās pasākumus, un līdz ar to spēj sniegt datus par šo pasākumu

saturu un pieejamību. Vācija, Nīderlande un Norvēģija ir paplašinājušas informatīvo pasākumu pārklājumu. Grieķija, Kipra, Lietuva un Itālija pārrauga skolu profilaksi, kamēr Grieķija, Polija, Zviedrija un Somija pēta vietējās sabiedrības profilakses pakalpojumus, bet Francija ir radījusi centralizētu narkotiku profilakses pārraudzības sistēmu. Dažas valstis (Čehija, Spānijas autonomais Galicijas reģions, Ungārija un Norvēģija), izskatot iejaukšanās pasākumu finansēšanas pieteikumus, jau pievērš uzmanību faktu bāzei un apsver akreditācijas sistēmu ieviešanu. Portugāle, Somija un Rumānija piemēro profilakses programmu kvalitātes kritēriju minimumu.

Ungārijas un Nīderlandes sniegtā informācija vedina domāt, ka profilakses pārraudzības sistēmu un kvalitātes kritēriju pastāvēšana liek vairāk informēt par projektiem un novērtējumiem un paaugstina iejaukšanās pasākumu kvalitāti.

Profilakses programmas lielākoties netiek novērtētas. Programmas, ko novērtē, parasti vērtē saistībā ar “iejaukšanās pasākumu apjomu un to, kā šādi pasākumi tiek pieņemti”, nevis saistībā ar “sasniegto mērķu apjomu” (Grieķijas valsts ziņojums).

Dažos pēdējos gados profilakses efektivitātes apskatus ir publicējusi Vācija (Bühler, Kröger, 2006) un Apvienotā Karaliste (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006), kā arī Pasaules Veselības Organizācija (PVO) (Hawks et al., 2002). Tie noder, definējot ar profilakses stratēģijām saistītu labu praksi. Jaunākajā un plašākajā pētījumā (Bühler, Kröger, 2006) ir novērtēti 49 kvalitatīvi pārskati, piemēram, apskati un metaanalīze par psihoaktīvu vielu ļaunprātīgu lietošanu, un pausti secinājumi saistībā ar efektīvām narkotiku profilakses stratēģijām. Turpmākajās sadaļās, pamatojoties uz šā un citu pētījumu rezultātiem, ir apspriesta dažādu profilakses stratēģiju efektivitāte.

Kampaņas plašsaziņas līdzekļos

Hawks et al. (2002), tāpat kā HDA (2004), secina, ka “plašsaziņas līdzekļu kampaņas pašas par sevi, jo īpaši dažādu pretdarbību iespaidā, nav uzskatāmas par efektīvu veidu, kas varētu palīdzēt mazināt dažādu psihoaktīvu vielu lietošanas izplatību. Tomēr jāatzīst, ka šādas kampaņas ceļ informētības līmeni un sniedz atbalstu politiskām iniciatīvām”.

Ar faktiem pamatota prakse

Ar faktiem pamatota prakse ir ieviešanās (piemēram, narkotiku ārstniecības) pasākumi, par kuriem, pamatojoties uz zinātnisku pētījumu (piemēram, pētnieciskas analīzes) konsekvēntiem rezultātiem, ir zināms, ka tie noved pie vēlamajiem pacientu ārstēšanas rezultātiem (piemēram, narkotiku lietošanas samazinājuma). Lai noteiktu, vai ieviešanās pasākumus var uzskatīt par praksi, kuras pamatā ir pierādīti fakti, parasti izmanto tādas kritērijas kā pasākumu iedarbīgums un efektivitāte (Brown *et al.*, 2000; Flay *et al.*, 2005).

Iedarbīgums raksturo ieviešanās pasākumu rezultātus ideālos pētniecības apstākļos. Iedarbīgumu vislabāk var noteikt, veicot kontrolētus izmēģinājumus, kuru laikā viena pacientu grupa tiek pakļauta pārbaudāmajam ieviešanās pasākumam, kamēr kontrolgrupa saņem citādus vai nesaņem nekādus ieviešanās pasākumus; vēl ieteicamāki ir randomizēti kontrolēti izmēģinājumi, kuru laikā pacientiem pēc nejaušības principa nozīmē vienu vai otru ieviešanās veidu (Cochrane Collaboration, 2007). Saskaņā ar vispārāzītu viedokli, tikai veicot randomizētus kontrolētus izmēģinājumus vai kontrolētus izmēģinājumus, turklāt vislabāk kombinācijā ar procesa novērtējumu, var noteikt ieviešanās pasākumu iedarbīgumu un līdz ar to pamatot turpmāko praksi un politiku.

Diemžēl viena vai otra ieviešanās pasākuma nozīmēšana izmēģinājumos iesaistītajiem pacientiem pēc nejaušības principa ne vienmēr ir iespējama.

Efektivitāte raksturo ieviešanās pasākumu rezultātus parastos apstākļos. Ieviešanās pasākumus, kas kontrolētos izmēģinājumos ir šķītuši daudzsoļi, bieži piemēro plašāk,

lai noskaidrotu to rezultātus parastos apstākļos. Efektivitātes pētījumus, piemēram, valsts ārstniecības rezultātu pētījumus galvenokārt veic, lai noskaidrotu ieviešanās pasākumu ietekmi uz veselību, kā arī citus vērtējamus rezultātus, tādā, lai iegūtu pierādījumus par ieviešanās pasākumu praktisko lietderību.

Tomēr pierādījumu iegūšanu sarežģī apstākļos, ka pastāv dažādi viedokļi par iedarbīguma vai efektivitātes pētnieciskās analīzes kvalitātes vērtējumu un par to, kuras pētniecības metodes (piemēram, kvalitatīvas vai kvantitatīvas) ir vispiemērotākās, lai pierādītu ieviešanās pasākumu praktisko lietderību. Līdz ar to secinājumi par lietderību var atšķirties. Jautājums par dažādu faktoru avotu novērtējumu un izvēršanu lēmumu pieņemšanas procesā joprojām paliek atklāts. Vēl grūtāk ir pieņemt lēmumus attiecībā uz pasākumiem, par kuriem vēl nav apkopota visaptveroša faktoru bāze, bet kuri, spriežot pēc pieredzes, varētu izrādīties efektīvi.

Lai gan pastāv minētās grūtības, tās neiespāido valdošo viedokli, ka pierādīti fakti var palīdzēt pilnveidot veselības aprūpes praksi un politiku un ka ir jāveicina diskusija par praksi, kuras pamatā ir pierādīti fakti, vienlaikus neiztiekot bez skaidriem pierādījumu novērtēšanas kritērijiem.

Lai dotu savu ieguldījumu šajā apmaiņā un sekmētu ar faktiem pamatotas prakses izplatīšanu, EMCDDA strādā pie tiešsaistes portāla izveides, kurā ir paredzēts sniegt pārskatu par jaunākajiem faktiem saistībā ar dažādu ieviešanās pasākumu efektivitāti un par līdzekļiem, kas ļauj uzlabot ieviešanās pasākumu kvalitāti, turklāt portālā ir paredzēts ievietot konkrētus ES dalībvalstu paraugprakses piemērus. Svarīgs šā portāla informācijas avots būs *Cochrane Collaboration*.

Taču citi fakti liecina, ka plašsaziņas līdzekļu kampaņas var dot pozitīvus rezultātus, ja tās izmanto kā atbalsta pasākumus, lai stiprinātu citas stratēģijas (Bühler, Kröger, 2006)

Novērtējot Skotijas kokaīna kampaņu "Vai zini, kas tevi sagaida?", Binnie *et al.* (2006) ir konstatējuši, ka 30 % lietotāju pēc iepazīšanās ar kampaņas materiāliem ir atzinuši, ka varbūt atteiksies no kokaīna lietošanas, tomēr 56 % lietotāju apgalvo, ka kampaņa nav iespaidojusi viņu attieksmi pret kokaīna lietošanu, un 11 % lietotāju ir paziņojuši, ka pēc kampaņas varbūt lieto kokaīnu vēl vairāk. Turklāt nesen veiktais ASV kaņepju kampaņas atkārtots novērtējums ir apstiprinājis agrākos atzinumus, proti, kampaņa (par spīti augstajiem efektivitātes rādītājiem un diferencētajām mērķgrupām) nav iespaidojusi gadus jaunu nelietotāju attieksmi pret kaņepju lietošanu, turklāt jauniešu attieksmi pret marihuānas lietotājiem piedalīšanās kampaņā nav iespaidojusi gluži tā, kā iecerēts (GAO, 2006).

Dažos atsevišķos gadījumos tomēr ir noticis pagrieziens, liekot uzsvāru nevis uz zināšanu vairošanu (kas lielākoties ir masu mediju kampaņu mērķis), bet gan uz sociāli emocionālas

informācijas sniegšanu (cenšoties mainīt attieksmi, piemēram, pret kaņepju lietošanu). Tā, piemēram, Nīderlandē rīkotas kampaņas vēstījums bija šāds: "Tu neesi nenormāls, ja nesmeķē kaņepes, jo to nedara 80 % jauniešu" (14). Turklāt daži Īrijas valsts narkotiku profilakses kampaņas elementi cenšas kļēdēt mītus, kas apvij kaņepes, piemēram, apgalvojumus, ka kaņepes ir "ekoloģiski tīras" un "dabīgas".

Legālo psihoaktīvo vielu vides stratēģijas

Ir pierādīts, ka patēriņu var samazināt, paaugstinot psihoaktīvo vielu cenu un/vai palielinot to pieejamības oficiālo vecuma cenzu, tomēr šādu stratēģiju var izmantot tikai attiecībā uz legālām vielām, tādām kā alkohols un tabaka (Bühler, Kröger, 2006). Līdz šim šādas vides stratēģijas pārsvarā ir izmantotas Ziemeļvalstīs un ASV, galvenokārt attiecībā uz alkoholu, turklāt ar daudzsoļiem rezultātiem (Lohrmann *et al.*, 2005; Stafström *et al.*, 2006). Tomēr pamazām arvien vairāk parādās visaptverošas vietējās sabiedrības stratēģijas ar vienādu attieksmi gan pret alkoholu un tabaku, gan pret nelegālām vielām. Beļģija, Bulgārija,

(14) Skatīt <http://www.drugsinfo.nl>

Dānija, Lietuva, Luksemburga, Nīderlande, Polija, Slovākija, Norvēģija — visas šīs valstis ziņo par vietējās sabiedrības stratēģijām vai diskusijām par papildu nodokļiem vai tiesību aktiem, kas regulētu alkohola un tabakas pieejamību. Šādu stratēģiju mērķis ir mazināt patēriņu jauniešu vidū, veidojot bezalkohola zonas vai palielinot drošības pasākumus nakts izklaides vietās. Nesen Eiropā (Kuntsche, Jordan, 2006) un citur (Aveyard et al., 2004) veikti skolu pētījumi apstiprina, ka normatīvais klimats un neoficiāli tīklojumi ļoti iespaido ar legālo narkotiku un kaņepju lietošanu saistītu uzvedību. Skolu normu ieviešanai pašlaik pastiprinātu uzmanību pievērš Vācija, Īrija un Itālija⁽¹⁵⁾.

Vispārējā profilakse

Interaktīvas programmas, kuru pamatā ir sociālās ietekmes vai dzīves prasmju apguves modeļi, ir pierādījušas savu efektivitāti skolās, kamēr atsevišķi pasākumi, ko īsteno izolēti no citiem (piemēram, neinteraktīvi pasākumi, kas veltīti tikai informācijas nodošanai, emocionālai izglītošanai utt.), ir novērtēti negatīvi (Bühler, Kröger, 2006). Organizatorisku iemeslu dēļ skolu profilakse parasti ir vietējo iestāžu pārziņā, jo īpaši Ziemeļvalstīs, Francijā un Polijā.

Daži komentētāji ir pauduši viedokli, ka papildinošas vispārējās veselības/dzīves prasmju programmas veicina lielākas pārmaiņas nekā tikai izglītojošas prasmju programmas, piebilstot, ka iekļaušanās pasākumi iedarbojas vislabāk, ja tie ir integrēti labi iedibinātās veselības mācības programmās (Hawks et al., 2002). Tas šķiet panākts gandrīz visās dalībvalstīs. Turklāt vairākas dalībvalstis (piemēram, Itālija, Lietuva, Nīderlande, Slovākija, Apvienotā Karaliste) zem sabiedrības veselības profilakses jūmta ir apvienojušas narkotiku profilaksi ar veselības un sociālajiem aspektiem, tādiem kā vardarbība, garīgās veselības traucējumi, sociālā atstumtība, sliktas sekmes mācībā un tabakas un alkohola lietošana, ar šādu nostāju turklāt vairāk un konkrētāk pievēršoties tieši neaizsargātu grupu vajadzībām.

Modeļprogrammas bieži netiek īstenotas, apgalvojot, ka tās nevarēs pielāgot vietējiem apstākļiem un ka tās neatbilst konkrētu kopienu vajadzībām (Ives, 2006). Tomēr kā pretargumentu šeit var minēt standartizētu profilakses programmu priekšrocības, proti, protokoli paredz skaidras pamatnostādnes, kas nosaka, kādas īstenošanas infrastruktūras un izglītojamu apmācības sistēmas jāizveido, un nodrošina to stabilitāti, vienlaikus atvieglojot kopīgu īstenošanas standartu piemērošanu arī pie ļoti atšķirīgiem skolu un kopienu apstākļiem.

Daudzās dalībvalstīs (Bulgārijā, Itālijā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Austrijā, Rumānijā) profilakses programmu

centrā ir izpratnes vairošana, nodrošinot informāciju un rīkojot atsevišķus pasākumus (piemēram, tikšanās ar speciālistiem)⁽¹⁶⁾, lai gan fakti liecina, ka citas metodes varētu būt efektīvākas.

Skolās ir plaši izplatītas sociālās ietekmes programmas, jo īpaši Apvienotajā Karalistē un valstīs, kas piedāvā standartizētas programmas, piemēram, Vācijā, Īrijā, Grieķijā, Spānijā, Norvēģijā un drīzumā arī Dānijā.

Saistībā ar vispārējo vietējās sabiedrības profilaksi 12 dalībvalstīs ziņo, ka lielākajā daļā vai visās pašvaldībās ir pieņemti narkotiku apkarošanas plāni, un desmit valstīs tos uzskata par politisku prioritāti. Šādas programmas parasti nozīmē informatīvus pasākumus un mazākā mērā arī alternatīvus brīvā laika pavadīšanas veidus. Vispārējā ģimenes profilakse pārsvarā nozīmē vecāku vakarus vai informatīvus pasākumus, un dažkārt arī intensīvu vecāku apmācību.

Selektīvā profilakse

Dalībvalstīs pievērš arvien vairāk uzmanības profilakses stratēģijām, kuru mērķgrupas ir veselas neaizsargātas kopienas⁽¹⁷⁾. Tas nozīmē, ka šādas kopienas vispirms jāapzina, piemēram, izmantojot standartizētus novērtēšanas instrumentus, tādus kā Apvienotās Karalistes multiplās deprivācijas indeksu vai sociāli ekonomiskus rādītājus, piemēram, dzīves apstākļu vai izglītības standartus (mācībā atpalikušu skolēnu skaitu vai tādu skolēnu skaitu, kuri saņem subsīdijas).

Kad mērķgrupas apzinātas (piemēram, Francija izdala "sensitīvas urbanizētas zonas" un skolu gadījumā "izglītības prioritāšu zonas"), šīm mazāk privilēģētajām kopienām var piešķirt papildu līdzekļus. Īrijā, Kiprā un Apvienotajā Karalistē gandrīz visās šādās zonās jau ir īstenoti selektīvās profilakses projekti, bet Portugāle pašlaik īsteno šādu stratēģiju. Iekļaušanās pasākumi ir dažādi, sākot no konsultantu pakalpojumiem Igaunijā, Grieķijā, Francijā un Slovākijā līdz palīdzības projektiem Luksemburgā un Austrijā, kuru tiešie adresāti dažkārt ir etniskas grupas. Turklāt dažas jaunās dalībvalstis (Bulgārija, Ungārija, Lietuva, Polija un Rumānija) daudz ziņo par iekļaušanās pasākumiem, kuru mērķgrupa ir neaizsargātas ģimenes. Lielākajā daļā dalībvalstu galvenā uzmanība tiek pievērsta psihoaktīvo vielu lietošanai ģimenē, lai gan dažu valstu (Grieķijas, Lietuvas, Ungārijas, Apvienotās Karalistes) iekļaušanās pasākumi ir plašāki un adresēti visām sociāli nelabvēlīgajām ģimenēm.

Aktīvās izglītošanas pasākumi vienaudžu vadībā, ko izmanto arī vispārējā profilaksē, saskaņā ar valstu ziņojumiem

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

⁽¹⁶⁾ SQ 22 un 25 dati.

⁽¹⁷⁾ Plašāka informācija par selektīvo profilaksi, jo īpaši par riska grupām un faktoriem ir atrodama iepriekšējo gadu ziņojumos un 2007. gada īpašajā tēmā par narkotiku lietošanu nepilngadīgo vidū.

arvien vairāk tiek izmantoti arī selektīvajā profilaksē (Īrijā, Nīderlandē, Austrijā, Polijā un Norvēģijā). *Parkin* un *McKeganey* (2000), analizējot vienaudžu projektus, ir secinājuši, ka šādas programmas vairāk iespaido pašus izglītotājus, nevis mērķgrupas, kam tās domātas. Izskatās, ka šādi risinājumi var būt noderīgāki, lai mainītu zināšanas un nostāju, nevis uzvedību. Vienaudžu projekti tiek novērtēti ļoti reti, bet retajos gadījumos, kad novērtējumi (piemēram, Norvēģijas "Free Style" projekta novērtējums) ir pieejami, tajos parasti ir novērtēta tikai gados jauno izglītotāju iesaistīšana, kā arī tas, cik lielā mērā projekti ir stiprinājuši projektu vadītāju zināšanas un nostāju.

Lai gan selektīvā profilakse kļūst arvien populārāka, nedrīkst aizmirst par piesardzību, jo īpaši iesaistot riska grupu jauniešus vienaudžu aktīvās izglītošanas programmās, (*Cho et al.*, 2005; *Dishion, Dodge*, 2005), jo neaizsargātās grupās viegli var izplatīties "kaitīga ietekme". Šo negribēto ietekmi rada pati iejaukšanās, un tā var novest pie psihoaktīvo vielu lietošanas vai riska uzvedības pieauguma. Tomēr šādi nevēlami blakusefekti nav raksturīgi vienīgi selektīvajai profilaksei, tie ir novēroti arī saistībā ar masu mediju informatīvajām kampaņām un atsevišķiem profilakses pasākumiem (skatīt iepriekšējās sadaļas).

Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas risinājumi

Ārstniecības sistēmu jaunie risinājumi

Narkotiku lietotāji lielākoties ārstējas ambulatori, tostarp pie vispārējās prakses ārstiem. Ambulatoro ārstniecības iestāžu tīklojumi pēdējos gados ir turpinājuši paplašināties, un šo iestāžu ģeogrāfiskais pārklājums ir turpinājis iet plašumā vairākās valstīs, tostarp Bulgārijā, Igaunijā, Somijā, Grieķijā, Lietuvā un Rumānijā un Somijā, kamēr stacionāro iestāžu skaits lielākajā daļā valstu ir palicis nemainīgs.

Pie valstīm, kurās valsts specializēto narkotiku ārstniecības iestāžu ģeogrāfiskais pārklājums ir ļoti fragmentārs, pieder Latvija, Ungārija, Slovēnija un Rumānija. Lai gan aizvietotājterapijas pakalpojumu sniedzēju tīklojums pēdējā laikā ir paplašinājies, Grieķijā, tāpat kā Ungārijā un Polijā uz aizvietotājterapiju joprojām nākas gaidīt rindā.

Heroīna lietotāju ārstēšana daudzās Eiropas valstīs agrāk lielākoties notika stacionāra apstākļos, mūsdienās šādu risinājumu izmanto salīdzinoši retāk, un lielākā opioīdu lietotāju daļa tagad ārstējas ambulatori. Tomēr stacionāro pakalpojumu apjoms pieaug saistībā ar gados vecāku un ilgtermiņa narkotiku lietotāju aprūpi, turklāt šādu pacientu ārstēšanas vajadzības ir sarežģītākas, jo vienlaikus jāārstē nopietnas somatiskas un psihiskas blakusslimības. Atbilstoši mainīgajām vajadzībām gadu gaitā ievērojami ir mainījusies

arī stacionāro ārstniecības iestāžu filozofija un darba stils. Stacionāros arvien vairāk vienviet tiek sniegti gan ārstniecības, gan medicīniskās aprūpes pakalpojumi, ieskaitot psihiatru pakalpojumus, augstas aktivitātes antiretrovirālo terapiju un aknu bojājumu ārstēšanu, turklāt ir pieaudzis pacientus stabilizējošās uzturošās terapijas apjoms.

Ambulatoro narkotiku pacientu raksturojums

Lai no sociāli ekonomiskā viedokļa raksturotu pacientus, kuri apmeklē ārstniecības centrus, un zināmā mērā arī visus narkotiku lietotājus, var izmantot ārstniecības pieprasījuma rādītāja datus⁽¹⁸⁾. Tā kā piekļuve ambulatorajai ārstniecībai lielākajā daļā valstu ir vieglāka un mazāk selektīva, no ambulatoro pacientu grupas var ekstrapolēt secinājumus par narkotiku lietotājiem kopumā.

No 29 Eiropas valstīm 20 valstīs 2005. gadā ir ziņojušas par 315 000 narkotiku pacientiem, kas apmeklē ambulatoros ārstniecības centrus. Informācija aptver vairāk nekā 4000 ārstniecības nodaļas jeb aptuveni 65 % no visām ambulatorās ārstniecības nodaļām. Aptuveni pusei (53 %) no ambulatorajiem pacientiem, kas saņem terapiju, primārās narkotikas ir opioīdi, pārējo pacientu primārās narkotikas ir citas, īpaši kaņepes (22 %) un kokaīns (16 %). Visbiežāk sastopamā primārā narkotika dažādās valstīs atšķiras.

Aptuveni 80 % ambulatoro pacientu ir vīrieši, kuru vidējais vecums ir apmēram 30 gadi (28 gadi pirmās ārstēšanās gadījumā) un kuru dzīves apstākļi salīdzinājumā ar tāda paša vecuma iedzīvotājiem kopumā parasti ir visai bēdīgi. Aptuveni 60 % ambulatoro pacientu savā izglītībā nav tikuši tālāk par pamatskolu, un no tiem aptuveni desmitā daļa pat nav beiguši pamatskolu. Aptuveni pusei pacientu pirms ambulatorās ārstēšanās sākuma ir bijis pastāvīgs darbs, bet otrai pusei ne; lielākajai ambulatoro pacientu daļai ir pastāvīga dzīvesvieta (85 %), 40 % no šiem pacientiem dzīvo ar vecākiem, bet 19 % dzīvo vieni paši. Neliela, bet ievērojama ambulatoro narkotiku pacientu daļa (15 %) vai nu vieni paši vai kopā ar partneriem dzīvo ar bērniem, atspoguļojot ar narkotiku lietotāju dzīvi saistītu sarežģītu aspektu un riska faktoru, kas apdraud bērnus.

Informāciju par ārstējamo narkotiku pacientu sociāli ekonomisko stāvokli papildina dažu valstu dati, kas atspoguļo narkotiku pacientu sadalījumu pēc galvenās narkotikas. Piemēram, Vācijā bez darba vai ekonomiski neaktīvi ir 67 % heroīna lietotāju salīdzinājumā ar 53 % kokaīna pacientu un 35 % kaņepju pacientu, bet nepilna skolas izglītība ir 74 % opioīdu pacientu salīdzinājumā ar 63 % kokaīna pacientu (*Sonntag et al.*, 2006).

Jauni risinājumi

Vairākās valstīs neseno ir atvērtas jaunas specializētas ārstniecības iestādes, kas domātas konkrētām narkotiku

⁽¹⁸⁾ Plašāku informāciju par šajā sadaļā minētajiem skaitļiem skatīt 2007. gada statistikas biļetena TDI tabulās un diagrammās.

lietotāju grupām, piemēram, sievietēm, kuras lieto narkotikas, narkotiku injicētājiem, kas mitinās uz ielas, seksa industrijā iesaistītiem vai gados jauniem un ļoti jauniem narkotiku lietotājiem (skatīt un 2007. gada īpašo tēmu par narkotiku lietošanu nepilngadīgo vidū). Citās valstīs nolūkā apmierināt konkrētu narkotiku lietotāju grupu vajadzības ar mērķi uzlabot ārstniecības pakalpojumu pārklājumu ir paplašinātas farmakoloģiskās terapijas iespējas. Piemēram, Maltā tagad ir licencēta buprenorfīna uzturošā terapija ⁽¹⁹⁾.

Dažādu narkotiku lietotāju grupu ārstēšana

Dalībvalstis arvien vairāk atzīst, ka ir svarīgi nodrošināt atbilstošus ārstniecības pakalpojumus problemātiskiem kaņepju un kokaīna lietotājiem. Eiropas kaņepju ārstniecības, konsultāciju un profilakses programmas bieži ir cieši saistītas, lai aptvertu pēc iespējas lielāku kaņepju lietotāju skaitu. Valstis liek lietā jaunas saziņas stratēģijas, piemēram, lai mēģinātu uzrunāt kaņepju lietotājus, kuru lietošanas līmenis svārstās starp eksperimentēšanu un problemātisku lietošanu, izmanto internetu. Pašlaik tiek izstrādāti speciāli kaņepju ārstniecības pakalpojumi un programmas, kas līdz šim Eiropā nav bijušas plaši pieejamas (skatīt 3. nodaļu).

Turklāt dalībvalstis, kurās ir liels kokaīna ārstniecības pieprasījums, sāk pasūtīt ar šo jomu saistītus pētījumus, ko sarežģī tas, ka kokaīna pulvera un kreka kokaīna lietotāji parasti pieder pie ļoti atšķirīgām sociālajām grupām (skatīt 5. nodaļu). Tomēr pašlaik, kamēr vēl nav pieejami specializēti pakalpojumi, lielāko daļu psihostimulantu lietotāju, ieskaitot amfetamīna lietotājus, ārstē ar tradicionālajām, opioīdu lietotājiem domātajām ārstniecības metodēm, atzīstot, ka Eiropā trūkst atbilstoši apmācīta medicīniskā personāla un klīnicistu.

Heroīna atkarības ārstēšana

Kopš tā laika, kad, atbildot uz heroīna lietošanas izplatību 20. gadsimta 80. gadu otrajā pusē, politiķi deva piekrišanu aizvietoājterapijas izmantošanai, aizvietoājterapija ir kļuvusi par galveno opioīdu atkarības ārstniecības metodi lielākajā daļā valstu (2. attēls).

Galvenās narkotikas, ko izmanto aizvietoājterapijā, ir metadons un buprenorfīns. Ideālā gadījumā zāļu terapija būtu jāapvieno ar psihologu konsultācijām un sociālu atbalstu. Pacienti parasti saņem aizvietoājterapiju ambulatori, specializētās narkotiku ārstniecības nodaļās, bet arvien vairāk to nodrošina arī privātprakses ārsti. Dažās valstīs, piemēram, Vācijā, Francijā un Apvienotajā Karalistē vispārējās prakses ārsti ļoti intensīvi nodarbojas ar narkotiku lietotāju ārstēšanu. Citās valstīs vietējo ģimenes ārstu iesaiste joprojām ir ierobežota vai nu juridisku iemeslu dēļ, vai arī tādēļ, ka ārsti nav ieinteresēti atkarību ārstēšanā ⁽²⁰⁾. Vairāku

Aizvietoājterapijas tiesiskais regulējums

Lai iegūtu papildu informāciju par tiesību aktiem un oficiālajiem noteikumiem, kas regulē aizvietoājterapijas nozīmēšanas kritērijus un aizvietojošo medikamentu izrakstīšanas un izsniegšanas praksi, 2006. gadā ir veikts specializētā juridisko korespondentu tikla apsekojums. No 17 valstīm iegūtie rezultāti papildina Eiropas Juridiskās datubāzes 2003. gada ziņojumu ⁽¹⁾.

Tiesiskā regulējuma darbības joma dažādās dalībvalstīs ievērojami atšķiras. Dažās valstīs, piemēram, Beļģijā parlaments ir pieņēmis īpašu likumu, kas regulē aizvietoājterapijas piemērošanu, kamēr citviet, piemēram, Kīprā aizvietoājterapiju piemēro, interpretējot tiesību aktus, kas attiecas uz kontrolējamām vielām. Šeit pastāv kompromiss starp tiesiskā regulējuma spēku un elastību.

Parasti likumdošana nosaka, kādas vielas ir atļauts izmantot aizvietoājterapijā. Lielākoties ir atļauts izrakstīt tikai metadonu un buprenorfīnu vai tikai metadonu, lai gan dažās valstīs ir atļautas arī citas vielas, piemēram morfīns vai kodeīns. Tāpat gandrīz visās valstīs ir spēkā vai nu likumi vai valdības dekrēti, vai norādījumi, kas nosaka attiecīgās valsts aizvietoājterapijas nozīmēšanas kritērijus. Parasti tie ir atkarības diagnoze un minimālais vecums, lai gan vietumis aizvietoājterapiju nozīmē tikai tad, ja iepriekšējā bezzāļu terapija ir izrādījusies nesekmīga. Dažās valstīs gadījumos, kad tiek pārķāpti ārstēšanās noteikumi, var piemērot ar likumu noteiktas sankcijas, kamēr citās šie jautājumi ir atstāti katra konkrētā ārstniecības centra ziņā.

Tiesību aktos parasti ir noteikta arī receptu izrakstīšanas kārtība. Receptes galvenokārt drīkst izrakstīt ārstniecības centru ārsti, lai gan dažās valstīs tas ir atļauts ikvienam ārstam vai īpaši apmācītiem un akreditētiem ārstiem. Tomēr gadījumi, kad aizvietoājterapiju nozīmē ārsti, kas nestrādā ārstniecības centros, ir reti ⁽²⁾. Maksimālās devas likumdošanā parasti nav noteiktas. Lai izvairītos no receptu dublēšanas, lielākajā daļā valstu izmanto speciālas receptu veidlapas, lai gan vairākās valstīs ir izveidoti centralizēti reģistri un dažas valstis izdod īpašas identifikācijas kartes. Parasti tiesību aktos ir noteikta arī aizvietojošo medikamentu izsniegšanas kārtība — medikamentus pārsvarā drīkst izsniegt aptiekas vai ārstniecības centri, lai gan dažās valstīs to ir atļauts darīt arī ārstiem. Visbeidzot, lielākajā daļā valstu ar likumu, speciāliem norādījumiem vai vienkārši tāpat ir iedibināta sistēma, kas paredz kārtību, kādā medikamentu devas izsniedz līdznešanai, tomēr reizēm tas ir stingri aizliegts.

⁽¹⁾ Plašāka informācija pieejama <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>.

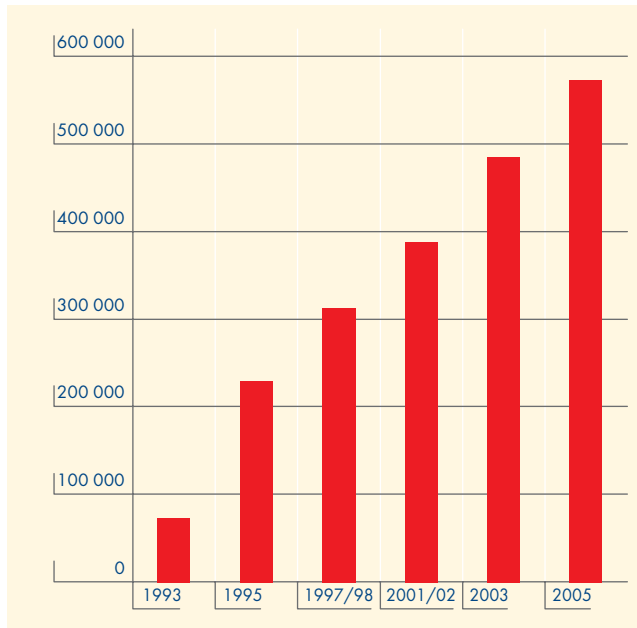
⁽²⁾ Skatīt tabulu HSR-6 2007. gada statistikas biļetenā.

valstu dienas kārtībā ir bijuši kvalitātes kontroles jautājumi, un rezultātā ir pieņemti stingrāki noteikumi, paaugstinātas

⁽¹⁹⁾ Skatīt "Aizvietoājterapijas nozīmēšanas prakse Eiropā", 66. lpp.

⁽²⁰⁾ Skatīt "Aizvietoājterapijas tiesiskais regulējums" (32. lpp.) un <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>

2. attēls. Opioīdu aizvietoģterapijas pieejamība ES 15 dalībvalstīs, 1993.–2005. g.



NB! Papildu informācijai skatīt tabulas HSR-7 un HSR-8 un attēlus HSR-1 un HSR-5 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Valsts koordinācijas centri un ziņojumi; detalizētu avotu uzskaitījumu skatīt 2007. gada statistikas biļetena attēlā HSR-5.

kvalifikācijas prasības vai ieviests pastiprināts uzraudzības un pārraudzības režīms⁽²¹⁾. Opioīdu atkarības ārstēšana plašāk aplūkota 6. nodaļā.

Kaitējuma mazināšanas risinājumi

ES narkotiku problēmu risinājumu centrā ir infekcijas slimību profilakse un ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaita samazināšana, un pašreizējā rīcības plānā ir izvirzīts mērķis palielināt pakalpojumu un iestāžu pieejamību un nodrošināt labāku piekļuvi, lai novērstu un mazinātu veselībai nodarīto kaitējumu.

Eiropas Komisija 2007. gada aprīlī ir iesniegusi Padomei un Eiropas Parlamentam ziņojumu par Padomes 2003. gada 18. jūnija leteikuma par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu īstenošanu⁽²²⁾.

Šajā ziņojumā ir dokumentāli apstiprināts, ka kaitējuma mazināšana ir izvirzīta par valsts nozīmes sabiedrības veselības mērķi visās dalībvalstīs. Darba dokumentā, kas bija pasūtīts, lai pamatotu Komisijas ziņojumā sniegto informāciju, ir atrodams pilnīgs pārskats par Eiropas situāciju saistībā ar kaitējuma mazināšanas politiku un iejaukšanās pasākumiem. Tā pamatā ir informācija, ko snieguši galvenokārt politikas

veidotāji, *Reitox* speciālisti un masu organizācijas. Darba dokumentā ir iekļauti plaši pārskati par katru valsti⁽²³⁾.

Padomes leteikuma iespaidā ir palielinājies to valstu skaits, kuras ir sakārtojušas savu valsts politiku, saskaņojot to ar Eiropas stratēģiju un liekot lielāku uzsvāru uz kaitējuma mazināšanas pakalpojumu klāsta palielināšanu. Izskatās, ka īpaši liela ietekme leteikumam ir bijusi valstīs, kas pievienojās ES 2004. gadā.

Sociālā reintegrācija

Nedroši mājokļi, neregulārs darbs un cietumā pavadīts laiks ir sociālās atstumtības rādītāji, kas raksturo daudzu narkotiku lietotāju dzīvi. Pašlaik daudzās Eiropas valstīs tādu problemātisku narkotiku lietotāju skaits, kuri atrodas iestāžu uzmanības lokā, ārstējas vai saņem aizvietoģterapiju, ir lielāks nekā jebkad, līdz ar to ir ievērojami pieaudzis pieprasījums pēc mājokļiem, izglītības, darbvietām un juridiskas palīdzības. Aprūpes sistēmām šajā situācijā ir jāņem vērā rast jaunus risinājumus, kas atbilstu jaunajām, nereti daudzskaitlīgajām pacientu vajadzībām, un tas nav viegls uzdevums. Sociālā reintegrācija pašlaik tiek uzskatīta par vienu no izšķirīgajiem faktoriem, kas palīdz nodrošināt ārstniecības ilgtermiņa panākumus.

Dažas valstis reintegrācijai pievērš pastiprinātu politisku uzmanību un piešķir lielākus līdzekļus, un vairāku valstu narkotiku uzturošās terapijas standarti paredz nodrošināt pacientiem pieejamus sociālās aprūpes un reintegrācijas pakalpojumus. Piemēram, Īrijā narkotiku stratēģijas vidusposma novērtējumā ir ieteikts iekļaut stratēģijā rehabilitāciju kā tās piekto pīlāru, bet Dānijas Nodarbinātības un Sociālo lietu ministrijas ir pieņēmušas jaunas, neaizsargātām grupām paredzētas programmas ("dalīta atbildība"). Kā piemēru var minēt arī Norvēģijas valdības stratēģiju, kura paredz likvidēt un apkarot bezpajumtību un kurā ir izvirzīti izmērāmi mērķi, piemēram, samazināt no mājokļiem izlikto personu skaitu un uzlabot pastāvīgu mājokļu pieejamību, padarot pagaidu dzīvesvietas par izņēmumu. Norvēģijā ir pieņemts arī nabadzības apkarošanas rīcības plāns, kurā ietilpst dotāciju programma, saskaņā ar kuru 2006. gadā bija iedalīti 6,5 miljoni euro, lai nodrošinātu papildu mājokļu pakalpojumus bezpajumtņiekim un alkohola un narkotiku lietotājiem. Turklāt Grieķija, Francija, Itālija, Lietuva, Austrija, Portugāle un Slovākija ir iesaistījušās Komisijas iniciatīvas *EQUAL* nodarbinātības un sociālās iekļaušanas tematiskajā jomā⁽²⁴⁾.

Atbalstot ES ierosinājumu, ir radīta arī sistēma, kas pazīstama ar nosaukumu "atklātā koordinācijas metode" (OMC),

⁽²¹⁾ Skatīt arī 67. lpp.

⁽²²⁾ Padomes 2003. gada 18. jūnija leteikums par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu, *Oficiālais Vēstnesis L 165, 03.07.2003., 31.–33. lpp.*

⁽²³⁾ Abi dokumenti atrodami interneta vietnē http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

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

saskaņā ar kuru dalībvalstis koordinē nabadzības un sociālās atstumtības apkarošanas politiku, iesaistoties politikas un pieredzes apmaiņas procesā.

Reintegrācijas pasākumi atspoguļo Eiropas valstu sociālo, kultūras un ekonomikas daudzveidību, vienlaikus atspoguļojot arī noteiktas mērķu, mērķgrupu un apstākļu atšķirības. Piemēram, Bulgārija un Rumānija ir vienīgās valstis, kas piemin īpaši ielas bērniem paredzētus sociālās reintegrācijas projektus.

Daudzu valstu programmu un pasākumu adresāti ir ne vien narkotiku lietotāji, bet neaizsargātas sociālas grupas vispār, un parasti programmu un pasākumu īstenošana notiek vietējā vai reģionālā līmenī. Tā, piemēram, Valonijas valdības 2003. gadā pieņemtie "*plans de prévention de proximité*" (PPP) paredz vietēja mēroga nabadzības un atkarību apkarošanas pasākumus, uzlūkojot abas šīs problēmas kopsakarībā, bet Dānijas Sociālo dienestu akts uzliek par pienākumu pašvaldībām izstrādāt visiem narkotiku lietotājiem paredzētu sociālās reintegrācijas rīcības plānu. Arī Polijas tiesību aktos ir noteikts vietējo valsts pārvaldes iestāžu pienākums nodrošināt narkotiku lietotāju sociālo reintegrāciju, un Nīderlandē jaunus sociālās reintegrācijas pakalpojumus piedāvā galvenokārt pašvaldības. Visbeidzot, Vācijā par

patversmēm, skolām un mājokļiem tiek gādāts federālo zemju vai pašvaldību līmenī, bet narkotiku lietotāju profesionālajai integrācijai ir pieejamas cilvēkiem ar invaliditāti domātās federālās atbalsta programmas.

Mājokļu atbalsts izpaužas gan kā ārkārtas situācijās pieejamas dienas patversmes, kopmītnes un pagaidu dzīvesvietas, gan kā t.s. "pusceļa dzīvokļi", līdzfinansētas dzīvesvietas un īres subsīdijas. Lai pacienti nenonāktu ilgtermiņa atbalsta "burvju lokā", valstis saistībā ar subsidētajiem mājokļiem un finanšu pārvaldību cenšas rast jaunus, novatoriskus risinājumus. Piemēram, Dānijā pacientiem, kas mitinās reintegrācijas dzīvokļos, piedāvā apgūt pastāvīgas dzīves prasmes, lai izvairītos no iespējamām problēmām vēlāk, kad nāksies tikt galā ar pašu dzīvokļiem, bet Apvienotajā Karalistē pacientiem māca iepirkties, gatavot ēdienu un tikt galā ar mājsaimniecības budžetu.

Saskaņā ar valstu sniegto informāciju, jaunas mācību iespējas un vieglāk pieejama izglītība daudzās valstīs nav nekas neparasts, bet algotu darbu šīm grupām nav tik viegli atrast. Tomēr tieši tas šai mērķgrupai ir īpaši svarīgi, jo algots darbs garantē ne vien ekonomisku stabilitāti, bet vairo arī pašcieņu, nodrošina stāvokli sabiedrībā un regulāru dzīves ritmu. Pie

Ārstniecības rezultātu pētījumi dalībvalstīs

Trīs dalībvalstis (Īrija, Itālija, Apvienotā Karaliste) ir veikušas ārstniecības rezultātu pētījumus, lai noskaidrotu terapijas iznākumu, ilgstoši izsekojot problemātisku narkotiku lietotāju kohortu, kuras pacientu ārstēšanā dažādos ārstniecības apstākļos piemēro dažādas ārstniecības metodes. Šie pētījumi atšķiras ar to, ka ārstniecības rezultātus pēta reālās ārstniecības iestādēs ikdienišķos klīniskos apstākļos. Starp pētāmajām ārstniecības modalitātēm parasti ir metadona uzturošā terapija, metadona reducējošā terapija, detoksikācija un bezzāļu ievākšanās, piemēram, terapeitiskas kopienas un un konsultācijas. Galvenie izmantotie rezultātu mainīgie lielumi ir narkotiku lietošana, fiziskā un psihiskā veselība, paturēšana terapijā un noziedzīga uzvedība.

Itālijā veiktā Vedetas pētījuma (1998.–2001. g.) mērķis bija novērtēt valsts sabiedriskajos ārstniecības centros pieejamās terapijas efektivitāti. Galvenie mainīgie lielumi šajā pētījumā bija heroīna lietotāju paturēšana terapijā un mirstība. Apvienotajā Karalistē līdz šim ir veikti trīs ārstniecības rezultātu pētījumi. Pirmais no tiem bija Valsts ārstniecības rezultātu pētnieciskā analīze (NTORS), ko laikposmā no 1995. līdz 2000. gadam Anglijā un Velsā veica Valsts atkarību centrs. Šajā pētījumā tika analizēti stacionāru un kopienu ārstniecības rezultāti. Atklājās daži pozitīvi iznākumi, piemēram, labāki nelegālo narkotiku abstinences rādītāji, narkotiku lietošanas biežuma samazinājums, noziedzības mazināšanās un veselības uzlabojumi. Tomēr

daži piecu pētījuma gadu ilgtermiņa rezultāti nav izrādījušies tik iepriecinoši, piemēram, krekā lietošana pēc sākotnējā samazinājuma četros vai piecos gados ir daļēji atgriezies iepriekšējā līmenī, un daudzi narkotiku lietotāji ir turpinājuši lielos daudzumos lietot alkoholu (Gossop *et al.*, 2001).

