



Europos narkotikų ir narkomanijos  
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

# 2006 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE





Europos narkotikų ir narkomanijos  
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

# 2006 m. METINĖ ATASKAITA

## Teisinė informacija

Šį Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) leidinį gina autorių teisės. ENNSC neprisiima jokios atsakomybės ar įsipareigojimų dėl bet kokių padarinių, atsiradusių naudojant šiame dokumente pateiktus duomenis. Šio leidinio turinys nebūtinai atspindi oficialias ENNSC partnerių, ES valstybių narių ar kurių nors Europos Sąjungos ar Europos Bendrijų institucijų ar agentūrų nuomones.

Daug papildomos informacijos apie Europos Sąjungą yra internete. Ji pasiekama per EUROPA serverį (<http://europa.eu>).

*Europe Direct* – tai paslauga, padėsianti Jums rasti atsakymus į klausimus apie Europos Sąjungą

Informacija teikiama nemokamai telefonu (\*):

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

(\* ) Kai kurie mobiliojo ryšio operatoriai neteikia paslaugos skambinti 00 800 numeriu arba šie skambučiai yra mokami.

Ši ataskaita skelbiama ispanų, čekų, danų, vokiečių, estų, graikų, anglų, prancūzų, italų, latvių, lietuvių, vengrų, olandų, lenkų, portugalų, slovakų, slovėnų, suomių, švedų, bulgarų, rumunų, turkų ir norvegų kalbomis. Ji išversta Europos Sąjungos įstaigų vertimo centre. Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, 2006

ISBN 92-9168-257-8

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2006

Leidžiama dauginti, nurodžius šaltinį.

*Printed in Belgium*

SPAUSDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos  
stebėsenos centras

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

Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks. (351) 218 13 17 11

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

## Turinys

Pratarmė	5
Padėkos	7
Įvadinė pastaba	9
Narkotikų problema Europoje — komentarai	11
1 skyrius	
<b>Politika ir įstatymai</b>	<b>17</b>
2 skyrius	
<b>Narkotikų problemos sprendimas Europoje — apžvalga</b>	<b>27</b>
3 skyrius	
<b>Kanapės</b>	<b>37</b>
4 skyrius	
<b>Amfetaminai, ekstazis ir kiti psichotropiniai narkotikai</b>	<b>47</b>
5 skyrius	
<b>Kokainas ir krekas</b>	<b>58</b>
6 skyrius	
<b>Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštimasis</b>	<b>66</b>
7 skyrius	
<b>Su narkotikais susijusios infekcinės ligos ir mirtys</b>	<b>74</b>
8 skyrius	
<b>Narkomanijos ir kelių narkotikų vartojimo stebėsenos tobulinimas</b>	<b>87</b>
Literatūra	93



## Pratarmė

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) pristato savo vienuoliktąją metinę ataskaitą, kuri šiame skelbiama 23 Europos kalbomis. Nagrinėjant Centro anksčiau parengtas ataskaitas, į akis krenta dabar turimos išsamios informacijos gausa, kuri parodo, kokia sudėtinga problema Europoje yra neteisėtų narkotikų vartojimas ir kaip ieškoma šios problemos sprendimo būdų.

Informacijos kiekis, skirtas analizei, smarkiai išaugo. Šių metų ataskaita buvo parengta pagal informaciją, gautą iš 25 ES valstybių narių, Norvegijos ir pagal kai kuriuos Bulgarijos, Rumunijos ir Turkijos pateiktus duomenis. Išaugo ne tik informaciją teikiančių šalių skaičius, bet ir lyginamosios informacijos iš kiekvienos šalies dalis. Šiandien lyginamoji informacija geriau nei bet kada leidžia suvokti narkotikų problemą ir jos pokyčius Europoje. Nagrinėti šią sudėtingą problemą, kaupti bendrą patirtį ir komentuoti skirtumus – tai ENNSC užduotis. Rinkdamos duomenis ir dirbdamos kartu su ENNSC, valstybės narės pagaliau suvokia, kad šiandieninės kaimyninių šalių problemos rytoj gali tapti jų pačių problemomis. Šis supratimas atsispindi naujoje Europos Sąjungos kovos su narkotikais strategijoje ir ją papildančiame veiksmų plane. Pastarajame taip pat akcentuojama bendro sutarimo rinkti informaciją ir ją dalytis svarba, poreikis įvardyti gerą praktiką ir ją skleisti, bendradarbiavimo bei veiksmų koordinavimo vertė, kai siekiama užkirsti kelią grėsmei, kuri dėl narkotikų kyla žmonių sveikatai, gerovei ir saugumui.

Kalbant apie turimą informaciją svarbu neužmiršti, kad reikia išlikti budriems ir nežiūrėti pro pirštus į kylantį pavojų. Šioje ataskaitoje išreikštas nerimas dėl ŽIV infekcijų ir mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu. Siekiant išspręsti šias problemas, Europoje buvo dedamos milžiniškos pastangos

ir buvo pasiekta apčiuopiamų rezultatų. Tai reiškia, kad Europos šalių politikams nebuvo lengva rasti išeitį, tačiau jie priėmė tinkamus sprendimus nuodugniai išnagrinėję turimus duomenis. Turėtume pasidžiaugti tokia perspektyvia politika. Visuotiniai debatai dėl narkotikų problemos nėra vien tik kalbos apie poreikį rasti subalansuotą ir įrodymais paremtą metodą. Ir tikriausiai tik Europoje tokios diskusijos nebuvo bergždžios. Nors kiekvienoje valstybėje narėje narkotikų problemos yra šiek tiek skirtingos ir jų prioritetiniai veiksmai nebūtinai sutampa, tačiau jos visos sutaria, kad svarbu dalytis informacija ir bendradarbiauti, siekiant sumažinti narkotikų pasiūlą, kad būtina suderinti pasiūlos mažinimo veiklą ir paklausos mažinimo priemones. Jos taip pat vis labiau sutaria, kad būtina remtis įrodymais, kai bandoma apsispręsti, kokios programos ir kokie veiksmai yra labiausiai reikalingi mūsų piliečiams. Šis Europos šalių požiūris išdėstytas ne tik Europos kovos su narkotikais strategijoje, bet ir valstybių narių priimtose nacionalinėse strategijose, kuriose pateikiama griežtesnė ir vieningesnė nuomonė šiuo klausimu. ENNSC taip pat dirba ir deda pastangas, kad politikai būtų geriau informuoti ir galėtų susipažinti su objektyvia ir moksliskai pagrįsta informacija apie narkotikų reiškinį Europoje analize.

Narkotikų vartojimas yra sudėtinga problema, kurios negalima spręsti paviršutiniškai. Europos šalių patirtis liudija, kad mes pagaliau supratome, jog bendrai dirbti ne tik naudinga, bet ir būtina, jei norime veiksmingai išspręsti problemą, kurią kelia neteisėtų narkotikų vartojimas.

**Marcel Reimen**

ENNSC Valdybos pirmininkas

**Wolfgang Götz**

ENNSC direktorius





## Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą ENNSC dėkoja:

- „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų vadovams ir darbuotojams;
- visų valstybių narių tarnyboms, rinkusioms duomenis šiai ataskaitai;
- ENNSC Valdybos ir Mokslinio komiteto nariams;
- Europos Parlamentui, Europos Sąjungos Tarybai, ypač jos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei, ir Europos Komisijai;
- Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC) ir Europolui;
- Europos Tarybos Pompidou grupei, Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biurui, PSO Europos regioniniam biurui, Interpolui, Pasaulio muitinių organizacijai, Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus tarybai (CAN) ir AIDS epidemiologinės stebėsenos centrui;
- Europos Sąjungos įstaigų vertimo centrui ir Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biurui;
- Prepress Projects Ltd.

### **„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai**

„Reitox“ yra Europos informacijos apie narkotikus ir narkomaniją tinklas. Tinklą sudaro ES valstybių narių, Norvegijos, šalių kandidačių ir Europos Komisijos nacionaliniai informacijos biurai. Nacionaliniai informacijos biurai, už kurių veiklą atsako šalių vyriausybės, yra nacionalinės valdžios institucijos, ENNSC teikiančios informaciją apie narkotikus.

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti:  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Įvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centrui nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės ir Norvegija (dalyvaujanti ENNSC veikloje nuo 2001 m.). Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys atspindi 2004 m. padėtį (arba pastarųjų metų, apie kuriuos yra duomenų, padėtį). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali atsispindėti tik tam tikras ES šalių pogrupis: pasirenkamos šalys, kurios pateikia duomenų apie nagrinėjamąjį laikotarpį.

Metinės ataskaitos internetinė versija pateikiama 23 kalbomis ir ją galima rasti <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

2006 m. statistikos biuletenyje (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) pateiktos visos lentelės, kuriomis remiantis metinėje ataskaitoje buvo atlikta statistinė analizė. Jame taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta daugiau kaip 100 papildomų statistikos grafikų.

Šalies duomenų charakteristikose (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) pateikta svarbiausių narkomanijos padėties kiekvienoje šalyje aspektų geriausios kokybės grafinė santrauka.

Kartu su šia ataskaita pateikiamos trys išsamios apžvalgos, kuriose nagrinėjami tokie klausimai:

- Europos kovos su narkotikais politika: ar ji apsiriboja tik neteisėtais narkotikais?
- narkotikų vartojimas ir kovos su narkomanija rezultatai iš lyčių perspektyvos ir
- narkotikų vartojimo pokyčiai pasilinksminimo vietose.

Su pasirinktomis temomis galima susipažinti spaudiniuose ir internete (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) tik anglų kalba.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinės ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos kiekvienoje šalyje pasitaikančios narkomanijos problemos. Ataskaitas galima rasti ENNSC tinklalapyje (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Narkotikų problema Europoje — komentarai

### Nauja Europos koordinavimo ir bendradarbiavimo sistema

Nors Europos Sąjungos valstybės narės pačios sprendžia dėl nacionalinės kovos su narkotikais politikos kūrimo, tačiau jos sutinka, kad būtų naudinga bendradarbiauti Europos mastu. Keli neseniai įvykę pokyčiai koordinavimo ir bendradarbiavimo srityje tai tik dar labiau patvirtina. Vienas iš tokių pokyčių – dviejų naujų EB reglamentų dėl pirmtakų ir Tarybos sprendimo dėl naujų narkotikų įsigaliojimas. Be to, siekiant sugriežtinti kovos su narkotikų prekyba priemones, priimti nauji teisės aktai, reglamentuojantys pinigų plovimą ir turto konfiskavimą. Tačiau svarbiausias įvykis, susijęs su bendradarbiavimo Europos mastu skatinimu ir naujų kovos su narkotikais priemonių kūrimu, tai naujoji 2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategija ir du į ją papildantys veiksmų planai. Pirmajame plane ES valstybės narės numatė apie 100 konkrečių veiksmų, kuriuos privalo įgyvendinti iki 2008 m. Strategijoje numatyta įgyvendinti tęstinę vertinimo programą, o kiekvieno veiksmų plano įgyvendinimo laikotarpio pabaigoje – atlikti metinės pažangos ir poveikio vertinimą.

Strategijoje skelbiamas Europos mastu pasiektas susitarimas dėl narkotikų problemos sprendimo. Joje aiškiai išdėstomas suderintas veikimo metodas, kuriuo remiantis kovos su narkotikų pasiūla ir paklausa priemonių reikia imtis vienu metu. Strategijoje taip pat pripažįstama, kad turi būti patikrintas veiksmų tinkamumas ir nuolatos vertinama pasiekta pažanga. Čia Europos valstybių narių politikoje dar yra didelių skirtumų, dažnai – dėl skirtingos tų valstybių padėties šioje srityje ir jų taikomų priemonių. Tačiau naujoji kovos su narkotikais strategija rodo, kad Europos valstybių diskusijose dėl narkotikų pasiektas aiškus sutarimas dėl bendros veiksmų sistemos. Faktiškai visos narkotikų paklausos mažinimo strategijos skirtos prevencijai, gydymui ir žalos mažinimui, nors valstybės narės prioritetus paskirsto savaip. Dėl tam tikrų kovos su narkotikais politikos aspektų daug ginčijamasi ir toliau, tačiau iš esmės sutarta dėl pagrindinių dalykų, kurie svarbūs sprendžiant narkotikų keliamas problemas Europoje.

### Narkotikų vartojimas ir jų pasiūla: ryškėjantys skirtumai

Iš naujausios, šiais metais paskelbtos informacijos vėl matyti, kad nacionaliniuose kovos su narkotikais įstatymuose vis labiau akcentuojamas skirtingas nusikaltimų, susijusių su narkotikų turėjimu asmeninėms reikmėms, ir nusikaltimų, susijusių su narkotikų prekyba bei pasiūla, pobūdis.

Griežtinamos bausmės už narkotikų prekybą ir pasiūlą, mažinamos laisvės atėmimo bausmės už narkotikų turėjimą asmeninėms reikmėms. Tokios pataisos sutampa su visoje Europoje įsigalinčia tendencija sudaryti daugiau galimybių gydytis nuo priklausomybės narkotikams ir daugiau dėmesio skirti intervencinėms priemonėms, kad žmonės, priklausomi nuo narkotikų, neatsidurtų baudžiamųjų suole ir galėtų pasinaudoti gydymo bei reabilitacijos paslaugomis. Valstybėms, teisiškai atskyrusioms narkotikų turėjimą vartojimo reikmėms ir jų laikymą tiekimo tikslams, kyla klausimas, ar tikrai būtina priimti teisės aktus, nustatančius maksimalų asmeninėms reikmėms skirtų narkotikų kiekį. Dėl šio klausimo dar nepasiektas bendras sutarimas, tad Europos valstybės sprendžia jį skirtingai: vienos taiko bendrąsias veiklos gaires, kitos teisės aktais nustatė maksimalų narkotikų kiekį.

### Heroino vartojimas: bendresnio vaizdo atspindys

Šioje ataskaitoje pateikti duomenys rodo, kad reikia išplėsti visoje Europoje nuo seno susiformavusį požiūrį, pagal kurį didžiausia narkotikų vartojimo problema yra heroino vartojimas ir švirkštėjimas, nes vis labiau plinta kelių narkotikų vartojimas kartu ir stimuliantų vartojimas, be to, smarkiai paplitęs kanapių vartojimas, todėl visuomenės sveikatai daroma vis didesnė žala. Tačiau daugelyje šalių opioidai (daugiausia – heroinas) tebėra pagrindinis narkotikas, nuo kurio priklausomybės gydosi daugiausiai žmonių – 2004 m. tokių pacientų prašymai skirti gydymą sudarė apie 60 % visų užregistruotų prašymų, ir tik šiek daugiau negu pusė (53 %) pacientų nurodė, kad heroiną švirkščiasi.

Beveik 25 % prašymų skirti gydymą nuo priklausomybės opioidams gaunama iš 35 metų ar vyresnių žmonių, ir tik 7 % tų, kurie kreipiasi pirmą kartą, yra jaunesni kaip 20 metų. Reikia pažymėti, kad duomenys apie prašymus skirti gydymą atspindi pacientų, kurie kreipėsi ataskaitiniais metais, skaičių, į juos netraukiami jau gydomi asmenys. Tad galutinis gydomų pacientų skaičius kur kas didesnis. Visoje Europoje pastaraisiais metais gerokai padidėjo pakaitinio gydymo vaistais mastas; tai rodo, kad sveikatos apsaugos sistema turi pasirūpinti vis didesniu skaičiumi senstančių, heroino vartojimo problemų turinčių gyventojų, kuriems, ko gero, dar ilgus metus reikės priežiūros ir jie bus pagrindiniai sveikatos apsaugai skiriamų lėšų vartotojai.

Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane. Europa ir toliau pirmąją pasaulyje pagal didžiausią konfiskuoto heroino kiekį, o dėl padidėjusio konfiskavimo atvejų skaičiaus Pietryčių Europos šalyse, ypač

Turkijoje, šis regionas lenkia Vakarų ir Vidurio Europą pagal konfiskuotą kiekį. Tai ne tik rodo, kad su narkotikų prekyba turi būti koordinuotai kovojama platesniu, visos Europos mastu, bet ir skatina susimąstyti apie didėjančios heroino gamybos poveikį Europos rinkai. Nematyti jokių aiškesnių tendencijų, susijusių su vidutiniu heroino grynumu, tačiau per penkerius metus (1999–2004 m.) kainos, pakoreguotos pagal infliaciją, sumažėjo daugelyje valstybių. Nors Europoje heroinas prieinamesnis ir pigesnis, nėra faktų, rodančių, kad tai turėtų įtakos bendrajam vartojimo lygiui. Bendrieji rodikliai atskleidžia, kad naujų heroino vartotojų skaičius Europoje vis dar mažėja ir, atrodo, tokia situacija yra stabili. Daugeliui asmenų, turinčių opioidų vartojimo problemų, šiuo metu taikomas pakaitinis gydymas, bent jau keliose valstybėse. Tarp gydymą pradėjančių asmenų vis mažiau tokių, kurie turi tikrai didelių problemų, ir taip yra daugelyje šalių. Tačiau kaip tik šioje srityje ankstesniais metais būdavo tiesiog „epideminis“ narkotikų vartojimo protrūkių, todėl negalima prarasti budrumo.

Šių metų ataskaitoje pateikiami nerimą keliantys rodikliai – 2004 m. daugumoje šalių šiek tiek padidėjo narkotikų sukeltų ligų skaičius, nors paprastai nuo 2000 m. jis buvo pradėjęs mažėti. Dar anksti spręsti, ar nedideli pokyčiai reiškia ilgalaikį tendencijos pokytį, tačiau narkotikų sukeltos ligos – viena svarbiausių neteisėtų narkotikų vartojimo padarinių visuomenės sveikatai. Nors jaunų žmonių mirtingumas nuo narkotikų sukeltų ligų ir mažėjo (patvirtindamas prielaidą, kad naujų heroino švirkštimosi atvejų vis mažiau), miestuose atlikti mirtingumo nuo narkotikų (perdozavimo ir kitų priežasčių) skaičiavimai rodo, kad šiuo metu 10–23 % bendrojo 15–49 metų amžiaus suaugusiųjų mirtingumo atvejų gali būti susiję su opioidų vartojimu.

### **Narkotikų švirkštimas ir dėl to kylanti sveikatos problema – tai neišvengiama**

Daugelyje šalių narkotikų švirkštimas tapo kone heroino vartojimo sinonimu, tačiau yra ir išimčių: kelios ES narės pranešė apie smarkiai paplitusį stimuliantų švirkštimąsi, daugiausia tai daro aktyvūs amfetamino vartotojai. Turima informacija šiek tiek atspindi heroino vartojimo mažėjimo tendenciją ir rodo, kad per ilgesnį laiką sumažėjo ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Tačiau daugelyje naujų valstybių narių švirkščiamieji narkotikai vis dar smarkiai paplitę. Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad nacionaliniu ar regioniniu lygmeniu nepakanka duomenų apie narkotikų švirkštimąsi. Be to, kai kuriuose regionuose atlikti su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susiję tyrimai rodo, kad tokių atvejų pastaruoju metu net kiek padaugėjo. Išsamiausių vaizdą atskleidžia gydymų heroino vartotojų stebėseną: vienose šalyse gerokai sumažėjo vartojusių švirkščiamąjį heroiną skaičius, tačiau kitose šalyse to nepastebėta. Ši tendencija ypač būdinga senosioms valstybėms narėms – Danijai, Graikijai, Ispanijai, Prancūzijai, Italijai

ir Jungtinei Karalystei – visos nurodė, kad dabar tarp asmenų, gydymų nuo heroino priklausomybės, mažėja vartojusių švirkščiamąjį heroiną.

Ryšys tarp švirkščiamųjų narkotikų ir sveikatos problemų gerai žinomas. Narkomanams, kurie narkotikus švirkščiasi, yra didelė perdozavimo rizika ir tikimybė užsikrėsti sunkiomis ligomis, be to, gali būti ir kitų sveikatos problemų – kraujų užkrėtimas, trombozė. ŽIV infekcijos keliamas pavojus paskatino Europos visuomenės sveikatos sistemą imtis priemonių kovoti su šia narkotikų vartojimo forma ir šiuo metu beveik visos šalys taiko priemones infekcijos plitimui stabdyti. Pavyzdžiui, beveik visose valstybėse narėse dalijami švirkštai ir adatos (anksčiau tai kėlė daug prieštaravimų), nors šios priemonės taikymo mastas labai skiriasi įvairiose šalyse. Daugumos šalių duomenimis, naujų ŽIV infekcijos atvejų, susijusių su narkotikų švirkštimosi, fiksuojama nedaug, o ŽIV nešiotojų tarp narkomanų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, dalis nesiekia nė 5 %. Tačiau reikia turėti omenyje kelis dalykus: pirma, dvi iš didžiausių šalių, kuriose AIDS sergančių narkomanų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, skaičius nemažas – Ispanija ir Italija – šiuo metu neteikia duomenų apie ŽIV nešiotojų skaičių šalyje; antra, yra duomenų, kad ŽIV infekcija ir toliau plinta Europoje, tam tikrose narkomanų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, grupėse. Ir net esama požymių, kad infekcija sparčiau plinta kai kuriose tiriamose gyventojų grupėse.

Kur kas prastesnė padėtis hepatito C viruso (HCV) plitimo atžvilgiu: švirkščiamųjų narkotikų vartotojai šia liga serga labai dažnai, ir taip yra beveik visose šalyse. Greičiausiai ateityje dar ilgai didelė sveikatos apsaugos sistemos lėšų dalis bus skiriama narkomanų, vartojančių (ir nustojusių vartoti) švirkščiamuosius narkotikus, gydymui nuo HCV sukeltų ligų. Daryti išvadą, kad narkotikų švirkštimas po truputį mažėja ir Europai pavyko įveikti problemas, susijusias su epideminiu ŽIV plitimu dešimtajame dešimtmetyje, pavojinga, nes taip galima prarasti budrumą ir neįvertinti pavojaus, kurį švirkščiamieji narkotikai vis dar kelia visuomenės sveikatai. Didelis endeminis HCV viruso plitimas, nauji viruso plitimo tarp narkomanų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, atvejai, ypač tam tikrose jų grupėse, nemažas didelės rizikos narkomanų, vartojančių švirkščiamuosius narkotikus, skaičius kai kuriose naujosiose valstybėse narėse rodo, kad narkotikų švirkštimas ir toliau reikia vertinti kaip reikšmingą Europos visuomenės sveikatos problemą ir svarbią kovos su narkotikais politikos sritį, kuriai reikalingi tolesni moksliniai tyrimai.

### **Kokainas: antro pagal populiarumą Europoje nelegalaus narkotiko vartojimo stabilumo ženklai**

Duomenys apie kokaino vartojimą (per pastaruosius 12 mėnesių) rodo, kad šis nelegalus narkotikas, antras pagal populiarumą Europoje, dabar šiek tiek lenkia amfetaminą

## Pagrindiniai duomenys apie narkotikų vartojimą Europoje

(Dėmesio: pateikiami tik duomenys apie suaugusiuosius ir tai naujausi turimi duomenys. Visi duomenys ir išsamios metodologinės pastabos pateikiamos Statistikos biuletenyje.)

### Kanapės

Bandė kada nors gyvenime: mažiausiai 65 milijonai, arba 1 iš 5 suaugusių europiečių

Vartojo per pastaruosius 12 mėnesių: 22,5 milijono suaugusių europiečių, arba trečdalis asmenų, bent kartą gyvenime bandžiusių kanapių

Per pastarąsias 30 dienų: 12 milijonų europiečių

Šalių pasiskirstymas pagal vartojimą pastaraisiais metais:

Bendrosios ribos – nuo 0,8 % iki 11,3 %

Tipinės ribos – nuo 2,8 % iki 7,5 % (15 šalių)

### Kokainas

Bandė kada nors gyvenime: mažiausiai 10 milijonų, arba daugiau kaip 3 % suaugusių europiečių

Vartojo per pastaruosius 12 mėnesių: 3,5 milijono suaugusių europiečių, arba trečdalis asmenų, kada nors bandžiusių kokaino

Per pastarąsias 30 dienų: daugiau kaip 1,5 milijono

Šalių pasiskirstymas pagal vartojimą per pastaruosius 12 mėnesių:

Bendrosios ribos – nuo 0,1 % iki 2,7 %

Tipinės ribos – nuo 0,3 % iki 1,2 % (18 šalių)

### Ekstazis

Bandė kada nors gyvenime: apie 8,5 milijono suaugusių europiečių

Vartojo per pastaruosius 12 mėnesių: 3 milijonai, arba trečdalis asmenų, kada nors vartojusių ekstazio

Per pastarąsias 30 dienų: daugiau kaip 1 milijonas

Šalių pasiskirstymas pagal vartojimą per pastaruosius 12 mėnesių:

Bendrosios ribos – nuo 0,0 % iki 3,5 %

Tipinės ribos – nuo 0,3 % iki 1,5 % (15 šalių)

### Amfetaminai

Bandė kada nors gyvenime: beveik 10 milijonų, arba apie 3 % suaugusių europiečių

Vartojo per pastaruosius 12 mėnesių: 2 milijonai, arba penktadalis asmenų, kada nors vartojusių amfetaminus

Per pastarąsias 30 dienų: beveik 1 milijonas

Šalių pasiskirstymas pagal vartojimą per pastaruosius 12 mėnesių:

Bendrosios ribos – nuo 0,0 % iki 1,4 %

Tipinės ribos nuo – 0,2 % iki 1,1 % (16 šalių)

### Opioidai

Probleminis opioidų vartojimas: 1–8 atvejai 1 000 suaugusių gyventojų (15–64 metų)

Apie 7 000 mirties atvejų, kurių priežastis – stiprūs narkotikai, maždaug 70 % – opioidai (2003 m. duomenys)

Tai pagrindinis narkotikas, nurodomas beveik 60 % visų prašymų skirti gydymą nuo priklausomybės narkotikams. Daugiau kaip pusei milijono opioidų vartotojų 2003 m. taikytas pakaitinis gydymas

ir ekstazį. Tačiau apskritai jo vartojimas dabar stabilizavosi, palyginti su ankstesniu laikotarpiu, kai jo vartotojų smarkiai didėjo. Panašu, kad Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio iki pat jo pabaigos smarkiai didėjęs kokaino vartojimas stabilizavosi 2000 ar 2001 m. Kitose šalyse apie smarkų kokaino vartojimo augimą nepranešama; tik keliose iš jų užfiksuotas šio toksiko augimas. Apskritai kokaino vartojimo mastas Europos šalyse labai skiriasi, daugiau šio narkotiko vartojama tik keliose, daugiausia Vakarų Europos šalyse.

Būtų klaidinga manyti, kad kokaino vartojimo stabilizavimosi ženklai reiškia ir padėties stabilizavimąsi šio narkotiko vartojimo sukeltų problemų srityje. Kokainas nuo seno Europoje labai populiarus, o tyrimai rodo, kad paprastai su narkotikais susijusių problemų padaugėja praėjus keleriems metams po vartojimo protrūkio. Taip yra dėl to, kad turi praeiti šiek tiek laiko, kol atsiranda įprotis vartoti narkotikus intensyviai ir reguliariai bei atsiranda su tuo susijusių problemų. Tai galima pastebėti tose Europos šalyse, kuriose kokaino vartojimas dabar smarkiai išplitęs. Nustatyta, kad Nyderlanduose ir Ispanijoje bent vienas iš keturių prašymų skirti gydymą nuo priklausomybės narkotikams susijęs su kokainu, o apskritai Europoje naujų prašymų skirti gydymą nuo kokaino priklausomybės nuo 1999 m. iki 2004 m. padaugėjo beveik dvigubai. Nors Europoje kreko vartojama labai nedaug, problemos, apie kurias pranešama iš kai kurių miestų, rodo, kad padėtis gali blogėti.

Kokaino dažnai aptinkama atliekant toksikologinį mirties nuo opioidinių narkotikų tyrimą, o kai kuriose šalyse kokainas jau vartojamas su heroinu, ir tai didelė problema gydant priklausomybę nuo heroino. Nors duomenų nedaug, 2005 m. nacionalinėse ataskaitose nurodyta, kad daugiau kaip 400 mirčių lėmė kokaino vartojimas, o kokaino sukeltų mirties atvejų, atrodo, daugėja visose šalyse, kuriose smarkiai paplitęs narkotikų vartojimas. Beveik nedvejojant galima teigti, kad šis skaičius tik iš dalies atspindi tikrąją padėtį, be to, vis dar nenustatyta, kokios įtakos kokaino vartojimas turi mirties nuo širdies ir kraujagyslių ligų atvejams. Išvada yra aiški: jeigu Europa nori išvengti didesnių visuomenės sveikatos apsaugos sistemos išlaidų priklausomybei nuo šio narkotiko gydyti, stabilizavęsis bendras kokaino vartojimas turėtų neleisti pamiršti, kad būtina tinkamiau įvardyti su kokainu susijusias problemas, jas suprasti ir kurti veiksmingas kovos su kokaino vartojimu priemones.

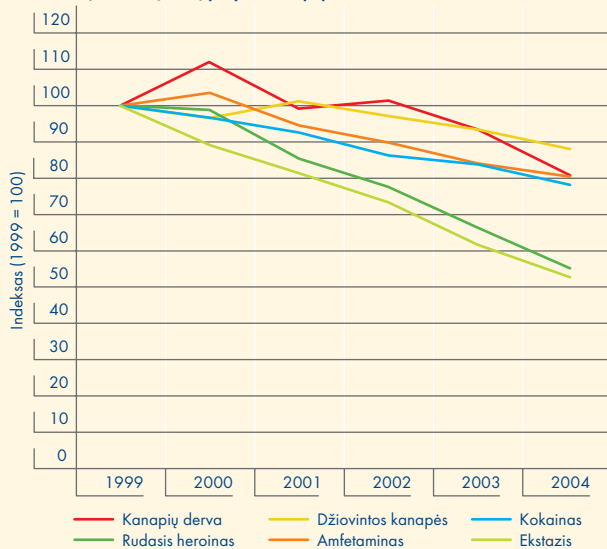
## Sudėtingos Europos narkotikų problemos sprendimas

Šioje ataskaitoje nuolatos kalbama apie didėjantį poreikį rasti mus šiais laikais kankinančios narkotikų problemos, kuri iš tiesų yra labai rimta ir daugialypė, sprendimo būdą. Svarstant prevencines, gydymo ar žalos mažinimo priemones reikia

## Narkotikai Europoje dabar pigūs kaip niekad

Pirmą kartą į šią ataskaitą įtrauktas penkerius metus trukęs tyrimas, skirtas nelegalių narkotikų gatvės kainoms, pakoreguotoms pagal infliacijos lygį, kad būtų galima tiksliau nustatyti nelegalių narkotikų gatvės kainų pokyčius per ilgesnį laiką. Duomenis apie gatvės kainas sunku ir rinkti, ir analizuoti. Įsigytos narkotinės medžiagos kaina priklauso nuo įvairių dalykų – grynumo, kiekio, rūšies ir geografinių veiksnių, pavyzdžiui, nuo to, kur gyvena pirkėjas – didmiestyje ar šalia įprasto narkotikų tranzito kelio. Įvairiose šalyse narkotikų kainos labai skiriasi, be to, joms būdingi svyravimai, atspindintys tiekimo trikdžius. Ir nors yra veiksnių, išskraipiančių

Mažmeninių narkotikų kainų pokyčiai Europoje 1999–2004 m.



tikrąjį vaizdą, turimi duomenys apie daugumą narkotikų rūšių rodo, kad narkotikų pirkimo kaina sumažėjo apskritai visoje Europoje. Daugumoje šalių tuos penkerius tyrimo metus narkotikų gatvės kainos mažėjo: atpigo kanapės, heroinas, amfetaminas, ekstazis ir kokainas (žr. toliau pateiktą diagramą). Nors labai trūksta ilgesnio laiko duomenų apie gatvės kainas, o turimus duomenis sunku analizuoti, ta tendencija kelia nerimą, nes sutampa su prielaida, kad per ilgesnį laiką kainos sumažėjo. Pavyzdžiui, pagal informaciją, pateiktą kelių šalių, kuriose smarkiai paplitęs narkotikų vartojimas, kokainas ir ekstazis devintojo dešimtmečio pabaigoje ir dešimtojo pradžioje buvo gerokai brangesnis negu dabar.

**NB:** Šiuos kainų pokyčius rodo turima informacija apie šalyje buvusias kiekvieno narkotiko gatvės kainas ES valstybėse narėse ir Norvegijoje. Bendroji Europoje vyraujanti tendencija nustatyta įvertinus kainas pagal šalies gyventojų skaičių. Kainos pakoreguotos pagal šalies infliacijos rodiklius (baziniai metai – 1999 m.), o visos serijos indeksuotos iki bazinio dydžio (100), buvusio 1999 m.

Daugelis šalių negali pateikti šių duomenų, nes juos sunku gauti, be to, duomenys dažnai būna nepatikimi ir neišsamūs. Šalys, neturinčios informacijos apie narkotikų kainas dvejus metus iš eilės ar daugiau, neįtraukiamos skaičiuojant narkotikų kainų pokyčius: rudojo heroino ir amfetamino kainų pokyčiai apskaičiuoti pagal 9 šalių informaciją, kokaino ir ekstazio, džiovintų kanapių – pagal 13, o kanapių dervos – pagal 14 šalių informaciją.

Be to, jei nėra 2004 m. duomenų (11 atvejų), taikomos 2003 m. kainos; vietoj trūkstamų 1999 m. duomenų (1 atvejis) – 2000 m. kainos; trūkstami kitų metų duomenys (12 atvejų) paimti iš ankstesnių ar vėlesnių metų.

Daugiau informacijos apie 2004 m. kainas pateikiama PPP-1, PPP-2, PPP-3 ir PPP-4 lentelėse Statistikos biuletenyje.

**Šaltiniai:** Duomenys apie kainas: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Duomenys apie infliaciją ir gyventojus:

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

gerai suprasti, kas yra gera praktika ir įrodymais paremtos priemonės. Iš visų 2004 m. gautų (apie 380 000) prašymų skirti gydymą nuo priklausomybės narkotikams maždaug 15 % buvo pirmiausia susiję su kanapėmis – tai antras (po heroino) narkotikas, apie kurį pranešama daugiausiai. Į gydymo įstaigas dažniau patenka pacientai, vartojantys stimuliantus ir kelis narkotikus kartu ar nelegalius narkotikus ir alkoholį. O dėl gyventojų – neturime pakankamų žinių apie reguliaraus ir nuolatinio šių rūšių narkotikų vartojimo poveikį visuomenės sveikatai ir apie tai, kaip būtų galima padėti narkotikus vartojantiems žmonėms. Europoje surinkti faktiniai duomenys gali padėti rasti būdų narkotikų problemai įveikti, daugiausia – nelegalių opioidų vartojimo problemai. Daugelis faktinių duomenų rodo, kad reikia tobulinti paslaugas, skirtas žmonėms, turintiems narkotikų vartojimo problemų ir tikslingai jas orientuoti. Vis labiau sutariant, kad politika turi būti grindžiama, kaip atrodo, tinkamomis kovos su probleminiu heroino vartojimu priemonėmis, didėja poreikis aiškiai apsispręsti, kokiais būdais reikia spręsti Europoje egzistuojančią daugialypę narkotikų problemą.

## Būtina aiškiau apibrėžti ir geriau suprasti, kas yra kelių narkotikų vartojimas kartu

Šiuo metu aktualus klausimas – kaip išspręsti problemas, susijusias su kelių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu. Vis dažniau pripažįstama, kad kelių narkotikų vartojimas kartu yra svarbi sritis, kurioje reikia tobulinti paslaugas, teikiamas tokių problemų turintiems asmenims. Tačiau šios sąvokos apibrėžimas tebėra neaiškus, o tam tikrais atžvilgiais galima manyti, kad tokiems asmenims galima priskirti beveik visus narkotikų vartotojus. Dėl kelių narkotikų vartojimo kartu sunkiau taikyti narkotikų stebėsenos sistemas, daugiausia paremtas elgesio ypatumais, susijusiais su konkreto indeksuoto narkotiko vartojimu. Todėl ypač svarbu sukurti tinkamesnę sąvokų sistemą, kuri padėtų apibūdinti skirtingas kelių narkotikų vartojimo kartu rūšis – tai būtų pirmas žingsnis, padėsiantis geriau suprasti tokio elgesio padarinius. Šių metų ataskaitoje aptariami ir analitiiniai klausimai. Juos aptarti būtina, kad Europa geriau suprastų, ko reikia žmonėms, priklausomiems nuo kelių narkotikų, nes jų vis daugėja.



## Ateitis: kokie laukia pavojai ir sunkumai

Šių metų ataskaitoje, kaip paprastai, stengiamasi nustatyti naujas tendencijas ir taip numatyti ateities problemas. Tokia analizė pagal apibrėžimą yra hipotetinio pobūdžio, ji turi būti atliekama atsargiai. Narkotikas, tikrai pavojingas visuomenės sveikatai, yra metamfetaminas. Pasaulio mastu metamfetamino vartojama vis daugiau, tačiau Europoje šis narkotikas paplitęs tik keliose šalyse, nuo seno turinčiose problemų dėl narkomanijos. Nors turima informacija neleidžia mums daryti tvirtų išvadų apie jo vartojimo tendencijas, vis daugiau šalių praneša apie šio narkotiko konfiskavimo ar jo vartojimo atvejus, aiškiai pabrėždamos būtinybę aktyviau stebėti didžiausios rizikos gyventojų grupes.

2006 m. ENNSC paskelbė techninę ataskaitą apie haliucinogeninius grybus. Mūsų metinėje ataskaitoje pateikiama jos santrauka. Nuo dešimtojo dešimtmečio pabaigos haliucinogeniniai grybai darėsi vis prieinamesni, jų vartojimas didėjo, bet iš esmės tai nebuvo pastebėta. Dauguma atvejų šios rūšies narkotiko vartojimas yra eksperimentinis, su juo susijusios problemos fiksuojamos retai. Tačiau politikos formuotojai, gaudami vis daugiau informacijos apie haliucinogeninių grybų prieinamumą, ėmėsi kelių veiksmų kontrolės priemonių skaičiui didinti.

Haliucinogeniniuose grybuose yra psilocibino ir psilocino – tai dvi psichoaktyviosios medžiagos, kontroliuojamos tarptautine konvencija. Tačiau grybai daugelyje šalių auga gamtoje, o tai apsunkina juos reglamentuojančių įstatymų leidybą, ir įvairiose Europos šalyse tie grybai vertinami skirtingai. Kalbant plačiau, naujų narkotinių medžiagų, kurios gali kelti pavojų visuomenės sveikatai ir todėl turi būti kontroliuojamos, priežiūra paremta nauju Tarybos sprendimu (2005/387/jha) dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės. Tai, kad šioje srityje būtina sukurti informacinę išankstinio įspėjimo sistemą, patvirtina ir spartus mCPP (1-3-chlorofenilpiperazinas) išplitimas 2005 m. mCPP atsiradimas rodo, kad nelegalių narkotikų gamintojai nuolatos bando kurti naujas narkotines medžiagas naujų cheminių medžiagų pavidalu, siekdami pateikti jas į rinką – šiuo konkrečiu atveju jie, galimas daiktas, norėjo sustiprinti MDMA (ekstazijos) poveikį arba pakeisti jį. Reikia imtis priemonių ir užkirsti kelią naujų cheminių medžiagų plitimui, nes informacijos apie galimą didelę jų žalą sveikatai dar trūksta. Todėl Tarybos sprendimu įdiegta išankstinio įspėjimo sistema yra svarbi priemonė – dabar galima bus įsikišti į procesą, kuriame jaunų europiečių sveikatai grėsmę kelia pelno siekiantys narkotikų prekeiviai, sugebantys nepapulti į veikiančius narkotikų kontrolės mechanizmus.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

# 1 skyrius

## Politika ir įstatymai

### Nacionalinės kovos su narkotikais strategijos

Per ataskaitinį laikotarpį penkios šalys (1 lentelė) patvirtino nacionalines kovos su narkotikais strategijas ir veiksmų planus. Latvija nacionalinę kovos su narkotikais strategiją (2005–2008 m.) patvirtino pirmą kartą. Naujas nacionalines kovos su narkotikais strategijas ir planus taip pat patvirtino Čekija, Ispanija, Liuksemburgas ir Rumunija.

Be to, Suomijoje buvo priimta kalėjimų administracijos kovos su narkotikais strategija (2005–2006 m.), o Jungtinės Karalystės viešųjų tarnybų susitarimuose (PSA) numatyti nauji kovos su narkotikais politikos tikslai ir uždaviniai, kuriais siekiama mažinti narkomanijos žalą asmenims, jų šeimoms ir bendruomenei.

Ataskaitiniu laikotarpiu nacionalines kovos su narkotikais strategijas rengė Italija, Austrija, Lenkija, Portugalija, Švedija ir Norvegija (2 lentelė).

Šalys, kurios nacionalines kovos su narkotikais strategijas ir veiksmų planus įgyvendina jau seniai (nuo 1998 m.), šiuo metu peržiūri savo strategijas ir planus, daugiau dėmesio skirdamos aiškesniems ir tikrai įgyvendinamiems tikslams. Pavyzdžiui, Liuksemburgas nurodo, kad jo naujasis

**1 lentelė. Šalys, priėmusios naujas kovos su narkotikais strategijas 2005 m.**

Šalis	Dokumentas	Laikotarpis
Čekijos Respublika	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2005–2009 m.
	Veiksmų planas	2005–2006 m.
Ispanija	Veiksmų planas	2005–2008 m.
Latvija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2005–2008 m.
Liuksemburgas	Nacionalinė strategija ir kovos su narkotikais veiksmų planas	2005–2009 m.
Rumunija	Nacionalinė kovos su narkotikais strategija	2005–2012 m.

**2 lentelė. Šalys, rengusios kovos su narkotikais strategijas 2005 m.**

Šalis	Dokumentas	Laikotarpis
Italija	Veiksmų planas	2004–2008 m.
Austrija	Nacionalinė strategija	
Portugalija	Nacionalinis strateginis planas ir veiksmų planas	2005–2008 m.
Švedija	Veiksmų planas	
Norvegija	Veiksmų planas	

2005–2009 m. veiksmų planas yra paprastas, aiškiai apibrėžtas struktūriškai ir orientuotas į rezultatus – jame aiškiai nurodoma, kam priskirta atsakomybė, kaip skirstomas biudžetas, kokie tikėtini rezultatai ir jų pasiekimo bei įvertinimo terminai. Belgijoje prancūzų bendruomenės ir Valonijos regiono visuomenės sveikatos priežiūros institucijos paskyrė ekspertų grupę „suderintam narkomanijos prevencijos, pagalbos narkomanams ir jų globos planui parengti“. Grupė rekomendavo „vyriausybėms aiškiau apibrėžti prioritetus ir tikslus“, „aiškiau apibrėžti pagrindinius bendros kovos su narkotikais politikos principus“ ir „nustatyti pasirinktų strategijų chronologiją“. Čekijos 2005–2006 m. veiksmų planas plėtojamas panašia kryptimi, jame nustatyti konkretūs tikslai ir jiems įgyvendinti reikalingi veiksmai, nustatyta atskirų ministrų atsakomybė, kiekvienos srities planų įgyvendinimo terminai ir rodikliai.

### Nacionalinių kovos su narkotikais strategijų vertinimas

Daugelis Europos šalių savo nacionalines kovos su narkotikais strategijas atnaujina periodiškai, remdamosi ankstesne strategija arba jos vertinimo rezultatais, kuriuos panaudoja būsimai strategijai (EMCDDA, 2004a).

2005 m. tokiu principu vadovavosi Airija, Liuksemburgas, Vengrija ir Rumunija. Vengrijos kovos su narkotikais strategijos išorinį vertinimą atliko Olandijos Trimbos institutas, ir tai buvo pirmas kartas, kai kurios nors šalies kovos su narkotikais strategijų vertino užsienio ekspertai. Pagrindinis vertintojų

dėmesys buvo skirtas strategijos įgyvendinimo tarpiniams rezultatams, kurių pagrindu buvo pateiktos rekomendacijos dėl būsimų kovos su narkotikais strategijų ir kaip stiprinti kovos su narkotikais politikos koordinavimą. 2004 m. panašiai vyko Portugalijos 1999 m. nacionalinės kovos su narkotikais politikos ir 2001–2004 m. veiksmų plano vertinimas, kurį iš šalies atliko Portugalijos nacionalinis viešojo administravimo institutas, o iš vidaus – Narkotikų ir narkomanijos institutas (IDT). Vengrija ir Portugalija – pirmosios Europos šalys, paprašiusios, kad jų nacionalines kovos su narkotikais strategijas įvertintų išorės vertintojai.

Airijos 2001–2008 m. kovos su narkotikais strategijos tarpinių rezultatų apžvalga, atlikta 2005 m. viešųjų konsultacijų metodu ir paremta pagrindinių nacionalinių ir ES duomenų analize, parodė, kad reikia keisti prioritetus, siekiant išspręsti su naujais gydymo būdais, kelių narkotikų ir kokaino vartojimu, ŽIV ir hepatito C paplitimu susijusias problemas, ir kad būtina nedelsiant imtis naujų likusios strategijos dalies įgyvendinimo veiksmų. 2003–2004 m. Rumunijos nacionalinę kovos su narkotikais strategiją įvertino visos kovos su narkotikais valstybinės institucijos, o šio vertinimo rezultatai buvo pagrindas naujai 2005–2012 m. nacionalinei kovos su narkotikais strategijai parengti. Liuksemburge 87 % priemonių, numatytų 2000–2004 m. nacionaliniame veiksmų plane, buvo įgyvendintos laiku. Pranešta, kad kai kurių priemonių (pavyzdžiui, heroino platinimo programų) įgyvendinimas atidėtas daugiausia dėl politinių priežasčių. Dar neįgyvendintos priemonės įtrauktos į naująjį veiksmų planą.

Be to, praėitų metų ataskaitos rodo, kad pasiekta akivaizdžios pažangos įgyvendinant nacionalines kovos su narkotikais strategijas. Nors kol kas negalima užtikrintai teigti, kad jau pasiekti visi paklausos ir pasiūlos mažinimo tikslai, neabejotina, kad nacionalinės kovos su narkotikais strategijos prisidėjo prie tam tikrų svarbių tikslų įgyvendinimo.

Portugalijos 1999 m. kovos su narkotikais strategijos vertinime pažymima, kad strategija padėjo pagerinti gydymo nuo narkotikų priklausomybės prienamumą, sumažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių, ŽIV paplitimą ir palengvino policijos darbą išaiškinant neteisėtos prekybos narkotikais atvejus. Antra vertus, vertinime taip pat nurodyta, kad jaunėja žmonių, pirmą kartą bandančių narkotikų, amžius, ir daugėja mirčių atvejų dėl kitų medžiagų vartojimo, ne tik dėl opioidų. Nors Ispanijos nacionalinės strategijos vertinime (2003 m.) pripažįstama, kad nepavyko sumažinti narkotikų vartojimo, jame nurodoma, kad pagalbos ir žalos mažinimo srityje pasiekta gerų rezultatų, o kitose srityse, kaip antai mokslinių tyrimų ir švietimo, tarptautinio bendradarbiavimo ir pasiūlos mažinimo, rezultatai yra patenkinami. Be to, Sveikatos ir vartotojų reikalų ministerija patvirtino 2005–2008 m. veiksmų planą, kuriuo siekiama telkti išteklius ir įgyvendinti

kovos su narkotikais strategijos įgyvendinimo ir pažangos iniciatyvas. Graikijoje 2002–2006 m. veiksmų planas padėjo įtvirtinti daugiau gydymo programų visoje šalyje.

Švedijoje, vykdant 2002–2005 m. nacionalinį veiksmų planą, kovos su narkotikais klausimą pavyko įtraukti į politikų darbotvarkę vietos, regionų ir nacionaliniu lygmeniu. Dabar dauguma Švedijos savivaldybių vykdo tam tikrus kovos su narkotikais veiksmų planus ir, skirdamos daugiau dėmesio suinteresuotų asmenų bendradarbiavimui ir jų veiklos koordinavimui, jos pasiekia geresnių rezultatų. Atsirado pokyčių, susijusių su narkomanų gydymo būdais ir prienamumu. Jungtinėje Karalystėje Audito komisija pripažino pažangą narkomanų gydymo srityje, tačiau pabrėžė, jog dar reikia pasistengti dėl narkomanų reintegracijos ir rehabilitacijos, pavyzdžiui, aprūpinant juos būstu, teikiant socialinę globą ir kitas pagalbos paslaugas. Ateityje vyriausybės darbo sėkmė, įgyvendinant kovos su narkotikais strategijos tikslus, bus matuojama pagal viešųjų tarnybų susitarimuose nurodytus tikslus ir pagal narkotikų žalos indeksą (DHI), kuriuo bus vertinama bet kurio neteisėto narkotiko probleminio vartojimo daroma žala.

Galiausiai naujai priimtose nacionalinėse kovos su narkotikais strategijose svarbiausiu elementu įvardijamas vertinimas. Latvijos narkotikų kontrolės ir narkomanijos ribojimo koordinacinė taryba vertins programos įgyvendinimo pažangą kasmet, o Liuksemburge galutinius rezultatus 2009 m. įvertins išorės vertintojai.

## Kovos su narkotikais viešosios išlaidos

Nors išlaidos dažnai skaičiuojamos skirtingais laikotarpiais ir nėra bendro kovos su narkotikais viešųjų išlaidų apibrėžimo, turimi duomenys rodo, kad kovos su narkotikais išlaidos išaugo daugelyje šalių, pavyzdžiui, Čekijoje, Danijoje, Liuksemburge, Austrijoje ir Lenkijoje.

Šalys, nurodžiusios 2004 m. patirtas kovos su narkotikais išlaidas, buvo Čekija (11 mln. EUR), Ispanija (nuo 302 iki 325 mln. EUR), Kipras (2,8 mln. EUR), Lenkija (51 mln. EUR) ir Norvegija (46 mln. EUR). Dvi šalys pateikė naujesnius duomenis apie savo biudžeto išlaidas kovai su narkomanija: Liuksemburgas 2005 m. išleido 6 mln. EUR, o Jungtinė Karalystė 2004–2005 m. – 2 milijardus EUR.

Slovakija apskaičiavo, kad 2004 m. jos bendros viešosios išlaidos kovai su narkotikais siekė 14,5 mln. EUR, iš kurių 8,4 mln. EUR išleido teisėsaugos institucijos, 6,1 mln. – socialinės globos ir sveikatos priežiūros institucijos.

2002 m. Švedijos išlaidos kovos su narkotikais politikai įgyvendinti apytiksliai buvo 0,9 milijardo EUR (remiantis įvairiais vertinimais – nuo 0,5 milijardo iki 1,2 milijardo EUR).

Lyginant 2002 m. ir 1999 m. skaičius, matyti, jog viešosios išlaidos narkotikų politikos srityje išaugo gana smarkiai.

Airijoje nacionalinės kovos su narkotikais strategijos vykdymo tarpinėje apžvalgoje, paskelbtoje 2005 m., pripažįstama, jog „labai svarbu nustatyti įvairių strategijos elementų ekonomiškumo matą“, ir numatoma netrukus imtis policijos išlaidų įvertinimo. Portugalijoje Narkotikų ir narkomanijos institutas (IDT) finansuoja tyrimus, skirtus sukurti ir išbandyti modelį, pagal kurį būtų galima įvertinti dėl narkomanijos patiriamas išlaidas, o Belgijoje 2005 m. pabaigoje vėl imtasi tęsti 2004 m. vykdytą viešųjų išlaidų tyrimą. Nors ir negausūs, šie įdomūs duomenys rodo, kad kai kurios valstybės narės rimtai žiūri į kovos su narkotikais išlaidų tyrimą ir politiniu požiūriu šis klausimas tampa vis svarbesnis.

## Pokyčiai ES įstatymuose ir politikoje

### Veiksmų planai

ES kovos su narkotikais politikos plėtojimas tiesiogiai ar netiesiogiai remiasi 2005 m. priimtais dviem veiksmų planais. 2005 m. vasario mėn. Taryba pirmiausia išnagrinėjo Komisijos pasiūlymą ir nuodugnai apsvaistė ES kovos su narkotikais strategijos bei ES veiksmų plano (2000–2004 m.) galutinį vertinimą. 2005 m. birželio mėn. Taryba pritarė ES kovos su narkotikais veiksmų planui 2005–2008 m. Naujojo veiksmų plano struktūra ir tikslai panašūs į ES 2005–2012 m. kovos su narkotikais strategijos struktūrą ir tikslus – jame nurodyta apie 100 konkrečių veiksmų, kuriuos ES ir jos valstybės narės turi įgyvendinti iki 2008 m. pabaigos.

ES veiksmų plano vertinimas yra labai svarbi pažangos sąlyga. Vertinimas suvokiamas kaip nuolatinis augimų ir aktyvų dalyvavimą skatinantis procesas. Tai nuolatinis procesas, nes Europos Komisija, remiama ENNSC ir Europolo, teiks kasmetines pažangos apžvalgas. Vertinimas skatins pažangą, nes kiekviena metinė pažangos apžvalga leis palyginti praeitų metų ir ankstesnių metų rezultatus. Galiausiai šis procesas skatins aktyvų dalyvavimą, nes jam vadovaus vertinimo organizacinė grupė, kurios užduotis – nustatyti metodiką, apibrėžti rezultatus ir numatyti tvarkaraštį. Kaip ir ES 2000–2004 m. veiksmų plano vertinimo atveju, organizacinę grupę sudarys atitinkamų Komisijos tarnybų, ENNSC, Europolo ir valstybių narių atstovai. Bus taip pat organizuojamos konsultacijos su pilietinės visuomenės atstovais. 2005–2008 m. kovos su narkotikais veiksmų plano vykdymo pabaigoje pirmą kartą Europos lygmeniu bus organizuotas poveikio vertinimas, kuris taps atskaitos tašku,

siūlant naują veiksmų planą 2009–2012 m. laikotarpiui. 2012 m. galutinį strategijos ir veiksmų planų vertinimą atliks Komisija.

Šis ES kovos su narkotikais veiksmų planas yra taip pat viena iš Hagos programos, kurioje nustatyti ES laisvės, saugumo ir teisingumo tikslai 2005–2010 m. laikotarpiui, įgyvendinimo plano sudėtinių dalių. Šis veiksmų planas Komisijai buvo pristatytas 2005 m. gegužės mėn., o 2005 m. birželio mėn. jį patvirtino Taryba.

2005–2008 m. ES veiksmų plane pateikiamas aiškus požiūris į narkotikų reiškinį Europos Sąjungoje, t. y. platus daugiadisciplininis požiūris, kai problema nagrinėjama visapusiškai koordinavimo, paklausos ir pasiūlos mažinimo, tarptautinio bendradarbiavimo, informacijos, tyrimų ir vertinimo aspektais.

### Narkotikų pasiūlos mažinimas

Du Europos Komisijos reglamentai dėl prekursorių, kurie buvo priimti 2004 m. ir įsigaliojo 2005 m. rugpjūčio 18 d., charakterizuoja narkotikų pasiūlos mažinimo veiklą Europos Sąjungoje. Cheminių prekursorių kontrolė – svarbus narkotikų pasiūlos mažinimo aspektas, nes be šių medžiagų neįmanoma pagaminti narkotikų. Šioje srityje ES vykdo dvejopą veiklą: pirmą, reguliuoja ES ir trečiųjų šalių prekybą tam tikromis medžiagomis, ir, antra, reguliuoja šių medžiagų prekybą vidaus rinkoje.

Pirmasis reglamentas, priimtas 1990 m., laikantis 1998 m. Jungtinių Tautų konvencijos dėl kovos su neteisėta narkotikų ir psichotropinių medžiagų apyvarta, kurioje apibrėžta prekursorių kontrolė, 12 straipsnio, nustatė priemones, kurių reikia imtis, kad tam tikros medžiagos nebūtų naudojamos neteisėtoje narkotikų ir psichotropinių medžiagų gamyboje<sup>(1)</sup>. Šį reglamentą 2004 m. gruodžio mėn. pakeitė naujas reglamentas, kuriuo taip pat buvo siekiama kovoti su sintetinių narkotikų gamyba<sup>(2)</sup>.

