



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

ISSN 1830-0782

2006. GADĀS ZIŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

2006. GADA ZIŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS
JOMĀ EIROPĀ

Juridisks paziņojums

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

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

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

Bezmaksas tālruņa numurs*:

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga, 2006. g.

ISBN 92-9168-258-6

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2006. g.

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

Printed in Belgium

IESPIESTS UZ BALTA, HLORU NESATUROŠA PAPĪRA



Eiropas Narkotiku un narkomānijas
uzraudzības centrs

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

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

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

Satura rādītājs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs par situāciju narkomānijas problēmas jomā Eiropā	11
1. nodaļa	
Politika un tiesību akti	17
2. nodaļa	
Pārskats par narkotiku problēmu risinājumiem Eiropā	27
3. nodaļa	
Kaņepes	37
4. nodaļa	
Amfetamīni, ekstazī un citas psihotropās vielas	47
5. nodaļa	
Kokaīns un kreka kokaīns	58
6. nodaļa	
Opiotdu lietošana un narkotiku injicēšana	66
7. nodaļa	
Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi	75
8. nodaļa	
Problemātiskas un vairāku narkotiku lietošanas pārraudzības pilnveide	88
Bibliogrāfija	95



Priekšvārds

Šis ir Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra 11. gada ziņojums, kurš šogad ir pieejams 23 Eiropas valodās. Atskatoties uz iepriekšējos gados izdotajiem centra ziņojumiem, ir pārsteidzoši, cik lielā mērā ir pieaudzis šobrīd pieejamās informācijas klāsts, atspoguļojot kompleksāku nelegālu narkotiku lietošanas ainu Eiropā un ieskatu par Eiropas atbildes rīcību narkotiku problēmas risināšanai.

Ir ievērojami pieaudzis tās informācijas apjoms, kas palīdz mūsu analītiskajā darbā. Šā gada ziņojumā ir apkopoti dati no 25 ES dalībvalstīm un Norvēģijas un, dažviet, no Bulgārijas, Rumānijas un Turcijas. Ir palielinājies ne tikai informācijas sniedzēju valstu skaits, bet arī salīdzināmo datu apjoms no tām turpina augt. Šī informācija atspoguļo narkomānijas problēmu un tās attīstības gaitu Eiropā tagad daudz plašāk nekā jebkad agrāk. *EMCDDA* pienākums ir izziņāt šo sarežģīto jautājumu, apkopojot kopīgi gūto pieredzi, kā arī izskatīt atšķirības. Ieguldot datu vākšanā un līdzdarbojoties Uzraudzības centra darbā, mūsu dalībvalstis ir sapratušas, ka kaimiņvalstu problēmas var kādu dienu kļūt par viņu pašu problēmām. Šo izpratni apliecina jaunā Eiropas Savienības narkomānijas apkarošanas stratēģija un attiecīgie rīcības plāni, kas balstās uz uzskatu vienprātību par informācijas vākšanas un apmaiņas nozīmi, vajadzību noteikt un izplatīt labas prakses piemērus un sadarbības un saskaņotas rīcības svarīgumu, vērsties pret narkotiku radīto kopējo apdraudējumu mūsu pilsoņu veselībai, labklājībai un drošībai.

Atskats uz pieejamo informāciju mums atgādina arī par vajadzību būt pastāvīgi modriem un par bezrūpības radītām sekām. Brīdinošās piezīmes šajā ziņojumā norāda uz iespējamu ar narkotiku lietošanu saistītu HIV infekciju un narkotiku lietošanas izraisītiem nāves gadījumiem. Tomēr Eiropā kopumā ir daudz veikts, lai pievērstos šādām problēmām un ir sasniegti redzami panākumi. Tas nozīmē,

ka Eiropas politikas veidotāji bija grūtas izvēles priekšā un ka viņi lielā mērā par to ir izšķirušies, iepriekš rūpīgi izskatot pieejamos faktus. Šāda politikas virzība ir apsveicama. Diskusijās par narkomānijas problēmu visā pasaulē plaši runā par vajadzību pēc saskaņotas un uz pierādījumiem balstītas pieejas. Eiropā varbūt plašāk nekā jebkur citur šīs pārrunas pārtapušas par reālu rīcību. Par spīti mūsu dalībvalstu atšķirīgajām narkomānijas problēmas niansēm un narkomānijas apkarošanas rīcības prioritātēm, pastāv vispārēja vienprātība par to, cik svarīga ir informācijas apmaiņa un sadarbība, lai mazinātu narkotiku pieejamību, kā arī par to, cik nozīmīgi ir piedāvājuma samazināšanas pasākumus saskaņot ar pieprasījuma samazināšanu, un ir novērojama arvien lielāka vienprātība par pierādījumu izmantošanu, izdarot grūtu izvēli par to, kādas programmas un rīcība vislabāk aizstāv mūsu pilsoņu intereses. Šī Eiropas pieeja ir redzama ne tikai jaunajā Eiropas narkomānijas apkarošanas stratēģijā, bet arī valstu narkomānijas apkarošanas stratēģijās, ko mūsu dalībvalstis ir pieņēmušas, stiprākā un vienotākā kopbalsī par šo jautājumu Eiropā, kā arī *EMCDDA* darbībā, tā kā mēs ticamies no savas puses palīdzēt atvieglot uz informāciju balstītas politikas veidošanu, sniedzot neietekmētu un zinātniski uzticamu pieejamās informācijas analīzi par narkotiku jautājumu Eiropā.

Narkotiku lietošana ir sarežģīta tēma, un to nevar atrisināt vienkārši. Tomēr par Eiropas pieredzi var izdarīt vismaz vienu secinājumu – mēs esam sapratuši, ka strādāt kopā ir ne tikai efektīvi, bet arī nepieciešami, ja vēlamies sasniegt labus rezultātus, apkarojot mūs visus skarošo nelegālo narkotiku lietošanas problēmu.

Marcel Reimen

EMCDDA valdes priekšsēdētājs

Wolfgang Götz

EMCDDA direktors



Pateicības

Par šā ziņojuma tapšanā sniegto palīdzību EMCDDA vēlas pateikties:

- *Reitox* valsts koordinācijas centru vadītājiem un darbiniekiem;
- visiem dalībvalstu dienestiem, kas apkopoja šajā ziņojumā izmantotos datus;
- EMCDDA valdes un zinātniskās komitejas locekļiem;
- Eiropas Parlamentam, Eiropas Savienības Padomei – jo īpaši tās Horizontālajai darba grupai narkotiku jautājumos – un Eiropas Komisijai;
- Eiropas Slimību novēršanas un kontroles centram (ECDC) un Eiropalam;
- Eiropas Padomes Pomicidū grupai, ANO Narkotiku kontroles un noziedzības apkarošanas birojam, PVO Eiropas reģionālajam birojam, *Interpol*, Pasaules Muitas organizācijai, Zviedrijas Informācijas padomei alkohola un narkotiku jautājumos (CAN) un AIDS epidemioloģiskās uzraudzības centram;
- Eiropas Savienības organizāciju tulkošanas centram un Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojam;
- *Prepress Projects Ltd.*

***Reitox* valstu koordinācijas centri**

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

Valstu koordinācijas centru kontaktinformācija ir atrodama tīmekļa vietnē <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Ievada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko savos ziņojumos EMCDDA sniegušas ES dalībvalstis, kandidātvalstis un Norvēģija (piedalās EMCDDA kopš 2001. gada). Ziņojumā minētie statistikas dati attiecas uz 2004. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru ir pieejama informācija). Ziņojumam pievienotajās diagrammās un tabulās var būt atspoguļota informācija tikai par tām ES valstīm, kas ir sniegušas informāciju par attiecīgo laikposmu.

Gada ziņojums tiešsaistes versijā 23 valodās ir pieejams tīmekļa vietnē <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Visas gada ziņojumā statistikas analīzē izmantotās tabulas ir atrodamas 2006. gada statistikas biļetenā (<http://stats06.emcdda.europa.eu>). Tajā ir sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodiku un papildus vairāk nekā 100 statistikas diagrammas.

Valsts datu profili (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) sniedz augstvērtīgu, grafisku pārskatu par narkotiku situācijas svarīgākajiem aspektiem katrā valstī.

Ziņojumu papildina trīs padziļināti apskati, kuros ir analizētas šādas īpašās tēmas:

- Vai Eiropas narkotiku politika sniedzas tālāk par nelegālajām narkotikām?
- Narkotiku lietošana un narkotiku problēmu risinājumi, ievērojot dzimumatšķirības.
- Jaunākās narkotiku lietošanas ievirzes izklaides vietās.

Ar īpašajām tēmām angļu valodā var iepazīties papīra formātā un tiešsaistē (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

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



Komentārs par situāciju narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Jauns Eiropas koordinācijas un sadarbības pamats

Lai gan valsts narkotiku apkarošanas stratēģijas izstrāde joprojām paliek katras ES dalībvalsts prerogāta, neviena valsts pašlaik neapšauba priekšrocības, ko var dot vienota Eiropas mēroga rīcība. To apliecina vairāki neseno apstiprināti koordinācijas un sadarbības pasākumu atbalsta instrumenti. Šādi instrumenti ir, piemēram, 2005. gadā spēkā stājušās divas jaunās EK prekursoru regulas un Padomes lēmums par jaunām narkotikām. Turklāt, pieņemot jaunus tiesību aktus, kas vērstas pret nelikumīgi iegūtas naudas legalizāciju un paredz aktīvu konfiskāciju, ir pastiprināta cīņa pret nelikumīgu narkotiku tirdzniecību. Tomēr par svarīgākajiem sadarbības un turpmāko pasākumu īstenošanas instrumentiem narkotiku jomā ir uzskatāma jaunā ES 2005.–2012. gada narkotiku stratēģija un divi ar to saistītie rīcības plāni. Pirmajā rīcības plānā ir uzskaitīti aptuveni 100 konkrēti pasākumi, kas ES dalībvalstīm jāīsteno līdz 2008. gadam. Saistībā ar stratēģiju ir paredzēts īstenot nepārtrauktu novērtēšanas programmu ar ikgadējiem progresu ziņojumiem un ietekmes novērtējumu pēc katra rīcības plāna termiņa beigām.

Stratēģija uzskatāmi apliecina Eiropā valdošo vienprātību jautājumos, kas attiecas uz narkotiku problēmu risinājumiem. Tā atspoguļo ciešu uzticību līdzsvarotai nostājai, t.i., nostājai, kas ir vēsta gan uz pieprasījuma, gan piedāvājuma samazināšanu, un kuras pamatā ir ar faktiem apstiprināta pārliecība par veicamo pasākumu efektivitāti un izpratne par sistemātiska novērtējuma nozīmi. ES dalībvalstu narkotiku apkarošanas stratēģija joprojām ievērojami atšķiras, nereti atspoguļojot valstu atšķirīgās narkotiku problēmas un šo problēmu risinājumu atšķirīgo struktūru. Tomēr jaunā narkotiku stratēģija liecina, ka narkotiku problēmām veiktajā Eiropas politiskajā diskusijā pieaug vienprātība, atzīstot vienota rīcības pamata svarīgumu. Piemēram, var droši teikt, ka visās pieprasījuma mazināšanas stratēģijās ir iekļauti profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas elementi, atšķiras tikai nozīme, ko katram no šiem elementiem ir piešķirušas atsevišķas dalībvalstis. Daži narkotiku politikas aspekti joprojām paliek strīdīgi, bet kopumā diskusijas notiek uz ievērojamas vienprātības fona – neviena valsts neapšauba Eiropas narkotiku problēmu risinājumu galvenos pamatprincipus.

Pārmaiņas narkotiku tiesību aktos

Šāgada jaunā informācija atkārtoti apliecina, ka valstis turpina grozīt narkotiku tiesību aktus, arvien vairāk uzsverot atšķirību starp narkotiku turēšanas pārkāpumiem, kas ir

saistīti ar personīgu lietošanu, un pārkāpumiem, kas saistās ar nelikumīgu narkotiku tirdzniecību un izplatīšanu. Kopumā ir vērojama tendence noteikt bargākus sodus par narkotiku izplatīšanu un samazināt ar brīvības atņemšanu saistītus sodus par narkotiku turēšanu personīgai lietošanai. Šis pārmaiņas saskan ar visā Eiropā vērojamo tendenci arvien vairāk paplašināt narkotiku atkarības ārstēšanas iespējas un pievērst lielāku uzmanību iekļaušanās pasākumiem, kas paredz problemātisku narkotiku lietotāju ārstēšanu un rehabilitāciju, nevis nodošanu tiesībsargājošo iestāžu rokās. Valstīm, kas ir juridiski nošķirušas narkotiku turēšanu personīgai lietošanai un narkotiku turēšanu tirdzniecības nolūkā, ir jālemj par vajadzību ar likumu noteikt pieļaujamās personīgās lietošanas daudzumus. Šajā jautājumā Eiropā nevalda pilnīga vienprātība, un ir pieņemti dažādi lēmumi, sākot ar vispārīgām operatīvām pamatnostādnēm un beidzot ar konkrētiem, juridiski noteiktiem daudzuma ierobežojumiem.

Heroīna lietošana plašākā kontekstā

Šāgada ziņojumā sniegtā informācija liecina, ka heroīna lietošana un injicēšana, kas Eiropā kopumā vēsturiski ir bijusi narkotiku problēmu galvenais elements, mūsdienās ir jāaplūko plašākā kontekstā, jo pieaug vairāku narkotiku un stimulantu lietošana, kā arī pastiprinās plašās kaņepju lietošanas izplatības ietekme uz sabiedrības veselību. Tomēr daudzās valstīs opioīdi (lielākoties heroīns) joprojām ir galvenās narkotikas, no kuru lietošanas narkotiku pacienti vēlas atradināties, proti, 2004. gadā no visiem reģistrētajiem ārstniecības pieprasījumiem aptuveni 60 % bija saistīti ar heroīna lietošanu, un tikai nedaudz vairāk nekā puse (53 %) heroīna pacientu ir atzinuši, ka narkotikas injicē.

Gandrīz 25 % opioīdu ārstniecības pieprasītāju ir 35 gadus veci vai vecāki, un tikai 7 % no pacientiem, kas sāk ārstēties pirmo reizi, ir jaunāki par 20 gadiem. Jāievēro, ka ārstniecības pieprasījumu dati atspoguļo to pacientu skaitu, kas ir izteikuši vēlēšanos ārstēties atskaites gadā, un šeit neietilpst pacienti, kas turpina ārstēties; tādēļ kopējais terapiju saņemošo pacientu skaits ir daudz lielāks. Eiropā kopumā pēdējos gados ir ievērojami pieaudzis narkotiku aizvietošanas terapijas apjoms, kas liecina par pieaugošu un novecojošu problemātisku heroīna pacientu kontingentu, kam visticamāk vēl gadiem ilgi būs vajadzīga aprūpe un kura labā būs jātērē ievērojami līdzekļi.

Eiropā lieto galvenokārt Afganistānā ražotu heroīnu. Eiropā joprojām atsavina pasaulē lielāko heroīna daudzumu, un tā kā ir pieaudzis atsavinātā heroīna daudzums

Dienvidaustrumeiropas valstīs (jo īpaši Turcijā), tad šis reģions konfiscētā heroīna apjoma ziņā pārspēj Rietum- un Centrāleiropu. Heroīna atsavināšanas pieaugošā tendence ne vien liek labāk apjaust pret tirdzniecību vērstas koordinētas rīcības nozīmi plašākā Eiropas kontekstā, bet liek arī meklēt atbildes uz svarīgiem jautājumiem par pieaugošās heroīna ražošanas ietekmi uz Eiropas tirgu. Nav nosakāmas skaidras heroīna vidējās tīrības tendences, bet heroīna cenas, ievērojot inflāciju, lielākajā daļā valstu 5 gados (1999.–2004. g.) ir kritušās. Lai arī heroīns Eiropā ir kļuvis vieglāk pieejams un lētāks, tomēr pagaidām nevar apgalvot, ka tas ietekmē kopējo heroīna lietošanas līmeni. Kopējie rādītāji liek domāt, ka situācijā, ko var uzskatīt par stabilu, jaunu heroīna lietotāju skaits Eiropā joprojām samazinās, turklāt liela daļa problemātisko opioīdu lietotāju (vismaz dažās valstīs) pašlaik saņem aizvietojošu terapiju. Jauno heroīna pacientu vidū lielākajā daļā valstu ir samazinājies tādu pacientu skaits, kam ir nopietnas ar heroīna lietošanu saistītas problēmas. Tomēr, paturot prātā agrāk pieredzētos epidēmiskos heroīna lietošanas uzliesmojumus, nedrīkst ieslīgt pašapmierinātībā.

Šāgada ziņojumā ir minēta satraucoša informācija, kas liecina par nelielu ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita pieaugumu lielākajā daļā valstu 2004. gadā; šis rādītājs kopš 2000. gada kopumā ir samazinājies. Ir pārāgrī spriest, vai šis nelielais pieaugums būtu uzskatāms par ilgtermiņa tendences priekšvēstnesi, tomēr nedrīkst aizmirst, ka ar narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi pieder pie nopietnākajām nelikumīgas narkotiku lietošanas sabiedrības veselības sekām. Lai gan ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits gados jaunu cilvēku vidū samazinās, apliecinot pieņēmumu, ka samazinās jaunu heroīna injicētāju skaits, tomēr pieejamās aplēses par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem (pārdozēšanas un citu iemeslu dēļ) pilsētās liecina, ka pašlaik 10–23 % no 15–49 gadus vecu pieaugušo kopējiem mirstības rādītājiem var attiecināt uz opioīdu lietošanu.

Narkotiku injicēšana un ar injicēšanu saistītas veselības problēmas iet roku rokā

Daudzās valstīs narkotiku injicēšana un heroīna lietošana ir gandrīz viens un tas pats, tomēr pastāv izņēmumi, proti, dažas ES valstis ziņo par ievērojamu stimulantu lietošanas izplatību, galvenokārt intensīvu amfetamīna lietotāju vidū. Zināmā mērā atspoguļojot heroīna lietošanas ainu, pieejamā informācija liecina, ka ilgtermiņā narkotiku injicēšana kopumā samazinās. Tomēr daudzās jaunajās dalībvalstīs injicēšanas rādītāji joprojām ir augsti. Liels mīnuss ir trūcīgie valsts un šaurāka mēroga narkotiku injicēšanas izplatības dati. Turklāt pētījumi par injicēšanas izplatību dažos reģionos liecina arī par nesenu nelielu pieaugumu. Vispilnīgāko priekšstatu par šā uzvedības modeļa izplatību var iegūt no terapiju saņemošo heroīna lietotāju pārraudzības datiem – injicētāju skaits

heroīna pacientu vidū dažās valstīs ir krasi samazinājies, tomēr to nevar teikt par visām valstīm. No vecajām dalībvalstīm, kas ziņo par injicēšanas rādītāju samazināšanos heroīna pacientu vidū, īpaši var atzīmēt Dāniju, Grieķiju, Spāniju, Franciju, Itāliju un Apvienoto Karalisti.

Nav noslēpums, ka narkotiku injicēšana iet roku rokā ar veselības problēmām, un narkotiku injicētājiem draud lielas pārdozēšanas briesmas, kā arī nopietnu infekcijas slimību un citu veselības problēmu, piemēram, septicēmijas un trombozes risks. Ar HIV infekciju saistītie veselības riski ir mudinājuši Eiropas sabiedrības veselības aizsardzības sistēmu aktīvi meklēt šīs problēmas risinājumus, un gandrīz visas valstis pašlaik piemēro jaunu HIV gadījumu novēršanas pasākumus. Piemēram, pašlaik vairs nav tādu dalībvalstu, kur nebūtu ieviestas tādas vai citādas agrāk par stridīgu ieviešanu pasākumu uzskatītās adatu un šīrču programmas, lai gan to pārklājums dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Lielākajā daļā valstu ar narkotiku injicēšanu saistītu jaunu HIV infekcijas gadījumu skaits ir neliels, un aplēses liecina, ka HIV infekcijas rādītāji injicētāju vidū nepārsniedz 5 %. Tomēr atkal jāņem vērā svarīgi iebildumi: pirmkārt, pašlaik nav pieejami Spānijas un Itālijas valsts atskaites dati par HIV gadījumiem, bet šis ir divas lielākās valstis, kurās AIDS narkotiku injicētāju vidū ir visbiežāk sastopams; otrkārt, ziņojumi liecina, ka Eiropā konkrētās injicētāju grupās HIV pārņemšana joprojām turpinās, un dažās no pētītajām grupām ir vērojamas arī pazīmes, kas liecina par inficēto skaita pieaugumu.

Aplūkojot skaitļus, kas raksturo inficēšanos ar C hepatīta vīrusu (HCV), paveras daudz bēdīgāka aina, jo šīs infekcijas izplatības līmenis narkotiku injicētāju vidū gandrīz visur joprojām ir augsts. Šķiet, ka vēl ilgu laiku būs jāturpina lieli veselības aizsardzībai domātie līdzekļi, lai ārstētu ar HCV saistītās narkotiku injicētāju un bijušo injicētāju veselības problēmas. Izdarot secinājumus par narkotiku injicēšanas pakāpenisko samazināšanos un par veiksmīgo 90. gadu HIV epidēmijas apkarošanu Eiropā, pastāv reāls risks ieslīgt pašapmierinātībā un pietiekami nenovērtēt joprojām pastāvošos, ar narkotiku injicēšanu saistītos veselības apdraudējumus. Zinot par HCV infekcijas augsto endēmiskās izplatības līmeni, HIV infekcijas pastāvīgo pārņemšanu narkotiku injicētāju vidū un pieaugošu izplatību dažās grupās, kā arī lielajām augsta riska injicētāju grupām dažās jaunajās dalībvalstīs, top skaidrs, ka narkotiku injicēšana un tās ietekme uz veselību joprojām ir uzskatāma par svarīgu Eiropas sabiedrības veselības problēmu un kritisku jomu, kurā nedrīkst atslābt narkotiku politikas un pētniecības modrība.

Kokaīns: Eiropā otrās izplatītākās nelegālās narkotikas lietošanas līmenis stabilizējas

Kokaīna lietošanas (pēdējā gadā) izplatības aplēses liecina, ka pašlaik šī narkotika nedaudz apsteidz amfetamīnu un

Īss pārskats par narkotiku lietošanas izplatību Eiropā

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

Kaņepes

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 65 miljoni jeb 1 no 5 pieaugušajiem eiropiešiem

Lietošana pēdējā gada laikā: 22,5 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējās 30 dienās: 12 miljoni eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:

Kopējie rādītāji: no 0,8 % līdz 11,3 %

Tipiskie rādītāji: no 2,8 % līdz 7,5 % (15 valstis)

Kokaīns

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: vismaz 10 miljoni jeb vairāk nekā 3 % pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: 3,5 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējās 30 dienās: vairāk nekā 1,5 % miljoni eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:

Kopējie rādītāji: no 0,1 % līdz 2,7 %

Tipiskie rādītāji: no 0,3 % līdz 1,2 % (18 valstis)

Ekstazi

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: aptuveni 8,5 miljoni pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: 3 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb trešdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējās 30 dienās: vairāk nekā 1 miljons eiropiešu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:

Kopējie rādītāji: no 0,0 % līdz 3,5 %

Tipiskie rādītāji: no 0,3 % līdz 1,5 % (15 valstis)

Amfetamīni

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā: gandrīz 10 miljoni jeb aptuveni 3 % pieaugušo eiropiešu

Lietošana pēdējā gada laikā: 2 miljoni pieaugušo eiropiešu jeb piektdaļa no tiem, kas lietojuši vismaz reizi dzīves laikā

Lietošana pēdējās 30 dienās: mazāk par 1 miljonu

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs:

Kopējie rādītāji: no 0,0 % līdz 1,4 %

Tipiskie rādītāji: no 0,2 % līdz 1,1 % (16 valstis)

Opioidi

Problemātiska opioīdu lietošana: no 1 līdz 8 gadījumiem uz 1000 pieaugušajiem (15–64 gadus vecajiem) iedzīvotājiem

Gandrīz 7000 pēkšņu narkotiku izraisītu nāves gadījumu, apmēram 70 % gadījumu konstatēta opioīdu klātbūtne (2003. gada dati)

Primārā narkotika aptuveni 60 % ārstniecības pieprasījumu

Vairāk nekā pusmiljons opioīdu lietotāju 2003. gadā ir saņēmuši aizvietojošā terapiju

ekstazi un ir kļuvusi par Eiropā otro izplatītāko nelegālo narkotiku. Tomēr pēc agrāk pieredzētā kokaīna lietotāju skaita lielā pieauguma tagad var runāt par šīs narkotikas lietošanas kopējā līmeņa stabilizāciju. Kokaīna lietotāju skaits 90. gadu vidū un beigās ievērojami pieauga Spānijā un Apvienotajā Karalistē, bet kopš 2000. un 2001. gada tas šķiet stabilizējies. Lai gan dažas valstis ir ziņojušas par kokaīna lietošanas nelielu pieaugumu, tomēr pārsvarā citur dramatisks pieaugums nav novērots. Kopumā kokaīna lietošanas izplatības līmenis Eiropā ir ļoti nevienmērīgs, un ir uzlūkojams par iespaidīgu tikai dažās, galvenokārt Rietumeiropas valstīs.