NTORS pētījuma rezultāti tiks precizēti Narkotiku ārstniecības rezultātu pētnieciskajā analīzē (DTORS), ko veic Mančesteras universitāte. Pētījums ir sāktis 2006. gadā, un tajā ir paredzēts sākotnēji 12 mēnešus izsekot narkotiku lietotājus Anglijā. Pētījuma mērķis ir novērtēt, kā narkotiku terapija iespaido vairākus rezultātu mērījumus, galveno uzmanību veltot, lai noskaidrotu, kādi ārstniecības ceļi konkrētās narkotiku lietotāju grupās noved pie vislabākajiem rezultātiem. Skotijā 2001. gadā ir sākta Narkotiku ārstniecības rezultātu pētnieciskā analīze (DORIS), ko veic Glāzgovas universitāte. Šajā pētījumā tiek analizēta ārstniecības aģentūru narkotiku ārstniecības dienestu, tostarp cietumu dienestu sniegto pakalpojumu ietekme un efektivitāte. Narkotiku lietotāju izsekošana ilgst līdz pat 33 mēnešiem.

Īrijā 2003. gadā ir sākta Pētnieciskās analīzes rezultātu izpēte (ROSIE), ko veic Īrijas Valsts universitāte Meinūtā un kuras gaitā, laikposmā līdz trim gadiem izsekojot ārstēties sākušus opioīdu lietotājus un dokumentējot novērotās pārmaiņas, tiek novērtēta narkotiku terapijas efektivitāte (Cox *et al.*, 2006). Pēc gada izsekošanas pētījumā ir atklāts, ka narkotiku lietošanas un noziedzīgu darbību līmenis ir ievērojami krities, tāpat kā mirstības rādītāji, turklāt ir konstatēti daži pacientu fiziskās un garīgās veselības uzlabojumi.

jauniem veidiem, kā iesaistīt pacientus algotā darbā, pieder partnerību veidošana ar privātuzņēmumiem, darbaudzinātāju programmas un tādi pamudinājumi kā subsidētas mācekļu algas vai aizdevumi uzņēmējdarbības sākšanai. Vairākās valstīs narkotiku ārstniecības iestādes ir nodibinājušas pašas savus sociāli ekonomiskus uzņēmumus, kuros par atalgojumu nodarbina savus pacientus. Citas iniciatīvas galvenokārt cenšas uzlabot nodarbinātības situāciju, pūloties labāk pieskaņot pacientu profilus, vēlmes un prasmes darba dzīves realitātei. Piemēram, Vīnes Darba birža darbojas kā starpnieks starp pacientiem, narkotiku aģentūrām un valsts nodarbinātības dienestiem, sniedzot īpašas konsultācijas, lai darbā veiksmīgi iekārtotos pēc iespējas vairāk pacientu. Birža cenšas arī piemeklēt risinājumus pacientiem, kam profesionālā reintegrācija vairs nav viena no alternatīvām.

Īpaši sarežģīta ir marginalizētu, novecojošu heroīna lietotāju reintegrācija, jo šie pacienti bieži slimo arī ar somatiskām un garīgām kaitēm. Beļģijā narkotiku lietotāji, kam ir psihiski traucējumi, var saņemt aprūpi specializētās, psihiatriskajās vai parastajās slimnīcās ierīkotās šādu pacientu nodaļās vai citās psihiatriskās aprūpes iestādēs; Dānija ziņo, ka

narkotiku lietotājus ar psihiskiem traucējumiem aprūpē psihiatriskās aprūpes iestādēs un gados vecāki narkotiku lietotāji, kas narkotiku lietošanas iespaidā, plānprātības vai problemātiskas uzvedības dēļ nevar dzīvot patstāvīgi, var mitināties alternatīvos aprūpes namos. Nīderlande 2007. gadā ir pieņēmusi jaunu Sociālās palīdzības aktu, saskaņā ar kuru uz narkotiku atkarību attiecas tas pats regulējums, ko piemēro (citu) hronisku psihisku traucējumu gadījumos. Tomēr vietējā sabiedrība nebija mierā ar lielas centralizētas stacionāras iestādes izveidi, kas bija iecerēta, lai sniegtu patvērumu 120 narkotiku lietotājiem bezpajumtniekiem ar psihiskiem traucējumiem. Ir atzīts, ka pacientiem ar garīgās veselības traucējumiem profesionāla palīdzība atbalsta personu un kontaktpersonu loka atjaunošanā ir svarīga sociālās reintegrācijas procesa daļa.

Dažās valstīs (piemēram, Bulgārijā, Čehijā, Grieķijā, Slovēnijā) strukturētas reintegrācijas programmas ir pieejamas tikai gadījumos, kad pacienti vispirms ir sekmīgi beiguši narkotiku atkarības ārstniecību, kuras pamatā ir atturēšanās, turklāt pašlaik nav pieejami īpaši reintegrācijas pasākumi pacientiem, kas saņem uzturošu narkotiku terapiju.



3. nodaļa Kaņepes

Ievads: kaņepju lietošanas pārmaiņas Eiropā

Kaņepes ir pasaulē visvairāk lietotā nelegālā narkotika un psihoaktīvā viela, kas kopš 20. gadsimta 60. gadiem, kad kaņepju lietošanu un augošo jaunatnes kontrkultūru varēja uzskatīt gandrīz vai par sinonīmiem, nemainīgi atrodas Eiropas narkotiku diskusiju degpunktā. Lai gan kaņepes ir tik pazīstamas, to lietošanas ieviržu izpratne Eiropā ir sarežģīts uzdevums. Svarīga nozīme ir faktam, ka Eiropas tirgū pašlaik ir pieejami dažādi kaņepju preparāti. Vēsturiski Eiropā ir bijušas izplatītas trīs galvenās kaņepju formas: kaņepju sveķi, kaņepju augi un daudz mazākā mērā kaņepju eļļa. Daudzi kaņepju lietotāji smēķē kaņepju sveķus kopā ar tabaku, un tas joprojām ir izplatītākais šīs narkotikas lietošanas veids, lai gan citur pasaulē tas ir salīdzinoši reti sastopams. Lai gan Eiropas tirgus vēl arvien ir galvenais kaņepju sveķu tirgus pasaulē, kaņepju augu izstrādājumi kļūst arvien izplatītāki, un dažos tirgos dominē tieši šie preparāti. Pēdējos gados aina ir kļuvusi vēl sarežģītāka, jo pieaug Eiropā audzēto kaņepju īpatsvars; reizēm šīs kaņepes audzē kontrolētos apstākļos, un tās var būt samērā iedarbīgas. Šis kaņepju veids daudzās valstīs ir kļuvis par īpašu produktu un sarežģī kaņepju lietošanas mainīgo ieviržu novērtējumu sabiedrības veselības ietekmes kontekstā.

Piegādes un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kaņepes var audzēt ļoti dažādos apstākļos, turklāt daudzviet pasaulē tās aug brīvā dabā, tādēļ ticami aprēķināt pasaulē saražoto kaņepju daudzumu ir tikpat kā neiespējami. Pēc augšupejošām tendencēm, kas, ņemot vērā informāciju par kaņepju ražošanas pieaugošo daudzveidību, bija vērojamas vairāku gadu garumā, pašlaik pasaulē saražoto kaņepju augu daudzums saskaņā ar *UNODC* aplēsēm ir samazinājies no 45 000 tonnām 2004. gadā līdz 42 000 tonnām 2005. gadā, galvenokārt tādēļ, ka pēc pastiprinātas kaņepju iznīcināšanas Ziemeļamerikā ir krities šajā pasaules daļā saražoto kaņepju daudzums. Pašreizējās aplēses liecina, ka aptuveni puse no visām kaņepēm ir audzētas abās Amerikās (46%), kam seko Āfrika (26%) un Āzija (22%) (*UNODC*, 2007).

Starptautiskā mērogā galvenā kaņepju sveķu ražotāja joprojām ir Maroka, un, lai gan nesen veikti apsekojumi

Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija

Informāciju par narkotiku atsavināšanu kādā valstī parasti uzskata par netiešu narkotiku piegāžu un pieejamības rādītāju, lai gan šie dati atspoguļo arī tiesībsargājošo iestāžu resursus, prioritātes un stratēģijas, valsts un starptautisko piegāžu samazinājuma pasākumu efektivitāti attiecībā uz narkotiku tirgoņiem, kā arī paziņošanas praksi. Konfiscētie daudzumi pa gadiem var būt ļoti atšķirīgi, piemēram, ja kādā gadā atsevišķās reizēs ir izdevies atsavināt ļoti lielus daudzumus. Tādēļ dažkārt labāks tendenču rādītājs ir atsavināšanas gadījumu skaits. Visās valstīs starp atsavināšanas gadījumiem ir daudz nelielu mazumtirdzniecības (ielas) līmeņa konfiskāciju. Ja ir zināma atsavināto narkotiku izcelsme un galamērķis, dažkārt var izsecināt narkotiku tirdzniecības ceļus un ražošanas vietas. Lielākā daļa dalībvalstu ziņo par narkotiku mazumtirdzniecības cenām un tīrību/iedarbīgumu. Tomēr šie dati nāk no daudziem un dažādiem avotiem, kas ne vienmēr ir salīdzināmi, līdz ar to precīzus valstu salīdzinājumus veikt ir grūti.

Lai sniegtu priekšstatu par Eiropas narkotiku atsavināšanas rādītājiem plašākā kontekstā, šajā ziņojumā ir sniegts īss kopsavilkums par situāciju pasaulē. ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs katru gadu gatavo ziņojumu par starptautisko situāciju narkotiku jomā, un informācija par pasaules rādītājiem, kas iekļauta šajā ziņojumā, pārsvarā ir ņemta no šā avota. Lasītājiem būtu jāievēro, ka šādu informāciju apkopot ir sarežģīti un ka daudzviet pasaulē informācijas sistēmas ir ļoti nepilnīgas. Tādēļ šie dati jāuzlūko kā iespējami precīzākās aptuvenās aplēses, kādas iespējams iegūt no pašlaik pieejamajiem informācijas avotiem.

liecina, ka kaņepju audzēšanas platības laikposmā no 2004. līdz 2005. gadam ir samazinājušās par aptuveni 40%, joprojām tiek lēsts, ka šī valsts saražo aptuveni 70% no Eiropā patērēto kaņepju sveķu daudzuma. Pamatojoties uz aplēsēm par Marokas kopējām kaņepju audzēšanas platībām, var secināt, ka 2005. gadā potenciālais ražošanas apjoms ir bijis 1066 tonnas lielākoties Eiropas un Ziemeļāfrikas tirgiem domātu kaņepju sveķu (*CND*, 2007; *UNODC* un Marokas valdība, 2007). Kaņepju sveķi kontrabandas ceļā nonāk Eiropā caur Ibērijas pussalu. Lai gan Maroka tālu apsteidz pārējos Eiropas tirgum domāto

kaņepju sveķu ražotājus, pienāk ziņas arī par citur (Moldovā un Indijā) ražotiem kaņepju sveķiem, ko visbiežāk var iegādāties Centrāleiropas valstu tirgos.

Ja kaņepju sveķi Eiropā ir samērā viendabīgs produkts, to nevar teikt par kaņepju augiem. Starp 2005. gadā atsavināto kaņepju augu izcelsmes valstīm ir minēta Albānija, Nīderlande, bijušās Dienvidslāvijas valstis, Angola un Dienvidāfrika. Lai gan vietējo kaņepju augu ražošanas sistemātiska pārraudzība ir apgrūtināta, 2005. gadā par vietējām kaņepēm ir ziņojušas puse no šajā ziņojumā aplūkotojām valstīm. Daļa no Eiropā ražotajām kaņepēm tiek audzētas āra apstākļos un praktiski ne ar ko neatšķiras no ievestajiem kaņepju augiem. Tomēr izskatās, ka daudzu valstu tirgos svarīgu un, iespējams, pieaugošu daļu ieņem samērā stipras iedarbības kaņepes, ko audzē intensīvos apstākļos, turklāt aprikojums kaņepju audzēšanai mājās apstākļos pašlaik ir plaši pieejams — to var iegādāties internetā, bet dažās valstīs arī no specializētiem piegādātājiem. Tā kā šīs kaņepes audzē iekštelpās un nereti noieta tirgu tiešā tuvumā, ļoti iespējams, ka tās izdodas pārtvert daudz retāk, līdz ar to pieejamajos datos tās ir mazāk atspoguļotas.

Atsavināšana

Visā pasaulē 2005. gadā kopumā ir atsavinātas 1302 tonnas kaņepju sveķu un 4644 tonnas kaņepju augu;

abi šie skaitļi ir zemāki par 2004. gada rādītājiem. Tāpat kā līdz šim, lielākā daļa atsavināto sveķu (70 %) ir konfiscēti Rietum- un Centrāleiropā, bet lielākā daļa atsavināto kaņepju augu ir konfiscēti Ziemeļamerikā (64 %) (UNODC, 2007).

Eiropā 2005. gadā kaņepju sveķi ir atsavināti apmēram 303 000 reizes, konfiscējot aptuveni 909 tonnas šīs vielas ⁽²⁵⁾, turklāt Spānijā ir reģistrēta apmēram puse no visām konfiscācijām un apmēram trīs ceturtdaļas no kopumā atsavinātā kaņepju sveķu daudzuma ⁽²⁶⁾. Paziņoto sveķu atsavināšanas gadījumu skaits 2005. gadā ir nedaudz palielinājies, turpinot kopš 2000. gada vērojamo augšupejošo tendenci. Tomēr to nevar teikt par pārtverto sveķu daudzumu, kas pēc pieauguma laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam 2005. gadā ir krities.

Salīdzinot kaņepju sveķu un kaņepju augu atsavināšanas gadījumu skaitu un pārtvertos daudzumus, atklājas, ka salīdzinājumā ar sveķiem 2005. gadā ir paziņoti aptuveni uz pusi mazāk kaņepju augu atsavināšanas gadījumu (152 000), bet konfiscēto kaņepju augu daudzums (66 tonnas) nav pat viena desmitdaļa no konfiscēto sveķu daudzuma. Pēdējos piecos gados kaņepju augu atsavināšanas gadījumu skaits Eiropā ir stabili audzis, lai gan situācija saistībā ar atsavinātajiem daudzumiem nav tik skaidra — tie pēc krituma laikposmā no 2001. līdz 2004. gadam 2005. gadā, iespējams, ir palielinājušies. Šie

Kaņepes personīgai lietošanai: tiesiskais statuss

Lai gan dalībvalstu tiesiskā nostāja attiecībā uz kaņepēm ir atšķirīga ⁽¹⁾, gadījumos, kad konstatēta kaņepju lietošana un nelielu daudzumu turēšana personīgai lietošanai, Eiropā ir vērojama vienota tendence kriminālu sodu vietā arvien biežāk piemērot alternatīvus pasākumus, ja vien nepastāv atbildību pastiprinoši apstākļi. Pašlaik kaņepes — ar likumu, saskaņā ar tiesu norādījumiem vai tiesu praksi — bieži tiek nošķirtas no pārējām nelegālajām psihoaktīvajām vielām. Lielākā daļā Eiropas valstu cietumsodu vietā arvien biežāk izvēlas naudas sodus, brīdinājumus, pārbaudes laiku, kriminālsodu atcelšanu un konsultācijas. Par šādu tendenci liecina daudzi nesen pieņemti pasākumi, piemēram, Luksemburgā 2001. gadā un Beļģijā 2003. gadā cietumsodi ir atcelti, bet Grieķijā 2003. gadā un Apvienotajā Karalistē 2004. gadā samazināti. Policijas vai tiesas norādījumi ir izdoti šādās valstīs: Beļģijā 2003. un 2005. gadā, Francijā 2005. gadā un Apvienotajā Karalistē 2004. un 2006. gadā. Čehija 2006. gadā gandrīz noteica jaunu nemedicīnisku narkotisku vielu klasifikāciju, bet šis Kriminālkodeksa projekts tika noraidīts citu iemeslu dēļ. Tomēr par spīti šiem centieniem, ar kaņepēm saistīto paziņoto likumpārkāpumu skaits Eiropā turpina palielināties (skatīt 1. nodaļu).

Attiecīgs pret kaņepēm joprojām paliek strīdīgs jautājums, un vēl arvien valda lielas domstarpības attiecībā uz dažādo sabiedrības

veselības un kriminālās justīcijas risinājumu relatīvajām izmaksām un to nesto labumu. Domstarpības atspoguļo fakts, ka ne visi pasākumi ir vērsti uz sodu mīkstināšanu — dažās valstīs sodi ir kļuvuši bargāki vai notiek pašreizējās situācijas kritiska analīze. Dānijā 2004. gadā ir izdoti tiesu norādījumi, kas brīdinājumu vietā iesaka piespriest naudas sodus, bet Itālijā, lai neveicinātu "vienglo" un "smago" narkotiku nošķiršanu, 2006. gadā ir atcelts nemedicīnisku narkotisku vielu juridiskais iedalījums. Citas valstīs ir pārskatījušas pašreizējos kaņepju problēmu risinājumus, piemēram, Nīderlandē 2005. gadā ir publicēta īpaša kaņepju stratēģija, bet Vācijā ir veikusi par vienkāršu kaņepju turēšanu piespriesto sodu izpildes novērtējumu.

Kaņepju politika joprojām raisa plašas sabiedriskas diskusijas un strīdus. To apliecina nesen (2006. g.) veikta Eiroparometra apsekojuma rezultāti. Eiropas iedzīvotājiem bija jāatbild uz jautājumu, vai viņi piekrīt, ka Eiropā būtu jāatļauj kaņepju turēšana personīgai lietošanai. Noliecīgoji ir atbildējuši nedaudz vairāk nekā divas trešdaļas aptaujāto (68 %), bet aptuveni ceturtdaļa (26 %) šādu ierosinājumu vērtē atzinīgi. Visās valstīs vairākums aptaujāto ir bijuši pret kaņepju aizlieguma atcelšanu, lai gan konkrēti skaitļi dažādās valstīs ir atšķirīgi.

(1) Plašāku diskusiju skatīt ELDD tēmu pārskatā <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁵⁾ Šajā sadaļā izmantotie dati par narkotiku atsavināšanu Eiropā atrodami 2007. gada statistikas bijetena tabulās SZR-1, SZR-2, SZR-3 un SZR-4.

⁽²⁶⁾ Šie dati jāpārbauda, kad būs pieejami trūkstošie 2005. gada dati. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2005. gada dati ir aizstāti ar 2004. gada datiem.

ir tikai pagaidu secinājumi, jo vēl nav pieejami Apvienotās Karalistes 2005. gada dati, bet tieši šajā valstī ir gan visvairāk kaņepju augu atsavināšanas gadījumu, gan lielākais atsavināto kaņepju augu daudzums.

Eiropā 2005. gadā ir bijuši aptuveni 13 500 atsavināšanas gadījumu, konfiscējot apmēram 24 miljonus kaņepju stādu (lielākoties Turcijā) un 13,6 tonnas kaņepju stādu (lielākoties Spānijā). Kopumā kaņepju stādu atsavināšanas gadījumu skaits Eiropā kopš 2000. gada pastāvīgi pieaug. Aplūkojot ES dalībvalstis, redzam, ka vislielākais atsavināto kaņepju stādu skaits ir bijis 2001. gadā, un kopš 2003. gada tas atkal ir pieaudzis, savukārt Turcijā pēc pieauguma laikposmā no 2001. līdz 2003. gadam 2004. gadā atsavināto kaņepju stādu skaits ir samazinājies un atkal pieaudzis 2005. gadā.

Cena un iedarbība

Gan kaņepju sveķu, gan kaņepju augu vidējā jeb tipiskā mazumtirdzniecības cena 2005. gadā ir bijusi atšķirīga kā dažādās valstīs, tā vienas valsts robežās, bet vairums valstu informē par kaņepju izstrādājumu cenām no 4 līdz 10 euro par gramu ⁽²⁷⁾. Tomēr paziņotās vidējās jeb tipiskās abu kaņepju veidu cenas ir svārstījušās no 2 līdz vairāk nekā 15 euro par gramu. Kaņepju sveķu vidējās cenas, ievērojot inflāciju, laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam ir kritušās visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs, izņemot Poliju, kur cenas ir palikušas nemainīgas. Kaņepju augu vidējās cenas, ievērojot inflāciju, tajā pašā laikposmā visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs arī ir kritušās vai palikušas nemainīgas, izņemot Slovēniju ⁽²⁸⁾.

Kaņepju preparātu iedarbību nosaka kaņepju primārās aktīvās sastāvdaļas delta-9-tetrahidrokanabinola (THC) daudzums (EMCDDA, 2004). Valstu informācija liecina, ka 2005. gadā vidējais jeb tipiskais THC daudzums mazumtirdzniecībā nonākušajos kaņepju sveķos ir svārstījies no mazāk nekā 1 % līdz 17 %; šādu amplitūdu ir grūti izskaidrot, ņemot vērā, ka lielākajai daļai Eiropas sveķu ir vienāda izcelsme. Kaņepju augu iedarbības stiprums saskaņā ar valstu ziņojumiem ir bijis no mazāk nekā 1 % līdz nedaudz vairāk par 15 %. Pieejamajos datos nav iespējams atsevišķi izdalīt vietēji audzētos kaņepju augus no ievestajiem, tomēr Nīderlande ir uzrādījusi pašmāju kaņepju augu iedarbības līmeni 17,7 % ⁽²⁹⁾.

Kaņepju lietošanas izplatība un ievirzes

Kaņepju lietošanas izplatība un ievirzes iedzīvotāju vidū kopumā

Jaunākie apsekojumu dati par kaņepju lietošanu vēlreiz apliecina, ka kaņepes ir Eiropā visbiežāk lietotā nelegālā

Apsekojumi — svarīgs instruments Eiropas narkotiku lietošanas ieviržu un tendenču labākai izpratnei

Lai novērtētu narkotiku lietošanu iedzīvotāju vidū kopumā vai skolu audzēkņu vidū, izmanto apsekojumus, kas ļauj noskaidrot, cik liela iedzīvotāju daļa atzīst, ka noteiktos laikposmos — dzīves laikā, pēdējā gada laikā vai pēdējā mēneša laikā — vismaz vienreiz ir lietojuši narkotikas.

EMCDDA kopīgi ar valstu ekspertiem ir izstrādājis vispārēju pamatjautājumu kopumu (Eiropas modeljautājumu jeb EMQ), ko izmanto pieaugušo iedzīvotāju apsekojumus, un tā ir ieviesta lielākajā daļā ES dalībvalstu. Sīkāka informācija par EMQ ir iekļauta "Rokasgrāmatā par visu iedzīvotāju narkotiku lietošanas apsekojumiem" (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Tomēr valstis vēl arvien izmanto atšķirīgu datu vākšanas metodiku un atsaucies gadus, tādēļ nelielas atšķirības starp valstīm vajadzētu vērtēt piesardzīgi ⁽¹⁾.

Tā kā apsekojumi izmaksā dārgi, nav daudz valstu, kas vāc informāciju katru gadu. Šajā ziņojumā ir iekļauti jaunākie pieejamie apsekojumu dati, kas pārsvarā attiecas uz laikposmu no 2003. līdz 2006. gadam.

Parasti, paziņojot apsekojumu datus, valstis sniedz trīs mērījumu rezultātus, kas raksturo narkotiku lietošanu dažādos laika intervālos. Lietošana vismaz reizi dzīves laikā aptver plašāko laikposmu. Šo kritēriju parasti izmanto ziņojumos par gados ļoti jaunām iedzīvotāju grupām, piemēram, skolniekiem, bet tas nav īpaši piemērots, lai atspoguļotu pašreizējo situāciju gados jaunu pieaugušo vidū, lai gan var noderēt, lai gūtu priekšstatu par lietošanas ievirzēm un sastopamības biežumu. Šajā ziņojumā lielāka uzmanība ir pievērsta pēdējā gada un pēdējā mēneša lietošanas rādītājiem, jo šie divi mērījumi labāk atspoguļo pašreizējo situāciju, turklāt pēdējā mēneša lietošanas rādītājs nereti netieši norāda uz regulāru narkotiku lietošanu. Nav noliedzams, ka apzināt regulārus narkotiku lietotājus un personas, kam ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, ir svarīgi, un šajā ziņā ir gūti zināmi panākumi, izstrādājot vērtes skalas, kas ļauj novērtēt intensīvākas narkotiku lietošanas formas; valstis, kur šādas skalas ir pieejamas, apsekojumus izmanto arī tās (skatīt logu par psihometrisko vērtes skalu izstrādi, 42. lpp.).

(1) EMCDDA standarta vecuma grupas: visi pieaugušie (15 līdz 64 gadus vecie) iedzīvotāji un gados jauni (15 līdz 34 gadus veci) iedzīvotāji. Dažu valstu dati aptver nedaudz atšķirīgas vecuma grupas (piemēram, 16–64, 18–64, 16–59 gadus vecus iedzīvotājus). Plašāku informāciju par iedzīvotāju apsekojumu metodiku un katras valsts apsekojumus izmantoto metodiku skatīt 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁷⁾ Skatīt tabulu PPP-1 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁸⁾ Analīzei izmantoti 19 valstu dati par kaņepju sveķu un kaņepju augu cenām (valstis, par kurām bija pieejami dati vismaz trīs gadus pēc kārtas).

⁽²⁹⁾ Dati par kaņepju iedarbību atrodami 2007. gada statistikas biļetena tabulās PPP-2 un PPP-5.

psihoaktīvā viela. Šīs narkotikas lietošana 20. gadsimta 90. gados, īpaši jauniešu vidū pieauga praktiski visās valstīs. Tomēr daži jaunākie dati liek domāt, ka augšupejošā tendence, lai gan pie vēsturiski augsta līmeņa, sāk izlīdzināties. Svarīgs papildu uzdevums ir izpētīt, kādas tendences raksturo kaņepju lietotājus, kas lieto šo narkotiku intensīvi un ilgstoši. Šeit paveras mazāk iepriecinoša aina, turklāt pastāv bažas, ka arvien vairāk jauniešu lieto kaņepes tieši šādā veidā un ka šo faktu, iespējams, daļēji atspoguļo dažās valstīs vērojama kaņepju ārstniecības pieprasījumu pieaugums.

No konservatīvām aplēsēm izriet, ka vairāk nekā 70 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji gandrīz ceturtdaļa (22 %) no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir vismaz reizi pamēģinājuši kaņepes (lietojuši vismaz reizi dzīves laikā) ⁽³⁰⁾. Valstu sniegtie dati svārstās no 2 % līdz 37 %, zemākie izplatības rādītāji ir Bulgārijā, Maltā un Rumānijā, bet augstākie Dānijā (36,5 %), Francijā (30,6 %), Apvienotajā Karalistē (29,8 %) un Itālijā (29,3 %) ⁽³¹⁾. Lai gan kopējā amplitūda ir ļoti plaša, no 26 Eiropas valstīm, kas ir sniegušas informāciju, 12 valstu dati liecina, ka šajās valstīs ir 10 % līdz 25 % kaņepju lietotāju ar lietošanas pieredzi vismaz reizi dzīves laikā ⁽³²⁾.

Aplūkojot lietošanu pēdējā gada laikā, paziņotais kaņepju lietošanas līmenis krītas, tomēr joprojām paliek ievērojami augsts. Saskaņā ar aplēsēm pēdējā gada laikā kaņepes ir lietojuši vairāk nekā 23 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji aptuveni 7 % no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Valstu sniegtie dati svārstās no 1 % līdz 11,2 %, zemākie izplatības rādītāji ir Bulgārijā, Grieķijā un Maltā, bet augstākie Itālijā (11,2 %), Spānijā (11,2 %), Čehijā (9,3 %) un Apvienotajā Karalistē (8,7 %). Lai gan kopējā amplitūda ir ļoti plaša, no 25 valstīm, kas ir sniegušas informāciju, 13 valstu dati liecina, ka šajās valstīs pēdējā gada laikā vismaz vienreiz lietojuši kaņepes ir 4 % līdz 9 % no pieaugušajiem iedzīvotājiem (3. attēls).

Aprēķini par lietošanu pēdējā mēneša laikā aptver iedzīvotājus, kas lieto kaņepes regulārāk, tomēr tas nenozīmē, ka intensīvāk. Saskaņā ar aplēsēm pēdējā mēneša laikā kaņepes ir lietojuši vairāk nekā 13,4 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji aptuveni 4 % no visiem iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Valstu sniegtie dati svārstās no 0,5 % līdz 8,7 %. Zemākie izplatības rādītāji

ir Bulgārijā, Maltā, Lietuvā un Zviedrijā, bet augstākie Spānijā (8,7 %), Itālijā (5,8 %), Apvienotajā Karalistē (5,2 %) un Francijā (4,8 %). No 26 valstīm, kas ir sniegušas informāciju, 13 valstu dati ir robežās no 2 % līdz 6 % ⁽³³⁾.

Kaņepju lietošanas izplatība gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū

Kaņepju lietošanas rādītāji gados jaunu iedzīvotāju vidū ir neproporcionāli augsti, proti, atkarībā no apsekotās valsts 3 % līdz 49 % gados jaunu eiropiešu (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) atzīst, ka kādreiz ir lietojuši kaņepes, 3 % līdz 20 % ir lietojuši kaņepes pēdējā gada laikā, bet 1,5 % līdz 15,5 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēneša laikā. Par augstākajiem lietošanas — vismaz reizi dzīves laikā — rādītājiem ziņo Dānija, Francija, Apvienotā Karaliste un Spānija, augstākie pēdējā gada lietošanas rādītāji ir Spānijā, Čehijā, Francijā un Itālijā. Vidēji 30 % gados jaunu pieaugušo atzīst, ka lietojuši kaņepes vismaz reizi mūžā, 13 % atzīst, ka ir lietojuši kaņepes pēdējā gada laikā, un vairāk nekā 7 % ziņo, ka ir lietojuši kaņepes pēdējā mēneša laikā. Salīdzinājumam: 35 līdz 64 gadus vecu pieaugušo vidū pēdējā gada un pēdējā mēneša lietošanas rādītāji ir attiecīgi 3 % un 1,6 % ⁽³⁴⁾.

Pievēršoties 15 līdz 24 gadus veciem jauniešiem, atklājas, ka 3 % līdz 44 % šīs grupas jauniešu (lielākajā daļā valstu šis rādītājs svārstās no 20 % līdz 40 %) atzīst, ka vismaz reizi dzīves laikā lietojuši kaņepes. Pēdējā gada lietošanas rādītājs ir no 4 % līdz 28 % (lielākajā daļā valstu no 10 % līdz 25 %), bet pēdējā mēneša lietošanas rādītājs no 1 % līdz 19 % (lielākajā daļā valstu no 5 % līdz 12 %). Šīs grupas vīriešu vidū rādītāji ir vēl augstāki. 11 % līdz 51 % gados jauno vīriešu (lielākajā daļā valstu no 25 % līdz 45 %) atzīst, ka vismaz reizi dzīves laikā lietojuši kaņepes, pēdējā gada lietošanas rādītājs šajā grupā ir no 5 % līdz 35 % (lielākajā daļā valstu no 15 % līdz 30 %), bet pēdējā mēneša lietošanas rādītājs svārstās no 1,7 % līdz 23,7 % (lielākajā daļā valstu no 6 % līdz 20 %) ⁽³⁵⁾.

Kaņepju lietošanas ievirzes

Kā atzīmēts iepriekš, kaņepes līdzīgi vairumam nelegālo narkotiku ir daudz vairāk izplatītas gados jaunāku iedzīvotāju vidū, lai gan arī šajā ziņā situācija dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Vīriešu vidū lietošanas izplatība turklāt ir ievērojami lielāka nekā sievietes vidū, lai gan gados jaunu iedzīvotāju grupā šī atšķirība parasti ir mazāk izteikta. Kopumā vīriešu

⁽³⁰⁾ Vidējie rādītāji pa valstīm ir aprēķināti, salīdzinot vidējo izplatību ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Kopējie rādītāji ir aprēķināti, summējot izplatību attiecīgajā katras valsts iedzīvotāju grupā, bet valstīs, par kurām nebija pieejama attiecīgā informācija, — pieskaitot vidējo izplatību. Šeit, visticamāk, minēti minimālie skaitļi, jo ir iespējams, ka par visiem gadījumiem nav paziņots.

⁽³¹⁾ Šajā ziņojumā praktisku apsvērumu dēļ Apvienotās Karalistes datu pamatā ir Lielbritānijas 2006. gada Noziedzības pārskata (Anglija un Velsa) dati. Ir veikti arī papildu aprēķini par Skotiju un Ziemeļīriju, un kopēji aprēķini par Apvienoto Karalisti (ar tiem var iepazīties 2007. gada statistikas biļetenā).

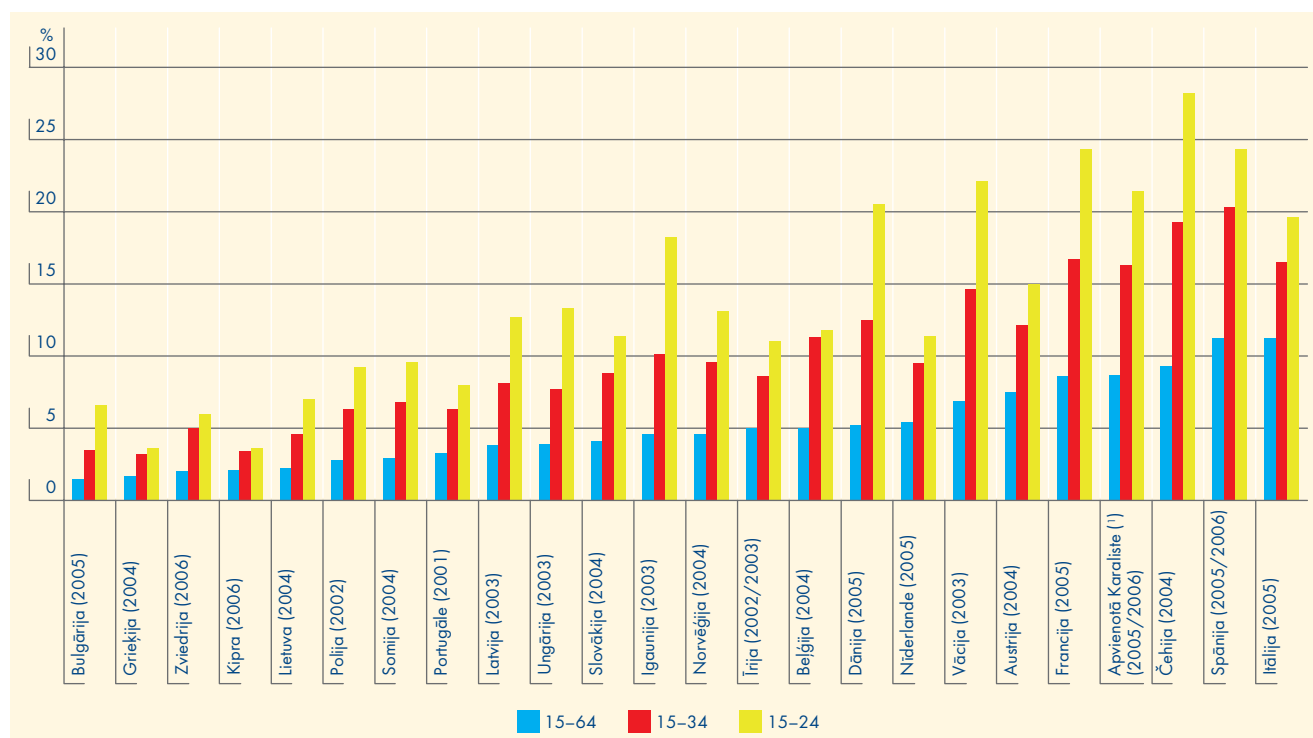
⁽³²⁾ Skatīt tabulu GPS-8 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽³³⁾ Skatīt tabulu GPS-12 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁴⁾ Skatīt tabulas GPS-9, GPS-11 un GPS-13 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽³⁵⁾ Skatīt tabulas GPS-17, GPS-18 un GPS-19 un attēlus GPS-1, GPS-3, GPS-7 un GPS-12 2007. gada statistikas biļetenā.

3. attēls. Kaņepju pēdējā gada lietošanas izplatība visu (15–64 gadus veco) pieaugušo vidū un gadus jaunu (15–34 un 15–24 gadus vecu) pieaugušo vidū



(1) Anglija un Velsa.

NB! Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie valsts aptauju dati. Valstis ir sarindotas kopējās (visu pieaugušo iedzīvotāju vidū) izplatības secībā. Papildu informācijai skatīt tabulas GPS-10, GPS-11 un GPS-18 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006), informācija no iedzīvotāju aptaujām, ziņojumiem un zinātniskiem rakstiem.

skaitis attiecībā pret sievietu skaitu pieaug, ja aplūkojam nesenākas lietošanas mērījumus, bet arī šajā ziņā situācija dažādās valstīs ievērojami atšķiras, piemēram, attiecība starp dzimumiem zināmo pēdējā mēneša kaņepju lietotāju vidū svārstās no 1,5 Itālijā līdz 1,14 Lietuvā (skatīt 2006. gada īpašo tēmu par narkotiku lietošanu un atšķirībām starp dzimumiem).

Daudzi kaņepju lietotāji pēc īsa eksperimentēšanas perioda mēdz kaņepju lietošanu atmet, un līdz ar vecumu lietošanas rādītāji parasti samazinās. Tomēr pieejamie dati neļauj pienācīgi izsekot kaņepju lietotāju gaitām un lietošanas ieviržu pārmaiņām laika gaitā. Nelielu ieskatu par šiem procesiem var gūt, salīdzinot paziņotos datus par lietošanu vismaz reizi dzīves laikā ar nesenākas lietošanas datiem. Šāda analīze rāda, ka vidēji 32 % no visiem pieaugušajiem iedzīvotājiem (vecumā no 15 līdz 34 gadiem), kas kādreiz ir pamēģinājuši kaņepes, tās ir lietojuši arī pēdējā gada laikā, bet 18 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēneša laikā. Šie rādītāji,

ko mēdz saukt par "turpināšanas rādītājiem", dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgi un tos iespaido virkne faktoru, tostarp kaņepju lietošanas vēsturiskā attīstība attiecīgajā valstī un jaunu lietotāju skaits. Tomēr, ja gribam izprast kaņepju potenciālo ietekmi uz sabiedrības veselību, droši vien ir svarīgi izprast to kaņepju lietotāju daļu, kas kļūst par regulāriem un ilglaicīgiem šīs psihoaktīvās vielas lietotājiem. Lai gan pieaug bažas par regulāru vai intensīvu kaņepju lietotāju skaita palielināšanos⁽³⁶⁾, pašlaik pieejamā informācija šo ieviržu dziļākai izpētei ir ļoti trūcīga. EMCDDA ciešā sadarbībā ar vairākām dalībvalstīm pašlaik cenšas izstrādāt šo jautājumu izpētei piemērotāku metodiku. Ļoti aptuvenas EMCDDA 2004. gada aplēses, kuru pamatā ir nepilnīgi dati, ļauj secināt, ka apmēram 1 % jeb aptuveni 3 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju, iespējams, lieto kaņepes "katru dienu vai gandrīz katru dienu". Šīs aplēses tuvākajā laikā ir paredzēts precizēt. Vairākas valstis ir ziņojušas par regulāras vai intensīvas kaņepju lietošanas pieaugumu, bet tikai Spānija

(36) Pašlaik vēl nav vispārpieņemtas "intensīvas kaņepju lietošanas" definīcijas. Tomēr plašā nozīmē intensīva kaņepju lietošana ir lietošana, kas biežuma ziņā pārsniedz noteiktas robežas. Tas nenozīmē, ka noteikti pastāv "atkarība/ļauņprātīga lietošana" vai citas problēmas, bet tiek uzskatīts, ka intensīva lietošana palielina negatīvu seku, tostarp atkarības risku. Šajā nodaļā minētie skaitļi attiecas uz lietošanu "katru dienu vai gandrīz katru dienu" (jeb lietošanu 20 vai vairāk dienas pēdējo 30 dienu laikā). Šo mērvienību bieži izmanto pētījumos, un datus var iegūt, izmantojot Eiropas modeļaptauju. Pašlaik turpinās metodiski (valstu un EMCDDA) pētījumi, kas ļaus labāk izprast saistību starp intensīvu/biežu lietošanu un problēmām (skatīt logu par psihometrisku vērtes skalu izstrādi, 42. lpp.).

Psihometrisko vērtes skalu izstrāde intensīvas un problemātiskas kaņepju lietošanas un atkarības atspoguļošanai apsekojumu datos

Narkotiku lietošanas raksturojumam apsekojumos izmanto aptaujāto personu atbildes uz jautājumiem par narkotiku lietošanu dažādos laika intervālos. Ikdienas lietošana vēsturiski nav sistemātiski pārraudzīta, daļēji tādēļ, ka lielākajā daļā valstu kaņepju lietošanas izplatības līmenis ir bijis zems. Bet, ierobežojot laika intervālu līdz lietošanai pēdējā mēneša laikā, nav iespējams veikt pat aptuveni precīzas intensīvu lietotāju skaita aplēses. Tomēr, ņemot vērā kaņepju pieaugušo izplatību Eiropā un arvien lielāko satraukumu par kaņepju lietošanas problēmām, šo nostāju ir nācies pārskatīt. Faktiski gandrīz visas ES valstis tagad vāc informāciju, lai noskaidrotu, cik dienas aptaujātie ir lietojuši kaņepes mēnesī pirms aptaujas. Pamatojoties uz šo informāciju, tiek lēsts, ka aptuveni 3 miljoni cilvēku iespējams lieto kaņepes katru vai gandrīz katru dienu.

EMCDDA sadarbībā ar valstu ekspertiem cenšas pilnveidot šādas intensīvas lietošanas atspoguļojumu iedzīvotāju apsekojumu datos. Tomēr pašlaik vēl nav izdevies radīt pietiekami efektīvu instrumentu, lai apsekojumu datos atspoguļotu personas, kam kaņepju lietošana ir kļuvusi par problēmu vai atkarības cēloni. Bet šādai informācijai ir izšķirīga nozīme, ja vēlamies izprast kaņepju lietošanas ietekmi sabiedrības veselības kontekstā, tādēļ pašlaik pie šā jautājuma intensīvi strādā EMCDDA ekspertu grupa.

Pašlaik notiek sagatavošanas darbi, lai izstrādātu metodisku un konceptuālu "intensīvas narkotiku lietošanas ieviržu" pārraudzības sistēmu, kuru varētu izmantot iedzīvotāju apsekojumos, lai tādējādi labāk apzinātu problemātiskus kaņepju lietotājus. Dažas valstis pašlaik sāk mērīt kaņepju "atkarības" vai "problemātiskas lietošanas" izplatības līmeni visu iedzīvotāju vidū. Pirmos projektus jau īsteno Francija, Vācija, Nīderlande, Polija, Portugāle, Apvienotā Karaliste un pavisam nesēn ir iesaistījusies arī Spānija.

To, ka šis darbs ir vajadzīgs, pierāda, piemēram, 2005. gadā Francijā veikta apsekojuma pieredze. Šajā apsekojumā intensīvas lietošanas izplatības apzināšanai tika izmantota eksperimentālā CAST skala (kaņepju ļaunprātīgas lietošanas skrīninga tests), un rezultātu sākotnējā analīze liecināja, ka līdz pat 16 % kaņepju lietotāju, kas bija lietojuši kaņepes pagājušā gadā, un 58 % ikdienas lietotāju riskē kļūt par problemātiskiem lietotājiem.

sniedz salīdzināmus datus par lietošanu "katru dienu" ⁽³⁷⁾, kas ir pieaugusi no 0,7 % 1997. gadā līdz 2 % 2006. gadā.