Po dvejų metų, t. y. 1992 m., priimta Tarybos direktyva<sup>(3)</sup> papildė teisinę bazę ir numatė atitinkamas priemones vidaus rinkoje (dėl tam tikrų medžiagų, naudojamų neteisėtai narkotikų ir psichotropinių medžiagų gamybai, gamybos ir išleidimo į rinką), įskaitant tam tikras kontrolės priemones. Ją pakeitė naujas 2004 m. vasario 11 d. priimtas reglamentas<sup>(4)</sup>. Dėl ES plėtros Bendrijos teisės akty leidėjai nusprendė 1992 m. direktyvą pakeisti reglamentu, nes „kiekvienas tos direktyvos ir jos priedų pakeitimas reikalautų, kad visos 25 valstybės narės įgyvendintų atitinkamas

(1) 1990 m. gruodžio 13 d. Tarybos reglamentas (EEB) Nr. 3677/90, OLL 357, 1990 12 20, p. 1.

(2) 2004 m. gruodžio 22 d. Tarybos reglamentas (EB) Nr. 111/2005, OLL 2005 1 26, p. 1.

(3) 1992 m. gruodžio 14 d. Tarybos direktyva (EEB) Nr. 109/92, OLL 370, 1992 12 19, p. 76.

(4) 2004 m. vasario 11 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 273/2004, OLL 47, 2004 2 18, p. 1.

nacionalines priemones". Naujasis dokumentas nustato tam tikrų neteisėtoje narkotikų ir psichotropinių medžiagų gamyboje dažnai naudojamų medžiagų suderintas ES vidaus kontrolės ir stebėsenos priemones, kad tokios medžiagos nebūtų naudojamos neteisėtiems tikslams. Svarbiausia, reglamentas įpareigoja valstybes nares priimti būtinus dokumentus, kurie leistų jų kompetentingoms institucijoms atlikti kontrolės ir stebėsenos pareigas. Be to, 2005 m. rugpjūčio 18 d. įsigaliojo reglamentas, nustatantis šių dviejų reglamentų įgyvendinimo taisykles <sup>(5)</sup>.

Šie prekursorių kontrolės veiksmai užbaigia dar vieną svarbios ES veiklos dalį pasiūlos mažinimo srityje. Pasinaudodama naujomis Maastrichto sutarties suteiktomis galimybėmis, ES sukūrė teisinę kovos su narkotikų apyvarta sistemą, leidžiančią gerinti teisėsaugos institucijų bendradarbiavimą. Nuo 1995–1996 m. šioje srityje imtasi tam tikrų jungtinių veiksmų, pavyzdžiui, neseniai priimtas sprendimas derinti bausmes už neteisėtą narkotikų prekybą ir naujas sprendimas dėl naujų psichoaktyviųjų medžiagų (žr. „Kovos su naujais narkotikais veiksmai“, p. 54).

Be šių teisinių dokumentų, priimta ir įgyvendinta policijos ir teismų bendradarbiavimo baudžiamosiose bylose programa. Agis yra pagrindų programa, kuria siekiama ES valstybių narių ir šalių kandidačių policijai, kitoms atitinkamoms agentūroms ir teismams padėti bendradarbiauti baudžiamosiose bylose kovojant su nusikalstamumu. Nuo 2003 m. ši programa padėjo finansuoti daugelį projektų. 2006 m. Agis darbo programoje numatyta veikla ir konkrečios temos, skirtos kovai su tarptautine organizuota narkotikų neteisėta gamyba ir prekyba ir numatytas kvietimas teikti pasiūlymus (kurio terminas baigėsi 2006 m. sausio mėn.).

### **Pinigų plovimas ir turto konfiskavimas**

Tam tikri įstatymai dėl pinigų plovimo ir turto konfiskavimo buvo taip pat iš dalies pakeisti. Direktyva 91/308 dėl finansų sistemos apsaugos nuo jos panaudojimo pinigų plovimui <sup>(6)</sup>, priimta remiantis 1991 m. su vidaus rinka susijusia teisine baze, ir pakeista 2001 m., buvo bandyta suderinti valstybių narių teisės aktus šioje srityje. Vienas iš šios direktyvos priėmimo tikslų – išvengti padėties, kai Europos Bendrijos kovos su pinigų plovimu priemonių nebuvimas skatina valstybes nares priimti protekcionistines priemones, kurios gali kliudyti vidaus rinkos sukūrimui. 2004 m. birželio mėn. Komisija pasiūlė naują to paties tikslo siekiančią direktyvą, papildytą terorizmo finansavimo klausimu. Buvo manoma, kad apriboti direktyvos taikymo sritį vien tik pajamomis iš

neteisėtos narkotikų prekybos yra netikslinga, ir Komisija pasiūlė išplėsti nusikaltimų, kuriems taikoma direktyva, sritį. 2005 m. spalio mėn. priimta naujoji direktyva tiksliai apibrėžia sunkius nusikaltimus ir apima pajamų iš tokių nusikaltimų plovimą, įskaitant teroristinės veiklos finansavimą.

2005 m. vasario 24 d. Taryba taip pat priėmė pagrindų sprendimą dėl nusikalstamu būdu įgyto turto ir priemonių konfiskavimo. Sprendimu siekiama užtikrinti, kad visos valstybės narės turėtų veiksmingas taisykles, kurios reglamentuotų priemonių ir pajamų, gautų iš kriminalinių nusikaltimų, už kuriuos skiriama ilgesnė nei 1 metų laisvės atėmimo bausmė, konfiskavimą. Šioje srityje ES turėjo teisės aktų ir anksčiau, bet buvo manoma, kad jų nepakanka. Naujuoju pagrindų sprendimu siekiama veiksmingo tarpvalstybinio bendradarbiavimo konfiskavimo klausimais. Konfiskavimo mechanizmas praplėstas ir taikomas taip pat kitam su nusikaltimais susijusiam turtui tais atvejais, kai nusikaltimą yra įvykdžiusi organizuota grupė, ir jam taikomas vienas iš kelių kitų ES pagrindų sprendimų. Vienas iš jų – Pagrindų sprendimas 2004/757/TVR, kuriame nustatytos nuostatos dėl nusikalstamų veikų sudėties požymių ir bausmių neteisėtos prekybos narkotikais srityje. Valstybės narės privalo imtis būtinų šio pagrindų sprendimo įgyvendinimo priemonių iki 2007 m. kovo 15 d.

### **Visuomenės sveikata**

Paklausos mažinimas – tai vienas iš suderintų kovos su narkotikais veiksmų Europoje. Įgyvendindama 2003–2008 m. Bendrijos veiklos visuomenės sveikatos srityje programą, 2005 m. Europos Komisija finansavimui pasirinko kai kuriuos su narkotikais susijusius projektus, siekiančius „gerinti sveikatą ir užkirsti kelią ligoms, kreipiant dėmesį į sveikatą veikiančius veiksnius visose politikos ir veiklos kryptyse“. Pirmasis finansuojamas kovos su narkotikais projektas, vadinamas „EU-Dap 2“, apima *EU-Dap* mokyklos prevencinės programos, kuria siekiama mažinti tabako, alkoholio ir narkotikų vartojimą, vertinimą. Antruoju projektu, IATPAD, siekiama gerinti žmonių, turinčių alkoholio ir narkotikų vartojimo problemų, galimybes gydytis. Tarp kitų horizontaliųjų projektų taip pat yra projektų, skirtų narkomanijos prevencijai, ir jie taip pat turėtų būti bendrai finansuojami, pavyzdžiui, inovacinis projektas „PEER-Drive clean!“, skatinantis 18–24 metų amžiaus jaunuolius nevairuoti apsvaigus nuo alkoholio ar narkotikų. Šiems projektams bus skirta lėšų ir jie bus finansuojami bendrai, jei derybos su Europos Komisija bus sėkmingos ir jei bus pasirašytas susitarimas dėl paramos <sup>(7)</sup>.

<sup>(5)</sup> 2005 m. liepos 27 d. Komisijos reglamentas (EB) Nr. 1277/2005, OL L 202, 2005 8 3, p. 7.

<sup>(6)</sup> 1991 m. birželio 10 d. Tarybos direktyva 91/308/EEB dėl finansų sistemos apsaugos nuo jos panaudojimo pinigų plovimui. OL L 166, 1991 6 28, p. 77–83.

<sup>(7)</sup> Daugiau informacijos žr. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm)

## ENNSC reglamentas

2005 m. rugpjūčio 31 d. Komisija pagaliau priėmė naują pasiūlymą pertvarkyti ENNSC steigimo reglamentą. Naujasis reglamentas – svarbus dokumentas, kuris palengvins ENNSC darbą, nes jame bus apibrėžtos naujos užduotys. Visų pirma reglamentas leidžia ENNSC atsižvelgti į naujus narkotikų vartojimo būdus ir atsirandančias kelių narkotikų vartojimo tendencijas, įskaitant teisėtų ir neteisėtų psichotropinių medžiagų vartojimą kartu, kad galėtų sukurti priemones ir instrumentus, kurie valstybėms narėms ir Europos Sąjungai padėtų stebėti ir vertinti kovos su narkotikais politiką ir strategiją ir bendradarbiauti su ES nepriklausančiomis šalimis, tokiais kaip šalys kandidatės ir Vakarų Balkanų šalys. Jame taip pat numatyti kai kurie Mokslinio komiteto ir Valdybos pakeitimai. Vadovaujantis Europos Bendrijos sutarties 152 straipsniu, šį tekstą dabar turi priimti Taryba ir Europos Parlamentas bendrų sprendimų priėmimo tvarka.

## Nauji nacionaliniai įstatymai

Per ataskaitinį laikotarpį keletas šalių priėmė svarbias kovos su narkotikais įstatymų pataisas dėl nusikaltimų ir bausmių, susijusių su narkotikų turėjimu ir neteisėta prekyba.

Rumunijos naujame įstatyme ir naujajame baudžiamajame kodekse imta skirti sunkius ir vidutinio sunkumo nusikaltimus (už vidutinio sunkumo nusikaltimus dabar baudžiama viešaisiais darbais ir bandomis), narkotikų vartotojus ir narkomanus, mažos ir didelės rizikos narkotikus. Dabar su narkotikais susijusiems nusikaltimams gali būti taikomos išimtys ir bausmės vykdymo atidėjimas. Narkomanų gydymas gali būti vykdomas, taikant integruotą pagalbos programą ir prižiūrint bylos vadovui. Buvo padidintos laisvės atėmimo bausmės už patalpų narkotikams vartoti suteikimą, už narkotikų vartojimo toleravimą tokiose vietose ir už skatinimą vartoti narkotikus. Taip pat sugriežtintos bausmės už neteisėtą didelės rizikos narkotikų davimą asmeniui ir už toksiškų cheminių inhaliantų tiekimą nepilnamečiui.

2004 m. birželio mėn. priimtas naujas Bulgarijos narkotinių medžiagų ir prekursorių kontrolės aktas. Šiame įstatyme apibrėžtos valstybinių institucijų funkcijos kontroliuojant narkotikų reguliavimo procedūras, įgyvendinant kovos su narkotikų piktnaudžiavimu priemones ir vykdant tyrimus. Papildoma pataisa panaikino narkomanams taikytą baudžiamosios atsakomybės išimtį, jei pas juos rasta tik viena dozė (žr. aptarimą toliau).

Slovakijoje naujasis baudžiamasis kodeksas naujai apibrėžia nusikaltimus už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui ir neteisėtai prekybai. Skirtingai nuo buvusio nusikaltimo

už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui apibrėžimo (ne daugiau kaip viena dozė), 171 skyrius numato du nusikaltimus už narkotikų laikymą asmeniniam naudojimui priklausomai nuo dozių skaičiaus (smulkiau žr. toliau). Už šiuos nusikaltimus taip pat gali būti skiriamos dvejopos bausmės: kontroliuojamas įkalinimas namuose ir viešieji darbai. Kaltinimai dėl daugiau kaip 10 dozių laikymo gali būti pareikšti pagal 172 skyrių, kuriame atsižvelgiant į sunkinančias aplinkybes numatytos laisvės atėmimo bausmės nuo 4 metų iki gyvos galvos. Be to, baudžiamosios atsakomybės amžius sumažintas nuo 15 iki 14 metų.

Lietuvoje už narkotikų turėjimą ketinant juos parduoti nebegalima bausti uždarymu policijos areštinėse iki 90 dienų; už šį nusikaltimą dabar skiriamos griežtesnės minimalios bausmės, būtent įkalinimas, nors mažiausia bausmė sumažinta nuo 5 iki 2 metų. Didžiausia bausmė už didelio kiekio narkotikų vagystę arba organizuotos grupės įvykdytą vagystę padidinta iki 15 metų.

Italijoje neseniai padarytais įstatymų pakeitimais (2006 m. vasario mėn.) narkotikai perklasifikuoti į dvi, o ne į šešias pagrindines grupes (visos terapiniais tikslais nenaudojamos medžiagos priskiriamos vienai grupei ir atsisakoma narkotikų skirstymo į švelniuosius ir stipriuosius); nustatyta riba, nuo kurios skiriami narkotikų laikymo asmeniniam naudojimui ir neteisėtai prekybai atvejai; pakeistos bausmės: dabar į jas įeina namų areštas ir viešieji darbai; numatyta daugiau įkalinimui alternatyvių bausmių. Be to, dabar visi narkotikų vartotojai turi teisę laisvai pasirinkti gydymo tipą bei vietą ir įstaigą, kuri sertifikuoja jų, kaip narkomanų, statusą ir paslaugas, kurias gali teikti ne vien tik viešasis sektorius.

Jungtinėje Karalystėje 2005 m. narkotikų aktu numatyta keletas svarbių nacionalinių įstatymų pataisų, įskaitant grybų, kurių sudėtyje yra psilocino ir psilocibino, priskyrimą A klasės narkotikams; pradėta taikyti ketinimo parduoti narkotikus prielaidos sąvoka, kai randamas tam tikras nustatytas kontroliuojamų narkotikų kiekis; policijai leidžiama atlikti areštuotų nusikaltėlių kraujo ar šlapimo tyrimus, o ne tik tuomet, kai jiems pareiškiami kaltinimai, ir reikalauti, kad esant teigiamiems rezultatams, būtų įvertinta jų priklausomybė nuo narkotikų; reikalaujama, kad skirdami bausmes teismai atsižvelgtų į sunkinančias aplinkybes (pavyzdžiui, narkotikų platinimą netoli mokyklų). Narkotikų paketus nurijusiems asmenims teismai taip pat gali skirti kardomąją priemonę, kaip antai įkalinimą policijos areštinėje iki 8 dienų (anksčiau iki 4 dienų); teismai ir prisiekusieji dabar gali daryti išvadą, jei be rimtos priežasties asmuo atsisako leisti save apieškoti arba peršviesti.

Apskritai visoje Europoje mažinamos arba naikinamos laisvės apribojimo bausmės už asmeniniam naudojimui

skirtus narkotikus, bet tuo pačiu metu didinamos baudmės už nusikaltimus, susijusius su narkotikų prekyba <sup>(8)</sup>.

## Kiekiai

Ataskaitiniu laikotarpiu keletas šalių priėmė įstatymų nuostatas dėl mažiausių narkotikų kiekių.

Belgijoje, Konstituciniam teismui panaikinus 2003 m. įstatymo 16 straipsnį, teisingumo ministras ir generalinis prokuroras išleido naują direktyvą dėl su kanapėmis susijusių pažeidimų. Joje nustatyta, kad, radus pas suaugusįjį nedidelį kanapių kiekį asmeniniam vartojimui (ne daugiau kaip 3 gramus arba vieną augalą), asmuo, jei nėra jokių sunkinančių aplinkybių, tik paprasčiausiai užregistruojamas policijoje.

Slovakijos naujajame baudžiamajame kodekse kiekis – pagrindinis dalykas, sprendžiant nusikaltimų, susijusių su narkotikais, klausimus. 171 skyriuje skiriami du narkotikų laikymo asmeniniam vartojimui nusikaltimai: už ne daugiau kaip trijų dozių laikymą gali būti baudžiama iki 3 metų kalėjimo, o įkalinimo baudmė iki 5 metų gali būti skiriama už „didesnio kiekio“ (ne daugiau kaip 10 dozių) laikymą. Kaltinimai už dar didesnių kiekių laikymą privalo būti pareikšti pagal 172 skyrių. Tokiais atvejais leidžiama skirti įkalinimo baudmę nuo 4 iki 10 metų, jei nėra sunkinančių aplinkybių; nuo 10 iki 15 metų – už dar didesnio kiekio (kurio gatvės kaina didesnė kaip 8 000 SKK, apytikriai 200 EUR) laikymą; nuo 15 iki 20 metų – už gana didelio kiekio (100 kartų viršijančio nustatytą mažiausią ribą) laikymą ir nuo 20 iki 25 metų ar gyvos galvos – už labai didelį kiekį (viršijantį mažiausią ribą 500 kartų).

Nuo 2002 m. iki 2005 m. Vokietijos Maxo Plancko institutas atliko Vokietijos narkotikų akto 31a skyriaus, kuris tam tikromis aplinkybėmis leidžia nekelti baudžiamosios bylos dėl narkotikų „nereikšmingų kiekių“ laikymo, vertinimą. Atlikus vertinimą nustatyta, kad šešiolikoje Vokietijos žemių šio Akto §31a skyrius praktikoje taikomas gana skirtingai iš dalies dėl to, kad skirtingai aiškinamas terminas „nereikšmingi kiekiai“ (Schäfer ir Paoli, 2006). 2005 m. kovo mėn. Berlyno žemė priėmė „Rekomendacijų dėl kanapių“ pataisą, pagal kurią už 10 gramų kanapių laikymą baudžiamoji byla nekeliama, jei yra tenkinami tam tikri kriterijai. Atskirais atvejais toks kiekis gali būti padidintas iki 15 gramų.

Lietuvos sveikatos ministras patvirtino rekomendacijų pataisą, naujai apibrėžiančias narkotikų ir psichotropinių medžiagų kiekius, kurie laikytini mažais, dideliais arba labai dideliais.

2005 m. Jungtinės Karalystės narkotikų aktas dabar taiko ketinimo parduoti prielaidos sąvoką, kai randami tam tikri kontroliuojamų narkotikų kiekiai, apibrėžti 2006 m. pavasarį priimtose taisyklėse.

Bulgarijoje baudžiamojo kodekso pataisa ir papildymas (naujas SG 26/04) panaikina 354a (3) skyrių, pagal kurį narkomanai būdavo atleidžiami nuo baudžiamosios atsakomybės, jei pas juos būdavo randama tik viena dozė. Viena šios priemonės priežasčių buvo tai, kad sunku apibrėžti vienos dozės kiekį, ir įrodymai, kad teismuose šia išimtimi būdavo piktnaudžiaujama narkotikų prekeivių naudai.

Italijoje 2006 m. vasario mėn. įgyvendintos pataisos dėl kiekių dydžių, kurios apibrėžia ribą tarp asmeninio naudojimo ir prekybos, remiantis aktyviojo narkotiko kiekio principu. Tokia riba buvo panaikinta 1993 m. Konkretios ribos nurodytos 2006 m. balandžio mėn. sveikatos ministro potvarkyje.

Kaip parodė Europos narkotikų teisės duomenų bazės (ELDD) tyrimas <sup>(9)</sup>, kiekis narkotikų įstatymuose vaidina įvairių vaidmenį: kai kuriose šalyse (pavyzdžiui, Slovakijoje) tam tikrus nusikaltimus nusakantys kiekiai yra griežtai apibrėžti, o kitose šalyse (pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje) kiekiams yra nustatytos tik tam tikros gairės, kurios leidžia daryti ginčytinas prielaidas. Kiekiais gali būti paremta nusikaltimų kvalifikacija (pavyzdžiui, laikymas ar tiekimas) ir kiekiai gali nulemti skirtingą baudmę už tokį pat nusikaltimą. Nors daugelio šalių įstatymuose yra daroma nuoroda į kiekius, kiekis nustatomas įvairiai (pagal svorį, vertę) arba išvis nenurodoma, kaip jis turėtų būti nustatomas. Pastarojo meto Italijos ir Bulgarijos priimtose pataisose, kurios yra skirtingos, rodo, kad ir toliau Europoje šiuo klausimu nėra vienos nuomonės.

## Bausmių statistika

Nusikaltėjams už narkotikus skiriamų bausmių stebėseną svarstoma arba įgyvendinama keliose šalyse, o kai kuriais atvejais yra imtasi veiksmų, atsižvelgiant į tokios stebėsenos rezultatus. Airijoje, vadovaujantis nacionaline kovos su narkotikais strategija, pritarta centrinio nusikaltimų statistikos padalinio, kuris turėtų stebėti areštų, baudžiamųjų bylų ir skiriamų bausmių pobūdžio statistiką, steigimui.

Vokietijos narkotikų aktas leidžia prokurorui tam tikromis aplinkybėmis be teismo patvirtinimo nutraukti procesinius veiksmus dėl narkotikų laikymo. Nepaisant rekomendacijų

<sup>(8)</sup> Žr. 2005 m. metinę ataskaitą (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/lt/page013-lt.html>). Taip pat žr. „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ [„Neteisėtus narkotikų vartojimas Europos Sąjungoje įstatymų požiūriu“], ENNSC teminį straipsnį (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

<sup>(9)</sup> Žr. „The role of the quantity in the prosecution of drug offences“ [„Kiekio vaidmuo baudžiamajame persekiojime už nusikaltimus, susijusius su narkotikais“], ELDD teisinė ataskaita, ir 1 lentelę ENNSC teminiame straipsnyje „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ [„Neteisėtus narkotikų vartojimas Europos Sąjungoje įstatymų požiūriu“] (abu leidinius galima rasti adresu: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



ir gairių dėl tokių aplinkybių, įvairių žemių taisyklės gerokai skiriasi. Anksčiau minėtame tokių skirtumų tyrime, kurį atliko Sveikatos ministerija, buvo nagrinėjamos šešiose žemėse daugiau kaip 1 800 bylų skirtos bausmės (Schäfer ir Paoli, 2006).

Kai kuriose Austrijos provincijose bandyta standartizuoti narkotikų akto 12 ir 35(4) skirsnių, apibrėžiančių supaprastintą procedūrą, pagal kurią anuliuojamas pranešimas policijai apie nedidelio kanapių kiekio pirkimą ar laikymą, taikymą. Kita bausmių statistika rodo, kad 2004 m. policijoje padaugėjo atvejų, kai atsisakoma įstatymų numatytos bausmių alternatyvos, nors pranešimų policijai ir kaltinimų daugėjo toliau, o laikinai sustabdytų procesinių veiksmų skaičius nesmarkiai sumažėjo.

Rumunijoje atliktas teismo skiriamų bausmių statistikos tyrimas, kuriuo buvo siekiama nustatyti, kaip sėkmingai vyksta narkotikų vartotojų, įvykdžiusių ne tik narkotikų naudojimo, bet ir kitus nusikaltimus, socialinė reintegracija. Daugumoje atvejų taikytas bausmės vykdymo atidėjimas ir nusikaltėlio sekimas. Nuo 2004 m. pastebima, kad teismai rečiau skiria priverstinį gydymą ir taip mažina lygtinai nuteistųjų priežiūros tarnybų dalyvavimą ir indėlį į narkomanų socialinę reintegraciją.

Bausmių skyrimo ar neskyrimo statistika duoda tikslesnį vaizdą nei įstatymų tekstai apie tai, kaip įgyvendinama šalies kovos su narkotikais politika (žr. EMCDDA, 2002a). Nors skirtingai nuo areštų statistikos išsamių bausmių statistiką renka ne visos valstybės narės, iš šalių ataskaitų matyti, kad tokiai stebėsenai skiriama vis daugiau dėmesio, ir tai suderinta su tendencija vertinti politikos dokumentus <sup>(10)</sup>. 2006 m. bausmių statistikos ir analizavimo klausimą svarstė ENNSC ekspertų susirinkimas.

## Su narkotikais susijęs nusikalstamumas

2005–2008 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plano 25 dalies 1 punkte numatyta, kad remdamasi pagal tyrimus parengtu Komisijos pasiūlymu Taryba iki 2007 m. turi patvirtinti bendrą termino „su narkotikais susijęs nusikalstamumas“ apibrėžimą, kuris bus pateiktas ENNSC.

Nors kol kas Europos Sąjungoje nėra priimto su narkotikais susijusio nusikalstamumo apibrėžimo, paprastai šis terminas taikomas nusikaltimams, įvykdytiems apsvaigus nuo narkotikų, nusikaltimams, įvykdytiems siekiant gauti pinigų

### Ataskaitos apie narkotikų ir nusikalstamumo ryšį

2005 m. antrus metus iš eilės Čekijos regioninės policijos būstinė stebėjo, koks yra ryšys tarp narkotikų ir nusikaltimų. Nustatyta, kad apie 62 % visų narkotikų gamybos ir prekybos nusikaltimų, 25 % sukčiavimo nusikaltimų, 21 % lėšų ar turto pasisavinimo nusikaltimų ir 20 % paprastų vagysčių įvykdė narkotikų vartotojai, prasimanydami pinigų narkotikams (Čekijos nacionalinė ataskaita).

2004 m. penkiolikmečių ir šešiolikmečių apklausa Suomijoje parodė, kad apie 7 % asmenų, per pastaruosius metus vartojusių kanapes, finansavo jų vartojimą neteisėtais būdais: pusė asmenų parduodami narkotikus, o kita pusė dažniausiai vogdama (Kivivuori *et al.*, 2005, cituojama Suomijos nacionalinėje ataskaitoje).

Airijoje 1996 m. ir 2000–2001 m. Garda tyrimo grupės atlikti tyrimai tarp žinomų policijai narkomanų grupės nustatė, kad 1996 m. narkomanai įvykdė 66 %, o 2000–2001 m. 28 % visų nustatytų kriminalinių nusikaltimų (Keogh, 1997; Furey ir Browne, 2003, cituojama Airijos nacionalinėje ataskaitoje). 2000–2001 m. apklausos metu nustatyta, kad narkomanai įvykdė 23 % nustatytų vagysčių ir 37 % nustatytų įsilaužimų.

narkotikų vartojimui, nusikaltimams, įvykdytiems neteisėtos narkotikų prekybos rinkų kontekste, ir nusikaltimams, kuriais pažeidžiami narkotikų įstatymai. Europos Sąjungoje galima rasti duomenų tik apie pastarojo tipo nusikaltimus, t. y. nusikaltimus, kuriais pažeidžiami įstatymai.

Duomenų apie pirmuosius tris nusikaltimų tipus Europos Sąjungoje pasitaiko retai arba jie būna neišsamūs. Kai kurie duomenys gaunami atliekant vietos *ad hoc* tyrimus, tačiau juos sunku ekstrapoliuoti, o kai kurie yra susiję tik su tam tikru su narkotikais susijusių nusikaltimų tipu.

Visos šios ataskaitoje analizuojamos šalys pateikia duomenis apie narkotikų įstatymų pažeidimų „pranešimus“ <sup>(11)</sup>. Juose atsispindi nacionalinių įstatymų skirtumai ir skirtingi įstatymų taikymo bei vykdymo būdai, skirtingi prioritetai ir skirtingi konkreitiems nusikaltimams kriminalinių žinybų skiriami ištekčiai. Be to, pastebimi nacionalinių informacijos apie narkotikų įstatymų pažeidimus sistemų skirtumai, ypač pranešimų apie tokius nusikaltimus tvarkos ir jų registravimo praktikos skirtumai, t. y. kas registruojama, kada ir kaip. Kadangi dėl tokių skirtumų tiesiogiai lyginti ES šalis sunku <sup>(12)</sup>, tikslingiau yra lyginti ne skaičius, o tendencijas.

<sup>(10)</sup> Žr. „Nacionalinė politika: įstatymų vertinimas“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/lt/page021-lt.html>).

<sup>(11)</sup> Terminas „pranešimai“ apie nusikaltimus dėl narkotikų įstatymų pažeidimo teikiamas kabutėse, nes šis terminas skirtingose šalyse atspindi skirtingas sąvokas. Tikslų termino apibrėžimą, taikomą konkrečioje šalyje, rasite 2006 m. statistikos biuletenio metodinėse pastabose apie nusikaltimus dėl narkotikų įstatymų pažeidimo.

<sup>(12)</sup> Išsamesnį metodinių klausimų aptarimą rasite 2006 m. statistikos biuletenio metodinėse pastabose apie nusikaltimus dėl narkotikų įstatymų pažeidimo.

Per penkerių metų laikotarpį, nuo 1999 m. iki 2004 m. „pranešimų“ apie nusikaltimus dėl narkotikų įstatymų pažeidimo apskritai pagausėjo beveik visose ES šalyse (faktiškai visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Italiją ir Portugaliją; ypač daug, dvigubai ar net daugiau tokių atvejų pagausėjo Estijoje, Lietuvoje<sup>(13)</sup>, Vengrijoje<sup>(14)</sup> ir Lenkijoje). 2004 m. ši augimo tendencija pasitvirtino daugumoje ataskaitas atsiuntusių šalių<sup>(15)</sup>, nors kelios šalys – Čekija, Graikija, Latvija, Liuksemburgas, Portugalija, Slovėnija (nuo 2001 m.), Slovakija, Suomija ir Bulgarija<sup>(16)</sup> nurodo, kad praeitais metais tokių atvejų sumažėjo.

Daugumoje ES valstybių narių įvykdyti narkotikų įstatymų pažeidimai dažniausiai<sup>(17)</sup> yra susiję su narkotikų vartojimo ar laikymo vartojimo tikslams nusikaltimais<sup>(18)</sup>. Tokie nusikaltimai 2004 m. sudarė nuo 61 % visų nusikaltimų dėl narkotikų įstatymų pažeidimo Lenkijoje iki 90 % Austrijoje. Čekijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose ir Turkijoje dauguma užregistruotų nusikaltimų dėl narkotikų įstatymų pažeidimo susiję su neteisėta smulkia ar stambia prekyba. Liuksemburge tokie nusikaltimai sudarė 48 % visų su narkotikais susijusių nusikaltimų, o Čekijoje – 93 %.

Per tą patį penkerių metų laikotarpį nusikaltimų dėl narkotikų vartojimo ar laikymo vartojimo tikslais padaugėjo apskritai visose ataskaitas atsiuntusiose šalyse, išskyrus Italiją, Portugaliją, Slovėniją, Bulgariją ir Turkiją, kurios nurodo mažėjančias tendencijas<sup>(19)</sup>. Tokių nusikaltimų dalis tarp visų nusikaltimų dėl narkotikų įstatymų pažeidimo per tą laikotarpį taip pat padidėjo daugumoje šalių, nors dažniausiai nedaug, išskyrus Kiprą, Lenkiją ir Suomiją, kur ryškesnės augimo tendencijos. Tačiau Liuksemburge, Portugalijoje, Bulgarijoje ir Turkijoje nusikaltimų dėl narkotikų vartojimo ar laikymo vartojimo tikslais dalis sumažėjo<sup>(20)</sup>.

Daugumoje valstybių narių dažniausiai pasitaikantis su narkotikų įstatymų pažeidimu susijęs neteisėtas

narkotikas<sup>(21)</sup> – kanapės<sup>(22)</sup>. 2004 m. tokiose šalyse su kanapėmis susiję nusikaltimai sudarė 34–87 % visų narkotikų įstatymų pažeidimų. Čekijoje ir Lietuvoje vyravo nusikaltimai, susiję su amfetaminu – jie sudarė atitinkamai 50 % ir 31 % visų narkotikų įstatymų pažeidimų, o Liuksemburge dažniausiai nurodomas kokainas (43 % visų narkotikų įstatymų pažeidimų).

1999–2004 m. „pranešimų“ apie narkotikų įstatymų pažeidimus, susijusius su kanapėmis, skaičius padidėjo daugumoje ataskaitas atsiuntusių šalių, tuo tarpu Italijoje ir Slovėnijoje<sup>(23)</sup> tokių nusikaltimų sumažėjo. Per tą patį laikotarpį narkotikų pažeidimų, susijusių su kanapėmis, dalis padidėjo Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Bulgarijoje, o Airijoje ir Nyderlanduose tokių nusikaltimų skaičius išliko stabilus, sumažėjo – Belgijoje, Italijoje, Austrijoje, Slovėnijoje ir Švedijoje<sup>(24)</sup>. Nors visose ataskaitas pateikusiose šalyse (išskyrus Čekiją ir Bulgariją bei kelerių metų laikotarpiu Belgiją) kanapės yra dažniau susijusios su nusikaltimais dėl narkotikų vartojimo ar laikymo nei su kitais narkotikų įstatymų pažeidimais, nusikaltimų, susijusių su kanapių vartojimu, dalis nuo 1999 m. mažėjo keliose šalyse, būtent Italijoje, Kipre (2002–2004 m.), Austrijoje, Slovėnijoje ir Turkijoje (2002–2004 m.), o per pastaruosius metus (2003–2004 m.) sumažėjo daugumoje šalių, ir galbūt dėl to teisėsaugos agentūros šiose šalyse mažiau kreipia dėmesio į kanapių vartotojus<sup>(25)</sup>.

Per tą patį penkerių metų laikotarpį „pranešimų“ apie nusikaltimus, susijusius su heroinu, ir (arba) jų dalis tarp narkotikų įstatymų pažeidimų sumažėjo daugumoje šalių, išskyrus Belgiją, Austriją, Slovėniją ir Švediją, kurios nurodo „pranešimų“ apie nusikaltimus, susijusius su heroinu, augimo tendencijas<sup>(26)</sup> ir (arba) tai, kad nusikaltimų, susijusių su heroinu, dalis didėja<sup>(27)</sup>.

<sup>(13)</sup> Lietuvoje pagausėjimas aiškintinas naujojo Baudžiamojo kodekso įsigaliojimu 2003 m. gegužės mėn.

<sup>(14)</sup> Vengrijoje pagausėjimas aiškintinas Baudžiamojo kodekso ir baudžiamojo proceso pataisomis.

<sup>(15)</sup> Duomenis apie nusikaltimų dėl narkotikų įstatymų pažeidimo „pranešimus“ 1999–2004 m. laikotarpiu buvo galima gauti visose šalyse (nors kartais ne kiekvienų metų duomenis), išskyrus Kiprą, Slovakiją, Bulgariją, Rumuniją, Turkiją ir Norvegiją, o 2004 m. duomenis visose šalyse, išskyrus Airiją, Jungtinę Karalystę ir Norvegiją.

<sup>(16)</sup> Žr. lentelę DLO-1 ir pav. DLO-1 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(17)</sup> Duomenis apie nusikaltimų pasiskirstymą pagal tipus buvo galima gauti visose šalyse (nors kartais ne kiekvienų metų 1999–2004 m. laikotarpiu), išskyrus Daniją, Estiją, Latviją, Lietuvą, Vengriją, Slovakiją ir Rumuniją.

<sup>(18)</sup> Žr. DLO-2 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(19)</sup> Žr. DLO-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(20)</sup> Žr. DLO-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(21)</sup> Duomenis apie narkotikų įstatymų pažeidimų pasiskirstymą pagal konkrečius narkotikus galima rasti visose šalyse (nors kartais ne kiekvienų metų laikotarpiu nuo 1999 m. iki 2004 m.), išskyrus Daniją, Estiją, Latviją, Vengriją, Suomiją, Rumuniją ir Norvegiją.

<sup>(22)</sup> Žr. DLO-3 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(23)</sup> Žr. DLO-2 pav. 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(24)</sup> Žr. DLO-6 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(25)</sup> Žr. DLO-3 pav. 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(26)</sup> Žr. DLO-4 pav. 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(27)</sup> Žr. DLO-7 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje; atkreipkite dėmesį, kad Švedijoje nusikaltimų, susijusių su heroinu, 1999–2003 m. laikotarpiu sumažėjo.

Priešinga tendencija pastebima su kokainu susijusiuose nusikaltimuose: ir „pranešimų“ skaičius apie su kokainu susijusius nusikaltimus <sup>(28)</sup>, ir jų dalis tarp visų su narkotikais susijusių nusikaltimų <sup>(29)</sup> didėja nuo 1999 m. daugumoje

ataskaitas pateikusių šalių. Bulgarija yra vienintelė šalis, kuri praneša apie mažėjančią su kokainu susijusių nusikaltimų tendenciją (ir pagal jų skaičių ir pagal jų dalį tarp visų su narkotikais susijusių nusikaltimų).

**Europos kovos su narkotikais politika: ar ji apsiriboja tik neteisėtais narkotikais?, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema**

Europoje narkotikų politika pradeda taikyti ne tik neteisėtiems narkotikams, bet ir kitoms priklausomybę skatinančioms medžiagoms ar visiems su ja susijusiems elgsenos tipams.

Tai būdinga kai kurių valstybių narių narkotikų politikai ir ES kovos su narkotikais strategijoms. Vis dažniau tiriama priklausomybė apskritai medžiagoms ir visokios priklausomybės elgsenos tipai. Pasirinktoje temoje pabrėžiama, kad nacionalinėse kovos su narkotikais strategijose ir politikos dokumentuose didėja dėmesys teisėtoms medžiagoms ir apskritai

priklausomybei, o tai rodo, kad Europos Sąjungoje atsiranda šio naujo reiškinio supratimas.

Nors kovos su narkotikais strategijose ne visuomet minimi teisėti narkotikai ir priklausomybė jiems, nagrinėjant pasirinktą temą nustatyta, kad prevencijos programos, o kai kuriose šalyse ir gydymo priemonės, yra nukreiptos į priklausomybę ir nuo teisėtų, ir nuo neteisėtų narkotikų, prioritetą teikiant vaikams ir jaunimui. Vis dažniau teisėti narkotikai strateginiu ir instituciniu atžvilgiu integruojami į neteisėtiems narkotikams skirtą politiką ir priemones.

Ši pasirinkta tema yra išleista atskiru leidiniu („European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema), o jos elektroninė versija tik anglų kalba skelbiama internete (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(28)</sup> Žr. DLO-5 pav. 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(29)</sup> Žr. DLO-8 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.



## 2 skyrius

# Narkotikų problemos sprendimas Europoje – apžvalga

### Prevenција

Kai kurių valstybių narių patirtis rodo, kad narkomanijos prevencija, nukreipta į kiekvieną individą asmeniškai, yra daug veiksmingesnė, ir ypač jei ji dar paremta teisėtų narkotikų reguliavimo politika, kuri riboja jaunimo galimybes gauti tokių medžiagų ir didina visuomenės smerkiantį požiūrį į jų vartojimą. Dėl to kai kuriose Europos šalyse parengtos strategijos, kuriose pagrindinis dėmesys skiriamas aplinkai ir požiūriui į narkotinių medžiagų vartojimą. Tokias strategijas įgyvendinti padeda neseniai ES lygmeniu pradėtos taikyti priemonės: tabako reklamos direktyva ir PSO pagrindų konvencija dėl tabako kontrolės (žr. narkotikų vartojimo aplinkos strategijas pasirinktoje temoje apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose).

Žiniasklaidos kampanijos vis dažniau vertinamos kaip suvokimo didinimo priemonės (remiančios, palaikančios ir plačiai visuomenei aiškinančios narkotikų vartojimo aplinkos strategijų motyvus), o ne kaip priemonės, galinčios pakeisti elgseną. Šiuo atžvilgiu neseniai Vokietijoje pasirodžiusioje tarptautinėje literatūros apžvalgoje (Bühler ir Kröger, 2005, cituojama Vokietijos nacionalinėje ataskaitoje) rekomenduojama naudoti žiniasklaidos kampanijas kaip rėmimo priemonę, o ne kaip vienintelę priemonę, kuri gali pakeisti elgseną.

### Visuomenės sveikatos sutrikimų prevencija

Sveikatos skatinimu, kuris yra pagrindinė prevencijos sąlyga, siekiama, kad žmonės laikytųsi sveikos gyvenimo ir visiems būtų sukurtos sveikos gyvenimo sąlygos, tuo tarpu kai kuriose valstybėse narėse (Italijoje, Nyderlanduose ir Slovakijoje) bei Norvegijoje vis dažniau vartojamas terminas „visuomenės sveikatos sutrikimų prevencija“. Visuomenės sveikatos sutrikimų prevencija – tai įvairios prevencinės priemonės, kuriomis siekiama pagerinti pažeidžiamų visuomenės sluoksnių sveikatą, vienas iš elementų – tai narkomanijos prevencija. Tokios priemonės pirmiausia taikomos jauniems žmonėms, kurių problemą kelia, įskaitant narkotikų vartojimą, stipriai lemia (socialinis ir asmeninis) pažeidžiamumas ir gyvenimo sąlygos. Dėl to, kad atrankinės

ir tikslinės prevencijos strategijos yra nukreiptos į socialinės ir asmeninės rizikos sąlygas, jos natūraliai siejasi su kitomis jaunimui svarbiomis visuomenės sveikatos politikos kryptimis (paauglių psichinės sveikatos sutrikimų, tokių kaip elgsenos nukrypimai, dėmesio stoka ir t. t., strategijomis), socialine politika (laisvalaikio vietos suteikimas, parama pažeidžiamiesiems jaunuoliams arba vargingai gyvenančioms šeimoms), švietimo politika (mokyklos nebaigiančių asmenų skaičiaus mažinimas) ir t. t. Taigi visuomenės sveikatos sutrikimų prevencija apima visus pažeidžiamumo veiksnius, kurie yra svarbūs sprendžiant narkomanijos problemas ir pritraukiant tokias tarnybas ir sektorius, kurie pagal savo paskirtį kitaip nesidomėtų narkomanijos problemomis.

### Visuotinė prevencija mokyklose

Vykdamas prevenciją mokyklose, vis labiau įsigali prevencinės programos. Prevencinė programa reiškia standartizuotą veiklą per tam tikras pamokas ar užsiėmimus, kurių kiekvienas turi tiksliai apibrėžtą turinį ir išsamiai parengtą medžiagą mokytojui ir mokiniui. Tai padeda organizuoti stebėseną ir vertinimą, tiksliau, teisingiau ir nuosekliau vykdyti intervencijas ir pasiekti aukštos kokybės rezultatų. Todėl dabar daugiau valstybių narių nei anksčiau stebi prevencijos intervencijas mokyklose (Čekija, Graikija, Ispanija, Italija, Kipras, Vengrija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė). Pirmasis Europos piktnaudžiavimo narkotikais prevencijos tyrimas ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) davė pažangių rezultatų. Šį projektą finansavo Europos Komisija, jis buvo įgyvendinamas ir vertinamas septyniose šalyse, devyniuose regioniniuose centruose ir 143 mokyklose. Jame dalyvavo 7 000 mokinių (3 500 bandomojoje grupėje ir 3 500 kontrolinėje grupėje).

*EU-Dap* ataskaitoje nurodoma, jog tikimybė, kad bandomosios grupės mokiniai kasdien rūkys, buvo 26 % mažesnė, kad dažnai nusigers – 35 % mažesnė ir kad vartos kanapes – 23 % mažesnė. Panašia programa paremto tyrimo planas parengtas Jungtinėje Karalystėje <sup>(30)</sup>. Be to, dabar daugiau dėmesio skiriama griežtesniam techniniam orientavimui ir daugiau rūpinamasi, kad prevencinė veikla būtų vykdoma mokyklose (pavyzdžiui, Prancūzijoje ir Airijoje).

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

## Policija mokyklose

Policijos vaidmuo mokyklų prevencinėje veikloje – prieštaringas klausimas. Belgijos prancūzų bendruomenė rekomenduoja, kad sveikatingumo skatinimą ir prevencijos politiką įgyvendintų mokyklos valdžia ir kad policijos pajėgos prevencinėse programose nedalyvautų. Panašiai viename Jungtinės Karalystės politiniame dokumente (ACPO *Drugs Committee*, 2002) rekomenduojama, kad policija veiktų tik savo kompetencijos srityje (saugumas, nusikaltimai, tvarka) ir nedalyvautų konkrečioje švietimo veikloje narkotikų klausimais. Laikydamosi tokios veiklos politikos, Portugalija tęsia policijos budėjimo netoli mokyklų programą „Escola Segura“. 2004–2005 m. į mokyklos aplinką buvo paskirta 320 policijos pareigūnų, kurie turėjo budėti netoli mokyklų dieną ir naktį ir užbėgti už akių nusikaltimams. Prancūzijoje mokyklose lankosi ekspertai, kuriuos teisės saugos žinybos yra parengusios bendrauti su jaunuimu ir su suaugusiais, ir reikalui esant teikia kitas paslaugas. Tačiau nepaisant rekomendacijų, kad švietimo narkotikų klausimais netyrėtų vykdyti uniformą dėvintys policijos pareigūnai, nes tai gali duoti priešingą rezultatą, kai kuriose valstybėse narėse vis dar įprasta, kad veiklą mokyklose vykdo policijos tarnybos.

## Atrankinė prevencija

Pripažinus atrankinę prevenciją ir ją taikant daugumoje valstybių narių, nustatoma vis daugiau pažeidžiamų grupių. Pavyzdžiui, Vokietija, Graikija, Liuksemburgas, Austrija, Suomija ir Jungtinė Karalystė nurodo, jog vykdo programas, skirtas nepilnamečiams nusikaltėliams.

Kai kurios šalys (pavyzdžiui, Lenkija ir Slovakija) pradėjo skirti ypač daug dėmesio pažeidžiamoms grupėms. Švedijoje, palyginti su ankstesniais metais, itin pradėta domėtis programomis, skirtomis rizikos grupei priklausantiems ikimokyklinio amžiaus vaikams ir provokuojamo elgesio mokiniams. Šias programas taikančių savivaldybių skaičius padvigubėjo. Be to, Norvegija, kovodama su narkotikų ir alkoholio vartojimu, kuria nacionalinę ankstyvos intervencijos strategiją, pagal kurią prevencija bus nukreipta į konkrečias tikslines rizikos grupes. Metodika, kuri nėra paremta abstinencija, duoda gerų rezultatų net tik mažinant suvartojamų narkotikų kiekį, bet ir mažinant pripratimą prie narkotikų tose grupėse, kurios jau pradeda vartoti narkotikus. Lenkija turi visoje šalyje taikomą programą, kuria siekiama pakeisti su narkotikais susijusį pažeidžiamų vaikų arba tik ką pradėjusių vartoti narkotikus vaikų elgesį. Šia programa stengiamasi palaikyti šeimas, sprendžiančias narkomanijos problemas. Šiuo atžvilgiu svarbu, kad atrankinės prevencijos samprata nėra koncentruotai sutelkta į narkotikų vartojimą ir jo nesmerkia. Šios prevencijos dėmesio centre – pažeidžiamumas plačiaja prasme.

Vis daugiau valstybių narių nurodo, jog taikydamos atrankinės prevencijos politiką jos nukreipia pastangas į konkrečias etnines grupes. Keturios šalys (Belgija, Vokietija, Italija ir Liuksemburgas) nurodo pradėjusios vykdyti šioje srityje naujus projektus. Italijoje daugelio projektų prioritetas – apsaugoti vaikus, motinas, imigrantų šeimas ir etninėms mažumoms priklausančius asmenis. Liuksemburgas nurodo, kad ypatingas dėmesys yra skiriamas jaunimui ir didžiausiai imigrantų bendruomenei, daugiausia pastangų skiriant kalbos, socialinėms ir kultūrinėms ypatybėms.

## Atrankinė prevencija mokyklose

Atrankinė narkomanijos prevencija vis dažniau taikoma jaunuoliams, kurie linkę mesti mokyklą ir (arba) turi elgsenos problemų, pavyzdžiui, Italijoje, kur apie 15 % prevencijos intervencijų mokyklose skiriama pažeidžiamiems mokinių pogrupiams (atrankinė ir tikslinė prevencija). Pagrindiniai pogrupiai, kuriems mokyklose taikoma atrankinė prevencija, – tai mokiniai, turintys socialinio elgesio, mokymosi ar šeimos problemų, imigrantų vaikai ir etninėms mažumoms priklausančios vaikai. Faktiškai mokymosi rezultatai ir mokyklos lankomumas yra geri su narkotikais susijusių problemų rodikliai, todėl juos stebint galima imtis ankstyvos ir tikslios prevencijos priemonių.

Keleto valstybių narių narkomanijos prevencijos programų dėmesio centre – mokyklą metę jaunuoliai. Danijos Storstromo apskrities HUP projekto tikslas – padidinti mokyklą baigusiu mokinių procentą nuo 75 % iki nacionaliniu mastu siekiamų 95 %, pagrindinį dėmesį skiriant pažeidžiamiems mokiniams. Apie panašius projektus praneša Airija, Portugalija (47 projektai), Rumunija (1 projektas) ir Norvegija (brošiūros mokytojams). Airijos nacionalinės strategijos tikslas – tose srityse, kuriose veikia LDTF (vietiniai specialieji kovos su narkotikais padaliniai), sumažinti per anksti mokyklą metusių mokinių skaičių ir pasiekti, kad tokių mokinių sumažėtų 10 %, palyginti su 2005–2006 m. Atrankinės prevencijos programos taikomos su didžiausia rizika susiduriantiems mokiniams Maltoje, o Prancūzijos ir Slovakijos mokyklose teikiamos konsultacinės paslaugos mokiniams, kurie kreipiasi su siuntimu arba ateina savo noru.

## Prevencija šeimose

Kadangi vis daugiau vaikų pradeda vartoti narkotikus, vis svarbiau tampa tobulinti ir stiprinti prevenciją šeimose. Paauglystės dar nesulaukusiems vaikams šeimos įtaka yra didesnė nei bendraamžių įtaka. Kai vykdoma prevencija, šeimos vaidmuo nustatant normas ir remiant vaikus yra svarbesnis nei informacijos apie narkotines medžiagas teikimas.

Europos Sąjungoje prevencinis darbas šeimose tampa tikslingesnis ir daugiau orientuotas į poreikius. Kai kurios valstybės narės (Vokietija, Ispanija, Airija, Italija ir Jungtinė

Karalystė) pripažįsta, kad institucijoms gali būti sunku rasti kontaktą su probleminėmis šeimomis. Todėl Jungtinėje Karalystėje FRANK kampanijos metu buvo sudarytas veiksmų, kuriais būtų galima pasiekti šeimas, planas, skirtas kovojančioms su narkomanija ir girtuokliavimu grupėms bei prevencijos praktikams, o kai kuriose kitose valstybėse narėse dabar įgyvendinamos atrankinės prevencijos programos, skirtos su rizika susiduriančioms šeimoms. Šiose programose taikoma keletas metodų su rizika susiduriančioms šeimoms pritraukti (pavyzdžiui, teikiant maistą, finansines paskatas ar laikinas vaiko priežiūros paslaugas), kurie daugiausia remiasi Kumpferio šeimų palaikymo programa (Kumpfer *et al.*, 1996).

Šeimų palaikymo programa (SPP) įgyvendinama Ispanijoje (Palma de Mallorca mieste ir Barselonoje), Nyderlanduose (vertinimo tyrimas dviejuose miestuose) ir Švedijoje (dviejuose miestuose). Airijoje ir Italijoje vykdomi mokymai. Italijoje tokius mokymus numatoma organizuoti keliuose miestuose. Norvegijoje panaši MST programa vertinama taikant atsitiktinę atranką pagrįstus kontroliuojamus tyrimus. Šių atrankinių šeimoms taikomų programų bruožai yra panašūs visose jas taikančiose valstybėse narėse.

Programos, skirtos neprižiūrimiems vaikams ir jaunuoliams iš asocialių šeimų, vykdomos Lenkijoje ir kai kuriose Austrijos provincijose. Šios programos įgyvendinamos vietinės bendruomenės aplinkoje, pavyzdžiui, socialinės terapijos kambariuose, ugdymo įstaigose, jaunimo klubuose ir prevencijos centruose.

Kai kurios šalys vis daugiau dėmesio skiria alkoholikų vaikams (Belgija, Vokietija, Austrija). Kitos šalys ir toliau pagrindinį dėmesį skiria narkomanų vaikams.

### Prevencija bendruomenėje

Dauguma atrankinių prevencijos programų yra vykdomos bendruomenės lygmeniu. Iš dalies taip yra dėl to, kad šiuo lygmeniu paprastai koordinuojamos įvairios socialinės paslaugos. Šalyse, kur bendruomenės yra gerai organizuotos ir laikosi normų, nekyla sunkumų įgyvendinti aplinkos strategijas. Bendruomenės lygmeniu vykdoma atrankinė prevencija būdinga Šiaurės šalims, Belgijai, Nyderlandams, Lenkijai ir Jungtinei Karalystei, ji vis dažnesnė ir šalyse, kuriose toks prevencijos metodas praeityje nebuvo populiarus (Prancūzijoje, Italijoje, Vengrijoje, Portugalijoje).

Kadangi bendruomenė nustato teisėtų narkotikų prieinamumo ir vartojimo normas, optimizuoja vietoje teikiamas paslaugas, aplinkos prevencijos strategijos tampa veiksmingų narkotikų prevencijos programų atskaitos tašku.

### Prevencijos kokybės kontrolė

Prevencijos kokybės kontrolė darosi vis svarbesnė ypač dėl to, kad daugelyje valstybių narių atsakomybė už prevenciją šioje srityje tenka vietinėms institucijoms (Danijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Portugalijoje ir Slovėnijoje) ir (arba) atsakomybė už narkomanijos prevenciją patikėta nevyriausybinėms organizacijoms (NVO) ar pusiau nepriklausomoms asociacijoms (Belgijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje ir Suomijoje). Kai kurios valstybės narės ataskaitose mini strategijas, kurios joms padeda nustatyti bendrus kokybės kriterijus, standartus ir technines konsultacines paslaugas vietos lygmeniu, skatinti mokyklas ir bendruomenes kurti mokyklų politiką (Belgijoje, Danijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje), įgyvendinti tinkamas prevencijos programas ir užtikrinti būtiniausius kokybės standartus (Danijoje, Prancūzijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje, Rumunijoje ir Norvegijoje).

Graikija ir Austrija yra toli pažengusios nustatinėdamos prevencijos agentūrų ir specialistų akreditacijai taikytinas taisykles.

### Gydymas ir žalos mažinimas

ENNSC duomenų apie narkomanijos žalos mažinimą ir gydymą rinkimas paremtas dviem pagrindiniais ES dokumentais:

- 2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategija ir pirmuoju 2005–2008 m. veiksmų planu, kuriuose pateikti valstybių narių nacionalinės politikos pagrindai ir išsamios rekomendacijos, kokių veiksmų reiktų imtis narkomanijos prevencijai ir kaip plėsti gydymo galimybes ir žalos mažinimo paslaugas bei jų kokybę;
- 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacija <sup>(31)</sup>, kurioje pateiktos tolesnės konkrečios rekomendacijos dėl priemonių, kurias valstybės narės turėtų įgyvendinti, siekdamas mažinti priklausomybės nuo narkotikų daromą žalą sveikatai ir išvis jos išvengti bei užtikrinti aukštą sveikatos apsaugos lygį. Ši rekomendacija iš tiesų yra labai svarbi, nes įtraukta į ES veiksmų plano 14 tikslą.

Norint įvertinti strategijos įgyvendinimo lygį, svarbu nustatyti paslaugų teikimo lygius ir kokių mastu tomis paslaugomis yra naudojamosi. Apimties vertinimas – siekimas nustatyti, kokių mastu tikslinę grupę pasiekia gydymo ir žalos mažinimo priemonės – yra būtina sąlyga siekiant įvertinti veiksmų plano tikslus ir strategijos poveikį.

<sup>(31)</sup> Tarybos rekomendacija 2003/488/EB.

Visus aštuonerius strategijos įgyvendinimo metus ENNSC padeda Komisijai atlikti vertinimus, teikdama ES epidemiologinių rodiklių sistemos duomenis ir kurdama bei diegdama tam tikras konkrečias duomenų rinkimo priemones, kuriomis galima įvertinti paslaugų teikimą ir naudojimąsi gydymo bei žalos mažinimo paslaugomis. Tačiau standartinės ataskaitos apie gydymo ir žalos mažinimo atsaką rengiamos vangiai, lyginant su gera epidemiologinės situacijos apžvalga, kurią ENNSC atliko remdamasis sukurta ir įgyvendinama rodiklių stebėseną.