Būtu aplami secināt, ka kokaīna lietošanas stabilizācijas pazīmes nozīmē arī ar kokaīna lietošanu saistīto problēmu stabilizāciju. Eiropā kokaīna lietošanas vēsturiskais līmenis ir augsts, un pētījumi liecina, ka parasti ar kādas narkotikas lietošanu saistīto problēmu pieaugums dažus gadus atpakaļ no lietošanas izplatības pieauguma. Tā notiek tādēļ, ka ir jāpaiet zināmam laikam, lai izveidotos intensīvas un regulāras narkotiku lietošanas ievirzes un problēmas kļūtu pamanāmas. Pašlaik problēmas, iespējams, sāk kļūt redzamas tajās Eiropas valstīs, kur kokaīna lietošana jau ir iesakņojusies. Gan Nīderlandē, gan Spānijā vismaz viens no četriem ārstniecības pieprasījumiem ir saistīts ar kokaīna lietošanu, un kopumā Eiropā jaunu kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaits laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam ir gandrīz divkārtšojies. Lai gan kreka kokaīna lietošana Eiropā joprojām ir ļoti ierobežota, ziņojumi par problēmām dažās pilsētās liek domāt par iespējamu situācijas pasliktināšanos.

Kokaīnu bieži konstatē ar opioīdu lietošanu saistīto nāves gadījumu toksikoloģiskajās analizēs, un vairākās valstīs heroīna pacientu paralēlā aizraušanās ar kokaīnu ir kļuvusi par vērā ņemamu problēmu. Lai gan dati ir ierobežoti, 2005. gada valsts ziņojumos ir atrodama informācija par vairāk nekā 400 ar kokaīna lietošanu saistītiem nāves gadījumiem, un izskatās, ka šādu nāves gadījumu skaits pieaug visās augstas izplatības valstīs. Šie skaitļi visticamāk nav pilnīgi, turklāt joprojām nav skaidrs, vai kokaīna lietošanai ir veicinoša ietekme uz sirds un asinsvadu slimnieku mirstību. Skaidrs ir viens – ja Eiropa nevēlas piedzīvot ar kokaīna lietošanu saistītu sabiedrības veselības aizsardzības izmaksu pieaugumu, situācijā, ko raksturo kokaīna lietošanas līmeņa vispārēja stabilizācija, nedrīkst aizmirst nedz par kokaīna radīto problēmu pilnīgāku apzināšanu un izpratni, nedz par ieguldījumiem šo problēmu efektīvu risinājumu meklēšanai.

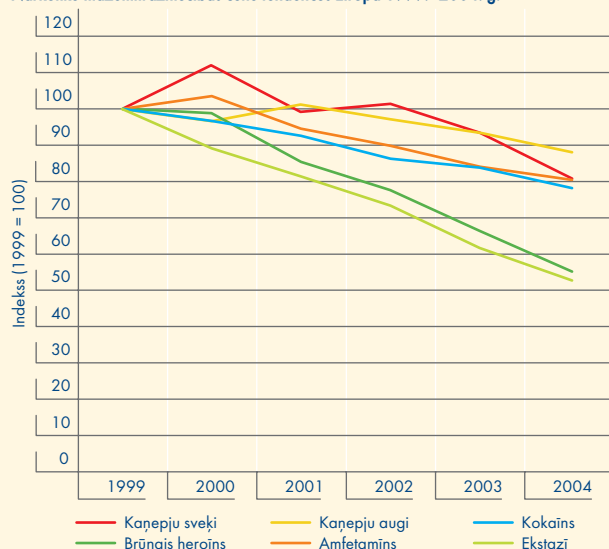
Eiropas narkotiku problēmas kļūst sarežģītākas

Augošā vajadzība pēc risinājumiem, kas atbilstu mūsdienu narkotiku problēmu sarežģītajam un daudzveidīgajam raksturam, ir tēma, kas caurvij šāgada ziņojumu. Domājot

Narkotikas Eiropā kļūst arvien lētākas

Šajā ziņojumā pirmo reizi ir iekļauta nelegālo narkotiku pēdējo 5 gadu ielas cenu analīze, ievērojot inflāciju, lai varētu precīzāk novērtēt nelegālo narkotiku ielas cenu pārmaiņas laika gaitā. Ielas cenu datus ir grūti gan iegūt, gan interpretēt. Cenu ietekmē gan pārdodamo narkotisko vielu tirība, daudzums un veids, gan ģeogrāfiski faktori, piemēram, dzīve lielpilsētā vai regulāra narkotiku tranzīteļa tuvumā. Arī dažādās valstīs narkotiku cenas ievērojami atšķiras un laika gaitā svārstās, atspoguļojot piegāžu pārtraukumus. Neraugoties uz šādām datu nepilnībām, pieejamā informācija liecina, ka Eiropā kopumā gandrīz visu narkotiku

Narkotiku mazumtirdzniecības cenu tendences Eiropā 1999.–2004. g.



pārdošanas cenas ir kritušās. Lielākajā daļā valstu dominējošā piecu gadu tendence ir bijusi kaņepju, heroīna, amfetamīnu, ekstāzi un kokaīna ielas cenu krišanās (skatīt pievienoto diagrammu). Lai gan vēsturiski dati par ielas cenām lielākoties nav pieejami un pieejamie dati ir grūti interpretējami, tomēr šīs cenu analīzes rezultāti satraucoši sasaucas ar pieņēmumiem par cenu samazinājuma ilgtermiņa raksturu. Piemēram, dažās augstas izplatības valstīs pieejamā informācija liecina, ka kokaīns un ekstāzi 80. gadu beigās un 90. gadu sākumā ir maksājuši daudz vairāk nekā pašlaik.

NB! Tendencu aplēsēs ir izmantota pieejamā informācija par katras narkotikas ielas cenām ES dalībvalstīs un Norvēģijā, svērtām ar katras valsts iedzīvotāju skaitu, lai iegūtu viendabīgu Eiropas tendenci. Cenas ir koriģētas, ievērojot valsts inflācijas rādītājus (par bāzes gadu ir ņemts 1999. gads), un visas datu rindas ir indeksētas ar 1999. gada bāzes koeficientu 100.

Daudzas valstis nav varējušas sniegt šos datus, kas ir grūti iegūstami un mēdz būt neuzticami un nepilnīgi. Tendencu aprēķinos nav iekļautas valstis, kas nav sniegušas datus par attiecīgās narkotikas cenām divus vai vairāk gadus pēc kārtas; atbilstošus cenu datus par brūno heroīnu ir sniegušas 9 valstis, par amfetamīnu 9, par kokaīnu 13, par ekstāzi 13, par kaņepju augiem 13 un par kaņepju sveķiem 14 valstis.

Turklāt trūkst 2004. gada datu vietā (11 gadījumos) ir izmantotas 2003. gada cenas; trūkst 1999. gada datu vietā (1 gadījumā) ir izmantotas 2000. gada cenas; pārējo gadu trūkst 12 gadījumos) ir interpolēti no blakus gadu datiem.

Plašāku informāciju par 2004. gada cenām skatīt statistikas bijetena tabulās PPP-1, PPP-2, PPP-3 un PPP-4.

Avoti Cenu dati: Reitox valstu koordinācijas centri.

Inflācijas un iedzīvotāju skaita dati:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

par profilakses, ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pasākumiem, ir labāk jāizprot, ko var uzskatīt par labu praksi un ar faktiem pamatotu rīcību. No 2004. gadā reģistrētajiem aptuveni 380 000 ārstniecības pieprasījumiem apmēram 15 % gadījumu primārā narkotika, no kuras lietošanas pacienti vēlas atradināties, ir bijušas kaņepes, kas līdz ar to ārstniecības pieprasījumu skaita ziņā ierindojas otrajā vietā aiz heroīna. Ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem arvien biežāk nākas saskarties arī ar stimulantu un vairāku narkotiku lietošanas problēmām, turklāt nelegālo narkotiku un alkohola lietošanas problēmas nereti lielā mērā pārklājas. Diemžēl iedzīvotāju līmenī vēl nav pietiekamas informācijas par šo narkotiku veidu regulāras un pastāvīgas lietošanas ietekmi uz sabiedrības veselību, tāpat kā nav pietiekamas informācijas par šo narkotiku lietotāju vajadzībām pēc iekļaušanās pasākumiem. Saistībā ar narkotiku problēmu risinājumiem visvairāk faktu Eiropā ir apkopotī nelikumīgas opioīdu lietošanas jomā – šeit mērķtiecīgu pakalpojumu izstrādes pamatā ir plašs faktu klāsts. Augošā vienprātība, kas virza politiku uz iekļaušanās pasākumiem, kuri, visticamāk, būs piemēroti risinājumi problemātiskas heroīna lietošanas gadījumos, sasaucas ar augošo vajadzību radīt tikpat

skaidrus iekļaušanās pasākumus daudzveidīgāko Eiropas narkotiku problēmu risināšanai.

Vajadzība labāk definēt un izprast vairāku narkotiku lietošanu

Svarīgs uzdevums ir rast risinājumus problēmām, ko rada vairāku psihoaktīvo vielu lietošana. Vairāku narkotiku lietošana arvien vairāk tiek atzīta par būtisku jomu, kur jāizstrādā pakalpojumi. Tomēr vairāku narkotiku lietošanas jēdziens tik viegli nepadodas definēšanai, un dažā ziņā gandrīz visus narkotiku lietotājus var uzskatīt par vairāku narkotiku lietotājiem. Vairāku narkotiku lietošana rada ievērojamas grūtības arī narkotiku pārraudzības sistēmām, kuru pamatā ir lielākoties ar atsevišķi indeksētu narkotiku lietošanu saistīti uzvedības mērījumi. Tādēļ ir ļoti svarīgi izstrādāt pilnīgāku jēdzienisko pamatu, kas ļautu aprakstīt dažādus vairāku narkotiku lietošanas veidus un spert pirmo soli šā uzvedības modeļa labākas izpratnes virzienā. Šā gada ziņojumā ir atvēlēta vieta to analītisko jautājumu izklāstam, kuri ir jāatrisina, ja Eiropa vēlas pārvarēt grūtības un labāk izprast problēmas, ar ko saskaras arvien vairāk narkotiku

lietotāju, kas nav atkarīgi no vienas konkrētas vielas, bet lieto vairākas narkotikas.

Atpakaļ nākotnē: sagaidāmie apdraudējumi un problēmas

Arī šāgada ziņojuma autori kā vienmēr ir mēģinājuši apzināt potenciālās tendences, lai apsteigtu nākotnē gaidāmās problēmas. Šāda analīze pēc savas būtības ir spekulatīva un tā jāveic piesardzīgi. Narkotika, kas nepārprotami saistās ar nopietnām sabiedrības veselības problēmām, ir metamfetamīns. Lai gan pasaulē metamfetamīna problēmas turpina pieaugt, Eiropā šīs vielas lietošana joprojām ir ierobežota un sastopama dažās valstīs, kur vēsturiski pastāv ar metamfetamīna lietošanu saistītas problēmas. Lai gan pieejamā informācija neļauj izdarīt pārlicinošus secinājumus par tendencēm, pieaug to valstu skaits, kas ziņo par metamfetamīna atsavināšanu vai lietošanu, tādējādi skaidri uzsverot vajadzību pēc galveno risku grupu intensīvākas pārraudzības.

EMCDDA 2006. gadā ir publicējusi tehniska rakstura dokumentu par halucinogēnajām sēnēm, un šis jautājums ir īsi aplūkots arī šāgada ziņojumā. Liekas, ka halucinogēno sēņu pieejamība un lietošanas izplatība kopš 90. gadu beigām ir pieaugusi, bet tas nav radījis plašu rezonansi. Šā veida narkotiku lietošanai lielākoties ir eksperimentāls

raksturs un ziņojumi par problēmām joprojām ir reti. Tomēr, redzot halucinogēno sēņu pieejamību, politikas veidotāji ir apstiprinājuši dažus kontroli pastiprinošus pasākumus.

Halucinogēno sēņu aktīvo sastāvdaļu psilocibīna un psilocīna kontroli paredz starptautiska konvencija. Tomēr tas, ka šīs sēnes daudzās valstīs aug brīvā dabā, sarežģī tiesību aktu izstrādi, un attieksme pret halucinogēnajām sēnēm dažādās Eiropas valstīs ir atšķirīga. Plašāka mēroga modrību saistībā ar jaunām vielām, kas var apdraudēt sabiedrības veselību un tādēļ ir pakļaujamas kontrolei, paredz jaunais Padomes lēmums (2005/387/JHA) par informācijas apmaiņu par jaunām psihoaktīvām vielām un šo vielu riska novērtējumu un kontroli. Par agrīnas brīdināšanas svarīgumu šajā jomā liecina, piemēram, mCPP (1-3-hlorfenilpiperazīna) straujā izplatība 2005. gadā. Šīs vielas parādīšanās liecina par nelegālo narkotiku ražošanā iesaistīto darboņu neizsīkstošo rosību, meklējot arvien jaunas ķīmiskas vielas, ko varētu laist tirgū – šajā gadījumā visticamāk, lai pastiprinātu vai modificētu MDMA (ekstāzi) iedarbību. Uz šādiem jaunumiem nedrīkst nereaģēt, jo nav zināms, cik nopietni šādas vielas var iespaidot veselību. Tādēļ ar Padomes lēmumu izveidotā agrīnās brīdināšanas sistēma ir uzskatāma par svarīgu mehānismu, kurš ļauj ieviekties gadījumos, kad gados jaunu Eiropas iedzīvotāju veselību apdraud personas, kas dzenoties pēc peļņas, cenšas izvairīties no pastāvošajiem narkotiku kontroles mehānismiem.



1. nodaļa

Politika un tiesību akti

Valsts narkotiku stratēģijas

Atskaites periodā piecas valstis ir pieņēmušas valsts narkotiku stratēģijas un rīcības plānus (1. tabula). Pirmo reizi valsts narkotiku stratēģiju 2005.–2008. gadam ir pieņēmusi Latvija, bet Čehija, Spānija, Luksemburga un Rumānija ir pieņēmušas jaunas valsts narkotiku stratēģijas un plānus.

Turklāt Somija ir pieņēmusi cietumu administrācijas narkotiku stratēģiju (2005.–2006. g.), bet Apvienotās Karalistes sabiedrisko pakalpojumu nolīgumos (PSA) ir izvirzīti jauni narkotiku politikas mērķi un centieni, kuru nolūks ir mazināt kaitējumu, ko nelegālās narkotikas nodara atsevišķām personām, viņu ģimenēm un apkārtējai sabiedrībai.

Atskaites periodā valsts narkotiku stratēģiju izstrāde ir risinājusies Itālijā, Austrijā, Polijā, Portugālē, Zviedrijā un Norvēģijā (2. tabula).

Dažas valstis, kas jau agrāk (sākot ar 1998. gadu) bija īstenojušas valsts narkotiku stratēģijas un rīcības plānus, pašlaik šīs stratēģijas un plānus atjaunina, pievēršot lielāku uzmanību skaidrāku un sasniedzamāku mērķu izvirzīšanai. Piemēram, saskaņā ar Luksemburgas sniegto informāciju, šīs valsts jaunais, 2005.–2009. gada rīcības plāns ir vienkāršs un skaidri strukturēts, ar virzību uz konkrētiem rezultātiem – tajā ir formulēti pasākumu mērķi, noteiktas atbildības jomas un konkretizēts finansējums, kā arī definēti gaidāmie pasākumu rezultāti un izpildes un novērtējuma termiņi. Beļģijā franču kopienas un Valonijas sabiedrības veselības iestādes ir

1. tabula. Valstis, kas 2005. gadā ir pieņēmušas jaunas narkotiku stratēģijas

Valsts	Nosaukums	Laikposms
Čehija	Valsts narkotiku stratēģija Rīcības plāns	2005.–2009. g. 2005.–2006. g.
Spānija	Rīcības plāns	2005.–2008. g.
Latvija	Valsts narkotiku stratēģija	2005.–2008. g.
Luksemburga	Valsts stratēģija un narkotiku rīcības plāns	2005.–2009. g.
Rumānija	Valsts narkotiku stratēģija	2005.–2012. g.

2. tabula. Valstis, kas 2005. gadā izstrādāja jaunas narkotiku stratēģijas

Valsts	Nosaukums	Laikposms
Itālija	Rīcības plāns	2004.–2008. g.
Austrija	Valsts stratēģija	
Portugāle	Valsts stratēģijas plāns un rīcības plāns	2005.–2008. g.
Zviedrija	Rīcības plāns	
Norvēģija	Rīcības plāns	

iecēlušas ekspertu grupu, kuras uzdevums bija izstrādāt “saskaņotu narkomānijas novēršanas, palīdzības un aprūpes plānu”. Ekspertu ieteikumos ir teikts, ka “valdībām ir skaidrāk jādefinē prioritātes un mērķi”, kā arī “skaidri jānosaka kopējās narkotiku politikas pamatprincipi” un “jāizstrādā izvēlētas stratēģijas īstenošanas hronoloģiskā secība”. Čehijas 2005.–2006. gada rīcības plāna ievirzes ir līdzīgas, arī šeit ir definēti konkrēti mērķi un pasākumi, kas jāveic, lai tos sasniegtu, noteikti atbildīgo ministru pienākumi un katrā jomā veicamo pasākumu termiņi un sasniedzamie rādītāji.

Valsts narkotiku stratēģiju novērtējums

Daudzas Eiropas valstis automātiski atjaunina savas valsts narkotiku stratēģijas, piemērojot ciklisku procesu, kura gaitā iepriekšējās stratēģijas rezultāti vai novērtējums tiek izmantots turpmākās stratēģijas izstrādē (EMCDDA, 2004a).

Par šādu procesu 2005. gadā ir informējušas Īrija, Luksemburga, Ungārija un Rumānija. Ungārijas Narkotiku problēmu apkarošanas stratēģijas īstenošanu ir novērtējis pieaicinātais Nīderlandes *Trimbos* institūts, un šī ir pirmā reize, kad kādas valsts narkotiku stratēģiju ir vērtējuši ārvalstu eksperti. Novērtējumā galvenā uzmanība ir pievērsta narkotiku stratēģijas īstenošanas vidusposma rezultātiem, un pēc novērtējuma eksperti ir snieguši virkni ieteikumu, kas attiecas uz turpmākajām narkotiku stratēģijām un narkotiku politikas jomas koordinācijas struktūras nostiprināšanas iespējām. Šo novērtējumu var salīdzināt ar Portugāles 1999. gada valsts narkotiku stratēģijas un 2001.–

2004. gada rīcības plāna ārējo novērtējumu, ko ir veicis Portugāles Valsts pārvaldes institūts, un iekšējo, Narkotiku un narkomānijas institūta (IDT) veikto novērtējumu. Ungārija un Portugāle ir pirmās divas Eiropas valstis, kas valsts narkotiku stratēģiju ir lūgušas novērtēt ārējiem ekspertiem.

Īrijas 2001.–2008. gada narkotiku stratēģijas 2005. gadā veiktajā vidusposma novērtējumā, kura pamatā ir atklāts apspriežu process un svarīgāko valsts un ES datu analīze, ir ieteikts "pārskatīt prioritātes", lai vairāk pievērstos topošajām ārstniecības, vairāku narkotiku lietošanas, kokaīna lietošanas un HIV un C hepatīta izplatības tendencēm, un "dot jaunu impulsu" dažādu stratēģijas īstenošanas atlikušajā posmā veicamu svarīgāko pasākumu izstrādei un īstenošanai. Savukārt Rumānijas 2003.–2004. gada valsts narkotiku stratēģijas novērtējumā ir piedalījušās visas narkotiku jomā iesaistītās valsts institūcijas, kuru paustie atzinumi veido jaunās, 2005.–2012. gada valsts narkotiku stratēģijas pamatu. Luksemburgā 87 % no 2000.–2004. gada valsts narkotiku stratēģijas pasākumiem ir īstenoti paredzētajā termiņā. Luksemburga informē, ka neieviesto pasākumu (piemēram, heroīna izplatīšanas programmas) īstenošana ir aizkavējusies galvenokārt politisku iemeslu dēļ. Pagaidām neīstenotie pasākumi ir iekļauti jaunajā rīcības plānā.

Turklāt no pagājušā gada ziņojumiem izriet, ka valsts narkotiku stratēģiju īstenošanas rezultāti sāk kļūt redzami. Lai gan vēl nevar apgalvot, ka ir sasniegti galvenie pieprasījuma un piedāvājuma samazināšanas mērķi, tomēr, īstenojot valsts narkotiku stratēģijas, neapšaubāmi ir panākti konkrēti un svarīgi rezultāti.

Portugāles 1999. gadā pieņemtās stratēģijas novērtējumā ir teikts, ka, pateicoties šai stratēģijai, ir pieaugusi narkotiku atkarības ārstēšanas pieejamība, samazinājies ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaits un HIV izplatība, kā arī pieaudzis ar narkotiku tirdzniecību saistīto policijas ziņojumu skaits. No otras puses, novērtējumā ir atzīts, ka ir samazinājies pirmo reizi narkotikas pamēģinājušo cilvēku vecums un biežāki kļuvuši ar narkotikām saistīti nāves gadījumi, kuru cēlonis nav opioīdi. Spānijas valsts narkotiku stratēģijas 2003. gada novērtējumā ir atzīts – lai gan narkotiku lietošanas samazinājuma mērķis nav sasniegts, tomēr ir panākti labi rezultāti palīdzības un kaitējuma mazināšanas jomā un apmierinoši rezultāti ir gūti arī citur, piemēram, pētniecības un izglītības, starptautiskās sadarbības, kā arī piedāvājuma samazināšanas jomā. Turklāt Veselības aizsardzības un patērētāju lietu ministrija ir apstiprinājusi 2005.–2008. gada rīcības plānu, kas paredz mobilizēt līdzekļus un īstenot iniciatīvas, kuru mērķis ir valsts narkotiku stratēģijas sekmēšana un atjaunināšana. Savukārt Grieķijas 2002.–2006. gada valsts rīcības plāna īstenošanas rezultātā ir pieaugusi pieejamo ārstniecības programmu daudzveidība un izplatība.

Zviedrijas 2002.–2005. gada valsts narkotiku rīcības plāna īstenošanas rezultātā narkotikas tagad ieņem svarīgāku vietu vietējo, reģionālo un valsts iestāžu politiskajā darba kārtībā. Lielākajai daļai Zviedrijas pašvaldību tagad ir savs narkotiku rīcības plāns, un narkotiku jomā iesaistīto pušu darba koordinācijai un sadarbībai ir piešķirta svarīgāka nozīme, tādējādi panākot uzlabojumus šajās jomās. Attīstība ir notikusi arī narkomāniem domāto ārstniecības veidu un to pieejamības jomā. Atzīstot narkotiku atkarības ārstēšanā gūtos panākumus, Apvienotās Karalistes Revīzijas komisija tomēr ir atzīmējusi, ka būtu jāuzlabo narkotiku lietotāju reintegrācijas un rehabilitācijas iespējas, piemēram, pilnveidojot mājokļu, sociālās aprūpes un citu atbalsta dienestu darbību. Turpmāk valdības panākumus narkotiku stratēģijas īstenošanā ir paredzēts novērtēt, samērojot gūtos rezultātus ar PSA izklāstītajiem mērķiem un ar narkotiku kaitējuma indeksu (DHI), kas ļaus novērtēt jebkuras nelegālās narkotikas problemātiskas lietošanas radīto kaitējumu.

Visbeidzot, jaunpieņemtajās valsts narkotiku stratēģijās novērtējums ir atzīts par vienu no svarīgākajiem aspektiem. Latvijas Narkotiku kontroles un narkomānijas ierobežošanas koordinācijas padome katru gadu novērtēs programmas īstenošanu, bet rezultātu galīgo ārējo novērtējumu ir paredzēts veikt 2009. gadā Luksemburgā.

Ar narkotikām saistītie valsts izdevumi

Lai gan izdevumus nereti aprēķina par dažādiem laikposmiem un nav vienotas ar narkotikām saistīto valsts izdevumu definīcijas, pieejamā informācija liecina, ka ar narkotikām saistītie izdevumi vairākās valstīs, tostarp Čehijā, Dānijā, Luksemburgā, Austrijā un Polijā ir auguši.

Starp valstīm, kas ir sniegušas informāciju par narkotiku jomā 2004. gadā iztērētajiem līdzekļiem, var minēt Čehiju (11,0 miljoni euro), Spāniju (302 līdz 325 miljoni euro), Kipru (2,8 miljoni euro), Poliju (51 miljons euro) un Norvēģiju (46 miljoni euro). Divas valstis ir sniegušas jaunāku informāciju par cīņai pret narkotikām atvēlētajiem budžeta līdzekļiem, un tās ir Luksemburga (6 miljoni euro 2005. gadā) un Apvienotā Karaliste (2 miljardi euro 2004./2005. gadā).

Aplēses liecina, ka Slovākijā 2004. gadā narkotiku jomā no valsts līdzekļiem kopumā ir bijuši atvēlēti 14,5 miljoni euro, no kuriem aptuveni 8,4 miljoni euro ir tērēti tiesību aktu piemērošanas nodrošinājumam, bet sociālajai un veselības aprūpei ir aizgājis 6,1 miljons euro.

Zviedrijas aplēses rāda, ka 2002. gadā tās narkotiku politikas tēriņi ir bijuši aptuveni 0,9 miljardi euro (mazākā aprēķinātā summa ir 0,5 miljardi euro, bet lielākā 1,2 miljardi euro). Salīdzinot 2002. gada aplēses ar 1991. gada skaitļiem, redzam, ka valsts izdevumi narkotiku politikas jomā ir ievērojami pieauguši.