Saistībā ar šo jomu trūkst arī informācijas, kas ļautu labāk izprast faktorus, kuri liek pārtraukt kaņepju lietošanu. Kā jau minēts, lielākā daļa kaņepju lietotāju pēc zināma laika mēdz kaņepju lietošanu atmet. Ar kaņepju lietošanas pārtraukšanu saistīto faktoru izpratne neapšaubāmi atvieglinātu piemērotu ieviešanu pasākumu izstrādē. Zināma informācija par šo jomu jau sāk parādīties, piemēram, Francijas 2005. gada apsekojumā ir konstatēts, ka starp iedzīvotājiem, kas kādreiz ir lietojuši kaņepes, bet nav tās lietojuši pēdējā gada laikā, galvenais atmešanas iemesls (80 % gadījumu) ir vienkārši intereses zudums par spīti tam, ka lielākā daļa pieaugušo iedzīvotāju (gandrīz 60 %) apgalvo, ka varētu bez grūtībām tikt pie kaņepēm, ja vien gribētu.

Kaņepju lietošanas tendences pieaugušo vidū

Eiropas narkotiku lietošanas ilgtermiņa tendenču izsekojamību apgrūstina ticamu laika rindu datu trūkums daudzās valstīs. Tomēr pieaug to valstu skaits, kuras 20. gadsimta 90. gados un vēlāk ir sākušas un turpina veikt apsekojumus, kuru rezultāti jau ļauj gūt pirmās vērtīgās atskāsmes par laika tendencēm.

Apsekojumos iegūtie laika rindu dati var palīdzēt izprast kaņepju lietošanas attīstību Eiropā. Tā, piemēram, ir konstatēts, ka kopš 20. gadsimta 60. gadiem, kad kaņepes sāka iekarot popularitāti, starp valstīm ir vērojamas ievērojamas atšķirības laika un kaņepju popularitātes uzplūdu un atplūdu ziņā ⁽³⁸⁾. Ilustrācijai noder Zviedrijas dati (2005. gada *Reitox* valsts ziņojums), tie liecina par samērā augstu eksperimentēšanas līmeni 70. gados jauniesaucamo un skolu audzēkņu vidū, kam 80. gados seko ievērojami popularitātes atplūdi, ko 90. gados nomaina jauni uzplūdi, tuvojoties 70. gadu līmenim, bet tad atkal seko pēdējiem gadiem raksturīgi atplūdi. Ļoti līdzīgu ainu atspoguļo Somijas dati, proti, situāciju, ko raksturo lieli kaņepju popularitātes uzplūdi 60. un 90. gados.

Apsekojumu dati liecina, ka 90. gados kaņepju lietošana ir izteikti pieaugusi gandrīz visās ES valstīs. Daudzviet šis pieaugums ir turpinājies līdz pat pēdējam laikam, lai gan pašlaik dažās valstīs ir vērojamas stabilizācijas pazīmes, jo īpaši to iedzīvotāju vidū, kurus var uzskatīt par augstas izplatības grupu. Šeit ilustrācijai var minēt Apvienoto Karalisti, ko vispār daudzos gadījumos var uzskatīt par narkotiku lietošanas tendenci "karognesēju". Tā 90. gadu sākumā Apvienotā Karaliste izcēlās kā valsts ar augstu lietošanas izplatības līmeni, kurā gandrīz visi lietošanas biežuma rādītāji bija augstākie Eiropā. Tomēr pēdējā gada lietošanas rādītāji gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju (16–34) vidū, sākot ar

⁽³⁷⁾ 1997. gadā 0,7 %, 1999. gadā 0,8 %, 2001. gadā 1,5 %, 2003. gadā 1,5 %, 2005./2006. gadā 2 %. Mērījums "lietošana 30 dienas pēdējo 30 dienu laikā" atšķiras no agrāk izmantotā mērījuma "lietošana katru dienu vai gandrīz katru dienu" (jeb 20 vai vairāk dienas pēdējo 30 dienu laikā), kuru izmantojot, iegūst augstākus rādītājus. Francijā par "regulāriem lietotājiem" uzskata lietotājus, kas ir lietojuši kaņepes "10 vai vairāk dienas pēdējo 30 dienu laikā" (4,3 % pieaugušo vīriešu, 1,3 % pieaugušo sievietes). Apvienotajā Karalistē par "biežu lietošanu" uzskata lietošanu "biežāk nekā reizi mēnesī pēdējā gada laikā", un šis mērījums nav salīdzināms ar šajā sadaļā izmantotajiem mērījumiem.

⁽³⁸⁾ Skatīt arī 4. attēlu 2004. gada ziņojumā.

1998. gadu, ir stabilizējušies un laikposmā no 2003. līdz 2006. gadam kritušies (no 20,0 % līdz 16,3 %). Interesanti, ka jaunākajā vecuma grupā (16–24) kopš 1998. gada ir vērojams nepārtraukts kritums, kas liek domāt, ka kaņepju lietošana jauniešu vidū ir kļuvusi mazāk populāra ⁽³⁹⁾.

Kaņepju lietošanas līmenis Francijā, Spānijā un Itālijā pēdējos gados (attiecīgi 2002., 2003. un 2005. gadā) pēc nepārtraukta pieauguma ir sācis tuvoties Apvienotās Karalistes līmenim. Atkal var runāt par faktiem, kas liecina par zināmu situācijas stabilizāciju — Francija ziņo par lietošanas samazinājumu 2005. gadā; un, lai gan Spānija ziņo par nelielu pieaugumu līdz 2006. gadam, kopumā jaunākie dati liecina, ka šī tendence, iespējams, sāk izlīdzināties. Čehijā, kas ir valsts ar augstiem izplatības rādītājiem, pieejamie dati neļauj pienācīgi novērtēt tendences, tomēr informācija par gados jauniem pieaugušajiem liek domāt, ka izplatības rādītāji iespējams ir nedaudz samazinājušies.

Aplūkojot valstis, kas pēc pēdējā gada izplatības rādītājiem starp gados jauniem pieaugušajiem (15–34 gadi) atrodas saraksta vidū vai apakšgalā, redzam, ka Dānijas un Nīderlandes jaunākie dati uzrāda nelielu kritumu, bet Igaunijā, Vācijā, Ungārijā, Slovākijā un Norvēģijā lietošanas līmenis, šķiet, turpina celties ⁽⁴⁰⁾. Tomēr šis pieaugums lielākoties ir visai neievērojams un pēdējās aplēsēs kopumā mazāk izteikts.

Somija un Zviedrija joprojām pieder pie valstīm, kas ziņo par zemākajiem kaņepju lietošanas izplatības rādītājiem un, lai gan aplēses liecina par izplatības pieaugumu, nav pamata runāt par konverģenci ar augstākas izplatības valstīm. Lai gan laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam Zviedrijā konstatētais pēdējā gada lietošanas izplatības pieaugums gados jaunu pieaugušo vidū (no 1,3 % līdz 5,3 %) ir liels, tomēr to ir grūti interpretēt mainītās apsekojuma metodikas dēļ, bet 2004., 2005. un 2006. gada apsekojumu dati liecina par stabili situāciju.

Kaņepju lietošanas izplatība un ievirzes skolu audzēkņu vidū

Vērtīgu informāciju par kaņepju lietošanas ievirzēm un tendencēm sniedz arī skolu apsekojumu dati, kas liecina par kaņepju lietošanas pieaugumu daudzās ES valstīs 20. gadsimta 90. gadu beigās un 21. gadsimta sākumā.

Kopumā aina, kas paveras, analizējot skolu apsekojumu datus, daudz neatšķiras no tās, ko atklāj pieaugušo apsekojumi. Par augstākajiem izplatības rādītājiem attiecībā uz kaņepju lietošanu vismaz reizi dzīves laikā 15–16 gadus vecu Eiropas skolu audzēkņu vidū ziņo Beļģija, Čehija, Īrija,

Spānija, Francija un Apvienotā Karaliste; visas šīs valstis ziņo par rādītājiem robežās no 30 % līdz 44%, bet Vācija, Itālija, Nīderlande, Slovēnija un Slovākija ziņo par rādītājiem, kas pārsniedz 25 %. Ar šiem skaitļiem kontrastē Grieķijas, Kipras, Rumānijas, Zviedrijas, Turcijas un Norvēģijas dati — visu šo valstu paziņotie kaņepju lietošanas vismaz reizi dzīves laikā izplatības rādītāji ir zemāki par 10 %.

Analizējot pirmajos trīs ESPAD (Eiropas skolu projekts par alkohola un citu narkotiku lietošanu) apsekojumos (1996.–2003. g.) iegūtos datus, 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū ir konstatētas izteiktas ģeogrāfiskas tendenču atšķirības attiecībā uz kaņepju lietošanu vismaz reizi dzīves laikā. Valstis var iedalīt trīs ģeogrāfiskās grupās. Īrijā un Apvienotajā Karalistē, kur ir senas kaņepju lietošanas tradīcijas, lietošana vismaz reizi dzīves laikā ir izplatīta, bet pēdējā desmitgadē tās līmenis ir palicis stabils. Austrum- un Centrāleiropas dalībvalstīs, kā arī Dānijā, Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē kaņepju lietošana vismaz reizi dzīves laikā ir ievērojami pieaugusi laikposmā no 1995. līdz 2003. gadam. Trešajā dalībvalstu grupā (Somijā un Zviedrijā ziemeļos un Grieķijā, Kiprā un Maltā dienvidos) un Norvēģijā aplēstais kaņepju lietošanas vismaz reizi dzīves laikā izplatības līmenis skolēnu vidū ir palicis relatīvi zems (ap 10 % un mazāk). ESPAD pētījuma nākamā apsekojuma rezultāti ir gaidāmi nākamgad.

Tikai četras valstis (Itālija, Polija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste) 2005. gadā ir paziņojušas jaunus valsts skolu apsekojumu datus, bet Beļģija ir paziņojusi Flandrijā veikta apsekojuma datus. Zviedrijā situācija šķiet stabila, bet pārējo četru apsekojumu dati liecina par nelielu samazinājumu.

Kaņepes: informācija par ārstniecības pieprasījumiem ⁽⁴¹⁾

Ārstniecības pieprasījumu kopējais raksturojums

Pavisam 2005. gadā ir ziņots par aptuveni 326 000 ārstniecības pieprasījumu (informāciju sniegusi 21 valsts), apmēram 20 % no visiem paziņotajiem gadījumiem ārstniecības pieprasījumu primārais iemesls ir bijušas kaņepes, līdz ar to paziņotajos ārstniecības pieprasījumos kaņepes biežuma ziņā ierindojas otrajā vietā aiz heroīna. Visvairāk primāro kaņepju lietotāju ārstniecības pieprasījumu saņem ambulatorās ārstniecības iestādes ⁽⁴²⁾.

Saskaņā ar ziņojumiem narkotiku kliniku pacienti vienlaikus ar primāro narkotiku, kas ir par iemeslu ārstniecības pieprasījumam, nereti ir arī citu narkotiku problemātiski

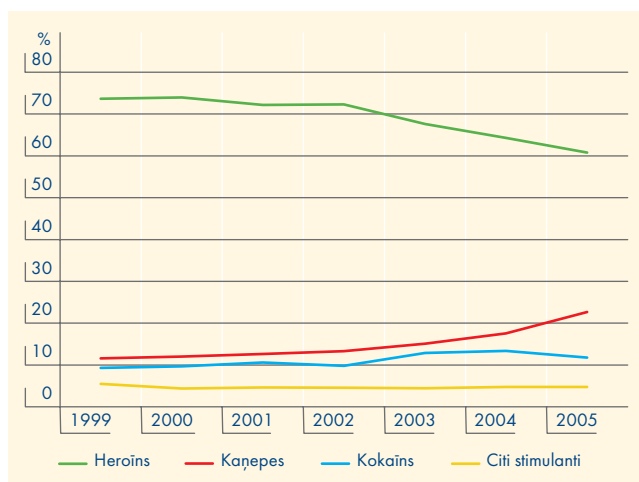
⁽³⁹⁾ Skatīt attēlu GPS-10 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁰⁾ Skatīt attēlu GPS-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴¹⁾ Vispārējā sadalījuma un tendenču analīzes pamatā ir informācija par pacientiem, kas ir vēlējušies ārstēties visos ārstniecības centros; klientu profilu un narkotiku lietošanas ieviržu analīzes pamatā ir ambulatoro pacientu ārstniecības centru dati.

⁽⁴²⁾ Skatīt attēlu TDI-2 2007. gada statistikas biļetenā.

4. attēls. Ārstniecības pieprasījumu tendences (1999.–2005. g.) – visu pieprasījumu sadalījums pēc primārās narkotikas (%)



NB! Datus sniegusi 21 dalībvalsts: Bulgārija, Čehija, Dānija, Vācija, Īrija, Grieķija, Spānija, Francija, Itālija, Kipra, Lietuva, Luksemburga, Ungārija, Malta, Nīderlande, Rumānija, Slovēnija, Somija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste. Trūkstotie katras valsts dati ir interpolēti, saglabājot no pieejamajiem datiem izsecināmās katra gada vidējās ES tendences. Papildu informāciju un sīkākas piezīmes skatīt 2007. gada statistikas biļetenā attēlā TDI-3.

Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri.

lietotāji; uz kaņepju lietotājiem tas attiecas retāk, jo saskaņā ar ziņojumiem šie pacienti visbiežāk lieto tikai vienu psihoaktīvo vielu (kaņepes). Tomēr daži pacienti lieto kaņepes kombinācijā ar citām narkotikām, visbiežāk ar alkoholu (37 %) un amfetamīniem vai ekstazī (28 %). Kaņepes ir otra visbiežāk minētā sekundārā psihoaktīvā viela aiz alkohola (38 %), ko lieto gan tie narkotiku pacienti, kas ārstējas stacionāros (17 %), gan tie, kas ārstējas ambulatorajās ārstniecības iestādēs (26 %) (43).

Ārstniecības pieprasījumu skaits pieaug

No aptuveni 130 000 jauno narkotiku ārstniecības pieprasījumu 29 % gadījumu pieprasījumi nāk no jauniem kaņepju pacientiem, kuru ārstniecības pieprasījumi skaita ziņā proporcionāli seko tūlīt aiz jaunu heroīna pacientu ārstniecības pieprasījumiem (35 %; informāciju sniegušas 22 valstis) (44). Lai gan nepilnīgie dati neļauj precīzi komentēt tendences, galvenās kaņepju ārstniecības pieprasījumu tendences tomēr ir iespējams izdalīt. Laikposmā no 1999. līdz 2005. gadam kopējais paziņoto kaņepju ārstniecības pieprasījumu skaits un jaunu ārstniecības pieprasījumu skaits gandrīz trīskāršojies. Tomēr visjaunākie dati liecina par augšupejošās tendences iespējamu stabilizāciju. Visās valstīs (izņemot Lietuvu) to pacientu skaits, kuri vēlas atstāt kaņepju kā primārās narkotikas lietošanu, jauno pacientu vidū proporcionāli ir lielāks nekā visu pacientu vidū (45).

Laikposmā no 1999. līdz 2005. gadam ārstniecības pieprasījumu skaits no kaņepju kā primārās narkotikas lietotājiem ir pieaudzis visās informāciju sniegušajās valstīs (4. attēls). Tomēr situācija dažādās valstīs atšķiras un interesanti, ka no visiem pacientiem, kas sāk ārstēšanos Bulgārijā, Lietuvā, Polijā un Rumānijā, kaņepes kā primāro narkotiku nosauc mazāk nekā 5 % pacientu, bet Ungārijā un Francijā šādu pacientu proporcija ir vairāk nekā 30 %. No pārējām valstīm 12 valstīs kaņepju pacientu proporcija svārstās no 5 % līdz 20 %, bet septiņās valstīs no 21 % līdz 29 %. Arī saistībā ar jauniem ārstniecības pieprasījumiem valstu vidū valda ievērojamas atšķirības – kaņepes nosauc mazāk nekā 10 % jauno pacientu Bulgārijā, Lietuvā, Luksemburgā, Polijā un Rumānijā un vairāk nekā 50 % Dānijā, Vācijā, Francijā un Ungārijā (46).

Kaņepju lietotāju ārstniecības pieprasījumu skaita pieauguma iemeslus nevar skaidrot vienkāršoti. Joprojām nav skaidrs, cik lielā mērā ārstniecības pieprasījumu skaita pieauguma iemesls ir intensīvas kaņepju lietošanas izplatības pieaugums un ar to saistītās sabiedrības problēmas un labāka izpratne par kaņepju lietošanas riskiem. Ārstniecības pieprasījums var būt pieaudzis arī citu faktoru iespaidā, piemēram, tādēļ, ka ir uzlabojies kaņepju pacientu ambulatoro ārstniecības iestāžu, kuras parasti ir kaņepju ārstniecības pieprasījumu centri, datu pārklājums un pilnveidota problemātiskas kaņepju lietošanas gadījumu diagnosticēšanas un paziņošanas sistēma. Vēra ņemami ir vēl divi iespējami faktori: pirmkārt, ārstniecības piedāvājuma lielāka daudzveidība, piemēram, 2004. gada beigās Francijā atvērtie kaņepju ārstniecības centri, un, otrkārt, vairāk pacientu, ko ārstēties nosūta kriminālās justīcijas iestādes. Pirmajā gadījumā, atbildot uz kaņepju ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu, vairākas valstis ir īstenojušas īpašas pusaudžiem vai jauniešiem paredzētas ārstniecības programmas, kuru mērķgrupa pārsvarā ir kaņepju lietotāji; šajā gadījumā pieprasījuma pieaugumam ir sekojis piedāvājuma pieaugums, kas savukārt varbūt ir ietekmējis pieprasījumu. Otrajā, tāpat kriminālās justīcijas iestāžu nosūtījumu gadījumā jāņem vērā, ka šie nosūtījumi bieži seko ar kaņepju lietošanu saistītiem pārkāpumiem; pētniecības atzinumi rāda, ka kriminālās justīcijas iestāžu nosūtīto pacientu vairākuma primārā narkotika ir kaņepes, tādēļ var apgalvot, ka kriminālās justīcijas iestāžu nosūtījumu skaita pieaugums ir ietekmējis kaņepju ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu.

Pacientu raksturojums

Neatkarīgi no kaņepju ārstniecības pieprasījumu skaita pieauguma skaidrojumiem un iemesliem, ir interesanti uzzināt kaut ko vairāk par tiem kaņepju lietotājiem, kas beidzot vēlas

(43) Skatīt tabulas TDI-22 un TDI-23 (i. un iv. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

(44) Skatīt attēlu TDI-2 2007. gada statistikas biļetenā.

(45) Skatīt tabulas TDI-3 (iii. daļu) un TDI-5 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

(46) Skatīt tabulas TDI-5 (part ii) and TDI-4 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

ārstēties, lai gan nav nekāda pamata uzskatīt šo pavisam nelielo kaņepju lietotāju daļu par reprezentatīvu. Aplūkojot to pacientu profilus, kuru primārā narkotika ir kaņepes un kuri meklē palīdzību ambulatorajās ārstniecības iestādēs, redzam, ka lielākā daļa šo pacientu parasti ir gados jauni vīrieši, kas pārsvarā vēl nestrādā, jo turpina iegūt izglītību, un kas joprojām mitinās pie vecākiem ⁽⁴⁷⁾. Salīdzinājumā ar citiem narkotiku pacientiem starp pacientiem, kuru primārā narkotika ir kaņepes, ir proporcionāli visvairāk vīriešu un gados visjaunāko narkotiku lietotāju (vidējais vecums 24,5 gadi). Pacienti, kas ārstējas pirmo reizi, ir vēl jaunāki nekā pārējie kaņepju pacienti (vidējais vecums 23,8 gadi); attiecīgi 67 % un 80 % no pacientiem, kas ir 15–19 gadus veci vai jaunāki par 15 gadiem, ir jauni kaņepju pacienti. Tomēr pēdējo trīs gadu informācija liecina, ka jauno kaņepju pacientu vecums pieaug ⁽⁴⁸⁾. Visus kaņepju pacientus var iedalīt trīs grupās: gadījuma rakstura lietotāji (34 %), tie, kas lieto kaņepes vienu vai vairākas reizes nedēļā (27 %), un ikdienas lietotāji (39 %).

Ļoti iespējams, ka tik lielu lietošanas biežuma atšķirību iemesls ir dažādie ceļi, pa kuriem kaņepju pacienti nonāk ārstniecības iestādēs, tādēļ spekulatīvi var pieņemt, ka līdz ar kriminālās justīcijas iestāžu nosūfījumu skaita pieaugumu ārstniecības iestādēs nonāk zināms skaits kaņepju lietotāju, kuru patēriņa līmenis ir zems. Kaņepju lietošanas biežuma rādītāji dažādās valstīs atšķiras. Puse valstu ziņo par vairāk nekā 30 % pacientu, kas lieto kaņepes katru dienu, savukārt otrajā pusē valstu šādu pacientu ir mazāk nekā 30 %. Nīderlandē, Dānijā un Spānijā ārstējamo pacientu vidū ir proporcionāli vislielākais regulāro lietotāju skaits, kamēr Ungārijā, Vācijā un Itālijā ziņo par vislielāko gadījuma rakstura lietotāju skaitu ⁽⁴⁹⁾. Turklāt, kā redzēsiet turpmāk, meklējot intensīvās kaņepju lietošanas problēmas risinājumus, lielāka uzmanība reizēm tiek pievērsta nevis ārstniecībai, bet profilaksei, un šādas valstu prakses atšķirības var iespaidot kopējo paziņoto ārstniecības pieprasījumu skaitu; ar to daļēji var skaidrot, kādēļ dažu augstas izplatības valstu paziņotie ārstniecības pieprasījuma rādītāji salīdzinoši ir tik zemi.

Kaņepju problēmu risinājumi

Kaņepju ārstniecības datus nedrīkst aplūkot izolēti no konteksta — Eiropas kaņepju ārstniecības pasākumiem, kuru pašreizējais diapazons ir ļoti plašs, sākot ar īslaicīgiem iekļaušanas pasākumiem un beidzot ar ārstēšanos stacionārā apstākļos. Dažas programmas ir orientētas tiklab uz narkotiku problēmu ārstēšanu, kā uz to profilaksi un narkotiku nodarītā kaitējuma mazināšanu.

Par svarīgu visu narkotiku ārstniecības programmu aspektu ir atzīta apdraudēto personu apzināšana un agrīna iekļaušanās, un vieni no pirmajiem, kas konstatē, ka viņu

audzēkņi lieto kaņepes, varētu būt pedagogi. Vācijā, Itālijā un Polijā ir izstrādātas skolotājiem domātas programmas, kas palīdz reaģēt gadījumos, kad ir konstatēta kaņepju lietošana, un vajadzības gadījumā sazināties ar speciālistiem.

Vēl nav radīta pietiekama kaņepju ārstniecības prakses faktu bāze, turklāt zinātniskie pētījumi šajā jomā ir ierobežoti un lielākoties pamatojas uz Amerikas un Austrālijas pieredzi. Eiropas valstis visbiežāk ziņo par šādiem kaņepju problēmu risinājumiem: īslaicīgi ambulatori pakalpojumi, konsultācijas, skolu programmas un profilaktiski palīdzības pasākumi. Kopumā izskatās, ka iekļaušanās pārsvarā izpaužas kā īslaicīgi risinājumi, izmantojot motivējošas pārrunas kombinācijā ar kognitīviem un uzvedības elementiem. Lai gan runājot par efektīvu praksi, nevalda stingra vienprātība, daži pētījumi liek domāt, ka šāda veida risinājumi varētu izrādīties lietderīgi. Viena no Eiropas iniciatīvām šajā jomā ir *INCANT* projekts, kurā Beļģija, Francija, Vācija, Nīderlande un Šveice ir sadarbojušās, pētot daudzdimensiju ģimenes terapijas (*MDFT*) ietekmi uz kaņepju lietotājiem. Pēc pozitīva eksperimentālā posma novērtējuma (*Rigter, 2005*) šis projekts ir paplašināts, un pašlaik notiek daudzcentru kontrolēts randomizēts pētījums, kurā *MDFT* tiek salīdzināta ar kaņepju lietošanas radīto traucējumu standarta ārstniecības risinājumiem.

Tikai 13 dalībvalstis ziņo par specializētām problemātiskiem kaņepju lietotājiem domātām ārstniecības iestādēm, bet tas nozīmē, ka lielākā daļa kaņepju lietotāju visticamāk ārstējas saskaņā ar vispārējām narkotiku ārstniecības programmām vai izmanto vispārējus veselības vai jaunatnes dienestu pakalpojumus. Izskan bažas, ka gados jaunus kaņepju lietotājus, iespējams, nevajadzētu ārstēt vispārējās narkotiku ārstniecības iestādēs, ja tas nozīmē šo pacientu saskarsmi ar gados vecākiem, problemātiskiem citu narkotiku lietotājiem. Lai gan vēl nav noskaidrots, cik problemātiska patiesībā ir šī situācija, plānojot ar šo jomu saistītus pakalpojumus, šo aspektu nevajadzētu atstāt bez ievērības.

Specializētu kaņepju lietotājiem domātu pakalpojumu piemērs ir atrodams Francijā, kur 2005. gadā ir izveidoti 250 kaņepju konsultāciju centri. Šos centrus tagad apmeklē aptuveni 2900 pacientu mēnesī, aptuveni trešdaļa pacientu (31 %) ierodas paši (31 %) vai trešo personu mudināti (31 %), bet nedaudz vairāk par trešdaļu ierodas saskaņā ar tiesas lēmumu (38 %). Starp citiem specializētu kaņepju lietotājiem domātu programmu piemēriem var minēt Marijas Jaunatnes centru Zviedrijā, kur gados jauniem problemātiskiem kaņepju lietotājiem ir pieejama konsultāciju programma, kam seko atbalsta nodarbības. Vācijā Drēzdenes Ambulatoro pacientu pētniecības departamentā

⁽⁴⁷⁾ Skatīt tabulas TDI-13, TDI-14 un TDI-21 (i. un ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁸⁾ Skatīt tabulu TDI-10 (part i), (ii. un ix. daļu) 2007., 2006. un 2005. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-18 (iii. un iv. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

kopš 2006. gada ir izstrādāta kaņepju lietošanas radīto traucējumu modulārā terapija pusaudžiem.

Ārstēšana saskaņā ar tiesas spriedumu

Lai gan kopumā ir noticis pagrieziens tādu mehānismu izveides virzienā, kuri paredz konfliktā ar kriminālās justīcijas iestādēm nonākušus kaņepju lietotājus nevis krimināli sodīt, bet nodot ārstniecības un konsultatīvo dienestu rokās, šādu mehānismu pieejamība un struktūra Eiropā ir ļoti atšķirīga, un tikai dažas valstis (Vācija, Francija, Luksemburga, Austrija, Zviedrija) ziņo par strukturētu programmu vai pakalpojumu piedāvājumu.

Ārstnieciski iejaukšanās pasākumi nav vienīgais zināmais risinājums, ko valstis piedāvā kaņepju lietotājiem, kurus ārstēties nosūtījušas tiesu iestādes. Gadījuma rakstura lietotājiem dažas valstis piedāvā intensīvus kursus, piemēram, Vācija, Austrija un Luksemburga ziņo par kursiem, kuru mērķis ir mainīt kaņepju lietotāju uzskatus un lietošanas ievirzes⁽⁵⁰⁾.

Jaunas kaņepju lietotāju uzrunāšanas stratēģijas

Eiropā ir tapusi virkne novatorisku saziņas programmu ar mērķi likt lietā jaunus kaņepju lietotāju uzrunāšanas

instrumentus. Dažās valstīs (Vācijā, Apvienotajā Karalistē) ir izstrādāti īslaicīgi iejaukšanās pasākumi, kuros izmanto internetu; tādējādi kaņepju lietotāji paši var veikt testus un apzināt savas problēmas. Šāda risinājuma piemērs ir Vācijas *Quit the Shit*⁽⁵¹⁾, kas piedāvā atbalstu kaņepju lietotājiem, kuri vēlas lietošanu pārtraukt. Novērtējuma pētījumā ir atklājies — šā pakalpojuma izmantotāji atzīst, ka viņu kaņepju patēriņš ir samazinājies gan daudzuma, gan lietošanas biežuma ziņā.

Dānijā tiek īstenots gados jauniem kaņepju lietotājiem paredzēts anonīma atbalsta un konsultāciju projekts *SMASH*, kura nolūks ir mazināt kaņepju lietošanas kaitīgās sekas, sniegt informāciju un atbalstu, lai palīdzētu jauniešiem atstāt kaņepju smēķēšanu⁽⁵²⁾. Projekta pamatā ir divi SMS komplekti, kurus var pasūtīt. Pirmais komplekts (*hashfacts*) sniedz faktu informāciju par kaņepju lietošanu, bet otrs piedāvā atbalstu un motivāciju tiem, kas cenšas atstāt narkotiku lietošanu. Jaunieši var saņemt arī personalizētus padomus teksta īsziņu veidā, lai palīdzētu atstāt vai samazināt kaņepju lietošanu. Līdzīgs pakalpojums ir pieejams Īrijā, lai gan tajā uzsvars ir likts uz informācijas izplatīšanu.

Narkotiku lietošana nepilngadīgo vidū (EMCDDA 2007. gada ziņojuma īpašā tēmā)

Saskaņā ar īpašajā tēmā par narkotiku lietošanas izplatību pavisam jaunu (par 15 gadiem jaunāku) eiropiešu vidū minēto informāciju, šajā vecuma grupā narkotiku lietošana ir maz izplatīta un tai ir galvenokārt eksperimentāls raksturs. Gados ļoti jauni cilvēki reti lieto narkotikas regulāri — nedaudzie regulārie lietotāji parasti nāk no ļoti problemātiskas vides.

Reaģējot uz narkotiku lietošanu par 15 gadiem jaunāku iedzīvotāju vidū, galvenais uzdevums ir nodrošināt profilakses pasākumus vai agrīnas iejaukšanās stratēģijas. Tomēr īpašajā

tēmā minētie skaitļi liecina, ka aptuveni 4000 gados ļoti jaunu cilvēku Eiropā ārstējas no narkotiku atkarības. Īpaši jauniešu vajadzībām pielāgoti narkotiku ārstniecības pakalpojumi ir uzskatāmi par izņēmumu, tomēr lielākā daļa Eiropas valstu atzīst, ka šādas programmas ir vajadzīgas.

Īpašajā tēmā ir aplūkotas arī Eiropas sabiedrības veselības politikā iestrādātās atziņas par saistību starp legālu un nelegālu psihoaktīvu vielu lietošanu agrā jaunībā un atkarības izveidošanos turpmākajā dzīvē.

Šī īpašā tēma — tikai angļu valodā — ir pieejama iespiestā izdevumā un internetā (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

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

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



4. nodaļa

Amfetamīni, ekstazī un LSD

Daudzās Eiropas valstīs otra visbiežāk lietotā nelegālā psihoaktīvā viela ir viena vai otra sintētiski izgatavota narkotika, lai gan Eiropas mērogā pašlaik ir vairāk kokaina lietotāju. Vispārējais šo vielu lietošanas līmenis sabiedrībā kopumā parasti ir zems, taču izplatības līmenis jaunākās vecuma grupās ir ievērojami augstāks, un atsevišķos sociālajos slāņos un kultūras grupās šo narkotiku lietošanas līmenis var būt īpaši augsts. Pie pasaulē izplatītākajām nelegālajām sintētiskajām narkotikām pieder amfetamīni (amfetamīns un metamfetamīns) un ekstazī.

Amfetamīns un metamfetamīns ir centrālās nervu sistēmas stimulantī. No šīm divām narkotikām Eiropā daudz pieejamāks ir amfetamīns, kamēr izskatās, ka metamfetamīnu ievērojamā daudzumā lieto vienīgi Čehijā un Slovākijā.

Amfetamīns un metamfetamīns: kopējās un atšķirīgās īpašības

Nelegālo narkotiku tirgū no amfetamīnu apakšgrupas pārsvarā sastopams amfetamīns un metamfetamīns (un to sāļi) — divas ļoti radniecīgas sintētiskas vielas, kas pieder pie fenetilamīnu grupas. Abas šīs vielas ir centrālās nervu sistēmas stimulantī ar vienādu iedarbības mehānismu, ietekmi uz uzvedību, panesamību, abstinences simptomiem un ilgstošas (hroniskas) lietošanas sekām. Amfetamīns neiedarbojas tik spēcīgi kā metamfetamīns, bet nekontrolētas lietošanas gadījumos abu vielu lietošanas sekas ir gandrīz identiskas.

Amfetamīna un metamfetamīna preparāti galvenokārt sastāv no pulveriem, bet ir sastopams arī t.s. "ledus" jeb tīrais kristāliskais metamfetamīna hidrohlorīds. Uz tabletēm, kas satur amfetamīnu vai metamfetamīnu, var būt tādi paši logotipi kā uz MDMA un citām ekstazī tabletēm.

Atkarībā no tirdzniecībā pieejamā amfetamīna un metamfetamīna fizikālā stāvokļa šīs vielas var norīt, ieņģaut, ieelpot un retākos gadījumos injicēt. Atšķirībā no amfetamīna sulfāta, metamfetamīna hidrohlorīds, jo īpaši tā kristāliskā forma ("ledus"), ir pietiekami gaistošs, lai to varētu smēķēt.

Avots: EMCDDA narkotiku profili (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Par ekstazī sauc sintētiskas psihoaktīvas vielas, kas ķīmiskā sastāva ziņā ir radniecīgas amfetamīniem, bet to iedarbība nedaudz atšķiras. Pazīstamākais ekstazī grupas preparāts ir 3,4-metilēndioksimetamfetamīns (MDMA), bet reizēm ekstazī tabletēs atrod citas, analogas vielas (MDA, MDEA). Ekstazī lietošanas izplatība ES kopš 20. gadsimta 90. gadiem pieaug.

Vēsturiski pazīstamākā halucinogēnā narkotika neapšaubāmi ir lizergīnskābes dietilamīds (LSD), bet kopumā tās lietošanas līmenis ir bijis zems un ilgstoši diezgan stabils. Pēdējā laikā ir apstiprinājies, ka pieaug dabīgas izcelsmes halucinogēnu vielu, jo īpaši halucinogēno sēņu pieejamība un lietošana.

Piegādes un pieejamība ⁽⁵³⁾

Amfetamīns

Saskaņā ar aplēsēm 2005. gadā pasaulē ir saražotas 88 tonnas amfetamīna (UNODC, 2007). Lai gan nelegālā ražošana ir pārsviedusies arī uz citām pasaules daļām, visvairāk amfetamīna joprojām ražo Rietum- un Centrāleiropā. Nelegālā amfetamīna ražošanas laboratorijas 2005. gadā ir likvidētas Beļģijā, Bulgārijā, Vācijā, Igaunijā, Lietuvā, Nīderlandē un Polijā. Eiropā atsavinātais amfetamīns saskaņā ar ziņojumiem nāk galvenokārt no Beļģijas, Nīderlandes un Polijas, un mazākā mērā no Igaunijas un Lietuvas.

No pasaulē 2005. gadā atsavinātajām 12,9 tonnām amfetamīna lielākā daļa atsavināta divos reģionos — Rietum- un Centrāleiropā un Austrum- un Dienvidaustrumāzijā.

Eiropā 2005. gadā ir bijušas apmēram 40 300 konfiskācijas, atsavinot 6,6 tonnas amfetamīna. Atsavināšanas gadījumu skaita un konfiscētā amfetamīna daudzuma ziņā Eiropā līdz 2004. gadam konsekvēnta līdere ir bijusi Apvienotā Karaliste. Lai gan ir bijušas zināmas svārstības, Eiropas līmeni kopš 2000. gada ir audzis gan kopējais amfetamīna atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātais daudzums ⁽⁵⁴⁾. Tomēr 2005. gadā lielākā daļa no šajā ziņojumā aplūkotajām valstīm saistībā ar amfetamīna

⁽⁵³⁾ Skatīt "Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija", 37. lpp. Dati par amfetamīna, ekstazī un LSD atsavināšanas gadījumu skaitu un konfiscētajiem daudzumiem 2005. gadā par visām valstīm nav pieejami; plašāka informācija ir atrodama 2007. gada statistikas biļetena atsavināšanas tabulās.

⁽⁵⁴⁾ Skatīt tabulas SZR-11 un SZR-12 2007. gada statistikas biļetenā.

Starptautiskie pasākumi pret narkotiku prekursoru izgatavošanu un novirzīšanu

Ir izstrādātas vairākas starptautiskas iniciatīvas, kuru mērķis ir novērst nelegālo narkotiku ražošanā izmantojamo ķīmisko prekursoru novirzīšanu: projekta "Cohesion" mērķis ir novērst kālija permanganāta (izmanto kokaīna ražošanā) un etiķskābes anhidrīda (izmanto heroīna ražošanā) novirzīšanu, savukārt projekta "Prism" mērķis ir novērst sintētisko narkotiku prekursoru novirzīšanu⁽¹⁾. Visi šeit minētie dati ir ņemti no INCB ziņojuma par prekursoriem (INCB, 2007b).

Saskaņā ar INCB ziņojumu 2005. gadā pasaulē ir izdevies atsavināt līdz šim nebijušu kālija permanganāta daudzumu. 16 valstīs pārtvertas 183 tonnas šīs vielas, un gandrīz viss šis daudzums konfiscēts ārpus Eiropas.

Arī no pasaulē 2005. gadā atsavinātajiem 22 400 etiķskābes anhidrīda litriem tikai neliela daļa ir konfiscēta Eiropā.

Saskaņā ar INCB paziņotajiem datiem 2005. gadā ir atsavināta 41 tona efedrīna un pseidoefedrīna, kas ir galvenie metamfetamīna prekursori, par lielāko daudzumu ziņo Ķīna, kamēr ES dalībvalstīs (galvenokārt Grieķijā, Bulgārijā, Rumānijā un Čehijā) un Krievijas Federācijā kopā ir atsavinātas 1,7 tonnas šo vielu.

Pasaulē 2005. gadā ir atsavināti 2900 litri 1-fenil-2-propanona (P-2-P), ko izmanto, lai nelegāli ražotu amfetamīnu un metamfetamīnu, no tiem Eiropas valstīs (galvenokārt Vācijā un Nīderlandē) atsavināti 1700 litri.

No pasaulē 2005. gadā atsavinātā 3,4-metilēndioksifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), ko izmanto MDMA ražošanā, Eiropā (par konfiskācijām ziņo galvenokārt Francija un Nīderlande) atsavināti 38 % jeb 5100 litri, un tas ir mazāk nekā iepriekš. Tas, ka pieaug 3,4-MDP-2-P atsavināšana citos reģionos, iespējams liecina par nelegālās MDMA ražošanas izplatību ārpus Eiropas.

⁽¹⁾ Visas šīs vielas iekļautas ANO 1988. gada konvencijas I tabulā.

atsavināšanas gadījumu skaitu ir konstatējušas lejupejošu tendenci. Šī informācija jāprecizē, kad būs pieejami trūkstošie Apvienotās Karalistes 2005. gada dati.

Amfetamīna vidējā jeb tipiskā mazumtirdzniecības cena 2005. gadā ir svārstījusies no 7 euro par gramu līdz 37,5 euro par gramu, un lielākā daļa Eiropas valstu ziņo par cenām robežās no 10 līdz 20 euro par gramu⁽⁵⁵⁾. Laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam amfetamīna vidējās cenas,

ievērojot inflāciju, lielākajā daļā no 17 valstīm, kas sniegušas pietiekamus datus, ir kritušās.

Mazumtirdzniecībā nonākušā amfetamīna vidējā jeb tipiskā tīrība 2005. gadā ir bijusi ļoti svārstīga, bet lielākā daļa Eiropas valstu ziņo par tīrību robežās no 15 % līdz 50 %⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamīns

Saskaņā ar aplēsēm 2005. gadā pasaulē ir saražotas 278 tonnas metamfetamīna. Metamfetamīnu ražo lielākoties Austrum- un Dienvidaustrumāzijā un Ziemeļamerikā. Eiropā metamfetamīnu joprojām ražo galvenokārt Čehijā (kur tā vietējais nosaukums ir "perviīns"), lai gan par metamfetamīna izgatavošanu ir informējušas arī Lietuva, Moldova un Slovākija (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Pasaulē atsavinātā metamfetamīna daudzums 2005. gadā ir pieaudzis, sasniedzot aptuveni 17,1 tonnu, vairāk nekā puse no šā daudzuma ir atsavināta Austrum- un Dienvidaustrumāzijā (Ķīnā, Taizemē), bet trešdaļa Ziemeļamerikā (ASV). Eiropā par tajā pašā gadā notikušām konfiskācijām ziņo 15 valstis; aplēstais konfiskāciju skaits ir 2200, bet atsavinātā metamfetamīna daudzums — aptuveni 104 kg⁽⁵⁷⁾. Par lielāko atsavināšanas gadījumu skaitu un lielāko pārtvertā metamfetamīna daudzumu ziņo Norvēģija un Zviedrija.

Metamfetamīna vidējā jeb tipiskā mazumtirdzniecības cena (par to informē tikai dažas valstis) 2005. gadā ir svārstījusies no 5 līdz 35 euro par gramu. Lielākā daļa valstu ziņo par mazumtirdzniecībā nonākušā metamfetamīna vidējo jeb tipisko tīrību robežās no 30 % līdz 65 %⁽⁵⁸⁾.

Ekstazī

Saskaņā ar aplēsēm 2005. gadā pasaulē ir saražotas 113 tonnas ekstazī (UNODC, 2007). Eiropa vēl arvien ir galvenais ekstazī ražošanas centrs, lai gan izskatās, ka relatīvi Eiropas loma šajā ziņā mazinās, jo ekstazī ražošana ir izplatījusies arī uz citām pasaules daļām, jo īpaši Ziemeļameriku, Austrum- un Dienvidaustrumāziju un Okeāniju (CND, 2006; UNODC, 2006). Eiropā ekstazī ražošana notiek galvenokārt Nīderlandē (lai gan saņemtā informācija liecina par ražošanas samazinājuma pazīmēm), kam seko Beļģija. Saskaņā ar ziņojumiem Eiropā 2005. gadā konfiscētais ekstazī nāk galvenokārt no šīm divām valstīm un mazākā mērā no Polijas un Apvienotās Karalistes.

⁽⁵⁵⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁶⁾ Skatīt tabulu PPP-8 2007. gada statistikas biļetenā. Jāievēro, ka paziņotā vidējā tīrības līmeņa noteikšanā var būt izmantoti ļoti atšķirīgas tīrības amfetamīna paraugi.

⁽⁵⁷⁾ Apvienotās Karalistes 2005. gada dati nebija pieejami, tādēļ, veicot aprēķinus, ir izmantoti 2004. gada dati. Skatīt tabulas SZR-17 un SZR-18 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁸⁾ Skatīt tabulas PPP-4 un PPP-8 2007. gada statistikas biļetenā.

No pasaulē 2005. gadā atsavinātajām 5,3 ekstazī tonnām liela daļa atkal ir konfiscēta Rietum- un Centrāleiropā (38 %), kam seko Okeānija (27 %) un Ziemeļamerika (20 %).

Aptuveni 26 500 konfiskācijās 2005. gadā Eiropā ir atsavināti apmēram 16,3 miljoni ekstazī tablešu⁽⁵⁹⁾. Lielākais ekstazī daudzums atkal ir atsavināts Apvienotajā Karalistē, Beļģijā, Nīderlandē un Vācijā. Pēc maksimuma sasniegšanas 2001. gadā ekstazī atsavināšanas gadījumu skaits Eiropā kopš 2003. gada atkal pieaug. Kopējais gadā pārtvertu ekstazī tablešu skaits laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam ir svārstījies ap 20 miljonu atzīmi. Savukārt pieejamie 2005. gada dati rāda, ka lielākajā daļā valstu atsavinātā ekstazī daudzums ir samazinājies. Šī informācija jāprecizē, kad būs pieejami trūkstošie Apvienotās Karalistes 2005. gada dati.

