



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκοτικών και Τοξικομανίας

ISSN 1609-610X

ΕΠΙΘΕΣΗ ΕΚΘΕΣΗ 2006

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ανακοίνωση νομικού περιεχομένου

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

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

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

Αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2006

ISBN 92-9168-265-9

© Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2006

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή με αναφορά της πηγής.

Printed in Belgium

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

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

Τηλ. (351) 218 11 30 00 • Θαξ (351) 218 13 17 11

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

Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Ευχαριστίες	7
Εισαγωγικό σημείωμα	9
Σχολιασμός – το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη	11
Κεφάλαιο 1	
Πολιτικές και νομοθεσία	17
Κεφάλαιο 2	
Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη – Επισκόπηση	27
Κεφάλαιο 3	
Κάνναβη	37
Κεφάλαιο 4	
Αμφεταμίνες, έκσταση και άλλες ψυχοτρόποι ουσίες	47
Κεφάλαιο 5	
Κοκαΐνη και κρακ	58
Κεφάλαιο 6	
Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών	66
Κεφάλαιο 7	
Συνδεδεμένα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα και συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι	75
Κεφάλαιο 8	
Βελτίωση της παρακολούθησης της προβληματικής και της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών	88
Παραπομπές	95



Πρόλογος

Η παρούσα είναι η ενδέκατη ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ), η οποία δημοσιεύεται φέτος σε 23 ευρωπαϊκές γλώσσες. Ανατρέχοντας κανείς στις εκθέσεις που έχουν δημοσιευθεί από τον οργανισμό όλα αυτά τα χρόνια εντυπωσιάζεται από το πόσο λεπτομερείς είναι οι πληροφορίες που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας – οι οποίες αντικατοπτρίζουν μια πιο σύνθετη κατάσταση όσον αφορά τόσο τη χρήση των παράνομων ναρκωτικών στην Ευρώπη όσο και τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι πληροφορίες που έχουμε στη διάθεσή μας για τη διεξαγωγή των αναλύσεων έχουν αυξηθεί σημαντικά. Η φετινή έκθεση βασίζεται σε στοιχεία από τα 25 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία καθώς και, όπου υπάρχουν διαθέσιμα, από τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και την Τουρκία. Δεν έχει αυξηθεί μόνο ο αριθμός των χωρών που παρέχουν πληροφορίες, αλλά αυξάνεται συνεχώς και ο όγκος των συγκρίσιμων πληροφοριών που παρέχει καθεμία από αυτές. Οι πληροφορίες αυτές μας δίνουν τώρα λεπτομερέστερη από ποτέ άλλοτε εικόνα της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ευρώπη και της δυναμικής της. Καθήκον του ΕΚΠΝΤ είναι να διερευνήσει αυτόν τον σύνθετο χαρακτήρα, συγκεντρώνοντας τις κοινές εμπειρίες, όπου υπάρχουν, και σχολιάζοντας τις διαφορές. Επενδύοντας στη συλλογή δεδομένων και συμμετέχοντας στο έργο του ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη μας έχουν πλέον κατανοήσει ότι τα σημερινά προβλήματα των γειτόνων τους μπορεί να αποτελέσουν τα δικά τους αυριανά προβλήματα. Η συνειδητοποίηση αυτή καταδεικνύεται σαφώς στη νέα στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά και στα συνοδευτικά σχέδια δράσης της, τα οποία βασίζονται στη σύμπνοια απόψεων ως προς τη σημασία της συλλογής και ανταλλαγής πληροφοριών, στην ανάγκη προσδιορισμού και διάδοσης των καλών πρακτικών, καθώς και στην αξία της συνεργασίας και των συντονισμένων δράσεων για την αντιμετώπιση της κοινής απειλής που συνιστούν τα ναρκωτικά για την υγεία, την ευημερία και την ασφάλεια των πολιτών μας.

Ο προβληματισμός σχετικά με τις διαθέσιμες πληροφορίες μας υπενθυμίζει επίσης την ανάγκη για συνεχή επαγρύπνηση καθώς και τους κινδύνους που εγκυμονεί ο εφησυχασμός. Στην παρούσα έκθεση διατυπώνονται προειδοποιήσεις σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα και τους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Ωστόσο, σε ολόκληρη την Ευρώπη έχουν καταβληθεί τεράστιες προσπάθειες για

την αντιμετώπιση αυτού του είδους των προβλημάτων και έχει σημειωθεί πραγματική πρόοδος. Αυτό σημαίνει ότι οι ευρωπαίοι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής αναγκάστηκαν να προβούν σε δύσκολες επιλογές, έπειτα από ενδελεχή εξέταση των διαθέσιμων στοιχείων. Μια τέτοια πολιτική προοπτική πρέπει να επιδοκιμάζεται. Η γενικότερη συζήτηση σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν στερείται ρητορικής σχετικά με την ανάγκη ισορροπημένης και τεκμηριωμένης προσέγγισης. Στην Ευρώπη, περισσότερο ίσως από οπουδήποτε αλλού, η εν λόγω ρητορική έχει γίνει πραγματικότητα. Παρά τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των κρατών μελών μας σε ό,τι αφορά τα ιδιαίτερα προβλήματα που καθένα από αυτά αντιμετωπίζει σε σχέση με τα ναρκωτικά καθώς και τις προτεραιότητές τους για δράση, τα κράτη μέλη συμφωνούν ως προς τη σημασία της ανταλλαγής πληροφοριών και της συνεργασίας με στόχο τη μείωση της προμήθειας ναρκωτικών, καθώς και ως προς την ανάγκη επίτευξης ισορροπίας ανάμεσα στις δραστηριότητες μείωσης της προμήθειας και τα μέτρα μείωσης της ζήτησης. Εξάλλου, υπάρχει όλο και μεγαλύτερη συναίνεση σχετικά με την ανάγκη τεκμηριωμένης καθοδήγησης κατά τη λήψη δύσκολων αποφάσεων όσον αφορά τα προγράμματα και τις δράσεις που εξυπηρετούν καλύτερα το συμφέρον των πολιτών μας. Η ευρωπαϊκή αυτή προσέγγιση είναι έκδηλη όχι μόνο στη νέα ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά αλλά και στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά που έχουν υιοθετήσει τα κράτη μέλη μας, στην ισχυρότερη και πιο ενιαία φωνή που υψώνεται στην Ευρώπη σχετικά με το θέμα αυτό καθώς και στο έργο του ΕΚΠΝΤ, το οποίο προσπαθεί να εκτελέσει την αποστολή του διευκολύνοντας τη λήψη ενημερωμένων αποφάσεων μέσω της παροχής αμερόληπτων και επιστημονικά ακριβών αναλύσεων των πληροφοριών που υπάρχουν διαθέσιμες σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που δεν προσφέρεται για απλοϊκά συμπεράσματα. Ωστόσο, από την ευρωπαϊκή εμπειρία μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα σαφές συμπέρασμα – μάθαμε ότι η συνεργασία όχι μόνο αποδίδει αλλά είναι απαραίτητη προκειμένου να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά στις προκλήσεις που θέτει η χρήση των παράνομων ναρκωτικών.

Marcel Reimen

Πρόεδρος διοικητικού συμβουλίου ΕΚΠΝΤ

Wolfgang Götz

Διευθυντής ΕΚΠΝΤ



Ευχαριστίες

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

- τους επικεφαλής των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Reitox και το προσωπικό τους·
- τις υπηρεσίες των κρατών μελών που συνέλεξαν ανεπεξέργαστα δεδομένα για την παρούσα έκθεση·
- τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και την επιστημονική επιτροπή του ΕΚΠΝΤ·
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης –και ιδίως την οριζόντια ομάδα εργασίας για τα ναρκωτικά– και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή·
- το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και τη Eurorol·
- την Ομάδα Ρομπρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ, την Ιντερπόλ, την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων, το Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN), και το Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS·
- το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων·
- την εταιρεία Prepress Projects Ltd.

Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox

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

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



Εισαγωγικό σημείωμα

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ και οι υποψήφιας χώρες και η Νορβηγία (η οποία συμμετέχει στο έργο του ΕΚΠΝΤ από το 2001) μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτήν αφορούν το έτος 2004 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Οι γραφικές παραστάσεις και οι πίνακες που περιέχονται στην έκθεση ενδέχεται να αφορούν ένα υποσύνολο χωρών της ΕΕ: η επιλογή γίνεται με βάση τις χώρες εκείνες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την υπό εξέταση περίοδο.

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

Το δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) παρέχει τον πλήρη κατάλογο των πινάκων αρχικών δεδομένων στους οποίους βασίζονται οι στατιστικές αναλύσεις που περιέχονται στην ετήσια έκθεση. Παρέχει επίσης περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη χρησιμοποιηθείσα μεθοδολογία και περισσότερα από 100 πρόσθετα διαγράμματα με στατιστικά στοιχεία.

Η εικόνα κάθε χώρας (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) περιλαμβάνει σύντομη και υψηλού επιπέδου γραφική παρουσίαση των βασικών πτυχών της κατάστασης στη χώρα όσον αφορά τα ναρκωτικά.

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

- Ευρωπαϊκές πολιτικές για τα ναρκωτικά: πρέπει να επεκταθούν πέραν των παράνομων ναρκωτικών;
- Η διάσταση του φύλου στη χρήση ναρκωτικών και στην αντιμετώπιση προβλημάτων ναρκωτικών.
- Εξελίξεις στη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας.

Τα επιλεγμένα θέματα είναι διαθέσιμα σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) μόνο στην αγγλική γλώσσα.

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



Σχολιασμός – το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Ένα νέο ευρωπαϊκό πλαίσιο εφαρμογής για το συντονισμό και τη συνεργασία

Μολονότι η θέσπιση εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά παραμένει αποκλειστικό προνόμιο κάθε κράτους μέλους χωριστά, υπάρχει πλέον ευρεία σύμπληση απόψεων ως προς το ότι η συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να αποφέρει πολλά οφέλη. Το γεγονός αυτό φαίνεται σε πολλές πρόσφατες εξελίξεις που παρέχουν στήριξη σε δραστηριότητες συντονισμού και συνεργασίας. Στις εξελίξεις αυτές συγκαταλέγονται δύο κανονισμοί της ΕΕ που τέθηκαν σε ισχύ το 2005 σχετικά με τις πρόδρομες ουσίες και μία απόφαση του Συμβουλίου για τα νέα ναρκωτικά. Επιπλέον, εντείνονται τα μέτρα κατά της διακίνησης ναρκωτικών μέσω νέων νομικών πράξεων που επιλαμβάνονται της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της δήμευσης περιουσιακών στοιχείων. Ωστόσο η σημαντικότερη εξέλιξη για τη διαμόρφωση συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο και μελλοντικών πράξεων στο θέμα των ναρκωτικών είναι η νέα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012) και τα δύο συνοδευτικά σχέδια δράσης. Στο πρώτο από αυτά παρατίθενται αναλυτικά περίπου 100 συγκεκριμένες δράσεις που προγραμματίζεται να πραγματοποιηθούν έως το 2008. Προβλέπεται ένα συνεχές πρόγραμμα αξιολόγησης της στρατηγικής με ετήσιες επισκοπήσεις προόδου και αξιολογήσεις αντικτύπου στο τέλος καθεμιάς από τις δύο περιόδους των σχεδίων δράσης.

Η στρατηγική μπορεί να θεωρηθεί ότι απηχεί τη συναίνεση που υπάρχει στην Ευρώπη ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών. Υπάρχει ρητή δέσμευση για μια ισόρροπη προσέγγιση που συνδυάζει τα μέτρα που αφορούν τόσο την πλευρά της προσφοράς όσο και εκείνη της ζήτησης, σε συνδυασμό με την αποδοχή της ανάγκης να βασίζονται οι δράσεις σε στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και, επιπλέον, να αξιολογείται συστηματικά η πρόοδος. Υπάρχουν ακόμα σημαντικές διαφορές στις πολιτικές των κρατών μελών της ΕΕ, οι οποίες συχνά απηχούν τη διαφορετική κατάσταση που επικρατεί σε κάθε κράτος όσον αφορά τα ναρκωτικά καθώς και τον διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισής της. Παρ' όλα αυτά η νέα στρατηγική για τα ναρκωτικά υποδηλώνει ότι ο πολιτικός διάλογος για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη κλίνει ολοένα και περισσότερο προς την επίτευξη συμφωνίας επί ενός κοινού πλαισίου δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, όλες ουσιαστικά οι στρατηγικές μείωσης της ζήτησης των ναρκωτικών περιλαμβάνουν πρόληψη, θεραπεία και μείωση των επιβλαβών συνεπειών, αν και κάθε κράτος μέλος δίνει διαφορετική βαρύτητα σε καθένα από τα στοιχεία αυτά. Ορισμένες επιλογές πολιτικής εξακολουθούν να προκαλούν αντιπαράθεσεις, σε γενικές γραμμές όμως υπάρχει ευρεία συμφωνία ως προς τα θεμελιώδη στοιχεία που στηρίζουν την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Χρήση ναρκωτικών και προσφορά ναρκωτικών: μια διάκριση που γίνεται ολοένα συχνότερα

Μια συνεχιζόμενη τάση, που είναι και πάλι εμφανής στα νέα στοιχεία που αναφέρθηκαν φέτος, είναι ότι οι αλλαγές στις εθνικές νομοθεσίες για τα ναρκωτικά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διάκριση μεταξύ των αδικημάτων κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση και των αδικημάτων που αφορούν διακίνηση και προσφορά. Γενικά επικρατεί η τάση για αυξημένες ποινές στη δεύτερη περίπτωση, ενώ δίνεται μικρότερη έμφαση σε ποινές εγκλεισμού στην πρώτη περίπτωση. Η εξέλιξη αυτή συνάδει με τη μεγαλύτερη έμφαση που δίνεται γενικότερα στην Ευρώπη στη διεύρυνση των ευκαιριών για θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά και στην επίδειξη μεγαλύτερης προσοχής σε παρεμβάσεις που στρέφουν όσους έχουν προβλήματα με τα ναρκωτικά από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης προς την κατεύθυνση των επιλογών θεραπείας και επανένταξης. Για τις χώρες που έχουν θεσπίσει νομική διάκριση ανάμεσα στην κατοχή ναρκωτικών για χρήση και για προσφορά, γειρείται το ερώτημα εάν υπάρχει σαφής ανάγκη νομοθετικού καθορισμού των ποσοτήτων που συνιστούν το όριο για προσωπική χρήση. Στο θέμα αυτό επί του παρόντος δεν υπάρχει ομοφωνία και ανά την Ευρώπη έχουν υιοθετηθεί διάφορες προσεγγίσεις, οι οποίες ποικίλλουν από την έκδοση γενικών επιχειρησιακών κατευθυντήριων γραμμών έως τον καθορισμό συγκεκριμένων νομίμων ορίων.

Χρήση ηρωίνης: ένα σημαντικό μέρος ενός ευρύτερου προβλήματος

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έκθεση δείχνουν ότι στο σύνολο της Ευρώπης η ανέκαθεν επικέντρωση στη χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση ως κεντρικών στοιχείων του προβλήματος των ναρκωτικών πρέπει να διευρυνθεί λόγω της αυξανόμενης σημασίας της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών και της χρήσης διεγερτικών καθώς και λόγω των αυξανόμενων επιπτώσεων για τη δημόσια υγεία από την ευρεία διάδοση της χρήσης κάνναβης. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές χώρες, τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 60% του συνόλου των καταγεγραμμένων αιτήσεων για θεραπεία το 2004 – και από τον αριθμό αυτό λίγοι περισσότεροι από τους μισούς (53%) ανέφεραν ότι κάνουν ενέσιμη χρήση του ναρκωτικού.

Σχεδόν 25% των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή υποβάλλονται από άτομα ηλικίας 35 και άνω. Μόνο 7% των ατόμων που κάνουν αίτηση για θεραπεία για πρώτη φορά είναι ηλικίας κάτω των 20 ετών. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που αφορούν τις αιτήσεις για θεραπεία απηχούν τον αριθμό των ατόμων που κάνουν

αίτηση για θεραπεία κατά την υπό εξέταση περίοδο και δεν περιλαμβάνουν τα άτομα που συνεχίζουν τη θεραπεία ανεξάρτητως· συνεπώς, ο συνολικός αριθμός ατόμων υπό θεραπεία είναι σημαντικά μεγαλύτερος. Στο σύνολο της Ευρώπης η σημαντική αύξηση σε θεραπείες υποκατάστασης των ναρκωτικών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σημαίνει ότι το σύστημα θεραπείας περιλαμβάνει έναν αυξανόμενο –και γηράσκοντα– πληθυσμό ατόμων με προβλήματα ηρωίνης, που το πιθανότερο είναι να χρήζουν περίθαλψης και να παραμένουν βασικοί αποδέκτες των πόρων για πολλά ακόμα χρόνια.

Η ηρωίνη που καταναλώνεται στην ΕΕ παρασκευάζεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι μεγαλύτερες ποσότητες ηρωίνης εξακολουθούν να κατάσχονται στην Ευρώπη, και, ως αποτέλεσμα της αύξησης των κατασχέσεων στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης (ιδίως στην Τουρκία), η περιοχή αυτή ξεπέρασε για πρώτη φορά την Δυτική και την Κεντρική Ευρώπη ως προς τις κατασχεθείσες ποσότητες. Αυτή η αυξανόμενη τάση στον αριθμό κατασχέσεων ηρωίνης όχι μόνο υπογραμμίζει την αξία της συντονισμένης δράσης κατά της διακίνησης ναρκωτικών σε ευρύτερο ευρωπαϊκό επίπεδο, αλλά επίσης εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με τον αντίκτυπο της αυξημένης παραγωγής ηρωίνης στην ευρωπαϊκή αγορά. Δεν διακρίνονται σαφείς τάσεις όσον αφορά τη μέση καθαρότητα· ωστόσο, η τάση των τιμών την πενταετία (1999–2004), με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός, είναι πτωτική στις περισσότερες χώρες. Παρ' όλα αυτά, αν και η ηρωίνη είναι πιο άμεσα διαθέσιμη και φθηνή στην Ευρώπη, δεν υπάρχουν ακόμα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το γεγονός αυτό επηρεάζει τα συνολικά επίπεδα χρήσης. Οι συνολικοί δείκτες υποδηλώνουν ότι η επίπτωση νέων περιπτώσεων χρήσης ηρωίνης συνεχίζει να παρουσιάζει πτωτική τάση στην Ευρώπη μέσα στα πλαίσια μιας μάλλον σταθερής κατάστασης – με ένα σημαντικό πλέον ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με οπιοειδή να υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης, τουλάχιστον σε κάποιες χώρες. Από τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία ανεξάρτητης ο αριθμός ατόμων με σοβαρό πρόβλημα οπιοειδών μειώνεται στις περισσότερες χώρες. Παρ' όλα αυτά, πρόκειται για ένα χώρο όπου έχουν παρουσιαστεί και στο παρελθόν κύματα επιδημικής χρήσης, και άρα δεν υπάρχουν περιθώρια για εφησυχασμό.

Στη φετινή έκθεση υπάρχουν ανησυχητικοί δείκτες ότι ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, ο οποίος γενικά παρουσιάζει μείωση από το 2000, αυξήθηκε ελαφρώς στην πλειονότητα των χωρών το 2004. Είναι πολύ νωρίς για να κριθεί εάν αυτές οι μικρές αλλαγές προαναγγέλλουν μια μακροπρόθεσμη αλλαγή, αλλά δεν πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι αντιπροσωπεύουν μία από τις σοβαρότερες επιπτώσεις της χρήσης παράνομων ναρκωτικών στη δημόσια υγεία. Αν και η αναλογία των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στους νέους φθίνει, προς υποστήριξη των ενδείξεων ότι οι νέες περιπτώσεις ενέσιμης χρήσης ηρωίνης παρουσιάζουν μείωση, σύμφωνα με διαθέσιμες εκτιμήσεις, σε αστικό περιβάλλον, της θνησιμότητας που οφείλεται σε συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους (υπερβολική δόση και λοιποί παράγοντες), επί του παρόντος 10–23% της συνολικής θνησιμότητας των ενήλικων ηλικίας 15–49 ετών μπορεί να αποδοθεί στη χρήση οπιοειδών.

Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και προβλήματα υγείας που συνδέονται με αυτή: ένας διαρκής σύντροφος

Σε πολλές χώρες η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι σχεδόν συνώνυμη με τη χρήση ηρωίνης, με ορισμένες όμως εξαιρέσεις, καθώς ορισμένες χώρες της ΕΕ αναφέρουν σημαντικά επίπεδα ενέσιμης χρήσης διεγερτικών, κυρίως στους χρήστες αμφεταμίνης που κάνουν «βαριά» χρήση. Αντικατοπτρίζοντας σε κάποιο βαθμό την εικόνα για την ηρωίνη, οι διαθέσιμες πληροφορίες στο σύνολό τους υποδηλώνουν μια γενική μείωση στην ενέσιμη χρήση της ηρωίνης μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, σε πολλά νέα κράτη μέλη τα ποσοστά ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών παραμένουν υψηλά. Ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας στο σημείο αυτό είναι ο ανεπαρκής αριθμός διαθέσιμων εκτιμήσεων της ενέσιμης χρήσης ηρωίνης. Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτες για την ενέσιμη χρήση, σε ορισμένες περιοχές παρουσιάζεται πρόσφατα ελαφριά αύξηση. Η πιο ολοκληρωμένη εικόνα αυτής της συμπεριφοράς παρέχεται από την παρακολούθηση των χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία, στους οποίους η αναλογία ενέσιμων χρηστών έχει μειωθεί δραματικά σε ορισμένες χώρες, ενώ σε άλλες όχι. Είναι αξιοσημείωτο ότι, από τα παλαιά κράτη μέλη, η Δανία, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν μείωση των ποσοστών ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών στους χρήστες ηρωίνης υπό θεραπεία.

Η σχέση μεταξύ της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και των προβλημάτων υγείας είναι γνωστή. Οι χρήστες ενέσιμης μορφής ναρκωτικών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υπερβολικής δόσης και σοβαρών μολύνσεων καθώς και άλλων προβλημάτων υγείας, όπως είναι η σηπαιμία και η θρόμβωση. Η μόλυνση από τον ιό HIV είναι ο κίνδυνος για τη υγεία από τη συγκεκριμένη χρήση ναρκωτικών που κινητοποιεί περισσότερο τους μηχανισμούς προστασίας της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, και σχεδόν όλες οι χώρες έχουν στρατηγικές με στόχο την πρόληψη νέων μολύνσεων. Για παράδειγμα, η χορήγηση βελόνων και συρίγγων, που κάποτε εθεωρείτο αμφιλεγόμενη παρέμβαση, είναι διαθέσιμη σε ορισμένο βαθμό στο σύνολο των κρατών μελών, αν και η κάλυψη διαφέρει σημαντικά μεταξύ των κρατών. Οι περισσότερες χώρες αναφέρουν χαμηλά ποσοστά νεοδιαγνωσθεισών μολύνσεων από τον ιό HIV που αποδίδονται στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, και τα ποσοστά μολύνσεων από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών υπολογίζεται ότι είναι κάτω από 5%. Ωστόσο, και πάλι πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο σημαντικοί παράγοντες: πρώτον, δύο από τις μεγαλύτερες χώρες που πλήττονται περισσότερο από το AIDS σε σχέση με τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, η Ισπανία και η Ιταλία, επί του παρόντος δεν παρέχουν εθνικά στοιχεία από την αναφορά περιπτώσεων HIV και, δεύτερον, αναφέρεται ότι η μετάδοση του ιού HIV συνεχίζεται σε ορισμένες ομάδες χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών σε όλη την Ευρώπη. Επιπλέον, σε ορισμένες από τις πληθυσμιακές ομάδες που μελετήθηκαν παρουσιάζονται ακόμα και ενδείξεις αύξησης.

Μια πολύ πιο αρνητική εικόνα παρουσιάζεται στα ποσοστά μολύνσεων από τον ιό της ηπατίτιδας (HCV), που παραμένουν σχεδόν καθολικά υψηλά στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που συνδέονται με τον ιό HCV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και τους πρώην χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών είναι πολύ πιθανόν

Με μια ματιά — Εκτιμήσεις για τη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη

(Σημειώνεται ότι οι εκτιμήσεις αυτές σχετίζονται με τον πληθυσμό ενήλικων και είναι οι πιο πρόσφατες διαθέσιμες εκτιμήσεις. Για τα πλήρη στοιχεία καθώς και για τις πλήρεις μεθοδολογικές σημειώσεις βλέπε το συνοδευτικό δελτίο στατιστικών στοιχείων.)

Κάνναβη

Ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή: τουλάχιστον 65 εκατ., ή αλλιώς 1 στους 5 ευρωπαίους ενήλικες
Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 22,5 εκατ. ευρωπαίοι ενήλικες ή αλλιώς ένα τρίτο όσων κάνουν χρήση σε όλη τη ζωή
Χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες: 12 εκατ. Ευρωπαίοι
Διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών στη χρήση κατά το τελευταίο έτος:
Συνολικό ποσοστό 0,8 έως 11,3 %
Σύνθετες ποσοστό 2,8 έως 7,5 % (15 χώρες)

Κοκαΐνη

Ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή: τουλάχιστον 10 εκατομμύρια, ή αλλιώς άνω του 3 % των ευρωπαίων ενήλικων
Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 3,5 εκατ. ευρωπαίοι ενήλικες ή αλλιώς ένα τρίτο όσων κάνουν χρήση σε όλη τη ζωή
Χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες: άνω του 1,5 εκατομμυρίου
Διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών στη χρήση κατά το τελευταίο έτος:
Συνολικό ποσοστό 0,1 έως 2,7 %
Σύνθετες ποσοστό 0,3 έως 1,2 % (18 χώρες)

Έκσταση

Ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή: περίπου 8,5 εκατ. ευρωπαίοι ενήλικες
Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 3 εκατ. ευρωπαίοι ενήλικες ή αλλιώς ένα τρίτο όσων κάνουν χρήση σε όλη τη ζωή
Χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες: άνω του 1 εκατομμυρίου
Διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών στη χρήση κατά το τελευταίο έτος:
Συνολικό ποσοστό 0,0 έως 3,5 %
Σύνθετες ποσοστό 0,3 έως 1,5 % (15 χώρες)

Αμφεταμίνες

Ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή: σχεδόν 10 εκατομμύρια ή αλλιώς περίπου 3 % των ευρωπαίων ενήλικων
Χρήση κατά το τελευταίο έτος: 2 εκατομμύρια, ένα πέμπτο όσων κάνουν χρήση σε όλη τη ζωή
Χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες: κάτω του 1 εκατομμυρίου
Διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών στη χρήση κατά το τελευταίο έτος:
Συνολικό ποσοστό 0,0 έως 1,4 %
Σύνθετες ποσοστό 0,2 έως 1,1 % (16 χώρες)

Οπιοειδή

Προβληματική χρήση οπιοειδών: από μία έως οκτώ περιπτώσεις ανά 1 000 ενήλικους (ηλικίας 15–64 ετών)
Σχεδόν 7 000 περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, με τα οπιοειδή να έχουν ανιχνευτεί σε περίπου 70 % των περιπτώσεων (στοιχεία 2003)
Κύριο ναρκωτικό σε περίπου 60 % όλων των αιτήσεων για απεξάρτηση
Περισσότεροι από 500 000 χρήστες οπιοειδών υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης το 2003

να εξακολουθήσει να επιφέρει σημαντικό κόστος για την υγεία για πολλά ακόμη χρόνια. Εάν καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ενδέχεται να μειώνεται ελαφρώς και ότι η Ευρώπη ανταποκρίθηκε σωστά στην πρόκληση που τέθηκε ενώπιόν της από την επιδημική εξάπλωση του ιού HIV κατά τη δεκαετία του 1990, υπάρχει πραγματικός κίνδυνος να επέλθει εφσυχασμός ως προς τους κινδύνους που εξακολουθεί να εγκυμονεί για την υγεία η συμπεριφορά αυτή. Τα υψηλά επίπεδα ενδημικής μόλυνσης από τον ιό HCV, η συνεχιζόμενη μετάδοση στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, με αυξημένη επίπτωση να παρατηρείται σε ορισμένες ομάδες, και η μεγάλη ομάδα υψηλού κινδύνου χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών σε ορισμένα νέα κράτη μέλη καταμαρτυρούν την ανάγκη η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και τα σχετιζόμενα με αυτή προβλήματα υγείας να εξακολουθήσουν να θεωρούνται μείζονα ζητήματα δημόσιας υγείας στην Ευρώπη, καθώς και καίριος τομέας επαγρύπνησης όσον αφορά την πολιτική για τα ναρκωτικά και την έρευνα.

Κοκαΐνη: ενδείξεις σταθεροποίησης για το δεύτερο πιο σύνθετες παράνομο ναρκωτικό στην Ευρώπη

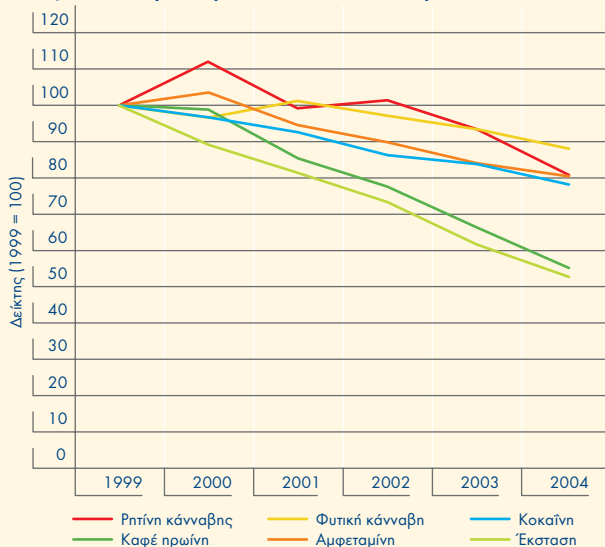
Εκτιμήσεις για τη χρήση της κοκαΐνης (επικράτηση της χρήσης κατά το τελευταίο έτος) δίνουν στο ναρκωτικό αυτό ελαφρό προβάδισμα ως δεύτερη συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία σε σχέση με την αμφεταμίνη και την έκσταση. Ωστόσο, από τη γενικότερη εικόνα προκύπτει σταθεροποίηση των επιπέδων χρήσης μετά από μια περίοδο κατά την οποία ο αριθμός των χρηστών της εν λόγω ναρκωτικής ουσίας αυξήθηκε σημαντικά. Οι μεγάλες αυξήσεις στην επικράτηση της χρήσης της κοκαΐνης που παρουσιάστηκαν στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 φαίνεται ότι σταθεροποιούνται από το 2000 ή το 2001. Όσον αφορά άλλα κράτη, σημειώνονται μεν μέτριες αυξήσεις στα επίπεδα της χρήσης της κοκαΐνης σε ορισμένες χώρες, ωστόσο δεν αναφέρονται δραματικές αυξήσεις. Συνολικά, η κατάσταση σε σχέση με την κοκαΐνη παραμένει εξαιρετικά ανομοιογενής στην Ευρώπη, και η σημαντική χρήση κοκαΐνης περιορίζεται σε λίγες, κυρίως δυτικοευρωπαϊκές χώρες.

Θα ήταν λάθος να συναχθεί το συμπέρασμα ότι οι ενδείξεις σταθεροποίησης στη χρήση κοκαΐνης θα οδηγήσουν κατ' ανάγκη σε σταθεροποίηση της έκτασης των προβλημάτων που αποδίδονται στη χρήση αυτής της ναρκωτικής ουσίας. Η χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη βρισκόταν ανέκαθεν σε υψηλά επίπεδα, και σύμφωνα με μελέτες φαίνεται ότι αποτελεί σύνθετες φαινόμενο να μεσολαβούν μερικά χρόνια από την αύξηση στην επικράτηση μιας ναρκωτικής ουσίας έως την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση της. Αυτό συμβαίνει γιατί χρειάζεται χρόνος για να αναπτυχθούν πρότυπα εντατικής και συστηματικής χρήσης ναρκωτικών ουσιών και να γίνουν ορατά τα προβλήματα. Αυτό ενδεχομένως να έχει αρχίσει να συντελείται σε εκείνες τις ευρωπαϊκές χώρες όπου η χρήση της κοκαΐνης είναι καλά εδραιωμένη. Τόσο στις Κάτω Χώρες όσο και στην Ισπανία, τουλάχιστον μία στις τέσσερις αιτήσεις για θεραπεία αναφέρεται τώρα ότι σχετίζεται με την κοκαΐνη, και στο σύνολο της Ευρώπης ο αριθμός νέων αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη σχεδόν διπλασιάστηκε από το 1999 έως το 2004. Αν και η χρήση κρακ παραμένει

Η χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη φθινότερη από ποτέ

Στην έκθεση αυτή περιλαμβάνεται για πρώτη φορά μια πενταετής ανάλυση των λιανικών τιμών, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός, ώστε να είναι εφικτή η ακριβέστερη εκτίμηση των διαχρονικών αλλαγών στις τιμές των παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Τόσο η συλλογή όσο και η ερμηνεία των στοιχείων αυτών παρουσιάζει δυσκολίες. Την τιμή επηρεάζουν η καθαρότητα, η ποσότητα και η ποικιλία της ναρκωτικής ουσίας που αγοράζεται, καθώς και διάφοροι γεωγραφικοί παράγοντες, όπως π.χ. η διαμονή σε μια μεγάλη πόλη ή επί μιας οδού τακτικής διακίνησης ναρκωτικών. Οι τιμές των ναρκωτικών ουσιών επίσης διαφέρουν αισθητά από χώρα σε χώρα και υπόκεινται σε διακυμάνσεις που απηχούν τις διαταραχές στην προσφορά. Παρά τους εν λόγω στρεβλωτικούς παράγοντες, τα διαθέσιμα στοιχεία για όλα σχεδόν τα είδη ναρκωτικών ουσιών υποδηλώνουν ότι στο σύνολο της Ευρώπης έχει μειωθεί το

Τάσεις λιανικών τιμών ναρκωτικών ουσιών στην Ευρώπη, 1999–2004



κόστος αγοράς. Στις περισσότερες χώρες η κυρίαρχη τάση της πενταετίας αυτής ήταν πτώση στις λιανικές τιμές για την κάνναβη, την ηρωΐνη, την αμφεταμίνη, την έκσταση και την κοκαΐνη (βλέπε διάγραμμα κατωτέρω). Αν και τα ιστορικά στοιχεία για τις λιανικές τιμές είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπή και δύσκολο να ερμηνευθούν όταν υπάρχουν, είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι η νέα αυτή τάση συνάδει με την άποψη ότι οι τιμές ενδέχεται να μειώνονται μακροπρόθεσμα. Για παράδειγμα, πληροφορίες από κάποιες από τις χώρες με υψηλή επικράτηση δείχνουν ότι η κοκαΐνη και η έκσταση ήταν αρκετά πιο ακριβές στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 απ' ό,τι είναι σήμερα.

Σημείωση: Οι τάσεις αντιπροσωπεύουν τις διαθέσιμες πληροφορίες για τις εθνικές τιμές σε επίπεδο λιανικής πώλησης για κάθε ναρκωτική ουσία στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία, σταθμισμένων βάσει του πληθυσμιακού μεγέθους κάθε χώρας για τη διαμόρφωση μιας συνολικής ευρωπαϊκής τάσης. Οι τιμές διορθώθηκαν ώστε να ληφθούν υπόψη οι εθνικοί ρυθμοί πληθωρισμού (έτος βάσης: 1999) και όλες οι σειρές αναπροσαρμόστηκαν βάσει του 100 το έτος 1999.

Πολλές χώρες δεν μπορούν να παρέχουν τα στοιχεία αυτά, τα οποία είναι δυσεύρετα και συχνά αναξιόπιστα και ελλιπή. Τα κράτη που δεν έχουν πληροφορίες για τις τιμές των ναρκωτικών ουσιών για δύο ή περισσότερα διαδοχικά έτη δεν περιλαμβάνονται στον υπολογισμό των τάσεων για την εκάστοτε ναρκωτική ουσία: η τάση για την καφέ ηρωΐνη βασίζεται σε εννέα χώρες, για την αμφεταμίνη σε εννέα, για την κοκαΐνη σε 13, για την έκσταση σε 13, για τη φυτική κάνναβη σε 13 και για τη ρητίνη κάνναβης σε 14.

Επιπλέον, στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν στοιχεία για το 2004 (έντεκα περιπτώσεις) χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία του 2003· όπου δεν υπάρχουν στοιχεία για το 1999 (μία περίπτωση) χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές του 2000· στη θέση ελλείπων στοιχείων άλλων ετών (δώδεκα περιπτώσεις) χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία επόμενων ή προηγούμενων ετών.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις τιμές του 2004, βλέπε πίνακες PPP-1, PPP-2, PPP-3 και PPP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων.

Πηγές: Στοιχεία τιμών: εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

Στοιχεία πληθωρισμού και πληθυσμού:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

πολύ περιορισμένη στην Ευρώπη, τα προβλήματα που αναφέρονται από ορισμένες πόλεις υποδηλώνουν ότι η κατάσταση ενδεχομένως να επιδεινωθεί.

Η κοκαΐνη συχνά ανιχνεύεται σε τοξικολογικές αναλύσεις θανάτων που αποδίδονται στα οπιοειδή ναρκωτικά, και σε ορισμένες χώρες η ταυτόχρονη λήψη κοκαΐνης έχει αναγνωριστεί ως πρόβλημα από όσους ασχολούνται με την αντιμετώπιση των προβλημάτων της ηρωΐνης. Αν και τα στοιχεία είναι περιορισμένα, στις εθνικές εκθέσεις του 2005 η χρήση κοκαΐνης προσδιορίστηκε ως η αιτία στην οποία οφείλονται περισσότεροι από 400 θάνατοι, και φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με την κοκαΐνη αυξήθηκε σε όλες τις χώρες με υψηλή επικράτηση. Ο αριθμός αυτός είναι σχεδόν σίγουρα υποεκτιμημένος, και ο αντίκτυπος της χρήσης της κοκαΐνης ως παράγοντα που συμβάλλει στους θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα παραμένει άγνωστος. Το μήνυμα είναι ξεκάθαρο: εάν η Ευρώπη θέλει να αποφύγει να βιώσει αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία που σχετίζονται με τη χρήση της εν λόγω ναρκωτικής ουσίας, η όποια σταθεροποίηση στη συνολική χρήση της κοκαΐνης δεν πρέπει να θέτει σε δεύτερη μοίρα την ανάγκη

τόσο για καλύτερο προσδιορισμό και κατανόηση των συνδεόμενων με την κοκαΐνη προβλημάτων όσο και την ανάγκη για πραγματοποίηση επενδύσεων στην ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

Η αντιμετώπιση ενός πιο σύνθετου προβλήματος ναρκωτικών στην Ευρώπη

Ένα θέμα που επαναλαμβάνεται συχνά στην έκθεση αυτή είναι η αυξανόμενη ανάγκη να αναπτυχθούν τρόποι αντιμετώπισης που επιδεικνύουν ευαισθησία στη σύνθετη και πολύπλευρη φύση του προβλήματος των ναρκωτικών που αντιμετωπίζουμε σήμερα. Κατά την εξέταση της πρόληψης των ναρκωτικών, της θεραπείας και των δράσεων για τη μείωση των συνεπειών απαιτείται καλύτερη κατανόηση όσων συνιστούν καλή πρακτική και των δράσεων που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία. Από τις περίπου 380 000 αιτήσεις για θεραπεία που αναφέρθηκαν συνολικά το 2004, η κάνναβη ήταν η κύρια αιτία παραπομπής σε θεραπεία σε περίπου 15 % των περιπτώσεων, γεγονός που την καθιστά τη δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωΐνη. Οι θεραπευτικές υπηρεσίες ασχολούνται επίσης

με περισσότερα προβλήματα που οφείλονται στα διεγερτικά και την πολλαπλή χρήση των ναρκωτικών, περιλαμβανομένου ενός σημαντικού ποσοστού επικάλυψης των προβλημάτων από τα παράνομα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Ωστόσο, σε επίπεδο γενικού πληθυσμού δεν γνωρίζουμε αρκετά για τις συνέπειες στη δημόσια υγεία από τη συστηματική και διαρκή χρήση αυτών των ειδών ναρκωτικών, ούτε για τις πιθανές ανάγκες παρέμβασης εκείνων που τα χρησιμοποιούν. Η αποδεικτική βάση στην Ευρώπη για τον καθορισμό του τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων ναρκωτικών είναι ισχυρότερη όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος της παράνομης χρήσης οπιοειδών, όπου πλειάδα στοιχείων ενισχύουν την ανάπτυξη και τη στοχοθέτηση των υπηρεσιών. Η αυξανόμενη ομοιογένεια που υπάρχει ως προς τη χάραξη πολιτικής με γνώμονα το τι είναι πιθανόν να αποτελέσει κατάλληλη παρέμβαση για την προβληματική χρήση ηρωίνης συνδυάζεται με την αυξανόμενη ανάγκη να υπάρξει η ίδια σαφήνεια ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης ενός περισσότερο ανομοιογενούς προβλήματος ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Η ανάγκη καλύτερου καθορισμού και κατανόησης της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών ουσιών

Ένα βασικό ζήτημα είναι η ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκαλούνται από τη χρήση πολλαπλών ψυχοτρόπων ουσιών. Η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως βασικός τομέας ανάπτυξης υπηρεσιών. Ωστόσο, δεν έχει καταστεί ακόμα δυνατός ο ορισμός της έννοιας, και από ορισμένες απόψεις όλοι σχεδόν οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών μπορούν να θεωρηθούν χρήστες πολλαπλών ναρκωτικών. Η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών θέτει σημαντικές προκλήσεις στα συστήματα παρακολούθησης των ναρκωτικών, που τείνουν να βασίζονται σε συμπεριφοριστικές μετρήσεις της χρήσης μιας μεμονωμένης ναρκωτικής ουσίας που χρησιμοποιείται ως βάση. Υπάρχει, ως εκ τούτου, ζωτική ανάγκη να αναπτυχθεί ένα καλύτερο εννοιολογικό πλαίσιο για την περιγραφή των διαφόρων μορφών πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών ουσιών ως πρώτο βήμα για την κατανόηση των επιπτώσεων της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Μέρος της φετινής έκθεσης αφιερώνεται στην παρουσίαση των αναλυτικών θεμάτων που πρέπει να εξεταστούν ούτως ώστε η Ευρώπη να αντιμετωπίσει την πρόκληση της καλύτερης κατανόησης των αναγκών του αυξανόμενου αριθμού ατόμων με προβλήματα που πηγάζουν από τη χρήση μιας σειράς ναρκωτικών ουσιών και όχι από την εξάρτησή τους από μία συγκεκριμένη ουσία.

Επιστροφή στο μέλλον: πρόβλεψη των απειλών και των προκλήσεων

Στην φετινή έκθεση γίνεται, όπως πάντα, μια προσπάθεια να προσδιοριστούν οι νέες τάσεις ώστε να προβλεφθούν τα επερχόμενα προβλήματα. Μια τέτοιου είδους ανάλυση είναι

εξ ορισμού θεωρητική και πρέπει να γίνεται με προσοχή. Μια ναρκωτική ουσία που σχετίζεται άμεσα με σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας είναι η μεθαμφεταμίνη. Ενώ τα προβλήματα που προκαλούνται από τη μεθαμφεταμίνη παγκοσμίως συνεχίζουν να αυξάνονται, στο εσωτερικό της Ευρώπης η ναρκωτική αυτή ουσία παραμένει περιορισμένη σε λίγες χώρες με μακροχρόνια προβλήματα. Μολονότι επί του παρόντος τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μας επιτρέπουν να συνάγουμε σταθερά συμπεράσματα για τις τάσεις, ολοένα και περισσότερα κράτη αναφέρουν κατασχέσεις ή χρήση της ναρκωτικής αυτής ουσίας, δίνοντας σαφή έμφαση στην ανάγκη για πιο στενή παρακολούθηση των πληθυσμιακών ομάδων που κινδυνεύουν περισσότερο.

Το 2006, το ΕΚΠΝΤ δημοσίευσε τεχνικό έγγραφο για τα παραισθησιογόναμανιτάρια, και το θέμα αυτό παρουσιάζεται συνοπτικά στην ετήσια έκθεσή μας. Η διαθεσιμότητα και η χρήση των παραισθησιογόνωνμανιταριών φαίνεται ότι αυξάνεται από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, αλλά σε μεγάλο βαθμό δεν καταγράφεται. Η χρήση αυτού του είδους ναρκωτικής ουσίας φαίνεται ότι είναι ως επί το πλείστον πειραματική, και υπάρχουν ελάχιστες αναφορές προβλημάτων. Ωστόσο, η αυξανόμενη συνειδητοποίηση της διαθεσιμότητας των παραισθησιογόνωνμανιταριών από τους φορείς χάραξης πολιτικής οδήγησε στη θέσπιση ορισμένων δράσεων για την αύξηση των μέτρων ελέγχου.

Η ψιλοκυβίνη και η ψιλοκίνη, δύο από τις ψυχοτρόπους ουσίες που βρίσκονται στα παραισθησιογόναμανιτάρια, ελέγχονται βάσει διεθνούς σύμβασης. Ωστόσο, το γεγονός ότι ταμανιτάρια αναπτύσσονται αυτοφυώς σε πολλές χώρες δημιουργεί ένα πιο σύνθετο ζήτημα για τη νομοθεσία με αποτέλεσμα τη διαφορετική αντιμετώπιση ανά την Ευρώπη. Γενικότερα, η επαγρύπνηση σε σχέση με τις νέες ουσίες που ενδέχεται να εγκυμονούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και ως εκ τούτου χρήζουν ελέγχου υποστηρίζεται από μια νέα απόφαση του Συμβουλίου (2005/387/ΔΕΥ) σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών. Ένα παράδειγμα της αναγκαιότητας έγκαιρων πληροφοριών προειδοποίησης στον τομέα αυτό αποτελεί η ραγδαία εξάπλωση της ουσίας mCPP (1-3-κλωροφαινυλοπιπεραζίνης) το 2005. Η εμφάνιση της mCPP καταδεικνύει το γεγονός ότι όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή παράνομων ναρκωτικών ουσιών αναζητούν διαρκώς καινοτομίες υπό τη μορφή νέων χημικών ουσιών που μπορούν να κυκλοφορήσουν στην αγορά – στην περίπτωση αυτή ενδεχομένως για την ενίσχυση ή την τροποποίηση των αποτελεσμάτων της MDMA (έκσταση). Τέτοιου είδους καινοτομίες χρήζουν αντιμετώπισης, καθώς είναι άγνωστη η δυνατότητα των ουσιών αυτών να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης που τέθηκε σε λειτουργία βάσει της απόφασης του Συμβουλίου αποτελεί ως εκ τούτου έναν σημαντικό μηχανισμό ο οποίος παρεμβαίνει σε μια διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας τίθεται σε κίνδυνο η υγεία των νεαρών Ευρωπαίων από εκείνους που επιδιώκουν το κέρδος αποφεύγοντας τους υπάρχοντες μηχανισμούς ελέγχου των ναρκωτικών.



Κεφάλαιο 1

Πολιτικές και νομοθεσία

Εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά

Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου υιοθετήθηκαν εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά από πέντε χώρες (πίνακας 1). Η Λεττονία υιοθέτησε για πρώτη φορά εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά, για την περίοδο 2005-2008, και νέες εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσεις για τα ναρκωτικά υιοθετήθηκαν στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ισπανία, στο Λουξεμβούργο και τη Ρουμανία.

Επιπλέον, η Φινλανδία υιοθέτησε στρατηγική αντιμετώπισης των ναρκωτικών για τη διοίκηση των φυλακών (2005-2006), και στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο πλαίσιο των συμφωνιών παροχής δημόσιων υπηρεσιών (Public Service Agreement, PSA), ορίζονται νέοι στόχοι στον τομέα της πολιτικής για τα ναρκωτικά που αποσκοπούν στη μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων που προκαλούνται από τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες στα άτομα, στις οικογένειες και το κοινωνικό σύνολο.

Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, σε προπαρασκευαστικό στάδιο βρισκόταν εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά στην Ιταλία, στην Αυστρία, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία (πίνακας 2).

Ορισμένες χώρες, οι οποίες είχαν εφαρμόσει από καιρό (από το 1998 και μετά) εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά, προχωρούν στην αναδιατύπωση των στρατηγικών ή των σχεδίων τους δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη θέση σαφέστερων και πιο υλοποιήσιμων

Πίνακας 1 – Χώρες που υιοθέτησαν νέες στρατηγικές για την καταπολέμηση των ναρκωτικών το 2005

Χώρα	Έγγραφο	Χρονοδιάγραμμα
Τσεχική Δημοκρατία	Εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση των ναρκωτικών Σχέδιο δράσης	2005-2009 2005-2006
Ισπανία	Σχέδιο δράσης	2005-2008
Λεττονία	Εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση των ναρκωτικών	2005-2008
Λουξεμβούργο	Εθνική στρατηγική και σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών	2005-2009
Ρουμανία	Εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση των ναρκωτικών	2005-2012

Πίνακας 2 – Χώρες στις οποίες το 2005 τελούσαν υπό εκπόνηση στρατηγικές για την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Χώρα	Έγγραφο	Χρονοδιάγραμμα
Ιταλία	Σχέδιο δράσης	2004-2008
Αυστρία	Εθνική στρατηγική	
Πορτογαλία	Εθνική στρατηγική και σχέδιο δράσης	2005-2008
Σουηδία	Σχέδιο δράσης	
Νορβηγία	Σχέδιο δράσης	

στόχων. Για παράδειγμα, το Λουξεμβούργο αναφέρει ότι το νέο σχέδιο δράσης του για την περίοδο 2005-2009 χαρακτηρίζεται από απλότητα, σαφή διάρθρωση και προσανατολισμό στα αποτελέσματα, καθώς θέτει στόχους για δράσεις, καθορίζει αρμοδιότητες και προσδιορίζει προϋπολογισμούς, προσδοκώμενα αποτελέσματα και προθεσμίες για την επίτευξη αποτελεσμάτων και την αξιολόγηση. Στο Βέλγιο, οι αρχές δημόσιας υγείας της γαλλικής κοινότητας και της περιφέρειας της Βαλλονίας ανέθεσαν σε ομάδα εμπειρογνομήνων την εκπόνηση ενός συντονισμένου σχεδίου πρόληψης, αρωγής και πρόνοιας για το φαινόμενο της τοξικομανίας. Η ομάδα εισηγήθηκε τον σαφέστερο καθορισμό προτεραιοτήτων και στόχων από τις κυβερνήσεις, καθώς και ότι πρέπει να γίνει σαφής ορισμός των βασικών αρχών μιας κοινής πολιτικής για τα ναρκωτικά και ότι πρέπει να καταταχθούν κατά χρονολογική σειρά οι επιλεχθείσες στρατηγικές. Το σχέδιο δράσης στην Τσεχική Δημοκρατία για την περίοδο 2005-2006 κινείται προς την ίδια κατεύθυνση, ορίζοντας σαφείς στόχους και τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την επίτευξή τους και προσδιορίζοντας τις αρμοδιότητες των επιμέρους υπουργών καθώς και τους όρους και τους δείκτες επίτευξης των στόχων σε κάθε τομέα.

Αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες ανανεώνουν αυτόματα τις εθνικές στρατηγικές τους για τα ναρκωτικά, θέτοντας σε κίνηση μια κυκλική διαδικασία, στο πλαίσιο της οποίας τα αποτελέσματα της προηγούμενης στρατηγικής ή της αξιολόγησής της αξιοποιούνται για τη διαμόρφωση της μελλοντικής στρατηγικής (ΕΚΠΝΤ, 2004α).

Κατά τη διάρκεια του 2005 παρόμοιες διαδικασίες αναφέρθηκαν από την Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία και τη Ρουμανία. Η αξιολόγηση της εφαρμογής της στρατηγικής της Ουγγαρίας για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών ανατέθηκε εξωτερικά στο ολλανδικό Trimbos Institute. Είναι η πρώτη φορά που η στρατηγική μιας χώρας για τα ναρκωτικά αξιολογείται από ξένους εμπειρογνώμονες. Η αξιολόγηση επικεντρώθηκε στα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα της στρατηγικής για τα ναρκωτικά και είχε ως αποτέλεσμα τη διατύπωση σειράς συστάσεων σχετικά με τις μελλοντικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ενισχυθεί ο συντονισμός στον τομέα της πολιτικής για τα ναρκωτικά. Υπάρχουν ομοιότητες με την αξιολόγηση της πορτογαλικής εθνικής στρατηγικής του 1999 και του σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2001-2004, η οποία διενεργήθηκε το 2004 εξωτερικά από το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης της Πορτογαλίας και εσωτερικά από το Ινστιτούτο Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (IDT). Η Ουγγαρία και η Πορτογαλία είναι οι δύο πρώτες χώρες στην Ευρώπη που ζήτησαν εξωτερική αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών τους για τα ναρκωτικά.

Το 2005, στη μεσοπρόθεσμη επισκόπηση της ιρλανδικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2001-2008, η οποία βασίστηκε σε δημόσια διαδικασία διαβούλευσης και ανάλυση βασικών στοιχείων σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο, διατυπώθηκαν συστάσεις για τον επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων για την αντιμετώπιση των νέων τάσεων στη θεραπεία, την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών, τη χρήση κοκαΐνης και την εξάπλωση του ιού HIV και της ηπατίτιδας, καθώς και την επανενεργοποίηση της διάδοσης και της εφαρμογής διαφόρων καθοριστικών δράσεων κατά την εναπομένονσα περίοδο ισχύος της στρατηγικής. Και στη Ρουμανία η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2003-2004 αξιολογήθηκε με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων κρατικών φορέων στον τομέα των ναρκωτικών. Οι διαπιστώσεις της αξιολόγησης αποτέλεσαν τη βάση για τη νέα εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005-2012. Στο Λουξεμβούργο, το 87% των μέτρων που ορίζονται στο εθνικό πρόγραμμα δράσης για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2000-2004 υλοποιήθηκε εντός των καθορισθεισών προθεσμιών. Αναφέρθηκε ότι τα μέτρα που δεν εφαρμόστηκαν (π.χ. ένα πρόγραμμα διανομής ηρωίνης) καθυστέρησαν για πολιτικούς λόγους. Οι ενέργειες που δεν υλοποιήθηκαν συμπεριλήφθηκαν στο νέο πρόγραμμα δράσης.

Επίσης, από εκθέσεις που υποβλήθηκαν για το περασμένο έτος προκύπτει ότι οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά αρχίζουν να έχουν ορατά αποτελέσματα. Μολονότι δεν είναι ακόμα δυνατό να ειπωθεί με βεβαιότητα ότι οι γενικοί στόχοι της μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς επιτεύχθηκαν, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά πέτυχαν συγκεκριμένους και σημαντικούς στόχους.

Η αξιολόγηση της πορτογαλικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά που υιοθετήθηκε το 1999 αναγνωρίζει τη συμβολή της στρατηγικής στην αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπευτικών επιλογών, τη μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά και του επιπολασμού της μόλυνσης από τον ιό HIV και την αύξηση των αναφορών

της αστυνομίας για τη διακίνηση ναρκωτικών. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώνεται μείωση στην ηλικία των ατόμων που πειραματίζονται για πρώτη φορά με τα ναρκωτικά και αύξηση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων που σχετίζονται με άλλες ουσίες εκτός των οπιοειδών. Στην Ισπανία, από την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής (2003) προκύπτει μεν ότι ο στόχος της μείωσης των ναρκωτικών δεν επιτεύχθηκε, διαπιστώνεται ωστόσο ότι υπήρξαν θετικά αποτελέσματα στους τομείς της παροχής βοήθειας και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, και ότι επιτεύχθηκαν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε άλλους τομείς, όπως η έρευνα και η εκπαίδευση, η διεθνής συνεργασία και η μείωση της προσφοράς. Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας και Υποθέσεων Καταναλωτή ενέκρινε σχέδιο δράσης για την περίοδο 2005-2008 για την κινητοποίηση πόρων και την εφαρμογή πρωτοβουλιών με στόχο την εξέλιξη και την τόνωση της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Στην Ελλάδα σημειώθηκε αύξηση των μορφών και της κάλυψης των διαθέσιμων θεραπευτικών προγραμμάτων ως απόρροια του εθνικού σχεδίου δράσης για την περίοδο 2002-2006.

Στη Σουηδία, το εθνικό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2002-2005 είχε ως αποτέλεσμα να αναβαθμιστεί η προτεραιότητα του προβλήματος του ναρκωτικών στο πολιτικό πρόγραμμα σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Οι περισσότεροι δήμοι στη Σουηδία διαθέτουν πλέον κάποιας μορφής σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά, και δίνεται πλέον μεγαλύτερη προτεραιότητα στο συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των ενδιαφερομένων στον τομέα των ναρκωτικών, με αποτέλεσμα να υπάρχουν βελτιώσεις στους εν λόγω τομείς. Υπήρξαν επίσης εξελίξεις όσον αφορά τόσο τις μορφές όσο και την προσβασιμότητα της θεραπείας που παρέχεται στους τοξικομανείς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η επιτροπή ελέγχων αναγνώρισε μεν την πρόοδο που σημειώθηκε στη θεραπεία απεξάρτησης, παράλληλα όμως υπέδειξε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης των υπηρεσιών για την επανένταξη και την αποκατάσταση χρηστών ναρκωτικών, όπως η στέγαση, η κοινωνική πρόνοια και άλλες υπηρεσίες υποστήριξης. Στο μέλλον, η επιτυχία της κυβέρνησης στην επίτευξη των στόχων της στρατηγικής για τα ναρκωτικά θα μετράται σε σχέση με τους στόχους που προσδιορίζονται στις PSA και μέσω ενός δείκτη των επιβλαβών επιπτώσεων των ναρκωτικών (DHI), ο οποίος θα αξιολογεί τις επιπτώσεις από την προβληματική χρήση κάθε παράνομου ναρκωτικού.

Τέλος, η αξιολόγηση αναδεικνύεται σε βασικό στοιχείο των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά που υιοθετήθηκαν πρόσφατα. Στη Λετονία, το συμβούλιο συντονισμού του ελέγχου των ναρκωτικών και του περιορισμού της τοξικομανίας θα αξιολογεί την πρόοδο που σημειώνεται κάθε χρόνο στην εφαρμογή του προγράμματος, και στο Λουξεμβούργο το 2009 πρόκειται να διενεργηθεί τελική εξωτερική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Δημόσιες δαπάνες που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Παρότι οι δαπάνες συχνά υπολογίζονται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και δεν υπάρχει κοινός ορισμός των δημόσιων δαπανών που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών, σύμφωνα με τις διαθέσιμες εκτιμήσεις οι

δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών αυξήθηκαν σε αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Δανίας, του Λουξεμβούργου, της Αυστρίας και της Πολωνίας.

Μεταξύ των χωρών που ανέφεραν τις δαπάνες τους για την καταπολέμηση των ναρκωτικών για το έτος 2004 ήταν η Τσεχική Δημοκρατία (11 εκατ. EUR), η Ισπανία (302 έως 325 εκατ. EUR), η Κύπρος (2,8 εκατ. EUR), η Πολωνία (51 εκατ. EUR) και η Νορβηγία (46 εκατ. EUR). Δύο χώρες ανέφεραν πιο πρόσφατα προϋπολογισθείσες δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών: το Λουξεμβούργο (6 εκατ. EUR το 2005) και το Ηνωμένο Βασίλειο (2 δισ. EUR το 2004/05).

Στη Σλοβακία υπολογίζεται ότι οι συνολικές δημόσιες δαπάνες στον τομέα των ναρκωτικών το 2004 ανήλθαν σε 14,5 εκατ. EUR, εκ των οποίων τα 8,4 εκατ. EUR αντιπροσώπευαν δαπάνες για την επιβολή του νόμου και τα 6,1 εκατ. EUR για την κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική περίθαλψη.

Στη Σουηδία υπολογίζεται ότι οι δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών το 2002 ανήλθαν περίπου σε 0,9 δισ. EUR (κατώτερη εκτίμηση 0,5 δισ. EUR, υψηλότερη εκτίμηση 1,2 δισ. EUR). Συγκρίνοντας τις εκτιμήσεις για το 2002 με τα στοιχεία για το 1991 προκύπτει ότι οι δημόσιες δαπάνες για την πολιτική καταπολέμησης των ναρκωτικών αυξήθηκαν σημαντικά.

Στην Ιρλανδία, στη μεσοπρόθεσμη επισκόπηση της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά που δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2005, αναγνωρίζεται η ανάγκη αποτίμησης των δαπανών ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση της αποδοτικότητας των διαφόρων συνιστωσών της στρατηγικής από άποψη κόστους, και σύντομα αναμένεται να ξεκινήσουν οι εργασίες για την εκτίμηση των δαπανών για την αστυνόμευση. Στην Πορτογαλία, το Ινστιτούτο Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (IDT) χρηματοδοτεί έρευνα για την ανάπτυξη και δοκιμή ενός μοντέλου για τον υπολογισμό του κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, και στο Βέλγιο, στα τέλη του 2005, δόθηκε συνέχεια σε μελέτη του 2004 σχετικά με τις δημόσιες δαπάνες. Μολονότι λιγοστά, τα ενδιαφέροντα αυτά στοιχεία δείχνουν ότι η έρευνα σχετικά με τις δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών συνιστά ολόένα και σημαντικότερη συνιστώσα του προγράμματος πολιτικής ορισμένων κρατών μελών.

Εξελίξεις σε νομικά θέματα και θέματα πολιτικής σε επίπεδο ΕΕ

Σχέδια δράσης

Σε επίπεδο ΕΕ, δύο σχέδια δράσης που εγκρίθηκαν το 2005 δημιουργούν άμεσα ή έμμεσα ένα νέο πλαίσιο αναφοράς για την ανάπτυξη της κοινοτικής πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών για τα προσεχή έτη. Πρώτον, το Συμβούλιο, αφού εξέτασε την πρόταση που υπεβλήθη από την Επιτροπή τον Φεβρουάριο του 2005 και λαμβάνοντας πλήρως υπόψη την τελική αξιολόγηση της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά και του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την περίοδο 2000-2004, ενέκρινε το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα

ναρκωτικά (2005-2008) τον Ιούνιο του 2005. Το νέο σχέδιο δράσης υιοθετεί τη δομή και τους στόχους της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012) και παραθέτει 100 συγκεκριμένες δράσεις που πρέπει να υλοποιηθούν από την ΕΕ και τα κράτη μέλη της έως τα τέλη του 2008.

Η αξιολόγηση αποτελεί σημαντική συνιστώσα του νέου σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Θεωρείται μια συνεχής, επαγγελματική και συμμετοχική διαδικασία. Είναι συνεχής γιατί η Ευρωπαϊκή Ένωση, με την υποστήριξη του ΕΚΠΝΤ και της Ευγοροί, θα υποβάλλει επίσης επισκοπήσεις της προόδου. Η αξιολόγηση θα είναι επίσης επαγγελματική, καθώς κάθε επίσημη επισκόπηση της πρόοδου θα εντάσσει τα αποτελέσματα του προηγούμενου έτους στο πλαίσιο του υπό εξέταση έτους. Τέλος, η διαδικασία θα είναι συμμετοχική, καθώς σε αυτή θα συμμετέχει μια διευθύνουσα ομάδα αξιολόγησης, αποστολή της οποίας θα είναι ο καθορισμός της μεθοδολογίας, των αποτελεσμάτων και του προσωρινού χρονοδιαγράμματος. Όπως συνέβη και με την αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την περίοδο 2000-2004, η διευθύνουσα ομάδα θα αποτελείται από εκπροσώπους των αρμόδιων υπηρεσιών της Επιτροπής, του ΕΚΠΝΤ και της Ευγοροί καθώς και εκπροσώπους των κρατών μελών. Θα οργανωθούν επίσης ακροάσεις διαβούλευσης για εκπροσώπους της κοινωνίας των πολιτών. Με την ολοκλήρωση του σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005-2008, και για πρώτη φορά σε ευρωπαϊκό επίπεδο, θα διενεργηθεί αξιολόγηση του αντίκτυπου με στόχο την εισήγηση ενός νέου σχεδίου δράσης για την περίοδο 2009-2012, το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιήσει την αξιολόγηση αυτή ως αφετηρία. Κατόπιν τούτου, η τελική αξιολόγηση της στρατηγικής και των σχεδίων δράσης θα πραγματοποιηθεί από την Επιτροπή το 2012.

Αυτό το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά αποτελεί επίσης συνιστώσα του σχεδίου δράσης για την εφαρμογή του προγράμματος της Χάγης, στο οποίο ορίζονται οι προς επίτευξη στόχοι στους τομείς της ελευθερίας, της ασφάλειας και της δικαιοσύνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά την περίοδο 2005-2010. Το εν λόγω σχέδιο δράσης παρουσιάστηκε από την Επιτροπή τον Μάιο του 2005 και εγκρίθηκε από το Συμβούλιο τον Ιούνιο του 2005.

Το σχέδιο δράσης της ΕΕ για την περίοδο 2005-2008 απηχεί την ισόρροπη προσέγγιση του φαινομένου των ναρκωτικών από την ΕΕ, δηλαδή μια συνολική, διεπιστημονική προσέγγιση που εξετάζει το θέμα από κάθε σκοπιά: συντονισμός· μείωση της ζήτησης· μείωση της προσφοράς· διεθνής συνεργασία· πληροφόρηση, έρευνα και αξιολόγηση.