Īrijā 2005. gada jūnijā publicētajā valsts narkotiku stratēģijas vidusposma novērtējumā ir atzīts, ka "izdevumu aprēķināšanai ir būtiska nozīme, nosakot dažādo stratēģijas elementu ekonomisko efektivitāti", un drīzumā ir paredzēts sākt darbu pie policijas izdevumu novērtējuma. Portugāles Narkotiku un narkomānijas institūts (*IDT*) finansē pētījumus ar mērķi izstrādāt un pārbaudīt narkomānijas izmaksu aprēķina modeli, bet Beļģijā 2005. gada beigās ir sākts pētījums, kas papildina 2004. gadā veikto pētījumu par valsts izdevumiem. Lai gan šādu interesantu datu nav daudz, tomēr tie rāda, ka dažu dalībvalstu politiskajā darba kārtībā ar narkotikām saistīto izdevumu izpēti ieņem svarīgāku vietu.

Jaunumi ES tiesību aktu un politikas jomā

Rīcības plāni

ES līmenī ES narkotiku politikas jomas attīstību dažos nākamajos gados tieši vai netieši ietekmēs divi 2005. gadā pieņemti rīcības plāni. Pirmkārt, pēc iepazīšanās ar Komisijas 2005. gada februāra priekšlikumu un pievēršot vislielāko uzmanību ES narkotiku stratēģijas un ES 2000.–2004. gada rīcības plāna galīgajam novērtējumam, Padome 2005. gada jūnijā ir apstiprinājusi ES 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plānu. Jaunajā rīcības plānā ir ievērota ES 2005.–2012. gada narkotiku stratēģijas struktūra un mērķi un uzskaitīti aptuveni 100 konkrēti pasākumi, kas ES un tās dalībvalstīm ir jāīsteno līdz 2008. gada beigām.

ES jaunajā narkotiku rīcības plānā svarīga vieta ir ierādīta novērtējumam. Tas tiek uzskatīts par nepārtrauktu, pieaugošu kopdarbības procesu. Novērtējums būs nepārtraukts, jo ir paredzēts, ka Eiropas Komisija ar *EMCDDA* un Eiropolu atbalstu sniegs ikgadējus progresa ziņojumus. Novērtējuma process būs pieaugošs, jo katrā progresa ziņojumā pagājušā gada rezultāti tiks aplūkoti aizpagājušā gada kontekstā. Visbeidzot, tas būs kopdarbības process, kurā būs iesaistīta novērtējuma virzības grupa ar uzdevumu plānot metodiku, rezultātus un pagaidu kalendāru. Tāpat kā veicot ES 2000.–2004. gada rīcības plāna novērtējumu, arī šoreiz virzības grupā darbosies attiecīgo Komisijas dienestu, *EMCDDA* un Eiropola, kā arī dalībvalstu pārstāvji. Ir paredzēts rīkot arī konsultatīvas tikšanās, kurās tiks uzklauti pilsoniskās sabiedrības pārstāvji. Pēc 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plāna termiņa beigām pirmo reizi Eiropas līmenī tiks veikts tā ietekmes novērtējums, kurā tiks sniegti ieteikumi nākamajam, 2009.–2012. gada rīcības plānam un kurš vienlaikus kļūs par šā jaunā plāna sākumpunktu.

Visbeidzot, 2012. gadā Komisija veiks stratēģijas un rīcības plānu galīgo novērtējumu.

ES narkotiku rīcības plāns ir arī daļa no Hāgas programmas īstenošanas rīcības plāna, kurā ir izvirzīti Eiropas Savienības brīvības, drošības un tiesiskuma telpā 2005.–2010. gadā sasniedzamie mērķi. Šo rīcības plānu Komisija ir iesniegusi 2005. gada maijā, un Padome 2005. gada jūnijā ir to apstiprinājusi.

ES 2005.–2008. gada rīcības plāns atspoguļo ES narkotiku politikas līdzsvaroto nostāju, t.i., visaptverošu, daudzdisciplīnu nostāju, kas aplūko visus narkotiku problēmu risinājumu aspektus: koordināciju; pieprasījuma samazināšanu; piedāvājuma samazināšanu; starptautisko sadarbību; informāciju, pētniecību un novērtējumu.

Narkotiku piedāvājuma samazināšana

Divu 2004. gadā pieņemto ES prekursoru regulu spēkā stāšanās 2005. gada 18. augustā raksturo divus svarīgus ES narkotiku piedāvājuma samazināšanas jomas aspektus. Ķīmisko prekursoru kontrole ir svarīgs narkotiku piedāvājuma samazināšanas aspekts, jo bez šīm vielām narkotiku ražošana nav iedomājama. Šajā jomā ES tiek īstenoti divējādi pasākumi: pirmkārt, tiek regulēta atsevišķu vielu tirdzniecība ES un trešo valstu starpā un, otrkārt, tiek regulēts iekšējais tirgus.

Pirmā regula šajā jomā ir pieņemta 1990. gadā saistībā ar 12. pantu par prekursoru kontroli ANO 1988. gada Konvencijā pret narkotiku un psihotropo vielu nelikumīgu tirdzniecību, un tajā ir izklāstīti pasākumi, kas jāveic, lai novērstu atsevišķu vielu novirzīšanu narkotiku un psihotropo vielu nelikumīgai izgatavošanai (¹). Šī regula 2004. gada decembrī ir aizstāta ar jaunu regulu, kuras darbības joma ir paplašināta, aptverot arī cīņu pret sintētisko narkotiku ražošanu (²).

Pēc diviem gadiem ar 1992. gadā pieņemto Padomes Direktīvu (³) par dažu tādu vielu ražošanu un laišanu tirgū, kuras izmanto narkotisko un psihotropo vielu nelikumīgai izgatavošanai, sistēmas izveide tika pabeigta, paredzot ieviest attiecīgus iekšējā tirgus pasākumus, tostarp kontroles pasākumus. Šī direktīva ir aizstāta ar jaunu, 2004. gada 11. februārī pieņemtu regulu (⁴). Kopienas likumdevēji uzskatīja, ka sakarā ar Eiropas Savienības paplašināšanos ir svarīgi aizstāt 1992. gada Direktīvu ar regulu, jo, "ikreiz grozot minēto direktīvu un tās pielikumus, būtu vajadzīgi valsts īstenošanas pasākumi 25 dalībvalstīs". Jaunajā tiesību aktā

(¹) Padomes 1990. gada 13. decembra Regula (EEK) Nr. 3677/90, OV L 357, 20.12.1990., 1. lpp.

(²) Padomes 2004. gada 22. decembra Regula (EK) Nr. 1111/2005, OV L 22, 26.01.2005., 1. lpp.

(³) Padomes 1992. gada 14. decembra Direktīva (EEK) Nr. 109/92, OJ L 370, 19.12.1992., 76. lpp.

(⁴) Eiropas Parlamenta un Padomes 2004. gada 11. februāra Regula (EK) Nr. 273/2004, OV L 47, 18.02.2004., 1. lpp.

ir paredzēti saskaņoti pasākumi dažu tādu vielu kontrolei un uzraudzībai Kopienā, ko bieži izmanto nelikumīgai sintētisko narkotiku vai psihotropo vielu izgatavošanai, lai novērstu šādu vielu novirzīšanu. Regulā īpaši ir noteikts, ka dalībvalstīm ir jāpieņem vajadzīgie pasākumi, lai to kompetentās iestādes varētu veikt tām uzticētos kontroles un pārraudzības pienākumus. Turklāt 2005. gada 18. augustā ir stājies spēkā regula par divu minēto regulu īstenošanas noteikumiem ⁽⁵⁾.

Šie prekursoru kontroles jomas pasākumi noslēdz vēl vienu daļu no svarīgajiem ES piedāvājuma samazināšanas pasākumiem. Liekot lietā jaunās, Mārstrihtas līguma pavērtās iespējas, ES ir izstrādājusi tiesisko regulējumu ar mērķi apkarot narkotiku tirdzniecību un uzlabot sadarbību tiesību aktu piemērošanas nodrošinājuma jomā. Šajā sakarā kopš 1995.–1996. gada ir veikti vairāki kopīgi pasākumi, bet starp jaunākiem pasākumiem var minēt pamatlēmumu ar mērķi saskaņot pret narkotiku tirdzniecību vērsto sankciju minimumu un lēmumu par jaunām psihoaktīvām vielām (skatīt “Pasākumi pret jaunām narkotikām”, 55. lpp.).

Līdzās šiem tiesību aktiem ir pieņemta un tiek īstenota policijas un tiesu iestāžu sadarbības programma krimināllietās. AGIS ir pamatprogramma ar mērķi palīdzēt ES dalībvalstu un kandidātvalstu policijai, citām iesaistītajām iestādēm un tiesu iestādēm sadarboties cīņā pret noziedzību. Kopš 2003. gada ar šīs programmas atbalstu ir finansēti daudzi projekti. AGIS 2006. gada darba programmā un uzaicinājumā iesniegt priekšlikumus (līdz 2006. gada janvārim) starp darbības jomām un īpašajām tēmām ir minēta starptautiskā organizētā narkotiku ražošana un tirdzniecība un narkotiku prekursoru novirzīšana.

Nelikumīgi iegūtas naudas legalizēšana un līdzekļu konfiskācija

Arī naudas atmazgāšanas un konfiskācijas tiesību aktu jomā ir notikušas dažas pārmaiņas. Ar Direktīvu 91/308 par to, kā novērst finanšu sistēmas izmantošanu nelikumīgi iegūtas naudas legalizēšanai ⁽⁶⁾, kas ir pieņemta 1991. gadā, pamatojoties uz iekšējā tirgus juridisko bāzi, un grozīta 2001. gadā, ir mēģināts saskaņot dalībvalstu tiesisko regulējumu šajā jomā. Viens no šīs direktīvas pieņemšanas iemesliem bija vajadzība novērst iespējamību, ka, nepastāvot pret naudas atmazgāšanu vērstai Eiropas Kopienas līmeņa darbībai, dalībvalstis varētu pieņemt protekcionistiskus pasākumus, kas spētu aizkavēt iekšējā tirgus izveides pabeigšanu. Komisija 2004. gada jūnijā ir ierosinājusi pieņemt jaunu direktīvu ar tādu pašu mērķi, bet paplašināt tās

darbības jomu un aptvert arī terorisma finansējumu. Komisija ierosināja paplašināt direktīvas darbības jomā iekļauto likumpārkāpumu klāstu, jo uzskatīja, ka direktīvas darbības jomai nevajadzētu šauri aprobežoties tikai ar narkotiku tirdzniecības peļņu. Jaunajā, 2005. gada oktobrī pieņemtajā direktīvā ir sniegta precīza smagu likumpārkāpumu definīcija, un tās darbības joma aptver šādu likumpārkāpumu rezultātā iegūto līdzekļu legalizēšanu, tostarp teroristisku darbību finansēšanu.

Padome 2005. gada 24. februārī ir pieņēmusi arī pamatlēmumu “par noziedzīgi iegūtu līdzekļu, nozieguma rīku un īpašuma konfiskāciju”. Tā nolūks ir nodrošināt, lai visās dalībvalstīs būtu spēkā efektīvi noteikumi, kas regulē nozieguma rīku un noziedzīgi iegūtu līdzekļu konfiskāciju, ciktāl par konkrēto pārkāpumu soda ar brīvības atņemšanu uz laiku, kas pārsniedz vienu gadu. Šajā jomā jau iepriekš bija spēkā ES tiesiskais regulējums, bet tas tika uzskatīts par nepietiekamu. Jaunā pamatlēmuma mērķis attiecībā uz konfiskāciju ir panākt efektīvu pārrobežu sadarbību. Konfiskācijas mehānisms aptver arī citus noziedzīgā ceļā iegūtus īpašumus, ja pārkāpumi ir izdarīti kādas noziedzīgas organizācijas sastāvā un ja uz pārkāpumiem attiecas viens vai vairāki citi ES pamatlēmumi. To vidū ir Pamatlēmums 2004/757/JAI, ar ko paredz minimuma noteikumus par noziedzīgu darbību pazīmēm un sodiem nelegālu narkotiku tirdzniecības jomā. Dalībvalstis veic visus vajadzīgos pasākumus, lai izpildītu pamatlēmuma prasības līdz 2007. gada 15. martam.

Sabiedrības veselības aizsardzība

Līdzsvarota nostāja narkotiku jautājumos Eiropā nav iedomājama bez pieprasījuma mazināšanas pasākumiem. Īstenojot 2003.–2008. gada Kopienas rīcības programmu sabiedrības veselības aizsardzības jomā, Eiropas Komisija 2005. gadā ir izvēlējusies dažus ar narkotiku jomu saistītus finansējamus projektus ar mērķi “sekmēt veselības aizsardzību un novērst slimības, pievēršoties izšķirīgiem veselības aizsardzības faktoriem visās politikas un darbības jomās”. Pirmais narkotiku jomā finansējamais projekts ir *EU-DAP 2*, un, to īstenojot, ir paredzēts novērtēt, cik efektīva ir preventīvā skolu programma *EU-DAP*, kuras mērķis ir ilgtermiņā samazināt tabakas, alkohola un narkotiku lietošanu. Otrs projekts ir *IATPAD*, un tā mērķis ir uzlabot ārstniecības pieejamību cilvēkiem, kam ir ar alkohola un narkotiku lietošanu saistītas problēmas. Starp citiem horizontāliem projektiem narkotiku jomā var minēt arī dažus preventīvus līdzfinansējamus projektus, piemēram *PEER-Drive clean!* – tas

⁽⁵⁾ Komisijas 2005. gada 27. jūlija Regula (EK) Nr. 1277/2005, OV L 202, 03.08.2005., 7. lpp.

⁽⁶⁾ Padomes 1991. gada 10. jūnija Direktīva 91/308/EEK par to, kā novērst finanšu sistēmas izmantošanu nelikumīgi iegūtas naudas legalizēšanai. OV L 166, 28.06.1991., 77.–83. lpp.

ir novatorisks projekts, kura mērķgrupa ir 18 līdz 24 gadus veci jaunieši un kura mērķis ir atturēt cilvēkus sēsties pie stūres alkohola vai narkotiku reibumā. Šie ir izvēlētie finansējami projekti, kam ir paredzēts piešķirt līdzfinansējumu ar nosacījumu, ka sarunu procedūras ar Eiropas Komisiju noslēdzas sekmīgi un tiek parakstīta vienošanās par dotāciju piešķiršanu (*).

EMCDDA regula

Visbeidzot, Komisija 2005. gada 31. augustā ir pieņēmusi jaunu priekšlikumu par EMCDDA dibināšanas regulas pārveidi. Ņemot vērā tajā definētos jaunus uzdevumus, jaunā regula būs instruments, kas ievērojami atvieglinās EMCDDA darbu. Jo īpaši tā paredz, ka EMCDDA varēs ņemt vērā jaunās narkotiku lietošanas ievirzes un topošās vairāku narkotiku lietošanas tendences, tostarp atļautu un neatļautu psihoaktīvo vielu kombinētu lietošanu, izstrādāt dažādus rīkus un instrumentus, lai palīdzētu dalībvalstīm un ES pārraudzīt un novērtēt savu narkotiku politiku un stratēģijas, kā arī sadarboties ar valstīm, kas nav ES dalībvalstis, piemēram, ar ES kandidātvalstīm vai Rietumbalkāņu valstīm. Regula paredz arī vairākas pārmaiņas zinātniskajā komitejā un valdē. Saskaņā ar EK līguma 152. pantu regula ar koplēmuma procedūru ir jāapstiprina Padomei un Eiropas Parlamentam.

Jauni valsts tiesību akti

Atskaites periodā vairākas valstis ir būtiski grozījušas narkotiku jomas tiesisko regulējumu, un pārmaiņas attiecas gan uz narkotiku turēšanas un tirdzniecības pārkāpumiem, gan uz piemērojamiem sodiem.

Rumānijā ir pieņemts jauns likums un jauns kriminālkodekss, kurā ir nošķirti kriminālnoziedzumi un sīki likumpārkāpumi (par sīkiem pārkāpumiem paredzētais sods tagad ir galvenokārt sabiedriskie darbi un soda nauda atkarībā no pārkāpēja ienākumiem), narkotiku lietotāji un narkomāni, kā arī zema un augsta riska narkotikas. Ar narkotikām saistītajiem likumpārkāpumiem tagad var piemērot atbrīvojumu no soda un soda izpildes atlikšanu. Narkomānu ārstēšana var notikt uzraugu vadībā saskaņā ar integrētu palīdzības programmu. Ir palielināti cietumsodi par narkotiku lietošanas vietu piedāvāšanu, narkotiku lietošanas pieļaušanu šādās vietās vai mudināšanu lietot narkotikas. Ir palielināti arī sodi par nelikumīgu augsta riska narkotiku administrēšanu citām personām un par toksisku ķīmisku inhalantu piegādi nepilngadīgajiem.

Bulgārijā 2004. gada jūnijā ir apstiprināts jaunais Narkotiku un prekursoru kontroles likums. Šajā likumā ir noteiktas to valsts iestāžu funkcijas, kuru pārziņā ir ar narkotikām

saistīto reglamentējošo procedūru kontrole, pret narkotiku ļaunprātīgu izmantošanu un tirdzniecību vērsto pasākumu īstenošana un pētniecība. Saskaņā ar papildu grozījumiem ir atcelts narkomānu atbrīvojums no kriminālatbildības, ja pie viņiem atrod tikai vienu narkotiku devu (plašāku izklāstu skatīt tālāk).

Slovākijas jaunajā kriminālkodeksā no jauna ir definēti ar narkotiku turēšanu personīgai lietošanai un tirdzniecībai saistītie pārkāpumi. Salīdzinājumā ar agrāko pārkāpuma definīciju, ja narkotikas tika turētas personīgai lietošanai (paredzot ne vairāk kā vienu devu), jaunā kodeksa 171. pantā saistībā ar narkotiku turēšanu personīgai lietošanai atkarībā no devu skaita ir nošķirti divi pārkāpumi (plašāku izklāstu skatīt tālāk). Par šiem pārkāpumiem var piespriest arī divus jaunus sodus: mājas arestu policijas uzraudzībā vai sabiedriskos darbus. Atrodot vairāk nekā 10 devas, piemēro 172. pantu, kas atkarībā no atbildību pastiprinošiem apstākļiem paredz cietumsodu no 4 gadiem līdz mūža ieslodzījumam. Turklāt, vecums, no kura iestājas kriminālatbildība, ir samazināts no 15 līdz 14 gadiem.

Lietuvā darbības ar narkotikām pārdošanas nolūkā vairs nevar sodīt ar policijas arestu līdz 90 dienām; tagad par šo pārkāpumu noteiktais minimālais sods ir kļuvis daudz bargāks, proti, tas ir cietumsods, lai gan tā minimālais ilgums ir samazināts no 5 līdz 2 gadiem. Maksimālais sods par liela apjoma narkotiku zādzību vai zādzību organizētā grupā ir pieaudzis līdz 15 gadiem cietumā.

Itālijā pēc nesenojiem (2006. gada februāra) tiesību aktu grozījumiem agrāko sešu grupu vietā narkotikas tagad iedala divās galvenajās grupās (visas vielas, ko neizmanto terapeitiskos nolūkos, ir iekļautas vienā grupā, pilnīgi atceļot smago un vieglo narkotiku jēdzienu); ir definēta robeža starp turēšanu personīgai lietošanai un tirdzniecībai; pārskatītajās sankcijās ir iekļauts mājas arests un sabiedriskie darbi un ir paredzētas plašākas cietumsoda alternatīvas. Turklāt visiem narkotiku lietotājiem tagad ir tiesības brīvi izvēlēties ārstēšanās veidu un vietu, kā arī iestādi, kas apstiprina viņu narkomāna statusu, jo šos pakalpojumus vairs nesniedz vienīgi valsts sektors.

Apvienotajā Karalistē ar 2005. gada Narkotiku likumu ir veikti vairāki būtiski valsts tiesiskā regulējuma grozījumi, tostarp ir ieviesta skaidrība, klasificējot psilocīnu vai psilocibīnu saturošas sēnes kā A kategorijas narkotikas; ir paredzēta izplatīšanas nodoma prezumpcija gadījumos, kad tiek atrasts konkrēts kontrolējams narkotiku daudzums; policija drīkst pārbaudīt ar narkotikām saistītos likumpārkāpējus uzreiz pēc aresta, nevis tikai pēc apsūdzības uzrādīšanas, un pozitīva sākotnējā testa gadījumā aizturētie

(*) Plašāku informāciju skatīt adresē http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

tiek pakļauti narkotiku lietošanas novērtējumam, bet tiesām, piespriežot sodu, ir jāņem vērā atbildību pastiprinoši apstākļi (piemēram, narkotiku izplatīšana skolu tuvumā). Tiesa var arī noteikt policijas arestu līdz 8 dienām (iepriekšējo 4 dienu vietā) personām, kas norij veselas narkotiku paciņas, un tiesa vai zvērināto tiesa kādas personas nepietiekami pamatotu atteikšanos no intīmas pārmeklēšanas vai apskates var uzskatīt par netiešu vainas pierādījumu.

Kopumā Eiropā ir vērojama tendence samazināt vai atcelt ar brīvības atņemšanu saistītus sodus par pārkāpumiem, kas skar narkotikas personīgai lietošanai, un vienlaikus noteikt bargākus sodus par pārkāpumiem, kas ir saistīti ar narkotiku izplatīšanu ⁽⁸⁾.

Narkotiku daudzumi

Atskaites periodā vairākas valstis ir pieņēmušas narkotiku daudzumu reglamentējošus tiesību aktus.

Pēc tam, kad konstitucionālā tiesa bija anulējusi 2003. gada likuma 16. pantu, Beļģijā ir pieņemta tieslietu ministra un ģenerālprokurora jaunā, kopīgā direktīva par pārkāpumiem saistībā ar kaņepju lietošanu. Direktīvā ir teikts, ka, atrodot nelielu daudzumu (ne vairāk par 3 gramam vai vienu augu) personīgai lietošanai domātu kaņepju, ja to turētājs ir pieaugušais un ja nav konstatēti atbildību pastiprinoši apstākļi, attiecīgā persona ir tikai jāreģistrē policijā.

Slovākijas jaunajā narkotiku pārkāpumu kriminālkodeksā daudzumam ir piešķirta būtiska nozīme. Kodeksa 171. pantā ir nošķirti divi ar turēšanu personīgai lietošanai saistīti pārkāpumi: ja pie turētāja neatrod vairāk par trim narkotiku devām, piemērojams sods ir līdz trim gadiem cietumā, bet "lielāka daudzuma" (ne vairāk par 10 devām) gadījumā var piespriest cietumsodu līdz 5 gadiem. Atrodot vairāk nekā 10 devas, piemēro 172. pantu. Šis pants paredz cietumsodu no 4 līdz 10 gadiem, ja nav konstatēti atbildību pastiprinoši apstākļi, cietumsodu no 10 līdz 15 gadiem, ja tiek turēts lielāks narkotiku daudzums (kura "ielas" vērtība vairāk nekā 10 reizes pārsniedz "pamatsummu", t.i., 8000 Slovākijas kronu jeb aptuveni 200 euro), cietumsodu no 15 līdz 20 gadiem, ja tiek turēts ievērojams narkotiku daudzums (pamatsumma ir pārsniegta vairāk nekā 100 reizes), un cietumsodu no 20 līdz 25 gadiem vai mūža ieslodzījumu par liela apjoma narkotiku turēšanu (pamatsumma ir pārsniegta vairāk nekā 500 reizes).

No 2002. līdz 2005. gadam Vācijas Maksa Planka institūts ir veicis Vācijas Narkotiku likuma 31. panta a) apakšpunkta novērtējumu; šis pants paredz, ka zināmos apstākļos par "neievērojama narkotiku daudzuma" turēšanu var neierosināt krimināllietu. Novērtējumā ir atzīts, ka praksē 31. panta a) apakšpunkta īstenošana Vācijas 16 federatīvajās zemēs ievērojami atšķiras, pa daļai tāpēc, ka jēdziens "neievērojams daudzums" tiek interpretēts atšķirīgi (Schäfer un Paoli, 2006). Berlīnes federālā zeme 2005. gada martā ir grozījusi "Kaņepju pamatnostādnes", nosakot, ka par kaņepju turēšanu pie zināmiem nosacījumiem neierosina krimināllietu, ja kaņepju daudzums nepārsniedz 10 gramus. Atsevišķos gadījumos šo daudzumu var palielināt līdz 15 gramiem.

Lietuvas veselības ministrs ir grozījis ieteikumus, kuros ir definēti mazi, lieli un ļoti lieli narkotiku un psihotropo vielu daudzumi, mainot šīs definīcijas. Apvienotās Karalistes 2005. gada Narkotiku likumā tagad ir paredzēta izplatīšanas nodoma prezumpcija gadījumos, kad atrod konkrētu, 2006. gada pavasarī pieņemtajos noteikumos definētu kontrolējamu narkotiku daudzumu.

Bulgārijas kriminālkodeksa grozījumos un papildinājumos (jaunais SG 26/04) ir atcelts 354.a panta 3. punkts, kas paredzēja, ka narkomānus var atbrīvot no kriminālatbildības, ja pie viņiem atrod vienu narkotiku devu. Kā pamatojums šim pasākumam ir minētas grūtības, kas rodas, nosakot vienas devas daudzumu, un fakti, kas apliecina, ka šis izņēmums ir ļaunprātīgi izmantots tiesā par labu narkotiku tirgoņiem.