Ekstazī tablešu vidējā jeb tipiskā mazumtirdzniecības cena 2005. gadā ir svārstījies no mazāk nekā 3 euro līdz 15 euro par tableti⁽⁶⁰⁾. Laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam ekstazī vidējās mazumtirdzniecības cenas, ievērojot inflāciju, lielākajā daļā no 21 valsts, kas sniegusi pietiekamus datus, ir kritušas.

Arī 2005. gadā Eiropā lielākā daļā ekstazī tablešu ir saturējušas MDMA vai kādu citu ekstazī tipa vielu (MDEA, MDA), parasti tā ir bijusi vienīgā konstatētā psihoaktīvā viela. To var teikt par vairāk nekā 80 % no visām desmit dalībvalstīs pārbaudītajām tabletēm. Tomēr ir daži izņēmumi — Slovēnijā MDMA/MDEA/MDA biežāk ir konstatēti kombinācijā ar amfetamīnu un/vai metamfetamīnu, kamēr Polijā amfetamīns un/vai metamfetamīns biežāk ir bijusi pārbaudīto tablešu vienīgā konstatētā psihoaktīvā viela. Ekstazī tablešu MDMA saturs dažādās tablešu partijās (pat partijās ar vienu un to pašu logotipu) ļoti atšķiras gan dažādās valstīs, gan vienā un tai pašā valstī. Šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs vidējais MDMA saturs vienā ekstazī tabletē 2005. gadā ir svārstījies no 2 līdz 130 miligramiem, tomēr lielākajā daļā valstu vidējais jeb tipiskais MDMA daudzums ir bijis robežās no 30 līdz 80 mg.

LSD

Pēc nepārtraukta krituma, kas turpinājās vairākus gadus, kopš 2003. gada gan LSD atsavināšanas gadījumu skaits, gan pārtvertā LSD daudzums pieaug⁽⁶¹⁾. Lai arī LSD ražo un tirgo daudz mazākos apmēros nekā pārējās sintētiskās narkotikas, Eiropā 2005. gadā ir bijusi apmēram 800 atsavināšanas

gadījumu, konfiscējot 850 000 LSD vienību, un aptuveni 75 % no atsavinātā LSD daudzuma ir konfiscēti Nīderlandē. Vidējā jeb tipiskā LSD vienības cena lietotājiem 2005. gadā ir svārstījies no 4 euro līdz 30 euro⁽⁶²⁾.

Izplatība un lietošanas ievirzes iedzīvotāju vidū kopumā un jaunatnes vidū

Nesenas lietošanas gadījumu skaita ziņā ekstazī pašlaik ir visizplatītākā sintētiskā narkotika 17, bet amfetamīni — deviņās Eiropas valstīs⁽⁶³⁾. Amfetamīnu lietošanas vismaz reizi dzīves laikā izplatības rādītāji bieži ir augstāki, atspoguļojot faktu, ka ekstazī Eiropas nelegālo narkotiku tirgū ir parādījies vēlāk. Skolu apsekojumu dati liek domāt, ka ekstazī, amfetamīnus un psihotropās vielas, izņemot kaņepes, pārsvarā lieto atsevišķi individuāli. Piemēram, to skolu audzēkņu vidū, kuri atzīst, ka ir pamēģinājuši ekstazī, kokaīna un halucinogēno vielu izplatības rādītāji ir 20 reizes augstāki nekā skolu audzēkņu vidū kopumā⁽⁶⁴⁾ un aptuveni piecas reizes augstāki nekā starp tiem skolu audzēkņiem, kas kaut reizi ir lietojuši kaņepes.

ES dalībvalstu dati liecina par relatīvi augstu amfetamīnu vai ekstazī lietošanas līmeni tikai dažās valstīs — Čehijā, Igaunijā un Apvienotajā Karalistē un mazākā mērā Latvijā un Nīderlandē.

Amfetamīni

Pēdējā laikā veiktās pieaugušo (15–64 gadus veco) iedzīvotāju aptaujās ir noskaidrojies, ka amfetamīna lietošanas vismaz reizi dzīves laikā izplatības līmenis visu Eiropas pieaugušo iedzīvotāju vidū svārstās no 0,1 % līdz 3,6 %, izņemot Dāniju (6,9 %) un Apvienoto Karalisti (Angliju un Velsu), kur tas sasniedz 11,5 % (atspoguļojot augstāku senākas lietošanas līmeni, kamēr pašreizējās lietošanas līmenis vairāk līdzinās pārējo valstu līmenim). Valstis ar nākamajiem augstākajiem rādītājiem ir Norvēģija (3,6 %), Vācija un Spānija (3,4 %). Vidēji gandrīz 3,5 % no visiem Eiropas pieaugušajiem iedzīvotājiem vismaz vienreiz ir pamēģinājuši amfetamīnus⁽⁶⁵⁾. Pēdējā gada lietošanas līmenis ir daudz zemāks — vidēji 0,7 % (robežās no 0 līdz 1,3 %). Pamatojoties uz vispārējo iedzīvotāju aptauju rezultātiem, ir aplēsts, ka aptuveni 11 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnus un vairāk nekā 2 miljoni ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gada laikā.

⁽⁵⁹⁾ Skatīt tabulas SZR-13 un SZR-14 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁰⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶¹⁾ Skatīt tabulas SZR-15 un SZR-16 2007. gada statistikas biļetenā.

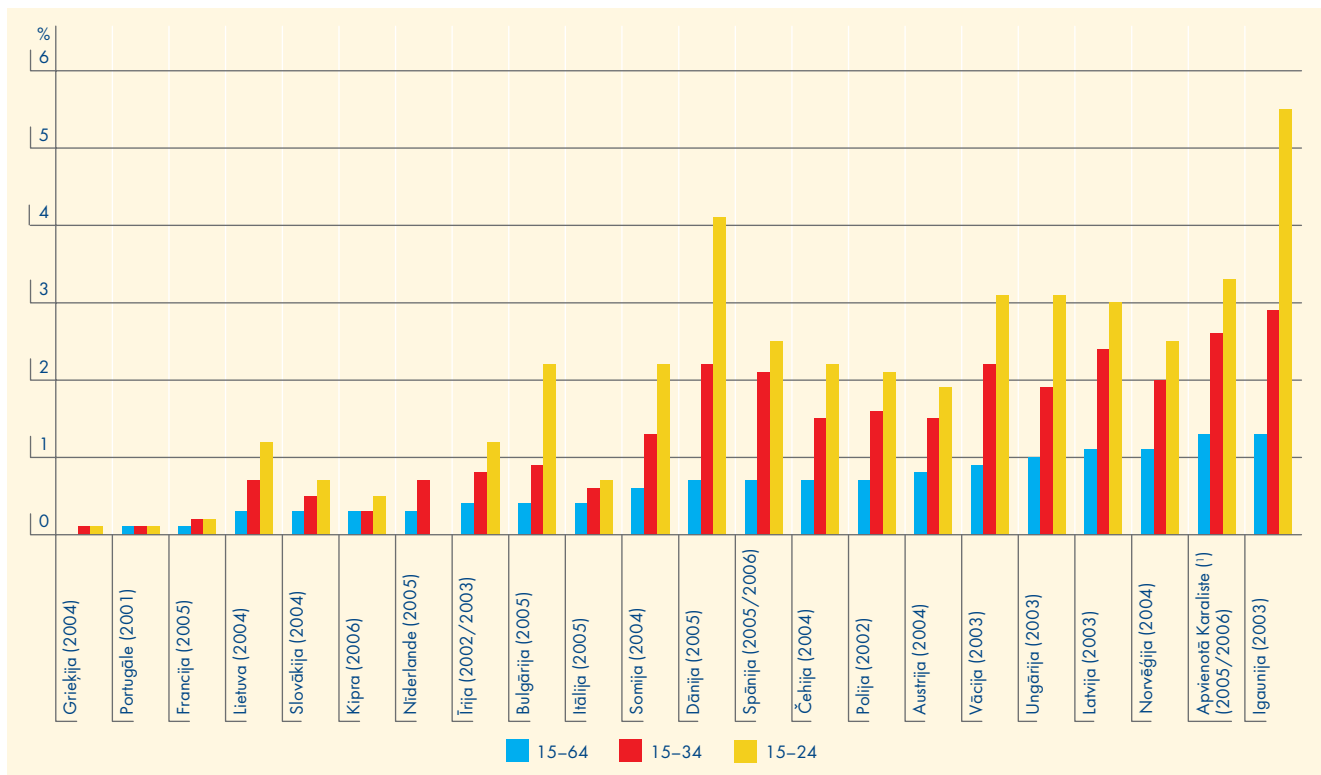
⁽⁶²⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶³⁾ Apsekojumu datus par "amfetamīna lietošanu" amfetamīns un metamfetamīns bieži nav nošķirti, tomēr parasti dati attiecas uz amfetamīna (amfetamīna sulfāta vai deksamfetamīna) lietošanu, jo metamfetamīna lietošana nav izplatīta.

⁽⁶⁴⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (iv. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁵⁾ Aplēsēs izmantotās metodes aprakstu skatīt 30. zemsvītras piezīmē.

5. attēls. Amfetamīnu pēdējā gada lietošanas izplatība visu (15–64 gadus veco) pieaugušo vidū un gados jaunu (15–34 un 15–24 gadus vecu) pieaugušo vidū



(1) Anglija un Velsa.

NB! Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie valsts aptauju dati. Valstis ir sarindotas kopējās (visu pieaugušo iedzīvotāju vidū) izplatības secībā. Papildu informācijai skatīt tabulas GPS-10, GPS-11 un GPS-18 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu un zinātnisku rakstu informācija.

Saskaņā ar ziņojumiem gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū amfetamīnu lietojuši vismaz reizi dzīves laikā ir 0,2 % līdz 16,8 % iedzīvotāju, bet, aplūkojot Apvienotās Karalistes (Anglijas un Velsas) (16,8 %) un Dānijas (12,7 %) skaitļus atsevišķi, kopējie rādītāji ir robežās no 0,2 % līdz 5,9 %⁽⁶⁶⁾. Pusē no valstīm, kas sniegušas informāciju, izplatības rādītāji ir zemāki par 4 %, augstākais izplatības līmenis aiz Apvienotās Karalistes un Dānijas ir konstatēts Norvēģijā (5,9 %), Vācijā (5,4 %) un Latvijā (5,3 %). Vidēji 5,1 % gados jaunu pieaugušo eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnus⁽⁶⁷⁾. Pēdējā gada lietošanas līmenis šajā vecuma grupā ir robežās no 0,1 % līdz 2,9 % ar augstākajiem paziņotajiem izplatības rādītājiem Igaunijā (2,9 %), Apvienotajā Karalistē (2,6 %) un Latvijā (2,4 %) (5. attēls). Jāatzīmē, ka Apvienotās Karalistes un Dānijas pēdējā gada lietošanas līmenis vairāk līdzinās pārējo valstu līmenim. Ir aplēsts, ka amfetamīnus pēdējā gada laikā ir lietojuši vidēji 1,5 % gados jaunu pieaugušo Eiropas iedzīvotāju.

Vienīgi Somija ir sniegusi nesenus datus par problemātisku amfetamīnu lietošanu (par tādu uzskata amfetamīnu injicēšanu vai ilgstošu/regulāru lietošanu). Ir aplēsts, ka 2002. gadā Somijā ir bijuši no 10 900 līdz

18 500 problemātisku amfetamīnu lietotāju (3,1–5,3 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), kas aptuveni trīskārt pārsniedz problemātisku opioīdu lietotāju skaitu.

Metamfetamīns

Šķiet, ka Eiropā metamfetamīna lietošanas līmenis joprojām ir ierobežots, kamēr citur pasaulē pēdējos gados ir vērojams šīs narkotikas lietošanas pieaugums. Eiropas valstis tomēr bažijas par iespējamu šīs narkotikas lietošanas pieaugumu, tādēļ dažviet ir veikti zināmi piesardzības pasākumi, piemēram, Apvienotā Karaliste ir pieņēmusi lēmumu, saskaņā ar kuru ir mainīta metamfetamīna kategorija, pieskaitot to viskaitīgākajām (A klases) narkotikām.

Eiropā metamfetamīna lietošana vēsturiski ir bijusi koncentrēta Čehijā un zināmā mērā Slovākijā. Nesenus datus par problemātisku metamfetamīna lietošanu ir sniegušas divas valstis (Čehija un Slovākija). Ir aplēsts, ka 2005. gadā Čehijā ir bijuši 18 400–24 000 metamfetamīna lietotāju (2,5–3,2 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), kas gandrīz divkārt pārsniedz

⁽⁶⁶⁾ Skatīt tabulu GPS-9 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁷⁾ Skatīt attēlu GPS-18 (i daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

problemātisku opioīdu lietotāju skaitu, savukārt Slovēnijā aplēstais metamfetamīna lietotāju skaits ir 6000–14 000 (1,5–3,7 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), kas ir nedaudz mazāks par aplēsto opioīdu lietotāju skaitu. Pēdējos gados metamfetamīns ir kļuvis par visbiežāk minēto primāro narkotiku jaunos ārstniecības pieprasījumos Slovēnijā, un ir noskaidrots, ka arī dažās Ungārijas narkotiku lietotāju grupās ir augsts metamfetamīna lietošanas izplatības līmenis.

Nav informācijas, kas liecinātu par ievērojamu metamfetamīna izplatības līmeni citur Eiropā. Tomēr šeit ir divi svarīgi iebildumi. Pirmkārt, apsekojumu datus metamfetamīna lietošana lielākoties nav nošķirta no amfetamīnu lietošanas un, otrkārt, metamfetamīns dažkārt ir konstatēts tabletēs, ko pārdod kā ekstāzi, tādēļ, iespējams, ir lietots neapzināti ⁽⁶⁸⁾.

Ekstāzi

Ekstāzi ir pamēģinājuši 0,3 % līdz 7,2 % visu pieaugušo Eiropas iedzīvotāju. Puse valstu informē par 2,5 % vai zemāku izplatības līmeni, augstākais izplatības līmenis ir konstatēts Apvienotajā Karalistē (7,2 %), Čehijā (7,1 %), Spānijā (4,4 %) un Nīderlandē (4,3 %). Pēdējā gada lietošanas līmenis pieaugušo vidū svārstās no 0,2 % līdz 3,5 % ar augstāko izplatības līmeni Čehijā (3,5 %), Igaunijā (1,7 %) un Apvienotajā Karalistē (1,6 %), lai gan puse valstu informē par 0,5 % vai zemāku izplatības līmeni. Ir aplēsts, ka gandrīz 9,5 miljoni eiropiešu (vidēji 3 %) ir pamēģinājuši ekstāzi un gandrīz 3 miljoni ir lietojuši ekstāzi pēdējā gada laikā.

Gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū ekstāzi vismaz reizi mūžā lietojuši ir 0,5 % līdz 14,6 % iedzīvotāju, augstākais izplatības līmenis ir konstatēts Čehijā (14,6 %), Apvienotajā Karalistē (13,3 %) un Nīderlandē (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. Vidēji vairāk nekā 5 % gados jaunu Eiropas pieaugušo iedzīvotāju ir pamēģinājuši ekstāzi.

Vecuma grupā no 15–24 gadiem to lietotāju skaits, kuri lietojuši ekstāzi vismaz reizi dzīves laikā, svārstās no 0,4 % līdz 18,7 %, visaugstākais tas ir Čehijā (18,7 %), Apvienotajā Karalistē (10,4 %) un Ungārijā (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Pēdējā gada lietošanas līmenis šajā vecuma grupā svārstās no 0,3 % līdz 12 % ar augstāko izplatības līmeni Čehijā (12 %) un Igaunijā (6,1 %) ^(6. attēls).

Vecuma grupā no 15–24 gadiem vīriešu, kuri vismaz reizi mūžā lietojuši ekstāzi, ir vairāk (0,3–23,2 %) nekā sievietes (0,3–13,9 %). Saskaņā ar nesenu skolu apsekojumu

rezultātiem skolu audzēkņu vidū ekstāzi vismaz vienreiz lietojušo sieviešu un vīriešu skaits lielākoties ir pieaudzis paralēli, lai gan atšķirība starp dzimumiem līdz ar gadiem progresīvi palielinās. Jauniešu vidū izplatības līmenis var strauji pieaugt, tikai nedaudz pieaugot vecumam, piemēram, no 16 valstu sniegtajiem datiem izriet, ka salīdzinājumā ar gados jaunākiem skolu audzēkņiem starp 17–18 gadus veciem skolu audzēkņiem ekstāzi lietošana vismaz reizi dzīves laikā vairumā gadījumu ir daudz izplatītāka ⁽⁷¹⁾.

LSD

Pieaugušo, kuri vismaz reizi dzīves laikā lietojuši LSD, skaits svārstās no 0,2 % līdz 5,5 %, divas trešdaļas valstu informē par izplatības rādītājiem, kas svārstās starp 0,4 % un 1,7 %. Gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū LSD lietošanas vismaz vienreiz mūžā izplatības līmenis svārstās no 0,3 % līdz 7,6 %, bet vecuma grupā no 15–24 gadiem tas ir robežās no 0 % līdz 4,5 %. Šīs narkotikas pēdējā gada lietošanas izplatības līmenis ir zems, un vecuma grupā no 15–24 gadiem pārsniedz 1 % tikai septiņās valstīs (Bulgārijā, Čehijā, Igaunijā, Itālijā, Latvijā, Ungārijā un Polijā).

Tendences

Fakti liecina, ka Eiropā kopumā amfetamīnu un ekstāzi lietošanas līmenis turpina stabilizēties vai pat kristies. Amfetamīnu lietošanas līmenis gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo iedzīvotāju vidū kopš 1996. gada ir ievērojami krities Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā) un mazākā mērā Dānijā un Čehijā, kamēr pārējās valstīs izplatības līmenis pārsvarā šķiet stabils, lai gan dažas valstis ziņo par nelielu paaugstināšanos ⁽⁷²⁾.

Aplūkojot ekstāzi lietošanas līmeni gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo iedzīvotāju vidū, aina nav tik viendabīga ⁽⁷³⁾. Pēc vispārēja lietošanas izplatības pieauguma 20. gadsimta 90. gados pēdējos gados vairākas valstis, tostarp divas augstas izplatības valstis, proti, Spānija un Apvienotā Karaliste ziņo par zināmu stabilizāciju vai pat pieticīgu samazinājumu. Dažās valstīs izplatības līmenis ir krities 15–24 gadus veco iedzīvotāju grupā, ko nevar teikt par 15–34 gadus veco iedzīvotāju grupu ⁽⁷⁴⁾, un šādi rādītāji liek domāt, ka jaunākajās vecuma grupās ekstāzi popularitāte kritas. Dažu valstu (Spānijas, Dānijas, Apvienotās Karalistes) dati liek uzdot jautājumu, vai lielāks skaits stimulējošo narkotiku lietotāju amfetamīnu un ekstāzi vietā nav sākuši dot priekšroku kokainam ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁶⁸⁾ Skatīt "Amfetamīns un metamfetamīns: atšķirīgās un kopējās īpašības", 48. lpp.

⁽⁶⁹⁾ Skatīt tabulu GPS-9 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁰⁾ Skatīt tabulu GPS-17 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷¹⁾ Skatīt attēlu EYE-1 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

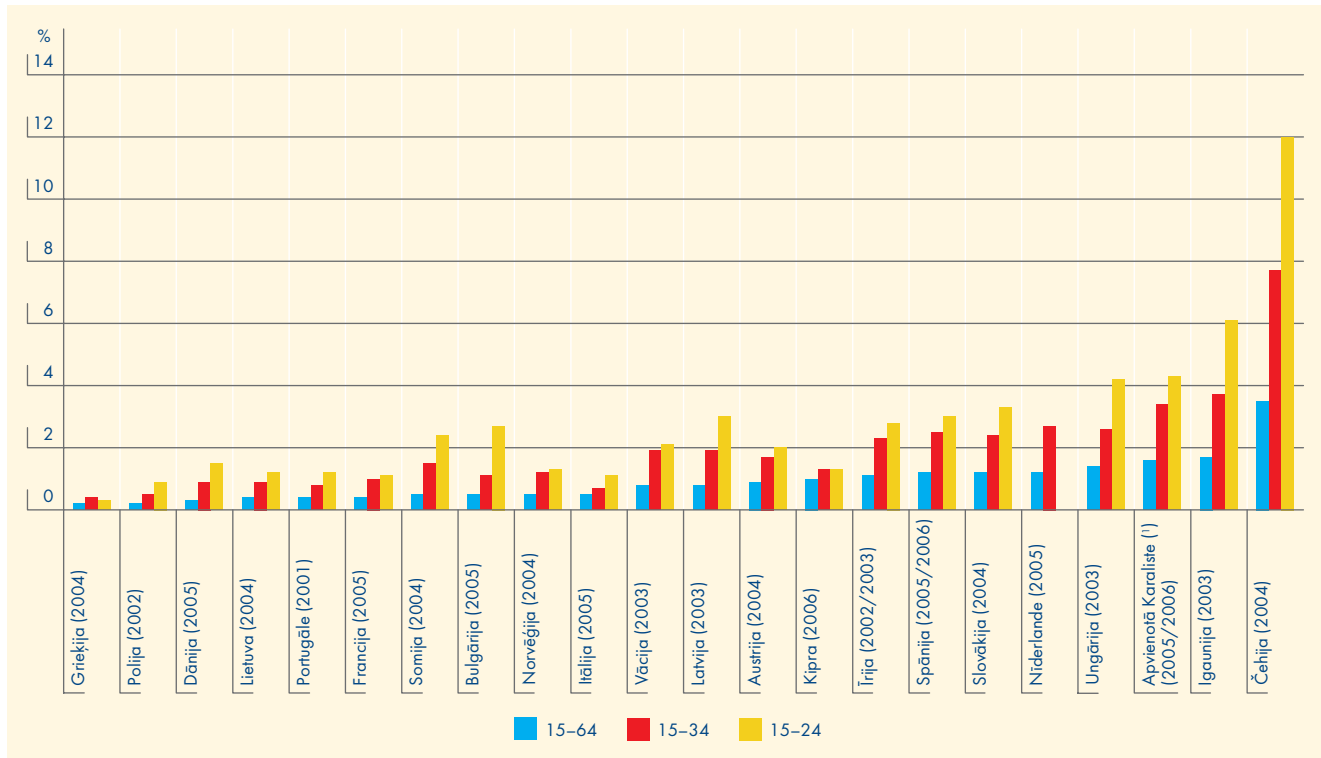
⁽⁷²⁾ Skatīt attēlu GPS-8 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷³⁾ Skatīt attēlu GPS-21 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁴⁾ Skatīt tabulas GPS-4 un GPS-15 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁵⁾ Skatīt tabulu GPS-20 2007. gada statistikas biļetenā.

6. attēls. Ekstāzi pēdējā gada lietošanas izplatība visu (15–64 gadus veco) pieaugušo vidū un gados jaunu (15–34 un 15–24 gadus veco) pieaugušo vidū



(1) Anglija un Velsa.

NB! Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie valsts aptauju dati. Valstis ir sarindotas kopējās (visu pieaugušo iedzīvotāju vidū) izplatības secībā. Papildu informācijai skatīt tabulas GPS-10, GPS-11 un GPS-18 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu un zinātnisku rakstu informācija.

No jaunākajiem, 2006. gadā paziņotajiem valsts un reģionālo skolu apsekojumu datiem (Itālija, Polija, Zviedrija, Flandrija Beļģijā) izriet, ka amfetamīnu un ekstāzi vismaz reizi mūžā lietojušo audzēkņu procentuālais daudzums nav mainījies, tas ir pat nedaudz samazinājies ⁽⁷⁶⁾.

Izklaides vietas

Pētījumi par narkotiku lietošanu izklaides vietās, piemēram, deju zālēs, var izrādīties noderīgi, lai labāk izprastu to narkotiku lietotāju paradumus, kuri regulāri un intensīvi lieto stimulojošās narkotikas. Parasti narkotiku lietošanas rādītāji šādās vietās ir augsti, tomēr nav attiecināmi uz iedzīvotājiem kopumā. Piemēram, analizējot atsevišķu deju mūzikas pasākumu apmeklētāju apsekojumu rezultātus, atklājas augsts ekstāzi lietošanas līmenis un zemāks, bet tomēr augsts amfetamīnu lietošanas līmenis ⁽⁷⁷⁾.

Analizējot Apvienotās Karalistes mūzikas žurnāla *Mixmag* rīkotā ikgadējā lasītāju apsekojuma rezultātus — šā žurnāla lasītāji ir regulāri deju klubu apmeklētāji — ir atklājies, ka tādu ekstāzi lietotāju skaits, kurus var uzskatīt par intensīviem lietotājiem (jeb tādiem, kas vienā reizē izlieto vairāk nekā

četras tabletes), laikposmā no 1999. līdz 2003. gadam ir vairāk nekā divkārtšojies, palielinoties no 16 % līdz 36 % (McCambrige *et al.*, 2005). Lai gan šo piemēru diezin vai var uzskatīt par reprezentatīvu, tas apstiprina, ka vispārējās bažas par to, ka dažu lietotāju grupu ekstāzi tablešu patēriņš ir pieaudzis, nav bez pamata. Arī Apvienotās Karalistes veiktā interneta pētījuma rezultāti apliecina, ka pieredzējušu ekstāzi lietotāju vidū pieaug intensīva ekstāzi un vairāku narkotiku lietošana (Scholey *et al.*, 2004). Tomēr ir vērts atzīmēt ziņojumus no Amsterdamas, kas liecina, ka laikposmā no 1998. līdz 2003. gadam pēdējā gada un pēdējā mēneša ekstāzi lietošanas rādītāji ir samazinājušies par 20 % un ka šajā laikposmā ir samazinājies arī vienā reizē patērētā ekstāzi vidējais daudzums (2005. gada Reitox tīkla valstu ziņojumi). Saskaņā ar 2005. gadā veikta Amsterdamas krodziņu apmeklētāju apsekojuma rezultātiem tikai 3 % no viņiem, pavadot vakaru ārpus mājās, ir lietojuši ekstāzi.

Lai gan pieejamie dati par narkotiku un alkohola kombinētu lietošanu vēl arvien ir nepilnīgi, tomēr alkohola patēriņš izklaidējošos deju mūzikas pasākumos, turklāt nereti tādos daudzumos, kas var apdraudēt veselību, un kombinācijā ar stimulojošām narkotikām, rada arvien lielākas bažas.

⁽⁷⁶⁾ Skatīt attēlu EYE-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁷⁾ Skatīt 2006. gada īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās.

Informācija par ārstniecības pieprasījumiem

Ar amfetamīnu un ekstazī lietošanu saistītu ārstniecības pieprasījumu skaits ir samērā neliels. Kopumā lielākajā daļā no 21 valsts, par kurām ir pieejami dati, šo narkotiku lietošana reti ir primārais narkotiku terapijas iemesls ⁽⁷⁸⁾. Šādu ārstniecības pieprasījumu gadījumā primārās narkotikas lielākoties ir amfetamīni, bet uz ekstazī lietošanu attiecas ļoti neliela ārstniecības pieprasījumu daļa ⁽⁷⁹⁾.

Nav daudz tādu valstu, kurās narkotiku pacientu vidū ir vērā ņemams amfetamīnu un ekstazī lietotāju skaits, un tās var iedalīt trīs grupās. Čehija un Slovākija ziņo par ievērojamu daļu ārstniecības pieprasījumu, kas primāri attiecas uz amfetamīnu lietošanu (attiecīgi 58 % un 24 % no visiem pacientiem), un šajās valstīs galvenais problēmu iemesls lielākoties ir metamfetamīns; Zviedrija, Somija un Latvija ziņo, ka aptuveni trešdaļai no visiem narkotiku pacientiem, kas sāk ārstēties, primārās narkotikas ir amfetamīni; Īrija, Nīderlande, Apvienotā Karaliste un Francija savukārt ziņo, ka 1 % līdz 5 % no pacientiem, kas sāk ārstēties, primārā narkotika ir ekstazī ⁽⁸⁰⁾.

Visās valstīs, izņemot Grieķiju un Zviedriju, to jauno pacientu skaits, kuri sāk ārstēties un kuru primārās narkotikas ir amfetamīni un ekstazī, proporcionāli ir lielāks nekā visu šo narkotiku pacientu skaits ⁽⁸¹⁾. Šādai situācijai var būt vairāki skaidrojumi, tomēr tā atbilst informācijai par tendencēm. Aplūkojot jaunus ārstniecības pieprasījumus, kuros kā primārās narkotikas ir minēti amfetamīni un ekstazī, redzam, ka to skaits laikposmā no 1999. līdz 2005. gadam ir pieaudzis no 6500 līdz 10 000 jeb par vairāk nekā 3000 ⁽⁸²⁾.

Pacienti, kas vēlas ārstēties no stimulantu (izņemot kokaīnu) atkarības, vidēji ir aptuveni 27 gadus veci (pirmreizējās ārstēšanās gadījumā 26 gadus veci) un pirmo reizi pamēģinājuši šīs narkotikas vidēji 19 gadu vecumā ⁽⁸³⁾. Līdzās kaņepju lietotājiem ekstazī pacienti pieder pie gados visjaunākajiem narkotiku pacientiem, kas sāk ārstēties. Saskaņā ar ziņojumiem Nīderlandē starp narkotiku pacientiem proporcionāli visvairāk sieviešu ir ekstazī pacientu grupā. Amfetamīnu pacientu vidū sieviešu skaits proporcionāli ir lielāks nekā citu narkotiku pacientu vidū, turklāt ir aplēsts, ka ambulatoro pacientu vidū visvairāk sieviešu ir visjaunākajā vecuma grupā ⁽⁸⁴⁾.

Amfetamīnu pacienti parasti lieto šīs narkotikas kombinācijā ar citām psihoaktīvām vielām, galvenokārt kaņepēm un alkoholu, bet dažās valstīs par izplatītu parādību ir kļuvusi amfetamīnu injicēšana ⁽⁸⁵⁾. Čehijā vērojama interesanta ģeogrāfiska parādība, proti, vairāk apzinātu lietotāju ir ārpus galvaspilsētas; šī situācija atgādina ASV, kur ārpus lielpilsētām ir reģistrēts lielāks metamfetamīna un amfetamīna pacientu skaits (Dasis, 2006).

Narkotiku lietošana izklaides vietās: risinājumi

Narkotiku profilakses pasākumi

Kopumā nostāja pret profilakses pasākumiem ir mainījies — arvien lielāka nozīme tiek piešķirta ar dzīvesveidu saistītiem faktoriem, kas ļoti būtiski iespaido attieksmi pret narkotiku lietošanu, un centieniem mainīt pārlicību par narkotiku lietošanu kā parastu vai pieņemamu paradumu. Šāda nostāja ir īpaši svarīga, ja profilakses darbs jāveic vidē, kurā narkotiku lietošana pieder pie valdošās kultūras. Augstais narkotiku lietošanas izplatības līmenis atsevišķās izklaides vietās, piemēram, klubos, bāros un deju pasākumos, nozīmē, ka tieši šajās vietās ir meklējami narkotiku pieprasījuma samazinājuma iniciatīvu īstie adresāti. Arī ES narkotiku rīcības plānā (2005.–2008. g.) ir atzīmēts, ka jāturpina izstrādāt izklaides vietām paredzētus profilakses pasākumus.

Viens no risinājumiem ir gādāt, lai izklaides vietās būtu pieejami informatīvi materiāli par profilaksi un dažkārt arī par kaitējuma mazināšanu. Šādi materiāli parasti ir viegli uztverami, tie atspoguļo jaunatnes mērķgrupas kultūru, un reizēm tos izplata mobilas palīdzības grupas. Lai izdotos uzrunāt jauniešus, palīdzības grupu dalībnieki parasti viņus nenosoda un, paužot viedokli, ka visdrošākā izvēle ir narkotikas nelietot vispār, var sniegt arī ar kaitējuma mazināšanu saistītus padomus (Beļģija, Čehija, Portugāle, Austrija).

Vienlaikus ar risinājumiem, kuru mērķis ir informēt un pārliecināt individuus nelietot narkotikas, arvien vairāk dalībvalstu meklē risinājumus, kas ļautu labāk regulēt izklaides vietu norises. Ar dažiem šādiem risinājumiem, ieskaitot tādu pasākumu rīkošanu, kas ir uzsvērti brīvi no narkotikām, to īstenotāji ir centušies mainīt dažu sabiedrības locekļu pārlicību, ka narkotiku lietošana nozīmē labāku izklaidi. Izskatās, ka arvien lielākā skaitā valstu (Beļģijā,

⁽⁷⁸⁾ Skatīt attēlu TDI-2 (ii. daļu) un tabulu TDI-5 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-1 13 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-5 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸¹⁾ Skatīt tabulu TDI-4 (ii. daļu) un TDI-5 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸²⁾ Skatīt attēlu TDI-1 (ii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸³⁾ Skatīt tabulas TDI-10, TDI-11 un TDI-102 līdz TDI-109 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-21 un TDI-25 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁵⁾ Skatīt tabulas TDI-4, TDI-5 (ii. daļu), TDI-24, TDI-116 un TDI-117 2007. gada statistikas biļetenā.

Dānijā, Īrijā, Itālijā, Lietuvā, Nīderlandē, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā) pašvaldības ir ieinteresētas izveidot ciešākus kontaktus ar izklaides industrijas pārstāvjiem un izstrādāt risinājumus, kas deju mūzikas un citos pasākumos ļautu ierobežot narkotiku pieejamību un samazināt veselības riskus. Tā piemēram, sekojot Apvienotās Karalistes paraugam, virkne valstu pašlaik izstrādā drošas klubu apmeklēšanas pamatnostādnes ⁽⁸⁶⁾.

Pie visbiežāk izmantotajiem risinājumiem saistībā ar ekstazī, amfetamīna un psihotropu vielu lietošanu pieder mērķtiecīgas sabiedrības informēšanas kampaņas un arvien vairāk arī interneta vietnes. Profilakses stratēģijās internetu izmanto zema sliekšņa kontaktiem ar jauniešiem, kas lieto ekstazī, amfetamīnus vai citas psihotropās vielas vai, iespējams, vēl nav izšķīrušies par šo soli. Daudzas dalībvalstis izmanto

informatīvas un profilaksei veltītas interneta vietnes, lai mudinātu jauniešus kritiski pārdomāt savus narkotiku lietošanas paradumus. Šajās vietnēs ir pieejami padomi, piemēram, par "saprātīgu" izklaidi ārpus mājas, drošu seksu, ceļu satiksmes riskiem, veselīgu uzturu, balliņu tūrismu un juridiskiem jautājumiem (Beļģija) ⁽⁸⁷⁾.

Atkarības ārstniecība

Ārstniecības pakalpojumus ekstazī, amfetamīnu un citu psihotropu vielu lietotājiem parasti sniedz narkotiku ārstniecības dienesti, kas palīdz problemātiskiem narkotiku lietotājiem, vai šaurākas specializācijas dienesti, kas ārstē kokaīna un citu stimulējošo narkotiku lietotājus. Plašāku informāciju par narkotiku ārstniecības pakalpojumiem ES skatīt 2. un 5. nodaļā.

⁽⁸⁶⁾ Skatīt 2006. gada īpašo tēmu par izklaides vietām.

⁽⁸⁷⁾ Saites uz dažām no šīm vietnēm ir atrodamas adresē <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



5. nodaļa

Kokaīns un kreka kokaīns

Tā kā kokaīna patēriņš ir pieaudzis, Eiropas narkotiku politikā kokaīna lietošana ir kļuvusi par vienu no svarīgākajiem jautājumiem. Atzīstot, ka šī problēma kļūst arvien nopietnāka, kokaīna lietošanas ievirzēm ir veltīta 2007. gada īpašā tēma par kokaīnu.

Piegādes un pieejamība ⁽⁸⁸⁾

Ražošana un tirdzniecība

Starp nelegālajām narkotikām kokaīns pēc tirdzniecības apjoma ierindojas otrajā vietā pasaulē aiz kaņepēm. Pasaulē atsavinātā kokaīna daudzums 2005. gadā ir turpinājis pieaugt, sasniedzot 756 tonnas, lielākais daudzums ir pārtvertis Dienvidamerikā, kam seko Ziemeļamerika.

Starp nelegālajiem kokas krūmu kultivētājiem pasaules lidere neapšaubāmi joprojām ir Kolumbija, kam seko Peru un Bolīvija (UNODC, 2007). Eiropā atsavinātais kokaīns lielākoties nāk no Dienvidamerikas, vai nu taisnā ceļā, vai arī caur Centrālameriku un Karību jūras baseina valstīm, kā arī caur Rietumāfriku.

Galvenais ieviešanas punkts Eiropā joprojām ir Iberijas pussala, un izskatās, ka šeit arvien lielāku lomu sāk spēlēt Portugāle. Kokaīnu tiešā ceļā importē arī uz citām valstīm, viens no galvenajiem ieviešanas punktiem joprojām ir Nīderlande. Spāniju un Nīderlandi uzskata par galvenajiem kokaīna izplatīšanas centriem. Par kokaīna importu no valstīm ārpus Eiropas, ziņo arī virkne citu valstu, tostarp Beļģija, Vācija, Francija un Apvienotā Karaliste, un arī izplatīšanas ceļi, iespējams, kļūst daudzveidīgāki, jo pienāk ziņojumi par izplatīšanas pieaugumu caur Austrum- un Centrāleiropu, kā sekundārus tranzītpunktus minot gan ES valstis, gan kaimiņvalstis.

Atsavināšana

Saskaņā ar aplēsēm 2005. gadā Eiropā ir bijuši 70 000 atsavināšanas gadījumu, kuros ir konfiscētas

107 tonnas kokaīna. Kokaīns lielākoties joprojām ir atsavināts Rietumeiropas valstīs, jo īpaši Spānijā, kur ir reģistrēta aptuveni puse no visiem atsavināšanas gadījumiem un konfiscēta apmēram puse no Eiropā pārtvertā kokaīna daudzuma ⁽⁸⁹⁾. Laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam Eiropas līmenī kopumā ir pieaudzis gan kokaīna atsavināšanas gadījumu skaits, gan atsavinātā kokaīna daudzums ⁽⁹⁰⁾. Tam par iemeslu ir bijis galvenokārt ievērojams pieaugums Spānijā un Portugālē — 2005. gadā Portugālē ir apsteigusi Nīderlandi kā valsts ar otro lielāko pārtvertā kokaīna daudzumu aiz Spānijas.

Cena un tīrība

Kokaīna vidējā jeb tipiskā mazumtirdzniecības cena Eiropā 2005. gadā ir bijusi ļoti atšķirīga, svārstoties no 45 līdz 120 euro par gramu, vairums valstu ziņo par cenu robežās no 50 līdz 80 euro par gramu ⁽⁹¹⁾. Laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam kokaīna vidējā cena, ievērojot inflāciju, visās 19 valstīs, kas bija sniegušas pietiekamus datus, kopumā liecina par lejupejošu tendenci.

Kokaīna vidējā jeb tipiskā tīrība lietotāju līmenī 2005. gadā ir svārstījusies no 20 % līdz 78 %, vairums valstu ziņo, ka tīrība ir bijusi robežās no 30 % līdz 60 % ⁽⁹²⁾. Par laikposmu no 2000. līdz 2005. gadam pieejamie dati liecina, ka lielākajā daļā no 21 valsts, kas bija sniegušas datus, kokaīna vidējais tīrības līmenis kopumā ir krities.

Kokaīna lietošanas izplatība un ievirzes

Daudzās ES dalībvalstīs un ES kopumā kokaīns pašlaik ir otra visbiežāk lietotā nelegālā narkotika aiz kaņepēm. Pamatojoties uz ES un Norvēģijā nesen veiktu valsts iedzīvotāju aptauju rezultātiem, ir aplēsts, ka kokaīnu vismaz vienreiz (vismaz reizi dzīves laikā) ir pamēģinājuši vairāk nekā 12 miljoni eiropiešu jeb gandrīz 4 % no visiem pieaugušajiem iedzīvotājiem ⁽⁹³⁾. Saskaņā ar valsts ziņojumiem iedzīvotāju, kuri vismaz reizi dzīves laikā lietojuši

⁽⁸⁸⁾ Skatīt "Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija", 37. lpp.

⁽⁸⁹⁾ Šī informācija jāpārbauda, kad būs pieejami trūkstošie 2005. gada dati. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2005. gada dati ir aizstāti ar 2004. gada datiem.

⁽⁹⁰⁾ Skatīt tabulu SZR-9 un SZR-10 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹¹⁾ Skatīt tabulu PPP-3 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹²⁾ Skatīt tabulu PPP-7 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹³⁾ Aplēsēs izmantotās metodes aprakstu skatīt 30. zemsvītras piezīmē.

kokaīnu, procentuālais daudzums svārstās no 0,2 % līdz 7,3 %, bet 5 % robežu pārsniedz trīs valstis (Spānija, Itālija un Apvienotā Karaliste) ⁽⁹⁴⁾.

Ir aprēķināts, ka pēdējā gada laikā kokaīnu ir lietojuši vismaz 4,5 miljoni eiropiešu (vidēji 1,3 %). Pēdējā gada lietošanas rādītāji svārstās no 0,1 % Grieķijā līdz 3,0 % Spānijā, arī Itālija un Apvienotā Karaliste ziņo, ka šajās valstīs pēdējā gada laikā kokaīnu ir lietojuši vairāk nekā 2 % iedzīvotāju ⁽⁹⁵⁾. No apsekojumu rezultātiem izriet, ka pēdējā mēneša laikā kokaīnu ir lietojuši 2 miljoni eiropiešu (vidēji 0,6 %) ⁽⁹⁶⁾.

Tāpat kā citas nelegālās narkotikas, arī kokaīnu visvairāk ir iecienījuši gados jauni (15–34 gadus veci) pieaugušie. Vismaz vienreiz mūžā kokaīnu ir pamēģinājuši aptuveni 7,5 miljoni gados jaunu Eiropas pieaugušo iedzīvotāju (vidēji 5,3 %), un saskaņā ar ziņojumiem piecās valstīs (Vācijā, Itālijā, Dānijā, Spānijā, Apvienotajā Karalistē) šādu personu ir 5 % vai vairāk ⁽⁹⁷⁾. Aplūkojot īsākus lietošanas periodus, redzam, ka saskaņā ar aplēsēm ⁽⁹⁸⁾ no 3,5 miljoniem (2,4 %) gados jaunu pieaugušo, kas atzīst, ka ir lietojuši kokaīnu pēdējā gada laikā, 1,5 miljoni (1 %) ir lietojuši šo narkotiku pēdējā mēneša laikā.

Skolu audzēkņu vidū kopējie kokaīna izplatības rādītāji ir daudz zemāki nekā kaņepju lietošanas rādītāji. Lielākajā daļā valstu 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū kokaīnu vismaz reizi dzīves laikā lietojuši 2 % vai mazāk, sasniedzot 6 % tikai Spānijā un Apvienotajā Karalistē ⁽⁹⁹⁾. No 16 valstu sniegtajiem datiem par kokaīna lietošanu vismaz reizi dzīves laikā vecāku, proti, 17 līdz 18 gadus vecu skolu audzēkņu vidū, var secināt, ka šajā vecuma grupā tādu, kas vismaz reizi dzīves laikā lietojuši kokaīnu, Spānijā ir krietni vairāk, lai gan provizorisks dati par šo valsti liecina, ka pēdējā laikā lietotāju skaits ir samazinājies ⁽¹⁰⁰⁾. Lielākajā daļā no pārējām 15 valstīm kokaīna izplatība gados vecāko skolu audzēkņu vidū ir lielāka, bet atšķirības nav tik izteiktas. Tomēr jāatzīmē, ka pēdējā gada un pēdējā mēneša kokaīna lietošanas izplatības rādītāji ir daudz zemāki.