### Pakaitinis gydymas opioidais

Palaikomąjį heroino vartotojų gydymą metadonu Europoje pirmiausia pradėjo taikyti Švedija (1967 m.), Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė (1968 m.), taip pat Danija (1970 m.), bet daugelį metų toks gydymas nebuvo plačiai taikomas.

Pastebėjus, kokių mastu ŽIV epidemija paplito tarp narkomanų Vakarų Europos šalyse, gydymo tikslai ir metodai daugelyje šalių ėmė keistis ir nuo pagrindinio abstinencijos siekio pereita prie intervencijų, kuriomis siekiama sumažinti narkotikų vartojimo daromą žalą. Šalys sutiko, kad gydymą reikia kartoti, ir pripažino, kad palaikomasis gydymas yra naudingas opioidų vartotojams, nes stabilizuoja ir stiprina jų sveikatą, socialinę padėtį ir apskritai yra naudingas visuomenei.

Nuo dešimtojo dešimtmečio pabaigos imta dažniau taikyti palaikomąjį gydymą metadonu. Iki 2001 m. jį jau taikė 24 ES valstybės narės, Bulgarija, Rumunija ir Norvegija

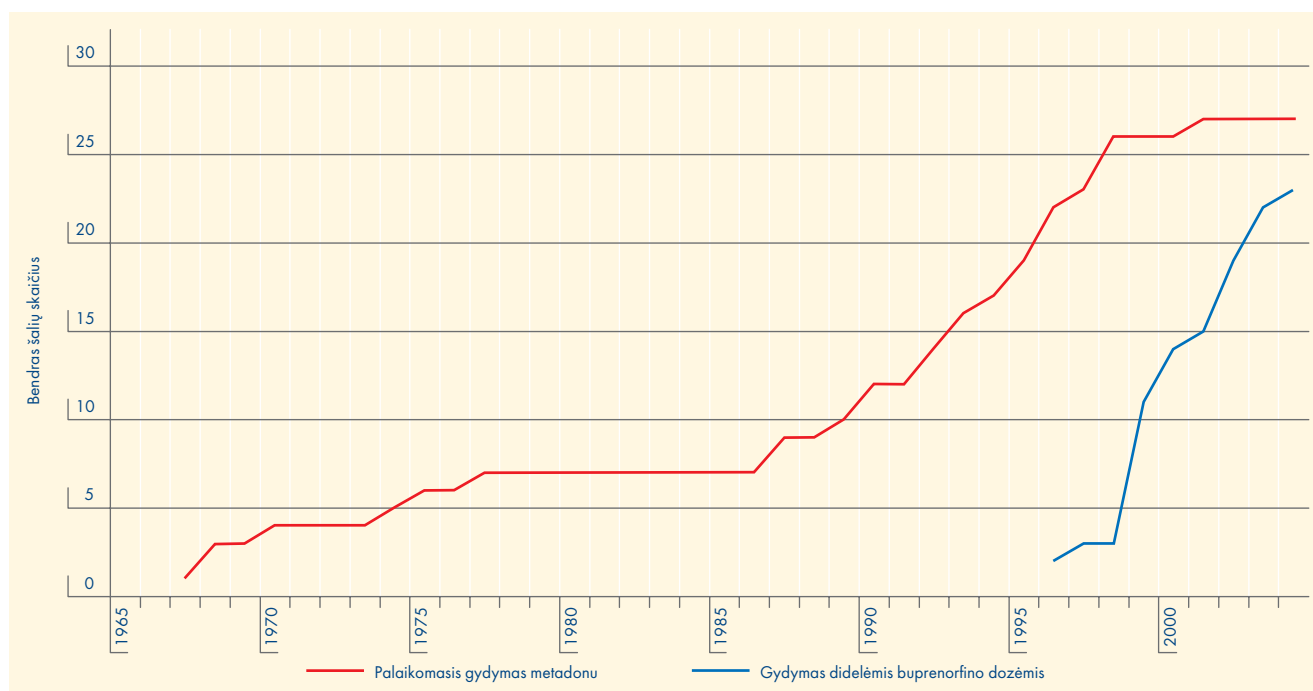
(1 paveikslėlis). Tačiau tokio gydymo mastas ir aprėptis šalyse gerokai skiriasi (žr. 6 skyrių).

1996 m. pirmą kartą ES valstybėje narėje buvo priimtas dokumentas, suteikęs teisinį pagrindą heroino vartotojų gydymui naudoti vaistus, turinčius savo sudėtyje buprenorfino (žr. pasirinktą temą apie buprenorfiną 2005 m. metinėje ataskaitoje). Dabar toks gydymas yra prieinamas ir taikomas daugumoje valstybių narių. Kadangi buprenorfinas yra kontroliuojamas pagal mažiau griežtą JT narkotikų konvencijų programą, šalims yra daugiau galimybių jį išrašyti. Kai kuriose šalyse dėl tokios gydymo galimybės sparčiai padidėjo besigydančiųjų skaičius. Tiriamos naujos farmakoterapinio gydymo galimybės, skiriant ne vien tik pakaitinius agonistus, ir dabar tyrėjų dėmesys krypta į kokaino ir kreko vartotojų, kurių daugelis taip pat vartoja arba praeityje vartojo heroiną, gydymą (taip pat žr. 5 skyrių).

Manoma, kad 2003 m. Europos Sąjungoje pakaitinis gydymas buvo skirtas daugiau nei pusei milijono arba trečdaliui opioidų vartotojų, kurių dabar yra apie 1,5 milijono (EMCDDA, 2005a).

Naujosiose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse pakaitinį gydymą gaunančių asmenų skaičius sudaro tik nedidelę visų tokių asmenų dalį Europoje, o tai iš dalies paaiškinama tuo, kad šiose šalyse opioidai yra mažiau vartojami. Nors bendri pakaitinio gydymo mastai šiose šalyse ir toliau lieka nedideli, pastebimas gydymo poreikio didėjimas Estijoje, Lietuvoje ir Bulgarijoje.

**1 paveikslėlis.** Palaikomojo gydymo metadonu ir didelėmis buprenorfino dozėmis taikymas ES valstybėse narėse, šalyse kandidatėse ir Norvegijoje



Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.



Šalių pateikta informacija rodo, kad kai kuriose šalyse toliau populiarėja gydymas metadonu, o aštuoniose šalyse taip besigydančių asmenų skaičius stabilizavosi ar net sumažėjo<sup>(32)</sup>. Keturiose iš tokių šalių, t. y. Danijoje, Ispanijoje, Maltoje ir Nyderlanduose, heroinas vartojamas jau seniai ir juse taikomos labai lengvai prieinamos pakaitinio gydymo metadonu programos. Kitose keturiose šalyse – Latvijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Rumunijoje – gydymo metadonu geografinė aprėptis nedidelė, o kai kuriose vietose tokiam gydymui gauti yra sudaryta eilė.

Nustatyti, ar mažėjantis besigydančiųjų metadonu skaičius reiškia, kad pacientai pereina prie gydymo buprenorfinu, sunku. Dažnai nėra tikslių nacionalinių duomenų apie atvejus, kai gydymą nuo narkotikų priklausomybės paskiria bendrosios praktikos gydytojai

### Priklausomybės nuo narkotikų gydymo paslaugų teikimas ir tipai

2005 m. buvo atlikta nacionalinių informacijos biurų (NIB) apklausa, kurioje įvertintos bendrosios gydymo ypatybės Europoje. Nacionalinių ekspertų buvo klausama, ar dauguma opioidų vartotojų gydomi be vaistų ar su vaistais, ar vienodai taikomi abu gydymo būdai.

Rezultatai rodo, kad gydytojai daugiau palankūs gydymui vaistais ir dažniausiai naudoja metadoną (išskyrus Čekiją ir Prancūziją; dėl išsamesnės informacijos žr. 6 skyrių). Rezultatai taip pat rodo, kad su narkotikų vartojimu susijęs gydymas dažniausiai teikiamas ambulatoriškai, tik Latvijoje ir Turkijoje toks gydymas dažniausiai taikomas stacionaro sąlygomis. Tradiciniai psichoterapiniai gydymo būdai (psichodinaminė, pažintinė ir elgesio, sisteminė ir šeimos bei Gestalto terapijos) – dažniausi ambulatorinio gydymo būdai Airijoje, Latvijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje ir Turkijoje. Devynios šalys nurodo, kad jose dažniausiai taikomi paramos metodai (į kuriuos gali įeiti konsultacijos, socialinė, šviečiamoji ir aplinkos terapija, motyvacijos, pokalbio ir atsipalaidavimo metodai bei akupunktūra), o 10 šalių nurodo, jog ambulatoriniam gydymui taiko įvairius metodus.

Stacionarinėmis sąlygomis gydant, Airijoje, Vengrijoje ir Turkijoje dažnai naudojamas 12 pakopų Minesotos modelis, tuo tarpu psichoterapinio gydymo metodai dažniausiai taikomi šešiose šalyse, paramos metodai – penkiose šalyse, įvairios šių metodų kombinacijos – 10 šalių.

Per pastarąjį dešimtmetį, o dar labiau per pastaruosius 5 metus, Europos šalys itin pradėjo rūpintis gydymu, plačiau pradėjo taikyti pakaitinio gydymo metodus ir sumažino apribojimus norintiesiems gauti tokį gydymą. Dar niekada anksčiau sveikatos priežiūros sistema nebuvo pasiekusi tokio didelio narkomanų skaičiaus. Daugeli, bet ne visus, reikia ne tik gydyti nuo priklausomybės, bet ir teikti jiems kitokią pagalbą, o kitiems reikia žemo slenksčio tarnybų paslaugų ir gana didelės paramos reintegracijai.

### Žalos mažinimo rezultatai

Tuo pačiu metu, kai buvo susirūpinta, kaip pasiekti pacientus ir išlaikyti su jais kontaktus, vis plačiau buvo pripažįstama paslaugų centro ir žemo slenksčio agentūrų paslaugų bei paramos svarba, ir dabar ši veikla sudaro esminę atsako dalį daugelyje valstybių narių. Bendro atsako rezultatai Europoje jau pastebimi tokiose srityse kaip infekcinių ligų prevencija tarp narkotikų vartotojų ir mažėjantis su narkotikais susijusių mirčių skaičius (žr. taip pat 7 skyrių).

Su narkotikais susijusių mirčių skaičiaus mažinimo tikslas pirmą kartą Europos kovos su narkotikais politikoje buvo iškeltas prieš 6 metus ir dabar jis įrašytas į ES veiksmų planą<sup>(33)</sup>. Pastaraisiais metais šalių, kurios savo nacionalinėje politikoje nurodo su narkotikais susijusių mirčių skaičiaus mažinimo tikslą, daugėja – aštuonios šalys tokias strategijas patvirtino 2004 m. ir 2005 m. (bendras tokių šalių skaičius dabar yra 15). Jau įprasta, kad, be nacionalinės politikos, yra ir papildomų priemonių miestuose: savo strategijas mažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių turi keletas sostinių (Atėnai, Berlynas, Briuselis, Lisabona ir Talinas) ir platesni pusiau miestietiški regionai (pavyzdžiui, Airijos rytinis regionas aplink Dubliną). Čekija, Italija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė nurodo, kad jose egzistuoja vietinė ir regionų politika, o Bulgarijoje vietinio lygmens strategijos sudarytos devyniuose miestuose.

Kaip ir ankstesnėje Europos Sąjungos kovos su narkotikais strategijoje bei veiksmų plane, dabartinėje strategijoje infekcinių ligų plitimo prevencija ir toliau išlieka svarbiu uždaviniu, o 2005–2008 m. veiksmų plane ji apibrėžiama kaip 16-asis tikslas. Tokiu būdu pabrėžiama, kokią reikšmę Europos vyriausybės ir Komisija teikia narkotikų vartojimo padariniams sveikatai<sup>(34)</sup>.

Didelė dalis ES šalių ir Norvegija yra aiškiai išreiškusios savo požiūrį į infekcinių ligų prevenciją tarp narkotikų vartotojų

<sup>(32)</sup> Žr. NSP-7 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(33)</sup> 2005–2008 m. ES veiksmų plano 17 tikslas – mažinti su narkotikų vartojimu susijusių mirčių skaičių visuose lygmenyse su specialiomis šiam tikslui sukurtomis priemonėmis.

<sup>(34)</sup> 2005–2008 m. ES veiksmų plano 16 tikslas ypatingai pabrėžia infekcinių ligų prevenciją. 14 tikslas – įgyvendinti Tarybos rekomendaciją dėl žalos sveikatai, dėl priklausomybės nuo narkotikų, prevencijos ir žalos mažinimo, priimtą 2003 m. (Tarybos rekomendacija 2003/488/EB). Komisijos pranešimas apie šios rekomendacijos įgyvendinimą kartu su informacija, surinkta iš politikos formuotojų ir „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų, numatomas 2007 m. kaip indėlis į ES kovos su narkotikais strategijos vertinimą.

### Naujų valstybių narių kalėjimuose įgyvendinami veiksmai ir priemonės, skirti narkotikus vartojantiems kaliniams

Šie duomenys surinkti vykdant jungtinį ENNSC-PSO / Europa duomenų rinkimo projektą 2005 m.<sup>(1)</sup>.

Apie narkotikų vartojimo testus kalėjimuose praneša dauguma naujųjų valstybių narių. Tačiau šalyse tokio testavimo sistemos skiriasi. Patekimo į kalėjimą metu kaliniai tikrinami tik Čekijoje, Maltoje ir Slovėnijoje. Malta ir Slovėnija taip pat yra vienintelės šalys, kuriose kaliniai atlieka testus dėl narkotikų vartojimo išeidami iš kalėjimo. Atsitiktinės atrankos būdu kaliniai testuojami visuose kalėjimuose Čekijoje, Maltoje ir Slovakijoje ir mažiau kaip 50 % Vengrijos kalėjimų.

Naujų valstybių narių kalėjimuose pagrindinė kovos su narkotikais priemonė – gydymas be vaistų, tačiau toks gydymo būdas nėra labai paplitęs. Nurodoma, kad gydymas be vaistų ir teikiant psichologinę pagalbą yra taikomas mažiau kaip 50 % kalėjimų Čekijoje, Estijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Slovakijoje. Gydymas be vaistų egzistuoja daugelyje šalių, bet tik Čekija ir Slovėnija nurodo, kad tokia priemonė taikoma daugiau kaip 50 % kalėjimų. Trumpa detoksikacija skiriamą vaistus yra plačiau taikoma (visuose Latvijos, Vengrijos, Maltos, Slovėnijos ir Slovakijos kalėjimuose).

Naujosiose valstybėse narėse gydymą antagonistais ir pakaitinį gydymą gaunančių kalinių skaičius yra paprastai nedidelis.

Išskyrus neatidėliotinus atvejus, gydymas antagonistais, atrodo, visai neegzistuoja, ir tik kelios šalys (Vengrija, Malta, Lenkija ir Slovėnija) nurodo, jog pakaitinis gydymas taikomas ūmiai detoksikacijai. Išleidžiant iš kalėjimo kaliniams dažniausiai teikiamos konsultacijos ir informacija (Čekijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje). Pakaitinis gydymas prieš išleidžiant iš kalėjimo taikomas visuose Slovėnijos kalėjimuose ir mažiau kaip 50 % kalėjimų Lenkijoje.

Tik keliuose naujųjų valstybių narių kalėjimuose narkomanams taikomos žalos mažinimo priemonės. Adatų ir švirkštų keitimo programos nevykdomos jokiam naujųjų valstybių narių kalėjime, ir tik Estija, Lietuva ir Slovėnija nurodo, jog yra teikiamos priemonės švirkštų dezinfekavimui. Tačiau kalėjimuose kovojama su infekcinėmis ligomis, kurios atsiranda dėl narkotikų vartojimo. Šešiose naujosiose valstybėse narėse (Čekijoje, Estijoje, Vengrijoje, Maltoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje) skiepijimas nuo hepatito B vykdomas visuose kalėjimuose, o penkios šalys (Čekija, Lietuva, Lenkija, Slovėnija ir Slovakija) nurodo, jog antivirusinis gydymas teikiamas hepatito C sergantiems kaliniams visuose kalėjimuose. Antiretrovirusinio gydymo taikymą ŽIV sergantiems kaliniams nurodo visos naujosios valstybės narės<sup>(2)</sup>.

(1) Duomenis pateikė Čekijos Respublika, Estija, Latvija, Lietuva, Vengrija, Malta, Lenkija, Slovėnija ir Slovakija. Smulkesnės informacijos žr. EMCDDA (2005c).

(2) Apie Kiprą duomenų nėra.

ir savo nacionalinės kovos su narkomanija dokumentuose yra suformulavusios konkrečius tikslus ir užduotis arba yra patvirtinusios atskirą politinį tekstą, kuriame nurodoma, kaip bus sprendžiamas infekcinių ligų prevencijos tarp narkotikų vartotojų klausimas (Ispanija, Latvija, Liuksemburgas, Švedija), arba yra padariusios ir viena, ir kita (Estija, Prancūzija, Jungtinė Karalystė). Malta ir Austrija planuoja parengti konkrečių politiką, išreiškiančią jų požiūrį šioje srityje.

Vokietijoje ir Graikijoje infekcinių ligų prevencijai skirtos konkrečios priemonės sudaro nacionalinės kovos su narkotikais strategijos dalį, nors infekcinių ligų prevencija nėra aiškiai įvardyta kaip tikslas.

Daugumoje atvejų šios infekcinių ligų prevencijos strategijos atsirado gana neseniai, kai kuriose šalyse jos įsigaliojo tuo pačiu metu kaip ankstesnė ES kovos su narkotikais strategija (2000–2004 m.), kurioje infekcinių ligų paplitimo tarp narkotikų vartotojų mažinimas Europoje buvo pirmą kartą įvardytas kaip tikslas.

Remiantis nacionalinių informacijos biurų ataskaitų duomenimis<sup>(35)</sup>, galima sakyti, kad nacionalinėse strategijose

nustatyti Europos lygmens tikslai ir tikslinės grupės yra beveik vienodi. Be švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, į tikslines grupes patenka sekso paslaugų teikėjai ir kaliniai. Naujosiose vidurio Europos valstybėse narėse, taip pat Norvegijoje aiškiai įvardijama, kad jaunimas ir narkotikų neįvairiantys asmenys taip pat yra svarbios tikslinės grupės, kurioms turėtų būti taikomos infekcinių ligų prevencijos priemonės. Danijos ir Estijos politikoje tikslinės grupės dar labiau praplečiamos ir jomis laikomos grupės, kurios turi artimų kontaktų su narkotikų vartotojais.

Daugelyje ES šalių infekcinių ligų mažinimui skirtos strategijos yra aiškiai orientuotos į ŽIV/AIDS, ypač Estijoje, Ispanijoje, Kipre, Latvijoje ir Lietuvoje. Tačiau dešimtyje šalių (37 %) infekcinių ligų strategijose aiškiai nurodyta hepatito C prevencija tarp narkotikų vartotojų<sup>(36)</sup>. 2004 m. Airija pradėjo konsultacijų procesą dėl tokios strategijos parengimo, o Vokietijoje buvo išleistos rekomendacijos dėl prevencijos ir gydymo. Profesionalų ir visuomenės diskusijas Austrijoje labai sustiprino šia tema 2005 m. Vienoje surengta konferencija.

Žalos mažinimo strategijos įgyvendinimas šiandien yra vienas iš svarbių Europos narkotikų vartojimo problemos sprendimo

(35) Ši analizė daugiausia remiasi nacionalinėmis ataskaitomis, parengtomis naudojant struktūrinį klausimyną (SQ 23) ir naujausią informaciją, kurią pateikia nacionaliniai informaciniai biurai.

(36) Įskaitant Prancūziją ir Angliją, kurios turi išplėtotas hepatito C prevencijos strategijas: atitinkamai *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/hepatites/situation.htm>) ir *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

būdų, o ES kovos su narkotikais strategijoje 2005–2012 m. prevencijos paslaugų prieinamumas ir žalos sveikatai mažinimas yra vienas iš pagrindinių prioritetų. Bendra žalos sveikatai mažinimo platforma ES kovos su narkotikais strategijoje atsispindi daugelio ES šalių nacionalinėje politikoje ir padeda ieškoti pagrįstų sprendimų šioje srityje.

2004 m. Europoje pagerėjo švirkštų prieinamumo stebėseną. Tačiau nacionaliniu lygmeniu daugelyje šalių informacija apie kitas svarbias žemo slenksčio agentūrų teikiamas paslaugas, naudojimąsi jomis ir jų mastą beveik neregistruojama. Vaizdą visos Europos mastu susidaryti sunku. Duomenų rinkimo padėčiai pataisyti skirtas projektas aprašytas langelyje „Žemo slenksčio agentūros – svarbus duomenų šaltinis“.

### Tikslinis gydymas ir kokybės valdymas

Dabartiniame ES veiksmų plane taip pat numatyta užtikrinti aukštos kokybės gydymo ir žalos mažinimo paslaugas.

Pradėjus taikyti kokybės valdymo priemones, planuojant gydymą ir žalos mažinimą, paslaugos tapo daugiau orientuotos į konkrečias tikslines grupes, pavyzdžiui, daugiau kreipiama dėmesio į skirtingų lyčių poreikių skirtumus (taip pat žr. pasirinktą temą lyčių klausimu).

#### Žemo slenksčio agentūros – svarbus duomenų šaltinis

Žemo slenksčio agentūros vaidina lemiamą vaidmenį, didinant narkomanų globos galimybes. Narkomanų populiacijoms, kurios yra „užslėptos“ arba kurias sunkiau pasiekti, arba kurios prarado kontaktus su globos sistema, tokios agentūros padeda užmegzti kontaktus ir yra vieta, kur galima gauti medicinos ir socialines paslaugas.

Nors visos žemo slenksčio agentūros turi kokią nors savo paslaugų teikimo registravimo, stebėsenos ir atskaitų sistemą, vis dėlto daugiau rūpinamasi finansavimu, o ne vidaus kokybės valdymu ar paslaugų planavimu ir vertinimu. Labai dažnai surinkta vertinga informacija lieka agentūroje. Nepaisant to, kad žemo slenksčio agentūros yra svarbios stebint narkotikų vartojimo būdus, tendencijas ir paslaugų prieinamumą, jos dar nepakankamai išnaudojamos. Viena iš kliūčių – surinktos informacijos standartizavimo ir palyginamumo stoka.

Kad būtų galima pagerinti turimų duomenų apie žalos mažinimo paslaugų taikymą ir panaudojimą kokybę, svarbu turėti duomenų rinkimo bazę, kuri tiktų agentūroms ir kartu duotų tinkamus rezultatus nacionalinio ir Europos lygio stebėsenos tikslais. Šia kryptimi vykdoma jungtinis ENNSC-*Correlation* projektas, kurį remia Prancūzijos, Airijos, Vengrijos ir Norvegijos nacionalinių informacijos biurų ekspertai. *Correlation* tinklas (Europos socialinės įtraukties ir sveikatos tinklas, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) – tai vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų iš 27 Europos šalių tinklas, finansuojamas pagal Europos Komisijos visuomenės sveikatos programą (DG SANCO).

Gydymo grupės ir programos, tinkančios tik vienai konkrečiai tikslinei grupei, tapo įprastu reiškiniu visoje ES. Dvidešimt trijose šalyse vaikai ir jaunesni nei 18 metų jaunuoliai gydomi specialiose įstaigose, 18 šalių specializuotose įstaigose gydomi narkotikų vartotojai, sergantys psichinėmis ligomis, ir visos šalys, išskyrus Kiprą, Latviją, Lietuvą, Bulgariją ir Turkiją, nurodo, kad specialios paslaugos yra teikiamos moterims.

Paslaugos, skirtos patenkinti imigrantų narkotikų vartotojų ar tam tikra kalba kalbančių, religinių ar kultūrinių ypatumų turinčių grupių poreikius yra mažiau paplitusios, bet apie jas praneša Belgija, Vokietija, Graikija, Ispanija, Lietuva, Nyderlandai, Suomija, Švedija ir Jungtinė Karalystė.

Apie struktūras, kurios specializuojasi kanapių arba kokaino vartotojų gydymo srityje, pranešama iš 13 šalių, o specialios šioms grupėms skirtos gydymo programos yra sudarytos aštuoniose šalyse. Tačiau daugumoje šių šalių tokių paslaugų yra nedaug ir jų prieinamumas menkas. Apie panašias specializuotas programas amfetamino vartotojams praneša Ispanija, Slovakija ir Jungtinė Karalystė.

Kitos konkrečios priemonės, kurių reikia imtis, norint pagerinti gydymo ir globos kokybę, – tai individualių atvejų valdymas, tarpininkavimas teikiant specializuotas paslaugas (t. y. gydant gretutines ligas) ir pacientų įvertinimas prieš pradedant gydymą, kad būtų galima geriau derinti siūlomą gydymą su paciento ypatybėmis, ilgiau išlaikyti pacientą ir pasiekti geresnių gydymo rezultatų.

Nepaisant apskritai įvairesnių gydymo galimybių, užmegzti kontaktus su kai kuriomis narkotikų vartotojų grupėmis, ypač turinčiomis ilgalaikių ir chroniškų problemų, ir toliau lieka dideliu kovos su narkomanija tarnybų uždaviniu. Dažniausiai kontaktų su šiais sunkiai pasiekiamais asmenimis ieškoma ir juos bandoma pritraukti per paslaugų centro darbą ir žemo slenksčio priemones. Kai kurios šalys taiko prieštaringiau vertinamą būdą, būtent prižiūrimas narkotikų vartojimo patalpas, kurios daugiausia yra skirtos švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims, bet dabar patalpos kartais suteikiamos ir kreko bei heroino rūkymui (žr. EMCDDA, 2004c). Kita prieštaringai vertinama paslaugų ir eksperimentavimo sritis – heroino naudojimas kai kuriose šalyse pakaitiniam gydymui. Nors apskritai veikla šioje srityje gana nedidelė, palyginti su kitais gydymo būdais, kai kurie tyrėjai nurodo, kad heroino skyrimas gali atnešti naudos pacientams, kuriems gydymas metadonu nedavė rezultatų. Pavyzdžiui, nurodoma, kad neseniai Vokietijoje atsitiktine atranka paremti kontroliuojami gydymo heroinu tyrimai (Naber ir Haasen, 2006) davė teigiamų rezultatų tiek sveikatos gerėjimo, tiek neteisėtų narkotikų vartojimo mažėjimo atžvilgiu. Vis dėlto šiuo metu Europoje nėra aiškios bendros nuomonės apie šio būdo sąnaudas

ir naudą, ir toks gydymas toliau lieka nemažų politinių ir mokslinių diskusijų tema.

Gerėjant gydymo kokybei ir daugėjant gydymo galimybių, kai kuriuose Europos miestuose daugiau dėmesio imta skirti narkotikų vartojimo poveikio bendruomenei mažinimui. Kai kuriose vietovėse paslaugų centrų palaikomasis darbas ir įvairios patrauklios žemo slenksčio paslaugos duoda viltį teikiančių rezultatų (žr. „Žalos mažinimo būdai“ 5 skyriuje) ir gali tapti vertingais ir veiksmingais modeliais, kuriuos galima taikyti plačiau, siekiant bendravimo su visuomenės atstumtaisiais ir galiausiai juos nukreipti gydymui.

Tikėtina, kad sukūrus „saugesnių“ pakaitinių produktų (t. y. medžiagų, kurioms patekti į juodąją rinką yra mažiau tikimybių) priklausomybės nuo narkotikų gydymas pereis į bendrosios praktikos gydytojų rankas. Tai normalizavimosi procesas, kuris leidžia priklausomybę nuo narkotikų gydyti kaip lėtinę ligą, pavyzdžiui, diabetą.

Kai kurios šalys nurodo, kad didelės heroino vartotojų grupės, gaunančios pakaitinį gydymą, sukuria socialinės integracijos paramos paklausą, ypač apmokamo darbo paklausą. Dabartinėmis ekonominėmis sąlygomis, kai kurioms šalims gali būti sunku patenkinti senesnių heroino vartotojų profesinės reintegracijos poreikius, net jei jie ir gauna stabilų palaikomąjį gydymą. Padėtis šioje narkomanų grupėje dar nepavydėtina dėl to, kad jie serga įvairiomis ligomis.

## Socialinė reintegracija

Visa literatūra, faktai ir skaičiai, gaunami iš valstybių narių liudija tą patį: narkotikų vartotojų gyvenimas yra daug sudėtingesnis ir rizikingesnis nei kitų žmonių. Pastaruosiuose dviejuose ES kovos su narkotikais veiksmų planuose socialinė integracija buvo apibrėžiama kaip vienas iš galutinių tikslų, siekiant pagerinti narkotikų vartotojų sveikatą ir socialinį padėtį.

2005–2008 m. veiksmų plane valstybės narės raginamos „pagerinti rehabilitacijos ir socialinės reintegracijos programų prieinamumą ir mastą“. Nors socialinės kovos su narkomanija priemonės mažiau paplitusios nei gydymas, profesionalai pripažįsta, kad gydymo ir sveikatos skatinimo bei socialinės veiklos derinimas – geriausias narkotikų vartotojo rehabilitacijos būdas.

Duomenų apie socialinę reintegraciją<sup>(37)</sup> Europoje yra labai nedaug, nes kiekybinės informacijos rinkimas nėra paprastas dalykas. Todėl didžioji dalis toliau pateikiamos informacijos paremta valstybių narių politikos, įgyvendinamų priemonių ir kokybės užtikrinimo kokybiniu vertinimu<sup>(38)</sup>.

2004–2005 m., reaguodamos į ES veiksmų planą, nacionalines narkotikų vartotojų socialinės rehabilitacijos strategijas parengė 20 iš 28 ataskaitas pateikusių šalių<sup>(39)</sup>. Dar keturios šalys, nors jų nacionalinėje kovos su narkotikais strategijoje ar kituose panašiuose dokumentuose šis klausimas aiškiai neaptariamas, turi regionines arba vietines strategijas; trys šalys neturi nei nacionalinės, nei kitokios strategijos.

Vienuolikoje šalių socialinė reintegracija finansuojama valstybiniu (arba nacionaliniu) mastu, aštuoniose šalyse finansavimas vyksta daugiausia regioniniu ar vietiniu lygmeniu. Dar aštuoniose šalyse finansavimas ateina vienodai iš abiejų šaltinių arba vyksta per sveikatos draudimo sistemą.

ES valstybėse narėse socialinės priemonės narkotikų vartotojams prieinamos arba per vien tik jiems skirtas priemones, arba per priemones, skirtas apskritai socialiai nuskriaustiems asmenims. Svarbiausia priemonė – aprūpinimas būstu. Paprastai benamių narkotikų vartotojų problema sprendžiama „teikiant bendras būsto paslaugas“ (21 šalyje), 18 šalių tik narkotikų vartotojams skirtą sistemą, o 13 šalių taikoma ir viena, ir kita sistema. Tačiau abejojama, ar narkotikų vartotojams būsto paslaugos yra tikrai prieinamos. Dažniausiai nurodomos tokios problemos kaip būsto trūkumas, vietinių gyventojų pasipriešinimas naujo būsto narkotikų vartotojams skyrimui, griežti tokiai paslaugai taikomi kriterijai ir tai, kad benamiams sunku laikytis tokiai paslaugai taikomų taisyklių.

Benamiams narkotikų vartotojams pastovaus būsto užtikrinimas – pirmasis jų stabilizacijos ir rehabilitacijos žingsnis. Remiantis apskritai narkotikų vartotojų ir besigydančių benamių skaičiaus vertinimais, galima teigti, kad Europoje yra apytikriai nuo 75 600 iki 123 300 benamių narkotikų vartotojų. Kadangi šiuo metu būsto paslaugos teikiamos daugumoje šalių, o kai kurios šalys įgyvendina ir naujas priemones, tokių priemonių veiksmingumas priklausys nuo to, kaip bus užtikrinta galimybė narkotikų vartotojams pasinaudoti tokiomis paslaugomis.

<sup>(37)</sup> Socialinė reintegracija apibrėžiama kaip „bet kokia socialinė priemonė, kuri padeda integruoti buvusius ar esamus narkotikų vartotojus į bendruomenę“. Pagrindiniai trys socialinės reintegracijos ramsčiai: 1) būstas, 2) švietimas ir 3) užimtumas (įskaitant profesinį rengimą). Galima taikyti ir kitas priemones, pavyzdžiui, konsultavimą ir laisvalaikio veiklą.

<sup>(38)</sup> Daugiau informacijos galima rasti adresu <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Valstybės narės, Bulgarija, Rumunija, Turkija ir Norvegija, bet jokios informacijos nėra iš Estijos.

**Narkotikų vartojimas ir kovos su narkomanija rezultatai iš lyčių perspektyvos, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema**

Apskritai, pagrindiniai narkotikų vartotojai yra vyrai. ES valstybėse narėse vyrai ne tik dažniau vartoja neteisėtus narkotikus, bet ir daug dažniau susiduria su problemomis, kreipiasi gydymo ir miršta nuo narkotikų.

Šioje pasirinktoje temoje nagrinėjamas narkotikų vartojimas ir su tuo susijusios problemos iš lyčių perspektyvos. Svarbiausi

klausimai: kokie yra vyrų ir moterų narkotikų vartojimo skirtumai ir ar tie skirtumai mažėja? Kokius prevencijos, gydymo, socialinės rehabilitacijos ir žalos mažinimo metodus, orientuotus į skirtingas lytis, yra sukūrusios valstybės narės? Ar į kovos su narkomanijos priemones daugiau reaguoja vyrai ar moterys?

Ši pasirinkta tema yra išleista atskiru leidiniu („A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema), o jos elektroninė versija tik anglų kalba skelbiama internete (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## 3 skyrius Kanapės

### Pasiūla ir prieinamumas

#### Gamyba ir neteisėta prekyba

Kanapės ir toliau lieka visame pasaulyje plačiausiai gaminamas ir neteisėtai parduodamas augalinės kilmės narkotikas (CND, 2006).

Didelio masto kanapių deros gamyba sutelkta keliose šalyse, pirmiausia Maroke, taip pat Pakistane ir Afganistane. Manoma, kad pasaulyje kasmet pagaminama apie 7 400 tonų kanapių deros (CND, 2006). Daugiausia Europos Sąjungoje suvartojamos kanapių deros atvežama iš Maroko kontrabanda per Iberijos pusiasalį, o Nyderlandai, atrodo, yra antrinis paskirstymo punktas, per kurį šis narkotikas patenka į ES šalis. Antrą kartą kanapių auginimo mastai Maroke buvo įvertinti 2004 m.; pasirodė, kad įsikūšus vyriausybei kanapių auginama 10 % mažiau, palyginti su 2003 metais. 2004 m. kanapės buvo auginamos Rifo regione 120 500 tūkstančių hektarų plote, ir iš jų buvo galima

#### Konfiskavimo ir kitų rinkos duomenų interpretacija

Paprastai narkotikų konfiskavimo atvejai šalyje laikomi netiesioginiu narkotikų pasiūlos ir prieinamumo rodikliu, nors jie taip pat atspindi teisėsaugos išteklius, prioritetus, strategijas ir nacionalinės bei tarptautinės pasiūlos mažinimo veiklos ir pranešimų praktikos įtaką prekeiviams. Skirtingais metais konfiskuoti kiekiai gali labai skirtis, jei, pavyzdžiui, vienais metais yra konfiskuojami labai dideli kiekiai. Todėl konfiskavimo atvejų skaičius kartais geriau parodo tendencijas. Visose šalyse didelę konfiskavimo dalį sudaro maži kiekiai, konfiskuojami mažmeninės (gatvės) prekybos lygiu. Jei žinoma konfiskuotų narkotikų kilmė ir paskirtis, galima atsekti prekybos kelius ir gamybos vietas. Duomenis apie narkotikų kainą ir stiprumą pateikia dauguma valstybių narių. Tačiau duomenys ateina iš įvairių šaltinių, kuriuos ne visuomet galima palyginti, todėl tiksliai palyginti šalių duomenis sunku.

pagaminti 2 760 tonų kanapių deros (UNODC ir Maroko vyriausybė, 2005).

Kitos šalys, minimos kaip Europos Sąjungoje 2004 m. konfiskuotos kanapių deros kilmės šalys, – Albanija, Portugalija, Senegalas, Afganistanas, Pakistanas ir Vidurinės Azijos šalys („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; PMO, 2005; INCB, 2006a).

Skaičiuojama, kad 2003 m. visame pasaulyje galėjo būti išauginta daugiau kaip 40 000 džiovintų kanapių (CND, 2005). 2004 m. Europos Sąjungoje konfiskuotų džiovintų kanapių kilmės šalys labai įvairios – daugiausia Nyderlandai ir Albanija, taip pat Angola, Pietų Afrika, Jamaika ir Tailandas („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; PMO, 2005; INCB, 2006). Be to, kanapės auginamos (patalpose ir lauke) ir jų produktai gaminami daugumoje ES valstybių narių.

#### Konfiskavimas

2004 m. visame pasaulyje iš viso konfiskuota 1 471 tona kanapių deros ir 6 189 tonos džiovintų kanapių. Daugiausia kanapių deros konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje (74 %) ir pietvakarių Azijoje bei Artimuosiuose ir Vidurio Rytuose (19 %), o džiovintų kanapių didžiausi kiekiai konfiskuoti Šiaurės Amerikoje (54 %) ir Afrikoje (54 %) (UNODC, 2006).

2004 m. Europos Sąjungoje užregistruota 275 000 kanapių deros konfiskavimo atvejų, bendras konfiskuotos kanapių deros kiekis vertinamas 1 087 tonų. Daugiausia konfiskavimo atvejų pasitaikė Ispanijoje (apie pusę visų Europos Sąjungoje buvusių konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos kanapių deros kiekis sudarė tris ketvirtadalius viso Europos Sąjungoje konfiskuoto kiekio), toliau paminėtina Prancūzija ir Jungtinė Karalystė<sup>(40)</sup>. Nors nuo 1999 m. iki 2003 m. deros konfiskavimo atvejų Europos Sąjungoje mažėjo, iš 2004 m. valstybių narių ataskaitų vėl aiškėja augimo tendencijos visoje Europos Sąjungoje<sup>(41)</sup>. Bendri Europos Sąjungoje sučiuptos

<sup>(40)</sup> Šią informaciją reikia patikrinti, kai bus gauti trūkstami 2004 m. duomenys. Duomenų apie 2004 m. kanapių konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės, duomenų apie kanapių konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. negauta iš Nyderlandų. Apytikriam apskaičiavimui vietoj 2004 m. duomenų buvo pasinaudota 2003 m. duomenimis. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius 2004 m. buvo paremti tik bendru vertinimu ir todėl jais nebuvo galima remtis analizuojant 2004 m. tendencijas.

<sup>(41)</sup> Žr. SZR-1 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

dervos kiekiai 1999–2004 m. laikotarpiu didėjo visą laiką, nors 2004 m. dauguma šalių (išskyrus Ispaniją) nurodė, kad konfiskuotų kiekių sumažėjo <sup>(42)</sup>.

Džiovintų kanapių Europos Sąjungoje konfiskuojama mažiau – apytikriais vertinimais 2004 m. pasitaikė 130 000 konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuota 71 tona, o daugiausia džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų pasitaikė Jungtinėje Karalystėje <sup>(43)</sup>. Nuo 1999 m. džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų skaičius Europos Sąjungoje nuolat augo <sup>(44)</sup>, nors nuo 2001 m. konfiskuoti kiekiai ataskaitas pateikusiose šalyse mažėjo <sup>(45)</sup>. Tai tik preliminarus vaizdas, nes iš Jungtinės Karalystės 2004 m. duomenų dar negauta.

2004 m. Europos Sąjungoje ir šalyse kandidatėse 12 800 konfiskavimo atvejų sukliudė 22 milijonams kanapių žolės vienetų arba 9,5 tonos kanapių patekti į rinką, kur didžiausia konfiskuotų kiekių dalis teko Turkijai <sup>(46)</sup>. Kanapių žolės konfiskavimo atvejų skaičius didėjo nuo 1999 m., o ataskaitas pateikusių šalių duomenimis jis didėjo ir 2004 m.

### Kaina ir stiprumas

2004 m. vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina Europos Sąjungoje svyravo nuo 2,3 EUR už gramą Portugalijoje iki 12 EUR už gramą Norvegijoje, tuo tarpu džiovintų kanapių kaina svyravo nuo 2,7 EUR už gramą Portugalijoje iki 11,6 EUR Maltoje. Dauguma šalių nurodo, kad kanapių produktų kainos svyravo nuo 5 iki 10 EUR už gramą <sup>(47)</sup>.

1999–2004 m. laikotarpiu kanapių dervos kainos, koregavus jas pagal infliaciją <sup>(48)</sup>, sumažėjo visose ataskaitas pateikusiose šalyse <sup>(49)</sup>, išskyrus Vokietiją ir Ispaniją, kur kainos išliko stabilios, ir Liuksemburgą, kur jos šiek tiek padidėjo. Per tą patį laikotarpį vidutinės nenustatyto tipo arba importuotų džiovintų kanapių kainos, koregavus jas

pagal infliaciją <sup>(50)</sup>, taip pat sumažėjo daugumoje ataskaitas pateikusių šalių, bet Ispanijoje ir Nyderlanduose jos išliko stabilios, o Vokietijoje, Latvijoje, Liuksemburge ir Portugalijoje padidėjo. Tik dvi šalys, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė, pateikė informaciją apie vietinės gamybos džiovintų kanapių vidutines kainas, abiem atvejais jos sumažėjo.

Kanapių produktų poveikio stiprumas nustatomas pagal juose esantį  $\Delta^9$ -tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, kiekį (EMCDDA, 2004b). 2004 m. ataskaitose nurodoma, kad mažmeninėje prekyboje parduodamoje kanapių dervoje THC kiekis vidutiniškai svyravo nuo mažiau kaip 1 % (Bulgarijoje) iki 16,9 % (Nyderlanduose), tuo tarpu džiovintų kanapių poveikio stiprumas svyravo nuo 0,6 % (Lenkijoje) iki 12,7 % (Anglijoje ir Velse) <sup>(51)</sup>. Nyderlandai nurodo, kad jų vietinės gamybos džiovintų kanapių poveikio stiprumas buvo 17,7 % <sup>(52)</sup>.

### Kanapių vartojimo paplitimas ir vartojimo būdai

Kanapės – dažniausiai Europoje vartojama neteisėta medžiaga. Dešimtajame dvidešimto amžiaus dešimtmetyje jų vartojimas išaugo beveik visose ES šalyse, ypač tarp jaunimo, įskaitant ir mokinius.

Manoma, kad Europoje bent kartą kanapių yra bandę apie 65 milijonus suaugusių žmonių, t. y. apie 20 % asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus <sup>(53)</sup>, nors reikia turėti galvoje, kad dauguma tokių žmonių šiuo metu šios medžiagos nebevartoja. Nacionaliniai skaičiai labai skirtingi – nuo 2 % iki 31 % – mažiausiai kanapių vartotojų yra Maltoje, Bulgarijoje ir Rumunijoje, daugiausia Danijoje (31 %), Ispanijoje (29 %), Prancūzijoje (26 %) ir Jungtinėje Karalystėje (30 %) <sup>(54)</sup>. Iš 25 šalių, pateikusių duomenis, 13 nurodo, kad bent kartą kanapes bandę asmenys sudaro nuo 10 iki 20 % <sup>(55)</sup>.

<sup>(42)</sup> Žr. SZR-2 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(43)</sup> Žr. 40 išnašą. Duomenų apie džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. nepateikė Lenkija.

<sup>(44)</sup> Žr. SZR-3 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(45)</sup> Žr. SZR-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(46)</sup> Žr. 40 išnašą.

<sup>(47)</sup> Žr. PPP-1 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(48)</sup> Laikant 1999-uosius pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(49)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie kanapių dervos ir džiovintų kanapių kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Čekijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Kipre, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje (tik džiovintų kanapių), Rumunijoje, Turkijoje ir Norvegijoje. Tačiau Čekijos duomenys nebuvo analizuoti dėl pateiktų duomenų metodinių trūkumų.

<sup>(50)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(51)</sup> Žr. PPP-2 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(52)</sup> Žr. PPP-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(53)</sup> Vidurkis procentine išraiška buvo apskaičiuotas kaip nacionalinių vartojimo paplitimo rodiklių, indeksuotų pagal atitinkamos gyventojų grupės skaičių kiekvienoje šalyje, vidurkis. Bendri skaičiai buvo gauti, padauginus paplitimą tarp atitinkamos populiacijos kiekvienoje šalyje, o šalyse, kuriose nėra duomenų, išvedant paplitimo vidurkį. Čia pateikiami skaičiai tikriausiai yra minimalūs, nes gali būti, kad ataskaitose yra pateikti ne visi duomenys.

<sup>(54)</sup> Šiame tekste dėl praktinių priežasčių Jungtinės Karalystės skaičiai paimti iš 2005 m. nusikalstamumo Didžiojoje Britanijoje (Anglijoje ir Velse) apžvalgos. Papildomai galima rasti Škotijos, Šiaurės Airijos duomenis ir visos Jungtinės Karalystės duomenis (pateiktus statistikos biuletenyje).

<sup>(55)</sup> Žr. GPS-1 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.



## Narkotikų vartojimo tarp bendrosios populiacijos vertinimas

Kanapių vartojimas tarp bendrosios ir mokyklų populiacijos vertinamas apklausomis, iš kurių sprendžiama apie tai, kokią dalį sudaro asmenys, kurie nurodo vartoję kanapių per tam tikrą apibrėžtą laiką: bent kartą gyvenime, per pastaruosius metus arba per pastarąjį mėnesį.

ENNSC kartu su nacionaliniais ekspertais sukūrė suaugusiųjų apklausose taikytiną bendrą pagrindinių klausimų rinkinį (Europos anketos modelį, EMQ), kuris yra taikomas daugumoje ES valstybių narių. Smulkesnę informaciją apie EMQ pateikia „Narkotikų vartojimo tarp bendrosios populiacijos apklausų vadovėlyje“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Tačiau šalių metodika ir duomenų rinkimo metai vis dar skiriasi, todėl nedidelius skirtumus tarp šalių reikėtų aiškinti atsargiai <sup>(1)</sup>.

Vertinant dabartinį narkotikų vartojimą tarp suaugusiųjų, „vartojimas bent kartą gyvenime“ turi nedidelę vertę (nors tarp vaikų tai yra gana pagrįstai taikomas rodiklis), bet jis gali duoti informacijos apie vartojimo būdus. „Vartojimas per pastaruosius metus“ ir „vartojimas per pastarąjį mėnesį“ tiksliau atspindi dabartinę padėtį; „vartojimas per pastarąjį mėnesį“ svarbesnis asmenims, kurie narkotikus vartoja dažnai.

Europos mokyklų apklausos apie alkoholio ir kitų narkotikų vartojimą projektas (ESPAD) – svarbus informacijos šaltinis apie narkotikų ir alkoholio vartojimą tarp Europos mokinių, ir jo vertę sunku pervertinti nustatant ilgalaikes tendencijas. ESPAD apklausos buvo atliktos 1995 m., 1999 m. ir 2003 m. Kita apklausa vyks 2007 m.

ESPAD taiko standartizuotus metodus ir instrumentus nacionaliniu atžvilgiu tipiškomis 15–16 metų mokinių imtims, kad būtų galima palyginti rezultatus. ESPAD apklausose dalyvaujančių šalių skaičius kaskart didėja: 1995 m. dalyvavo 26 Europos šalys, 1999 m. – 30, 2003 m. – 35, įskaitant 22 ES valstybes nares ir keturias šalis kandidates (Bulgariją, Kroatiją, Rumuniją ir Turkiją). Apklausoje klausiama apie alkoholio ir neteisėtų narkotikų vartojimą standartiniais laikotarpiais ir apie vartojimo dažnumą.

Informaciją apie ESPAD ir galimybę gauti ataskaitas rasite ESPAD tinklalapyje ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

<sup>(1)</sup> Daugiau informacijos apie bendrosios populiacijos apklausų metodiką ir kiekvienoje nacionalinėje apklausoje taikomus metodus žr. 2006 m. statistikos biuletenį.

Asmenų, vartojusių kanapes per pastaruosius 12 mėnesių, yra aiškiai mažiau nei asmenų, kurie bent kartą yra bandę kanapių. Manoma, kad Europoje per pastaruosius 12 mėnesių kanapes yra vartoję apie 22,5 milijono, arba 7 %, asmenų nuo 15 iki 64 metų amžiaus. Nacionaliniai skaičiai svyruoja nuo 1 % iki 11 %, mažiausius skaičius nurodo Graikija, Malta ir Bulgarija, didžiausius – Ispanija (11,3 %), Prancūzija (9,8 %) ir Jungtinė Karalystė (9,7 %) <sup>(56)</sup>.

Vartojimo paplitimas per pastarąjį mėnesį tiksliau atspindi reguliary šio narkotiko vartojimą. Manoma, kad Europoje per pastarąsias 30 dienų kanapes vartojo 12 milijonų suaugusiųjų, t. y. 4 %. Įvairių šalių skaičiai svyruoja nuo 0,5 % iki 7,5 %, t. y. skiriasi 15 kartų. Mažiausiai kanapių vartotojų yra Lietuvoje, Maltoje, Švedijoje ir Bulgarijoje, daugiausia Čekijoje (4,8 %), Ispanijoje (7,6 %) ir Jungtinėje Karalystėje (5,6 %) <sup>(57)</sup>.

Neteisėtų narkotikų vartojimas, įskaitant kanapes, labiausiai paplitęs tarp jaunimo. 2004 m. nuo 3 % iki 44 % 15–34 metų europiečių nurodė bandę kanapes, 3–20 % jas vartojo per pastaruosius metus, o 1,5–13 % per pastarąjį mėnesį, didžiausius skaičius pateikia Čekija, Ispanija ir Jungtinė Karalystė. Europos vidurkiai šioje amžiaus grupėje tokie: 32 % bent kartą gyvenime kanapes bandžiusių asmenų, 14 % vartojusių jas per pastaruosius metus (palyginti su 2 % asmenų nuo 35 iki 64 metų) ir daugiau kaip 7 % vartojusių kanapes per pastarąjį mėnesį (palyginti su 1 % asmenų nuo 35 iki 64 metų) <sup>(58)</sup>.

Kanapių vartojimas dar labiau paplitęs tarp asmenų nuo 15 iki 24 metų amžiaus, čia bent kartą jas bandžiusių asmenų yra nuo 3 % iki 44 % (dauguma šalių nurodo, kad procentas svyruoja tarp 20 ir 40 %); asmenys, vartoję kanapes per pastaruosius metus, sudaro nuo 4 % iki 28 % (daugumoje šalių nuo 10 iki 25 %) (2 paveikslėlis), o per pastarąjį mėnesį nuo 1 % iki 15 % (daugumoje šalių nuo 5 iki 12 %), didesnis dalis yra tarp vyrų negu tarp moterų. Naujosiose valstybėse narėse kanapių vartojimo paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų nuo 15 iki 24 metų yra panašus kaip ir ES-15 valstybėse narėse, bet vyresnio amžiaus grupėse vartojimo skaičiai žymiai mažesni <sup>(59)</sup>.

2004 m. JAV nacionalinėje narkotikų vartojimo ir sveikatos apklausoje <sup>(60)</sup> pažymėta, kad 40,2 % suaugusiųjų (kuriais laikomi asmenys, sulaukę 12 metų) nurodo bent kartą

<sup>(56)</sup> Žr. GPS-3 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

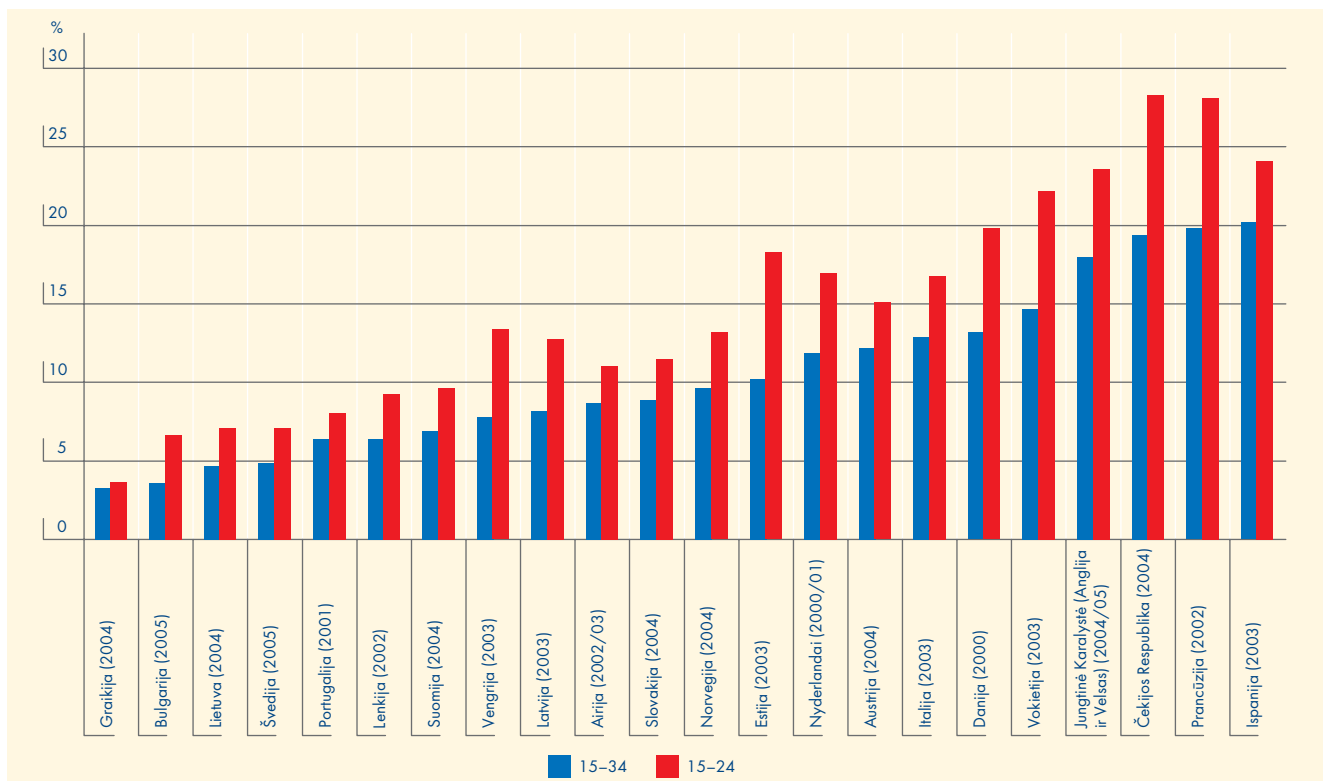
<sup>(57)</sup> Žr. GPS-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(58)</sup> Žr. GPS-2, GPS-4 ir GPS-6 lenteles 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(59)</sup> Žr. GPS-14, GPS-15 ir GPS-16 lenteles ir GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 ir GPS-26 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(60)</sup> Šaltinis: SAMHSA, Office of Applied Studies [Taikomųjų studijų biuras], 2004 National Survey on Drug Use and Health [2004 m. apklausa apie narkotikų vartojimą ir sveikatą] (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Atkreipkite dėmesį, kad JAV apklausoje „visų suaugusiųjų“ grupė (12 metų ir vyresni) apima didesnę amžiaus tarpsnį nei Europos apklausose (15–64 metų).

**2 paveikslėlis:** Kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų ir 15–24 metų)



NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Žr. GPS-8, GPS-11 ir GPS-18 lenteles 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

gyvenime bandę kanapes palyginti su 20 % vidurkiu Europos Sąjungoje. Tai yra daugiau nei tose Europos šalyse, kur tokių asmenų yra daugiausia (Danijoje 31,3 % ir Jungtinėje Karalystėje 29,7 %), nors kanapes vartojusių per pastaruosius metus asmenų skaičiaus skirtumas nėra toks ryškus: 10,6 % Jungtinėse Amerikos Valstijose palyginti su Europos 7 % vidurkiu, o kai kurios Europos šalys nurodė skaičius, visiškai panašius į Jungtinėse Amerikos Valstijose nustatytus skaičius.