Pēc daudzuma robežu atcelšanas 1993. gadā Itālijas 2006. gadā īstenotās pārmaiņas paredz jaunas daudzuma robežas, un personīgās lietošanas un tirdzniecības sliekšņus tagad definē, pamatojoties uz aktīvo vielu daudzumu narkotikās. Jaunās robežas ir noteiktas ar īpašu Veselības ministrijas 2006. gada aprīļa dekrētu.

Eiropas Juridiskās narkotiku datubāzes (ELDD) izpētes dati ⁽⁹⁾ jau agrāk ir apstiprinājuši, ka narkotiku likumos daudzumam tiek piešķirta atšķirīga nozīme; dažās valstīs (piemēram, Slovākijā) daudzums, kas nošķir dažādus pārkāpumus, ir stingri definēts, kamēr citās (piemēram, Apvienotajā Karalistē) daudzums ir norādīts tikai orientējoši, līdz ar to kļūstot par iemeslu apstrīdamām nodomu prezumpcijām. Ar daudzumu var definēt arī dažādus pārkāpumu veidus (piemēram, turēšanu vai izplatīšanu) vai noteikt soda lielumu par vienu un to pašu pārkāpumu. Lai gan daudzas valstis savos tiesību

⁽⁸⁾ Skatīt 2005. gada ziņojumu (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/lv/page013-lv.html>). Skatīt arī EMCDDA tematisko dokumentu *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽⁹⁾ Skatīt ELDD juridisko ziņojumu "Narkotiku daudzuma nozīme ar narkotikām saistītu pārkāpumu apsūdzībās" (*The role of the quantity in the prosecution of drug offences*) un 1. tabulu EMCDDA tematiskajā dokumentā "Nelikumīga narkotiku lietošana ES: tiesiskā nostāja" (*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*) (abi dokumenti ir pieejami adresē <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

aktos atsaucas uz daudzumu, to var definēt dažādi (svars, vērtība) vai vispār nedefinēt. Pēdējie šķietami pretrunīgie Itālijas un Bulgārijas pasākumi kārtējo reizi apliecina, ka šajā jautājumā Eiropā nevalda pilnīga vienprātība.

Spriedumu statistika

Narkotiku noteikumu pārkāpējiem piespriesto sodu pārraudzību ir apspriedušas vai īstenojušas vairākas valstis, un dažviet, ņemot vērā rezultātus, jau ir veikti attiecīgi pasākumi.

Īrijā ir nolemts izveidot centralizētu noziegumu statistikas nodaļu, kuras uzdevums būs saskaņā ar valsts narkotiku stratēģiju pārraudzīt arestu, apsūdzību un piespriesto soda veidu statistiku.

Vācijas Narkotiku likums paredz, ka pie zināmiem nosacījumiem prokurors var izbeigt narkotiku turēšanas lietu izskatīšanu bez tiesas piekrišanas. Lai gan pastāv dažādi ieteikumi un pamatnostādnes, noteikumi dažādās federālajās zemēs ievērojami atšķiras. Iepriekš minētajā Veselības ministrijas pasūtītajā pētījumā par šīm atšķirībām ir analizēti sešas federālajās zemēs vairāk nekā 1800 lietās pieņemtie spriedumi (Schäfer un Paoli, 2006).

Dažas Austrijas zemes ir centušās standartizēt Narkotiku likuma 12. iedaļu un 35. iedaļas 4. punktu, kuros ir definētas vienkāršotās procedūras, kas ļauj atsaukt ziņojumus policijai neliela kaņepju daudzuma pirkšanas vai turēšanas gadījumos. Citu spriedumu statistika rāda, ka 2004. gadā ir pieaugusi ziņojumu atsaukšana kā likumīga sodīšanas alternatīva, tomēr kopumā policijas ziņojumu un notiesājošu spriedumu skaits ir turpinājis pieaugt, bet nedaudz ir samazinājies atliktu lietu skaits.

Rumānijā tiesas spriedumu statistika ir analizēta nolūkā pārraudzīt tādu narkotiku lietotāju sociālās reintegrācijas panākumus, kas izdara ar narkotiku lietošanu nesaistītus pārkāpumus. Lielākoties piespriestais sods ir bijis nosacīts sods tiesas uzraudzībā. Jāatzīmē, ka kopš 2004. gada tiesas ir retāk piespriedušas piespiedu ārstēšanu, faktiski samazinot probācijas dienestu iesaisti un līdz ar to arī šo dienestu ieguldījumu narkotiku lietotāju sociālās rehabilitācijas procesā.

Spriedumu statistika vai dati par izvairīšanos piespriesto sodu daudz labāk par likuma burtu raksturo attiecīgās valsts narkotiku politikas īstenošanu (skatīt *EMCDDA*, 2002a).

Lai gan atšķirībā no arestu statistikas ne visas dalībvalstis apkopo vispusīgu spriedumu statistiku, tomēr valstu interese par spriedumu statistikas pārraudzību pieaug, un tas atbilst tendencei veikt politikas instrumentu novērtējumu⁽¹⁰⁾.

Jautājums par spriedumu statistikas apkopošanu un analīzi 2006. gadā ir apspriests *EMCDDA* ekspertu sanāksmē.

Ar narkotikām saistīti noziegumi

ES 2005.–2008. gada narkotiku rīcības plāna pasākums 25.1 paredz, ka līdz 2007. gadam Padomei ir jāapstiprina "ar narkotikām saistītu noziegumu" kopīgā definīcija, pamatojoties uz Komisijas priekšlikumu, kas ir izstrādāts, ņemot vērā *EMCDDA* iesniegtos materiālus par pastāvošajiem pētījumiem.

Lai gan ar narkotikām saistītu noziegumu ES definīcija vēl nav formulēta, par šādiem noziegumiem parasti uzskata noziegumus, kas ir pastrādāti narkotiku reibumā vai ar nolūku iegūt līdzekļus narkotiku lietošanai, noziegumus, kas tiek pastrādāti nelegālu narkotiku tirgu darbības kontekstā, un narkotiku tiesību aktu pārkāpumus. Standarta informācija ES ir pieejama tikai par pēdējo noziegumu veidu, proti, narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem.

Dati par pārējiem trim noziegumu veidiem ES ir reti pieejami vai fragmentāri. Daži dati nāk no speciāliem vietēja rakstura pētījumiem, tādēļ tos ir grūti izmantot ekstrapolācijai, bet citi attiecas tikai uz konkrētiem narkotiku noziegumu veidiem.

"Ziņojumu"⁽¹¹⁾ dati par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem ir pieejami visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs. Tie atspoguļo valstu tiesiskā regulējuma atšķirības, kā arī dažādus tiesību aktu piemērošanas un izpildes nodrošinājuma veidus un dažādās kriminālās justīcijas iestāžu prioritātes un līdzekļus, ko tās atvēl cīņai ar konkrētiem pārkāpumiem. Turklāt ir vērojamas atšķirības starp dažādu valstu narkotiku tiesību aktu pārkāpumu informācijas sistēmām, jo īpaši ziņošanas un reģistrācijas prakses ziņā, t.i., atšķiras reģistrējamie pārkāpumi, reģistrācijas laiks un veids. Šīs atšķirības ievērojami apgrūtina tiešus ES valstu salīdzinājumus⁽¹²⁾, tādēļ pareizāk šķiet salīdzināt tendences, nevis absolūtos skaitļus.

Piecos gados, no 1999. līdz 2004. gadam, "ziņojumu" skaits par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem vairumā ES valstu ir pieaudzis (faktiski visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs, izņemot Itāliju un Portugāli, bet īpaši liels – divkārtšs vai lielāks – pieaugums ir bijis Igaunijā, Lietuvā⁽¹³⁾,

⁽¹⁰⁾ Skatīt "Valsts politika: tiesību aktu novērtējums" (*National policies: evaluation of laws*, <http://ar2004.emcdda.europa.eu/lv/page021-lv.html>).

⁽¹¹⁾ Termins "ziņojumi" par narkotiku noziegumiem ir likts pēdējās, jo dažādās valstīs tas raksturo atšķirīgus jēdzienus. Konkrētas katras valsts definīcijas ir atrodamas 2006. gada statistikas biļetena metodiskajās piezīmēs par narkotiku noziegumiem.

⁽¹²⁾ Metodisko jautājumu plašāks iztirzājums ir atrodamas 2006. gada statistikas biļetena metodiskajās piezīmēs par narkotiku noziegumiem.

⁽¹³⁾ Pieaugumam Lietuvā par iemeslu ir jaunā kriminālkodeksa stāšanās spēkā 2003. gada maijā.

Informācija par narkotiku saistību ar noziedzību

Čehijas reģionālajās policijas pārvaldēs 2005. gadā otro gadu pēc kārtas ir veikta aptauja par noziegumiem, kas ir saistīti ar narkotiku lietošanu. Ir aplēsts, ka 2004. gadā narkotiku lietotāji nolūkā iegūt līdzekļus pašu patēriņam domātu narkotiku iegādei ir pastrādājuši aptuveni 62 % ar narkotiku ražošanu/izplatīšanu saistīto likumpārkāpumu, 25 % ar krāpniecību saistīto pārkāpumu, 21 % ar līdzekļu vai īpašuma nelikumīgu piesavināšanos saistīto noziegumu un 20 % parasto zādzību (Čehijas valsts ziņojums).

Somijā 2004. gadā veiktā 15–16 gadus vecu jauniešu aptaujā ir atklājies, ka aptuveni 7 % no jauniešiem, kas pēdējā gadā bija lietojuši kaņepes, līdzekļus kaņepju iegādei ir ieguvuši nelikumīgi, vairāk nekā puse no viņiem ir pārdevuši narkotikas, bet pārējie pārsvarā zaguši (*Kivivuori u.c.*, 2005, atsauce Somijas valsts ziņojumā).

Īrijā divos pētījumos, ko 1996. un 2000./2001. gadā policijai zināmu narkotiku lietotāju vidū izlases veidā ir veikusi *Garda* pētniecības nodaļa, ir aplēsts, ka narkotiku lietotāji 1996. gadā ir pastrādājuši 66 %, bet 2000./2001. gadā 28 % atklāto kriminālnozieģumu (*Keogh, 1997; Furey un Browne, 2003, atsauce Īrijas valsts ziņojumā*). Pētījumā, kas ir veikts 2000./2001. gadā, ir noskaidrots, ka opioīdu lietotāji ir vainojami 23 % atklāto zādzību un 37 % atklāto ielaušanās gadījumos.

Ungārijā⁽¹⁴⁾ un Polijā). Šī pieaugošā tendence 2004. gadā ir apstiprinājusies lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu⁽¹⁵⁾, lai gan dažās valstīs – Čehijā, Grieķijā, Latvijā, Luksemburgā, Portugālē, Slovēnijā (kopš 2001. gada), Slovākijā, Somijā un Bulgārijā⁽¹⁶⁾ – salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir vērojams kritums.

Lielākajā daļā ES dalībvalstu visbiežāk minētie narkotiku tiesību aktu pārkāpumi⁽¹⁷⁾ ir saistīti ar ar narkotiku lietošanu vai turēšanu lietošanai⁽¹⁸⁾, šādu pārkāpumu skaits visu narkotiku nozieģumu vidū 2004. gadā ir svārstījies no 61 % Polijā līdz 90 % Austrijā. Čehijā, Luksemburgā, Nīderlandē un

Turcijā visbiežāk minētie narkotiku tiesību aktu pārkāpumi ir bijuši saistīti ar tirdzniecību vai kontrabandu, šādu pārkāpumu skaits visu narkotiku nozieģumu vidū ir svārstījies no 48 % Luksemburgā līdz 93 % Čehijā.

Tajā pašā piecu gadu periodā ar lietošanu/turēšanu lietošanai saistīto pārkāpumu skaits kopumā ir pieaudzis visās šajā ziņojumā aplūkotajās valstīs, izņemot Itāliju, Portugāli, Slovēniju, Bulgāriju un Turciju, kas informē par lejupslidošu tendenci⁽¹⁹⁾. Šajā periodā lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu ir pieaugusi arī ar šiem pārkāpumiem saistīto visu narkotiku nozieģumu daļa, lai gan pieauguma tempi kopumā nav bijuši strauji, izņemot Kipru, Poliju un Somiju, kur augšupejošās tendences ir izteiktākas. Tomēr Luksemburgā, Portugālē, Bulgārijā un Turcijā ar lietošanu/turēšanu lietošanai saistīto pārkāpumu skaits kopumā ir samazinājies⁽²⁰⁾.

Lielākajā daļā dalībvalstu paziņotajos narkotiku nozieģumos⁽²¹⁾ visbiežāk iesaistītās nelegālās narkotikas ir kaņepes⁽²²⁾. Šajās valstīs ar kaņepēm 2004. gadā ir bijuši saistīti 34–87 % no visiem narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem. Čehijā un Lietuvā dominē ar amfetamīniem saistīti pārkāpumi, kopumā attiecīgi 50 % un 31 % no visiem narkotiku pārkāpumiem; bet Luksemburgā paziņotajos nozieģumos visbiežāk iesaistītā narkotika ir kokaīns (43 % no visiem narkotiku pārkāpumiem).

Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam vairumā šajā ziņojumā aplūkoto valstu kopumā ir pieaudzis "ziņojumu" skaits par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem, kas ir saistīti ar kaņepēm, bet Itālijā un Slovēnijā šis rādītājs ir samazinājies⁽²³⁾. Tajā pašā periodā ar kaņepēm saistīto pārkāpumu skaits ir pieaudzis Vācijā, Spānijā, Francijā, Lietuvā, Luksemburgā, Portugālē, Apvienotajā Karalistē un Bulgārijā, palicis kopumā nemainīgs Īrijā un Nīderlandē, un samazinājies Beļģijā, Itālijā, Austrijā, Slovēnijā un Zviedrijā⁽²⁴⁾. Lai gan visās ziņojumā aplūkotajās valstīs (izņemot Čehiju un Bulgāriju, un dažus gadus Beļģiju) ar lietošanu/turēšanu saistītajos pārkāpumos kaņepes dominē vairāk nekā citos narkotiku tiesību aktu pārkāpumos, vairākās

⁽¹⁴⁾ Pieaugumam Ungārijā par iemeslu ir galvenokārt kriminālkodeksa un kriminālprocedūras grozījumi.

⁽¹⁵⁾ "Ziņojumu" dati par narkotiku tiesību aktu pārkāpumiem laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejami visās valstīs (lai gan dažkārt ne par visiem gadiem), izņemot Kipru, Slovākiju, Bulgāriju, Rumāniju, Turciju un Norvēģiju, un par 2004. gadu visās valstīs, izņemot Īriju, Apvienoto Karalisti un Norvēģiju.

⁽¹⁶⁾ Skatīt tabulu DLO-1 un zīmējumu DLO-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁾ Sadalījums pa pārkāpumu veidiem bija pieejams visās valstīs (lai gan dažkārt ne par visiem gadiem laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam), izņemot Dāniju, Igauniju, Latviju, Lietuvu, Ungāriju, Slovākiju un Rumāniju.

⁽¹⁸⁾ Skatīt tabulu DLO-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁹⁾ Skatīt tabulu DLO-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰⁾ Skatīt tabulu DLO-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²¹⁾ Skatīt tabulu DLO-3 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²²⁾ Narkotiku nozieģumu sadalījums pa narkotiku veidiem bija pieejams visās valstīs (lai gan dažkārt ne par visiem gadiem laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam), izņemot Dāniju, Igauniju, Latviju, Ungāriju, Somiju, Rumāniju un Norvēģiju.

⁽²³⁾ Skatīt attēlu DLO-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁴⁾ Skatīt tabulu DLO-6 2006. gada statistikas biļetenā.

valstīs, proti, Kiprā (2002.–2004. g.), Itālijā, Austrijā, Slovēnijā un Turcijā (2002.–2004. g.) ar kaņepju lietošanu saistīto pārkāpumu skaits kopš 1999. gada ir samazinājies, bet pēdējā gadā (2003.–2004. g.) tas ir krities lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu; iespējams, tas nozīmē, ka šo valstu tiesībsargājošās iestādes ir sākušas kaņepju lietotājiem pievērst mazāku uzmanību ⁽²⁵⁾.

Tajā pašā piecu gadu periodā ar heroīnu saistītu “ziņojumu” skaits un/vai ar heroīnu saistītu pārkāpumu skaits ir samazinājies lielākajā daļā šajā ziņojumā aplūkoto valstu,

izņemot Beļģiju, Austriju, Slovēniju un Zviedriju, kas informē par pieaugošu ar heroīnu saistītu “ziņojumu” skaitu ⁽²⁶⁾ un/vai ar heroīnu saistītu pārkāpumu skaitu ⁽²⁷⁾.

Pretējas tendences ir vērojamas saistībā ar kokaīna pārkāpumiem – kopš 1999. gada lielākajā daļā šajā ziņojumā aplūkoto valstu ir pieaudzis gan ar kokaīnu saistītu “ziņojumu” skaits ⁽²⁸⁾, gan pārkāpumu skaits salīdzinājumā ar visiem narkotiku pārkāpumiem ⁽²⁹⁾. Bulgārija ir vienīgā valsts, kas informē par kokaīna pārkāpumu skaita samazināšanos (gan absolūtos skaitļos, gan proporcionāli).

Vai Eiropas narkotiku politika sniedzas tālāk par nelegālajām narkotikām? (EMCDDA 2006. gada ziņojuma īpašā tēma)

Eiropas narkotiku politikas darbības joma sāk paplašināties, aptverot ne vien nelegālās narkotikas, bet arī citas atkarību izraisošas vielas un pat uzvedību ar noslieci uz atkarībām. Par to liecina dažu dalībvalstu narkotiku politika un ES narkotiku stratēģijas. Pētniecība arvien vairāk pievēršas atkarībām un uzvedībai ar noslieci uz atkarībām, nešķirojot iesaistītās vielas. Īpašā tēma par pieaugošu uzmanību, kas valsts nelegālo narkotiku stratēģijās un politikas dokumentos tiek pievērsta atļautajām vielām un atkarībām vispār, ir izvēlēta, lai pirmo reizi ļautu ielūkoties šajā Eiropas Savienībā topošajā ievirzē.

Lai gan narkotiku stratēģijās ne vienmēr ir pieminētas atļautās narkotikas un atkarības, īpašās tēmas apskatā ir konstatēts, ka profilakses programmas un dažās valstīs arī ārstniecības pasākumi attiecas tiklab uz legālajām, kā uz nelegālajām narkotikām, un par prioritārām mērķgrupām tiek uzskatīti bērni un jaunieši. Izskatās, ka atļautās narkotikas stratēģiski vai institucionāli arvien biežāk tiek pamazām iekļautas pret nelegālajām narkotikām vērstajā politikā un pasākumos.

Ar šo īpašo tēmu angļu valodā var iepazīties papīra formātā (*European drug policies: extended beyond illicit drugs?*, No: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) un tiešsaistē (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²⁵⁾ Skatīt attēlu DLO-3 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁶⁾ Skatīt attēlu DLO-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁷⁾ Skatīt tabulu DLO-7 2006. gada statistikas biļetenā; jāievēro, ka Zviedrijā laikposmā no 1999. līdz 2003. gadam ir samazinājies ar heroīnu saistīto pārkāpumu skaits.

⁽²⁸⁾ Skatīt attēlu DLO-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁹⁾ Skatīt tabulu DLO-8 2006. gada statistikas biļetenā.



2. nodaļa

Pārskats par narkotiku problēmu risinājumiem Eiropā

Profilakse

Dažu dalībvalstu pieredze vedina domāt, ka ar narkotiku profilaksi saistīta ieviešana individuālā līmenī var būt efektīvāka, ja to papildina arī reglamentējoša legālo narkotiku politika, kas var ierobežot jauniešu piekļuvi šīm vielām un samazināt to sociālo pieņemamību. Tā rezultātā dažās Eiropas daļās sāk iesakņoties vides profilakses stratēģijas, kas meklē kaitīgo vielu lietošanas novēršanas normatīvos un kultūras risinājumus un gūst pirmo atbalstu ES līmenī: ir pieņemta tabakas reklāmas direktīva un PVO pamatkonvencija par tabakas kontroli (skatīt sadaļu par vides stratēģiju īpašajā tēmā par narkotiku lietošanu izklaides vietās).

Plašsaziņas līdzekļu kampaņas arvien vairāk tiek uztvertas kā informētības uzlabošanas pasākumi (lai pamatotu, atbalstītu un plašai sabiedrībai izskaidrotu vides stratēģiju loģiku), nevis kā uzvedības maiņas līdzekļi. Šajā sakarā nesen Vācijā veikta starptautisku publikāciju apskatā (Bühler un Kröger, 2005, atsauce Vācijas valsts ziņojumā) ir ieteikts mediju kampaņas izmantot kā papildu pasākumus, nevis kā vienīgo uzvedības maiņas panākšanas līdzekli.

Sabiedrības veselības profilakse

Viens no profilakses pamatnosacījumiem ir veselības aizsardzības veicināšana, mudinot cilvēkus pievērsties veselīgam dzīvesveidam un radot visu veselībai labvēlīgus dzīves apstākļus, tomēr daudzas dalībvalstis (Itālija, Nīderlande, Slovākija) un Norvēģija arvien biežāk piemin jauno jēdzienu "sabiedrības veselības profilakse". Sabiedrības veselības profilakse ietver virkni profilakses pasākumu, kuru mērķis ir uzlabot sabiedrības neaizsargātāko grupu veselības aizsardzību, un viens no tās elementiem ir narkotiku profilakse. Šie pasākumi īpaši atbilst jauniešu vajadzībām, jo šīs sabiedrības daļas problemātisko uzvedību, tostarp pievērsties narkotikām, ļoti bieži nosaka tieši neaizsargātība (sociālā un personiskā) un dzīves apstākļi. Tādēļ selektīvās un indicētās profilakses stratēģijas, kuru mērķis ir sociālie un personiskie riska faktori, viegli sasaistās ar citām jauniešu mērķgrupām adresētām sabiedrības veselības

politikas jomām (uzvedības traucējumiem, uzmanības deficīta sindromam u. c. problēmām vēltītās pusaudžu garīgās veselības stratēģijas), sociālās politikas jomām (brīvā laika pavadīšanas vietu nodrošinājums un atbalsts neaizsargātiem jauniešiem un nelabvēlīgām ģimenēm), izglītības politikas jomām (no skolas izslēgto jauniešu skaita samazināšana) utt. Tādējādi ar sabiedrības veselības profilaksi tiek pievērsta uzmanība visiem neaizsargātības faktoriem, kas cīņā ar narkotiku problēmām ir uzskatāmi par būtiskiem, un šajā darbā iesaistās dienesti un nozares, kuras citādi neuzskatītu narkotiku problēmas par savas darbības mērķi.

Vispārējā skolu profilakse

Skolu profilaksē sāk iesakņoties nostāja, kas paredz iekļaut profilakses pasākumus skolu programmās. Programmu pasākumi ir standartizēti un tiem ir atvēlēts noteikts nodarbību skaits, turklāt katras nodarbības saturs, kā arī skolotāju un skolēnu darbs ir precīzi izplānots. Tas atvieglo pārraudzību un novērtējumu un palielina ieviešanas pasākumu precizitāti, pareizību un saistību, nodrošinot augstas kvalitātes sniegumu. Programmu ieviešanas rezultātā ir pieaudzis to dalībvalstu skaits, kas veic skolu profilakses pasākumu pārraudzību (Čehija, Grieķija, Spānija, Īrija, Itālija, Kipra, Ungārija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste). Daudzsoļošu rezultātus ir devis pirmais Eiropas Narkomānijas novēršanas eksperiments (www.eudap.net). Šis Eiropas Komisijas finansētais projekts ir īstenots un savstarpēji novērtēts septiņās valstīs, deviņos reģionālajos centros un 143 skolās, un tajā bija iesaistīti 7000 skolu audzēkņu (3500 izmēģinājuma grupā un 3500 kontrolgrupā). *EU-DAP* informē, ka, salīdzinot ar kontrolgrupas skolēniem, iespējama, ka izmēģinājuma grupas dalībnieki ikdienā smēķēs, ir par 26 % mazāka, iespējama bieži atrasties alkohola reibumā izmēģinājuma grupā ir par 35 % mazāka un kaņepju lietošanas iespējama ir par 23 % mazāka. Līdzīgs profilakses programmu pētījums ir *Blueprint* Apvienotajā Karalistē ⁽³⁰⁾. Turklāt pašlaik lielāka nozīme tiek pievērsta stingrākām tehniskām norādēm un skolu profilakses pasākumu plašākam pārklājumam (piemēram, Francijā un Īrijā).

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

Policija skolās

Policijas iesaiste skolu profilaksē ir strīdīgs jautājums. Beļģijas franču kopiena uzskata, ka veselības aizsardzības veicināšanas un profilakses politika ir jāīsteno izglītības iestādēm un policijas spēku iesaiste profilakses programmu īstenošanā ir lieka. Arī Apvienotajā Karalistē ir publicēts politisks dokuments (*ACPO Drugs Committee, 2002*), paužot viedokli, ka policijas dienestiem ir jānodarbojas tikai ar lietām, kas ir policijas kompetencē (drošība, pārkāpumi, kārtība), bet nav jāiesaistās ar narkotiku profilaksi saistītos izglītības pasākumos. Ievērojot šo nostāju, Portugālē turpinās policijas klātbūtnes programmas *Escola Segura* ["Droša skola"] īstenošana. Saskaņā ar šo programmu 2004./2005. mācību gadā pie skolām gan dienu, gan nakti dežurēja pavisam 320 īpaši norīkoti policisti, lai atrastos skolu tuvumā un novērstu pārkāpumus. Francijā eksperti, ko tiesiskās kārtības nodrošināšanas dienesti ir apmācījuši kontaktēties ar jauniešu vai pieaugušo grupām, pēc pieprasījuma apmeklē skolas vai citus dienestus. Tomēr par spīti ieteikumiem, ka narkotiku profilakses izglītības pasākumos nevajadzētu iesaistīt policistus formastērpos, jo tas dažkārt var novest pie negatīviem rezultātiem, vairāku dalībvalstu skolās policijas dienestu iesaiste joprojām ir ikdienišķa parādība.