Kokaīna lietošana nav raksturīga kādām noteiktām sociālām grupām, tomēr sociāli integrēti gados jauni pieaugušie, kas apmeklē izklaides vietas, mēdz lietot kokaīnu tādos daudzumos, kas krietni pārsniedz iedzīvotāju apsekojumus noteikto kokaīna lietošanas līmeni sabiedrībā kopumā. Vairākās Eiropas valstīs veikti pētījumi gados jaunu cilvēku

vidū deju mūzikas pasākumos atklāj, ka šajā vidē cilvēku, kuri vismaz reizi dzīves laikā lietojuši kokaīnu, procentuālais daudzums svārstās no 10 % līdz 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Kokaīna lietošanas ievirzes dažādās lietotāju grupās ievērojami atšķiras. Sociāli integrēti lietotāji kokaīnu galvenokārt ņauc; daudzi lieto arī citas psihoaktīvas vielas, tostarp alkoholu, tabaku, kaņepes un citas stimulējošas narkotikas ⁽¹⁰²⁾, bet šāda vairāku narkotiku lietošana var izrādīties īpaši bīstama veselībai.

Kreka lietošana Eiropā kopumā vēl arvien ir samērā maz izplatīta, krekā lietotāji visbiežāk ir sastopami dažās pilsētās marginalizētu un sociāli atstumtu iedzīvotāju grupu vidū. Lai arī kokaīna smēķētāji ir un paliek minoritāte, ar krekā ir saistīta ievērojama daļa ārstniecības pieprasījumu. Starp narkotiku lietotājiem, kas neinjicē citas narkotikas, kokaīna injicēšana, šķiet, nav izplatīta, tas attiecas arī uz pacientiem, kas ārstējas (skatīt turpmāk). Tomēr arvien biežāk pienāk ziņas par heroīna injicētājiem, kas injicē arī kokaīnu vai kokaīna un heroīna maisījumus.

Problemātiskas kokaīna lietošanas ⁽¹⁰³⁾ izplatības rādītāji ir pieejami tikai par trim valstīm (Spānija, Itālija, Apvienotā Karaliste). Saskaņā ar šajās valstīs veikto aplēšu rezultātiem, uz 1000 pieaugušajiem (15–64 gadus vecajiem) iedzīvotājiem ir 3 līdz 6 problemātiski kokaīna lietotāji ⁽¹⁰⁴⁾.

Kokaīna lietošanas tendences

Jaunākie dati neapstiprina 2006. gada ziņojumā minēto informāciju par kokaīna lietošanas stabilizācijas pazīmēm gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū. Visās valstīs, kurās ir bijuši pieejami nesenu apsekojumu rezultāti, ir konstatēts, ka pēdējā gada lietošanas izplatība vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem ir pieaugusi, lai gan dalībvalstīs ar visaugstāko izplatības līmeni, proti, Spānijā un Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā), iespējams, notiek neliela augšupejošās tendences izlīdzināšanās. Par ievērojamu pieaugumu ziņo arī Itālija un Dānija (7. attēls).

Analizējot to valstu datus, kuru laika rindas ir garākas un izplatības rādītāji novērtējami, var izdalīt dažādās iedzīvotāju grupās vērojamas tendences. Gan Spānijā, gan Apvienotajā Karalistē izplatība kopumā ir vairāk pieaugusi vīriešu nekā sieviešu vidū. Pēdējā gada kokaīna lietošanas izplatības

⁽⁹⁴⁾ Skatīt tabulu GPS-8 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁵⁾ Skatīt tabulu GPS-10 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁶⁾ Skatīt tabulu GPS-12 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁷⁾ Skatīt tabulu GPS-9 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁸⁾ Skatīt tabulas GPS-11 un GPS-13 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁹⁾ Skatīt tabulu EYE-3 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁰⁾ Skatīt tabulu EYE-2 2007. gada statistikas biļetenā.

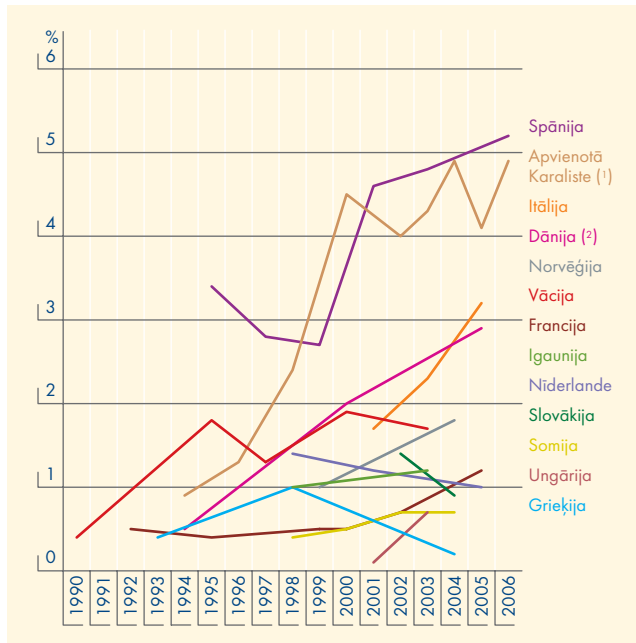
⁽¹⁰¹⁾ Skatīt 2006. gada īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās.

⁽¹⁰²⁾ Skatīt 15. attēlu 2006. gada ziņojumā.

⁽¹⁰³⁾ Definēta kā ilgstoša un/vai regulāra kokaīna lietošana un/vai injicēšana.

⁽¹⁰⁴⁾ Skatīt tabulu PDU-2 2007. gada statistikas biļetenā un 2007. gada īpašo tēmu par kokaīnu.

7. attēls. Kokaīna pēdējā gada lietošanas izplatības tendences gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū



(1) Anglija un Velsa.

(2) Dānijā 1994. gada dati attiecas uz "smagajām narkotikām".

NB! Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie valsts aptauju dati. Papildu informācijai skatīt tabulu GPS-4 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitoxtika valstu ziņojumi (2006), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu un zinātnisku rakstu informācija.

pieaugumu kopš 2001. gada, par kuru ziņo Spānija, drīzāk var attiecināt uz izplatības pieaugumu vecuma grupā no 15 līdz 24 gadiem, nevis visu 15 līdz 34 gadus veco iedzīvotāju grupā.

Ir izskanējis viedoklis, ka dažās Eiropas valstīs, kokaīns, iespējams, ir aizstājis citus stimulantus (105). Dati, kas iegūti, apsekojot gados jaunus deju mūzikas klubu apmeklētājus, jāinterpretē piesardzīgi, jo šis respondentu paraugs ir ļoti selektīvs. Tomēr šie dati var sniegt ieskatu regulāru narkotiku lietotāju paradumos, un Nīderlandē veikti pētījumi rāda, ka dažās pašvaldībās klubu apmeklētāju vidū kokaīns kā visbiežāk lietotais stimulants ir apsteidzis ekstāzi, dažās narkotiku lietotāju grupās gūstot arvien lielāku piekrišanu.

Informācija par kokaīna ārstniecības pieprasījumiem

Pēc opioīdiem un kaņepēm kokaīna lietošana Eiropā ir visbiežākais ārstēšanās iemesls. Saskaņā ar ziņojumiem

2005. gadā kokaīns kā primārā narkotika ir minēts aptuveni 48 000 ārstniecības pieprasījumu jeb aptuveni 13 % no visiem ES paziņotajiem ārstniecības pieprasījumiem (106); turklāt aptuveni 15 % no visiem ambulatorajiem pacientiem nosauc kokaīnu kā sekundāro narkotiku (107). Aiz kopējā rādītāja slēpjas plašas atšķirības valstu starpā. Lielākajā daļā valstu kokaīna pacientu proporcionāli ir samērā maz, bet Nīderlandē (35 %) un Spānijā (42 % 2004. gadā) to pacientu skaits, kas vēlas atradināties no kokaīna lietošanas, proporcionāli ir daudz lielāks. Jauno pacientu vidū kokaīna pacientu skaits proporcionāli ir lielāks nekā visu pacientu vidū, un saskaņā ar ziņojumiem kopumā apmēram 22 % no visiem jaunajiem ārstniecības pieprasījumiem (33 000 pieprasījumu 22 valstīs) ir saistīti ar kokaīna lietošanu.

Turpinās iepriekšējo gadu tendence, kas liecina par kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu. Laikposmā no 1999. līdz 2005. gadam jauno pacientu skaits, kuri vēlas ārstēties no kokaīna atkarības, visu jauno narkotiku pacientu vidū ir pieaudzis no 11 % līdz 24 %, bet paziņoto pieprasījumu skaits ir pieaudzis no 13 000 līdz 33 000 (108). Kokaīna ārstniecības pieprasījuma tendenču izvērtēšana analīze ir sniegta 2007. gada īpašajā tēmā par kokaīnu.

Eiropas dati par narkotiku lietotājiem, kuri vēlas ārstēties un kuru primārā narkotika ir kokaīns, pārsvarā attiecas uz kokaīna pulvera lietotājiem (85 %), kreka kokaīns ir minēts tikai 15 % gadījumu, turklāt saskaņā ar ziņojumiem kokaīna atkarības ārstēšana gandrīz bez izņēmuma notiek ambulatoros ārstniecības centros (94 %) (109). Tomēr jāatzīmē, ka dati par kokaīna atkarības ārstēšanu stacionārajos ārstniecības centros un pie vispārējās prakses ārstiem ir nepilnīgi.

Ambulatorie kokaīna pacienti saskaņā ar ziņojumiem ir gados vecākie narkotiku pacienti aiz opioīdu lietotājiem, viņu caurmēra vecums ir 31 gads (110). Pārsvarā tie ir vīrieši — vīriešu un sieviešu attiecība šajā narkotiku pacientu grupā salīdzinājumā ar citām ir viena no ievērojamākajām (no visiem pacientiem — gandrīz pieci vīrieši uz vienu sievieti, no jauniem pacientiem — seši vīrieši uz vienu sievieti) (111). Lielākā daļa kokaīna lietotāju, kas apmeklē ambulatorās ārstniecības iestādes, ir sākuši lietot kokaīnu vecumā no 15 līdz 24 gadiem (112).

(105) Skatīt šā ziņojuma 4. nodaļu.

(106) Skatīt attēlu TDI-2 2007. gada statistikas biļetenā.

(107) Skatīt tabulu TDI-22 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

(108) Skatīt attēlu TDI-1 2007. gada statistikas biļetenā.

(109) Skatīt tabulas TDI-24 un TDI-1 15 2007. gada statistikas biļetenā.

(110) Skatīt tabulu TDI-10 2007. gada statistikas biļetenā.

(111) Skatīt tabulu TDI-21 2007. gada statistikas biļetenā.

(112) Skatīt tabulu TDI-1 1 (no i. līdz iv. daļai) 2007. gada statistikas biļetenā.

Kokaīna atkarības ārstēšana

Problemātiskiem kokaīna lietotājiem domātu specializētu pakalpojumu nodrošinājums Eiropā vēl arvien ir ierobežots un, kā jau minēts, lielākais kokaīna pacientu skaits pašlaik ir Spānijā un Nīderlandē. Taču izskatās, ka valstis ar ievērojamu kokaīna lietotāju kontingentu pauž arvien lielāku interesi par specializētiem pakalpojumiem. Nav brīnums, ka zemas izplatības valstīs neuzskata īpaši kokaīna lietotājiem paredzētus ārstniecības pakalpojumus par politisku prioritāti. Ja opioīdu pacienti ir samērā viendabīga grupa, to nevar teikt par kokaīna pacientiem, līdz ar to Eiropas ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem nākas risināt problēmas, ko rada plašākais kokaīna lietotāju spektrs. Lielākā daļa kokaīna lietotāju, kam kokaīns ir primārā narkotika un kas apmeklē ambulatorās ārstniecības iestādes, atzīst, ka kokaīnu šņauc, šai grupai seko kokaīna smēķētāji vai ieelpotāji, bet relatīvi vismazāk (mazāk nekā 10 %) ir tādu pacientu, kas atzīst, ka šo narkotiku injicē. Starp jauniešiem pacientiem injicēšana ir vēl mazāk izplatīta (5 %) ⁽¹¹³⁾. Aptuveni 16 % kokaīna pacientu atzīst, ka lieto kokaīnu kombinācijā ar opioīdiem, un dažās valstīs daudzi pacienti, kas ārstējas no opioīdu atkarības, vismaz dažkārt lieto arī kokaīnu.

Spriežot pēc situācijas, ārstniecības dienestiem vajadzētu būt gataviem palīdzēt trim dažādām kokaīna lietotāju grupām, ko vienkāršoti var raksturot šādi: pirmajā grupā ietilpst sociāli vairāk integrēti kokaīna lietotāji, kas, apmeklējot izklaides vietas, iespējams, regulāri lieto vairākas narkotikas, tostarp alkoholu; otrajā grupā ietilpst kokaīna lietotāji, kam mēdz būt arī ar opioīdu lietošanu saistītas problēmas; trešajā grupā ietilpst galēji marginalizēti un problemātiski kokaīna lietotāji.

Šo trīs grupu vajadzības visdrīzāk atšķiras, tādēļ pakalpojumu sniedzējiem nākas meklēt dažādus risinājumus. Saskaņā ar ziņojumiem Eiropā kokaīna ārstniecība lielākoties notiek ambulatorās ārstniecības iestādēs, kas daudzos gadījumos ir orientētas uz opioīdu lietotāju vajadzībām. Jāšaubās, vai šāds piedāvājums liksies pievilcīgs samērā labi sociāli integrētiem kokaīna lietotājiem, kam ir radušās problēmas sakarā ar kokaīna lietošanu izklaides nolūkā. Iespējams, daļa šīs grupas pacientu meklēs palīdzību vispārējās veselības aprūpes sistēmā, piemēram, pie vispārējās prakses ārstiem vai konsultantiem vai — ja varēs to atļauties — specializētās privātklinikās.

Atšķirībā no opioīdu atkarības ārstēšanas, farmakoloģiski risinājumi kokaīna atkarības ārstēšanā ir ierobežoti, lai gan ir pieejami simptomi atvieglojoši recepšu medikamenti. Pašlaik nav pieejams neviens farmakoloģisks līdzeklis, kas palīdzētu lietotājiem panākt vai pārvaldīt kokaīna abstinenci — nākotnē dažas šādas iespējas tomēr varbūt būs. Eiropā uzsvars tiek

liets uz psihosociāliem ievācīšanās pasākumiem, kuru pamatā ir galvenokārt kognitīvi un ar uzvedību saistīti risinājumi. Dziļāks un plašāks pārskats par kokaīna ārstniecības iespējām ir atrodams 2007. gada īpašajā tēmā par kokaīnu un EMCCDA tehniskajā pārskatā (EMCCDA, 2007b).

Kreka kokaīna problēmas Eiropā ir maz izplatītas un ģeogrāfiski stingri norobežotas, līdz ar to arī pieredze šīs narkotiku lietotāju grupas vajadzību apmierināšanā ir daudz mazāka. Ir pieejams liels skaits kokaīnam veltītu publikāciju, kuru pamatā ir ASV pieredze, bet vēl nav noskaidrots, cik lielā mērā to var tieši piemērot Eiropas apstākļiem. Apvienotā Karaliste, kas salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm ziņo par relatīvi augstu problemātiskas kokaīna lietošanas izplatības līmeni, ir sagatavojusi profesionāliem domātas pamatnostādnes, kurās ir ieteikts integrēt kokaīna ārstniecību strukturētās narkotiku ārstniecības programmās, iekļaujot pasākumus, kas paredz abstinenci un kaitējuma samazināšanu līdz minimumam (NTA, 2002). Nesenā Apvienotās Karalistes pakalpojumu nodrošinājuma novērtējumā ir ziņots arī par zināmiem panākumiem, ārstējot kokaīna lietotājus stacionārās aprūpes iestādēs (Weaver, 2007).

Risku un kaitējuma mazināšana

Kokaīna lietotāji, kas lieto šo narkotiku izklaides nolūkā, riskē kļūt atkarīgi no narkotikām, riskanta ir arī kokaīna mijiedarbība ar citām narkotikām, turklāt kokaīns veicina sirds un asinsvadu slimību saasināšanos. Lielākā daļa Eiropas valstu ziņo, ka kokaīna lietotāji var piekļūt informācijai par kokaīnu un kokaīna lietošanas riskiem, izmantojot dažādus informācijas avotus, piemēram, interneta vietnes, palīdzības tālruņus un citus medijus. Interesanti atzīmēt, ka saskaņā ar Eiropas Narkotiku palīdzības tālruņu fonda sniegto informāciju, 2005. un 2006. gadā ir pieaudzis ar kokaīnu saistīto zvanu skaits ⁽¹¹⁴⁾.

Kokaīna lietošana var būt saistīta ar ļoti riskantu seksuālo uzvedību vai nokļūšanu seksa industrijas varā. Pētījumu rezultāti liecina, ka par īpaši neaizsargātām ir uzskatāmas sievietes, kas lieto kokaīnu — viņas neatsakās no augsta riska seksuālās uzvedības, ja tā var tikt pie naudas vai narkotikām, tādēļ dažās valstīs kaitējuma mazināšanas un palīdzības programmas ir veltītas tieši darbam ar seksa industrijā iesaistītajiem, mērķtiecīgi cenšoties mainīt gan seksuāli, gan ar narkotiku lietošanu saistītu riskantu uzvedību.

Lai gan skaita ziņā kokaīna lietotāju nav daudz, tieši viņus visvairāk apdraud problēmas, turklāt šo kontingentu ir grūti pierunāt izmantot ārstniecības un citus pakalpojumus. Dažās pilsētās, kur pastāv ievērojamas ar kokaīna lietošanu saistītas problēmas, ar kaitējuma mazināšanas

⁽¹¹³⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (ii. un vi. daļu) un tabulu TDI-110 2007. gada statistikas bijetēnā.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

programmām ir mēģināts iejaukties, nodrošinot palīdzību, krīzes iejaukšanos, medicīnisku palīdzību akūtu veselības traucējumu gadījumos, kā arī nosūtījumus uz strukturētiem dienestiem. Piemēram, Vīnē ambulatorie dienesti piedāvā telpas, kurās droši var uzturēties kokaīna un kreka lietotāji, kas bieži izjūt trauksmi, un kurās ir iespējams saņemt arī primāro veselības aprūpi un nosūtījumus uz citiem dienestiem. Valstis, kas piedāvā narkotiku lietošanas istabas narkotiku injicētājiem, dažkārt ir paplašinājušas šo pakalpojumu, piedāvājot to arī kreka kokaīna lietotājiem, piemēram, Vācijā

gan Frankfurtē, gan Hamburgā kreka smēķētāji var uzturēties speciālās telpās.

Kokaīna injicētājiem domātie kaitējuma mazināšanas risinājumi kopumā neatšķiras no pārējiem narkotiku injicētājiem domātajiem risinājumiem (skatīt 8. nodaļu), lai gan daži pētījumi liecina, ka stimulantu lietotāji mēdz injicēt narkotikas biežāk, tādēļ potenciāli var būt pakļauti lielākam riskam. Turklāt, ja kreka kokaīns nav pareizi sagatavots, tā injicēšana ir saistīta ar specifiskiem riskiem.

Kokaīna un kreka kokaīna lietošana: pieaugoša sabiedrības veselības problēma (EMCDDA 2007. gada ziņojuma īpašā tēma)

Pēdējos gados zināmas pazīmes liecina, ka kokaīna lietošana Eiropā kļūst par pieaugošu problēmu. Iepazīstoties ar šo īpašo tēmu, uzzinām, ka dažās Eiropas valstīs ievērojami ir pieaugusi gan kokaīna lietošana, gan ārstniecības pieprasījumu skaits, gan kokaīna atsavināšana. Notiek izpēte, lai noskaidrotu, cik nopietni kokaīna lietošana var iespaidot sabiedrības veselību. Īpaša

vērtība tiek pievērsta kokaīna ietekmei uz tā lietotāju veselību, jo šī ietekme pastāvošajās paziņošanas sistēmās nereti nav pietiekami apzināta. Īpašajā tēmā ir izvērtēti aplūkotas ar kokaīna un kreka kokaīna atkarības efektīvas ārstniecības nodrošinājumu saistītās problēmas — nav noslēpums, ka kokaīna atkarības gadījumos efektīvu ārstniecību nodrošināt ir īpaši grūti arī tādēļ, ka kokaīna lietotāji ir ļoti dažādi, līdz ar to atšķiras arī viņu vajadzības.

Šī īpašā tēma — tikai angļu valodā — ir pieejama iespiestā izdevumā un internetā (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



6. nodaļa

Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana

Heroīna piegādes un pieejamība ⁽¹¹⁵⁾

Eiropā vēsturiski ir sastopami divi ievestā heroīna veidi — plaši pieejamais brūnais heroīns (ķīmiskajā pamatformā), ko iaved no Afganistānas, un retāk pieejamais un parasti dārgākais baltais heroīns (sāls formā), kas parasti nāk no Dienvidaustrumāzijas, lai gan šis heroīna veids pašlaik kļūst sastopams arvien retāk. Nedaudz opioīdu narkotiku ražo arī Eiropā, bet ražošana 2005. gadā parasti ir aprobežojusies ar nelielu daudzumu mājās gatavotiem magoņu preparātiem (tie ir, piemēram, magoņu salmi vai no sasmalcinātiem magoņu kātiem un galviņām izgatavots magoņu koncentrāts), kurus izgatavo vairākās Austrumeiropas valstīs (Latvijā, Lietuvā, Polijā).

Ražošana un tirdzniecība

Heroīnu, ko lieto Eiropā, pārsvarā ražo Afganistānā, kas joprojām ir nelegālo opija piegāžu pasaules lidere, kam seko Mjanma. Aplēses liecina, ka 2006. gadā ir saražotas apmēram 6610 tonnas opija, 92 % no tām Afganistānā. Tas ir par 43 % vairāk salīdzinājumā ar 2005. gada aplēsēm, un tam par iemeslu ir kultivācijas platību ievērojamā paplašināšanās. Aplēstais potenciālais pasaulē saražotā heroīna daudzums 2006. gadā ir bijis 606 tonnas salīdzinājumā ar 472 tonnām 2005. gadā (UNODC, 2007). Spriežot pēc opioīdu atsavināšanas datiem un likvidēto laboratoriju skaita, Afganistānā saražotais opijs pirms izvešanas no valsts arvien biežāk tiek turpat uz vietas pārstrādāts morfīnā vai heroīnā (CND, 2007).

Heroīns nonāk Eiropā pa diviem galvenajiem kontrabandas ceļiem. Joprojām izšķirīga loma heroīna kontrabandā ir vēsturiski svarīgajam un īsākajam Balkānu ceļam. Šis ceļš ved caur Pakistānu, Irānu un Turciju, bet pēc tam sazarojas dienvidu atzarā, kas iet caur Grieķiju, Bijušo Dienvidslāvijas Republiku Maķedoniju (FYROM), Albāniju, Itāliju, Serbiju, Melnkalni un Bosniju un Hercegovinu, un ziemeļu atzarā, kas iet caur Bulgāriju, Rumāniju, Ungāriju, Austriju, Vāciju un Nīderlandi, kura ir uzskatāma par sekundāru izplatīšanas centru uz pārējām Rietumeiropas valstīm. Kopš 20. gadsimta

90. gadu vidus arvien vairāk heroīna (tomēr mazāk nekā caur Balkāniem) nelikumīgi nonāk Eiropā pa “zīda ceļu” cauri Centrālāzijas republikām, pāri Kaspijas jūrai un caur Krievijas Federāciju, Baltkrieviju vai Ukrainu uz Igauniju, Latviju, dažām Ziemeļvalstīm, Vāciju un Bulgāriju. Lai gan šie ir galvenie ceļi, par heroīna sūtījumu tranzītvalstīm ceļā no Dienvid- un Dienvidrietumāzijas uz Eiropu ir kļuvušas arī Arābijas pussalas valstis (Omāna, Apvienotie Arābu Emirāti) (INCB, 2006), no kurām daļa heroīna kontrabandas ceļā caur Austrumāfriku (Etiopiju, Keniju, Mauritāniju) un reizēm arī caur Rietumāfriku (Nigēriju) tiek nosūtīta uz Eiropas un mazākā mērā Ziemeļamerikas nelegālajiem tirgiem (INCB, 2007a). Saskaņā ar ziņojumiem heroīns no Dienvidrietumāzijas kontrabandas ceļā nonāk Eiropā arī caur Dienvid- un Austrumāzijas valstīm (Indiju, Bangladešu, Šrilanku, Ķīnu).

Atsavināšana

Pasaulē 2005. gadā ir atsavinātas 342 tonnas opija, 32 tonnas morfīna un 58 tonnas heroīna. Pasaulē lielākais heroīna daudzums joprojām ir atsavināts Āzijā (Ķīnā, Afganistānā, Irānā, Pakistānā) (54 %), kam seko Eiropa (38 %) (UNODC, 2007).

Saskaņā ar aplēsēm ES dalībvalstīs, kandidātvalstīs un Norvēģijā 2005. gadā ir bijuši 52 000 atsavināšanas gadījumi, kuru rezultātā ir pārtvertas aptuveni 16,8 tonnas heroīna. Eiropā lielākais konfiskāciju skaits joprojām ir bijis Apvienotajā Karalistē (pamatojoties uz 2004. gada datiem), kam seko Spānija, Vācija un Grieķija, bet Turcijā (kam seko Apvienotā Karaliste, Itālija un Nīderlande) ir atsavināts lielākais heroīna daudzums jeb gandrīz puse no 2005. gadā kopumā atsavinātā daudzuma ⁽¹¹⁶⁾. Heroīna atsavināšanas rādītāji laikposmā no 2002. līdz 2003. gadam liecina par kritumu, kam, pamatojoties uz pieejamajiem datiem, pašlaik seko pieaugums. Laikposmā no 2000. līdz 2005. gadam ES dalībvalstīs kopumā atsavinātā heroīna daudzums ir bijis svārstīgs ar nedaudz lejupejošu tendenci, savukārt Turcijā tajā pašā laikposmā konfiscētā heroīna daudzums ir krasi palielinājies ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Skatīt “Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija”, 37. lpp.

⁽¹¹⁶⁾ Šī informācija jāpārbauda, kad būs pieejami trūkstošie 2005. gada dati. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2005. gada dati ir aizstāti ar 2004. gada datiem.

⁽¹¹⁷⁾ Skatīt tabulas SZR-7 un SZR-8 2007. gada statistikas biļetenā.

Cena un tīrība

Cenas un tīrības tendenču noteikšanu apgrūpina secīgu datu trūkums, kura dēļ aplēsēs nav bijis iespējams izmantot visu valstu sniegtu informāciju⁽¹¹⁸⁾. Lielākā daļa valstu ziņo, ka brūnā heroīna vidējā jeb tipiskā ielas cena ir bijusi robežās no 35–80 euro par gramu. Par laikposmu no 2000. līdz 2005. gadam pieejamie dati liecina, ka heroīna vidējā cena, ievērojot inflāciju, lielākajā daļā no 18 valstīm, kas bija sniegušas salīdzināmus datus, ir kritusies. Brūnā heroīna vidējā jeb tipiskā tīrība ielas līmenī ir ievērojami svārstījusies. Lielākā daļa valstu informē par tīrību robežās no 15 % līdz 50 %; savukārt baltā heroīna tīrība gadījumos, kad tas bijis pieejams, ir bijusi augstāka (30–70 %). Heroīna preparātu vidējā tīrība kopš 2000. gada vairumā no 18 aplūkotajām valstīm ir bijusi svārstīga.

Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses

Šajā sadaļā minētās informācijas avots ir EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas (PDU) rādītājs, kas aptver galvenokārt narkotiku injicētājus un opioīdu lietotājus, bet dažās valstīs svarīga šā rādītāja daļa ir arī amfetamīnu lietotāji⁽¹¹⁹⁾. Problemātisko opioīdu lietotāju skaitu noteikt ir grūti un, lai no pieejamajiem datu avotiem izsecinātu izplatības rādītājus, jāveic sarežģīta analīze. Turklāt, tā kā pētījumi lielākoties tiek veikti atsevišķās ģeogrāfiskās teritorijās, piemēram, pilsētās vai rajonos, ekstrapolācijas ceļā iegūt valsts rādītājus ir grūti.

Aplēses sarežģī arī tas, ka, spriežot pēc visa, problemātiskas narkotiku lietošanas ievirzes Eiropā kļūst daudzveidīgākas. Piemēram, lielākajā daļā valstu pastāvīgi pieaug ar vairāku narkotiku lietošanu saistītās problēmas, bet dažas valstis, kur vēsturiski ir dominējušas opioīdu (gandrīz bez izņēmuma — heroīna) problēmas, tagad ziņo par pārmaiņām citu narkotiku, piemēram, kokaīna virzienā.

Nesen veiktas problemātiskas narkotiku lietošanas aplēses rāda, ka valsts līmenī uz katriem 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15–64 gadiem ir aptuveni viens līdz seši problemātiski opioīdu lietotāji. Salīdzinājumam: pilnās PDU aplēses liecina, ka PDU rādītājs uz 1000 iedzīvotājiem ir robežās no viena līdz astoņiem. Daži no zemākajiem pienācīgi dokumentētajiem rādītājiem, kas pašlaik pieejami, nāk no jaunajām ES valstīm, bet to nevar teikt par Maltu, kura ziņo par samērā augstu izplatības līmeni (5,8–6,7 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem) (8. attēls).

No pieejamajiem nepilnīgajiem datiem var secināt, ka problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības vidējais līmenis ir četri līdz pieci gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Tas nozīmē, ka ES un Norvēģijā ir vidēji 1,5 miljoni (1,3–1,7 miljoni) problemātisku opioīdu lietotāju. Taču šos rādītājus nebūt nevar uzskatīt par drošiem, jo aplēsēs izmantojamo datu apjoms pagaidām nav pietiekams.

Problemātiskas opioīdu lietošanas laika tendences

Tā kā trūkst drošu vēsturisku datu, problemātiskas opioīdu lietošanas laika tendences novērtēt ir sarežģīti, līdz ar to tās vajadzētu interpretēt piesardzīgi. Spriežot pēc dažu valstu ziņojumiem, problemātiska opioīdu lietošana pēdējos gados kopumā, iespējams, ir nedaudz stabilizējusies. Atkārtoti aprēķini par problemātisku opioīdu lietošanu laikposmā no 2001. līdz 2005. gadam ir pieejami tikai astoņās valstīs un liecina par samērā stabili situāciju — par nepārprotamu pieaugumu ziņo tikai viena valsts (Austrija)⁽¹²⁰⁾.

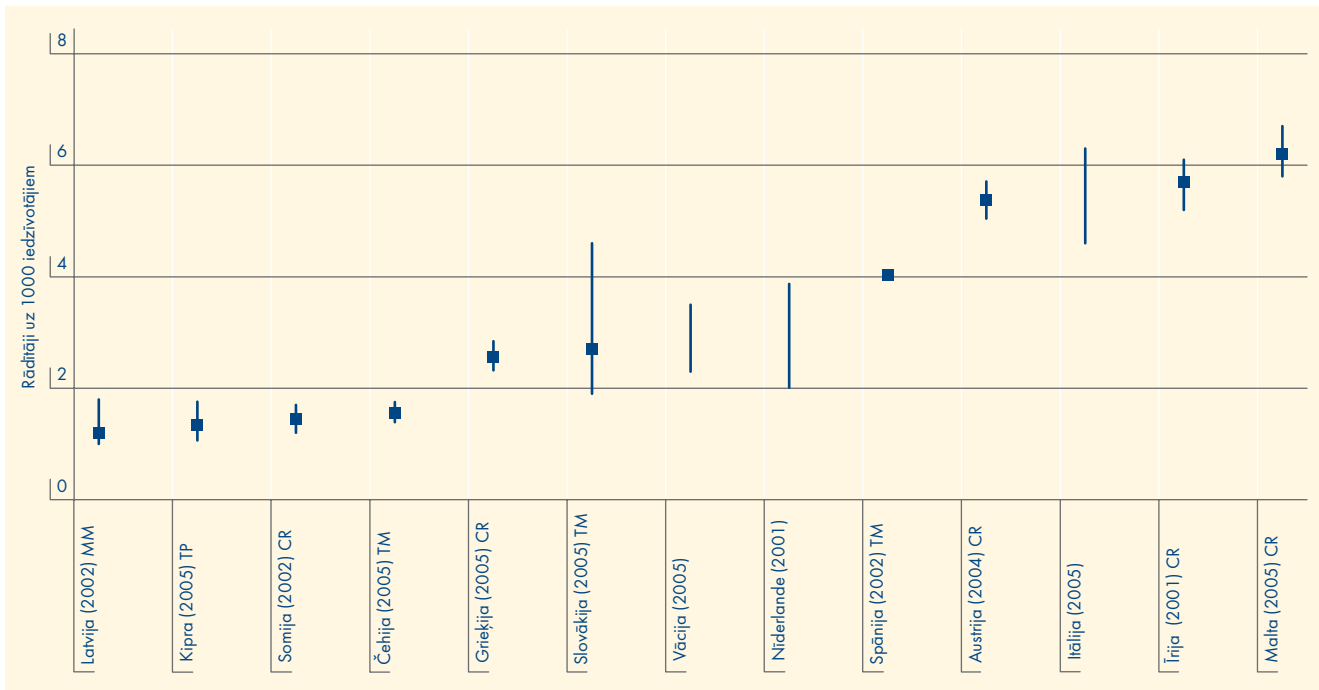
Lai gan kopumā šķiet, ka valdošā opioīdu lietošanas izplatības tendence ir samērā stabila, pienāk ziņas par heroīna atsavināšanas pieaugumu (skatīt iepriekš), kas var būt saistīts ar plašāku heroīna pieejamību Eiropas tirgū, un vairāk ziņojumu par novirzītu legālo opioīdu lietošanu. Itālijā heroīna lietošanas izplatības aplēses, kuru pamatā ir ārstniecības pieprasījuma dati, norāda uz pieaugumu, kas vērojams kopš 1998. gada un seko agrākam krituma periodam, gada rādītāji liecina, ka 2005. gadā ir reģistrēti aptuveni 30 000 jaunu heroīna lietotāju. Arī Austrijā jaunu aizvietošanas terapijas pacientu vidū proporcionāli ir palielinājis par 25 gadiem jaunāku pacientu skaits, kas norāda, ka ir vairāk gadus jaunu iedzīvotāju, kuri saskaras ar problēmām, ko rada recepšu opioīdu novirzīšana un nekontrolēta lietošana. Līdzīga situācija ir Čehijā, kur pēc krituma perioda ir pieaugusi novirzītu narkotiskas vielu (šajā gadījumā buprenorfīna) injicēšana, bet no Beļģijas ir pienākusi informācija, kas liecina par nelegālas metadona lietošanas pieaugumu. Francijā nesen veiktas zema sliekšņa pakalpojumu iestāžu pārbaudes rezultāti rada bažas par buprenorfīna nelegālu lietošanu, ieskaitot injicēšanu, un izplatību starp gados jauniem iedzīvotājiem, kuru problemātiskā narkotiku lietošana ir sākusies nevis ar heroīnu, bet ar buprenorfīnu; ir izskanējušas bažas arī par jaunām gados jaunu un marginalizētu injicētāju grupām. Arī Somijā jaunajos opioīdu ārstniecības pieprasījumos heroīnu lielā mērā ir nomainījis buprenorfīns, kas aizvien biežāk tiek pieminēts ziņojumos par letālu pārdozēšanas gadījumu skaitu.

⁽¹¹⁸⁾ Skatīt tabulas PPP-2 un PPP-6 2007. gada statistikas bijetenā.

⁽¹¹⁹⁾ Lai gan EMCDDA tehniskajā PDU definīcijā ir minēta "narkotiku injicēšana vai ilgstoša/regulāra heroīna, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošana", problemātiskas narkotiku lietošanas aplēsēs lielākoties ir atspoguļota heroīna lietošana. Tajās nedaudzajās valstīs, kas ir paziņojušas problemātiskas amfetamīnu lietošanas rādītājus, ir pieejamas pienācīgi dokumentētas aplēses. Problemātiskas kokaīna lietošanas aplēses ir reti pieejamas, un šīs narkotikas PDU rādītājs, izņemot atsevišķas augstas izplatības valstis, visdrīzāk būs mazāk ticams.

⁽¹²⁰⁾ Skatīt attēlu PDU-4 (ii. daļu) 2007. gada statistikas bijetenā.

8. attēls. Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses (rādītāji uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), 2001.–2005. g.



NB! Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsviērtības apzīmē aprēķinu nenoteiktības intervālus, kas var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze (sīkāku informāciju skatīt tabulā PDU-3). Mērķgrupas var nedaudz atšķirties atkarībā no aprēķinu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi jāveic piesardzīgi. Ja metode nav norādīta, svītra norāda intervālu starp visu pieejamo aplēšu zemāko apakšējo robežu un augstāko augšējo robežu. Aplēsēs izmantotās metodes: CR = aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM = ārstēšanas koeficients; TP = Puasona sadalījums; MM = mirstības koeficients. Papildu informācijai skatīt tabulas PDU-1, PDU-2 un PDU-3 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Valstu koordinācijas centri.

Narkotiku injicēšana

Narkotiku injicētāji (*IDU*) ļoti riskē iegūt ar narkotiku lietošanu saistītus veselības traucējumus, piemēram, saslimt ar infekcijas slimībām, kas tiek pārnestas ar asinīm (HIV/AIDS, hepatīts), vai pārdozēt narkotikas. Tikai dažas valstis pašlaik spēj sniegt informāciju par aplēsto narkotiku injicēšanas izplatību (9. attēls), lai gan saistībā ar sabiedrības veselību šādas aplēses ir ļoti svarīgas, tādēļ Eiropas veselības pārraudzības sistēmu attīstības kontekstā šīs īpašās narkotiku lietotāju grupas pārraudzības pilnveide ir uzskatāma par vienu no būtiskākajiem uzdevumiem.

Narkotiku injicēšanas izplatības netiešās aplēses

Lielākajā daļā no pieejamajiem aprēķiniem par narkotiku injicēšanas izplatību ir izmantoti vai nu dati par nāves gadījumiem pārdozēšanas rezultātā vai dati par infekcijas slimībām (piemēram, HIV). Pieejamie aprēķini dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Laikposmā no 2001. līdz 2005. gadam valsts aplēsēs visbiežāk ir minēti 0,5 līdz 6 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Izņēmums ir Igaunija, kas ziņo par krietni augstākiem rādītājiem, proti, 15 gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem. No pārējām valstīm, kas ir spējušas sniegt šādus datus, augstākie rādītāji ir Čehijā, Slovākijā, Somijā un Apvienotajā Karalistē, kas ziņo par četriem līdz pieciem gadījumiem uz

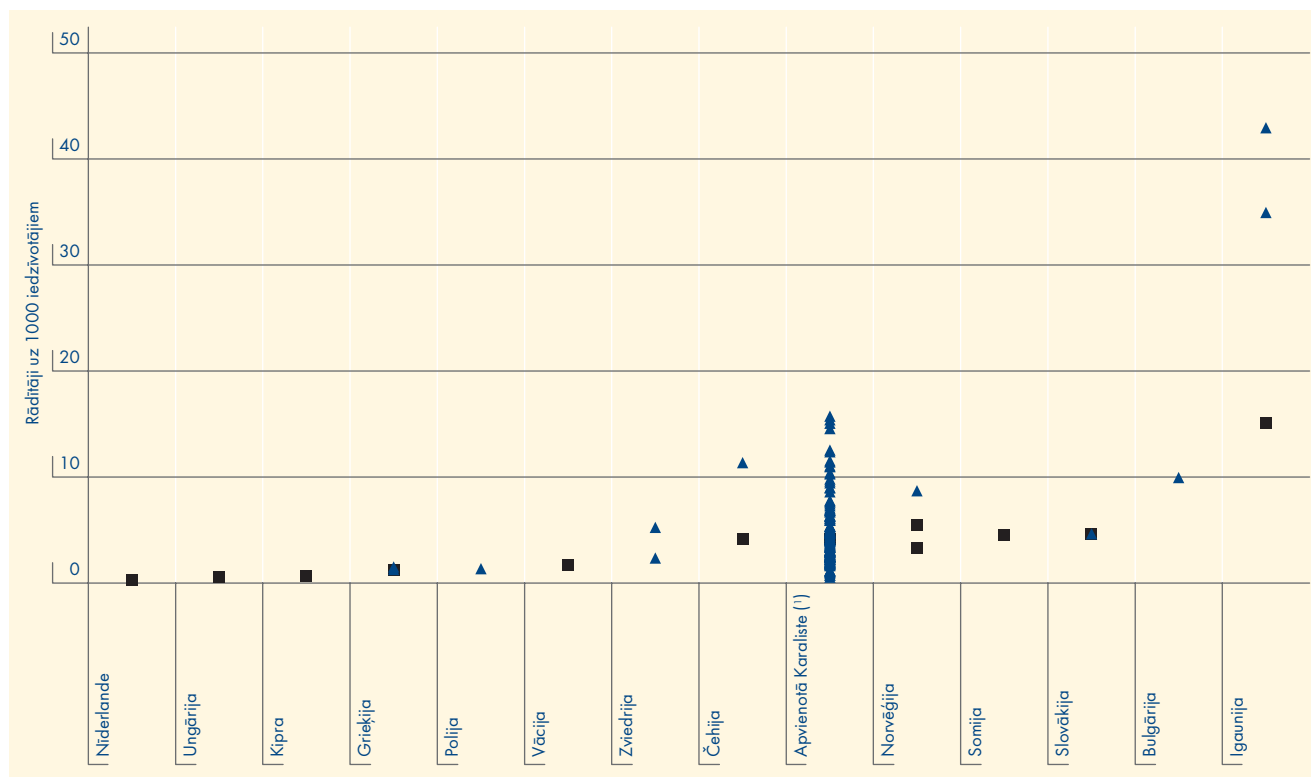
1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, bet zemākie rādītāji ir Kiprā, Ungārijā un Nīderlandē, kur uz 1000 iedzīvotājiem ir mazāk par vienu narkotiku injicētāju.

Ekstrapolācija no nepilnīgajiem datiem jāveic piesardzīgi, tomēr var pieņemt, ka vidējā *IDU* sastopamība (pašreizējie injicētāji) ir no trim līdz četriem gadījumiem uz 1000 pieaugušajiem iedzīvotājiem. Tas nozīmē, ka ES un Norvēģijā pašlaik varētu būt vidēji 1,1 miljons (0,9–1,3 miljoni) injicētāju. Pārsvārā tie ir opioīdu injicētāji, lai gan nav izslēgtas arī citas narkotikas, bet dažas valstis ziņo par ievērojamu problemātisku amfetamīna vai metamfetamīna injicēšanas izplatību (Čehija, Slovākija, Somija, Zviedrija).

Narkotiku injicēšanas tendences saskaņā ar ārstniecības pieprasījumu datiem

Datu trūkums apgrūtina narkotiku injicēšanas tendenču noteikšanu, lai gan zināmu ieskatu šajā uzvedības modeli var gūt, analizējot datus par narkotiku lietotājiem, kas sāk ārstēties. Opioīdu lietotāju ārstniecības pieprasījumi, piemēram, var sniegt priekšstatu par lietošanas ievirzēm plašākā sabiedrībā. Injicētāju skaits visu to primāro heroīna lietotāju vidū, kuri sāk ārstēties (2001.–2005. g.), rāda, ka injicēšanas līmenis dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Kopumā šie dati liek domāt, ka injicēšana kļūst mazāk populāra — injicēšanas

9. attēls. Narkotiku injicēšanas izplatības aplēses saskaņā ar valsts mēroga un šaurāku pētījumu rezultātiem (rādītāji uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), 2001.–2005. g.