Μείωση της προσφοράς ναρκωτικών

Δύο σημαντικές δραστηριότητες στην ΕΕ στον τομέα της μείωσης της προσφοράς ναρκωτικών σηματοδοτήθηκαν από τη θέση σε ισχύ, στις 18 Αυγούστου 2005, των δύο κοινοτικών κανονισμών για τις πρόδρομες ουσίες που εγκρίθηκαν το 2004. Ο έλεγχος των χημικών πρόδρομων ουσιών αποτελεί σημαντική πτυχή της μείωσης της προσφοράς ναρκωτικών, καθώς οι ουσίες αυτές είναι απαραίτητες για την παραγωγή ναρκωτικών. Η δράση στον τομέα αυτό στην ΕΕ λαμβάνει δύο μορφές: πρώτον, κανονιστική ρύθμιση της εμπορίας ορισμένων ουσιών μεταξύ

της ΕΕ και τρίτων χωρών και, δεύτερον, κανονιστική ρύθμιση εντός της εσωτερικής αγοράς.

Ο πρώτος κανονισμός, ο οποίος εγκρίθηκε το 1990 σε συμμόρφωση με τις διατάξεις του άρθρου 12 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών του 1988 κατά της Παράνομης Εμπορίας Ναρκωτικών και Ψυχοτρόπων Ουσιών για τον έλεγχο των πρόδρομων ουσιών, αφορούσε τη θέσπιση μέτρων για την πρόληψη της διοχέτευσης ορισμένων ουσιών στην παράνομη παρασκευή ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών⁽¹⁾. Αντικαταστάθηκε τον Δεκέμβριο του 2004 από έναν νέο κανονισμό με διευρυμένο πλαίσιο εφαρμογής που αποσκοπούσε επίσης στην καταπολέμηση και την παρασκευή συνθετικών ναρκωτικών⁽²⁾.

Μια οδηγία του Συμβουλίου⁽³⁾ που εκδόθηκε δύο χρόνια αργότερα, το 1992, ολοκλήρωσε το σύστημα προβλέποντας αντίστοιχες ρυθμίσεις εντός της εσωτερικής αγοράς (σχετικά με την παρασκευή και την κυκλοφορία στην αγορά ορισμένων ουσιών που χρησιμοποιούνται για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών), συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης μέτρων ελέγχου. Αντικαταστάθηκε από έναν νέο κανονισμό, ο οποίος εγκρίθηκε στις 11 Φεβρουαρίου 2004⁽⁴⁾. Ως αποτέλεσμα της διεύρυνσης της ΕΕ, οι νομοθέτες της Κοινότητας αποφάσισαν να αντικαταστήσουν την οδηγία με κανονισμό, καθώς κάθε τροποποίηση της εν λόγω οδηγίας και των παραρτημάτων της θα απαιτούσε εθνικά μέτρα εφαρμογής σε 25 κράτη μέλη. Η νέα νομική πράξη θεσπίζει εναρμονισμένα μέτρα για τον ενδοκοινοτικό έλεγχο και την παρακολούθηση ορισμένων ουσιών που χρησιμοποιούνται συχνά για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών, με στόχο την πρόληψη της διοχέτευσης των εν λόγω ουσιών. Ειδικότερα, υποχρεώνει τα κράτη μέλη να λάβουν τα αναγκαία μέτρα που θα επιτρέψουν στις αρμόδιες αρχές τους να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους που αφορούν τον έλεγχο και την παρακολούθηση. Επίσης, στις 18 Αυγούστου 2005 τέθηκε σε ισχύ κανονισμός που ορίζει κανόνες για την εφαρμογή των δύο κανονισμών⁽⁵⁾.

Οι δράσεις αυτές στον τομέα του ελέγχου των πρόδρομων ουσιών καλύπτουν ένα ακόμη σκέλος των σημαντικών δραστηριοτήτων της ΕΕ στον τομέα της μείωσης της προσφοράς. Αξιοποιώντας τις νέες ευκαιρίες που προέκυψαν μετά τη συνθήκη του Μάαστριχτ, η ΕΕ ανέπτυξε ένα νομικό πλαίσιο για την καταπολέμηση της διακίνησης των ναρκωτικών και τη βελτίωση της συνεργασίας για την επιβολή του νόμου. Από το 1995–1996 εγκρίθηκαν αρκετές κοινές δράσεις και, πιο πρόσφατα, εγκρίθηκε μια απόφαση-πλαίσιο για την εναρμόνιση των ελάχιστων κυρώσεων κατά της διακίνησης ναρκωτικών και μια απόφαση για τις νέες ψυχοτρόπους ουσίες (βλέπε «Δράση για τα νέα ναρκωτικά», σ. 55).

Παράλληλα με αυτές τις νομικές πράξεις, εγκρίθηκε και εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα αστυνομικής και δικαστικής συνεργασίας σε ποινικές υποθέσεις. Το AGIS είναι ένα πρόγραμμα-πλαίσιο που συνδράμει την αστυνομία, άλλες

αρμόδιες υπηρεσίες και τα δικαιοδοτικά όργανα των κρατών μελών της ΕΕ και των υποψήφιων χωρών να συνεργαστούν σε ποινικές υποθέσεις στο πλαίσιο της καταπολέμησης του εγκλήματος. Από το 2003 έχει συμβάλει στη χρηματοδότηση πολλών σχεδίων. Η διεθνής οργανωμένη παραγωγή και διακίνηση ναρκωτικών και η διοχέτευση πρόδρομων ουσιών ναρκωτικών μνημονεύονται μεταξύ των τομέων δραστηριοτήτων και των ειδικών θεμάτων του προγράμματος εργασίας και της πρόσκλησης υποβολής προτάσεων του AGIS για το 2006 (η οποία ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2006).

Νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και δήμευση περιουσιακών στοιχείων

Υπήρξαν επίσης ορισμένες τροποποιήσεις νομικών πράξεων στον τομέα της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της δήμευσης. Με την οδηγία 91/308/ΕΟΚ για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες⁽⁶⁾, η οποία εγκρίθηκε το 1991 επί της νομικής βάσης που άπτεται της εσωτερικής αγοράς και τροποποιήθηκε το 2001, επιχειρήθηκε η εναρμόνιση της νομοθεσίας των κρατών μελών στον εν λόγω τομέα. Ένας από τους λόγους έγκρισης της η εν λόγω οδηγίας ήταν να αποτραπεί το ενδεχόμενο η έλλειψη κοινοτικής δράσης κατά της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες να ωθήσει τα κράτη μέλη να προβούν στη λήψη προστατευτικών μέτρων που θα μπορούσαν να καθυστερήσουν τη δημιουργία και την ολοκλήρωση της εσωτερικής αγοράς. Τον Ιούνιο του 2004 η Επιτροπή πρότεινε νέα οδηγία που είχε τον ίδιο σκοπό, αλλά περιλάμβανε επίσης τη χρηματοδότηση τρομοκρατών. Ο περιορισμός του πεδίου εφαρμογής της οδηγίας στα προϊόντα από τη διακίνηση ναρκωτικών θεωρήθηκε ως υπερβολικά περιοριστικός, και η Επιτροπή πρότεινε τη διεύρυνση του φάσματος των μορφών εγκλήματος που καλύπτει η οδηγία. Η νέα οδηγία, η οποία εγκρίθηκε τον Οκτώβριο του 2005, παρέχει ακριβή ορισμό των σοβαρών αδικημάτων και καλύπτει τη νομιμοποίηση των προϊόντων από αδικήματα τέτοιας μορφής, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης τρομοκρατικών δραστηριοτήτων.

Στις 24 Φεβρουαρίου 2005 το Συμβούλιο ενέκρινε επίσης απόφαση-πλαίσιο για «τη δήμευση των προϊόντων, οργάνων και περιουσιακών στοιχείων του εγκλήματος» με στόχο να διασφαλιστεί ότι όλα τα κράτη μέλη διαθέτουν αποτελεσματικούς κανόνες που διέπουν τη δήμευση οργάνων και προϊόντων εγκλημάτων που τιμωρούνται με στερητική της ελευθερίας ποινή διάρκειας άνω του έτους. Στον τομέα αυτό προϋπήρχε κοινοτική νομοθεσία, αλλά κρίθηκε ανεπαρκής. Η νέα απόφαση-πλαίσιο αποσκοπεί στην επίτευξη αποτελεσματικής διασυνοριακής συνεργασίας όσον αφορά τη δήμευση. Ο μηχανισμός της δήμευσης επεκτείνεται και σε άλλα περιουσιακά στοιχεία που συνδέονται με

(1) Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 3677/90 του Συμβουλίου της 13ης Δεκεμβρίου 1990, ΕΕ L 357 της 20.12.1990, σ. 1.

(2) Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 111/2005 του Συμβουλίου της 22ας Δεκεμβρίου 2004, ΕΕ L 22 της 26.1.2005, σ. 1.

(3) Κανονισμός (ΕΟΚ) αριθ. 109/92 του Συμβουλίου της 14ης Δεκεμβρίου 1992, ΕΕ L 370 της 19.12.1990, σ. 76.

(4) Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 273/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 11ης Φεβρουαρίου 2004, ΕΕ L 47 της 18.2.2004, σ. 1.

(5) Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1277/2005 του Συμβουλίου της 27ης Ιουλίου 2005, ΕΕ L 202 της 3.8.2005, σ. 7.

(6) Οδηγία 91/308/ΕΟΚ του Συμβουλίου της 10ης Ιουνίου 1991 για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες, ΕΕ L 166 της 28.6.1991, σσ. 77–83.

το έγκλημα όταν το αδίκημα διαπράττεται στο πλαίσιο εγκληματικής οργάνωσης και όταν το αδίκημα καλύπτεται από κάποια από τις άλλες κοινοτικές αποφάσεις-πλαίσια. Μεταξύ αυτών είναι η απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ για τη θέσπιση ελάχιστων διατάξεων σχετικά με τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων και τις ποινές που ισχύουν στον τομέα της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών. Τα κράτη μέλη οφείλουν να λάβουν τα αναγκαία μέτρα συμμόρφωσης με την εν λόγω απόφαση-πλαίσιο έως τις 15 Μαρτίου 2007.

Δημόσια υγεία

Η μείωση της ζήτησης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ευρωπαϊκής ισόρροπης προσέγγισης του φαινομένου των ναρκωτικών. Στο πλαίσιο της εφαρμογής του προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας για την περίοδο 2003-2008, το 2005 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επέλεξε προς χρηματοδότηση ορισμένα σχέδια που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών με στόχο «την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών μέσω της ανάληψης δράσης σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες». Το πρώτο σχέδιο που πρόκειται να χρηματοδοτηθεί στον τομέα των ναρκωτικών, με την ονομασία EU-Dar 2, είναι η αξιολόγηση του σχολικού προγράμματος πρόληψης EU-Dar το οποίο αποσκοπεί στη μακροπρόθεσμη μείωση της χρήσης του καπνού, του αλκοόλ και των ναρκωτικών. Το δεύτερο σχέδιο (IATPAD) αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης σε θεραπεία ατόμων με προβλήματα που συνδέονται με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Μεταξύ των υπόλοιπων οριζόντιων σχεδίων είναι ορισμένα που αποσκοπούν στην πρόληψη των ναρκωτικών και προβλέπεται να τύχουν συγχρηματοδότησης, όπως για παράδειγμα το «PEER-Drive clean!», το οποίο είναι ένα καινοτόμο σχέδιο που απευθύνεται σε νέους ηλικίας 18 έως 24 ετών και αποσκοπεί στην πρόληψη της οδήγησης υπό την επίρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Τα σχέδια αυτά επιλέχθηκαν προς χρηματοδότηση και αναμένεται να συγχρηματοδοτηθούν, εφόσον οι διαδικασίες διαπραγματεύσεως με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι επιτυχείς και υπογραφεί συμφωνία χορήγησης μη επιστρεπτέας ενίσχυσης (7).

Κανονισμός του ΕΚΠΝΤ

Τελικά, στις 31 Αυγούστου 2005, η Επιτροπή ενέκρινε νέα πρόταση για την αναδιτύπωση του ιδρυτικού κανονισμού του ΕΚΠΝΤ. Ο νέος κανονισμός αποτελεί μια σημαντική πράξη που διευκολύνει το έργο του ΕΚΠΝΤ λόγω των νέων καθηκόντων που καθορίζει. Ειδικότερα, επιτρέπει στο ΕΚΠΝΤ: να λαμβάνει υπόψη τα νέα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών και τις νέες τάσεις στην πολλαπλή χρήση ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της συνδυασμένης χρήσης νόμιμων και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών· να αναπτύσσει εργαλεία και μηχανισμούς που θα διευκολύνουν τα κράτη μέλη και την ΕΕ στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση των πολιτικών και στρατηγικών τους για τα ναρκωτικά· και να συνεργάζεται με χώρες εκτός ΕΕ όπως οι υποψήφιοι για ένταξη στην ΕΕ χώρες ή οι χώρες των Δυτικών Βαλκανίων. Περιλαμβάνει επίσης αρκετές αλλαγές στην

επιστημονική επιτροπή και το διοικητικό συμβούλιο. Βάσει του άρθρου 152 της συνθήκης ΕΚ, το κείμενο αυτό πρέπει να λάβει τώρα την έγκριση του Συμβουλίου και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σύμφωνα με τη διαδικασία της συναπόφασης.

Νέες εθνικές νομοθεσίες

Λίγες χώρες τροποποίησαν σημαντικά τη νομοθεσία τους για τα ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου όσον αφορά αδικήματα και ποινές τόσο στον τομέα της κατοχής όσο και της διακίνησης.

Στη Ρουμανία, βάσει ενός νέου νόμου και του νέου ποινικού κώδικα, θεσπίστηκαν διακρίσεις μεταξύ κακουρηγημάτων και πλημμελημάτων (πλέον τα πλημμελήματα τιμωρούνται με εκτέλεση κοινωνικής εργασίας και επιβολή ημερήσιων προστίμων), μεταξύ χρηστών και τοξικομανών και μεταξύ ναρκωτικών χαμηλού κινδύνου και υψηλού κινδύνου. Πλέον είναι δυνατή η εξαίρεση από την επιβολή ποινής και η αναβολή εκτέλεσης ποινής για παραβάσεις της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά. Η θεραπεία τοξικομανών μπορεί πλέον να πραγματοποιείται μέσω ολοκληρωμένου προγράμματος βοήθειας, υπό την επίβλεψη ατόμου που ορίζεται ειδικά για κάθε περίπτωση. Αυξήθηκαν οι ποινές φυλάκισης για αδικήματα που συνδέονται με την παραχώρηση χώρου για χρήση ναρκωτικών, την επίδειξη ανοχής έναντι της χρήσης ναρκωτικών στους χώρους αυτούς ή την ενθάρρυνση της χρήσης ναρκωτικών. Αυξήθηκαν επίσης οι ποινές φυλάκισης για την παράνομη χορήγηση ναρκωτικών υψηλού κινδύνου σε άτομα και τη χορήγηση εισπνεόμενων τοξικών χημικών ουσιών σε ανηλίκους.

Στη Βουλγαρία, ο νέος νόμος για τον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών και των πρόδρομων ουσιών ψηφίστηκε τον Ιούνιο του 2004. Ο νόμος αυτός θεσπίζει τη λειτουργία κρατικών φορέων για τον έλεγχο των κανονιστικών διαδικασιών για τα ναρκωτικά, για την εφαρμογή των μέτρων κατά της χρήσης και διακίνησης ναρκωτικών και για την έρευνα. Μια συμπληρωματική τροποποίηση κατέρησε την εξαίρεση των τοξικομανών από ποινικές ευθύνες στην περίπτωση που διαπιστώνεται ότι έχουν στην κατοχή τους μόνο μία δόση (εξετάζεται περαιτέρω στη συνέχεια).

Στη Σλοβακία, στον νέο ποινικό κώδικα προσδιορίζονται εκ νέου τα αδικήματα της κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση και για διακίνηση. Σε αντίθεση με το αδίκημα της κατοχής για προσωπική χρήση (έως μιας δόσης) που ίσχυε παλαιότερα, το άρθρο 171 προβλέπει δύο αδικήματα κατοχής για προσωπική χρήση, ανάλογα με τον αριθμό των δόσεων (βλέπε κατωτέρω για περισσότερες λεπτομέρειες). Για τα αδικήματα αυτά μπορούν να επιβάλλονται επίσης δύο νέες ποινές: επιτηρούμενη κατ' οίκον φυλάκιση ή παροχή υπηρεσίας σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών. Η κατοχή περισσότερων από δέκα δόσεων πρέπει να διώκεται βάσει του άρθρου 172 το οποίο, ανάλογα με τις επιβαρυντικές περιστάσεις, προβλέπει ποινές φυλάκισης που κυμαίνονται από τέσσερα έτη έως ισόβια κάθειρξη. Επιπλέον, η ηλικία καταλογισμού ποινικής ευθύνης μειώθηκε από τα 15 στα 14 έτη.

Στη Λιθουανία, η διακίνηση ναρκωτικών με σκοπό την πώλησή τους δεν μπορεί πλέον να τιμωρείται με κράτηση έως 90 ημέρες σε κρατητήρια της αστυνομίας· το συγκεκριμένο

(7) Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε ιστοχώρο της Επιτροπής (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm).

αδίκημα επισύρει πλέον σημαντικά αυστηρότερη τιμωρία, δηλαδή ποινή φυλάκισης, μολονότι η ελάχιστη ποινή μειώθηκε από πέντε σε δύο έτη. Η μέγιστη ποινή για κλοπή μεγάλης ποσότητας ναρκωτικών ή κλοπή από οργανωμένη ομάδα αυξήθηκε σε 15 έτη.

Στην Ιταλία, στο πλαίσιο των πρόσφατων νομοθετικών αλλαγών (Φεβρουάριος 2006), τα ναρκωτικά ανακατατάχθηκαν σε δύο βασικές ομάδες αντί έξι (όλες οι ουσίες που δεν έχουν θεραπευτική χρήση υπάγονται στην ίδια ομάδα, αίροντας κάθε διάκριση σκληρών και μαλακών ναρκωτικών), καθορίστηκαν τα όρια μεταξύ προσωπικής χρήσης και διακίνησης, αναθεωρήθηκαν οι κυρώσεις ώστε να περιλαμβάνουν την κατ' οίκον φυλάκιση και την παροχή υπηρεσίας σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών, και ενισχύθηκε η πρόσβαση σε εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης. Επιπλέον, όλοι οι χρήστες ναρκωτικών έχουν πλέον το δικαίωμα να επιλέγουν ελεύθερα το είδος της θεραπείας και τον τόπο όπου τους παρέχεται καθώς και το φορέα που πιστοποιεί την κατάσταση στην οποία βρίσκονται από την άποψη της εξάρτησης, υπηρεσίες οι οποίες δεν παρέχονται πλέον αποκλειστικά από τον δημόσιο τομέα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο νόμος του 2005 για τα ναρκωτικά επέφερε σειρά ουσιαστικών αλλαγών στην εθνική νομοθεσία, όπως αποσαφήνιση της ένταξης των μυκήτων που περιέχουν ψιλοκίνη και ψιλοκυβίνη στις ναρκωτικές ουσίες κατηγορίας Α, θέσπιση του τεκμηρίου της πρόθεσης προσφοράς όταν εντοπίζεται συγκεκριμένη ποσότητα ελεγχόμενων ναρκωτικών, παροχή δυνατότητας στην αστυνομία να υποβάλει τους παραβάτες της νομοθεσίας περί ναρκωτικών σε εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών κατά τη σύλληψή τους και όχι κατά την απαγγελία κατηγοριών, και υποβολή όσων κατά την εξέταση αποδεικνύονται θετικοί σε αξιολόγηση για χρήση ναρκωτικών, και υποχρέωση των δικαστηρίων να λαμβάνουν υπόψη τυχόν επιβαρυντικές περιστάσεις (όπως η προσφορά ναρκωτικών κοντά σε σχολεία) κατά την επιβολή ποινών. Τα δικαστήρια μπορούν επίσης να θέτουν υπό προσωρινή αστυνομική κράτηση για διάστημα έως οκτώ ημερών (από τέσσερις ημέρες) όσους καταπίνουν συσκευασίες ναρκωτικών, και τα δικαστήρια ή οι ένορκοι μπορούν πλέον να εξαγάγουν συμπεράσματα όταν ένα άτομο αρνείται να επιτρέψει την πραγματοποίηση σωματικής έρευνας ή έρευνας με ηλεκτρονικά μέσα χωρίς επαρκείς λόγους.

Γενικά, σε όλη την Ευρώπη υπάρχει τάση περιορισμού ή κατάργησης των ποινών εγκλεισμού για αδικήματα προσωπικής χρήσης και, παράλληλα, αύξησης των ποινών για αδικήματα που συνδέονται με την προσφορά ναρκωτικών⁽⁸⁾.

Ποσότητες

Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου σε αρκετές χώρες ψηφίστηκε νομοθεσία σχετικά με τις οριακές ποσότητες των ναρκωτικών.

Στο Βέλγιο, κατόπιν της ακύρωσης του άρθρου 16 του νόμου του 2003 από το συνταγματικό δικαστήριο, μια νέα κοινή οδηγία του υπουργού δικαιοσύνης και του γενικού εισαγγελέα επιλήφθηκε των παραβάσεων που σχετίζονται με την κάνναβη. Σε αυτήν αναφέρεται ότι η κατοχή

μικρής ποσότητας κάνναβης για προσωπική χρήση (όχι περισσότερο από 3 γραμμάρια ή ένα φυτό) από έναν ενήλικο απλώς καταγράφεται στα αστυνομικά μητρώα, εάν δεν συντρέχουν επιβαρυντικές περιστάσεις.

Στη Σλοβακία, ο ρόλος της ποσότητας στον νέο ποινικό κώδικα για τα αδικήματα περί τα ναρκωτικά είναι πρωταρχικός. Το άρθρο 171 θεσπίζει δυο αδικήματα κατοχής για προσωπική χρήση: η κατοχή όχι περισσότερων από τρεις δόσεις μπορεί να τιμωρείται με φυλάκιση έως τριών ετών, ενώ για την κατοχή «μεγαλύτερης ποσότητας» (όχι περισσότερων από δέκα δόσεων) μπορεί να επιβάλλεται ποινή φυλάκισης έως πέντε ετών. Για την κατοχή μεγαλύτερων ποσοτήτων πρέπει να ασκείται δίωξη βάσει του άρθρου 172, το οποίο προβλέπει την επιβολή ποινής φυλάκισης 4-10 ετών, εφόσον δεν συντρέχουν επιβαρυντικές περιστάσεις, και ποινές φυλάκισης 10-15 ετών για κατοχή μεγαλύτερης ποσότητας (αγοραίας αξίας υπερδεκαπλάσιας από το όριο «αναφοράς» των 8 000 SKK – περίπου 200 ευρώ), 15-20 ετών για κατοχή ναρκωτικών σε σημαντική κλίμακα (που ορίζεται ως περισσότερο από 100 φορές το όριο αναφοράς) και 20-25 ετών ή ισόβια κάθειρξη για κατοχή σε μεγάλη κλίμακα (που ορίζεται ως περισσότερο από 500 φορές το όριο αναφοράς).

Από το 2002 έως το 2005, το Ινστιτούτο Max Planck στη Γερμανία διεξήγαγε αξιολόγηση του άρθρου 31α του γερμανικού νόμου για τα ναρκωτικά, το οποίο επιτρέπει τη μη άσκηση δίωξης για το αδίκημα της κατοχής «ασήμαντων ποσοτήτων» ναρκωτικών σε ορισμένες περιπτώσεις. Από την αξιολόγηση προέκυψε ότι, στην πράξη, η εφαρμογή του άρθρου 31α ποικίλλει σημαντικά στα 16 κρατίδια της Γερμανίας, εν μέρει λόγω των διαφορετικών ερμηνειών του όρου «ασήμαντες» (Schäfer και Paoli, 2006). Τον Μάρτιο του 2005, στο κρατίδιο του Βερολίνου ψηφίστηκε η αναθεώρηση της κατευθυντήριας γραμμής για την κάνναβη, βάσει της οποίας η κατοχή έως 10 γραμμαρίων κάνναβης δεν διώκεται εφόσον πληρούνται ορισμένα κριτήρια. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις η εν λόγω ποσότητα μπορεί να αυξάνεται σε 15 γραμμάρια.

Ο υπουργός υγείας της Λιθουανίας προέβη σε τροποποίηση των συστάσεων σχετικά με το τι πρέπει να θεωρείται ως μικρή, μεγάλη και πολύ μεγάλη ποσότητα ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, καθορίζοντας εκ νέου τις ποσότητες αυτές. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο νόμος του 2005 για τα ναρκωτικά θεσπίζει πλέον το τεκμήριο της πρόθεσης προσφοράς όταν εντοπίζεται συγκεκριμένη ποσότητα ελεγχόμενων ναρκωτικών. Οι συγκεκριμένες ποσότητες καθορίζονται στους κανονισμούς που θεσπίστηκαν την άνοιξη του 2006.

Στη Βουλγαρία, ο τροποποιητικός και συμπληρωματικός νόμος του ποινικού κώδικα (νέες ΣΕ 26/04) καταργεί το άρθρο 354α (3), το οποίο εξαιρούσε τους τοξικομανείς από ποινικές ευθύνες στην περίπτωση που διαπιστωνόταν ότι είχαν στην κατοχή τους μόνο μία δόση. Οι λόγοι που αναφέρθηκαν για τη λήψη του μέτρου αυτού ήταν οι δυσκολίες που προέκυψαν όσον αφορά τον προσδιορισμό της ποσότητας της μιας δόσης και η ύπαρξη στοιχείων που αποδείκνυαν ότι στα δικαστήρια η εξαίρεση χρησιμοποιείτο καταχρηστικά προς όφελος εμπόρων ναρκωτικών.

⁽⁸⁾ Βλέπε ετήσια έκθεση για το 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/el/page013-el.html>). Βλέπε επίσης θεματικό έγγραφο του ΕΚΠΝΤ «Illicit drug use in the EU: legislative approaches» (Παράνομη χρήση ναρκωτικών στην ΕΕ: νομοθετικές προσεγγίσεις) (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

Στην Ιταλία, στο πλαίσιο των αλλαγών που τέθηκαν σε ισχύ τον Φεβρουάριο του 2006, επιβλήθηκαν νέα ποσοτικά όρια για τη διάκριση της προσωπικής χρήσης και της διακίνησης, βάσει της ποσότητας του δραστικού συστατικού του ναρκωτικού. Τα εν λόγω όρια είχαν καταργηθεί το 1993. Τα όρια καθορίζονται σε ειδικό διάταγμα του Υπουργείου Υγείας που εκδόθηκε τον Απρίλιο του 2006.

Όπως έχει ήδη προκύψει από έρευνα της Ευρωπαϊκής Νομικής Βάσης Δεδομένων για τα Ναρκωτικά (ELDD) ⁽⁹⁾, ο ρόλος της ποσότητας στους νόμους για την καταπολέμηση των ναρκωτικών ποικίλλει. Σε ορισμένες χώρες (π.χ. Σλοβακία), οι ποσοότητες βάσει των οποίων οριοθετούνται ορισμένα αδικήματα καθορίζονται αυστηρά, ενώ σε άλλες (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο) οι ποσοότητες είναι κατευθυντήριες γραμμές που εγείρουν μαχητό τεκμήριο πρόθεσης. Οι ποσοότητες χρησιμοποιούνται επίσης για τη διάκριση μεταξύ αδικημάτων (π.χ. κατοχή ή προσφορά) ή για τον καθορισμό της ποινής για το ίδιο αδίκημα. Παρόλο που στη νομοθεσία πολλών χωρών γίνεται αναφορά στην ποσότητα, αυτή προσδιορίζεται με διαφορετικούς τρόπους (βάρος, αξία) ή και καθόλου. Οι πρόσφατες, κατά τα φαινόμενα αντικρουόμενες, κινήσεις της Ιταλίας και της Βουλγαρίας εξακολουθούν να αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει σαφής συναίνεση στην Ευρώπη στο θέμα αυτό.

Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επιβολή ποινών

Η παρακολούθηση των ποινών που επιβάλλονται στους παραβάτες της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά εξετάστηκε ή εφαρμόστηκε σε αρκετές χώρες, και σε ορισμένες περιπτώσεις λήφθηκαν ήδη μέτρα βάσει των αποτελεσμάτων της.

Στην Ιρλανδία δόθηκε έγκριση για τη συγκρότηση κεντρικής μονάδας εγκληματολογικών στατιστικών για την παρακολούθηση στατιστικών στοιχείων που αφορούν τις συλλήψεις, τις διώξεις και τη φύση των επιβληθεισών ποινών, σύμφωνα με την εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά.

Ο γερμανικός νόμος για τα ναρκωτικά επιτρέπει στον εισαγγελέα να αναστέλλει τις διαδικασίες για κατοχή ναρκωτικών χωρίς δικαστική έγκριση υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Παρά τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές για τα θέματα αυτά, οι κανονισμοί διαφοροποιούνται σημαντικά από κρατίδιο σε κρατίδιο. Η προαναφερθείσα μελέτη σχετικά με τις διαφοροποιήσεις αυτές, η οποία εκπονήθηκε από το Υπουργείο Υγείας, εξέτασε την επιβολή ποινών σε περισσότερες από 1 800 υποθέσεις σε έξι διαφορετικά κρατίδια (Schäfer και Raoli, 2006).

Σε ορισμένες επαρχίες της Αυστρίας έγιναν προσπάθειες για την τυποποίηση της εφαρμογής των άρθρων 12 και 35(4) του νόμου περί ναρκωτικών, τα οποία θεσπίζουν απλοποιημένες διαδικασίες για την απόσυρση αναφορών προς την αστυνομία σε περίπτωση αγοράς ή κατοχής μικροποσοτήτων κάνναβης. Από άλλα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επιβολή ποινών προκύπτει ότι η κατάργηση των αναφορών

ως νομοθετημένο εναλλακτικό μέτρο της ποινής ενισχύθηκε το 2004, παρόλο που οι αστυνομικές αναφορές και οι καταδίκες αυξήθηκαν περαιτέρω, ενώ ο αριθμός των διαδικασιών που ανεστάλησαν μειώθηκε ελαφρά.

Στη Ρουμανία, μελετήθηκαν τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επιβολή δικαστικών ποινών με στόχο την παρακολούθηση της επιτυχίας της κοινωνικής επανένταξης τοξικομανών που διαπράττουν άλλα αδικήματα πέραν της χρήσης ναρκωτικών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η ποινή συνίστατο σε αναστολή των ποινικών κυρώσεων υπό επιτήρηση. Μετά το 2004 διαπιστώθηκε ότι μειώθηκε η συχνότητα επιβολής υποχρεωτικής θεραπείας από τα δικαστήρια, με αποτέλεσμα τον σημαντικό περιορισμό της εμπλοκής των υπηρεσιών επιτήρησης και, ως εκ τούτου, της συμβολής τους στην κοινωνική αποκατάσταση των τοξικομανών.

Τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν την επιβολή ποινών ή την αποφυγή επιβολής ποινών παρέχουν μια πολύ πιο ακριβή εικόνα για την εφαρμογή της πολιτικής μιας χώρας για τα ναρκωτικά από ό,τι τα νομοθετικά κείμενα (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2002α). Παρόλο που δεν συλλέγουν όλα τα κράτη μέλη ολοκληρωμένα στοιχεία για την επιβολή ποινών, σε αντίθεση με τα στατιστικά στοιχεία για τις συλλήψεις, αρχίζει να αναφέρεται μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τις χώρες για την παρακολούθηση της εν λόγω εφαρμογής, γεγονός που συνάδει με την τάση για αξιολόγηση των νομοθετικών μέσων ⁽¹⁰⁾. Το θέμα της συλλογής και ανάλυσης στατιστικών στοιχείων που αφορούν την επιβολή ποινών εξετάστηκε στο πλαίσιο συνεδρίασης εμπειρογνομώνων του ΕΚΠΝΤ το 2006.

Έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά

Η δράση 25.1 του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2008) προβλέπει την υιοθέτηση από το Συμβούλιο, έως το 2007, ενός κοινού ορισμού του όρου «έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά», βάσει πρότασης της Επιτροπής που θα βασίζεται σε υπάρχουσες μελέτες που θα παρουσιάσει το ΕΚΠΝΤ.

Παρόλο που δεν υπάρχει ακόμα κοινοτικός ορισμός του εγκλήματος που σχετίζεται με τα ναρκωτικά, συνήθως θεωρείται ότι αναφέρεται στα εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια ναρκωτικών, στα εγκλήματα που διαπράττονται για την εξασφάλιση χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών, στα εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών και ο τα εγκλήματα που διαπράττονται κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών. Συστηματικά στοιχεία είναι διαθέσιμα στην ΕΕ μόνο για την τελευταία κατηγορία εγκλημάτων – τα εγκλήματα που διαπράττονται κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών.

Τα στοιχεία που αφορούν τις τρεις πρώτες κατηγορίες εγκλημάτων στην ΕΕ είναι σπάνια ή αποσπασματικά. Ορισμένα προέρχονται από ειδικές τοπικές μελέτες από τις οποίες είναι δύσκολο να παρεκταθούν, ενώ άλλα

⁽⁹⁾ Βλέπε νομική έκθεση της ELDD «The role of the quantity in the prosecution of drug offences» (Ο ρόλος της ποσότητας στη δίωξη των αδικημάτων περί ναρκωτικών), και τον πίνακα 1 του θεματικού εγγράφου του ΕΚΠΝΤ «Illicit drug use in the EU: legislative approaches» (Παράνομη χρήση ναρκωτικών στην ΕΕ: νομοθετικές προσεγγίσεις) (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽¹⁰⁾ Βλέπε «Εθνικές πολιτικές: αξιολόγηση της νομοθεσίας» (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/el/page021-el.html>).

Αναφορές σχετικά με τη σχέση ναρκωτικών-εγκληματικότητας

Στην Τσεχική Δημοκρατία το 2005 στα περιφερειακά αρχηγεία της αστυνομίας πραγματοποιήθηκε έρευνα για δεύτερη συνεχή χρονιά σχετικά με την εγκληματικότητα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Εκτιμάται ότι το 2004 περίπου 62 % των αδικημάτων παρασκευής/διανομής ναρκωτικών, 25 % των αδικημάτων που αφορούν απάτες, 21 % των αξιόποινων πράξεων που αφορούν καταχρήσεις πόρων/περιουσιακών στοιχείων και 20 % των κοινών κλοπών διαπράχθηκαν από χρήστες ναρκωτικών με σκοπό την αγορά ναρκωτικών για ίδια χρήση (εθνική έκθεση της Τσεχικής Δημοκρατίας).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2004 σε 15 χρόνους και 1 δόχονους στη Φινλανδία έδειξε ότι περίπου 7 % όσων είχαν κάνει χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο έτος είχαν χρηματοδοτήσει τη χρήση τους παράνομα, οι περισσότεροι από τους μισούς πουλώντας ναρκωτικά και οι υπόλοιποι κυρίως διαπράττοντας κλοπές (Κίνινουσί κ.ά., 2005, αναφορά στην εθνική έκθεση της Φινλανδίας).

Στην Ιρλανδία δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από την ερευνητική μονάδα Garda το 1996 και το 2000/01 σε δείγμα σεσημασμένων χρηστών ναρκωτικών εκτίμησαν ότι οι χρήστες ναρκωτικών ευθύνονταν για 66 % των ποινικά δώξιμων εγκλημάτων που διερευνήθηκαν το 1996 και για 28 % το 2000/01 (Keogh, 1997. Furey και Browne, 2003, αναφορά στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας). Στη μελέτη του 2000/01 διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες οπιοειδών ευθύνονταν για 23 % των διερευνηθέντων αδικημάτων που αφορούν κλοπές και 37 % που αφορούν διαρρήξεις.

αναφέρονται σε κάποια συγκεκριμένη μορφή εγκλήματος που σχετίζεται με τα ναρκωτικά.

Τα στοιχεία που αφορούν τις «αναφορές»⁽¹¹⁾ για παραβιάσεις της νομοθεσίας περί ναρκωτικών είναι διαθέσιμα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και αναλύονται στην παρούσα έκθεση. Απνχούν διαφορές στις εθνικές νομοθεσίες, αλλά και τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους εφαρμόζονται και επιβάλλονται οι νόμοι, και διαφορές στις προτεραιότητες και τους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αδικημάτων από τις αρχές της ποινικής δικαιοσύνης. Επίσης, τα συστήματα πληροφοριών σχετικά με αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής και αναφοράς, δηλαδή ποια στοιχεία καταγράφονται,

πότε και με ποιο τρόπο. Επειδή οι διαφοροποιήσεις αυτές καθιστούν ιδιαίτερα δύσκολες τις συγκρίσεις μεταξύ των χωρών της ΕΕ⁽¹²⁾, κρίνεται πιο σκόπιμη η σύγκριση τάσεων παρά απόλυτων αριθμών.

Κατά τη διάρκεια της πενταετίας 1999–2004, ο αριθμός των «αναφορών» αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε συνολικά στις περισσότερες χώρες της ΕΕ (στην πραγματικότητα σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις εκτός της Ιταλίας και της Πορτογαλίας· ιδιαίτερα αξιοσημείωτη αύξηση –διπλασιασμός ή υπερδιπλασιασμός– καταγράφηκε στην Εσθονία, στη Λιθουανία⁽¹³⁾, στην Ουγγαρία⁽¹⁴⁾ και την Πολωνία). Το 2004, η αυξητική αυτή τάση επιβεβαιώθηκε στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις⁽¹⁵⁾, αν και ορισμένες χώρες ανέφεραν μείωση το περασμένο έτος – Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Λετονία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Σλοβενία (από το 2001), Σλοβακία, Φινλανδία και Βουλγαρία⁽¹⁶⁾.

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ η πλειονότητα των αδικημάτων που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών⁽¹⁷⁾ εξακολουθεί να σχετίζεται με τη χρήση ή την κατοχή για χρήση ναρκωτικών⁽¹⁸⁾, σε ποσοστό επί του συνόλου των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά που κυμάνθηκε το 2004 από 61 % στην Πολωνία έως 90 % στην Αυστρία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στο Λουξεμβούργο, στις Κάτω Χώρες και την Τουρκία, τα συχνότερα αναφερόμενα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αφορούσαν την εμπορία ή διακίνηση, με το ποσοστό επί του συνόλου των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά να κυμαίνεται από 48 % στο Λουξεμβούργο έως 93 % στην Τσεχική Δημοκρατία.

Κατά τη διάρκεια της ίδιας πενταετούς περιόδου, ο αριθμός των αδικημάτων που αφορούν χρήση/κατοχή για χρήση αυξήθηκε συνολικά σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, εξαιρουμένων της Ιταλίας, της Πορτογαλίας, της Σλοβενίας, της Βουλγαρίας και της Τουρκίας, οι οποίες ανέφεραν πτωτική τάση⁽¹⁹⁾. Το ποσοστό των αδικημάτων αυτών επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών επίσης αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, μολονότι ο ρυθμός της αύξησης ήταν σε γενικές γραμμές χαμηλός, με εξαίρεση την Κύπρο, την Πολωνία και τη Φινλανδία, όπου αναφέρθηκαν σημαντικότερες ανοδικές τάσεις. Ωστόσο στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία, στη Βουλγαρία και την Τουρκία, το ποσοστό των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά και ειδικότερα χρήση/κατοχή για χρήση παρουσίασε συνολική μείωση⁽²⁰⁾.

⁽¹¹⁾ Ο όρος «αναφορές» για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών παρατίθεται εντός εισαγωγικών γιατί η έννοια με την οποία χρησιμοποιείται διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για τον ακριβή ορισμό για κάθε χώρα ανατρέξτε στις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους ορισμούς των «αναφορών» για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στο θεματικό στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²⁾ Για μια πιο ολοκληρωμένη ανάλυση μεθοδολογικών θεμάτων ανατρέξτε στις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τα αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹³⁾ Η αύξηση στη Λιθουανία οφείλεται στην εφαρμογή του νέου ποινικού κώδικα τον Μάιο του 2003.

⁽¹⁴⁾ Η αύξηση στην Ουγγαρία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην τροποποίηση του ποινικού κώδικα και της ποινικής δικονομίας.

⁽¹⁵⁾ Στοιχεία για τις «αναφορές» για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών κατά την περίοδο 1999–2004 ήταν διαθέσιμα σε όλες τις χώρες (αν και μερικές φορές όχι για κάθε έτος) με εξαίρεση την Κύπρο, τη Σλοβακία, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Τουρκία και τη Νορβηγία, και για το 2004 σε όλες τις χώρες με εξαίρεση την Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία.

⁽¹⁶⁾ Βλέπε πίνακα DLO-1 και διάγραμμα DLO-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁷⁾ Αναλύσεις ανά τύπο αδικήματος ήταν διαθέσιμες σε όλες τις χώρες (αν και μερικές φορές όχι για κάθε έτος της περιόδου 1999 έως 2004) με εξαίρεση τη Δανία, την Εσθονία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Σλοβακία και τη Ρουμανία.

⁽¹⁸⁾ Βλέπε πίνακα DLO-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁹⁾ Βλέπε πίνακα DLO-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁰⁾ Βλέπε πίνακα DLO-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Στα περισσότερα κράτη μέλη, η κάνναβη εξακολουθεί να αποτελεί το παράνομο ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα ⁽²¹⁾ τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά ⁽²²⁾. Στις χώρες όπου συμβαίνει αυτό, τα αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη αντιπροσώπευαν το 2004 από 34 έως 87% του συνόλου των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά. Στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Λιθουανία κυριάρχησαν τα αδικήματα που σχετίζονται με τις αμφεταμίνες, αντιπροσωπεύοντας, αντίστοιχα, το 50 και το 31% του συνόλου των αδικημάτων που εμπήτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, ενώ στο Λουξεμβούργο η κοκαΐνη ήταν η συχνότερα αναφερόμενη ουσία (στο 43% των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά).

Την περίοδο 1999–2004, ο αριθμός των «αναφορών» αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά που σχετίζονται με την κάνναβη αυξήθηκε γενικά στην πλειονότητα των χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις, ενώ μείωση σημειώθηκε σε Ιταλία και Σλοβενία ⁽²³⁾. Κατά την ίδια περίοδο, το ποσοστό των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά που σχετίζονται με την κάνναβη αυξήθηκε στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Βουλγαρία, ενώ παρέμεινε γενικά στα ίδια επίπεδα στην Ιρλανδία και τις Κάτω Χώρες και μειώθηκε στο Βέλγιο, στην Ιταλία, στην Αυστρία, στη Σλοβενία και τη Σουηδία ⁽²⁴⁾. Μολονότι σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις (με εξαίρεση την Τσεχική Δημοκρατία και τη Βουλγαρία και για λίγα έτη το Βέλγιο) η κάνναβη κυριαρχεί περισσότερο στα αδικήματα που αφορούν χρήση/

κατοχή από ό,τι στα υπόλοιπα αδικήματα που εμπήτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, το ποσοστό των αδικημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης παρουσιάζει μείωση από το 1999 σε ορισμένες χώρες—δηλαδή στην Κύπρο (2002–2004), στην Ιταλία, στην Αυστρία, στη Σλοβενία και την Τουρκία—και μειώθηκε το περασμένο έτος (2003–2004) στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, γεγονός που ενδεχομένως υποδεικνύει περιορισμό της στόχευσης των χρηστών κάνναβης από τις υπηρεσίες επιβολής του νόμου στις χώρες αυτές ⁽²⁵⁾.

Κατά την ίδια πενταετή περίοδο, ο αριθμός των «αναφορών» ή/και το ποσοστό των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά που σχετίζονται με την ηρωίνη μειώθηκε στην πλειονότητα των χωρών που υπέβαλαν εκθέσεις, με εξαίρεση το Βέλγιο, την Αυστρία, τη Σλοβενία και τη Σουηδία, οι οποίες ανέφεραν ανοδικές τάσεις στον αριθμό των «αναφορών» που αφορούν την ηρωίνη ⁽²⁶⁾ ή/και στο ποσοστό αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά και ειδικότερα την ηρωίνη ⁽²⁷⁾.

Αντίθετη τάση παρατηρείται στα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη: από την άποψη τόσο των αναφορών ⁽²⁸⁾ όσο και του ποσοστού επί του συνόλου των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά ⁽²⁹⁾, τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη παρουσιάζουν αύξηση από το 1999 στις περισσότερες χώρες που υποβάλλουν στοιχεία. Η Βουλγαρία είναι η μοναδική χώρα που αναφέρει πτωτική τάση στα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη (τόσο στον αριθμό όσο και στα ποσοστά επί των αδικημάτων που αφορούν τα ναρκωτικά).

Ευρωπαϊκές πολιτικές για τα ναρκωτικά: πρέπει να επεκταθούν πέραν των παράνομων ναρκωτικών, στην επίσημη έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2006: επιλεγμένα θέματα

Στην Ευρώπη το πεδίο εφαρμογής των πολιτικών για τα ναρκωτικά αρχίζει να επεκτείνεται πέραν των παράνομων ναρκωτικών και να περιλαμβάνει άλλες εθιστικές ουσίες ή ακόμα και μορφές συμπεριφοράς. Αυτό διαπιστώνεται στις πολιτικές για τα ναρκωτικά ορισμένων κρατών μελών και στις στρατηγικές της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Ολοένα και περισσότερο, η έρευνα ασχολείται με το θέμα του εθισμού ή των εθιστικών συμπεριφορών ανεξαρτήτως ουσίας. Το επιλεγμένο θέμα για την αυξανόμενη προσοχή που δίνεται στο πλαίσιο εθνικών στρατηγικών ή εγγράφων πολιτικής στις νόμιμες ουσίες ή στον ίδιο τον εθισμό έχει στόχο να φωτίσει

για πρώτη φορά αυτό το νέο φαινόμενο στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Μολονότι στις στρατηγικές για τα ναρκωτικά δεν γίνεται πάντοτε αναφορά σε νόμιμες ναρκωτικές ουσίες ή εθισμούς, στο επιλεγμένο θέμα διαπιστώνεται ότι πολλά προγράμματα πρόληψης και, σε ορισμένες χώρες, θεραπευτικά μέτρα εφαρμόζονται τόσο για τις νόμιμες όσο και για τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες, στοχεύοντας κατά προτεραιότητα τα παιδιά και τους νέους. Η αργή ενσωμάτωση, σε στρατηγικό ή θεσμικό επίπεδο, των νόμιμων ναρκωτικών ουσιών στην πολιτική και τα μέτρα κατά των παράνομων ναρκωτικών ουσιών φαίνεται να αποτελούν όλο και πιο συχνό φαινόμενο.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνο στην αγγλική γλώσσα («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²¹⁾ Αναλύσεις των αδικημάτων που εμπήτουν στο νόμο περί ναρκωτικών ήταν διαθέσιμες σε όλες τις χώρες (αν και μερικές φορές όχι για κάθε έτος της περιόδου 1999 έως 2004) με εξαίρεση τη Δανία, την Εσθονία, τη Λετονία, την Ουγγαρία, τη Φινλανδία, τη Ρουμανία και τη Νορβηγία.

⁽²²⁾ Βλέπε πίνακα DLO-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²³⁾ Βλέπε διάγραμμα DLO-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁴⁾ Βλέπε πίνακα DLO-6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα DLO-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα DLO-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁷⁾ Βλέπε πίνακα DLO-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006· σημειώνεται ότι στη Σουηδία το ποσοστό των αδικημάτων που αφορούν την ηρωίνη μειώθηκε κατά την περίοδο 1999–2003.

⁽²⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα DLO-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁹⁾ Βλέπε πίνακα DLO-8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.



Κεφάλαιο 2

Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη – Επισκόπηση

Πρόληψη

Από την εμπειρία που αποκομίστηκε σε ορισμένα κράτη μέλη προκύπτει ότι οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των ναρκωτικών σε ατομικό επίπεδο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές εάν υποστηρίζονται επίσης από κανονιστικές πολιτικές για τις νόμιμες ναρκωτικές ουσίες που μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση των νέων στις ουσίες αυτές και να περιορίσουν την κοινωνική αποδοχή τους. Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές πρόληψης σχετικά με το περιβάλλον που επιλαμβάνονται του κανονιστικού και πολιτισμικού πλαισίου της χρήσης ουσιών κερδίζουν έδαφος σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης, υποστηριζόμενες από τα πρώτα μέτρα που λαμβάνονται σε επίπεδο ΕΕ: την οδηγία για τη διαφήμιση του καπνού και τη σύμβαση-πλαίσιο της ΠΟΥ για τον έλεγχο του καπνού (βλέπε ενότητα για τις στρατηγικές σχετικά με το περιβάλλον στο επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας).

Ο ρόλος των εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης θεωρείται ολοένα και περισσότερο ότι συνίσταται στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης (τη στήριξη, την ενίσχυση και την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με το σκεπτικό των στρατηγικών για το περιβάλλον) παρά στην αλλαγή συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, σε πρόσφατη γερμανική επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας (Bühler και Kröger, 2005, αναφέρεται στην εθνική έκθεση της Γαλλίας) συνιστάται οι εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης να χρησιμοποιούνται ως υποστηρικτικό μέτρο και όχι ως το μοναδικό μέτρο για την επίτευξη συμπεριφορικών αλλαγών.

Πρόληψη στη δημόσια υγεία

Ενώ η προαγωγή της υγείας –ως απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόληψη– συνίσταται στην παρότρυνση των ατόμων να υιοθετήσουν υγιεινό τρόπο ζωής και στη δημιουργία υγιεινών συνθηκών διαβίωσης για όλους, ο νέος όρος «πρόληψη στη δημόσια υγεία» («public health prevention») μνημονεύεται όλο και πιο συχνά από ορισμένα κράτη μέλη (Ιταλία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία) και τη Νορβηγία. Η πρόληψη στη δημόσια υγεία συνεπάγεται ένα ευρύ φάσμα μέτρων πρόληψης που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων, μεταξύ των οποίων και πρόληψη των ναρκωτικών. Τα μέτρα αυτά είναι ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των νέων, των οποίων οι προβληματικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το βαθμό ευπάθειας (κοινωνικής και προσωπικής) και από τις συνθήκες διαβίωσης. Ως εκ τούτου, καθώς οι στρατηγικές επικεντρωμένης και εξειδικευμένης πρόληψης στοχεύουν

συνθήκες κινδύνου σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, συνδέονται όπως είναι φυσικό με άλλες πολιτικές δημόσιας υγείας που αφορούν τους νέους (στρατηγικές για την ψυχική υγεία των εφήβων που αφορούν διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής), κοινωνικές πολιτικές (παροχή χώρων ψυχαγωγίας και υποστήριξης σε ευάλωτους νέους ή άπορες οικογένειες), εκπαιδευτικές πολιτικές (περιορισμός του φαινομένου της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου) κ.λπ. Έτσι, η πρόληψη στη δημόσια υγεία στοχεύει το σύνολο των παραγόντων ευπάθειας, των οποίων η αντιμετώπιση είναι απαραίτητη για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών μέσω της εξασφάλισης της συμμετοχής υπηρεσιών και τομέων που δεν έχουν εξ ολοκλήρου αντικείμενό τους τα ναρκωτικά.

Καθολική πρόληψη στα σχολεία

Οι προσεγγίσεις πρόληψης βάσει προγραμμάτων κερδίζουν έδαφος στο πλαίσιο της πρόληψης στα σχολεία. Η πρόληψη βάσει προγραμμάτων συνεπάγεται τυποποιημένη εφαρμογή στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου αριθμού συνεδριών, καθεμία από τις οποίες έχει επακριβώς καθορισμένο περιεχόμενο και συνοδεύεται από αναλυτικό υλικό για τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η παρακολούθηση και η αξιολόγηση και αυξάνεται η ακρίβεια, η πιστότητα και η συνέπεια των παρεμβάσεων, με αποτέλεσμα την υψηλή ποιότητας εφαρμογή τους. Ως εκ τούτου, περισσότερα κράτη μέλη σε σχέση με το παρελθόν επιδίδονται στην παρακολούθηση παρεμβάσεων πρόληψης στο σχολείο (Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κύπρος, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο). Τα αποτελέσματα του πρώτου ευρωπαϊκού δοκιμαστικού προγράμματος πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών (www.eudap.net) ήταν ενθαρρυντικά. Με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το πρόγραμμα υλοποιήθηκε και αξιολογήθηκε σε επτά χώρες, εννέα περιφερειακά κέντρα και 143 σχολεία με τη συμμετοχή 7000 μαθητών (3500 στην ομάδα δοκιμής και 3500 στην ομάδα ελέγχου). Το EU-Dap αναφέρει ότι, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι μαθητές της ομάδας δοκιμής είχαν 26% μικρότερη πιθανότητα να καπνίζουν σε ημερήσια βάση, 35% μικρότερη πιθανότητα να είναι συχνά μεθυσμένοι και 23% μικρότερη πιθανότητα να κάνουν χρήση κάνναβης. Μια συγκρίσιμη ερευνητική προσέγγιση στο πλαίσιο προγράμματος είναι το Blueprint στο Ηνωμένο Βασίλειο⁽³⁰⁾. Επιπλέον, μεγαλύτερη προσοχή δίνεται πλέον στην αυστηρότερη τεχνική καθοδήγηση και την καλύτερη κάλυψη κατά την εφαρμογή της πρόληψης στα σχολεία (π.χ. στη Γαλλία και την Ιρλανδία).

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

Αστυνομία στα σχολεία

Ο ρόλος της αστυνομίας στην πρόληψη στα σχολεία αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα. Στο Βέλγιο, η γαλλική κοινότητα συνιστά να εφαρμόζεται η πολιτική προαγωγής της υγείας και πρόληψης από τις σχολικές αρχές και η αστυνομία να μην εμπλέκεται σε προγράμματα πρόληψης. Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο, σε έγγραφο πολιτικής (επιτροπή για τα ναρκωτικά ACPO, 2002) συνιστάται η δράση της αστυνομίας να περιορίζεται στους τομείς στους οποίους ειδικεύεται (ασφάλεια, αδικήματα, τάξη) και να μην εμπλέκεται στην ειδική εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά. Την ίδια γραμμή πλεύσης ακολουθεί και η Πορτογαλία που συνεχίζει να εφαρμόζει ένα πρόγραμμα εκ του σύνεγγυς αστυνόμευσης με την ονομασία Escola Segura (ασφαλές σχολείο). Κατά το σχολικό έτος 2004/05, 320 συνολικά αστυνομικοί τοποθετήθηκαν σε σχολικά περιβάλλοντα με στόχο την εκ του σύνεγγυς αστυνόμευση και την πρόληψη αδικημάτων, κατά τη διάρκεια τόσο της ημέρας όσο και της νύχτας. Στη Γαλλία, ειδικοί που έχουν εκπαιδευτεί από τις υπηρεσίες επιβολής του νόμου ώστε να είναι σε θέση να λειτουργήσουν ως σύνδεσμοι με πληθυσμιακές ομάδες νεαρών ή ενήλικων επισκέπτονται σχολεία ή άλλες υπηρεσίες κατόπιν αιτήματος. Ωστόσο, παρά τις συστάσεις να μην παρέχεται εκπαίδευση σε θέματα ναρκωτικών από ένστολους αστυνομικούς, καθώς κάτι τέτοιο σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι αντιπαραγωγικό, η διεξαγωγή δραστηριοτήτων από αστυνομικές υπηρεσίες εντός των σχολείων εξακολουθεί να αποτελεί συνήθη πρακτική σε αρκετά κράτη μέλη.

Επικεντρωμένη πρόληψη

Με την αναγνώριση και την ανάπτυξη της προσέγγισης επικεντρωμένης πρόληψης από τα περισσότερα κράτη μέλη, οι ευάλωτες ομάδες αποτελούν όλο και περισσότερο στόχο σχετικών προγραμμάτων. Για παράδειγμα, η Γερμανία, η Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία, η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν προγράμματα με στόχο τους νεαρούς παραβάτες.

Ορισμένες χώρες (π.χ. Πολωνία και Σλοβακία) έχουν αρχίσει να δίνουν έμφαση στις ευάλωτες ομάδες. Στη Σουηδία, η πιο εμφανής αύξηση σε σχέση με προγενέστερα έτη όσον αφορά τις δραστηριότητες σημειώθηκε στα προγράμματα για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που βρίσκονται σε κίνδυνο και τους μαθητές με εξωτερικευμένη συμπεριφορά. Ο αριθμός των δήμων που εφαρμόζουν τα προγράμματα αυτά έχει σχεδόν διπλασιαστεί. Επίσης, η Νορβηγία αναπτύσσει εθνική στρατηγική έγκαιρης πρόληψης κατά της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ, στο πλαίσιο της οποίας οι προσπάθειες πρόληψης θα στοχεύσουν ειδικά ομάδες κινδύνου. Οι προσεγγίσεις που δεν βασίζονται στην αποχή είναι αποτελεσματικές ως προς τη μείωση όχι μόνο της κατανάλωσης αλλά και της έναρξης χρήσης ναρκωτικών στις ομάδες στις οποίες η χρήση ναρκωτικών βρίσκεται ήδη στα αρχικά στάδια. Έτσι, στην Πολωνία εφαρμόζεται σε εθνικό επίπεδο πρόγραμμα για την αλλαγή της συμπεριφοράς ευάλωτων παιδιών ή παιδιών που βρίσκονται ήδη στα αρχικά στάδια της χρήσης ναρκωτικών σε σχέση με την τοξικομανία. Συγκεκριμένος στόχος του πολωνικού προγράμματος είναι η στήριξη της οικογένειας για την επίλυση προβλημάτων ναρκωτικών.

Από την άποψη αυτή, βοηθάει το γεγονός ότι η έννοια της επικεντρωμένης πρόληψης δεν επικεντρώνεται στη χρήση ναρκωτικών και δεν στιγματίζει τη χρήση ναρκωτικών· αντ' αυτού, επικεντρώνεται στην ευπάθεια υπό την ευρύτερη έννοια.

Τα κράτη μέλη αναφέρουν όλο και συχνότερα τη στόχευση συγκεκριμένων εθνοτικών ομάδων στο πλαίσιο των πολιτικών επικεντρωμένης πρόληψης. Τέσσερις χώρες (Βέλγιο, Γερμανία, Ιταλία και Λουξεμβούργο) ανέφεραν νέα σχέδια στον τομέα αυτό. Στην Ιταλία, προτεραιότητα πολλών σχεδίων αποτελεί πλέον η προστασία παιδιών, μητέρων και οικογενειών μεταναστών ή ατόμων που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες. Το Λουξεμβούργο αναφέρει ότι δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στους νέους και τη μεγαλύτερη κοινότητα μεταναστών, με επικέντρωση στις γλωσσικές και κοινωνικοπολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

Επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία

Οι νέοι που κινδυνεύουν να εγκαταλείψουν πρόωρα το σχολείο ή/και έχουν προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν όλο και περισσότερο το στόχο επικεντρωμένης πρόληψης, για παράδειγμα στην Ιταλία, όπου το 15% περίπου των παρεμβάσεων πρόληψης στα σχολεία στοχεύει ευάλωτες υποομάδες μαθητών (επικεντρωμένη και εξειδικευμένη πρόληψη). Οι κύριες υποομάδες που αποτελούν στόχο της επικεντρωμένης πρόληψης στα σχολεία είναι μαθητές με προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς, μαθησιακά προβλήματα ή οικογενειακά προβλήματα, μετανάστες μαθητές και μαθητές που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες. Στην πραγματικότητα, οι σχολικές επιδόσεις και η παρακολούθηση των μαθημάτων αποτελούν βάσιμα κριτήρια πρόβλεψης προβλημάτων ναρκωτικών και η παρακολούθησή τους επιτρέπει την έγκαιρη και ακριβή παρέμβαση.

Η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου βρίσκεται στο επίκεντρο των προγραμμάτων πρόληψης ναρκωτικών σε αρκετά κράτη μέλη. Το σχέδιο HUP στην κομητεία Storstrom της Δανίας αποβλέπει στην αύξηση του μέσου όρου ολοκλήρωσης της φοίτησης στο σχολείο από το 75 στο 95%, που αποτελεί τον εθνικό στόχο, δίνοντας έμφαση στους ευάλωτους μαθητές. Παρόμοια προγράμματα αναφέρονται στην Ιρλανδία, στην Πορτογαλία (47 σχέδια), στη Ρουμανία (ένα σχέδιο) και τη Νορβηγία (φυλλάδια για εκπαιδευτικούς). Ο περιορισμός του φαινομένου της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου αποτελεί επίσημο στόχο της εθνικής στρατηγικής της Ιρλανδίας, αποβλέποντας σε μείωση 10% σε σχέση με τα ποσοστά του 2005 στους τομείς των τοπικών ομάδων δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (LDTF). Οι μαθητές που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αποτελούν στόχο προγραμμάτων επικεντρωμένης πρόληψης στη Μάλτα, ενώ στη Γαλλία και τη Σλοβακία παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες σε σχολεία στη βάση (αυτο)-παραπομπής.

Πρόληψη στην οικογένεια

Καθώς αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών που ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών από νεαρότερη ηλικία, η βελτίωση και η εντατικοποίηση της πρόληψης στην οικογένεια αποκτούμε ολοένα και μεγαλύτερη σημασία. Στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας, η επιρροή της οικογένειας υπερισχύει έναντι της επιρροής των συνομηλίκων. Ο ρόλος της οικογένειας

στον καθορισμό προτύπων και την παροχή υποστήριξης στα παιδιά είναι πιο σημαντικός για την πρόληψη από ό,τι η μετάδοση πληροφοριών για τις ουσίες.

Η πρόληψη στην οικογένεια στο πλαίσιο της ΕΕ γίνεται πιο στοχοθετημένη και προσαρμοσμένη στην κάλυψη αναγκών. Αρκετά κράτη μέλη (Γερμανία, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο) αναγνωρίζουν ότι η επικοινωνία των θεσμικών φορέων με προβληματικές οικογένειες μπορεί να παρουσιάζει δυσκολίες. Ως αποτέλεσμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο πλαίσιο της εκστρατείας με τίτλο FRANK, δημιουργήθηκε ένα πληροφοριακό πακέτο για ομάδες δράσης κατά των ναρκωτικών και του αλκοόλ και επαγγελματίες στο χώρο της πρόληψης, το οποίο αφορά τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να επιδιωχθεί η επικοινωνία με την οικογένεια, και σε αρκετά άλλα κράτη μέλη εφαρμόζονται τώρα προγράμματα επικεντρωμένης πρόληψης που στοχεύουν οικογένειες που διατρέχουν κίνδυνο. Στο πλαίσιο των προγραμμάτων αυτών χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές για την προσέλκυση οικογενειών που διατρέχουν κίνδυνο (π.χ. μέσω της παροχής τροφίμων, οικονομικών κινήτρων, της επιτήρησης μικρών παιδιών), που βασίζονται κατά κύριο λόγο στο πρόγραμμα ενίσχυσης της οικογένειας του Kumpfer (Kumpfer κ.ά., 1996).

Το πρόγραμμα ενίσχυσης της οικογένειας εφαρμόζεται τώρα στην Ισπανία (Palma de Mallorca και Βαρκελώνη), στις Κάτω Χώρες (σε δύο πόλεις, μελέτη αξιολόγησης) και τη Σουηδία (σε δύο πόλεις). Στην Ιρλανδία και την Ιταλία έχουν δρομολογηθεί προγράμματα κατάρτισης και, στη δεύτερη, προβλέπεται επέκτασή τους σε αρκετές πόλεις. Στη Νορβηγία αξιολογείται παρόμοιο πρόγραμμα (MST) στο πλαίσιο τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής. Αυτά τα προγράμματα επικεντρωμένης πρόληψης στην οικογένεια έχουν πανομοιότυπα χαρακτηριστικά σε όλα τα κράτη μέλη που εφαρμόζονται.

Στην Πολωνία και σε ορισμένες επαρχίες της Αυστρίας υλοποιούνται προγράμματα για παραμελημένα παιδιά και νέους προερχόμενους από δυσλειτουργικές οικογένειες. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας σε χώρους όπως κοινωνικοθεραπευτικές αίθουσες ψυχαγωγίας, κέντρα αγωγής, συλλόγους νέων και κέντρα πρόληψης.

Μερικές χώρες επικεντρώνουν την προσοχή τους ολοένα και περισσότερο σε παιδιά αλκοολικών (Βέλγιο, Γερμανία, Αυστρία). Οι υπόλοιπες χώρες εξακολουθούν να επικεντρώνουν την προσοχή τους στα παιδιά τοξικομανών.

Πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας

Η διαχείριση των περισσότερων προγραμμάτων επικεντρωμένης πρόληψης γίνεται σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας. Εν μέρει, αυτό συμβαίνει επειδή ο συντονισμός των διαφόρων κοινωνικών υπηρεσιών πραγματοποιείται συνήθως στο επίπεδο αυτό. Ωστόσο, σε χώρες στις οποίες οι τοπικές κοινωνίες έχουν τη δυνατότητα και τη θέληση να επιβάλλουν πρότυπα σε τοπικό επίπεδο, η τοπική κοινωνία αποτελεί τη φυσική μονάδα για την εφαρμογή στρατηγικών σχετικά με το περιβάλλον. Η επικεντρωμένη πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας είναι διαδεδομένη στις σκανδιναβικές χώρες και στο Βέλγιο, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και αρχίζει

να εφαρμόζεται ολοένα περισσότερο σε χώρες όπου η προσέγγιση αυτή δεν ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένη στο παρελθόν (Γαλλία, Ιταλία, Ουγγαρία, Πορτογαλία).