Penkios ES valstybės narės (Belgija, Ispanija, Italija, Kipras ir Jungtinė Karalystė) pateikė naujus duomenis iš nacionalinės mokyklų apklausos. Bulgarija pateikė dviejuose didžiausiuose miestuose atliktų mokyklų apklausų duomenis. Apskritai, Europoje kanapių vartojimo vaizdas tarp mokinių išlieka nepakitęs. Didžiausias kanapių bent kartą gyvenime vartojimo paplitimas yra tarp 15–16 metų mokinių Čekijoje ir Ispanijoje (atitinkamai 44 % ir 41 %). Vokietijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Slovėnijoje ir Slovakijoje (27–28 %) šis procentas yra didesnis nei 25 %, o Belgijoje, Prancūzijoje,

Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje bent kartą gyvenime vartojusių asmenų šioje amžiaus grupėje yra nuo 32 % iki 40 %. Mažiausias bent kartą kanapes bandžiusių šios amžiaus grupės mokinių procentas (mažiau nei 10 %) yra Graikijoje, Kipre, Švedijoje, Rumunijoje, Turkijoje ir Norvegijoje <sup>(61)</sup>.

Iš vartojimo paplitimo skaičių, nustatytų 15–16 metų mokinių grupėje, nereikėtų daryti išvadų apie vyresnio amžiaus mokinius ir studentus, nes nedidelis amžiaus skirtumas gali būti susijęs su dideliu vartojimo procento išaugimu. Čekijoje, Ispanijoje ir Prancūzijoje tarp septyniolikmečių ir aštuoniolikmečių kanapes yra bent kartą gyvenime bandę virš 50 % jaunuolių <sup>(62)</sup>. Švedijoje, kur kanapių vartojimo paplitimas, palyginti su daugeliu kitų valstybių narių, yra nedidelis, tarp septyniolikmečių ir aštuoniolikmečių studentų kanapes gyvenime yra vartoję 14 % jaunuolių, t. y. daugiau negu dvigubai, palyginti su penkiolikmečiais ir šešiolikmečiais (6 %) <sup>(63)</sup>.

<sup>(61)</sup> Žr. EYE-1 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(62)</sup> ESCAPAD jaunimo apklausa, įtraukiant mokyklos nelankančius septyniolikmečius ir aštuoniolikmečius.

<sup>(63)</sup> Žr. EYE-3 lentelę ir EYE-1 paveikslėlį (i dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

## Kanapių vartojimo būdai

Paprastai kanapės vartojamos pasitaikius progai ar retkarčiais ir praėjus tam tikram laikui jų atsisakoma. Vidutiniškai 33 % europiečių, kada nors bandžusių kanapes, yra jas vartoję ir per pastaruosius metus, tuo tarpu tik 16 % yra jas vartoję per pastarąsias 30 dienų. Šie skaičiai, vadinami „tęstinumo rodikliu“, įvairiose šalyse yra skirtingi, nuo 20 % iki 45 % per pastaruosius metus ir nuo 10 % to 25 % per pastarąsias 30 dienų <sup>(64)</sup>.

Nors kanapes dažniausiai vartoja jaunimas, Ispanijos ir Jungtinės Karalystės duomenys rodo, kad ši narkotiką žmonės gali ir toliau vartoti net pasiekę ketvirtą ar penktą savo amžiaus dešimtmetį. Šiam kanapių ilgalaikio vartojimo pokyčiui verta skirti daugiau dėmesio.

Kanapes kaip ir kitus neteisėtus narkotikus daug dažniau vartoja vyrai negu moterys. Šis skirtumas ryškesnis tarp asmenų, vartojusių kanapes per pastaruosius metus ir pastarąjį mėnesį, negu tarp asmenų, vartojusių kanapes kada nors gyvenime, bet tarp jaunų žmonių ir vyresnių suaugusiųjų skirtumai mažesni (žr. pasirinktą temą lyčių klausimu). Kanapės taip pat dažniau vartojamos miestuose ir tankiai apgyvendintose vietovėse. Manoma, kad kanapių vartojimas plinta į mažesnius miestelius

### Kanapių vartojimo poveikis sveikatai

Pastaraisiais metais išaugo susirūpinimas dėl kanapių vartojimo socialinių ir sveikatos pasekmių. Nors turimi įrodymai neduoda aiškaus problemų supratimo, kai kurias išvadas daryti galima. Pavyzdžiui, akivaizdu, kad intensyvus kanapių vartojimas siejasi su psichinėmis ligomis, tačiau kartu perspina klausimas, kuris iš šių veiksnių yra sergamumo priežastis, o kuris pasekmė. Šios koreliacijos sudėtingi aspektai tiriami ir aptariami greitai pasirodysiančioje ENNSC monografijoje.

Tai, kad intensyvus kanapių vartojimas dažnai pasitaiko kartu su psichinėmis ne narkotikų sukeltomis ligomis, turi įtakos praktiniams dalykams. Sudarant kanapių vartotojų gydymo planą, gydytojams gali būti sunku žinoti, ar pradėti nuo narkomanijos problemos ar nuo psichinės sveikatos problemos. Kanapes vartojančių narkomanų gydymo poveikis tirtas mažai, o esantys tyrimai nagrinėja tik psichologinius ir socialinius metodus. Visi kiti gydymo būdai arba visai netirti, arba nepakankamai tirti, todėl įrodymų apie gydymo veiksmingumą nėra.

ir kaimo vietoves – Lenkija šią tendenciją aprašė 2005 m. nacionalinėje ataskaitoje.

Nepaisant didėjančio susirūpinimo dėl reguliarių ir intensyvių kanapių vartojimo formų <sup>(65)</sup>, Europos lygmeniu yra labai nedaug informacijos. Remiantis 2004 m. metinėje ataskaitoje (EMCDDA, 2004a) pateiktais grubiais apskaičiavimais, galima teigti, kad kanapes kasdien arba beveik kasdien vartoja 1 % suaugusių europiečių, arba 3 milijonai žmonių. Kai kurios šalys nurodė, kad reguliariai arba intensyviai vartojančių kanapes žmonių daugėja (nuo 0,7–0,8 % suaugusiųjų 1997–1999 m. iki 1,5 % 2001 m., 2003 m. paplitimas stabilizavosi (1,5 %)), bet apie vartojančių kanapes kasdien asmenų daugėjimą pranešė tik Ispanija. Būtų naudinga gauti informacijos iš kitų šalių pagal konkrečias amžiaus grupes (pavyzdžiui, 15–24 metų amžiaus). 2003 m. prancūzų atlikta ESCAPAD studija nustatė, jog, taikant tam tikrą skalę (CAST), galima sakyti, kad 14 % septyniolikmečių ir aštuonmečių priklauso rizikos grupei. Kitos šalys (Vokietija, Nyderlandai, Lenkija ir Portugalija), vertindamos intensyvių kanapių vartojimo būdus, taip pat taiko tam tikras skales, o ENNSC skatina bendradarbiavimą šioje srityje.

### Kanapių vartojimo tendencijos tarp suaugusiųjų

Atsekti ilgalaikes narkotikų vartojimo tendencijas Europoje sunku, nes nėra patikimų duomenų apie palyginamus laikotarpius. Tačiau nemažai šalių nuo dešimtojo dešimtmečio pradžios vykdo apklausas, ir dabar, remiantis kai kuriomis iš jų, galima daryti vertingas išvadas apie tendencijas.

Paprastai manoma, kad kanapių vartojimas Europos šalyse pradėjo plisti septintajame dešimtmetyje ir labai išpopuliarėjo aštuntajame ir devintajame dešimtmečiuose. Neseniai atliktose Danijos, Vokietijos, Ispanijos, Prancūzijos, Nyderlandų, Švedijos ir Jungtinės Karalystės nacionalinėse apklausose nurodoma, kad didelė 45–54 metų amžiaus žmonių dalis yra kada nors gyvenime vartoję kanapes, vadinasi, jų pabandė septintojo dešimtmečio pabaigoje arba aštuntojo dešimtmečio pradžioje. Išanalizavus kanapių vartojimo pradžią, nustatyta, kad Ispanijoje kanapių vartojimas ypač išaugo aštuntajame dešimtmetyje, (Vakarų) Vokietijoje devintajame dešimtmetyje, o Graikijoje – dešimtajame dešimtmetyje <sup>(66)</sup>. Švedijos duomenys rodo gana didelį šauktinių eksperimentavimą su kanapėmis (15–20 %) aštuntajame dešimtmetyje.

<sup>(64)</sup> Žr. GPS-24 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(65)</sup> Kol kas nėra visuotinai priimto apibrėžimo, kas yra „intensyvus kanapių vartojimas“, o įvairiuose tyrimuose taikyti skirtingi apibrėžimai. Tačiau tai platus terminas, reiškiantis, kad kanapės vartojamos dažniau už tam tikrą nustatytą dažnumo ribą. Jis nebūtinai reiškia „priklausomybę ar piktnaudžiavimą“ arba kitas problemas, bet laikoma, kad intensyvus vartojimas didina neigiamų pasekmių riziką, įskaitant priklausomybę. Šiame skyriuje skaičiai rodo „vartojimą kasdien arba beveik kasdien“ (kai narkotikas buvo vartojamas 20 ar daugiau dienų per pastarąjį mėnesį). Šis atskaitos taškas dažnai taikomas tyrimuose ir jį galima išvesti iš Europos pavyzdinio klausimyno. Priklausomybės rizika tarp rečiau narkotiką vartojančių asmenų yra mažesnė.

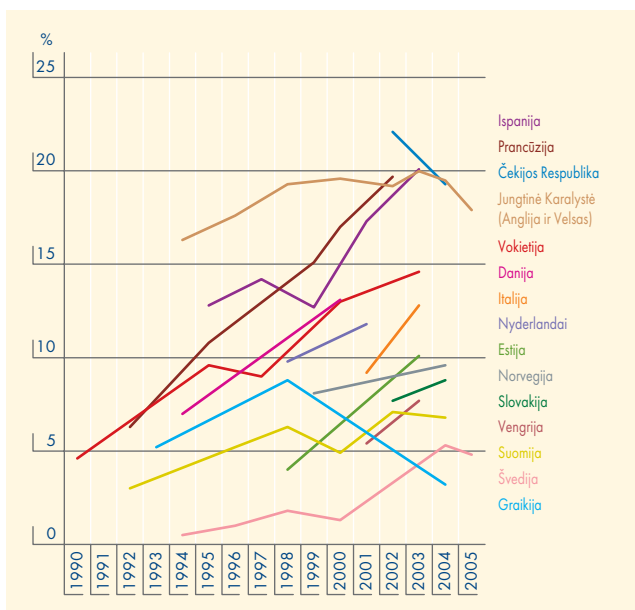
<sup>(66)</sup> Žr. 4 paveikslėlį 2004 m. metinėje ataskaitoje.

Nacionalinės arba vietinės šeimų, šauktinių ar mokinių apklausos rodo, kad dešimtajame dešimtmetyje kanapių vartojimas žymiai išaugo beveik visose ES šalyse, ypač tarp jaunimo. Skaičiai didėjo iki šių dienų beveik visose šalyse, nors jau pastebimi stabilizacijos ar kai kuriais atvejais net mažėjimo ženklai.

Dešimtojo dešimtmečio pradžioje Jungtinėje Karalystėje vartojančių kanapes jaunų suaugusiųjų (15–34 metų amžiaus) buvo daugiau negu kitose Europos valstybėse, bet nuo 1998 m. iki 2004–2005 m. jų skaičius ėmė laipsniškai mažėti <sup>(67)</sup>, tuo tarpu Ispanijoje ir Prancūzijoje pastaruoju metu (2002 m. ar 2003 m.) šio narkotiko vartotojų skaičius pasiekė Jungtinės Karalystės lygį (3 paveikslėlis). Panašų aukštą kanapių vartojimo paplitimo lygį nurodo ir Čekija.

Kanapių vartojimas yra mažiau paplitęs Danijoje, Vokietijoje, Estijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Slovakijoje, bet visos šios šalys nurodo, kad daugėja jaunų suaugusiųjų vartojusių kanapes per pastaruosius 12 mėnesių. Panaši situacija ir Vengrijoje, nors kol kas kanapių vartojimas ne taip išplitęs.

**3 paveikslėlis.** Kanapių vartojimo per pastaruosius metus tendencijos tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Smulkesnės informacijos žr. GPS-4 lentelėje 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

Pažymėtina, kad Danijos (2000 m.) ir Olandijos (2001 m.) duomenys jau yra santykinai pasenę, todėl dabartinė padėtis nėra visiškai aiški.

Suomijoje ir Švedijoje kanapių vartojimo paplitimas nedidelis, bet taip pat atrodo, kad didėja, tačiau Švedijoje pastebimus skirtumus nuo 2000 m. (1,3 %) iki 2004 m. (5,3 %) aiškinti sunku dėl metodikos pasikeitimų <sup>(68)</sup>.

Per pastarąjį dešimtmetį vartojimo per pastarąsias 30 dienų paplitimas taip pat visur išaugo, nors ryškiai didesni skaičiai pastebimi tik Belgijoje ir Ispanijoje. Jungtinė Karalystė, kuri nuo pat dešimtojo dešimtmečio pradžios pateikdavo didžiausius visoje Europoje skaičius, neseniai nurodė, jog vartojimo per pastarąsias 30 dienų paplitimas šiek tiek sumažėjo. Tam tikrą sumažėjimą nuo 2002 m. iki 2004 m. nurodo Slovakija. Čekijoje ir Prancūzijoje tendencijų įvertinti nepavyko.

Vertingos informacijos apie šio narkotiko vartojimą tarp jaunesnių visuomenės narių gali pateikti mokyklose atliekamos apklausos, pagal kurias galima nuspėti būsimas narkotiko vartojimo tendencijas tarp jaunų suaugusiųjų. Nuo 1995 m. daugumoje šalių atsiranda vis daugiau mokinių, kurie yra kada nors bandę vartoti kanapes. Tačiau čia yra ryškūs geografiniai skirtumai. Penkiolikmečių ir šešiolikmečių mokinių kanapių vartojimo gyvenime tendencijas galima suskirstyti į tris geografines grupes. Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kuriose kanapės vartojamos jau seniai, šio narkotiko vartojimo gyvenime paplitimas didelis, bet per pastarąjį dešimtmetį jis nesikeitė (apie 37–39 %). Rytų ir Vidurio Europos valstybėse narėse, taip pat Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Portugalijoje kanapių vartojimo gyvenime paplitimas 2003 m. buvo daug didesnis negu 1995 m. Trečioje valstybių narių grupėje (Suomija ir Švedijos šiaurė, Graikija, Kipras ir Malta pietuose), taip pat Norvegijoje vartojimo gyvenime paplitimas tarp mokinių išlieka nedidelis (apie 10 % ir mažiau) <sup>(69)</sup>.

**Duomenys apie gydymo poreikį <sup>(70)</sup>**

Tarp 2004 m. užregistruotų beveik 380 000 besikreipusių dėl gydymo asmenų, 15 % visų atvejų pagrindinė siuntimo gydytis priežastis buvo kanapės. Taigi, tarp dažniausiai nurodomų narkotikų jos užėmė antrą vietą po heroino <sup>(71)</sup>.

Apskritai, kanapės taip pat užima antrą vietą tarp narkotikų, kuriuos dažniausiai nurodo pirmą kartą gydymo

<sup>(67)</sup> Nuo 1994 m., t. y. pirmųjų metų, kurių informacija yra paremta britų nusikalstamumo Anglijoje ir Velse apžvalga.

<sup>(68)</sup> Žr. GPS-4 ir GPS-14 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(69)</sup> Žr. EYE-5 lentelę (i dalį) ir EYE-1 paveikslėlį (ii dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(70)</sup> Bendro pasiskirstymo ir tendencijų analizė yra paremta duomenimis apie pacientų gydymo paklausą visuose gydymo centruose; pacientų charakteristikų ir narkotikų vartojimo būdų analizė yra paremta duomenimis, gautais iš ambulatorinio gydymo centrų. Konkrečių analizę apie skirtingas lyčių pasiskirstymo tendencijas galima rasti pasirinktoje temoje lyčių klausimu, paskelbtoje kartu su 2006 m. ENNSC metine ataskaita.

<sup>(71)</sup> Žr. TDI-2 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

besikreipiantys pacientai. 2004 m. kanapės nurodė 27 % naujų pacientų, nors įvairių šalių duomenys gana skirtingi: kanapės nurodo mažiau kaip 5 % naujų pacientų Lietuvoje, Maltoje ir Rumunijoje, bet daugiau kaip 40 % naujų pacientų Danijoje, Vokietijoje, Vengrijoje ir Suomijoje <sup>(72)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu naujų dėl kanapių vartojimo besikreipiančių pacientų dalis padidėjo daugumoje duomenis pateikusių šalių <sup>(73)</sup>.

Beveik visose šalyse, iš kurių turima informacijos, naujų pacientų, besikreipiančių gydymo dėl kanapių vartojimo, yra daugiau nei visų kitų pacientų – kai kuriose šalyse jų yra maždaug vienodai <sup>(74)</sup>. Dažniausiai dėl kanapių vartojimo prašoma ambulatorinio gydymo <sup>(75)</sup>.

Tikėtina, kad su didesniu gydymo dėl kanapių vartojimo poreikiu yra susiję keletas veiksnių ir šių sričių būtina tirti. Galimos tokios išaugusio gydymo poreikio priežastys: intensyvėjantis kanapių vartojimas ir su juo susijusios gyventojų problemos; geresnis kanapių vartojimo rizikos suvokimas; kai kuriose šalyse aišku, kad įtakos turi tai, kad teismai išduoda daugiau siuntimų gydytis; pokyčiai ataskaitų sistemoje ir (arba) jos aprėptyje <sup>(76)</sup>.

Apskritai, kanapės vartojančius pacientus galima suskirstyti į tris grupes: asmenys, vartojantys kanapės retkarčiais (34 %), asmenys, vartojantys kanapės kartą ar kelis kartus per savaitę (32 %), ir asmenys, vartojantys kanapės kasdien (34 %). Įvairiose šalyse naujų pacientų kanapių vartojimo įpročiai ryškiai skiriasi: didžiausia kasdien kanapės vartojančių pacientų dalis yra Nyderlanduose ir Danijoje; retkarčiais kanapės vartojančių pacientų arba pacientų, kurie nevartoja kanapių mėnesį prieš gydymą, dalis yra didžiausia Vokietijoje, Graikijoje ir Vengrijoje. Šiuose skirtumuose tikriausiai atsispindi siuntimų gydymui skirtumai (pavyzdžiui, ar daugiau siuntimų išduoda teisėsaugos agentūros, ar socialiniai tinklai) <sup>(77)</sup>.

Dar vienas svarbus klausimas: kokių mastu besigydantys kanapių vartotojai atitinka diagnostinius kriterijus, pagal kuriuos jiems nustatoma priklausomybė ar tik žalingas narkotiko vartojimo įprotis. Šiuo metu šių sričių reikia dar toliau tirti. Kadangi siuntimų gydymui praktika įvairiose šalyse yra skirtinga, reikia tirti, kokios yra nustatomos dėl kanapių vartojimo besigydančių asmenų klinikinės charakteristikos.

Kai kurie pacientai, kurie gydomi dėl kanapių vartojimo, kartu gydomi ir dėl kitų narkotikų ar alkoholio vartojimo problemų; kartais gydymo kreipiamasi dėl bendresnio pobūdžio problemų, pavyzdžiui, jaunuolių elgesio sutrikimų. Be to, kai kuriuose neseniai atliktuose tyrimuose taip pat nurodoma, kad gausėja paauglių, prašančių gydymo dėl kanapių vartojimo, bet turinčių ir kitų psichinės sveikatos problemų, ir tai gali būti dar vienas svarbus veiksnys, dėl kurio didėja gydymo poreikis <sup>(78)</sup>.

Taip pat svarbu geriau suvokti kanapių vartotojų poreikius tarp visos gyventojų populiacijos. ENNSC apskaičiavimai rodo, kad Europos Sąjungoje yra apie 3 milijonus intensyvių kanapių vartotojų (kurie apibrėžiami kaip asmenys, vartojantys kanapės kasdien arba beveik kasdien). Nors neaišku, kokiam tokių vartotojų skaičiui reikalinga pagalba, besikreipiančių dėl gydymo asmenų skaičius yra palyginti mažas.

Turimi duomenys rodo, kad dėl kanapių vartojimo ambulatoriškai besigydantys pacientai yra gana jauni, faktiškai visi nauji kanapių pacientai yra jaunesni nei 30 metų. Tarp paauglių, besigydančių nuo narkomanijos, kanapės yra pagrindinė problema dažniau nei kitose amžiaus grupėse: jaunesniui nei 15 metų asmenų grupėje 75 % gydomi dėl kanapių vartojimo, 15–19 metų amžiaus grupėje dėl kanapių vartojimo besigydančių asmenų dalis – 63 % <sup>(79)</sup>.

Dauguma pacientų nurodo, kad pirmą kartą pavartojo kanapės, kai jie buvo labai jauni – 36,8 % pirmą kartą jas pabandė, dar neturėdami 15 metų. Beveik nė vienas gydymo besikreipiantis asmuo nenurodė, kad pirmą kartą pabandė kanapės būdamas vyresnis nei 29 metų <sup>(80)</sup>.

## Prevencija

Gerai įgyvendinamos visuotinės prevencijos programos gali atitolinti tą laiką, kai jauni žmonės pradeda vartoti tokias medžiagas kaip tabaką, alkoholį ar kanapės, ir sumažinti tokių žmonių skaičių. Tai labai svarbu, nes faktai rodo, kad tokias medžiagas anksti pradėjusiems vartoti asmenims (iki paauglystės ar jai įpusėjus) yra didesnis pavojus susidurti su narkotikų keliamomis problemomis, pavyzdžiui, priklausomybe (Von Sydow *et al.*, 2002; Chen *et al.*, 2005). Dar viena priežastis, kodėl reikia stengtis, kad jaunuoliai

<sup>(72)</sup> Žr. TDI-4 lentelės (ii dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(73)</sup> Žr. TDI-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(74)</sup> Žr. TDI-3 lentelės (iii dalį) ir lentelės TDI-4 (iii dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(75)</sup> Žr. TDI-25 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(76)</sup> ENNSC monografija apie kanapės bus paskelbta 2007 m.; trys monografijos skyriai bus skirti gydymo dėl kanapių vartojimo poreikio didėjimui.

<sup>(77)</sup> Žr. TDI-18 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

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

<sup>(79)</sup> Žr. TDI-10 lentelę (i dalį ir ii dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(80)</sup> Žr. TDI-11 lentelę (ii dalį ir ix dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

nepradėtų vartoti kanapių, ir kuo labiau atitolinti tokį laiką, yra tai, kad paaugliai yra jautresni kanapių toksinėms medžiagoms. Jauni kanapių vartotojai bent jau ankstyvose vartojimo stadijose nesiskiria nuo jaunų alkoholio ar tabako vartotojų. Todėl visuotinė jaunimui skirta prevencija neturėtų apsiriboti vien tik kanapėmis, ji turėtų siekti užkirsti kelią taip pat alkoholio ir tabako vartojimui.

Kanapių vartojimo prevencijoje reikia atsižvelgti į lyčių skirtumus (žr. pasirinkta tema lyčių klausimu). Berniukams yra daugiau pavojaus pereiti prie intensyvaus vartojimo galbūt todėl, kad mergaitės daugiau reaguoja į tėvų neigiamą nuomonę ir atsargiau renkasi draugus. Tačiau, keičiantis tradiciniams vyrų ir moterų vaidmenims šiuolaikinėje visuomenėje, keičiasi ir ši padėtis. Kai kuriose Europos šalyse kanapių ir alkoholio vartojimo prevencijai skirtuose projektuose (*Bagmaendene* Danijoje; *Beer-Group* [Alaus grupė] Vokietijoje; ir *Risflecting* Austrijoje) bandoma berniukus mokyti bendravimo įgūdžių. Žinoma, kad viena berniukų intensyvaus alkoholio ir kanapių vartojimo priežasčių yra tai, kad jiems sunku susipažinti su mergaitėmis, todėl šiuose projektuose mokoma flirtuoti.

Atrankinė prevencija mokyklose koncentruojama į rizikos veiksnius, susijusius su narkotikų vartojimu, tokius kaip mokyklos nelankymas, antisocialinis elgesys, nepakankamas pažangumas, ryšių su draugais neišlaikymas, pamokų praleidinėjimas ir nesugebėjimas mokytis dėl narkotikų vartojimo.

Vokietijos projektas *Stoned at School* [Apsvaigęs mokykloje] skirtas mokyti mokytojus, kaip anksti nustatyti, kad mokinys vartoja kanapes, kaip anksti įsikišti, taikyti prevencines priemones ir užmegzti mokyklos kontaktus su konsultacinėmis tarnybomis. Kaip ir panašūs projektai Austrijoje, šis projektas susideda iš 10 modulių mokymo schemos, skirtos mokytojų supratimui apie kanapių vartojimą didinti ir pastebėti rizikos grupei priklausančius mokinius.

Vokietijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose yra daug specialių narkotikų klausimais konsultuojančių centrų. Nuo 2005 m. sausio mėn. visuose Prancūzijos regionuose įsteigta daugiau kaip 250 kanapių vartojimo klausimais konsultuojančių klinikų. Šios įstaigos skirtos specialiai paaugliams, turintiems sunkumų dėl kanapių ar kitų narkotikų vartojimo, ir jų tėvams, todėl jos veikia anonimiškai, yra nemokamos ir atviros visiems. Kad būtų prieinamesnės, tokios klinikos yra įsteigtos didžiuosiuose miestuose. Konsultacijas teikia profesionalai, mokantys naudoti vertinimo priemones, vesti trumpus pokalbius apie pripratimą prie

įvairių medžiagų, jie taip pat moka nustatyti, kokios būtų tikslingiausios socialinės, medicinos ar psichiatrijos paslaugos pacientams, kuriems reikia specializuotos priežiūros. Šios naujo tipo veiklos rezultatai stebimi ir vertinami. Pirmieji rezultatai po 2 ar 3 mėnesių veiklos rodo, kad per mėnesį apsilanko 3 500–4 000 asmenų, iš kurių 2 000–2 500 vartoja kanapes (kitą lankytojų dalį sudaro tėvai, giminės, su jaunu dirbantys asmenys). Taikomos ir kitokios strategijos, pavyzdžiui, trumpi struktūriniai kursai, susidedantys iš 10 grupinių užsiėmimų (Vokietijoje, Danijoje, Nyderlanduose, Austrijoje). Jungtinis Olandijos ir Vokietijos EUREGIO projektas parengė ir išleido vadovą SKOLL (savikontrolės ugdymas).

Dažnai kursai apie kanapių vartojimą remiasi tuo, kad kanapes vartoti ir laikyti yra neteisėta, ir kursų dalyviai atsiunčiami per baudžiamąją teisėsaugos sistemą. Motyvas dalyviams lankyti tokius kursus yra tai, kad tokių kursų lankymas yra privalomoji teismo skirtos bausmės dalis. Vis dėlto šie metodai padeda užmegzti kontaktus bent su tam tikra rizikos grupės dalimi.

Daugelis Europos atrankinės prevencijos priemonių orientuotos į informacijos apie kanapes teikimą. Keletas kitų įrodymais paremtų metodų, tokių kaip normų pertvarkymas (pavyzdžiui, žinojimas, kad dauguma vienmečių nepritaria kanapių vartojimui), mokymas laikytis savo nuomonės, motyvacija ir tikslų siekimas, mitų griovimas (su kanapių vartojimu siejamos vertės), dar laukia savo laiko, kai jie taps standartiniais kanapių prevencijos programų elementais. Neseniai atliktos pažeidžiamiems jaunuoliams skirtų prevencijos programų analizės (Roe ir Becker, 2005) metu nustatyta, kad informacija paremti metodai daro mažą arba nedaro jokio poveikio vartojimui ir požiūriui į jį, nesvarbu, ar jie taikomi visuotinėje ar atrankinėje prevencijoje. Tie patys autoriai nustatė, kad pažeidžiamiems jaunuoliams kompleksinės programos, kuriose dėmesys skiriamas socialinei įtakai, turi daugiau poveikio.

Svarbi išvada, kurią galima daryti, remiantis nelabai gausiais Europos atrankinių kanapių prevencijos projektų vertinimais (FRED, „Išėjimas“, „Sportas imigrantams“ ir kiti; žr. pirmiau ir EDDRA adresu <http://eddra.emcdda.europa.eu>), yra tai, kad išsamūs socialinės įtakos metodai yra labai veiksmingi. Šiais metodais pasiekiami teigiamų rezultatų: sumažėja vartojimas, atsiranda paties asmens geresnis supratimas, kad kanapės jau tampa problema, mažėja pagrindinių rizikos veiksnių ir su jais susijusių problemų, didėja savikontrolė ir motyvacija.

### Staigaus poveikio priemonė kanapių vartotojams

Staigaus poveikis – tai metodas, kuriuo siekiama priversti žmones pamąstyti apie narkotikų vartojimą ir išmokyti juos, kaip tą vartojimą kontroliuoti. Šio metodo koncepcija remiasi daugiausia motyvuojančiais pokalbiais, nesmerkiančiu ir nesusipriešinančiu būdu gilinantį į paciento vertybes, tikslus, į tai, kaip jis pats vertina narkotikų vartojimą, ir gaunant grįžtamąją informaciją apie tai, koks yra paties paciento įvaizdis apie save ir koks jis iš tikrųjų yra.

Staigaus poveikio priemonė dažnai taikoma ankstyvose alkoholio ar narkotikų vartojimo stadijose, kad būtų galima išvengti rimtų problemų vėliau. Yra įrodymų, kad staigaus poveikio priemonės yra veiksmingos, užkertant kelią tolesniam piktnaudžiavimui alkoholiu ir tabaku, ir vis daugiau dėmesio skiriama šio metodo taikymui kitų medžiagų vartojimo atvejais.

Įrodyta, kad staigaus poveikio priemonės labai naudingos kaip atrankinės prevencijos priemonės tiems kanapių vartotojams, kurie paprastai kitu atveju nepalaikytų ryšio su gydymo tarnybomis. Intensyviems kanapių vartotojams švietimu paremtos programos, skatinančios nevartoti narkotikų, gali būti neveiksmingos.

Staigaus poveikio priemonės yra ekonomiškąs metodas ir gali būti ypač tinkamas kanapių vartotojams, nes jos duoda gerus rezultatus, dirbant su narkotikų vartotojais, kurie:

- turi nedaug problemų dėl narkotikų vartojimo;
- turi nedidelę priklausomybę;
- narkotikus vartoja neseniai;
- turi stabilią aplinką (socialinę, akademinę, šeimos);
- neapsisprendę arba abejoja, ar reikia mesti narkotikus.

Šis metodas dabar taikomas keliose šalyse, pavyzdžiui, Vokietijoje, Nyderlanduose, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kur intervencijos gali būti vykdomos konsultacijų, „kursų apie kanapes“ ar netgi tarpusavio pagalbos tinklalapių forma. Pavyzdžiui, tinklalapiu paremta Vokietijos konsultacinė programa „Mesk tą mėšlą“ (*Quit the Shit*) ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) – inovacinis metodas, naudojantis telematiką, skirtas kanapių vartotojams, kurie nori mažinti ar mesti kanapių vartojimą. Kiti panašūs tinklalapiai su tarpusavio pagalbos elementais: [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html), tvarkomas Jellinek (Nyderlandai) ir [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/), tvarkomas HIT (Jungtinė Karalystė).





## 4 skyrius

### Amfetaminai, ekstazis ir kiti psichotropiniai narkotikai

Daugelyje Europos šalių antroji pagal vartojimo dažnumą neteisėta medžiaga – kokios nors pavidalo sintetinis narkotikas. Tarp visų gyventojų šių medžiagų vartojimas paprastai nedidelis, bet jaunesnio amžiaus grupėse jų vartojimo paplitimas yra ryškiai didesnis, o tam tikroje socialinėje aplinkoje ir kultūrinėse grupėse gali būti ir ypač didelis. Pasaulio mastu amfetaminai (amfetaminas ir metamfetaminas) ir ekstazis – labiausiai paplitę sintetiniai narkotikai.

Amfetaminas ir metamfetaminas stimuliuoja centrinę nervų sistemą. Iš šių dviejų narkotikų amfetaminas yra daug labiau paplitęs Europoje. Pasaulio mastu metamfetamino vartojimo didėjimas kelia nemažą susirūpinimą, nes šis narkotikas sukelia įvairias sunkias sveikatos problemas. Atrodo, kad metamfetamino vartojimas Europoje apsiriboja Čekija.

Ekstazis – sintetinės medžiagos, chemiškai giminingos amfetaminams, bet šiek tiek skiriasi savo poveikiu. Geriausiai pažįstamas ekstazio grupės narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randama ir kitų analogų (MDA, MDEA ir t. t.). Šie narkotikai kartais vadinami entaktogenais dėl jų savito poveikio nuotakų kaitai. Kartais jų poveikis panašus į haliucinogeninių medžiagų poveikį.

Praeityje geriausiai žinomas haliucinogeninis narkotikas buvo lizergo rūgšties dietilamidas (LSD), bet jau kurį laiką jo vartojimas nedidelis ir gana stabilus. Pastaruoju metu, atsirado įrodymų, kad tampa vis labiau prieinamos ir naudojamos haliucinogeninės medžiagos, ypač haliucinogeniniai grybai.

Ankstyvam naujai atsirandančių Europoje narkotikų nustatymui Europos Sąjunga turi ankstyvo įspėjimo sistemą. Ši sistema taip pat stebi potencialiai žalingas naujas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tendencijas.

#### Pasiūla ir prieinamumas <sup>(81)</sup>

Kiekybiškai įvertinti amfetaminų ir ekstazio gamybą sunku, nes „ji prasideda nuo lengvai prieinamų cheminių medžiagų

ir vyksta lengvai paslepiamose laboratorijose“ (UNODC, 2003a). Naujaisiais duomenimis vertinama, kad kasmet pasaulyje pagaminama apie 520 tonų amfetamino ir ekstazio (UNODC, 2003b). Daugiausia šių medžiagų, 46 tonos, konfiskuota 2000 m. Po to 2001 m. ir 2002 m. konfiskuoti kiekiai sumažėjo, o 2003 m. vėl išaugo iki 34 tonų, o 2004 m. šiek tiek sumažėjo iki 29 tonų. 2004 m. pasaulio mastu konfiskuotus amfetaminų ir ekstazio kiekius sudarė 38 % metamfetamino (sumažėjo nuo 66 % 2003 m.), 29 % ekstazio ir 20 % amfetamino (CND, 2006).

#### Amfetaminas

Amfetamino gamyba ir toliau sutelkta Vakarų ir Vidurio Europoje, ypač Belgijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje. Šiame regione, kaip rodo 2004 m. sunaikintų laboratorijų skaičius, neteisėtoje amfetamino gamyboje nemažą vaidmenį vaidina Estija, Lietuva ir Bulgarija, šiek tiek mažiau Vokietija, Ispanija ir Norvegija (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. Kitose pasaulio dalyse amfetaminas daugiausia gaminamas Šiaurės Amerikoje ir Okeanijoje (CND, 2006). Neteisėta amfetamino prekyba 2004 m. daugiausia apsiribojo regionais. Daugiausia amfetamino Europos neteisėtose rinkose pagaminama Belgijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje, taip pat Estijoje ir Lietuvoje (Šiaurės šalyse) („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; WCO, 2005).

Iš 6 tonų konfiskuotų visame pasaulyje 2004 m., apie 97 % buvo konfiskuota Europoje, daugiausia Vakarų ir Vidurio Europoje bei pietryčių Europoje (atitinkamai 67 % ir 26 % viso pasaulyje konfiskuoto kiekio) (CND, 2006).

2004 m. Europos Sąjungoje užregistruota 33 000 amfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota 5,2 tonos, arba 9,6 milijonai vienetų. Daugiausia Europos Sąjungoje konfiskavimo atvejų įvyksta ir didžiausi kiekiai konfiskuojami Jungtinėje Karalystėje <sup>(83)</sup>. Turkija nurodo, kad 2004 m. konfiskavo 9,5 milijonus vienetų amfetamino. Nepaisant tam tikrų svyravimų, ES mastu bendras konfiskavimo atvejų

<sup>(81)</sup> Žr. „Konfiskavimo ir kitų rinkos duomenų aiškinimas“, p. 37.

<sup>(82)</sup> Sunaikintų laboratorijų skaičius, apie kurį praneša įvairios šalys, atspindi ne tik gamybos vietas, bet ir teisėsaugos veiklą, prioritetus ir pranešimų praktiką.

<sup>(83)</sup> Šią situaciją reikėtų patikrinti, gavus duomenis apie Jungtinę Karalystę. Duomenų apie amfetamino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2004 m. nepateikė Airija ir Jungtinė Karalystė; duomenų apie konfiskuotus amfetamino kiekius 2004 m. nepateikė Slovėnija; duomenų apie amfetamino konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. nepateikė Nyderlandai. Vertinant duomenis, trūkstami 2004 m. duomenys buvo pakeisti 2003 m. duomenimis. 2004 m. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius buvo paremti tik vertinimu, todėl jais nebuvo galima remtis, analizuojant 2004 m. tendencijas.

skaičius <sup>(84)</sup> ir konfiskuoti kiekiai <sup>(85)</sup> didėjo nuo 1999 m. Remiantis ataskaitas pateikusių šalių duomenimis atrodo, kad ši augimo tendencija nenutrūko ir 2004 m.

2004 m. vidutinė mažmeninė amfetamino kaina svyravo nuo 4 EUR už gramą Slovėnijoje iki 64 EUR už gramą Maltoje <sup>(86)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu amfetamino kainos, koregavus jas pagal infliaciją <sup>(87)</sup>, sumažėjo Vokietijoje, Ispanijoje, Airijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje, Turkijoje ir Norvegijoje <sup>(88)</sup>.

Vidutinis amfetamino grynumas 2004 m. svyravo nuo 5–6 % Bulgarijoje iki 44 % Norvegijoje <sup>(89)</sup>. Turimais duomenimis <sup>(90)</sup>, 1999–2004 m. laikotarpiu amfetamino grynumas mažėjo Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Suomijoje ir Norvegijoje, bet didėjo Belgijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Vengrijoje ir Austrijoje.

## Metamfetaminas

Pasaulio mastu pagaminamų ir parduodamų kiekių atžvilgiu metamfetaminas ir toliau lieka svarbesnis nei amfetaminas ar ekstazis, nors konfiskuota jo dalis 2004 m. sumažėjo. Ir toliau jis daugiausia gaminamas Rytų ir Pietryčių Azijoje (Kinijoje, Filipinuose, Mianmare, Tailande), mažiau Šiaurės ir Centrinėje Amerikoje (Jungtinėse Amerikos Valstijose, Kanadoje, Meksikoje). 2004 m. visame pasaulyje konfiskuota 11 tonų metamfetamino, iš kurių 59 % buvo konfiskuoti Rytų ir Pietryčių Azijoje ir 37 % Šiaurės Amerikoje (CND, 2006). Europoje metamfetamino gamyba apsiriboja daugiausia Čekija, kur jis gaminamas nuo devintojo dešimtmečio vidurio periviinio pavadinimu. Tačiau 2004 m. apie jo gamybą pranešė Slovakija ir Bulgarija, kur buvo sunaikintos kelios laboratorijos („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; UNODC, 2006). Dauguma čekų pagaminto metamfetamino yra skirta vietinei rinkai, nors šiek tiek kontrabanda išvežama į Vokietiją, Austriją ir Slovakiją („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005). 2004 m. apie metamfetamino

konfiskavimo atvejus pranešta Belgijoje, Čekijoje, Danijoje, Estijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Austrijoje, Slovakijoje, Švedijoje, Rumunijoje ir Norvegijoje; paskutinėje čia paminėtoje valstybėje konfiskavimo atvejų ir konfiskuotų kiekių buvo daugiausia <sup>(91)</sup>.

2004 m., mažmeninė metamfetamino kaina <sup>(92)</sup> Čekijoje svyravo nuo 12 iki 63 EUR už gramą, tuo tarpu jo vidutinis grynumas <sup>(93)</sup> buvo 43 % Slovakijoje ir 50 % Čekijoje.

## Ekstazis

Europa pasaulyje išlieka pagrindiniu ekstazio gamybos centru, nors jos vaidmuo mažėja, nes pastaraisiais metais ekstazis pradėtas gaminti kitur – pirmiausia Šiaurės Amerikoje (Jungtinėse Amerikos Valstijose, Kanadoje) ir Rytų bei Pietryčių Azijoje (Kinijoje, Indonezijoje, Honkonge) (CND, 2006; UNODC, 2006). Nors 2004 m. Nyderlandai išliko pagrindiniu ekstazio šaltiniu Europoje, ekstazio laboratorijos buvo aptiktos Belgijoje, Estijoje, Ispanijoje ir Norvegijoje („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; UNODC, 2006). Nurodoma, kad Europos Sąjungoje konfiskuoto ekstazio kilmės šalys – Nyderlandai ir Belgija, mažesniu mastu Lenkija ir Jungtinė Karalystė („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005).

Ekstazio prekyba vis dar daugiausia koncentruota Vakarų Europoje, nors pastaraisiais metais, kaip ir gamyba, ji išplito visame pasaulyje. 2004 m. iš visame pasaulyje konfiskuotų 8,5 tonų ekstazio (svoris) 50 % buvo konfiskuota Vakarų ir Vidurio Europoje, 23 % Šiaurės Amerikoje ir 16 % Okeanijoje (CND, 2006).

2004 m. Europos Sąjungoje buvo apie 24 000 konfiskavimo atvejų, ir jų metu konfiskuota apie 28,3 milijonus ekstazio tablečių. Iki 2003 m. didžiausi ekstazio kiekiai buvo sučiupti Jungtinėje Karalystėje, po to – Vokietijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose <sup>(94)</sup>.

<sup>(84)</sup> Žr. SZR-11 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(85)</sup> Žr. SZR-12 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(86)</sup> Žr. PPP-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(87)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(88)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie amfetamino kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje, Turkijoje ir Norvegijoje.

<sup>(89)</sup> Žr. PPP-8 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje. Atkreipkite dėmesį, kad už pranešamo vidutinio amfetamino grynumo gali slėptis labai nevienodas analizuotų pavyzdžių grynumas.

<sup>(90)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie amfetamino grynumą bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Vokietijoje, Estijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Vengrijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Portugalijoje, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje, Turkijoje ir Norvegijoje.

<sup>(91)</sup> Vokietijos, Italijos, Liuksemburgo ir Nyderlandų pateikti 2004 m. duomenys neleidžia skirti metamfetamino ir amfetamino konfiskavimo atvejų, o Airija ir Jungtinė Karalystė išvis nepateikė duomenų apie 2004 m. konfiskavimą, todėl sunku nustatyti ar šiose penkiose šalyse 2004 m. išvis buvo konfiskuota metamfetamino.

<sup>(92)</sup> Žr. PPP-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(93)</sup> Žr. PPP-8 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(94)</sup> Tai reikia patikrinti gavus 2004 m. duomenis apie Jungtinę Karalystę. Duomenų apie ekstazio konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius 2004 m. nepateikė Airija ir Jungtinė Karalystė; duomenų apie ekstazio konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. nepateikė Nyderlandai. Apytikriam apskaičiavimui vietoj 2004 m. duomenų buvo pasinaudota 2003 m. duomenimis. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius 2004 m. buvo paremti tik bendru vertinimu ir todėl jais nebuvo galima remtis analizuojant 2004 m. tendencijas.

1999–2001 m. laikotarpiu ekstazio konfiskavimo atvejų skaičius greitai augo <sup>(95)</sup>, 2002–2003 m. tokių atvejų buvo mažiau, bet šalių ataskaitose pateikti duomenys rodo, kad ekstazio konfiskavimo atvejų skaičius 2004 m. vėl padidėjo. Konfiskuoti ekstazio kiekiai <sup>(96)</sup> didėjo nuo 1999 m. iki 2002 m. ir pasiekė žemiausią tašką 2003 m., tačiau 2004 m. jie vėl grįžo į 2002 m. lygį.

2004 m. vidutinė mažmeninė ekstazio tablečių kaina svyravo nuo mažiau kaip 3 EUR už tabletę Lietuvoje ir Lenkijoje iki 15–25 EUR Graikijoje ir Italijoje <sup>(97)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu vidutinė mažmeninė ekstazio kaina, koreguota pagal infliaciją <sup>(98)</sup>, sumažėjo daugumoje ataskaitas pateikusių šalių <sup>(99)</sup>.

Europoje parduodamų kaip ekstazis tablečių sudėtyje dažniausiai vienintelė psichoaktyvioji medžiaga būdavo MDMA arba kita į ekstazį panaši medžiaga (MDEA, MDA). Čekijoje, Graikijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje tokios tabletės sudarė daugiau kaip 95 % visų 2004 m. išanalizuotų tablečių. Išimtį sudarė Bulgarija, kur didžiojoje išanalizuotų tablečių (61 %) dalyje buvo tik vienintelė psichoaktyvioji medžiaga – amfetaminas ir (arba) metamfetaminas. Skirtingas šalis ar netgi tą pačią šalį pasiekiančiose įvairių partijų (net su tuo pačiu logotipu) ekstazio tabletėse MDMA kiekis buvo labai skirtingas. 2004 m. vidutinis aktyviosios medžiagos (MDMA) kiekis ekstazio tabletėse svyravo nuo 30 iki 82 mg <sup>(100)</sup> („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005).

## LSD

LSD gaminama ir parduodama daug mažiau nei kitų sintetinių narkotikų. 2004 m. Europos Sąjungoje buvo 700 LSD konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuota 220 000 LSD

vienetų. Nuo 2002 m. daugiausia LSD kasmet konfiskuoja Vokietija, antrą vietą užima Jungtinė Karalystė <sup>(101)</sup>. Nuo 1999 m. iki 2002 m. LSD konfiskavimo atvejų skaičius Europos Sąjungoje <sup>(102)</sup> ir konfiskuoti LSD kiekiai <sup>(103)</sup> mažėjo. Tačiau turimi duomenys rodo, kad 2003 m. ir 2004 m. LSD konfiskavimo atvejų ir kiekių padaugėjo pirmą kartą per 9 metus. Gana dideli šio narkotiko kiekiai 2004 m. sučiupti Vokietijoje, Prancūzijoje, Lietuvoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje.

2004 m. vidutinė vartotojui parduodamo LSD vieneto kaina svyravo nuo 2,5 EUR Portugalijoje iki 11,6 EUR Maltoje <sup>(104)</sup>. Vidutinės LSD kainos, koreguotos pagal infliaciją <sup>(105)</sup>, 1999–2004 m. laikotarpiu rodo mažėjimo tendenciją <sup>(106)</sup> Čekijoje, Airijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Švedijoje, bet šios kainos išaugo Vokietijoje ir Prancūzijoje.

## Tarptautinė kova su amfetaminų ir ekstazio gamyba ir prekyba

Nuo 2004 m. gruodžio mėn. sintetinių narkotikų srityje Europolas vykdo projektą „Synergy“ [Sinergija] <sup>(107)</sup>. Jį remia 20 ES valstybių narių ir kai kurios trečiosios valstybės. Į projektą įeina analizei skirta darbo byla (AWF) su operatyviais projektais, vykdomais keliose ES šalyse, ir tam tikros priemonės, naudojamos analitiniams ir strateginiams tikslams, tokios kaip Europolo ekstazio logotipų sistema (EELS) (įskaitant ekstazio logotipų katalogą) ir Europos neteisėtų laboratorijų lyginimo sistema (ELICS). Europolas toliau remia CHAIN projektą <sup>(108)</sup>, skirtą amfetamino charakteristikai, ir Europos jungtinį prekursorių padalinį (EUJP). Naikinant neteisėtus sintetinių narkotikų gamybos įrenginius, pagalbą vietoje teikia ekspertai, o pastaruoju metu vykdamas projektus, daugiausia dėmesio skiriama sunaikintų laboratorijų lyginimui ir cheminių medžiagų sąvartynų suradimui, nes nuo jų

<sup>(95)</sup> Žr. SZR-13 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(96)</sup> Žr. SZR-14 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(97)</sup> Žr. PPP-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(98)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(99)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie ekstazio kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Čekijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Kipre, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje, Turkijoje ir Norvegijoje.

<sup>(100)</sup> Šie duomenys paremti tik keleto šalių duomenimis, būtent Danijos, Vokietijos, Prancūzijos, Liuksemburgo ir Nyderlandų.

<sup>(101)</sup> Duomenų apie 2004 m. LSD konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės, duomenų apie LSD konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. negauta iš Kipro, Nyderlandų, Lenkijos ir Bulgarijos. Apytikriam apskaičiavimui vietoj 2004 m. duomenų buvo panaudoti 2003 m. duomenys. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius 2004 m. buvo paremti tik bendru vertinimu ir todėl jais nebuvo galima remtis analizuojant 2004 m. tendencijas

<sup>(102)</sup> Žr. SZR-15 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(103)</sup> Žr. SZR-16 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(104)</sup> Žr. PPP-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(105)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(106)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie LSD kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja Čekijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Lietuvoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Rumunijoje ir Norvegijoje.

<sup>(107)</sup> Projektas „Synergy“ apjungė projektus CASE ir Genesis, pradėtus vykdyti 2002 m.

<sup>(108)</sup> Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) [Suderinta kovos su amfetaminu bendradarbiavimo iniciatyva] – tai bendra teisminė tyrimo iniciatyva, kurią pakeitė CASE bandomasis projektas.

prasideda tyrimas, padedantis atsekti tablečių gamybos mašinas ir prekursorių neteisėtą kontrabandą į ES šalis.

Projektas „Prizmė“ – tai tarptautinė iniciatyva, kuria siekiama užkirsti kelią neteisėtam prekursorių (pirmtakų) naudojimui sintetinių narkotikų gamybai, paremta išankstine Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybos (INCB) informavimo sistema apie teisėtą išankstinį eksportą ir apie sulaikytus krovinius ir konfiskuotas medžiagas, įtarus neteisėtus sandorius.

Efedrinas ir pseudoefedrinas yra pagrindiniai metamfetamino pirmtakai. Metamfetaminui gaminti taip pat naudojamas 1-fenil-2-propanonas (P-2-P). Neteisėtai MDMA gamybai naudojamas 3,4-metilenedioksifenil-2-propanonas (3,4-MDP-2-P), safrolis ir daug safrolio turintys aliejai. MDA sintezei taip pat naudojamas piperonalis <sup>(109)</sup>.

2004 m. efedrino ir pseudoefedrino teisėtai buvo pagaminta iš viso atitinkamai 526 ir 1 207 tonos. Didžiausi šių cheminių medžiagų kiekiai buvo konfiskuoti Šiaurės Amerikoje ir Pietryčių Azijoje, bet susirūpinimą kelia tai, kad konfiskavimo atvejai išplito į visus regionus. Į Europą kontrabandos būdu įvežamo efedrino ir pseudoefedrino kilmės šalys yra dažniausiai Vakarų Azijoje. 2004 m. 2,6 tonos efedrino ir 1 kg pseudoefedrino buvo konfiskuoti Europoje <sup>(110)</sup>; dažniausiai konfiskuojami nedideli kiekiai, kurie įvežami iš daugelio skirtingų laboratorijų, esančių daugiausia Čekijoje, nors Graikijoje yra konfiskuota didelė efedrino siunta iš Pakistano.

Projekto „Prizmė“ vykdymo metu Europoje didžiausias dėmesys skiriamas 3,4-MDP-2-P ir P-2-P, skirto neteisėtai MDMA ir amfetamino gamybai, kontrabandos į Europą prevencijai. 2004 m. konfiskuoti didžiausi kada nors pasaulyje užregistruoti 3,4-MDP-2-P ir P-2-P kiekiai. Europoje daugiausia konfiskuota 3,4-MDP-2-P, o Jungtinėse Amerikos Valstijose – P-2-P. 2004 m. konfiskuoti Europoje kiekiai iš viso sudarė 10 161 litrą 3,4-MDP-2-P (daugiausia Nyderlanduose ir Belgijoje) ir 9 297 litrus P-2-P (daugiausia Lenkijoje ir Nyderlanduose) <sup>(111)</sup>.

Piperonalis teisėtai naudojamas įvairiais tikslais, bet jis gali būti naudojamas ir kaip pirmtakas 3,4-MDP-2-P, MDA arba MDMA gamybai (INCB, 2006b). Nuo 2004 m. lapkričio mėn. iki 2005 m. spalio mėn. Tarptautinei narkotikų kontrolės valdybai (INCB) pranešta apie 150 siuntų, iš viso 3800 tonų (2006b). 2004 m. didžiausi piperonalio kiekiai konfiskuoti

Kinijoje (13 tonų); 2,4 tonos konfiskuotos Europoje, beveik visas šis kiekis konfiskuotas Rumunijoje <sup>(112)</sup>.

Apie safrolio konfiskavimą pranešama iš visų pasaulio regionų, bet konfiskuojami kiekiai nedideli, išskyrus Kiniją, kuri nurodo konfiskavusi daugiau kaip 100 kg. Europoje 122 litrai safrolio buvo konfiskuoti 2004 m., daugiausia Latvijoje, bet jo konfiskuota ir Lietuvoje.

## Paplitimas ir vartojimo būdai

Gyventojų apklausa visada rodė, kad po kanapių amfetaminai ir ekstazis yra dažniausiai vartojamos neteisėtos medžiagos, nors jų bendras vartojimo paplitimas mažesnis nei kanapių. Ekstazio vartojimas išpopuliarėjo dešimtajame dešimtmetyje, tuo tarpu amfetaminai pradėti vartoti daug seniau.

ES valstybėse narėse amfetaminų <sup>(113)</sup> ir ekstazio vartojimas yra santykinai didelis tik keliose šalyse, būtent Čekijoje, Estijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Neseniai atliktos suaugusiųjų (15–64 metų) apklausos rodo, kad Europoje amfetaminų vartojimo nors kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,1 % iki 5,9 %, išskyrus Jungtinę Karalystę (Angliją ir Velsą), kur šis skaičius siekia 11,2 %. Vidutiniškai apie 3,1 % visų suaugusių europiečių yra bent kartą bandę amfetaminą. Po Jungtinės Karalystės didžiausias tokių asmenų procentas yra Danijoje (5,9 %), Norvegijoje (3,6 %) ir Vokietijoje (3,4 %). Praeitais metais užregistruotas daug mažesnis amfetamino vartojimo lygis: vidutiniškai 0,6 % (svyruoja nuo 0 iki 1,4 %). Remiantis visų gyventojų apklausa, skaičiuojama, kad šių medžiagų yra bandę 10 milijonų europiečių, o daugiau kaip 2 milijonai amfetaminą vartojo per pastaruosius 12 mėnesių <sup>(114)</sup>.

Tarp jaunų suaugusių (15–34 metų) amfetamino vartojimo patirtis svyruoja nuo 0,1 iki 9,6 %; Jungtinė Karalystė (Anglija ir Velsas) nurodo, kad amfetaminą vartojusių jaunų suaugusių dalis siekia 16,5 % (šiam skaičiuje gali atsispindėti istorinis reiškinys, žr. toliau). Pusėje duomenis pateikusių šalių paplitimas mažesnis nei 4 %, po Jungtinės Karalystės didžiausius procentus nurodo Danija (9,6 %), Norvegija (5,9 %) ir Vokietija (5,4 %). Amfetaminą yra bandę vidutiniškai 4,8 % jaunų europiečių. Danija (3,1 %) ir Estija (2,9 %) nurodo didžiausią paplitimo procentą pastaraisiais metais <sup>(115)</sup>. Manoma, kad per pastaruosius metus amfetaminą

<sup>(109)</sup> Visi įrašyti į 1988 m. Konvencijos I lentelę.