(*) Anglijas 2004./2005. gada reģionālās aplēses.
 NB! Melni kvadrātiņi = valsts mēroga paraugs; zili trīsstūriši = šaurāka mēroga paraugs.
 Šaurāka mēroga izplatības aplēses lielā mērā iespaido attiecīgajā valstī veikto pētījumu skaits un vieta. Mērķgrupas var nedaudz atšķirties atkarībā no pētījumu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi jāveic piesardzīgi.
 Papildu informācijai skatīt tabulas PDU-1, PDU-2 un PDU-3 2007. gada statistikas biļetenā.
 Avoti: Valstu koordinācijas centri.

izplatība ir samazinājusies Dānijā, Īrijā, Grieķijā, Ungārijā, Apvienotajā Karalistē un Turcijā. Dažās valstīs (Spānijā, Nīderlandē un Portugālē) narkotikas pašlaik injicē samērā neliela daļa ārstēties sākušo heroīna lietotāju. Tomēr šī aina nav viendabīga, jo, piemēram, vairākās jaunajās dalībvalstīs injicēšana joprojām šķiet galvenais heroīna lietošanas veids. Jāatzīmē, ka lietošanas tendences to injicētāju vidū, kuri nelieto heroīnu, var būt citādas.

Opioidu atkarības ārstēšana

Uzturošā terapija

Pašlaik ir uzkrāta samērā droša fakto bāze, ko papildina ārstniecības rezultātu pētījumu un kontrolētu izmēģinājumu rezultāti un kas apliecina narkotiku aizvietošanas terapijas efektivitāti heroīna vai citu opioidu atkarības ārstēšanā (skatīt pārskatu Gossop, 2006). Ir pierādīts, ka pie aizvietošanas terapijas pozitīvajiem rezultātiem var pieskaņot nelegālu narkotiku lietošanas, ar veselības riskiem saistītas uzvedības un noziedzības mazināšanos, kā arī

pacientu sociālo funkciju uzlabošanu. Aizvietošanas terapijas programmās līdzās zāļu terapijai izmanto arī citus iekļaušanās pasākumus, kuru mērķis ir censties panākt uzvedības modeļu maiņu. Kopumā valda vienprātība, ka aizvietošanas terapijas programmu integrēšana plašākā medicīniskās aprūpes un sociālās palīdzības sistēmā ir uzskatāma par labu praksi.

Aizvietošanas terapijas nozīmēšanas prakse Eiropā

Pēdējos piecpadsmit gados heroīna atkarības ārstēšanas iespējas ES ir kļuvušas daudz plašākas. Par to jāpateicas galvenokārt aizvietošanas terapijai, kuras nodrošinājums saskaņā ar pieejamajiem datiem ES 15 dalībvalstīs kopš 1993. gada ir pieaudzis vairāk nekā septiņkārt.

Izņemot piecas valstis (Čehiju, Franciju, Latviju, Somiju, Zviedriju), citur aizvietošanas terapijā visbiežāk jeb aptuveni 72 % gadījumu izmanto metadonu, kas šajā ziņā tālu pārspēj citas aizvietojošās narkotikas ⁽¹²¹⁾. Kopumā metadona terapijas pacienti pārsvarā apmeklē specializētus ambulatoros ārstniecības centrus, bet dažās valstīs šo terapiju nodrošina arī vispārējās prakses ārsti, un gadījumos, kad ir

⁽¹²¹⁾ Skatīt tabulas HSR-7, HSR-9 un HSR-11 2007. gada statistikas biļetenā.

Aizvietotājterapijas kvalitātes kontrole

Jebkura pakalpojuma efektivitāte ir atkarīga no sniegtās aprūpes kvalitātes. Ir izskanējis satraukums par dažu aizvietotājterapijas programmu slikto kvalitāti, proti, dažās programmās pārmērīgs uzsvars ir likts uz zāļu terapiju, reizēm aizmirstot par vispusīgu sociālu un medicīnisku atbalstu. Ir dzirdēta arī kritika par adekvātas klīniskās pārraudzības trūkumu, vāju medikamentu izrakstīšanas kontroli, kas sekmē narkotiku novirzīšanu uz nelegālo tirgu, kā arī par to, ka mazu devu ārstniecības programmas ir pretrunā klīniskajiem pierādījumiem par šādu programmu efektivitāti (*Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005*).

Daudzas valstis ir nopietni ieklausījušās šajos viedokļos, un Dānija, Vācija un Apvienotā Karaliste ziņo par pašlaik notiekošām pārbaudēm, kuru nolūks ir pilnveidot sniegtās aprūpes kvalitāti. Turklāt Dānija nesēn ir pabeigusi trīs gadus ilgušu projektu, kura mērķis bija dokumentēt aizvietotājterapijā iekļauta plašāka psiholoģiska atbalsta ietekmi un pārbaudīt kvalitātes kontroles procesus.

Vācijā nesēn veikti divi pētījumi, no kuriem vienā (COBRA) analizēta aizvietotājterapijas prakse un meklēta aprūpes uzlabošanas iespējas, bet otrā (ASTO) pētīti kvalitātes kontroles jautājumi un rezultātā tapusi jauna ārstiem domāta rokasgrāmata. Apvienotajā Karalistē Anglijā nesēn ir veikta revīzija, lai analizētu aizvietotājterapijas zāļu izrakstīšanas un klīniskās vadības praksi un novērtētu, vai tiek ievērotas spēkā esošās klīniskās prakses pamatnostādnes.

Aizvietotājterapijas kvalitātes nodrošināšanā svarīga loma ir valsts klīniskās prakses pamatnostādņēm, standartiem un klīniskajiem protokoliem. Par valsts klīniskās prakses pamatnostādņu un klīnisko protokolu izstrādi vai pārskatīšanu ziņo Dānija, Īrija, Ungārija, Portugāle, Apvienotā Karaliste un Norvēģija, bet Slovākija 2004. gadā ir izdevusi norādījumus par metadona terapijas piemērošanu. Nīderlandē uzturošajā terapijā arvien vairāk piemēro medicīniskās terapijas standartus, un metadona lietošana ārstniecības sākumposmā tiek pārraudzīta. Austrijā 2005. gadā ir izstrādāti divi likumprojekti, kuros noteikts, kādai jābūt medikamentozai terapijai un kuru mērķis ir uzlabot aizvietotājterapiju, iekļaujot tajā aizvietojošo vielu lietošanas pārraudzības pasākumus, kā arī regulējumu, kas attiecas uz šajā jomā iesaistītajiem ārstiem.

Valsts pārraudzības sistēmas, kas paredz sniegt ziņas par aizvietotājterapijas pacientiem, arī ir noderīgs informācijas avots, kurš ļauj spriest par pakalpojumu kvalitāti un pieejamību. Saskaņā ar ziņojumiem pašlaik šādas sistēmas darbojas 17 dalībvalstīs, kamēr Beļģijā un Luksemburgā aizvietotājterapijas pacientu valsts reģistri vēl ir tapšanas stadijā, bet Čehija savu reģistru paplašina tā, lai tas aptvertu visus veselības aprūpes centrus.

panākta pacientu stabilizācija, iesaistās arī vietējās aprūpes iestādes. Metadona izsniegšanas prakse ir dažāda; dažkārt to var dabūt tikai specializētajos ārstniecības centros, kur tā lietošana tiek uzraudzīta, bet dažās valstīs, piemēram, Apvienotajā Karalistē, svarīga loma ir arī aptiekām, un ir atļauts izrakstīt receptes metadona iegādei aptiekās.

Pēdējos gados ES ir pieaugusi interese par citiem farmakoloģiskiem narkotiku atkarības ārstēšanas līdzekļiem, un šeit īpaši jāatzīmē buprenorfina plašāka izmantošana. Eiropas valstu grupai, kas ir licencējušas buprenorfina uzturošās terapijas izmantošanu specializētās ārstniecības nodaļās, 2005. gadā ir pievienojušies Slovēnija un 2006. gada maijā Malta⁽¹²²⁾, un pašlaik vienīgās valstis, kas neizmanto šo ārstniecības iespēju, ir Bulgārija, Ungārija, Polija un Rumānija.

Viens no iemesliem, kādēļ ir pieaugusi interese par buprenorfina izmantošanu, ir šā farmakoloģiskā līdzekļa labākā — salīdzinājumā ar metadonu — piemērotība izmantošanai vietējās aprūpes iestādēs, lai gan tas joprojām ir strīdīgs jautājums. Problēma ir sarežģīta un sīkāk aplūkota 2005. gada īpašajā tēmā par buprenorfīnu. Vairumā valstu buprenorfīnu drīkst izrakstīt tikai apmācīti, akreditēti ārsti, un, tā kā tas pieder pie kontrolējamām vielām, uz to attiecas starptautiskajās konvencijās noteiktais regulējums (ANO 1998. gada Konvencija par psihotropajām vielām, III saraksts).

Buprenorfīnu tirgo zemmēles tablešu formā un, lai gan to neuzskata par injicēšanai īpaši piemērotu vielu, ir zināms, ka narkotiku lietotāji tabletes šķīdina un injicē. To, ka buprenorfīnu ir iespējams lietot ļaunprātīgi, apstiprina dažu valstu ziņojumi par tā novirzīšanu uz nelegālo narkotiku tirgu. Lai novērstu buprenorfīna nelegālu lietošanu, ir izstrādāta jauna zāļu forma, kas satur buprenorfīnu kombinācijā ar naloksonu. Šīs jaunās zāles ar nosaukumu *Suboxone* kopš 2006. gada ir atļauts pārdot Eiropas tirgū.

Nīderlandē kā vienu no iespējam opioīdu atkarības ārstēšanā 2007. gada janvārī ir sākusi piemērot heroīna terapiju, palielinot ārstniecības vietu skaitu līdz aptuveni 1000 vietām un pievienojoties Apvienotajai Karalistei kā vienai no divām Eiropas valstīm, kas piedāvā šo iespēju. Kopumā Eiropā ir ļoti maz pacientu, kuru ārstēšanā izmanto heroīnu, un šo iespēju parasti atstāj kā pēdējo, cenšoties ārstēt atsevišķus īpaši hroniskus narkomānus, kam nelīdz citi risinājumi. Heroīna kā aizvietotājterapijas līdzekļa efektivitāte ir studēta arī eksperimentālos pētījumos gan Spānijā (*March et al., 2006*), gan Vācijā (*Naber, Haasen, 2006*). Abu pētījumu rezultāti ir bijuši pozitīvi, apstiprinot, ka šis risinājums varētu būt piemērots, lai ārstētu sociāli atstumtus opioīdu lietotājus ar sevišķi nopietnām problēmām, kuru ārstēšana ar citām metodēm nav devusi rezultātus. Šie un citi, agrāk veikti pētījumi par heroīna terapijas nozīmēšanu ir rosinājuši

⁽¹²²⁾ Skatīt attēlu HSR-1 un tabulu HSR-8 2007. gada statistikas biļetenā.

Eiropas zāļu tirdzniecības atļaujas piešķiršanas procedūra

Eiropas zāļu tirdzniecības atļaujas piešķiršanas pieteikumu zinātniskais novērtējums ir Eiropas Zāļu aģentūras (EMA) kompetencē. Medikamenti, kas apstiprināti saskaņā ar centralizēto procedūru, piešķir vienotu tirdzniecības atļauju, kas ir spēkā visās Eiropas Savienības dalībvalstīs.

Tiek uzraudzīta arī visu atļauto medikamentu atbilstība nekaitīguma prasībām. Ar to nodarbojas ES dalībvalsts zāļu aģentūru tīkls ciešā sadarbībā ar veselības aprūpes profesionāļiem un pašiem zāļu ražotājiem.

Par katru centralizēti apstiprinātu preparātu EMA publicē Eiropas atklāto novērtējuma ziņojumu (EPAR); ziņojumus publicē EMA interneta vietnē (<http://www.emea.europa.eu/>) un to kopsavilkums ir atklāti pieejams visās ES oficiālajās valodās. EMA sadarbojas arī ar EMCDDA un Eiropolu, lai saskaņā ar Padomes lēmumu (skatīt 7. nodaļu) palīdzētu Eiropā atklāt jaunus, ar narkotikām saistītus apdraudējumus.

diskusiju par to, vai būtu lietderīgi paplašināt šīs ārstniecības metodes pieejamību.

Informācija par ārstniecību

Lai raksturotu ārstniecības situāciju Eiropā, EMCDDA apkopo divu veidu informāciju. Ārstniecības pieprasījuma rādītāja pamatā ir dati, kas iegūti, visā Eiropā pārtraucot pacientus, kuri sāk ārstēties. Turklāt dalībvalstis ir aicinātas sniegt datus, kas raksturo pakalpojumu vispārējo struktūru un pieejamību.

Ārstniecības pieprasījuma rādītāja dati

No datiem, kas iegūti, visā Eiropā pārtraucot pacientus, kuri sāk ārstēties, var iegūt informāciju par vispārējo epidemioloģisko situāciju, turklāt ne vien par lietošanas ievirzēm un tendencēm, bet arī par dažādu ārstniecības metožu relatīvo pieprasījumu un pieejamību. Tas var apgrūtināt apkopotās informācijas interpretāciju, jo gadījumos, kad pieaug tādu pacientu skaits, kuri ārstējas no kādas konkrētas narkotiku problēmas, var rasties iespaids, ka ir palielinājies pakalpojumu pieprasījums vai pieaudzis kāda konkrēta pakalpojuma piedāvājums. Lai atvieglinātu šāda veida datu analīzi, tiek atsevišķi izdalīti jauni ārstniecības pieprasījumi un visi ārstniecības pieprasījumi, pieņemot, ka jaunie pieprasījumi labāk atspoguļo galveno narkotiku lietošanas ieviržu pārmaiņas, kamēr visi pieprasījumi labāk atspoguļo vispārējās prasības, kas attiecas uz ārstniecības jomu kopumā.

Ārstniecības pieprasījuma rādītāja (TDI) dati neaptver visus narkotiku pacientus — šādu pacientu ir daudz vairāk — bet tikai tos, kuru ārstniecības pieprasījumi ir saņemti atskaites gadā, tomēr pašlaik, 2007. gadā, tiek īstenots eksperimentāls projekts nolūkā paplašināt aptveramo pacientu loku, iekļaujot rādītājā arī datus par pacientiem, kas turpina ārstēties⁽¹²³⁾, un novērtēt valsts paziņošanas sistēmu pārklājumu.

Daudzās valstīs opioīdi, galvenokārt heroīns, joprojām ir galvenā narkotika, no kuras pacienti vēlas atradināties, meklējot medicīnisku palīdzību. No visiem ārstniecības pieprasījuma rādītājā reģistrētajiem 2005. gada ārstniecības pieprasījumiem apmēram 40 % gadījumu kā primārā narkotika ir minēti opioīdi, un apmēram 46 % no šiem pacientiem ir atzinuši, ka narkotikas injicē⁽¹²⁴⁾.

Dažas valstis ziņo par proporcionāli ievērojamu tādu ārstniecības pieprasījumu skaitu, kuri attiecas nevis uz heroīnu, bet uz citiem opioīdiem. Somijā 41 % narkotiku pacientu primārās narkotikas ir citi opioīdi, jo īpaši buprenorfīns, bet Francijā ziņo, ka buprenorfīnu lieto 7,5 % no visiem pacientiem. Saskaņā ar Apvienotās Karalistes un Nīderlandes ziņojumiem šajās valstīs aptuveni 4 % pacientu kā primāro narkotiku lieto metadonu. Spānijā, Latvijā un Zviedrijā 5 % līdz 7 % ārstēties sākušo narkotiku pacientu primārā narkotika ir nekonkrētizēti opioīdi, kas nav nedz heroīns, nedz metadons⁽¹²⁵⁾. Bet Ungārijā, kur vēsturiski ir iesakņojusies mājās gatavotu opija magoņu preparātu lietošana, aptuveni 4 % ārstniecības pieprasījumu ir saistīti ar opiju.

Lielākā daļa opioīdu lietotāju ārstējas ambulatori, tomēr Zviedrijā 71 % opioīdu pacientu ārstējas stacionāros ārstniecības centros, liekot secināt, ka šajā valstī ir atšķirīga pakalpojumu struktūra. Par proporcionāli nelielu (3 %) stacionāro opioīdu pacientu daļu ziņo arī Apvienotā Karaliste⁽¹²⁶⁾. Tajās nedaudzajās valstīs, kas ir paziņojušas zema sliekšņa aģentūru ārstniecības pieprasījuma datus, ievērojamai daļai ārstēties gribošo narkotiku pacientu primārās narkotikas ir opioīdi⁽¹²⁷⁾.

Apkopotie TDI dati liecina, ka relatīvi pieaug to pacientu daļa, kuri vēlas atradināties no citu narkotiku, nevis opioīdu lietošanas, un daudzās valstīs samazinās faktiskais to jauno pacientu skaits, kuru ārstniecības pieprasījumi attiecas uz opioīdu lietošanu. Absolūtais paziņoto ar heroīnu kā primāro narkotiku saistīto jauno ārstniecības pieprasījumu skaits, kas 1999. gadā bija 80 000, 2005. gadā bija sarucis līdz 51 000⁽¹²⁸⁾.

⁽¹²³⁾ Skatīt <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (tikšanās ziņojums, 2006. g.).

⁽¹²⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-5 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-114 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-119 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁸⁾ Skatīt attēlu TDI-1 2007. gada statistikas biļetenā.

Narkotiku aizvietotājterapijas nodrošinājuma līmenis

Ir aplēsts, ka ES dalībvalstīs un Norvēģijā 2005. gadā narkotiku aizvietotājterapiju ir saņēmuši vismaz 585 000 pacienti. Šīs aplēses ļauj gūt vispārēju priekšstatu par pakalpojumu pieejamību, un to pamatā ir lielākajā daļā valstu veiktās ārstniecības pārraudzības dati. Šie skaitļi droši vien jāuzskata par minimumu, jo par dažām ārstniecības metodēm visticamāk nav sniegta pilnīga ziņa, piemēram, par ārstniecības iespējām pie vispārējās prakses ārstiem vai cietuma apstākļos.

Par lielu lielu vairumu aizvietotājterapijas pacientu (97 %) ziņo ES 15 dalībvalstīs, turklāt *TDI* apkopotie dati liecina, ka lielākā daļa (80 %) no visiem ārstniecības pieprasījumiem arī ir reģistrēti šajās valstīs. Šodienas skaitļi atspoguļo vairāk nekā septiņkārtīgu pieaugumu kopš 1993. gada, kad aplēstais aizvietotājterapijas pacientu skaits bija aptuveni 73 000 (*Farrell*, 1995). Dati rāda, ka laikposmā no 2003. līdz 2005. gadam pacientu skaits ES un Norvēģijā ir palielinājies par aptuveni 15 %, galvenokārt pateicoties pieaugumam Vācijā (aprēķinātais pieaugums 8300 pacientu), Francijā (5706), Itālijā (6234), Portugālē (41 68) un Apvienotajā Karalistē (41 500) ⁽¹²⁹⁾. Par aizvietotājterapijas pacientu skaita stabilizāciju 2005. gadā ir informējusi Nīderlande (122 pacientu uz 100 000 iedzīvotājiem) un Luksemburga (355 pacientu uz 100 000 iedzīvotājiem).

Laikposmā no 2003. līdz 2005. gadam lielākais relatīvais pieaugums ir konstatēts dažās jaunajās dalībvalstīs (gan arī citviet) — par ievērojamu (vairāk nekā 40 %) pieaugumu ziņo tādas valstis kā Bulgārija, Igaunija, Grieķija, Lietuva, Rumānija un Norvēģija. Daudzās no šīm valstīm pieaugums ir sakritis ar aizvietotājterapijas nodrošinājuma ģeogrāfiskā pārklājuma paplašināšanos. Visās jaunajās dalībvalstīs aizvietotājterapijas nodrošinājuma līmenis nav cēlies — Ungārija, Polija un Slovākija ziņo par samērā stabilu situāciju, bet Latvijā augsta sliekšņa metadona programmas faktiskais pacientu skaits ir sarucis no 67 līdz 50. Spānijā un Maltā, divās valstīs ar vēsturiski augstu aizvietotājterapijas nodrošinājuma līmeni, piedāvājums pēdējā laikā ir krities, iespējams, atspoguļojot šo valstu kopējo pieprasījuma līmeni.

Atkārtotu ārstniecības pieprasījumu, uzturošās terapijas līmeņa un problemātiskas opioīdu lietošanas savstarpējā saistība ir sarežģīta. Atkārtotu ārstniecības pieprasījumu un uzturošās terapijas programmu pacientu skaits ir atkarīgs no opioīdu lietošanas sastopamības un izplatības vēsturiskās attīstības, kā arī no ārstniecības pakalpojumu organizācijas un veida. Dažās valstīs, aprēķinot uzturošās terapijas pacientu un problemātisko opioīdu lietotāju attiecību, ir iespējams izmantot aplēstos opioīdu lietošanas izplatības rādītājus.

Tajās ES valstīs, kur bija pieejami problemātiskas opioīdu lietošanas rādītāji par 2005. gadu, ir aplēsts problemātisko opioīdu lietotāju aizvietotājterapijas nodrošinājuma līmenis (10. attēls). Rezultāti rāda ievērojamas atšķirības starp valstīm, nodrošinājuma rādītājiem svārstoties un aptverot no mazāk par 10 % (Slovākija) līdz aptuveni 50 % opioīdu lietotāju (Itālija). Tomēr dati nepārprotami liek secināt, ka pietiekamu piedāvājumu, kas apmierinātu visas aplēstās vajadzības, varēs nodrošināt tikai tad, ja vispirms būs noskaidrota ārstniecības iespēju pieejamība ikvienā valstī.

Baltijas un Centrāleiropas valstīs aizvietotājterapijas nodrošinājuma līmenis nesen ir nedaudz cēlies, tomēr tas joprojām ir zems, ja ņem vērā aprēķināto opioīdu lietotāju skaitu šajās dalībvalstīs; izņēmums ir Slovēnija. Igaunijas aplēses liecina, ka aizvietotājterapijas programmas aptver tikai 5 % heroīna lietotāju četrās lielākajās pilsētās, bet valsts līmenī šis rādītājs ir pavisam zems — tikai 1 %.

Opioīdu ārstniecības pieprasījumi

Ārstniecības pieprasījumi, kuros kā primārā narkotika ir minēti opioīdi, zināmā mērā atspoguļo nelegālo opioīdu — problemātisku narkotiku, kas prasa (turpmāku) ārstēšanu — relatīvo izplatību, lai gan šo ārstniecības pieprasījumu skaitu iespaido gan ārstniecības pakalpojumu organizācija, gan paziņošanas sistēmas.

To pacientu proporcionālā daļa, kuri vēlas atradināties no opioīdu lietošanas, dažādās valstīs ir atšķirīga. Pamatojoties uz visjaunākajiem datiem, ir noskaidrots, ka 12 valstīs opioīdu lietotāju ārstniecības pieprasījumi ir 40 % līdz 70 % no visiem ārstniecības pieprasījumiem, septiņās valstīs mazāk nekā 40 %, bet sešās valstīs vairāk nekā 70 % no visiem ārstniecības pieprasījumiem ⁽¹³⁰⁾.

Visu heroīna ārstniecības pieprasījumu proporcionālā daļa, ņemot vērā visus ārstniecības pieprasījumus, ir sarucusi. Ja 1999. gadā tā bija 74 %, tad 2005. gadā vairs tikai 61 %. Vienīgās valstīs, kas neziņo par samazinājumu, ir Bulgārija un Apvienotā Karaliste ⁽¹³¹⁾.

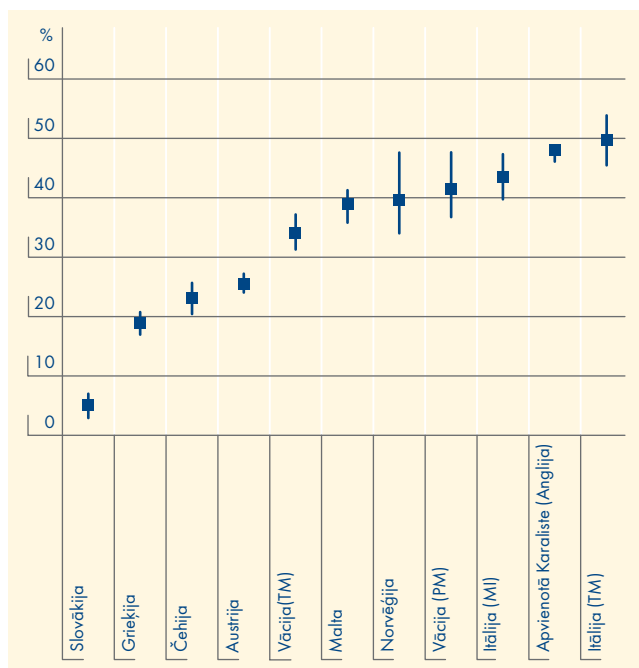
Par jauno, galvenokārt ar heroīna lietošanu saistīto opioīdu ārstniecības pieprasījumu absolūtā skaita samazināšanos var pārliecināties, aplūkojot tendences, kas raksturo jaunos heroīna pacientus. Visas valstīs, izņemot Bulgāriju un Grieķiju, ziņo, ka pēdējos septiņos gados jaunu narkotiku pacientu vidū heroīna kā primārās narkotikas ārstniecības pieprasījumu skaits proporcionāli ir sarucis. Laikposmā no 1999. līdz 2005. gadam jaunu heroīna pacientu proporcija visu jauno narkotiku pacientu vidū ir samazinājusies no 70 % līdz 37 %.

⁽¹²⁹⁾ Skatīt tabulu HSR-7 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-5 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³¹⁾ Skatīt attēlu TDI-3 2007. gada statistikas biļetenā.

10. attēls. Uzturošās opioīdu terapijas pacientu skaits (%) salīdzinājumā ar problemātisko opioīdu lietotāju skaitu, 2005. g.



NB! Šāda informācija ir pieejama tikai deviņās dalībvalstīs. Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērssvītras apzīmē noteiktības intervālus, kas rodas aprēķinu procedūrā; opioīdu lietotāju skaitu aprēķina ar dažādām metodēm: TM = ārstēšanas koeficients; PM = policijas koeficients; MI = dažādības rādītājs. Ja metode nav norādīta, svītra norāda intervālu starp visu pieejamo aplēšu zemāko apakšējo robežu un augstāko augšējo robežu. Papildu informācijai skatīt attēlu HSR-3 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Valstu koordinācijas centri.

Opioīdu pacientu raksturojums

Pacienti, kas meklē medicīnisku palīdzību ar opioīdiem saistītu problēmu dēļ, salīdzinot ar pacientiem, kuru problēmas ir radušās citu narkotiku sakarā, parasti ir gados vecāki ⁽¹³²⁾ un viņu sociālie apstākļi mēdz būt sliktāki. Opioīdu pacientu vidū parasti ir daudz bezdarbnieku, viņu izglītības līmenis ir zems un saskaņā ar ziņojumiem 10 % līdz 18 % opioīdu pacientu ir bezpajumtnieki.

Lielākā daļa pacientu (60 %) apgalvo, ka opioīdus pirmo reizi lietojuši, nesasniedzot 20 gadu vecumu; ļoti retos gadījumos pirmā opioīdu lietošanas reize ir bijusi vecumā pēc 25 gadiem ⁽¹³³⁾. Saskaņā ar ziņojumiem no opioīdu pirmās lietošanas līdz pirmajam ārstniecības pieprasījumam vidēji paiet 7 līdz 8 gadi: pacienti sāk lietot opioīdus vidēji 22 gadu vecumā un pirmo reizi griežas narkotiku ārstniecības iestādēs 29 līdz 30 gadu vecumā. Stacionāru pacienti parasti ir nedaudz vecāki par ambulatorajā aprūpē esošajiem pacientiem, un, spriežot pēc pieejamajiem datiem, starplaiks no šo pacientu pirmā ārstniecības pieprasījuma līdz turpmākajām ārstēšanās epizodēm ir visai īss.

Starp ambulatorajiem opioīdu pacientiem uz vienu sievieti ir trīs vīrieši, bet stacionāro pacientu vidū šī attiecība ir viens pret četri, lai gan starp valstīm pastāv atšķirības, un tipiski vairāk vīriešu terapijai pakļauto opioīdu lietotāju vidū ir Dienvideiropas valstīs.

No visiem Eiropas jaunajiem opioīdu pacientiem, kuri vēlas ārstēties un kuru narkotiku administrēšanas veids ir zināms, narkotikas injicē vidēji 58 % pacientu (53 % jauno pacientu). Kopumā visvairāk injicētāju Rumānijā, Čehijā un Somijā, bet vismazāk Nīderlandē, Dānijā un Spānijā ⁽¹³⁴⁾.

Lielākā daļa opioīdu pacientu pieder pie vairāku narkotiku lietotājiem, kas lieto opioīdus kombinācijā ar kādu sekundāru narkotiku, galvenokārt citiem opioīdiem (35 %), kokainu (23 %) un kaņepēm (17 %) ⁽¹³⁵⁾.

Dažas valstis ziņo, ka no opioīdiem atkarīgie pacienti vienlaikus ļoti bieži cieš arī no dažādiem citiem psihiskiem traucējumiem, tas ir konstatēts arī daudzos klīniskos pētījumos, apliecinot, ka smaga depresija, panikas traucējumi, kā arī personības traucējumi, kas izpaužas kā antisociāla uzvedība vai robežstāvokļi, starp opioīdu pacientiem ir samērā parasta parādība (Mateu et al., 2005).

⁽¹³²⁾ Skatīt tabulu TDI-10 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³³⁾ Skatīt tabulas TDI-11, TDI-107 un TDI-109 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-4 un TDI-5 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹³⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-23 2007. gada statistikas biļetenā.



7. nodaļa

Jaunas un topošas narkotiku lietošanas ievirzes un pasākumi pret jaunām narkotikām

Jaunās narkotiku lietošanas ievirzes parasti atdarina, paplašina vai aizvieto agrāk populāras ievirzes un rosina meklēt atbildes uz jautājumiem par psihoaktīvo vielu lietošanas iemesliem. Tādēļ topošās narkotiku un alkohola lietošanas ievirzes jācenšas izprast ne vien saistībā ar valsts pārvaldes iestāžu politikas pārmaiņām, bet arī to savstarpējā saistībā un plašākā brīvā laika pavadīšanas ieviržu kontekstā, ņemot vērā gan šajā jomā valdošo modi, gan sociāli kulturālās pārmaiņas.

Informācijas tehnoloģiju un komunikācijas līdzekļu, jo īpaši interneta attīstība nodrošina kanālus, kas atvieglo jaunu ieviržu izplatīšanos, kā arī ļauj paust visdažādākos viedokļus par narkotiku lietošanu un ar to saistītajiem riskiem.

Jaunas vai mainīgas narkotiku lietošanas ievirzes sākotnēji izplatās vietējā vai atsevišķu pilsētu mērogā, tādēļ ir ļoti maz dalībvalstu, kuru rīcībā ir, piemēram, pārraudzības sistēmas, kas ļautu spriest par jaunu vai topošu psihoaktīvo vielu lietošanas ieviržu izraisītu letālu vai neletālu intoksikācijas gadījumu skaitu. Tā kā šādā situācijā nevar runāt par objektīvu ainu, uzkrātā informācija par Eiropas topošajām narkotiku lietošanas ievirzēm tiek izvērtēta, triangulējot informāciju, kas iegūta no plaša dažādu avotu klāsta.

Šajā nodaļā ir sniegta informācija par tādu psihoaktīvo vielu nelegālas lietošanas jaunākajām ievirzēm, kuras parasti neapņēv svarīgākie narkotiku rādītāji un kuras politikas veidotāji tikai nesen ir apzinājuši kā vielas, kuru lietošana varētu raisīt bažas, vai kuras ir piesaistījušas uzmanību masu medijos.

Piperazīni: jaunas psihoaktīvas vielas

Runājot par jaunām psihoaktīvām vielām, par svarīgāko jaunumu ir uzskatāma pēdējos gados vērojamā dažādu jaunu piperazīna atvasinājumu izplatīšanās, laikposmā no 2004. līdz 2006. gadam Eiropā ir parādījušies vairāki šādi atvasinājumi.

Šo sintētisko vielu grupa ir atvasināta no ķīmiskā pamatsavienojuma piperazīna, un tajā ietilpst BZP (1-benzilpiperazīns) un mCPP (1-(3-hlorofenil)piperazīns). Abas vielas ir pieejamas galvenokārt no ķīmikāliju piegādātājiem un

internetā, un nelegālā ražošana galvenokārt aprobežojas ar tablešu vai kapsulu izgatavošanu.

BZP

Veicot pētījumus, kuros salīdzināta BZP un amfetamīna fizioloģiskā un subjektīvā iedarbība, ir konstatēts, ka BZP iedarbīgums varētu būt viena desmitdaļa no deksamfetamīna iedarbīguma.

Pēdējos gados dažādi mazumtirgotāji drukātajos plašsaziņas līdzekļos, internetā, specializētos veikalos un klubu un festivālu kioskos ir sākuši agresīvi reklamēt un tirgot BZP saturošus preparātus kā legālu ekstāzi alternatīvu, un var gadīties, ka tos pārdod kā "ekstāzi". BZP piedāvā dažādās kombinācijās ar citiem piperazīniem un domājams, ka dažas no tām, jo īpaši BZP kopā ar TFMPP⁽¹³⁶⁾ ir speciāli radītas, lai iedarbības ziņā atdarinātu ekstāzi. Lai gan parasti šo izstrādājumu marķējumā ir skaidri norādīts, ka tie satur piperazīnus, nereti tos maldinoši reklamē kā "dabīgus" vai "augu" preparātus.

ES uzkrātie fakti par jaunām narkotiku lietošanas ievirzēm rāda, ka tās var līdzināties patēriņa ievirzēm legālajos tirgos — piemēram, ņemot vērā plašas sabiedrības interesi par dabīgiem produktiem, ar apgalvojumiem, ka tādas pilnīgi sintētiskas vielas kā BZP ir "dabīgi" vai "augu" preparāti, var izdoties piesaistīt patērētājus. Turklāt BZP patērētājiem šķiet drošs, jo preparātus bieži var iegādāties pie specializētiem mazumtirgotājiem un specializētos veikalos, nevis "no rokās".

BZP ir konstatēts 14 ES dalībvalstīs (Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Irijā, Grieķijā, Francijā, Maltā, Nīderlandē, Austrijā, Portugālē, Spānijā, Zviedrijā, Somijā, Apvienotajā Karalistē) un Norvēģijā.

Daži fakti liecina, ka BZP lietošana ir saistīta ar veselības riskiem, jo izrādās, ka, lietojot šo vielu izklaides nolūkā, tās drošības diapazons ir ļoti šaurs. Apvienotajā Karalistē ir ziņas par negadījumiem, kuros ir konstatētas klīniskas BZP intoksikācijas pazīmes, turklāt toksikoloģiski ir apstiprināts, ka BZP ir vienīgā psihoaktīvā viela, kuras lietotāji cieš no nopietniem blakusefektiem, kas dažkārt liek meklēt neatliekamo medicīnisko palīdzību. Tomēr par nāves gadījumiem, ko varētu tieši attiecināt uz BZP, ziņu

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluorometilfenil)piperazīns.

nav. Atbildot uz augošo satraukumu par BZP lietošanu, ES 2007. gada martā ir pieprasījusi veikt oficiālu šīs vielas veselības un sociālo risku novērtējumu ⁽¹³⁷⁾.

mCPP

mCPP tiek raksturots kā viela, kuras stimulējošā un halucinogēnā iedarbība atgādina ekstāzi (MDMA) iedarbību. Nereti mCPP saturošās tabletes pēc izskata atgādina ekstāzi, un tās gandrīz vienmēr arī pārdod kā ekstāzi, bet dažkārt tabletes satur abas narkotikas. Var pieņemt, ka mCPP pievienošanas mērķis varētu būt MDMA iedarbības pastiprināšana vai uzlabošana.

Kopš 2004. gada mCPP ir konstatēts 26 dalībvalstīs (visās, izņemot Kipru) un Norvēģijā; šī viela kļūst par ES visbiežāk sastopamo jauno psihoaktīvo vielu kopš Eiropas agrīnās brīdināšanas sistēmas pārraudzības sākuma 1997. gadā.

Eiropas Savienībā nav ziņu par nopietnas intoksikācijas vai nāves gadījumiem, kuru cēlonis būtu mCPP lietošana. Nav daudz datu, kas liecinātu, ka šī viela būtu īpaši bīstama akūtas intoksikācijas ziņā, bet tās hroniskais (ilgstošas lietošanas) toksiskums vēl nav noteikts.

GHB

Kopš 2001. gada marta, kad GHB ⁽¹³⁸⁾ tika iekļauts ANO Konvencijas par psihotropajām vielām IV sarakstā, šīs vielas atklāta tirdzniecība internetā ir ierobežota, un visām

Seksuāla vardarbība narkotiku aizsegā

Kopš 20. gadsimta 80. gadiem medijos un medicīnas literatūrā arvien biežāk parādās ziņas par seksuālas vardarbības gadījumiem, kas notikuši, paslepus pievienojot upura dzērienam narkotikas, lai padarītu upuri rīcībnespējīgu. Tomēr ir ļoti zināms, ka tiesu pierādījumus par šāda veida noziegumiem iegūt diemžēl ir ļoti grūti. Izpētot tiesu pierādījumus, atklājas, ka varbūtējais seksuālas vardarbības gadījumos analizēs parasti patiešām konstatē augstu alkohola koncentrāciju un arī recepšu benzodiazepīnu klātbūtni (Francijā vairāk nekā 80 % gadījumu un Apvienotajā Karalistē 30 % gadījumu), bet, ņemot vērā, ka tādu narkotiku kā GHB konstatācijas laiks ir ļoti īss, gadījumos, kad par varbūtējo noziegumu netiek paziņots uzreiz, pierādījumu ieguves iespējas ir ierobežotas. Tiesu pierādījumi, kas iegūti kopš 2000. gada veiktos pētījumos (Apvienotajā Karalistē, Francijā, ASV un Austrālijā), liecina, ka slepena narkotiku administrēšana seksuālas vardarbības nolūkos nav izplatīta parādība, lai gan patiesībā šādu gadījumu varētu būt vairāk nekā zināms, jo par visiem gadījumiem, iespējams, nav paziņots vai ir paziņots novēloti.

ES valstīm šī viela jākontrolē saskaņā ar psihotropo vielu tiesisko regulējumu. Francija un Vācija ir izmantojušas GHB ārstnieciskos nolūkos anestēzijā, bet Austrija un Itālija alkoholisma ārstēšanā. Eiropas Zāļu aģentūras (EMA) Cilvēkiem paredzēto zāļu komiteja (CHMP) 2005. gada jūnijā ir ieteikusi piešķirt tirdzniecības atļauju zālēm Xyrem (kuru aktīvā viela ir GHB) katapleksijas ārstēšanai pieaugušiem pacientiem, kuri slimo ar narkolepsiju (EMA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB ir viegli izgatavojams no prekursoriem gamma-butirolaktona (GBL) un 1,4-butanediola (1,4-BD), kas ir rūpniecībā plaši izmantojami un komerciāli iegādājami šķīdinātāji. Dažas valstis, redzot šo prekursoru ļaunprātīgas izmantošanas iespējamību, ir nolēmušas kontrolēt vienu vai abas šīs vielas saskaņā ar narkotiku kontroles vai ekvivalentu tiesisko regulējumu (Itālija, Latvija, Zviedrija). Tā kā GBL lielākajā daļā dalībvalstu nav kontrolējama viela un tai ir viegli piekļūt, jo ķīmikāliju piegādātāji to piedāvā internetā, šķiet, ka daži GHB lietotāji ir pārgājuši uz GBL lietošanu. Apvienotajā Karalistē, Vācijā un Nīderlandē veikta kvalitatīva tiešsaistes GHB un narkotiku forumu analīze liek secināt, ka lietotāji iegādājas GBL no ķīmikāliju piegādātājiem, kas pārdod GBL dažādiem likumīgiem lietojumiem.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Visi pieejamie informācijas avoti liek domāt, ka vispārējais GHB lietošanas izplatības līmenis ir zems un par ievērojamu lietošanas izplatību var runāt tikai saistībā ar dažām atsevišķām lietotāju grupām. Apvienotajā Karalistē veikta interneta aptaujā ir konstatēts, ka GHB salīdzinoši vairāk lieto mājas apstākļos (67 %), nevis nakts izklaides vietās (26 %) (Sumnall *et al.*, 2007). Apsekojot 408 krodziņu apmeklētājus 2005. gadā Amsterdamā, ir veiktas GHB lietošanas (lietošana vismaz reizi dzīves laikā) izplatības aplēses, kas liecina par krietni augstāku GHB izplatības līmeni geju bāru un stilīgu kafejnīcu apmeklētāju vidū (attiecīgi 17,5 % un 19 %), nekā parasto un studentu krodziņu un kafejnīcu apmeklētāju vidū (attiecīgi 5,7 % un 2,7 %) (Nabben *et al.*, 2006).

Tendences

Informācijas trūkums apgrūtina GHB lietošanas tendenču novērtējumu, lai gan pieejamie fakti vedina domāt, ka GHB ir cieņā tikai dažās nelielās lietotāju grupās. Spriežot pēc datiem, kas iegūti, apsekojot deju mūzikas pasākumu apmeklētājus Beļģijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē, GHB lietošanas līmenis, iespējams, ir sasniedzis maksimumu ap 2000.–2003. gadu un pēcāk krities. Tomēr nav zināms, cik lielā mērā šo konstatējumu var attiecināt uz

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

⁽¹³⁸⁾ Ar GHB lietošanu jāsaprot arī iespējama GBL vai 1,4-BD lietošana.

⁽¹³⁹⁾ Skatīt "Eiropas zāļu tirdzniecības atļaujas piešķiršanas procedūra", 68. lpp.

Informācija internetā par jaunām narkotiku lietošanas ievirzēm

Vairāk nekā trešdaļa jauniešu ES 2004. gadā ir apgalvojuši, ka vēloties iegūt informāciju par narkotikām, viņi to meklētu internetā (*Eurobarometer*, 2004). Ja jaunieši tiešām meklē informāciju par narkotikām internetā, neizbēgami rodas jautājums par tur atrodamās informācijas objektivitāti un precizitāti. Narkotiku lietošanas jautājumiem pievēršas daudzas vietnes, dažas sponsorē valsts pārvaldes iestādes, citas vada lobiju grupas, patērētāju vai piekritēju fiksi. Internets var būt gan informācijas avots tiem, kas vēlas uzzināt ko vairāk par narkotikām, gan arī legālo un nelegālo narkotiku tirdzniecības vieta, kas piedāvā kā nelegālas narkotikas, tā legālas alternatīvas. Izmantojot interneta tirdzniecības iespējas un šajā nolūkā liekot lietā tiešsaistes tirdzniecības stratēģijas, kas ļauj nekavējoties reaģēt uz lietotāju pieprasījumu un mainīgo tiesisko un tirgus situāciju, internetā darbojošies narkotiku mazumtirgotāji var arvien veiksmīgāk izplatīt jaunas narkotiku lietošanas ievirzes un produktus.

Īstenojot *E-POD* (Eiropas narkotiku perspektīvu) projektu, *EMCDDA* pēta iespējas, kā izmantot internetu, lai iegūtu vairāk informācijas par topošām narkotiku lietošanas ievirzēm. ES līmenī notiek arī izstrādes ar mērķi nodrošināt ticamu informāciju par sabiedrības veselības jautājumiem — ES jaunais sabiedrības veselības portāls paver ceļu uz dažādiem sabiedrības veselības resursiem, ieskaitot informāciju par narkotikām (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

citām lietotāju grupām. Var piebilst, ka Somijā narkotiku palīdzības līnijas pirmo reizi ir saņēmušas ar GBL saistītus zvanus 2005. gadā (*FESAT*, 2005).