Μέσω της θέσπισης προτύπων σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας σχετικά με τη διαθεσιμότητα και τις μεθόδους χρήσης των νόμιμων ναρκωτικών, καθώς και μέσω της βελτιστοποίησης των τοπικών υπηρεσιών, οι τοπικές στρατηγικές πρόληψης σχετικά με το περιβάλλον αποτελούν καλή αφετηρία για την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης ναρκωτικών.

Έλεγχος ποιότητας της πρόληψης

Η σημασία του ελέγχου ποιότητας της πρόληψης αυξάνεται, ιδίως σε πολλά κράτη μέλη που έχουν μεταβιβάσει τις αρμοδιότητες και τις ευθύνες για την πρόληψη στο τοπικό επίπεδο (Δανία, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Πορτογαλία και Σλοβενία) ή/και έχουν αναθέσει την ευθύνη για την πρόληψη των ναρκωτικών σε μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) ή ημιανεξάρτητες ενώσεις (Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία, Ουγγαρία και Φινλανδία). Ομοίως, μερικά κράτη μέλη αναφέρουν στρατηγικές για την παροχή κοινών κριτηρίων ποιότητας, προτύπων και συμβουλευτικών υπηρεσιών τεχνικής φύσης σε τοπικό επίπεδο, για την υποστήριξη σχολείων ή τοπικών κοινωνιών με στόχο την ανάπτυξη σχολικών πολιτικών (Βέλγιο, Δανία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο), για την εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης και τη διασφάλιση ελάχιστων κριτηρίων ποιότητας (Δανία, Γαλλία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Σλοβακία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ρουμανία και Νορβηγία).

Η Ελλάδα και η Αυστρία πρωτοστατούν στον καθορισμό προδιαγραφών για την πιστοποίηση υπηρεσιών πρόληψης ή ειδικών του τομέα πρόληψης.

Τρόποι θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

Το πλαίσιο για τη συλλογή στοιχείων από το ΕΚΠΝΤ σε ό,τι αφορά τους τρόπους θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών σε σχέση με το πρόβλημα των ναρκωτικών ορίζεται από δύο βασικές κοινοτικές πράξεις:

- τη στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005–2012) και το πρώτο σχέδιο δράσης της (2005–2008), όπου παρατίθεται το πλαίσιο για τις εθνικές πολιτικές καθώς και αναλυτικές συστάσεις για την ανάληψη δράσεων στα κράτη μέλη με στόχο την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την αύξηση της κάλυψης και της ποιότητας της θεραπείας και των υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.
- τη σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003⁽³¹⁾, στην οποία παρέχονται περαιτέρω συστάσεις σχετικά με τα μέτρα των οποίων την εφαρμογή πρέπει να εξετάσουν τα κράτη μέλη για την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά και για την παροχή υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας. Η σύσταση αυτή ενισχύθηκε με τη συμπερίληψή της στο σχέδιο δράσης της ΕΕ ως στόχος 14.

⁽³¹⁾ Σύσταση του Συμβουλίου αριθ. 2003/488/ΕΚ.

Για την αξιολόγηση του επιπέδου υλοποίησης της στρατηγικής, είναι σημαντικό να καθοριστούν τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών και του βαθμού στον οποίο χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες αυτές. Εντέλει, ωστόσο, για την αξιολόγηση των στόχων του σχεδίου δράσης και τη δημιουργία μιας βάσης για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της στρατηγικής θα χρειαστούν ακριβείς εκτιμήσεις της κάλυψης – του βαθμού στον οποίο τα μέτρα θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών κατορθώνουν να προσεγγίσουν την προβλεπόμενη ομάδα στόχο.

Καθ' όλη τη διάρκεια της οκταετούς περιόδου εφαρμογής της στρατηγικής, το ΕΚΠΝΤ παρέχει στήριξη στην Επιτροπή στο πλαίσιο της διαδικασίας αξιολόγησης παρέχοντας στοιχεία από το κοινοτικό σύστημα επιδημιολογικών δεικτών καθώς και αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας μια σειρά εργαλείων συλλογής δεδομένων για τον προσδιορισμό του επιπέδου παροχής υπηρεσιών και της χρήσης των υπηρεσιών θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών. Σε σύγκριση με την ικανοποιητική επισκόπηση της επιδημιολογικής κατάστασης που πραγματοποιήθηκε μέσω της ανάπτυξης και της εφαρμογής της παρακολούθησης βάσει δεικτών που προωθήθηκε από το ΕΚΠΝΤ, η τυποποιημένη υποβολή στοιχείων σχετικά με τους τρόπους θεραπείας και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών είναι περιορισμένη.

Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών

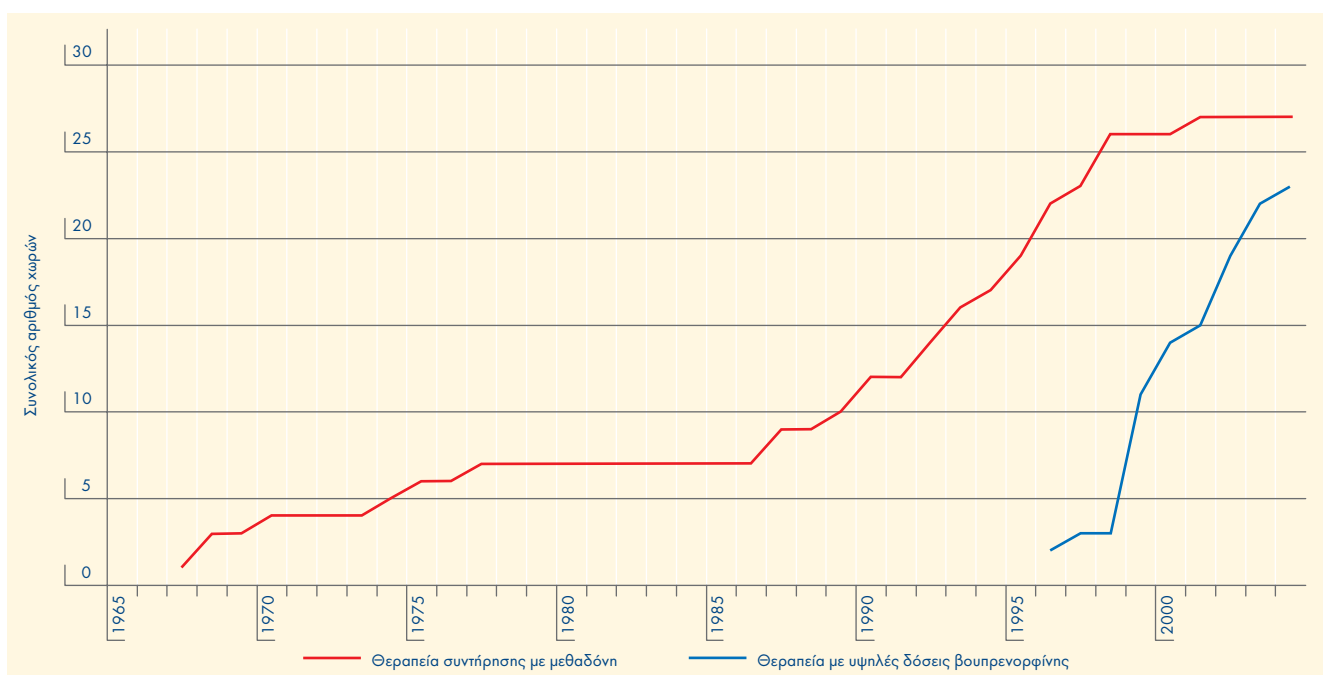
Στη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη για τους χρήστες ηρωίνης στην Ευρώπη πρωτοστάτησαν η Σουηδία (το 1967), οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο (1968) καθώς και η Δανία (1970), αλλά η χρήση της παρέμεινε περιορισμένη για πολλά χρόνια.

Μετά τη διαπίστωση του βαθμού εξάπλωσης της επιδημίας του ιού HIV σε τοξικομανείς στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, σε πολλές χώρες οι θεραπευτικοί στόχοι και οι προσεγγίσεις άρχισαν να εγκαταλείπουν την αποχή ως βασικό στόχο και να στρέφονται προς τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών. Η ανάγκη για επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις θεραπείας έγινε αποδεκτή και αναγνωρίστηκαν τα οφέλη της θεραπείας συντήρησης για τη σταθεροποίηση και τη βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής κατάστασης των χρηστών οπιοειδών καθώς και για την κοινωνία στο σύνολό της.

Μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ο ρυθμός με τον οποίο καθιερωνόταν η συντήρηση με μεθαδόνη ως μορφή θεραπείας επιταχύνθηκε. Έως το 2001 την είχαν καθιερώσει 24 χώρες της ΕΕ, καθώς και η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Νορβηγία (διάγραμμα 1). Ωστόσο, η κλίμακα και η κάλυψη διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών (βλέπε κεφάλαιο 3).

Το 1996 θεσπίστηκε για πρώτη φορά η νομική βάση για τη χρήση φαρμάκων που περιέχουν βουπρενορφίνη στη θεραπεία των χρηστών ηρωίνης σε κράτος μέλος της ΕΕ (βλέπε το επιλεγμένο θέμα σχετικά με τη βουπρενορφίνη στην ετήσια έκθεση για το 2005). Πλέον είναι διαθέσιμη και χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των κρατών μελών. Καθώς η βουπρενορφίνη ελέγχεται βάσει ενός λιγότερο αυστηρού παραρτήματος των συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά, οι χώρες έχουν μεγαλύτερα περιθώρια συνταγογράφησης της. Σε ορισμένες χώρες, αυτή η επιλογή θεραπείας είχε ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία. Διερευνώνται νέες μέθοδοι φαρμακοθεραπείας πέραν της

Διάγραμμα 1: Εφαρμογή θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη και θεραπείας χορήγησης υψηλών δόσεων βουπρενορφίνης στα κράτη μέλη της ΕΕ, τις υποψήφιες χώρες και τη Νορβηγία



Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία.

υποκατάστασης με αγωνιστές, και η προσοχή των ερευνητών στρέφεται πλέον στην ανάπτυξη τρόπων θεραπείας για τους χρήστες κοκαΐνης και κρακ, πολλοί από τους οποίους επίσης χρησιμοποιούν ή έχουν χρησιμοποιήσει κατά το παρελθόν ηρωίνη (βλέπε επίσης κεφάλαιο 5).

Υπολογίζεται ότι στην ΕΕ περισσότεροι από 500 000 χρήστες οπιοειδών υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης το 2003, αριθμός που αντιστοιχεί στο ένα τρίτο του 1,5 εκατομμυρίου προβληματικών χρηστών οπιοειδών (ΕΚΠΝΤ, 2005α). Τα νέα κράτη μέλη και οι υποψήφιας χώρες αντιπροσωπεύουν μικρό μόνο ποσοστό των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρώπη, γεγονός που εξηγείται εν μέρει από τα χαμηλότερα επίπεδα χρήσης οπιοειδών στις χώρες αυτές. Μολονότι η συνολική παροχή θεραπείας υποκατάστασης παραμένει χαμηλή στις εν λόγω χώρες, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις αύξησης στην Εσθονία, στη Λιθουανία και τη Βουλγαρία.

Από τις πληροφορίες που παρέχονται προκύπτει ότι σε μερικές χώρες σημειώθηκε περαιτέρω αύξηση στην παροχή θεραπείας με μεθαδόνη, αλλά και ότι σε οκτώ χώρες ο αριθμός των ατόμων που έλαβαν αυτού του είδους τη θεραπεία παρέμεινε σταθερός ή μειώθηκε ⁽³²⁾. Σε τέσσερις από τις χώρες αυτές (Δανία, Ισπανία, Μάλτα και Κάτω Χώρες) υπάρχει ιστορικό μακροχρόνιας χρήσης ναρκωτικών και υψηλής προσβασιμότητας σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Οι άλλες τέσσερις χώρες (Λεττονία, Ουγγαρία, Πολωνία και Ρουμανία) χαρακτηρίζονται από χαμηλή γεωγραφική κάλυψη της υποκατάστασης με μεθαδόνη, και σε ορισμένα μέρη υπάρχει λίστα αναμονής για θεραπεία.

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εάν ο μειούμενος αριθμός ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία με μεθαδόνη σημαίνει ότι τα άτομα αυτά στρέφονται στη θεραπεία με βουπρενορφίνη. Ο βαθμός παροχής θεραπείας απεξάρτησης από γενικούς ιατρούς συχνά δεν είναι γνωστός σε εθνικό επίπεδο.

Παροχή και μορφή θεραπείας απεξάρτησης

Έρευνα που διενεργήθηκε μεταξύ εθνικών εστιακών σημείων το 2005 αξιολόγησε τα χαρακτηριστικά της παροχής θεραπείας στην Ευρώπη. Εθνικοί εμπειρογνώμονες ρωτήθηκαν εάν στην πλειονότητά τους οι χρήστες οπιοειδών υποβλήθηκαν σε στεγνά θεραπευτικά προγράμματα ή σε θεραπευτικά προγράμματα με ιατρική υποστήριξη ή εάν δεν υπήρξε επικράτηση της μιας μορφής θεραπείας έναντι της άλλης.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει μια αναλογία σαφώς υπέρ της θεραπείας με ιατρική υποστήριξη, στο πλαίσιο της οποίας η βασική ουσία που χρησιμοποιείται είναι η μεθαδόνη (εκτός από την Τσεχική Δημοκρατία και τη Γαλλία· για περισσότερες πληροφορίες βλέπε κεφάλαιο 6). Από τα αποτελέσματα προκύπτει περαιτέρω ότι η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στις περισσότερες χώρες παρέχεται κυρίως σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής – μόνο στην Τουρκία και τη Λεττονία η θεραπεία παρέχεται ως επί το πλείστον σε κέντρα εσωτερικής παραμονής. Οι

παραδοσιακές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι απεξάρτησης (ψυχοδυναμική, γνωστική-συμπεριφοριστική, συστημική/οικογενειακή θεραπεία ή θεραπεία Gestalt) είναι αυτές που χρησιμοποιούνται συχνότερα σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής στην Ιρλανδία, στη Λεττονία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία και την Τουρκία. Εννέα χώρες αναφέρουν την παροχή κυρίως «υποστηρικτικών» μεθόδων (οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, κοινωνικο-εκπαιδευτική θεραπεία και θεραπεία σχετικά με το περιβάλλον, παρακινητικές συνεντεύξεις ή τεχνικές χαλάρωσης και βελονισμό), και δέκα χώρες συνδυάζουν τις διαφορετικές μεθόδους στο πλαίσιο του θεραπευτικού έργου που παρέχεται στα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής.

Όσον αφορά τη θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής, το μοντέλο 12 βημάτων της πολιτείας Minnesota (ΗΠΑ) χρησιμοποιείται συχνά στην Ιρλανδία, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία και την Τουρκία, ενώ έξι χώρες εφαρμόζουν κυρίως ψυχοθεραπευτικές μεθόδους απεξάρτησης, πέντε χώρες «υποστηρικτικές» μεθόδους και δέκα χώρες συνδυασμό των προσεγγίσεων αυτών.

Κατά την τελευταία δεκαετία, αλλά κυρίως κατά τα τελευταία πέντε χρόνια, πολλές ευρωπαϊκές χώρες «άνοιξαν τις πόρτες» της θεραπείας επεκτείνοντας την παροχή θεραπείας υποκατάστασης και περιορίζοντας τους περιορισμούς πρόσβασης. Ποτέ στο παρελθόν το σύστημα περίθαλψης δεν είχε καταφέρει να προσεγγίσει τόσο μεγάλο αριθμό χρηστών. Πολλοί, αλλά όχι όλοι, χρειάζονται βοήθεια και μετά την απεξάρτησή τους, και πολλοί φαίνεται να χρειάζονται περίθαλψη άμεσης πρόσβασης καθώς και σημαντική υποστήριξη για την επανένταξή τους.

Τρόποι μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

Καθώς η προσέγγιση των ατόμων που ζητούν θεραπεία και η διατήρηση της επαφής μαζί τους καθίσταται αυτοτελής στόχος, οι υπηρεσίες εκτός δομών και άμεσης πρόσβασης έτυχαν αναγνώρισης και υποστήριξης, αποτελώντας πλέον σημαντικό σκέλος της συνολικής αντιμετώπισης σε πολλά κράτη μέλη. Στην Ευρώπη μπορεί να διακρίνει κανείς κοινές πολιτικές αντιμετώπισης όσον αφορά την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών και τη μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά (βλέπε επίσης κεφάλαιο 7).

Η μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά ορίστηκε για πρώτη φορά ως στόχος της ευρωπαϊκής πολιτικής για τα ναρκωτικά πριν από έξι χρόνια και αποτελεί στόχο του τρέχοντος σχεδίου δράσης της ΕΕ ⁽³³⁾. Ο αριθμός των χωρών που περιλαμβάνουν στην έκθεσή τους άμεση αναφορά στο στόχο της μείωσης του αριθμού των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά εξακολούθησε να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, καθώς κατά τη διάρκεια του 2004 και του 2005 την πρακτική αυτή υιοθέτησαν οκτώ χώρες (ανεβάζοντας τον συνολικό αριθμό σε 15). Πέραν των εθνικών πολιτικών, είναι συχνό φαινόμενο οι συμπληρωματικές προσεγγίσεις σε επίπεδο δήμων: αρκετές πρωτεύουσες (συμπεριλαμβανομένων της Αθήνας, του Βερολίνου, των Βρυξελλών, της Λισσαβόνας και του Ταλίν), αλλά και ευρύτερες ημιαστικές περιφέρειες (π.χ. η ανατολική

⁽³²⁾ Βλέπε πίνακα NSP-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽³³⁾ Ο στόχος 17 του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την περίοδο 2005-2008 προβλέπει τη συμπερίληψη της μείωσης του αριθμού των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά ως ειδικού στόχου σε όλα τα επίπεδα, με παρεμβάσεις ειδικά σχεδιασμένες για το σκοπό αυτόν.

Δράσεις και παρεμβάσεις για τους χρήστες ναρκωτικών σε σωφρονιστικά ιδρύματα στα νέα κράτη μέλη

Τα παρόντα στοιχεία βασίζονται σε κοινό σχέδιο συλλογής στοιχείων των ΕΚΠΝΤ-ΠΟΥ Ευρώπης που υλοποιήθηκε το 2005 (1).

Η διενέργεια εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών σε σωφρονιστικά ιδρύματα αναφέρεται από την πλειονότητα των νέων κρατών μελών. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τα προγράμματα εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών. Οι κρατούμενοι υποβάλλονται σε εξετάσεις μόνο κατά την έναρξη της φυλάκισης στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Μάλτα και τη Σλοβενία. Η Μάλτα και η Σλοβενία είναι επίσης οι μοναδικές χώρες που υποβάλλουν τους κρατούμενους σε εξετάσεις προτού αυτοί αναχωρήσουν με άδεια. Τυχαίοιποιημένες εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών πραγματοποιούνται σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Μάλτα, στη Σλοβενία και σε λιγότερο από 50% των σωφρονιστικών ιδρυμάτων της Ουγγαρίας.

Τα στεγνά προγράμματα θεραπείας κυριαρχούν στις παρεμβάσεις που γίνονται στα σωφρονιστικά ιδρύματα των νέων κρατών μελών, αλλά η κάλυψη των παρεμβάσεων αυτών είναι περιορισμένη. Στεγνά προγράμματα θεραπείας με παροχή ψυχολογικής υποστήριξης αναφέρεται ότι είναι διαθέσιμα σε λιγότερο από 50% των σωφρονιστικών ιδρυμάτων στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Εσθονία, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία, στην Πολωνία και τη Σλοβακία. Μονάδες στεγνών προγραμμάτων υπάρχουν στις περισσότερες χώρες, αλλά μόνο η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβενία αναφέρουν την ύπαρξη τέτοιων χώρων σε άνω του 50% των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Η σύντομη αποτοξίνωση με τη χορήγηση φαρμάκων είναι ευρύτερα διαθέσιμη (σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα στη Λετονία, στην Ουγγαρία, στη Μάλτα, στη Σλοβενία και τη Σλοβακία).

Ο αριθμός των φυλακισμένων στα νέα κράτη μέλη που έχουν πρόσβαση σε θεραπεία με ανταγωνιστές και θεραπεία

υποκατάστασης είναι σε γενικές γραμμές χαμηλός. Με εξαίρεση τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, η θεραπεία με ανταγωνιστές δεν φαίνεται να παρέχεται, και λίγες είναι οι χώρες που αναφέρουν την ύπαρξη θεραπείας υποκατάστασης με οπιοειδή για οξεία αποτοξίνωση σε σωφρονιστικά ιδρύματα (Ουγγαρία, Μάλτα, Πολωνία και Σλοβενία). Οι σχετικές με τα ναρκωτικά παρεμβάσεις προ της αποφυλάκισης κυρίως λαμβάνουν τη μορφή συμβουλευτικής και πληροφόρησης (Τσεχική Δημοκρατία, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβενία και Σλοβακία). Η θεραπεία υποκατάστασης ως παρέμβαση προ της αποφυλάκισης είναι διαθέσιμη σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα της Σλοβενίας και σε λιγότερο από 50% των σωφρονιστικών ιδρυμάτων της Πολωνίας.

Ελάχιστα σωφρονιστικά ιδρύματα στα νέα κράτη μέλη αναφέρουν τη λήψη μέτρων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων δεν εφαρμόζονται στα σωφρονιστικά ιδρύματα των νέων κρατών μελών και μόνο η Εσθονία, η Λιθουανία και η Σλοβενία αναφέρουν την παροχή απολυμαντικών για τον καθαρισμό των συρίγγων. Παρ' όλα αυτά, στα σωφρονιστικά ιδρύματα γίνεται ιατρική αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Εμβολιασμοί κατά της ηπατίτιδας Β πραγματοποιούνται σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα έξι νέων κρατών μελών (Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Μάλτα, Σλοβενία και Σλοβακία), και πέντε χώρες αναφέρουν διαθεσιμότητα αντιικής θεραπείας για κρατούμενους θετικούς στον ιό της ηπατίτιδας C σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα (Τσεχική Δημοκρατία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβενία και Σλοβακία). Η εφαρμογή αντιρετροϊκής θεραπείας για κρατούμενους θετικούς στον ιό HIV αναφέρεται από όλα τα νέα κράτη μέλη (2).

(1) Στοιχεία διατέθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Πολωνία, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία. Για περαιτέρω παραπομπές βλέπε ΕΚΠΝΤ (2005γ).

(2) Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Κύπρο.

περιφέρεια της Ιρλανδίας, γύρω από το Δουβλίνο) έχουν δικές τους στρατηγικές για τη μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρεται η ύπαρξη πολιτικών σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο, και στη Βουλγαρία εκπονούνται πολιτικές σε τοπικό επίπεδο σε εννέα δήμους.

Όπως και στην προηγούμενη στρατηγική και το σχέδιο δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά, η πρόληψη της εξάπλωσης λοιμωδών νόσων παραμένει σημαντικός στόχος και στην τρέχουσα στρατηγική, και ορίζεται ως στόχος 16 στο σχέδιο δράσης για την περίοδο 2005-2008. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη βαρύτητα που εξακολουθούν να δίνουν οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις και η Επιτροπή στις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών (34).

Στη μεγάλη τους πλειονότητα οι χώρες της ΕΕ και η Νορβηγία έχουν διατυπώσει με σαφήνεια την προσέγγισή τους για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών, συμπεριλαμβάνοντας στα έγγραφα της στρατηγικής τους για τα ναρκωτικά σαφείς στόχους

ή καθήκοντα, έχουν θεσπίσει ειδικά κείμενα πολιτικής στα οποία καθορίζονται οι τρόποι με τους οποίους πρέπει να αντιμετωπιστεί το θέμα της πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών (Ισπανία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Σουηδία), ή έχουν κάνει και τα δύο (Εσθονία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο). Η Μάλτα και η Αυστρία σχεδιάζουν την εκπόνηση ειδικών πολιτικών για την προσέγγιση που θα ακολουθήσουν στον τομέα αυτό.

Στη Γερμανία και την Ελλάδα, η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά περιλαμβάνει σαφή μέτρα για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, η οποία ωστόσο δεν προσδιορίζεται ρητά ως στόχος.

Οι εν λόγω στρατηγικές για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων είναι στις περισσότερες περιπτώσεις αρκετά πρόσφατες, και η χρονική στιγμή της υιοθέτησής τους συμπίπτει σε ορισμένες χώρες με την προηγούμενη στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2000-2004), στο πλαίσιο της οποίας η μείωση της επίπτωσης λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών κατέστη για πρώτη φορά ευρωπαϊκός στόχος.

(34) Ειδικότερα, ο στόχος 16 του σχεδίου δράσης 2005-2008 αναφέρεται στην πρόληψη λοιμωδών νόσων. Ο στόχος 14 απαιτεί την εφαρμογή της σύστασης του Συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία, η οποία εγκρίθηκε το 2003 (σύσταση του Συμβουλίου αριθ. 2003/488/ΕΚ). Το 2007 προβλέπεται η εκπόνηση έκθεσης από την Επιτροπή σχετικά με την εφαρμογή της εν λόγω σύστασης, η οποία θα περιλαμβάνει πληροφορίες που θα προέρχονται από φορείς χάραξης πολιτικής και τα εθνικά εστιακά σημεία του δικτύου Reitox, ως συμβολή στην αξιολόγηση της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά.

Σύμφωνα με τις εκθέσεις των εθνικών εστιακών σημείων ⁽³⁵⁾, οι στόχοι και οι ομάδες στόχοι που περιλαμβάνονται στις εθνικές στρατηγικές μαρτυρούν υψηλό επίπεδο συνέργειας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι ομάδες στόχοι περιλαμβάνουν, πέραν των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, τα άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ και τους κρατουμένους. Ιδιαίτερα στα νέα κράτη μέλη της Κεντρικής Ευρώπης, αλλά και τη Νορβηγία, οι νέοι και όσοι δεν κάνουν ενέσιμη χρήση αντιμετωπίζονται σαφώς ως περαιτέρω ομάδες στόχοι για την ανάληψη δράσης στο πλαίσιο της πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων. Οι πολιτικές της Δανίας και της Εσθονίας διευρύνουν ακόμα περισσότερο τις ομάδες στόχους, περιλαμβάνοντας ομάδες που έρχονται σε στενή επαφή με χρήστες ναρκωτικών.

Σε πολλές χώρες της ΕΕ, οι στρατηγικές που στοχεύουν στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων είναι σαφέστατα προσανατολισμένες στον ιό HIV/AIDS, ιδιαίτερα δε στην Εσθονία, στην Ισπανία, στην Κύπρο, στη Λεττονία και τη Λιθουανία. Ωστόσο, σε δέκα χώρες (37%), στις στρατηγικές για τα λοιμώδη νοσήματα μνημονεύεται ρητά η πρόληψη της ηπατίτιδας C στους χρήστες ναρκωτικών ⁽³⁶⁾. Η Ιρλανδία ξεκίνησε μια διαδικασία διαβούλευσης το 2004, στο πλαίσιο της κατάρτισης μιας τέτοιας στρατηγικής, και στη Γερμανία εκδόθηκαν συστάσεις για την πρόληψη και τη θεραπεία. Στην Αυστρία, η συζήτηση μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα και η δημόσια συζήτηση τροφοδοτήθηκαν από ένα διεθνές συνέδριο που πραγματοποιήθηκε για το συγκεκριμένο θέμα στη Βιέννη το 2005.

Οι στρατηγικές μείωσης των επιβλαβών συνεπειών αποτελούν σημαντικό σκέλος των τρόπων αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη σήμερα, και η βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες για την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία είναι βασική προτεραιότητα της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012). Η κοινή στρατηγική πλατφόρμα για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που παρέχει η στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά εκφράζεται σε πολλές εθνικές πολιτικές ανά την ΕΕ και υποστηρίζει την εναρμόνιση των τρόπων αντιμετώπισης που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία στον τομέα αυτό.

Το 2004 καταγράφηκε βελτίωση στην παρακολούθηση της διαθεσιμότητας συρίγγων σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες ελάχιστες πληροφορίες καταγράφονται σε εθνικό επίπεδο σχετικά με την παροχή, τη χρήση και την κάλυψη του ευρέος φάσματος άλλων σημαντικών υπηρεσιών που παρέχονται από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης. Δεν είναι εύκολο να σχηματιστεί πλήρης εικόνα σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ένα σχέδιο για τη βελτίωση της κατάστασης όσον αφορά τα στοιχεία περιγράφεται στο πλαίσιο «Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης ως σημαντική πηγή στοιχείων».

Στοχοθετημένη θεραπεία και διαχείριση ποιότητας

Το τρέχον σχέδιο δράσης της ΕΕ προβλέπει την παροχή υψηλής ποιότητας θεραπείας και υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών.

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης ως σημαντική πηγή στοιχείων

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της πρόσβασης των χρηστών ναρκωτικών στην περίθαλψη. Για τους πληθυσμούς χρηστών ναρκωτικών που είναι «κρυφοί» ή πιο δύσκολα προσεγγίσιμοι ή έχουν χάσει την επαφή τους με το σύστημα περίθαλψης, οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να αποτελέσουν σημεία επαφής και κώρους για την παροχή ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών.

Μολονότι όλες οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης διαθέτουν κάποιο σύστημα για την τεκμηρίωση της παροχής των υπηρεσιών τους, και παρά το γεγονός ότι η παρακολούθηση και η αναφορά μπορεί να είναι ευρείας κλίμακας, οι δραστηριότητες αυτές πραγματοποιούνται κυρίως στο πλαίσιο της υποχρέωσης λογοδοσίας προς τους φορείς χρηματοδότησης και λιγότερο με γνώμονα την εσωτερική διαχείριση ποιότητας ή το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πολύ συχνά, οι πολύτιμες πληροφορίες που συλλέγονται παραμένουν στο επίπεδο κάθε μεμονωμένης υπηρεσίας. Παρά τη δυναμική σημασία της για την παρακολούθηση των προτύπων και των τάσεων της χρήσης ναρκωτικών καθώς και της πρόσβασης σε υπηρεσίες, η άμεση πρόσβαση φαίνεται ότι δεν αξιοποιείται επαρκώς. Ένα βασικό εμπόδιο είναι η έλλειψη τυποποίησης και συγκρισιμότητας των συλλεγόμενων πληροφοριών.

Είναι σημαντικό για τη βελτίωση της ποιότητας των στοιχείων σχετικά με την παροχή και τη χρήση υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών να υπάρχει ένα εργαλείο συλλογής στοιχείων που να είναι μεν κατάλληλο για τις υπηρεσίες αλλά να παράγει ταυτόχρονα αποτελέσματα που να μπορούν να χρησιμοποιούνται για τους σκοπούς της παρακολούθησης σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Μια πρωτοβουλία προς την κατεύθυνση αυτή είναι το κοινό σχέδιο ΕΚΠΝΤ-Correlation, με την υποστήριξη εμπειρογνομώνων από τα εθνικά εστιακά σημεία της Γαλλίας, της Ιρλανδίας, της Ουγγαρίας και της Νορβηγίας. Το δίκτυο Correlation (European Network for Social Inclusion and Health (ευρωπαϊκό δίκτυο για την κοινωνική ένταξη και την υγεία, www.correlation-net.org) εκπροσωπεί κυβερνητικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις από 27 ευρωπαϊκές χώρες και χρηματοδοτείται από το πρόγραμμα δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (ΓΔ Υγεία και προστασία των καταναλωτών).

Η χρήση εργαλείων διαχείρισης της ποιότητας στο επίπεδο του σχεδιασμού της θεραπείας και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών είχε ως αποτέλεσμα την εξειδίκευση των υπηρεσιών για κάθε ομάδα στόχο, π.χ. λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες κάθε φύλου (βλέπε επίσης το επιλεγμένο θέμα για το φύλο).

Οι μονάδες ή τα προγράμματα θεραπείας που εξυπηρετούν αποκλειστικά συγκεκριμένη ομάδα στόχο είναι σύνθησης φαινόμενο σε ολόκληρη την Ευρώπη. Παιδιά και νέοι κάτω των 18 ετών υποβάλλονται σε θεραπεία από εξειδικευμένους φορείς σε 23 χώρες· θεραπεία χρηστών ναρκωτικών που εμφανίζουν ψυχιατρική συννοσηρότητα παρέχεται από εξειδικευμένους φορείς σε 18 χώρες· και σε όλες τις χώρες

⁽³⁵⁾ Η ανάλυση αυτή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις εθνικές εκθέσεις μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου (SQ 23), το οποίο ενημερώνεται με τις πληροφορίες που παρέχουν τα εθνικά εστιακά σημεία στις εθνικές τους εκθέσεις.

⁽³⁶⁾ Όπως στη Γαλλία και την Αγγλία, οι οποίες έχουν αμφότερες εκπονήσει ολοκληρωμένες στρατηγικές για την πρόληψη της ηπατίτιδας C: *Plan National Hépatites Virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) και *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>) αντίστοιχα.

αναφέρεται η ύπαρξη ειδικών υπηρεσιών για τις γυναίκες, με εξαίρεση την Κύπρο, τη Λετονία, τη Λιθουανία, τη Βουλγαρία και την Τουρκία. Υπηρεσίες σχεδιασμένες για την κάλυψη των αναγκών μεταναστών χρηστών ναρκωτικών ή ομάδων με ειδικές γλωσσικές ανάγκες ή θρησκευτικό ή πολιτισμικό υπόβαθρο είναι λιγότερο συνηθισμένες, αλλά έχουν αναφερθεί στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στη Λιθουανία, στις Κάτω Χώρες, στη Φινλανδία, στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Μονάδες που ειδικεύονται στη θεραπεία χρηστών κάνναβης ή κοκαΐνης έχουν αναφερθεί από 13 χώρες, και ειδικά προγράμματα θεραπείας για τις ομάδες αυτές παρέχονται από αρμόδιους για τα ναρκωτικά φορείς σε οκτώ χώρες. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα των εν λόγω υπηρεσιών στις περισσότερες από τις χώρες αυτές εκτιμάται ότι είναι μικρή. Παρόμοιο εξειδικευμένο πρόγραμμα για χρήστες αμφεταμινών αναφέρεται στην Ισπανία, στη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Περαιτέρω συγκεκριμένα μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της θεραπείας και της περίθαλψης είναι η διαχείριση μεμονωμένων περιπτώσεων, η μεσολάβηση της παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών (π.χ. θεραπεία συνοσπρότητας) και οι προκαταρκτικές αξιολογήσεις των ατόμων που ζητούν θεραπεία ώστε να ταιριάζει καλύτερα το προφίλ των ατόμων αυτών με την προσφερόμενη θεραπεία, με στόχο να εξασφαλίζεται η παραμονή τους για μεγαλύτερο διάστημα και να αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Παρά τη συνολική διεύρυνση των επιλογών θεραπείας, η ενασχόληση με ορισμένες ομάδες χρηστών ναρκωτικών, ιδίως εκείνων με μακροχρόνια και χρόνια προβλήματα, εξακολουθεί να θέτει προκλήσεις στις υπηρεσίες θεραπείας. Οι εκτός δομών και άμεσης πρόσβασης παρεμβάσεις αποτελούν συνήθεις προσεγγίσεις για τη δημιουργία διαύλου επικοινωνίας και την ενασχόληση με αυτές τις δύσκολα προσεγγίσιμες ομάδες. Μια πιο αμφιλεγόμενη προσέγγιση είναι η ανάπτυξη σε ορισμένες χώρες αισθουσιών επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών που στοχεύουν κυρίως τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, η οποία, όμως, ορισμένες φορές επεκτείνεται πλέον και στη χρήση κρακ, κοκαΐνης ή το κάπνισμα ηρωίνης (βλέπε ΕΚΠΝΤ, 2004γ). Ένας ακόμη αμφιλεγόμενος τομέας ανάπτυξης υπηρεσιών και πειραματισμού είναι η χρήση από ορισμένες χώρες της ηρωίνης ως παράγοντα θεραπείας υποκατάστασης. Μολονότι, γενικά, οι δραστηριότητες στον τομέα αυτό παραμένουν περιορισμένες σε σύγκριση με άλλες επιλογές θεραπείας, από ορισμένες μελέτες προκύπτει ότι η συνταγογράφηση ηρωίνης μπορεί να έχει δυναμικά οφέλη για περιπτώσεις ατόμων των οποίων η θεραπεία με συντήρηση μεθαδόνης απέτυχε. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο μιας πρόσφατης γερμανικής τυχαίοποιημένης δοκιμής θεραπείας με χρήση ηρωίνης (Naber και Haasen, 2006) αναφέρθηκαν θετικά αποτελέσματα από την άποψη τόσο της υγείας όσο και της μείωσης της χρήσης παράνομων ναρκωτικών. Παρ' όλα αυτά, επί του παρόντος δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία στην Ευρώπη σχετικά με το κόστος και τα οφέλη της προσέγγισης αυτής, και παραμένει ένα θέμα μεγάλης πολιτικής και επιστημονικής αντιπαράθεσης.

Καθώς αυξάνεται η διαθεσιμότητα και η ποιότητα της θεραπείας, η έμφαση σε ορισμένους ευρωπαϊκούς δήμους μετατοπίζεται προς τη μείωση του αντίκτυπου της χρήσης ναρκωτικών στις τοπικές κοινωνίες. Η δυναμική εργασία εκτός δομών και το ελκυστικό φάσμα υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης σε ορισμένα τοπικά περιβάλλοντα είχαν ελπιδοφόρα αποτελέσματα (βλέπε «Προσεγγίσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών» στο κεφάλαιο 5) και μπορεί να αποτελέσουν πολύτιμα και αποτελεσματικά μοντέλα για ευρύτερη χρήση με στόχο να αποκατασταθεί η επικοινωνία με περιθωριοποιημένες ομάδες οι οποίες εντέλει θα οδηγηθούν στη θεραπεία.

Η ανάπτυξη «ασφαλέστερων» προϊόντων υποκατάστασης (δηλαδή ουσιών με μικρότερη πιθανότητα να διοχετευτούν στη μαύρη αγορά) αυξάνει τις πιθανότητες η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά να στραφεί ακόμη περισσότερο στα ιατρεία γενικών ιατρών. Πρόκειται επίσης για μια διαδικασία εξομάλυνσης που επιτρέπει η εξάρτηση από τα ναρκωτικά να αντιμετωπίζεται σαν μια χρόνια ασθένεια όπως ο διαβήτης.

Ορισμένες χώρες αναφέρουν ότι οι μεγάλες ομάδες χρηστών ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης δημιουργούν αντίστοιχες ανάγκες υποστήριξης της κοινωνικής τους επανένταξης, ιδίως υπό τη μορφή έμμισησης εργασίας. Υπό τις υφιστάμενες οικονομικές συνθήκες, πολλές χώρες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των αναγκών επαγγελματικής επανένταξης των μεγαλύτερης ηλικίας χρηστών ηρωίνης, ακόμη και όταν η κατάστασή τους έχει σταθεροποιηθεί χάρη στη θεραπεία συντήρησης. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται από τα υψηλά επίπεδα νοσηρότητας της ομάδας αυτής.

Κοινωνική επανένταξη

Όλη η διαθέσιμη βιβλιογραφία και τα στοιχεία από τα κράτη μέλη συγκλίνουν προς την ίδια αλήθεια: η κατάσταση της ζωής των χρηστών ναρκωτικών είναι πολύ πιο προβληματική και επισφαλής από εκείνη του γενικού πληθυσμού. Ως εκ τούτου, στα δύο τελευταία σχέδια δράσης της ΕΕ η κοινωνική επανένταξη ήταν ένας από τους απώτερους στόχους για τη βελτίωση της υγείας και την κοινωνικής θέσης των χρηστών ναρκωτικών.

Το σχέδιο δράσης για την περίοδο 2005-2008 καλεί τα κράτη μέλη να βελτιώσουν την πρόσβαση και την κάλυψη των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Παρόλο που τα κοινωνικά μέτρα εξακολουθούν να αποτελούν λιγότερο καθιερωμένη μέθοδο αντιμετώπισης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από την προσέγγιση της θεραπείας, οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν τη θεραπεία με δράσεις για την υγεία και δράσεις κοινωνικού χαρακτήρα αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες του χώρου ως ο καλύτερος τρόπος για την επίτευξη της επανένταξης των χρηστών ναρκωτικών.

Τα στοιχεία για την κοινωνική επανένταξη⁽³⁷⁾ είναι λιγοστά στην Ευρώπη, κυρίως λόγω των εμποδίων στη συλλογή ποσοτικών πληροφοριών στον τομέα αυτό. Ως εκ τούτου, οι περισσότερες από τις πληροφορίες που παρατίθενται κατωτέρω βασίζονται σε ποιοτική αξιολόγηση που

⁽³⁷⁾ Ως κοινωνική επανένταξη νοείται «κάθε κοινωνική παρέμβαση με στόχο την ένταξη πρώην ή νυν προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα». Τρεις είναι οι άξονες της κοινωνικής επανένταξης: 1) στέγη· 2) εκπαίδευση· και 3) απασχόληση (συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης). Είναι επίσης δυνατό να χρησιμοποιούνται και άλλα μέτρα, όπως η συμβουλευτική και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

επικεντρώθηκε στις πολιτικές, στην εφαρμογή τους και τη διασφάλιση ποιότητας στα κράτη μέλη ⁽³⁸⁾.

Το 2004-2005, ανταποκρινόμενες στο σχέδιο δράσης της ΕΕ, οι 20 από τις 28 χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽³⁹⁾ είχαν θεσπίσει στρατηγική για την κοινωνική επανένταξη που συνδέεται με τα ναρκωτικά. Τέσσερις ακόμα χώρες, παρόλο που δεν επιλαμβάνονται του θέματος αναλυτικά στην εθνική τους στρατηγική ή σε κάποιο άλλο έγγραφο πολιτικής για τα ναρκωτικά, έχουν θεσπίσει στρατηγικές σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο· τρεις χώρες δεν έχουν τίποτα από τα δύο.

Σε έντεκα χώρες η βασική πηγή χρηματοδότησης εντοπίζεται σε κρατικό/εθνικό επίπεδο, ενώ σε άλλες οκτώ σε περιφερειακό/τοπικό επίπεδο. Σε οκτώ άλλες χώρες η χρηματοδότηση προέρχεται από αμφοτέρωτα τα επίπεδα, χωρίς να υπάρχει επικράτηση του ενός ή του άλλου, ή μέσω συστημάτων ασφάλισης υγείας.

Στα κράτη μέλη της ΕΕ, η πρόσβαση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών σε μέτρα κοινωνικού χαρακτήρα εξασφαλίζεται μέσω κέντρων που είτε απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες ναρκωτικών είτε στοχεύουν κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Μεταξύ των μέτρων αυτών η στέγαση αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες. Η πιο συνηθισμένη υπηρεσία που παρέχεται σε άστεγους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών είναι η πρόσβαση

σε «γενικές υπηρεσίες στέγασης» (σε 21 χώρες), ενώ 18 χώρες παρέχουν υπηρεσίες στέγασης αποκλειστικά για προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών και 13 χώρες συνδυάζουν τα δύο συστήματα. Ωστόσο, υπάρχουν αμφιβολίες ως προς την αποτελεσματική πρόσβαση των άστεγων προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στις υπηρεσίες αυτές. Η μικρή διαθεσιμότητα, οι τοπικές αντιδράσεις στην παροχή νέων υπηρεσιών σε χρήστες ναρκωτικών, τα περιορισμένα κριτήρια πρόσβασης και η δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών στην τήρηση των κανόνων είναι μερικά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν.

Η παροχή σταθερής στέγης σε άστεγους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών είναι το πρώτο βήμα προς τη σταθεροποίηση και την αποκατάσταση. Από τον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και το ποσοστό αστέγων μεταξύ των ατόμων που ζητούν θεραπεία προκύπτει ότι υπάρχουν περί τους 75 600 έως 123 300 άστεγους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στην Ευρώπη. Καθώς επί του παρόντος υπάρχουν κέντρα στις περισσότερες χώρες και καθώς ορισμένες χώρες εξακολουθούν να υλοποιούν νέες δομές, η επίδραση των μέτρων αυτών θα εξαρτηθεί από το κατά πόσο θα διασφαλιστεί η δυνατότητα πρόσβασης των άστεγων προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στις εν λόγω υπηρεσίες.

Η διάσταση του φύλου στη χρήση ναρκωτικών και στην αντιμετώπιση προβλημάτων ναρκωτικών, στην επίσημη έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2006: επιλεγμένα θέματα

Γενικά, στους χρήστες ναρκωτικών οι άνδρες υπερβαίνουν κατά πολύ σε αριθμό τις γυναίκες. Στα κράτη μέλη της ΕΕ, αφενός η χρήση παράνομων ναρκωτικών είναι πιο συχνή στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες και αφετέρου οι τελευταίες έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα, να προσφύγουν σε θεραπεία και να πεθάνουν από τη χρήση ναρκωτικών.

Το εν λόγω επιλεγμένο θέμα εξετάζει τη χρήση ναρκωτικών και τα προβλήματα που συνδέονται με αυτή με γνώμονα τη διάσταση του φύλου. Μεταξύ των σημαντικών ερωτημάτων

που εξετάζονται είναι τα εξής: ποιες διαφορές υπάρχουν στη χρήση ναρκωτικών από τους άνδρες και τις γυναίκες και μήπως μειώνεται η ψαλίδα μεταξύ των δύο φύλων; Τι είδους προσεγγίσεις έχουν υιοθετήσει τα κράτη μέλη για τις ειδικές ανάγκες κάθε φύλου όσον αφορά την πρόληψη των ναρκωτικών, τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και τη μείωση των συνεπειών; Είναι οι ειδικοί τρόποι αντιμετώπισης για κάθε φύλο εξίσου σημαντικοί για τους άνδρες και τις γυναίκες;

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνο στην αγγλική γλώσσα («A gender perspective on drugs use and responding to drug problems», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽³⁸⁾ Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Τα κράτη μέλη συν Βουλγαρία, Ρουμανία, Τουρκία και Νορβηγία· ωστόσο δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Εσθονία.



Κεφάλαιο 3

Κάναβη

Προσφορά και διαθεσιμότητα

Παραγωγή και διακίνηση

Η κάνναβη παραμένει η παράνομη ουσία φυτικής προέλευσης με την ευρύτερη παραγωγή και διακίνηση σε όλο τον κόσμο (CND, 2006).

Η παραγωγή ρητίνης κάνναβης σε ευρεία κλίμακα επικεντρώνεται σε λίγες χώρες, και ειδικότερα στο Μαρόκο, αλλά και στο Πακιστάν και το Αφγανιστάν. Η συνολική παγκόσμια παραγωγή ρητίνης κάνναβης υπολογίζεται ότι ανέρχεται ετησίως σε 7 400 τόνους (CND, 2006). Το μεγαλύτερο μέρος ρητίνης κάνναβης που καταναλώνεται στην ΕΕ προέρχεται από το Μαρόκο και εισάγεται στην Ευρώπη κυρίως μέσω της Ιβηρικής Χερσονήσου, ενώ οι Κάτω Χώρες αποτελούν σημαντικό κέντρο δευτερογενούς διανομής για περαιτέρω μεταφορά σε χώρες της ΕΕ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας για την καλλιέργεια κάνναβης στο Μαρόκο που πραγματοποιήθηκε

Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων

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

για δεύτερη φορά το 2004, υπήρξε μείωση 10% σε σύγκριση με το 2003, η οποία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις παρεμβάσεις της κυβέρνησης. Το 2004, η συνολική καλλιεργούμενη έκταση ανήλθε σε 120 500 εκτάρια στην περιοχή του Ριφ, αριθμός που αντιστοιχεί σε δυνητική παραγωγή 2 760 τόνων ρητίνης κάνναβης [Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) και κυβέρνηση του Μαρόκου, 2005].

Στις λοιπές χώρες που αναφέρονται το 2004 ως χώρες προέλευσης της ρητίνης κάνναβης που κατασχέθηκε στην ΕΕ περιλαμβάνονται η Αλβανία, η Πορτογαλία, η Σενεγάλη, το Αφγανιστάν, το Πακιστάν και χώρες της Κεντρικής Ασίας (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· ΠΟΤ, 2005· INCB, 2006a).

Η παγκόσμια δυνητική παραγωγή φυτικής κάνναβης υπολογίζεται ότι υπερέβη τους 40 000 τόνους το 2003 (CND, 2005) σε διάφορες χώρες προέλευσης σε όλο τον κόσμο. Οι ποσότητες φυτικής κάνναβης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ το 2004 αναφέρεται ότι προέρχονταν από διάφορες χώρες, κυρίως τις Κάτω Χώρες και την Αλβανία, αλλά και την Αγκόλα, τη Νότια Αφρική, τη Τζαμάικα και την Ταϊλάνδη (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· ΠΟΤ, 2005· INCB, 2006). Επιπλέον, στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ παρατηρείται κάποια τοπική (σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους) καλλιέργεια και παραγωγή προϊόντων κάνναβης.

Κατασχέσεις

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2004 κατασχέθηκαν συνολικά 1 471 τόνοι ρητίνης κάνναβης και 6 189 τόνοι φυτικής κάνναβης. Οι μεγαλύτερες ποσότητες ρητίνης κάνναβης κατασχέθηκαν στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (74%) και στη Νοτιοδυτική Ασία και την Εγγύς και Μέση Ανατολή (19%), ενώ οι μεγαλύτερες ποσότητες φυτικής κάνναβης εξακολουθούν να κατάσχονται στη Βόρεια Αμερική (54%) και την Αφρική (31%) (UNODC, 2006).

Το 2004 στην ΕΕ υπολογίζεται ότι πραγματοποιήθηκαν 275 000 κατασχέσεις ρητίνης κάνναβης, οι οποίες αντιστοιχούν σε ποσότητα 1 087 τόνων. Τις περισσότερες κατασχέσεις ανέφερε και πάλι η Ισπανία (οι μισές από το σύνολο των κατασχέσεων που αντιστοιχούν στα τρία τέταρτα περίπου της συνολικής ποσότητας που κατασχέθηκε στην ΕΕ), και ακολουθούν η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο⁽⁴⁰⁾. Παρόλο που ο αριθμός των κατασχέσεων ρητίνης στην ΕΕ μειώθηκε συνολικά μεταξύ 1999 και 2003, οι τάσεις

⁽⁴⁰⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης όσο και για τις ποσότητες κάνναβης που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης το 2004 για τις Κάτω Χώρες. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρέχουν οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να περιληφθούν στην ανάλυση των τάσεων για το 2004.

στις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις υποδεικνύουν αύξηση σε κοινοτικό επίπεδο το 2004 ⁽⁴¹⁾. Η συνολική ποσότητα ρητίνης που κατασχέθηκε στην ΕΕ παρουσιάζει συνεχή αύξηση κατά την περίοδο 1999-2004, μολονότι το 2004 η πλειονότητα των χωρών (αλλά όχι η Ισπανία) ανέφερε μείωση ⁽⁴²⁾.

Στην ΕΕ γίνονται λιγότερες κατασχέσεις φυτικής κάνναβης το 2004 υπολογίζεται ότι έγιναν 130 000 κατασχέσεις, οι οποίες αντιστοιχούσαν σε 71 τόνους. Οι περισσότερες από αυτές πραγματοποιήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁴³⁾. Οι αριθμοί των κατασχέσεων φυτικής κάνναβης στην ΕΕ αυξάνονται αδιάλειπτα από το 1999 ⁽⁴⁴⁾, παρόλο που οι κατασχεθείσες ποσότητες παρουσιάζουν μείωση από το 2001 στις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽⁴⁵⁾. Αυτή η εικόνα δεν είναι η τελική καθώς δεν είναι ακόμα διαθέσιμα τα στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο για το 2004.

Το 2004 οι 12 800 κατασχέσεις που υπολογίζεται ότι έγιναν στην ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες είχαν ως αποτέλεσμα την κατάσχεση περίπου 22 εκατ. φυτών κάνναβης και 9,5 τόνων φυτών κάνναβης, με τις μεγαλύτερες ποσότητες να κατάσχονται στην Τουρκία ⁽⁴⁶⁾. Ο αριθμός των κατασχέσεων φυτών κάνναβης παρουσιάζει αύξηση από το 1999 και, βάσει των στοιχείων από τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, συνέχισε να αυξάνεται το 2004.

Τιμή και δραστηριότητα

Το 2004 η μέση λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυμαινόταν από 2,3 ευρώ ανά γραμμάριο στην Πορτογαλία έως άνω των 12 ευρώ ανά γραμμάριο στη Νορβηγία, ενώ η τιμή της φυτικής κάνναβης κυμαινόταν από 2,7 ευρώ ανά γραμμάριο στην Πορτογαλία έως 11,6 ευρώ ανά γραμμάριο στη Μάλτα. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν τιμές για προϊόντα κάνναβης που κυμαίνονταν μεταξύ 5 και 10 ευρώ ανά γραμμάριο ⁽⁴⁷⁾.

Οι μέσες τιμές της ρητίνης κάνναβης, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός ⁽⁴⁸⁾, μειώθηκαν κατά την περίοδο 1999-2004 σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽⁴⁹⁾ εκτός της Γερμανίας και της Ισπανίας, όπου οι τιμές παρέμειναν σταθερές, και του Λουξεμβούργου, όπου σημειώθηκε μικρή αύξηση. Οι μέσες τιμές της

φυτικής κάνναβης, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός ⁽⁵⁰⁾, αδιευκρίνιστου τύπου ή εισαγόμενης, επίσης μειώθηκαν κατά την εν λόγω περίοδο στις περισσότερες από τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, αλλά παρέμειναν σταθερές στην Ισπανία και τις Κάτω Χώρες και αυξήθηκαν στη Γερμανία, στη Λεττονία, στο Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία. Μόνον δύο χώρες, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, ανέφεραν τη μέση τιμή της εγχώρια παραγόμενης φυτικής κάνναβης, η οποία και στις δύο περιπτώσεις παρουσίασε μείωση.

Η δραστηριότητα των προϊόντων κάνναβης καθορίζεται από την περιεκτικότητά τους σε Δ⁹-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που είναι το κύριο δραστικό συστατικό της (ΕΚΠΝΤ, 2004β). Το 2004, η αναφερόμενη μέση περιεκτικότητα της ρητίνης κάνναβης σε THC σε επίπεδο λιανικής διακίνησης κυμαινόταν από λιγότερο του 1% (Βουλγαρία) έως 16,9% (Κάτω Χώρες), ενώ η δραστηριότητα της φυτικής ρητίνης κυμαινόταν μεταξύ 0,6% (Πολωνία) και 12,7% (Αγγλία και Ουαλία) ⁽⁵¹⁾. Η δραστηριότητα της εγχώρια παραγόμενης φυτικής κάνναβης στις Κάτω Χώρες ήταν 17,7%, όπως αναφέρθηκε ⁽⁵²⁾.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Η κάνναβη είναι η παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα στην Ευρώπη. Η χρήση της αυξήθηκε σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ κατά τη δεκαετία του 1990, ιδίως μεταξύ των νέων, συμπεριλαμβανομένων των μαθητών.

Υπολογίζεται ότι περίπου 65 εκατ. ενήλικοι Ευρωπαίοι, δηλαδή το 20% περίπου των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών, έχουν δοκιμάσει την ουσία τουλάχιστον μία φορά ⁽⁵³⁾, μολονότι υπενθυμίζεται ότι οι περισσότεροι εξ αυτών δεν χρησιμοποιούν την ουσία την παρούσα χρονική στιγμή. Τα ποσοστά ποικίλλουν ευρέως από χώρα σε χώρα, καθώς κυμαίνονται από 2 έως 31%. Τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Μάλτα, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία και τα υψηλότερα από τη Δανία (31%), την Ισπανία (29%), τη Γαλλία (26%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (30%) ⁽⁵⁴⁾. Από τις 25 χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες, 13 παρουσίασαν ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή της τάξης του 10-20% ⁽⁵⁵⁾.

⁽⁴¹⁾ Βλέπε πίνακα SZR-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴²⁾ Βλέπε πίνακα SZR-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴³⁾ Βλέπε υποσημείωση 40. Στοιχεία για τον αριθμό των κατασχέσεων φυτικής κάνναβης το 2004 δεν ήταν διαθέσιμα για την Πολωνία.

⁽⁴⁴⁾ Βλέπε πίνακα SZR-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴⁵⁾ Βλέπε πίνακα SZR-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴⁶⁾ Βλέπε υποσημείωση 40.

⁽⁴⁷⁾ Βλέπε πίνακα PPP-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴⁸⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽⁴⁹⁾ Κατά την περίοδο 1999-2004, στοιχεία για τις τιμές της ρητίνης/φυτικής ήταν διαθέσιμα για τουλάχιστον τρία διαδοχικά έτη στο Βέλγιο, στην Κύπρο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία (μόνον της φυτικής), στη Ρουμανία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία. Ωστόσο, οι τάσεις στην Τσεχική Δημοκρατία δεν υποβλήθηκαν σε ανάλυση λόγω μεθοδολογικών περιορισμών που επηρέασαν τα στοιχεία που υποβλήθηκαν.

⁽⁵⁰⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽⁵¹⁾ Βλέπε διάγραμμα PPP-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁵²⁾ Βλέπε πίνακα PPP-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁵³⁾ Το μέσο ποσοστό υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των εθνικών ποσοστών επικράτησης σταθμισμένων βάσει του πληθυσμού της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας σε κάθε χώρα. Οι συνολικοί αριθμοί υπολογίστηκαν πολλαπλασιάζοντας την επικράτηση στον συγκεκριμένο πληθυσμό κάθε χώρας. Στις χώρες για τις οποίες δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία έγιναν εκτιμήσεις. Τα αριθμητικά στοιχεία που παρατίθενται εδώ είναι πιθανόν οι ελάχιστες τιμές, δεδομένου ότι τα στοιχεία που υποβλήθηκαν μπορεί να είναι ελλιπή.

⁽⁵⁴⁾ Στο παρόν κείμενο, τα αριθμητικά στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο βασίζονται στην έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία το 2005 (Αγγλία και Ουαλία), για πρακτικούς λόγους. Υπάρχουν χωριστές εκτιμήσεις για τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία, ενώ υπάρχει και μια συνδυασμένη εκτίμηση για το Ηνωμένο Βασίλειο (παρουσιάζονται στο δελτίο στατιστικών στοιχείων).

⁽⁵⁵⁾ Βλέπε πίνακα GPS-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Εκτίμηση της χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό

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

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

Η «δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή» έχει περιορισμένη αξία για την εκτίμηση της πρόσφατης χρήσης στους ενήλικους (μολονότι μπορεί να αποτελεί χρήσιμο δείκτη για τους μαθητές), αλλά μπορεί να παράσχει πληροφορίες σχετικά με τα πρότυπα χρήσης. Η «χρήση κατά το τελευταίο έτος» και η «χρήση κατά τον τελευταίο μήνα» απηχούν την τρέχουσα κατάσταση με μεγαλύτερη ακρίβεια· η «χρήση κατά τον τελευταίο μήνα» αναδεικνύει περισσότερο τα άτομα που κάνουν συχνή χρήση ναρκωτικών.

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD) είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από τους μαθητές των σχολείων της Ευρώπης και είναι ένα πολύτιμο μέσο για την καταγραφή τάσεων σε βάθος χρόνου. Το ESPAD διενήργησε έρευνες το 1995, το 1999 και το 2003. Η επόμενη έρευνα πρόκειται να διενεργηθεί το 2007.

Το ESPAD χρησιμοποιεί τυποποιημένες μεθόδους και εργαλεία σε εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών ηλικίας 15 και 16 ετών, ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Η συμμετοχή στο ESPAD διογκώνεται σε κάθε έρευνα, καθώς το 1995 συμμετείχαν 26 ευρωπαϊκές χώρες, 30 το 1999 και 35 το 2003, συμπεριλαμβανομένων 22 κρατών μελών της ΕΕ και τεσσάρων υποψήφιων χωρών (Βουλγαρία, Κροατία, Ρουμανία και Τουρκία). Οι ερωτήσεις της έρευνας επικεντρώνονται στην κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση παράνομων ναρκωτικών, με βάση τα τυποποιημένα χρονικά πλαίσια, καθώς και στη συχνότητα της χρήσης.

Πληροφορίες σχετικά με το ESPAD και τη διαθεσιμότητα των εκθέσεων υπάρχουν στην ιστοθέση του ESPAD (www.ESPAD.org).

(¹) Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία των ερευνών στον γενικό πληθυσμό και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε εθνική έρευνα, βλέπε δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Η χρήση κατά το τελευταίο έτος είναι σαφώς χαμηλότερη σε σχέση με τη χρήση σε όλη τη ζωή. Υπολογίζεται ότι περίπου 22,5 εκατ. ενήλικοι Ευρωπαίοι έκαναν χρήση κάνναβης το περασμένο έτος, το 7% περίπου των ατόμων ηλικίας 15–64 ετών. Τα εθνικά ποσοστά κυμαίνονται από 1 έως 11%. Τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Ελλάδα, τη Μάλτα και τη Βουλγαρία και τα υψηλότερα από την Ισπανία (11,3%), τη Γαλλία (9,8%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (9,7%) (⁵⁶).

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης κατά τον τελευταίο μήνα αντιπροσωπεύουν καλύτερα τη συστηματική χρήση του ναρκωτικού. Υπολογίζεται ότι 12 εκατ. ενήλικοι Ευρωπαίοι έκαναν χρήση του ναρκωτικού τις τελευταίες 30 ημέρες, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο 4% των ενηλίκων. Τα εθνικά ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,5 και 7,5%, μια δεκαπενταπλάσια διαφορά. Τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Λιθουανία, τη Μάλτα, τη Σουηδία και τη Βουλγαρία και τα υψηλότερα από την Τσεχική Δημοκρατία (4,8%), την Ισπανία (7,6%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (5,6%) (⁵⁷).

Η χρήση παράνομων ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης, επικεντρώνεται κυρίως στους νέους. Το 2004, μεταξύ 3 και 44% των Ευρωπαίων ηλικίας 15–34 ετών ανέφεραν ότι δοκίμασαν κάνναβη, 3–20% είχε κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος, και 1,5–13% είχε κάνει χρήση κατά τον τελευταίο μήνα. Τα υψηλότερα ποσοστά προέρχονταν και πάλι από την Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι ευρωπαϊκοί μέσοι όροι για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι 32% για χρήση σε όλη τη ζωή, 14% για χρήση κατά το τελευταίο έτος (σε σύγκριση με 2% για τα άτομα ηλικίας 35 έως 64 ετών) και πάνω από 7% για χρήση κατά τον τελευταίο μήνα (σε σύγκριση με 1% για τα άτομα ηλικίας 35 έως 64 ετών) (⁵⁸).

Η χρήση της κάνναβης είναι ακόμα υψηλότερη στα άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών. Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 3 και 44% (οι περισσότερες χώρες αναφέρουν ποσοστά της τάξης του 20–40%), η χρήση κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 4 έως 28% (στις περισσότερες χώρες 10–25%) (διάγραμμα 2) και η χρήση κατά τον τελευταίο μήνα κυμαίνεται από 1 έως 15% (στις περισσότερες χώρες 5–12%), ενώ τα ποσοστά των ανδρών είναι υψηλότερα από εκείνα των γυναικών. Στα νέα κράτη μέλη τα ποσοστά της χρήσης κάνναβης στους νεαρούς ενήλικους ηλικίας 15–24 ετών κυμαίνονται κατά κανόνα στα ίδια επίπεδα με εκείνα στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, αλλά στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά χρήσης μειώνονται σημαντικά (⁵⁹).