<sup>(110)</sup> Į konfiskavimo duomenis neįeina sulaikytų siuntų kiekiai.

<sup>(111)</sup> Į konfiskavimo duomenis neįeina sulaikytų siuntų kiekiai.

<sup>(112)</sup> Į konfiskavimo duomenis neįeina sulaikytų siuntų kiekiai.

<sup>(113)</sup> Visų gyventojų apklausose duomenys apie „amfetamino“ ir „metamfetamino“ vartojimą įeina į vieną kategoriją „amfetamino vartojimas“.

<sup>(114)</sup> Apskaičiavimo metodiką žr. 53 išnašoje.

<sup>(115)</sup> Žr. GPS-15 ir GPS-16 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

yra vartoję vidutiniškai 1,4 % jaunų europiečių (taip pat žr. 4 paveikslėlį).

Ekstazį yra bandę 0,2–7,1 % visų suaugusiųjų (vidutiniškai 2,6 %). Kai kurios šalys nurodo, kad tokių asmenų dalis siekia 1,8 % ar mažiau, didžiausias paplitimas Čekijoje (7,1 %) ir Jungtinėje Karalystėje (6,7 %). Ekstazio vartojimas per pastaruosius metus svyruoja nuo 0,2 % iki 3,5 %, bet pusė šalių nurodo 0,5 % ar dar mažiau. Manoma, kad ekstazį yra bandę beveik 8,5 milijono europiečių, o beveik 3 milijonai vartojo jį per pastaruosius 12 mėnesių.

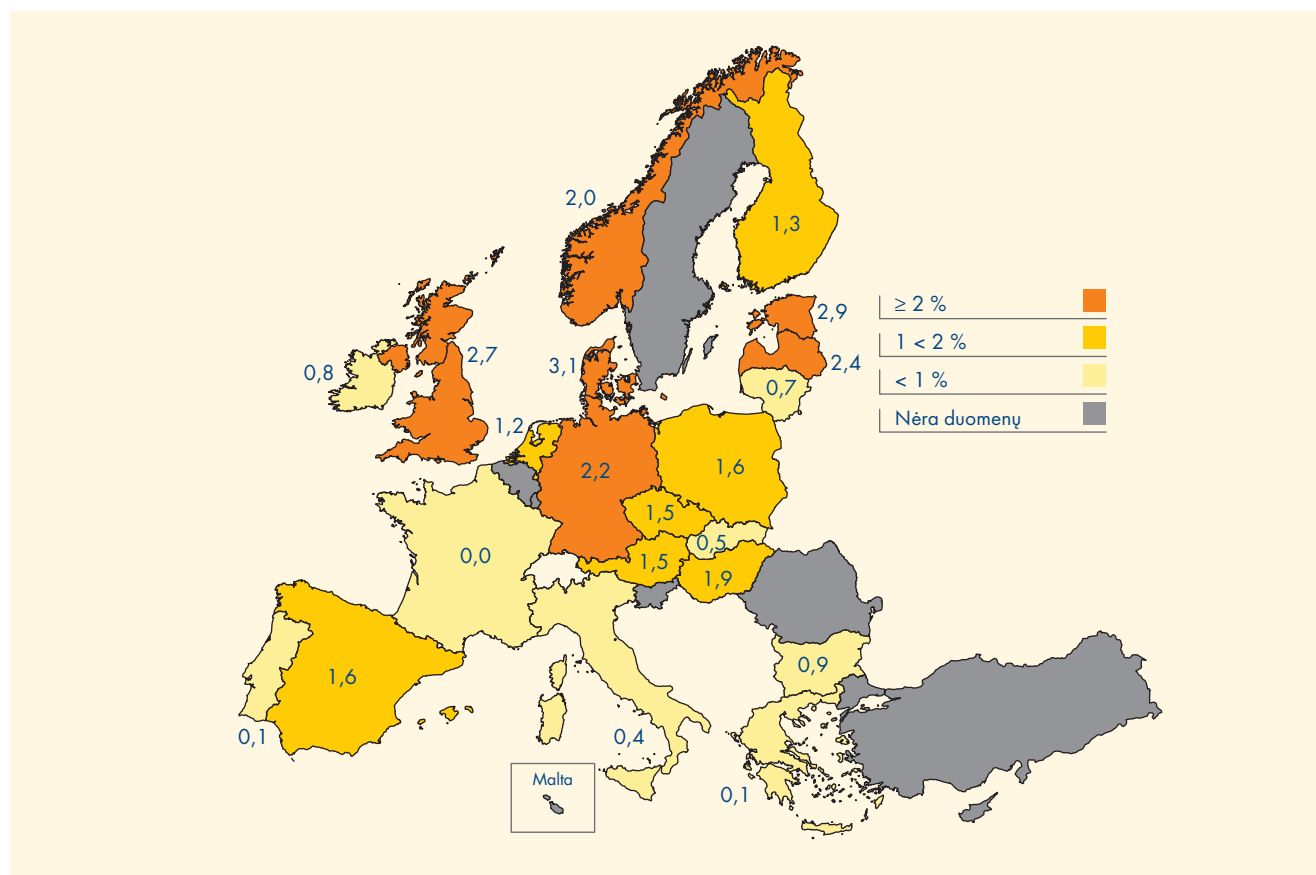
Tarp jaunų suaugusių ekstazio vartojimo paplitimo gyvenime vidurkis visose šalyse siekia 5,2 %, o atskirose šalyse svyruoja nuo 0,5 % iki 14,6 %, nors pusė šalių nurodo mažiau kaip 3,6 %. Didžiausius paplitimo procentus nurodo Čekija (14,6 %), Jungtinė Karalystė (12,7 %) ir Ispanija (8,3 %).

Ekstazį dažniausiai vartoja jauni žmonės. 15–24 metų amžiaus grupėje vartojimo gyvenime paplitimas svyruoja

nuo 0,4 % iki 18,7 %, didžiausias paplitimas Čekijoje (18,7 %) <sup>(116)</sup> ir Jungtinėje Karalystėje (10,7 %), ekstazį daugiau vartoja vyrai (0,3–23,2 %) negu moterys (0,4–13,9 %). Vartojimas gyvenime svyruoja nuo 0,3 % iki 12 %, didžiausias paplitimas Čekijoje (12 %) ir Estijoje (6,1 %) (5 paveikslėlis). Septynios šalys nurodo, kad vartojimo per pastaruosius metus paplitimas sudaro mažiau nei 3 %. Paprastai ekstazio vartojimas per pastaruosius metus yra didesnis miestuose, ypač tarp jaunimo, lankančio diskotekas, klubus ir šokius (žr. pasirinktą temą apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose).

Apklausa rodo, kad tarp 15–16 metų mokinių ekstazio vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas 1995–2003 m. laikotarpiu išaugo, ypač Čekijoje ir daugumoje naujųjų ES valstybių narių <sup>(117)</sup>. 2003 m. ESPAD atliktose mokyklų apklausose (Hibell *et al.*, 2004) nustatyta, kad amfetamino vartojimo gyvenime paplitimas 1–3 % didesnis nei ekstazio šešiose valstybėse narėse

#### 4 paveikslėlis. Amfetamino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Smulkesnę informaciją žr. GPS-8 ir GPS-11 lentelėse 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

<sup>(116)</sup> Čekijoje buvo tirta 18–24 metų amžiaus grupė.

<sup>(117)</sup> Žr. EYE-2 (I dalis) paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

(Vokietijoje, Danijoje, Estijoje, Lietuvoje, Austrijoje ir Lenkijoje) <sup>(118)</sup>.

Palyginimui galima nurodyti, kad 2004 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktoje nacionalinėje narkotikų vartojimo ir sveikatos apklausoje nustatyta, kad ekstazį vartoję bent kartą gyvenime nurodo 4,6 %, o per pastaruosius metus 0,8 % suaugusiųjų (nuo 12 metų ir vyresnių) (Europos Sąjungoje atitinkami skaičiai – 2,6 % ir 0,9 %). Tarp jaunų suaugusiųjų nuo 16 iki 34 metų vartojimo patirtis gyvenime 11,3 %, o per pastaruosius metus 2,2 % (atitinkamai 5,2 % ir 1,9 % Europoje) <sup>(119)</sup>.

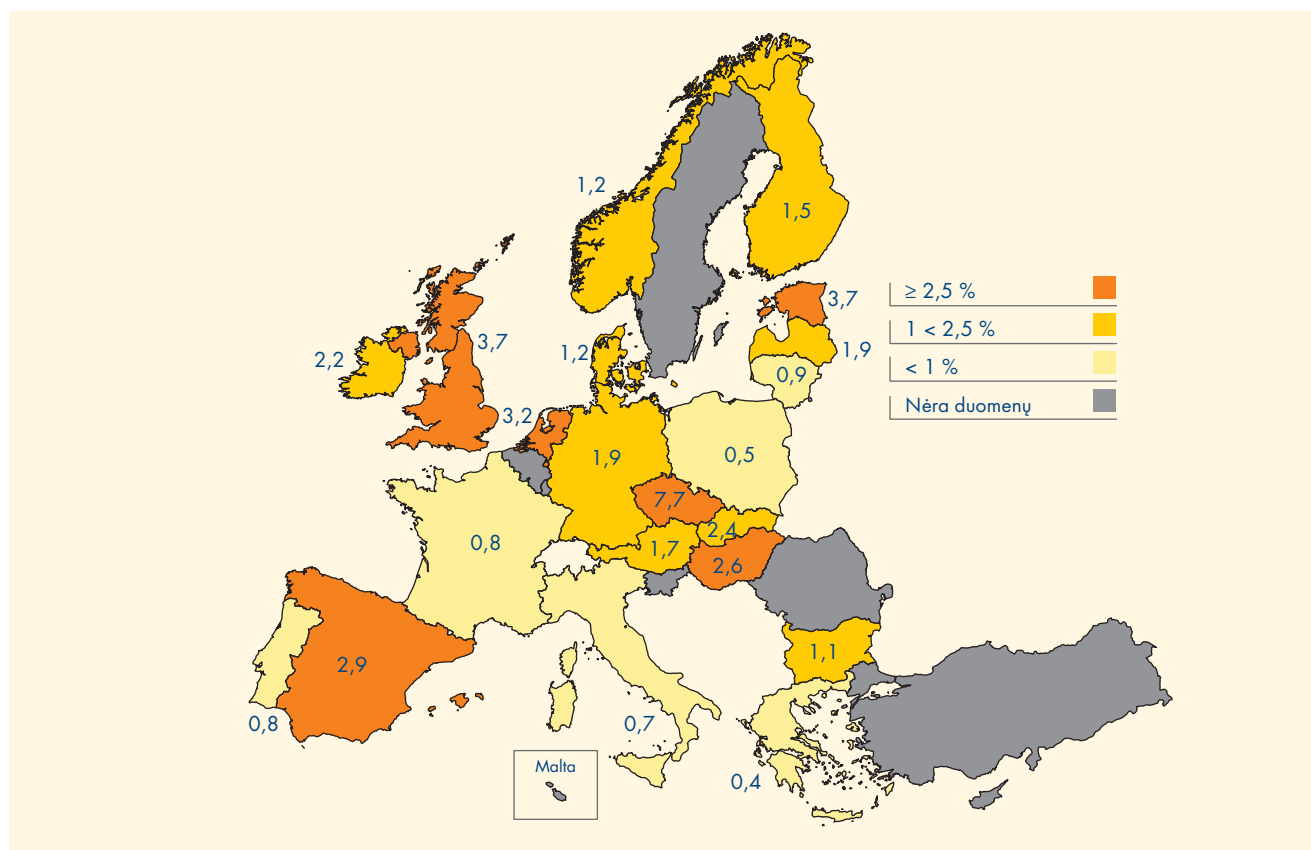
LSD vartojimo bent kartą gyvenime patirtis tarp suaugusiųjų svyruoja nuo 0,2 % iki 5,9 %, dviejuose trečdaliuose šalių šis procentas svyruoja nuo 0,4 % iki 1,7 %. Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) LSD vartojimo gyvenime paplitimas svyruoja nuo 0,3 % iki 9 %, o 15–24 metų

grupėje jis neviršija 4,5 %. Vartojimo per pastaruosius metus paplitimas 15–24 metų amžiaus grupėje yra didesnis nei 1 % tik Čekijoje, Estijoje, Latvijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Bulgarijoje.

## Tendencijos

Naujos gyventojų atliktos apklausos rodo, jog galimas dalykas, kad amfetamino ir ekstazio vartojimas, kuris per pastaruosius kelerius metus didėjo, stabilizuojasi ar net mažėja. Jungtinė Karalystė ir dvi kitos valstybės narės, kur šių narkotikų vartojimas buvo santykinai didelis (Čekija ir Ispanija), nurodo, kad amfetamino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų stabilizuojasi ar net mažėja <sup>(120)</sup>. Panašiai stabilizuojasi ar mažėja ekstazio vartojimas Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, kur jo vartojimas buvo didelis, bet Čekijoje ekstazio vartojimas nemažėja <sup>(121)</sup>.

### 5 paveikslėlis. Ekstazio vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Smulkesnę informaciją žr. GPS-8 ir GPS-11 lentelėse 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

<sup>(118)</sup> Žr. EYE-2 (vi dalis) paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(119)</sup> Šaltinis: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Atkreipkite dėmesį, kad amžiaus diapazonas JAV apžvalgoje (12 metų ir vyresni) yra didesnis už amžiaus diapazoną, priimtą ENNSC Europos Sąjungos apžvalgose (15–64 metai). „Jaunų suaugusiųjų“ grupėje (16–34 metų) skaičius JAV apžvalgoje apskaičiavo ENNSC.

<sup>(120)</sup> Žr. GPS-6 ir GPS-17 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(121)</sup> Žr. GPS-8, GPS-18 ir GPS-30 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

## Duomenys apie gydymo poreikį – amfetaminai ir ekstazis <sup>(122)</sup>

Nors gydymo poreikis dėl amfetaminų ir ekstazio vartojimo apskritai didėja, šių narkotikų vartojimas daugumoje šalių retai yra pirminė gydymosi priežastis <sup>(123)</sup>. Tačiau keletas šalių sudaro išimtį ir nurodo, kad gydymo poreikis dėl amfetamino ir metamfetamino vartojimo sudaro gana didelę visos paklausos dalį. Čekijoje, Slovakijoje, Suomijoje ir Švedijoje gydymo dėl šių narkotikų priežastis sudaro nuo ketvirčio iki pusės visų atvejų <sup>(124)</sup>. Čekija ir Slovakija nurodo, kad didelė gydymo poreikio dalis yra susijusi su pirmine metamfetamino problema (žr. langelį apie metamfetaminą). Tose šalyse, kur amfetamino vartotojai sudaro gana didelę besigydančiųjų nuo narkomanijos dalį, nuo trečdalis iki dviejų trečdalių pacientų šį narkotiką švirkščiasi <sup>(125)</sup>.

### Metamfetamino vartojimas ir su juo susijusios problemos

Apie rimtas problemas dėl metamfetamino vartojimo pranešama iš daugelio pasaulio vietų, pavyzdžiui, JAV, Pietryčių Azijos, Ramiojo Vandenyno šalių ir Afrikos (UNODC, 2006). Metamfetamino vartojimas gali sukelti rimtas sveikatos problemas, pavyzdžiui, psichozę, priklausomybę ir gali sietis su rizikinga elgsena, pavyzdžiui, tokia, kuri gali būti ŽIV užkrėtimo priežastis.

Praeityje daugiausia metamfetamino buvo vartojama Čekijoje, kur yra dvigubai daugiau amfetamino (pervitino) vartotojų (20 300) nei opioidų vartotojų (9 700). Pastaraisiais metais metamfetaminas tapo pagrindiniu narkotiku tarp pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų Slovakijoje; didelis metamfetamino vartojimas nustatytas tarp kai kurių Vengrijos subpopuliacijų. 2005 m. „Reitox“ ataskaitose septynios kitos šalys (Danija, Prancūzija, Latvija, Slovėnija, Jungtinė Karalystė, Bulgarija ir Norvegija) nurodė padidėjusį šio narkotiko konfiskavimo atvejų skaičių ir (arba) jo vartojimą, daugiausia tarp dažnų klubų ir pobūvių lankytojų. Šiuo metu turima informacija neleidžia daryti tvirtų išvadų apie metamfetamino vartojimo tendencijas šiose šalyse. Tačiau metamfetamino paplitimas kitose pasaulio dalyse ir šio narkotiko sukeltos rimtos sveikatos problemos reiškia, kad šioje srityje reikia būti ir toliau budriems.

Dauguma šalių nurodo, kad gydymo dėl ekstazio vartojimo poreikis sudaro mažiau kaip 1 % viso poreikio, išimtį sudaro Kipras, Vengrija, Airija ir Turkija, kur ekstazio pacientų dalis siekia nuo 4 % iki 6 %.

## Naujos narkotikų vartojimo tendencijos

Naujų ir naujai atsirandančių narkotikų vartojimo paplitimas yra daug mažesnis nei nuo seno žinomų neteisėtų narkotikų vartojimo paplitimas. Tikėtina, kad naujus narkotikų vartojimo būdus taiko tik atskiri individai iš nedidelių grupių nedidelėse geografinėse vietovėse ir aplinkose. Todėl norint nustatyti ir stebėti atsirandančios paklausos tendencijas, reikia taikyti kitokią metodiką, negu yra taikoma pagrindinių narkomanijos tipų stebėjimui.

### Haliucinogeniniai grybai: atsirandančios tendencijos tyrimas

Iki pastarojo meto LSD buvo dažniausiai vartojama haliucinogeninė medžiaga. Dabar atrodo, kad padėtis keičiasi, nes vis dažniau pranešama apie haliucinogeninių grybų <sup>(126)</sup> vartojimą. Nuo dešimtojo dešimtmečio pabaigos haliucinogeninių grybų prieinamumas padidėjo, kai juos buvo imta pardavinėti kartu su kitais „natūraliais“ produktais „parduotuvėse“ Nyderlanduose ir kitur <sup>(127)</sup>. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje 2000 metų pradžioje padaugėjo parduotuvių parduodančių haliucinogeninius grybus, o iki 2005 m. juos pardavinėjo jau apie 300 parduotuvių ir kioskų visoje šalyje. Haliucinogeninius grybus imta pardavinėti ir per internetą, ir atsirado tinklalapių, daugiausia Olandijoje, kurie pardavinėja šviežius grybus, auginimo reikmenis ir sporas. Internetinė haliucinogeninių grybų prekyba vyksta įvairiomis kalbomis, daugiausia anglų, prancūzų ir vokiečių, ir tai liudija apie plačią tarptautinę vartotojų bazę.

Neseniai atliktos suaugusiųjų ir mokinių apklausos Europos Sąjungoje rodo, kad tarp jaunų 15–24 metų žmonių haliucinogeninių grybų vartojimas gyvenime svyruoja nuo mažiau kaip 1 % iki 8 % <sup>(128)</sup>. Devyniose valstybėse narėse haliucinogeninių grybų vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų mokinių yra toks pat kaip

<sup>(122)</sup> Žr. 70 išnašą.

<sup>(123)</sup> Žr. TDI-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(124)</sup> Žr. TDI-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(125)</sup> Žr. TDI-17 (iii dalis) lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(126)</sup> Šioje ataskaitoje terminu „haliucinogeniniai grybai“ vadinami tik grybai, kurių sudėtyje yra psichoaktyviosios medžiagos psilocibino ir psilocino. Grybų rūšys, kurių sudėtyje yra kitų psichoaktyviųjų medžiagų, vartojamos rečiau. Daugiau informacijos žr. ENNSC teminį straipsnį apie haliucinogeninius grybus adresu [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

<sup>(127)</sup> Tokios parduotuvės parduoda teisėtus ir dažniausiai natūralius produktus, tarp jų ir haliucinogeninius grybus.

<sup>(128)</sup> ENNSC duomenys iš Europos pavyzdinio klausimyno. Duomenis apie haliucinogeninius grybus pateikia vienuolika valstybių narių (Čekija, Danija, Vokietija, Prancūzija, Airija, Lietuva, Vengrija, Nyderlandai, Lenkija, Suomija, Jungtinė Karalystė).

ir ekstazio arba net didesnis (Hibell *et al.*, 2004). Tačiau faktai rodo, kad haliucinogeninių grybų vartojimas ilgą laiką buvo retas reiškinys nei daugumos kitų narkotikų ilgalaikis vartojimas. Tai būdinga visiems haliucinogeninių grybų vartojimo atvejams ir liudija apie tai, kad jaunimas tik eksperimentuoja su šiuo narkotiku ir nelinkę pradėti jį vartoti reguliariai.

Pranešimų apie ūmius ar lėtinius haliucinogeninių grybų sukeltus sveikatos sutrikimus, dėl kurių reikia gydytojo pagalbos, pasitaiko retai. Tačiau kai kurios šalys, reaguodamos į jaunimo tokių haliucinogeninių medžiagų vartojimą, pakeitė savo įstatymus. Nors grybų aktyviausias sudėtinis medžiagas psilocibiną ir psilociną tarptautiniu lygmeniu kontroliuoja 1971 m. JT psichotropinių medžiagų konvencija, dar visai neseniai, norint nebausti asmenų, kuriems priklauso žemė, kurioje tokie grybai auga natūraliai, būdavo paliekama prokurorams aiškinti, ar draudžiamos šios medžiagos, kai jos yra grybų sudėtyje, ir kada jos yra draudžiamos. Per pastaruosius 5 metus įstatymus dėl grybų sugriežtino šešios šalys (Danija, Vokietija, Estija, Airija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė). Šių šalių įstatymų pataisos dabar susijusios ir su haliucinogeniniais grybais, nors teisinės kontrolės priemonės taikomos ne visuomet tiksliai tiems patiems grybams arba tai pačiai jų paruošimo stadijai.

2004 m. apie haliucinogeninių grybų konfiskavimo atvejus pranešė Čekija, Vokietija, Estija, Graikija, Lietuva, Vengrija, Nyderlandai, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Slovakija ir Norvegija <sup>(129)</sup>. Teisėsaugos konfiskuoti haliucinogeninių grybų kiekiai ir tokių konfiskavimo atvejų skaičius paprastai nedidelis, ir iš šių duomenų spręsti apie tendencijas sunku.

## GHB ir ketaminas

2000 m. Europos Sąjungoje kilus susirūpinimui dėl piktnaudžiavimo gama hidroksibutiratu (GHB) ir ketaminu pramogų tikslais, šie narkotikai dabar yra stebimi <sup>(130)</sup>. 2001 m. kovo mėn. JT narkotikų kontrolės sistema įtraukė GHB į tarptautiniu mastu kontroliuojamų narkotikų sąrašą, todėl šios medžiagos atžvilgiu pataisas savo įstatymuose numatė visos ES valstybės narės. Visiškai neseniai, t. y. 2006 m. kovo mėn., INCB rekomendavo, kad PSO greičiau atliktų apžvalgą ir nustatytų, ar ketaminui turėtų būti taikoma tarptautinė kontrolė (INCB, 2006a). Nacionaliniu lygiu

ketaminas kontroliuojamas narkotikų įstatymais, o ne medicinos nuostatais beveik pusėje ES valstybių narių.

Nedidelis GHB ir ketamino vartojimo paplitimas rodo, kad daugumoje šalių šių medžiagų vartojimas stabilizavosi neaukštame lygyje. Populiacijų, kuriose narkotikų vartojimas yra labai paplitęs, tyrimai rodo, kad net reguliariai pramogų tikslais narkotikus vartojantys asmenys šiuos narkotikus vartoja ne taip dažnai kaip kitas medžiagas, tokias kaip amfetaminai, ekstazis, LSD ir haliucinogeniniai grybai.

Apie mirtis ar mirtimi nepasibaigusius nelaimingus atvejus, siejamus su GHB ir ketamino vartojimu, pranešama labai retai. Tačiau kadangi nėra tikslų ir palyginamų su šių medžiagų vartojimu siejamų mirčių ir mirtimi nepasibaigusiu nelaimingų atvejų registravimo sistemų, turimi šios srities duomenys yra labai riboti. Apie mirtis, siejamas su GHB, pranešė tik dvi šalys, bet tos mirtys buvo siejamos kartu ir su kitų narkotikų vartojimu. Amsterdamo municipalinė sveikatos tarnyba užregistravo, kad nuo 2000 m. iki 2004 m. GHB vartojimui priskiriamų mirtimi nepasibaigusiu nelaimingų atvejų skaičius per metus padidėjo nuo 25 iki 98, daugiau nei padidėjo neatidėliotinos medikų pagalbos pareikalavusių atvejų skaičius dėl ekstazio, amfetamino, LSD ar haliucinogeninių grybų. Švedijoje atvejų, kai organizmo skysčių mėginiuose buvo aptikta GHB (arba jo pirmtakų GLB ir 1.4 BD), padaugėjo nuo 24 1997 m. iki 367 2004 m. Švedija taip pat praneša, jog įvyko su GHB siejamos mirtys: nuo 1996 m. iki 2004 m. šio narkotiko aptikta 36 asmenų mirties atvejais, devynios tokios mirtys įvyko 2004 m. 2003 m. Anglijoje ir Velse GHB nurodomas trijų lavonų mirties aktuose, o viename akte GHB nurodomas kaip vienintelis aptiktas narkotikas (ONS, 2006). Tačiau vienos ligoninės, aprėpiančios didelį Jungtinės Karalystės regioną, toksikologinėje informacijoje nurodoma, kad 2005 m. gegužės–gruodžio mėn. GHB aptikta penkių asmenų mirties atvejais <sup>(131)</sup>.

Susirūpinimą kelia tai, kad GHB tirpsta vandenyje ir alkoholyje, jis veikia taip, kad žmogus nebegali atsakyti už savo veiksmus, ir jį dažnai ištinka amnezija, ir dėl to, pavartojus GHB, lengviau įvykdyti seksualinį smurtą (išžaginimą). Tačiau, kadangi apie tokius atvejus gali būti nepranešama, teisminių įrodymų yra mažai, ir tokius nusikaltimus sunku įrodyti, patikimų faktų apie šio reiškinio paplitimą nėra. Todėl šio nerimą keliančio reiškinio prigimčiai ir mastui nustatyti reikalingi tolesni tyrimai.

<sup>(129)</sup> „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (Vokietija, Estija, Nyderlandai, Norvegija) ir ENNSC ankstyvo įspėjimo sistemos klausimynas (Čekija, Graikija, Vengrija, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Slovakija, Švedija).

<sup>(130)</sup> 2000 m. jungtinių veiksmų rizikos vertinimo ataskaita.

<sup>(131)</sup> EWS informacija. Tikėtina, kad šioje ataskaitoje nurodomas gana didelis su GHB susijusių mirčių skaičius atspindi ligoninės laboratorijos tyrėjų interesus.



## Kovos su naujais narkotikais veiksmai

2005 m. perėjimas nuo 1997 m. jungtinės veiklos prie naujojo Tarybos sprendimo (2005/367/TVR) įgyvendinimo buvo sklandus ir nesutrikdė keitimosi informacija. ENNSC ir Europolui pirmą kartą oficialiai buvo pranešta apie 14 naujų psichoaktyviųjų medžiagų. Visos jos yra

### Tarybos sprendimas dėl naujų psichoaktyviųjų medžiagų

2005 m. Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės,<sup>(1)</sup> nustato mechanizmą, kaip greitai apsikeisti informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, kurios gali kelti grėsmę visuomenės sveikatai ir jos socialinei gerovei, ir tokiu būdu sudaro galimybę ES institucijoms ir valstybėms narėms imtis veiksmų dėl naujų narkotinių ir psichotropinių vaistų, kurie pasirodo Europos narkotikų rinkoje. Pagrindinis vaidmuo nustatant naujas psichoaktyvias medžiagas ir pagrindinė pareiga apie jas pranešti tenka ENNSC ir Europolui, glaudžiai bendradarbiaujant su savo tinklais – „Reitox“ nacionaliniais informacijos biurais (NFP) ir Europolo nacionaliniais padaliniais (ENU). Sprendimas taip pat numato su šiomis naujomis medžiagomis susijusios rizikos vertinimą, kad, prireikus, valstybėse narėse naujoms psichoaktyviosioms medžiagoms taip pat būtų galima taikyti narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolei taikomas priemones<sup>(2)</sup>. Sprendimas praplečia ir pakeičia 1997 m. jungtinius veiksmus<sup>(3)</sup>, kurie buvo taikomi tik naujiems sintetiniams narkotikams. Tačiau sprendimas išlaiko trijų pakopų metodą, kuris buvo išbandytas jungtiniuose veiksmuose: apsikeitimas informacija ir ankstyvas įspėjimas, rizikos vertinimas ir sprendimų priėmimas.

<sup>(1)</sup> Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės buvo paskelbtas 2005 m. gegužės 20 d. Europos Sąjungos oficialiajame leidinyje (L 127/32–37) ir įsigaliojo 2005 m. gegužės 21 d. Sprendimas taikomas medžiagoms, kurios šiuo metu nėra įrašytos į jokią 1961 m. ir 1971 m. JT narkotikų kontrolės konvencijų sąrašą.

<sup>(2)</sup> Vadovaujantis 1961 m. JT Bendrosios narkotinių medžiagų konvencijos ir 1971 m. JT psichotropinių medžiagų konvencijos nuostatomis.

<sup>(3)</sup> 1997 m. birželio 16 d. jungtiniai veiksmai dėl keitimosi informacija apie naujus sintetinius narkotikus, jų rizikos vertinimo ir kontrolės (OLL 167, 1997 6 25).

psichotropiniai (sintetiniai) narkotikai, panašūs į medžiagas, įrašytas į 1971 m. JT psichotropinių medžiagų konvencijos I ir II sąrašą. Naujos medžiagos priklauso trims didelėms cheminių medžiagų grupėms: fenetilaminams, triptaminams ir piperazinams. Apie įvairias šių grupių medžiagas buvo pranešta ir anksčiau, o dabar jos stebimos per ankstyvo įspėjimo sistemą (EWS)<sup>(132)</sup>.

2005 m. svarbiausias naujas įvykis buvo naujos psichoaktyviosios medžiagos 1-(3-chlorfenil)piperazino (mCPP) pasirodymas ir greitas paplitimas. Tai arilo pakaitus turintis piperazinas panašiai kaip ir benzilpiperazinas (BZP), kurį ankstyvo įspėjimo sistemoje stebimas nuo 1999 m. Pirmuosius oficialius pranešimus apie mCPP aptikimą Prancūzijoje ir Švedijoje gautuose mėginiuose ENNSC ir Europolas gavo 2005 m. vasario–kovo mėn. Iki 2005 pabaigos teisėsaugos institucijos jau buvo konfiskavusios ar įvairiuose renginiuose (šokiuose atvirame lauke, muzikos festivaliuose, šokių klubuose ir t. t.) aptikusios mCPP turinčių tablečių beveik visose valstybėse narėse. Beveik visuomet jos gaminamos taip, kad savo išvaizda būtų panašios į ekstazį, ir, tikriausiai, jos parduodamos kaip ekstazis. Šis narkotikas dažniausiai gaunamas tablečių pavidalu; mCPP poveikis žmogui šiek tiek panašus į MDMA poveikį (Bossong *et al.*, 2005). Be to, mCPP dažnai pasitaiko sumaišytas su MDMA. Kadangi tai negali būti atsitiktinio užteršimo rezultatas, manoma, kad mCPP sąmoningai pridedama į MDMA, kad jis sustiprintų ar pakeistų MDMA poveikį. Atrodo, kad paties mCPP paklausa ir rinka Europos Sąjungoje yra nedidelė.

Nuo to laiko, kai 1997 m. EWS pradėjo stebėti naujus (sintetinius) narkotikus, valstybės narės nustato mCPP daug dažniau nei kitą naują psichoaktyviąją medžiagą. Per vienerių metų laikotarpį ji buvo nustatyta dvidešimtyje valstybių narių, Rumunijoje ir Norvegijoje.

Laikydami Tarybos sprendimo nuostatų, ENNSC ir Europolas jungtinėje ataskaitoje rekomendavo neatlikti jokio formalaus rizikos vertinimo, nes yra faktų rodančių, kad mCPP yra naudojamas mažiausiai vieno vaisto gamyboje. Tačiau taip pat buvo pažymėta, kad, nepaisant šiuo metu negausių įrodymų, kad su mCPP yra susijusi reikšminga rizika visuomenės sveikatai ir socialinė rizika, šį klausimą reikia palikti atvirą, nes nėra nuodugnių mokslinių rizikos įvertinimų.

<sup>(132)</sup> Iš devynių naujų narkotikų, kurie 1997–2004 m. buvo įvertinti, vykdant jungtinę veiklą, šešios medžiagos, kurias po to imta kontroliuoti ES lygmeniu, buvo fenetilaminai.

**Narkotikų vartojimo pokyčiai pasilinksminimo vietose, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema**

Narkotikų vartojimas ir jaunimo pasilinksminimo vietos dažnai yra neatsiejami dalykai. Jaunimo, lankančio muzikos ir šokių renginius, tyrimai nuolat rodo, kad tokiais atvejais narkotikų, ypač stimuliantų, vartojimas yra daug daugiau paplitęs nei nurodoma bendrosios populiacijos apklausose. Ar galima paaiškinti šalių skirtumus skirtingomis komercinio naktinio gyvenimo aplinkybėmis, skirtinga muzikos kultūra, narkotikų prieinamumu ir išlaidoms skirtomis pajamomis? Šie klausimai nagrinėjami šioje pasirinktoje temoje.

Nauji pokyčiai pramoginių narkotikų reklamoje per internetą ir pats pramoginių narkotikų vartojimas kelia naujus iššūkius politikos, prevencijos ir rizikos mažinimo srityje. Šie klausimai nagrinėjami pasirinktoje temoje, kurioje taip pat išsamiai apžvelgiamos inovacinės narkomanijos prevencijos ir rizikos mažinimo iniciatyvos, kurios per pastarąjį dešimtmetį pradėtos taikyti Europos Sąjungoje, reaguojant į sudėtingą jaunimo pramogų ir narkotikų vartojimo sąveiką.

Ši pasirinkta tema yra išleista atskiru leidiniu („Developments in drug use within recreational settings“, 2006 m. ENNSC metinėje ataskaitoje nagrinėjama pasirinkta tema), o jos elektroninė versija tik anglų kalba skelbiama internete (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## 5 skyrius

### Kokainas ir krekas

#### Kokaino pasiūla ir prieinamumas <sup>(133)</sup>

##### Gamyba ir neteisėta prekyba

Po džiovintų kanapių ir kanapių dervos pasaulio neteisėtoje narkotikų prekyboje kokainas užima antrą vietą. Sprendžiant iš konfiskuotų kiekių – 2004 m. konfiskuotos 578 tonos pasaulyje – neteisėta kokaino prekyba daugiausia vyksta Pietų Amerikoje (44 %) ir Šiaurės Amerikoje (34 %), po to – Vakarų ir Vidurio Europoje (15 %) (CND, 2006).

Kolumbija yra pats didžiausias pasaulyje neteisėtos kokos šaltinis, po to – Peru ir Bolivija. 2004 m. kokaino gamyba pasaulyje išaugo iki 687 tonų, iš kurių Kolumbijai tenka 56 %, Peru 28 % ir Bolivijai 16 % (UNODC, 2005).

Dauguma Europoje konfiskuoto kokaino atvežama tiesiai iš Pietų Amerikos (dažniausiai iš Kolumbijos) arba per Centrinę Ameriką ir Karibų jūros šalis. 2004 m. į Europos Sąjungą importuoto kokaino tranzito šalys – Surinamas, Brazilija, Argentina, Venesuela, Ekvadoras, Kurasao, Jamaika, Meksika, Gajana ir Panama („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; WMO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europolas, 2006). Tam tikra dalis kokaino buvo vežama per Afriką, vis dažniau per Vakarų Afriką ir Gvinėjos įlankos šalis (daugiausia Nigeriją), bet taip pat per Rytų Afriką (Keniją) ir Šiaurės Vakarų Afriką, t. y. per salas, esančias netoli Mauritanijos ir Senegalo krantų. Pagrindiniai įvežimo į Europos Sąjungą punktai išlieka Ispanija, Nyderlandai ir Portugalija, taip pat Belgija, Prancūzija ir Jungtinė Karalystė („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Nors Ispanija ir Nyderlandai vis dar išlieka svarbūs į Europos Sąjungą įvežamo kokaino paskirstymo

punktai, sustiprėjusi kontrolė palei Ispanijos šiaurinius krantus (Galiciją) ir 100 % skrydžių iš konkrečių šalių <sup>(134)</sup> kontrolė Šipolio (Schipol) oro uoste (Amsterdame) suvaidino tam tikrą vaidmenį, ieškant alternatyvių maršrutų, pavyzdžiui, vis dažniau per Afriką, o taip pat per Rytų ir Vidurio Europą, o iš ten paskirstant į Vakarų Europą („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Konfiskavimas

2004 m. Europos Sąjungoje buvo 60 000 konfiskavimo atvejų, kurių metu konfiskuotos 74 tonos kokaino. Daugiausia kokaino konfiskavimo atvejų nurodo Vakarų Europa, ypač Ispanija, kur konfiskavimo atvejai ir konfiskuoti kiekiai sudaro apie pusę visų konfiskavimo atvejų ir konfiskuoto kiekio Europos Sąjungoje per pastaruosius 5 metus <sup>(135)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu ES lygiu kokaino konfiskavimo atvejų apskritai pagausėjo <sup>(136)</sup>, tuo tarpu konfiskuotų kiekių <sup>(137)</sup> augimo tendencija svyravo. Tačiau šalių ataskaitos rodo, kad 2004 m. konfiskuotų kiekių sumažėjo, bet galbūt taip atrodė dėl to, kad ypač didelis kiekis buvo konfiskuotas ankstesniaisiais metais Ispanijoje.

##### Kaina ir grynumas

2004 m. vidutinė mažmeninė kokaino kaina visoje Europos Sąjungoje buvo labai skirtinga – nuo 41 EUR už gramą Belgijoje iki daugiau kaip 100 EUR už gramą Kipre, Rumunijoje ir Norvegijoje <sup>(138)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu vidutinės kokaino kainos, koregavus jas pagal infliaciją <sup>(139)</sup>, mažėjo visose ataskaitas pateikusiose šalyse <sup>(140)</sup>, išskyrus

<sup>(133)</sup> Žr. „Konfiskavimo ir kitų rinkos duomenų aiškinimas“, p. 37.

<sup>(134)</sup> Visi skrydžiai iš Olandijos Antilų, Arubos, Surinamo, Peru, Venesuelos ir Ekvadoro yra kontroliuojami; 2004 m. tokios kontrolės metu buvo areštuota 3 466 narkotikų kurjeriai, o įprastos kontrolės metu – 620 (Olandijos nacionalinė ataskaita).

<sup>(135)</sup> Šią informaciją reikia patikrinti, kai bus gauti trūkstami 2004 m. duomenys. Duomenų apie 2004 m. kokaino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės, duomenų apie kokaino konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. negauta iš Nyderlandų. Apytikriam apskaičiuavimi vietoj 2004 m. duomenų buvo pasinaudota 2003 m. duomenimis. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius 2004 m. buvo paremti tik bendru vertinimu ir todėl jais nebuvo galima remtis analizuojant 2004 m. tendencijas.

<sup>(136)</sup> Žr. SZR-9 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(137)</sup> Žr. SZR-10 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(138)</sup> Žr. PPP-3 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(139)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(140)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie kokaino kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Čekijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Kipre, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje, Turkijoje ir Norvegijoje.

Liuksemburgą, kur jos mažėjo iki 2002 m., o paskui vėl išaugo, ir Norvegiją, kur kainos staigiai išaugo 2001 m., o paskui stabilizavosi.

Palyginti su heroinu vidutinis vartotojams teikiamo kokaino grynumas yra gana didelis, 2004 m. jis svyravo nuo 24 % Danijoje iki 80 % Lenkijoje, o daugumoje šalių buvo nuo 40–65 %<sup>(141)</sup>. 1999–2004 m. duomenys rodo, kad daugumoje šalių vidutinis kokaino grynumas apskritai sumažėjo<sup>(142)</sup>, nors Estijoje (nuo 2003 m.), Prancūzijoje ir Lietuvoje jis padidėjo, o Liuksemburge ir Austrijoje išliko toks pat.

### Tarptautinė kova su kokaino gamyba ir neteisėta prekyba

Europolo COLA projekto tikslas – nustatyti ir kovoti su Lotynų Amerikos ir kitomis grupuotėmis, kurių pagrindinė nusikalstama veika – neteisėta kokaino kontrabanda į Europos Sąjungą ir prekyba joje. Visų pirma projektas remia vykstančius tyrimus dalyvaujančiose valstybėse narėse ir padeda susidaryti strateginį žvalgybos vaizdą. Projektą papildo Europolo kokaino logotipų sistema, kuri kasmet atnaujinama katalogą ir lygina *modus operandi*, fotografinę ir kitokią informaciją apie kokaino konfiskavimo atvejus, taip pat apie logotipus, ženklus ant narkotikų ir jų pakuočių, kad būtų galima susieti panašius konfiskavimo atvejus ir skatinti tarptautinį teisėsaugos institucijų bendradarbiavimą ir apsikeitimą informacija (Europol, 2006).

Operacija „Purple“, kuri vyksta nuo 1999 m., skirta užkirsti kelią teisėtoje prekyboje esančio kalio permanganato<sup>(143)</sup> naudojimui neteisėtai kokaino gamybai, ypač Amerikos žemyne. Teisėta kalio permanganato prekyba yra didelė: nuo 1999 m. 30 eksportuojančių šalių ir teritorijų INCB pateikė 4380 išankstinius pranešimus apie daugiau kaip 136 560 tonų kalio permanganato eksportą. Nuo 1999 m., kilus įtarimams dėl užsakymų ir galutinių naudotojų teisėtumo, buvo sulaikytos arba konfiskuotos 233 siuntos, t. y. daugiau kaip 14 316 tonų šios medžiagos, ir nustatyti neteisėto jos naudojimo atvejai. 2004 m. Europoje konfiskuota 1,4 tonos kalio permanganato, daugiausia Rusijos Federacijoje, o paskui Rumunijoje ir Ukrainoje<sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Atrodo, kad kalio permanganato prekeiviai atrado būdus, kaip išvengti operacijos „Purple“ kontrolės ir stebėjimo mechanizmų.

Pavyzdžiui, nors neteisėta kokaino gamyba nėra būdinga Azijai, stiprėja įtarimai, kad prekeiviai gali būti pasirinkę šį regioną kalio permanganatui iš teisėtos prekybos nukreipti neteisėtiems tikslams. Taip pat yra įtarimų, kad prekeiviai iš teisėtos prekybos kalio permanganatą siunčia neteisėtiems tikslams į Andų subregioną per Karibų jūros salas. Taigi, pripažindama tam tikrą sėkmę nustatant įtartinus sandorius ir sulaikant siuntas, INCB (2006b) ragina vyriausybės sukurti procedūras, kaip iš kokaino laboratorijų konfiskavimo gautos informacijos pagalba atsekti chemines medžiagas iki jų šaltinių, nustatyti tranzito šalis ir ištirti prekybos įmones, kad prekeiviams būtų sunkiau perkelti savo veiklą į kitas vietas.

### Kokaino vartojimo paplitimas ir vartojimo būdai

Remiantis neseniai atliktomis nacionalinėmis gyventojų apklausomis, manoma, kad kokainą bent kartą gyvenime yra bandę apie 10 milijonų europiečių<sup>(145)</sup> (vartojimo gyvenime paplitimas), t. y. daugiau kaip 3 % visų suaugusiųjų<sup>(146)</sup>. Valstybių nurodomi skaičiai svyruoja tarp 0,5 % ir 6 %: Italijoje 4,6 %, Ispanijoje 5,9 %, o daugiausia Jungtinėje Karalystėje (6,1 %). Manoma, kad apie 3,5 milijono suaugusiųjų, t. y. 1 % visų suaugusiųjų, vartojo kokainą per pastaruosius metus. Nacionaliniai skaičiai daugumoje šalių išsidėsto tarp 0,3 % ir 1 %, nors Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje paplitimas yra didesnis, atitinkamai 2,7 % ir 2 %.

Kaip ir kitų neteisėtų narkotikų atveju kokainą daugiausia vartoja jauni suaugusieji. Didžiausias vartojimo gyvenime paplitimas yra tarp 15–34 metų jaunų suaugusiųjų, nors vartojimas per pastaruosius metus yra didesnis 15–24 metų amžiaus grupėje. Kokainą daugiausia vartoja 20–30 metų jaunimas, bet palyginti su kanapėmis jo vis tiek vartojama mažiau. Kokaino vartojimo gyvenime patirtis 15–34 metų amžiaus grupėje svyruoja nuo 1 % iki 10 %, ir vėl daugiausia Ispanijoje (8,9 %) ir Jungtinėje Karalystėje (10,5 %). Vartojimas per pastaruosius metus svyruoja nuo 0,2 % iki 4,8 %: Danijoje, Airijoje, Italijoje ir Nyderlanduose apie 2 %, o Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje daugiau kaip 4 % (6 paveikslėlis). Apklausų mokyklose duomenys rodo, kad kokaino vartojimo gyvenime paplitimas labai nedidelis, nuo 0 % Kipre, Suomijoje ir Švedijoje iki 6 % Ispanijoje, dar mažesnis krekos vartojimas gyvenime, t. y. nuo 0 % iki 3 % (Hibell *et al.*, 2004).

<sup>(141)</sup> Žr. PPP-7 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(142)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie kokaino grynumą bent trejus metus iš eilės egzistuoja Belgijoje, Čekijoje, Danijoje, Vokietijoje, Estijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Italijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Vengrijoje, Nyderlanduose, Austrijoje, Portugalijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje.

<sup>(143)</sup> Prekursorius, naudojamas kokaino gamybai ir įrašytas į 1988 m. konvencijos I lentelę.

<sup>(144)</sup> Į šiuos skaičius neįeina sulaikytos siuntos.

<sup>(145)</sup> Remiantis nacionalinių skaičių svertiniu vidurkiu; daugiau informacijos žr. 53 išnašą.

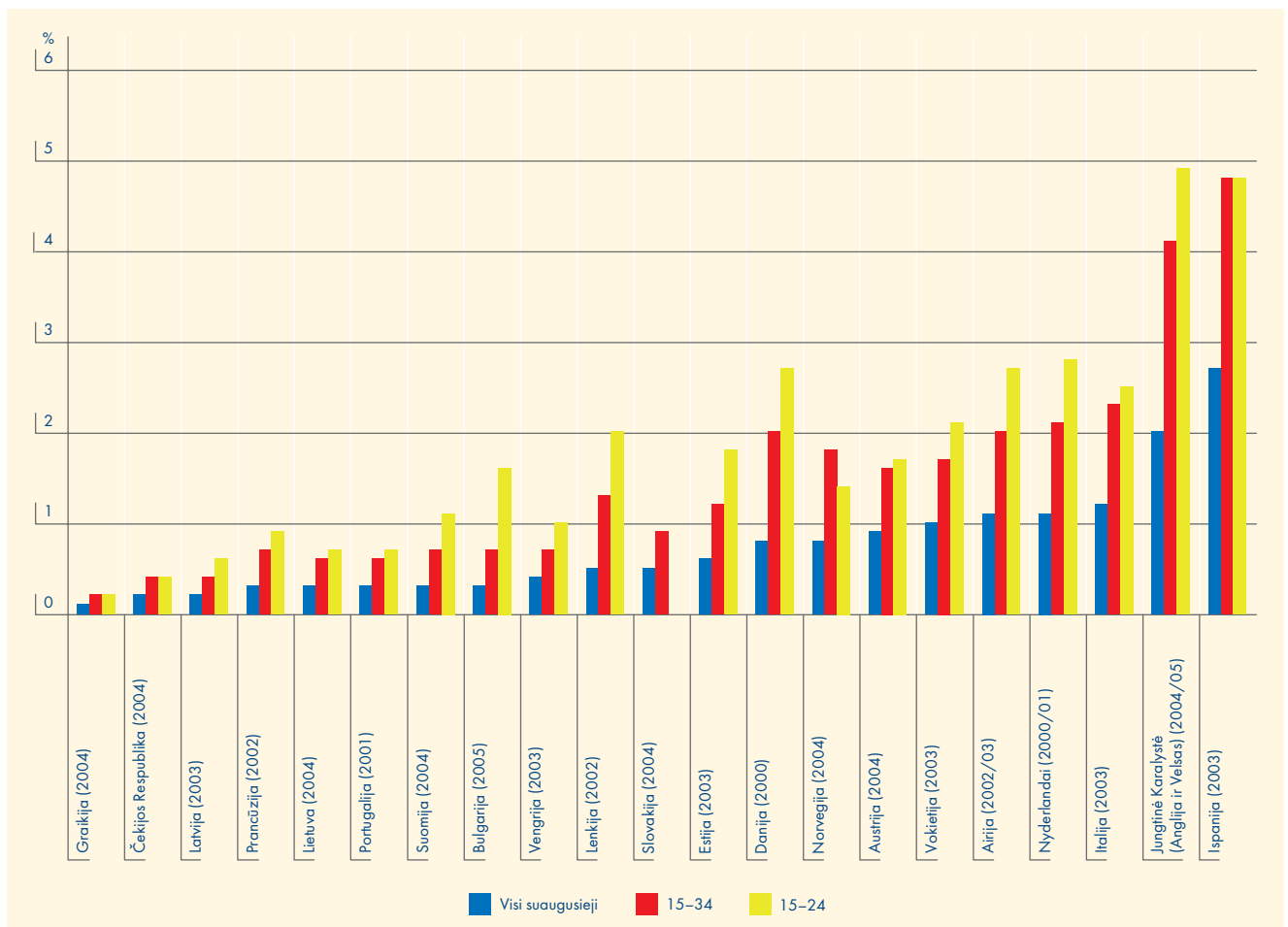
<sup>(146)</sup> Išsamūs kiekvienos šalies skaičiai yra pateikti lentelėje „Bendrosios populiacijos narkotikų vartojimo apžvalgos“ 2006 m. statistikos biuletenyje.

Kokainą daugiau vartoja jauni vyrai. Pavyzdžiui, atlikus apklausas Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje, nustatyta, kad vyrų kokaino vartojimo patirtis gyvenime svyruoja nuo 5 % iki 14 %. Vartojimo paplitimas per pastaruosius 12 mėnesių yra mažesnis, bet keturiose šalyse jis siekė daugiau kaip 3 %, o Ispanija ir Jungtinė Karalystė nurodė apie 6–7 %<sup>(147)</sup>, ir tai rodo, kad šiose šalyse maždaug 1 iš 15 jaunų vyrų vartojo kokainą visai neseniai. Šis procentas dar didesnis miestuose.

Tarp bendrosios populiacijos kokaino vartojimas yra atsitiktinis, dažniausiai savaitgaliais ir pasilinksminimo vietose (baruose ir diskotekose), bet tokiais atvejais jo gali būti vartojama daug. Tyrimai, atlikti įvairiose šalyse tarp jaunimo

šokiuose ir muzikiniuose renginiuose, rodo, kad čia kokaino vartojimas paplitęs daugiau nei tarp bendrosios populiacijos: vartojimo gyvenime paplitimas siekia nuo 10 % iki 75 % (žr. pasirinktą temą apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose). Pavyzdžiui, 2004–2005 m. britų nusikalstamumo apžvalgoje nurodytas „A klasės“ narkotikų vartojimo paplitimas tarp jaunimo, lankančio diskotekas ir naktinius klubus, yra bent du kartus didesnis negu tarp jaunimo, kuris tokiuose renginiuose nesilanko (Chivite-Matthews *et al.*, 2005) (žr. taip pat pasirinktą temą apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose). Vidutiniškai apie trečdalis visų suaugusių europiečių, kurie yra kada nors vartoję kokainą, jį vartojo per pastaruosius 12 mėnesių; ir tik 13 % nurodo, kad vartojo kokainą per pastarąsias 30 dienų. Pavyzdžiui, Ispanijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Bulgarijoje

**6 paveikslėlis.** Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp visų suaugusiųjų (15–64 metų) ir jaunų suaugusiųjų (15–34 ir 15–24 metų)



NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Smulkesnę informaciją žr. GPS-8, GPS-11 ir GPS-18 lentelėse 2006 m. statistikos biuletenyje.  
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

<sup>(147)</sup> Žr. GPS-9 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

15–24 metų amžiaus vyrų, vartojusių kokainą per pastarąsias 30 dienų, yra 2–4 %<sup>(148)</sup>. Apytikriais skaičiavimais šiuo metu Europoje kokainą vartojančių 15–64 metų suaugusiųjų būtų apie 1,5 milijono (80 % patenka į 15–34 metų amžiaus grupę). Tai galima laikyti pačiu mažiausiu skaičiumi, turint galvoje, kad pranešama ne apie visus atvejus.

Kokaino vartojimo būdai įvairiose grupėse yra labai skirtingi. Daugelyje Europos miestų atliktame tyrime nustatyta, kad socialiai integruoti vartotojai daugiausia kokainą vartoja (95 %), ir tik nedidelė dalis kokainą rūkė ar švirškėsi, tačiau labai paplitęs kokaino vartojimas kartu su kanapėmis ir alkoholiu (Prinzleve *et al.*, 2004). Besigydantys narkomanai ir visuomenės atstumtos grupės kokainą dažnai švirškėsi. Kreko vartojimas paplitęs Hamburge, Londone ir Paryžiuje, šiek tiek mažiau Barselonoje ir Dubline. Tarp Europos bendrosios populiacijos krekas nėra populiarus. Pavyzdžiui, kreko vartojimo gyvenime paplitimas Ispanijoje (2003 m.) siekia 0,5 %, o Jungtinėje Karalystėje 0,8 % (Chivite-Matthews *et al.*, 2005). Trijose šalyse apžvelgus, kaip krekas vartojamas klubų aplinkoje, nustatyta, kad krekas vartojamas mažiau nei heroinas (Čekijoje 2 %, Jungtinėje Karalystėje 13 %, Prancūzijoje 21 %). Tačiau kai kuriuose miestuose kreko vartojimas tarp marginalizuotų grupių ir opioidų vartotojų kelia susirūpinimą. Pavyzdžiui, tikslinėje 94 moteriškos lyties sekso paslaugų teikėjų grupėje Amsterdame kreko vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas ypač didelis, jis siekia 91 % (Korf, 2005, cituojama Olandijos nacionalinėje ataskaitoje).

Palyginimui nurodysime, kad 2004 m. Jungtinių Amerikos Valstijų nacionalinėje narkotikų vartojimo ir sveikatos apžvalgoje 14,2 % suaugusiųjų (12 metų ir vyresnių) nurodė turį kokaino vartojimo gyvenime patirties, tuo tarpu Europoje tokie asmenys sudaro vidutiniškai 3 %. Kokainą vartojusių per pastaruosius metus dalis siekia 2,4 %, tuo tarpu Europos vidurkis yra 1 %, nors kai kurių ES šalių, pavyzdžiui, Ispanijos (2,7 %) ir Jungtinės Karalystės (2 %) nurodyti skaičiai panašūs į Jungtinių Amerikos Valstijų skaičius<sup>(149)</sup>. Gali būti, kad santykinai didesni vartojimo gyvenime skaičiai Jungtinėse Amerikos Valstijose yra susiję su ankstesniu kokaino paplitimu šioje šalyje.

Tarp jaunų suaugusiųjų (16–34 metų) JAV skaičiai pasiskirstė taip: 14,6 % (bent kartą gyvenime), 5,1 % (per pastaruosius metus) ir 1,7 % (per pastarąjį mėnesį), tuo tarpu ES 15–34 metų amžiaus grupės vidurkiai buvo atitinkamai apie 5 % (bent kartą gyvenime), 2 % (per pastaruosius metus) ir 1 % (per pastarąjį mėnesį).