Veselības riski

Šķiet, ka galvenais veselības apdraudējums, lietojot GHB, ir liels risks zaudēt samaņu, jo īpaši, ja šo vielu lieto kombinācijā ar alkoholu vai citiem sedatīviem līdzekļiem. GHB lietošanas rezultātā var rasties arī citas problēmas, ieskaitot komu, ķermeņa temperatūras pazemināšanos, hipotoniju, halucinācijas, nelabumu, vemšanu, bradikardiju un nomāktu elpošanu. Ir novērots, ka ilgstoša GHB lietošana noved pie fiziskas atkarības, turklāt papildu veselības riskus var radīt iespējama šķīdinātāju klātbūtne vai smago metālu piesārņojums.

Kopš 1993. gada par nāves gadījumiem, kas saistīti ar GHB lietošanu, *EMCDDA* ir ziņojušas piecas dalībvalstis un Norvēģija — Dānija un Itālija (katra par vienu gadījumu), Somija un Norvēģija (katra par trim gadījumiem), kā arī Zviedrija un Apvienotā Karaliste (par aptuveni 40 ar GHB saistītiem nāves gadījumiem).

Amsterdāmā reģistrētais ar GHB lietošanu saistīto neletālo neatliekamās palīdzības gadījumu skaits 2005. gadā ir bijis 76, un tas tāpat kā iepriekšējos gados ir vairāk nekā ar halucinogēno sēņu (70 gadījumi), ekstazī (63 gadījumi), amfetamīnu (3 gadījumi) un LSD (viens gadījums) lietošanu saistītie neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumi. Salīdzinot ar citām psihoaktīvajām vielām, lielā daļā GHB neatliekamās palīdzības gadījumu (84 %) cietušos ir nācies nogādāt slimnīcā. Nīderlandes Valsts indīgo vielu informācijas centram adresēto GHB informācijas pieprasījumu skaits 2005. gadā salīdzinājumā ar 2004. gadu ir palielinājies par 27 % (241 pieprasījums no 1383 pavisam saņemtajiem pieprasījumiem).

Risku mazināšana

Sabiedrības reakcija uz GHB lietošanu visbiežāk izpaužas kā valsts vai vietēja mēroga projekti, kuru mērķgrupa ir nakts izklaides vietu apmeklētāji un kuri parasti tiek īstenoti, apmācot klubu darbiniekus un izplatot informāciju par GHB lietošanas riskiem (Vācija, Francija, Nīderlande, Austrija, Apvienotā Karaliste). Svarīgu vietu nakts izklaides vietu apmeklētāju vidū izplatāmajā informācijā par GHB ieņem ieteikumi par piesardzības pasākumiem, lai nepieļautu GHB paslepenu pievienošanu dzērieniem, un padomi, kā rīkoties varbūtējās pārdozēšanas gadījumos. Lai atbilstoši rīkotos, ja notiek ar GHB vai citu narkotiku lietošanu saistīti negadījumi, arvien biežāk uz lieliem pasākumiem tiek nosūtītas komandas, kas sniedz pirmo palīdzību narkotiku un alkohola problēmu gadījumos.

Ketamīns

Ketamīna pārraudzība ES notiek kopš 2000. gada, kad izskanēja pirmās bažas par šīs vielas ļaunprātīgu lietošanu (*EMCDDA*, 2002). Valsts līmenī gandrīz pusē ES dalībvalstu uz ketamīnu attiecas kontrolējamo

Jaunas psihoaktīvas vielas

Ar Padomes 2005. gada 10. maija Lēmumu 2005/387/JHA par apmaiņanos ar informāciju par jaunām psihoaktīvām vielām, to riska novērtējumu un kontroli, ir izveidots ātras informācijas apmaiņas mehānisms nekavējošai informācijas apmaiņai par tādu jaunu psihoaktīvu vielu parādīšanos, kuras var apdraudēt sabiedrības veselību un radīt sociālus draudus. Svarīga loma jaunu psihoaktīvu vielu agrīnas brīdināšanas sistēmas ieviešanā ir uzticēta *EMCDDA* un Eiropalam ciešā sadarbībā ar attiecīgajiem *Reitox* valstu koordinācijas centriem un Eiropola valstu vienību tīkliem (¹).

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

narkotisko vielu tiesiskais regulējums (pretstatā medicīnas tiesiskajam regulējumam), bet Zviedrija un Apvienotā Karaliste ir iekļāvušas ketamīnu narkotisko vielu sarakstā attiecīgi 2005. un 2006. gadā. Nesen veiktā kritiskā ketamīnam veltītā apskatā PVO ir secinājusi, ka piemērota aizvietošana trūkuma dēļ starptautiska ketamīna kontrole radītu problēmas, jo apgrūtinātu šīs vielas pieejamību medicīniskiem lietojumiem attālos pasaules reģionos un veterinārmedicīniskiem lietojumiem (WHO, 2006). Šim apskatam 2007. gada martā ir sekojis ANO Narkotiku komisijas rezolūcijas projekts par atbildi uz draudiem, ko rada ketamīna ļaunprātīga izmantošana un novirzīšana, rosinot dalībvalstis pieņemt piesardzības pasākumus, kas

ļautu valsts aģentūrām laicīgi atklāt ketamīna novirzīšanas mēģinājumus.

Informācija par ketamīna lietošanas epidemioloģisko situāciju ir trūcīga, lai gan nesēnā Apvienotās Karalistes skolu apsekojumā konstatēja, ka rādītāji attiecībā uz ketamīna lietošanu vismaz reizi dzīves laikā ir mazāki par 0,5 %. Ir pieejami arī daži dati, kas iegūti, apsekojot deju mūzikas pasākumu apmeklētājus, un dažādos šīs augsta riska grupas pētījumos ir konstatēts, ka cilvēku, kuri vismaz reizi dzīves laikā lietojuši ketamīnu, procentuālais daudzums svārstās no 7 % (Čehijā pētītā grupā) līdz 21 % (Ungārijā pētītā grupā).



8. nodaļa

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības

EMCDDA un Eiropas AIDS epidemioloģiskās uzraudzības centra rīcībā esošie dati (*EuroHIV, 2006*) vedina domāt, ka līdz 2005. gada beigām HIV pārnesšanas līmenis narkotiku injicētāju (*IDU*) vidū lielākajā daļā Eiropas Savienības valstu ir bijis zems. Vismaz daļēji to var skaidrot ar plašāku profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumu, ieskaitot aizvietoājterapiju un adatu un šļirciņu programmas, pieejamību, lai gan svarīga loma, iespējams, ir bijusi arī citiem faktoriem, piemēram, vairākās valstīs konstatētajam narkotiku injicēšanas izplatības samazinājumam. Tomēr ir iespējams, ka vairākās ES valstīs un reģionos ar narkotiku injicēšanu saistītā HIV pārnesšana 2005. gadā ir turpinājusies samērā plaši⁽¹⁴⁰⁾, neļaujot aizmirst par neatliekamo vajadzību nodrošināt vietējās profilakses pasākumu pārklājumu un efektivitāti.

Ar narkotiku lietošanu saistīto infekcijas slimību pārraudzība *IDU* vidū Eiropā pašlaik aptver galvenokārt HIV/AIDS un vīrusu hepatītu (B un C). Darbojas divas savstarpēji papildinošas pārraudzības sistēmas. Vienā tiek apkopotas atskaites jeb ziņojumi par jauniem inficēšanās gadījumiem (jaunatklāto/paziņoto gadījumu absolūto skaitu), bet otrā — infekciju serozās izplatības dati (dati par inficēto proporcionālo skaitu *IDU* analīžu paraugos) (11. attēls)⁽¹⁴¹⁾. Neviena no šīm sistēmām nav perfekta, turklāt datu pieejamība dažādās valstīs atšķiras. Lai gan interpretējot kā vienā, tā otrā sistēmā atrodamos datus, jāievēro piesardzība, abas kopā tās sniedz pilnīgāku priekšstatu par jaunākajām epidemioloģiskajām tendencēm.

Jaunatklāto HIV gadījumu un serozās izplatības rādītāji

Atskaites par jauniem HIV gadījumiem

No atskaitēm par jaunatklātiem HIV infekcijas gadījumiem var izsecināt svarīgu rādītāju, proti, jaunu inficēšanās gadījumu skaitu (sastopamības biežumu) narkotiku injicētāju vidū. Interpretējot šos datus, jāņem vērā virkne apsvērumu:

inficētus *IDU* nevar diagnosticēt, ja šie cilvēki negriežas pie veselības aprūpes dienestiem; jauni inficēšanās gadījumi ne vienmēr ir saistīti ar narkotiku injicēšanu; turklāt apzināto inficēšanās gadījumu skaitu var iespaidot testēšanas un paziņošanas kārtība, kas dažādās valstīs var būt atšķirīga vai laika gaitā mainījusies.

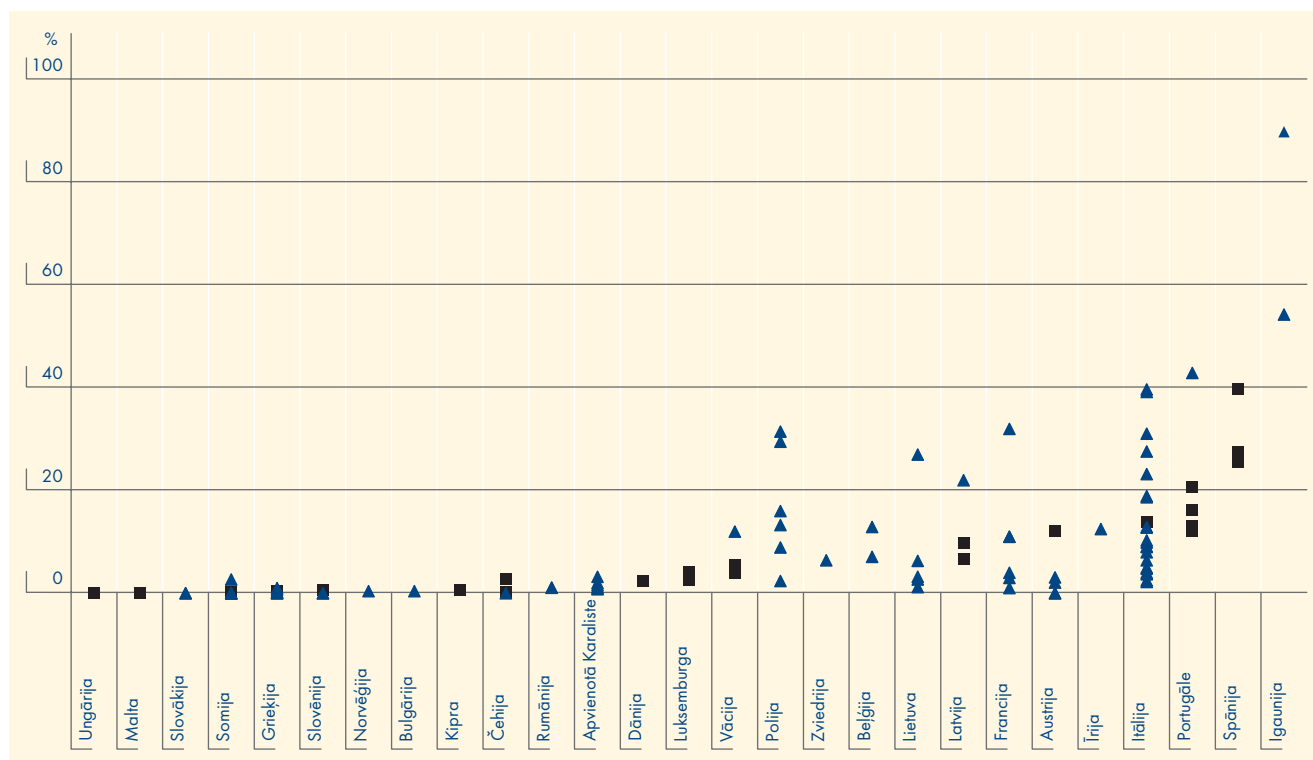
Sprīžot pēc pieejamajiem datiem, līdz 2005. gadam lielākajā daļā valstu ar narkotiku injicēšanu saistīto jaunatklāto HIV infekcijas gadījumu skaits nav bijis liels. Šeit gan būtiski piebilst, ka vairāku augstas izplatības valstu (Igaunijas, Spānijas, Itālijas, Austrijas) jaunākās atskaites par gadījumu skaitu nav pieejamas. Deviņpadsmit dalībvalstīs, no kurām lielākajā daļā *IDU* vidū nekad nav piedzīvotas plašas HIV epidēmijas, paziņoto *IDU* vidū konstatēto HIV gadījumu skaits 2005. gadā joprojām ir bijis mazāk nekā pieci gadījumi uz miljons iedzīvotājiem. Par augstākiem rādītājiem ziņo Īrija un Luksemburga, kur uz miljons iedzīvotājiem ir konstatēti attiecīgi 16 un 15 jauni gadījumi. Portugālē, kas ziņo par augstākajiem rādītājiem starp valstīm, kurās ir atsevišķi pieejami ar *IDU* saistīti dati (kopumā 2005. gadā konstatēti 85 jauni gadījumi uz miljons iedzīvotājiem), pašreizējā situācija pēc krituma starp 2000. un 2003. gadu rādās stabilizējusies⁽¹⁴²⁾. Latvijā, Lietuvā un vistīcāmāk arī Igaunijā paziņoto jauno ar *IDU* saistīto inficēšanās gadījumu skaits kopš epidēmiskā uzliesmojuma maksimuma 2001. un 2002. gadā ir krasī krities, lai gan rādītāji joprojām ir augsti, ja salīdzina ar lielāko daļu citu valstu. Latvijā jauno gadījumu skaits ir samazinājies no 283 gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem 2001. gadā līdz 49 gadījumiem 2005. gadā. Lietuvas 2002. gada maksimumam, kas konstatēts pēc uzliesmojuma cietumnieku vidū (109 gadījumi uz miljons iedzīvotājiem), 2005. gadā ir sekojis kritums līdz 25 jauniem gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem. Lai gan Igaunijā HIV infekcijas sastopamība ir kļuvusi daudz retāka, šī valsts joprojām ziņo par augstākajiem jauno HIV gadījumu rādītājiem ES. Un, lai gan Igaunijā nav atsevišķi pieejami ar *IDU* saistīti dati, iespējams, ka narkotiku injicēšana šajā valstī vēl arvien ir viens no galvenajiem HIV pārnesšanas ceļiem.

⁽¹⁴⁰⁾ Skatīt attēlu INF-2 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴¹⁾ Daži izplatības pētījumi šajā jomā ir ļoti šauri: šajā sadaļā ir sniegtas ziņas tikai par analīžu paraugiem, kas aptver vairāk nekā 50 cilvēku, un statistiski nozīmīgām ($p < 0,05$) laika tendencēm.

⁽¹⁴²⁾ Portugālē 2004. gadā (HIV gadījumi) un 2005. gadā (AIDS gadījumi) konstatētā pieauguma iemesls varētu būt šai jomai pastiprināti pievērstā profesionāļu uzmanība un ziņu sniegšana pēc 2005. gada diskusijām par pāreju uz obligātu HIV gadījumu paziņošanu.

11. attēls. HIV izplatības aplēses narkotiku injicētāju vidū saskaņā ar valsts mēroga un šaurāku pētījumu rezultātiem, 2004. un 2005. g.



NB! Melni kvadrāti = valsts mēroga paraugs; zili trīsstūriši = šaurāka (tostarp vietēja vai reģionāla) mēroga paraugs. Spānijas un Zviedrijas datus ietilpst 2006. gada dati; Īrija un Latvija ir snieguši 2003. gada datus, bet Slovākija 2003.–2004. gada datus. Valstis ir sarindotas izplatības pieaugošā secībā, pamatojoties uz vidējiem valsts datiem vai šaurāka mēroga datiem, ja valsts dati nav pieejami. Salīdzinājumi starp valstīm jāveic piesardzīgi, ņemot vērā atšķirīgos pētījumu apstākļus un metodes; valstu paraugu ņemšanas stratēģijas ir atšķirīgas — papildu informācijai skatīt attēlu INF-3 2007. gada statistikas biļetenā. Visi paziņotie paraugi aptver vairāk nekā 50 cilvēku.

Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri. Ar pirmavotiem, plašāku informāciju par pētījumiem un datiem līdz 2004. gadam var iepazīties 2007. gada statistikas biļetena tabulās INF-8 (i. un ii. daļā) un INF-0 (i. daļā).

HIV izplatība gados jaunu un nesenu narkotiku injicētāju vidū

Secinājumi, kas izriet no atskaitēm par jauniem HIV gadījumiem, gūst apstiprinājumu, ja analizē HIV infekcijas izplatību nesenu (tādu, kas narkotikas injicē mazāk nekā divus gadus) un gados jaunu (jaunāku par 25 gadiem) IDU analīžu paraugos. Tā kā šajās grupās inficēšanās visticamāk ir notikusi nesen, šos datus var uzskatīt par netiešiem HIV sastopamības biežuma rādītājiem. Šajās grupās (kas izdalītas turpmāk aprakstītajos izplatības pētījumos) konstatētais augstais HIV infekcijas līmenis (2004.–2005. gadā vairāk nekā 5 %) apstiprina, ka nesen iegūta HIV infekcija IDU vidū patiešām visbiežāk ir sastopama Portugālē (valsts mēroga dati), Lietuvā un Igaunijā (reģionāla un pilsētu līmeņa dati), un vedina domāt, ka par tādu pašu situāciju var runāt vienā no trim Polijas pilsētām, kas bija sniegušas ziņas ⁽¹⁴³⁾. Jāievēro, ka šie analīžu paraugi pārsvarā ir nelieli un ka nav pieejami visu valstu dati par HIV serozo izplatību gados jaunu un nesenu narkotiku injicētāju vidū.

HIV izplatības tendences

HIV izplatības pieaugums atkārtotos IDU analīžu paraugos var nozīmēt arī to, ka inficēšanās turpinās, lai gan inficēto

IDU mirstības samazināšanās vai neinficētu IDU skaita samazināšanās var būt svarīgi faktori, kas iespaido izpēti. ES pieejamie laika rindu dati pārsvarā rāda, ka izplatība ir stabila, liekot domāt, ka mirušos inficētos IDU aizstāj citi IDU, kas inficējas ar HIV. Tomēr dažos laika rindu pētījumos deviņās valstīs kopš 2001. gada ir konstatēts ģeogrāfiskā ziņā izkaisīts izplatības pieaugums, lai gan bieži vienlaikus ar stabilām vai lejupejošām tendencēm citos reģionos, tādējādi apgrūtinot kopējo tendenču noteikšanu. Starp šīm valstīm atkal ir Latvija (pieaugums valsts mērogā) un Lietuva (pieaugums vienā pilsētā), un šoreiz arī Austrija (pieaugums valsts mērogā) un Apvienotā Karaliste (pieaugums Anglijā un Velsā, lai gan līmenis joprojām ir zems), kā arī dažas citas valstis, kur izplatības līmenis vēl arvien ir ļoti zems (mazāk nekā 1 %). Kopumā šīs vietēja vai valsts mēroga HIV izplatības pieaugums liecina, ka, runājot par IDU paredzētu profilakses pasākumu nodrošinājumu, pašpamierinātībai nav vietas.

Par izplatības samazināšanos savukārt ziņo Grieķija (gan valsts mērogā, gan vienā reģionā), Spānija (gan valsts mērogā, gan vienā reģionā) un Somija (valsts mērogā). Turklāt par konsekventi zemu izplatību kopš 2001. gada (visos pieejamajos datos mazāk nekā 1 %) ziņo četras valstis,

⁽¹⁴³⁾ Skatīt tabulas INF-9 un INF-10 2007. gada statistikas biļetenā. Gada ziņojumā ir sniegtas tikai ziņas par analīžu paraugiem, kas aptver 50 vai vairāk cilvēku.

visas no tām jaunās dalībvalstis — Bulgārija (Sofijā; tomēr izplatība pieaug), Ungārija (valsts mērogā), Slovēnija (divās pilsētās; tomēr izplatība pieaug) un Slovākija (divās pilsētās).

Kopumā vairāk nekā deviņdesmit laika rindās, kas aptver atkārtotus HIV izplatības mērījumus *IDU* analīžu paraugos 22 ES dalībvalstīs un Norvēģijā laikposmā no 2001. līdz 2005. gadam, pārsvarā ir tādi reģioni, kuros ir konstatēta lejupejoša, nevis augšupejoša tendence. Dati liecina, ka jo īpaši reģionos, kur izplatības līmenis ir bijis augsts, inficēto *IDU* skaits pašlaik sāk samazināties un, iespējams, kļūst redzami profilakses un kaitējuma mazināšanas politikas rezultāti⁽¹⁴⁴⁾.

ES aplēses

No atskaitēm par jauniem inficēšanās gadījumiem un serozās izplatības datiem, kā arī no *IDU* un problemātisku narkotiku lietotāju skaita aplēsēm (skatīt 6. nodaļu) izriet, ka ES varētu būt aptuveni 100 000 līdz 200 000 ar HIV inficētu iedzīvotāju, kas kādreiz mūžā ir injicējuši narkotikas. Saskaņā ar aplēsēm no jauna diagnosticēto HIV gadījumu skaits narkotiku injicētāju vidū ES pašlaik varētu būt aptuveni 3500 gadījumu gadā.

AIDS izplatība un HAART pieejamība

Tā kā kopš 1996. gada pieejamā augstas aktivitātes antiretrovirālā terapija (*HAART*) efektīvi aptur HIV infekcijas pāreju AIDS stadijā, AIDS izplatības dati vairs nav tik būtisks HIV pārnesšanas rādītājs. Saskaņā ar PVO aplēsēm *HAART* pārklājuma līmenis ES dalībvalstīs, kandidātvalstīs un Norvēģijā ir augsts. Visas valstis ziņo par vismaz 75 % pārklājumu⁽¹⁴⁵⁾, lai gan atsevišķi dati par *IDU* nav pieejami. Tomēr AIDS sastopamības biežums joprojām ir svarīgs rādītājs, jo sniedz priekšstatu par klīniskās saslimstības līmeni un ļauj spriest par *HAART* ieviešanu un pieejamību.

Portugāle joprojām ir valsts, kur AIDS *IDU* vidū ir sastopams visbiežāk, turklāt tā ir vienīgā valsts, kur reģistrēts nesens pieaugums — aplēses rāda ka 2005. gadā AIDS izplatība ir bijusi 36 jauni AIDS gadījumi uz miljons iedzīvotājiem salīdzinājumā ar 30 gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem 2004. gadā. Var piebilst, ka kopējie AIDS mirstības rādītāji (visticamāk lielā mērā saistīti ar narkotiku injicēšanu) laikposmā no 1997. līdz 2002. gadam nav samazinājušies, liekot secināt, ka šajā periodā *HAART* nodrošinājuma līmenis ir bijis zems⁽¹⁴⁶⁾. No Baltijas valstīm AIDS

sastopamības ir kļuvusi retāka Latvijā, kur 2005. gadā uz miljons iedzīvotājiem ir reģistrēti 23 jauni gadījumi, kas ir mazāk, salīdzinot ar 2004. gadā reģistrēto maksimumu — 26 jauniem gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem, kamēr Igaunija 2005. gadā nav sniegusi atsevišķus datus par *IDU*, bet ziņo par pieaugumu laikposmā no 2003. līdz 2002. gadam (no četriem līdz 13 gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem)⁽¹⁴⁷⁾.

B un C hepatīta izplatība

Kamēr HIV vīruss *IDU* vidū ES pārsvarā ir sastopams dažās augstas izplatības valstīs, vīrusu hepatīts, jo īpaši hepatīts, ko izraisa C hepatīta vīruss (HCV), ir izplatīts daudz vienmērīgāk un sastopams daudz biežāk.

Septiņpadsmit valstīs 2004. un 2005. gadā veiktos 60 pētījumos, pārbaudot *IDU* analīžu paraugus, HCV antivielu izplatības līmenis ir pārsniedzis 60 % (sešas no 28 valstīm nav paziņojušas datus)⁽¹⁴⁸⁾. Aplūkojot gadus jaunu (jaunāku par 25 gadiem) *IDU* analīžu paraugus, augsti izplatības rādītāji (vairāk nekā 40 % vismaz vienā no paraugiem) ir konstatēti septiņās valstīs, bet aplūkojot nesenu *IDU*, par kuriem daudzās valstīs datu trūkst, analīžu paraugus, augsti izplatības rādītāji ir konstatēti Polijā un Apvienotajā Karalistē⁽¹⁴⁹⁾. Tikai piecas valstis informē par pētījumiem, kuros konstatētais izplatības līmenis nepārsniedz 25 %.

No pieejamajiem datiem, kā arī no *IDU* un problemātisku narkotiku lietotāju skaita aplēsēm (skatīt 6. nodaļu) izriet, ka ES varētu būt aptuveni viens miljons ar HCV inficētu iedzīvotāju, kas kādreiz mūžā ir injicējuši narkotikas.

HBV infekcijas marķieru izplatībā ir novērojamas lielākas atšķirības nekā HCV marķieru izplatībā, kam par iemeslu, iespējams, ir atšķirīgais vakcinācijas līmenis. Vispilnīgākie pieejamie dati ir par hepatīta galvenā antigēna (anti-HBc) antivielu, kas norāda uz infekcijas vēsturi. Spriežot pēc valstu ziņojumiem, laikposmā no 2003. līdz 2004. gadam par 40 % augstāki izplatības rādītāji ir bijuši sešās valstīs.

Paziņoto B un C hepatīta gadījumu laika tendences paver atšķirīgu ainu. Izskatās, ka B hepatīta gadījumā *IDU* proporcija visu paziņoto gadījumu skaitā kopumā ir samazinājusies, iespējams, atspoguļojot vakcinācijas programmu pieaugošos rezultātus. Runājot par *IDU* proporciju paziņoto C hepatīta gadījumu skaitā, vienu vispārēju tendenci nav iespējams izdalīt⁽¹⁵⁰⁾, tomēr šī

⁽¹⁴⁴⁾ Skatīt tabulas INF-8, INF-9 un INF-10 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁵⁾ Skatīt attēlu INF-14 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugāles HIV/AIDS Infekcijas valsts koordinācijas centrs, Veselības ministrija, 2006. g.

⁽¹⁴⁷⁾ Skatīt attēlu INF-1 2007. gada statistikas biļetenā. Dati par diviem pēdējiem gadiem ir aplēses, kas veiktas, ievērojot paziņošanas aizkavēšanos, tādēļ vēlāk var mainīties (avots: *EuroHIV*).

⁽¹⁴⁸⁾ Skatīt tabulas INF-11, INF-12 un INF-13 2007. gada statistikas biļetenā. Gada ziņojumā ir sniegtas tikai ziņas par analīžu paraugiem, kas aptver 50 vai vairāk cilvēku.

⁽¹⁴⁹⁾ Skatīt attēlu INF-6 (vii. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁰⁾ Skatīt attēlu INF-8 un INF-11 2007. gada statistikas biļetenā.

Rūpes par veselības aprūpi cietumos sabiedrības veselības kontekstā

Pie lielākajām sabiedrības veselības problēmām pēdējos divdesmit gados var pieskaitīt lipīgu slimību, piemēram, tuberkulozes atkalparādīšanos, HIV/AIDS parādīšanos un straujo izplatību un šķietami nekontrolējamo psihotropo narkotiku lietošanas pandēmiju. Šīs nelaimes visvairāk skar pašas neaizsargātākās iedzīvotāju grupas. Tā, piemēram, cietumnieku vidū bieži ir sastopamas narkotiku problēmas un relatīvi augsts infekcijas slimību izplatības līmenis. Turklāt narkotiku lietošana cietumos nereti turpinās un dažkārt pat tiek sākta, un šajā vidē bieži nākas sastapties ar augsta riska uzvedību. Tādējādi cietumos var paaugstināties dzīvībai bīstamu infekcijas slimību izplatības līmenis, bet vienlaikus šeit paveras izdevība īstenot ieviešanas pasākumus, kas adresēti tieši šai īpaši svarīgajai mērķgrupai.

Lai gan ir daži izņēmumi (Francija, Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa), Norvēģija), pārsvarā cietumu veselības aprūpe tomēr ir iekļauta tiesu vai drošības, nevis veselības aprūpes sistēmā, līdz ar to pastāv risks, ka cietumu veselības aprūpe var izrādīties nošķirta no vispārējās sabiedrības veselības aprūpes, un var rasties šaubas par cietumu veselības aprūpes pakalpojumu neatkarību, kvalitāti, pieejamību un līmeni.

Cietumnieku sliktais veselības stāvoklis var iespaidot plašākas sabiedrības veselību, kad narkotiku lietotāji iznāk no cietuma un atjauno kontaktus ar ģimeni un citiem apkārtējās sabiedrības locekļiem. Tādēļ nopietnu infekcijas slimību, piemēram HIV infekcijas un tuberkulozes atklāšana un adekvāta ārstēšana, ko papildina piemēroti kaitējuma mazināšanas pasākumi, var ievērojami iespaidot to kopienas veselības stāvokli, no kurām cietumnieki nāk un kurās vēlāk atgriežas. No narkotikām atkarīgo cietumnieku ārstniecības programmas ne vien nāk par labu cietumnieku veselībai, bet, iespējams, sekmē arī turpmāku likumpārkāpumu novēršanu.

Lai uzlabotu informētību par veselības aprūpes situāciju cietumos un konkrētiem ar to saistītiem risinājumiem, Eiropas Komisijas Sabiedrības veselības programma atbalsta Pasaules Veselības Organizācijas Eiropas reģionālā biroja projektu "Veselības aprūpe cietumos", kura mērķis ir izveidot datubāzi, kurā paredzēts apkopot būtiskus cietumu veselības rādītājus un citus noteicējfaktorus. Kopējās datubāzes izveidē kopā ar PVO Eiropas reģionālo biroju un Eiropas tīklu narkotiku un infekcijas slimību apkarošanai cietumos (ENDIPP) (1) ir iesaistīts arī EMCDDA.

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

proporcija dažādās valstīs ir krasi atšķirīga, norādot uz iespējamām C hepatīta pārnesanas atšķirībām. Lai varētu labāk plānot ar šo jomu saistītos profilakses un kaitējuma mazināšanas pasākumus, vispirms vajadzētu labāk izprast

faktorus, kas iespaido dažādu valstu infekcijas izplatības rādītājus.

Infekcijas slimību profilakse

Pēdējos desmit gados ES līmenī arvien pieaug vienprātība attiecībā uz svarīgākajiem elementiem, bez kuriem nav iedomājama efektīva to problēmu risināšana, ko rada infekcijas slimību izplatība narkotiku injicētāju vidū. Eiropā ir stingri iesakņojušies daudzkomponentu profilakses pasākumi, starp kuriem var minēt atbilstošas narkotiku ārstniecības, jo īpaši aizvietošanas terapijas, pieejamību, adatu un šļirču programmas; informēšanu un profilakses materiālu izdalīšanu; izglītošanu, ieskaitot aktīvu izglītošanu vienaudžu vadībā par risku mazināšanu; brīvprātīgas konsultācijas par infekcijas slimībām un pārbaudes, vakcinācijas un infekcijas slimību ārstēšanu.

Neatkarīgi no šo elementu līdzsvara dažādu valstu politikā, visas valstis ir vienprātīgas, ka īstenojot koordinētus un visaptverošus sabiedrības veselības aizsardzības pasākumus, var samazināt infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū.

Lai novērstu neatklātus HIV infekcijas gadījumus, šogad ir publicēti jauni norādījumi (WHO/UNAIDS, 2007). Lai panāktu, ka lielāks skaits pacientu veic brīvprātīgus HIV testus, veselības aprūpes dienesti, jo īpaši iestādes, kuru mērķgrupa ir visapdraudētākie narkotiku lietotāji, piemēram, narkotiku injicētāji, ir rosināti rīkoties aktīvāk un mudināt pacientus veikt HIV testus un apmeklēt konsultācijas. Regulāras brīvprātīgas medicīniskas pārbaudes, ieskaitot HIV un citu infekciju testus un konsultācijas, ir viens no lietderīgākajiem pakalpojumiem, ko veselības aprūpes dienesti var piedāvāt narkotiku injicētājiem — šāds secinājums izriet no EMCDDA darba šajā jomā.

A un B hepatīta profilaksē svarīga loma ir vakcinācijai. Dažas valstis nodrošina B hepatīta vakcīnu visiem iedzīvotājiem, bet citas tikai visapdraudētākajām iedzīvotāju grupām. Piemēram, Norvēģija paplašināja A un B hepatīta vakcināciju pēc šo aknu infekciju uzliesmojuma, kas rādīja, ka narkotiku injicēšana ir izplatījusies arī mazākās pašvaldībās.

Augstais C hepatīta izplatības līmenis narkotiku injicētāju vidū norāda uz neatliekamu vajadzību meklēt efektīvākus šīs problēmas risinājumus, ņemot vērā, ka C hepatīta gadījumā vakcinācija nav risinājums. Vairākas valstis ir pieņēmušas speciālas programmas, kuru mērķis ir C hepatīta profilakse, un šajā jomā notiek dažas interesantas izstrādes, starp kurām var minēt piemēram, kampaņu "stop hepC", kura jau kopš 2003. gada norit Oslo un kuras mērķis ir censties uzrunāt narkotiku lietotājus, kamēr viņi vēl nav kļuvuši par narkotiku injicētājiem vai kamēr viņu narkotiku injicēšanas "stāžs" vēl ir neliels.

Narkotiku ārstniecības un kaitējuma mazināšanas dienestiem jādomā arī par to, kā novērst riskus, ko rada pacientu seksuālā uzvedība. Narkotiku lietotāji pastiprināti riskē inficēties ar HIV vīrusu ne vien narkotiku injicēšanas dēļ, bet arī savas seksuālās uzvedības dēļ — vai nu tādēļ, ka narkotiku iespaidā nespēj pieņemt adekvātus lēmumus, lieto narkotikas, kas rosina augsta riska seksuālu uzvedību, vai tādēļ, ka nonāk seksa industrijas gūstā vai piedāvā seksu apmaiņā pret narkotikām. Sievietes, kas lieto narkotikas, var būt īpaši neaizsargātas, lai gan, runājot par narkotiku lietošanas un augsta riska seksuālas uzvedības saistību, to pašu var teikt par vīriešiem, kas stājas seksuālos sakaros ar citiem vīriešiem. Narkotiku lietotājiem ir lielāks risks inficēties ne vien ar HIV vīrusu, bet, iespējams, arī ar citām seksuāli transmisīvām slimībām (STS), un narkotiku ārstniecības dienesti var dot lielu ieguldījumu, palīdzot diagnosticēt slēptas STS. Piemēram, Malta ziņo par nesen veiktu pētījumu, kad ambulatorā ārstniecības iestādē veicot sieviešu skrīninga pārbaudes, tika konstatēti slēpti cilvēka papilomas vīrusa infekcijas gadījumi.

Adatu un šļirču programmas

Narkotiku aģentūru pakalpojumus integrētas adatu un šļirču apmaiņas vai izplatīšanas programmas kombinācijā ar riska konsultāciju un informācijas pakalpojumiem un narkotiku lietotāju nosūtīšanu uz ārstniecības iestādēm ir plaši izplatītas visā ES. Trijās no katrām četrām ES valstīm un Norvēģijā adatu un šļirču programmām (NSP) kā vienam no pasākumiem ar mērķi novērst infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku injicētāju vidū ir piešķirta prioritāra nozīme⁽¹⁵¹⁾. Par četrām adatu un šļirču nodrošinājumu ziņo visas valstis, izņemot Kipru, kurai ekspertu grupa 2006. gadā ir ieteikusi ķerties pie šā līdzekļa, lai ierobežotu iespējamu ar narkotiku injicēšanu saistītu infekciju izplatības pieaugumu. Turklāt pakalpojumu sniedzēji vienlaikus ar tīrām šļircēm arvien vairāk piedāvā arī citu sterilu aprīkojumu, piemēram, spirta tamponus un sausās salvetes, ūdeni, filtrus un vārāmos traukus. Lai gan gandrīz neviena valsts vairs neapstrīd NSP un sterilu injicēšanas materiālu nodrošinājuma lomu, tomēr visas valstis neuzskata šīs programmas par prioritāti, un dažas valstis ir pārlicinātas, ka pilnīgi pietiek ar aptiekās nopērkamajiem materiāliem.

Sterilu injicēšanas materiālu nodrošināšanas veidi un pakalpojumu klāsts dažādās valstīs atšķiras. Parasti šļirču izdales punkti atrodas specializētās narkotiku aģentūrās, un, izņemot trīs valstis, visur citur šos pakalpojumus papildina mobili pakalpojumi, nodrošinot palīdzību arī narkotiku injicētāju grupām marginalizētos rajonos. Pieejamos NSP pakalpojumus desmit valstīs papildina šļirču pārdošanas automāti⁽¹⁵²⁾, bet nav tikpat kā nekādas informācijas par to apgrozījumu un trūkst arī pētījumu par šā pakalpojuma

efektivitāti. Tagad arī Luksemburga ir pievienojusies nelielajai valstu grupai, kurā vēl ietilpst Spānija un Vācija un kura piedāvā adatu un šļirču apmaiņu cietumos, lai gan Vācijā šis pakalpojums ir pieejams tikai vienā cietumā Berlinē.

Vietējo aptieku lielais skaits nozīmē, ka aptieku iesaistīšanās šļirču apmaiņas programmās var ievērojami paplašināt šļirču pieejamības ģeogrāfisko pārklājumu, tādējādi papildinot specializēto aģentūru piedāvājumu. Piemēram, Skotijā 2004. gadā caur 116 iesaistīto aptieku tīklu ir izdalīti 1,7 miljoni šļirču, bet Portugālē šajā programmā bija iesaistījušās vairāk nekā 1300 aptiekas, izdalot 1,4 miljonus šļirču⁽¹⁵³⁾. Par oficiāli organizētām aptieku šļirču apmaiņas vai izplatīšanas programmām ziņo astoņas Eiropas valstis (Beļģija, Dānija, Spānija, Francija, Nīderlande, Portugāle, Slovēnija un Apvienotā Karaliste).

Valstis, kur aptiekas ir vietas, kurās narkotiku lietotāji vienmēr var griezties, lai dabūtu injicēšanas aprīkojumu, tās varētu darīt daudz vairāk, piedāvājot arī citus narkotiku lietotājiem domātus veselības aizsardzības pasākumus, piemēram, izplatīt informāciju par to, ka riskanta seksuālā uzvedība un narkotiku injicēšana var novest pie infekcijas slimībām, kā arī izplatīt informāciju par testiem un konsultāciju pakalpojumiem un ārstniecības iestādēm. Pašlaik tikai Francija, Portugāle un Apvienotā Karaliste ziņo par darbu, kas tiek veikts, lai motivētu aptiekārus iesaistīties šļirču programmās un lai atbalstītu tos, kas šajās programmās jau piedalās.

NSP ģeogrāfiskais pārklājums un piedāvātais injicēšanas materiālu nodrošinājums dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Tomēr to valstu skaits, kuras ir izveidojušas valsts mēroga NSP tīklus, turpina pieaugt. Par labu NSP valsts pārklājumu ziņo šādas valstis: divas mazas valstis — Luksemburga un Malta; Itālija, kur NSP pilnīgi vai daļēji aptver aptuveni 70 % no visiem vietējiem veselības aprūpes iecirkņiem; Čehija, kur NSP ir pieejamas visos 77 iecirkņos un galvaspilsētā Prāgā; un Somija, kuras likumdošana paredz, ka pašvaldību pienākums ir nodrošināt atbilstošus infekcijas slimību profilakses pakalpojumus, ieskaitot NSP. Portugāle lēš, ka tās aptieku un palīdzības NSP aptver aptuveni 50 % valsts teritorijas, bet Dānijā NSP tiek īstenotas desmit grāfistēs no trīspadsmit. Visās Austrijas pilsētās, kur ir ievērojams narkotiku injicētāju kontingents, ir vismaz viens adatu un šļirču punkts, bet Bulgārijā pakalpojumi ir pieejami desmit pilsētās ar relatīvi augstu problemātiskas narkotiku lietošanas līmeni. Igaunijā ir aplēsts, ka 2005. gadā NSP ir izmantojuši 37 % IDU, savukārt Slovēnijā un Rumānijā mērķgrupu pārklājums ir daudz nepilnīgāks (attiecīgi 20 % un 10–15 %).

Vairākas valstis (Bulgārija, Čehija, Igaunija, Ungārija, Austrija, Slovēnija, Somija) ziņo, ka ar specializēto NSP

⁽¹⁵¹⁾ Skatīt 11. attēlu 2006. gada ziņojumā.

⁽¹⁵²⁾ Skatīt tabulu HSR-2 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵³⁾ Skatīt tabulu HSR-4 2007. gada statistikas biļetenā.

starpniecību apmainīto vai izplatīto šļirču kopskaits laikposmā no 2003. līdz 2005. gadam ir palielinājies ⁽¹⁵⁴⁾.

Specializētās aģentūras, kas piedāvā adatu un šļirču programmas, var sniegt arī citus svarīgus ar sabiedrības veselības aizsardzību saistītus pakalpojumus, piemēram, novērtēt pacientu riska uzvedību un celt izpratni par šādas uzvedības bīstamību, motivēt pacientus pārbaudīties un vakcinēties, kā arī novirzīt pacientus uz primārās veselības aprūpes un narkotiku ārstniecības iestādēm. Lai gan pagaidām nav skaidrs, cik lielā mērā aģentūras sniedz šāda veida pakalpojumus, tomēr tie ir ļoti svarīgi — to apliecina nesen Anglijā veiktas valsts pārbaudes rezultāti. Pārbaudes ziņojumā ir konstatēts, ka pacienti ir samērā slikti informēti par infekcijas slimību riskiem un atzīts, ka aģentūras varētu rīkoties daudz aktīvāk, piedāvājot konsultācijas, testus un vakcināciju.

Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi un mirstība

Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi

Saskaņā ar EMCDDA definīciju ar narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi ir nāves gadījumi, kuru tiešais cēlonis ir vienas vai vairāku narkotiku lietošana. Ar narkotiku lietošanu saistīta nāve parasti iestājas drīz pēc attiecīgās psihoaktīvās vielas lietošanas. Citi jēdzieni, ko lieto, lai aprakstītu šādus nāves gadījumus, ir “pārdozēšana”, “saindēšanās”, “narkotiku izraisīti nāves gadījumi” vai “narkotiku izraisīti pēkšņi nāves gadījumi” ⁽¹⁵⁵⁾. Ar narkotiku lietošanu saistītu nāves gadījumu skaits kādā kopienā būs atkarīgs no tā, cik šajā kopienā ir pārdozējami narkotiku (jo īpaši opioīdu) lietotāji. Citi vērā ņemami faktori ir narkotiku injicētāju skaits, vairāku narkotiku lietošanas izplatība, ārstniecības un neatliekamās palīdzības pakalpojumu pieejamība un politika.

Lai gan datu salīdzināmība Eiropā pēdējos gados ir uzlabojusies, paziņošanas kvalitāte dažādās valstīs joprojām atšķiras, tādēļ tieši salīdzinājumi vēl arvien jāveic piesardzīgi. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaitu var izteikt kā paziņoto gadījumu skaitu, kā rādītājus iedzīvotāju vidū vai kā visu mirušo iedzīvotāju proporciju. Lai arī paziņošanas kvalitāte dažādās valstīs atšķiras, pārdozēšanas gadījumu skaita un raksturojuma tendences tomēr ir iespējams noteikt, ja vien laika gaitā nav mainījušās metodes.