Κατ' αντιδιαστολή, στο πλαίσιο της εθνικής έρευνας των ΗΠΑ για τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία το 2004 (⁶⁰), 40,2% των ενηλίκων (οι οποίοι ορίζονται ως άτομα ηλικίας δώδεκα ετών και άνω) ανέφεραν χρήση σε όλη τη ζωή, εν συγκρίσει με τον κοινοτικό μέσο όρο του 20% περίπου. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο και από εκείνο των ευρωπαϊκών χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης σε

(⁵⁶) Βλέπε πίνακα GPS-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

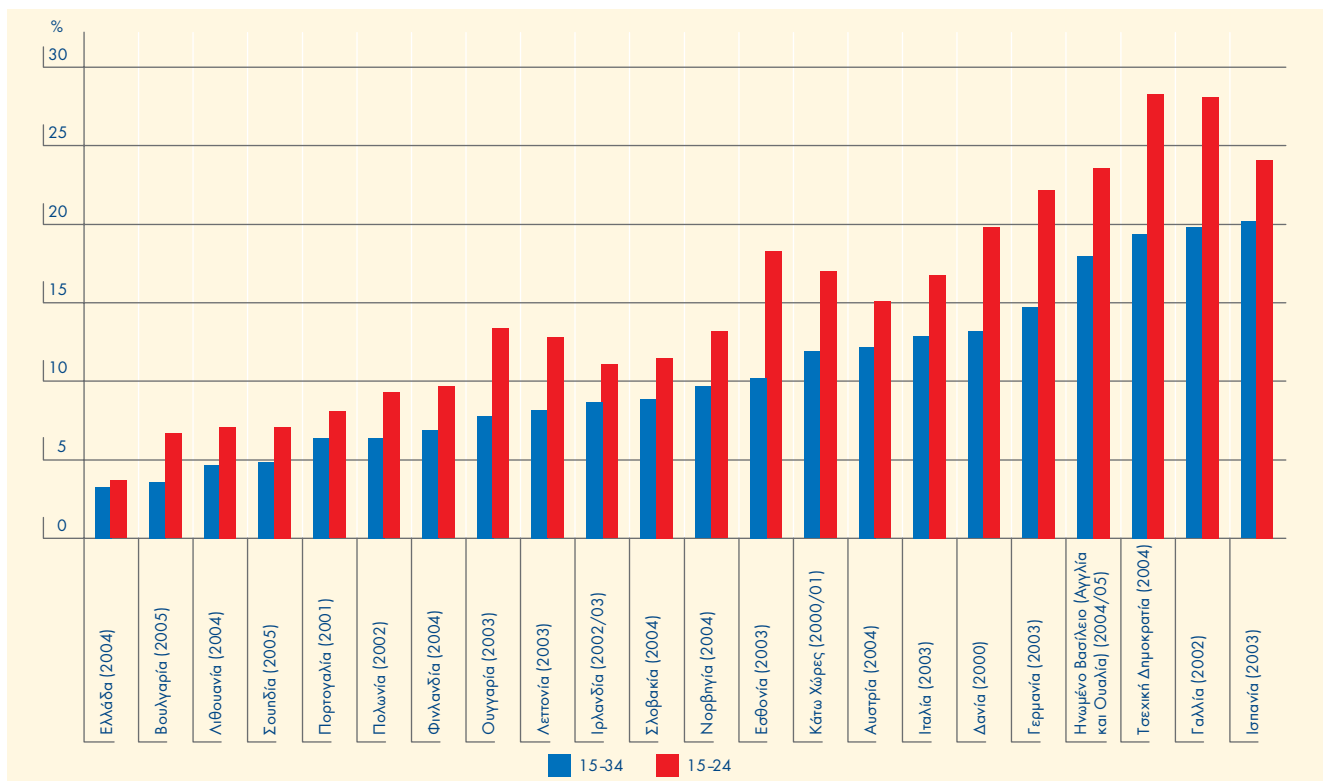
(⁵⁷) Βλέπε πίνακα GPS-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

(⁵⁸) Βλέπε πίνακες GPS-2, GPS-4 και GPS-6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

(⁵⁹) Βλέπε πίνακες GPS-14, GPS-15 και GPS-16 και διαγράμματα GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 και GPS-26 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων.

(⁶⁰) Πηγή: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος για «όλους τους ενηλίκους» στην έρευνα των ΗΠΑ (δώδεκα ετών και άνω) είναι ευρύτερο από το πρότυπο εύρος ηλικίας στις ευρωπαϊκές έρευνες (15–64).

Διάγραμμα 2: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 και 15-24 ετών)



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά το χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακες GPS-8, GPS-11 και GPS-18 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για περαιτέρω πληροφορίες.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Ρεϊτοχ (2005), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

όλη τη ζωή (Δανία 31,3% και Ηνωμένο Βασίλειο 29,7%), μολονότι οι διαφορές στις εκτιμήσεις της χρήσης κατά τον τελευταίο μήνα είναι λιγότερο έντονες: το ποσοστό αυτό είναι 10,6% στις Ηνωμένες Πολιτείες εν συγκρίσει με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο που ανέρχεται σε 7%, και αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ανέφεραν ποσοστά παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Πέντε κράτη μέλη της ΕΕ (Βέλγιο, Ισπανία, Κύπρος, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο) ανέφεραν νέα στοιχεία από εθνικές έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό, και η Βουλγαρία ανέφερε στοιχεία από έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό που πραγματοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες πόλεις. Συνολικά, η εικόνα της χρήσης κάνναβης στους μαθητές στην Ευρώπη παραμένει αμετάβλητη. Η υψηλότερη εκτίμηση για την επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές παρατηρείται στην Τσεχική Δημοκρατία και την Ισπανία (44 και 41% αντίστοιχα). Στις χώρες με ποσοστό υψηλότερο από 25% ανήκουν η Γερμανία, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβακία και η Σλοβενία (27-28%), και το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η επικράτηση της χρήσης κυμαίνεται από 32 έως 40%. Οι χαμηλότερες εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή (κάτω του 10%) παρατηρούνται στην Κύπρο, στην Ελλάδα, στη Σουηδία, στη Ρουμανία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία⁽⁶¹⁾.

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές δεν πρέπει να ανάγονται στους μαθητές μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς με την παραμικρή αύξηση της ηλικίας μπορεί να παρατηρείται μεγάλη αύξηση στην επικράτηση. Στους 17χρονους και 18χρονους οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή ξεπερνούν το 50% στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ισπανία και τη Γαλλία⁽⁶²⁾. Και στη Σουηδία, όπου η επικράτηση είναι χαμηλή συγκριτικά με πολλά άλλα κράτη μέλη, η εκτιμώμενη χρήση κάνναβης σε όλη τη ζωή στους 17χρονους και τους 18χρονους μαθητές (14%) είναι σχεδόν διπλάσια απ' ό,τι στους 15χρονους και 16χρονους (6%)⁽⁶³⁾.

Πρότυπα χρήσης κάνναβης

Η χρήση της κάνναβης τείνει να είναι περιστασιακή ή να διακόπτεται ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα από την έναρξη της χρήσης. Κατά μέσο όρο, το 33% των Ευρωπαίων που έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά έκανε χρήση και κατά το τελευταίο έτος, ενώ μόλις 16% έκανε χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες. Τα ποσοστά αυτά, γνωστά ως «ποσοστά συνεχούς χρήσης», ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, καθώς κυμαίνονται από 20 έως 45% για τη συνεχή χρήση κατά το τελευταίο έτος και από 10 έως 25% για τη συνεχή χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες⁽⁶⁴⁾.

⁽⁶¹⁾ Βλέπε πίνακα EYE-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων.

⁽⁶²⁾ Έρευνα Escarraf που πραγματοποιήθηκε μεταξύ άλλων σε νέους 17 και 18 ετών που δεν πηγαίνουν σχολείο.

⁽⁶³⁾ Βλέπε πίνακα EYE-3 και διάγραμμα EYE-1 (μέρος ι) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁶⁴⁾ Βλέπε διάγραμμα GPS-24 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Μολονότι η χρήση κάνναβης επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στους νέους, από στοιχεία που προέρχονται από την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται να προκύπτει ότι κάποια άτομα μπορεί να συνεχίζουν να κάνουν χρήση του ναρκωτικού και κατά την τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής τους. Αυτό ενδέχεται να αποτελεί μια μακροπρόθεσμη αλλαγή στα πρότυπα χρήσης της κάνναβης που κρίζει περαιτέρω προσοχής.

Η χρήση της κάνναβης, όπως και κάθε άλλου παράνομου ναρκωτικού, είναι σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Η διαφορά είναι πιο έντονη στην περίπτωση της χρήσης κατά το τελευταίο έτος ή τον τελευταίο μήνα από ό,τι στη χρήση σε όλη τη ζωή τους, αλλά οι διαφορές είναι μικρότερες στους νέους από ό,τι στους ενήλικους μεγαλύτερης ηλικίας (βλέπε το επιλεγμένο θέμα για το φύλο). Η χρήση της κάνναβης είναι επίσης πιο διαδεδομένη σε αστικές περιοχές ή σε περιοχές με μεγάλη πληθυσμιακή πυκνότητα. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η χρήση μπορεί να εξαπλώνεται σε μικρότερες πόλεις ή αγροτικές περιοχές, και η τάση αυτή καταγράφηκε από την Πολωνία στην εθνική της έκθεση για το 2005.

Παρά τον αυξανόμενο προβληματισμό για τη συστηματική ή εντατική χρήση κάνναβης⁽⁶⁵⁾, οι πληροφορίες που υπάρχουν σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι πολύ περιορισμένες. Σύμφωνα με μια χονδρική εκτίμηση που διατυπώνεται στην ετήσια έκθεση για το 2004 (ΕΚΠΝΤ, 2004α), το 1 % των ενήλικων Ευρωπαίων, περίπου 3 εκατ. άτομα, ενδέχεται να κάνουν καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης. Αρκετές χώρες ανέφεραν αύξηση της συστηματικής ή της εντατικής χρήσης, αλλά μόνο η Ισπανία ανέφερε ανάλογα στοιχεία για την καθημερινή χρήση σύμφωνα με τα οποία σημειώθηκε αύξηση κατά τα έτη 1997-1999 (0,7-0,8 % των ενήλικων) και 2001 (1,5 %), την οποία ακολούθησε σταθεροποίηση το 2003 (1,5 %). Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να υπήρχαν πληροφορίες από άλλες χώρες και ανά συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες (π.χ. 15-24 ετών). Από τη γαλλική έρευνα Escarad για το 2003 προκύπτει ότι το 14 % των 17χρονων και των 18χρονων νέων (9 % των κοριτσιών και 18 % των αγοριών) μπορεί να θεωρηθεί ότι διατρέχουν κίνδυνο προβληματικής χρήσης, σύμφωνα με μια ειδική κλίμακα (CAST). Και σε άλλες χώρες εκπονούνται κλίμακες για την αξιολόγηση των μορφών εντατικής χρήσης κάνναβης (Γερμανία, Κάτω Χώρες, Πολωνία και Πορτογαλία), και το ΕΚΠΝΤ προωθεί τη συνεργασία στον τομέα αυτό.

Τάσεις στη χρήση κάνναβης από ενήλικους

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

Επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στην υγεία

Τα τελευταία χρόνια αυξήθηκαν κατακόρυφα οι ανησυχίες για τα δυνητικά αποτελέσματα της χρήσης κάνναβης τόσο στην υγεία όσο και από κοινωνική άποψη. Μολονότι τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν την απόλυτη κατανόηση των ζητημάτων, μπορεί κανείς να συναγάγει ορισμένα συμπεράσματα. Είναι, για παράδειγμα, προφανές ότι η εντατική χρήση κάνναβης συσχετίζεται με διανοητικές νόσους, αλλά το θέμα της συννοσηρότητας είναι αλληλένδετο με ζητήματα αιτίας-αποτελέσματος. Οι πολυπλοκοίτες της συσχέτισης αυτής διερευνώνται και εξετάζονται σε μονογραφία του ΕΚΠΝΤ, η οποία πρόκειται να εκδοθεί προσεχώς.

Το γεγονός ότι η εντατική χρήση κάνναβης συχνά συνυπάρχει με προβλήματα ψυχικής υγείας που δεν συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών έχει πρακτικές συνέπειες. Κατά το σχεδιασμό θεραπείας για τους χρήστες κάνναβης οι ιατροί ενδεχομένως δυσκολεύονται να αποφασίσουν εάν πρέπει να ξεκινήσουν από την αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών ή το πρόβλημα ψυχικής υγείας. Οι μελέτες για τα αποτελέσματα της θεραπείας της προβληματικής χρήσης κάνναβης εξακολουθούν να σπανίζουν και οι λιγοστές που υπάρχουν καλύπτουν μόνο συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Όλες οι άλλες μέθοδοι θεραπείας είτε δεν έχουν μελετηθεί καθόλου είτε δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν στοιχεία για την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

Γενικά θεωρείται ότι η χρήση της κάνναβης άρχισε να εξαπλώνεται σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες στη δεκαετία του 1960 και έγινε δημοφιλής στις δεκαετίες του 1970 και 1980. Από πρόσφατες εθνικές έρευνες προκύπτουν σημαντικά ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στα άτομα ηλικίας 45 έως 54 ετών στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στις Κάτω Χώρες, στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, γεγονός που υποδηλώνει σημαντικά ποσοστά έναρξης χρήσης κάνναβης στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τη δεκαετία του 1970. Από την ανάλυση στοιχείων που αφορούν την έναρξη χρήσης κάνναβης διαπιστώθηκε έντονη εξάπλωση της χρήσης στην Ισπανία κατά τη δεκαετία του 1970, στη Γερμανία (Δυτική) κατά τη δεκαετία του 1980 και στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1990⁽⁶⁶⁾. Στα σουηδικά στοιχεία καταγράφεται ένα σχετικά υψηλό επίπεδο πειραματισμού κατά τη δεκαετία του 1970 στους στρατευμένους (15-20 %).

Έρευνες σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο σε νοικοκυριά, έρευνες σε στρατευμένους και στον μαθητικό πληθυσμό δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ, ιδίως στους νέους. Η αύξηση αυτή συνεχιζόταν έως πρόσφατα σε όλες σχεδόν τις χώρες, μολονότι υπάρχουν ενδείξεις σταθεροποίησης ή ακόμη και μείωσης σε ορισμένες περιπτώσεις.

⁽⁶⁵⁾ Δεν υπάρχει μέχρι τώρα καθολικά αποδεκτός ορισμός της «εντατικής χρήσης κάνναβης»· αντίθετα, από μελέτη σε μελέτη δίνεται διαφορετικός ορισμός. Πρόκειται, ωστόσο, για έναν ευρύ όρο που σημαίνει χρήση κάνναβης που υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο όριο συχνότητας. Δεν υποδηλώνει απαραίτητα την ύπαρξη «εξάρτησης/κατάχρησης» ή άλλων προβλημάτων, αλλά θεωρείται ότι αυξάνει τον κίνδυνο αρνητικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης. Στο κεφάλαιο αυτό, τα αριθμητικά στοιχεία αναφέρονται σε «καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση» (που ορίζεται ως χρήση επί 20 ή περισσότερες από τις τελευταίες 30 ημέρες). Αυτό το μέγεθος αναφοράς χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες και προκύπτει από το πρότυπο ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο. Ο κίνδυνος εξάρτησης στα άτομα που κάνουν λιγότερο συχνή χρήση είναι μικρότερος.

⁽⁶⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα 4 στην ετήσια έκθεση για το 2004.

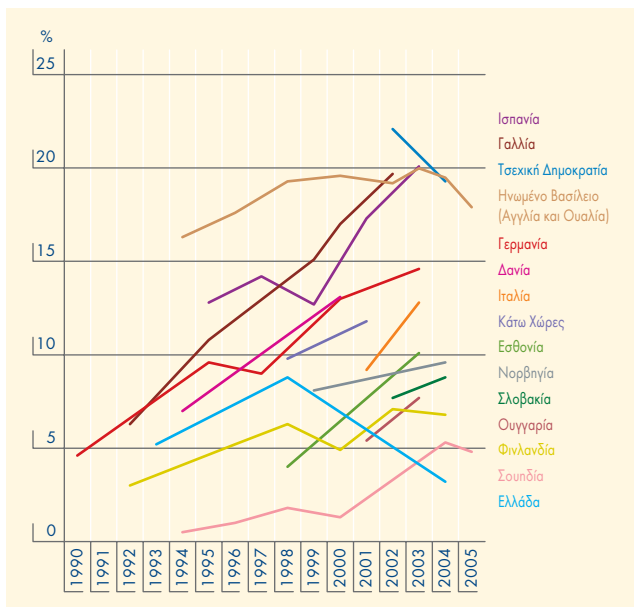
Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα ποσοστά της πρόσφατης χρήσης κάνναβης στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34) ήταν τα υψηλότερα στην Ευρώπη στις αρχές της δεκαετίας του 1990, αλλά μειώθηκαν σιγά-σιγά από το 1998 έως το 2004/05 ⁽⁶⁷⁾, ενώ στην Ισπανία και τη Γαλλία τα ποσοστά προσφάτως (2002 ή 2003) προσέγγισαν εκείνα του Ηνωμένου Βασιλείου (διάγραμμα 3). Παρόμοια υψηλά επίπεδα επικράτησης αναφέρονται επίσης για την Τσεχική Δημοκρατία.

Τα επίπεδα χρήσης είναι χαμηλότερα στη Δανία, στη Γερμανία, στην Εσθονία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες και τη Σλοβακία, αλλά όλες αυτές οι χώρες ανέφεραν αύξηση κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους, όπως και η Ουγγαρία, σε μικρότερο όμως βαθμό. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία της Δανίας (2000) και των Κάτω Χωρών (2001) είναι πλέον σχετικά παλαιά, και η τρέχουσα κατάσταση είναι επομένως πιο ασαφής.

Στη Φινλανδία και τη Σουηδία τα ποσοστά επικράτησης είναι σχετικά χαμηλά, αλλά παρουσιάζουν αυξητική τάση. Ωστόσο, η διαφορά που παρατηρείται στη Σουηδία μεταξύ 2000 (1,3%) και 2004 (5,3%) είναι δυσερμίνευτη λόγω μεθοδολογικών αλλαγών ⁽⁶⁸⁾.

Και οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης κατά τον τελευταίο μήνα γενικά αυξήθηκαν την περασμένη

Διάγραμμα 3: Τάσεις στην επικράτηση της χρήσης κάνναβης κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών)



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά το χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακα GPS-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

δεκαετία, μολονότι έντονη αύξηση παρατηρήθηκε μόνο στο Βέλγιο και την Ισπανία. Το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε πρόσφατα μείωση στη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα, αφού προηγουμένως είχε παρουσιάσει τα υψηλότερα επίπεδα στην Ευρώπη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Επίσης, η Σλοβακία ανέφερε μείωση μεταξύ των ετών 2002 και 2004. Στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Γαλλία δεν κατέστη δυνατή η αξιολόγηση της τάσης.

Επιπλέον, από τις έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό μπορεί να προκύψουν πολύτιμες πληροφορίες για τις τάσεις της χρήσης ναρκωτικών στα νεαρότερα μέλη του πληθυσμού, από τις οποίες μπορεί να προβλεπθούν οι μελλοντικές τάσεις στους νεαρούς ενήλικους. Στις περισσότερες χώρες, από το 1995, καταγράφεται σταθερή αύξηση του αριθμού των μαθητών που έχουν δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Ωστόσο, οι γεωγραφικές διαφοροποιήσεις είναι έντονες. Οι τάσεις της επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις γεωγραφικές ομάδες. Στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, χώρες με μακρά ιστορία στη χρήση κάνναβης, το ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή είναι υψηλό, αλλά παραμένει σταθερό την τελευταία δεκαετία (περίπου 37-39%). Στα κράτη μέλη της Ανατολικής και της Κεντρικής Ευρώπης, όπως και στη Δανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία και την Πορτογαλία, το 2003 το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με το 1995. Στην τρίτη κατηγορία κρατών μελών (Φινλανδία και Σουηδία στον Βορρά, και Ελλάδα, Κύπρος και Μάλτα στον Νότο) και τη Νορβηγία, οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους μαθητές παρέμειναν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (περίπου 10% και χαμηλότερα) ⁽⁶⁹⁾.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία ⁽⁷⁰⁾

Από τις περίπου 380 000 αιτήσεις για θεραπεία που αναφέρθηκαν συνολικά το 2004 (διαθέσιμα στοιχεία από 19 χώρες), η κάνναβη ήταν η κύρια αιτία παραπομπής σε θεραπεία σε περίπου 15% των περιπτώσεων, καθιστώντας την τη δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωίνη ⁽⁷¹⁾.

Συνολικά, η κάνναβη είναι επίσης το δεύτερο συχνότερα αναφερόμενο ναρκωτικό στις πληροφορίες για τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία για πρώτη φορά, αντιπροσωπεύοντας το 27% των ατόμων που αναφέρθηκαν το 2004 ως άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, καθώς η κάνναβη αναφέρεται από λιγότερο από 5% του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά στη Λιθουανία, στη Μάλτα και τη Ρουμανία, αλλά από περισσότερο από 40% του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά στη Γερμανία, στη

⁽⁶⁷⁾ Από το 1994, το πρώτο έτος με πληροφορίες που βασίζονται στην έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία (Αγγλία και Ουαλία).

⁽⁶⁸⁾ Βλέπε διαγράμματα GPS-4 και GPS-14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁶⁹⁾ Βλέπε πίνακα EYE-5 (μέρος i) και διάγραμμα EYE-1 (μέρος ii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷⁰⁾ Η ανάλυση της γενικής κατανομής και των τάσεων βασίζεται στα στοιχεία που αφορούν τα άτομα που ζητούν θεραπεία σε όλα τα θεραπευτικά κέντρα. Η ανάλυση του προφίλ των ατόμων που ζητούν θεραπεία και των προτύπων χρήσης ναρκωτικών βασίζεται στα στοιχεία που προέρχονται από κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Ειδική ανάλυση των στοιχείων βάσει του φύλου παρατίθεται στο επιλεγμένο θέμα για το φύλο που δημοσιεύεται μαζί με την επίσης έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2006.

⁽⁷¹⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Δανία, στην Ουγγαρία και τη Φινλανδία ⁽⁷²⁾. Κατά την περίοδο 1999–2004, το συνολικό ποσοστό των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη για πρώτη φορά αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽⁷³⁾.

Σε όλες τις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, το ποσοστό των ατόμων που αναφέρεται ότι ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη είναι υψηλότερο από το συνολικό ποσοστό των ατόμων υπό θεραπεία, με λιγοστές μόνο εξαιρέσεις, όπου τα ποσοστά είναι περίπου ίσα ⁽⁷⁴⁾. Η μεγαλύτερη ζήτηση για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη παρουσιάζεται σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής ⁽⁷⁵⁾.

Η αύξηση της ζήτησης για θεραπεία απεξάρτησης είναι πιθανόν να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, και εξακολουθεί να αποτελεί ένα θέμα που χρήζει προσεκτικής έρευνας. Μεταξύ των λόγων στους οποίους μπορεί να οφείλεται η αύξηση είναι η κλιμάκωση της εντατικής χρήσης κάνναβης και των σχετικών προβλημάτων στον γενικό πληθυσμό, η αύξηση της συνειδητοποίησης των κινδύνων από τη χρήση κάνναβης, η αύξηση του αριθμού των παραπομπών σε θεραπεία από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης (ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας σε ορισμένες χώρες) και οι αλλαγές στο σύστημα αναφοράς ή/και στην κάλυψή του ⁽⁷⁶⁾.

Γενικά, τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: σε όσους κάνουν περιστασιακή χρήση (34%), σε όσους κάνουν χρήση από μία έως αρκετές φορές την εβδομάδα (32%) και σε όσους κάνουν καθημερινή χρήση (34%). Υπάρχουν έντονες διαφορές μεταξύ των χωρών σε ό,τι αφορά τη συχνότητα χρήσης της κάνναβης στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία, καθώς το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που κάνουν καθημερινή χρήση αναφέρθηκε στις Κάτω Χώρες και τη Δανία και τα υψηλότερα ποσοστά περιστασιακών χρηστών ή ατόμων που δεν έχουν κάνει χρήση κάνναβης το μήνα πριν από τη θεραπεία παρατηρούνται στη Γερμανία, στην Ελλάδα και την Ουγγαρία. Η διαφοροποίηση αυτή πιθανώς απηχεί διαφορές στην παραπομπή σε θεραπεία (π.χ. περισσότερες παραπομπές από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης ή από κοινωνικά δίκτυα) ⁽⁷⁷⁾.

Ο βαθμός στον οποίο οι χρήστες κάνναβης πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια είτε εξάρτησης είτε επιβλαβούς χρήσης είναι ένα σημαντικό ζήτημα. Επί του παρόντος, το θέμα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Καθώς οι πρακτικές παραπομπές διαφέρουν από χώρα σε χώρα, απαιτείται η διεξαγωγή ερευνών για την καταγραφή των διαφορετικών κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης.

Ορισμένα άτομα ζητούν θεραπεία για χρήση κάνναβης σε συνδυασμό με άλλα προβλήματα ναρκωτικών ή αλκοόλ,

και μερικές φορές η αίτηση για θεραπεία συνδέεται με γενικότερα προβλήματα, όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς στους νέους. Επίσης, σε μερικές πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι σημειώθηκε αύξηση στον αριθμό των εφήβων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση κάνναβης έχοντας παράλληλα προβλήματα ψυχικής υγείας, και ότι αυτό μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τη ζήτηση για θεραπεία ⁽⁷⁸⁾.

Είναι επίσης σημαντικό να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι ανάγκες των χρηστών κάνναβης σε επίπεδο γενικού πληθυσμού. Το ΕΚΠΝΤ υπολογίζει ότι υπάρχουν περίπου 3 εκατ. άτομα που κάνουν εντατική χρήση κάνναβης (οριζόμενη ως καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης) στην ΕΕ. Παρόλο που ο αριθμός των ατόμων που χρήζουν παρέμβασης δεν είναι γνωστός, ο αριθμός των αιτήσεων για θεραπεία που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης είναι μικρός σε σχέση με τον αριθμό αυτό.

Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα άτομα υπό θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής είναι συνήθως σχετικά νεαρής ηλικίας· το σύνολο σχεδόν των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση κάνναβης είναι ηλικίας κάτω των 30 ετών. Οι έφηβοι που υποβάλλονται σε εξειδικευμένη θεραπεία απεξάρτησης είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν πρόβλημα ναρκωτικών με την κάνναβη ως κύρια ουσία συγκριτικά με τα άτομα υπό θεραπεία που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές κατηγορίες, καθώς η κάνναβη αντιπροσωπεύει 75% των αιτήσεων θεραπείας στα άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών και 63% στα άτομα ηλικίας 15–19 ετών ⁽⁷⁹⁾.

Στην πλειονότητά τους τα άτομα που ζητούν θεραπεία αναφέρουν ότι έκαναν για πρώτη φορά χρήση κάνναβης όταν βρίσκονταν στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, καθώς το 36,8% έκανε χρήση του ναρκωτικού για πρώτη φορά πριν από την ηλικία των 15 ετών. Σχεδόν κανένα από τα άτομα που ζητούν βοήθεια δεν ανέφερε ότι έκανε χρήση κάνναβης για πρώτη φορά μετά τα 29 έτη ⁽⁸⁰⁾.

Πρόληψη

Τα προγράμματα καθολικής πρόληψης που εφαρμόζονται σωστά μπορούν να καθυστερήσουν ή να περιορίσουν την έναρξη χρήσης ουσιών όπως ο καπνός, το αλκοόλ και η κάνναβη από τους νέους. Η σημασία του γεγονότος αυτού υπογραμμίζεται από στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα άτομα που ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών από νεαρή ηλικία (από την προεφηβεία έως τα μέσα της εφηβείας) διατρέχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να αποκτήσουν πρόβλημα ναρκωτικών, περιλαμβανομένης της εξάρτησης (Von Sydow κ.ά., 2002· Chen κ.ά., 2005). Ένα άλλο στοιχείο προς ενίσχυση των προσαθειών για την πρόληψη ή την καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης κάνναβης είναι

⁽⁷²⁾ Βλέπε πίνακα TDI-4 (μέρος ii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷³⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷⁴⁾ Βλέπε πίνακες TDI-3 (μέρος iii) και TDI-4 (μέρος iii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷⁵⁾ Βλέπε πίνακα TDI-25 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷⁶⁾ Το 2007 πρόκειται να εκδοθεί μονογραφία του ΕΚΠΝΤ για την κάνναβη· τρία κεφάλαια της μονογραφίας θα επικεντρώνονται στο θέμα της αύξησης της ζήτησης της θεραπείας απεξάρτησης από την κάνναβη.

⁽⁷⁷⁾ Βλέπε πίνακα TDI-18 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 (μέρος i) και (μέρος ii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁸⁰⁾ Βλέπε πίνακα TDI-11 (μέρος ii) και (μέρος ix) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

το γεγονός ότι οι έφηβοι είναι περισσότερο ευάλωτοι στην τοξικότητα της κάνναβης.

Τα προφίλ των νεαρών χρηστών κάνναβης, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της κατανάλωσης, δεν διαφέρουν σε σχέση με εκείνα των νεαρών χρηστών αλκοόλ και καπνού. Το γεγονός αυτό ενισχύει την ιδέα ότι η καθολική πρόληψη για τους νέους δεν πρέπει να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην κάνναβη, αλλά να αποσκοπεί επίσης στην πρόληψη της χρήσης αλκοόλ και καπνού.

Το φύλο είναι ένα σημαντικό θέμα στο πλαίσιο της πρόληψης της κάνναβης (βλέπε το επιλεγμένο θέμα για το φύλο). Τα αγόρια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προχωρήσουν σε πιο εντατική χρήση, ίσως γιατί τα κορίτσια λαμβάνουν περισσότερο υπόψη τη γονική αποδοκίμασία και είναι πιο προσεκτικά στην επιλογή των συνομηλίκων τους. Ωστόσο, αυτό αλλάζει καθώς μεταβάλλονται οι παραδοσιακοί ρόλοι ανδρών και γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες. Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, προγράμματα που αποσκοπούν στην πρόληψη τόσο της κάνναβης όσο και της χρήσης αλκοόλ (Bagmaendene, Δανία· Beer-Group, Γερμανία· και Risflecting, Αυστρία) επιχειρούν να δώσουν λύση στην έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας των αγοριών. Είναι γνωστό ότι μία αιτία της εντατικής κατανάλωσης αλκοόλ και κάνναβης από τα αγόρια είναι ότι δυσκολεύονται να προσεγγίσουν τα κορίτσια, και, ως εκ τούτου, τα σχέδια αυτά εκπαιδεύουν τα αγόρια στο φλερτ.

Η επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία επικεντρώνεται σε παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών όπως η πρόωρη εγκατάληψη του σχολείου, η αντικοινωνική συμπεριφορά, οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις, η αδυναμία σύναψης συναισθηματικών δεσμών, η μη τακτική παρακολούθηση των μαθημάτων και η ανεπαρκής μάθηση λόγω της χρήσης ναρκωτικών.

Στόχος του γερμανικού προγράμματος με τίτλο «Μαστουρωμένος στο σχολείο» είναι να εκπαιδεύσει τους εκπαιδευτικούς στον έγκαιρο εντοπισμό και την έγκαιρη παρέμβαση, την πρόληψη της κατανάλωσης κάνναβης και την ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ των σχολείων και των κέντρων συμβουλευτικής για τα ναρκωτικά. Όπως και παρόμοια προγράμματα στην Αυστρία, είναι ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα δέκα ενοτήτων για την αύξηση της ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών στο θέμα της κατανάλωσης κάνναβης και στον εντοπισμό των μαθητών που διατρέχουν κίνδυνο.

Ειδικά κέντρα συμβουλευτικής για τα ναρκωτικά απαντώνται συχνά στη Γερμανία, στη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες. Από τον Ιανουάριο του 2005, περισσότερες από 250 κλινικές «συμβουλευτικής υποστήριξης και καθοδήγησης για την κάνναβη» δημιουργήθηκαν σε όλη την επικράτεια της Γαλλίας. Απευθυνόμενες σε εφήβους που αντιμετωπίζουν δυσκολίες εξαιτίας της χρήσης κάνναβης ή άλλων ναρκωτικών, αλλά και στους γονείς τους, οι εγκαταστάσεις αυτές προσφέρουν ανωνυμία, παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν και είναι ανοιχτές σε όλους. Βρίσκονται στις μεγάλες γαλλικές πόλεις για εύκολη πρόσβαση. Οι υπηρεσίες συμβουλευτικής παρέχονται από επαγγελματίες που είναι εκπαιδευμένοι στη χρήση εργαλείων αξιολόγησης και σε σύντομες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση εξαρτήσεων,

οι οποίοι μπορούν να προσδιορίσουν τις κατάλληλες κοινωνικές, ιατρικές ή ψυχιατρικές υπηρεσίες για άτομα που χρειάζονται εξειδικευμένη περίθαλψη. Αυτός ο νέος τύπος δομής θα αποτελέσει αντικείμενο μελέτης παρακολούθησης. Σύμφωνα με τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία για τους πρώτους δύο ή τρεις μήνες λειτουργίας, η προσέλευση ανέρχεται σε 3 500–4 000 άτομα το μήνα, από τα οποία 2 000–2 500 είναι χρήστες ναρκωτικών (οι υπόλοιποι είναι γονείς, συγγενείς και άτομα που ασκούν επαγγέλματα που σχετίζονται με τους νέους). Οι εναλλακτικές στρατηγικές συνίστανται στην παροχή σύντομων αλλά δομημένων σειρών μαθημάτων που περιλαμβάνουν περίπου δέκα ομαδικές συνεδρίες (Γερμανία, Δανία, Κάτω Χώρες, Αυστρία). Ένα συνοδευτικό εγχειρίδιο με τίτλο SKOLL (εκπαίδευση στον αυτοέλεγχο) εκπονήθηκε στο πλαίσιο ενός ολλανδογερμανικού σχεδίου Euregio.

Συχνά, τα «μαθήματα κατάρτισης» που αφορούν ειδικά την κάνναβη στηρίζονται στο γεγονός ότι η χρήση ή κατοχή κάνναβης είναι παράνομη και οι συμμετέχοντες παραπέμπονται σε αυτά μέσω του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης. Το κίνητρο συμμετοχής βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι η παρακολούθηση των μαθημάτων αυτόν αποτελεί υποχρεωτικό σκέλος της δικαστικής ποινής. Παρ' όλα αυτά, αυτές οι μέθοδοι επιτρέπουν την ανάπτυξη επικοινωνίας με ένα τουλάχιστον τμήμα της ομάδας που διατρέχει κίνδυνο.

Πολλές ευρωπαϊκές παρεμβάσεις επικεντρωμένες πρόληψης συνίστανται κυρίως στην παροχή πληροφοριών για την κάνναβη. Διάφορες προσεγγίσεις που βασίζονται περισσότερο σε τεκμηριωμένα στοιχεία, όπως η μεταβολή των κανονιστικών πεποιθήσεων (π.χ. μαθαίνοντας ότι οι περισσότεροι συνομηλικοί δεν εγκρίνουν τη χρήση ναρκωτικών), η εκπαίδευση στην επίδειξη αυτοεπιβολής, η παρώθηση και η θέσπιση στόχων καθώς και η διάψευση των μύθων (όσον αφορά τις αξίες με τις οποίες έχει συσχετιστεί η κάνναβη), δεν έχουν ακόμα εδραιωθεί ως τυποποιημένα στοιχεία των προγραμμάτων πρόληψης της κάνναβης. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των προγραμμάτων πρόληψης για ευάλωτους νέους (Roer και Becker, 2005) διαπίστωσε ότι οι προσεγγίσεις που βασίζονται σε πληροφορίες έχουν μικρό ή μηδενικό αντίκτυπο στις συμπεριφορές ή τη στάση έναντι της χρήσης, στο πλαίσιο είτε της καθολικής είτε της επικεντρωμένης πρόληψης. Οι ίδιοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα συνολικά προγράμματα κοινωνικής επιρροής έχουν σημαντική επίδραση στους ευάλωτους νέους.

Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει από τις λίγες διαθέσιμες αξιολογήσεις των ευρωπαϊκών σχεδίων επικεντρωμένης πρόληψης της κάνναβης (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants και άλλα· βλέπε ανωτέρω τον ιστοχώρο EDDRA στη διεύθυνση <http://eddra.emcdda.europa.eu>) είναι η αποτελεσματικότητα των τεχνικών που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα συνολικής κοινωνικής επιρροής. Στις θετικές συνέπειες των τεχνικών αυτών συγκαταλέγονται η μείωση των επιπέδων χρήσης, η ενίσχυση της αυτοαντίληψης της προβληματικής χρήσης, ο περιορισμός των βασικών παραγόντων κινδύνων και των συναφών προβλημάτων, καθώς και η βελτίωση του αυτοελέγχου και της παρώθησης.

Σύντομη παρέμβαση για χρήστες κάνναβης

Στόχος της προσέγγισης των σύντομων παρεμβάσεων είναι να κάνει τους χρήστες ναρκωτικών να αναλογιστούν τη χρήση που κάνουν και να τους παράσχει τις απαιτούμενες δεξιότητες για τον έλεγχό της. Η ιδέα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην παρακινητική συνέντευξη, μια μέθοδο η οποία, αποφεύγοντας τη διατύπωση κρίσεων και τις αντιπαραθέσεις, διερευνά τις αξίες και τους στόχους του ατόμου που προσφεύγει σε θεραπεία και την αυτοαξιολόγηση της χρήσης, και παρέχει ανατροφοδότηση σχετικά με τα σημεία στα οποία η αυτοεικόνα του ατόμου δεν συνάδει με την πραγματική κατάσταση.

Η σύντομη παρέμβαση συχνά στοχεύει στα αρχικά στάδια της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών από τα άτομα, ώστε να αποτραπεί η μετέπειτα εκδήλωση σοβαρών προβλημάτων με τα ναρκωτικά. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της σύντομης παρέμβασης στην πρόληψη της κατάχρησης αλκοόλ και καπνού, και το ενδιαφέρον για την αξία της προσέγγισης αυτής και για άλλες ουσίες αυξάνεται ολοένα.

Έχει διαπιστωθεί ότι η σύντομη παρέμβαση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο πλαίσιο μέτρων επικεντρωμένης πρόληψης που έχουν ως στόχο χρήστες κάνναβης που δεν έρχονται συνήθως σε επαφή με θεραπευτικά περιβάλλοντα. Στην περίπτωση των ατόμων που κάνουν εντατική χρήση κάνναβης, τα προγράμματα στο πλαίσιο της εκπαίδευσης που δίνουν έμφαση στην αποχή ενδέχεται να μην είναι αποτελεσματικά.

Οι σύντομες παρεμβάσεις είναι οικονομικές και ενδεχομένως να είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για τους χρήστες κάνναβης, καθώς διαπιστώνεται ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στις περιπτώσεις χρηστών ναρκωτικών οι οποίοι:

- βιώνουν λίγα προβλήματα από τη χρήση ναρκωτικών·
- έχουν χαμηλά επίπεδα εξάρτησης·
- έχουν σύντομο ιστορικό χρήσης ναρκωτικών·
- έχουν σταθερό υπόβαθρο (κοινωνικό, εκπαιδευτικό, οικογενειακό)·
- δεν είναι βέβαιοι ή αμφιταλαντεύονται ως προς το να αλλάξουν τη χρήση ναρκωτικών.

Αυτή η μορφή προσέγγισης χρησιμοποιείται πλέον σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων η Γερμανία, οι Κάτω Χώρες, η Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι παρεμβάσεις μπορεί να λαμβάνουν τη μορφή συμβουλευτικής, ειδικών μαθημάτων για την κάνναβη ή ακόμα και ιστοθέσεων αυτοβοήθειας. Για παράδειγμα, το γερμανικό πρόγραμμα συμβουλευτικής μέσω ιστοθέσης «Quit the Shit» (www.drugcom.de) είναι μια καινοτόμος προσέγγιση που χρησιμοποιεί την τηλεματική και απευθύνεται σε χρήστες κάνναβης που επιθυμούν να μειώσουν ή να σταματήσουν τη χρήση της ουσίας. Άλλες παρόμοιες ιστοθέσεις με προγράμματα αυτοβοήθειας είναι οι εξής: www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html της Jellinek (Κάτω Χώρες) και www.knowcannabis.org.uk/ της HIT (United Kingdom).



Κεφάλαιο 4

Αμφεταμίνες, έκσταση και άλλες ψυχοτρόποι ουσίες

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

Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη είναι ουσίες που διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Εξ αυτών, η αμφεταμίνη είναι με διαφορά η ευρύτερα διαδεδομένη στην Ευρώπη. Παγκοσμίως, η αύξηση των επιπέδων χρήσης της μεθαμφεταμίνης αποτελεί αιτία σημαντικού προβληματισμού καθώς πρόκειται για ένα ναρκωτικό που συνδέεται με πολλά και σοβαρά προβλήματα υγείας στην Ευρώπη. Σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης φαίνεται να παρατηρείται μόνο στην Τσεχική Δημοκρατία.

Ο όρος έκσταση αναφέρεται σε συνθετικές ουσίες χημικά συναφείς με τις αμφεταμίνες που διαφέρουν όμως σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους. Η γνωστότερη ουσία από τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα χάπια έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα (MDA, MDEA κ.λπ.). Τα ναρκωτικά αυτά αποκαλούνται επίσης ορισμένες φορές «επαφιογενή» (entactogens), όρος που παραπέμπει στα πολύ συγκεκριμένα αποτελέσματα που έχουν ως προς την αλλαγή της διάθεσης. Μερικές φορές προκαλούν αποτελέσματα που παρατηρούνται συνήθως στις παραισθησιογόνους ουσίες.

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

Για τον εντοπισμό των νέων ναρκωτικών που κάνουν την εμφάνισή τους στην Ευρώπη, η ΕΕ έχει θέσει σε λειτουργία ένα σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης. Το σύστημα αυτό παρακολουθεί επίσης δυναμικά επιβλαβείς νέες τάσεις στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Προσφορά και διαθεσιμότητα ⁽⁸¹⁾

Η παραγωγή αμφεταμινών και έκστασης είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, επειδή «ξεκινά με χημικές ουσίες άμεσα διαθέσιμες, σε εργαστήρια που μπορούν εύκολα να παραμείνουν κρυφά» (UNODC, 2003α). Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη εκτίμηση, η επίσημα παγκόσμια παραγωγή αμφεταμινών και έκστασης ανέρχεται περίπου σε 520 τόνους (UNODC, 2003β). Οι παγκόσμιες κατασχέσεις των ουσιών αυτών σημείωσαν ρεκόρ το 2000 με 46 τόνους. Μετά τη μείωση που σημειώθηκε το 2001 και το 2002, οι κατασχέσεις αυξήθηκαν και πάλι φθάνοντας τους 34 τόνους το 2003 και μειώθηκαν ελαφρά στους 29 τόνους το 2004. Το 2004, το μερίδιο της μεθαμφεταμίνης επί των κατασχέσεων αμφεταμινών και έκστασης σε παγκόσμιο επίπεδο μειώθηκε στο 38% (από 66% το 2003), ενώ της έκστασης ανήλθε σε 29% και της αμφεταμίνης σε 20% (CND, 2006).

Αμφεταμίνη

Η παγκόσμια παραγωγή αμφεταμίνης παραμένει επικεντρωμένη στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη, ιδίως δε στο Βέλγιο, στις Κάτω Χώρες και την Πολωνία. Σε αυτή την υποπεριφέρεια, σημαντικό ρόλο στην παράνομη παρασκευή αμφεταμίνης διαδραματίζουν επίσης η Εσθονία, η Λιθουανία και η Βουλγαρία, και σε μικρότερο βαθμό η Γερμανία, η Ισπανία και η Νορβηγία, όπως προκύπτει από την εξάρθρωση εργαστηρίων αμφεταμίνης το 2004 στις χώρες αυτές (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Εκτός ευρωπαϊκών συνόρων, αμφεταμίνη παρασκευάζεται κυρίως στη Βόρεια Αμερική και στην Ωκεανία (CND, 2006). Η αμφεταμίνη το 2004 εξακολούθησε να διακινείται κυρίως εντός της ίδιας περιοχής. Οι μεγαλύτερες ποσότητες αμφεταμίνης που κυκλοφορούν στις παράνομες αγορές της Ευρώπης προέρχονται από το Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία, καθώς και από την Εσθονία και τη Λιθουανία (στις σκανδιναβικές χώρες) (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· ΠΟΤ, 2005).

Από τους 6 τόνους αμφεταμίνης που κατασχέθηκαν παγκοσμίως το 2004, το 97% περίπου κατασχέθηκε στην Ευρώπη, κυρίως στη Δυτική/Κεντρική Ευρώπη και τη Νοτιοανατολική Ευρώπη (αντιπροσωπεύοντας αντίστοιχα το 67 και το 26% της ποσότητας που κατασχέθηκε παγκοσμίως) (CND, 2006).

Το 2004 στην ΕΕ υπολογίζεται ότι πραγματοποιήθηκαν 33 000 κατασχέσεις αμφεταμίνης που αντιστοιχούν σε

⁽⁸¹⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 37.

⁽⁸²⁾ Ο αριθμός των εξαρθρωθέντων εργαστηρίων που αναφέρεται στις διάφορες χώρες αντικατοπτρίζει, πέραν του αριθμού των χώρων παρασκευής, τις δραστηριότητες και τις προτεραιότητες στον τομέα της επιβολής του νόμου καθώς και τις πρακτικές αναφορές.

ποσότητα 5,2 τόνων και 9,6 εκατ. χαπιών. Όσον αφορά τον αριθμό των κατασχέσεων και το βάρος της αμφεταμίνης που κατασχέθηκε, το Ηνωμένο Βασίλειο παραμένει σταθερά η χώρα με τις περισσότερες κατασχέσεις αμφεταμίνης στην Ευρώπη ⁽⁸³⁾. Η Τουρκία ανέφερε την κατάσχεση 9,5 εκατ. χαπιών αμφεταμίνης το 2004. Παρά ορισμένες διακυμάνσεις, σε επίπεδο ΕΕ τόσο ο συνολικός αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών ⁽⁸⁴⁾ όσο και οι ποσότητες που κατασχέθηκαν ⁽⁸⁵⁾ αυξάνονται από το 1999 και, βάσει των διαπιστώσεων από τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, προκύπτει ότι αυτή η ανοδική τάση διατηρήθηκε το 2004.

Το 2004 η μέση λιανική τιμή αγοράς της αμφεταμίνης από το χρήστη κυμαινόταν από 4 ευρώ ανά γραμμάριο στη Σλοβενία έως 64 ευρώ ανά γραμμάριο στη Μάλτα ⁽⁸⁶⁾. Κατά την περίοδο 1999-2004, οι τιμές της αμφεταμίνης, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός ⁽⁸⁷⁾, μειώθηκαν γενικά στη Γερμανία, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία ⁽⁸⁸⁾.

Η μέση καθαρότητα της αμφεταμίνης το 2004 κυμαινόταν μεταξύ 5-6% στη Βουλγαρία και 44% στη Νορβηγία ⁽⁸⁹⁾. Από τα διαθέσιμα στοιχεία ⁽⁹⁰⁾ για τη μέση καθαρότητα της αμφεταμίνης κατά την περίοδο 1999-2004 προκύπτει γενική πτωτική τάση στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στη Φινλανδία και τη Νορβηγία και ανοδική τάση στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στη Γαλλία, στην Ιταλία, στην Ουγγαρία και την Αυστρία.

Μεθαμφεταμίνη

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μεθαμφεταμίνη εξακολουθεί να είναι πιο σημαντική από την αμφεταμίνη ή την έκσταση όσον αφορά τις παρασκευαζόμενες και διακινούμενες ποσότητες, μολονότι το ποσοστό της επί των κατασχέσεων σε παγκόσμιο επίπεδο μειώθηκε το 2004. Εξακολουθεί να παρασκευάζεται κυρίως στη Νοτιοανατολική Ασία (Κίνα, Φιλιππίνες, Μιανμάρ, Ταϊλάνδη) και δευτερευόντως στη Βόρεια και την Κεντρική Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς, Μεξικό). Το 2004 παγκοσμίως κατασχέθηκαν 11 τόνοι μεθαμφεταμίνης, το 59% των οποίων κατασχέθηκε στην Ανατολική και τη Νοτιοανατολική Ασία και το 37% στη Βόρεια Αμερική (CND, 2006). Στην Ευρώπη η παραγωγή μεθαμφεταμίνης περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στην Τσεχική Δημοκρατία,

όπου παρασκευάζεται από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 υπό την τοπική ονομασία «reiviiip». Ωστόσο, το 2004 αναφέρθηκε παρασκευή μεθαμφεταμίνης στη Σλοβακία και τη Βουλγαρία όπου εξαρθρώθηκαν εργαστήρια (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· UNODC, 2006). Το μεγαλύτερο μέρος της τσεχικής παραγωγής μεθαμφεταμίνης προορίζεται για την τοπική αγορά, αν και ορισμένες ποσότητες εισάγονται λαθραία στη Γερμανία, στην Αυστρία και τη Σλοβακία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005). Το 2004 αναφέρθηκαν κατασχέσεις μεθαμφεταμίνης στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Δανία, στην Εσθονία, στην Ελλάδα, στη Γαλλία, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία, στην Αυστρία, στη Σλοβακία, στη Σουηδία, στη Ρουμανία και τη Νορβηγία, η οποία εμφανίζει τόσο τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων όσο και τη μεγαλύτερη ποσότητα κατασχεθείσας μεθαμφεταμίνης ⁽⁹¹⁾.

Το 2004, η τιμή ⁽⁹²⁾ της μεθαμφεταμίνης σε επίπεδο λιανικής πώλησης στην Τσεχική Δημοκρατία όπως αναφέρθηκε κυμαινόταν μεταξύ 12 και 63 ευρώ ανά γραμμάριο, ενώ η μέση καθαρότητά της ⁽⁹³⁾ κυμάνθηκε από 43% στη Σλοβακία έως 50% στην Τσεχική Δημοκρατία.

Έκσταση

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ευρώπη παραμένει το κυριότερο κέντρο παρασκευής έκστασης, παρότι η σχετική σημασία της φαίνεται να υποχωρεί, καθώς η παρασκευή έκστασης επεκτείνεται και σε άλλα σημεία του πλανήτη τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα στη Βόρεια Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς) και την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (Κίνα, Ινδονησία, Χονγκ Κονγκ) (CND, 2006· UNODC, 2006). Μολονότι οι Κάτω Χώρες παρέμειναν το 2004 η κύρια πηγή έκστασης για την Ευρώπη και για τον υπόλοιπο κόσμο, εργαστήρια έκστασης ανακαλύφθηκαν επίσης στο Βέλγιο, στην Εσθονία, στην Ισπανία και τη Νορβηγία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· UNODC, 2006). Οι ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ αναφέρεται ότι προέρχονταν από τις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο, και δευτερευόντως από την Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005).

Η διακίνηση έκστασης παραμένει συγκεντρωμένη σε πολύ μεγάλο βαθμό στη Δυτική Ευρώπη, μολονότι, όπως και η παρασκευή της, τα τελευταία χρόνια έχει εξαπλωθεί σε

⁽⁸³⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμίνης όσο και για τις ποσότητες αμφεταμίνης που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τις ποσότητες των κατασχέσεων αμφεταμίνης το 2004 για τη Σλοβενία· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμίνης το 2004 για τις Κάτω Χώρες. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρείχαν οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην ανάλυση για το 2004.

⁽⁸⁴⁾ Βλέπε πίνακα SZR-11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁸⁵⁾ Βλέπε πίνακα SZR-12 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁸⁶⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁸⁷⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽⁸⁸⁾ Κατά την περίοδο 1999-2004 υπήρχαν στοιχεία για τις τιμές των αμφεταμινών για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στην Πολωνία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία.

⁽⁸⁹⁾ Βλέπε πίνακα PPP-8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006. Σημειώνεται ότι τα αναφερόμενα μέσα επίπεδα καθαρότητας των αμφεταμινών μπορεί να υποκρύπτουν μεγάλες διαφορές στην καθαρότητα των δειγμάτων που υποβλήθηκαν σε ανάλυση.

⁽⁹⁰⁾ Κατά την περίοδο 1999-2004 υπήρχαν στοιχεία για την καθαρότητα της αμφεταμίνης για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη σε Βέλγιο, Γερμανία, Εσθονία, Γαλλία, Ιταλία, Λεττονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Πορτογαλία, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Τουρκία και Νορβηγία.

⁽⁹¹⁾ Τα στοιχεία για το 2004 που παρείχαν η Γερμανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες δεν επιτρέπουν το διαχωρισμό μεταξύ κατασχέσεων μεθαμφεταμίνης και αμφεταμίνης, ενώ η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν παρείχαν στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις ναρκωτικών για το 2004, γεγονός που καθιστά δύσκολο να διαπιστωθεί εάν το 2004 πραγματοποιήθηκαν κατασχέσεις μεθαμφεταμίνης σε αυτές τις πέντε χώρες.

⁽⁹²⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁹³⁾ Βλέπε πίνακα PPP-8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

όλο τον κόσμο. Από τους συνολικά 8,5 τόνους (ισοδύναμο βάρους) έκστασης που κατασχέθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο το 2004, 50% κατασχέθηκε στη Δυτική και την Κεντρική Ευρώπη, 23% στη Βόρεια Αμερική και 16% στην Ωκεανία (CND, 2006).

Οι κατ' εκτίμηση 24 000 κατασχέσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη δήμευση περίπου 28,3 εκατ. χαπιών έκστασης στην ΕΕ το 2004. Έως το 2003, οι μεγαλύτερες ποσότητες έκστασης είχαν κατασχεθεί από το Ηνωμένο Βασίλειο και δευτερευόντως από τη Γερμανία, τη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες⁽⁹⁴⁾.

Υστερα από μια ραγδαία αύξηση κατά την περίοδο 1999-2001, ο αριθμός των κατασχέσεων έκστασης⁽⁹⁵⁾ σε επίπεδο ΕΕ μειώθηκε το 2002-2003. ωστόσο, από τα στοιχεία που αναφέρουν οι χώρες προκύπτει εκ νέου αύξηση το 2004. Οι κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης⁽⁹⁶⁾ παρουσίασαν αύξηση από το 1999 έως το 2002, ενώ, ύστερα από μια απότομη μείωση έως το χαμηλότερο διαχρονικά σημείο το 2003, από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι έφτασαν εκ νέου τα επίπεδα του 2002.

Το 2004 η μέση λιανική τιμή των χαπιών έκστασης κυμαινόταν από λιγότερο από 3 ευρώ το καθένα στη Λιθουανία και την Πολωνία έως 15-25 ευρώ στην Ελλάδα και την Ιταλία⁽⁹⁷⁾. Κατά την περίοδο 1999-2004, οι μέσες λιανικές τιμές της έκστασης, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός⁽⁹⁸⁾, μειώθηκαν στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις⁽⁹⁹⁾.

Γενικά στην Ευρώπη, τα περισσότερα χάπια που πωλούνται ως έκσταση περιέχουν MDMA ή άλλες παρόμοιες με την έκσταση ουσίες (MDEA, MDA), που συνήθως αποτελούν το μοναδικό ψυχοδραστικό συστατικό τους. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ελλάδα, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες, στη Σλοβακία, στη Φινλανδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία το 2004 τα χάπια αυτά αντιπροσώπευαν το 95% του συνολικού αριθμού χαπιών που υποβλήθηκαν σε ανάλυση. Εξαιρέση στη διαπίστωση αυτή αποτέλεσε η Βουλγαρία, όπου υψηλό ποσοστό (61%) των χαπιών που υποβλήθηκαν σε ανάλυση περιείχε αμφεταμίνη ή/και μεθαμφεταμίνη ως μοναδικό

ψυχοδραστικό συστατικό. Η περιεκτικότητα σε MDMA των χαπιών έκστασης διαφέρει σημαντικά από παρτίδα σε παρτίδα (ακόμη και μεταξύ αυτών με το ίδιο λογότυπο), εντός της ίδιας χώρας και μεταξύ των χωρών. Το 2004, η μέση περιεκτικότητα ενεργού συστατικού (MDMA) ανά χάπι έκστασης αναφέρθηκε ότι κυμάνθηκε από 30 έως 82 mg⁽¹⁰⁰⁾ (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005).

LSD

Το LSD παρασκευάζεται και διακινείται σε πολύ μικρότερο βαθμό από ό,τι άλλα συνθετικά ναρκωτικά. Το 2004 στην ΕΕ εκτιμάται ότι πραγματοποιήθηκαν 700 κατασχέσεις 220 000 χαπιών LSD. Από το 2002 η Γερμανία έχει κατάσχει τις μεγαλύτερες ποσότητες LSD επσίως, ακολουθούμενη από το Ηνωμένο Βασίλειο⁽¹⁰¹⁾. Στο διάστημα μεταξύ 1999 και 2002, σε επίπεδο ΕΕ, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων LSD⁽¹⁰²⁾ όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες⁽¹⁰³⁾ μειώθηκαν. Ωστόσο, τόσο το 2003 όσο και το 2004 από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι ο αριθμός των κατασχέσεων LSD και οι κατασχεθείσες ποσότητες αυξήθηκαν για πρώτη φορά σε εννέα χρόνια, καθώς κατασχέθηκαν σχετικά μεγάλες ποσότητες του ναρκωτικού στη Γερμανία, στη Γαλλία, στη Λιθουανία, στις Κάτω Χώρες και την Πολωνία το 2004.

Το 2004 η μέση τιμή αγοράς ενός χαπιού LSD από το χρήστη κυμαινόταν από 2,5 ευρώ στην Πορτογαλία έως 11,6 ευρώ στη Μάλτα⁽¹⁰⁴⁾. Οι μέσες τιμές του LSD, με διόρθωση ώστε να ληφθεί υπόψη ο πληθωρισμός⁽¹⁰⁵⁾, παρουσίασαν γενικά καθοδική τάση⁽¹⁰⁶⁾ κατά το διάστημα μεταξύ 1999 και 2004 στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ιρλανδία, στην Πολωνία, στη Σλοβενία και τη Σουηδία, αλλά αυξήθηκαν στη Γερμανία και τη Γαλλία.

Διεθνής δράση κατά της παρασκευής και της διακίνησης αμφεταμινών και έκστασης

Στον τομέα των συνθετικών ναρκωτικών, η Europol έχει θέσει σε εφαρμογή το σχέδιο Synergy από τον Δεκέμβριο του 2004⁽¹⁰⁷⁾. Το σχέδιο υποστηρίζεται από 20 κράτη

⁽⁹⁴⁾ Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης όσο και για τις ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης το 2004 για τις Κάτω Χώρες. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρέχουν οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των τάσεων για το 2004.

⁽⁹⁵⁾ Βλέπε πίνακα SZR-13 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁹⁶⁾ Βλέπε πίνακα SZR-14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁹⁷⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁹⁸⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽⁹⁹⁾ Κατά την περίοδο 1999-2004 υπήρχαν στοιχεία για τις τιμές της έκστασης για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στην Κύπρο, στη Λεττονία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία.

⁽¹⁰⁰⁾ Το εύρος αυτό βασίζεται σε στοιχεία από μερικές μόνον χώρες, και συγκεκριμένα τη Δανία, τη Γερμανία, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες.

⁽¹⁰¹⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων LSD όσο και για τις ποσότητες LSD που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων LSD το 2004 για την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες, την Πολωνία και τη Βουλγαρία. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρέχουν οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των τάσεων για το 2004.

⁽¹⁰²⁾ Βλέπε πίνακα SZR-15 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁰³⁾ Βλέπε πίνακα SZR-16 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽¹⁰⁶⁾ Κατά την περίοδο 1999-2004 υπήρχαν στοιχεία για τις τιμές του LSD για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στη Λιθουανία, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Ρουμανία και τη Νορβηγία.

⁽¹⁰⁷⁾ Το σχέδιο Synergy προέκυψε από την ενοποίηση των σχεδίων CASE και Genesis που είχαν αρχίσει να εφαρμόζονται το 2002.

μέλη της ΕΕ και ορισμένα τρίτα κράτη και περιλαμβάνει ένα αρχείο δεδομένων προς ανάλυση (AWF) με επιχειρησιακά υποσχέδια που υλοποιούνται ανά την ΕΕ σε διάφορες χώρες, καθώς και έναν αριθμό μέσων που χρησιμοποιούνται για αναλυτικούς και στρατηγικούς σκοπούς, όπως το σύστημα λογοτύπων για την έκσταση της Ευροπόλ (EELS) (συμπεριλαμβανομένου του καταλόγου των λογοτύπων της έκστασης) και το σύστημα σύγκρισης παράνομων εργαστηρίων της Ευροπόλ (EILCS). Η Ευροπόλ εξακολουθεί να υποστηρίζει το σχέδιο CHAIN ⁽¹⁰⁸⁾ για τα χαρακτηριστικά των αμφεταμινών καθώς και την ευρωπαϊκή κοινή μονάδα για τις πρόδρομες ουσίες (EJUP). Πέρα από την επιτόπια παροχή συνδρομής από εμπειρογνώμονες για την εξάρθρωση της παράνομης παραγωγής συνθετικών ναρκωτικών, διάφορα πρόσφατα υποσχέδια επικεντρώνονται στη σύγκριση των εργαστηρίων που εξαρθώνονται, στην ανακάλυψη χώρων διάθεσης χημικών αποβλήτων ως σημείων εκκίνησης ερευνών, στον εντοπισμό εξοπλισμού παρασκευής χαπιών, καθώς και στη διερεύνηση της διακίνησης πρόδρομων χημικών ουσιών στις χώρες της ΕΕ.

Το σχέδιο «PRISM» (Project PRISM) είναι η διεθνής πρωτοβουλία που αναλήφθηκε για την αποτροπή της εκτροπής πρόδρομων χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στην παράνομη παραγωγή συνθετικών ναρκωτικών, μέσω ενός συστήματος εκ των προτέρων κοινοποίησης των εξαγωγών που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του νόμιμου εμπορίου στο Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB) και της αναφοράς των αποστολών που διακόπτονται και των κατασχέσεων που πραγματοποιούνται σε περιπτώσεις ύποπτων συναλλαγών.

Η εφεδρίνη και η ψευδοεφεδρίνη είναι βασικές πρόδρομες χημικές ουσίες της μεθαμφεταμίνης, ενώ η 1-φαινυλο-2-προπανόνη (P-2-P) χρησιμοποιείται επίσης για την παρασκευή αμφεταμίνης· η 3,4-μεθυλενοδιοξυφαινυλο-2-προπανόνη (3,4-MDP-2-P), η σαφρόλη και τα έλαια με μεγάλη περιεκτικότητα σε σαφρόλη χρησιμοποιούνται στην παράνομη παρασκευή MDMA, ενώ η πυπερονάλη επίσης χρησιμοποιείται για τη σύνθεση MDA ⁽¹⁰⁹⁾.

Το νόμιμο εμπόριο εφεδρίνης και ψευδοεφεδρίνης ανήλθε συνολικά σε 526 και 1 207 τόνους αντίστοιχα το 2004. Οι μεγαλύτερες κατασχέσεις αυτών των χημικών ουσιών αναφέρθηκαν στη Βόρεια Αμερική και τη Νοτιοανατολική Ασία, αλλά εκφράζονται ανησυχίες για εξάπλωση των κατασχέσεων σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Οι ποσότητες εφεδρίνης και ψευδοεφεδρίνης που εισάγονται λαθραία στην Ευρώπη προέρχονται κυρίως από τη Δυτική Ασία. Το 2004 στην Ευρώπη κατασχέθηκαν 2,6 τόνοι εφεδρίνης και 1 κιλό ψευδοεφεδρίνης ⁽¹¹⁰⁾. Οι κατασχέσεις αφορούσαν κυρίως μικροποσότητες που προέρχονταν από πολλά εργαστήρια, τα περισσότερα εκ των οποίων στην Τσεχική Δημοκρατία, μολονότι υπήρξε μια μεγάλη κατάσχεση εφεδρίνης στην Ελλάδα από το Πακιστάν.

Οι δραστηριότητες του σχεδίου PRISM στην Ευρώπη επικεντρώθηκαν στην πρόληψη της λαθρεμπορίας 3,4-MDP-2-P και P-2-P στην ΕΕ προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στην παράνομη παρασκευή MDMA και αμφεταμίνης, αντίστοιχα. Το 2004 οι κατασχέσεις 3,4-MDP-2-P και P-2-P ήταν οι μεγαλύτερες που αναφέρθηκαν ποτέ παγκοσμίως. Οι μεγαλύτερες ποσότητες 3,4-MDP-2-P κατασχέθηκαν στην Ευρώπη, ενώ οι μεγαλύτερες ποσότητες P-2-P κατασχέθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 2004 οι κατασχέσεις στην Ευρώπη ανήλθαν συνολικά σε 10 161 λίτρα 3,4-MDP-2-P (κυρίως στις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο) και 9 297 λίτρα P-2-P (κυρίως στην Πολωνία και τις Κάτω Χώρες) ⁽¹¹¹⁾.

Η πυπερονάλη έχει πολλές νόμιμες χρήσεις, αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως πρόδρομη ουσία για την παρασκευή 3,4-MDP-2-P, MDA ή MDMA (INCB, 2006β). Μεταξύ Νοεμβρίου 2004 και Οκτωβρίου 2005, περισσότερες από 150 αποστολές 3 800 τόνων αναφέρθηκαν στο INCB (2006β). Το 2004 οι μεγαλύτερες κατασχέσεις πυπερονάλης αναφέρθηκαν από την Κίνα (13 τόνοι)· 2,4 τόνοι κατασχέθηκαν στην Ευρώπη, σχεδόν στο σύνολό τους στη Ρουμανία ⁽¹¹²⁾.

Κατασχέσεις σαφρόλης αναφέρθηκαν σε όλες τις περιοχές του κόσμου· ωστόσο, οι ποσότητες παραμένουν μικρές, με εξαίρεση την Κίνα η οποία ανέφερε κατασχέσεις που υπερβαίνουν τα 100 κιλά. Στην Ευρώπη το 2004 κατασχέθηκαν 122 λίτρα σαφρόλης, κυρίως στην Λεττονία αλλά και στη Λιθουανία.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Παραδοσιακά, οι έρευνες πληθυσμού δείχνουν ότι οι αμφεταμίνες και η έκσταση είναι, μετά την κάνναβη, οι παράνομες ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα, μολονότι η συνολική επικράτηση της χρήσης τους είναι σαφώς χαμηλότερη από εκείνη της κάνναβης. Η χρήση της έκστασης έγινε δημοφιλής κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, ενώ οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται εδώ και πολύ μεγαλύτερο διάστημα.