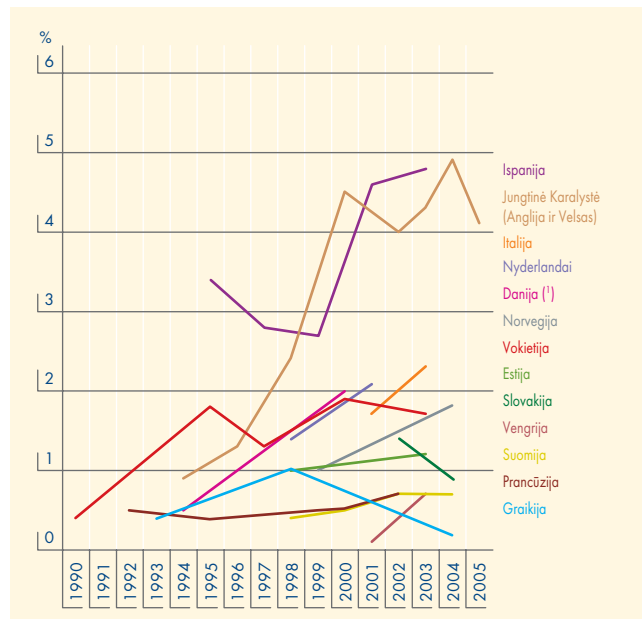
## Kokaino vartojimo tendencijos

Jau keletą metų iš įvairių šaltinių ateinantys duomenys (pavyzdžiui, rinkos rodikliai, gydymo poreikis, mirtys) įspėja apie tai, kad kokaino vartojimas Europoje gali didėti. Nors pakartotinės apklausos, atliekamos vis daugiau šalių, teikia daugiau informacijos apie bendrosios populiacijos kokaino vartojimo tendencijas, duomenų vis dar nepakanka. Kokaino atveju sunkumai kyla todėl, kad jo vartojimo paplitimas yra mažesnis, ir tikriausiai yra pranešama ne visa informacija.

Kokaino vartojimas per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų ryškiai didėjo nuo antros dešimto dešimtmečio pusės iki 2000 m. Jungtinėje Karalystėje ir iki 2001 m. Ispanijoje; pastaraisiais metais atrodo, kad vartojimas šioje grupėje stabilizavosi. Vokietijoje jo vartojimas padidėjo nežymiai dešimtajame dešimtmetyje, bet pastaraisiais metais skaičiai nesikeičia ir išlieka aiškiai mažesni nei Ispanijoje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose (7 paveikslėlis).

Nedidelis vartojimo per pastaruosius metus paplitimo didėjimas pastebėtas Danijoje (iki 2000 m.), Italijoje,

### 7 paveikslėlis. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus tendencijos tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų)



(1) Danijoje 1994 m. skaičius rodo stipriuosius narkotikus.

NB: Duomenys paimti iš naujausių kiekvienos šalies nacionalinių apklausų, buvusių ataskaitos rengimo metu. Smulkesnę informaciją žr. GPS-4 lentelėje 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš bendrosios populiacijos apklausų, ataskaitų ir mokslinių straipsnių.

<sup>(148)</sup> 2001 m. apžvalga. 2003 m. apžvalgoje narkotiko vartojimas tarp skirtingų lyčių nebuvo suskirstytas į amžiaus grupes kas 10 metų.

<sup>(149)</sup> Šaltinis: SAMHSA, Office of Applied Studies, [Taikomųjų studijų biuras], 2004 National Survey on Drug Use and Health [2004 m. nacionalinė apklausa apie narkotikų vartojimą ir sveikatą] (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Atkreipkite dėmesį, kad JAV apklausoje „visų suaugusiųjų“ grupė (12 metų ir vyresni) apima didesnę amžiaus tarpsnį nei Europos apklausose (15–64 metų). 16–34 metų amžiaus grupės skaičius Jungtinėse Amerikos Valstijose apskaičiuo ENNSC.

Vengrijoje, Nyderlanduose (iki 2001 m.) ir Norvegijoje. Šių tendencijų dar reikia kruopščiai patikrinti, nes išvados remiasi tik dviem kiekvienoje iš šių šalių atliktomis apklausomis.

Kokaino ir kitų medžiagų (pavyzdžiui, ekstazio, amfetaminų, haliucinogeninių grybų) vartojimo tendencijas būtų galima geriau nustatyti, analizuojant grupes, kuriose šių narkotikų yra vartojama daugiausia, ypač tarp miestuose gyvenančio jaunimo. Šios populiacijos išsamiau nagrinėjamos pasirinktoje temoje apie narkotikų vartojimą pasilinksminimo vietose. Be to, apklausų informaciją reikia papildyti pasirinktų jaunimo grupių tyrimais (naktinio gyvenimo aplinkoje).

## Duomenys apie gydymo poreikį <sup>(150)</sup>

2004 m. po opioidų ir kanapių gydymas daugiausiai buvo reikalingas kokaino vartotojams ir jie sudarė apie 8 % visų dėl gydymo besikreipiančių asmenų Europos Sąjungoje <sup>(151)</sup>. Pažymėtina, kad Ispanija, šalis, kuri paprastai nurodo didelį gydymo poreikį dėl kokaino, kol kas dar nepateikė duomenų. Paveikslėlyje parodyta, kad padėtis šalyse skiriasi: daugumoje šalių gydymo poreikis dėl kokaino visai nedidelis, bet Nyderlanduose (37 %) ir anksčiau Ispanijoje (26 % 2002 m.) gydymo nuo kokaino vartojimo besikreipiančių pacientų dalis daug didesnė. Paskutiniaisiais turimais duomenimis, tam tikroje šalių grupėje (Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Italijoje, Kipre, Maltoje, Jungtinėje Karalystėje ir Turkijoje) kokaino pacientų dalis tarp visų nuo narkomanijos besigydančių asmenų siekia nuo 5 % iki 10 %, tuo tarpu kitose šalyse tokių pacientų dalis labai nedidelė <sup>(152)</sup>. Keliose šalyse pastebėta, kad naujų pacientų, kurių gydymo pagrindinė priežastis – kokainas, dalis tarp visų pacientų yra didesnė <sup>(153)</sup>, o iš viso nauji pacientai, kurių gydymas siejamas su kokainu, sudaro apie 12 % visų naujų pacientų. Kokainą kaip antrinį narkotiką taip pat nurodo apie 12 % naujų pacientų <sup>(154)</sup>.

Dėl kokaino vartojimo gydymo besikreipiančių pacientų skaičiaus augimo tendencija, kurią šalys nurodė ankstesniais metais, tebesitęsia. Nepateiktų 1999–2004 m. laikotarpio duomenų interpoliacijos analizė (paremta 17 ES šalių, Bulgarijos ir Rumunijos duomenimis) rodo, kad per tą laikotarpį naujų kokaino pacientų dalis išaugo nuo 10 % iki 20 % <sup>(155)</sup>.

Apskritai, dauguma atvejų gydymo poreikis Europoje nėra siejamas su kreku: apie 80 % naujų ambulatoriškai besigydančių pacientų vartoja kokaino hidrochloridą (kokaino miltelius) ir mažiau nei 20 % vartoja kreką. Tačiau kreką vartotojai gydymo tarnyboms gali kelti ypatingų sunkumų, nes jie dažniau nei kokaino miltelių vartotojai priklauso marginaliniams socialiniams sluoksniams. Europoje atliktas kokaino (miltelių ir kreką) vartojimo tyrimas nustatė ryšį tarp kreką vartojimo ir socialinių bei psichinės sveikatos problemų; tačiau taip pat nustatyta, kad vien tik kreką vartojimu aiškinti atsirandančias socialines ir psichinės sveikatos problemas nepakanka (Haasen *et al.*, 2005). Neseniai Škotijoje atlikto 585 kokaino ir kreką pacientų tyrimo metu nustatyta, kad kreką vartotojai paprastai turi ilgesnę narkotikų vartojimo istoriją ir dažniau būna įsivėlę į nusikalstamą veiklą (Neale ir Robertson, 2004, cituojama Jungtinės Karalystės nacionalinėje ataskaitoje).

Nagrinėjant ambulatoriškai besigydančių kokaino pacientų charakteristikas, matyti, kad nauji kokainą kaip pagrindinį narkotiką vartojantys pacientai paprastai esti vyresni už kitų narkotikų vartotojus: 70 % priklauso 20–34 metų amžiaus grupei, 13 % tokių pacientų amžius nuo 35 iki 39 metų <sup>(156)</sup>.

Kokainas dažnai vartojamas kartu su koku nors kitu neteisėtu ar teisėtu papildomu narkotiku, dažnai kanapėmis (31,6 %), opioidais (28,6 %) arba alkoholiu (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Kai kuriuose švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų tyrimuose nurodoma, kad kai kuriose vietovėse populiarėja heroino ir kokaino mišinio injekcijos (kartais narkomanų vadinamos anglų kalbos žodžiu „speedballing“). Gydymo duomenys rodo, kad populiarėja opioidų ir kokaino kombinacijos. Tarp pacientų, kurie nurodo vartojantys opioidus kaip pagrindinį narkotiką, 31 % Italijoje, 42 % Nyderlanduose ir 44 % Jungtinėje Karalystėje kaip antrinį narkotiką vartoja kokainą. Tarp kokaino kaip pagrindinio narkotiko vartotojų 28 % Italijoje ir 38 % Jungtinėje Karalystėje nurodo vartojantys opioidus kaip antrinį narkotiką.

## Gydymas nuo kokaino priklausomybės

Nėra pakankamai faktų, kurie rodytų gydymo vaistais nuo kokaino ar kitų psichostimuliantų priklausomybės veiksmingumą. Tačiau išsamiai apžvelgę farmakoterapijos

<sup>(150)</sup> Žr. 70 išnašą.

<sup>(151)</sup> Žr. TDI-2 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(152)</sup> Žr. TDI-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje; Ispanijos duomenys atspindi 2002 ataskaitinius metus.

<sup>(153)</sup> Žr. TDI-4 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(154)</sup> Žr. TDI-23 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(155)</sup> Žr. TDI-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(156)</sup> Žr. TDI-10 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(157)</sup> Žr. TDI-24 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.



taikymą psichostimulantų vartotojams, Shearer ir Gowing (2004) daro išvadą, kad pakaitinė terapija, kuri sėkmingai taikoma opioidų ir nikotino priklausomybei gydyti ir pritraukia bei išlaiko pacientus, kol kas nėra pakankamai išbandyta stimulantų vartotojų atžvilgiu. Neseniai ENNSC paskelbė literatūros apžvalgą, kurioje apibendrinami duomenys apie tai, kaip reaguojama į kokaino gydymą, koks yra jo veiksmingumas, taip pat kaip tokiam gydymui pasiduoda krekto vartotojų psichinės sveikatos sutrikimai<sup>(158)</sup>.

Kai kurios šalys, pavyzdžiui Jungtinės Amerikos Valstijos ir Jungtinė Karalystė, šiuo metu gana daug investuoja į imunoterapinį gydymą, skatinant antikūnus, kurie

### Imunoterapija nuo kokaino priklausomiems narkomanams

Skirtingai nuo heroino narkomanijos, kurią galima gydyti agonistais, tokiais kaip metadonas, arba antagonistais, tokiais kaip naltreksonas, kokaino priklausomybei gydyti vaistais galimybių šiuo metu nėra. Priežastis, atrodo, yra poveikio mechanizmas, per kurį kokainas veikia smegenų neurotransmitorius dopaminą ir serotoniną. Heroinas prisiriša prie smegenų opioidinių receptorių, pavyzdžiui, *mu* receptorių, ir todėl imituoja pačių smegenų endorfinų veikimą, tuo tarpu pradėjęs veikti kokainas blokuoja dopamino (ir serotonino) reabsorbciją iš neuronų sinapsės, dėl to transmittorius susikaupia, ir efektas ilgėja bei stiprėja.

Tai nebūtinai reiškia, kad negalima sukurti priklausomybės nuo kokaino gydymo vaistais, bet toks gydymas gali būti sunkesnis ir gali būti paremtas koncepcijomis, kurios skiriasi nuo priklausomybės heroinui koncepcijų.

Viena daug žadanti tyrimų kryptis – imunoterapija, t. y. vakcinos, kuri veiksmingai „neutralizuoja“ kokaino poveikį, neleidama šiam narkotikui pasiekti smegenų, sukūrimas. Pagrindinė koncepcija dar kol kas nepakankamai iširta. Jungtinėje Karalystėje sukurta vakcina buvo bandoma 14 savaičių su nedidele (18 asmenų) nuo kokaino priklausomų narkomanų grupe. Nustatyta, kad trys ketvirtadaliai vakcinuotų kokaino narkomanų galėjo išbūti nevaistodami narkotiko 3 mėnesius be skatinančio vėl pradėti jį vartoti pašalinio efekto. Be to, po 6 mėnesių tie, kurie vėl pradėjo vartoti kokainą, ir tie, kurie nepradėjo jo vartoti, nurodė, kad euforijos pojūtis buvo ne toks stiprus kaip prieš vakcinaciją. Šie rezultatai paskatino pradėti šios vakcinos, žinomos narkotiko ir baltymo junginio TA-CD vardu, antrąjį klinikinių bandymų etapą. Alternatyvus imunoterapijos metodas – sukurti monokloninius kokaino antikūnus, bet šis metodas dar nepasiekė klinikinių bandymų.

Potenciali kokaino vakcinos TA-CD nauda iškelė etikos klausimus: kam ji bus skiriama, kas priims sprendimą, remiantis kokiais kriterijais ir t. t.

neutralizuoja kokainą kraujyje, prieš jam pasiekiant centrinę nervų sistemą (žr. langelį apie kokaino vartotojams taikomą imunoterapiją).

Šiuo metu manoma, kad daugiausia žadantis kokaino ir kitų psichostimulantų vartotojų gydymas – taikyti kartu kelias psichosocialines intervencijas. Yra duomenų, kad bendruomenės palaikoma metodika (CRA) kartu su nenumatytu aplinkybių valdymu bent trumpam sumažina kokaino vartojimą (Higgins *et al.*, 2003; Roozen *et al.*, 2004).

CRA (bendruomenės palaikoma metodika) – intensyvus gydymo metodas, kuriame viso gydymo metu dalyvauja šeima, draugai ir kiti paciento socialinės aplinkos nariai, o pacientai mokomi užmegzti socialinius kontaktus, gerinti nuomonę apie save, rasti darbą ir pasitenkinimą teikiančią veiklą ir apskritai pradėti kitokį gyvenimo būdą (Roozen *et al.*, 2004). Priklausomybę nuo kokaino turinčių ambulatorinių pacientų gydymo ir vėlesnio stebėjimo metu, kartu taikant nenumatyto aplinkybių valdymą, t. y. metodą, kuriuo siekiama daryti įtaką pacientų elgesiui, siūlant prasmingas paskatas, pavyzdžiui, dovanas, talonus ar kokias nors privilegijas už tai, kad jų šlapime nerasta kokaino, pasiekiami teigiamų rezultatų, nors poveikis kokaino vartojimui, atrodo, apsiriboja tik gydymo laikotarpiu (Higgins *et al.*, 2003).

Labai problemiškomis narkomanų, vartojančių heroiną kartu su kokainu ir krekū, grupėms daugiausia taikomas žalos mažinimas kaip pagrindinis gydymo tikslas ir elgesio terapijos, ypač nenumatyto aplinkybių valdymas, kartu su metadono palaikomosiomis programomis ir gydymu skiriant heroiną (Schottenfeld *et al.*, 2005; van den Brink, 2005; Poling *et al.*, 2006).

### Žalos mažinimo metodika

Europoje žalos mažinimo metodai kokaino vartotojams taikomi gana ribotai. Dabar ši padėtis gali pradėti keistis, nes didėjantis kokaino vartojimo mastas ir su juo susijusių problemų suvokimas skatina susidomėjimą ieškoti būdų, kaip reaguoti į kokaino vartotojų poreikius. Ir toliau lieka nepakankamai iširta prevencijos ir žalos mažinimo metodų reikšmė, mažinant su kokaino vartojimu susijusių riziką, bet tam tikrose srityse tokie metodai gali būti veiksmingi. Pavyzdžiui, galimas dalykas, kad kokaino vartotojams gali būti naudingos tokios intervencijos, kurios atkreipia dėmesį į didesnį kokaino toksiškumą, kai jis vartojamas kartu su alkoholiu, galimą kokaino vartojimo ryšį su širdies kraujagyslių problemomis arba į kokaino poveikį elgesiui, dėl kurio vartotojui atsiranda didesnė užsikrėtimo ŽIV rizika arba jis gali tapti nelaimingo atsitikimo ar smurtinio

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

nusikaltimo auka. Kadangi kokaino vartojimas gali greitai laiku padidėti, verta iširti ir trumpų intervencijų poveikį, atkreipiant vartotojų dėmesį į tai, kad jie jau galbūt pradeda jausti šio narkotiko vartojimo neigiamas pasekmes.

Kadangi su kreko vartojimu siejamos rimtos sveikatos ir socialinės problemos, šiai grupei skirtų paslaugų patirtis yra didesnė, nors veikla apsiriboja tik tais keliais miestais Europoje, kuriuose buvo iškilusios rimtos su kreko vartojimu siejamos problemos. Kai kuriuose miestuose kreko vartotojus stengiamasi pasiekti per paslaugų centrus, kurie stengiasi užmegzti ir palaikyti ryšį su šia visuotinai pripažįstama sunkia grupe. Nors įrodymų bazė vis dar gana silpna, kai kurie tyrimai rodo, kad rezultatų pasiekti galima. Pavyzdžiui, išanalizavus vieną inovacinę gydymo paslaugų programą Roterdame (Henskens, 2004, cituojama Olandijos nacionalinėje ataskaitoje), buvo nustatyti veiksniai, kurie yra svarbūs gydant pacientus, kuriuos sunku pasiekti įprastomis narkotikų vartotojams skirtomis paslaugomis.

Neįveikiami kreko ir kokaino vartojimo būdai gali būti susiję su didele rizika lytinei sveikatai, todėl kai kurios žemo slenksčio programos, skirtos kreką vartojančioms sekso darbuotojoms, moko, kaip teikti saugesnes sekso paslaugas, teikia informaciją apie narkotikų vartojimą, dalija prezervatyvus ir tepaliukus (žr. pasirinktą temą lyčių klausimu).

Kai kuriuose Europos miestuose taikomas daugiau prieštaravimų keliantis metodas, t. y. narkotikų vartojimui skirtose patalpose galima ne tik saugiai susišvirkšti narkotikų, bet ir juos inhaliuoti. Kambariai, kuriuose prižiūrimas narkotikų uostymas, atidaryti keliuose Olandijos, Vokietijos, Šveicarijos miestuose (EMCDDA, 2004c). Nors pagrindinis tokių tarnybų tikslas – vartojimo higienos priežiūra, faktai rodo, kad jos gali tapti ir kitokių globos paslaugų teikėjomis: pavyzdžiui, stebint vieną tarnybą Frankfurte, Vokietijoje, nustatyta, kad per 6 mėnesių vertinimo laikotarpį 2004 m. buvo prižiūrėta daugiau kaip 1400 vartojimo atvejų, įvyko 332 kontaktiniai pokalbiai, 40 konsultacijų ir išduoti 99 siuntimai į kitas tarnybas.



## 6 skyrius

# Opioidų vartojimas ir narkotikų švirškštėjimas

### Heroino pasiūla ir prieinamumas <sup>(159)</sup>

Į Europą importuotas heroinas yra dviejų rūšių: plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas) ir mažiau paplitęs ir paprastai brangesnis baltasis heroinas (druskos pavidalo), kurio kilmės šalys – pietryčių Azija. Be to, kai kurie opioidai gaminami Europos Sąjungoje, bet jų gamyba yra nedidelio masto ir apsiriboja naminiais aguonų produktais (pavyzdžiui, aguonų šiaudeliai, aguonų koncentratas iš sutrintų aguonų stiebelių ar galvučių) kai kuriose ES rytinėse šalyse, pavyzdžiui, Lietuvoje, kur aguonų stiebelių ir koncentrato rinka, atrodo, stabilizavosi, ir Lenkijoje, kur „lenkiško heroino“ gamyba mažėja (CND, 2006).

### Gamyba ir neteisėta prekyba

Europoje vartojamas heroinas daugiausia gaminamas Afganistane, kuris lieka pasaulio neteisėto opijaus tiekimo lyderis. 2005 m. Afganistane buvo pagaminta 89 % viso neteisėto opijaus pasaulyje, po to eina Mianmaras (7 %). 1999–2001 m. laikotarpiu neteisėto opijaus gamyba pasaulyje išliko stabili, išskyrus 2001 m., kai Talibano režimas uždraudė auginti opijaus aguonas Afganistane, ir trumpam jų gamyba staigiai sumažėjo; manoma, kad 2005 m. buvo pagaminta apie 4670 tonų, t. y. 4 % mažiau nei 2004 m. (CND, 2006). 2005 m. heroino gamybos potencialas pasaulyje buvo vertinamas 472 tonomis (495 tonos 2004 m.) (UNODC, 2006).

Heroinas į Europą patenka dviem pagrindiniais prekybos keliais. Per visą istoriją buvęs svarbus Balkanų kelias heroino kontrabandoje ir toliau vaidina pagrindinį vaidmenį. Tranzitu kirtęs Pakistaną, Iraną ir Turkiją, kelias toliau šakojasi į pietinę atšaką per Graikiją, buvusią Jugoslavijos Respubliką Makedoniją (FYROM), Albaniją, Italiją, Serbiją, Juodkalniją ir Bosniją Hercegoviną, ir į šiaurinę atšaką per Bulgariją, Rumuniją, Vengriją, Austriją, Vokietiją ir Nyderlandus;

pastaroji šalis yra antrinio paskirstymo punktas į kitas Vakarų Europos šalis. Heroino konfiskavimo atvejai 2004 m. rodo, kad pietinė atšaka dabar tapo tokia pat svarbi kaip ir šiaurinė, nes per ją įvežami panašūs heroino kiekiai (WCO, 2005; INCB, 2006a). Nuo dešimtojo dešimtmečio vidurio vis daugiau (bet mažiau negu Balkanų keliu) heroino į Europą patenka kontrabanda „šilko keliu“ per Vidurinę Aziją (ypač per Turkmėnistaną, Tadžikistaną, Kirgiziją ir Uzbekistaną), Kaspijos jūrą ir Rusijos Federaciją, Baltarusiją ar Ukrainą į Estiją, Latviją, kai kurias Šiaurės šalis ir Vokietiją („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Nors šie keliai yra patys svarbiausi, Arabų pusiasalio šalys (Omanas, Jungtiniai Arabų Emyratai) taip pat tapo heroino siuntų iš pietų ir pietvakarių Azijos į Europą tranzito šalimis (INCB, 2006a). Be to, Europai (ir Šiaurės Amerikai) skirto heroino 2004 m. buvo konfiskuota rytų ir vakarų Afrikoje, Karibuose ir Centrinėje bei Pietų Amerikoje (CND, 2006).

### Konfiskavimas

2004 m. visame pasaulyje konfiskuota 210 tonų opijaus (arba 21 tonų heroino ekvivalento), 39,3 tonos morfijaus ir 59,2 tonos heroino. Didžiausi heroino kiekiai buvo konfiskuoti Azijoje (50 %) ir Europoje (40 %). Europoje konfiskuoti kiekiai didėjo visų pirma dėl to, kad daugėja konfiskavimo atvejų Pietryčių Europos šalyse (Turkijoje), kur pirmą kartą konfiskuoti kiekiai buvo didesni nei Vakarų ir Vidurio Europoje (CND, 2006).

2004 m. ataskaitas pateikusiose šalyse nustatyti 46 000 konfiskavimo atvejų, konfiskuota apie 19 tonų heroino. Jungtinėje Karalystėje, kaip ir anksčiau, konfiskavimo atvejų buvo daugiausia, po to galima paminėti Vokietiją ir Italiją, o didžiausi kiekiai, beveik pusė viso 2004 m. konfiskuoto kiekio, konfiskuoti Turkijoje (po to eina Italija ir Jungtinė Karalystė) <sup>(160)</sup>. 1999–2004 m. laikotarpiu heroino konfiskavimo skaičius svyravo, iš šalių ataskaitų atrodo, kad sumažėjimas buvo pastebėtas 2002–2003 m.,

<sup>(159)</sup> Žr. „Konfiskavimo ir kitų rinkos duomenų aiškinimas“, p. 37.

<sup>(160)</sup> Šią informaciją reikia patikrinti, kai bus gauti trūkstami 2004 m. duomenys. Duomenų apie 2004 m. heroino konfiskavimo atvejų skaičių ir konfiskuotus kiekius negauta iš Airijos ir Jungtinės Karalystės, duomenų apie heroino konfiskavimo atvejų skaičių 2004 m. negauta iš Nyderlandų. Apytikriam apskaičiuoti vietoj 2004 m. duomenų buvo pasinaudota 2003 m. duomenimis. Nyderlandų pateikti duomenys apie konfiskuotus kiekius 2004 m. buvo paremti tik bendru vertinimu ir todėl jais nebuvo galima remtis analizuojant 2004 m. tendencijas.

o 2004 m. vartojimas vėl padidėjo <sup>(161)</sup>. Per penkerių metų laikotarpį, nuo 1999 m. iki 2004 m. konfiskuoti kiekiai didėjo, o 2004 m. pasiekė rekordinį lygį daugiausia dėl to, kad 2004 m. Turkijoje buvo konfiskuota beveik dvigubai tiek heroino, kiek jo buvo konfiskuota praėjusiais metais <sup>(162)</sup>.

### Kaina ir grynumas

2004 m. vidutinė mažmeninė rudojo heroino kaina Europoje buvo labai nevienoda: nuo 12 EUR už gramą Turkijoje iki 141 EUR už gramą Švedijoje, o baltojo heroino kaina svyravo nuo 31 EUR už gramą Belgijoje iki 202 EUR už gramą Švedijoje, o nenustatyto tipo heroino kaina svyravo nuo 35 EUR už gramą Slovėnijoje iki 82 EUR už gramą Jungtinėje Karalystėje <sup>(163)</sup>. 1999–2004 m. duomenys rodo, kad vidutinė heroino kaina, koregavus ją pagal infliaciją <sup>(164)</sup>, sumažėjo daugumoje ataskaitas pateikusių šalių <sup>(165)</sup>.

Vidutinis vartotojams teikiamo rudojo heroino grynumas 2004 m. svyravo nuo 10 % Bulgarijoje iki 48 % Turkijoje, baltojo heroino grynumas svyravo nuo 20 % Vokietijoje iki 63 % Danijoje, o nenustatyto tipo heroino grynumas svyravo nuo 16 % Vengrijoje iki 42–50 % <sup>(166)</sup> Nyderlanduose <sup>(167)</sup>. Vidutinis heroino produktų grynumas svyravo nuo 1999 m. daugumoje ataskaitas pateikusių šalių <sup>(168)</sup>, ir nustatyti bendrą tendenciją sunku.

### Tarptautinė kova su heroino gamyba ir neteisėta prekyba

Anhidrido rūgštis <sup>(169)</sup> – svarbus neteisėtoje heroino gamyboje naudojamas pirmtakas. Operacija „Topaz“ [„Topazas“] – tarptautinė iniciatyva, skirta neteisėtai anhidrido rūgšties prekybai stebėti ir jos neteisėto naudojimo metodams ir keliams tirti (INCB, 2006b). Kadangi anhidrido rūgšties teisėta prekyba yra gana intensyvi, ją kontroliuoti yra sunku. Nuo 2001 m. 22 eksportuojančios šalys ir teritorijos INCB pateikė 7684 išankstinius pranešimus apie planuojamą daugiau kaip 1 350 000 tonų anhidrido eksportą. Pastaraisiais metais Turkijoje konfiskuoti kiekiai (1 600 litru

2004 m.) ryškiai sumažėjo, ir galimas dalykas, kad tai liudija, jog prekeiviai rado naujus neteisėto panaudojimo kelius ir būdus. 2004 m. pirmą kartą nustatyta, kad Europoje (Bulgarijoje) konfiskuoti kiekiai buvo atvežti iš pietvakarių Azijos (INCB, 2006b).

Nors kai kurie operacijos „Topazas“ tarptautinės prekybos stebėsenos aspektai buvo sėkmingi, nedaug pasiekta pažangos nustatant ir sunaikinant anhidrido rūgšties kontrabandos kelius Afganistane ir kaimyninėse šalyse (INCB, 2006b).

Europolo vykdomo projekto „Mustard“ [„Garstyčios“] tikslas – nustatyti ir sunaikinti Turkijos ir kitas susijusias nusikalstamas gruputes, kurių pagrindinė veikla – neteisėta narkotikų, pirmiausia heroino, kontrabanda į ES ir prekyba juo. Projektas remia vykstančius tyrimus dalyvaujančiose valstybėse ir Turkijos bei kitų organizuotų nusikalstamų grupuočių veiklos įžvalgomis padeda susidaryti strateginį žvalgybos vaizdą (Europolas, 2006).

### Probleminio opioidų vartojimo paplitimas

Šio skyriaus duomenis gauti naudojant ENNSC probleminio narkotikų vartojimo (PDU) rodiklį, kuris atspindi „narkotikų švirkštimąsi arba ilgalaikį, reguliary heroino, kokaino ir (arba) amfetaminų vartojimą“. Narkomanijos vertinimo skaičiai daugiausia atspindi heroino vartojimą, nors keliose šalyse, kaip parodyta kitur šioje ataskaitoje, svarbią dalį sudaro amfetamino vartotojai.

Aiškinant narkomanijos masto vertinimus, reikia turėti galvoje, kad vartojimo būdai darosi įvairesni. Pavyzdžiui, daugumoje šalių vis plačiau plinta kelių narkotikų vartojimas kartu, o kai kuriose šalyse, kur praeityje vyravo opioidų problemos, dabar pereinama prie kitų narkotikų. Manoma, kad dabar dauguma heroino vartotojų be opioidų dar vartoja stimulantus ir kitus narkotikus, bet ES lygmeniu gauti duomenų apie kelių narkotikų vartojimą sunku (žr. 8 skyrių).

<sup>(161)</sup> Žr. SZR-7 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(162)</sup> Žr. SZR-8 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(163)</sup> Žr. PPP-2 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(164)</sup> Laikant 1999 metus pinigų vertės atskaitos tašku visose šalyse.

<sup>(165)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie heroino kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja: rudojo heroino kainų duomenys Belgijoje, Čekijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Liuksemburge, Lenkijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, Bulgarijoje, Rumunijoje, Turkijoje ir Norvegijoje; baltojo heroino kainų duomenys Čekijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Latvijoje ir Švedijoje, o nenustatyto tipo heroino kainų duomenys Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje.

<sup>(166)</sup> Šie du skaičiai rodo duomenis iš dviejų skirtingų stebėsenos sistemų (žr. PPP-6 (iii dalį) lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje); į juos reikia žiūrėti atsargiai, nes skaičius 50 % yra paremtas tik vienu atveju.

<sup>(167)</sup> Žr. PPP-6 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(168)</sup> 1999–2004 m. laikotarpio duomenys apie heroino kainas bent trejus metus iš eilės egzistuoja: rudojo heroino duomenys Čekijoje, Danijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje, Liuksemburge, Austrijoje, Portugalijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje, Turkijoje ir Norvegijoje; baltojo heroino grynumo duomenys Danijoje, Vokietijoje, Estijoje, Suomijoje ir Norvegijoje; nenustatyto tipo heroino grynumo duomenys egzistuoja Belgijoje, Lietuvoje, Vengrijoje ir Nyderlanduose.

<sup>(169)</sup> 1988 m. Konvencijos I lentelės sąrašas.

Nepaisant bendro šio reiškinio įvairovės didėjimo, daugelyje šalių narkomanijos problemos yra išimtinai susijusios su heroinu ir kitais opioidais, kurie yra pagrindiniai narkotikai. Tą rodo problematinio opioidų vartojimo skaičiai (žr. 8 paveikslėlį), kurie iš esmės yra panašūs į apskritai visokios narkomanijos skaičius<sup>(170)</sup>. Neaišku, ar kitose šalyse ne opioidų narkomanijos mastai yra menki, ar, galbūt, dideli, bet aišku, kad juos įvertinti sunku.

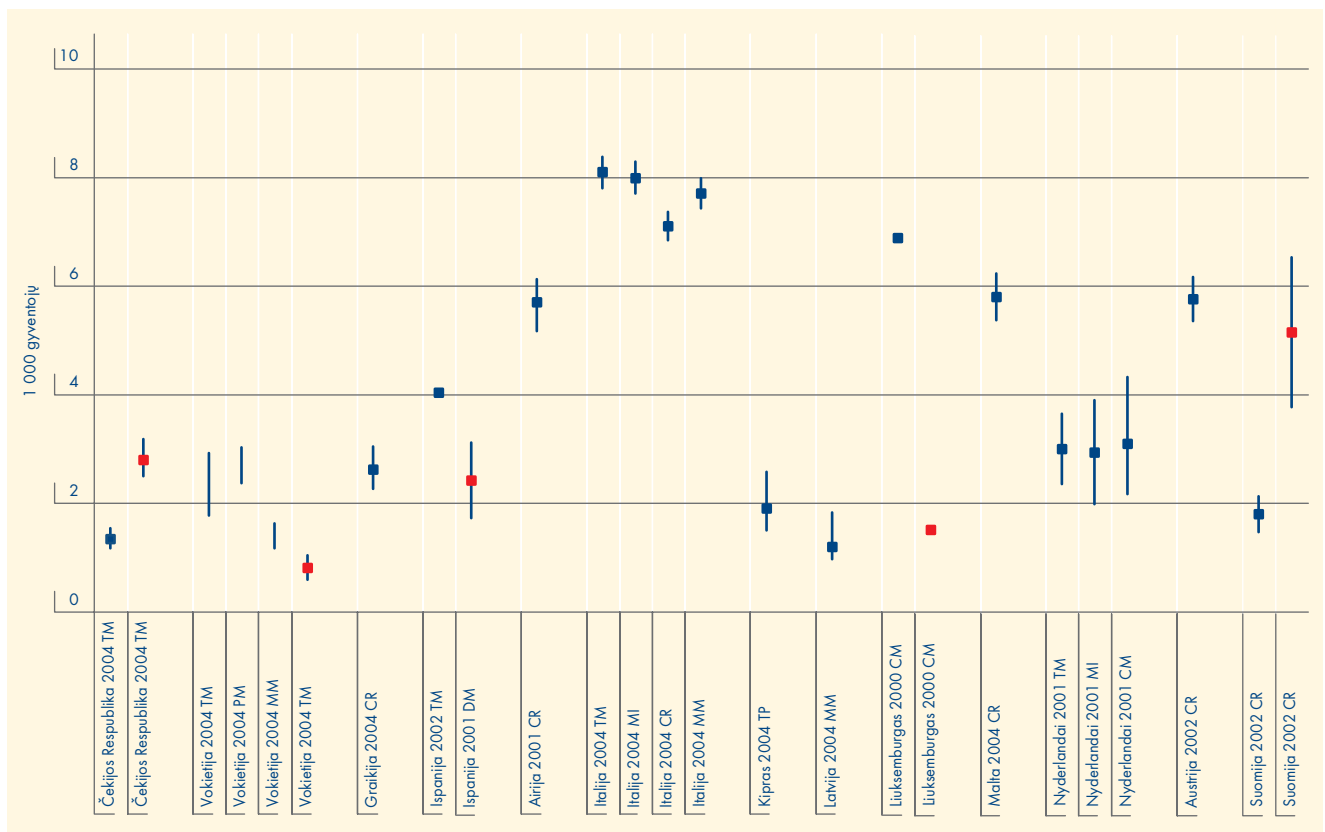
Įvertinti opioidus vartojančių narkomanų skaičių sunku; norint iš turimų duomenų gauti tokios narkomanijos paplitimo skaičius, reikia atlikti sudėtingas analizes. Be to, tokie skaičiai dažnai atspindi tik tam tikrą geografinę vietovę, o iš jų atliktos nacionalinių skaičių ekstrapoliacijos ne visuomet yra patikimos.

2000–2004 m. laikotarpiu opioidų narkomanijos paplitimas nacionaliniu lygiu svyravo nuo 1 iki 8 atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus (remiantis vidurkiu). Opioidų narkomanijos paplitimas įvairiose šalyse yra labai skirtingas,

nors skirtingų metodų taikymas vienoje šalyje dažniausiai duoda panašius rezultatus. Didesnį opioidų narkomanijos paplitimą nurodo Airija, Italija, Liuksemburgas, Malta ir Austrija (5–8 atvejai 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų), mažesnį paplitimą nurodo Čekija, Vokietija, Graikija, Kipras, Latvija ir Nyderlandai (mažiau nei keturi atvejai 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų) (8 paveikslėlis). Mažiausias ir gerai dokumentuotas paplitimas yra naujosios ES šalyse, bet Maltoje nurodomas didesnis paplitimas (5,4–6,2 atvejai 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų). Iš šių gana ribotų duomenų galima išvesti bendrą opioidų narkomanijos paplitimą Europos Sąjungoje – nuo dviejų iki aštuonių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų. Tačiau, šie skaičiai dar nėra visiškai tikslūs, ir juos reikia tikslinti, gavus daugiau duomenų.

Opioidų narkomanijos vertinimų vietiniu ar regioniniu mastu nėra, tačiau turimi apskritai narkomanijos duomenys (įskaitant stimuliantų ir kitų narkotikų vartojimą) rodo, kad vartojimo paplitimas labai skiriasi tarp įvairių miestų

**8 paveikslėlis.** Probleminio opioidų ir stimuliantų vartojimo vertinimas, 2000–2004 m. (1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus)



NB: ■ Raudoni kvadratai rodo stimuliantų vartojimą, kiti – opioidų. MM, mirštamumo koeficientas; CR, užregistravimas – pakartotinis užregistravimas; TM, gydymo multiplikatorius; PM, policijos multiplikatorius; MI, daugiamačių indikatorius; TP, sutrumpintas Puasono skirstinys; CM, kombinuotieji metodai. Daugiau informacijos žr. PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 lentelėse 2006 m. statistikos biuletenyje. Šis simbolis žymi vertinimą tam tikrame taške, vertikalus brūkšnelis žymi neapibrėžties intervalą, kuris gali sudaryti 95 % pasiklovimo intervalo, arba intervalą, paremtą jautrumo analize. Tikslinės grupės gali šiek tiek skirtis dėl skirtingų metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikia atsargiai.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.

<sup>(170)</sup> Žr. PDU-1 (i dalis) paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

ir regionų. 2000–2004 m. laikotarpiu didžiausią paplitimą vietose nurodė Airija, Portugalija, Slovakija ir Jungtinė Karalystė (nuo 15 iki 25 atvejų 1 000 gyventojų) <sup>(171)</sup>. Geografiniai skirtumai, kaip ir galima tikėtis, taip pat pastebimi vietos lygmeniu, pavyzdžiui, skirtingose Londono dalyse paplitimas svyruoja nuo 6 iki 25 atvejų 1 000 gyventojų. Dėl didelių paplitimo skirtumų įvairiose vietovėse apibendrinimus daryti sunku.

### Probleminio opioidų vartojimo tendencijos

Patikimų ir nuoseklių istorinių duomenų trūkumas apsunkina probleminio opioidų vartojimo tendencijų vertinimą. Surinkti duomenys liudija, kad opioidų narkomanijos paplitimas įvairiose šalyse yra labai skirtingas ir kad tendencijos Europos Sąjungoje taip pat yra skirtingos. Kai kurių šalių ataskaitos, taip pat ir kiti duomenys, rodo, kad opioidų vartojimo problema antroje dešimtojo dešimtmečio pusėje ir toliau didėjo (9 paveikslėlis), bet pastaraisiais metais, atrodo, stabilizavosi ar net sumažėjo. 2000–2004 m. laikotarpio reguliarius opioidų narkomanijos kiekybiniai vertinimai egzistuoja septyniose šalyse (Čekijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje, Austrijoje): keturios šalys (Čekija,

Vokietija, Graikija, Ispanija) nustatė opioidų narkomanijos mažėjimą, viena šalis, Austrija, nustatė padidėjimą (nors šį padidėjimą sunku interpretuoti, nes per tą laikotarpį keitėsi duomenų rinkimo sistema). Įrodymai, surinkti iš pirmą kartą gydymo nuo narkomanijos besikreipiančių asmenų, rodo, kad opioidų probleminis vartojimas apskritai mažėja, todėl artimoje ateityje galima tikėtis paplitimo sumažėjimo.

### Narkotikų švirkštimasis

Švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems narkomanams yra didelė rizika patirti neigiamas pasekmes, tokias kaip infekcinės ligos ar perdozavimas. Todėl svarbu narkotikų švirkštimąsi nagrinėti atskirai.

Nepaisant švirkščiamųjų narkotikų kiekybinio vertinimo svarbos visuomenės sveikatai, tik kelios šalys turi tokius vertinimus nacionaliniu arba regioniniu lygiu <sup>(172)</sup>. Šiame skirsnyje dėl duomenų trūkumo švirkščiamųjų narkotikų kiekybiniai vertinimai nėra skirstomi pagal tai, koks yra pagrindinis narkotikas, o švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis tarp besigydančių heroino vartotojų (žr. toliau) atspindi tik heroino švirkštimąsi.

### Narkotikų vartotojai kalėjime

Informacija apie narkotikų vartojimą tarp kalinių neišsami. Daugelis duomenų Europoje ateina iš atsitiktinių tyrimų, kurie kartais atliekami vietos lygiu įstaigose, kurios neatspindi tikros nacionalinių kalėjimų sistemos, ir remiasi labai skirtingo dydžio kalinių imtimis. Dėl tirtų populiacijų skirtingų charakteristikų negalima lyginti įvairių apklausų duomenų toje pačioje šalyje ar skirtingose šalyse ir negalima ekstrapoliuoti rezultatų bei analizuoti tendencijų.

Duomenis apie narkotikų vartojimą kalėjimuose per pastaruosius 5 metus (1999–2004 m.) pateikė dauguma Europos šalių <sup>(1)</sup>. Tie duomenys rodo, kad palyginti su bendrąja populiacija narkomanų kalėjimuose yra daug daugiau. Bet skirtinguose kalėjimuose ir skirtingose kardomojo įkalinimo vietose dalis sulaikytųjų, kurie nurodo kada nors vartoję neteisėtą narkotiką, yra nevienoda, bet vidutiniškai svyruoja nuo trečdaliu ar mažiau Vengrijoje ir Bulgarijoje iki dviejų trečdalių ar daugiau Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje, daugumoje šalių vartojimo gyvenime paplitimas yra apie 50 % (Belgijoje, Graikijoje, Latvijoje, Portugalijoje, Suomijoje). Kanapės – labiausiai vartojamas neteisėtas narkotikas, jo vartojimas gyvenime tarp kalinių svyruoja nuo 4 % iki 86 %, palyginti su kokaino vartojimo gyvenime 3–57 %, amfetaminų 2–59 % ir heroino 4–60 % <sup>(2)</sup>.

Reguliariai vartoję narkotikus ir turėję jiems priklausomybę prieš patenkant į kalėjimą nurodo 8–73 % kalinių, tuo tarpu

švirkščiamųjų narkotikų vartojimas gyvenime tarp kalinių yra 7–38 % <sup>(3)</sup>.

Nors dauguma narkotikų vartotojų, patekę į kalėjimą, sumažina arba visai nutraukia narkotikų vartojimą, kai kurie kaliniai toliau vartoja narkotikus, o dar kiti pradeda narkotikus vartoti (ir (arba) švirkštis) kalėjime. Atlikti tyrimai rodo, kad narkotikus kalėjime vartoja 8–51 % kalinių, 10–42 % nurodo tai darantys reguliariai, o 1–15 % švirkščiasi <sup>(4)</sup>. Todėl kyla klausimas dėl galimo infekcinių ligų plitimo tarp kalinių, ypač turint galvoje galimybes turėti sterilius švirkštimosi įrankius ir daliujimąsi jais.

Pakartotinės apklausos Čekijoje (1996–2002 m.), Danijoje (1995–2002 m.), Lietuvoje (2003–2004 m.), Vengrijoje (1997–2004 m.), Slovėnijoje (2003–2004 m.) ir Švedijoje (1997–2004) rodo, kad tarp kalinių didėja įvairių narkotikų vartojimo paplitimas, o Prancūzija (1997–2003 m.) nurodo, jog reikšmingai sumažėjo švirkščiamuosius narkotikus vartojančių kalinių <sup>(5)</sup>.

(1) Šalys, kuriose atlikti tyrimai per pastaruosius 5 metus (1999–2004 m.) ir kurios pateikė duomenis apie narkotikų vartojimą kalėjimuose: Belgija, Čekijos Respublika, Danija, Vokietija, Graikija, Prancūzija, Airija, Italija, Latvija, Lietuva, Vengrija, Malta, Nyderlandai, Austrija, Portugalija, Slovėnija, Slovakija, Suomija, Švedija, Jungtinė Karalystė, Bulgarija ir Norvegija.

(2) Žr. DUP-1 lentelę ir DUP-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

(3) Žr. DUP-2 ir DUP-5 lenteles 2006 m. statistikos biuletenyje.

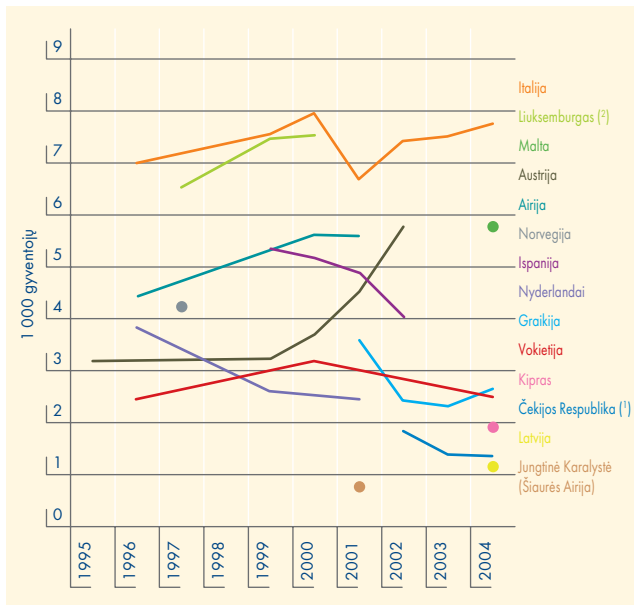
(4) Žr. DUP-3 ir DUP-4 lenteles 2006 m. statistikos biuletenyje.

(5) Žr. DUP-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

(171) Žr. PDU-6 (i dalis) paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

(172) Žr. PDU-7 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

**9 paveikslėlis.** Probleminio opioidų vartojimo paplitimo tendencijos, 1995–2004 m. (1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų amžiaus)



(1) 18–64 metų amžiaus grupės vertinimas.

(2) Apskaičiuota pagal 15–54 metų amžiaus grupės duomenis.

NB: Kai tuo pačiu laikotarpiu taikyti metodai yra panašūs, eilutės yra sujungtos. Daugiau informacijos žr. PDU-1, PDU-2 ir PDU-3 lentelėse 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai.

Dauguma švirkščiamųjų narkotikų vartojimo kiekybinių vertinimų remiasi arba perdozavimo atvejais arba duomenimis apie infekcines ligas (pavyzdžiui, ŽIV). Turimi vertinimai iš įvairių šalių yra skirtingi: po 2000 m. nacionaliniu lygiu skaičiai svyruoja nuo vieno iki šešių atvejų 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų, prieš 2000 m. skaičiai buvo šiek tiek didesni. Nuo 2000 m. didžiausias švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimas nacionaliniu mastu tarp šalių, turinčių tokius duomenis, yra Liuksemburge ir Austrijoje (apie šešis atvejus 1 000 gyventojų nuo 15 iki 64 metų). Mažiausias paplitimas yra Kipre ir Graikijoje, šiek tiek daugiau kaip vienas atvejis 1 000 gyventojų.

Jei kur nors galima nustatyti istorines tendencijas, jos nėra nuoseklios, vienur rodo mažėjimo tendencijas (pavyzdžiui, Škotijoje, Jungtinėje Karalystėje), kitur didėjimo tendencijas. Tačiau dėl duomenų trūkumo šioje srityje susidaryti aiškų vaizdą sunku.

Gydymo besikreipiančių švirkščiamųjų narkotikų dabartinių vartotojų dalies stebėjimas reikšmingai papildo švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimo stebėseną tarp bendrosios populiacijos. Tačiau svarbu nepamiršti, kad nustatyti

procentai nebūtinai atspindi visų švirkščiamųjų narkotikų paplitimą. Pavyzdžiui, šalyse, kur yra didelis procentas stimulantų vartotojų (Čekijoje, Slovakijoje, Suomijoje, Švedijoje), heroiną švirkščiančių vartotojų dalis tarp heroino vartotojų gali skirtis nuo jų procentinės dalies tarp bendrosios populiacijos.

Švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų dalis tarp heroino kaip pagrindinio narkotiko vartotojų, besikreipiančių dėl gydymo, rodo ryškius švirkščiamųjų narkotikų vartojimo skirtumus tarp šalių ir skirtingas istorines tendencijas (173). Kai kuriose šalyse (Ispanijoje, Nyderlanduose ir Portugalijoje) gana nedidelė besigydančių heroino vartotojų dalis jį švirkščiasi, tuo tarpu kitose šalyse švirkštėjimas yra vis dar pagrindinis heroino vartojimo būdas. Kai kuriose ES-15 valstybėse narėse, iš kurių turima duomenų (Danijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje), švirkštėjimas tarp besigydančių heroino vartotojų sumažėjo. Tačiau daugumoje naujųjų valstybių narių, bent jau tose, iš kurių turima duomenų, didelė dalis dėl gydymo besikreipiančių heroino vartotojų jį švirkščiasi.

## Duomenys apie gydymo poreikį (174)

Daugelyje šalių opioidai (dažniausiai heroinas) ir toliau lieka pagrindinis narkotikas, dėl kurio pacientai kreipiasi gydymo. Iš visų 2004 m. gautų prašymų gydytis apie 60 % atvejų opioidai buvo nurodomi kaip pagrindinis narkotikas, o šiek tiek daugiau nei pusė tokių klientų (53 %) nurodė, kad šį narkotiką švirkščiasi (175). Pažymėtina, kad gydymo poreikio rodiklis neatspindi viso nuo opioidų vartojimo besigydančių asmenų skaičiaus, kuris yra daug didesnis, o tik pacientus, kurie kreipiasi gydymo per atskaitinius metus.

Pacientų dalis, kuri kreipiasi gydymo nuo heroino vartojimo, įvairiose šalyse yra skirtinga. Remiantis naujaisiais duomenimis, šalis galima suskirstyti į tris grupes pagal tai, kokią dalį sudaro gydymo besikreipiantys narkomanai, vartojantys heroiną:

- mažiau kaip 50 % – Čekija, Danija, Vengrija, Nyderlandai, Lenkija, Slovakija, Suomija, Švedija;
- 50–70 % – Vokietija, Ispanija, Prancūzija, Airija, Kipras, Latvija, Portugalija, Jungtinė Karalystė, Rumunija;
- daugiau kaip 70 % – Graikija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Slovėnija, Bulgarija (176).

Šalys, kuriose didelė opioidų pacientų dalis vartoja ne heroiną, o kitas medžiagas: Vengrija, kur paplitęs naminių

(173) Žr. PDU-3 (i dalis) paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

(174) Žr. išnašą (70).

(175) Žr. TDI-2 paveikslėlį ir TDI-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

(176) Žr. TDI-5 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.



opijaus aguonų vartojimas, ir Suomija, kur dauguma opioidų pacientų vartoja buprenorfiną <sup>(177)</sup>.

Dauguma opioidų vartotojų, kaip ir kitų narkotikų vartotojų, kreipiasi ambulatorinio gydymo; tačiau, palyginti su kokaino ir kanapių pacientais, stacionaruose gydoma didesnė opioidus vartojančių pacientų dalis.

Dauguma šalių, kuriose yra didelis naujų heroino pacientų skaičius, kiekvienais metais (išskyrus Vokietiją, kur ataskaitinė bazė buvo išplėsta) nurodo, kad per pastaruosius 4–5 metus tokių pacientų sumažėjo, tačiau tik ne pacientų, kurie jau buvo gydyti. Pakartotinio gydymo prašymų nesumažėjo, ir daugelyje šalių bendras gydymo nuo heroino vartojimo poreikis išlieka maždaug stabilus. Išimtys – Vokietija ir Jungtinė Karalystė, kur bendras prašymų skaičius padidėjo. Tačiau, apskritai, gydymo poreikio dėl heroino procentas (tarp visų prašymų ir naujų prašymų) sumažėjo, 1999–2004 m. laikotarpiu naujų prašymų dalis sumažėjo nuo maždaug dviejų trečdalių iki maždaug 40 %, tuo tarpu gydymo poreikis dėl kanapių ir kokaino padidėjo <sup>(178)</sup>.

Anksčiau buvo nurodyta, kad pacientų, besikreipiančių gydymo dėl opioidų vartojimo, populiacija senėja ir ši tendencija tęsėsi ir 2004 m. Beveik visi gydymo besikreipiantys opioidų vartotojai yra vyresni nei 20 metų, o beveik pusė jų vyresni nei 30 metų. Europos lygmens duomenys rodo, kad tik maža opioidų vartotojų grupė (mažiau kaip 7 %) būna jaunesni nei 20 metų, kai jie pirmą kartą kreipiasi pagalbos <sup>(179)</sup>. Kartais pranešama ir apie labai jaunos asmenis (jaunesnius nei 15 metų), kurie kreipiasi gydymo dėl heroino vartojimo <sup>(180)</sup>, pavyzdžiui, 11–12 metų vaikai Sofijoje, Bulgarijoje, bet, apskritai, gydymo dėl heroino poreikis tarp labai jaunų žmonių pasitaiko retai.

Ataskaitose nurodoma, kad opioidų pacientai priklauso marginalinėms visuomenės grupėms, turi menką išsilavinimą, tarp jų yra didelė dalis bedarbių, jie dažnai neturi pastovaus būsto; Ispanija nurodo, kad 17–18 % opioidų pacientų yra benamiai.

Dauguma opioidų pacientų nurodo pradėję vartoti narkotikus pirmą kartą 15–24 metų, apie 50 % pacientų pirmą kartą pavartoja narkotikus, nesulaukę dvidešimties <sup>(181)</sup>. Kadangi nuo pirmo pavartojimo iki pirmo kreipimosi gydytis paprastai praeina nuo 5 iki 10 metų, ir manoma, kad nuo vartojimo

pradžios iki reguliaraus vartojimo praeina 1,5–2,5 metų (Suomijos nacionalinė ataskaita), galima daryti išvadą, kad opioidų pacientai, prieš pirmą kartą kreipdamiesi specializuoto gydymo, paprastai narkotiką jau yra vartoję 3–7 metus.

Europoje šiek tiek daugiau nei pusė naujų opioidų pacientų, prašančių ambulatorinio gydymo, kurių vartojimo būdas yra žinomas, narkotiką švirkščiasi. Apskritai, švirkštimasis dažniau pasitaiko tarp gydymo besikreipiančių opioidų vartotojų naujosiose valstybėse narėse (virš 60 %) nei ES-15 valstybėse narėse (mažiau kaip 60 %); išimtį sudaro Italija ir Suomija, kur opioidus švirkščiančių pacientų dalis yra atitinkamai 74 % ir 79,3 %. Mažiausiai yra opioidus švirkščiančių pacientų Nyderlanduose (13 %), daugiausia Latvijoje (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Gydymas nuo opioidų priklausomybės

ES kovos su narkotikais strategija 2005–2012 m. gydymo gerinimą ir prieinamumą laiko svarbiu prioritetu ir ragina valstybes nars teikti visą veiksmingų gydymo būdų rinkinį. Praeityje narkomanai būdavo gydomi daugiausia stacionaruose. Tačiau didėjant gydymo galimybių įvairovei ir, ypač išplitus pakaitiniam gydymui, stacionarinio gydymo svarba sumažėjo.

Šiuo metu duomenų apie įvairių opioidų narkomanijos gydymo būdų prieinamumą Europoje yra nedaug. Atsakydami į ENNSC klausimą, ekspertai daugumoje valstybių narių (16-oje) nurodė, kad pagrindinė gydymo rūšis – pakaitinis gydymas. Tačiau keturiose šalyse (Čekijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Slovakijoje) nurodoma, kad įprastesnis yra gydymas be vaistų, o dviejose šalyse, Ispanijoje ir Švedijoje, gydymas su vaistais ir be vaistų taikomas vienodai dažnai.