Selektīvā profilakse

Lielākā daļa dalībvalstu ir atzinušas selektīvo profilaksi un izstrādājušas atbilstīgu nostāju, līdz ar to arvien vairāk pievēršoties neaizsargātajām sabiedrības grupām. Piemēram, Vācija, Grieķija, Luksemburga, Austrija, Somija un Apvienotā Karaliste informē par programmām, kuru mērķgrupa ir gados jauni likumpārkāpēji.

Neaizsargātajām grupām nopietni ir sākušas pievērsties vairākas valstis (piemēram, Polija un Slovākija). Zviedrijā salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem visredzamāk ir paplašinājusies tādu programmu īstenošana, kuru mērķgrupas ir pirmsskolas vecuma apdraudētie bērni un skolas vecuma bērni, kam ir uz āru vērsta uzvedība. Šīs programmas tagad īsteno gandrīz divreiz vairāk pašvaldību. Turklāt Norvēģija izstrādā agrīnas iejaukšanās valsts stratēģiju, lai vērstos pret problemātisku narkotiku un alkohola lietošanu ar konkrēti riska grupām paredzētiem profilakses pasākumiem. Nostāja, kuras pamatā nav pilnīga atturība, efektīvi sekmē ne vien lietošanas, bet arī jaunu lietotāju skaita samazināšanos grupās, kur jau notiek sākotnēja narkotiku lietošana. Tā, piemēram, Polijā ir izstrādāta valsts programma, lai mainītu ar narkotiku lietošanu saistītu uzvedību neaizsargātu bērnu grupās vai tādu bērnu grupās, kur jau notiek sākotnēja narkotiku lietošana. Konkrēts Polijas programmas mērķis ir sniegt atbalstu ģimenēm narkotiku problēmu risināšanā. Šajā ziņā ir apsveicami, ka selektīvās profilakses jēdziens netiek interpretēts kā cīņa pret narkotiku

lietošanu un narkotiku lietošana netiek uzskatīta par apkaunojumu, selektīvā profilakse drīzāk tiek interpretēta kā pievēršanās neaizsargātībai plašākā nozīmē.

Dalībvalstis par selektīvās profilakses mērķgrupām arvien biežāk izvēlas konkrētas etniskās grupas, par jauniem projektiem šajā jomā informē četras valstis (Beļģija, Vācija, Itālija un Luksemburga). Daudzos Itālijas projektos prioritāra nozīme tagad ir piešķirta bērnu, māšu, kā arī imigrantu un etnisko minoritāšu ģimeņu aizsardzībai. Luksemburga informē par īpašu uzmanību jauniešiem un lielākajai imigrantu kopienai, jo īpaši tās lingvistiskajām, sociālajām un kultūras īpatnībām.

Selektīvā profilakse skolās

Selektīvās narkotiku profilakses pasākumu adresāti arvien biežāk ir jaunieši, kam draud izslēgšana no skolas un/vai ir uzvedības problēmas, piemēram, Itālijā, kur aptuveni 15 % no preventīvās iejaukšanās pasākumiem ir adresēti neaizsargāto audzēkņu apakšgrupām (selektīvā un indicētā profilakse). Skolu preventīvās profilakses galvenās mērķa apakšgrupas ir audzēkņi ar sociālās uzvedības, skolas vai ģimenes problēmām, audzēkņi, kas nāk no imigrantu vai etnisko minoritāšu vidus. Patiesībā sekmes mācībās un skolas apmeklējumi ļauj labi prognozēt narkotiku problēmas, tādēļ, pārraugot sekmes un apmeklējumus, ir iespējams veikt agrīnus un precīzus iejaukšanās pasākumus.

Izslēgšanai no skolas ir pievērsta uzmanība vairāku dalībvalstu narkotiku profilakses programmās. Dānijas Storstromas grāfistes *HUP* projekta mērķis ir palielināt skolu beidzēju vidējo rādītāju no 75 % tā, lai tas tuvotos 95 % valsts mērķim, pievēršot lielāku uzmanību neaizsargātajiem skolēniem. Par līdzīgiem projektiem informē Īrija, Portugāle (47 projekti), Rumānija (viens projekts) un Norvēģija (brošūras skolotājiem). Īrijas valsts stratēģijas oficiāls mērķis ir samazināt skolas priekšlaicīgi pametušo jauniešu skaitu, salīdzinājumā ar 2005./2006. gada rādītājiem *LDTF* (vietējā narkotiku apkarošanas grupa) apgabalos panākot 10 % samazinājumu. Maltā ir selektīvās profilakses programma vislielākajam riskam pakļautajiem skolu audzēkņiem, bet Francijas un Slovākijas skolās darbojas konsultantu dienesti, pie kuriem audzēkņi var griezties paši vai ar nosūtījumu.

Ģimenes profilakse

Tā kā pieaug tādu bērnu skaits, kuri jau agrīni sāk lietot narkotikas, pilnvērtīgākai un intensīvākai ir jāklūst arī ģimenes profilaksei. Ja bērni vēl nav sasnieguši pusaudžu vecumu, ģimenes ietekme ir lielāka par vienaudžu ietekmi. Profilaksē informēšanai par kaitīgajām vielām ir mazāka loma nekā ģimenē iedibinātām normām un bērnu atbalstam.

Ģimenes profilakse ES kļūst mērķtiecīgāka, un tai ir vajadzīgs stingrāks pamats. Vairākas dalībvalstis (Vācija,

Spānija, Īrija, Itālija un Apvienotā Karaliste) ir atzinušas, ka, cenšoties nodibināt kontaktus ar problemātiskām ģimenēm, iestādēm nākas sastapties ar grūtībām. Tādēļ Apvienotajā Karalistē, īstenojot kampaņu *FRANK*, ir izstrādāts narkotiku un alkohola profilakses rīcības grupām un profilakses darbiniekiem paredzēts operatīvu pasākumu kopums, lai palīdzētu nodibināt kontaktus ar ģimenēm, bet vairākās citās dalībvalstīs tiek īstenotas selektīvās profilakses programmas, kuru mērķgrupa ir riska ģimenes. Šajās programmās ir paredzēti vairāki riska grupas ģimeņu piesaistīšanas mehānismi (piemēram, nodrošināšana ar pārtiku, finansiāla palīdzība, bērnu pieskaņošana), kuru pamatā lielākoties ir Kumpfera ģimeņu nostiprināšanas programma (*Kumpfer u.c.*, 1996).

Ģimeņu nostiprināšanas programmu (*SFP*) īsteno Spānija (Palma de Maljorkā un Barselonā), Nīderlande (novērtējuma pētījums divās pilsētās) un Zviedrija (divās pilsētās). Īrijā un Itālijā notiek apmācība, un Itālijā programmas īstenošana ir paredzēta vairākās pilsētās. Veicot randomizētu, kontrolētu izmēģinājumu, Norvēģija novērtē līdzīgo *MST* programmu. Šīm selektīvajām ģimenes programmām visās valstīs, kur tās ir ieviestas, ir līdzīgas iezīmes.

Polijā un dažās Austrijas zemēs īsteno programmas novārtā pamestiem bērniem un jauniešiem no disfunkcionālām ģimenēm. Šo programmu pasākumu norises vietas ir vietējās sabiedriskās telpas, piemēram, sociālās terapijas istabas, audzināšanas iestādes, jaunatnes klubi un profilakses centri.

Dažas valstis pievērš arvien lielāku uzmanību alkoholiķu bērniem (Beļģija, Vācija, Austrija). Pārējās valstis visu uzmanību joprojām koncentrē uz narkotiku lietotāju bērniem.

Vietējās sabiedrības profilakse

Selektīvās profilakses programmu īstenošana pārsvarā notiek vietējās sabiedrības līmenī. Daļēji tas notiek tādēļ, ka dažādie iesaistītie sociālie dienesti parasti ir koordinēti tieši šajā līmenī. Tomēr valstīs, kur vietējā sabiedrība vēlas un spēj nodrošināt vietējo normu ievērošanu, tā ir kā radīta, lai kļūtu par vides stratēģijas īstenošanu. Vietējās sabiedrības selektīvā profilakse ir izplatīta Ziemeļvalstīs un Beļģijā, Nīderlandē, Polijā un Apvienotajā Karalistē, un tās izplatība pieaug arī valstīs, kas šo nostāju agrāk nav tik plaši piemērojušas (Francija, Itālija, Ungārija, Portugāle).

Vietējās vides profilakses stratēģijas ir piemērots efektīvu narkotiku profilakses programmu sākumpunkts, jo tās palīdz iedibināt sabiedriskās normas, kas reglamentē legālo narkotiku pieejamību un lietošanas veidu, un optimizē vietējo dienestu darbību.

Profilakses kvalitātes kontrole

Profilakses kvalitātes kontroles nozīme pieaug, jo īpaši tādēļ, ka daudzas dalībvalstis profilakses lietpratību un atbildību ir uzticējušas vietējām iestādēm (Dānija, Itālija, Nīderlande, Polija, Portugāle un Slovēnija) un/vai ir deleģējušas atbildību par narkotiku profilaksi nevalstiskajām organizācijām (NVO) vai daļēji neatkarīgām apvienībām (Beļģija, Vācija, Francija, Ungārija un Somija). Līdz ar to dažas dalībvalstis informē par stratēģijām ar mērķi vietējā līmenī nodrošināt kopīgus kvalitātes kritērijus, standartus un tehnisko konsultantu dienestu darbību, lai sniegtu atbalstu skolām vai vietējai sabiedrībai skolu politikas izstrādē (Beļģija, Dānija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste), īstētu adekvātas profilakses programmas un nodrošinātu kvalitātes kritēriju minimumu (Dānija, Francija, Lietuva, Ungārija, Slovākija, Apvienotā Karaliste, Rumānija un Norvēģija).

Grieķija un Austrija ieņem vadošās pozīcijas profilakses iestāžu un profilakses darbinieku akreditācijas prasību izstrādē.

Ārstniecības un kaitējuma mazināšanas risinājumi

Datus par narkotiku problēmu ārstniecības un kaitējuma mazināšanas risinājumiem *EMCDDA* apkopo, pamatojoties uz diviem svarīgākajiem ES instrumentiem:

- ES 2005.–2012. gada narkotiku stratēģiju un tās pirmo, 2005.–2008. gada rīcības plānu, kas veido valstu politikas pamatu un sniedz detalizētus ieteikumus par pasākumiem, ko dalībvalstīm vajadzētu veikt, lai novērstu narkotiku lietošanu un paplašinātu ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pakalpojumu pārklājumu un kvalitāti;
- Padomes 2003. gada 18. jūnija ieteikumiem ⁽³¹⁾, kuros ir sniegti konkrēti papildu ieteikumi par pasākumiem, ko dalībvalstis varētu īstenot, lai novērstu un samazinātu narkotiku atkarības radīto veselības kaitējumu un nodrošinātu augstu veselības aizsardzības līmeni. Šie ieteikumi ir vēlreiz uzsvērti, iekļaujot tos ES rīcības plānā kā 14. mērķi.

Lai novērtētu stratēģijas izpildes līmeni, ir svarīgi novērtēt piedāvāto pakalpojumu līmeni un pakalpojumu izmantošanas apjomu. Tomēr, lai veiktu rīcības plāna mērķu galīgo novērtējumu un radītu stratēģijas ietekmes novērtējuma pamatu, ir rūpīgi jānovērtē sniegto pakalpojumu pārklājums, proti, jānosaka, kādā mērā ārstniecības un kaitējuma

⁽³¹⁾ Padomes ieteikumi 2003/488/EK.

Pieejamā informācija rāda, ka metadona terapijas izmantošanas līmenis dažās valstīs ir turpinājies pieaugt, bet astoņās valstīs šai terapijai pakļauto pacientu skaits ir stabilizējies vai samazinājies⁽³²⁾. Četras no šīm valstīm – Dāniju, Spāniju, Maltu un Nīderlandi – raksturo senas heroīna lietošanas tradīcijas un viegli pieejamas metadona aizvietošanas terapijas programmas. Pārējās četras valstīs – Latviju, Ungāriju, Poliju un Rumāniju – raksturo zems metadona aizvietošanas terapijas ģeogrāfiskā pārklājuma līmenis, un dažviet pacientiem uz terapiju nākas gaidīt rindā.

Ir grūti teikt, vai metadona terapijas pacientu skaita samazināšanās liecina, ka šie pacienti pie izdevības ir pārgājuši uz buprenorfīna terapiju. Dati par ģimenes ārstu nozīmētās narkotiku atkarības terapijas apjomu valsts līmenī nereti nav pieejami.

Narkotiku atkarības ārstēšanas nodrošinājums un metodes

Valsts koordinācijas centru (VKC) vidū 2005. gadā veiktā aptaujā ir novērtēts Eiropas ārstēšanas nodrošinājuma vispārējais stāvoklis. Valstu ekspertiem bija jāatbild uz jautājumu, vai opioīdu lietotāju ārstēšanā pārsvarā izmanto bezzāļu vai zāļu terapijas programmas, vai arī vienlīdz izplatītas ir abas metodes.

Atbildes liecina, ka ārstniecībā dominē medikamentozās metodes un galvenokārt izmanto metadonu (izņemot Čehiju un Franciju; plašāku informāciju skatīt 6. nodaļā). Turklāt, spriežot pēc atbildēm, medikamentozā terapija lielākajā daļā valstu pārsvarā ir ambulatora – tikai Latvijā un Turcijā ārstēšanās lielākoties notiek stacionārā apstākļos. Tradicionālās psihoterapeitiskās ārstniecības metodes (psihodinamiskā, kognitīvās uzvedības, sistēmiskā/ģimenes jeb ģešalta terapija) ir visbiežāk izmantotās ambulatoro pacientu ārstēšanas metodes Īrijā, Latvijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā un Turcijā. Deivīnas valstīs informē, ka izmanto pārsvarā "atbalsta" metodes (starp tām var minēt konsultācijas, sociāli izglītojošo un vides terapiju, motivējošas pārrunas vai relaksācijas metožu apguvi un akupunktūru), bet 10 valstīs ambulatoro pacientu ārstēšanā kombinē dažādas metodes.

Stacionārajā aprūpē Lietuvā, Ungārijā un Turcijā pacientus bieži ārstē, piemērojot divpadsmit soļu Minesotas programmu, sešas valstīs pārsvarā izmanto psihoterapeitiskas ārstniecības metodes, piecas valstīs "atbalsta" metodes, bet 10 valstīs kombinē dažādas metodes.

Pēdējā desmitgadē, bet jo īpaši pēdējos 5 gados daudzas Eiropas valstīs ir "atvērušas terapijas durvis", paplašinot aizvietošanas terapijas piemērošanu un samazinot piekļuves ierobežojumus. Nekad agrāk aprūpes sistēma nav aptvērusi tik lielu narkotiku lietotāju skaitu. Lai gan ne vienmēr, tomēr bieži šiem cilvēkiem ir ne vien jāpalīdz pārvarēt narkotiku atkarību, bet jāsniedz arī plašāks atbalsts, turklāt šķiet, ka daudziem ir vajadzīga t.s. "zemā sliekšņa" aprūpe, kā arī ievērojams reintegrācijas atbalsts.

Kaitējuma mazināšanas risinājumi

Kad pacientu uzrunāšana un kontaktu uzturēšana kļuva par atsevišķu mērķi, atzinību un atbalstu ieguva arī palīdzības programmas un zema sliekšņa pakalpojumu nodrošinājums, kas daudzās dalībvalstīs tagad ir kļuvis par būtisku visaptveroša narkotiku problēmu risinājuma daļu. Saistībā ar infekcijas slimību profilaksi narkotiku lietotāju vidū un ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaita samazināšanu Eiropā parādās kopīgi risinājumu profili (skatīt arī 7. nodaļu).

Ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaita samazināšana pirms sešiem gadiem pirmo reizi ir definēta kā Eiropas narkotiku politikas mērķis, kas tagad ir iekļauts arī pašreizējā ES rīcības plānā⁽³³⁾. Pēdējos gados ir turpinājies pieaugt to valstu skaits, kas savā valsts politikā tieši atsaucas uz mērķi samazināt ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaitu, 2004. un 2005. gadā šo mērķi savās stratēģijās ir iekļāvušas astoņas valstīs (tagad ir pavisam 15 šādu valstu). Līdztekus valsts politikai izplatītas ir arī narkotiku izraisītu nāves gadījumu samazināšanas pilsētu stratēģijas: savas stratēģijas šajā jomā ir vairākām galvaspilsētām (ieskaitot Atēnas, Berlīni, Briseli, Lisabonu un Tallinu) un arī plašākiem piepilsētas reģioniem (piemēram, Īrijas austrumdaļā ap Dublinu). Par vietēja mēroga vai reģionālu politiku ziņo Čehija, Itālija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste, bet Bulgārijā vietēja līmeņa stratēģijas ir izstrādātas deviņās pilsētās.

Tāpat kā iepriekšējā Eiropas Savienības narkotiku stratēģijā un rīcības plānā, infekcijas slimību izplatības profilakse joprojām ir svarīgs mērķis arī pašreizējā stratēģijā un ir konkretizēta kā 16. mērķis 2005.–2008. gada rīcības plānā. Ar to tiek uzsvērtā nepārtrauktā uzmanība, ko Eiropas valstu valdības un Komisija uzskata par vajadzīgu pievērst narkotiku lietošanas ietekmei uz veselību⁽³⁴⁾.

Lielais vairums ES valstu un Norvēģija ir skaidri paužusi savu nostāju saistībā ar infekcijas slimību profilaksi narkotiku

⁽³²⁾ Skatīt tabulu NSP-7 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽³³⁾ ES 2005.–2008. gada rīcības plāna 17. mērķis paredz ar narkotikām saistītu nāves gadījumu skaita samazināšanu iekļaut kā īpašu mērķi visos politikas līmeņos un izstrādāt tieši šim nolūkam paredzētus ieviešanas pasākumus.

⁽³⁴⁾ Infekcijas slimību profilaksi konkrēti paredz 2005.–2008. gada rīcības plāna 16. mērķis. Rīcības plāna 14. mērķis aicina īstenot 2003. gadā pieņemtos Padomes ieteikumus par to, kā novērst un samazināt narkotiku atkarības radīto veselības kaitējumu (Padomes lēmumi 2003/488/EK). Veicot ES narkotiku stratēģijas novērtējumu, 2007. gadā ir paredzēts sagatavot Komisijas ziņojumu par šo ieteikumu īstenošanu, kurā būs iekļauta arī politikas veidotāju un Reitox valstu koordinācijas centru apkopotā informācija.

Narkotiku lietotāji cietumā: jauno dalībvalstu ieviešanās un citi pasākumi

Šeit minētie dati ir iegūti, 2005. gadā īstenojot EMCDDA un PVO Eiropas reģiona biroja kopīgu datu apkopošanas projektu (1).

Lielākā daļa jauno dalībvalstu informē par narkotiku pārbaudēm cietumos. Tomēr narkotiku pārbaudžu kārtība dažādās valstīs atšķiras. Tikko cietumā nonākušus ieslodzītos pārbauda tikai Čehijā, Maltā un Slovēnijā. Malta un Slovēnija ir arī vienīgās valstis, kas pārbauda cietumniekus pirms atbrīvošanas. Izlases veida narkotiku pārbaudes notiek visos cietumos Čehijā, Maltā, Slovēnijā un Slovēnijā un mazāk nekā 50 % Ungārijas cietumu.

Starp jauno dalībvalstu ieviešanās pasākumiem cietumos dominē bezzāļu risinājumi, tomēr to pārklājums ir ierobežots. Saskaņā ar ziņojumiem zāļu terapija ar psiholoģisku atbalstu ir pieejama mazāk nekā 50 % Čehijas, Igaunijas, Lietuvas, Ungārijas, Polijas un Slovēnijas cietumu. Bezzāļu terapijas struktūrvienības pastāv lielākajā daļā valstu, tomēr tikai Čehija un Slovēnija ziņo, ka šādi pakalpojumi ir pieejami vairāk nekā 50 % cietumu. Īslaicīgi detoksikācijas pasākumi, izmantojot medikamentus, ir plašāk pieejami (visos cietumos Latvijā, Ungārijā, Maltā, Slovēnijā un Slovēnijā).

Jaunajās dalībvalstīs kopumā ir maz cietumnieku, kam ir pieejama antagonistu terapija un aizvietošanas terapija. Šķiet, ka antagonistu terapiju piemēro tikai ārkārtas gadījumos, un tikai

dažas valstis informē par aizvietošanas terapijas piemērošanu cietumos akūtas detoksikācijas gadījumos (Ungārijā, Malta, Polijā un Slovēnijā). Ar narkotiku lietošanu saistīti pirmsatbrīvošanas ieviešanās pasākumi izpaužas galvenokārt kā konsultācijas un informēšana (Čehijā, Latvijā, Lietuvā, Ungārijā, Polijā, Slovēnijā un Slovēnijā). Aizvietošanas terapija kā pirmsatbrīvošanas ieviešanās risinājums ir pieejama visos cietumos Slovēnijā un mazāk nekā 50 % Polijas cietumu.

Jaunajās dalībvalstīs tikai dažos cietumos īsteno narkotiku injicētajiem domātus kaitējuma mazināšanas pasākumus. Adatu un šļirču apmaiņas programmu nav nevienas jaunās dalībvalsts cietumos, un tikai Igaunija, Lietuva un Slovēnija informē par šļirču dezinficēšanas līdzekļu nodrošinājumu. Taču cietumos notiek ar narkotiku lietošanu saistītu infekcijas slimību apkarošana. Vakcinācija pret B hepatītu notiek visos cietumos sešās jaunajās dalībvalstīs (Čehijā, Igaunijā, Ungārijā, Maltā, Slovēnijā un Slovēnijā), bet piecas valstis ziņo, ka C hepatīta pozitīviem cietumniekiem visos cietumos ir pieejama pretvīrusu terapija (Čehijā, Lietuvā, Polijā, Slovēnijā un Slovēnijā). Par antiretrovirālo terapiju HIV pozitīviem cietumniekiem ziņo visas jaunās dalībvalstis (2).

(1) Datus ir sniegusi Čehija, Igaunija, Latvija, Lietuva, Ungārijā, Malta, Polija, Slovēnija un Slovēnija. Plašāka informācija ir pieejama EMCDDA (2005c).

(2) Nav pieejami dati par Kipru.

lietotāju vidū un ir iekļāvušas konkrētus mērķus un uzdevumus valsts stratēģiju dokumentos vai pieņēmušas atsevišķus politiskus dokumentus par to, kā tās paredz īstenot infekcijas slimību profilaksi narkotiku lietotāju vidū (Spānijā, Latvijā, Luksemburgā, Zviedrijā), vai arī ir izdarījušas gan vienu, gan otru (Igaunijā, Francijā, Apvienotā Karaliste). Malta un Austrija šajā jomā plāno izstrādāt īpašu politisko nostāju.

Vācijas un Grieķijas narkotiku stratēģijā ir iekļauti konkrēti infekcijas slimību profilakses pasākumi, lai gan infekcijas slimību profilakse nav izcelta kā īpašs mērķis.

Šīs infekcijas slimību profilakses stratēģijas lielākoties ir pieņemtas pavisam nesen, un vairākās valstīs to pieņemšana sakrīt ar iepriekšējo, 2000.–2004. gada ES narkotiku stratēģiju, kurā infekcijas slimību izplatības samazināšana narkotiku lietotāju vidū pirmo reizi bija izvirzīta kā Eiropas mērķis.

Saskaņā ar VKC ziņojumos minēto informāciju (35), valsts stratēģijās iekļautos mērķus un mērķgrupas raksturo arī

augsts Eiropas mēroga sinerģijas līmenis. Līdztekus narkotiku injicētajiem pie mērķgrupām pieder arī seksa pakalpojumu sniedzējas/-ji un cietumnieki. Jaunajās Centrāleiropas dalībvalstīs jo īpaši un arī Norvēģijā par svarīgām infekcijas slimību profilakses pasākumu mērķgrupām nepārprotami tiek uzskatīti arī jaunieši un narkotiku lietotāji, kas narkotikas neinjicē. Dānijas un Igaunijas politikā mērķgrupas ir vēl plašākas un aptver grupas, kam ir cieša saskare ar narkotiku lietotājiem.

Daudzās ES valstīs infekcijas slimību izplatības mazināšanas stratēģijas nepārprotami ir pielāgotas cīņai pret HIV/AIDS, jo īpaši Igaunijā, Spānijā, Kiprā, Latvijā un Lietuvā. Tomēr 10 valstu (37 %) infekcijas slimību stratēģijās ir skaidri minēti arī C hepatīta infekcijas novēršana narkotiku lietotāju vidū (36). Gatavojot šādu stratēģiju, Īrija 2004. gadā ir sākusi apspriežu procesu, bet Vācijā ir nākuši klajā ieteikumi par profilaksi un ārstēšanu. Austrijā profesionāļu un sabiedrības diskusijas ir sekmējusi šai tēmai veltīta starptautiska konference, kas 2005. gadā notika Vīnē.