Στα κράτη μέλη της ΕΕ, η χρήση αμφεταμινών ⁽¹¹³⁾ και έκστασης φαίνεται να είναι σχετικά υψηλή σε λίγες μόνο χώρες, δηλαδή την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Πρόσφατες έρευνες στον ενήλικο πληθυσμό (ηλικίας 15–64 ετών) αναφέρουν ότι η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή στην Ευρώπη κυμαίνεται από 0,1 έως 5,9%, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία), όπου ανέρχεται σε 11,2%. Κατά μέσο όρο, το 3,1% όλων των ενήλικων Ευρωπαίων έχει κάνει χρήση τουλάχιστον μία φορά. Μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά είναι η Δανία (5,9%), η Νορβηγία (3,6%) και η Γερμανία (3,4%). Η χρήση κατά το τελευταίο έτος είναι πολύ χαμηλότερη: 0,6% κατά μέσο όρο

⁽¹⁰⁸⁾ Η συλλογική εναρμονισμένη πρωτοβουλία για τις αμφεταμίνες (Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative, CHAIN) είναι μια πρωτοβουλία ιατροδικαστικής έρευνας των χαρακτηριστικών των ουσιών που υποκατέστησε το πιλοτικό σχέδιο CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Όλες περιλαμβάνονται στον πίνακα 1 της σύμβασης του 1988.

⁽¹¹⁰⁾ Στα στοιχεία των κατασχέσεων δεν περιλαμβάνονται ποσότητες που αφορούν αποστολές που σταματήθηκαν.

⁽¹¹¹⁾ Στα στοιχεία των κατασχέσεων δεν περιλαμβάνονται ποσότητες που αφορούν αποστολές που σταματήθηκαν.

⁽¹¹²⁾ Στα στοιχεία των κατασχέσεων δεν περιλαμβάνονται ποσότητες που αφορούν αποστολές που σταματήθηκαν.

⁽¹¹³⁾ Στο πλαίσιο των ερευνών στον γενικό πληθυσμό, στα στοιχεία για τη «χρήση αμφεταμινών» η χρήση «αμφεταμίνης» και «μεθαμφεταμίνης» περιλαμβάνεται στην ίδια κατηγορία.

(από 0 έως 1,4%). Βάσει ερευνών στον γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται ότι περίπου 10 εκατ. Ευρωπαίοι έχουν δοκιμάσει την ουσία αυτή και περισσότεροι από 2 εκατ. έκαναν χρήση αμφεταμίνης κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες ⁽¹¹⁴⁾.

Στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15–34 ετών) η δοκιμή αμφεταμινών αναφέρεται σε ποσοστό 0,1–9,6%, με το Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία) να αναφέρει ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή 16,5% (το οποίο μπορεί να αντικατοπτρίζει ένα ιστορικό φαινόμενο, βλέπε κατωτέρω). Στις μισές από τις χώρες που παρέχουν στοιχεία τα ποσοστά επικράτησης υπολείπονται του 4%. Μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από τη Δανία (9,6%), τη Νορβηγία (5,9%) και τη Γερμανία (5,4%). Κατά μέσο όρο, 4,8% των νεαρών Ευρωπαίων έχει δοκιμάσει αμφεταμίνη. Η Δανία (3,1%) και η Εσθονία (2,9%) ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης κατά το τελευταίο έτος ⁽¹¹⁵⁾. Υπολογίζεται ότι, κατά μέσο όρο, 1,4% των νεαρών Ευρωπαίων έκανε χρήση αμφεταμίνης κατά το τελευταίο έτος (βλέπε επίσης διάγραμμα 4).

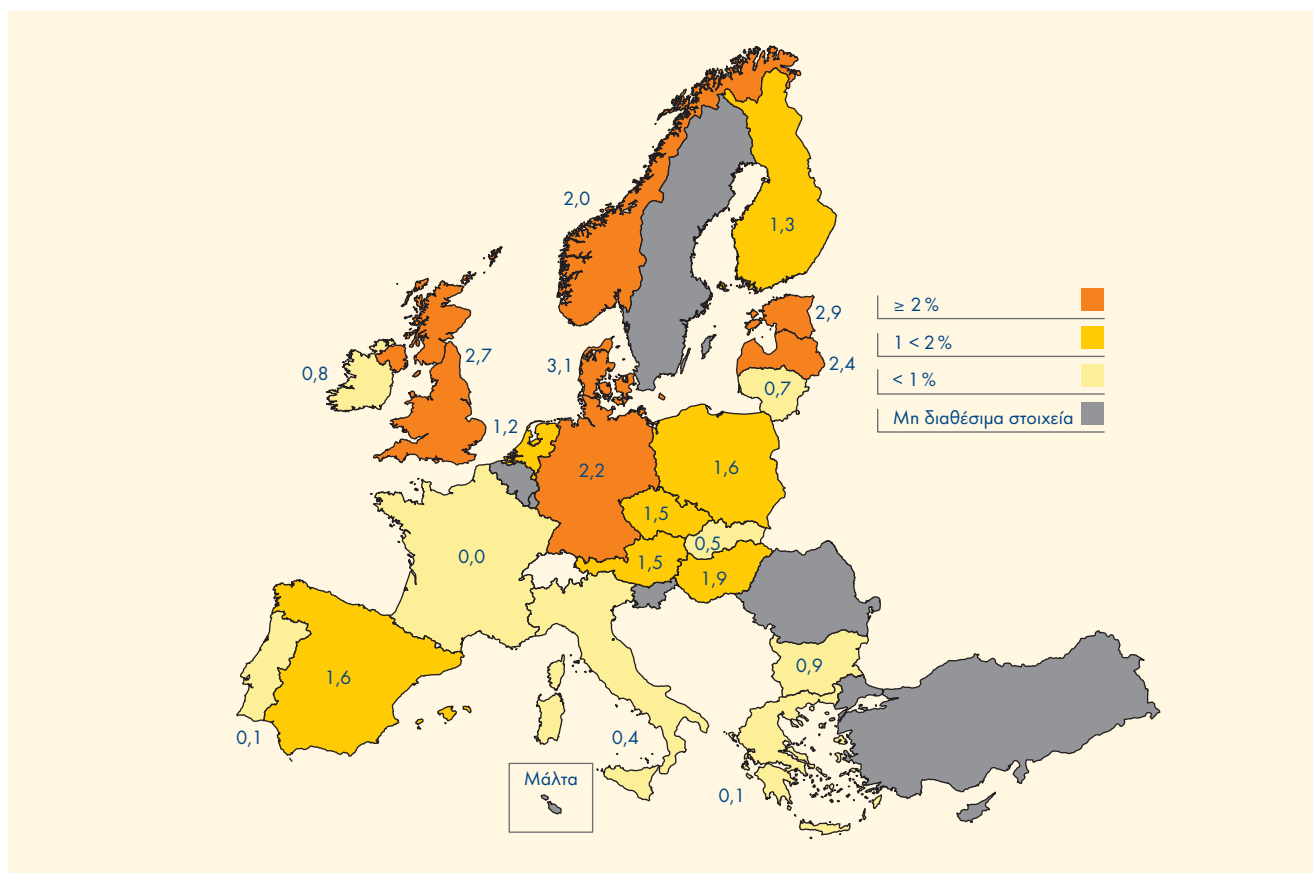
Έκσταση δοκίμασε ποσοστό 0,2–7,1% όλων των ενήλικων (μέσος όρος 2,6%). Μισές από τις χώρες ανέφεραν

ποσοστά επικράτησης 1,8% ή χαμηλότερα. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης ανέφεραν η Τσεχική Δημοκρατία (7,1%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (6,7%). Η επικράτηση της χρήσης έκστασης κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,2 έως 3,5%, αλλά οι μισές χώρες ανέφεραν ποσοστά επικράτησης 0,5% ή χαμηλότερα. Υπολογίζεται ότι περίπου 8,5 εκατ. έχουν δοκιμάσει έκσταση, και περίπου 3 εκατ. έκαναν χρήση κατά το τελευταίο έτος.

Στους νεαρούς ενήλικους σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή είναι 5,2%, ποσοστό που κυμαίνεται από 0,5 έως 14,6%, μολονότι οι μισές χώρες αναφέρουν ποσοστά που υπολείπονται του 3,6%. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης ανέφεραν η Τσεχική Δημοκρατία (14,6%), το Ηνωμένο Βασίλειο (12,7%) και η Ισπανία (8,3%).

Η χρήση έκστασης είναι κυρίως ένα φαινόμενο που αφορά τους νέους. Στην ηλικιακή ομάδα των 15–24 ετών, η χρήση σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 0,4 έως 18,7%. Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία (18,7%) ⁽¹¹⁶⁾ και το Ηνωμένο Βασίλειο (10,7%), ενώ τα ποσοστά ήταν υψηλότερα στους άνδρες (0,3–23,2%) από ό,τι στις γυναίκες (0,4–13,9%). Η χρήση κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,3 έως 12%.

Διάγραμμα 4: Επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15–34 ετών)



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά το χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακες GPS-8 και GPS-11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για περαιτέρω πληροφορίες.
 Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

⁽¹¹⁴⁾ Για τη μέθοδο υπολογισμού βλέπε υποσημείωση 53.
⁽¹¹⁵⁾ Βλέπε διαγράμματα GPS-15 και GPS-16 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.
⁽¹¹⁶⁾ Στην Τσεχική Δημοκρατία η έρευνα αφορούσε την ηλικιακή ομάδα 18–24 ετών.

Τάσεις

Από τα στοιχεία νέων ερευνών στον γενικό πληθυσμό προκύπτει ότι η χρήση έκστασης και αμφεταμινών, η οποία παρουσίασε αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια, μπορεί να σταθεροποιείται ή ακόμα και να μειώνεται. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς και στα άλλα δύο κράτη μέλη όπου η χρήση των ναρκωτικών αυτών ήταν σχετικά υψηλή (Τσεχική Δημοκρατία και Ισπανία), η χρήση αμφεταμινών κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους αναφέρεται ότι έχει πλέον σταθεροποιηθεί ή και μειωθεί ακόμη⁽¹²⁰⁾. Ομοίως, η χρήση έκστασης φαίνεται να σταθεροποιείται ή ακόμη και να μειώνεται σε δύο χώρες με υψηλή επικράτηση, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά όχι στην Τσεχική Δημοκρατία⁽¹²¹⁾.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία – Αμφεταμίνες και έκσταση⁽¹²²⁾

Μολονότι ο αριθμός των αιτήσεων για απεξάρτηση από τις αμφεταμίνες και την έκσταση αυξάνεται, σε γενικές γραμμές, αυτή η μορφή χρήσης ναρκωτικών σπανίως αποτελεί τον βασικό λόγο για την προσφυγή σε θεραπεία απεξάρτησης στις περισσότερες χώρες⁽¹²³⁾. Μια σημαντική εξαίρεση είναι ότι μερικές χώρες αναφέρουν ότι σημαντικό ποσοστό των αιτήσεων για θεραπεία αφορά τη χρήση αμφεταμίνης ή μεθαμφεταμίνης. Στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Σλοβακία, στη Φινλανδία και τη Σουηδία τα ναρκωτικά αυτά αφορούν από το ένα τέταρτο έως το ένα δεύτερο του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία⁽¹²⁴⁾. Στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία μεγάλο ποσοστό των αναφερόμενων αιτήσεων για θεραπεία αφορά κατά κύριο λόγο πρόβλημα χρήσης μεθαμφεταμίνης (βλέπε πλαίσιο σχετικά με τη μεθαμφεταμίνη). Στις χώρες στις οποίες οι χρήστες αμφεταμινών αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό των αιτήσεων για θεραπεία, το ένα τρίτο έως τα δύο τρίτα των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες κάνουν ενέσιμη χρήση του ναρκωτικού⁽¹²⁵⁾.

Οι αναφερθείσες αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την έκσταση αντιπροσωπεύουν ποσοστό μικρότερο από το 1 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία στις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση την Κύπρο, την Ουγγαρία, την Ιρλανδία και την Τουρκία, όπου τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την έκσταση αποτελούν το 4 έως 6 % του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία.

Νέες τάσεις στη χρήση ναρκωτικών

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης νέων ναρκωτικών είναι πολύ χαμηλότερες από εκείνες για τη χρήση πιο καθιερωμένων παράνομων ναρκωτικών. Οι νέες μορφές χρήσης ναρκωτικών κατά κανόνα

Χρήση μεθαμφεταμίνης και προβλήματα που συνδέονται με αυτή

Σημαντικά προβλήματα από τη χρήση μεθαμφεταμίνης έχουν αναφερθεί σε πολλά μέρη του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, της Νοτιοανατολικής Ασίας και του Ειρηνικού, και της Αφρικής (UNODC, 2006). Η χρήση μεθαμφεταμίνης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά ιατρικά προβλήματα, όπως ψύχωση και εξάρτηση, και ενδέχεται να συνδέεται με επικίνδυνες συμπεριφορές, μερικές από τις οποίες μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη μετάδοση του ιού HIV.

Ανέκαθεν, η χρήση μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη επικεντρωνόταν στην Τσεχική Δημοκρατία, όπου εκτιμάται ότι ο αριθμός των προβληματικών χρηστών μεθαμφεταμίνης (pervitin) (20 300) είναι διπλάσιος από εκείνον των προβληματικών χρηστών οπιοειδών (9 700). Τα τελευταία χρόνια, η μεθαμφεταμίνη έχει γίνει η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κύρια ναρκωτική ουσία από τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης στη Σλοβακία, και υψηλά επίπεδα χρήσης μεθαμφεταμίνης διαπιστώνονται επίσης σε μερικούς υποπληθυσμούς στην Ουγγαρία. Στις εθνικές εκθέσεις Reitox 2005, επτά άλλες χώρες (Δανία, Γαλλία, Λετονία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βουλγαρία και Νορβηγία) ανέφεραν αύξηση στις κατασχέσεις ή/και στη χρήση της εν λόγω ναρκωτικής ουσίας σε άτομα που συχνάζουν σε κλαμπ και πάρτι. Επί του παρόντος, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μας επιτρέπουν να συνάγουμε σταθερά συμπεράσματα για τις τάσεις της χρήσης μεθαμφεταμίνης στις χώρες αυτές. Παρ' όλα αυτά, η εξάπλωση της μεθαμφεταμίνης σε άλλα μέρη του κόσμου και το γεγονός ότι η εν λόγω ναρκωτική ουσία μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα υγείας συνεπάγεται ότι στον συγκεκριμένο τομέα απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση.

υιοθετούνται αρχικά από μεμονωμένο αριθμό ατόμων που ανήκουν σε μικρούς υποπληθυσμούς ή σε περιορισμένες γεωγραφικές περιοχές ή χώρους. Συνεπώς, ο εντοπισμός και η παρακολούθηση των νέων τάσεων απαιτεί διαφορετική μορφή προσέγγισης από εκείνη που χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση των κύριων μορφών χρήσης ναρκωτικών.

Παραισθησιογόνα μανιτάρια: μελέτη περίπτωσης μιας νέας τάσης

Έως πρόσφατα, το LSD ήταν η συχνότερα χρησιμοποιούμενη παραισθησιογόνος ουσία. Η κατάσταση αυτή μπορεί τώρα να αλλάζει, καθώς η χρήση παραισθησιογόνων μανιταριών⁽¹²⁶⁾ αναφέρεται ολοένα συχνότερα. Η διαθεσιμότητα παραισθησιογόνων μανιταριών φαίνεται ότι αυξήθηκε από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, περίοδο κατά την οποία ξεκίνησε η εμπορική διάθεσή τους μαζί με άλλα «φυσικά» προϊόντα σε ειδικά καταστήματα στις Κάτω Χώρες και αλλού⁽¹²⁷⁾. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο στις

⁽¹²⁰⁾ Βλέπε διαγράμματα GPS-6 και GPS-17 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²¹⁾ Βλέπε πίνακες GPS-8, GPS-18 και GPS-30 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²²⁾ Βλέπε υποσημείωση 70.

⁽¹²³⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²⁴⁾ Βλέπε πίνακα TDI-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²⁵⁾ Βλέπε πίνακα TDI-17 (μέρος iii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹²⁶⁾ Στο πλαίσιο της έκθεσης αυτής ο όρος παραισθησιογόνα μανιτάρια αναφέρεται αποκλειστικά σε μύκητες που περιέχουν τις ψυχοδραστικές ουσίες ψιλοκυβίνη και ψιλοκίνη. Είδη μυκήτων που περιέχουν άλλες ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνται σπανιότερα. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε το θεματικό έγγραφο του ΕΚΠΝΤ για τα παραισθησιογόνα μανιτάρια (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Τα καταστήματα αυτά πωλούν νόμιμα και, ως επί τω πλείστον, φυσικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένων παραισθησιογόνων μανιταριών.

αρχές της δεκαετίας του 2000 ο αριθμός καταστημάτων που πωλούσαν παραισθησιογόναμανιτάρια αυξήθηκε, και έως το 2005 υπολογίζεται ότι η πώλησή τους γινόταν σε περίπου 300 καταστήματα και υπαίθριους πάγκους σε όλη τη χώρα. Την εμφάνισή της έκανε επίσης η διαδικτυακή πώληση παραισθησιογόνωνμανιταριών μέσω ιστοθέσεων που εδρεύουν κυρίως στις Κάτω Χώρες, όπου πωλούνται νωπάμανιτάρια, συσκευασίες καλλιέργειας και έντυπο υλικό για σπόρους. Η επιγραμμική εμπορική προώθηση παραισθησιογόνωνμανιταριών πραγματοποιείται σε διάφορες γλώσσες, και κυρίως στα αγγλικά, στα γαλλικά και τα γερμανικά, γεγονός που υποδεικνύει την ύπαρξη ευρείας διεθνούς πελατειακής βάσης.

Από πρόσφατες έρευνες στον ενήλικο και μαθητικό πληθυσμό στην ΕΕ προκύπτει ότι στους νέους ηλικίας 15-24 ετών η χρήση παραισθησιογόνωνμανιταριών σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από λιγότερο από 1 έως 8%⁽¹²⁸⁾. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης παραισθησιογόνωνμανιταριών σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15-16 ετών βρίσκονται στα ίδια επίπεδα ή είναι υψηλότερες από τις εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης έκστασης σε εννέα από τα κράτη μέλη της ΕΕ (Hibell κ.ά., 2004). Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ποσοστά συνεχούς χρήσης είναι χαμηλότερα για τα παραισθησιογόναμανιτάρια από ό,τι για τα περισσότερα άλλα ναρκωτικά. Αυτό είναι ένα σύνθετο χαρακτηριστικό της χρήσης παραισθησιογόνων ουσιών και απειεί το γεγονός ότι οι νέοι συνήθως επιλέγουν να περιορίζονται στον πειραματισμό σε σχέση με αυτή τη μορφή χρήσης ναρκωτικών και σπανίως αναπτύσσουν πρότυπα συστηματικής χρήσης.

Οι αναφορές σχετικά με οξεία ή χρόνια προβλήματα υγείας που χρήζουν ιατρικής παρέμβασης τα οποία να σχετίζονται με τη χρήση παραισθησιογόνωνμανιταριών είναι σπάνιες. Ωστόσο, ορισμένες χώρες τροποποίησαν τη νομοθεσία τους για την αντιμετώπιση της χρήσης των εν λόγω παραισθησιογόνων ουσιών από τους νέους. Παρόλο που τα δραστικά συστατικά τωνμανιταριών, η ψιλοκίνη και η ψιλοκίνη, σπανίως ελέγχονται σε διεθνές επίπεδο βάσει της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971, έως πρόσφατα συχνά επαφίονταν στους εισαγγελείς να ερμηνεύσουν κατά πόσο οι ουσίες αυτές απαγορεύονται όταν βρίσκονται στο εσωτερικό τωνμανιταριών, ώστε να μη διώκονται οι ιδιοκτήτες αγροτεμαχίων στα οποία ταμανιτάρια αυτά αναπτύσσονται αυτοφυώς. Τα τελευταία πέντε χρόνια έξι χώρες κατέστησαν αυστηρότερη τη νομοθεσία που διέπει ταμανιτάρια (Δανία, Γερμανία, Εσθονία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο). Στο πλαίσιο των αλλαγών που έγιναν στις χώρες αυτές επεκτάθηκε η απαγόρευση και στα παραισθησιογόναμανιτάρια. Ωστόσο, οι έννομοι περιορισμοί δεν αφορούν πάντοτε τα ίδια ακριβώςμανιτάρια ή στάδια επεξεργασίας.

Το 2004 αναφέρθηκαν κατασχέσεις παραισθησιογόνωνμανιταριών στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Εσθονία, στην Ελλάδα, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σλοβακία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία⁽¹²⁹⁾. Ο αριθμός κατασχέσεων και οι ποσότητες παραισθησιογόνων

μανιταριών που κατασχέθηκαν από τις αρχές επιβολής του νόμου κινούνται γενικά σε χαμηλά επίπεδα, και από τα στοιχεία αυτά δεν προκύπτουν σαφείς τάσεις.

GHB και κεταμίνη

Τόσο το γάμα-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB) όσο και η κεταμίνη τελούν υπό παρακολούθηση μετά τις ανησυχίες που εκφράστηκαν στην ΕΕ το 2000 σχετικά με την κατάχρηση αυτών των ναρκωτικών ουσιών για ψυχαγωγικούς σκοπούς⁽¹³⁰⁾. Τον Μάρτιο του 2001 το σύστημα ελέγχου ναρκωτικών των Ηνωμένων Εθνών πρόσθεσε το GHB στον κατάλογο των διεθνώς ελεγχόμενων ναρκωτικών, και, ως εκ τούτου, όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ επικαιροποίησαν τη νομοθεσία τους σε σχέση με την ουσία αυτή. Πιο πρόσφατα, τον Μάρτιο του 2006, το INCB ζήτησε την επίτευξη της έρευνας της ΠΟΥ για το εάν η κεταμίνη θα πρέπει να τεθεί υπό διεθνή έλεγχο (INCB, 2006α). Σε εθνικό επίπεδο, η κεταμίνη ελέγχεται βάσει νόμων περί ναρκωτικών και όχι βάσει κανονισμών περί φαρμάκων στα μισά περίπου κράτη μέλη της ΕΕ.

Τα περιορισμένα διαθέσιμα στοιχεία για την επικράτηση του GHB και της κεταμίνης υποδηλώνουν ότι οι ουσίες αυτές έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλά επίπεδα στις περισσότερες χώρες. Από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς που παρουσιάζουν υψηλή επικράτηση προκύπτει ότι ακόμη και στους συστηματικούς ψυχαγωγικούς χρήστες ναρκωτικών και οι δύο αυτές ναρκωτικές ουσίες μπορεί να χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά από άλλες ουσίες όπως οι αμφεταμίνες, η έκσταση, το LSD και τα παραισθησιογόναμανιτάρια.

Οι θάνατοι και τα μη θανατηφόρα έκτακτα περιστατικά που αναφέρθηκαν ως συνδεδόμενα με τη χρήση GHB και κεταμίνης είναι πολύ σπάνια. Ωστόσο, η απουσία συγκρίσιμων συστημάτων ακριβείας για την καταγραφή θανάτων και μη θανατηφόρων έκτακτων περιστατικών που συνδέονται με τη χρήση των ουσιών αυτών περιορίζει τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα στον εν λόγω τομέα. Δύο χώρες ανέφεραν θανάτους που συνδέονται με το GHB, συνήθως σε συνδυασμό με άλλες ναρκωτικές ουσίες. Η δημοτική υγειονομική υπηρεσία του Άμστερνταμ κατέγραψε αύξηση στον επίσημο αριθμό μη θανατηφόρων έκτακτων περιστατικών που αποδίδονται στη χρήση GHB από 25 το 2000 σε 98 το 2004, αριθμό μεγαλύτερο από εκείνο των έκτακτων περιστατικών που αποδίδονται στη χρήση έκστασης, αμφεταμίνης, LSD ή παραισθησιογόνωνμανιταριών. Στη Σουηδία η ανίχνευση GHB (ή των πρόδρομων χημικών ουσιών του GBL και 1,4-BD) σε δείγματα σωματικών υγρών αυξήθηκε από 24 περιπτώσεις το 1997 σε 367 το 2004. Θάνατοι συνδεδόμενοι με το GHB αναφέρθηκαν επίσης στη Σουηδία: μεταξύ του 1996 και του 2004 το ναρκωτικό ανιχνεύτηκε σε 36 θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά, εννέα από τους οποίους σημειώθηκαν το 2004. Στην Αγγλία και την Ουαλία το 2003, το GHB μνημονεύεται στις ιατροδικαστικές εκθέσεις τριών θανάτων, σε μία από τις οποίες το GHB είναι η μοναδική ναρκωτική ουσία που αναφέρεται (ONS, 2006). Ωστόσο, σύμφωνα

⁽¹²⁸⁾ Στοιχεία του ΕΚΠΝΤ από το πρότυπο ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο. Έντεκα κράτη μέλη παρείχαν στοιχεία για τα παραισθησιογόναμανιτάρια (Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Φινλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο).

⁽¹²⁹⁾ Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (Γερμανία, Εσθονία, Κάτω Χώρες, Νορβηγία) και ερωτηματολόγιο δικτύου συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης του ΕΚΠΝΤ (Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Σλοβακία, Σουηδία).

⁽¹³⁰⁾ Έκθεση αξιολόγησης κινδύνου στο πλαίσιο της κοινής δράσης του 2000.

με τοξικολογικές πληροφορίες από ένα νοσοκομείο στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο εξυπηρετεί μια μεγάλη περιοχή, το GHB ανιχνεύτηκε σε πέντε θανάτους στο διάστημα μεταξύ Μαΐου και Δεκεμβρίου 2005 ⁽¹³¹⁾.

Καθώς το GHB είναι διαλυτό σε νερό/αλκοόλ και λόγω των αποτελεσμάτων του που μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία αντίδρασης, η οποία ακολουθείται συχνά από αμνησία, εκφράζονται ανησυχίες ότι χρησιμοποιείται σε σεξουαλικές επιθέσεις που διευκολύνονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (γνωστές ως «date rapes»). Ωστόσο, καθώς πολλά περιστατικά δεν αναφέρονται και επειδή τα ιατροδικαστικά στοιχεία σπανίζουν και τα εγκλήματα αυτής της μορφής δεν είναι εύκολο να αποδεικτούν, δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία ως προς την έκταση του φαινομένου. Απαιτείται λοιπόν περαιτέρω έρευνα για τον προσδιορισμό του χαρακτήρα και της έκτασης αυτής της δυνητικά ανησυχητικής εξέλιξης.

Δράση για τα νέα ναρκωτικά

Όταν, το 2005, η κοινή δράση του 1997 υποκαταστάθηκε από τη νέα απόφαση του Συμβουλίου (2005/387/ΔΕΥ), η μετάβαση υπήρξε ομαλή, χωρίς να προκληθεί καμία διαταραχή στην ανταλλαγή πληροφοριών. Συνολικά 14 νέες ψυχοδραστικές ουσίες γνωστοποιήθηκαν για πρώτη φορά στο ΕΚΠΝΤ και την Ευροπόλ. Όλες είναι ψυχοτρόποι (συνθετικές) ναρκωτικές ουσίες, παρόμοιες με εκείνες που παρατίθενται στα παραρτήματα I και II της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπους ουσίες του 1971. Οι πρόσφατα γνωστοποιηθείσες ουσίες ανήκουν σε τρεις μείζονες χημικές ομάδες – φαιναιθυλαμίνες, τρυπαμίνες και πιπεραζίνες. Διάφορες ουσίες από τις ομάδες αυτές έχουν γνωστοποιηθεί παλαιότερα –και παρακολουθούνται επί του παρόντος– μέσω του συστήματος έγκαιρης ειδοποίησης (EWS) ⁽¹³²⁾.

Η πιο σημαντική νέα εξέλιξη το 2005 ήταν η εμφάνιση και η ραγδαία εξάπλωση της νέας ψυχοδραστικής ουσίας 1-(3-χλωροφαινυλο)πιπεραζίνης (mCPP). Η mCPP είναι μια πιπεραζίνη υποκατάστασης αρυλίου, όπως είναι και η βενζυλοπιπεραζίνη (BZP), ουσία που παρακολουθείται από το EWS από το 1999. Οι πρώτες επίσημες γνωστοποιήσεις ανίχνευσης mCPP λήφθηκαν από το ΕΚΠΝΤ και την Ευροπόλ τον Φεβρουάριο/Μάρτιο 2005 και αφορούσαν δείγματα που λήφθηκαν στη Γαλλία και τη Σουηδία. Έως τα τέλη του 2005, χάπια που περιείχαν mCPP κατασχέθηκαν από τις αρχές επιβολής του νόμου ή εντοπίστηκαν στο πλαίσιο διάφορων ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων (υπαίθρια φεστιβάλ χορού/μουσικής, χορευτικά κλαμπ κ.λπ.) σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη. Σχεδόν πάντοτε είναι σχεδιασμένα ώστε να μοιάζουν με, και πιθανώς να διατίθενται ως, έκσταση. Το ναρκωτικό διατίθεται κυρίως σε μορφή χαπιού και τα υποκειμενικά αποτελέσματα της mCPP και της MDMA είναι μερικώς συγκρίσιμα (Bossong κ.ά., 2005). Επίσης, η mCPP συχνά βρίσκεται σε συνδυασμό με MDMA. Καθώς κάτι τέτοιο δεν είναι πιθανό να είναι αποτέλεσμα τυχαίας μόλυνσης υποδηλώνει ότι η σκόπιμη προσθήκη mCPP ενδεχομένως να έχει σκοπό την ενίσχυση ή την τροποποίηση των αποτελεσμάτων της MDMA. Η ζήτηση ή η αγορά της mCPP για αυτοτελή χρήση φαίνεται να είναι περιορισμένη στην ΕΕ.

Απόφαση του Συμβουλίου για τις νέες ψυχοτρόπους ουσίες

Η απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου, της 10ης Μαΐου 2005, σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών ⁽¹⁾, θεσπίζει ένα μηχανισμό για την ταχεία ανταλλαγή πληροφοριών για νέες ψυχοτρόπους ουσίες που ενδέχεται να συνιστούν απειλή για τη δημόσια υγεία και κοινωνική απειλή, επιτρέποντας έτσι στα θεσμικά όργανα της ΕΕ και τα κράτη μέλη να λάβουν μέτρα τόσο για τις νέες ναρκωτικές ουσίες όσο και για τις νέες ψυχοτρόπους ουσίες που κάνουν την εμφάνισή τους στην Ευρώπη. Στο ΕΚΠΝΤ και τη Ευροπόλ, σε στενή συνεργασία με τα δίκτυά τους –το δίκτυο εθνικών εστιακών σημείων Reitox και τις εθνικές υπηρεσίες της Ευροπόλ αντίστοιχα– έχει ανατεθεί κεντρικός ρόλος για τον εντοπισμό και τη γνωστοποίηση νέων ψυχοτρόπων ουσιών. Η απόφαση προβλέπει την αξιολόγηση των κινδύνων που συνδέονται με τις νέες αυτές ουσίες, ώστε τα μέτρα που ισχύουν στα κράτη μέλη για τον έλεγχο των ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών ⁽²⁾ να μπορούν να τύχουν εφαρμογής και για νέες ψυχοτρόπους ουσίες, εφόσον αρμόζει. Η απόφαση διευρύνει το πεδίο εφαρμογής της κοινής δράσης του 1997 ⁽³⁾ που αφορούσε αποκλειστικά νέα συνθετικά ναρκωτικά, την οποία και αντικαθιστά. Η απόφαση, ωστόσο, διατηρεί την προσέγγιση τριών βημάτων που προέβλεπε πιλοτικά η κοινή δράση: ανταλλαγή πληροφοριών/έγκαιρη προειδοποίηση, αξιολόγηση κινδύνων και λήψη αποφάσεων.

⁽¹⁾ Η απόφαση 2005/387/ΔΕΥ του Συμβουλίου, της 10ης Μαΐου 2005, σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών δημοσιεύθηκε στην *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης* στις 20 Μαΐου 2005 [ΕΕ L 127 της 20.5.2005, σσ. 32–37] και τέθηκε σε ισχύ στις 21 Μαΐου 2005. Η απόφαση εφαρμόζεται για ουσίες που επί του παρόντος δεν περιλαμβάνονται σε κάποιον από τους καταλόγους των συμβάσεων του 1961 και του 1971 των Ηνωμένων Εθνών.

⁽²⁾ Σε συμμόρφωση με τις διατάξεις της ενιαίας Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά του 1961 και της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες του 1971.

⁽³⁾ Κοινή δράση του 1997 σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των κινδύνων και τον έλεγχο των νέων συνθετικών ναρκωτικών [ΕΕ L 167 της 25.6.1997].

Η mCPP εντοπίζεται από τα κράτη μέλη περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη νέα ψυχοδραστική ουσία από τη στιγμή που το EWS ξεκίνησε να παρακολουθεί νέα (συνθετικά) ναρκωτικά το 1997. Εντοπίστηκε σε διάστημα ενός έτους σε 20 κράτη μέλη καθώς και στη Ρουμανία και τη Νορβηγία.

Σε κοινή έκθεση το ΕΚΠΝΤ και η Ευροπόλ εισηγήθηκαν, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης του Συμβουλίου, τη μη πραγματοποίηση επίσημης αξιολόγησης κινδύνου, καθώς υπάρχουν στοιχεία ότι η mCPP χρησιμοποιείται στην παρασκευή τουλάχιστον ενός φαρμακευτικού προϊόντος. Ωστόσο, σημειώθηκε επίσης ότι, παρά το γεγονός ότι επί του παρόντος δεν υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη σημαντικών κινδύνων για τη δημόσια υγεία ή κοινωνικών κινδύνων που να συνδέονται με τη mCPP, το ζήτημα αυτό πρέπει να παραμείνει ανοικτό ελλείψει διεξοδικής επιστημονικής αξιολόγησης κινδύνου.

⁽¹³¹⁾ Πληροφορίες από το EWS. Ο σχετικά υψηλός αριθμός θανάτων που συνδέονται με το GHB στην έκθεση αυτή πιθανότατα απηχεί το ερευνητικό ενδιαφέρον για το GHB που επιδεικνύει το εργαστήριο του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

⁽¹³²⁾ Από τις εννέα νέες συνθετικές ναρκωτικές ουσίες που υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση κινδύνου μεταξύ 1997 και 2004 στο πλαίσιο της κοινής δράσης και οι έξι μεταγενέστερα ελεγχόμενες σε κοινοτικό επίπεδο ουσίες ήταν φαιναιθυλαμίνες.

Εξελίξεις στη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας, στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2006: επιλεγμένα θέματα

Η χρήση ναρκωτικών και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες των νέων συχνά συνδέονται. Ειδικότερα, μελέτες που επικεντρώνονται στους νέους που παρακολουθούν εκδηλώσεις μουσικής και χορού αναφέρουν συστηματικά υψηλότερες εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών συγκριτικά με τις εκτιμήσεις που περιλαμβάνονται σε μελέτες στον γενικό πληθυσμό, ενώ ιδιαίτερα υψηλά είναι συχνά τα επίπεδα χρήσης διεγερτικών ναρκωτικών ουσιών που αναφέρονται στις μελέτες αυτές. Μπορούν να εξηγηθούν οι διαφορές που παρατηρούνται από χώρα σε χώρα βάσει της ποικιλίας των διαθέσιμων εμπορικών χώρων νυχτερινής διασκέδασης, της μουσικής κουλτούρας, της διαθεσιμότητας ναρκωτικών και των

διαθέσιμων εισοδημάτων; Τα ερωτήματα αυτά εξετάζονται στο εν λόγω επιλεγμένο θέμα.

Οι νέες εξελίξεις σε ό,τι αφορά την προώθηση των ψυχαγωγικών ναρκωτικών μέσω του Διαδικτύου και την ίδια την ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών θέτουν νέες προκλήσεις στους τομείς της πολιτικής, της πρόληψης και της μείωσης των κινδύνων. Οι προκλήσεις αυτές εξετάζονται σε αυτό το επιλεγμένο θέμα, στο οποίο επίσης γίνεται αναλυτική επισκόπηση των καινοτόμων πρωτοβουλιών για την πρόληψη των ναρκωτικών και τη μείωση του κινδύνου που αναλήφθηκαν στην ΕΕ την περασμένη δεκαετία για την αντιμετώπιση του σύνθετου προβλήματος της αλληλεπίδρασης των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και της χρήσης ναρκωτικών από τους νέους.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνο στην αγγλική γλώσσα («Developments in drug use within recreational settings», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Κεφάλαιο 5

Κοκαΐνη και κρακ

Προσφορά και διαθεσιμότητα της κοκαΐνης ⁽¹³³⁾

Παραγωγή και διακίνηση

Η κοκαΐνη είναι η περισσότερο διακινούμενη ουσία στον κόσμο μετά τη φυτική κάνναβη και τη ρητίνη κάνναβης. Από την άποψη των κατασχεθεισών ποσοτήτων –578 τόνοι παγκοσμίως το 2004– οι μεγαλύτερες ποσότητες κοκαΐνης εξακολούθησαν να διακινούνται στη Νότια Αμερική (44 %) και τη Βόρεια Αμερική (34 %), και δευτερευόντως στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (15 %) (CND, 2006).

Η Κολομβία είναι με μεγάλη διαφορά η σημαντικότερη χώρα προέλευσης παράνομης κοκαΐνης στον κόσμο, ακολουθούμενη από το Περού και τη Βολιβία. Η παγκόσμια παραγωγή κοκαΐνης το 2004 εκτιμάται ότι αυξήθηκε σε 687 τόνους, εκ των οποίων 56 % προερχόταν από την Κολομβία, 28 % από το Περού και 16 % από τη Βολιβία (UNODC, 2005). Το μεγαλύτερο μέρος της κοκαΐνης που κατάσχετα στην Ευρώπη εισάγεται κατευθείαν από τη Νότια Αμερική (κυρίως Κολομβία) ή μέσω της Κεντρικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Το 2004, το Σουρινάμ, η Βραζιλία, η Αργεντινή, η Βενεζουέλα, το Εκουαδόρ, το Κουρασάο, η Τζαμάικα, το Μεξικό, η Γουιάνα και ο Παναμάς αναφέρθηκαν ως χώρες διαμετακόμισης της κοκαΐνης που εισήχθη στην ΕΕ (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· ΠΟΤ, 2005· CND, 2006· INCB, 2006α· Ευροπόλ, 2006). Ορισμένες ποσότητες διακινήθηκαν επίσης μέσω Αφρικής, ολοένα περισσότερο μέσω της Δυτικής Αφρικής και των χωρών του κόλπου της Γουινέας (κυρίως της Νιγηρίας), αλλά και της Ανατολικής Αφρικής (Κένυα) και της Βορειοδυτικής Αφρικής μέσω των νήσων στα ανοιχτά των ακτών της Μαυριτανίας και της Σενεγάλης (CND, 2006· INCB, 2006α). Κύρια σημεία εισόδου στην ΕΕ παρέμειναν η Ισπανία, οι Κάτω Χώρες και η Πορτογαλία, καθώς και το Βέλγιο, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· CND, 2006· Ευροπόλ, 2006).

Μολονότι η Ισπανία και οι Κάτω Χώρες εξακολουθούν να δραματίζουν σημαντικό ρόλο ως σημεία διανομής της κοκαΐνης που εισέρχεται στην ΕΕ, οι εντατικοποιημένοι έλεγχοι κατά μήκος των βόρειων ισπανικών ακτών (Γαλικία) και η πολιτική καθολικών ελέγχων (100 %) στις πτήσεις από συγκεκριμένες χώρες ⁽¹³⁴⁾ στο αεροδρόμιο Schiphol (Άμστερνταμ) ενδεχομένως δραματίσαν ρόλο στην ανάπτυξη εναλλακτικών διαδρομών όπως, για παράδειγμα, ολοένα και περισσότερο μέσω Αφρικής, αλλά και μέσω Ανατολικής και Κεντρικής Ευρώπης και δευτερογενούς διανομής από εκεί στη Δυτική Ευρώπη (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· ΠΟΤ, 2005· INCB, 2006α).

Κατασχέσεις

Το 2004 στην ΕΕ εκτιμάται ότι πραγματοποιήθηκαν 60 000 κατασχέσεις συνολικά 74 τόνων κοκαΐνης. Οι περισσότερες κατασχέσεις κοκαΐνης αναφέρθηκαν σε δυτικοευρωπαϊκές χώρες, κυρίως την Ισπανία, η οποία αντιπροσωπεύει το ήμισυ περίπου των κατασχέσεων και των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν στην ΕΕ την τελευταία πενταετία ⁽¹³⁵⁾. Κατά την περίοδο 1999–2004, ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης ⁽¹³⁶⁾ αυξήθηκε συνολικά σε επίπεδο ΕΕ, ενώ οι ποσότητες ⁽¹³⁷⁾ εμφάνισαν διακύμανση με ανοδική τάση. Ωστόσο, βάσει των στοιχείων που παρέχον οι χώρες, οι ποσότητες φαίνεται να μειώθηκαν το 2004 – ενδεχομένως συγκριτικά με τις εξαιρετικά μεγάλες ποσότητες που κατασχέθηκαν στην Ισπανία το προηγούμενο έτος.

Τιμή και καθαρότητα

Το 2004 η μέση λιανική τιμή της κοκαΐνης διέφερε σημαντικά στο σύνολο της ΕΕ, από 41 ευρώ ανά γραμμάριο στο Βέλγιο έως 100 ευρώ ανά γραμμάριο στην Κύπρο, στη Ρουμανία και τη Νορβηγία ⁽¹³⁸⁾. Οι μέσες τιμές της φυτικής κάνναβης, διορθωμένες σύμφωνα με τον πληθωρισμό ⁽¹³⁹⁾, εμφάνισαν γενικά καθοδική τάση κατά την περίοδο

⁽¹³³⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 37.

⁽¹³⁴⁾ Όλες οι πτήσεις από τις Ολλανδικές Αντίλλες, την Αρούμπα, το Σουρινάμ, το Περού, τη Βενεζουέλα και το Εκουαδόρ ελέγχονται 100%. Το 2004, 3 466 άτομα που χρησιμοποιήθηκαν για τη διακίνηση ναρκωτικών συνελήφθησαν ως αποτέλεσμα των ελέγχων αυτών και 620 ως αποτέλεσμα των τακτικών ελέγχων (εθνική έκθεση των Κάτω Χωρών).

⁽¹³⁵⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης όσο και για τις ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης το 2004 για τις Κάτω Χώρες. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρέχον οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των τάσεων για το 2004.

⁽¹³⁶⁾ Βλέπε πίνακα SZR-9 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹³⁷⁾ Βλέπε πίνακα SZR-10 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹³⁸⁾ Βλέπε πίνακα PPP-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹³⁹⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽¹⁴⁰⁾ Κατά την περίοδο 1999–2004 υπήρχαν στοιχεία για τις τιμές της κοκαΐνης για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στην Κύπρο, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία.

1999–2004 σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽¹⁴⁰⁾, εκτός του Λουξεμβούργου, όπου παρουσίαζαν μείωση έως το 2002 και κατόπιν αυξήθηκαν, και της Νορβηγίας, όπου οι τιμές αυξήθηκαν απότομα το 2001 και κατόπιν σταθεροποιήθηκαν.

Σε σύγκριση με την ηρωΐνη, η μέση καθαρότητα της κοκαΐνης σε επίπεδο χρήστη είναι υψηλή, κυμαινόμενη το 2004 από 24 % στη Δανία έως 80 % στην Πολωνία. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν καθαρότητα 40–65 % ⁽¹⁴¹⁾. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο 1999–2004 υπήρξε μια γενική μείωση στη μέση καθαρότητα της κοκαΐνης στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις ⁽¹⁴²⁾, η οποία ωστόσο αυξήθηκε στην Εσθονία (από το 2003), στη Γαλλία και τη Λιθουανία, και παρέμεινε σταθερή στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία.

Διεθνής δράση κατά της παρασκευής και της διακίνησης κοκαΐνης

Στόχος του σχεδίου COLA, που διευθύνεται από τη Ευροπολ, είναι ο εντοπισμός και η εξάρθρωση λατινοαμερικανικών και συνεργαζόμενων εγκληματικών ομάδων που δραστηριοποιούνται προς και εντός της ΕΕ και εμπλέκονται κυρίως στη διακίνηση κοκαΐνης. Ειδικότερα, το σχέδιο παρέχει επιχειρησιακή υποστήριξη σε έρευνες που βρίσκονται σε εξέλιξη σε συμμετέχοντα κράτη μέλη και συμπληρώνει την εικόνα των στρατηγικών πληροφοριών ασφαλείας. Συμπληρώνεται από το σύστημα λογοτύπων για την κοκαΐνη της Ευροπολ, μέσω του οποίου συγκεντρώνονται, σε κατάλογο που επικαιροποιείται κάθε χρόνο, ο τρόπος λειτουργίας καθώς και φωτογραφικό και άλλο πληροφοριακό υλικό σχετικά με κατασχέσεις κοκαΐνης και λογότυπους/σήματα επί των ναρκωτικών και των συσκευασιών τους, για τον εντοπισμό ομοιοτήτων μεταξύ των κατασχέσεων και την προαγωγή της διεθνούς συνεργασίας και της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των υπηρεσιών επιβολής του νόμου (Europol, 2006).

Η επιχείρηση «Purple», η οποία διεξάγεται από το 1999, αποσκοπεί στην πρόληψη της εκτροπής υπερμαγγανικού καλίου ⁽¹⁴³⁾ από το νόμιμο εμπόριο για χρήση στην παράνομη παρασκευή κοκαΐνης, ιδίως στην αμερικανική ήπειρο. Το νόμιμο εμπόριο υπερμαγγανικού καλίου διεξάγεται σε μεγάλη κλίμακα: από το 1999, 30 εξαγωγικές χώρες/επικράτειες προέβησαν σε 4 380 εκ των προτέρων κοινοποιήσεις στο INCB για περισσότερους από 136 560 τόνους υπερμαγγανικού καλίου. Από το 1999, 233 αποστολές που αφορούσαν συνολικά 14316 τόνους της ουσίας παρακρατήθηκαν ή κατασχέθηκαν λόγω αμφιβολιών ως προς τη νομιμότητα των παραγγελιών ή των τελικών χρηστών και εντοπίστηκαν εκτροπές. Το 2004 1,4 τόνοι υπερμαγγανικού καλίου κατασχέθηκαν στην Ευρώπη, κυρίως στη Ρωσική Ομοσπονδία και δευτερευόντως στη Ρουμανία και την Ουκρανία ⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006β).

Οι διακινητές φαίνεται ότι έχουν βρει τρόπους για να αποφεύγουν τους ελέγχους και τους μηχανισμούς

παρακολούθησης στο πλαίσιο της επιχείρησης «Purple». Πράγματι, μολονότι η παράνομη παρασκευή κοκαΐνης δεν συνδέεται με την Ασία, εκφράζονται εντεινόμενες ανησυχίες ότι οι διακινητές ενδέχεται να επιλέγουν την περιοχή αυτή για την εκτροπή υπερμαγγανικού καλίου από το νόμιμο εμπόριο. Εκφράζονται επίσης ανησυχίες ότι οι διακινητές ενδέχεται να εκτρέπουν υπερμαγγανικό κάλιο στην υποπεριφέρεια των Άνδεων μέσω των νησιών της Καραϊβικής. Έτσι, το INCB (2006β), μολονότι αναγνωρίζει ότι υπήρξαν κάποιες επιτυχίες στον εντοπισμό παράνομων συναλλαγών και στο σταμάτημα αποστολών, καλεί τις κυβερνήσεις να αναπτύξουν επιχειρησιακές διαδικασίες για τη χρήση πληροφοριών από κατασχέσεις σε εργαστήρια κοκαΐνης με στόχο την ανακάλυψη της πηγής των χημικών ουσιών, τον προσδιορισμό των χώρων διαμετακόμισης και τη διερεύνηση εμπορικών εταιρειών, ούτως ώστε να μην είναι εύκολο στους διακινητές να μεταφέρουν τις δραστηριότητές τους σε άλλο μέρος.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης της κοκαΐνης

Βάσει πρόσφατων εθνικών ερευνών στον γενικό πληθυσμό, υπολογίζεται ότι περίπου 10 εκατ. Ευρωπαίοι ⁽¹⁴⁵⁾ έχουν δοκιμάσει κοκαΐνη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους (επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή), αριθμός που αντιστοιχεί σε άνω του 3 % όλων των ενηλίκων ⁽¹⁴⁶⁾. Τα εθνικά ποσοστά αναφερόμενης χρήσης κυμαίνονται από 0,5 έως 6 %, με την Ιταλία (4,6 %), την Ισπανία (5,9 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (6,1 %) να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Υπολογίζεται ότι περίπου 3,5 εκατ. ενήλικοι έκαναν χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο έτος, αντιπροσωπεύοντας το 1 % του συνόλου των ενηλίκων. Τα εθνικά ποσοστά στις περισσότερες χώρες κυμαίνονται από 0,3 έως 1 %. Εντούτοις, τα επίπεδα επικράτησης είναι υψηλότερα στην Ισπανία (2,7 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (2 %).

Όπως συμβαίνει και με άλλα παράνομα ναρκωτικά, η χρήση κοκαΐνης επικεντρώνεται στους νεαρούς ενήλικους. Η δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή ήταν υψηλότερη στους νεαρούς ενήλικους ηλικίας 15–34 ετών, μολονότι η χρήση κατά το τελευταίο έτος είναι ελαφρώς υψηλότερη στις ηλικίες 15 έως 24 ετών. Η κοκαΐνη φαίνεται να είναι ναρκωτικό που χρησιμοποιείται κυρίως από άτομα ηλικίας 20 έως 30 ετών, αλλά, σε σύγκριση με τη χρήση κάνναβης, η χρήση κοκαΐνης επικεντρώνεται κυρίως σε νεότερα άτομα. Τα ποσοστά της δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή σε άτομα ηλικίας 15 έως 34 ετών κυμαίνονται μεταξύ 1 και 10 %, και τα υψηλότερα επίπεδα απαντώνται και πάλι στην Ισπανία (8,9 %) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (10,5 %). Η χρήση κατά το τελευταίο έτος κυμαίνεται από 0,2 έως 4,8 %. Τα ποσοστά για τη Δανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες είναι της τάξης του 2 %, και για την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο υπερβαίνουν το 4 % (διάγραμμα 6). Τα στοιχεία από έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό δείχνουν πολύ χαμηλή

⁽¹⁴¹⁾ Βλέπε πίνακα PPP-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁴²⁾ Κατά την περίοδο 1999–2004 υπήρχαν στοιχεία για τις τιμές της κοκαΐνης για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Δανία, στη Γερμανία, στην Εσθονία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες, στην Αυστρία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβακία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία.

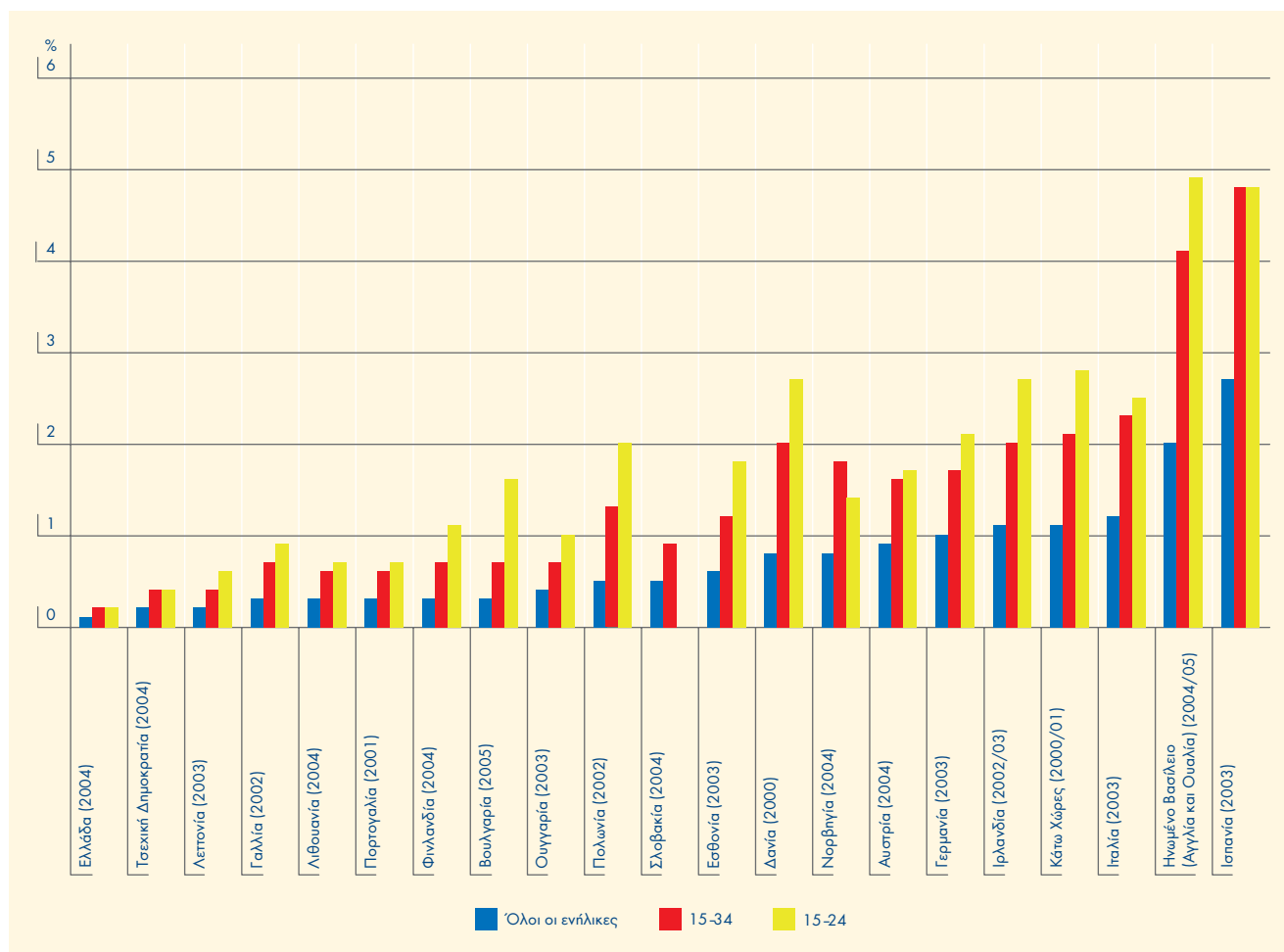
⁽¹⁴³⁾ Πρόδρομη χημική ουσία που χρησιμοποιείται στην παρασκευή κοκαΐνης και περιλαμβάνεται στον πίνακα 1 της σύμβασης του 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Στα στοιχεία αυτά δεν περιλαμβάνονται ποσότητες που αφορούν αποστολές που σταματήθηκαν.

⁽¹⁴⁵⁾ Βάσει σταθμισμένου μέσου όρου εθνικών ποσοστών- περισσότερες λεπτομέρειες στην υποσημείωση 53.

⁽¹⁴⁶⁾ Για αναλυτικά ποσοστά για κάθε χώρα, βλέπε τον πίνακα στην ενότητα «General population surveys of drug use» (Έρευνες για τη χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

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



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά το χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακες GPS-8, GPS-11 και GPS-18 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για περαιτέρω πληροφορίες.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη ζωή, η οποία κυμαίνεται από 0% στην Κύπρο, στη Φινλανδία και τη Σουηδία, έως 6% στην Ισπανία. Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης κρακ είναι ακόμη χαμηλότερα, καθώς κυμαίνονται από 0 έως 3% (Hibell κ.ά., 2004).

Τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης είναι υψηλότερα στους άνδρες. Για παράδειγμα, έρευνες στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία διαπίστωσαν ότι, στους άνδρες ηλικίας 15 έως 34 ετών, το ποσοστό δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνονταν μεταξύ 5 και 14%. Η χρήση κατά το τελευταίο έτος ήταν χαμηλότερη, αλλά τέσσερις χώρες ανέφεραν ποσοστά υψηλότερα από 3%. Η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν ποσοστά περίπου 6-7%⁽¹⁴⁷⁾, γεγονός που υποδηλώνει ότι στις χώρες αυτές περίπου ένας στους 15 νεαρούς άνδρες έκανε πρόσφατα χρήση κοκαΐνης. Η αναλογία αυτή είναι σημαντικά υψηλότερη στις αστικές περιοχές.

Στον γενικό πληθυσμό, η χρήση της κοκαΐνης φαίνεται να είναι περιστασιακή και να γίνεται κυρίως τα σαββατοκύριακα και σε χώρους ψυχαγωγίας (μπαρ και ντίσκο), όπου μπορεί

να φτάσει σε υψηλά επίπεδα. Από ερευνητικές μελέτες που διενεργήθηκαν σε νέους σε χώρους χορού και μουσικής σε διάφορες χώρες προκύπτουν εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης πολύ υψηλότερες από εκείνες που διαπιστώνονται στον γενικό πληθυσμό. Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 10 έως 75% (βλέπε το επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας). Για παράδειγμα, στην έρευνα για την εγκληματικότητα στη Βρετανία για την περίοδο 2004/05 αναφέρεται εκτίμηση για την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών «τάξης Α» σε άτομα που συχνάζουν σε ντίσκο ή νυχτερινά κλαμπ κατά δύο φορές υψηλότερη σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό σε άτομα που δεν συχνάζουν στους χώρους αυτούς (Chivite-Matthews κ.ά., 2005) (βλέπε το επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας). Κατά μέσο όρο, περίπου το ένα τρίτο όλων των ενήλικων Ευρωπαίων που έχουν κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά έκανε χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο· συγκριτικά, μόνο το 13% ανέφερε ότι έκανε χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες. Για παράδειγμα, ποσοστό 2-4% των ανδρών ηλικίας 15-24 ετών στην Ισπανία, στην Ιταλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη

⁽¹⁴⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα GPS-9 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Βουλγαρία⁽¹⁴⁸⁾ ανέφερε ότι έκανε χρήση κοκαΐνης κατά τις τελευταίες 30 ημέρες. Με μια πρόχειρη εκτίμηση της τρέχουσας χρήσης κοκαΐνης στην Ευρώπη προκύπτουν περίπου 1,5 εκατ. ενήλικοι χρήστες ηλικίας 15–64 ετών (80% στο ηλικιακό εύρος 15–34 ετών). Ο αριθμός αυτός πρέπει να θεωρείται ελάχιστη εκτίμηση, λόγω της πιθανότητας τα στοιχεία που αναφέρονται να είναι ελλιπή.

Τα πρότυπα χρήσης της κοκαΐνης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ομάδων χρηστών. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πολλές ευρωπαϊκές πόλεις διαπιστώθηκε ότι οι ενταγμένοι στην κοινωνία χρήστες κοκαΐνης έκαναν χρήση κυρίως με εισπνοή από τη μύτη (95%): μόνο ένα μικρό ποσοστό κάπνιζε ή έκανε ενέσιμη χρήση της ουσίας, αλλά η συνδυασμένη χρήση κάνναβης και αλκοόλ ήταν πολύ συχνή (Prinzleve κ.ά., 2004). Στους χρήστες σε περιβάλλοντα θεραπείας απεξάρτησης ή που ανήκουν σε κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες, η ενέσιμη χρήση ήταν συχνή και η χρήση κρακ διαδεδομένη στο Αμβούργο, στο Λονδίνο και το Παρίσι, και σε μικρότερο βαθμό στη Βαρκελώνη και το Δουβλίνο. Η χρήση κρακ στον γενικό πληθυσμό της Ευρώπης φαίνεται να είναι χαμηλή. Για παράδειγμα, η αναφερόμενη επικράτηση της χρήσης κρακ σε όλη τη ζωή στην Ισπανία ήταν 0,5% (2003) και στο Ηνωμένο Βασίλειο 0,8% (Chivite-Matthews κ.ά., 2005). Σε τρεις χώρες ερευνήθηκε η επικράτηση της χρήσης κρακ σε όλη τη ζωή σε κλαμπ και διαπιστώθηκε ότι ήταν ακόμη χαμηλότερη από τη χρήση ηρωίνης (Τσεχική Δημοκρατία 2%, Ηνωμένο Βασίλειο 13% και Γαλλία 21%). Ωστόσο, η χρήση κρακ στις περιθωριοποιημένες ομάδες ή τους χρήστες οπιοειδών αποτελεί αιτία προβληματισμού σε ορισμένες πόλεις. Για παράδειγμα, σε μια στοχοθετημένη ομάδα 94 γυναικών που εκδίδονται στο δρόμο στο Άμστερνταμ, η εκτίμηση για την επικράτηση της χρήσης κρακ σε όλη τη ζωή ήταν εξαιρετικά υψηλή, φτάνοντας το 91% (Korf, 2005, αναφέρεται στην εθνική έκθεση των Κάτω Χωρών).

Συγκριτικά, σύμφωνα με την εθνική έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία για το 2004, 14,2% των ενηλίκων (οι οποίοι ορίζονται ως άτομα ηλικίας δώδεκα ετών και άνω) αναφέρουν δοκιμή κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, σε αντιδιαστολή με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του 3%. Η χρήση κατά το τελευταίο έτος ήταν 2,4%, σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο του 1%, μολονότι ορισμένες χώρες της ΕΕ, π.χ. η Ισπανία (2,7%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (2%), ανέφεραν ποσοστά στα ίδια επίπεδα με τις Ηνωμένες Πολιτείες⁽¹⁴⁹⁾. Τα συγκριτικά υψηλότερα ποσοστά της χρήσης σε όλη τη ζωή στις Ηνωμένες Πολιτείες μπορεί εν μέρει να σχετίζονται με το γεγονός ότι η εξάπλωση της κοκαΐνης είχε προηγηθεί χρονικά στη χώρα αυτή.

Στους νεαρούς ενηλίκους (ηλικίας 16–34 ετών), τα ποσοστά για τις ΗΠΑ ήταν 14,6% (σε όλη τη ζωή), 5,1% (κατά το τελευταίο έτος) και 1,7% (κατά τον τελευταίο μήνα), ενώ οι μέσοι όροι των ποσοστών για την ΕΕ στην ηλικιακή ομάδα 15 έως 34 ετών ήταν, αντίστοιχα, περίπου 5% (σε όλη τη ζωή), 2% (κατά το τελευταίο έτος) και 1% (κατά τον τελευταίο μήνα).

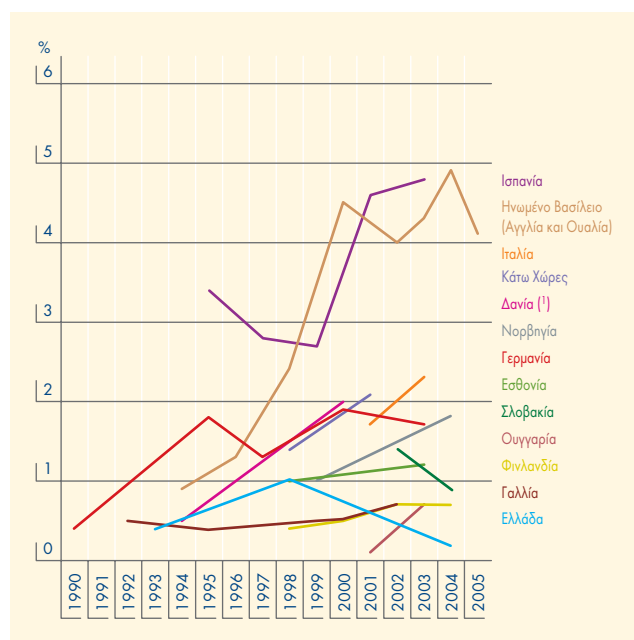
Τάσεις στη χρήση κοκαΐνης

Εδώ και αρκετά χρόνια υπάρχουν προειδοποιήσεις σχετικά με την πιθανότητα αύξησης της χρήσης κοκαΐνης στην Ευρώπη, βάσει στοιχείων από διαφορετικές πηγές (π.χ. δείκτες της αγοράς, αιτήσεις για θεραπεία, θάνατοι). Μολονότι οι διαθέσιμες πληροφορίες για τις τάσεις στη χρήση της κοκαΐνης στον γενικό πληθυσμό βελτιώνονται καθώς όλο και περισσότερες χώρες πραγματοποιούν επαναλαμβανόμενες έρευνες, τα στοιχεία εξακολουθούν να είναι περιορισμένα. Στην περίπτωση της κοκαΐνης, στις δυσκολίες έρχονται να προστεθούν τα χαμηλότερα επίπεδα επικράτησης και η πιθανή αναφορά ελλείπων στοιχείων σε σχέση με τη χρήση.

Η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης (κατά το τελευταίο έτος) αυξήθηκε σημαντικά κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990 στους νεαρούς ενήλικους στο Ηνωμένο Βασίλειο, έως το 2000, και στην Ισπανία, έως το 2001, ενώ τα τελευταία χρόνια φαίνεται να σταθεροποιείται. Στη Γερμανία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 παρατηρήθηκε μέτρια αύξηση, αλλά τα ποσοστά παρέμειναν σταθεροποιημένα τα τελευταία χρόνια σε επίπεδα σαφώς χαμηλότερα σε σχέση με την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (διάγραμμα 7).

Μέτριες αυξήσεις στη χρήση κατά το τελευταίο έτος παρατηρήθηκαν στη Δανία (έως το 2000), στην Ιταλία, στην

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



(!) Στη Δανία η τιμή για το 1994 αντιστοιχεί σε «σκληρά ναρκωτικά». Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που ήταν διαθέσιμες σε κάθε χώρα κατά το χρόνο υποβολής των εκθέσεων. Βλέπε πίνακα GPS-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για περαιτέρω πληροφορίες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα.

⁽¹⁴⁸⁾ Έρευνα του 2001. Στην έρευνα του 2003 δεν αναφέρεται ανάλυση των στοιχείων βάσει του φύλου ανά ηλικιακές ομάδες δέκα ετών.