Opioidų priklausomybei pakaitinė terapija (dažniausiai gydymas metadonu arba buprenorfinu) taikoma visose ES valstybėse narėse <sup>(183)</sup>, taip pat Bulgarijoje, Rumunijoje ir Norvegijoje, ir dabar vieningai laikoma, kad tai yra naudingas opioidus vartojančių narkomanų gydymo būdas, nors kai kuriose šalyse toks gydymas išlieka jautria tema (žr. 2 skyrių). Tarptautiniu mastu pakaitinio gydymo vaidmuo taip pat susilaukia mažiau prieštaravimų; 2004 m. JT priėmė jungtinę poziciją dėl pakaitinės palaikomosios terapijos

<sup>(177)</sup> Žr. TDI-26 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje; „Reitox“ nacionalines ataskaitas.

<sup>(178)</sup> Žr. TDI-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(179)</sup> Žr. TDI-10 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Žr. TDI-11 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(182)</sup> Žr. TDI-17 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(183)</sup> Kipre apie metadono naudojimą detoksikaciniam gydymui pranešama nuo 2004 m. ir dabar yra pranešta apie metadono palaikomojo gydymo bandomojo projekto pradžią, bet dar nepranešta apie jokių gydymo atvejus. Turkijoje metadonas yra oficialiai užregistruotas priklausomybės nuo opioidų gydymui, bet dar nepranešta apie jokių gydymo atvejus.

(WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), o 2006 m. birželio mėn. PSO įrašė metadoną ir buprenorfiną į savo pavyzdinį esminių vaistų sąrašą.

Dabar yra tvirtų įrodymų, kad pakaitinės programos, kuriose vartojamas metadonas ir buprenorfinas, yra vertingos. Tyrimai parodė, kad pakaitinė terapija mažina neteisėtą narkotikų vartojimą, narkotikų švirkštimąsi, sulaiko nuo elgesio, pavyzdžiui, nuo dalijimosi švirkštimo reikmenimis, kuris siejamas su didele ŽIV ir kitų infekcinių ligų plitimo rizika, gerina funkcionavimą visuomenėje ir, apskritai, sveikatą. Tyrimai taip pat parodė, kad toks gydymas gali mažinti nusikalstamą veiklą, o pakankamas pakaitinio gydymo prieinamumas gali mažinti su narkotikais susijusių mirčių skaičių. Optimalūs rezultatai priklauso nuo to, ar laiku pradėdama taikyti ši programa, ar ji taikoma pakankamai ilgai, ar yra jos tęstinumas, ir nuo pakankamų vaisto dozių.

Nors Europoje metadonas ir toliau yra dažniausiai skiriamas pakaitinio gydymo vaistas, gydymo galimybių plečiamos, ir dabar buprenorfinas yra prieinamas 19 ES šalių, Bulgarijoje ir Norvegijoje, nors ne visiškai aišku, ar jis yra oficialiai patvirtintas pakaitiniam gydymui visose šalyse, kuriose nurodoma, kad jis vartojamas. Turint galvoje, kad gydymas didelėmis buprenorfino dozėmis Europoje pradėtas tik prieš 10 metų, šio narkotiko kaip terapinio vaisto populiarumas išaugo stebėtinai greitai (žr. 1 paveikslėlį) <sup>(184)</sup>.

Ilgalaikis narkotiko pakeitimas nėra vienintelis opioidų farmakoterapijos tikslas. Metadonas ir buprenorfinas yra taip pat vartojami, atpratinant pacientą nuo opioidų; tokios terapijos tikslas – padėti pacientui pasiekti visišką abstinencijos, skiriant mažėjančią dozę per tam tikrą nustatytą laiką, kad nebūtų tokios didelės atpratimo kančios. Opioidinis antagonistas naltreksonas, pasiūlykštėjimą kelianti farmakoterapinė priemonė gydyti priklausomybę nuo opioidų, taip pat yra kartais naudojamas atkryčio prevencijai, nes blokuoja heroino padarinius, nors šio vaisto tinkamumas gydymui dar galutinai neįrodytas.

Kai kurios šalys (Vokietija, Ispanija, Nyderlandai ir Jungtinė Karalystė) turi ir heroino terapijos programas, nors tokį gydymą gaunančių pacientų skaičius yra labai mažas palyginti su kitais pakaitinio gydymo vaistais būdais (sudaro turbūt mažiau nei 1 % iš viso). Šis gydymo būdas ir toliau

kelia prieštaravimus ir paprastai taikomas moksliniais tikslais ilgą laiką narkotikus vartojantiems narkomanams, kuriems kiti terapijos būdai nepadėjo.

Neseniai atlikta apklausa apie priklausomybės gydymo veiksmingumą ŽIV perdavimo prevencijai nustatė, kad į elgesį nukreiptos intervencijos gali pagerinti pakaitinio gydymo teigiamą poveikį ŽIV prevencijai, tuo tarpu vien tik psichologinė terapija gali padėti arba nepadėti. Abstinencija pagrįstas gydymas duoda gerus ŽIV prevencijos rezultatus tiems pacientams, kurie nenutraukia gydymo 3 ar daugiau mėnesių (Farrell *et al.*, 2005).

### Metadono skyrimo stebėseną

Metadonas yra kontroliuojamas vaistas pagal 1961 m. Bendrosios narkotinių medžiagų konvencijos I sąrašą, o jo suvartojimą šalyse kasmet stebi INCB.

ENNSC duomenimis, minimaliai skaičiuojama, kad ES valstybėse narėse, Bulgarijoje, Rumunijoje ir Norvegijoje pakaitinį gydymą gavo daugiau kaip 500 000 pacientų per metus (žr. 4 lentelę 2005 m. metinėje ataskaitoje). Išskyrus Čekiją ir Prancūziją, kur labiausiai paplitęs gydymas didelėmis buprenorfino dozėmis (HDBT), visose kitose šalyse 90 % pacientų buvo gydoma metadonu.

ES ir JAV, kartu paėmus, suvartoja 85 % viso pasaulyje suvartojamo metadono, ir per pastarąjį dešimtmetį jo suvartojimas šiose šalyse nuolat augo. 1997–2000 m. laikotarpiu suvartojami kiekiai abiejuose regionuose buvo stabilizavęsis, bet nuo to laiko Jungtinėse Amerikos Valstijose jie vėl staigiai išaugo. Šiuo metu Europos Sąjungoje suvartojama per pusę tiek, kiek Jungtinėse Amerikos Valstijose <sup>(185)</sup>.

Paprastai suvartojimo kiekiai pastebimai išauga po to, kai šis gydymo būdas pradėdama taikyti nacionaliniu lygmeniu. Pavyzdžiui, Prancūzijoje plačiai pradėjus taikyti pakaitinį gydymą metadonu 1995 m., jo suvartojimas greitai išaugo nuo 31 kg 1995 m. iki 446 kg 2004 m.

Pastaruoju metu suvartojamo metadono kiekių stabilizavimąsi galima pastebėti Danijos, Ispanijos, Maltos, Nyderlandų ir, galbūt, Vokietijos statistikoje. Tai atitinka besigydančių pacientų skaičiaus tendencijas (žr. 2 skyrių).

<sup>(184)</sup> Žr. pasirinktą temą apie buprenorfiną 2005 m. metinėje ataskaitoje.

<sup>(185)</sup> Žr. NSP-2 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.



## 7 skyrius

# Su narkotikais susijusios infekcinės ligos ir mirtys

### Su narkotikais susijusios infekcinės ligos

Viena rimčiausių neteisėtų narkotikų vartojimo, ir ypač narkotikų švirkštimosi, pasekmių sveikatai – ŽIV perdavimas ir kitos infekcinės ligos, iš kurių rimčiausios hepatitas C ir B. Narkotikų švirkštimosi ir infekcijų perdavimo ryšys neabejotinas. Todėl pirmiausia visuomenės sveikatos priežiūros priemonėmis šioje srityje siekiama mažinti narkotikų švirkštimąsi ir dalijimąsi švirkštimosi reikmenimis. Tyrimai taip pat rodo ryšį tarp narkotikų vartojimo ir pavojingų lytinių santykių, todėl vis svarbiau sieti narkotikų vartojimo priemones su visuomenės lytinės sveikatos strategijomis. Vykdamas stebėseną Europos lygmeniu, duomenis apie infekcines ligas renka registravimo tarnybos, kur narkotikų švirkštimasis gali būti užregistruotas kaip rizikos faktorius, ir specialios narkotikų vartotojų populiacijų apklausos, vykdomos įvairioje aplinkoje.

### ŽIV ir AIDS

#### Pastarojo meto naujų ŽIV atvejų tendencijos

Dabartiniu metu dauguma šalių nurodo nedaug naujai diagnozuotų ŽIV infekcijos atvejų, kurių priežastimi laikomas narkotikų švirkštimasis. Šalys, kuriose ŽIV užsikrėtusiųjų dalis tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų visuomet buvo nedidelė, teikia galimybę tirti, nuo ko tai priklauso, t. y. tirti klausimą, kuris yra iškeltas dabartiniame ES kovos su narkotikais veiksmų plane ir yra ENNSC koordinuojamo tyrimo dėmesio centre. Nusiraminti negalima, tačiau nei Ispanija, nei Italija, kurios yra patyrusios ŽIV epidemijų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, nepateikia nacionalinių duomenų apie tą epidemiją, ir tai mažina duomenų, padedančių susidaryti bendrą vaizdą Europos Sąjungoje, vertę. Be to, iš kai kurių šalių ateinantys duomenys kelia susirūpinimą, kad ŽIV infekcija gali plisti, bent jau tarp kai kurių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių populiacijų.

Prancūzijoje, kur ŽIV atvejai registruojami tik nuo 2003 m., padidėjo ŽIV užsikrėtimo atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (nors ir nuo neaukšto pradinio lygio) nuo 2,3 atvejo milijonui gyventojų 2003 m. iki 2,9 atvejo 2004 m. Nors šie duomenys iš esmės atitinka turimus tyrimo duomenis (žr. toliau), reikia nepamiršti, kad naujos ataskaitų rengimo

sistemos iš pradžių dažnai būna nestabilios. Portugalijos 2004 m. duomenys, kurie rodo 98,5 atvejo milijonui gyventojų (didžiausias procentas Europos Sąjungoje) <sup>(186)</sup>, verčia abejoti naujai diagnozuotų ŽIV atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų sumažėjimu, kuris buvo užregistruotas anksčiau. Jungtinėje Karalystėje ŽIV atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pamažu gausėjo, bet dabar laikosi stabiliai, mažiau kaip 2,5 atvejo milijonui gyventojų kasmet. Airijoje dešimtojo dešimtmečio pabaigoje buvo pasiektas aukščiausias taškas, 18,3 atvejo milijonui gyventojų 2000 m., paskui sumažėjo iki 9,8 milijonui gyventojų 2001 m., o 2004 m. pagausėjo iki 17,8.

ŽIV protrūčiai pastebėti neseniai Estijoje ir Latvijoje (2001 m.) ir 2002 m. Lietuvoje. Nuo to laiko tokių atvejų labai sumažėjo; po pirmosios epidemijos stadijos, nustačius endeminį infekcijos lygį (žr. toliau), reikia tikėtis naujai diagnozuotų atvejų sumažėjimo.

#### ŽIV paplitimas pagal serologinius tyrimus tarp tirtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

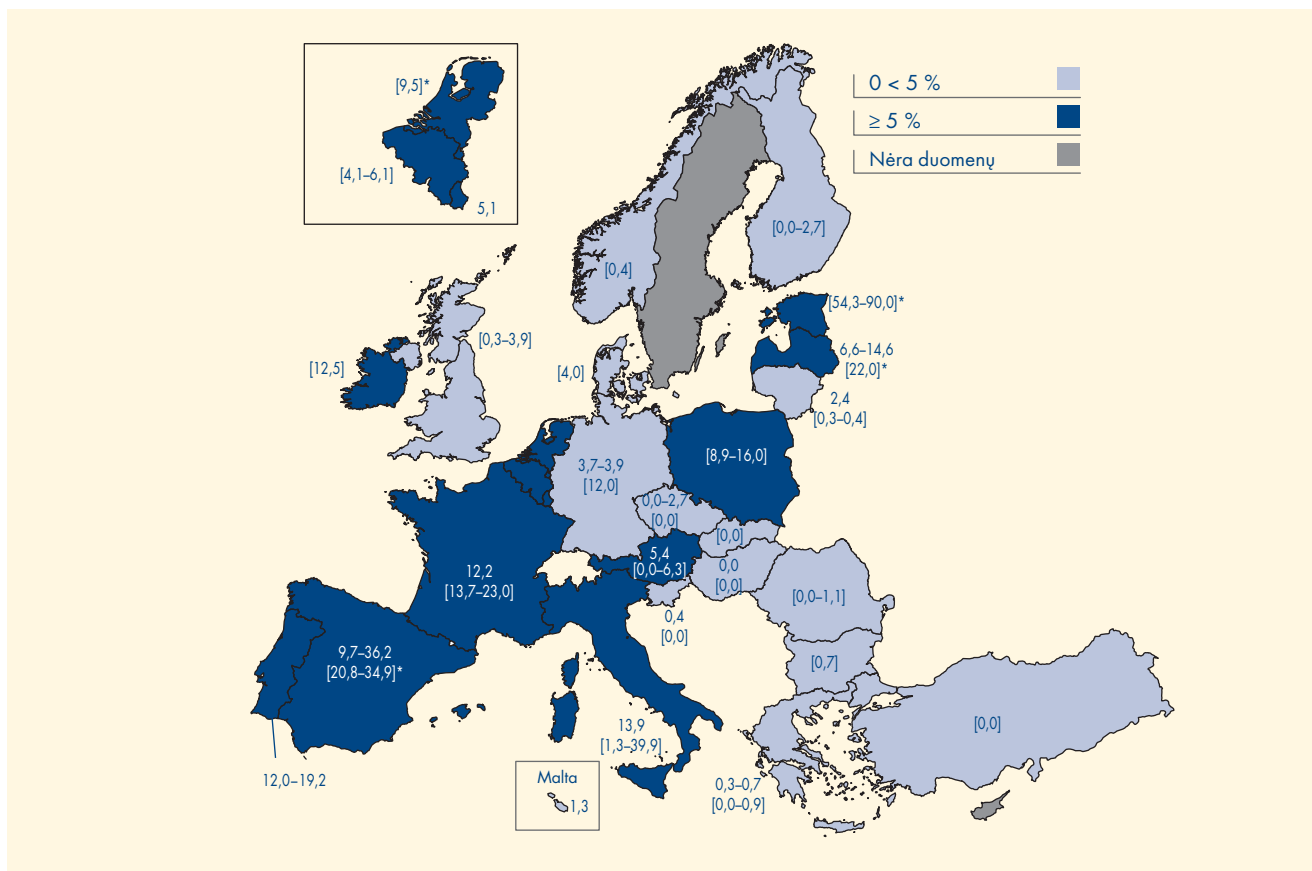
Paplitimo duomenys tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pagal serologinius tyrimus (infekuotųjų procentas švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse) reikšmingai papildoma gaunamus duomenis apie ŽIV atvejus. Kartotiniai serologiniai tyrimai ir įprastinės stebėsenos duomenys, gauti iš diagnostinių tyrimų, gali patvirtinti iš ataskaitų ryškėjančias tendencijas ir suteikti smulkesnę informaciją apie konkrečius regionus ir konkrečias vietas. Tačiau duomenys apie paplitimą ateina iš įvairiausių šaltinių, juos kartais gali būti sunku lyginti, todėl juos reikia interpretuoti atsargiai.

Pastarojo meto ataskaitose užregistruotą ŽIV atvejų pagausėjimą kai kuriose šalyse dažniausiai patvirtina paplitimo duomenys pagal serologinius tyrimus, nors pastarieji rodo, kad tai nėra vienintelės šalys, kuriose reikia dar didesnio budrumo.

Baltijos valstybėse paplitimo pagal serologinius tyrimus duomenys rodo, kad infekcijos perdavimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dar nepakankamai kontroliuojamas (10 paveikslėlis). Estijoje neseniai atliktame tyrime nustatyta,

<sup>(186)</sup> Žr. INF-2 (i dalis) ir INF-5 (ii dalis) paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

## 10 paveikslėlis. ŽIV paplitimas tarp tirtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, 2003–2004 m.



NB: Skaičiai (skliausteliuose) yra vietos lygmens duomenys. Spalva pažymėti nacionaliniai vidurkiai arba, jei tokių nėra, vietinių duomenų vidurkiai.  
 † Italijos ir Portugalijos duomenis įeina ne tik švirkščiamųjų narkotikų vartotojai, todėl nurodytas paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali būti mažesnis nei iš tikrųjų yra.

\* Visi duomenys ar tam tikra jų dalis atspindi laikotarpį iki 2003 m. (Ispanija 2002–2003 m.; Prancūzija 2002–2003 m.; Latvija 2002–200 m.; Nyderlandai 2002 m.) ar iki 2005 m. (Estija).

Šaltiniai: Nacionaliniai informacijos biurai. Pirminius duomenis, tyrimų detales ir duomenis iki 2003 m. ar po 2004 m., žr. INF-8 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

kad viename regione paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų padidėjo (Taline: nuo 41 % 964 atvejų imtyje 2001 m. iki 54 % 350 atvejų imtyje 2005 m.), o dar viename regione yra ypač didelis (Kohtla-Järve: 90 % iš 100). Latvijoje dvi serologinių tyrimų serijos rodo, kad tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų paplitimas didėjo iki 2002–2003 m., o trečioji tyrimų serija rodo, kad po 2001 m. pasiekto aukščiausio taško paplitimas sumažėjo. Lietuvoje 2003 m. duomenys rodo, kad ŽIV atvejų tarp tirtų besigydančių ir švirkštų keitimo schemose dalyvaujančių bei ligoninėse esančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų padaugėjo nuo 1,0–1,7 % 1997–2002 m. iki 2,4 % (27/1112) 2003 m.

Šalyse, kur visuomet buvo didelis ŽIV infekcijos procentas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Lenkijoje ir Portugalijoje), pastebėta naujų požymių, kad infekcijos perdavimas nacionaliniu lygiu ir konkrečiuose regionuose bei tarp tam tikrų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pogrupių nenutrūko<sup>(187)</sup>. Svarbu pažymėti, kad šiose

šalyse dėl buvusios didelio masto epidemijos devintajame ir dešimtajame dešimtmėčiuose yra didesnė tikimybė, kad rizikingas elgesys gali baigtis infekcija.

Ispanijoje ir Italijoje nacionalinių duomenų apie konkrečius atvejus nėra. Įprastų diagnostinių tyrimų duomenis interpretuoti sunku, nes jiems įtakos gali turėti skirtingi rinkimo būdai, tačiau šiose šalyse yra susirūpinimą keliančių priežasčių. Ispanijoje ŽIV paplitimas tarp tirtų besigydančių jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (jaunesnių nei 25 metų) iki 2002 m. buvo stabilus, daugiau kaip 12 %, o tarp naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (kurie švirkščiasi trumpiau kaip 2 metus) paplitimas padidėjo nuo 15 % iki 21 % 2000–2001 m., ir tai rodo, kad iki 2002 m. tokių atvejų buvo daug. Italijoje paplitimo tendencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų įvairiuose regionuose yra labai skirtingos, kai kuriuose regionuose vis dar ryškus gausėjimas (Bolzanoje, Ligurijoje, Molise, Toskanijoje ir Umbrijoje).

(187) Žr. INF-5 paveikslėlį (ii dalį ir vi dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

Lenkijoje vietiniai tyrimai rodo, kad ŽIV toliau bent jau iki pastarojo meto plito – tokią išvadą galima daryti, remiantis paplitimu tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (15 % 2002 m. viename regione, 4–11 % kituose dviejuose regionuose 2004 m.). 2002 m. atliktame tyrime nustatyti keturi ŽIV atvejai (9 %) 45 naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyje; tačiau 2004 m. atliktame 20 naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imties tyrime tokių atvejų nenustatyta.

Galiausiai kai kuriose šalyse, kurios niekada nepatyrė didelės epidemijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, neseniai gauti paplitimo duomenys rodo, kad verta būti budresniems. Taip, atrodo, yra Liuksemburge, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje, nors padidėjimas nedidelis ir jo nepatvirtina apie konkrečius atvejus gaunami duomenys.

### Šalys, kuriose ŽIV paplitimas nedidelis

ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų įvairiose ES šalyse labai skirtingas (10 paveikslėlis). Kai kuriose šalyse ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų pastaruoju metu išaugo arba yra didelis jau daugelį metų. Kai kuriose šalyse, priešingai, ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų išliko labai mažas 2003–2004 m.: mažiau arba apie 1 % Čekijoje, Graikijoje, Vengrijoje, Maltoje, Slovėnijoje (remiantis nacionalinėmis imtimis) ir Slovakijoje, Bulgarijoje, Rumunijoje, Turkijoje ir Norvegijoje (remiantis regioninėmis imtimis). Kai kuriose iš šių šalių (pavyzdžiui, Vengrijoje) ŽIV ir hepatito C viruso (HCV) paplitimas yra vienas mažiausių Europoje, ir tai rodo nedidelį narkotikų švirkštimosi mastą (žr. toliau „Hepatitis B ir C“), nors kai kuriose šalyse (pvz., Rumunijoje) yra įrodymų, kad hepatito C paplitimas didėja.

### ŽIV paplitimo skirtumai tarp skirtingų lyčių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų

Serologinių paplitimo tyrimų duomenys 2003–2004 m. rodo, kad tarp tirtų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių vyrų ir moterų yra skirtumų<sup>(188)</sup>. Apjungus duomenis iš Belgijos, Estijos (2005 m.), Ispanijos (2002 m.), Prancūzijos, Italijos, Liuksemburgo, Austrijos, Lenkijos ir Portugalijos, bendra imtis susidėjo iš 124 337 vyrų ir 20 640 moterų, kurie daugiausia buvo tirti narkomanijos gydymo centruose ar kitose narkomanams teikiamų paslaugų vietose. Nustatytas bendras 13,6 % paplitimas tarp vyrų ir 21,5 % tarp moterų. Skirtumai tarp šalių gana ryškūs, moterų ir vyrų santykis didžiausias Estijoje, Ispanijoje, Italijoje, Liuksemburge ir Portugalijoje, o Belgijoje pastebima priešinga tendencija, paplitimas didesnis tarp vyrų.

### AIDS atvejai ir HAART prieinamumas

Kadangi labai aktyvus antiretrovirusinis gydymas (HAART), taikomas nuo 1996 m., veiksmingai stabdo ŽIV infekcijos progresavimą į AIDS, AIDS atvejų skaičiai kaip ŽIV užkrėtimo rodikliai nebėra tokie naudingi. Tačiau jie vis dar rodo bendrą simptominės ligos našumą ir išlieka svarbiu rodikliu, kokių mastu HAART yra taikomas švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims.

PSO vertinimu, HAART pacientų, kuriems reikia gydymo, buvo daug Vakarų Europos šalyse (daugiau kaip 70 %) 2003 m., bet mažesnė daugumoje Rytų Europos šalių, įskaitant Estiją, Lietuvą ir Latviją<sup>(189)</sup>. Naujesni duomenys apie HAART rodo, kad padėtis ryškiai pagerėjo, ir visos ES valstybės narės bei šalys kandidatės pasiekia bent 75 % aprėpties. Tačiau apie HAART prieinamumą švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims specialių duomenų nėra, ir dar pamatysime, ar geresnė aprėptis sumažins AIDS atvejų skaičių tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų Estijoje ir Latvijoje.

Visose keturiose Vakarų Europos šalyse, kurias labiausiai palietė AIDS, t. y. Ispanijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Portugalijoje, AIDS atvejų skaičius mažėjo, pirmųjų trijų šalių atveju nuo maždaug 1996 m., bet Portugalijoje tik nuo 1999 m. Portugalijoje vis dar yra daugiausia susirgimų AIDS, susijusių su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais: 2004 m. 31 atvejis milijonui gyventojų. Latvijoje tokių susirgimų skaičius panašus – 30 atvejų milijonui gyventojų.

EuroHIV duomenys iki 2004 m. (koreguoti pagal ataskaitų vėlavimą) rodo, kad su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais susijusių AIDS atvejų gausėja ir Estijoje, ir Latvijoje<sup>(190)</sup>.

### Hepatitis B ir C

#### Hepatitis C

Hepatito C viruso (HCV) antikūnų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra apskritai labai didelis, nors yra didelių skirtumų ir vienos šalies viduje, ir tarp skirtingų šalių. 2003–2004 m. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse paplitimas siekė daugiau kaip 60 % Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje, Lenkijoje, Portugalijoje, Jungtinėje Karalystėje, Rumunijoje ir Norvegijoje, tuo tarpu šis paplitimas buvo mažesnis nei 40 % Belgijos, Čekijos, Graikijos, Kipro, Vengrijos, Maltos, Austrijos, Slovėnijos, Suomijos ir Jungtinės Karalystės imtyse<sup>(191)</sup>.

<sup>(188)</sup> Žr. INF-3 paveikslėlį (v dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(189)</sup> Žr. INF-14 paveikslėlį (iii dalį ir iv dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(190)</sup> Žr. INF-1 paveikslėlį (i dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(191)</sup> Žr. INF-6 paveikslėlį (i dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

Duomenis apie HCV antikūnų paplitimą tarp jaunų (jaunesnių nei 25 metų) švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų pateikė 14 šalių, nors kai kuriais atvejais imtys yra mažos. Rezultatai labai skirtingi, o įvairiose imtyse šalys nurodo ir didelius, ir mažus skaičius. 2003–2004 m. didžiausias paplitimo procentas (virš 40 %) tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų buvo nustatytas imtyse iš Belgijos, Graikijos, Austrijos, Lenkijos, Portugalijos, Slovakijos ir Jungtinės Karalystės, mažiausias paplitimo procentas (mažiau kaip 20 %) nustatytas imtyse iš Belgijos, Graikijos, Kipro, Vengrijos, Maltos, Austrijos, Slovėnijos, Suomijos, Jungtinės Karalystės ir Turkijos. Nacionalinės aprėpties jaunų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų tyrimas didžiausią paplitimo procentą (virš 60 %) nustatė Portugalijoje, o mažiausią (mažiau kaip 40 %) Kipre, Vengrijoje, Maltoje, Austrijoje ir Slovėnijoje. Nors dėl imčių metodikos tyrime daugiau atsispindi chroniškų ligonių grupė, didelis HCV antikūnų paplitimas nacionalinėje Portugalijos imtyje (67 % tarp 108 jaunesnių nei 25 metų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų) kelia susirūpinimą ir gali rodyti, kad jauni švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys ir toliau elgiasi rizikingai (taip pat žr. Pastarojo meto naujų ŽIV atvejų tendencijos, p. 74).

Duomenų apie HCV antikūnų paplitimą tarp naujų švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų (kurie švirkščiasi trumpiau nei 2 metus) yra nedaug, ir jie paremti mažomis imtimis, bet jais geriau galima remtis sprendžiant apie naujausių susirgimo atvejų paplitimą negu duomenimis apie jaunus narkomanus. 2003–2004 m. informacija rodo, kad didžiausias sergamumas tarp naujų švirkščiamuosius narkotikus pradėjusių vartoti asmenų (virš 40 %) nustatytas imtyse iš Graikijos, Lenkijos, Jungtinės Karalystės ir Turkijos, mažiausias sergamumas (mažiau kaip 20 %) imtyse iš Belgijos, Čekijos, Graikijos, Kipro ir Slovėnijos. Nedidelis sergamumas nustatytas nedidelėse, bet nacionalinėse imtyse Kipre (tik dviejų iš 23 narkomanų mėginiuose buvo rasta HCV antikūnų, tai sudaro 9 %), ir Slovėnijoje (dviejų iš 32 asmenų tyrimai buvo teigiami, tai sudaro 6 %).

### Hepatitis B

Hepatito B viruso (HBV) žymenų paplitimas taip pat labai nevienodas ir toje pačioje šalyje, ir įvairiose šalyse. Išsamiausi duomenys yra apie anti-HBc, o tai rodo tam tikrą senesnę infekciją. 2003–2004 m. paplitimas virš 60 % švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse nustatytas Italijoje ir Lenkijoje, o imtys, kuriose paplitimas mažesnis nei 20 %, nustatytos Belgijoje, Airijoje, Kipre, Austrijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Pranešimų apie hepatitą B duomenys 1992–2004 m. tose šalyse, iš kurių tokie duomenys yra gauti, rodo labai įvairią padėtį<sup>(192)</sup>. Šiaurės

regione didžioji dauguma ūmių hepatito B susirgimų pasitaiko tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, o keliose kitose šalyse hepatito B protrūkiai sutapo su narkotikų švirkštimosi išaugimu. Pavyzdžiui, Norvegijos duomenys rodo, kad 1992–1998 m. labai padaugėjo hepatito B infekcijų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų, o paskui jų sumažėjo. Suomijoje pranešimai apie hepatito B susirgimus tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų pastaraisiais metais smarkiai sumažėjo, galimas dalykas, dėl skiepavimo programų ir visuotinės adatų ir švirkštų keitimo sistemos.

## Infekcinių ligų prevencija

### Veiksmingas atsakas

Aišku, kad daugelis visuomenės sveikatos priežiūros priemonių veiksmingai padėjo sumažinti infekcinių ligų paplitimą tarp narkotikų vartotojų, ir vis dažniau prieinama vieningos nuomonės, kad kompleksinių paslaugų teikimas šioje srityje gali duoti geriausius rezultatus. Praeityje daugiausia buvo diskutuojama apie ŽIV prevencijų tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių narkomanų, bet dabar vis dažniau pripažįstama, kad veiksmingos priemonės yra būtinos hepatito ir infekcinių ligų plitimui tarp narkotikų nesišvirkščiančių narkomanų sustabdyti.

Reikia pažymėti, kad daugiausia įrodymų yra apie ŽIV prevencijos veiksmingumą tarp narkotikus besišvirkščiančių asmenų. Yra daug patikimų įrodymų, kad intervencijos yra sėkmingos ir apsaugoti galima, jei yra galimybės gauti visų rūšių gydymą (Farrell *et al.*, 2005; WHO, 2005). Nuo dešimtojo dešimtmčio vidurio Europa reagavo, teikdama didesnes galimybes gydytis nuo narkotikų priklausomybės (žr. 2 skyrių), ir apskritai, atrodo, kad tai buvo vienas iš elementų, prisidėjusių prie dabartinės palankesnės padėties, mažinant ŽIV epideminį plitimą tarp švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų Europoje.

Gydymas – tai tik viena kompleksinės ŽIV prevencijos dalis. Kiti elementai – tai įvairūs informavimo, švietimo ir bendravimo metodai, savanoriškas konsultavimasis infekcinių ligų klausimais ir tyrimai, skiepijimas, sterilių švirkštimosi reikmenų dalijimas ir kitos profilaktinės priemonės. Šios priemonės, taip pat gydymo paslaugos žemo slenksčio agentūrose, o kartais net gatvėse gali padėti užmegzti kontaktus ir bendrauti su aktyviais narkotikų vartotojais ir jų sekso partneriais, aptariant narkomanijos pasekmes sveikatai, jų riziką ir prevenciją.

Kompleksinių metodų taikymas nereiškia, kad visi šie paslaugų elementai yra vienodai išvystyti ir remiami

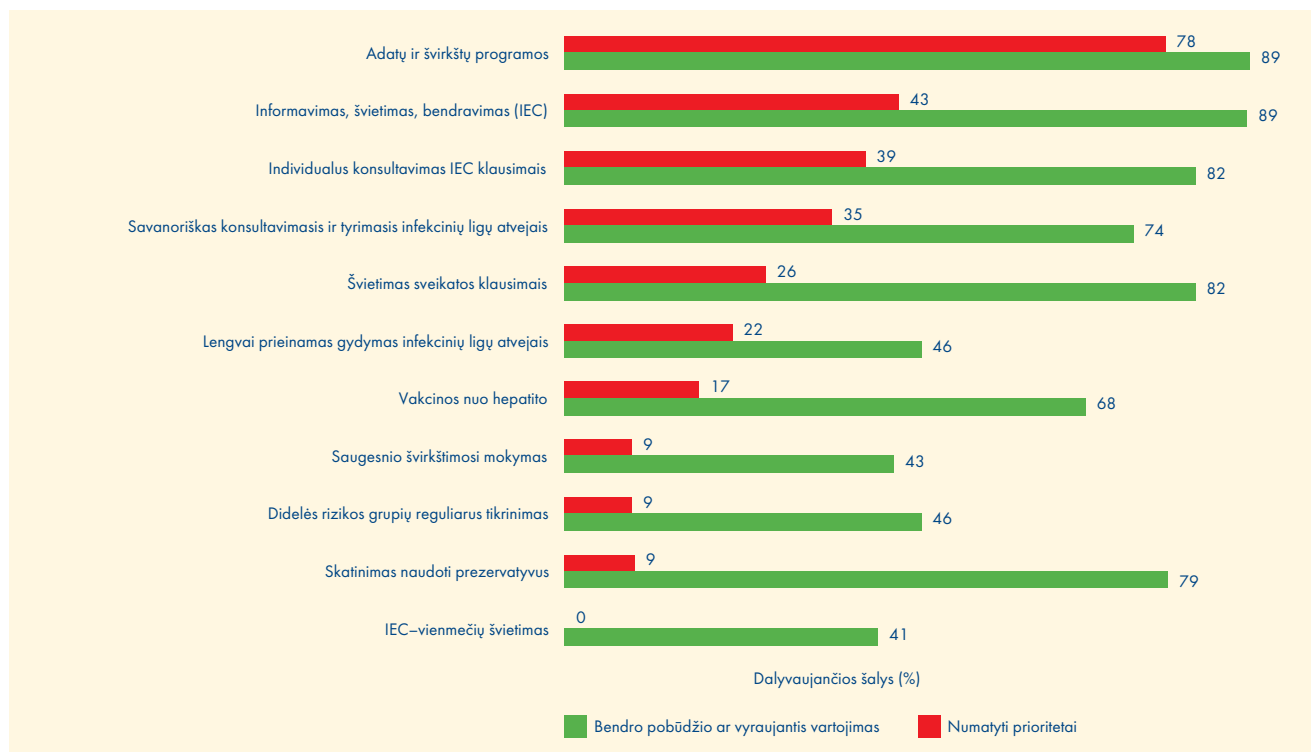
<sup>(192)</sup> Žr. INF-12 paveikslėlį (i dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

nacionaliniu lygmeniu. Tačiau atrodo, kad prieinama tam tikros vieningos nuomonės. Nacionalinių informacijos biurų apklausoje trys iš keturių respondentų nurodė, kad nacionalinė politika, siekianti mažinti infekcinių ligų plitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, adatų ir švirkštų programas kartu su konsultavimu ir patarimais turėtų laikyti prioritetais (11 paveikslėlis). Šis metodas tampa visuotinai priimtina didesnėje Europos dalyje, ir dauguma šalių į jį nebežiūri kaip į prieštarinę klausimą, ir tai liudija, kad daug šalių dabar aiškiai pripažįsta švirių švirkštimosi reikmenų vaidmenį ŽIV prevencijos strategijoje. Tai nereiškia, kad vienodai sutariama dėl tokių metodų naudos. Graikija ir Švedija, pavyzdžiui, nelaiko tokios politikos prioritetu, nors visoje Europos Sąjungoje ryškėja gana panašus tokių priemonių įgyvendinimo vaizdas (193), ir visos šalys, išskyrus Kiprą, nurodo, kad turi sterilių adatų ir švirkštų keitimo ir dalijimo programas (194).

### Adatų ir švirkštų programų tipai Europos šalyse

Nors dauguma Europos šalių dabar dalija sterilius švirkštimosi reikmenis, tokios veiklos pobūdis ir apimtis įvairiose šalyse yra skirtinga. Dažniausias modelis – teikti šią paslaugą tam tikroje nustatytoje vietoje, paprastai specializuotoje narkomanams skirtoje tarnyboje, bet dažnai teikiamos ir mobilios paslaugos, kuriomis stengiamasi pasiekti narkomanus bendruomenės aplinkoje. Švirkštų keitimo ir pardavimo automatai papildo AŠKP paslaugas aštuoniose šalyse (195), nors jie prieinami tik labai nedaugelyje vietų, ir tik Vokietija ir Prancūzija šioje srityje nurodo aktyvią veiklą (atitinkamai apie 200 ir 250 automatų). Ispanija yra vienintelė ES šalis, kur adatos ir švirkštai reguliariai keičiami kalėjimuose, 2003 m. tokia paslauga buvo teikiama 27 kalėjimuose. Vienintelė kita ES šalis, kuri vykdo tokią veiklą, yra Vokietija, bet tik viename kalėjime.

**11 paveikslėlis.** Infekcinių ligų plitimo tarp narkotikų vartotojų prevencinės priemonės ir jų taikymo mastas, remiantis nacionalinių ekspertų nuomone: šalių atsakymų santrauka



NB: 23 ES šalių ir Bulgarijos bei Norvegijos prioritetų reitingai. Reitingų nenurodė Airija, Kipras, Lietuva ir Nyderlandai. Priemonių taikymo masto reitingą nurodė visų 25 ES šalių ir Bulgarijos bei Norvegijos ekspertai. Belgijos prancūzų ir flamandų bendruomenės pateikė atskirus reitingus, todėl iš viso buvo pateikti 28 atsakymai.

Šaltiniai: Nacionalinių informacijos biurų ekspertų tyrimai, SQ 23 (2004 m.) 5 klausimas.

(193) Žr. NSP-3 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

(194) Žr. trumpą adatų ir švirkštų programų veiksmingumo apibendrinimą 2005 m. metinėje ataskaitoje (p. 68).

(195) Žr. NSP-2 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.



Vaistinėse vykdomos keitimo programos taip pat padeda plėsti programų geografinę aprėptį, be to, švirkštų prieinamumą gali didinti vaistinėse parduodami švarūs švirkštai. Parduoti švirkštus be recepto leidžiama visose ES šalyse, išskyrus Švediją, nors kai kurie vaistininkai to daryti nenori, o kai kurie net stengiasi atbaidyti narkomanus, kad šie nesilankytų jų vaistinėse. Formaliai organizuotas vaistinių švirkštų keitimas arba platinimo tinklai veikia devyniose Europos šalyse (Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Jungtinėje Karalystėje), nors dalyvavimas tokiose schemose labai įvairus, nuo beveik pusės vaistinių (45 %) Portugalijoje iki mažiau kaip 1 % Belgijoje. Šiaurės Airijoje adatų ir švirkštų keitimas šiuo metu organizuojamas tik per vaistines.

Kai kuriems švirkščiamųjų narkotikų vartotojams nusipirkti švirkštų vaistinėje – svarbus kontaktas su sveikatos priežiūros tarnyba, todėl tokį kontaktų punktą galima panaudoti ir kitoms paslaugoms teikti. Darbas, stengiantis motyvuoti ir palaikyti vaistinininkus, kad jie plėtotų narkomanams teikiamas paslaugas, galėtų sudaryti svarbią vaistinių vaidmens didinimo dalį, bet kol kas tik Prancūzija, Portugalija ir Jungtinė Karalystė daro reikšmingesnes investicijas šia kryptimi.

## Mirštamumas ir su narkotikais susijusios mirtys

### Narkomanų mirštamumas

Pagrindinė informacija apie narkomanų mirštamumą Europoje yra susijusi su opioidų vartotojais. Apie kitų narkotikų vartotojų mirštamumą žinoma mažiau, bet tai yra svarbus visuomenės sveikatos klausimas.

Viename bendrame tyrime, pradėtame vykdant ENNSC projektą, buvo ištirtas aštuoniuose Europos vietovėse besigydančių opioidų vartotojų mirštamumas (<sup>196</sup>). Tyrime nustatytas labai didelis opioidų vartotojų mirštamumas palyginti su kitais jų bendraamžiais: 6–20 kartų didesnis tarp vyrų ir 10–50 kartų didesnis tarp moterų. Apytikriai vertinimu, šešiose vietovėse (Amsterdame, Barselonoje, Dubline, Londone, Romoje ir Vienoje) 10–23 % visų 15–49 metų suaugusių vyrų mirties priežastis gali būti priskirta opioidų vartojimui, dažniausiai perdozavimui, AIDS ir išorinėms priežastims (nelaimingiems atsitikimams, savižudybėms). Apytikriai trečdalis šių su narkotikais susijusių mirčių įvyko dėl perdozavimo, nors ši dalis yra didesnė miestuose, kur ŽIV infekcijos paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra nedidelis; mirčių dėl perdozavimo dalis tikriausiai didės, kai

### Švirkštų programų mastas Europoje: ar jis pakankamas?

Nors beveik visos valstybės narės nurodo, kad jose vykdomos adatų ir švirkštų keitimo programos (AŠKP), šios intervencijos poveikis priklauso nuo to, ar teikiamų švirkštų ir adatų pakanka švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų paklausai tenkinti.

Duomenis apie švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų skaičių ir per AŠKP išdalytų švirkštų skaičių pateikė devynios Europos šalys. Iš šių duomenų galima apytikriai apskaičiuoti, kiek švirkštų tenka per metus vienam švirkščiamuosius narkotikus vartojančiam asmeniui (<sup>1</sup>). Remiantis naujaisiais turimais duomenimis, AŠKP mastas labai nevienodas, išdalytų švirkštų skaičius vienam vartotojui per metus svyruoja nuo 2–3 Graikijoje ir 60–90 Čekijoje, Latvijoje, Austrijoje ir Portugalijoje iki apytiksliai 110 Suomijoje, 210 Maltoje ir daugiau kaip 250 Liuksemburge ir Norvegijoje. Be to, švirkštų galima gauti vaistinėse; Čekijos ir Suomijos duomenys leidžia apskaičiuoti bendrą galimų gauti švirkštų skaičių. Įskaitant platinimo ir pardavimo duomenis, per metus švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys gauna vidutiniškai 125 švirkštus Čekijoje ir 140 švirkštų Suomijoje.

Žinoma, kad švirkštimosi dažnumui įtakos turi daug veiksnių, pavyzdžiui, vartojimo būdas, priklausomybės intensyvumas ir vartojamo narkotiko tipas. Neseniai atliktas ryšio tarp ŽIV paplitimo ir švirkštų programos masto tyrimas rodo, kad elgsenos veiksniai, pavyzdžiui, švirkštimosi dažnumas, pakartotinis savo švirkšto naudojimas turi didelės įtakos tam, kiek reikia išdalyti švirkštų, kad būtų galima žymiai sumažinti ŽIV paplitimą (Vickerman *et al.*, 2006).

Švirkštų programos masto kiekybiniai vertinimai – svarbus komponentas, leidžiantis suprasti, kokį tikėtiną poveikį švirkštų dalijimas gali turėti ligų prevencijai, ir įvertinti nepatenkintų poreikių mastą. Tačiau, aiškinant šiuos duomenis, svarbu atsižvelgti į galimybes nusipirkti švirkštų vaistinėse (jų kainą, vaistinių tinklo tankį) ir švirkščiamuosius narkotikus vartojančių asmenų elgseną bei jų aplinkos veiksnius. Šis klausimas smulkiau aptariamas 2006 m. statistikos biuletenyje.

(<sup>1</sup>) Žr. technines pastabas 2006 m. statistikos biuletenyje.

labai aktyvus antiretrovirusinis gydymas (HAART) taps plačiau prieinamas.

Narkotikų vartotojų mirštamumo tyrimas Čekijoje nustatė, kad stimulantų vartotojų mirštamumas yra 4–6 kartus didesnis (standartinis mirštamumo santykis – SMS) nei kitų gyventojų, tuo tarpu opioidų vartotojų mirštamumas yra 9–12 kartų didesnis. Prancūzijoje atliktas narkotikų vartotojų tyrimas, kurio metu buvo stebimi už heroino, kokaino ar kreko vartojimą areštuoti asmenys, nustatė, kad vyrų mirštamumas

(<sup>196</sup>) Amsterdame, Barselonoje, Dubline, Danijoje, Lisabonoje, Londone, Romoje ir Vienoje. Bendrosios populiacijos mirštamumo vertinime neatsispaudėjo Lisabona ir Danija. Žr. EMCDDA (2002b).

yra penkis kartus, o moterų 9,5 karto didesnis nei kitų gyventojų, bet šis skirtumas mažėja.

Opioidų vartotojams senstant, lėtinės ligos (cirozė, vėžys, kvėpavimo takų ligos, endokarditas, AIDS) prisideda prie jų mirštamumo dėl kitų, ne dėl perdozavimo, išorinių priežasčių, tokių kaip savižudybė ir smurtas (Olandijos nacionalinės ataskaitos, 2004 m. ir 2005 m., iš Amsterdamo municipalinės sveikatos priežiūros tarnybos). Narkomanų gyvenimo sąlygos (pavyzdžiui, būsto neturėjimas, psichinės ligos, smurtas, prasta mityba) taip pat labai prisideda prie didelio šios grupės mirštamumo.

Be to, 2002 m. įvyko 1 528 mirtys, susijusios su intraveniniu narkotikų vartojimu<sup>(197)</sup>, nors tikriausiai šie skaičiai nepakankamai atspindi padėtį. Kitas su narkotikais susijusių mirčių priežastis, tokias kaip ligos (pavyzdžiui, hepatitas), smurtas ir nelaimingi atsitikimai, įvertinti sunkiau, bet tikėtina, kad jos paaiškina didelę mirčių dalį. Manoma, kad 10–20 % jaunų suaugusiųjų mirčių Europos miestuose gali būti priskirtos opioidų vartojimui (žr. pirmiau). Prie šios priežasties reikėtų priskirti ir mirštamumą, susijusį su kitais narkotikų vartojimo būdais, bet šias priežastis kiekybiškai įvertinti sunku.

### Su narkotikais susijusios mirtys

„Su narkotikais susijusios mirtys“ – sudėtinga sąvoka. Kai kuriuose pranešimuose taip vadinamos mirtys, įvykusios dėl tiesioginio psichoaktyviųjų medžiagų poveikio, bet kitur į šią sąvoką įtraukiamos mirtys, kuriose narkotikų vartojimas suvaidino netiesioginį arba antraeilį vaidmenį (eismo nelaimės, smurtas, infekcinės ligos). Viename pranešime, kuriame analizuojamos neteisėtų narkotikų vartojimo žalos rūšys Jungtinėje Karalystėje, su narkotikais susijusios mirtys vertinamos, kaip pagrindinė su narkotikų vartojimu susijusi žala (MacDonald *et al.*, 2005).

Šiame skirsnyje ir ENNSC protokole terminu „su narkotikais susijusios mirtys“ vadinamos „mirtys, įvykusios tiesiogiai dėl vieno ar kelių narkotikų vartojimo paprastai netrukus po to, kai jie buvo pavartoti“. Tokios mirtys dar apibūdinamos, kaip „perdozavimai“, „nusinuodijimai“, „narkotikų sukeltos mirtys“, „ūmios mirtys dėl narkotikų vartojimo“<sup>(198)</sup>.

1990–2003 m. laikotarpiu kiekvienais metais ES šalys pranešdavo nuo 6 500 iki 9 000 mirčių, o per visą laikotarpį iš viso įvyko daugiau kaip 113 000 mirčių. Šiuos skaičius galima laikyti minimaliais, nes daugelis šalių, tikriausiai, praneša ne apie visas mirtis<sup>(199)</sup>.

Visų gyventojų mastu su narkotikais susijęs mirštamumas Europos šalyse buvo nevienodas, jis svyravo 0,2 iki 50 mirčių milijonui gyventojui (vidurkis – 13). Daugumoje šalių – 7–30 mirčių milijonui gyventojų, daugiau kaip 25 mirtys milijonui gyventojų nustatytos Danijoje, Estijoje, Liuksemburge, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje. Tarp 15–39 metų vyrų mirštamumas paprastai esti tris kartus didesnis (vidutiniškai 40 mirčių milijonui), septynios šalys nurodė daugiau kaip 80 mirčių milijonui. 2003–2004 m. su narkotikais susijusios mirtys sudarė 3 % visų mirčių tarp 15–39 metų europiečių, o Danijoje, Graikijoje, Liuksemburge, Maltoje, Austrijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje daugiau kaip 7 %. Šiuos skaičius reikėtų laikyti minimaliais ir atsižvelgti į tai, kad nepaisant pagerėjimo, šalių ataskaitų kokybė vis dar labai skiriasi, ir visus tiesioginius palyginimus reikia daryti atsargiai<sup>(200)</sup>.

### Mirtys nuo opioidų

Opioidai nustatomi daugumoje „ūmių su narkotikais susijusių mirčių“ atvejų, apie kuriuos pranešama Europos Sąjungoje, nors daugeliu atveju atliekant toksikologinius tyrimus randama ir kitų narkotinių medžiagų, visų pirma alkoholio, benzodiazepinų, o kai kuriose šalyse kokaino. Europoje mirtys nuo opioidų daugiausia siejamos su heroinu, bet tam tikrą vaidmenį vaidina ir kiti opioidai (žr. toliau)<sup>(201)</sup>.

Opioidų perdozavimas – viena iš pagrindinių jaunų žmonių mirčių priežasčių Europoje, ypač tarp mieste gyvenančių vyrų. Šiuo metu perdozavimas yra pagrindinė mirčių tarp opioidų vartotojų priežastis visoje Europoje, ypač šalyse, kur ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra nedidelis (žr. „Narkomanų mirštamumas“, p. 79).

Paprastai perdozavimo aukos būna vyrai<sup>(202)</sup>, jie sudaro 65–100 % visų atvejų, bet daugumoje šalių procentas svyruoja nuo 75 % iki 90 %, didžiausia moterų dalis yra

<sup>(197)</sup> Žr. EuroHIV (2005). Skaičiai atspindi Vakarų ir Vidurio PSO Europos dalis, į kurias įeina kelios šalys, nepriklausančios ES, ir visas mirtis Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje (rytinė dalis).

<sup>(198)</sup> Tai ENNSC nacionalinių ekspertų grupės priimtas bendras apibrėžimas. Šiuo metu dauguma nacionalinių apibrėžimų yra tokie pat kaip ir ENNSC apibrėžimas arba labai panašūs, nors kai kurios šalys į šią sąvoką įtraukia mirtis dėl psichoaktyviųjų vaistų ar mirtis, paprastai nedidelę jų dalį, įvykusias ne dėl perdozavimo (žr. 2006 m. statistikos biuletenyje metodologinę pastabą „Su narkotikais susijusių mirčių santrauka: apibrėžimai ir metodiniai klausimai“. 1 skirsnis: ENNSC apibrėžimas ir 2 skirsnis: Nacionaliniai apibrėžimai ir DRD standartinis protokolai, 3.0 versija).

<sup>(199)</sup> Žr. DRD-2 lentelę (i dalį), DRD-3 ir DRD-4 lenteles 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(200)</sup> Žr. DRD-1 lentelę (iii dalį ir iv dalį) 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(201)</sup> Žr. DRD-1 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(202)</sup> Kadangi dauguma ENNSC praneštų mirčių priežastis yra opioidų perdozavimas, ūmių su narkotikais susijusių mirčių bendra charakteristika naudojama opioidų atvejams apibūdinti.

Čekijoje, Lenkijoje ir Suomijoje, mažiausia Graikijoje, Italijoje ir Kipre. Šiuos duomenis reikia interpretuoti, atsižvelgiant į skirtingą opioidų vartojimo ir švirkštimosi paplitimą tarp vyrų ir moterų.

Dauguma perdozavimo aukų yra nuo 20 iki 40 metų, vidutinis amžius daugumoje šalių – apie 25 (bet svyruoja nuo 20 iki 44 metų). Vidutinis perdozavimo aukų amžius jausias Estijoje, Slovėnijoje, Bulgarijoje ir Rumunijoje, vyriausias Čekijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje ir Suomijoje. Labai nedaug pranešama atvejų, kai mirtis dėl perdozavimo ištinka jaunesnį nei 15 metų asmenį (17 atvejų iš visų 7516 mirties atvejų, remiantis naujausiais kiekvienos šalies duomenimis), bet gali būti, kad pranešama ne apie visas šioje grupėje mirtis dėl narkotikų vartojimo. ENNSC turi duomenų, kad tokia mirtis yra ištikusi asmenis vyresnius nei 65 metų, tik septynios šalys nurodo, kad į šią amžiaus grupę patenka daugiau kaip 5 % tokių mirčių <sup>(203)</sup>.

Keliose naujosiose valstybėse narėse ir šalyse kandidatėse vidutinis narkotikų aukų amžius yra gana jaunas (Estijoje,

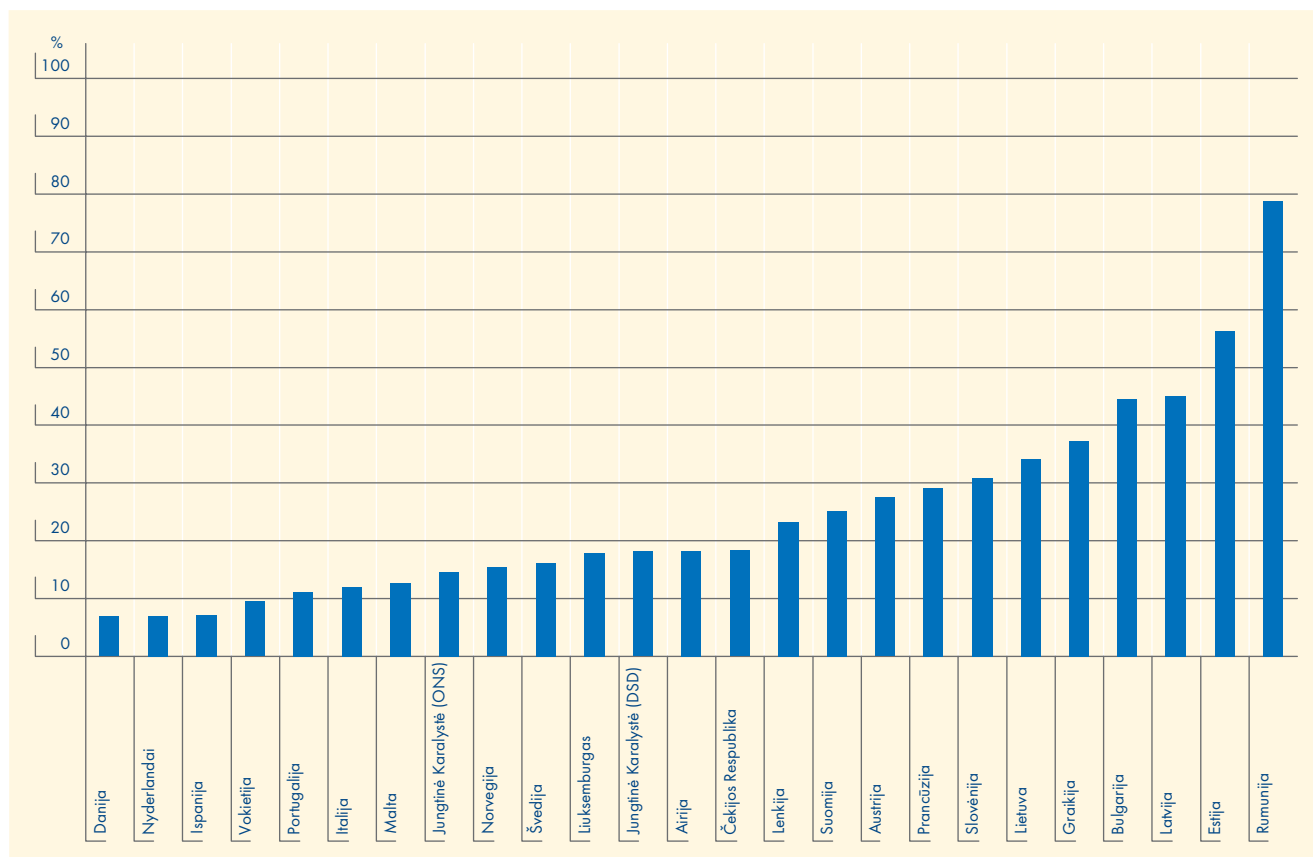
Kipre, Latvijoje, Slovakijoje, Bulgarijoje ir Rumunijoje), ir yra didelė dalis perdozavimo atvejų, kai auka yra jaunesnė nei 25 metų, o tai gali reikšti, kad šiose šalyse heroiną vartojanti populiacija yra jaunesnė. Didelis vidutinis amžius Čekijoje yra susijęs su tuo, kad įskaičiuojama daug mirčių dėl psichoaktyviųjų vaistų (12 paveikslėlis).