(35) Šīs analīzes pamatā lielākoties ir valstu atbildes uz strukturētās aptaujas (SQ 23), jautājumiem, ko papildina valsts koordinācijas centru ziņojumos atrodama informācija.

(36) Tostarp Francijā un Anglijā, kas abas ir izstrādājušas klīniska C hepatīta profilakses stratēģijas: attiecīgi *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/hlm/actu/hepatites/situation.htm>) un *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004*. g. (<http://www.dh.gov.uk/>).

Kaitējuma mazināšanas stratēģijas pašlaik ir svarīga Eiropas narkotiku lietošanas problēmu risinājumu daļa, un labāka piekļuve veselības kaitējuma novēršanas un mazināšanas pakalpojumiem ir viena no svarīgākajām ES 2005.–2012. gada narkotiku stratēģijas prioritātēm. Kopējā stratēģiskā veselības kaitējuma mazināšanas platforma, ko nodrošina ES narkotiku stratēģija, atspoguļojas daudz ES valstu politikā, un ir sekmējusi uz faktiem pamatotu plaši piemērojamu risinājumu attīstību šajā jomā.

Eiropas līmenī 2004. gadā ir reģistrēti uzlabojumi šķirču pieejamības pārraudzībā. Tomēr valsts līmeņa informācija par zema sliekšņa pakalpojumu aģentūru plašā svarīgo pakalpojumu klāsta pārējiem pasākumiem, to nodrošinājumu, izmantošanu un pārklājumu vairumā valstu tikpat kā netiek reģistrēta. Tādēļ ir grūti gūt priekšstatu par Eiropas situāciju. Projekts, kura mērķis ir uzlabot informatīvo situāciju, ir

Zema sliekšņa pakalpojumu aģentūras kā svarīgs datu avots

Zema sliekšņa pakalpojumu aģentūrām ir izšķirīga loma, paplašinot narkotiku lietotāju piekļuvi aprūpei. Šīs aģentūras var uzņemt kontaktpunktu funkcijas un būt vietas, kur "slēptas" vai grūtāk sasniedzamas narkotiku lietotāju grupas vai grupas, kas ir zaudējušas kontaktus ar aprūpes sistēmu, var saņemt medicīniskus un sociālus pakalpojumus.

Lai gan visās zema sliekšņa pakalpojumu aģentūrās ir ieviesta tāda vai citāda sniegto pakalpojumu reģistrācijas sistēma un pārraudzības un paziņošanas apjoms mēdz būt plašs, šis darbs tiek veikts galvenokārt, lai atskaitītos finansētājiem, un daudz mazākā mērā, lai novērtētu iekšējās kvalitātes vadību vai pakalpojumu plānošanu. Diemžēl pārāk bieži vērtīga aģentūru apkopota informācija tā arī nenokļūst ārpus aģentūru sienām. Lai gan zema sliekšņa pakalpojumu iestādes varētu kļūt par svarīgiem narkotiku lietošanas ieviržu un tendenču, kā arī pakalpojumu pieejamības pārraudzības centriem, šajā ziņā to iespējas lielā mērā paliek novārtā. Viens no galvenajiem šķēršļiem ir apkopotās informācijas nepietiekama standartizācija un salīdzināmība.

Nolūkā uzlabot pieejamo kaitējuma mazināšanas pakalpojumu nodrošinājuma un izmantošanas datu kvalitāti ir jāgādā par datu apkopšanas instrumentiem, kas būtu piemēroti aģentūrām un vienlaikus pietiekami produktīvi, lai ar tiem gūtos rezultātus varētu izmantot valsts un Eiropas pārraudzības mērķiem. Iniciatīva šajā virzienā ir kopīgais EMCCDA un Korelācijas tīkla projekts, ko atbalsta Francijas, Īrijas, Ungārijas un Norvēģijas koordinācijas centri. Korelācijas tīkla (Eiropas Sociālās integrācijas un veselības tīkls, www.correlation-net.org) ir pārstāvētas 27 Eiropas valstu valsts un nevalstiskās organizācijas, un tas tiek finansēts saskaņā ar Eiropas Komisijas (ĢD SANCO) sabiedrības veselības programmu.

aprakstīts logā "Zema sliekšņa pakalpojumu aģentūras kā svarīgs informācijas avots".

Mērķtiecīga ārstēšana un kvalitātes vadība

Pašreizējais ES rīcības plāns aicina nodrošināt arī augstu ārstniecības un kaitējuma mazināšanas pakalpojumu kvalitāti.

Kvalitātes vadības instrumentu izmantošana ārstniecības un kaitējuma mazināšanas plānošanas līmenī ir ļāvusi nonākt pie mērķtiecīgākiem pakalpojumiem, piemēram, ievērot mērķgrupu dzimumatšķirību noteiktās dažādās vajadzības (skatīt arī īpašo tēmu par dzimumatšķirībām).

ES par parastu parādību ir kļuvušas konkrētām mērķgrupām paredzētas ārstniecības struktūrvienības vai programmas. Bērnus un jauniešus līdz 18 gadu vecumam 23 valstīs ārstē specializētos ārstniecības centros; narkotiku lietotājus ar psihiskām blakusslimībām 18 valstīs ārstē specializētos ārstniecības centros; īpaši sievietēm domāti pakalpojumi ir ieviesti visās valstīs, izņemot Kipru, Latviju, Lietuvu, Bulgāriju un Turciju. Mazāk izplatīti ir īpaši pakalpojumi, ievērojot imigrantu vai īpašu valodu grupu, vai reliģisku vai kultūras grupu narkotiku lietotāju vajadzības, tomēr par šādiem pakalpojumiem informē Beļģija, Vācija, Grieķija, Spānija, Lietuva, Nīderlande, Somija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste.

Par specializētām struktūrvienībām kaņepju vai kokaīna lietotāju ārstēšanai informē 13 valstis, un īpašas šīm grupām domātas ārstniecības programmas izmanto astoņu valstu narkotiku aģentūras. Tomēr šādu pakalpojumu pieejamības un piekļuves līmenis lielākajā daļā šo valstu ir uzskatāms par zemu. Par līdzīgu specializētu amfetamīna lietotāju ārstēšanas programmu informē Spānija, Slovākija un Apvienotā Karaliste.

Citi konkrēti soļi ārstēšanas un aprūpes kvalitātes celšanas virzienā ir atsevišķu pacientu uzraudzība, palīdzība speciālistu pakalpojumu saņemšanā (t.i., blakusslimību ārstēšanā) un pacientu novērtējums pirms terapijas sākuma, lai nolūkā panākt ilgāku ārstniecības rezultātu saglabāšanu un lielāku terapijas efektivitāti nodrošinātu labāku pacientu profilu un pieejamās terapijas atbilstību.

Lai gan ārstniecības iespējas kopumā paplašinās, dažu narkotiku lietotāju grupu iesaistīšana terapijā narkotiku dienestiem joprojām sagādā grūtības, jo īpaši tas attiecas uz narkotiku lietotājiem ar ilgstošām un hroniskām problēmām. Lai uzrunātu un mēģinātu iesaistīt terapijā šo grūti sasniedzamo kontingentu, daudzās valstīs izmanto tādas ieviešanas formas kā palīdzības programmas un zema sliekšņa pakalpojumi. Strīdīgākas nostājas izpausme ir dažās valstīs izveidotās uzraudzītās narkotiku lietošanas istabas, kas pārsvarā ir domātas narkotiku injicētājiem, bet pēdējā laikā tiek piedāvātas arī krekla kokaīna vai smēķējamā heroīna lietotājiem (EMCCDA, 2004c). Cita strīdīga nostāja

jaunu pakalpojumu un eksperimentu jomā dažās valstīs izpaužas, izmantojot heroīnu kā narkotiku aizvietošanas terapijas medikamentu. Lai gan salīdzinājumā ar citām ārstniecības iespējām šādi pasākumi joprojām ir ļoti ierobežoti, daži pētījumi ļauj domāt, ka heroīna terapija varbūt var palīdzēt gadījumos, kad metadona aizvietošanas terapija nepalīdz. Piemēram, nesēn Vācijā ir veikts randomizēts, kontrolēts heroīna terapijas izmēģinājums (Naber un Haasen, 2006), kura rezultāti gan veselības uzlabošanas, gan nelegālu narkotiku lietošanas samazinājuma ziņā ir izrādījušies pozitīvi. Tomēr par šāda risinājuma izmaksām un tā pozitīvo ietekmi Eiropā pašlaik nav pilnīgas vienprātības, un šajā jomā turpinās plašas politiskas un zinātniskas diskusijas.

Pieaugot ārstēšanās pieejamībai un kvalitātei, dažas Eiropas pilsētas sāk pievērst lielāku uzmanību arī pasākumiem ar mērķi mazināt narkotiku lietošanas ietekmi uz apkārtnējo sabiedrību. Pozitīvi orientētas palīdzības programmas un virkne pievilcīgu zema sliekšņa pakalpojumu dažos vietējos kontekstos ir devuši daudzsoļus rezultātus (skatīt "Kaitējuma mazināšanas risinājumus" 5. nodaļā), ko varētu daudz plašāk izmantot kā vērtīgus un efektīvus modeļus, atjaunojot kontaktus ar sociāli izolētām grupām un panākot, ka šie cilvēki saņem medicīnisku palīdzību.

"Drošāku" aizvietojošo medikamentu izstrāde (t.i., tādu preparātu izstrāde, kuru noplūde melnajā tirgū ir mazāk iespējama) ļauj cerēt, ka narkotiku atkarības ārstēšanu arvien vairāk pārņems ģimenes ārsti. Tas vienlaikus ir arī normalizācijas process, kas ļaus narkotiku atkarību uzskatīt par tādu pašu hronisku slimību kā, piemēram, diabēts.

Dažas valstis informē, ka lielais heroīna aizvietošanas terapijas pacientu skaits rada atbilstīgu sociālās reintegrācijas atbalsta, jo īpaši apmaksāta darba pieprasījumu. Pašreizējos ekonomiskajos apstākļos daudzām valstīm ir grūti apmierināt gadus vecāku heroīna lietotāju profesionālās reintegrācijas vajadzības arī tad, ja ar aizvietošanas terapiju ir panākta šo cilvēku stāvokļa stabilizācija. Situāciju pasliktina augstais slimību izplatības līmenis šajā grupā.

Sociālā reintegrācija

Visas pieejamās publikācijas un dalībvalstu sniegtie fakti un skaitļi apstiprina vienu patiesību: narkotiku lietotājiem dzīvē nākas sastapties ar daudz lielākām problēmām un apdraudējumiem nekā pārējiem iedzīvotājiem. Tādēļ pēdējos divos ES narkotiku rīcības plānos kā viens no augstākajiem mērķiem ir minēta narkotiku lietotāju sociālā reintegrācija, lai

palīdzētu uzlabot šīs sabiedrības daļas veselības un sociālo stāvokli.

ES 2005.–2008. gada rīcības plāns aicina dalībvalstis "uzlabot rehabilitācijas un sociālās reintegrācijas programmu pieejamību un pārklājumu". Lai gan problemātiskas narkotiku lietošanas gadījumos sociālos pasākumus joprojām piemēro retāk nekā ārstēšanas pasākumus, profesionāļi ir atzinuši, ka ieviešanas, kas apvieno ārstēšanas, veselības aizsardzības un sociālos pasākumus, ir labākais risinājums narkotiku lietotāju rehabilitācijas panākšanai.

Informācija par sociālo reintegrāciju ⁽³⁷⁾ Eiropā ir maz pieejama, galvenokārt tādēļ, ka kvantitatīvas informācijas apkopšana šajā jomā ir problemātiska. Tādēļ tālāk izklāstītās informācijas pamatā pārsvarā ir kvalitatīvs novērtējums, kurā galvenā uzmanība ir pievērsta dalībvalstu politikai, tās īstenošanai un kvalitātes nodrošināšanai ⁽³⁸⁾.

Atbildot uz ES rīcības plāna aicinājumu, 2004./2005. gadā 20 valstīs no šajā ziņojumā aplūkotojām 28 valstīm ⁽³⁹⁾ bija narkomānu sociālās reintegrācijas stratēģijas. Vēl četrus valstu narkotiku stratēģijās vai citos narkotiku politikas dokumentos šis jautājums nav īpaši izcelts, bet šajās valstīs ir reģionālas vai vietējas stratēģijas; trīs valstīs stratēģiju nav.

Finansējums 11 valstīs ir nodrošināts galvenokārt valsts līmenī, bet astoņās valstīs ir galvenokārt reģionāla/vietēja līmeņa finansējums. Vēl astoņās valstīs par finansējumu gādā abu līmeņu iestādes bez izteikta galvenā finansētāja, vai arī finansējumu nodrošina veselības apdrošināšanas programmas.

ES dalībvalstīs problemātiskajiem narkotiku lietotājiem ir pieejami vai nu tieši narkotiku lietotājiem domāti sociālie pakalpojumi vai sociāli nelabvēlīgām grupām paredzētie pakalpojumi. Viens no sociālās reintegrācijas pasākumu pilāriem ir mājokļu jautājums. Visbiežāk bez pajumtes palikušajiem problemātiskajiem narkotiku lietotājiem piedāvā "vispārējus mājokļu pakalpojumus" (21 valstī), kamēr 18 valstīs piedāvā mājokļus tieši problemātiskajiem narkotiku lietotājiem, bet 13 valstīs abas sistēmas ir apvienotas. Tomēr bez pajumtes palikušo problemātisko narkotiku lietotāju piekļuves iespējas šiem pakalpojumiem ir apšaubāmas. Nākas sastapties ar tādām problēmām kā mājokļu nepietiekamība, vietējās sabiedrības iebildumi pret jaunu mājokļu piešķiršanu narkomāniem, piekļuves ierobežojumi un bez pajumtes palikušo narkotiku lietotāju nespēja ievērot noteikumus.

⁽³⁷⁾ Sociālo reintegrāciju definē kā "jebkādu sociālo ieviešanu ar mērķi integrēt sabiedrībā agrākos vai pašreizējos problemātiskos narkotiku lietotājus". Sociālās reintegrācijas trīs "pilāri" ir šādi: 1) mājokļi; 2) izglītība; 3) darbs (ieskaitot profesionālo apmācību). Var izmantot arī citus pasākumus, piemēram, konsultācijas, brīvā laika pasākumus.

⁽³⁸⁾ Plašāka informācija ir pieejama interneta adresē <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>

⁽³⁹⁾ Dalībvalstis, kā arī Bulgārija, Rumānija, Turcija un Norvēģija; nav informācijas par Igauniju.

Bez pajumtes palikušo problemātisko narkotiku lietotāju nodrošināšana ar pastāvīgu dzīvesvietu ir pirmais solis stabilizācijas un rehabilitācijas virzienā. Pamatojoties uz aplēsto problemātisko narkotiku lietotāju skaitu un uz bezpajumtnieku skaitu terapiju saņemošo pacientu vidū, iznāk, ka Eiropā bez pajumtes ir aptuveni 75 600 līdz

123 300 problemātisko narkotiku lietotāju. Tā kā pašlaik lielākajā daļā valstu ir pieejami mājokļi un daļa valstu turpina celt jaunas ēkas, tad šo pakalpojumu efektivitāte būs atkarīga no tā, cik pieejami tie būs bez pajumtes palikušajiem problemātiskajiem narkotiku lietotājiem.

Narkotiku lietošana un narkotiku problēmu risinājumi, ievērojot dzimumatšķirības (EMCDDA 2006. gada ziņojuma īpašā tēma)

Narkotiku lietotāju vidū kopumā ir liels vīriešu pārsvars. ES dalībvalstīs vīrieši ne vien daudz biežāk lieto nelegālās narkotikas, vīriešiem arī daudz biežāk rodas problēmas, viņi biežāk meklē medicīnisku palīdzību un narkotiku lietošanas iespaidā arī biežāk mirst.

Šajā īpašajā tēmā narkotiku lietošana un ar to saistītās problēmas ir aplūkotas, ievērojot dzimumatšķirības. Daži no svarīgākajiem

šīs tēmas jautājumiem: kādas dzimumatšķirības raksturo narkotiku lietošanas ievirzes un vai atšķirības starp vīriešiem un sievietēm šajā jomā samazinās? vai dalībvalstīs ir izstrādājušas narkotiku profilakses, ārstniecības, sociālās rehabilitācijas un kaitējuma mazināšanas pasākumus, ievērojot dzimumatšķirības? vai risinājumi, ievērojot dzimumatšķirības, ir vienlīdz svarīgi tiklab vīriešiem, kā sievietēm?

Ar šo īpašo tēmu angļu valodā var iepazīties papīra formātā (*A gender perspective on drug use and responding to drug problems. No: EMCDDA 2006 annual report: selected issues*) un tiešsaistē (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



3. nodaļa Kaņepes

Izplatīšana un pieejamība

Ražošana un tirdzniecība

Kaņepes joprojām ir pasaulē visvairāk ražotā un tirgotā nelegālā augu izcelsmes narkotika (CND, 2006).

Liela apjoma kaņepju sveķu ražošana ir koncentrēta dažās valstīs, jo īpaši Marokā, kā arī Pakistānā un Afganistānā. Ir aplēsts, ka pasaulē gadā saražo pavisam 7400 tonnas kaņepju sveķu (CND, 2006). Kaņepju sveķi, ko patērē ES, lielākoties nāk no Marokas; kontrabandas ceļš ved galvenokārt caur Ibērijas pussalu, bet sekundārs izplatīšanas centrs tālākai transportēšanai uz ES valstīm, šķiet, ir Nīderlande. Kaņepju audzēšana Marokā otrreiz ir pētīta 2004. gadā, atklājot, ka galvenokārt valdības iejaukšanās

rezultātā kaņepju audzēšanas apjoms salīdzinājumā ar 2003. gadu ir samazinājies par 10 %. Ir konstatēts, ka 2004. gadā kopējā kaņepju audzēšanas platība Rifas reģionā ir bijusi 120 500 hektāri, kas nozīmē, ka saražoto kaņepju sveķu daudzums varētu būt 2760 tonnas (UNODC un Marokas valdības dati, 2005).

Starp citām valstīm, kas 2004. gadā ir minētas kā ES atsavinātu kaņepju sveķu izcelsmes valstis, ir Albānija, Portugāle, Senegāla, Afganistāna, Pakistāna un Centrālāzijas valstis (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Aplēses liecina, ka 2003. gadā visā pasaulē dažādās valstīs, iespējams, ir saražotas vairāk nekā 40 000 tonnas kaņepju augu (CND, 2005). ES 2004. gadā atsavināto kaņepju augu izcelsmes valstis ir dažādas, kaņepju augi galvenokārt ir nākuši no Nīderlandes un Albānijas, kā arī no Angolas, Dienvidāfrikas, Jamaikas un Taizemes (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Turklāt vietēji (telpās vai brīvā dabā) kaņepes audzē un pārstrādā lielākajā daļā ES dalībvalstu.

Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija

Datus par narkotiku atsavināšanu parasti uzskata par attiecīgās valsts narkotiku piedāvājuma un pieejamības netiešiem rādītājiem, lai gan tie atspoguļo arī tiesībsargājošo iestāžu rīcībā esošos līdzekļus, prioritātes un stratēģijas, kā arī narkotiku tirgoņu nespēju izvairīties no valsts un starptautiskā piedāvājuma samazināšanas pasākumiem un paziņošanas praksi. Atsavināto narkotiku daudzums pa gadiem var būt ļoti svārstīgs, piemēram, ja vienā gadā dažas konfiskācijas ir ļoti apjomīgas. Tādēļ tendences dažkārt labāk raksturo atsavināšanas gadījumu skaits. Visās valstīs atsavināšanas gadījumu skaitā ietilpst liela daļa maza apjoma konfiskāciju mazumtirdzniecības (ielas) līmenī. Ja ir zināma atsavināto narkotiku izcelsme un galamērķis, var izsecināt kontrabandas ceļus un ražošanas reģionus. Lielākā daļa dalībvalstu ziņo par narkotiku cenu un tirību/iedarbību mazumtirdzniecības līmenī. Tomēr dati nāk no daudziem un dažādiem avotiem, kas ne vienmēr ir salīdzināmi, tādēļ precīzus salīdzinājumus starp valstīm veikt ir grūti.

Atsavināšana

Visā pasaulē 2004. gadā kopumā ir atsavināta 1471 tonna kaņepju sveķu un 6189 tonnas kaņepju augu. Kaņepju sveķi joprojām lielākoties ir atsavināti Rietum- un Centrāleiropā (74 %) un Dienvidrietumāzijā, kā arī Tuvojos un Vidējos Austrumos (19 %), bet lielākais daudzums atsavināto kaņepju augu joprojām ir koncentrēts Ziemeļamerikā (54 %) un Āfrikā (31 %) (UNODC, 2006).

ES 2004. gadā kaņepju sveķi ir atsavināti apmēram 275 000 reizes, konfiscējot aptuveni 1087 tonnas šīs vielas. Visvairāk atsavināšanas gadījumu joprojām ir bijuši Spānijā (apmēram puse no visām konfiskācijām un apmēram trīs ceturtdaļas no ES kopumā atsavinātā kaņepju sveķu daudzuma), kam seko Francija un Apvienotā Karaliste ⁽⁴⁰⁾. Lai gan kopumā sveķu atsavināšanas gadījumu skaits ES

⁽⁴⁰⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par kaņepju konfiskāciju skaitu un atsavināto kaņepju daudzumu 2004. gadā, kā arī Nīderlandes dati par kaņepju konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto kaņepju daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analizē līdz 2004. gadam.

laikposmā no 1999. līdz 2003. gadam ir samazinājies, ziņojumā aplūkotojās valstīs vērojamas tendences liecina, ka 2004. gadā atsavināšanas gadījumu skaits ES līmenī ir pieaudzis⁽⁴¹⁾. Kopējais ES atsavināto kaņepju sveķu daudzums laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam ir nepārtraukti audzis, lai gan 2004. gadā lielākā daļa valstu (izņemot Spāniju) ziņo par kritumu⁽⁴²⁾.

Kaņepju augu atsavināšanas apjoms ES ir mazāks; 2004. gadā ir bijuši apmēram 130 000 atsavināšanas gadījumu, konfiscējot 71 tonnu augu, galvenokārt Apvienotajā Karalistē⁽⁴³⁾. Kaņepju augu konfiskāciju skaits ES kopš 1999. gada ir nepārtraukti palielinājies⁽⁴⁴⁾, bet atsavināto augu daudzums ziņojumā aplūkotojās valstīs kopš 2001. gada ir samazinājies⁽⁴⁵⁾. Šī aina nav pilnīga, jo vēl nav pieejami Apvienotās Karalistes 2004. gada dati.

ES un kandidātvalstīs 2004. gadā ir bijuši aptuveni 12 800 atsavināšanas gadījumu, konfiscējot apmēram 22 miljonus kaņepju stādu un 9,5 tonnas kaņepju stādu, no kuriem lielākais daudzums ir konfiscēts Turcijā⁽⁴⁶⁾. Kaņepju stādu atsavināšanas gadījumu skaits kopš 1999. gada ir pieaudzis un, pamatojoties uz ziņojumā aplūkoto valstu datiem, ir turpinājies augt arī 2004. gadā.

Cena un iedarbība

Vidējā kaņepju sveķu mazumtirdzniecības cena Eiropas Savienībā 2004. gadā ir svārstījies no 2,3 euro par gramu Portugālē līdz vairāk nekā 12 euro par gramu Norvēģijā, bet kaņepju augu cena ir svārstījies no 2,7 euro par gramu Portugālē līdz 11,6 euro par gramu Maltā, un vairums valstu informē par kaņepju preparātu cenām no 5 līdz 10 euro par gramu⁽⁴⁷⁾.

Kaņepju sveķu cena, ievērojot inflāciju⁽⁴⁸⁾, laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam ir kritusies visās ziņojumā aplūkotojās

valstīs⁽⁴⁹⁾, izņemot Vāciju un Spāniju, kur cenas ir palikušas nemainīgas, un Luksemburgu, kur tās ir nedaudz cēlušās. Nekonkrētizētas izcelsmes vai importētu kaņepju augu vidējās cenas, ievērojot inflāciju⁽⁵⁰⁾, tajā pašā laikposmā lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu arī ir kritušās, palikušas nemainīgas Spānijā un Nīderlandē, bet pieaugušas Vācijā, Latvijā, Luksemburgā un Portugālē. Tikai divas valstis – Nīderlande un Apvienotā Karaliste – informē par vietējo kaņepju augu vidējo cenu, un abās valstīs tā ir kritusies.

Kaņepju preparātu iedarbību nosaka kaņepju primārās aktīvās sastāvdaļas Δ^9 -tetrahidrokanabinola (THC) daudzums (EMCDDA, 2004b). Valstu informācija liecina, ka 2004. gadā vidējais THC daudzums mazumtirdzniecībā nonākušajos kaņepju sveķos ir svārstījies no mazāk nekā 1 % (Bulgārijā) līdz 16,9 % (Nīderlandē), bet kaņepju augos tas ir bijis no 0,6 % (Polijā) līdz 12,7 % (Anglija un Velsa)⁽⁵¹⁾. Par vietējo kaņepju augu iedarbības līmeni informē Nīderlande, kur THC daudzums kaņepēs ir bijis 17,7 %⁽⁵²⁾.