⁽¹⁴⁹⁾ Πηγή: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος για «όλους τους ενηλίκους» στην έρευνα των ΗΠΑ (δώδεκα ετών και άνω) είναι ευρύτερο από το πρότυπο εύρος ηλικίας στις ευρωπαϊκές έρευνες (15–64). Τα στοιχεία για την ηλικιακή ομάδα 16–34 ετών στις ΗΠΑ υπολογίστηκαν εκ νέου από το ΕΚΠΝΤ.

Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες (έως το 2001) και τη Νορβηγία. Η τάση αυτή χρήζει προσεκτικής ερμηνείας καθώς βασίζεται σε δύο μόνο έρευνες σε κάθε χώρα.

Στην περίπτωση της κοκαΐνης και άλλων ουσιών (π.χ. έκσταση, αμφεταμίνες, παραισθησιογόνα μανιτάρια), οι τάσεις μπορούν να προσδιοριστούν καλύτερα εστιάζοντας την ανάλυση σε ομάδες στις οποίες επικεντρώνεται η χρήση ναρκωτικών, ιδιαίτερα σε νέους που κατοικούν σε αστικές περιοχές. Οι πληθυσμοί αυτοί διερευνώνται περισσότερο εμπριθώς στο επιλεγμένο θέμα για τη χρήση ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας. Επίσης, οι πληροφορίες των ερευνών πρέπει να συμπληρώνονται από επικεντρωμένες μελέτες σε νέους που ανήκουν σε επιλεγμένες ομάδες (περιβάλλοντα νυχτερινής ζωής).

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία ⁽¹⁵⁰⁾

Μετά τα οπιοειδή και την κάνναβη, η κοκαΐνη είναι η ναρκωτική ουσία που αναφέρεται συχνότερα ως κύρια ουσία από τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης και αντιπροσωπεύει περίπου το 8% του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία στην ΕΕ το 2004 ⁽¹⁵¹⁾. Πρέπει να σημειωθεί ότι η Ισπανία, μια χώρα που συνήθως αναφέρει υψηλό αριθμό αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη, δεν έχει παράσχει στοιχεία ακόμη. Το συνολικό αυτό ποσοστό περιλαμβάνει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών: στις περισσότερες χώρες οι αιτήσεις για θεραπεία που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης είναι μάλλον λιγότερες, αλλά στις Κάτω Χώρες (37%) και παραδοσιακά στην Ισπανία (26% το 2002) το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη είναι πολύ υψηλότερο. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία, σε μια ομάδα χωρών τα ποσοστά των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη επί του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία κυμαίνονται μεταξύ 5 και 10% (Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κύπρος, Μάλτα, Ηνωμένο Βασίλειο και Τουρκία), ενώ στις υπόλοιπες χώρες τα ποσοστά είναι πολύ χαμηλά ⁽¹⁵²⁾. Σε αρκετές χώρες, σε σύγκριση με το σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία, τα ποσοστά των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία από την κοκαΐνη, ως κύρια ουσία, είναι υψηλότερα ⁽¹⁵³⁾, και συνολικά περίπου 12% όλων των αναφερόμενων νέων αιτήσεων για θεραπεία αφορούν την κοκαΐνη. Η κοκαΐνη αναφέρεται επίσης ως δευτερεύουσα ουσία από περίπου 12% των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία ⁽¹⁵⁴⁾.

Οι αυξητικές τάσεις στα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη, οι οποίες αναφέρθηκαν τα προηγούμενα χρόνια, συνεχίστηκαν από το 1999 έως το 2004, βάσει ανάλυσης που παρεμβάλλει μη αναφερθέντα στοιχεία, προκύπτει ότι το ποσοστό ατόμων που ζητούν

για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αυξήθηκε από 10 σε 20% κατά την εν λόγω περίοδο (με βάση 17 χώρες της ΕΕ, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία) ⁽¹⁵⁵⁾.

Συνολικά, οι περισσότερες αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη στην Ευρώπη δεν συνδέονται με το κρακ: περίπου 80% των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη σε κέντρα εξωτερικής παραμονής αναφέρεται ότι κάνουν χρήση υδροχλωρικής κοκαΐνης (κοκαΐνης σε σκόνη) και λιγότερο από 20% κάνει χρήση κρακ. Ωστόσο, οι χρήστες κρακ θέτουν ιδιαίτερες προκλήσεις στις θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς το κοινωνικό προφίλ τους τείνει να είναι περισσότερο περιθωριοποιημένο σε σχέση με τους χρήστες κοκαΐνης σε σκόνη. Μια ευρωπαϊκή μελέτη σχετικά με τη χρήση κοκαΐνης (κοκαΐνης σε σκόνη και κρακ) διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ της χρήσης κρακ και κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων ψυχικής υγείας· ωστόσο, η μελέτη ανέφερε επίσης ότι το κρακ από μόνο του δεν επαρκεί για να εξηγήσει τα κοινωνικά προβλήματα ή τα προβλήματα ψυχικής υγείας (Haasen κ.ά., 2005). Πρόσφατη μελέτη σε 585 άτομα που προσέφυγαν σε θεραπεία απεξάρτησης από το κρακ στη Σκωτία διαπίστωσε ότι οι χρήστες κρακ είναι πιο πιθανό να έχουν μεγαλύτερο ιστορικό προβληματικής χρήσης ναρκωτικών και μεγαλύτερη εμπλοκή σε εγκληματικές δραστηριότητες (Neale και Robertson, 2004, αναφέρεται στην εθνική έκθεση του Ηνωμένου Βασιλείου).

Εξετάζοντας το προφίλ ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, προκύπτει ότι τα άτομα που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά και κάνουν χρήση κοκαΐνης ως κύριας ναρκωτικής ουσίας είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους χρήστες άλλων ναρκωτικών ουσιών: το 70% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 20-34 ετών με μια μικρότερη ομάδα (13%) να είναι ηλικίας μεταξύ 35 και 39 ετών ⁽¹⁵⁶⁾.

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με μια άλλη, δευτερεύουσα ουσία, συχνά την κάνναβη (31,6%), τα οπιοειδή (28,6%) ή το αλκοόλ (17,4%) ⁽¹⁵⁷⁾. Τοπικές έρευνες σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών υποδηλώνουν ότι, σε ορισμένες περιοχές, ο συνδυασμός ηρωίνης και κοκαΐνης στην ίδια ένεση γίνεται ολοένα και πιο διαδεδομένος (ορισμένες φορές αναφέρεται από τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ως «speedballing»). Ο συνδυασμός οπιοειδών και κοκαΐνης είναι επί του παρόντος πιο πρόδηλος στα δεδομένα θεραπείας. Στα άτομα υπό θεραπεία που αναφέρουν ως κύρια ουσία χρήσης τα οπιοειδή, ποσοστό 31% στην Ιταλία, 42% στις Κάτω Χώρες και 44% στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν την κοκαΐνη ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης. Στα άτομα υπό θεραπεία που αναφέρουν ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη, ποσοστό 28% στην Ιταλία και 38% στο Ηνωμένο βασίλειο αναφέρουν τα οπιοειδή ως δευτερεύουσες ουσίες χρήσης.

⁽¹⁵⁰⁾ Βλέπε υποσημείωση 70.

⁽¹⁵¹⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁵²⁾ Βλέπε πίνακα TDI-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006· για την Ισπανία τα στοιχεία αναφέρονται στο έτος αναφοράς 2002.

⁽¹⁵³⁾ Βλέπε πίνακα TDI-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Βλέπε πίνακα TDI-23 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Βλέπε πίνακα TDI-24 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρξει φαρμακευτική θεραπεία για την κοκαΐνη ή άλλη ψυχοδιεγερτική εξάρτηση. Ωστόσο, στην ολοκληρωμένη επισκόπηση τους σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεπειών στους χρήστες ψυχοδιεγερτικών ουσιών, οι Shearer και Gowing (2004) καταλήγουν στη διαπίστωση

Ανοσοθεραπεία για κοκαΐνομανείς

Σε αντίθεση με την εξάρτηση από την ηρωΐνη η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με αγωνιστές όπως η μεθαδόνη ή ανταγωνιστές όπως η ναλτρεξόνη, δεν υπάρχουν επί του παρόντος ιατρικές θεραπείες για την εξάρτηση από την κοκαΐνη. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται στο μηχανισμό δράσης μέσω του οποίου η κοκαΐνη επιδρά στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, την ντοπαμΐνη και τη σεροτονΐνη. Ενώ η ηρωΐνη προσκολλάται σε υποδοχείς οπιοειδών του εγκεφάλου, όπως οι μ-υποδοχείς, και επομένως μιμείται τη δράση των ενδορφινών που παράγει ο ίδιος ο εγκέφαλος, η κοκαΐνη αναστέλλει την επαναρρόφηση της ντοπαμΐνης (και της σεροτονΐνης) από τη νευρωνική σύναψη από τη στιγμή που αρχίζει να επιδρά, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του διαβιβαστή, παρατείνοντας και ενισχύοντας έτσι την επίδρασή του.

Αυτό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι αδύνατη η ανάπτυξη ιατρικής θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, σημαίνει όμως ότι κάτι τέτοιο θα είναι πιο δύσκολο και ενδέχεται να απαιτεί διαφορετικές προσεγγίσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη θεραπειών απεξάρτησης από την ηρωΐνη.

Ένα ενδιαφέρον ερευνητικό πεδίο είναι η χρήση ανοσοθεραπειών, δηλαδή η ανάπτυξη ενός εμβολίου που θα «εξουδετερώσει» αποτελεσματικά τη δράση της κοκαΐνης, μη επιτρέποντας στη ναρκωτική ουσία να φτάσει στον εγκέφαλο. Η βασική ιδέα έχει υποβληθεί σε περιορισμένες δοκιμές. Ένα εμβόλιο που αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο δοκιμάστηκε σε μικρό αριθμό κοκαΐνομανών, συνολικά 18, για διάστημα 14 εβδομάδων. Διαπιστώθηκε ότι τα τρία τέταρτα της κοορτής των κοκαΐνομανών που εμβολιάστηκαν απείχαν από τη χρήση της ουσίας για διάστημα τριών μηνών χωρίς ανεπιθύμητες παρενέργειες. Επιπλέον, έπειτα από έξι μήνες, τόσο όσοι υποτροπίασαν όσο και όσοι δεν υποτροπίασαν ανέφεραν ότι η αίσθηση ευφορίας που βίωσαν δεν ήταν τόσο ισχυρή όσο πριν από τον εμβολιασμό. Κατόπιν των διαπιστώσεων αυτών, το εμβόλιο, γνωστό ως συζευκτικό ναρκωτικής ουσίας-πρωτεΐνης TA-CD, υποβάλλεται σε κλινικές δοκιμές φάσης 2. Μια εναλλακτική ανοσοθεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην ανάπτυξη μονοκλωνικών αντισωμάτων κατά της κοκαΐνης, η οποία όμως έχει υποβληθεί μόνο σε προκλινικές δοκιμές.

Το δυνητικό όφελος του εμβολίου κατά της κοκαΐνης TA-CD έχει εγείρει ηθικής φύσης προβληματισμούς σχετικά με τη χρήση του εμβολίου: σε ποιους θα χορηγείται, ποιος θα λαμβάνει την απόφαση και με βάση ποια κριτήρια κ.λπ.

ότι η θεραπεία υποκατάστασης, η οποία είναι επιτυχημένη στην περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή και από τη νικοτΐνη και είναι σε θέση να προσελκύει και να διατηρεί τους χρήστες υπό θεραπεία, δεν έχει δοκιμαστεί ακόμα επαρκώς σε χρήστες διεγερτικών. Το ΕΚΠΝΤ δημοσίευσε πρόσφατα μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, συμπεριλαμβανομένων τρόπων αντιμετώπισης διαταραχών ψυχικής υγείας σε χρήστες κρακ ⁽¹⁵⁸⁾.

Σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών και του Ηνωμένου Βασιλείου, γίνονται επί του παρόντος σημαντικές επενδύσεις στην παροχή εναλλακτικών επιλογών ανοσοθεραπείας μέσω της ανάπτυξης αντισωμάτων που μπορούν να ανακόψουν την πορεία της κοκαΐνης στο κυκλοφορικό σύστημα προτού φτάσει στο κεντρικό νευρικό σύστημα (βλέπε πλαίσιο σχετικά με την ανοσοθεραπεία για κοκαΐνομανείς).

Ο συνδυασμός διάφορων ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων θεωρείται επί του παρόντος η πλέον υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες κοκαΐνης και άλλων ψυχοδιεγερτικών. Ο συνδυασμός της τεχνικής της κοινοτικής ενίσχυσης (community reinforcement approach – CRA) με τη μέθοδο της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης (contingency management – CM) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει βραχυπρόθεσμα τη χρήση κοκαΐνης (Higgins κ.ά., 2003· Roozen κ.ά., 2004).

Η CRA είναι μια μέθοδος εντατικής θεραπείας στην οποία συμμετέχουν η οικογένεια, οι φίλοι και άλλα μέλη του κοινωνικού δικτύου του ατόμου που προσφεύγει σε θεραπεία, και συνίσταται στην εκπαίδευση των ατόμων υπό θεραπεία για την πραγματοποίηση κοινωνικών επαφών, τη βελτίωση της αυτοεικόνας τους και την εξεύρεση εργασίας και ανταποδοτικών ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, με στόχο την καθιέρωση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής (Roozen κ.ά., 2004). Σε συνδυασμό με τη συστηματική συντελεστική ενίσχυση – μια μέθοδο που στοχεύει στον επηρεασμό της συμπεριφοράς των ατόμων υπό θεραπεία μέσω της παροχής ουσιαστικών κινήτρων, π.χ. δώρων, δωροεπιταγών ή προνομίων σε αντάλλαγμα για δείγματα ούρων χωρίς ίχνη κοκαΐνης— επιτεύχθηκαν θετικά αποτελέσματα ως προς τη χρήση ναρκωτικών και την ψυχοκοινωνική λειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της παρακολούθησης των κοκαΐνομανών μετά τη θεραπεία, μολονότι τα αποτελέσματα ως προς τη χρήση κοκαΐνης φαίνεται να περιορίζονται στην περίοδο θεραπείας (Higgins κ.ά., 2003).

Κάποιες νέες προσεγγίσεις για τις ιδιαίτερα προβληματικές ομάδες των χρηστών ηρωΐνης που κάνουν χρήση κοκαΐνης και κρακ επικεντρώνονται στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών ως πρωταρχικού θεραπευτικού στόχου και εφαρμόζουν συμπεριφοριστικές θεραπείες, και ιδιαίτερα μεθόδους συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης, σε συνδυασμό με προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη ή θεραπεία με χρήση ηρωΐνης (Schottenfeld κ.ά., 2005· van den Brink, 2005· Poling κ.ά., 2006).

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

Προσεγγίσεις μείωσης των επιβλαβών συνεπειών

Στην Ευρώπη η ανάπτυξη προσεγγίσεων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για την αντιμετώπιση της χρήσης ηρωίνης έως τώρα υπήρξε περιορισμένη. Αυτό πλέον αρχίζει να αλλάζει καθώς η αυξημένη ευαισθητοποίηση, τόσο όσον αφορά την έκταση της χρήσης κοκαΐνης όσο και των προβλημάτων με τα οποία συνδέεται, γεννά το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη τρόπων αντιμετώπισης των αναγκών των χρηστών κοκαΐνης. Η αξία της πρόληψης και των προσεγγίσεων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών με στόχο τη μείωση των κινδύνων που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης παραμένει σε μεγάλο βαθμό αδιερεύνητη, αλλά μια σειρά τομέων μπορεί να διαθέτουν τη δυναμική για την ανάπτυξη μιας τέτοιας προσέγγισης. Για παράδειγμα, είναι πιθανό οι χρήστες κοκαΐνης να ωφεληθούν από παρεμβάσεις που επιλαμβάνονται ζητημάτων όπως η αυξημένη τοξικότητα των συνδυασμών κοκαΐνης και αλκοόλ, η πιθανή σύνδεση της χρήσης κοκαΐνης με καρδιαγγειακά προβλήματα ή πρότυπα συμπεριφοράς που μπορεί να θέτουν τους χρήστες σε αυξημένο κίνδυνο να μολυνθούν από τον ιό HIV ή να πέσουν θύματα ατυχήματος ή βίαιου εγκλήματος. Καθώς η χρήση κοκαΐνης μπορεί να κλιμακωθεί γρήγορα, ενδεχομένως αξίζει να διερευνηθούν σύντομες παρεμβάσεις που προειδοποιούν τους χρήστες ότι ενδέχεται να αρχίζουν να βιώνουν αρνητικές συνέπειες από τη χρήση του ναρκωτικού.

Ως αποτέλεσμα των σοβαρών προβλημάτων υγείας και των κοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση κρακ, υπάρχει μεγαλύτερη πείρα στην ανάπτυξη υπηρεσιών για την ομάδα αυτή, μολονότι οι δραστηριότητες περιορίζονται στις λίγες σχετικά ευρωπαϊκές πόλεις που αντιμετωπίζουν σημαντικό πρόβλημα με το κρακ. Σε ορισμένες πόλεις, στους χρήστες κρακ επικεντρώνονται προγράμματα εκτός δομών που επιχειρούν να ασχοληθούν με μια ομάδα που συχνά θεωρείται δύσκολα συνεργάσιμη. Μολονότι σε γενικές

γραμμές η αποδεικτική βάση παραμένει σχετικά ασθενής, ορισμένες μελέτες διαπιστώνουν ότι μπορούν να προκύψουν οφέλη. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη ενός καινοτόμου προγράμματος θεραπείας εκτός δομών στο Ρότερνταμ (Henskens, 2004, αναφέρεται στην εθνική έκθεση των Κάτω Χωρών) προσδιορίζονται παράγοντες που διαπιστώθηκε ότι είναι σημαντικοί για τη θεραπεία αυτής της ομάδας ατόμων, που συχνά είναι δύσκολο να προσεγγισθούν από τις παραδοσιακές υπηρεσίες κατά των ναρκωτικών.

Τα ψυχαναγκαστικά πρότυπα χρήσης κοκαΐνης και κρακ μπορεί να συνδέονται με αύξηση της ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, και ορισμένα προγράμματα άμεσης πρόσβασης επικεντρώνονται ειδικά σε χρήστες κρακ που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ με στόχο τη μετάδοση μηνυμάτων ασφαλέστερου σεξ και χρήσης ναρκωτικών και τη διανομή προφυλακτικών και λιπαντικών (βλέπε επιλεγμένο θέμα για το φύλο).

Μια πιο αμφιλεγόμενη προσέγγιση υιοθετήθηκε σε ορισμένες ευρωπαϊκές πόλεις, στο πλαίσιο της οποίας η ιδέα των αιθουσών ασφαλούς, επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών, που συνήθως αφορούν την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, επεκτάθηκε στην εισπνοή ναρκωτικών ουσιών. Αίθουσες για επιτηρούμενη εισπνοή άνοιξαν σε αρκετές πόλεις των Κάτω Χωρών, της Γερμανίας και της Ελβετίας (ΕΚΠΝΤ, 2004γ). Μολονότι βασικός στόχος των υπηρεσιών αυτών είναι η επιτήρηση των συνθηκών υγιεινής κατά τη χρήση, υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι θα μπορούσαν επίσης να λειτουργήσουν ως δίαυλος προς άλλες επιλογές περίθαλψης: για παράδειγμα, από την παρακολούθηση μιας υπηρεσίας στην Φραγκφούρτη της Γερμανίας προέκυψε ότι, κατά τη διάρκεια εξαμήνου περιόδου αξιολόγησης το 2004, επιτηρήθηκαν περισσότερες από 1 400 χρήσεις και καταγράφηκαν 332 συνομιλίες επικοινωνίας, 40 συνεδρίες συμβουλευτικής και 99 παραπομπές σε άλλες υπηρεσίες κατά των ναρκωτικών.



Κεφάλαιο 6

Χρήση οπιοειδών και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Προσφορά και διαθεσιμότητα της ηρωίνης ⁽¹⁵⁹⁾

Στην Ευρώπη απαντώνται δύο μορφές εισαγόμενης ηρωίνης: η συνηθέστερα διαθέσιμη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης) και η λιγότερο συνηθισμένη και πιο ακριβή λευκή ηρωίνη (άλας), που συνήθως προέρχεται από τη Νοτιοανατολική Ασία. Επιπλέον, ορισμένα οπιοειδή ναρκωτικά παρασκευάζονται εντός της ΕΕ, αλλά πρόκειται για περιορισμένη παρασκευή προϊόντων παπαρούνας «κατ' οίκον» (π.χ. συμπυκνώματα παπαρούνας από το άλεσμα μίσχων και ανθέων παπαρούνας) σε ορισμένες ανατολικές χώρες της ΕΕ, όπως για παράδειγμα η Λιθουανία, όπου η αγορά μίσχων παπαρούνας για άλεσμα και συμπυκνώματος φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί, και η Πολωνία, όπου η παραγωγή της «πολωνικής ηρωίνης» ενδεχομένως μειώνεται (CND, 2006).

Παραγωγή και διακίνηση

Η ηρωίνη που καταναλώνεται στην ΕΕ παρασκευάζεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν, το οποίο παραμένει η πρώτη προμηθεύτρια χώρα παράνομου οπίου στον κόσμο και το 2005 αντιπροσώπευε 89% της παγκόσμιας παραγωγής παράνομου οπίου, ακολουθούμενο από το Μιανμάρ (7%). Η παγκόσμια παραγωγή παράνομου οπίου παρέμεινε σχετικά σταθερή μεταξύ του 1999 και του 2004, με εξαίρεση το 2001, όταν η απαγόρευση της καλλιέργειας της οπιοΐκου παπαρούνας που επέβαλε το καθεστώς των Ταλιμπάν στο Αφγανιστάν είχε ως αποτέλεσμα εντυπωσιακή, αλλά βραχύβια, πτώση της παραγωγής. Υπολογίζεται ότι περίπου 4 670 τόνοι παράχθηκαν το 2005, μια μείωση 4% συγκριτικά με το 2004 (CND, 2006). Η παγκόσμια δυνητική παραγωγή ηρωίνης εκτιμήθηκε σε 472 τόνους το 2005 (495 το 2004) (UNODC, 2006).

Η ηρωίνη εισάγεται στην Ευρώπη από δύο κύριες οδούς διακίνησης. Η ανέκαθεν σημαντική βαλκανική οδός εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο λαθρεμπόριο ηρωίνης. Η μεταφορά γίνεται μέσω Πακιστάν, Ιράν και Τουρκίας και στη συνέχεια η οδός χωρίζεται σε ένα νότιο παρακλάδι που διέρχεται την Ελλάδα, την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (ΠΓΔΜ), την Αλβανία, την Ιταλία, τη Σερβία, το Μαυροβούνιο και τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, και σε ένα βόρειο παρακλάδι μέσω Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Ουγγαρίας, Αυστρίας, Γερμανίας και Κάτω Χωρών, χώρα η οποία λειτουργεί ως κέντρο

δευτερογενούς διανομής για περαιτέρω μεταφορά σε χώρες της ΕΕ. Οι κατασχέσεις ηρωίνης το 2004 υποδηλώνουν ότι το νότιο παρακλάδι έχει αποκτήσει πλέον την ίδια σπουδαιότητα με το βόρειο παρακλάδι από την άποψη του διακινούμενου όγκου (ΠΟΤ, 2005· INCB, 2006α). Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η ηρωίνη εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη ολοένα και συχνότερα (αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τις βαλκανικές οδούς) από τον λεγόμενο «δρόμο του μεταξιού» μέσω της Κεντρικής Ασίας (ιδίως του Τουρκμενιστάν, του Τατζικιστάν, της Κιργιζίας και του Ουζμπεκιστάν), της Κασπίας Θάλασσας και της Ρωσικής Ομοσπονδίας, της Λευκορωσίας ή της Ουκρανίας, στην Εσθονία, στη Λεττονία, κάποιες από τις σκανδιναβικές χώρες και τη Γερμανία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2005· CND, 2006· INCB, 2006α). Μολονότι αυτές είναι οι σημαντικότερες οδοί διακίνησης, ορισμένες χώρες στην Αραβική Χερσόνησο (Ομάν, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα) έχουν γίνει σημεία διαμετακόμισης για φορτία ηρωίνης από τη Νότια και τη Νοτιοδυτική Ασία που προορίζονται για την Ευρώπη (INCB, 2006α). Επίσης, ποσότητες ηρωίνης που προορίζονταν για την Ευρώπη (και τη Βόρεια Αμερική) κατασχέθηκαν το 2004 στην Ανατολική και τη Δυτική Αφρική, την Καραϊβική και την Κεντρική και Νότια Αμερική (CND, 2006).

Κατασχέσεις

Το 2004 κατασχέθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο 210 τόνοι οπίου (ή 21 τόνοι ισοδυνάμου ηρωίνης), 39,3 τόνοι μορφίνης και 59,2 τόνοι ηρωίνης. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι μεγαλύτερες ποσότητες ηρωίνης εξακολούθησαν να κατάσχονται στην Ασία (50%) και την Ευρώπη (40%). Το ποσοστό της Ευρώπης αυξάνεται, σε μεγάλο βαθμό ως αποτέλεσμα των αυξημένων κατασχέσεων σε χώρες της Νοτιοανατολικής Ευρώπης (Τουρκία), που για πρώτη φορά ξεπέρασαν την κατασχεθείσα ποσότητα στη Δυτική και την Κεντρική Ευρώπη (CND, 2006).

Το 2004, στις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, εκτιμάται ότι πραγματοποιήθηκαν 46 000 κατασχέσεις συνολικά 19 τόνων ηρωίνης. Τις περισσότερες κατασχέσεις πραγματοποίησε και πάλι το Ηνωμένο Βασίλειο, ακολουθούμενο από τη Γερμανία και την Ιταλία, ενώ η Τουρκία κατάσχεσε τις μεγαλύτερες ποσότητες (ακολουθούμενη από την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο), οι οποίες αναλογούν σχεδόν στο ήμισυ της συνολικής ποσότητας που κατασχέθηκε το 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. Κατά την περίοδο

⁽¹⁵⁹⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2004 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης όσο και για τις ποσότητες ηρωίνης που κατασχέθηκαν το 2004 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο· δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης το 2004 για τις Κάτω Χώρες. Για σκοπούς εκτίμησης, τα ελλείποντα στοιχεία του 2004 υποκαταστάθηκαν από στοιχεία του 2003. Τα στοιχεία που παρείχαν οι Κάτω Χώρες σχετικά με τις ποσότητες που κατασχέθηκαν το 2004 ήταν εκτιμήσεις και δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στην ανάλυση των τάσεων για το 2004.

1999–2004, οι κατασχέσεις ηρωίνης παρουσίασαν διακυμάνσεις, και βάσει των στοιχείων από τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, φαίνεται ότι η μείωση που παρατηρήθηκε το 2002–2003 ακολουθήθηκε από αύξηση το 2004⁽¹⁶¹⁾. Κατά τη διάρκεια της πενταετίας 1999–2004 οι συνολικές κατασχεθείσες ποσότητες παρουσίασαν σταθερή αύξηση φτάνοντας σε επίπεδα ρεκόρ το 2004, κυρίως επειδή η ποσότητα που κατασχέθηκε στην Τουρκία ήταν σχεδόν διπλάσια συγκριτικά με εκείνη του προηγούμενου έτους⁽¹⁶²⁾.

Τιμή και καθαρότητα

Το 2004 η μέση λιανική τιμή της καφέ ηρωίνης παρουσίαζε μεγάλες διαφοροποιήσεις ανά την Ευρώπη, κυμαινόμενη από 12 ευρώ ανά γραμμάριο στην Τουρκία έως 141 ευρώ ανά γραμμάριο στη Σουηδία, ενώ η τιμή της λευκής ηρωίνης κυμαινόταν από 31 ευρώ ανά γραμμάριο στο Βέλγιο έως 202 ευρώ ανά γραμμάριο στη Σουηδία, και η τιμή της ηρωίνης αδιευκρίνιστης μορφής κυμαινόταν από 35 ευρώ ανά γραμμάριο στη Σλοβενία έως 82 ευρώ ανά γραμμάριο στο Ηνωμένο Βασίλειο⁽¹⁶³⁾. Από τα διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο 1999–2004 προκύπτει μείωση στη μέση τιμή της ηρωίνης, διορθωμένης σύμφωνα με τον πληθωρισμό⁽¹⁶⁴⁾, στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις⁽¹⁶⁵⁾.

Η μέση καθαρότητα της καφέ ηρωίνης σε επίπεδο χρήστη το 2004 κυμάνθηκε από 10% στη Βουλγαρία έως 48% στην Τουρκία, της λευκής ηρωίνης κυμάνθηκε μεταξύ 20% στη Γερμανία και 63% στη Δανία και της ηρωίνης αδιευκρίνιστης μορφής κυμάνθηκε από 16% στην Ουγγαρία έως 42–50%⁽¹⁶⁶⁾ στις Κάτω Χώρες⁽¹⁶⁷⁾. Από το 1999 η μέση καθαρότητα των προϊόντων ηρωίνης παρουσιάζει διακυμάνσεις στις περισσότερες χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις⁽¹⁶⁸⁾, γεγονός που καθιστά δύσκολο τον προσδιορισμό κάποιας γενικής τάσης.

Διεθνής δράση κατά της παρασκευής και της διακίνησης ηρωίνης

Ο οξικός ανυδρίτης⁽¹⁶⁹⁾ είναι μια σημαντική πρόδρομη χημική ουσία που χρησιμοποιείται στην παράνομη παρασκευή ηρωίνης. Η επιχείρηση «Toraz» είναι μια διεθνής πρωτοβουλία για την παρακολούθηση του νόμιμου εμπορίου οξικού ανυδρίτη και τη διερεύνηση μεθόδων και οδών εκτροπής (INCB, 2006β). Στο πλαίσιο του νόμιμου εμπορίου διακινούνται σημαντικές ποσότητες οξικού ανυδρίτη, γεγονός που δυσχεραίνει τον έλεγχο. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι, από το 2001, 22 εξαγωγικές χώρες/επικράτειες προέβησαν σε 7 684 εκ των προτέρων

κοινοποιήσεις στο INCB που αφορούσαν περισσότερους από 1 350 000 τόνους οξικού ανυδρίτη. Οι κατασχέσεις στην Τουρκία (1 600 λίτρα το 2004) μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που ενδεχομένως υποδηλώνει ότι οι διακινητές ανέπτυξαν νέες οδούς και μεθόδους εκτροπής. Το 2004, για πρώτη φορά, κατασχέσεις που έγιναν στην Ευρώπη (Βουλγαρία) προσδιορίστηκαν ως προερχόμενες από τη Νοτιοδυτική Ασία (INCB, 2006β).

Μολονότι τα σκέλη της επιχείρησης «Toraz» που αφορούν την παρακολούθηση του διεθνούς εμπορίου έχουν αποδειχθεί επιτυχή, ωστόσο μικρή πρόοδος έχει σημειωθεί στον προσδιορισμό και την εξουδετέρωση οδών διακίνησης που χρησιμοποιούνται για τη λαθραία εισαγωγή οξικού ανυδρίτη στο Αφγανιστάν και τις όμορες χώρες (INCB, 2006β).

Στόχος του σχεδίου «Mustard», που διευθύνεται από τη Ευροpol, είναι ο εντοπισμός και η εξάρθρωση τουρκικών και συνεργαζόμενων εγκληματικών ομάδων που δραστηριοποιούνται προς και εντός της ΕΕ και εμπλέκονται στη διακίνηση ναρκωτικών και κυρίως ηρωίνης. Το σχέδιο παρέχει επιχειρησιακή υποστήριξη σε έρευνες που βρίσκονται σε εξέλιξη σε συμμετέχοντα κράτη μέλη και συμπληρώνει την εικόνα των στρατηγικών πληροφοριών ασφαλείας παρέχοντας στοιχεία για τις δραστηριότητες τουρκικών και συνεργαζόμενων ομάδων οργανωμένου εγκλήματος (Europol, 2006).

Εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών

Τα στοιχεία στην ενότητα αυτή προέρχονται από το δείκτη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (PDU) του ΕΚΠΝΤ, ο οποίος καλύπτει την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή τη μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιοίων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών. Ανέκαθεν, οι εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών αφορούσαν πρωτίστως τη χρήση ηρωίνης, μολονότι σε ορισμένες χώρες, όπως εξετάζεται σε άλλο σημείο της έκθεσης, οι χρήστες αμφεταμινών αποτελούν σημαντική συνιστώσα.

Όταν επιχειρείται η ερμηνεία των εκτιμήσεων της προβληματικής χρήσης οπιοειδών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα πρότυπα χρήσης ποικίλλουν ολοένα και περισσότερο. Για παράδειγμα, τα προβλήματα της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών έγιναν βαθμιαία σημαντικότερα στις περισσότερες χώρες, ενώ ορισμένες χώρες στις οποίες τα προβλήματα των οπιοίων ανέκαθεν κυριαρχούσαν αναφέρουν πλέον αλλαγές προς την

⁽¹⁶¹⁾ Βλέπε πίνακα SZR-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁶²⁾ Βλέπε πίνακα SZR-8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁶³⁾ Βλέπε πίνακα PPP-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Λαμβάνοντας το 1999 ως έτος βάσης για την αξία του χρήματος σε όλες τις χώρες.

⁽¹⁶⁵⁾ Κατά την περίοδο 1999–2004, στοιχεία για τις τιμές της ηρωίνης ήταν διαθέσιμα για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη: για την καφέ ηρωίνη στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στο Λουξεμβούργο, στην Πολωνία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία, στη Ρουμανία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία· για τη λευκή ηρωίνη στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στη Γαλλία, στη Λετονία και τη Σουηδία· και για την ηρωίνη αδιευκρίνιστης μορφής στη Λιθουανία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽¹⁶⁶⁾ Τα δύο αυτά ποσοστά αντιστοιχούν σε στοιχεία από δύο διαφορετικά συστήματα παρακολούθησης [βλέπε πίνακα PPP-6 (μέρος iii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006]· απαιτείται προσοχή καθώς το ποσοστό 50% βασίζεται σε ένα μόνο δείγμα.

⁽¹⁶⁷⁾ Βλέπε πίνακα PPP-6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ Κατά την περίοδο 1999–2004, στοιχεία για την καθαρότητα της ηρωίνης ήταν διαθέσιμα για τρία τουλάχιστον διαδοχικά έτη: για την καφέ ηρωίνη στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Δανία, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβακία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Τουρκία και τη Νορβηγία· για τη λευκή ηρωίνη στη Δανία, στη Γερμανία, στην Εσθονία, στη Φινλανδία και τη Νορβηγία· και για την ηρωίνη αδιευκρίνιστης μορφής στο Βέλγιο, στη Λιθουανία, στην Ουγγαρία και τις Κάτω Χώρες.

⁽¹⁶⁹⁾ Περιλαμβάνεται στον πίνακα I της σύμβασης του 1988.

κατεύθυνση της χρήσης άλλων ουσιών. Οι περισσότεροι χρήστες ηρωίνης τώρα πιστεύεται ότι χρησιμοποιούν διεγερτικά και άλλες ναρκωτικές ουσίες πέραν των οπιοειδών, αλλά υπάρχουν δυσκολίες στη συλλογή σε επίπεδο ΕΕ αξιόπιστων στοιχείων για την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών (βλέπε κεφάλαιο 8).

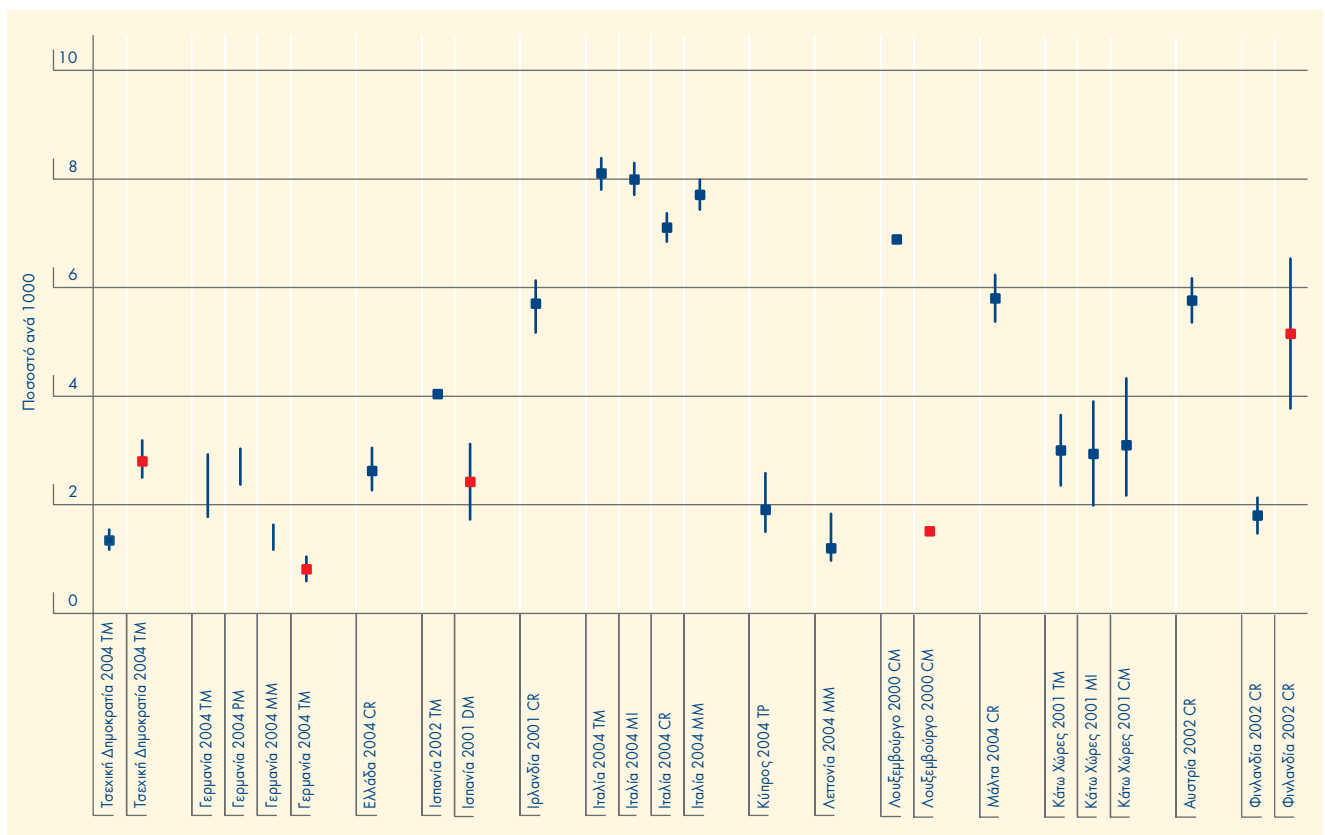
Παρά τη γενικότερη τάση διαφοροποίησης του φαινομένου, σε πολλές χώρες οι εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών βασίζονται αποκλειστικά στην προβληματική χρήση ηρωίνης ή άλλων οπιοειδών, ως κύριας ουσίας. Αυτό είναι εμφανές στα εκτιμώμενα ποσοστά προβληματικής χρήσης οπιοειδών (βλέπε διάγραμμα 8), τα οποία σε πολύ μεγάλο βαθμό προσομοιάζουν με εκείνα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών⁽¹⁷⁰⁾. Δεν είναι σαφές κατά πόσον στις λοιπές χώρες η επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών πλν των οπιοειδών είναι σχεδόν αμελητέα ή, ενδεχομένως, σημαντική αλλά δύσκολο να εκτιμηθεί.

Ο αριθμός προβληματικών χρηστών οπιοειδών είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, και απαιτούνται εξειδικευμένες αναλύσεις για την εξαγωγή ποσοτών επικράτησης από τις διαθέσιμες πηγές στοιχείων. Επιπλέον, οι εκτιμήσεις

συντά αφορούν περιορισμένες γεωγραφικά περιοχές, και η παρέκτασή τους για τη διαμόρφωση εκτιμήσεων σε εθνικό επίπεδο δεν είναι κατ' ανάγκη αξιόπιστη.

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών σε εθνικό επίπεδο κατά την περίοδο 2000-2004 κυμαίνονται από μία έως οκτώ περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών (λαμβάνοντας τα διάμεσα σημεία του φάσματος των εκτιμήσεων). Τα ποσοστά επικράτησης της προβληματικής χρήσης οπιοειδών φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, αλλά τα αποτελέσματα είναι σε μεγάλο βαθμό συνεπή όταν έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές μέθοδοι στην ίδια χώρα. Οι υψηλότερες εκτιμήσεις προβληματικής χρήσης οπιοειδών αναφέρονται από την Ιρλανδία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, τη Μάλτα και την Αυστρία (5-8 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρονται από την Τσεχική Δημοκρατία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Κύπρο, τη Λετονία και τις Κάτω Χώρες (λιγότερες από τέσσερις περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών) (διάγραμμα 8). Μερικές από τις χαμηλότερες καλά τεκμηριωμένες εκτιμήσεις που είναι διαθέσιμες επί

Διάγραμμα 8: Εκτιμήσεις για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών και διεγερτικών, 2000-2004 (ποσοστό ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών)



Σημείωση: ■ Τα κόκκινα τετράγωνα δηλώνουν τη χρήση διεγερτικών ουσιών, οι υπόλοιπες εκτιμήσεις αφορούν τη χρήση οπιοειδών.
 MM = mortality multiplier (πολλαπλασιαστής θνησιμότητας). CR = capture-recapture (μοντέλο εκτίμησης πληθυσμών). TM = treatment multiplier (πολλαπλασιαστής θεραπειών). PM = police multiplier (πολλαπλασιαστής αστυνομικών στοιχείων). MI = multivariate indicator (πολυμεταβλητός δείκτης). TP = truncated Poisson (κόλυρος κατανομής Poisson). CM = combined methods (συνδυασμένες μέθοδοι). Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006. Το σύμβολο δηλώνει ότι πρόκειται για εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου και η ράβδος δηλώνει ένα διάστημα αβεβαιότητας, το οποίο μπορεί να είναι είτε ένα 95% διάστημα εμπιστοσύνης είτε ένα διάστημα βασισμένο σε ανάλυση ευαισθησίας. Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων και των πηγών δεδομένων, και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή.

⁽¹⁷⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα PDU-1 (μέρος i) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

του παρόντος προέρχονται από τις νέες χώρες της ΕΕ, αλλά στη Μάλτα αναφέρθηκε υψηλότερη επικράτηση (5,4–6,2 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών). Από τα περιορισμένα στοιχεία μπορεί κανείς να συναγάγει γενική επικράτηση για την προβληματική χρήση ναρκωτικών σε επίπεδο ΕΕ που κυμαίνεται από δύο έως οκτώ περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλείς και πρέπει να επανεξεταστούν όταν θα είναι διαθέσιμα περισσότερα στοιχεία.

Εκτιμήσεις σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο ειδικά για την προβληματική χρήση οπιοειδών δεν είναι διαθέσιμες. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης διεγερτικών και άλλων ναρκωτικών) υποδηλώνουν ότι υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ πόλεων και περιφερειών όσον αφορά την επικράτηση. Οι υψηλότερες τοπικές εκτιμήσεις επικράτησης στο διάστημα 2000–2004 αναφέρονται από την Ιρλανδία, την Πορτογαλία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο, με στοιχεία που φθάνουν τις 15 και 25 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ⁽¹⁷¹⁾. Η γεωγραφική διαφοροποίηση, όπως

θα ήταν αναμενόμενο, είναι έντονη σε τοπικό επίπεδο, με την επικράτηση σε διαφορετικές περιοχές του Λονδίνου να κυμαίνεται από 6 έως 25 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους. Οι μεγάλες διαφοροποιήσεις των στοιχείων επικράτησης σε τοπικό επίπεδο δυσχεραίνουν τη γενίκευση.

Διαχρονικές τάσεις στην προβληματική χρήση οπιοειδών

Η έλλειψη αξιόπιστων και συνεπών ιστορικών στοιχείων δυσχεραίνει την αξιολόγηση των τάσεων της προβληματικής χρήσης οπιοειδών. Τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί υποδηλώνουν ότι η επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από χώρα σε χώρα, και οι τάσεις στο σύνολο της ΕΕ δεν είναι απaráλλαχτες. Αναφορές από ορισμένες χώρες, οι οποίες υποστηρίζονται από άλλα στοιχεία δεικτών, υποδηλώνουν ότι η προβληματική χρήση οπιοειδών εξακολούθησε να αυξάνεται από τα μέσα έως τα τέλη της δεκαετίας του 1990 (διάγραμμα 9), αλλά τα τελευταία χρόνια φαίνεται να σταθεροποιείται ή να παρουσιάζει μικρή μείωση. Επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση

Κρατούμενοι χρήστες ναρκωτικών

Οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών στους κρατούμενους είναι αποσπασματικές. Πολλά από τα στοιχεία που διατίθενται στην ΕΕ προέρχονται από ειδικές μελέτες, οι οποίες μερικές φορές διενεργούνται σε τοπικό επίπεδο σε ιδρύματα που δεν είναι αντιπροσωπευτικά του εθνικού σφραγιστικού συστήματος και με χρήση δειγμάτων κρατουμένων που ποικίλλουν ως προς το μέγεθος. Ως εκ τούτου, οι διαφορές από την άποψη των χαρακτηριστικών των πληθυσμών που εξετάζονται θέτουν περιορισμούς στις συγκρίσεις στοιχείων από μελέτη σε μελέτη—στο εσωτερικό μιας χώρας και από χώρα σε χώρα—καθώς και στην παρέκταση των αποτελεσμάτων και την ανάλυση των τάσεων.

Στοιχεία για τη χρήση ναρκωτικών στον πληθυσμό των κρατουμένων τα τελευταία πέντε χρόνια (1999–2004) παρείχαν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ⁽¹⁾. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι χρήστες ναρκωτικών υπερ-εκπροσωπούνται στον πληθυσμό των φυλακών. Η αναλογία των κρατουμένων που ανέφεραν ότι έκαναν έστω και μία φορά χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας ποικίλλει ανάλογα με το σφραγιστικό ίδρυμα, αλλά η μέση αναλογία κυμαίνεται από ένα τρίτο ή λιγότερο στην Ουγγαρία και τη Βουλγαρία έως δύο τρίτα ή περισσότερο στις Κάτω Χώρες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία, με τις περισσότερες χώρες να αναφέρουν ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή γύρω στο 50% (Βέλγιο, Ελλάδα, Λετονία, Πορτογαλία, Φινλανδία). Η κάνναβη παραμένει η συνθεθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία, με ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή που κυμαίνονται από 4 έως 86%, σε σύγκριση με ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή 3–57% για την κοκαΐνη, 2–59% για τις αμφεταμίνες και 4–60% για την ηρωίνη ⁽²⁾.

Συστηματική χρήση ναρκωτικών ή εξάρτηση από ναρκωτικά πριν από τη φυλάκιση αναφέρεται από ποσοστό 8–73% των τροφίμων, ενώ η επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών

σε όλη τη ζωή στον πληθυσμό των κρατουμένων είναι 7–38% ⁽³⁾.

Μολονότι η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών μειώνει ή σταματά τη χρήση ναρκωτικών μετά την έναρξη της φυλάκισης, ορισμένοι κρατούμενοι συνεχίζουν τη χρήση και άλλοι αρχίζουν να κάνουν χρήση (ή/και να κάνουν ενέσιμη χρήση) κατά τη διάρκεια της κράτησής τους. Σύμφωνα με διαθέσιμες μελέτες, 8–51% των τροφίμων έχει κάνει χρήση ναρκωτικών μέσα στη φυλακή, 10–42% αναφέρει συστηματική χρήση ναρκωτικών και 1–15% έχει κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών κατά την παραμονή του στη φυλακή ⁽⁴⁾. Δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με το ενδεχόμενο της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, ιδίως σε σχέση με τη δυνατότητα πρόσβασης σε αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης και με την πρακτική της κοινής χρήσης των συνόρων από τον πληθυσμό των κρατουμένων.

Επαναλαμβανόμενες έρευνες που διεξήχθησαν στην Τσεχική Δημοκρατία (1996–2002), στη Δανία (1995–2002), στη Λιθουανία (2003–2004), στην Ουγγαρία (1997–2004), στη Σλοβενία (2003–2004) και τη Σουηδία (1997–2004) δείχνουν αύξηση στην επικράτηση των διαφόρων μορφών χρήσης ναρκωτικών στους κρατούμενους, ενώ η Γαλλία (1997–2003) αναφέρει σημαντική μείωση του ποσοστού των ΧΕΝ στον πληθυσμό των κρατουμένων ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Οι χώρες που ανέφεραν μελέτες που διεξήχθησαν την τελευταία πενταετία (1999–2004) και παρείχαν στοιχεία για τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών σε πληθυσμούς κρατουμένων ήταν οι εξής: Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γερμανία, Ελλάδα, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Ουγγαρία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Σλοβακία, Φινλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βουλγαρία και Νορβηγία.

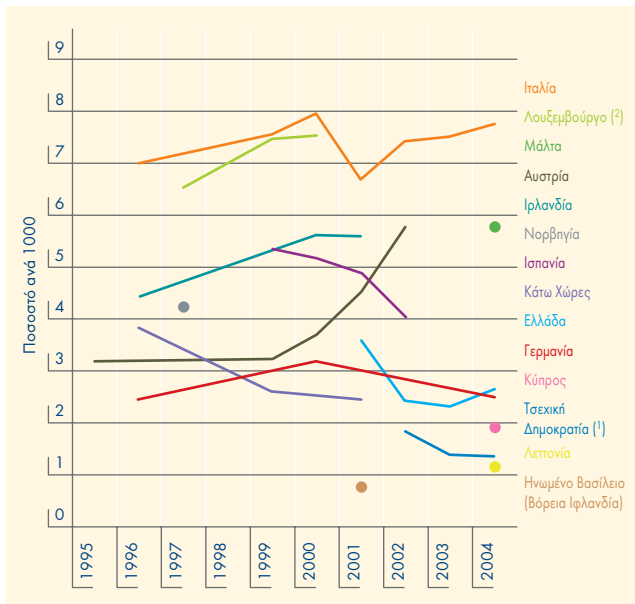
⁽²⁾ Βλέπε πίνακα DUP-1 και διάγραμμα DUP-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽³⁾ Βλέπε πίνακες DUP-2 και DUP-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁴⁾ Βλέπε πίνακες DUP-3 και DUP-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽⁵⁾ Βλέπε πίνακα DUP-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Διάγραμμα 9: Τάσεις στην επικράτηση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών, 1995-2004 (ποσοστό ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών)



(¹) Εκτιμήσεις για την ηλικιακή ομάδα των 18-64 ετών.
 (²) Ο υπολογισμός έγινε με τη χρήση στοιχείων για την ηλικιακή ομάδα των 15-54 ετών.
 Σημείωση: Οι χρονοσειρές συνδυάζονται σε περιπτώσεις όπου, κατά τη διάρκεια του χρονοδιαγράμματος, οι μέθοδοι είναι παρεμφερείς. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.
 Πηγές: Εθνικά εστιάκα σημεία.

ναρκωτικών για την περίοδο από το 2000 έως το 2004 είναι διαθέσιμες από επτά χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία): τέσσερις χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία) κατέγραψαν μείωση της προβληματικής χρήσης οπιοειδών, ενώ μία ανέφερε αύξηση (Αυστρία – μολονότι στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι δύσκολο να δοθεί ερμηνεία, καθώς το σύστημα συλλογής στοιχείων άλλαξε κατά τη διάρκεια της εν λόγω περιόδου). Στοιχεία που προέρχονται από άτομα που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά υποδηλώνουν ότι η προβληματική χρήση οπιοειδών ενδέχεται σιγά-σιγά να μειώνεται, και ως εκ τούτου στο εγγύς μέλλον αναμένεται μείωση όσον αφορά την επικράτηση.

Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να υποστούν αρνητικές συνέπειες, όπως σοβαρά λοιμώδη νοσήματα ή λήψη υπερβολικής δόσης. Για το λόγο αυτόν, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι σημαντικό να εξετάζεται αυτοτελώς.

Παρά τη σημασία του φαινομένου για τη δημόσια υγεία, ελάχιστες είναι οι χώρες που παρέχουν στοιχεία για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο (172). Στην ενότητα αυτή, λόγω έλλειψης στοιχείων, οι εκτιμήσεις όσον αφορά τους XEN δεν κατηγοριοποιούνται ανά κύριο

ναρκωτικό, μολονότι οι τάσεις όσον αφορά το ποσοστό των XEN επί του συνόλου των χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία (βλέπε κατωτέρω) αφορούν, όπως είναι φυσικό, ειδικά την ενέσιμη χρήση ηρωίνης.

Οι περισσότερες διαθέσιμες εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών προέρχονται είτε από ποσοστά θανάσιμων λήψεων υπερβολικής δόσης ή από στοιχεία για λοιμώδη νοσήματα (όπως ο ιός HIV). Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα: από το 2000, οι εκτιμήσεις σε εθνικό επίπεδο κυμαίνονται κατά κύριο λόγο από μία έως έξι περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, ενώ πριν από το 2000 υπήρχαν ορισμένες υψηλότερες εκτιμήσεις. Από το 2000, οι υψηλότερες εθνικές εκτιμήσεις για την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, μεταξύ των χωρών για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, αναφέρονται από το Λουξεμβούργο και την Αυστρία (περίπου έξι περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών). Οι χαμηλότερες εκτιμήσεις προέρχονται από την Κύπρο και την Ελλάδα, όπου μόλις υπερβαίνουν τη μία περίπτωση ανά 1 000 κατοίκους.

Από τις διαχρονικές τάσεις, όπου είναι διαθέσιμες, δεν προκύπτει κάποιο γενικό πρότυπο, καθώς υποδηλώνονται μειώσεις σε ορισμένες χώρες και περιφέρειες (για παράδειγμα, στη Σκωτία, Ηνωμένο Βασίλειο) και αυξήσεις σε άλλες. Ωστόσο, η έλλειψη στοιχείων στον τομέα αυτό δεν επιτρέπει το σχηματισμό σαφούς εικόνας.

Η παρακολούθηση του ποσοστού των υφιστάμενων XEN επί του συνόλου των χρηστών ηρωίνης που προσφεύγουν σε κάποιας μορφής θεραπεία αποτελεί σημαντικό συμπληρωματικό στοιχείο της παρακολούθησης της επικράτησης της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, είναι σημαντικό να υπενθυμιστεί ότι τα ποσοστά που παρατηρούνται δεν απηχούν κατ' ανάγκη τάσεις στην επικράτηση της ενέσιμης χρήσης όλων των ενέσιμων ναρκωτικών. Για παράδειγμα, στις χώρες με υψηλό ποσοστό χρηστών διεγερτικών (Τσεχική Δημοκρατία, Σλοβακία, Φινλανδία, Σουηδία), τα ποσοστά ενέσιμης χρήσης στους χρήστες ναρκωτικών ενδεχομένως να μην είναι αντιπροσωπευτικά της γενικής κατάστασης.

Το ποσοστό των XEN επί του συνόλου των χρηστών ηρωίνης που προσφεύγουν σε θεραπεία απεξάρτησης υποδηλώνει και πάλι σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από χώρα σε χώρα καθώς και στις διαχρονικές τάσεις (173). Σε ορισμένες χώρες (Ισπανία, Κάτω Χώρες και Πορτογαλία), το ποσοστό των χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία που κάνουν ενέσιμη χρήση της ουσίας είναι σχετικά μικρό, ενώ στις περισσότερες άλλες χώρες η ενέσιμη χρήση της ηρωίνης παραμένει ο κανόνας. Σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (Δανία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο), η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στους χρήστες ηρωίνης υπό θεραπεία μειώθηκε. Ωστόσο, στα περισσότερα νέα κράτη μέλη, τουλάχιστον εκεί όπου υπάρχουν στοιχεία, μεγάλο ποσοστό των χρηστών ηρωίνης που προσφεύγουν σε θεραπεία κάνουν ενέσιμη χρήση της ουσίας.

(172) Βλέπε διάγραμμα PDU-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

(173) Βλέπε διάγραμμα PDU-3 (μέρος i) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία ⁽¹⁷⁴⁾

Σε πολλές χώρες, τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία. Από το σύνολο των αιτήσεων για θεραπεία που αναφέρθηκαν το 2004 στο πλαίσιο του δείκτη αίτησης θεραπείας, τα οπιοειδή καταγράφηκαν ως το κύριο ναρκωτικό σε περίπου 60% των περιπτώσεων – και ποσοστό λίγο μεγαλύτερο από το ήμισυ (53%) των ατόμων αυτών ανέφεραν ενέσιμη χρήση της ουσίας ⁽¹⁷⁵⁾. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο δείκτης αίτησης θεραπείας δεν καλύπτει όλα τα άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, τα οποία συνθέτουν έναν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό, αλλά μόνο τα άτομα που ζητούν θεραπεία κατά τη διάρκεια του υπό εξέταση έτους.

Το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία από τη χρήση ηρωίνης ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα: βάσει των πιο πρόσφατων διαθέσιμων στοιχείων οι χώρες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών που προσφεύγουν σε θεραπεία αναφέροντας προβληματική χρήση ηρωίνης, ως εξής:

- κάτω του 50% – Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Σλοβακία, Φινλανδία, Σουηδία·
- 50-70% – Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Κύπρος, Λεττονία, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ρουμανία·
- άνω του 70% – Ελλάδα, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Σλοβενία, Βουλγαρία ⁽¹⁷⁶⁾.

Στις χώρες που παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από οπιοειδή, τα οποία κάνουν χρήση άλλων ουσιών πέραν της ηρωίνης, συγκαταλέγονται η Ουγγαρία, όπου είναι διαδεδομένη η χρήση παρασκευασμένων «κατ' οίκον» προϊόντων παπαρούνας, και η Φινλανδία, όπου τα περισσότερα άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης από οπιοειδή κάνουν κατάχρηση βουπρενορφίνης ⁽¹⁷⁷⁾.

Οι περισσότεροι χρήστες οπιοειδών, όπως και οι χρήστες άλλων ναρκωτικών, προσφεύγουν για θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, ωστόσο, συγκριτικά με τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη και την κάνναβη, υψηλότερο ποσοστό ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή υποβάλλονται σε θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής.

Οι περισσότερες χώρες με σημαντικό αριθμό ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη κάθε χρόνο (εξαιρουμένης της Γερμανίας όπου διευρύνθηκε η βάση αναφοράς) αναφέρουν μείωση τα τελευταία 4-5 χρόνια, κάτι που δεν ισχύει, ωστόσο, για τα άτομα που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία στο παρελθόν. Γενικά, οι αριθμοί των επαναλαμβανόμενων αιτήσεων δεν μειώθηκαν και στις περισσότερες χώρες ο συνολικός

αριθμός αιτήσεων θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη παρέμεινε σχετικά σταθερός. Αξιοσημείωτες εξαιρέσεις αποτελούν η Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι συνολικά αναφερθείσες αιτήσεις θεραπείας αυξήθηκαν. Συνολικά, ωστόσο, το ποσοστό αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη (σύνολο και νέες αιτήσεις) μειώθηκε· στην περίπτωση των νέων αιτήσεων στο διάστημα μεταξύ 1999 και 2004 το ποσοστό μειώθηκε, από σχεδόν δύο τρίτα στο 40% περίπου, δεδομένων των αυξήσεων στις αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη και την κοκαΐνη ⁽¹⁷⁸⁾.

Κατά τα προηγούμενα έτη είχε αναφερθεί ότι ο πληθυσμός των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή παρουσιάζει γήρανση και η τάση αυτή συνεχίστηκε το 2004. Το σύνολο σχεδόν των χρηστών οπιοειδών που ζήτησαν θεραπεία είναι άνω των 20 ετών, και το ήμισυ σχεδόν είναι άνω των 30 ετών. Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα σε ευρωπαϊκό επίπεδο δείχνουν ότι μόνο μια μικρή ομάδα χρηστών οπιοειδών (λιγότερο από 7%) είναι κάτω των 20 ετών όταν ζητούν βοήθεια για πρώτη φορά ⁽¹⁷⁹⁾. Υπάρχουν περιστασιακές αναφορές πολύ νεαρών ατόμων (ηλικίας κάτω των 15 ετών) που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη ⁽¹⁸⁰⁾, για παράδειγμα παιδιά ηλικίας 11-12 ετών στη Σόφια της Βουλγαρίας, αλλά, κατά κανόνα, η αίτηση θεραπείας απεξάρτησης από την ηρωίνη φαίνεται να είναι σπάνιο φαινόμενο στους νέους.

Τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή αναφέρεται ότι είναι περιθωριοποιημένα στην κοινωνία, έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ανεργίας και συχνά δεν διαθέτουν σταθερή στέγη. Η Ισπανία αναφέρει ότι το 17-18% των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή είναι άστεγοι.

Τα περισσότερα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή αναφέρουν ότι έκαναν για πρώτη φορά χρήση οπιοειδών σε ηλικία μεταξύ 15 και 24 ετών, και περίπου 50% των ατόμων που ζητούν θεραπεία αναφέρουν ότι έκαναν για πρώτη φορά χρήση της ουσίας πριν από την ηλικία των 20 ετών ⁽¹⁸¹⁾. Καθώς το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη χρήση έως την πρώτη αίτηση για θεραπεία είναι συνήθως πέντε έως δέκα χρόνια και ο χρόνος μεταξύ της έναρξης χρήσης και της συστηματικής χρήσης εκτιμάται ότι είναι 1,5-2,5 χρόνια (εθνική έκθεση της Φινλανδίας), συνάγεται το συμπέρασμα ότι τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή συνήθως βιώνουν τρία έως επτά χρόνια συστηματικής χρήσης ναρκωτικών προτού ζητήσουν για πρώτη φορά εξειδικευμένη θεραπεία.

Σε όλη την Ευρώπη, μεταξύ των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή για πρώτη φορά σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής και για τα οποία είναι γνωστός ο τρόπος χρήσης, ενέσιμη χρήση κάνει ποσοστό μόλις πάνω από 50%. Γενικά, τα επίπεδα ενέσιμης χρήσης είναι υψηλότερα στους χρήστες οπιοειδών που

⁽¹⁷⁴⁾ Βλέπε υποσημείωση 70.

⁽¹⁷⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-2 και πίνακα TDI-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Βλέπε πίνακα TDI-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Βλέπε πίνακα TDI-26 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006· εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα TDI-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

προσφεύγουν σε θεραπεία στα νέα κράτη μέλη (άνω του 60%) από ό,τι στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε (κάτω του 60%), με εξαίρεση την Ιταλία και τη Φινλανδία, όπου το ποσοστό των χρηστών οπιοειδών που κάνουν ενέσιμη χρήση επί του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή είναι 74 και 79,3% αντίστοιχα. Το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που κάνει ενέσιμη χρήση οπιοειδών επί του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή καταγράφεται στις Κάτω Χώρες (13%) και το υψηλότερο στη Λεττονία (86%)⁽¹⁸²⁾.

Θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή

Στο πλαίσιο της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005–2012) τίθεται υψηλή προτεραιότητα στη βελτίωση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης σε θεραπεία, και τα κράτη μέλη καλούνται να παρέχουν ολοκληρωμένο φάσμα αποτελεσματικών θεραπειών. Ανέκαθεν, η θεραπεία σε κέντρα εσωτερικής διαμονής ήταν ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία προβληματικών χρηστών οπιοειδών. Ωστόσο, η συνεχής διεύρυνση των θεραπευτικών επιλογών και, ιδίως, η σημαντική εξάπλωση της θεραπείας υποκατάστασης είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της σχετικής σημασίας της θεραπείας σε κέντρα εσωτερικής διαμονής.

Επί του παρόντος δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τη σχετική διαθεσιμότητα των διαφόρων μορφών θεραπείας στην Ευρώπη για προβλήματα οπιοειδών. Ανταποκρινόμενοι σε ερωτηματολόγιο του ΕΚΠΝΤ, εμπειρογνώμονες από τα περισσότερα (16) κράτη μέλη ανέφεραν ότι η θεραπεία υποκατάστασης είναι η κύρια διαθέσιμη μορφή θεραπείας. Ωστόσο, σε τέσσερις χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Ουγγαρία, Πολωνία και Σλοβακία), ως πιο διαδεδομένα αναφέρονται τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, και σε δύο χώρες, την Ισπανία και τη Σουηδία, αναφέρεται ότι υπάρχει ισορροπία μεταξύ των επιλογών της θεραπείας με ιατρική υποστήριξη και των στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων.

Η θεραπεία υποκατάστασης για την απεξάρτηση από τα οπιοειδή (κυρίως θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) παρέχεται σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ⁽¹⁸³⁾ καθώς και στη Βουλγαρία, στη Ρουμανία και τη Νορβηγία, και πλέον επικρατεί σημαντικός βαθμός ομοιογένειας στην Ευρώπη ως προς το ότι πρόκειται για μια επωφελή προσέγγιση για τη θεραπεία των προβληματικών χρηστών οπιοειδών, μολονότι σε ορισμένες χώρες εξακολουθεί να αποτελεί ευαίσθητο θέμα (βλέπε κεφάλαιο 2). Ο ρόλος της θεραπείας υποκατάστασης γίνεται ολοένα και λιγότερο αμφιλεγόμενος σε διεθνές επίπεδο: το σύστημα των Ηνωμένων Εθνών κατέληξε σε κοινή θέση στο θέμα της θεραπείας συντήρησης υποκατάστασης το 2004 (ΠΟΥ/UNODC/UNAIDS, 2004), και τον Ιούνιο του 2006 η ΠΟΥ συμπεριέλαβε τόσο τη μεθαδόνη όσο και τη βουπρενορφίνη στον πρότυπο κατάλογο βασικών φαρμάκων.