Laikposmā starp 1990 un 2004. gadu ES dalībvalstis katru gadu ir ziņojušas par 6500 līdz vairāk nekā 9000 nāves gadījumu, pavisam šajā laikposmā ir paziņoti vairāk nekā 122 000 nāves gadījumu. Šos skaitļus vajadzētu uzskatīt par minimālajiem rādītājiem ⁽¹⁵⁶⁾.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits iedzīvotāju vidū dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgs, svārstoties no 3 līdz 5 ⁽¹⁵⁷⁾ līdz vairāk nekā 50 nāves gadījumiem uz miljonus iedzīvotājiem (vidēji 18,3), turklāt 11 Eiropas valstis ziņo par vairāk nekā 20 nāves gadījumiem uz miljonus iedzīvotājiem. Mirstības rādītāji 15–39 gadus vecu vīriešu vidū parasti ir trīskārt augstāki (vidēji 61 nāves gadījums uz miljonus iedzīvotājiem). No visiem nāves gadījumiem 15–39 gadus vecu Eiropas iedzīvotāju vidū ar narkotiku lietošanu 2004.–2005. gadā ir bijuši saistīti 4 % nāves gadījumu, bet deviņās valstīs šis rādītājs ir bijis vairāk nekā 7 % ⁽¹⁵⁸⁾.

Narkotiku lietotāji mirst ne tikai no pārdozēšanas, narkotiku lietošana var būt arī netiešs nāves cēlonis. Piemēram 2003. gadā 1400 gadījumos nāves cēlonis ir bijis ar intravenozu narkotiku lietošanu saistīts AIDS (*EuroHIV*, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, lai gan šis skaitlis visticamāk nav pilnīgs. Citus ar narkotiku lietošanu netieši saistītus nāves cēloņus (piemēram, hepatītu, vardarbību, pašnāvības un nelaimes gadījumus) ir grūtāk novērtēt. Aplēses liecina, ka vismaz dažās Eiropas pilsētās 10–20 % gadījumu gadus jaunu pieaugušo iedzīvotāju nāve tieši vai netieši varētu būt saistīta ar opioīdu lietošanu (skatīt turpmāk) (*Bargagli et al.*, 2006). Šim skaitam būtu jāpievieno ar citiem narkotiku lietošanas veidiem (piemēram, ar kokaīna lietošanu) saistītie nāves gadījumi, bet to skaitu ir grūtāk noteikt.

Lai varētu noteikt ar problemātisku narkotiku lietošanu saistītās mirstības kopējo līmeni valsts un Eiropas mērogā, vispirms būs jāpildinveido datu apkopošanas un analīzes kvalitāte. Valsts mēroga mēģinājums šajā jomā ir aprakstīts Nīderlandes valsts ziņojumā. Ekstrapolējot vietēja pētījuma datus, šajā valstī tika aprēķināts to nāves gadījumu skaits, kuru tiešais un netiešais cēlonis ir bijusi problemātiska narkotiku lietošana, ņemot vērā reģionālās atšķirības. Lai gan vēl jāturpina darbs pie metodikas izstrādes, šāda veida pētījumi, iespējams, var ne vien palīdzēt noteikt ar narkotiku lietošanu netieši saistīto nāves gadījumu skaitu, bet arī pārvarēt pārdozēšanas gadījumu paziņošanas varbūtējās nepilnības.

⁽¹⁵⁴⁾ Skatīt tabulu HSR-3 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁵⁾ Pašlaik šo EMCDDA definīciju vai tai ļoti līdzīgas definīcijas lieto lielākajā daļā valstu, lai gan dažas valstis šajā grupā turpina iekļaut nāves gadījumus, kam par iemeslu ir psihoaktīvi medikamenti vai citi cēloņi, nevis pārdozēšana, parasti kā ierobežotu daļu (skatīt metodikas piezīmi “Ar narkotikām saistīto nāves gadījumu kopsavilkums: definīcijas un metodikas jautājumi” 2007. gada statistikas biļetenā un DRD standartprotokola redakciju 3.1).

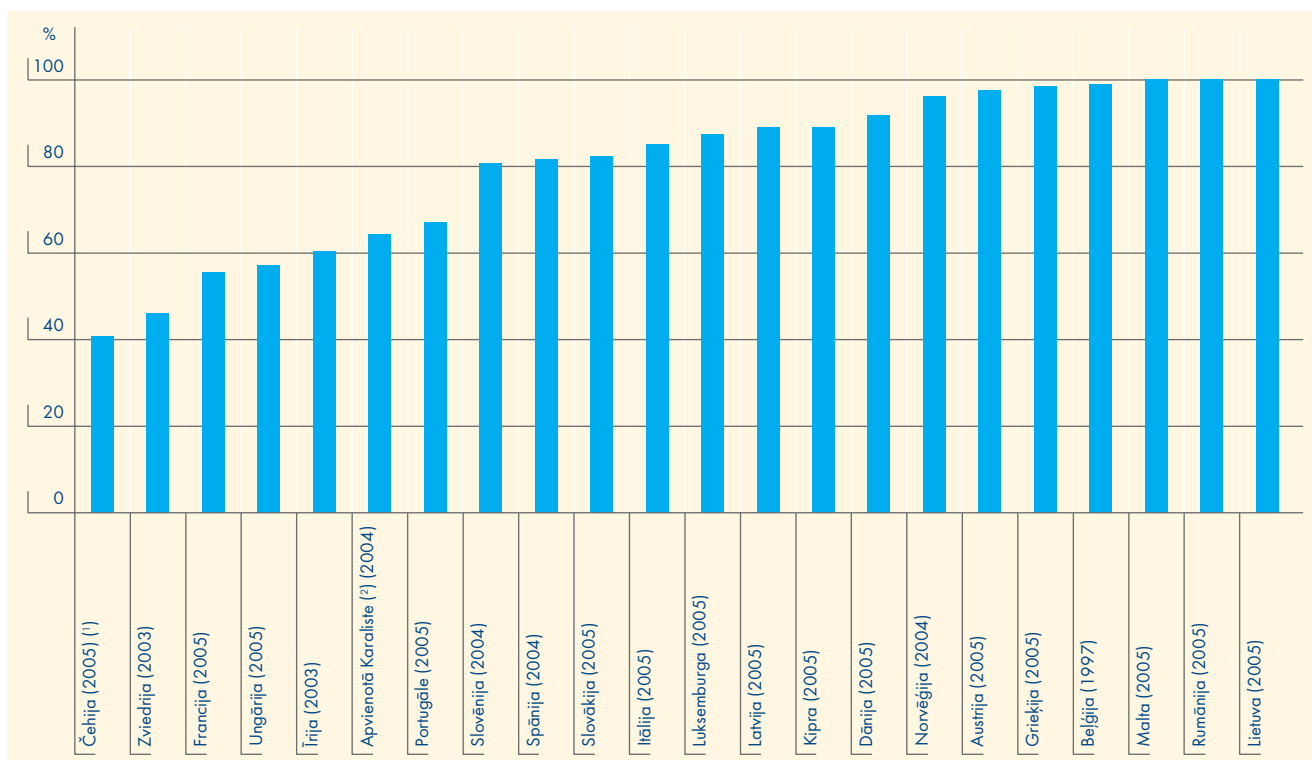
⁽¹⁵⁶⁾ Skatīt tabulas DRD-2 (i. daļu), DRD-3 un DRD-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁷⁾ Francijā 2005. gadā uz miljonus iedzīvotājiem ir bijuši tikai 0,9 nāves gadījumi; iespējams, tas nozīmē, ka par visiem gadījumiem nav paziņots, tomēr jāievēro, ka 1994. gadā, kad nāves gadījumu skaits pārdozēšanas dēļ sāka samazināties, šis rādītājs bija aptuveni desmit reizi lielāks.

⁽¹⁵⁸⁾ Skatīt tabulu DRD-5 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁹⁾ Šis skaitlis attiecas uz PVO Eiropas reģiona rietumu un centrālo daļu, kurā ietilpst dažas valstis, kas nav ES dalībvalstis, kā arī uz kopējo nāves gadījumu skaitu Igaunijā, Latvijā un Lietuvā (austrumu daļā).

12. attēls. Narkotiku izraisītu pēkšņu nāves gadījumu skaits, kuros konstatēta opioīdu klātbūtne



(¹) Attiecībā uz Čehiju ir izmantota nevis valsts, bet EMCDDA D izlases narkotiku izraisītu pēkšņu nāves gadījumu definīcija. Valsts definīcija aptver arī saindēšanos ar psihoaktīviem medikamentiem, kas ir nāves cēlonis lielākajā daļā reģistrēto gadījumu (156 no 218 nāves gadījumiem).

(²) Valsts statistikas biroja definīcija.

NB! Dažās valstīs narkotiku izraisītu nāves gadījumu "valsts definīcija" aptver arī ierobežotu skaitu nāves gadījumu, kuru netiešais cēlonis ir narkotiku lietošana. Dati par 2005. gadu vai par pēdējo gadu, kurā šie dati pieejami. Papildu informācijai skatīt tabulu DRD-1 2007. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006), dati no valstu mirušo iedzīvotāju reģistriem un speciāliem reģistriem.

Ar opioīdu lietošanu saistītie pēkšņie nāves gadījumi

Ar heroīna lietošanu saistītie nāves gadījumi ⁽¹⁶⁰⁾

Eiropā opioīdu pārdozēšana ir viens no galvenajiem gados jaunu cilvēku, jo īpaši pilsētvidē dzīvojošu vīriešu, nāves cēloņiem. Opioīdu klātbūtni konstatē lielākajā daļā — 46 % līdz 100 % — ES paziņoto narkotiku izraisīto pēkšņu nāves gadījumu, kuru cēlonis ir nelegālās psihoaktīvās vielas (12. attēls), pārsvarā heroīns vai tā metabolīti. Eiropā ar opioīdu lietošanu saistīto nāves gadījumu galvenais cēlonis ir heroīns, lai gan nereti analizēs atrod arī citas vielas, kam, iespējams, ir bijusi sava nozīme, jo īpaši alkoholu, benzodiazepīnus, citus opioīdus un dažās valstīs arī kokaīnu. Deviņām valstīm ⁽¹⁶¹⁾ 2006. gadā piedaloties brīvprātīgā datu vākšanas pasākumā, lai noskaidrotu, kādas vielas konstatē ar narkotiku lietošanu saistītajos nāves gadījumos, ir apstiprinājies, ka opioīdu pārdozēšana parasti (60–90 % gadījumu) ir saistīta arī ar citām vielām un faktiski šos nāves gadījumus var uzskatīt par "nāves gadījumiem, kas saistīti ar vairāku narkotiku lietošanu".

Narkotiku lietotāji, kas pārdozē, lielākoties ir vīrieši (59–100 %), proporcionāli vislielākais sieviešu skaits ir Čehijā, Polijā un Slovākijā, bet vismazākais Itālijā, Lietuvā un Luksemburgā. Pārdozēšanas upuri parasti ir 20 līdz 40 gadus veci, vidējais vecums lielākajā daļā valstu ir apmēram 35 gadi ⁽¹⁶²⁾. Vidēji visjaunākie pārdozēšanas upuri ir Bulgārijā, Igaunijā, Latvijā un Rumānijā, bet visvecākie — Polijā, Somijā un Apvienotajā Karalistē. Par 15 gadiem jaunāku iedzīvotāju vidū paziņoto letālas pārdozēšanas gadījumu ir ļoti maz, lai gan iespējams, ka par visiem narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem šajā vecuma grupā nav paziņots. Ir reģistrēti arī daži 65 gadus pārsniegušu iedzīvotāju nāves gadījumi, kuru cēlonis ir bijušas narkotikas, tomēr šādu gadījumu skaits pārsniedz 5 % tikai septiņās valstīs. Vairākās dalībvalstīs, kas pievienojās ES 2004. gadā, mirušie vidēji ir samērā jauni un ir daudz pārdozēšanas upuru par 25 gadiem jaunāku narkotiku lietotāju vidū, liecinot, ka šajās valstīs heroīnu, iespējams, lieto gados jaunāki cilvēki ⁽¹⁶³⁾.

⁽¹⁶⁰⁾ Tā kā EMCDDA paziņotie gadījumi lielākoties ir opioīdu pārdozēšanas gadījumi, narkotiku izraisīto pēkšņu nāves gadījumu vispārējais raksturojums ir izmantots, aprakstot opioīdu pārdozēšanas gadījumus.

⁽¹⁶¹⁾ Čehija, Dānija, Vācija, Latvija, Malta, Nīderlande, Austrija, Portugāle un Apvienotā Karaliste.

⁽¹⁶²⁾ Skatīt tabulu DRD-1 (i. daļu) 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶³⁾ Skatīt attēlu DRD-2 2007. gada statistikas biļetenā.

Daudzās dalībvalstīs pārdozēšanas upuru vecums pieaug, liecinot, ka heroīna lietošanas izplatība gados jaunu iedzīvotāju vidū samazinās. Šī augšupejošā tendence ir raksturīga ES 15 dalībvalstīm, lai gan Austrijā un Luksemburgā pēdējos gados ir vērojama lejupejoša tendence. Pārējās dalībvalstīs šī tendence nav tik skaidra, un mazais gadījumu skaits apgrūtina datu interpretāciju ⁽¹⁶⁴⁾.

Ar metadona un buprenorfina lietošanu saistītie nāves gadījumi

Lai gan pētījumi liecina, ka aizvietotājterapija mazina letālas pārdozēšanas risku, katru gadu pienāk ziņas par dažiem nāves gadījumiem, kuru cēlonis ir aizvietotājo medikamentu ļaunprātīga lietošana. Ar metadona un buprenorfina lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita un apstākļu pārraudzības rezultāti var noderēt, gan plānojot aizvietotājterapijas programmu kvalitātes kontroli, gan izstrādājot profilakses un kaitējuma mazināšanas pasākumus.

Vairākas valstis informē par metadona klātbūtni ievērojamā narkotiku izraisīto nāves gadījumu daļā, lai gan metadona kā nāves cēloņa loma ne vienmēr ir skaidra un nav izslēgta arī citu vielu klātbūtne. Dānija informē, ka metadons (viens pats vai kombinācijā ar citām vielām) ir bijis saindēšanās cēlonis 43 % narkotiku nāves gadījumu (2005. gadā 89 gadījumos no 206); Vācija ziņo, ka, salīdzinot ar 345 gadījumiem 2004. gadā, 2005. gadā ar "aizvietotājielām" ir bijuši saistīti 255 no 1477 nāves gadījumiem (75 reizes ir konstatētas tikai šīs vielas, bet 180 gadījumos arī citas narkotikas); Apvienotā Karaliste ziņo par 280 nāves gadījumiem, kuros ir "pieminēts" metadons (no 1972; narkotiku stratēģijas definīcija); savukārt Norvēģijā metadona klātbūtne konstatēta 55 liķu sekcijās. Spānija (2005. gada *Reitox* tīkla valstu ziņojumi) ziņo par dažiem pārdozēšanas gadījumiem, kad vainojams bijis vienīgi metadons (2 % no kopskaita), bet kombinācijā ar citām vielām metadons konstatēts daudzos opioīdu (42 %) un kokaīna (20 %) nāves gadījumos. Pārējās valstis par metadona nāves gadījumiem vai nu neziņo, vai arī paziņoto gadījumu skaits ir ļoti neliels.

Nāves gadījumi, kuru cēlonis ir saindēšanās ar buprenorfinu, šķiet reti, un to saista ar apstākli, ka šai vielai piemīt gan agonista, gan antagonista farmakoloģiskās īpašības. Tomēr Eiropas valstis ziņo par dažiem nāves gadījumiem. Valsts ziņojumos par 2006. un 2005. gadu tikai Francija un Somija ir minējušas ar šīs vielas lietošanu saistītus nāves gadījumus. Somijā 2005. gadā buprenorfina klātbūtne konstatēta 83 nāves gadījumos (2004. gadā 73), parasti buprenorfins ir ticis lietots kombinācijā ar benzodiazepīniem, sedatīviem vai alkoholu vai injicēts. Francijā 2005. gadā ir reģistrēti tikai divi letālas buprenorfina pārdozēšanas gadījumi (2004. gadā četri). Buprenorfins abās šajās valstīs ir galvenais opioīdus

aizvietotājo preparāts, tomēr Somijā pacientu skaits ir daudz mazāks nekā Francijā, kur ir aptuveni 70 000 līdz 85 000 buprenorfina terapijas pacientu. Līdzās Francijai un Somijai par nāves gadījumiem, kuros iesaistīts buprenorfins, ziņo vēl trīs valstis (katrā valstī konstatēti divi vai trīs gadījumi) Apvienotajā Karalistē ir veikts plašs pētījums, lai apzinātu visus laikposmā no 1980. līdz 2002. gadam reģistrētos nāves gadījumus, kuros pieminēts buprenorfins; rezultātā atrastas ziņas tikai par 43 gadījumiem, turklāt buprenorfins bieži konstatēts kombinācijā ar benzodiazepīniem vai citiem opioīdiem (*Schifano et al.*, 2005).

Ar citu narkotiku lietošanu saistītie pēkšņie nāves gadījumi

Ar ekstazī un amfetamīnu lietošanu saistītie nāves gadījumi

Nāves gadījumi, kuros pieminēts ekstazī, ir reti, ziņas par šādiem gadījumiem pirmoreiz parādījās pirms dažiem gadiem, radot lielas bažas, jo no ekstazī lietošanas bieži negaidīti mirst sociāli integrēti jaunieši. Ierobežotā informācija, kas pieejama 2006. gada *Reitox* valstu ziņojumos, liek secināt, ka ar ekstazī lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem nav mainījies. Eiropā kopumā minēti 78 ar ekstazī saistīti nāves gadījumi ⁽¹⁶⁵⁾.

Arī par amfetamīnu izraisītiem nāves gadījumiem ziņas pienāk reti, lai gan Čehijā 2004. gadā ir konstatēti 16, bet 2005. gadā 14 ar pervītiņa (metamfetamīna) lietošanu saistīti nāves gadījumi, kas sakrīt ar aplēsto problemātisko pervītiņa lietotāju un ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu. Somija ziņo par 65 nāves gadījumiem, kuros iesaistīti amfetamīni, lai gan to loma šo nāves gadījumu izraisīšanā nav precizēta.

Ar kokaīna lietošanu saistītie nāves gadījumi

Salīdzinājumā ar opioīdu pārdozēšanu nāves gadījumus, kuru cēlonis ir kokaīna pārdozēšana, atpazīt ir grūtāk, un bieži tiek uzskatīts, ka šādus nāves gadījumus izraisa nevis kokaīna toksiskums pats par sevi, bet gan vairāku cēloņu kombinācija ⁽¹⁶⁶⁾. Pētījumos konstatēts, ka lielākā daļa kokaīna nāves gadījumu ir saistīti ar hronisku šīs narkotikas lietošanu un — jo īpaši tas attiecas uz predisponētiem vai riska faktoriem pakļautiem kokaīna lietotājiem — nāves cēlonis nereti ir sirds un asinsvadu slimības un neiroloģiski traucējumi, ko sašina ilgstoša kokaīna lietošana. Eiropā ziņojumos par nāves gadījumiem, kuros iesaistīts kokaīns, parasti ir minēta arī citu psihoaktīvu vielu (ieskaitot alkoholu un opioīdus) klātbūtne, atspoguļojot kokaīna lietošanu kombinācijā ar citām narkotikām.

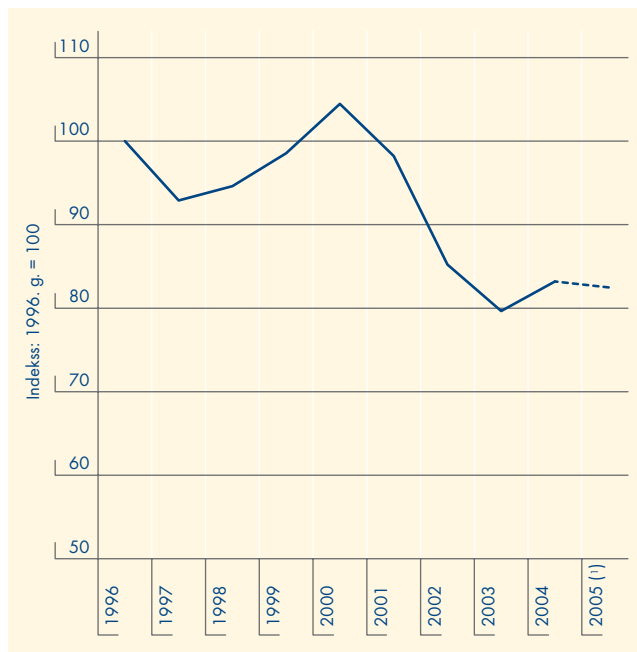
To valstu 2006. un 2005. gada valsts ziņojumos, kuras ir sniegušas datus, ir minēti vairāk nekā 400 kokaīna nāves

⁽¹⁶⁴⁾ Skatīt attēlu DRD-3 un DRD-4 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁵⁾ Atkarībā no valsts, dati par ekstāzi un kokaīnu attiecas uz 2004. vai 2005. gadu.

⁽¹⁶⁶⁾ Izvērstāku informāciju par kokaīna izraisītiem nāves gadījumiem skatīt 2007. gada īpašajā tēmā par kokaīnu.

13. attēls. Narkotiku izraisītu pēkšņu nāves gadījumu kopējās tendences visās dalībvalstīs, par kurām ir pieejami dati, 1996.–2005. g.



(*) Skaitļi, kas attiecas uz 2005. gadu, ir provizoriski, jo aplēses ir veiktas, salīdzinot tikai to valstu 2004. un 2005. gada datus, kas bija sniegušas informāciju par abiem gadiem.

NB! Indekstās pārmaiņas ir aprēķinātas, ņemot vērā valstis, kas bija sniegušas informāciju par atsaucē gadu un par iepriekšējo gadu. Ar nāves gadījumu skaitu katrā valstī un metodiskajām piezīmēm var iepazīties 2007. gada statistikas biļetenā tabulā DRD-2.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006), dati no visu mirušo iedzīvotāju reģistriem un speciāliem (tiesu vai policijas) reģistriem.

gadījumu. Nav šaubu, ka kokaīna lietošanas ietekme uz veselību un ar kokaīna lietošanu saistītie nāves gadījumi prasa turpmāku izpēti.

Narkotiku izraisītu pēkšņu nāves gadījumu tendences

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu tendences dažādās valstīs var sniegt priekšstatu gan par attiecīgo valstu problemātiskās narkotiku lietošanas ievirzi, gan risinājumu attīstību. ES pieejamā informācija atklāj dažas vispārējas narkotiku izraisīto nāves gadījumu tendences. Raugoties no ilgtermiņa perspektīvas, redzam, ka ES 15 dalībvalstīs un Norvēģijā 20. gadsimta 80. gados un 90. gadu sākumā ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits ir krasi pieaudzis, iespējams, vienlaikus ar heroīna lietošanas un injicēšanas izplatības pieaugumu⁽¹⁶⁷⁾. Lai arī ne tik krasi, tomēr narkotiku nāves gadījumu skaits ir turpinājis augt arī laikposmā no 1990. līdz 2000. gadam.

Kopš 2000. gada daudzas ES valstis ziņo par narkotiku nāves gadījumu skaita samazināšanos, iespējams, tas saistīts

ar plašāku terapijas pieejamību un plašākām kaitējuma mazināšanas iniciatīvām, lai gan svarīga loma var būt arī mazākai injicēšanas izplatībai vai sliktākai heroīna pieejamībai. Eiropas līmenī narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits 2001. gadā ir samazinājies par 6 %, 2002. gadā par 14 % un 2003. gadā par 5 % (13. attēls). Tomēr ziņas par 2004. gadu un provizoriski dati par 2005. gadu liecina, ka pēc 2003. gada ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits vairs nav turpinājis iet mazumā.

Spriežot pēc ziņojumiem par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, dažās valstīs sāk parādīties satraucoša tendence. Pēc nāves gadījumu skaita maksimuma laikposmā no 1999. līdz 2001. gadam un pēc nepārprotama samazinājuma turpmākos divus līdz trīs gadus, 2004. un 2005. gadā dažās valstīs paziņoto nāves gadījumu skaits atkal ir pieaudzis⁽¹⁶⁸⁾. Šāda vispārēja ievirze raksturo pēdējos gados vērojams ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita tendences Īrijā, Grieķijā, Portugālē, Somijā un Norvēģijā un mazākā mērā Nīderlandē, Austrijā un Apvienotajā Karalistē. Itālijā pēc narkotiku nāves gadījumu skaita samazināšanās, kas turpinājās vairākus gadus, pēdējos divos gados ir reģistrēts zināms pieaugums⁽¹⁶⁹⁾. Šādam pēdējā laikā vērojamam pieaugumam varētu būt vairāki iemesli, piemēram, vairāku narkotiku lietošana, ko praktizē opioīdu lietotāji, vai varbūt labāka heroīna pieejamība.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu tendences ES 15 dalībvalstīs un dalībvalstīs, kas pievienojās ES 2004. gadā, ievērojami atšķiras. ES 15 dalībvalstīs kopš 1996. gada nāves gadījumu skaits kopumā ir samazinājies, turklāt ļoti krasi laikposmā no 2000. līdz 2002. gadam, liecinot par gados jaunu opioīdu injicētāju skaita ilgtermiņa samazināšanos. Tomēr jaunākās tendences šajās valstīs nav tik viendabīgas. Savukārt jaunajās dalībvalstīs līdz 2002. gadam ir konstatēts straujš pieaugums, kam 2003.–2004. gadā ir sekojis samazinājums.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits par 30 gadiem jaunāku narkotiku lietotāju vidū proporcionāli ir pieaudzis Grieķijā, bet vecuma grupā līdz 25 gadiem Igaunijā, Luksemburgā un Austrijā un mazākā mērā Latvijā un Nīderlandē, lai gan lielākajā daļā valstu gados jaunu narkotiku pārdozētāju skaits proporcionāli samazinās⁽¹⁷⁰⁾.

Runājot par narkotiku izraisīto nāves gadījumu tendencēm, jāpiemin arī atšķirības starp dzimumiem⁽¹⁷¹⁾. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada īpašajā tēmā par narkotiku lietošanu un atšķirībām starp dzimumiem.

⁽¹⁶⁷⁾ Skatīt attēlu DRD-8 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁸⁾ Skatīt tabulu DRD-2 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁹⁾ Skatīt attēlu DRD-11 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁰⁾ Skatīt attēlu DRD-9 2007. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷¹⁾ Skatīt attēlu DRD-6 2007. gada statistikas biļetenā.

Problemātisko narkotiku lietotāju vispārējie mirstības rādītāji

Informācija par vispārējo mirstību (kuras tiešs vai netiešs cēlonis ir narkotiku lietošana) problemātisko narkotiku lietotāju vidū Eiropā lielākoties attiecas uz opioīdu lietotājiem, kamēr informācija par mirstību citu narkotiku lietošanas dēļ ir daudz mazāk zināma, bet sabiedrības veselības, piemēram, regulāru, bet sociāli integrētu kokaina lietotāju kontekstā kļūst arvien svarīgāka.

Opioīdu lietotāju vidū veiktos dažādos pētījumos ir atklājies, ka salīdzinājumā ar visiem iedzīvotājiem mirstības līmenis šajā grupā Eiropā ir augsts. Sadarbības pētījumā, kas sākts, īstenojot EMCCDA projektu, un kurā ir pētīta mirstība ārstēšanā iesaistītu opioīdu lietotāju vidū astoņās Eiropas valstīs un pilsētās, ir atklājies, ka salīdzinājumā ar tā paša vecuma laikabiedriem mirstības līmenis opioīdu lietotāju vidū ir ļoti augsts (skatīt EMCCDA, 2006). Čehijā veiktā mirstības kohorta pētījumā ir atklāts, ka standartizētais mirstības rādītājs stimulantu lietotāju vidū ir 4–6 reizes, bet opioīdu lietotāju vidū ir 9–12 reizes augstāks nekā visu iedzīvotāju vidū (*Reitox* tīkla valstu ziņojumi, 2005). Francijā veiktā mirstības kohorta pētījumā, kurā tika izsekotas personas, kas bija arestētas par heroīna, kokaina vai krekā lietošanu, ir atklāts, ka šajā grupā vīriešu mirstība ir piecas, bet sieviešu mirstība 9,5 reizes lielāka nekā visu iedzīvotāju mirstība, tomēr ar tendenci samazināties (*Reitox* tīkla valstu ziņojumi, 2005). Pašlaik vairākās Eiropas valstīs (Bulgārijā, Spānijā, Maltā, Austrijā, Polijā, Rumānijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā) notiek narkotiku lietotāju mirstības kohorta pētījumi, kuru rezultāti ļaus iegūt vairāk informācijas par šo tēmu.

Nesen Nīderlandē un Norvēģijā veiktos pētījumos nav konstatēta nekāda saistība starp opioīdu lietotāju vecumu un letālas pārdozēšanas risku (*Cruts et al.*, iespiešanās; *Ødegård et al.*, 2006, atsauce Norvēģijas valsts ziņojumā), tomēr opioīdu lietotājiem kļūstot vecākiem, mirstība hronisku slimību iznācumā var progresīvi papildināt mirstību, kuras iemesls ir ārēji cēloņi, piemēram, pašnāvības vai vardarbība. Augsto mirstības līmeni šajā grupā ievērojami var iespaidot arī narkotiku lietotāju sliktie dzīves apstākļi un garīgās veselības traucējumi.

Dažos narkotiku lietotāju vidū veiktos pētījumos kā viens no letālas pārdozēšanas iemesliem ir minētas pašnāvības. Skotijā no visiem 2005. gadā paziņotajiem ar narkotiku lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem 30 % ir bijušas pašnāvības un neprecizēti tīšas nāves gadījumi. Savukārt 2003. gadā no visiem ar narkotiku lietošanu saistītajiem nāves gadījumiem 13 % ir bijušas pašnāvības (*Scottish Executive*, 2005). Pastāv viedoklis, ka psihoaktīvu vielu ļaunprātīgas lietošanas radītas problēmas dažādos veidos veicina pašnāvniecisku uzvedību; cilvēkus, kam ir nosliece

Blakusslimības un projekts ISADORA

Problemātisku narkotiku lietošanu bieži pavada psihiski traucējumi. Lai gan informācija par blakusslimībām Eiropas līmenī netiek vākta sistemātiski, vietējos pētījumos, kas veikti vairākās Eiropas valstīs, ir konstatēts, ka psihiskas blakusslimības varētu būt 30 % līdz 90 % pacientu, kas ārstējas no narkotiku atkarības. Izplatītākie diagnosticētie traucējumi no narkotikām atkarīgo pacientu vidū ir personas traucējumi, depresija, antisociāla uzvedība, panikas traucējumi un garstāvokļa un ēšanas traucējumi. Ir minēta arī šizofrēnija un pašnāvnieciskas tieksmes. Saskaņā ar ziņojumiem blakusslimības vairāk piemēklē heroīna lietotājus, jo īpaši pacientus ar ilgu narkotiku lietošanas pieredzi, kam ir bijuši vairāki metadona terapijas pārtraukumi un kuru sociālie un dzīves apstākļi ir pasliktinājušies. Arī starp cilvēkiem ar nopietnām garīgām kaitēm ir daudz no narkotikām atkarīgu pacientu.

Pēc trīs gadus ilga izpētes perioda 2005. gadā ir noslēdzies Eiropas projekts ISADORA ("Integrēti pakalpojumi ar mērķi ārstēt blakusslimības un panākt optimālu atkarības pārvarēšanu") (*). Projekta mērķis bija apzināt blakusslimību svarīgākos institucionālos un individuālos riska faktorus, tas norisinājās septiņās dažādās Eiropas vietās un tajā piedalījās 352 pacienti ar akūtām psihiskām saslimšanām. Saskaņā ar projekta rezultātiem sliktas prognozes un haotiskas duālas diagnozes nav tikai pašu pacientu uzvedības sekas, šādu situāciju sekmē arī fragmentārs pakalpojumu nodrošinājums, kura rezultāts ir neveiksmīga, fragmentāra aprūpe. Viens no ISADORA rezultātiem ir vispusīga duālu diagnožu mācību grāmata.

(* <http://isadora.advsh.net/>)

uz augsta riska uzvedību, apdraud gan vispārēji riska faktori, gan psihoaktīvu vielu ļaunprātīga lietošana.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšana

Atzīstot, ka narkotiku pārdozēšana ir vērā ņemama sabiedrības veselības problēma, pārdozēšanas novēršanas pasākumiem tiek pievērsta arvien lielāka uzmanība. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšanu var sekmēt narkotiku lietotāju nosūtīšana uz ārstniecības un citiem dienestiem, tomēr labus rezultātus var dot arī speciāli iejaukšanās pasākumi, kuru mērķis ir mazināt pārdozēšanas riskus; diemžēl jāatzīst, ka kopumā Eiropā vēl nevar runāt par visaptverošu pārdozēšanas profilakses nostāju.

Dalībvalstīs, jo īpaši dalībvalstīs, kur heroīna epidēmijām ir senāka vēsture, pēdējos gados ir turpinājušas paplašināt narkotiku ārstniecības pakalpojumu nodrošinājumu un pašlaik

spēj palīdzēt arvien lielākam skaitam grūti sasniedzamu problemātisko narkotiku lietotāju (skatīt arī 2. un 6. nodaļu). Labāka ārstniecības pieejamība un daudzveidīgāki risinājumi, ieskaitot aizvietojošā terapiju, palīdz paturēt terapijā vairāk pacientu, kas lielā mērā sekmē ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita un mirstības rādītāju samazināšanu. Vairākās valstīs uzturošā narkotiku terapija ir kļuvusi vieglāk pieejama, turklāt ir mainījusies uzturošās metadona terapijas nozīmēšanas un atkārtotas nozīmēšanas politika, arvien vairāk cenšoties iesaistīt pacientus ārstniecībā pēc iespējas agrīni (ir pierādīts, ka tas sekmē pacientu izdzīvošanu). Turklāt ar augsta sliekšņa programmām saistīti pētījumi liecina, ka stingri uzņemšanas kritēriji un ārstniecības noteikumi noved pie biežākiem disciplināras izslēgšanas gadījumiem, palielinot no programmām izslēgto pacientu nāves risku salīdzinājumā ar tiem, kas turpina ārstēšanos (*Fugelstad et al.*, 2007). Itālijā pašlaik notiek daudzpakāpju pētījums par heroīna atkarības ārstniecības metožu efektivitāti, kurā tiks pētīta saistība starp paturēšanu terapijā un mirstību (*Bargagli et al.*, 2006).

Ja pacienti, kas pārtraukuši lietot opioīdu narkotikas, pēc cietuma vai ārstniecības iestāžu atstāšanas atkal sāk tās lietot, dažas pirmās nedēļas viņus īpaši apdraud pārdozēšanas risks, jo šādu indivīdu agrākais tolerances sliekšnis ir pazemināts. Tādēļ svarīgs kaitējuma mazināšanas pasākums ir informēt personas, kas atstāj šādas vietas, par riskiem, ko var radīt narkotiku lietošanas atsākšana, un apspriest ar viņiem riska mazināšanas stratēģijas. Svarīga loma šajā ziņā var būt sociālo un ārstniecības dienestu aprūpes nepārtrauktībai; jo īpaši tas attiecas uz personām, ko atbrīvo no cietuma.

Starp citiem pārdozēšanas novēršanas pasākumiem var minēt narkotiku lietotāju izglītošanu par pirmās palīdzības pozām un pareizu rīcību ārkārtas situācijās, kā arī darbu ar policiju, ātrās palīdzības dienestiem un pašiem narkotiku lietotājiem, lai skaidrotu, ka ātrā palīdzība jāsauc uzreiz, tiklīdz rodas aizdomas par pārdozēšanu. Pētījumi liecina, ka vienlaicīga citu narkotiku, jo īpaši alkohola un sedatīvu līdzekļu, lietošana var palielināt fatālas opioīdu pārdozēšanas risku, tādēļ palīdzības dienestiem jābūt informētiem un jāzina, kā rīkoties šādos gadījumos. Ir veikti daži eksperimenti, lai noskaidrotu, vai būtu iespējams apgādāt narkotiku lietotājus ar opioīdu antagonistiem, piemēram, Skotijā ir īstenota eksperimentāla programma, izdalot narkotiku lietotājiem, viņu ģimenēm un

draugiem naloksonu. Šāds risinājums Eiropā pagaidām nav plaši izplatīts, bet var izrādīties lietderīgs. Opioīdu antagonistu biežāk — lai gan ne vienmēr — ir pieejami ātrajā palīdzībā, ārstniecības iestādēs un citās vietās, kur var nākties saskarties ar opioīdu narkotiku pārdozēšanu. Ņemot vērā, ka šie preparāti ir ļoti efektīvi, ja tos piemēro nekavējoties, ir skaidrs, ka, pārskatot pārdozēšanas profilakses pasākumus, noteikti būtu jāapsver arī šāda veida risinājumi.

Pretrunīgi vērtēts risinājums ir speciālas narkotiku lietošanas istabas, kurās narkotiku lietotāji var lietot narkotikas, turklāt reizēm tur ir pieejami arī medicīnas un citu dienestu pakalpojumi. Narkotiku lietošanas istabas savos pēdējo gadu ziņojumos ir kritizējusi *INCB*, bet dažas ES dalībvalstis tās uzskata par lietderīgu profilakses pasākumu daļu, jo īpaši dažu ļoti problemātiskas narkotiku lietošanas veidu gadījumā. Par labu narkotiku lietošanas istabu pastāvēšanai liecina vairāki argumenti: tās var palīdzēt novērst pārdozēšanu, samazināt citus ar narkotiku injicēšanu saistītus riskus, tās dod iespēju izplatīt informāciju un tās var izmantot, lai nosūtītu narkotiku lietotājus uz primārās veselības aprūpes, ārstniecības un citiem narkotiku dienestiem. Narkotiku lietošanas istabas var uzlūkot arī kā iespēju mazināt sabiedriskās kārtības traucējumus, ko rada narkotiku lietošana. ES un Norvēģijā pašlaik ir vairāk nekā 70 narkotiku lietošanas istabu: aptuveni 40 Nīderlandē, 25 Vācijā, sešas Spānijā un pa vienai Luksemburgā un Norvēģijā.

Višā Eiropā iniciatīvās ar mērķi samazināt ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaitu izmanto pasākumus, kuru nolūks ir informēt, izglīt un saprasties (*IEC*). Vairākas valstis ziņo par speciāliem informatīviem izdales materiāliem, kas tiek izplatīti narkotiku lietotāju, viņu vienaudžu, ģimeņu, kā arī policijas darbinieku vidū. Tomēr līdzās narkotiku aģentūru personāla vai pašu narkotiku lietotāju pirmās palīdzības sniegšanas kursiem Eiropā arvien biežāk izmanto pārdozēšanas riska novērtējumu un riska vadības konsultācijas — par šādiem risinājumiem ziņo, piemēram, Rumānija, Nīderlande un Malta. Skotija 2005. gadā ir pieņēmusi ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšanas rīcības plānu, kas paredz radīt informatīvu pārdozēšanas DVD, veikt jaunus pētījumus par novēlotu palīdzības meklēšanu un izveidot valsts mēroga forumu, lai apzinātu tendences un jomas, kas prasa turpmāku iejaukšanos.



Bibliogrāfija

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004). The influence of school culture on smoking among pupils. *Social science and medicine* 58, 1767.–1780. lpp.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006). VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population. *Substance use misuse* 41, 1861.–1879. lpp.
- Binnie, I., Kinver, A., Lam, P. (2006). Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation. Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive behaviours* 25, 955.–964. lpp.
- Bühler, A., Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Cologne.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D., Sanchez, V. (2005). Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth. *Journal of abnormal child psychology* 33, 363.–374. lpp.
- CND (2006). *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*. Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2007). *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*. Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Cochrane Collaboration (2007). *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P., Cronly, J. (2006). *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*. National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., Van Laar, M. (iespiešanā). Estimating the total mortality among problem drug users. *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006). Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004. *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J., 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, 395.–400. lpp.
- ECDC (2007). HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic. Technical report (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002). *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004). *An overview of cannabis potency in Europe*. Insights 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005). *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2006). *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007a). *Drugs and crime: a complex relationship*. Drugs in focus No. 16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2007b). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- EMA (2005). Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion. Doc. ref. emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometer (2004). Young people and drugs. *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006). Public opinion in the European Union. *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006). *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*. No. 73. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995). *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*. European Commission, Luxembourg.
- FESAT (2005). Monitoring project: changes during the second half of 2005 (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention science* 6, 151.–175. lpp.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M., Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction* 102, 406.–412. lpp.
- GAO (2006). ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use. Technical report, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006). *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*. National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. (2001). NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake. National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002). *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*. World Health Organization, Geneva.
- HDA (2004). The effectiveness of public health campaigns. Briefing 7. Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006). *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*. United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007a). *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*. United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2007b). *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*. United Nations: International Narcotics Control Board, New York.
- Ives, R. (2006). Real life is messy. *Drugs: education, prevention and policy* 13, 389.–391. lpp.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K. et al. (2006). *Universal drug prevention*. John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006). *Implementation and effects of drugs coordination*. EMCDDA, Lisbon (nav publicēts).
- Kouvonen, P., Skretting, A., Rosenqvist, P. (red.) (2006). *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E., Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. *Drug and alcohol dependence* 84, 167.–174. lpp.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R., 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, 233.–253. lpp.
- 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., 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.–431. lpp.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005). *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007). Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season. Report for the Afghan drugs interdepartmental unit of the United Kingdom Government.
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E. et al. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of substance abuse treatment* 31, 203.–211. lpp.
- Mateu, G., Astals, M., Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. No: Miranda, J.J.F., Melich, M.T. (red.). *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, 111.–121. lpp.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A., 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, 1140.–1149. lpp.
- Nabben, T., Benschop, A., Korf, D. (2006). *Antenne 2005. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., Haasen, C. (2006). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002). *Research into practice No. 1(b). Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence*. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S., McKeganey, N. (2000). The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: education, prevention and policy* 7, 293.–310. lpp.
- Reitox tīkla valstu ziņojumi (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006). What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* 101, 315.–322. lpp.
- Rigter, H. (2005). Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights. No: *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, 117.–124. lpp.
- SAMHSA, Office of Applied Studies. *National survey on drug use and health, 2005* (<http://www.samhsa.gov>, <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005). Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002. *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, 343.–348. lpp.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006). Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement. *European addiction research* 12, 121.–127. lpp.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004). Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study. *Addictive behaviours* 29, 743.–752. lpp.
- Scottish Executive (2005). *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*. Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001). *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*. Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C., Hellwich, W.K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen. *Sucht* 52, S7.–S43. lpp.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006). A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project. *Addiction* 101, 813.–823. lpp.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005). The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales. *British journal of general practice* 55, 444.–451. lpp.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J., Beynon, C. (2007). Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). Npublicēts pētījums. Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, United Kingdom.
- UNODC (2005). *2005 World drug report*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2006). *2006 World drug report*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC (2007). *2007 World drug report*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC un Marokas valdība (2007). *Morocco Cannabis survey 2006*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- Weaver, T. (2007). Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services. National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006). Critical review of ketamine 2006. 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007). Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/HIV/topics/vct/en/index.html>).
- Wikström, M., Holmgren P., Ahlner, J. (2004). A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden. *Journal of analytical toxicology* 28, 67.–70. lpp.

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

2007. gada ziņojums: Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs

2007 — 91 lpp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-296-6

Kā saņemt ES publikācijas?

Publikācijas, ko pārdošanai sagatavojis Publikāciju birojs, ir pieejamas ES virtuālajā grāmatnīcā *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>), kur tās iespējams pasūtīt jūsu izvēlētajā tirdzniecības birojā.

Jūs varat arī saņemt sarakstu, kurā apkopoti mūsu tirdzniecības tīklā iesaistītie aģenti visā pasaulē, nosūtot pieprasījumu pa faksu (352) 2929 42758.

Par EMCDDA

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

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

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

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