Kaņepju lietošanas izplatība un ievirzes

Kaņepes ir Eiropā visbiežāk lietotā nelegālā narkotika. Kaņepju lietošana 90. gados ir pieaugusi gandrīz visās ES valstīs, jo īpaši jauniešu vidū, ieskaitot skolu audzēkņus.

Tiek lēsts, ka aptuveni 65 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb aptuveni 20 % iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir vismaz reizi pamēģinājuši šo vielu⁽⁵³⁾, lai gan jāņem vērā, ka lielākā daļa no šiem iedzīvotājiem pašlaik kaņepes visticamāk nelieto. Valstu sniegtie dati ir ļoti atšķirīgi, tie svārstās 2 % līdz 31 %, zemākie izplatības rādītāji ir Maltā, Bulgārijā un Rumānijā, bet augstākie Dānijā (31 %), Spānijā (29 %), Francijā (26 %) un Apvienotajā Karalistē (30 %)⁽⁵⁴⁾. No 25 valstīm, par kurām ir pieejama informācija,

⁽⁴¹⁾ Skatīt tabulu SZR-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴²⁾ Skatīt tabulu SZR-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴³⁾ Skatīt (40) zemsvītras piezīmi. Nebija pieejami Polijas dati par kaņepju konfiskāciju skaitu 2004. gadā.

⁽⁴⁴⁾ Skatīt tabulu SZR-3 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁵⁾ Skatīt tabulu SZR-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁶⁾ Skatīt (40) zemsvītras piezīmi.

⁽⁴⁷⁾ Skatīt tabulu PPP-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁸⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽⁴⁹⁾ Informācija par kaņepju sveķu/augu cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Kiprā, Čehijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā (tikai augu cenas), Rumānijā, Turcijā un Norvēģijā. Tomēr tendences Čehijā nav analizētas, jo datus iespaido metodiskas nepilnības.

⁽⁵⁰⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽⁵¹⁾ Skatīt attēlu PPP-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵²⁾ Skatīt tabulu PPP-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵³⁾ Vidējie rādītāji pa valstīm ir aprēķināti, salīdzinot vidējo izplatību ar attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju skaitu katrā valstī. Kopējie rādītāji ir aprēķināti, summējot izplatību attiecīgajā katras valsts iedzīvotāju grupā, bet valstīs, par kurām nebija pieejama attiecīgā informācija, pieskaitot vidējo izplatību. Šeit visticamāk ir minēti minimālie skaitļi, jo jādomā, ka par visiem gadījumiem nav paziņots.

⁽⁵⁴⁾ Šajā ziņojumā praktisku apsvērumu dēļ Apvienotās Karalistes datu pamatā ir Lielbritānijas 2005. gada Noziedzības ziņojuma (Anglija un Velsa) dati. Ir veikti arī papildu aprēķini par Skotiju un Ziemeļīriju, un kopēji aprēķini par Apvienoto Karalisti (ar tiem var iepazīties statistikas biļetenā).

Narkotiku lietošanas izplatības aplēses iedzīvotāju vidū

Kaņepju lietošanas proporcionālo izplatību visu iedzīvotāju vai skolēnu vidū vērtē, izmantojot aptaujas, kas ļauj aplēst to iedzīvotāju skaitu, kuri atzīst, ka noteiktos laikposmos – ilgtermiņā, pēdējā gadā, pēdējā mēnesī – ir lietojuši narkotikas.

EMCDDA, piedaloties valsts ekspertiem, ir izstrādājusi pieaugušo iedzīvotāju aptaujās izmantojamu pamatelementu kopumu ("Eiropas paraugaptauja" jeb EMQ), kas ir ieviests lielākajā daļā ES dalībvalstu. Sīkāka informācija par EMQ ir iekļauta "Pētījumu rokasgrāmatā par narkotiku lietošanu iedzīvotāju vidū" (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Tomēr starp valstīm joprojām pastāv atšķirības metodikā un datu apkopošanas gados, tādēļ nelielas atšķirības starp valstīm ir jāinterpretē piesardzīgi ⁽¹⁾.

Vērtējot pašreizējo narkotiku lietošanas izplatību pieaugušo vidū, datiem par narkotiku lietošanu vismaz vienreiz dzīves laikā ir maza nozīme (lai gan to uzskata par vērā ņemamu rādītāju skolēnu vidū), tomēr tas var sniegt priekšstatu par lietošanas ievirzēm. Rādītāji "lietošana pēdējā gadā" un "lietošana pēdējā mēnesī" precīzāk atspoguļo pašreizējo situāciju, turklāt pēdējā mēneša rādītāji vairāk attiecas uz personām, kas narkotikas lieto bieži.

Eiropas skolu aptauju projekts par alkohola un citu narkotiku lietošanu (ESPAD) ir svarīgs informācijas avots, kas raksturo alkohola un narkotiku lietošanu Eiropas skolu audzēkņu vidū, un tam ir īpaša nozīme, nosakot laika tendences. ESPAD aptaujas ir veiktas 1995., 1999. un 2003. gadā. Nākamā aptauja ir paredzēta 2007. gadā.

ESPAD izmanto standartizētas metodes un instrumentus un reprezentatīvā izlases veidā valsts mērogā aptaujā 15–16 gadus vecus skolēnus, tādējādi panākot salīdzināmus rezultātus. ESPAD aptauju dalībnieku skaits ar katru aptauju pieaug – 1995. gadā aptaujā piedalījās 26 Eiropas valstis, 1999. gadā 30, bet 2003. gadā 35 valstis, tostarp 22 ES dalībvalstis un četras kandidātvalstis (Bulgārija, Horvātija, Rumānija un Turcija). Aptaujās ir jāatbild uz jautājumiem par alkohola un nelegālo narkotiku lietošanas biežumu standarta laikposmos.

Informācija par ESPAD un ziņojumu pieejamību ir atrodamā ESPAD tīmekļa vietnē (www.espad.org).

⁽¹⁾ Plašāka informācija par iedzīvotāju aptauju metodiku un katras valsts aptaujās izmantoto metodiku ir atrodamā 2006. gada statistikas biļetenā.

13 valstu dati liecina, ka šajās valstīs 10 līdz 20 % pieaugušo iedzīvotāju kādreiz savas dzīves laikā ir lietojuši kaņepes ⁽⁵⁵⁾.

Tādu pieaugušo skaits, kas ir lietojuši kaņepes pēdējā gadā, ir acīmredzami mazāks nekā to, kas ir lietojuši vismaz reizi dzīves laikā. Saskaņā ar aplēsēm pēdējā gadā kaņepes ir lietojuši aptuveni 22,5 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb aptuveni 7 % iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Izplatības rādītāji dažādās valstīs svārstās no 1 % līdz 11 %, zemākie tie ir Grieķijā, Maltā un Bulgārijā, bet augstākie Spānijā (11,3 %), Francijā (9,8 %) un Apvienotajā Karalistē (9,7 %) ⁽⁵⁶⁾.

Labāku priekšstatu par regulāru kaņepju lietotāju skaitu sniedz aprēķini par lietošanu pēdējā mēnesī. Ir aplēsts, ka pēdējā mēnesī kaņepes ir lietojuši 12 miljoni jeb aptuveni 4 % Eiropas pieaugušo iedzīvotāju. Valstu rādītāji atšķiras pat 15 reizes, svārstoties no 0,5 % līdz 7,5 %. Zemākie rādītāji ir Lietuvā, Maltā, Zviedrijā un Bulgārijā, bet augstākie Čehijā (4,8 %), Spānijā (7,6 %) un Apvienotajā Karalistē (5,6 %) ⁽⁵⁷⁾.

Nelegālu narkotiku, tostarp kaņepju, lietošana visvairāk ir izplatīta tieši jauniešu vidū. Saskaņā ar 2004. gada datiem 3 % līdz 44 % eiropiešu vecumā no 15 līdz 34 gadiem atzīst, ka kādreiz dzīves laikā ir lietojuši kaņepes, 3 % līdz 20 % ir lietojuši kaņepes pēdējā gadā, bet 1,5 % līdz 13 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī, augstākie rādītāji atkal ir Čehijā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē. Šajā vecuma grupā Eiropas vidējie rādītāji ir šādi: 32 % lietojuši vismaz vienreiz dzīves laikā, 14 % lietojuši pēdējā gada laikā (salīdzinājumā ar 2 % vecuma grupā no 35 līdz 64 gadiem) un vairāk nekā 7 % lietojuši pēdējā mēneša laikā (salīdzinājumā ar 1 % vecuma grupā no 35 līdz 64 gadiem) ⁽⁵⁸⁾.

Vēl biežāk kaņepes lieto 15 līdz 24 gadus veci jaunieši – šajā vecuma grupā vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši ir no 3 % līdz 44 % (lielākajā daļā valstu tas svārstās no 20 % līdz 40 %), pēdējā gada lietošanas rādītājs ir no 4 % līdz 28 % (lielākajā daļā valstu no 10 % līdz 25 %) (2. attēls), un pēdējā mēneša lietošanas rādītājs ir no 1 % līdz 15 % (lielākajā daļā valstu no 5 % līdz 12 %), turklāt vīriešu vidū rādītāji ir augstāki nekā sieviešu vidū. Jaunajās dalībvalstīs 15 līdz 24 gadus vecu jauniešu vidū kaņepju lietošanas izplatības līmenis visbiežāk neatšķiras no ES 15 valstu līmeņa, bet gados vecāku iedzīvotāju vidū tas ir ievērojami zemāks ⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁵⁾ Skatīt tabulu GPS-1 2006. gada statistikas biļetenā.

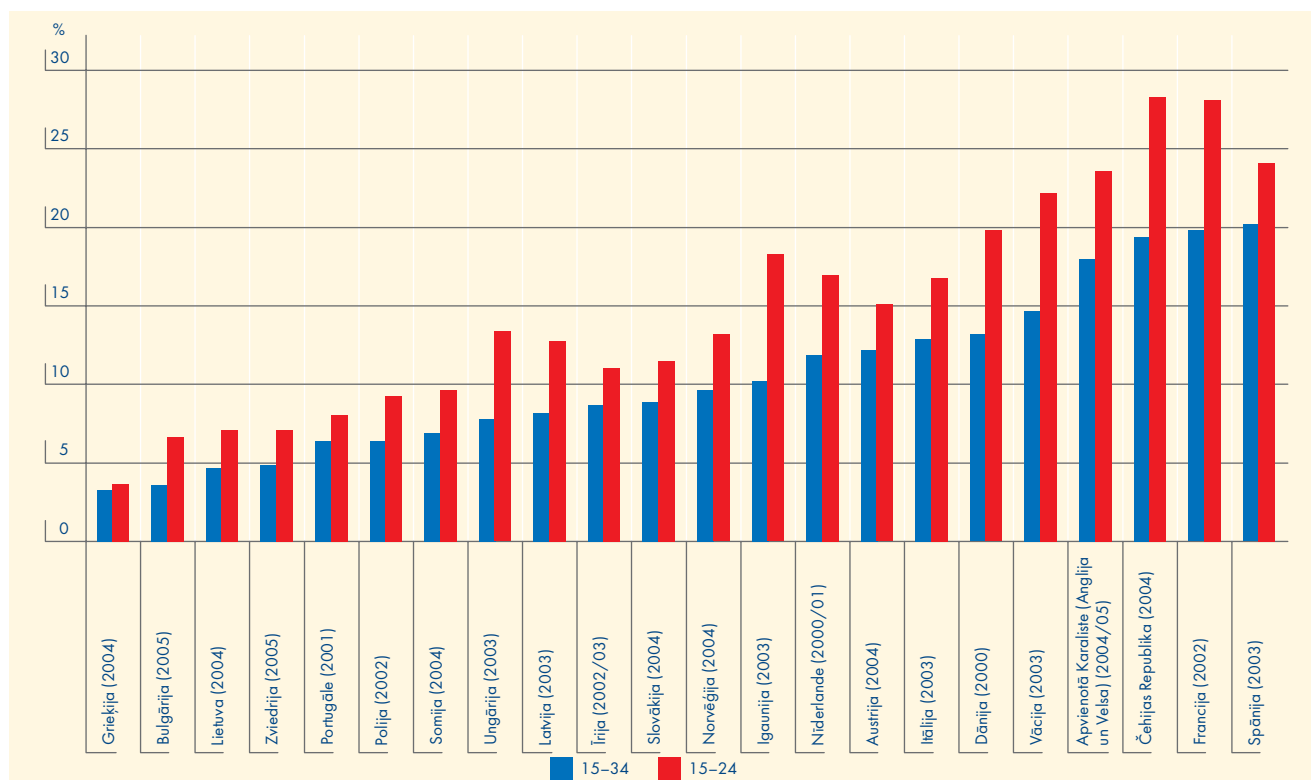
⁽⁵⁶⁾ Skatīt tabulu GPS-3 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁷⁾ Skatīt tabulu GPS-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁸⁾ Skatīt tabulas GPS-2, GPS-4 un GPS-6 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁹⁾ Skatīt tabulas GPS-14, GPS-15 un GPS-16 un attēlus GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 un GPS-26 2006. gada statistikas biļetenā.

2. attēls: Kaņepju pēdējā gada lietošanas izplatība gados jaunu (15–34 un 15–24 gadus vecu) pieaugušo vidū



NB: Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie aptauju dati. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetenā tabulās GPS-8, GPS-11 un GPS-18.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu vai zinātnisku rakstu informācija.

Salīdzinājumam: atšķirībā no ES vidējiem rādītājiem, kas ir aptuveni 20 %, ASV 2004. gada valsts pētījumā par narkotiku lietošanu un veselību ⁽⁶⁰⁾ kaņepju lietošanu vismaz vienreiz savas dzīves laikā ir atzinuši 40,2 % pieaugušo (t.i., 12 gadus veco un vecāko iedzīvotāju). Šie skaitļi pārsniedz pat to Eiropas valstu rādītājus, kur ir visvairāk to, kas kaņepes lietojuši vismaz vienreiz dzīves laikā (31,3 % Dānijā un 29,7 % Apvienotajā Karalistē), lai gan aprēķini par lietošanu pēdējā gadā tik krasi neatšķiras: salīdzinājumā ar Eiropas vidējo rādītāju, kas ir 7 %, ASV šis rādītājs ir 10,6 %, bet vairāku Eiropas valstu rādītāji atbilst ASV aplēstajiem skaitļiem.

Piecas ES dalībvalstis (Beļģija, Spānija, Kipra, Itālija un Apvienotā Karaliste) ir sniegušas jaunus valsts mēroga skolu aptauju datus, bet Bulgārija informē par skolu aptaujām divās lielākajās pilsētās. Kopumā kaņepju lietošanas izplatība Eiropas skolu audzēkņu vidū nav mainījies. Vislielākais 15 un 16 gadus vecu skolu audzēkņu, kuri vismaz vienreiz

dzīves laikā lietojuši kaņepes, īpatsvars ir Čehijā un Spānijā (attiecīgi 44 % un 41 %). Par 25 % augstāki rādītāji ir Vācijā, Itālijā, Nīderlandē, Slovākijā un Slovēnijā (27 % līdz 28 %), kā arī Beļģijā, Francijā, Īrijā un Apvienotajā Karalistē, kur šie rādītāji svārstās no 32 % līdz 40 %. Par viszemākajiem rādītājiem (mazāk par 10 %) informē Kipra, Grieķija, Zviedrija, Rumānija, Turcija un Norvēģija ⁽⁶¹⁾.

Aprēķinātos izplatības rādītājus 15 un 16 gadus veco skolēnu vidū nevarējām vispārināt un attiecināt uz vecākiem skolēniem, jo tikai mazliet vecāku skolēnu vidū izplatība var strauji pieaugt. No 17 un 18 gadus veciem skolēniem to, kuri vismaz vienreiz dzīves laikā ir lietojuši kaņepes, Čehijā, Spānijā un Francijā ir vairāk nekā 50 % ⁽⁶²⁾. Zviedrijā, kur izplatības līmenis salīdzinājumā ar daudzām citām dalībvalstīm ir zems, no 17 un 18 gadus veciem skolēniem vismaz vienreiz dzīves laikā ir lietojuši kaņepes 14 %, tātad šis rādītājs vairāk nekā divkārt pārsniedz izplatības rādītāju 15 un 16 gadus veco skolēnu vidū (6 %) ⁽⁶³⁾.

⁽⁶⁰⁾ Avots: SAMHSA, Praktisko pētījumu birojs, 2004. gada valsts pētījums par narkotiku lietošanu un veselību (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Jāievēro, ka ASV pētījumā vecuma grupa "visi pieaugušie" (12 gadus veci un vecāki iedzīvotāji) ir plašāka nekā attiecīgā standarta vecuma grupa Eiropā veiktajos pētījumos (15–64 gadi).

⁽⁶¹⁾ Skatīt tabulu EYE-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶²⁾ ESCAPAD jauniešu aptauja, ieskaitot 17 līdz 18 gadus vecus jauniešus, kas neapmeklē skolu.

⁽⁶³⁾ Skatīt tabulu EYE-3 un attēlu EYE-1 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

Kaņepju lietošanas ievirzes

Kaņepju lietošanai mēdz būt gadījuma raksturs, un nereti kādu laiku pēc lietošanas sākuma kaņepes pārtrauc lietot. Vidēji 33 % eiropiešu, kas kādreiz ir pamēģinājuši kaņepes, tās ir lietojuši arī pēdējā gadā, un tikai 16 % ir lietojuši kaņepes pēdējās 30 dienās. Šie rādītāji, ko sauc par "turpināšanas rādītājiem", dažādās valstīs ir atšķirīgi un svārstās no 20 % līdz 45 % attiecībā uz lietošanu pēdējā gadā un no 10 % līdz 25 % attiecībā uz lietošanu pēdējās 30 dienās ⁽⁶⁴⁾.

Lai gan kaņepju lietošana pārsvarā dominē jauniešu vidū, daži Spānijas un Apvienotās Karalistes dati liek domāt, ka ir cilvēki, kas turpina lietot kaņepes arī 30 un 40 gadu vecumā. Tas varētu liecināt par svarīgām kaņepju lietošanas ieviržu ilgtermiņa pārmaiņām, ko būtu vērts pētīt plašāk.

Tāpat kā citas nelegālās narkotikas, arī kaņepes daudz vairāk lieto vīrieši nekā sievietes. Šis atšķirības spilgtāk izpaužas pēdējā gada vai pēdējā mēneša lietošanā nekā rādītājos par lietošanu vismaz vienreiz dzīves laikā, bet jauniešu vidū atšķirības ir mazākas nekā starp gados vecākiem pieaugušajiem (skatīt īpašu tēmu par dzimumatšķirībām). Kaņepju lietošana ir izplatākā arī pilsētvidē un blīvi apdzīvotās vietās. Pastāv hipotēze, ka kaņepju lietošana sāk izplatīties uz mazākām pilsētām un lauku apvidiem, par šādu tendenci liecina Polijas 2005. gada valsts ziņojumā minētie fakti.

Lai gan pieaug bažas par kaņepju regulāru vai intensīvu lietošanu ⁽⁶⁵⁾, Eiropas līmenī pieejamā informācija par šīm ievirzēm ir ļoti trūcīga. Ļoti aptuvenas aplēses 2004. gada ziņojumā (EMCDDA, 2004a) ļauj secināt, ka 1 % Eiropas pieaugušo iedzīvotāju, iespējams, lieto kaņepes katru dienu vai gandrīz katru dienu. Vairākas valstis ir ziņojušas par regulāras vai intensīvas kaņepju lietošanas pieaugumu, bet tikai Spānija sniedz līdzīgu informāciju par ikdienas lietošanu, ko raksturo pieaugums laikposmā no 1997. līdz 1999. gadam (0,7–0,8 % pieaugušo) un 2001. gadā (1,5 %), kam 2003. gadā ir sekojusi stabilizācija (1,5 %). Šeit noderētu arī informācija par citām valstīm un konkrētām vecuma grupām (piemēram, 15–24 gadus veciem jauniešiem). Francijas 2003. gada ESCAPAD pētījumā ir konstatēts, ka saskaņā ar īpašu vērtes skalu (CAST) 14 % no 17 un 18 gadus vecajiem jauniešiem (9 % meiteņu un 18 % zēnu) varētu atzīt par problemātiskas lietošanas riska grupu. Arī citas valstis izstrādā kaņepju intensīvas lietošanas ieviržu

Kaņepju lietošanas ietekme uz veselību

Pēdējos gados ievērojami ir pieaudzis satraukums par kaņepju lietošanas potenciālajām sociālajām un veselības sekām. Lai gan pieejamie fakti nesniedz pilnīgu izpratni par šiem jautājumiem, dažus secinājumus tomēr var izdarīt. Piemēram, nav noliedzams, ka intensīva kaņepju lietošana iet roku rokā ar psihiskām saslimšanām, tomēr jautājums par slimībām kā blakusparādību ir cieši saistīts ar cēloņsakarību jautājumiem. Šī sarežģītā savstarpējā saistība ir pēģināta un apspriesta publicēšanai sagatavotā EMCDDA monogrāfijā.

Kaņepju intensīvas lietošanas un ar konkrētām narkotikām nesaistītu psihisku problēmu biežā līdzāspastāvēšana rada praktiskas problēmas. Izstrādājot kaņepju lietotāju ārstēšanas plānus, mediķiem ir grūti izlemt, vai labāk sākt ar narkotiku problēmu vai ar psihisko problēmu risināšanu. Pētījumi par problemātisku kaņepju lietotāju ārstēšanas rezultātiem joprojām ir nepietiekami, turklāt veiktie pētījumi attiecas tikai uz atsevišķām psihosociālām ārstēšanas metodēm. Pārējie ārstniecības veidi vai nu vispār nav pētīti, vai ir pētīti nepietiekami, tādēļ trūkst pierādījumu par to iedarbīgumu un efektivitāti.

vērtes skalas (Vācija, Nīderlande, Polija un Portugāle) un EMCDDA veicina sadarbību šajā jomā.

Kaņepju lietošanas tendences pieaugušo vidū

Eiropas narkotiku lietošanas ilgtermiņa tendenču izsekojamību apgrūtina ticamu laika rindu datu trūkums. Tomēr pieaug to valstu skaits, kuras kopš 90. gadu sākuma veic pētījumus, un daži no tiem jau ļauj gūt pirmās vērtīgās atskārsmes par laika tendencēm.

Ir pieņemts uzskatīt, ka kaņepju lietošana ir sākusi izplatīties dažās Eiropas valstīs 60. gadu beigās un kļuvusi populāra 70. un 80. gados. Nesen veiktas valstu aptaujas rāda, ka Dānijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Nīderlandē, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē 45–54 gadus veco iedzīvotāju vidū ir samērā daudz cilvēku, kas vismaz vienreiz dzīves laikā ir lietojuši kaņepes, kas nozīmē, ka ievērojams skaits cilvēku ir sākuši lietot kaņepes 60. gadu beigās un 70. gados. Kaņepju lietošanas sākuma analīze rāda, ka 70. gados lietošana ir ievērojami izplatījusies Spānijā, 80. gados Rietumvācijā un 90. gados Grieķijā ⁽⁶⁶⁾. Zviedrijas dati liecina, ka 70. gados ar kaņepēm ir eksperimentējuši diezgan daudz jauniešiem (15–20 %).

⁽⁶⁴⁾ Skatīt attēlu GPS-24 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁵⁾ Pašlaik nav vispārpieņemtas "intensīvas kaņepju lietošanas" definīcijas; dažādos pētījumos tā ir atšķirīga. Tomēr plašā nozīmē intensīva kaņepju lietošana ir kaņepju lietošana, kas biežuma ziņā pārsniedz noteiktas robežas. Tas nenozīmē, ka noteikti pastāv "atkarība/launprātīga izmantošana" vai citas problēmas, bet tiek uzskatīts, ka intensīva lietošana palielina negatīvu seku, tostarp atkarības risku. Šajā nodaļā minētie skaitļi attiecas uz "ikdienas vai gandrīz ikdienas lietošanu" (jeb lietošanu 20 vai vairāk dienas pēdējās 30 dienās). Šo kritēriju bieži izmanto pētījumos, un tas ir viens no Eiropas paraugaptaujas kritērijiem. Lietojot kaņepes retāk, atkarības risks samazinās.

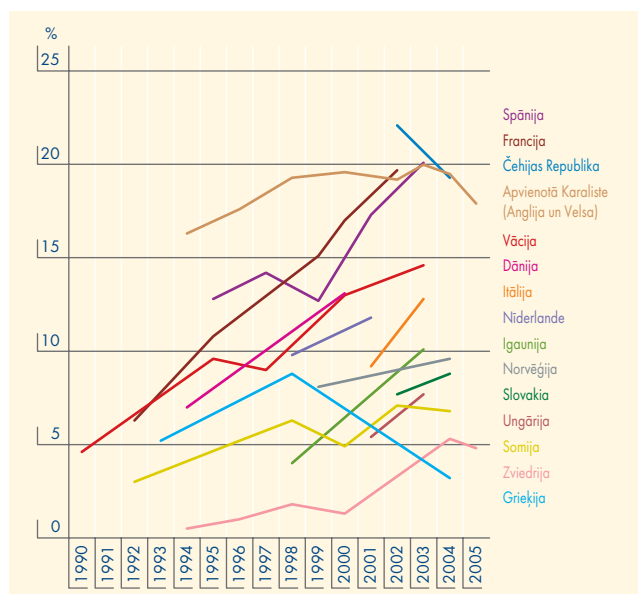
⁽⁶⁶⁾ Skatīt 4. attēlu 2004. gada ziņojumā.