Πλέον υπάρχει ισχυρή αποδεικτική βάση για την αξία των προγραμμάτων υποκατάστασης που χρησιμοποιούν ναρκωτικές ουσίες όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία υποκατάστασης συνδέεται με τη μείωση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών, τη μείωση του ποσοστού ενέσιμης χρήσης, τον περιορισμό συμπεριφορών που συνδέονται με υψηλό κίνδυνο εξάπλωσης του ιού HIV ή άλλων λοιμωδών νοσημάτων, όπως η κοινή χρήση συνέργων, και τη βελτίωση τόσο της κοινωνικής λειτουργικότητας όσο και της γενικής υγείας. Έρευνες επίσης υποδηλώνουν ότι τα επίπεδα εγκληματικής δραστηριότητας μπορεί να μειωθούν και ότι η επαρκής παροχή θεραπείας υποκατάστασης μπορεί να έχει αντίκτυπο στον αριθμό των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Η επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων εξαρτάται από την έγκαιρη εισαγωγή στο πρόγραμμα, την επαρκή διάρκεια και συνέχιση της θεραπείας υποκατάστασης και τις επαρκείς δόσεις φαρμάκων.

Ενώ η μεθαδόνη παραμένει η συχνότερα συνταγογραφούμενη ουσία υποκατάστασης στην Ευρώπη, οι θεραπευτικές επιλογές εξακολουθούν να διευρύνονται και η βουπρενορφίνη είναι πλέον διαθέσιμη σε 19 χώρες της ΕΕ, στη Βουλγαρία και τη Νορβηγία, μολονότι δεν είναι σαφές κατά πόσον είναι επίσημα εγκεκριμένη για θεραπεία συντήρησης σε όλες τις χώρες στις οποίες αναφέρεται ότι χρησιμοποιείται. Εάν ληφθεί υπόψη ότι η θεραπεία με χορήγηση υψηλών δόσεων βουπρενορφίνης χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Ευρώπη μόλις πριν από δέκα χρόνια, ο βαθμός διάδοσης της συγκεκριμένης ουσίας ως θεραπευτικής επιλογής αυξήθηκε εξαιρετικά γρήγορα (βλέπε διάγραμμα 1)⁽¹⁸⁴⁾.

Η μακροπρόθεσμη υποκατάσταση με ναρκωτικές ουσίες δεν είναι ο μοναδικός σκοπός της φαρμακοθεραπείας των οπιοειδών. Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία της αποτοξίνωσης από τα οπιοειδή, στο πλαίσιο της οποίας ο θεραπευτικός στόχος είναι να βοηθηθεί κάθε άτομο να επιτύχει την αποχή μέσω της παροχής μειούμενης δόσης για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα ώστε να ελαχιστοποιούνται τα επώδυνα συμπτώματα της αποτοξίνωσης. Η ναλτρεξόνη, ανταγωνιστής των οπιοειδών, η οποία αποτελεί μια επιλογή φαρμακοθεραπείας για την απεξάρτηση από τα οπιοειδή μέσω της πρόκλησης αποστροφής στο χρήστη, χρησιμοποιείται ορισμένες φορές ως βοήθημα για την αποφυγή της υποτροπής, καθώς αναστέλλει προσωρινά τα αποτελέσματα της ηρωίνης, μολονότι η αποδεικτική βάση για τη χρήση της εν λόγω ναρκωτικής ουσίας είναι ακόμα ελλιπής.

Ορισμένες χώρες (Γερμανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) διαθέτουν επίσης προγράμματα συνταγογράφησης ηρωίνης, μολονότι ο αριθμός των ασθενών που λαμβάνουν αυτού του είδους τη θεραπεία είναι πολύ μικρός συγκριτικά με εκείνους που υποβάλλονται σε άλλες μορφές υποκατάστασης με ναρκωτικές ουσίες (πιθανόν λιγότερο από 1% του συνόλου). Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας εξακολουθεί να είναι αμφιλεγόμενη και γενικά παρέχεται σε επιστημονική, δοκιμαστική βάση σε μακροχρόνιους χρήστες στους οποίους άλλες θεραπευτικές επιλογές έχουν αποτύχει.

⁽¹⁸²⁾ Βλέπε πίνακα TDI-17 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁸³⁾ Στην Κύπρο η χρήση μεθαδόνης στη θεραπεία αποτοξίνωσης αναφέρεται από το 2004, και έχει ανακοινωθεί η έναρξη πιλοτικού σχεδίου θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη, ωστόσο δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ατόμων υπό θεραπεία. Στην Τουρκία, η μεθαδόνη επισήμως χορηγείται για τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή, ωστόσο δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ατόμων υπό θεραπεία.

⁽¹⁸⁴⁾ Βλέπε το επιλεγμένο θέμα για τη βουπρενορφίνη στην ετήσια έκθεση για το 2005.

Σε πρόσφατη επισκόπηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας απεξάρτησης στην πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV διαπιστώθηκε ότι οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας υποκατάστασης για την πρόληψη του ιού HIV, ενώ η αποτελεσματικότητα που έχει η ψυχολογική θεραπεία από μόνη της παρουσιάζει διακυμάνσεις. Η θεραπεία βάσει της αποχής επέδειξε καλά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την πρόληψη του ιού HIV σε όσους παραμένουν υπό θεραπεία επί τρεις ή περισσότερους μήνες (Farrell κ.ά., 2005).

Παρακολούθηση της χορήγησης μεθαδόνης

Η μεθαδόνη αποτελεί ελεγχόμενη ναρκωτική ουσία σύμφωνα με τον κατάλογο I της ενιαίας σύμβασης για τα ναρκωτικά του 1961, και τα επίπεδα της εγχώριας κατανάλωσης παρακολουθούνται σε ετήσια βάση από το INCB.

Σύμφωνα με το ΕΚΠΝΤ, κατ' ελάχιστη εκτίμηση στα κράτη μέλη της ΕΕ, στη Βουλγαρία, στη Ρουμανία και τη Νορβηγία, περισσότερα από 500 000 άτομα υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης κατά τη διάρκεια του έτους (βλέπε πίνακα 4 στην ετήσια έκθεση για το 2005). Εξαιρουμένων της Τσεχικής Δημοκρατίας και της Γαλλίας, όπου η θεραπεία απεξάρτησης μέσω της χορήγησης υψηλών δόσεων βουπρενορφίνης (HDBT) αναφέρεται ως η πιο διαδεδομένη θεραπευτική επιλογή, περισσότερο από το 90 % των

θεραπειών υποκατάστασης σε όλες τις υπόλοιπες χώρες αφορούσαν τη χρήση μεθαδόνης.

Η ΕΕ και οι ΗΠΑ από κοινού αντιπροσωπεύουν το 85 % της κατανάλωσης μεθαδόνης στον κόσμο, και η κατανάλωση μεθαδόνης στις χώρες αυτές παρουσιάζει σταθερή αύξηση κατά την τελευταία δεκαετία. Οι ποσότητες που καταναλώνονται είχαν σταθεροποιηθεί και στις δύο αυτές περιοχές κατά την περίοδο από το 1997 έως το 2000, αλλά έκτοτε υπήρξε απότομη αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επί του παρόντος, τα επίπεδα κατανάλωσης μεθαδόνης στην ΕΕ αντιστοιχούν περίπου στο ήμισυ των αντίστοιχων επιπέδων στις ΗΠΑ ⁽¹⁸⁵⁾.

Κατά κανόνα, η καθιέρωση αυτής της θεραπευτικής επιλογής σε εθνικό επίπεδο ακολουθείται από αξιοσημείωτη αύξηση των ποσοστών κατανάλωσης. Για παράδειγμα, στη Γαλλία, η εκτεταμένη εφαρμογή της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη το 1995 είχε ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση της κατανάλωσης, από 31 kg το 1995 σε 446 kg το 2004.

Προσφάτως, στα στατιστικά στοιχεία για τη Δανία, την Ισπανία, τη Μάλτα, τις Κάτω Χώρες και, ενδεχομένως, τη Γερμανία, παρατηρούνται ενδείξεις σταθεροποίησης στα επίπεδα κατανάλωσης μεθαδόνης. Αυτό συνάδει με τις αναφερόμενες τάσεις όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων υπό θεραπεία (βλέπε κεφάλαιο 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα NSP-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.



Κεφάλαιο 7

Συνδεδεμένα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα και συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι

Συνδεδεμένα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα

Μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις της χρήσης παράνομων ναρκωτικών, και ιδιαίτερα της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, στην υγεία είναι η μετάδοση του ιού HIV και άλλων λοιμωδών νοσημάτων, κυρίως της ηπατίτιδας C και B. Η σχέση μεταξύ της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και της μετάδοσης λοιμώξεων είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Ο περιορισμός της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και της κοινής χρήσης συνέργων ενέσιμης χρήσης έχει ως εκ τούτου καταστεί πρωταρχικός στόχος των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας στον συγκεκριμένο τομέα. Μελέτες καταδεικνύουν επίσης την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και της σεξουαλικής δραστηριότητας υψηλού κινδύνου, γεγονός που υποδηλώνει την αυξημένη σημασία της σύνδεσης των παρεμβάσεων κατά της χρήσης ναρκωτικών με τις στρατηγικές δημόσιας υγείας που έχουν στόχο τη σεξουαλική υγεία. Από την άποψη της παρακολούθησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τα στοιχεία σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα συλλέγονται από πηγές συστηματικής κοινοποίησης, όπου η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών μπορεί να καταγράφεται ως παράγοντας κινδύνου, και στο πλαίσιο ειδικών μελετών σε πληθυσμούς που χρησιμοποιούν ναρκωτικά σε διαφορετικά περιβάλλοντα.

Ιός HIV και AIDS

Πρόσφατες τάσεις στις νεοαναφερθείσες περιπτώσεις HIV

Επί του παρόντος, οι περισσότερες χώρες αναφέρουν χαμηλά ποσοστά νεοδιαγνωσθείσας μόλυνσης από τον ιό HIV που αποδίδεται σε ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Οι χώρες στις οποίες τα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) διατηρούνται σταθερά σε χαμηλά επίπεδα παρέχουν τη δυνατότητα να διερευνηθούν οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται το γεγονός αυτό, ένα θέμα που τίθεται στο τρέχον σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά και αποτελεί επί του παρόντος αντικείμενο συντονισμένης μελέτης του ΕΚΠΝΤ. Ωστόσο, δεν υπάρχουν περιθώρια για εφησυχασμό. Ούτε η Ισπανία ούτε η Ιταλία, οι οποίες αμφότερες γνώρισαν επιδημίες του HIV στους XEN, παρέχουν στοιχεία σχετικά με τις περιπτώσεις HIV σε εθνικό επίπεδο, γεγονός που έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην αξία των στοιχείων αυτών για την περιγραφή της συνολικής εικόνας που επικρατεί στην ΕΕ. Επίσης, τα στοιχεία που προέρχονται από ορισμένες χώρες προκαλούν ανησυχίες για ενδεχόμενη αύξηση της μόλυνσης, τουλάχιστον σε ορισμένους πληθυσμούς XEN.

Στη Γαλλία, όπου οι περιπτώσεις HIV καταγράφονται μόνο από το 2003 και μετά, σημειώθηκε αύξηση στην επίπτωση του HIV στους XEN (παρότι τα αρχικά επίπεδα ήταν χαμηλά), από 2,3 εκτιμώμενα κρούσματα το 2003 σε 2,9 κρούσματα το 2004. Μολονότι τα στοιχεία αυτά σε γενικές γραμμές συμφωνούν με τα διαθέσιμα στοιχεία μελετών (βλέπε κατωτέρω), υπενθυμίζεται ότι τα νέα συστήματα αναφοράς συχνά χαρακτηρίζονται αρχικά από αστάθεια. Στην Πορτογαλία, η φαινομενική μείωση των νεοδιαγνωσθεισών περιπτώσεων HIV στους XEN που καταγράφηκε κατά το παρελθόν τίθεται υπό αμφισβήτηση από τα στοιχεία του 2004, τα οποία αποκαλύπτουν ότι η επίπτωση της μόλυνσης από τον HIV ανέρχεται σε 98,5 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους, η οποία είναι η υψηλότερη στην ΕΕ ⁽¹⁸⁶⁾. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η επίπτωση του HIV στους XEN παρουσίαζε μικρή σταδιακή αύξηση, αλλά τώρα έχει σταθεροποιηθεί σε μόλις κάτω από 2,5 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους ανά έτος. Στην Ιρλανδία, η επίπτωση αυξήθηκε κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1990 φτάνοντας το ανώτατο επίπεδο των 18,3 περιπτώσεων ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2000, μειώθηκε σε 9,8 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2001 και κατόπιν αυξήθηκε σε 17,8 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο το 2004.

Επιδημικές εκρήξεις HIV που σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών παρουσιάστηκαν για τελευταία φορά το 2001 στην Εσθονία και τη Λεττονία και το 2002 στη Λιθουανία. Έκτοτε τα ποσοστά παρουσίασαν σημαντική μείωση· στα ποσοστά των νεοαναφερθεισών περιπτώσεων πρέπει να αναμένεται μείωση μετά την αρχική επιδημική φάση, καθώς θα παγιώνεται το ενδημικό επίπεδο μόλυνσης (βλέπε κατωτέρω).

Επιπολασμός οροθετικότητας HIV σε XEN που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις

Τα στοιχεία επιπολασμού οροθετικότητας από XEN (εκατοστιαία αναλογία πασχόντων σε δείγματα XEN) αποτελούν σημαντικό συμπλήρωμα των στοιχείων αναφοράς περιπτώσεων HIV. Οι επαναλαμβανόμενες μελέτες επιπολασμού οροθετικότητας και η τακτική παρακολούθηση των στοιχείων από τις διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να επικυρώσουν τα συμπεράσματα που αντλούνται από την αναφορά περιπτώσεων καθώς και να παράσχουν λεπτομερέστερες πληροφορίες για συγκεκριμένες περιοχές και χώρους. Ωστόσο, τα στοιχεία για τον επιπολασμό προέρχονται από ποικιλία πηγών που, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι δύσκολο να συγκριθούν, και επομένως πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Οι πρόσφατες αυξήσεις του HIV σε ορισμένες χώρες, οι οποίες καταγράφονται από τα στοιχεία αναφοράς

⁽¹⁸⁶⁾ Βλέπε διαγράμματα INF-2 (μέρος i) και INF-2 (μέρος ii) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

επιπολασμού στους ΧΕΝ διαφέρουν σημαντικά από περιοχί σε περιοχί, και ορισμένες περιοχές εξακολουθούν να εμφανίζουν έντονες και πρόσφατες αυξήσεις (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana και Umbria).

Στην Πολωνία, τοπικές μελέτες δείχνουν ότι η εξάπλωση του HIV συνεχίστηκε τουλάχιστον έως πρόσφατα, με βάση τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού στους νέους ΧΕΝ (15% το 2002 σε μία περιοχή, 4 έως 11% σε δύο άλλες περιοχές το 2004). Στη μελέτη του 2002 αναφέρθηκαν τέσσερις περιπτώσεις (9%) HIV στους 45 νέους ΧΕΝ του δείγματος· ωστόσο, στη μελέτη του 2004 δεν διαπιστώθηκε καμία περίπτωση στους 20 νέους ΧΕΝ του δείγματος.

Τέλος, σε ορισμένες χώρες στις οποίες δεν έχουν εκδηλωθεί ποτέ επιδημίες μεγάλου κλίμακα στους ΧΕΝ, ορισμένα πρόσφατα στοιχεία για τον επιπολασμό υποδηλώνουν ότι απαιτείται εγρήγορση. Κάτι τέτοιο φαίνεται να ισχύει στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο, μολονότι οι αυξήσεις παραμένουν περιορισμένες και δεν επιβεβαιώνονται από στοιχεία αναφοράς περιπτώσεων.

Χώρες με χαμηλό επιπολασμό του ιού HIV

Ο επιπολασμός του ιού HIV σε ΧΕΝ που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις εξακολουθεί να εμφανίζει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών της ΕΕ (διάγραμμα 10). Σε μια σειρά χωρών ο επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ παρουσίασε πρόσφατα αύξηση ή παραμένει υψηλός για πολλά χρόνια. Αντίθετα, σε αρκετές χώρες ο επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ παρέμεινε πολύ χαμηλός κατά την περίοδο 2003-2004: ο επιπολασμός του ιού HIV ήταν χαμηλότερος ή γύρω στο 1% στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ελλάδα, στην Ουγγαρία, στη Μάλτα, στη Σλοβενία (βάσει δειγμάτων σε εθνικό επίπεδο), και στη Σλοβακία, στη Βουλγαρία, στη Ρουμανία, στην Τουρκία και τη Νορβηγία (βάσει δειγμάτων σε υποεθνικό επίπεδο). Σε ορισμένες από τις χώρες αυτές (π.χ. Ουγγαρία), τόσο ο επιπολασμός του ιού HIV όσο και ο επιπολασμός του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη, γεγονός που υποδηλώνει χαμηλά επίπεδα κινδύνου ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (βλέπε ενότητα «Ηπατίτιδα Β και C», κατωτέρω), μολονότι σε μερικές χώρες (π.χ. Ρουμανία) υπάρχουν στοιχεία ότι ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C αυξάνεται.

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στον επιπολασμό του ιού HIV σε ΧΕΝ που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις

Τα διαθέσιμα στοιχεία για τον επιπολασμό οροθετικότητας για την περίοδο 2003-2004 αποκαλύπτουν διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ΧΕΝ που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις⁽¹⁸⁸⁾. Ο συνδυασμός στοιχείων από το Βέλγιο, την Εσθονία (2005), την Ισπανία (2002), τη Γαλλία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Αυστρία, την Πολωνία και την Πορτογαλία είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός συνολικού δείγματος 124 337 ανδρών και 20 640 γυναικών, που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις κατά κύριο λόγο σε θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης ή άλλα σημεία παροχής υπηρεσιών απεξάρτησης. Ο συνολικός επιπολασμός ήταν 13,6% στους άνδρες και 21,5% στις γυναίκες. Οι διαφορές από χώρα σε χώρα είναι σημαντικές. Οι υψηλότερες αναλογίες γυναικών-ανδρών παρατηρούνται

στην Ισπανία, στην Εσθονία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία, ενώ το Βέλγιο εμφανίζει αντίθετη τάση, καθώς στις χώρες αυτές ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στους άνδρες.

Επίπτωση του AIDS και διαθεσιμότητα υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART)

Καθώς η υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART), η εφαρμογή της οποίας άρχισε το 1996, προλαμβάνει αποτελεσματικά την εμφάνιση του AIDS σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV, τα στοιχεία για την επίπτωση του AIDS έχουν καταστεί λιγότερο χρήσιμα ως δείκτες για τη μετάδοση του ιού HIV. Ωστόσο, εξακολουθούν να δείχνουν το συνολικό κόστος των συμπτωματικών νοσημάτων και επιπλέον αποτελούν σημαντικό δείκτη της εφαρμογής και της κάλυψης της HAART στους ΧΕΝ.

Η ΠΟΥ εκτιμά ότι η κάλυψη της HAART στους ασθενείς που έχουν ανάγκη θεραπείας ήταν υψηλή στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (άνω του 70%) το 2003, αλλά πιο περιορισμένη στις περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων της Εσθονίας, της Λιθουανίας και της Λεττονίας⁽¹⁸⁹⁾. Πιο πρόσφατα στοιχεία σχετικά με την κάλυψη της HAART υποδηλώνουν ότι η κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά, καθώς στο σύνολο της ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες επιτυγχάνεται πλέον κάλυψη τουλάχιστον 75%. Ωστόσο, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για τη διαθεσιμότητα της HAART στους ΧΕΝ και μένει να αποδειχθεί εάν η βελτίωση της κάλυψης θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της επίπτωσης του AIDS στους ΧΕΝ στην Εσθονία και τη Λεττονία.

Και στις τέσσερις χώρες της Δυτικής Ευρώπης που πλήττονται περισσότερο από το AIDS, δηλαδή την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιταλία και την Πορτογαλία, η επίπτωση παρουσίασε μείωση, ήδη από το 1996, στην περίπτωση των τριών πρώτων χωρών, αλλά μόλις από το 1999 στην Πορτογαλία. Η Πορτογαλία παραμένει η χώρα με την υψηλότερη επίπτωση του AIDS που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, με 31 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2004. Ωστόσο, και στη Λεττονία η επίπτωση είναι παρόμοια, με 30 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους.

Τα στοιχεία του EuroHIV έως το 2004 (διορθωμένα ώστε να λαμβάνονται υπόψη τα στοιχεία που υποβλήθηκαν με καθυστέρηση) υποδηλώνουν ότι η επίπτωση του AIDS που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αυξάνεται τόσο στην Εσθονία όσο και στη Λεττονία⁽¹⁹⁰⁾.

Ηπατίτιδα Β και C

Ηπατίτιδα C

Ο επιπολασμός αντισώματος ηπατίτιδας C (HCV) στους ΧΕΝ είναι γενικά εξαιρετικά υψηλός, μολονότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών. Σε διάφορα δείγματα ΧΕΝ που εξετάστηκαν το διάστημα 2003-2004, ποσοστά επιπολασμού άνω του 60% αναφέρονται από το Βέλγιο, τη Δανία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, την Πολωνία, την Πορτογαλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νορβηγία και

⁽¹⁸⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-3 (μέρος ν) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-14 (μέρος iii) και (μέρος vi) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-1 (μέρος i) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

τη Ρουμανία, ενώ ποσοστά επιπολασμού κάτω του 40 % καταγράφονται σε δείγματα από το Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ελλάδα, την Κύπρο, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Αυστρία, τη Σλοβενία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ⁽¹⁹¹⁾.

Στοιχεία για τον επιπολασμό αντισωμάτων HCV σε νεαρούς ΧΕΝ (ηλικίας κάτω των 25 ετών) είναι διαθέσιμα από 14 χώρες, μολονότι σε ορισμένες περιπτώσεις το μέγεθος των δειγμάτων είναι μικρό. Στα αποτελέσματα υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις, καθώς διάφορες χώρες αναφέρουν και υψηλά και χαμηλά ποσοστά από διαφορετικά δείγματα. Τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στους νεαρούς ΧΕΝ το 2003-2004 (άνω του 40%) καταγράφονται σε δείγματα από το Βέλγιο, την Ελλάδα, την Αυστρία, την Πολωνία, την Πορτογαλία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και ο χαμηλότερος επιπολασμός (κάτω του 20%) σε δείγματα από το Βέλγιο, την Ελλάδα, την Κύπρο, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Αυστρία, τη Σλοβενία, τη Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Τουρκία. Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τις μελέτες για νεαρούς ΧΕΝ με εθνική κάλυψη, τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού (άνω του 60%) καταγράφονται στην Πορτογαλία και τα χαμηλότερα (κάτω του 40%) στην Κύπρο, στην Ουγγαρία, στη Μάλτα, στην Αυστρία και τη Σλοβενία. Μολονότι οι διαδικασίες δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκαν μπορεί να μεροληπτούν υποδεικνύοντας μια ομάδα με περισσότερο χρόνια χαρακτηριστικά, ο υψηλός επιπολασμός αντισωμάτων HCV που καταγράφηκε σε ένα εθνικό δείγμα στην Πορτογαλία (67% σε 108 ΧΕΝ κάτω των 25 ετών) δεν παύει να είναι ανησυχητικός και μπορεί να είναι ενδεικτικός εξακολουθητικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου στους νεαρούς ΧΕΝ (βλέπε επίσης «Πρόσφατες τάσεις στις νεοαναφερθείσες περιπτώσεις HIV», σ. 75).

Τα στοιχεία για τον επιπολασμό του HCV στους νέους ΧΕΝ (ενέσιμη χρήση εδώ και λιγότερο από δύο χρόνια) είναι λιγοστά και προέρχονται από δείγματα μικρού μεγέθους, αλλά μπορεί να αποτελούν καλύτερο προσεγγιστικό δείκτη των ποσοστών πολύ πρόσφατης επίπτωσης από ό,τι τα στοιχεία για τους νεαρούς ΧΕΝ. Τα διαθέσιμα στοιχεία για το διάστημα 2003-2004 δείχνουν ότι το υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού σε νέους ΧΕΝ (άνω του 40%) καταγράφηκε σε δείγματα από την Ελλάδα, την Πολωνία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Τουρκία, και ο χαμηλότερος επιπολασμός (κάτω του 40%) σε δείγματα από το Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ελλάδα, την Κύπρο και τη Σλοβενία. Χαμηλά ποσοστά επιπολασμού καταγράφηκαν σε μικρά αλλά εθνικά δείγματα νέων ΧΕΝ στην Κύπρο (μόνο δύο από τους 23 ΧΕΝ που εξετάστηκαν ήταν θετικοί σε αντισώματα HCV, ποσοστό 9%) και τη Σλοβενία (δύο από τους 32, ήτοι ποσοστό 6%, ήταν θετικοί).

Ηπατίτιδα Β

Ο επιπολασμός των δεικτών του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) διαφέρει επίσης σημαντικά τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών. Τα πληρέστερα στοιχεία αφορούν τον δείκτη anti-HBc, που υποδηλώνει ιστορικό μόλυνσης. Την περίοδο 2003-2004, δείγματα ΧΕΝ με επιπολασμό άνω του 60% αναφέρθηκαν από την Ιταλία και την Πολωνία, ενώ δείγματα με ποσοστά επιπολασμού κάτω του 20% καταγράφηκαν

στο Βέλγιο, στην Ιρλανδία, στην Κύπρο, στην Αυστρία, στην Πορτογαλία, στη Σλοβενία, στη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα κοινοποιηθέντα στοιχεία για την ηπατίτιδα Β για το διάστημα 1992-2004, για τις χώρες όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, δείχνουν μια εικόνα με μεγάλες διαφοροποιήσεις ⁽¹⁹²⁾. Στις βόρειες χώρες, η μεγάλη πλειονότητα των αναφερόμενων περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας Β αφορά ΧΕΝ, και οι επιδημικές εκρήξεις ηπατίτιδας Β συνέπεσαν με αυξήσεις στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών σε αρκετές χώρες. Για παράδειγμα, τα στοιχεία για τη Νορβηγία υποδηλώνουν σημαντικά αυξανόμενη επίπτωση μολύνσεων από ηπατίτιδα Β σε ΧΕΝ μεταξύ 1992 και 1998, η οποία ακολουθήθηκε έκτοτε από μείωση. Στη Φινλανδία τα κοινοποιηθέντα κρούσματα ηπατίτιδας Β σε ΧΕΝ μειώνονται δραστικά τα τελευταία χρόνια, πιθανόν ως αποτέλεσμα προγραμμάτων εμβολιασμού και ενός ολοκληρωμένου συστήματος ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων.

Πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων

Αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης

Μια σειρά παρεμβάσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμες για τον περιορισμό της εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών, και γίνεται ολοένα και ευρύτερα αποδεκτή η άποψη ότι μια συνολική προσέγγιση της παροχής υπηρεσιών στον τομέα αυτό θα συγκέντρωνε τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Ανέκαθεν, η συζήτηση επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HIV στους ΧΕΝ, αλλά πλέον αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο η ανάγκη λήψης αποτελεσματικών μέτρων που θα παρεμποδίσουν την εξάπλωση της ηπατίτιδας, όπως και η ανάγκη πρόληψης της εξάπλωσης λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών που δεν κάνουν ενέσιμη χρήση.

Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σαφέστερες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της πρόληψης της μόλυνσης από τον ιό HIV στους ΧΕΝ. Πλειάδα αξιόπιστων στοιχείων δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις μπορούν να θεωρηθούν αποτελεσματικές και ότι η πρόσβαση σε κάθε μορφής θεραπεία παρέχει προστασία (Farrell κ.ά., 2005- ΠΟΥ, 2005). Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η αντιμετώπιση του προβλήματος στην Ευρώπη χαρακτηρίζεται από την αύξηση της παροχής θεραπείας ανεξάρτητης από τα ναρκωτικά (βλέπε κεφάλαιο 2), η οποία φαίνεται γενικά να αποτελεί ένα από τα στοιχεία που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της σχετικά ενθαρρυντικής εικόνας που επικρατεί τώρα στην Ευρώπη όσον αφορά την επιδημική εξάπλωση του HIV στους ΧΕΝ.

Η θεραπεία είναι ένα μόνο σκέλος της συνολικής προσέγγισης της πρόληψης του HIV. Στα υπόλοιπα στοιχεία της συγκαταλέγονται ένα φάσμα τεχνικών πληροφόρησης, εκπαίδευσης και επικοινωνίας, η παροχή υπηρεσιών εθελοντικής συμβουλευτικής και εξετάσεων για τα λοιμώδη νοσήματα, ο εμβολιασμός και η διανομή αποστειρωμένων συνέργων ενέσιμης χρήσης και άλλα προληπτικά μέτρα. Τα μέτρα αυτά, καθώς και η παροχή υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ή τη βελτίωση διαύλων

⁽¹⁹¹⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-6 (μέρος i) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁹²⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-12 (μέρος i) στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

επικοινωνίας με ενεργούς χρήστες ναρκωτικών και τους σεξουαλικούς συντρόφους τους όσον αφορά τον κίνδυνο και την πρόληψη των επιπτώσεων της χρήσης ναρκωτικών στην υγεία.

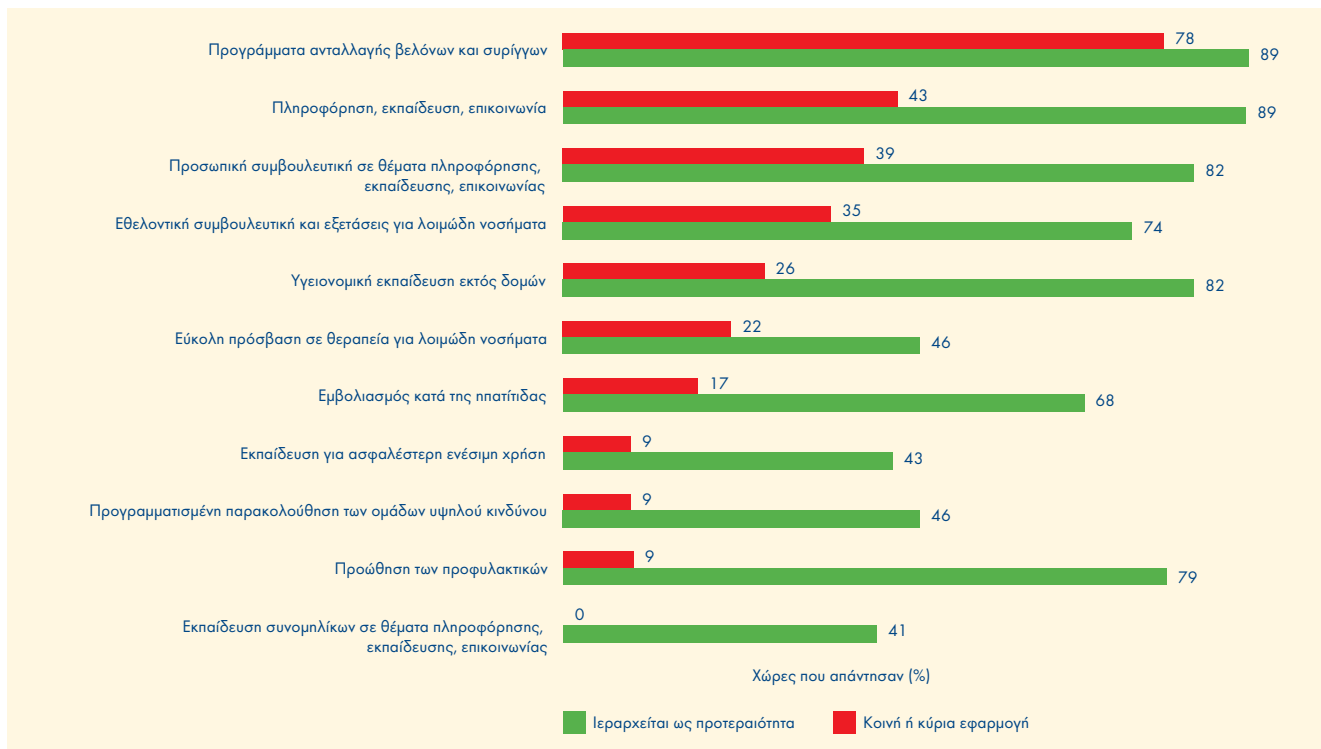
Η γενική δέσμευση έναντι μιας συνολικής προσέγγισης δεν σημαίνει ότι όλα αυτά τα στοιχεία αναπτύσσονται ή υποστηρίζονται εξίσου σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, φαίνεται να αναδεικνύεται ένας βαθμός συναίνεσης. Στο πλαίσιο έρευνας που διενεργήθηκε μεταξύ εθνικών εστιακών σημείων, τρεις στους τέσσερις ερωτώμενους ανέφεραν τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική ως προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής που επιλαμβάνεται της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων στους ΧΕΝ (διάγραμμα 11). Το γεγονός ότι τόσο πολλές χώρες αναγνωρίζουν πλέον ξεκάθαρα το ρόλο της χορήγησης καθαρών συνέργων ενέσιμης χρήσης στο πλαίσιο της στρατηγικής τους για την πρόληψη του HIV καταδεικνύει ότι αυτή η μορφή υπηρεσίας γενικεύτηκε στο μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης και δεν θεωρείται πλέον αμφιλεγόμενο ζήτημα στις περισσότερες χώρες. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι υπάρχει απόλυτη ομογνώμια όσον αφορά τα οφέλη αυτής της υπηρεσίας. Η Ελλάδα και η Σουηδία, για παράδειγμα, δεν την

αξιολόγησαν ως προτεραιότητα της πολιτικής τους, μολονότι, συνολικά, η εικόνα στην Ευρώπη παρουσιάζεται σχετικά ομοιογενής όσον αφορά την εφαρμογή παρεμβάσεων στον τομέα αυτό ⁽¹⁹³⁾, καθώς όλες οι χώρες εξαιρουμένης της Κύπρου αναφέρουν την ύπαρξη προγραμμάτων για την ανταλλαγή ή τη διανομή αποστειρωμένων βελόνων και συρίγγων ⁽¹⁹⁴⁾.

Τύποι προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων σε χώρες της Ευρώπης

Μολονότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες διανέμονται πλέον αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης, η φύση και το εύρος της υπηρεσίας διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Το πιο σύνθετο μοντέλο είναι η παροχή της υπηρεσίας σε μια καθορισμένη τοποθεσία, συνήθως μια ειδικευμένη υπηρεσία απεξάρτησης, αλλά συχνά αυτή η μορφή συμπληρώνεται από κινητές υπηρεσίες που επιχειρούν να προσεγγίσουν τους χρήστες ναρκωτικών σε περιβάλλοντα τοπικών κοινωνιών. Οι υπηρεσίες των διαθέσιμων προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων συμπληρώνονται από μηχανήματα ανταλλαγής ή πώλησης συρίγγων σε οκτώ χώρες ⁽¹⁹⁵⁾, μολονότι η εν λόγω υπηρεσία φαίνεται να περιορίζεται σε ελάχιστα σημεία, καθώς μόνο η Γερμανία και η Γαλλία

Διάγραμμα 11: Προτεραιότητα και εύρος εφαρμογής επιλεγμένων μέτρων για την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών, σύμφωνα με τη γνώμη των εθνικών εμπειρογνομόνων: περίληψη για τις χώρες που απάντησαν



Σημείωση: Στοιχεία σχετικά με τις προτεραιότητες 23 χωρών της ΕΕ, καθώς επίσης της Βουλγαρίας και της Νορβηγίας. Οι χώρες που δεν προσκόμισαν τα εν λόγω στοιχεία είναι η Ιρλανδία, η Κύπρος, η Λιθουανία και οι Κάτω Χώρες. Στοιχεία σχετικά με το «εύρος εφαρμογής» παρασχέθηκαν από εμπειρογνώμονες και από τα 25 κράτη μέλη, καθώς και από τη Βουλγαρία και τη Νορβηγία. Η γαλλική και η φλαμανδική κοινότητα του Βελγίου προσκόμισαν ξεχωριστά στοιχεία, γεγονός που ανεβάζει τον συνολικό αριθμό των απαντήσεων σε 28.
Πηγές: Έρευνα εμπειρογνομόνων των εθνικών εστιακών σημείων, SQ 23 (2004) ερώτημα 5.

⁽¹⁹³⁾ Βλέπε διάγραμμα NSP-3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Βλέπε την επίσημη έκθεση για το 2005 για μια σύνοψη των αποδείξεων της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων (σ. 54).

⁽¹⁹⁵⁾ Βλέπε πίνακα NSP-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

αναφέρουν σημαντικές δραστηριότητες (περίπου 200 και 250 μηχανήματα αντίστοιχα). Η Ισπανία είναι η μοναδική χώρα της ΕΕ όπου η υπηρεσία ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων παρέχεται σε τακτική βάση σε χώρους φυλακών, καθώς το 2003 γινόταν χορήγηση σε 27 φυλακές. Η μόνη άλλη χώρα της ΕΕ που ανέφερε δραστηριότητα στον τομέα αυτό είναι η Γερμανία, όπου η χορήγηση περιορίζεται σε μία φυλακή.

Τα προγράμματα ανταλλαγής σε φαρμακεία συμβάλλουν επίσης στη διεύρυνση της γεωγραφικής κάλυψης της παροχής της υπηρεσίας, και, επιπλέον, η πώληση καθαρών συρίγγων σε φαρμακεία μπορεί να αυξήσει τη διαθεσιμότητά τους. Η πώληση συρίγγων χωρίς συνταγή επιτρέπεται σε όλες τις χώρες της ΕΕ εκτός της Σουηδίας. Ωστόσο, ορισμένοι φαρμακοποιοί δείχνουν απροθυμία να το πράξουν και ορισμένοι μάλιστα αποθαρρύνουν ενεργά τους χρήστες ναρκωτικών από το να επισκέπτονται τα φαρμακεία τους. Επίσημα οργανωμένα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων ή δίκτυα διανομής σε φαρμακεία υπάρχουν σε εννέα ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία, Σλοβενία και Ηνωμένο Βασίλειο), αλλά η συμμετοχή στα προγράμματα ποικίλλει σημαντικά, από το ήμισυ σχεδόν των φαρμακείων (45%) στην Πορτογαλία έως λιγότερο από 1% στο Βέλγιο. Στη Βόρεια Ιρλανδία, προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων οργανώνονται επί του παρόντος αποκλειστικά μέσω φαρμακείων.

Η αγορά συρίγγων μέσω φαρμακείων μπορεί να αποτελέσει σημαντικό δίαυλο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας για ορισμένους ΧΕΝ, και υπάρχει σαφώς δυνατότητα αξιοποίησης αυτού του σημείου επαφής για την καθοδήγησή τους προς άλλες υπηρεσίες. Οι προσπάθειες για την παροχή κινήτρων και υποστήριξης στους φαρμακοποιοίς ώστε να αυξήσουν τις υπηρεσίες που παρέχουν σε χρήστες ναρκωτικών θα μπορούσαν να επιτελέσουν σημαντικό ρόλο στη διεύρυνση του ρόλου των φαρμακείων, αλλά έως σήμερα μόνο η Γαλλία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται να κάνουν σημαντικές επενδύσεις προς την κατεύθυνση αυτή.

Θνησιμότητα και θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών

Οι περισσότερες πληροφορίες για τη θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στην Ευρώπη αφορούν τους χρήστες οπιοειδών. Η θνησιμότητα που συνδέεται με άλλες μορφές χρήσης ναρκωτικών είναι λιγότερο γνωστή, αλλά παραμένει σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας.

Σε μια συνεργατική μελέτη που ξεκίνησε στο πλαίσιο ενός σχεδίου του ΕΚΠΝΤ εξετάστηκε η θνησιμότητα σε χρήστες ναρκωτικών προερχόμενων από θεραπευτικά προγράμματα σε οκτώ περιοχές στην Ευρώπη ⁽¹⁹⁶⁾. Η μελέτη διαπίστωσε πολύ υψηλή θνησιμότητα στους χρήστες οπιοειδών συγκριτικά με τους συνομηλικούς τους: 6-20 φορές υψηλότερη στους άνδρες και 10-50 φορές υψηλότερη

Διαθεσιμότητα των συρίγγων στην Ευρώπη: είναι επαρκής;

Μολονότι το σύνολο σχεδόν των κρατών μελών αναφέρουν την ύπαρξη προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων, ο αντίκτυπος των παρεμβάσεων αυτού του είδους εξαρτάται από το κατά πόσο η χορήγηση επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών.

Πρόσφατες εκτιμήσεις του αριθμού των ΧΕΝ και του αριθμού των συρίγγων που διανέμονται μέσω των εθνικών εστιακών σημείων είναι διαθέσιμες για εννέα ευρωπαϊκές χώρες. Από τα στοιχεία αυτά μπορεί να γίνει μια χονδρική εκτίμηση του επίσιου αριθμού συρίγγων που διατίθενται ανά ΧΕΝ ⁽¹⁾. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία, τα ποσοστά κάλυψης των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων ποικίλλουν σημαντικά, με τον αριθμό των συρίγγων που διανέμονται ανά ΧΕΝ ανά έτος να κυμαίνεται από 2-3 στην Ελλάδα και 60-90 στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Λετονία, στην Αυστρία και την Πορτογαλία, έως σχεδόν 110 στη Φινλανδία, 210 στη Μάλτα και περισσότερες από 250 στο Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία. Επιπλέον, σύριγγες διατίθενται επίσης από φαρμακεία, και τα διαθέσιμα στοιχεία από την Τσεχική Δημοκρατία και τη Φινλανδία επιτρέπουν την εκτίμηση της συνολικής διαθεσιμότητας συρίγγων. Από το συνδυασμό των στοιχείων διανομής και πωλήσεων προκύπτει ότι σε ένα έτος οι ΧΕΝ προμηθεύονται κατά μέσο όρο 125 σύριγγες στην Τσεχική Δημοκρατία και 140 σύριγγες στη Φινλανδία.

Πολλοί παράγοντες είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τη συχνότητα της ενέσιμης χρήσης στους χρήστες ναρκωτικών, όπως τα πρότυπα χρήσης, το επίπεδο της εξάρτησης και ο τύπος της ναρκωτικής ουσίας που χρησιμοποιείται. Σε πρόσφατη μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ του επιπολασμού του HIV και της κάλυψης της διανομής συρίγγων υποδηλώνεται ότι συμπεριφοριστικοί παράγοντες, όπως π.χ. η συχνότητα ενέσιμης χρήσης και η προσωπική επαναχρησιμοποίηση των συρίγγων, επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο διανομής συρίγγων που απαιτείται προκειμένου να επιτευχθεί ουσιαστική μείωση του επιπολασμού του HIV (Vickerman κ.ά., 2006).

Η μέτρηση της κάλυψης των συρίγγων αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την κατανόηση των πιθανών συνεπειών της διανομής συρίγγων στην πρόληψη των νοσημάτων και την εκτίμηση των αναγκών που δεν έχουν καλυφθεί. Ωστόσο, κατά την ερμηνεία των στοιχείων αυτών είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η διαθεσιμότητα συρίγγων μέσω πωλήσεων σε φαρμακεία (τιμές, πυκνότητα του δικτύου φαρμακείων) καθώς και τα συμπεριφοριστικά πρότυπα των ΧΕΝ και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Το θέμα αυτό εξετάζεται περαιτέρω στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽¹⁾ Βλέπε Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για σημειώσεις τεχνικής φύσης.

στις γυναίκες. Εκτιμάται ότι σε έξι από τις περιοχές (Άμστερνταμ, Βαρκελώνη, Δουβλίνο, Λονδίνο, Ρώμη και Βιέννη) 10-23% της συνολικής θνησιμότητας στους ενήλικους ηλικίας 15-49 ετών μπορεί να αποδοθεί στη χρήση οπιοειδών, κυρίως δε στη λήψη υπερβολικής δόσης, στο AIDS και σε εξωγενή αίτια (ατυχήματα, αυτοκτονίες). Χονδρικά, το ένα τρίτο αυτών των σχετιζόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων οφείλεται σε λήψη υπερβολικής δόσης,

⁽¹⁹⁶⁾ Άμστερνταμ, Βαρκελώνη, Δουβλίνο, Δανία, Λισσαβόνα, Λονδίνο, Ρώμη και Βιέννη. Οι εκτιμήσεις της θνησιμότητας του πληθυσμού δεν περιελάμβαναν τη Λισσαβόνα και τη Δανία. Βλέπε ΕΚΠΝΤ (2002β).

μολονότι η αναλογία αυτή είναι υψηλότερη στις πόλεις με χαμηλό επιπολασμό μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, και πιθανότατα πρόκειται να αυξηθεί όταν γίνει ευρύτερα διαδεδομένη η υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART).

Μια μελέτη κοορτής σχετικά με τη θνησιμότητα που πραγματοποιήθηκε στην Τσεχική Δημοκρατία διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα των χρηστών διεγερτικών ήταν 4–6 φορές υψηλότερη (τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας) από εκείνη του γενικού πληθυσμού, ενώ η θνησιμότητα των χρηστών οπιοειδών ήταν 9–12 φορές υψηλότερη. Μια γαλλική μελέτη κοορτής, που περιλάμβανε την παρακολούθηση ατόμων που συλλαμβάνονταν για χρήση ηρωίνης, κοκαΐνης ή κρακ, διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα στους άνδρες ήταν πέντε φορές υψηλότερη και η θνησιμότητα στις γυναίκες 9,5 φορές υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού, με πτωτική, ωστόσο, τάση.

Με τη γήρανση των χρηστών οπιοειδών, η θνησιμότητα που οφείλεται σε χρόνιες παθήσεις (κίρρωση, καρκίνος, νόσο του αναπνευστικού, ενδοκαρδίτιδα, AIDS) προστίθεται στη θνησιμότητα που οφείλεται σε εξωγενή αίτια πέραν της λήψης υπερβολικής δόσης, όπως η αυτοκτονία και η βία (εθνικές εκθέσεις Κάτω Χωρών, 2004 και 2005, από τη δημοτική υγειονομική υπηρεσία του Άμστερνταμ). Οι συνθήκες διαβίωσης των χρηστών ναρκωτικών (για παράδειγμα, έλλειψη στέγης, διανοητικές νόσοι, βία, κακή διατροφή) ενδέχεται να συμβάλλουν σημαντικά στην υψηλή θνησιμότητα στην εν λόγω ομάδα.

Επιπλέον, το 2002, 1 528 θάνατοι αποδόθηκαν στο AIDS που συνδέεται με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών⁽¹⁹⁷⁾, μολονότι ο αριθμός αυτός ενδέχεται να είναι υποεκτιμημένος. Η αξιολόγηση άλλων αιτιών θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, όπως κάποιο νόσημα (π.χ. ηπατίτιδα), η βία και τα ατυχήματα, είναι πιο δύσκολη, αλλά είναι πιθανόν ότι σε αυτά οφείλεται σημαντικός αριθμός θανάτων. Εκτιμάται ότι 10–20% των θανάτων νεαρών ενηλίκων στις ευρωπαϊκές πόλεις μπορεί να αποδοθεί στη χρήση οπιοειδών (βλέπε ανωτέρω). Στο ποσοστό αυτό πρέπει να προστεθεί και η θνησιμότητα που συνδέεται με άλλες μορφές χρήσης ναρκωτικών, μολονότι η ποσοτικοποίησή της είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι

Η έννοια των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων είναι σύνθετη. Σε ορισμένες εκθέσεις αναφέρεται αποκλειστικά σε θανάτους που προκαλούνται άμεσα από την επίδραση ψυχοδραστικών ουσιών, ενώ σε άλλες περιπτώσεις περιλαμβάνει επίσης θανάτους στους οποίους η χρήση ναρκωτικών διαδραμάτισε έμμεσο ή περιστασιακό ρόλο (τροχαία ατυχήματα, βία, λοιμώδη νοσήματα). Σε πρόσφατη έρευνα, στην οποία αναλύθηκαν οι μορφές των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο, διατυπώθηκε η εκτίμηση

ότι οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι ήταν η κύρια επιβλαβής συνέπεια που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών (MacDonald κ.ά., 2005).

Στην ενότητα αυτή, καθώς και στο πρωτόκολλο ΕΚΠΝΤ, ο όρος «συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι» αναφέρεται σε θανάτους που οφείλονται άμεσα στην κατανάλωση μιας ή περισσότερων ναρκωτικών ουσιών και που συνήθως συμβαίνουν λίγο μετά την κατανάλωση της ουσίας ή των ουσιών. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των θανάτων αυτών είναι «θάνατοι λόγω υπερβολικής δόσης», «τοξικώσεις», «θάνατοι οφειλόμενοι σε ναρκωτικά» ή «αιφνίδιοι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά»⁽¹⁹⁸⁾.

Στο διάστημα μεταξύ 1990 και 2003, οι χώρες της ΕΕ ανέφεραν από 6 500 έως περισσότερους από 9 000 θανάτους, δηλαδή συνολικά περισσότερους από 1 13 000 θανάτους στο συγκεκριμένο διάστημα. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να θεωρούνται ελάχιστη εκτίμηση, καθώς σε πολλές χώρες είναι πιθανόν να μην αναφέρονται όλοι οι θάνατοι⁽¹⁹⁹⁾.

Τα ποσοστά θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού που οφείλονται σε συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, καθώς κυμαίνονται από 0,2 έως 50 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκους (μέσος όρος 13). Στις περισσότερες χώρες το ποσοστό είναι της τάξης των 7–30 θανάτων ανά εκατομμύριο κατοίκους με ποσοστά άνω των 25 θανάτων να καταγράφονται στη Δανία, στην Εσθονία, στο Λουξεμβούργο, στη Φινλανδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία. Στους άνδρες ηλικίας 15–39 ετών, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι συνήθως τρεις φορές υψηλότερα (ανερχόμενα κατά μέσο όρο σε 40 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκους), με επτά χώρες να εμφανίζουν ποσοστά άνω των 80 θανάτων ανά εκατομμύριο κατοίκους. Οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι αντιπροσώπευαν το 3% του συνόλου των θανάτων στους Ευρωπαίους ηλικίας 15–39 ετών το 2003–2004 και άνω του 7% στη Δανία, στην Ελλάδα, στο Λουξεμβούργο, στη Μάλτα, στην Αυστρία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να θεωρούνται ελάχιστες εκτιμήσεις και πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι, παρά τις βελτιώσεις, υπάρχουν ακόμα σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα όσον αφορά την ποιότητα των αναφορών. Ως εκ τούτου, τυχόν άμεσες συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή⁽²⁰⁰⁾.

Θάνατοι οφειλόμενοι στα οπιοειδή

Τα οπιοειδή είναι παρόντα στις περισσότερες περιπτώσεις «αιφνιδίων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά» που οφείλονται σε παράνομες ουσίες και αναφέρονται στην ΕΕ, μολονότι σε πολλές περιπτώσεις εντοπίζονται και άλλες ουσίες κατά την τοξικολογική εξέταση, ιδίως αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες και σε ορισμένες χώρες κοκαΐνη. Στην Ευρώπη οι περισσότερες περιπτώσεις θανάτων που οφείλονται στα οπιοειδή συνδέονται με την ηρωίνη, ωστόσο

⁽¹⁹⁷⁾ Βλέπε EuroHIV (2005). Ο αριθμός αυτός αναφέρεται στη δυτική και την κεντρική περιοχή της ΠΟΥ Ευρώπης, οι οποίες περιλαμβάνουν ορισμένες χώρες εκτός ΕΕ, καθώς και το σύνολο των θανάτων για την Εσθονία, τη Λετονία και τη Λιθουανία (ανατολική περιοχή).

⁽¹⁹⁸⁾ Στον ορισμό αυτό έχει συμφωνήσει η ομάδα εθνικών εμπειρογνομόνων του ΕΚΠΝΤ. Επί του παρόντος, οι περισσότερες χώρες διαθέτουν εθνικούς ορισμούς οι οποίοι είναι όμοιοι ή παρεμφερείς με εκείνον του ΕΚΠΝΤ, μολονότι ορισμένες χώρες λαμβάνουν υπόψη και περιπτώσεις που οφείλονται σε ψυχοδραστικά φάρμακα ή θανάτους που δεν οφείλονται σε υπερβολική δόση, συνήθως σε μικρό ποσοστό (βλέπε μεθοδολογική σημείωση «Σύνοψη των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων: ορισμοί και μεθοδολογικά θέματα» στο Δελτίο Στατιστικών Στοιχείων 2006. Ενότητα 1: Ορισμός ΕΚΠΝΤ και ενότητα 2: Εθνικοί ορισμοί και «πρωτόκολλο του ΕΚΠΝΤ για τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους, έκδοση 3.0»).

⁽¹⁹⁹⁾ Βλέπε πίνακες DRD-2 (μέρος i), DRD-3, DRD-4 στο Δελτίο Στατιστικών Στοιχείων 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-1 (μέρος iii) και (μέρος iv) στο Δελτίο Στατιστικών Στοιχείων 2006.

και άλλα οπιοειδή διαδραματίζουν κάποιο ρόλο (βλέπε κατωτέρω) ⁽²⁰¹⁾.

Η υπερβολική δόση οπιοειδών είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στους νέους στην Ευρώπη, ιδίως στους άνδρες σε αστικές περιοχές. Επί του παρόντος, η υπερβολική δόση αποτελεί επίσης την κύρια αιτία θανάτου στους χρήστες οπιοειδών στο σύνολο της ΕΕ, ιδίως σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (βλέπε «Θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών», σ. 80).

Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών που πεθαίνουν λόγω υπερβολικής δόσης είναι άνδρες ⁽²⁰²⁾, καθώς αντιπροσωπεύουν το 65–100% των περιπτώσεων. Στις περισσότερες χώρες το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 75 και 90%, με το υψηλότερο ποσοστό γυναικών να καταγράφεται στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Πολωνία και τη Φινλανδία και το χαμηλότερο στην Ελλάδα, στην Ιταλία και την Κύπρο. Οι διαπιστώσεις αυτές πρέπει να ερμηνεύονται στο πλαίσιο των διαφοροποιημένων ποσοστών χρήσης οπιοειδών και ενέσιμης χρήσης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Τα περισσότερα θύματα υπερβολικής δόσης ναρκωτικών είναι ηλικίας 20 έως 40 ετών, και ο μέσος όρος ηλικίας είναι το μέσον της τέταρτης δεκαετίας (με ηλικιακό εύρος, ωστόσο, 20–44 ετών). Ο χαμηλότερος μέσος όρος ηλικίας των θυμάτων υπερβολικής δόσης ναρκωτικών καταγράφεται στην Εσθονία, στη Σλοβενία, στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία και ο υψηλότερος στην Τσεχική Δημοκρατία, στις Κάτω Χώρες, στην Πολωνία και τη Φινλανδία. Ο αριθμός των θανάτων από λήψη υπερβολικής δόσης στα άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών είναι πολύ μικρός (17 περιπτώσεις σε σύνολο 7516 θανάτων, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για κάθε χώρα), ωστόσο μπορεί να μην αναφέρονται όλοι οι σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Τα στοιχεία του ΕΚΠΝΤ περιλαμβάνουν έναν μικρό αριθμό θανάτων στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, καθώς μόνο επτά χώρες ανέφεραν ότι άνω του 5% των περιπτώσεων εμπήτουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα ⁽²⁰³⁾.

Σε αρκετά νέα κράτη μέλη και υποψήφιες χώρες ο μέσος όρος ηλικίας θανάτου είναι συγκριτικά χαμηλός (Κύπρος, Εσθονία, Λεττονία, Σλοβακία, Βουλγαρία και Ρουμανία) και υπάρχει υψηλό ποσοστό περιπτώσεων λήψης υπερβολικής δόσης σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών, γεγονός που ενδέχεται να σημαίνει την ύπαρξη ενός νεαρότερου πληθυσμού χρηστών ηρωίνης στις χώρες αυτές. Ο υψηλός μέσος όρος ηλικίας στην Τσεχική Δημοκρατία οφείλεται στη συμπερίληψη πολλών θανάτων που οφείλονται σε ψυχοδραστικά φάρμακα (διάγραμμα 12).

Σε πολλά κράτη μέλη, η ηλικία των θυμάτων υπερβολικής δόσης ναρκωτικών αυξάνεται, γεγονός που υποδηλώνει μείωση στην έναρξη χρήσης ηρωίνης στους νέους. Η τάση αυτή είναι κοινή στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε και παρατηρείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1990,

μολονότι στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι λιγότερο έντονη. Στα νέα κράτη μέλη η τάση είναι λιγότερο σαφής, και σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται ακόμα και μείωση στον μέσο όρο ηλικίας ⁽²⁰⁴⁾.

Θάνατοι οφειλόμενοι στη μεθαδόνη

Αρκετές χώρες ανέφεραν την παρουσία μεθαδόνης σε σημαντικό ποσοστό των θανάτων που συνδέονταν με τα ναρκωτικά στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2005. Η ορολογία που χρησιμοποιείται ποικίλλει από χώρα σε χώρα, και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επακριβώς ο ρόλος της μεθαδόνης στο θάνατο.

Η Δανία ανέφερε ότι η μεθαδόνη ήταν η αιτία της τοξίκωσης (μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό) στο 44% των θανάτων (95 από 214 το 2004), ποσοστό παρόμοιο με αυτό του 2003, που ωστόσο παρουσιάζει σαφή αύξηση σε σχέση με το 1997. Η Γερμανία ανέφερε ότι 345 περιπτώσεις οφείλονται σε «ουσίες υποκατάστασης» (46 μεμονωμένες και 299 σε συνδυασμό με άλλες ναρκωτικές ουσίες το 2004), παρουσιάζοντας σαφή μείωση από το 2002. Το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε 216 περιπτώσεις με «αναφορά» μεθαδόνης (Αγγλία και Ουαλία το 2003), επίσης παρουσιάζοντας σαφή μείωση από το 2002. Η Ισπανία ανέφερε λίγες περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης αποκλειστικά μεθαδόνης (2%), η οποία ωστόσο ήταν συχνά παρούσα σε συνδυασμό με άλλες ουσίες σε θανάτους που οφείλονται στα οπιοειδή (42%) και την κοκαΐνη (20%). Άλλες χώρες δεν ανέφεραν θανάτους που οφείλονται στη μεθαδόνη ή οι αριθμοί που αναφέρθηκαν ήταν πολύ μικροί. Δεν είναι σαφές ποιοι παράγοντες βρίσκονται πίσω από τις διαφοροποιήσεις αυτές και εάν σε ορισμένες χώρες δεν αναφέρονται όλες οι περιπτώσεις ⁽²⁰⁵⁾.

Μολονότι οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης μειώνει τον κίνδυνο θανάσιμης λήψης υπερβολικής δόσης, είναι σημαντικό να παρακολουθείται ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τη μεθαδόνη, καθώς και οι συνθήκες θανάτου (πηγή της ουσίας, εάν καταναλώθηκε σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, σημείο της θεραπευτικής διαδικασίας κατά το οποίο επήλθε η τοξίκωση) στο πλαίσιο της παρακολούθησης της διασφάλισης ποιότητας των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Θάνατοι οφειλόμενοι σε βουπρενορφίνη και φαιντατύλη

Οι θάνατοι που οφείλονται σε τοξίκωση από βουπρενορφίνη φαίνεται να είναι σπάνιοι, γεγονός που αποδίδεται στα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά αγωνιστή-ανταγωνιστή της συγκεκριμένης ναρκωτικής ουσίας. Ωστόσο, ορισμένοι θάνατοι αναφέρθηκαν από ευρωπαϊκές χώρες.

Στις εθνικές εκθέσεις για το 2005 μόνο η Γαλλία και η Φινλανδία ανέφεραν θανάτους συνδεδεμένους με την εν λόγω ουσία. Στη Φινλανδία βουπρενορφίνη εντοπίστηκε σε 73 συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους το 2004, αριθμός ίδιος με εκείνον του 2003, και, κατά κανόνα, σε

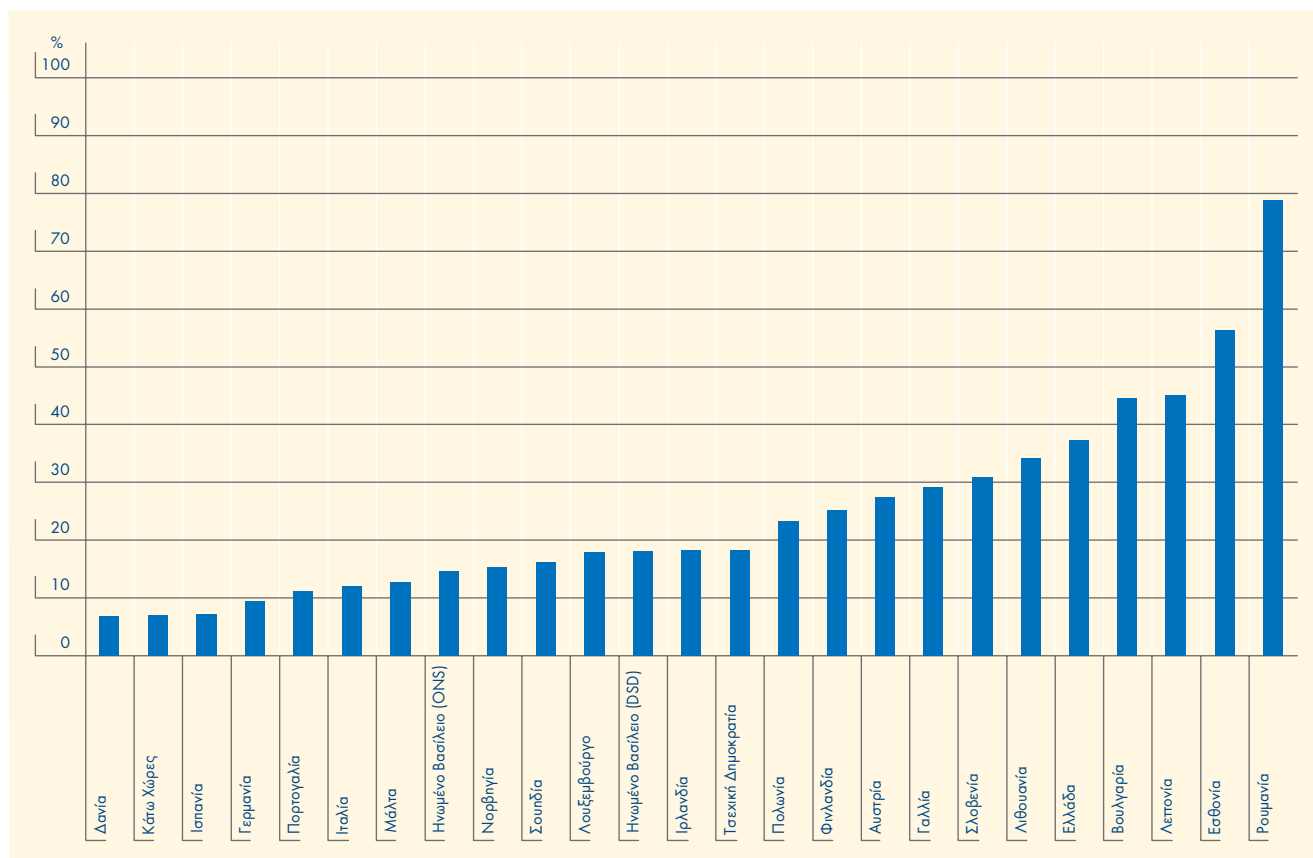
⁽²⁰¹⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁰²⁾ Καθώς η πλειονότητα των περιπτώσεων που αναφέρεται στο ΕΚΠΝΤ αφορά υπερβολική δόση οπιοειδών, τα γενικά χαρακτηριστικά των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των περιπτώσεων που αφορούν οπιοειδή.

⁽²⁰³⁾ Βλέπε πίνακα DRD-1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Βλέπε πίνακες DRD-3 και DRD-4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Επιτόπια δοκιμή του ΕΚΠΝΤ που βρίσκεται σε εξέλιξη αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της πληροφόρησης που παρέχεται σε σχέση με τις ουσίες που εμπλέκονται σε θανάτους που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένων των ουσιών υποκατάστασης.

Διάγραμμα 12: Ποσοστό αιφνίδιων θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών οι οποίοι επήλθαν σε άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών το 2002

Σημείωση: ONS, Office of national statistics (Υπηρεσία Εθνικών Στατιστικών), DSD, drug strategy definition (ορισμός στρατηγικής για τα ναρκωτικά). Το 2002 ελήφθη ως έτος αναφοράς επειδή είναι το έτος για το οποίο είναι διαθέσιμες πληροφορίες για τις περισσότερες χώρες.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από εθνικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά). Βάσει των «εθνικών ορισμών», όπως παρουσιάζονται στις μεθοδολογικές σημειώσεις για τους σχετιζόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες, κατασταλτικά ή αλκοόλ. Αυτά τα υψηλά ποσοστά παραλληλίζονται με την αύξηση στη θεραπεία με βουπρενορφίνη στη Φινλανδία, μολονότι ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία είναι κατά πολύ μικρότερος από αυτόν των 70 000 έως 85 000 ατόμων που εκτιμάται ότι λαμβάνουν βουπρενορφίνη στη Γαλλία. Ως εκ τούτου, είναι ενδιαφέρον ότι στη Γαλλία το 2004 αναφέρθηκαν μόνο τέσσερις περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης βουπρενορφίνης (συγκριτικά με οκτώ περιπτώσεις το 2003). Ακόμη και εάν ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο αναφοράς μικρότερου αριθμού τοξικών σεων στη Γαλλία από τον πραγματικό, η έκταση της διαφοράς είναι εντυπωσιακή. Εκτός της Γαλλίας και της Φινλανδίας, τρεις ακόμη χώρες ανέφεραν περιπτώσεις (μόνο δύο ή τρεις σε κάθε περίπτωση) θανάτων οφειλόμενων σε βουπρενορφίνη, αλλά δίκως να παράσχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η συγκεκριμένη ουσία ήταν η κύρια αιτία θανάτου.