Daugelyje valstybių narių perdozavimo aukų amžius didėja, ir tai rodo, kad mažiau jaunimo pradeda vartoti heroiną. Ši tendencija pastebima ES-15 valstybėse narėse nuo dešimtojo dešimtmečio pradžios, nors Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje ji ne tokia ryški. Naujosiose valstybėse narėse ši tendencija ne tokia aiški, ir netgi daugeliu atveju pastebima, kad vidutinis aukų amžius mažėja <sup>(204)</sup>.

### Mirtys nuo metadono

Keletas šalių 2005 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose nurodo, jog daugelio su narkotikais susijusių mirčių atvejais randamas metadonas. Šalys vartoja nevienodus terminus,

**12 paveikslėlis.** 2002 m. įvykusių jaunesnių nei 25 metų asmenų ūmių su narkotikais susijusių mirčių dalis



NB: ONS, Nacionalinių statistikų tarnyba, DSD, narkotikų strategijos apibrėžimas.

2002 m. buvo pasirinkti atskaitos metai, nes tai yra metai, kurių duomenis yra pateikusi didžioji dauguma šalių.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš mirčių registru arba specialiųjų registru (teismo ir policijos). Paremta „nacionaliniais apibrėžimais“, pateiktas metodinėse pastabose apie mirtis, susijusias su narkotikais, 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(203)</sup> Žr. DRD-1 lentelę 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(204)</sup> Žr. DRD-3 ir DRD-4 paveikslėlius 2006 m. statistikos biuletenyje.

todėl sunku nustatyti, kokį vaidmenį metadonas suvaidino tokių mirčių atvejais.

Danija nurodė, kad metadonas (vienas ar kartu su kita medžiaga) buvo nusinuodijimo priežastis 44 % mirčių (95 iš 214 – 2004 m.), panašus procentas buvo 2003 m., bet nuo 1997 m. padidėjimas aiškus; Vokietija pranešė, kad „pakaitinems medžiagoms“ priskirti 345 atvejai (2004 m. 46 atvejais vien tik metadonui, o 299 atvejais – kartu su kitais narkotikais), tai yra aiškus sumažėjimas nuo 2002 m.; Jungtinė Karalystė pranešė apie 216 atvejų, kuriuose „paminėtas“ metadonas (Anglija ir Velsas, 2003 m.), taip pat aiškus sumažėjimas nuo 2002 m. Ispanija nurodė, kad mirčių vien tik dėl metadono perdozavimo buvo mažai (2 %), bet metadono dažnai rasta kartu su kitais opioidais (42 %) ir kokainu (20 %). Kitos šalys mirčių dėl metadono nurodė, arba nurodyti skaičiai labai maži. Neaišku, kokie veiksniai lemia tokius skirtumus, o galbūt kai kurios šalys nurodo ne visus atvejus <sup>(205)</sup>.

Nors tyrimai rodo, kad pakaitinis gydymas sumažina mirtino perdozavimo riziką, svarbu stebėti su metadonu susijusias mirtis ir jų aplinkybes (medžiagos šaltinius, ar jis vartotas kartu su kitomis medžiagomis, gydymo momentą, kai įvyko intoksikacija) ir taip užtikrinti pakaitinių programų stebėjimo kokybę.

### Mirtys nuo buprenorfino ir fentanilio

Mirtys nuo buprenorfino apsinuodijimo retos, o tai aiškinama šio narkotiko agonistinėmis ir antagonistinėmis charakteristikomis. Tačiau Europos šalyse yra pasitaikę keletas tokių mirčių.

2005 m. nacionalinėse ataskaitose su šia medžiaga susijusias mirtis nurodė tik Prancūzija ir Suomija. 2004 m. Suomijoje buprenorfinas nustatytas 73 su narkotikais susijusių mirčių atvejais, tiek pat 2003 m., paprastai jo randama kartu su benzodiazepiniais, raminančiais arba alkoholiu. Šie dideli skaičiai atitinka išaugusį Suomijoje gydymą buprenorfinu, nors gydytų buprenorfinu asmenų skaičius Suomijoje žymiai mažesnis nei tokių asmenų skaičius Prancūzijoje, kuris vertinamas 70 000–85 000 asmenų. Todėl įdomu, kad 2004 m. Prancūzijoje dėl buprenorfino perdozavimo nurodomos tik keturios mirtys (2003 m. aštuonios). Net jei manytume, kad Prancūzija yra nurodžiusi ne visus atvejus, skirtumas yra stebinantis. Be Prancūzijos ir Suomijos, trys kitos šalys nurodė su buprenorfinu susijusias mirtis (tik po dvi ar tris), bet be įrodymų, kad ši medžiaga buvo vienintelė priežastis.

Ankstesniais metais mirtys dėl fentanilio įvyko šalyse aplink Baltijos jūrą, bet 2005 m. nacionalinėse ataskaitose tokių mirčių nenurodyta.

### Ūmių su narkotikais susijusių mirčių tendencijos

Nacionalinės su narkotikais susijusių mirčių tendencijos leidžia spręsti apie narkotikų vartojimo būdų pokyčius kiekvienoje šalyje, tokius kaip heroino epidemijas, rizikingą elgesį (pavyzdžiui, švirkštimąsi), gydymą ir net apie heroino prieinamumo skirtumus. Jos taip pat, žinoma, atspindi medicinos neatidėliotinos pagalbos paslaugas mirtino perdozavimo atvejais <sup>(206)</sup>.

ES duomenys atskleidžia tam tikras su narkotikais susijusių mirčių tendencijas. ES-15 valstybėse narėse devintajame dešimtmetyje ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje tokių mirčių staigiai pagausėjo, tikriausiai dėl to, kad išplito heroino vartojimas ir švirkštimasis. Mirčių nuo narkotikų skaičius didėjo ir 1990–2000 m. laikotarpiu, nors ne taip staigiai (13 paveikslėlis). Bendras su narkotikais susijusių mirčių skaičius informaciją pateikusiose šalyse (dauguma senųjų ir naujųjų valstybių narių) padidėjo 14 %, nuo 8 054 1995m. iki 9 392 atvejų 2000 m.

Nuo 2000 m. daugelis ES šalių nurodo, kad su narkotikais susijusių mirčių mažėja, galbūt dėl to, kad didėja gydymo galimybės ir žalos mažinimo iniciatyvos, nors gali būti svarbu ir tai, kad mažėja narkomanijos paplitimas. Europos lygmeniu su narkotikais susijusios mirtys sumažėjo 6 % 2001 m., 13 % 2002 m. ir 7 % 2003 m. Nepaisant šių pokyčių, 2003 m. vis dar pranešta apie 7 000 mirčių, susijusių su narkotikais (duomenų iš Belgijos, Ispanijos ir Airijos nėra). Tačiau 2004 m. duomenis pateikusiose šalyse (19) buvo nedidelis 3 % padidėjimas. Nors išvadas apie 2004 m. reikia daryti atsargiai, 13 iš 19 šalių užregistruotas šio toks padidėjimas.

Tendencijos, susijusios su jaunesnių kaip 25 metų asmenų mirtimis, senosiose ir naujosiose ES valstybėse narėse ryškiai skiriasi. ES-15 šalyse nuo 1996 m. pastebimas nuoseklus tokių mirčių mažėjimas, rodantis, kad jaunų švirkščiamuosius opioidus vartojančių asmenų mažėja, tuo tarpu naujosiose valstybėse narėse iki 2000–2002 m. tokių mirčių staigiai gausėjo, ir tik 2003 m. pradėjo mažėti <sup>(207)</sup>.

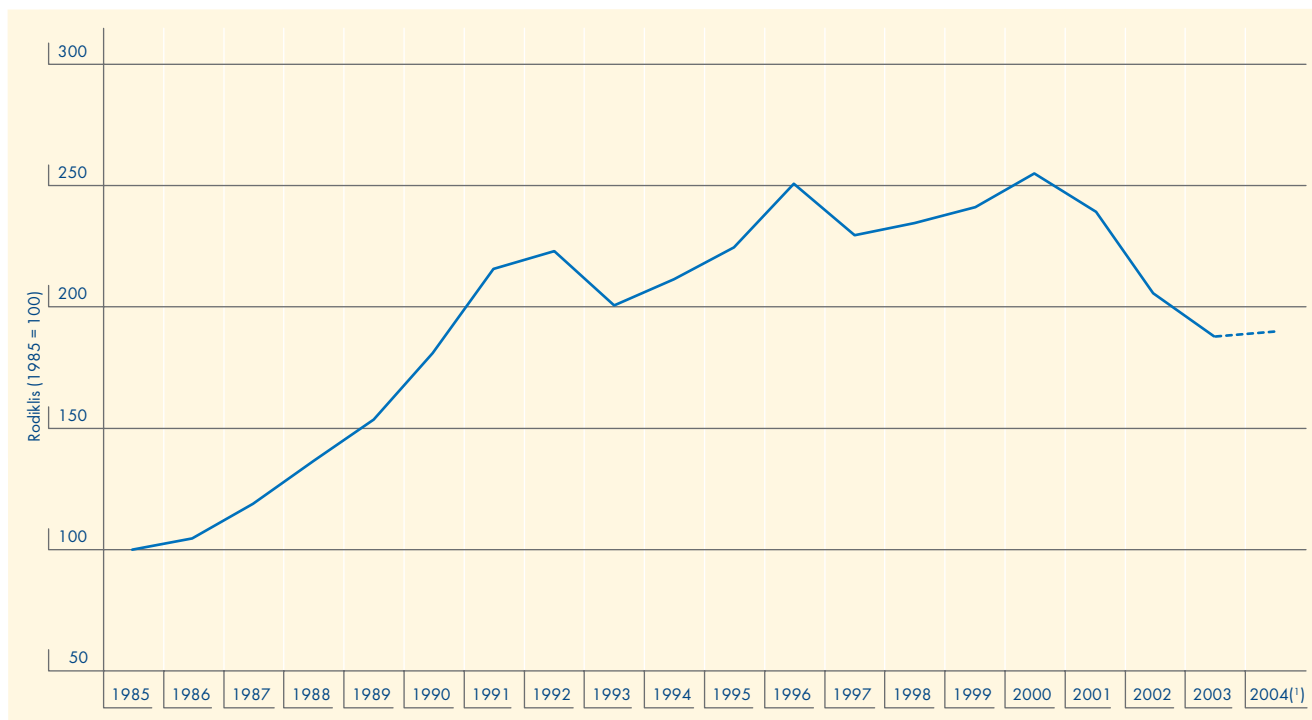
Pastebimi skirtumai ir tarp lyčių. Vyrų mirčių skaičius nuosekliai augo nuo 1990 m. iki 2000 m., po to aiškiai sumažėjo (30 % sumažėjimas iki 2003 m.), tuo tarpu moterų mirčių skaičius nuo 1990 m. iki 2000 m. išliko panašiai toks pat ir svyravo nuo 1 700 iki 2 000 kasmet, nuo to laiko sumažėjo tik 15 %.

<sup>(205)</sup> ENNSC vykdomo bandymo tikslas – pagerinti informacijos kokybę apie medžiagas, kurių randama su narkotikais susijusių mirčių atvejais, svarbiausia apie pakaitines medžiagas.

<sup>(206)</sup> Žr. DRD-7 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(207)</sup> Žr. DRD-5 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

### 13 paveikslėlis. Ilgalaikė ūmių su narkotikais susijusių mirčių tendencija, 1985–2004 m.



(<sup>1</sup>) 2004 m. informaciją pateikė dešimt šalių, šešios nepateikė. Todėl 2004 m. skaičius yra preliminarus, paremtas 2003 m. ir 2004 m. duomenų iš tų šalių, kurios pateikė abiejų metų informaciją, lyginimu.

NB: Į šį skaičių neįeina naujosios valstybės narės ir šalys kandidatės, nes daugumoje atvejų trūksta istorinių duomenų.

Mirčių skaičių ir pastabas apie metodiką žr. DRD-2 lentelėje 2006 m. statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2005), paimta iš mirčių registrų ir specialiųjų registrų (teismo ir policijos).

Tai gali priklausyti nuo keleto veiksnių, pavyzdžiui intervencijų veiksmingumo skirtumų arba skirtingų rizikos veiksnių <sup>(208)</sup>.

Šalyse, kurios jau seniau renka duomenis, galima pastebėti skirtingas su narkotikais susijusių mirčių tendencijas. Kai kuriose šalyse su narkotikais susijusių mirčių skaičius staigiai išaugo dešimtojo dešimtmečio pradžioje, po to sumažėjo, pavyzdžiui, Vokietijoje tokių mirčių staigiai padaugėjo 1991–1992 m., Ispanijoje (1991 m.), Prancūzijoje (1994 m.) ir Italijoje (1991 m.). Kitose šalyse, pavyzdžiui, Graikijoje, Airijoje, Portugalijoje, Suomijoje, Švedijoje ir Norvegijoje, su narkotikais susijusių mirčių skaičius staigiai išaugo vėliau, 1998–2001 m., po to sumažėjo. Kitose šalyse vaizdas ne toks aiškus, arba skaičiai išliko tokie pat. Nors šiuos duomenis reikia interpretuoti atsargiai, nes kai kuriose šalyse su narkotikais susijusių mirčių buvo gana mažai, jų tendencijas reikia sieti su heroino švirkštimosi tendencijomis <sup>(209)</sup>.

#### Su ekstaziu ir amfetaminais susijusios mirtys

Apie mirtis, susijusias su ekstaziu, pradėta gauti žinių dešimtajame dešimtmetyje, kai šis narkotikas tapo populiarus.

Mirtys, susijusios su ekstaziu, kelia tam tikrą susirūpinimą, nes jos dažnai įvyksta nelauktai tarp socialiai integruoto jaunimo.

Informacijos apie mirtis, susijusias su ekstaziu, yra nedaug, bet „Reitox“ nacionalinių ataskaitų duomenys rodo, kad tokios mirtys paprastai nėra dažnos, palyginti su mirtimis dėl opioidų vartojimo, nors kai kuriose šalyse jų skaičius negalima laikyti menku. Visoje Europoje nurodytos 77 mirtys, bet šį skaičių reikia laikyti minimaliu <sup>(210)</sup>. Apie tokius atvejus nurodo Danija (2), Vokietija (20), Prancūzija (4), Vengrija (3) ir Jungtinė Karalystė (48 atvejai, kuriuose ekstazis „paminėtas“ – 33 Anglijoje ir Velse), kur informacija galbūt renkama geriau nei kitose šalyse. Ispanijoje ekstazio rasta 2,5 % mirčių dėl nusinuodijimo narkotikais.

Klausimas dėl ekstazio rizikos keliamas dažnai. Atsižvelgiant į apklausose nustatyto paplitimo paklaidas ir sunkumus renkant žinias apie mirtis, susijusias su narkotikais, mirčių skaičių per metus padalijus iš vartotojų skaičiaus <sup>(211)</sup> (potencialios rizikos asmenys), galima matyti, kad dviejose šalyse, kur tokie apskaičiavimai įmanomi, įvyksta atitinkamai 5–8 ir 2–5 mirtys 100 000 narkotikų vartotojų.

<sup>(208)</sup> Žr. DRD-6 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(209)</sup> Žr. DRD-7 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.

<sup>(210)</sup> Skaičiai konkrečiose šalyse susiję su ekstaziu ir kokainu 2003 m. arba 2004 m.

<sup>(211)</sup> Vartojimas per pastaruosius 12 mėnesių bendrosios populiacijos apklausoje.

Apie mirtis, susijusias su amfetaminu, taip pat pranešama retai, nors 2004 m. Čekijoje pervitinui (metamfetaminui) priskirta 16 mirčių, beveik dvigubai nei 2003 m., ir tai atitinka pervitiną vartojančių narkomanų skaičiaus ir gydymo poreikio padidėjimą. Informacijos apie mirtis, susijusias su GHB, žr. 4 skyrių.

## Su kokainu susijusios mirtys

Kokaino vartojimo rizika sveikatai kelia vis didesnį susirūpinimą, nes kai kuriose šalyse jo vartojimas išaugo tarp jaunimo pasilinksmavimo vietose, tarp nuo priklausomybės besigydančio jaunimo ir tarp visuomenės marginalizuotų sluoksnių.

Kokainą dažnai vartoja opioidų vartotojai ir jis dažnai randamas opioidų perdozavimo toksikologinėse analizėse kartu su kitomis medžiagomis, tokiomis kaip alkoholis ir benzodiazepinai. Kokainas dažnai vartojamas su alkoholiu, ir šis mišinys gali didinti apsinuodijimą.

Šiuo metu Europoje turima statistika ribota, o kadangi kriterijai, taikomi su kokainu susijusioms mirtims nustatyti, yra skirtingi, skaičių negalima lyginti; be to, kai kurios su kokainu susijusios mirtys neatpažįstamos, arba apie jas nepranešama, todėl skaičiai neatitinka realios padėties. Turimi duomenys rodo, kad daugelio mirčių, siejamų su kokainu, atvejais aptinkami ir opioidai.

2005 m. duomenis pateikusių šalių nacionalinėse ataskaitose nustatyta daugiau kaip 400 su kokainu susijusių mirčių ir tai tik minimalūs skaičiai. Daugumoje iš šių atvejų atrodo, kad kokainas buvo mirties priežastis, nors iš ataskaitų tai ne visuomet aišku. Devynios šalys išvis neužsimena, ar buvo, ar nebuvo su kokainu susijusių mirčių. Kokaino rasta 0–20 % ūmių su narkotikais susijusių mirčių atveju, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje kokaino aptikta nuo 10 % iki 20 % tokių mirčių. Apie mirtis, kurių priežastis buvo kokainas (vienas ar su kitomis medžiagomis), praneša Vokietija (166), Ispanija (53), Prancūzija (14), Nyderlandai (20) ir Jungtinė Karalystė (142 „paminėjimo“ atvejais – 113 Anglijoje ir Velse). Devynios kitos šalys nurodo nuo nulio iki dviejų atvejų. Be to, kai kuriose šalyse kokaino paprastai randama opioidų perdozavimo toksikologinėse analizėse. Iš turimų ribotų duomenų sunku nustatyti tikras tendencijas, bet augimo tendencija yra pastebima visose šalyse, kuriose tokių mirčių skaičius yra didelis, t. y. Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje, nors Nyderlanduose per pastaruosius 2 metus augimo tendencija sustojo.

Be to, kokainas gali prisidėti prie mirčių dėl širdies kraujagyslių problemų (aritmijų, infarkto, insulto) ypač, jei jo vartotojai linkę sirgti tokiomis ligomis arba turi kitų rizikos veiksnių (vartoja tabaką, turi aukštą kraujo spaudimą, angiomias), arba senstant. Daugelio tokių atvejų šiuo metu neatpažįstama, nes trūksta supratimo apie juos. Šioje srityje būtini tolesni tyrimai.

## Su narkotikais susijusių ligų mažinimas

### Veiksmingas atsakas

Stengtis pasiekti negydomų narkomanų populiacijas ir nustatyti su jais bendravimo ryšius – išankstinė rizikos valdymo, švietimo, tarpininkavimo, kad narkomanams būtų prieinamos paslaugos ir gydymas, sąlyga.

Perdozavimo aplinkybių tyrimai padėjo išplėtoti intervencijas, skirtas didelės rizikos situacijoms ir asmenims. Tokiomis priemonėmis galima žymiai sumažinti mirčių, priskiriamų tiesioginiam narkotikų poveikiui, skaičių. Įvairių intervencijų vaidmuo mažinant ūmių mirčių dėl perdozavimo skaičių apibendrintas neseniai įvykusiame ENNSC politikos informacinėje konferencijoje (EMCDDA, 2004d).

Kadangi Europoje daugumoje mirčių dėl perdozavimo atvejų nustatomas heroinas, pastangos į gydymo programas įtraukti kuo daugiau heroino vartotojų galima laikyti perdozavimo prevencijos priemone. Pastaruoju metu kai kuriose valstybėse narėse pastebimą mirčių dėl perdozavimo mažėjimo tendenciją galima turbūt paaiškinti keliomis priežastimis. Tai – mažėjantis švirkštimosi paplitimas, didesnės prevencijos pastangos, geresnis gydymo prieinamumas, noras gydytis, gydymo tęsimas ir galbūt rizikingo elgesio atvejų mažėjimas.

### Atsako pobūdis

Daugumoje šalių ekspertai mano, kad pakaitinis gydymas opioidais – vertingiausias metodas iš visų intervencijų, mažinančių mirčių dėl narkotikų perdozavimo skaičių<sup>(212)</sup>. Vengrijoje ir Švedijoje, nors ten toks gydymo būdas taikomas, jis nelaikomas su narkotikais susijusių mirčių mažinimo priemone. Estijoje ir Lenkijoje nedideli pakaitinio gydymo mastai reiškia, kad pakaitinis gydymas metadonu šiuo metu nelaikomas svarbia mirčių dėl perdozavimo skaičiaus mažinimo priemone.

Daugumoje Europos šalių didelę svarbą taip pat turi informacijos, švietimo ir bendravimo priemonės. Devyniolikoje šalių platinama specialiai rizikos suvokimo didinimui sukurta spausdinta medžiaga, instrukcijos kaip valdyti perdozavimą ir kitos priemonės (skrajutės, tinklalapiai, žiniasklaidos

<sup>(212)</sup> Informacija paremta 27 nacionalinių informacijos biurų atlikta apklausa 2004 m. Dokumentą galima parsisiųsti iš tinklalapio adresu <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

kampanijos). Tačiau septyniose šalyse (Estijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Latvijoje, Vengrijoje, Maltoje, Suomijoje) tokios priemonės naudojamos retai, o vienoje šalyje (Švedijoje) nenaudojamos išvis.

Nacionalinių informacijos biurų duomenimis, dar mažiau paplitęs sistemingas individualios rizikos vertinimo integravimas į įprastas konsultacijas ir gydymą, narkomanų švietimui rizikos klausimais ir atsakui skirtų grupių sesijų organizavimas.

Vieną plačią veiklos kategoriją galima apibrėžti kaip „intervencijas prieš paleidimą iš kalėjimo“. Tai gali būti paprastas informacijos platinimas, konsultuojant apie

perdozavimo riziką, arba pakaitinio gydymo tęsimas kalėjime. Tačiau trylikoje šalių tokia veikla buvo taikoma retai, o kitose penkiose išvis netaikoma (Latvijoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Rumunijoje ir Švedijoje). Ispanijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje kalėjimuose taikomos intervencijos – pagrindinis metodas mažinti ūmias mirtis dėl narkotikų vartojimo.

Atsižvelgiant į vietines su rizika ir švirkštimusi susijusias sąlygas, keturiose ES šalyse ir Norvegijoje <sup>(213)</sup> buvo atidarytos profesionaliai prižiūrimam narkotikų vartojimui skirtos patalpos. Šios priemonės fikslinė grupė – visuomenės atstumti švirkščiamuosius narkotikus gatvėje vartojantys didelės rizikos asmenys (EMCDDA, 2004c).

---

<sup>(213)</sup> ES šalys: Vokietija, Ispanija, Liuksemburgas ir Nyderlandai.





## 8 skyrius

# Narkomanijos ir kelių narkotikų vartojimo stebėsenos tobulinimas

Narkomanija, priklausomybė nuo narkotikų, piktnaudžiavimas narkotikais, žalingas vartojimas, probleminis vartojimas – tai sąvokų įvairovė, siejama su ENNSC probleminiu narkotikų vartojimu, ir kiekviena jų turi subtilių medicininės ar socialinės reikšmės atspalvių. ENNSC probleminio narkotikų vartojimo (*angl.* PDU) rodiklis rodo „švirkščiamųjų narkotikų vartojimą arba ilgalaikį ir reguliarių heroino, kokaino ir (arba) amfetaminų vartojimą“. Šis apibrėžimas paprastai apima ir kitų opioidų, tokių kaip metadonas, vartojimą.

Šis probleminio narkotikų vartojimo apibrėžimas paremtas tik narkotikų vartojimo būdais ir visiškai neatspindi problemos intensyvumo. Tačiau jis siejamas su įvairiomis priklausomybės sąvokomis, nes suprantama, jog šitaip besielgiantis žmogus gali tapti „probleminiu vartotoju“. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad probleminio narkotikų vartojimo rodiklis rodo tik tą svarbų pogrupį asmenų, apie kuriuos galima manyti, jog jie jau turi kokio nors pobūdžio priklausomybę nuo narkotikų. Tačiau toks požiūris turi savo vertę. Kaip elgsenos pagrindu apibrėžiama sąvoka, jis vertingas tuo, kad:

- jį taikant, galima stebėti reiškinį, neprisirišant prie tokių sąvokų kaip narkomanija, priklausomybė, žalingas ar probleminis vartojimas apibrėžimo;
- jį gana lengva taikyti praktiškai moksliniuose tyrimuose;
- juo apjungiami įvairaus tipo narkotikai ir jų alternatyvaus vartojimo būdai, nedarant jokio specialaus skirtumo tarp jų.

Istoriniu požiūriu ENNSC stebėsenos rodiklį galima laikyti savo laikmečio kūdikiu – devintajame ir dar labiau dešimtajame dešimtmečiuose heroino ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas buvo laikomas pagrindiniais narkomanijos elementais, kuriuos buvo būtina kiekybiškai įvertinti. Be to, tokių narkotikų vartojimo būdų nebuvo galima patikimai įvertinti apklausų metodais. Atsiradus amfetaminams, toks apibrėžimas labai tiko kai kurioms Šiaurės šalims, kuriuose intensyviai buvo vartojamas švirkščiamasis amfetaminas; ir nors į kokaino vartojimą taip pat buvo kreipiamas dėmesys, praktiškai jis retai sudarydavo reikšmingesnį bet kokio vertinimo komponentą. Nors šis rodiklis vis dar leidžia mums susidaryti vaizdą apie svarbų

narkotikų problemos elementą, vis labiau aiškėja, jog jį reikia toliau vystyti, norint, kad jis tenkintų šių dienų dar įvairesnės narkotikų problemos Europoje stebėsenos reikalavimus. Lėtinių narkomanijos problemų Europoje vaizdas kasdien darosi sudėtingesnis. Kad stebėseną išliktų svarbi besikeičiančiame neteisėtų narkotikų pasaulyje, ji turi judėti į priekį ir turi galėti apimti platesnį nei iki šiol narkotikų spektrą ir detaliau analizuoti jų vartojimą.

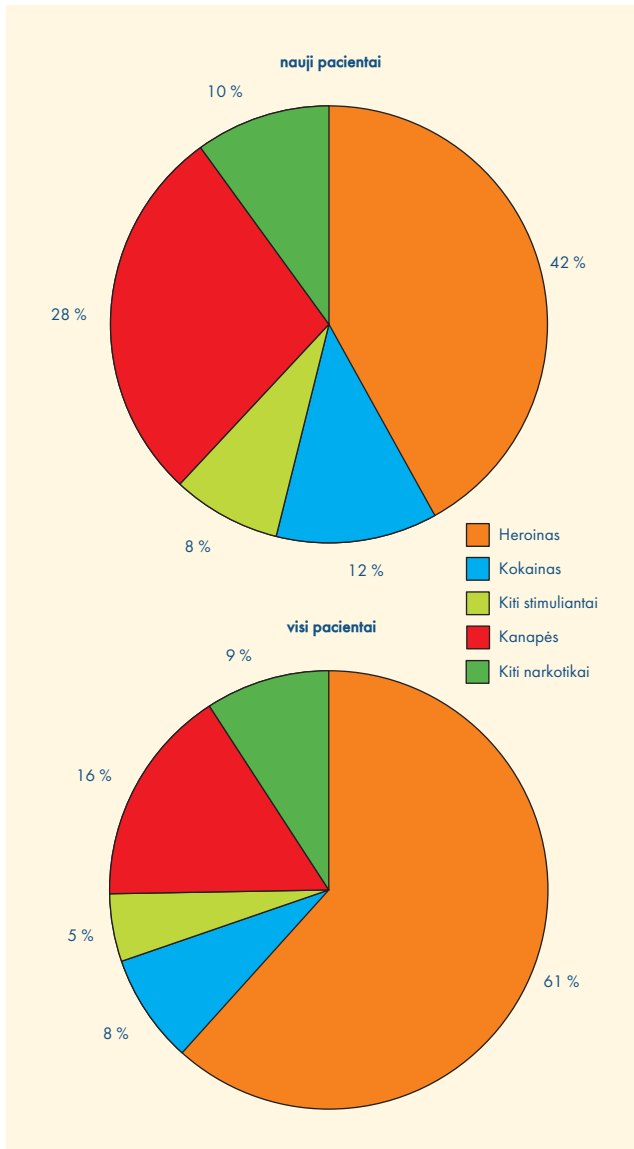
Po ES plėtos atsirado didesnė elgsenos įvairovė, neteisėtų narkotikų vartojimas nėra išimtis. Norint suprasti, ko reikia asmenims, turintiems su narkotikų vartojimu susijusių problemų, būtina pripažinti, kad keičiasi narkotikų vartojimo kultūra, atsiranda sintetiniai narkotikai, neteisėtai pradedami vartoti vaistai, pereinama prie kokaino ir yra visuotiniai didelis kanapių vartojimo paplitimas. Jau iš ankstesnių šios ataskaitos skyrių buvo galima pastebėti, kad, nors didžiausias gydymo poreikis išlieka tarp heroino vartotojų, pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų vaizdas keičiasi, ir tarp jų daugėja pacientų, turinčių problemų dėl kanapių ir stimulantų vartojimo (14 paveikslėlis).

Šią besikeičiančią padėtį reikia vertinti, atsižvelgiant į daug didesnes su opioidų vartojimu turinčių problemų asmenų gydymo galimybes ir geresnes ataskaitas apie gydymo paslaugas. Opioidų pakaitinis gydymas, kurio metu pacientams taikoma ilgalaikė nuolatinė globa (atkreipkite dėmesį, kad iš šių diagramų to nematyti, nes jose atsispindi tik duomenys apie asmenis, kurie pradeda gydytis einamaisiais metais) ypač ryškiai parodo opioidų vaidmenį dabartinėje gydymo naštoje, jei lyginsime pirmą kartą gydymo besikreipiančių asmenų skaičius. Vis dėlto atrodo, kad daugelyje Europos šalių su narkotikais susijusių problemų turintys asmenys sudaro labiau nevienalytę, bent jau vartojamų medžiagų atžvilgiu, populiaciją nei anksčiau.

## Problemio narkotikų vartojimo rodiklis ir nežinomų narkomanų populiacijos

Dabartiniai problemio narkotikų vartojimo tyrimo metodai pasirodė esantys labai vertingi, nes padeda geriau kiekybiškai įvertinti svarbų narkomanų pogrupį, kurio atstovai sudaro didesniąją gydymo nuo narkomanijos pacientų dalį Europoje. Šie metodai padėjo atsirasti būdams ir statistinėms

**14 paveikslėlis.** „Naujų“ dėl gydymo besikreipusių ir „visų“ pacientų pasiskirstymas pagal pagrindinį narkotiką



NB: Remiantis Čekijos Respublikos, Danijos, Vokietijos, Graikijos, Italijos, Kipro, Vengrijos, Maltos, Nyderlandų, Slovėnijos, Slovakijos, Suomijos, Švedijos, Jungtinės Karalystės, Bulgarijos, Rumunijos ir Turkijos duomenimis.  
 Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

procedūroms, kuriais galima įvertinti visą šią paprastai nežinomą populiaciją. Taikant šiuos būdus, matavimai paremti tuo, kad tam tikra narkomanų procentinė dalis yra „administraciniu požiūriu matoma“, nes jie kontaktuoja su reguliariomis ir neatidėliotinai atvejais teikiamomis gydymo ir socialinėmis paslaugomis, ir iš šios matomos mažumos, jei jos procentinė dalis žinoma, galima apskaičiuoti populiacijos dydį. Tokie netiesioginiai statistiniai metodai papildo apklausas, kurios dėl metodinių ir praktinių priežasčių mažiau tinka narkomanijos paplitimo vertinimui, kai narkomanija nėra plačiai paplitusi, arba kai ji visuotinai smerkiama ir dažniausiai užslėpta.

Šiuo metu, taikydamos PDU rodiklį, ES šalys yra pritaikiusios probleminio narkotikų vartojimo apibrėžimą prie praktinių vietinių sąlygų, todėl padėtis yra labai nevienoda. Devynios šalys taiko ENNSC apibrėžimą iš esmės be jokių pakeitimų, 11 šalių skaičiuoja tik opioidų (arba heroino) vartotojų skaičių, o dar keturios šalys įskaičiuoja ir probleminius kanapių vartotojus, nors kanapių vartotojai paprastai sudaro tik labai nedidelę jų vertinimu nustatytą narkomanų dalį (kanapių vartotojų įskaičiavimo kriterijai gana griežti: įskaičiuojami tik tie vartotojai, kurie turi joms priklausomybę arba vartoja jas labai intensyviai).

Visuotiniai didesnis kokaino, kreko ir stimulantų paplitimas kartu su narkotikų problemomis, persipynusiomis su alkoholio ir receptinių vaistų vartojimo problemomis, rodo, kad net ir nuosekliai taikant šį rodiklį, į vertinimo apimtį dabar patektų didesnė narkotikų vartojimo repertuaro įvairovė nei anksčiau ir galbūt didesnė pasekmių ir problemų įvairovė. Todėl stebint visą narkomanijos mastą, reikia stebėti atskirus elgesio tipus, kurie sudaro probleminio narkotikų vartojimo rodiklį, t. y. švirkštimąsi ir kiekvieną narkotikų tipą, įeinantį į probleminio narkotikų vartojimo apibrėžimą. Tai gali būti ypač svarbu, turint galvoje įrodymus, kad kai kuriose šalyse didėja kokaino vartojimas, taikomi įvairūs amfetamino vartojimo būdai ir galima detalai atsekti opioidų vartojimo tendencijas. Jei informaciją turėsime tik apie tokių elgesio tipų visumą, gali likti neišryškinti svarbūs pokyčiai, ir prarasime galimybę geriau suprasti tendencijas.

Anksčiau šioje ataskaitoje yra pateiktas pirmą kartą Europoje atskirai įvertintas heroino vartojimas ir narkotikų švirkštymasis. Be to, pastebime didesnes galimybes gydytis dėl opioidų problemų; apytikriais vertinimais, Europoje yra daugiau kaip pusė milijono asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas. Tai rodo, kad heroino ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, kurie gydomi dabar arba yra kada nors gydęsi, dalis kai kuriose šalyse gali būti gana didelė. Šiuo metu ENNSC kartu su nacionalinėmis techninėmis grupėmis tiria, kokią pridėtinę vertę galėtume turėti, sugretinę informaciją apie gydymo poreikį, gydymo galimybių mastą ir apytikrius heroino ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius.

**Problemio narkotikų vartojimo rodiklio nauda**

Tolesnis žingsnis tobulinant mūsų galimybes geriau suprasti Europos narkomanijos problemą – ištirti, koku mastu intensyvų narkotikų vartojimą galima įtraukti į dar pažangesnę už probleminio narkotikų vartojimo stebėseną. Tačiau intensyvus narkotikų vartojimas, nesvarbu, kaip jis būtų apibrėžiamas, siejasi su priklausomybe, ir jo problemų dydį ir tipą būtina toliau tirti; pavyzdžiui, Kandel ir Davis (1992) nuomone, galima laikyti, kad Jungtinėse Amerikos Valstijose apie trečdalis kasdien kanapes vartojančių asmenų jau turi priklausomybę. Tolesnei pažangai būtina formaliai apibrėžti

dažno, intensyvaus kanapių ar kitų neteisėtų narkotikų vartojimo sąvoką, ir jį konkrečiai stebėti. Dažną ar intensyvų vartojimą galima įvertinti apklausos duomenimis, kurie papildytų tokio vartojimo vertinimus netiesioginiais statistiniais metodais. Šiuo metu apklausų duomenys yra naudingi tuo, kad leidžia susidaryti vaizdą apie įvairius kanapių vartojimo būdus, bet dažniausiai tik elgsenos ir vartojimo dažnumo aspektu. Apklausų duomenys gali būti svarbūs tuo atveju, jei sugebėsime patikimai įvertinti narkotikų vartotojų, pavyzdžiui, kanapių vartotojų, kuriuos galima apibūdinti kaip turinčius priklausomybę ar naudojančius žalingus būdus, skaičių, remiantis bent jau jų pačių prisipažinimu.

Pastangos formaliau apibrėžti dažną, intensyvų įvairių narkotikų vartojimą taip pat padėtų sukurti tyrimo priemones, kuriomis būtų galima įvertinti problemų dydį ir priklausomybę, siejamą su įvairiais suvartojamais kanapių kiekiais ir vartojimo būdais. Kai kurios Europos šalys kuria metodines priemones intensyviai vartojimui ir priklausomybės bei kitų problemų dydžiui matuoti; ENNSC skatina bendradarbiavimą šioje srityje.

Nustatyti intensyvų vartojimą kaip rodiklį, rodantį, kuriems asmenims kyla rizika susirgti priklausomybe ar susidurti su problemomis, yra sunkiau dėl to, kad intensyvaus vartojimo sąvoka tam tikru mastu priklauso nuo konkretaus narkotiko. Nors probleminis opioidų vartojimas beveik visuomet apibūdinamas kaip kasdieninis vartojimas, toks apibūdinimas dažnai netinka stimulantams. Šiems narkotikams dažniau būdingas intensyvus nesuvaldomas vartojimas tam tikrą laikotarpį, per kurį narkotiko vartojama vis daugiau, paskui intensyvumas mažėja, bet, stengdamiesi palengvinti neigiamas abstinencijos pasekmes, vartotojai dažnai pereina prie kitų narkotikų ar alkoholio. Intensyviai narkotikų vartojimui poveikio gali turėti farmakologiniai ir kontekstiniai veiksniai, bet aišku, kad į elgseną orientuotos priemonės turi būti taikomos, jautriai atsižvelgiant į įvairių narkotikų vartojimo būdus ir įvairaus tipo narkotikus.

### Duomenų rinkimo apie kelių narkotikų vartojimo problemas sunkumai

Dėl pagrindų praktinių ir metodinių priešasčių pranešimai apie narkotikų vartojimą dažniausiai teikiami apie kiekvieną medžiagą atskirai. Tokiu būdu užtikrinamas aiškumas, kurio reikia teikiant informaciją, remiantis taikomomis elgsenos priemonėmis, bet ignoruojama tai, kad atskiri narkotikų vartotojai dažnai yra vartoję ar vartoja kelias teisėtas ir neteisėtas medžiagas, ir gali būti, kad tokie vartotojai turi problemų ne dėl vieno, o dėl kelių narkotikų. Jie gali keisti vieną narkotiko tipą kitu arba, laikui bėgant, pereiti prie kito narkotiko ar juos vartoti kartu. Tokia sudėtinga padėtis stebėsenos sistemai kelia ypač sunkų uždavinį, net jei analizuojami paprasti narkotikų vartojimo būdai

skirtingais laikotarpiais. Jei įtraukiamos probleminio vartojimo ir vartojimo dėl priklausomybės sąvokos, atsiranda dar daugiau sunkumų, tačiau Europos lygmeniu yra labai nedaug patikimų duomenų, kurie leistų atlikti patikimą informaciją pagrįstą analizę.

Reikia manyti, kad kai kuriose šalyse yra gana didelė nuolatinių narkotikų vartotojų populiacija, kurią sunku suklasifikuoti pagal pagrindinį narkotiką ir kuri turi problemų ir dėl teisėtų, ir dėl neteisėtų medžiagų vartojimo. Norint spręsti šią problemą, reikia geriau suprasti kelių narkotikų vartojimo būdus ir tokiu būdu gerinti nacionalinę ir Europos lygio informaciją.

### Narkotikų kaitaliojimas

Sąvoka „kelių narkotikų vartojimas“ gali būti vartojama keliomis prasmėmis. Vienas kraštutinis atvejis – kelių medžiagų intensyvus ir chaotiškas vartojimas vienu metu arba nuosekliai viena po kitos, dažniausiai keičiant vieną narkotiką kitu priklausomai nuo galimybės juos gauti. Pavyzdžiui, taip elgiasi narkomanai, kurie vartoja įvairius opioidus, taip pat vaistus, kokainą, amfetaminus ir alkoholį.

Toks vartojimo būdas pasitaiko tarp nuolatinių narkomanų, jį galima pastebėti tarp visuomenės paribyje esančių grupių, tarp jaunų žmonių, sergančių psichinėmis ligomis. Daugelis Europos informaciją renkančių sistemų tokius atvejus priskiria opioidams.

Taip klasifikuojami asmenys patenka į probleminių vartotojų apibrėžimą ir stebėseną. Tačiau lieka neatsakytas klausimas: gal šis intensyvus, chaotiškas kelių narkotikų vartojimas yra atskira kategorija, pripratimas ne prie konkretaus narkotiko, o apskritai prie narkotikų, todėl jam reikia tikslingų epidemiologinių matavimų ir gydymo, tikslingos paramos ir žalos mažinimo priemonių ypač sunkiais atvejais. Esant tokioms aplinkybėms, tarp stebimų narkomanijos sudėtinių dalių turi būti kelių narkotikų vartojimas kaip atskira ir atskirai matuojama dalis.

### Narkotikų deriniai

Yra ir kita vartotojų grupė, kuri sistemingai vartoja kelias medžiagas kartu, pavyzdžiui, švirkščiasi heroiną ir kokainą kartu, norėdami pajusti farmakologinį derinio poveikį, pavyzdžiui, tai, kas angliškai vadinama „speedballing“.

Antrasis narkotikas, vartojamas dėl funkcinio ar farmakologinio poveikio, nebūtinai vartojamas kartu, t. y. narkotikai gali būti vartojami ir nuosekliai vienas po kito, kaip vienas kito pakaitalas ar papildas. Pavyzdžiui, benzodiazepinas gali būti vartojamas būklei palengvinti, kai negalima gauti opioidų. Kitais atvejais antrasis narkotikas gali būti vartojamas dėl kompensuojamojo farmakologinio poveikio, t. y. kai opioidų narkotinis poveikis modifikuojamas

kokainu arba kai kokaino ar amfetaminų sukeltas nerimo jausmas ramina opioidais ar kitais depresantais.

### Kelių narkotikų vartojimo rizikos padidėjimas

Kartais vienas narkotikas gali labai sustiprinti kito narkotiko poveikį, ir čia reikia atkreipti dėmesį į teisėtų narkotikų ir vaistų, tokių kaip alkoholis, nikotinas ir antidepresantai, vartojimą kartu su kontroliuojamomis psichoaktyviosiomis medžiagomis. Rizikos dydis priklauso nuo abiejų medžiagų dozės dydžio. Susirūpinimą kelia keletas farmakologinių derinių: alkoholis ir kokainas didina toksikologinį poveikį širdies kraujagyslėms; vartojant alkoholį arba depresantus kartu su opioidais, yra didesnė rizika perdozuoti; o opioidų arba kokaino vartojimas kartu su ekstaziu arba amfetaminais gali baigtis ūmiu apsinuodijimu.

### Duomenų apie kelii narkotikų vartojimą ribotumas

Duomenų nebuvimas neleidžia nušviesti daugelio aspektų, susijusių su kelii narkotikų vartojimu. Duomenys gaunami iš toksikologinių aktų perdozavimo atvejais ir iš pačių besigydančių asmenų. Nors šie šaltiniai leidžia įžvelgti kai kurias su kelii narkotikų vartojimu susijusias dalykus,

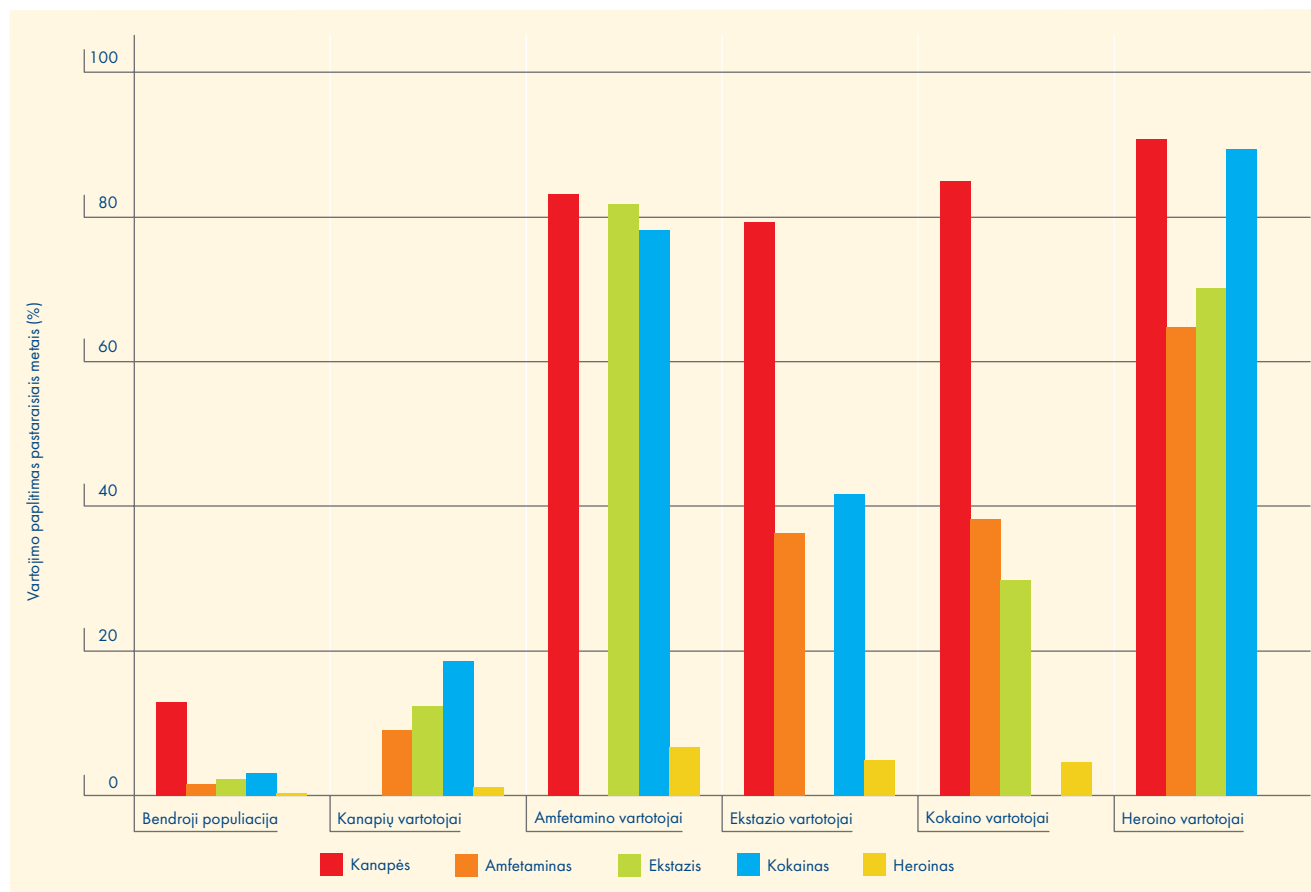
informacija dažnai būna ribota, ir būtina atkreipti dėmesį į tai, ar tie duomenys tipiški.

Apklausų rezultatai rodo, kad gana dažnai narkomanai vartoja daugiau nei du narkotikus vienu metu. Tačiau apklausų duomenys dažnai prastai atspindi tam tikrus narkotikų vartojimo būdus, ir net tais atvejais, kai duomenų yra, reikia sukurti palyginamus duomenų rinkimo standartus. Kaip vieną atvejį, kai iš bendrosios populiacijos apklausos buvo surinkti duomenys apie kelii narkotikų vartojimą, galima paminėti neseniai ENNSC parengtą techninę ataskaitą (EMCDDA, 2005b). Remiantis Ispanijos duomenų pavyzdžiu, 15 paveikslėlyje parodyta, kad vartojant vieną narkotiką atsiranda didesnė (palyginti su bendra populiacija) tendencija vartoti ir kitą, bet tai priklauso nuo konkretaus narkotiko. Pavyzdžiui, heroino vartotojai gana dažnai vartoja ir kokainą, bet kokaino vartotojams ne taip būdinga vartoti ir kitus narkotikus.

### Kelių narkotikų vartojimo apibrėžimo sukūrimas – laiko klausimas?

Būtina apmąstyti, kokie laikotarpiai bus parinkti kelii narkotikų vartojimui vertinti ir apie jį informuoti. Vartojimo

**15 paveikslėlis.** Įvairių bendrosios populiacijos 15–34 metų vartotojų grupių narkotikų vartojimas per pastaruosius metus



NB: Ispanijos duomenys 1999 m. Dėl išsamesnės informacijos žr. GPS-34 paveikslėlį 2006 m. statistikos biuletenyje.  
Šaltinis: EMCDDA (2005b).

gyvenime paplitimo procentai vargu ar bus labai naudingi ir svarbūs visuomenės sveikatos klausimams, palyginti su vartojimu pastaruju metu.

Kelių narkotikų vartojimą būtų galima apibrėžti kaip dažną daugiau nei vienos medžiagos vartojimą per minimalų nurodytą laikotarpį, pavyzdžiui, vieną mėnesį. Toks apibrėžimas neišskiria įvairių anksčiau aprašytų vartojimo tipų, bet teikia bendrą vaizdą apie potencialiai didelės rizikos grupę. Kaip išimtį kelių narkotikų vartojimo gyvenime rodiklį galima naudoti tik tuomet, kai kalbama apie labai jaunas žmones, pavyzdžiui, mokinius ar studentus, nes čia yra didesnė tikimybė, kad kelių narkotikų vartojimas gyvenime sutaps su vartojimu dabartiniu metu. Įrodymai, gauti, pavyzdžiui, iš ESPAD apklausų, rodo, kad labiau nuo normos nukrypstantys ir nelabai paplitę vartojimo būdai (ekstazio, amfetamino, haliucinogenų, kokaino, heroino) būdingi tik nedaugeliui moksleivių.

## Narkomanijos stebėsenos Europoje tobulinimas ir dėmesio kelių narkotikų vartojimui didinimas

Geriau suprasti Europos narkomanijos problemos prigimtį ir mastą – pagrindinė ENNSC užduotis. Tačiau narkotikų vartojimas yra sudėtingas klausimas, apimantis elgseną, kuri įvairiai siejasi su daugeliu svarbių visuomenės sveikatos ir socialinių problemų. Narkotikų vartotojai gali jau turėti problemų, arba yra rizika, kad jie turės problemų. Narkotikų vartojimas labai įvairus, jį galima apibūdinti kaip eksperimentavimą, epizodinį vartojimą ir vartojimą tik retkarčiais, bet vartojimas gali būti reguliarus, intensyvus ir nekontroliuojamas. Taikant klinikinius apibrėžimus, narkotikų vartotojus galima apibūdinti kaip turinčius narkotikų

problemą ir turinčius priklausomybę, tyrimo tikslais abi šias kategorijas galima laikyti susijusiomis. Sudėtingumas dar labiau padidėja, nes, laikui bėgant, narkotikų vartotojai dažnai vartoja kelis narkotikus ir keičia jų vartojimo būdus. Nė viena duomenų rinkimo priemonė negali susidoroti su tokiu sudėtingumu. Siekdama nušviesti šiuos skirtingus narkomanijos reiškinių aspektus, ENNSC praktikoje taiko ir atsižvelgia į daugelį rodiklių.

Taikant probleminio narkotikų vartojimo rodiklį tam tikrai elgsenai, galima giliau pažvelgti į kai kuriuos žalingus ir brangius narkotikų vartojimo būdus. Tai yra svarbu, norint suprasti Europos narkotikų problemą kaip visumą. Tačiau sprendžiant Europos narkomanijos problemą, kuri darosi vis labiau nevienalytė, probleminio narkotikų vartojimo rodiklį būtina papildyti bendru konkrečios medžiagos vartojimo vertinimo komponentu.

Turint galvoje, kad turimi duomenų šaltiniai remiasi pranešimais apie narkotikų vartojimo elgseną, šiuo pagrindu ir reikia kurti dažno ir intensyvaus vartojimo sąvokos apibrėžimą. Tai praplės perspektyvą, iš kurios bus galima stebėti narkomanijos problemas ir žvelgti toliau nei iš dabartinio probleminio narkotikų vartojimo rodiklio pozicijų. Informacijos apie probleminį narkotikų vartojimą ir šios platesnės informacijos sujungimas padės ENNSC žengti žingsnį į priekį ir pagerinti savo bendrą supratimą apie narkomanijos problemų Europoje mastą ir pobūdį. Tuo pat metu reikia dirbti ir kurti duomenų rinkimo ir pranešimo standartus, kurie leistų geriau apibūdinti kelių narkotikų vartojimą Europos lygmeniu. Pirmasis žingsnis šia kryptimi – sukurti pažangesnį koncepcinį pagrindą kelių narkotikų vartojimo įvairiems tipams nagrinėti, taip pat nustatyti atitinkamus laiko rėmus ir atitinkamus duomenų šaltinius.



## Literatūra

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. and Niesink, R.J.M. (2005), 'Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?', *Addiction biology* 10(4), pp. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. and 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, pp. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. et al. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<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, Vienna.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2002b), 'Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs', Project CT.00.EP.13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004d), 'Overdose: a major cause of avoidable death among young people', *Drugs in Focus* No. 13, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', final report, project CT.03.P1.200, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2005c), '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', final report, project CT.04.P2.329, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), 'Drugs 2006' (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448), Europol, The Hague.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention', *International journal of drug policy* 16S, pp. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. et al. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users', *World psychiatry*, 4 (3), p.173-6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, pp. 1043–52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations International Narcotics Control Board, New York.
- Kandel, D. ir Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use', Glantz, M. ir Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pp. 211–53. American Psychological Association. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. and Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', Peters, R. and McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency*:

prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. ir Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. et al. (2006), 'Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population', *Archives of general psychiatry* 63, pp. 219–28.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European addiction research* 10, pp. 147–55.

Reitox national reports (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. ir Becker, J (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pp. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. et al. (2004), 'A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction,' *Drug and alcohol dependence* 74, pp. 1–13.

Schäfer, C. ir Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. et al. (2005), 'Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence', *American journal of psychiatry* 162, pp. 340–9.

Shearer, J. ir Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, pp. 203–11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC ir Maroko vyriausybė (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), pp. 196–8.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. ir 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* (in press).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (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), pp. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, World Customs Organization, Brussels.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, World Health Organization, Geneva.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', position paper, World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).



Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

**2006 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje**

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras

2006 – 94 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-257-8



## PARDAVIMAS IR PRENUMERATA

Oficialiųjų leidinių biuro leidžiamų mokamų leidinių galima įsigyti mūsų pardavimo kioskuose visame pasaulyje.

### ***Kaip galima įsigyti konkrečių leidinių?***

Gavę pardavimo kioskų sąrašą, išsirinkite jus dominantį ir susisiekę su juo pateikite užsakymą.

### ***Kaip gauti pardavimo kioskų sąrašą?***

Žiūrėkite Oficialiųjų leidinių biuro svetainę internete: <http://publications.europa.eu/>

Pateikite prašymą faksu (352) 2929-42758 ir gausite išspausdintą sąrašą.

## Apie ENNSC

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 metais, jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir apie narkomaniją šaltinis Europoje.

ENNSC renka, analizuoja ir platina objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis plačiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija pateikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateiktas bendrasis ENNSC įspūdis apie narkotikų reiškinį Europos Sąjungoje. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.