Τα προηγούμενα χρόνια θάνατοι οφειλόμενοι σε φαινατύλη αναφέρθηκαν στις χώρες γύρω από τη Βαλτική Θάλασσα, αλλά καμιά σχετική αναφορά δεν περιλήφθηκε στις εθνικές εκθέσεις για το 2005.

Τάσεις όσον αφορά τους αιφνίδιους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Οι εθνικές τάσεις όσον αφορά τους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά προσφέρουν αρκετές πληροφορίες για τις εξελίξεις στα πρότυπα της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε κάθε χώρα, όπως οι επιδημίες της ηρωίνης και οι συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (π.χ. ενέσιμη χρήση), καθώς και για την παροχή θεραπείας και τις διαφορές στη διαθεσιμότητα της ηρωίνης. Φυσικά, μπορεί επίσης να απηχούν την επιτυχία των πολιτικών που αφορούν τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτων περιστατικών στην πρόληψη θανάσιμων λήψεων υπερβολικής δόσης⁽²⁰⁶⁾.

Τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα από την ΕΕ αποκαλύπτουν ορισμένες γενικές τάσεις όσον αφορά τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους. Στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε σημειώθηκε εμφανής αύξηση κατά τη δεκαετία του 1980 και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η οποία πιθανώς οφειλόταν στην επέκταση της χρήσης ηρωίνης και της ενέσιμης χρήσης. Ο αριθμός των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων συνέχισε να αυξάνεται μεταξύ του 1990

⁽²⁰⁶⁾ Βλέπε πίνακα DRD-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

και του 2000, αν και λιγότερο απότομα (διάγραμμα 13). Ο συνολικός επίσης αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα κράτη μέλη που παρείχαν στοιχεία (τα περισσότερα κράτη μέλη, παλαιά και νέα) αυξήθηκε κατά 14%, από 8 054 το 1995 σε 9 392 το 2000.

Από το 2000 πολλές χώρες της ΕΕ αναφέρουν μείωση στον αριθμό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, γεγονός που πιθανώς συνδέεται με την αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπείας και τις πρωτοβουλίες για τον περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών, μολονότι εξίσου σημαντική μπορεί να είναι επίσης η μείωση στην επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι θάνατοι που οφείλονται στα ναρκωτικά μειώθηκαν κατά 6% το 2001, 13% το 2002 και 7% το 2003. Παρά τις βελτιώσεις αυτές, οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι που αναφέρθηκαν το 2003 ανέρχονταν σε σχεδόν 7 000 (δεν υπάρχουν στοιχεία από το Βέλγιο, την Ισπανία και την Ιρλανδία). Ωστόσο, στις χώρες που ανέφεραν στοιχεία το 2004 (19), υπήρξε μικρή αύξηση 3%. Μολονότι η εξαγωγή συμπερασμάτων για το 2004 πρέπει να γίνεται με προσοχή, στις 13 από τις 19 χώρες που ανέφεραν στοιχεία καταγράφηκε αύξηση σε κάποιο βαθμό.

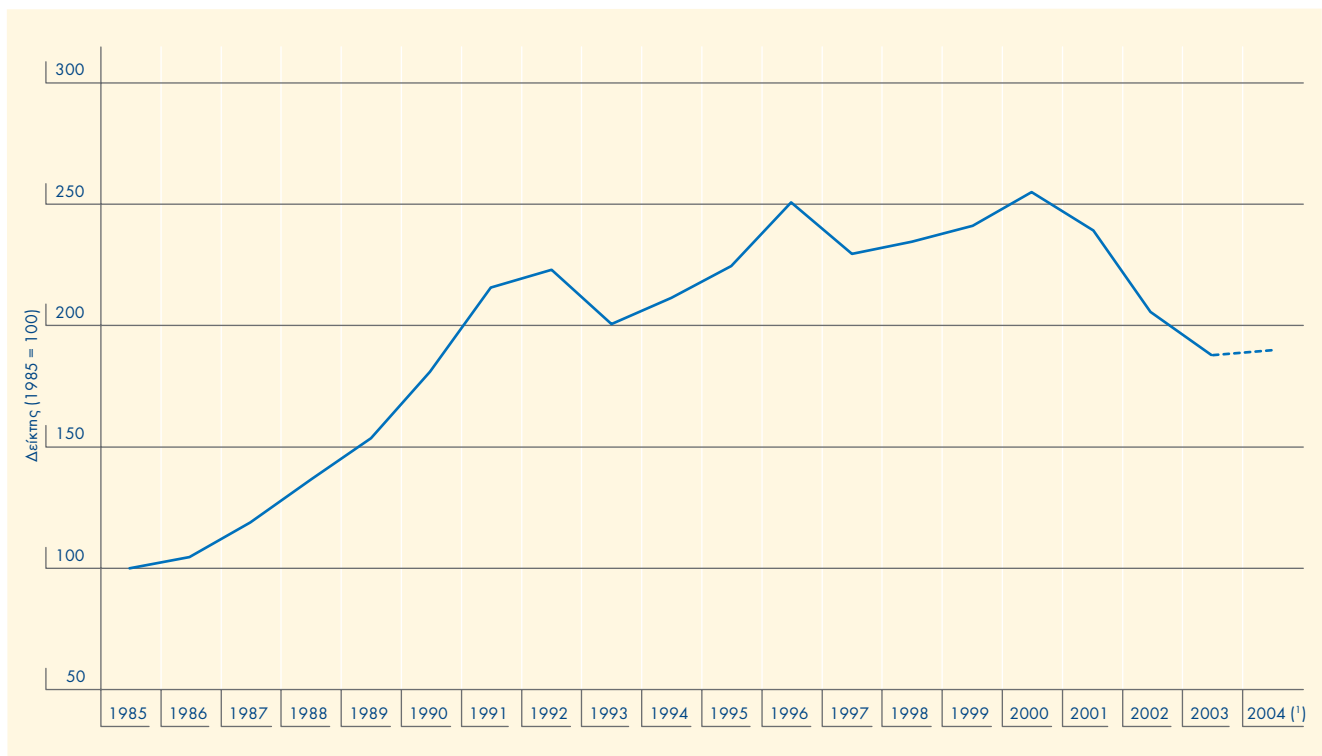
Υπάρχει σημαντική απόκλιση στις τάσεις που επικρατούν στα παλαιά και τα νέα κράτη μέλη όσον αφορά τον αριθμό των θανάτων στους νέους ηλικίας κάτω των 25 ετών. Στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε σημειώνεται σταθερή

μείωση από το 1996, η οποία υποδηλώνει μείωση στον αριθμό των νεαρών χρηστών οπιοειδών που κάνουν ενέσιμη χρήση. Στα νέα κράτη μέλη μέχρι την περίοδο 2000-2002 παρατηρήθηκε απότομη αύξηση, ενώ εμφανής μείωση άρχισε να παρατηρείται μόλις το 2003 ⁽²⁰⁷⁾.

Επίσης παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στα φύλα. Ο αριθμός των θανάτων στους άντρες αυξήθηκε σταδιακά από το 1990 έως το 2000, αύξηση την οποία ακολούθησε σαφής μείωση (μείωση 30% έως το 2003). Ο αριθμός των αναφερθέντων θανάτων στις γυναίκες παρέμεινε σχετικά σταθερός μεταξύ του 1990 και 2000, κυμαινόμενος μεταξύ 1 700 και 2 000 ανά έτος, και έκτοτε μειώθηκε μόλις κατά 15%. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες, όπως η διαφοροποιημένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ή οι διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου ⁽²⁰⁸⁾.

Σε χώρες που διαθέτουν μεγαλύτερες σειρές στοιχείων εντοπίζονται διαφορετικά πρότυπα σε σχέση με τους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Σε ορισμένες χώρες ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων κορυφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και στη συνέχεια μειώθηκε, όπως για παράδειγμα στη Γερμανία, όπου ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων κορυφώθηκε το 1991-1992, στην Ισπανία (1991), στη Γαλλία (1994) και την Ιταλία (1991). Σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Ελλάδα, στην Ιρλανδία, στην

Διάγραμμα 13: Μακροχρόνια τάση στους αιφνίδιους θανάτους που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών, 1985-2004



(*) Δέκα χώρες παρείχαν πληροφορίες για το 2004 και έξι όχι. Ως εκ τούτου, το ποσοστό για το 2004 είναι προσωρινό και βασίζεται στη σύγκριση των στοιχείων του 2003 και του 2004 μόνο για τις χώρες που παρείχαν στοιχεία και για τα δύο έτη.

Σημείωση: Τα κράτη μέλη και οι υποψήφιες χώρες δεν περιλαμβάνονται στο ποσοστό αυτό λόγω της έλλειψης αναδρομικών στοιχείων στις περισσότερες περιπτώσεις. Βλέπε πίνακα DRD-2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006 για τον αριθμό των θανάτων σε κάθε χώρα και τις σημειώσεις σχετικά με τη μεθοδολογία.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005), από εθνικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά).

⁽²⁰⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Βλέπε πίνακα DRD-6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

Πορτογαλία, στη Φινλανδία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία, ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων κορυφώθηκε αργότερα, μεταξύ του 1998 και του 2001, και στη συνέχεια μειώθηκε. Σε άλλες χώρες τα πρότυπα ήταν λιγότερο σαφή ή οι αριθμοί παρέμειναν σταθεροί. Μολονότι οι ερμηνείες πρέπει να δίνονται με προσοχή λόγω του σχετικά μικρού αριθμού συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων σε ορισμένες χώρες, τα πρότυπα αυτά μπορεί να σχετίζονται με τις τάσεις στην ενέσιμη χρήση ηρωίνης ⁽²⁰⁹⁾.

Θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση και τις αμφεταμίνες

Η αναφορά των θανάτων που συνδέονται με την έκσταση ξεκίνησε στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 καθώς αυξανόταν η διάδοση της ουσίας. Οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση προκαλούν ιδιαίτερο προβληματισμό, καθώς συχνά επέρχονται απροσδόκητα σε ενταγμένους στην κοινωνία νέους.

Οι πληροφορίες σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται στην έκσταση είναι περιορισμένες, αλλά τα στοιχεία από τις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2005 υποδηλώνουν ότι οι θάνατοι που συνδέονται με τη χρήση έκστασης παραμένουν σχετικά λιγοστοί σε σύγκριση με τους θανάτους που οφείλονται στα οπιοειδή, μολονότι σε ορισμένες χώρες ο αριθμός τους δεν είναι αμελητέος. Συνολικά στην Ευρώπη αναφέρθηκαν 77 θάνατοι, οι οποίοι πρέπει να θεωρούνται ελάχιστη εκτίμηση ⁽²¹⁰⁾. Περιπτώσεις αναφέρθηκαν από τη Δανία (2), τη Γερμανία (20), τη Γαλλία (4), την Ουγγαρία (3) και το Ηνωμένο Βασίλειο (48 περιπτώσεις με «αναφορά» – 33 στην Αγγλία και την Ουαλία), όπου ενδεχομένως οι αναφορές είναι πιο ακριβείς από ό,τι σε άλλες χώρες. Στην Ισπανία η έκσταση ήταν παρούσα στο 2,5% των τοξικών σεναρίων από ναρκωτικές ουσίες.

Το θέμα του κινδύνου που εγκυμονεί η χρήση έκστασης έχει τεθεί πολλές φορές. Λαμβάνοντας υπόψη το περιθώριο σφάλματος στις εκτιμήσεις της επικράτησης που βασίζονται σε έρευνες και τις δυσκολίες που υπάρχουν στην αναφορά των θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά, από τη διαίρεση του αριθμού των θανάτων που καταγράφονται με τον αριθμό των χρηστών ανά έτος ⁽²¹¹⁾ (άτομα που δυνητικά διατρέχουν κίνδυνο) προκύπτει αναλογία 5–8 περιπτώσεων και 2–5 περιπτώσεων ανά 100 000 χρήστες στις δύο χώρες για τις οποίες μπορεί να γίνει αυτός ο υπολογισμός.

Θάνατοι που οφείλονται στις αμφεταμίνες αναφέρονται εξίσου σπάνια, μολονότι στην Τσεχική Δημοκρατία 16 θάνατοι αποδόθηκαν στη χρήση «perivitin» (μεθαμφεταμίνης) το 2004, αριθμός σχεδόν διπλάσιος σε σχέση με το 2003, που συσχετίζεται με αύξηση στον εκτιμώμενο αριθμό προβληματικών χρηστών «perivitin» και στις αιτήσεις για θεραπεία. Για τους θανάτους που οφείλονται στο GHB βλέπε κεφάλαιο 4.

Θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη

Υπάρχει αυξανόμενος προβληματισμός όσον αφορά τους κινδύνους που εγκυμονεί η χρήση κοκαΐνης για την

υγεία, μετά την αύξηση της ψυχαγωγικής χρήσης που παρατηρείται σε ορισμένες χώρες στους νέους, στα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης και σε περιθωριοποιημένους πληθυσμούς.

Η χρήση κοκαΐνης είναι διαδεδομένη στους χρήστες οπιοειδών, και στις τοξικολογικές αναλύσεις ανιχνεύεται συχνά κοκαΐνη σε περιπτώσεις υπερβολικής δόσης οπιοειδών, σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, όπως αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες. Η κοκαΐνη καταναλώνεται συχνά μαζί με αλκοόλ, συνδυασμός που μπορεί να επιφέρει αύξηση της τοξικότητας.

Τα τρέχοντα στατιστικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα στην Ευρώπη είναι περιορισμένα και οι διαφορές στα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των περιπτώσεων που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης συνεπάγονται ότι τα στοιχεία δεν είναι συγκρίσιμα. Επιπλέον, ορισμένοι θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη μπορεί να μην αναγνωρίζονται ή να μην αναφέρονται, με αποτέλεσμα ελλιπή αναφορά. Τα υπάρχοντα στοιχεία υποδεικνύουν ότι πολλοί θάνατοι που αφορούν τη χρήση κοκαΐνης αφορούν επίσης τη χρήση οπιοειδών.

Στις εθνικές εκθέσεις των χωρών που ανέφεραν στοιχεία το 2005 προσδιορίστηκαν περισσότεροι από 400 θάνατοι που οφείλονται στην κοκαΐνη, αριθμός που αποτελεί ελάχιστη εκτίμηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η κοκαΐνη φαίνεται ότι διαδραμάτισε αιτιώδη ρόλο, μολονότι κάτι τέτοιο δεν προκύπτει πάντοτε με απόλυτη σαφήνεια από τις εκθέσεις. Εννέα χώρες δεν αναφέρθηκαν ρητά στην ύπαρξη ή μη θανάτων που οφείλονται στην κοκαΐνη. Η κοκαΐνη αντιπροσωπεύει το 0–20% των αναφερθεισών περιπτώσεων αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 10 και 20% στη Γερμανία, στη Γαλλία, στην Ισπανία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Θάνατοι στους οποίους η κοκαΐνη διαδραμάτισε αιτιώδη ρόλο (μεμονωμένα ή σε συνδυασμό) αναφέρθηκαν από τη Γαλλία (14), τη Γερμανία (166), τις Κάτω Χώρες (20), την Ισπανία (53) και το Ηνωμένο Βασίλειο (142 «αναφορές» – 113 στην Αγγλία και την Ουαλία). Εννέα ακόμη χώρες ανέφεραν από καμία έως δύο περιπτώσεις. Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες ανιχνεύεται συχνά κοκαΐνη στις τοξικολογικές αναλύσεις σε περιπτώσεις υπερβολικής δόσης οπιοειδών. Από τα περιορισμένα στοιχεία που είναι διαθέσιμα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τάσεις με βεβαιότητα, αλλά φαίνεται να υπάρχει αυξητική τάση σε όλες τις χώρες με μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, π.χ. Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο, μολονότι στις Κάτω Χώρες η αύξηση έχει ανασχεθεί τα τελευταία δύο χρόνια.

Επιπλέον, η κοκαΐνη ενδέχεται να συμβάλλει σημαντικά στους θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα (αρρυθμίες, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικές αιμορραγίες), ιδίως σε χρήστες με προδιάθεση ή με άλλους παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, αγγειώματα) ή με την αύξηση της ηλικίας. Πολλές από τις περιπτώσεις αυτές επί του παρόντος μπορεί να μη δηλώνονται λόγω της έλλειψης ενημέρωσης. Στον τομέα αυτό απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

⁽²⁰⁹⁾ Βλέπε πίνακα DRD-7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.

⁽²¹⁰⁾ Ανάλογα με τη χώρα, τα στοιχεία για την έκσταση και την κοκαΐνη αναφέρονται είτε στο 2003 είτε στο 2004.

⁽²¹¹⁾ Χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο σε έρευνες στον γενικό πληθυσμό.

Μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων

Αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης

Η προσέγγιση πληθυσμών χρηστών ναρκωτικών που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία και η δημιουργία διαύλων επικοινωνίας αποτελεί προϋπόθεση για την εκπαίδευση σχετικά με τους κινδύνους και τη διαχείριση των κινδύνων, καθώς και για τη διαμεσολάβηση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας.

Από τη διερεύνηση των περιστάσεων που οδηγούν σε θανάτους λόγω υπερβολικής δόσης προέκυψαν στοιχεία που υποστηρίζουν την ανάπτυξη παρεμβάσεων που επικεντρώνονται σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου ή άτομα υψηλού κινδύνου. Τα μέτρα αυτά μπορεί να επιτύχουν σημαντική μείωση των θανάτων που αποδίδονται στις άμεσες επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών. Ο ρόλος διαφόρων παρεμβάσεων στη μείωση των αιφνίδιων θανάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών παρουσιάζεται συνοπτικά σε πρόσφατο ενημερωτικό δελτίο του ΕΚΠΝΤ σχετικά με την πολιτική του κέντρου στον τομέα αυτό (ΕΚΠΝΤ, 2004δ).

Καθώς οι περισσότεροι θάνατοι από υπερβολική δόση αφορούν τη χρήση ηρωίνης, η αύξηση του ποσοστού των χρηστών ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως μέτρο πρόληψης των θανάτων λόγω υπερβολικής δόσης. Για την πρόσφατη μικρή αναστροφή της τάσης όσον αφορά τους θανάτους από υπερβολική δόση που παρατηρείται σε ορισμένα κράτη μέλη μπορεί να ευθύνονται διάφοροι παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι η μείωση των ποσοστών επικράτησης και ενέσιμης χρήσης, η αύξηση των προσπαθειών πρόληψης, η αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπείας καθώς και της αποδοχής της και της παραμονής των ατόμων υπό θεραπεία, και ενδεχομένως οι περιορισμοί των επικίνδυνων συμπεριφορών.

Προφίλ τρόπων αντιμετώπισης

Στις περισσότερες χώρες, η θεραπεία υποκατάστασης για τους χρήστες οπιοειδών θεωρείται από τους εμπειρογνώμονες ως η καλύτερη προσέγγιση από την άποψη της χρησιμότητας των διαφόρων στρατηγικών παρέμβασης για τη μείωση των θανάτων από υπερβολική δόση⁽²¹²⁾. Στην Ουγγαρία και τη Σουηδία, παρότι αυτή η μέθοδος θεραπείας είναι διαθέσιμη, δεν αντιμετωπίζεται ως τρόπος μείωσης των θανάτων που οφείλονται στα ναρκωτικά. Και στην Εσθονία

και την Πολωνία το χαμηλό επίπεδο παροχής θεραπείας υποκατάστασης σημαίνει ότι η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δεν θεωρείται επί του παρόντος σημαντικός τρόπος αντιμετώπισης των θανάτων από υπερβολική δόση.

Οι τρόποι αντιμετώπισης που είναι προσανατολισμένοι στην πληροφόρηση, στην εκπαίδευση και την επικοινωνία αποτελούν περαιτέρω σημαντικά μέτρα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η διάδοση μηνυμάτων ευαισθητοποίησης σχετικά με τους κινδύνους και οδηγίων για το χειρισμό της λήψης υπερβολικής δόσης μέσω ειδικού έντυπου υλικών ή άλλων μέσων (φυλλάδια, ιστοθέσεις, εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης) απαντάται λιγότερο ή περισσότερο συχνά σε 19 χώρες. Ωστόσο, σε επτά χώρες (Εσθονία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λεττονία, Ουγγαρία, Μάλτα, Φινλανδία) η χρήση παρόμοιων μέτρων είναι σπάνια, και σε μία χώρα (Σουηδία) δεν απαντάται καθόλου.

Σύμφωνα με τα εθνικά εστιακά σημεία, η προσέγγιση της συστηματικής ενσωμάτωσης της μεμονωμένης αξιολόγησης κινδύνων σε διαδικασίες προγραμματισμένης συμβουλευτικής και θεραπείας καθώς και της οργάνωσης ομαδικών συνεδριών για τους χρήστες ναρκωτικών σχετικά με την εκπαίδευση για τους κινδύνους και τους τρόπους αντιμετώπισης είναι λιγότερο διαδεδομένη.

Μια ευρεία κατηγορία δραστηριοτήτων μπορούν να οριστούν ως «παρεμβάσεις προ της αποφυλάκισης». Οι δραστηριότητες αυτές ποικίλλουν από την απλή μετάδοση πληροφοριών και τη συμβουλευτική για τους κινδύνους και την πρόληψη της λήψης υπερβολικής δόσης έως την έναρξη ή τη συνέχιση θεραπείας υποκατάστασης στη φυλακή. Ωστόσο, οι δραστηριότητες που εμπίπτουν σε αυτό το φάσμα τρόπων αντιμετώπισης χρησιμοποιήθηκαν σπάνια σε 13 χώρες και καθόλου σε άλλες πέντε (Λεττονία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία και Σουηδία). Στην Ισπανία, στην Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο οι παρεμβάσεις στις φυλακές συγκαταλέγονται στις κυρίαρχες προσεγγίσεις για τη μείωση των αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών.

Οι τοπικές συνθήκες κινδύνου που δημιουργούνται από την ενέσιμη χρήση σε δημόσιους χώρους οδήγησαν στο άνοιγμα χώρων επιτηρούμενης από επαγγελματίες χρήσης ναρκωτικών σε τέσσερις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία⁽²¹³⁾. Οι ομάδες στις οποίες απευθύνονται είναι οι ιδιαίτερα περιθωριοποιημένοι και εκτεθειμένοι σε κινδύνους χρήστες που κάνουν ενέσιμη χρήση στο δρόμο (ΕΚΠΝΤ, 2004γ).

⁽²¹²⁾ Τα αποτελέσματα βασίζονται σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 27 εθνικά εστιακά σημεία το 2004. Το μέσο είναι διαθέσιμο για τηλεφόρτωση στη διεύθυνση <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>.

⁽²¹³⁾ Οι χώρες της ΕΕ είναι η Γερμανία, η Ισπανία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες.



Κεφάλαιο 8

Βελτίωση της παρακολούθησης της προβληματικής και της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών

Εθισμός, εξάρτηση, κατάχρηση, επιβλαβής χρήση, προβληματική χρήση: πρόκειται για μια σειρά εννοιών συνδεδεμένων με το δείκτη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών του ΕΚΠΝΤ, καθεμία από τις οποίες έχει τις δικές της ανεπαίσθητες διαφορές από ιατρική ή κοινωνική άποψη. Ο δείκτης προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (PDU) του ΕΚΠΝΤ παρακολουθεί την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή τη μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιοειδών, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών. Στον ορισμό περιλαμβάνεται, κατά συνθήκη, η χρήση άλλων οπιοειδών όπως η μεθαδόνη.

Αυτός ο αμιγώς συμπεριφοριστικός ορισμός της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών βασίζεται στα πρότυπα της χρήσης ναρκωτικών και υπό καμία έννοια δεν χρησιμοποιείται για την ειδική μέτρηση των προβλημάτων. Παρ' όλα αυτά, συνδέεται με τις διάφορες έννοιες της εξάρτησης υπό την έννοια ότι όποιος συμπεριφέρεται κατά τον συγκεκριμένο τρόπο είναι πολύ πιθανόν να εμπίπτει στη γενικότερη έννοια του «προβληματικού χρήστη». Είναι σημαντικό να σημειωθεί από την άποψη αυτή ότι οι εκτιμήσεις του δείκτη PDU καλύπτουν μόνο μια σημαντική υποομάδα των ατόμων που μπορεί να θεωρηθεί ότι αντιμετωπίζουν κάποιο είδους πρόβλημα με τα ναρκωτικά. Μολοταύτα, η προσέγγιση αυτή έχει αξία: καθώς πρόκειται για συμπεριφοριστικά προσδιοριζόμενη έννοια, τα πλεονεκτήματά της είναι τα εξής:

- επιτρέπει την πρόοδο της παρακολούθησης χωρίς προσκολλησεις στους ορισμούς της εξάρτησης, των επιβλαβών συνεπειών και του ίδιου του προβλήματος.
- είναι σχετικά εύκολο να καταστεί λειτουργική στο πλαίσιο ερευνητικών μελετών.
- ομαδοποιεί τα διάφορα είδη ναρκωτικών και τους τρόπους χρήσης ως εναλλακτικές επιλογές, χωρίς να διακρίνει μεταξύ τους.

Από ιστορική άποψη, ο δείκτης παρακολούθησης του ΕΚΠΝΤ ήταν γέννημα της εποχής του – κατά τη δεκαετία του 1980, και σε μεγάλο βαθμό και του 1990, η χρήση ηρωίνης και η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών θεωρούνταν κύριες συνιστώσες του προβλήματος των ναρκωτικών οι οποίες έπρεπε να εκτιμηθούν. Επιπλέον, αυτές οι μορφές χρήσης ναρκωτικών δεν μπορούν να μετρηθούν με απολύτως αξιόπιστο τρόπο με τις διάφορες τεχνικές έρευνας. Η προσθήκη των αμφεταμινών έκανε τον ορισμό πιο κατάλληλο για ορισμένες από τις σκανδιναβικές χώρες όπου η ενέσιμη χρήση αμφεταμινών ήταν σημαντική. Η κοκαΐνη, μολονότι συμπεριλήφθηκε, στην πράξη σπανίως αποτέλεσε σημαντική συνιστώσα σε οποιαδήποτε εκτίμηση. Μολονότι ο δείκτης PDU εξακολουθεί να μας παρέχει μια χρήσιμη ματιά σε μια σημαντική συνιστώσα του προβλήματος των ναρκωτικών, γίνεται ολοένα και πιο προφανές ότι χρήζει περαιτέρω ανάπτυξης ώστε να πληροί τις

απαιτήσεις της παρακολούθησης της σημερινής, περισσότερο ανομοιογενούς, κατάστασης που επικρατεί στην Ευρώπη όσον αφορά τα ναρκωτικά. Ολοένα και περισσότερο, η εικόνα όσον αφορά τα χρόνια προβλήματα ναρκωτικών στην Ευρώπη γίνεται πιο σύνθετη. Για να διατηρήσει την επαφή του με τον μεταβαλλόμενο κόσμο των παράνομων ναρκωτικών, το έργο της παρακολούθησης πρέπει να προχωρήσει και να ανταποκριθεί στις προκλήσεις της κάλυψης ενός ευρύτερου φάσματος ναρκωτικών και της κάλυψης της χρήσης τους με αναλυτικότερο τρόπο από ό,τι μέχρι σήμερα.

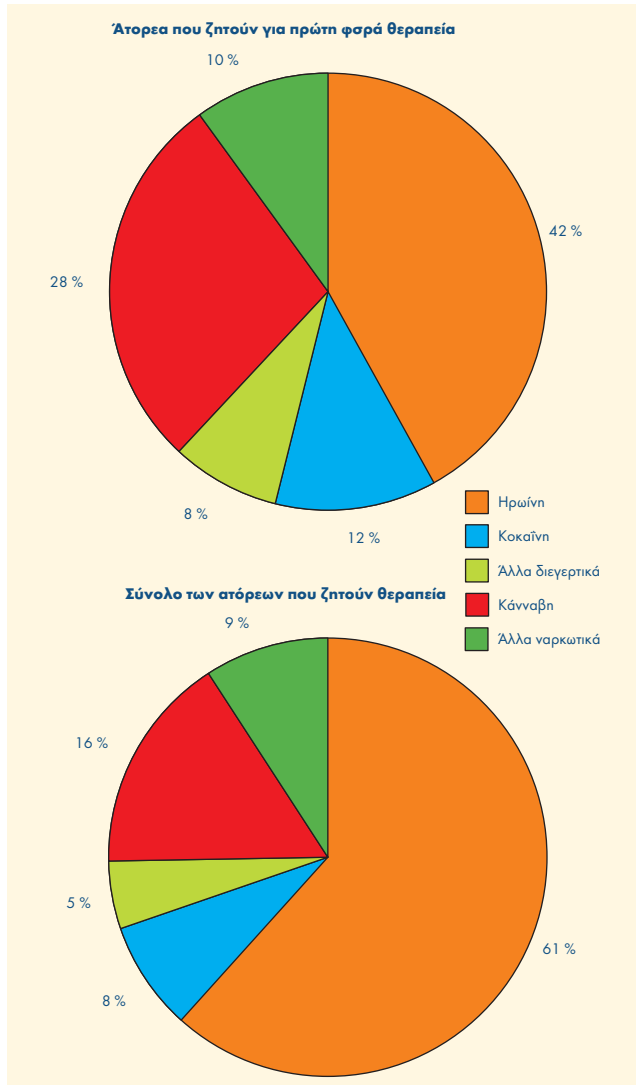
Η διεύρυνση της ΕΕ είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η ποικιλία των κοινωνικών συμπεριφορών, μη εξαιρουμένης της παράνομης χρήσης ναρκωτικών. Οι εξελίξεις στο πλαίσιο της κουλτούρας των ναρκωτικών, η έξαρση των συνθετικών ναρκωτικών και των παράνομα χρησιμοποιούμενων φαρμάκων, η μεταστροφή προς την κοκαΐνη και η γενικά υψηλή επικράτηση της χρήσης της κάνναβης πρέπει να αναγνωριστούν, ώστε να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών. Όπως επισημάνθηκε σε προηγούμενες ενότητες της παρούσας έκθεσης, παρόλο που οι χρήστες ηρωίνης διατηρούν τη μερίδα του λέοντος στις αιτήσεις προς τις θεραπευτικές υπηρεσίες απεξάρτησης, η εικόνα αλλάζει όσον αφορά τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία για πρώτη φορά, καθώς παρουσιάζει αύξηση το ποσοστό όσων αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης κάνναβης και διεγερτικών (διάγραμμα 14).

Η αλλαγή αυτή πρέπει να εξεταστεί υπό το πρίσμα της ιδιαίτερα διευρυμένης παροχής θεραπείας στα άτομα με προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση οπιοειδών καθώς και της μεγαλύτερης κάλυψης των υπηρεσιών θεραπείας από την άποψη της αναφοράς. Ιδίως η θεραπεία υποκατάστασης για τους χρήστες οπιοειδών, η οποία παρέχει μακροχρόνια συνεχή περίθαλψη για τα άτομα αυτά (σημειώνεται ότι πρόκειται για κάτι που δεν απεικονίζεται στα διαγράμματα αυτά, στα οποία φαίνονται μόνο τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία το τρέχον έτος), υπογραμμίζει το ρόλο των οπιοειδών στο τρέχον κόστος θεραπείας συγκριτικά με τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία για πρώτη φορά. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές χώρες φαίνεται ότι τα άτομα που αρχίζουν να αντιμετωπίζουν σήμερα πρόβλημα ναρκωτικών στην Ευρώπη παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανομοιογένεια, τουλάχιστον όσον αφορά τις ουσίες που χρησιμοποιούν, σε σχέση με το παρελθόν.

Ο δείκτης PDU και η καταμέτρηση κρυφών πληθυσμών χρηστών ναρκωτικών

Η τρέχουσα προσέγγιση του δείκτη PDU έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα πολύτιμη στην πραγματοποίηση ακριβέστερων

Διάγραμμα 14: Κατανομή ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία και του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία ανάλογα με το κύριο ναρκωτικό που χρησιμοποιούν



Σημείωση: Βάσει στοιχείων από την Τσεχική Δημοκρατία, τη Δανία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Κύπρο, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, τις Κάτω Χώρες, τη Σλοβενία, τη Σλοβακία, τη Φινλανδία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και την Τουρκία.
Πηγές: Εθνικά εστακά σημεία δικτύου Reitox.

εκτιμήσεων όσον αφορά τη σημαντική ομάδα των χρηστών ναρκωτικών που αποτελούν τους βασικούς αποδέκτες των θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης στην Ευρώπη. Η προσέγγιση αυτή έχει συμβάλει στην ανάπτυξη σειράς μεθόδων και στατιστικών διαδικασιών για τον υπολογισμό του ακριβούς μεγέθους αυτού του, σε μεγάλο βαθμό, κρυφού πληθυσμού. Σε όλες αυτές τις προσεγγίσεις η μέτρηση βασίζεται στην ιδέα ότι ένα ποσοστό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών είναι «ορατοί από διοικητική άποψη», καθώς βρίσκονται σε επαφή με ένα φάσμα θεραπευτικών, νομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών έκτακτων περιστατικών. Από το ποσοστό αυτό, εάν είναι γνωστό, μπορεί να υπολογιστεί το μέγεθος του πληθυσμού βάσει της εν λόγω ορατής μειονότητας. Αυτού του είδους οι έμμεσες στατιστικές μέθοδοι συμπληρώνουν το έργο

των ερευνών στον πληθυσμό, οι οποίες, για διάφορους μεθοδολογικούς και πρακτικούς λόγους, δεν είναι εξίσου κατάλληλες για την εκτίμηση της επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών σε περιπτώσεις που αυτή παρουσιάζει χαμηλή επικράτηση, είναι στιγμισμένη και, σε μεγάλο βαθμό, κρυφή.

Από την άποψη της τρέχουσας εφαρμογής του δείκτη PDU ανά την ΕΕ, οι διάφορες χώρες έχουν προσαρμόσει τον ορισμό του ώστε να καλύπτει τις πρακτικές διαστάσεις των εκάστοτε τοπικών συνθηκών, και, ως εκ τούτου, ο δείκτης παρουσιάζει ανομοιογένεια. Εννέα χώρες ουσιαστικά τηρούν τον ορισμό του ΕΚΠΝΤ ως έχει, έντεκα χώρες προβαίνουν σε εκτίμηση μόνο του αριθμού των χρηστών οπιοειδών (ή ηρωίνης) και άλλες τέσσερις χώρες δεν εξαιρούν τους προβληματικούς χρήστες κάνναβης, μολονότι οι χρήστες κάνναβης γενικά αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό των εκτιμήσεών τους (τα κριτήρια για τη συμπερίληψη χρηστών κάνναβης είναι πολύ αυστηρά καθώς προσμετράται μόνο η εξαρτημένη ή η πολύ εντατική χρήση).

Η πιο εκτεταμένη χρήση κοκαΐνης, κρακ και διεγερτικών εν γένει, παράλληλα με το γεγονός της αλληλοεπικάλυψης των προβλημάτων των ναρκωτικών με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, συνεπάγεται ότι, ακόμη και αν ο δείκτης εφαρμόζεται με συνέπεια, οι εκτιμήσεις πλέον καλύπτουν ευρύτερο φάσμα χρήσης ναρκωτικών σε σχέση με το παρελθόν, με αυξημένο ενδεχόμενο πιο ποικίλων επιπτώσεων και προβλημάτων. Παράλληλα με την παρακολούθηση του συνολικού μεγέθους της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών υπάρχει επομένως ανάγκη να παρακολουθούνται χωριστά οι διάφορες συμπεριφορές που συνθέτουν το δείκτη PDU, δηλαδή η ενέσιμη χρήση και κάθε είδους ναρκωτικό που περιλαμβάνεται στον ορισμό της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό ενόψει των στοιχείων από ορισμένες χώρες που δείχνουν αύξηση στη χρήση κοκαΐνης και των προτύπων χρήσης αμφεταμινών, καθώς και για την παρακολούθηση των τάσεων στη χρήση οπιοειδών. Εάν όλες αυτές οι συμπεριφορές αναφέρονται μόνο ως συνολικά μεγέθη, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο να μη γίνουν αντιληπτές σημαντικές εξελίξεις και να χαθεί η ευκαιρία για καλύτερη κατανόηση των τάσεων.

Σε προηγούμενο σημείο της παρούσας έκθεσης δόθηκε για πρώτη φορά χωριστή εκτίμηση για τη χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση στην Ευρώπη. Επιπλέον, σημειώνουμε την αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπείας για τα προβλήματα των οπιοειδών, καθώς εκτιμάται ότι ο αριθμός των θεραπειών υποκατάστασης για τους χρήστες οπιοειδών στην Ευρώπη υπερβαίνει το 0,5 εκατ. χρήστες. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το ποσοστό των χρηστών ηρωίνης και των ΧΕΝ που βρίσκονται ή έχουν έρθει σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες ενδέχεται να είναι αρκετά μεγάλο σε πολλές χώρες. Το ΕΚΠΝΤ επί του παρόντος εξετάζει σε συνεργασία με τις εθνικές τεχνικές του ομάδες την προστιθέμενη αξία που μπορεί να προκύψει από τη συγκέντρωση πληροφοριών για τη ζήτηση θεραπείας, τη διαθεσιμότητα θεραπείας και τις εκτιμήσεις για τη χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Πέρα από το δείκτη PDU

Ένα ακόμη βήμα για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι να εξετάσουμε το βαθμό στον οποίο η εντατική

χρήση ναρκωτικών μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο παρακολούθησης, προχωρώντας πέρα από την παρακολούθηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Ο βαθμός στον οποίο η εντατική χρήση ναρκωτικών, όπως και αν ορίζεται, συνδέεται με την εξάρτηση, και τα επίπεδα και οι μορφές των προβλημάτων χρήζουν περαιτέρω εξέτασης, και, για παράδειγμα, οι Kandel και Davis (1992) διατύπωσαν την εκτίμηση ότι στις ΗΠΑ περίπου το ένα τρίτο των ατόμων που κάνουν καθημερινή χρήση κάνναβης μπορεί να θεωρούνται ως εξαρτημένα. Για την επίτευξη προόδου στον συγκεκριμένο τομέα απαιτείται η θεσμοθέτηση της έννοιας της συχνής, εντατικής χρήσης κάνναβης και άλλων παράνομων ναρκωτικών ουσιών ως ειδικού στόχου παρακολούθησης. Η συχνή ή εντατική χρήση μπορεί να μετρηθεί μέσω ερευνών προς συμπλήρωση των εκτιμήσεων που γίνονται μέσω έμμεσων στατιστικών μεθόδων. Επί του παρόντος, τα στοιχεία ερευνών παρέχουν μια χρήσιμη ματιά στα διάφορα πρότυπα χρήσης της κάνναβης, αλλά οι συγκεκριμένες μετρήσεις περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό στην παρακολούθηση της συμπεριφοράς και της συχνότητας χρήσης. Τα στοιχεία ερευνών είναι σημαντικά εάν θέλουμε να κάνουμε αξιόπιστες εκτιμήσεις του αριθμού των χρηστών ναρκωτικών, όπως η κάνναβη, που θα μπορούσαν να περιγραφούν ως άτομα που κάνουν εξαρτημένη ή επιβλαβή χρήση, τουλάχιστον κατά δήλωσή τους.

Αυτή η προσπάθεια για τη διατύπωση ενός πιο επίσημου ορισμού της συχνής, εντατικής χρήσης για μια σειρά ναρκωτικών ουσιών θα μπορούσε επίσης να συμβάλει στην ανάπτυξη ερευνητικών εργαλείων για την αξιολόγηση του επιπέδου των προβλημάτων και της εξάρτησης που συνδέονται με τα διάφορα επίπεδα και πρότυπα της χρήσης κάνναβης. Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες γίνονται προσπάθειες για την ανάπτυξη μεθοδολογικών εργαλείων για τη μέτρηση τόσο της εντατικής χρήσης όσο και των επιπέδων της εξάρτησης και των προβλημάτων, και το ΕΚΠΝΤ προάγει τη συνεργασία στον τομέα αυτό.

Μια δυσκολία όσον αφορά τον προσδιορισμό της εντατικής χρήσης ως δείκτη για τα άτομα που ενδέχεται να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν εξαρτημένα ή να αντιμετωπίσουν προβλήματα είναι ότι η έννοια της εντατικής χρήσης εξαρτάται σε κάποιον βαθμό από την εκάστοτε ναρκωτική ουσία. Ενώ η προβληματική χρήση οπιοειδών χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από πρότυπα καθημερινής χρήσης, συχνά δεν συμβαίνει το ίδιο με τις διεγερτικές ναρκωτικές ουσίες. Στην περίπτωση αυτών των ναρκωτικών ουσιών, περισσότερο διαδεδομένη είναι συχνά η ασυλλόγιστη χρήση («binge consumption»), η οποία σημαίνει ότι η χρήση κλιμακώνεται για σύντομα χρονικά διαστήματα και κατόπιν μειώνεται, με τους χρήστες συχνά να στρέφονται σε άλλες ναρκωτικές ουσίες ή στο αλκοόλ για να εξαλείψουν τις δυσμενείς συνέπειες της αποχής. Τα πρότυπα της εντατικής χρήσης ναρκωτικών ενδεχομένως επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό τόσο από φαρμακολογικούς όσο και από γενικότερους παράγοντες, ωστόσο είναι σαφές ότι οι συμπεριφοριστικές μετρήσεις της εντατικής χρήσης πρέπει να επιδεικνύουν ευαισθησία απέναντι στα διαφορετικά πρότυπα χρήσης ναρκωτικών που συνδέονται με διαφορετικά είδη ναρκωτικών.

Η πρόκληση που θέτει η αναφορά των προβλημάτων της πολλαπλής χρήσης

Για βασίμους πρακτικούς και μεθοδολογικούς λόγους, στις περισσότερες αναφορές που αφορούν τη χρήση ναρκωτικών κάθε ουσία περιγράφεται χωριστά. Έτσι εξασφαλίζεται η εννοιολογική σαφήνεια που είναι απαραίτητη για τη διευκόλυνση της υποβολής αναφορών που βασίζονται στις διαθέσιμες συμπεριφοριστικές μετρήσεις, αλλά δεν λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι οι μεμονωμένοι χρήστες ναρκωτικών συχνά καταναλώνουν ή πρόκειται να καταναλώσουν διάφορες παράνομες αλλά και νόμιμες ουσίες και ότι οι χρήστες αυτοί μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν προβλήματα με περισσότερα από ένα ναρκωτικά. Μπορεί να υποκαθιστούν το ένα είδος ναρκωτικού με ένα άλλο ή να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου το ναρκωτικό της προτίμησής τους ή να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά συμπληρωματικά. Αυτή η πολυπλοκότητα θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις στα συστήματα παρακολούθησης, ακόμη και αν η ανάλυση περιορίζεται σε απλές συμπεριφοριστικές μετρήσεις της κατανάλωσης ναρκωτικών σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Εάν συντρέχουν οι έννοιες της προβληματικής και της εξαρτημένης χρήσης, η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο και δεν υπάρχουν επαρκή αξιόπιστα στοιχεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο που να επιτρέπουν μια πιο επισταμένη ανάλυση. Παρ' όλα αυτά, είναι πιθανόν σε ορισμένες χώρες να υπάρχει αρκετά μεγάλος πληθυσμός χρόνια προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που δεν είναι εύκολο να ταξινομηθούν με βάση την κύρια ουσία και που μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω της χρήσης τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού πρέπει να υπάρξει καλύτερη κατανόηση των προτύπων της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών και αξιοποίησή της για τη βελτίωση της διαδικασίας αναφοράς σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Υποκατάσταση ουσιών από άλλες διαθέσιμες

Εντός της γενικής έννοιας της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών πρέπει να εξεταστούν ορισμένες εξειδικευμένες σημασίες του όρου. Στο ένα άκρο βρίσκεται η χρήση διαφόρων ουσιών με εντατικό και χαοτικό τρόπο, ταυτόχρονα ή διαδοχικά, ενώ σε πολλές περιπτώσεις κάθε ναρκωτική ουσία υποκαθιστά κάποια άλλη ανάλογα με τη διαθεσιμότητά τους. Για παράδειγμα, αυτό ισχύει στην περίπτωση των προβληματικών χρηστών που κάνουν χρήση διαφόρων οπιοειδών, καθώς και φαρμάκων, κοκαΐνης, αμφεταμινών και αλκοόλ.

Αυτό το πρότυπο χρήσης φαίνεται να επικρατεί σε ορισμένους χρόνιους χρήστες και πιθανόν σε περιθωριοποιημένες ομάδες και άτομα με ψυχιατρικές παθήσεις. Σε πολλά συστήματα καταγραφής στην Ευρώπη, οι περιπτώσεις αυτές αποδίδονται στα οπιοειδή.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα άτομα αυτά εμπίπτουν στον ορισμό και στο φάσμα παρακολούθησης των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών. Ωστόσο, εξακολουθεί να υφίσταται το ερώτημα εάν αυτή η εντατική, χαοτική πολλαπλή χρήση αποτελεί από μόνη της μια ξεχωριστή οντότητα – μια εξάρτηση που δεν σχετίζεται με μία συγκεκριμένη ουσία, η οποία, ως εκ τούτου, χρίζει στοχοθετημένων επιδημιολογικών μετρήσεων και θεραπείας, υποστήριξης

ή μείωσης των επιβλαβών συνεπειών εντός ιδιαίτερως δυσχερών περιστάσεων. Υπό τις συνθήκες αυτές, η παρακολούθηση των συνιστωσών της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών πρέπει να περιλαμβάνει την πολλαπλή χρήση ως μία από τις εν λόγω αυτοτελώς μετρούμενες συνιστώσες.

Συνδυασμοί ναρκωτικών ουσιών

Υπάρχει μια δεύτερη ομάδα χρηστών που κάνουν ταυτόχρονη χρήση διαφόρων ουσιών κατά συστηματικό τρόπο, επιδιώκοντας τα αποτελέσματα του φαρμακευτικού συνδυασμού, για παράδειγμα της ταυτόχρονης ενέσιμης χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης («speedballing»).

Η χρήση δεύτερης ναρκωτικής ουσίας για λειτουργικούς ή φαρμακευτικούς λόγους δεν είναι απαραίτητο να είναι ταυτόχρονη, αλλά μπορεί να είναι και διαδοχική ή να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο ή ως συμπληρωματική ουσία. Για παράδειγμα, η βενζοδιαζεπίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον περιορισμό των συμπτωμάτων αποτοξίνωσης όταν ο χρήστης δεν έχει στη διάθεσή του οπιοειδή. Σε άλλες περιπτώσεις, η χρήση δεύτερης ναρκωτικής ουσίας μπορεί να γίνεται για την αντισταθμιστική φαρμακευτική της επίδραση: αυτό συμβαίνει στην περίπτωση που η ναρκωτική επίδραση των οπιοειδών τροποποιείται μέσω της χρήσης κοκαΐνης ή όταν η αγχογόνος επίδραση της κοκαΐνης ή των αμφεταμινών κατευνάζεται μέσω της χρήσης οπιοειδών ή άλλων κατασταλτικών ουσιών.

Αυξημένοι κίνδυνοι λόγω της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών

Η ενισχυτική επίδραση μιας ναρκωτικής ουσίας σε μια άλλη είναι ορισμένες φορές σημαντική και στην περίπτωση αυτή οι νόμιμες ουσίες και φάρμακα—όπως το αλκοόλ, η νικοτίνη και τα αντικαταθλιπτικά—πρέπει να εξετάζονται σε συνδυασμό με τις ελεγχόμενες ψυχοδραστικές ουσίες. Το επίπεδο κινδύνου εξαρτάται από τη δοσολογία και των δύο ουσιών. Εκφράζονται ανησυχίες για σειρά φαρμακευτικών συνδυασμών: το αλκοόλ και η κοκαΐνη αυξάνουν την καρδιαγγειακή τοξικότητα· η κατανάλωση αλκοόλ ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ταυτόχρονα με τη χρήση οπιοειδών εγκυμονεί αυξημένο κίνδυνο υπερβολικής δόσης· και η χρήση οπιοειδών ή κοκαΐνης σε συνδυασμό με έκσταση ή αμφεταμίνες έχει ως αποτέλεσμα πρόσθετη οξεία τοξικότητα.

Περιορισμοί των διαθέσιμων στοιχείων για την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών

Η απουσία διαθέσιμων στοιχείων περιορίζει τις δυνατότητες αναφοράς για πολλές πτυχές της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών. Τα στοιχεία προέρχονται από τοξικολογικές εκθέσεις από περιπτώσεις υπερβολικής δόσης και αυθόρμητες αναφορές ατόμων στα οποία παρέχονται θεραπευτικές υπηρεσίες. Μολονότι οι πηγές αυτές παρέχουν κάποιες πληροφορίες σχετικά με την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών, οι διαθέσιμες πληροφορίες συχνά είναι περιορισμένες, και η αντιπροσωπευτικότητα των στοιχείων χρήζει εξέτασης.

Τα αποτελέσματα των ερευνών πράγματι δείχνουν σημαντική χρήση περισσότερων από δύο ναρκωτικών από μεμονωμένα άτομα την ίδια χρονική περίοδο. Ωστόσο, τα στοιχεία

ερευνών συχνά είναι ελλιπή σε σχέση με ορισμένες μορφές χρήσης ναρκωτικών, και, ακόμη και στις περιπτώσεις που υπάρχουν στοιχεία, πρέπει να δημιουργούνται συγκρίσιμα πρότυπα αναφοράς. Παράδειγμα της έκτασης των στοιχείων για την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών που είναι διαθέσιμα από έρευνες στον γενικό πληθυσμό παρατίθεται σε πρόσφατη τεχνική έκθεση του ΕΚΠΝΤ (2005β). Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα στοιχείων από την Ισπανία, το διάγραμμα 15 δείχνει ότι η χρήση μιας ναρκωτικής ουσίας οδηγεί σε αυξημένη, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, τάση για χρήση και άλλης ουσίας, και ότι αυτό ποικίλλει ανάλογα με την υπό εξέταση ναρκωτική ουσία. Για παράδειγμα, στους χρήστες ηρωίνης η χρήση κοκαΐνης είναι σχετικά συχνή, αλλά η χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών είναι λιγότερο διαδεδομένη στους χρήστες κοκαΐνης.

Ανάπτυξη ενός λειτουργικού ορισμού για την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών: θέμα επιλογής του κατάλληλου χρόνου;

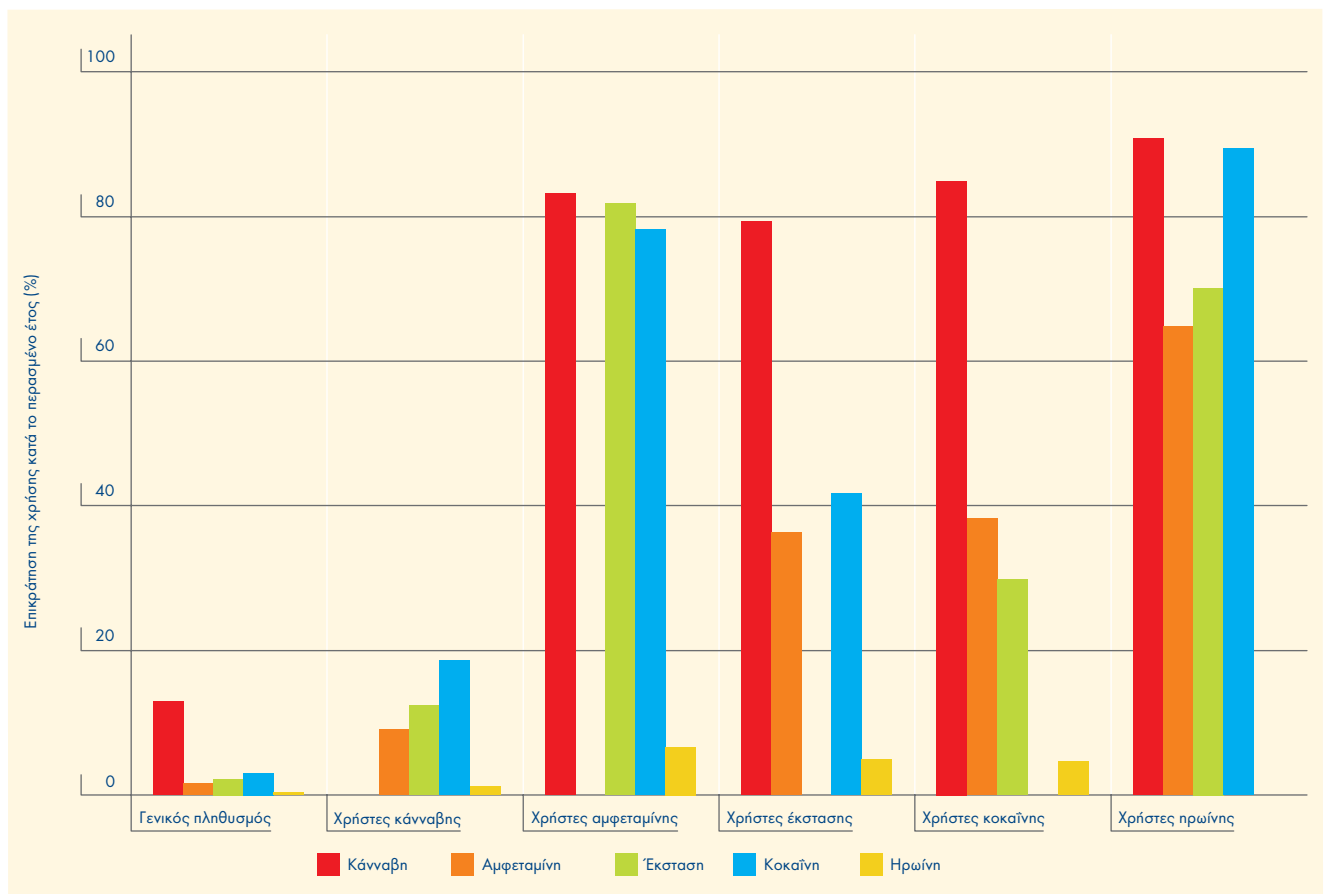
Υπό εξέταση πρέπει να τεθεί το θέμα των χρονικών περιόδων που θα επιλεγούν για την αξιολόγηση της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών και την αναφορά στοιχείων σχετικά με αυτή. Τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή γενικά φαίνεται να έχουν μικρότερη χρησιμότητα ή συνάφεια με τα θέματα δημόσιας υγείας από ό,τι οι μετρήσεις της πιο πρόσφατης χρήσης.

Η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών θα ήταν χρήσιμο να οριστεί για λειτουργικούς σκοπούς ως συχνή χρήση περισσότερων της μιας ουσίας για ένα ελάχιστο καθορισμένο χρονικό διάστημα, για παράδειγμα ένα μήνα. Ο ορισμός αυτός δεν κάνει διάκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών χρήσης που περιγράφηκαν ανωτέρω, αλλά παρέχει τη συνολική εικόνα μιας ενδεχομένως υψηλού κινδύνου ομάδας. Κατ' εξαίρεση, η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή για το χαρακτηρισμό μιας συμπεριφοράς στο πλαίσιο της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών μπορεί να χρησιμοποιείται στην περίπτωση πολύ νεαρών ατόμων—μαθητών ή σπουδαστών—στους οποίους η πολλαπλή χρήση σε όλη τη ζωή μπορεί να απηχεί ενδεικτικότερα την πρόσφατη χρήση. Τα υπάρχοντα στοιχεία, για παράδειγμα από έρευνες του ESPAD, υποδηλώνουν ότι τα πλέον παραβατικά/χαμηλής επικράτησης πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στους μαθητές (έκσταση, αμφεταμίνες, παραισθησιογόνα, κοκαΐνη, ηρωίνη) εντοπίζονται σε λίγα μεμονωμένα άτομα.

Βελτίωση της παρακολούθησης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη και αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών

Η καλύτερη κατανόηση της φύσης και της κλίμακας του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι ένα από τα κύρια καθήκοντα του ΕΚΠΝΤ. Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί, ωστόσο, ένα σύνθετο ζήτημα που περιλαμβάνει ευρύ φάσμα συμπεριφορών οι οποίες συνδέονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με αρκετά και σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικά προβλήματα. Οι χρήστες ναρκωτικών μπορεί να αντιμετωπίζουν ή να διατρέχουν

Διάγραμμα 15: Χρήση ναρκωτικών κατά το τελευταίο έτος από διαφορετικές ομάδες χρηστών στον γενικό πληθυσμό ηλικίας 15–34 ετών



Σημείωση: Στοιχεία για την Ισπανία το 1999. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε διάγραμμα GPS-34 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2006.
 Πηγή: ΕΚΠΝΤ (2005β).

κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα. Τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών ποικίλλουν από την πειραματική, σποραδική και περιστασιακή χρήση έως τη συστηματική, εντατική και ανεξέλεγκτη χρήση. Οι χρήστες ναρκωτικών χαρακτηρίζονται βάσει κλινικών ορισμών ως άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με ναρκωτικά ή ως εξαρτημένα άτομα, και από την άποψη της έρευνας αμφότερες οι κατηγορίες αυτές μπορούν να υποστούν επεξεργασία ώστε να αντιμετωπίζονται ως συνεχείς. Ένα στοιχείο που περιπλέκει ακόμη περισσότερο την κατάσταση είναι ότι οι χρήστες ναρκωτικών συχνά κάνουν χρήση περισσότερων ουσιών και αλλάζουν τα πρότυπα της χρήσης τους με την πάροδο του χρόνου. Κανένα μέσο αναφοράς δεν μπορεί από μόνο του να ανταποκριθεί επαρκώς σε αυτή την περίπλοκη κατάσταση. Στην πράξη, η προσέγγιση της χρήσης πολλαπλών δεικτών που έχει υιοθετήσει το ΕΚΠΝΤ αποσκοπεί στο να φωτίσει αυτές τις διαφορετικές πτυχές του φαινομένου των ναρκωτικών.

Ο δείκτης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (PDU), επικεντρώνοντας την προσοχή του σε ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπεριφορών, παρέχει μια πολύτιμη ματιά σε μερικές από τις πιο επιζήμιες και δαπανηρές μορφές χρήσης ναρκωτικών. Για το λόγο αυτόν, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την κατανόηση του συνολικότερου προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Ωστόσο, πλέον υπάρχει σαφής ανάγκη για τη συμπλήρωση των

γενικών εκτιμήσεων του δείκτη PDU με εξειδικευμένες εκτιμήσεις για κάθε επιμέρους ουσία προκειμένου να αντιμετωπιστεί το ολοένα και πιο ανομοιογενές πρόβλημα των ναρκωτικών.

Δεδομένου ότι πολλές από τις διαθέσιμες πηγές στοιχείων βασίζονται σε συμπεριφοριστικές αναφορές της χρήσης ναρκωτικών, η επεξεργασία της έννοιας της συχνής ή εντατικής χρήσης πρέπει να γίνει στη βάση αυτή. Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί στην παρακολούθηση του προβλήματος των ναρκωτικών προοπτική ευρύτερη από εκείνη που παρέχει ο δείκτης PDU. Η προσθήκη των πληροφοριών σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών σε αυτό το ευρύτερο σύνολο πληροφοριών αποτελεί επίσης ένα βήμα προόδου στις προσπάθειες του ΕΚΠΝΤ για τη βελτίωση της γενικότερης κατανόησης τόσο της κλίμακας όσο και της φύσης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Παράλληλα, πρέπει να συνεχιστεί το έργο της ανάπτυξης προτύπων αναφοράς που θα επιτρέψουν την καλύτερη περιγραφή των προτύπων της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Στα πρώτα βήματα προς την κατεύθυνση αυτή περιλαμβάνονται η ανάπτυξη ενός πιο εξειδικευμένου εννοιολογικού πλαισίου για την εξέταση των διαφόρων μορφών πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών –καθώς και η επιλογή κατάλληλων χρονικών πλαισίων– και ο προσδιορισμός κατάλληλων πηγών στοιχείων.





Παραπομπές

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Λονδίνο.
- Bossong, M. G., Van Dijk, J. P., και Niesink, R. J. M. (2005), «Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?», *Addiction biology* 10(4), σσ. 321–323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H., κ.ά. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Λίβερπουλ.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M. S., και Anthony, J. C. (2005), «Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001», *Drug and alcohol dependence* 79, σσ. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J., κ.ά. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Λονδίνο (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Βιέννη.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Βιέννη.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2002α), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2002β), «Θνσιμότητα χρηστών ναρκωτικών στην ΕΕ: συντονισμός της υλοποίησης νέων μελετών κοορτών, παρακολούθηση και ανάλυση υφιστάμενων κοορτών και ανάπτυξη νέων μεθόδων και αποτελεσμάτων», σχέδιο CT.00. EP.13, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004α), *Ετήσια έκθεση 2004: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία*, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004β), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights αριθ. 6, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004γ), *Ευρωπαϊκή έκθεση σχετικά με τις αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών*, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004δ), «Υπερβολική δόση: μία κύρια αιτία νεανικής θνησιμότητας που μπορεί να αποφευχθεί», *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* 13, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2005α), *Ετήσια έκθεση 2005: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2005β), «Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use», τελική έκθεση, σχέδιο CT.03.P1.200, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2005γ), «Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU», τελική έκθεση, σχέδιο CT.04.P2.329, Λισσαβόνα.
- EuroHIV (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS) (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice, αριθ. 71.
- Europol (2006), «Drugs 2006» (ανακοίνωση προς το ΕΚΠΝΤ της 16ης Ιανουαρίου 2006, αριθ. αρχ. 158448), Europol, Χάγη.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., κ.ά. (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention», *International journal of drug policy* 16S, σσ. S67–75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M., κ.ά. (2005), «Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users», *World psychiatry* 4(3), σσ. 173–176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., κ.ά. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN) και Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., κ.ά. (2003), «Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients», *Archives of general psychiatry* 60, σσ. 1043–1052.
- INCB (2006α), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Ηνωμένα Έθνη, Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.
- INCB (2006β), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών, Νέα Υόρκη.
- Kandel, D., και Davis, M. (1992), «Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near daily use», στο: Glantz, M. και Pickens, R. (επιμ.), *Vulnerability to Drug Abuse*, σσ. 211–253. American Psychological Association, Ουάσιγκτον.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., και Spoth, R. (1996), «The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations», στο: Peters, R., και McMahon, R. J. (επιμ.) *Childhood disorders, substance abuse, and*

delinquency: prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J., κ.ά. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, Λονδίνο (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D., και Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Αμβούργο: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly* 29, Office for National Statistics, Λονδίνο.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N., κ.ά. (2006), «Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population», *Archives of general psychiatry* 63, σσ. 219–228.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., κ.ά. (2004), «Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European addiction research* 10, σσ. 147–155.

Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. και Becker, J. (2005), «Drug prevention with vulnerable young people: a review», *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), σσ. 85–99.

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., κ.ά. (2004), «A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction», *Drug and alcohol dependence* 74, σσ. 1–13.

Schäfer, C., και Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Βερολίνο.

Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R., κ.ά. (2005), «Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence», *American journal of psychiatry* 162, σσ. 340–349.

Shearer, J., και Gowing, L. R. (2004), «Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research», *Drug and alcohol review* 23, σσ. 203–211.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC (2003β), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

Van den Brink, W. (2005), «Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment», *Sucht* 51(4), σσ. 196–198.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T., και Watts, C. (2006), «Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (υπό έκδοση).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., κ.ά. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and alcohol dependence* 68(1), σσ. 49–64.

WCO (ΠΟΤ) (2005), *Customs and drugs 2004*, Παγκόσμιος Οργανισμός Τελωνείων, Βρυξέλλες.

WHO (ΠΟΥ) (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γενεύη.

WHO (ΠΟΥ)/UNODC/UNAIDS (2004), «Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention», position paper, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Ετήσια έκθεση 2006: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

2006 – 96 σ. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-265-9

ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Οι επί πληρωμή εκδόσεις της Υπηρεσίας Εκδόσεων διατίθενται μέσω ενός παγκόσμιου δικτύου αντιπροσώπων πωλήσεων.

Ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε για να αποκτήσετε κάποια έκδοση;

Αφού προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων, επιλέξτε τον αντιπρόσωπο που σας ενδιαφέρει και επικοινωνήστε μαζί του για να δώσετε παραγγελία.

Πώς θα προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων;

Συμβουλευθείτε τον ιστοχώρο της Υπηρεσίας Εκδόσεων

<http://publications.europa.eu/>

Ή ζητήστε τον κατάλογο μέσω φαξ στον αριθμό (352) 29 29-42758 και θα τον λάβετε σε έντυπη μορφή

Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισσαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό, παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του κέντρου αποτελούν κατεξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επαγγελματίες και ερευνητές που εργάζονται στον τομέα των ναρκωτικών και πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στην ΕΕ και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.