Valsts un vietēja mēroga mājsaimniecību, jauniešaukamo un skolu aptaujas liecina, ka 90. gados kaņepju lietošana ir ievērojami pieaugusi gandrīz visās ES valstīs, jo īpaši jauniešu vidū. Pieaugums gandrīz visās valstīs ir turpinājies gandrīz līdz šim laikam, lai gan dažos gadījumos var runāt par stabilizācijas vai pat samazinājuma pazīmēm.

Apvienotajā Karalistē 90. gadu sākumā bija Eiropā lielākais neseno lietotāju skaits gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū, bet laikposmā no 1998. līdz 2004./2005. gadam tas ir pakāpeniski samazinājies⁽⁶⁷⁾, savukārt Spānijā un Francijā šie rādītāji nesēn (2002. vai 2003. gadā) ir sasnieguši Apvienotās Karalistes rādītājus (3. attēls). Tikpat augsts izplatības līmenis ir konstatēts arī Čehijā.

Lietošanas līmenis ir zemāks Dānijā, Vācijā, Igaunijā, Itālijā, Nīderlandē un Slovākijā, bet visas šīs valstis informē par pēdējā gada lietošanas pieaugumu gados jaunu pieaugušo vidū, un šī tendence, lai gan mazākā mērā, ir vērojama arī Ungārijā. Jāatzīmē, ka Dānijas (2000. g.) un Nīderlandes (2001. g.) dati jau ir relatīvi novecojuši, tādēļ pašreizējā situācija nav tik skaidra.

3. attēls: Kaņepju pēdējā gada lietošanas izplatības tendences gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū



NB: Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie aptauju dati. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetena tabulā GPS-4.
Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu vai zinātnisku rakstu informācija.

Somijā un Zviedrijā izplatības rādītāji ir samērā zemi, bet izskatās, ka tie tomēr pieaug, lai gan Zviedrijā konstatētās pārmaiņas laikposmā no 2000. gada (1,3 %) līdz 2004. gadam (5,3 %) ir grūti interpretēt mainītas metodikas dēļ⁽⁶⁸⁾.

Aplēstā pēdējā mēneša lietošanas izplatība pēdējā desmitgadē kopumā arī ir augusi, lai gan izteikts pieaugums ir bijis tikai Beļģijā un Spānijā. Apvienotā Karaliste nesēn ir paziņojusi par pēdējā mēneša lietošanas samazinājumu, lai gan iepriekš, kopš 90. gadu sākuma, šis rādītājs Apvienotajā Karalistē ir bijis augstākais Eiropā. Par kritumu laikposmā starp 2002. un 2004. gadu informē arī Slovākija. Čehijā un Francijā tendences nebija iespējams novērtēt.

Vērtīgu informāciju par narkotiku lietošanas tendencēm gados jaunāko iedzīvotāju vidū sniedz arī skolu aptaujas, tādējādi ļaujot prognozēt nākotnes tendences starp gados jauniem pieaugušajiem. Lielākajā daļā valstu kopš 1995. gada kopumā ir pieaudzis tādu skolēnu skaits, kas vismaz reizi ir pamēģinājuši kaņepes. Tomēr ieviržu ģeogrāfiskās atšķirības ir ievērojamas. Kaņepju lietošanas (vismaz reizi dzīves laikā) izplatības tendences 15–16 gadus veco skolēnu vidū var iedalīt trīs ģeogrāfiskās grupās. Īrijā un Apvienotajā Karalistē, kur ir senas kaņepju lietošanas tradīcijas, to skolēnu īpatsvars, kuri kaņepes lietojuši vismaz reizi dzīves laikā, ir liels, taču pēdējā desmitgadē tā līmenis ir palicis stabils (aptuveni 37–39 %). Austrum- un Centrāleiropas dalībvalstīs, kā arī Dānijā, Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē skolēnu īpatsvars, kuri kaņepes lietojuši vismaz reizi dzīves laikā, 2003. gadā bija daudz lielāks nekā 1995. gadā. Trešajā dalībvalstu grupā (Somijā un Zviedrijā ziemeļos un Grieķijā, Kīprā un Maltā dienvidos) un Norvēģijā aplēstie rādītāji palikuši relatīvi zemi (ap 10 % un mazāk)⁽⁶⁹⁾.

Informācija par ārstniecības pieprasījumiem⁽⁷⁰⁾

Pavisam 2004. gadā ir ziņots par aptuveni 380 000 ārstniecības pieprasījumiem (informāciju ir sniegušas 19 valstis), apmēram 15 % gadījumu ārstniecības pieprasījumu primārais iemesls ir bijušas kaņepes, līdz ar to paziņotajos ārstniecības pieprasījumos kaņepes biežuma ziņā ierindojas otrajā vietā aiz heroīna⁽⁷¹⁾.

⁽⁶⁷⁾ Kopš 1994. gada, kad dati pirmo reizi ir ņemti no Lielbritānijas Noziedzības ziņojuma (Anglija un Velsa).

⁽⁶⁸⁾ Skatīt attēlus GPS-4 un GPS-14 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁶⁹⁾ Skatīt tabulu EYE-5 (i. daļu) un attēlu EYE-1 (ii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁰⁾ Vispārējā sadalījuma un tendenču analīzes pamatā ir informācija par pacientiem, kas ir vēlējušies ārstēties visos ārstniecības centros; klientu profilu un narkotiku lietošanas ieviržu analīzes pamatā ir ambulatoro pacientu ārstniecības centru dati. Analīze, ievērojot dzimumatšķirības, ir atrodama īpašajā tēmā par dzimumatšķirībām, kas ir publicēta kopā ar EMCDDA 2006. gada ziņojumu.

⁽⁷¹⁾ Skatīt attēlu TDI-2 2006. gada statistikas biļetenā.

Kopumā kaņepes biežuma ziņā ieņem otro vietu arī ziņojumos par pacientiem, kas ārstējas pirmo reizi, šādu jaunu pacientu skaits 2004. gadā ir bijis 27 %, lai gan starp valstīm pastāv ievērojamas atšķirības; piemēram, Lietuvā, Maltā un Rumānijā jaunu kaņepju pacientu ir bijis mazāk par 5 %, savukārt Vācijā, Dānijā, Ungārijā un Somijā jauno pacientu vidū kaņepju lietotāju ir bijis vairāk nekā 40 %⁽⁷²⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam jaunu kaņepju pacientu skaits kopumā ir pieaudzis lielākajā daļā informāciju sniegušo valstu⁽⁷³⁾.

Gandrīz visās valstīs, par kurām ir pieejami dati, to pacientu skaits, kas vēlas atstāt kaņepju lietošanu, jauno pacientu vidū proporcionāli ir lielāks nekā visu pacientu vidū; dažās valstīs proporcijas ir apmēram vienādas⁽⁷⁴⁾. Visvairāk kaņepju lietotāju ārstniecības pieprasījumu saņem ambulatorās ārstniecības iestādēs⁽⁷⁵⁾.

Kaņepju lietotāju ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumam par iemeslu var būt vairāki faktori, bet tie vēl ir rūpīgi jāpēta. Starp iespējamiem pieauguma iemesliem var minēt intensīvas kaņepju lietošanas pieaugumu un ar to saistītās lietotāju problēmas, labāku izpratni par kaņepju lietošanas riskiem, vairāk pacientu, ko ārstēties nosūta kriminālās justīcijas iestādēs, kas dažās valstīs neapšaubāmi ir svarīgs faktors, kā arī paziņošanas sistēmas un/vai tās pārklājuma pārmaiņas⁽⁷⁶⁾.

Kaņepju pacientus var iedalīt trīs grupās: gadījuma rakstura lietotāji (34 %), tie, kas lieto kaņepes vienu vai vairākas reizes nedēļā (32 %), un ikdienas lietotāji (34 %). Kaņepju lietošanas biežums jauno pacientu vidū dažādās valstīs ievērojami atšķiras: visvairāk ikdienas kaņepju lietotāju ir Nīderlandē un Dānijā, bet proporcionāli visvairāk gadījuma rakstura lietotāju vai lietotāju, kas nav lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī pirms ārstēšanās, ir apzināti Vācijā, Grieķijā un Ungārijā. Šī dažādība visticamāk atspoguļo ārstēšanās nosūtījumu atšķirības (piemēram, lielāks kriminālās justīcijas sistēmas vai sociālo iestāžu tiklu nosūtījumu skaits)⁽⁷⁷⁾.

Svarīgi ir noskaidrot, cik lielā mērā ārstniecībai pakļautie kaņepju lietotāji atbilst narkotiku atkarības vai kaitīgas lietošanas diagnostikas kritērijiem. Pašlaik šī joma vēl nav pietiekami izpēta. Tā kā ārstēšanās nosūtījumu prakse

dažādās valstīs atšķiras, ir jāveic pētījumi un jāreģistrē ārstniecībai pakļauto kaņepju lietotāju klīniskās atšķirības.

Dažu pacientu ārstniecības pieprasījumi attiecas uz kaņepju lietošanu kombinācijā ar citām narkotikām vai alkohola problēmām, bet dažkārt ārstniecības pieprasījumi ir saistīti ar vispārīgākām problēmām, piemēram, jauniešu uzvedības traucējumiem. Turklāt dažos nesenos pētījumos ir atklājies, ka ir pieaudzis tādu pusaudžu skaits, kas vēlas atradināties no kaņepju lietošanas, bet kam vienlaikus ir garīgās veselības problēmas, un tas var būt svarīgs faktors, kas ietekmē ārstniecības pieprasījumu skaitu⁽⁷⁸⁾.

Svarīgi ir arī labāk izprast kaņepju lietotāju vajadzības, ievērojot šā kontingenta apmērus. EMCDDA lēš, ka ES ir aptuveni 3 miljoni intensīvu kaņepju lietotāju (t.i., personu, kas kaņepes lieto katru dienu vai gandrīz katru dienu). Lai gan nav zināms, cik daudziem no viņiem ir vajadzīga palīdzība, ir skaidrs, ka ar kaņepju lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits salīdzinājumā ar kaņepju lietotāju skaitu ir neliels.

Saskaņā ar pieejamo informāciju kaņepju lietotāji ambulatorajos ārstniecības centros mēdz būt salīdzinoši gados jauni; praktiski visi kaņepju lietotāji, kas ārstējas pirmo reizi, ir jaunāki par 30 gadiem. Specializētās narkotiku terapijas pacienti pusaudži biežāk nekā citu vecuma grupu pacienti ir primāri atkarīgi no kaņepēm, tieši kaņepju lietošanas problēmu dēļ ārstēties vēlas 75 % par 15 gadiem jaunāku pacientu un 63 % pacientu 15–19 gados⁽⁷⁹⁾.

Vairums pacientu atzīst, ka pirmo reizi ir lietojuši kaņepes, būdami pavisam jauni, 36,8 % pirmā reize ir bijusi pirms 15 gadu vecuma. Gandrīz neviens no ārstniecības pieprasītājiem nav sācis lietot kaņepes pēc 29 gadu vecuma⁽⁸⁰⁾.

Profilakse

Pienācīgi īstenojot vispārējās profilakses programmas, ir iespējams aizkavēt vai samazināt jauniešu pievēršanos tādu kaitīgu vielu kā tabaka, alkohols un kaņepes lietošanai. Profilakse ir īpaši svarīga, jo ir pierādīts, ka gados ļoti jauni (pusaudzību nerasnieguši līdz 15 gadus veci) lietotāji ir pakļauti ievērojami lielākam narkotiku problēmu, tostarp

⁽⁷²⁾ Skatīt tabulu TDI-4 (ii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷³⁾ Skatīt attēlu TDI-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁴⁾ Skatīt tabulas TDI-3 (iii. daļu) un TDI-4 (iii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-25 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁷⁶⁾ EMCDDA monogrāfija par kaņepju lietošanu tiks publicēta 2007. gadā; trīs nodaļas tajā būs veltītas jautājumam par kaņepju ārstniecības pieprasījuma pieaugumu.

⁽⁷⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-18 2006. gada statistikas biļetenā.

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

⁽⁷⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-10 (i. daļu un ii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁸⁰⁾ Skatīt tabulu TDI-11 (ii. daļu un ix. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

atkarības riskam (Von Sydow u.c., 2002; Chen u.c., 2005). Turklāt centienos novērst vai aizkavēt kaņepju lietošanas sākšanu jauniešu vidū nedrīkst aizmirst, ka pusaudži ir neaizsargātāki pret kaņepju toksiskumu.

Gados jauni kaņepju lietotāji vismaz lietošanas agrīnajos posmos neatšķiras no gados jauniem alkohola vai tabakas lietotājiem. Tas runā par labu uzskatam, ka vispārējo profilaksi jauniešu vidū nevajadzētu koncentrēt tikai uz kaņepju lietošanu, bet būtu jācenšas novērst arī alkohola un tabakas lietošanu.

Kaņepju lietošanas profilaksē svarīga nozīme ir dzimumatšķirībām (skatīt īpašo tēmu par dzimumatšķirībām). Zēni ir pakļauti lielākam riskam ar laiku kļūt par intensīvākiem lietotājiem, varbūt tādēļ, ka meitenes vairāk iespaido vecāku neapmierinātība un viņas arī piesardzīgāk izvēlas domubiedrus. Tomēr šī situācija mūsdienu sabiedrībā mainās līdz ar pārmaiņām tradicionālajās vīriešu un sieviešu lomās. Vairākās Eiropas valstīs īsteno projektus (*Bagmaendene* Dānijā, *Beer-Group* Vācijā un *Risflecting* Austrijā) ar mērķi novērst kaņepju un arī alkohola lietošanu, mēģinot risināt problēmas, kas saistītas ar zēnu saskarsmes iemaņu trūkumu. Nav noslēpums, ka viens no iemesliem, kādēļ zēni tik intensīvi lieto kaņepes un alkoholu, ir viņu nespēja tuvojies meitenēm, tātad šos projektus var uzskatīt arī par savdabīgu flirta skolu.

Selektīvās skolu profilakses mērķis ir ar narkotiku lietošanu saistītie riska faktori, piemēram, priekšlaicīga skolas pamešana, antisociāla uzvedība, sliktas sekmes, sliktas kontakts ar vecākiem, kā arī neregulārs skolas apmeklējums un narkotiku ietekmē apgrūtinātas mācības.

Vācijas projekta *Stoned at School* ["Narkotiku lietošana skolā"] mērķis ir apmācīt skolotājus agrīni atpazīt kaņepju lietotājus un agrīni iejaukties, novērst kaņepju lietošanu un nodibināt kontaktus starp skolām un narkotiku konsultāciju centriem. Tāpat kā līdzīgi projekti Austrijā, arī šis projekts ir 10 moduļu mācību programma ar mērķi vairot skolotāju zināšanas par kaņepju lietošanu un palīdzēt atpazīt riska grupas skolēnus.

Īpaši narkotiku konsultāciju centri ir izplatīti Vācijā, Francijā un Nīderlandē. Kopš 2005. gada janvāra vairāk nekā 250 "kaņepju konsultāciju klīnikas" ir atvērtas Francijas teritorijās. Šo centru mērķgrupa ir īpaši ar kaņepju vai citu narkotiku lietošanas problēmām, kā arī šo pusaudžu vecāki; centri ir anonīmi, bezmaksas un atvērti ikvienam. Lai padarītu tos pieejamākus, centri ir izvietoti lielākajās Francijas pilsētās. Konsultācijas sniedz profesionāļi, kas ir apmācīti piemērot

novērtēšanas instrumentus un īslaicīgus atkarību novērtēšanas pasākumus, kā arī noteikt, kādi sociālie, medicīnas vai psihiatru pakalpojumi būtu vispiemērotākie pacientiem, kam ir vajadzīga speciāla aprūpe. Šis jauna veida struktūras ir paredzēts pēfīt papildus. Sākotnēji pieejamie dati par pirmo 2 līdz 3 mēnešu darbību rāda, ka klīnikām mēnesī ir bijuši 3500–4000 apmeklētāju, tostarp 2000–2500 kaņepju lietotāji (pārējie apmeklētāji ir bijuši vecāki, radnieki un jaunatnes darbinieki). Alternatīvas stratēģijas piedāvā īslaicīgus, bet strukturētus kursus ar aptuveni 10 grupu nodarbībām (Vācijā, Dānijā, Nīderlandē, Austrijā). Saskaņā ar Nīderlandes un Vācijas *EUREGIO* projektu ir izdota papildinoša rokasgrāmata *SKOLL* (paškontroles apguve).

Tā kā kaņepju lietošana un turēšana ir nelegāla, kaņepju lietotāju "kursu" organizētāji nereti paļaujas uz to, ka par apmeklētāju nosūtīšanu uz kursiem parūpēsies kriminālās justīcijas iestādes. Motivāciju apmeklēt šos kursus lielā mērā nodrošina apstākļi, ka tie ir obligāta tiesas sprieduma daļa. Lai vai kā, šīs metodes ļauj vismaz daļēji nodibināt kontaktus ar riska grupas pārstāvjiem.

Daudzi Eiropas selektīvās profilakses ieviešanās pasākumi tiecas nodrošināt informāciju par kaņepēm. Par kaņepju profilakses programmu standartelementiem vēl ir jāklūst vairākiem citiem ar faktiem pamatotiem risinājumiem, tostarp normatīvai pārstrukturizācijai (piemēram, apziņai, ka lielākā daļa vienaudžu neatbalsta kaņepju lietošanu), pašpārliecības apguvei, motivācijai un mērķu izvirzīšanai, kā arī mītu kļiedēšanai (par kaņepju vērtības asociācijām). Nesen veiktā neaizsargātu jauniešu profilakses programmu metaanalīzē (Roe un Becker, 2005) ir konstatēts, ka informatīva nostāja gan vispārējās, gan selektīvās profilakses programmās ar lietošanu saistīto uzvedību un attieksmi iespaido ļoti maz vai neiespaido vispār. Tie paši autori ir atklājuši arī, ka neaizsargātos jauniešus ievērojami iespaido visaptverošas sociālās ietekmes programmas.

No nedaudzajiem pieejamajiem Eiropas selektīvās kaņepju profilakses projektu novērtējumiem (*FRED*, *Way-Out* ["Izeja"], *Sports for Immigrants and others* ["Sports imigrantiem un pārējiem"]); skatīt iepriekš un *EDDRA* tīmekļa vietnē <http://eddra.emcdda.europa.eu>) pamazām izriet svarīgs atzinums par visaptverošu sociālās ietekmes metožu efektivitāti. Šo metožu pozitīvā ietekme izpaužas, piemēram, kā lietošanas apjoma samazināšanās, problemātiskās lietošanas pašizpratnes pieaugums, svarīgāko riska faktoru un ar tiem saistīto problēmu mazināšanās, kā arī labāka paškontrolē un motivācija.

Īslaicīgi iejaukšanās pasākumi kaņepju lietotājiem

Īslaicīgu iejaukšanās pasākumu mērķis ir likt cilvēkiem padomāt par saviem narkotiku lietošanas paradumiem un palīdzēt apgūt to kontroles iemaņas. Šīs nostājas pamatā ir galvenokārt motivējošas pārrunas, kad pacienti netiek nosodīti vai konfrontēti, bet tiek noskaidrota viņu vērtību sistēma, mērķi, narkotiku lietošanas pašvērtējums un sniegta atgriezeniskā saikne par pretrunām pacientu paštēlā un faktiskajā statusā.

Īslaicīgos iejaukšanās pasākumus nereti piemēro alkohola vai narkotiku lietošanas agrīnajās stadijās, lai novērstu nopietnu narkotiku problēmu attīstību vēlāk. Fakti liecina, ka īslaicīga iejaukšanās efektīvi palīdz novērst alkohola un tabakas kaitīgu lietošanu, un pieaug interese par šā risinājuma piemērošanas iespējām arī citu vielu lietošanas gadījumos.

Īslaicīgi iejaukšanās pasākumi ir izrādījušies ļoti noderīgi selektīvajā profilaksē ar mērķi uzrunāt kaņepju lietotājus, kas parasti necenšas nodibināt kontaktus ar ārstniecības iestādēm. Intensīvas kaņepju lietošanas gadījumos izglītojošas, uz atturēšanos vērstas programmas var izrādīties nederīgas.

Īslaicīgi iejaukšanās pasākumi ir izmaksu ziņā izdevīgi un var izrādīties īpaši piemēroti kaņepju lietotājiem, jo ir pierādījis, ka tie labvēlīgi ietekmē narkotiku lietotājus šādos gadījumos:

- ja narkotiku lietotājiem nav lielu ar narkotiku lietošanu saistītu problēmu;
- ir zems atkarības līmenis;
- narkotiku lietošanas pieredze nav ilga;
- ir stabils sociālais, izglītības, ģimenes stāvoklis;
- narkotiku lietotāju attieksme pret narkotiku lietošanas paradumu maiņu nav noteikta vai viennozīmīga.

Šāda veida nostāju pašlaik izmanto vairākās valstīs, tostarp Vācijā, Nīderlandē, Austrijā un Apvienotajā Karalistē, kur iejaukšanās pasākumi izpaužas kā konsultācijas, "kaņepju kursi" vai pat kā pašpalīdzības tīmekļa vietņu izveide. Piemēram, Vācijas tīmekļa konsultāciju programma *Quit the Shit* ["Nost ar mēsliem"] (www.drugcom.de) ir novatorisks, telemātisks risinājums, kura mērķgrupa ir kaņepju lietotāji, kas vēlas samazināt vai pārtraukt narkotiku lietošanu. Līdzīgas tīmekļa vietnes ar pašpalīdzības elementiem ir *Jellinek* tīmekļa vietne www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html (Nīderlande) un *HIT* tīmekļa vietne www.knowcannabis.org.uk/ (Apvienotā Karaliste).



4. nodaļa

Amfetamīni, ekstazī un citas psihotropās vielas

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

Amfetamīns un metamfetamīns ir centrālās nervu sistēmas stimulantī. No šīm divām vielām Eiropā daudz pieejamāks ir amfetamīns. Pasaulē pieaugošais metamfetamīna lietošanas līmenis rada lielas bažas, jo šīs narkotikas lietošana ir saistīta ar daudzām nopietnām veselības problēmām. Šķiet, ka Eiropā metamfetamīnu ievērojamā daudzumā lieto vienīgi Čehijā.

Par ekstazī sauc sintētiskas vielas, kas ķīmiskā sastāva ziņā ir radniecīgas amfetamīniem, bet to iedarbība nedaudz atšķiras. Pazīstamākais ekstazī grupas preparāts ir 3,4-metilēndioksi-metamfetamīns (MDMA), bet reizēm ekstazī tabletēs atrod citas analogas vielas (MDA, MDEA utt.). Šīs narkotikas reizēm sauc par entaktogēniem, norādot uz to ļoti specifisko garstāvokļa maiņas efektu. Dažkārt šo vielu radītais efekts drīzāk atgādina halucinogēnu vielu iedarbības sekas.

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

Lai konstatētu jaunas narkotikas, kas parādās uz Eiropas narkotiku skatuves, ES darbojas agrīnās brīdināšanas sistēma. Ar šo sistēmu pārrauga arī potenciāli kaitīgas jaunas psihoaktīvo vielu lietošanas tendences.

Izplatīšana un pieejamība ⁽⁸¹⁾

Amfetamīnu un ekstazī ražošanas apjomus ir grūti noteikt, jo ražošana "sākas ar brīvi pieejamām ķīmikālijām viegli nomaskējamās laboratorijās" (UNODC, 2003a). Jaunākās aplēses rāda, ka amfetamīnu un ekstazī ražošanas apjoms pasaulē varētu būt aptuveni 520 tonnas gadā (UNODC, 2003b). Šo vielu atsavināšanas līmenis pasaulē ir bijis visaugstākais 2000. gadā, konfiscējot 46 tonnas. Pēc krituma 2001. un 2002. gadā atsavināšanas apjoms 2003. gadā atkal pieauga līdz 34 tonnām, un 2004. gadā atkal nedaudz kritās līdz 29 tonnām. Pasaulē 2004. gadā atsavinātajā amfetamīnu un ekstazī kopumā metamfetamīna daļa ir nokritusies līdz 38 % (no 66 % 2003. gadā), ekstazī daļa ir 29 %, bet konfiscētā amfetamīna daļa ir 20 % (CND, 2006).

Amfetamīns

Amfetamīnu pasaulē joprojām visvairāk ražo Rietum- un Centrāleiropā, jo īpaši Beļģijā, Nīderlandē un Polijā. Šajā apakšreģionā nelikumīgajā amfetamīna izgatavošanā svarīgu lomu spēlē arī Igaunija, Lietuva un Bulgārija, un mazākā mērā Vācija, Spānija un Norvēģija – par to liecina šajās valstīs 2004. gadā likvidēto amfetamīna laboratoriju skaits (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Ārpus Eiropas amfetamīnu pārsvarā izgatavo Ziemeļamerikā un Okeānijā (CND, 2006). Amfetamīna nelikumīgā tirdzniecība 2004. gadā ir pārsvarā saglabājusi savu starpreģionālo raksturu. Eiropas nelegālajā tirgū atrastais amfetamīns lielākoties nāk no Beļģijas, Nīderlandes un Polijas, kā arī no Igaunijas un Lietuvas (Ziemeļvalstīs konfiscētais amfetamīns) (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; WCO, 2005).

No pasaulē 2004. gadā atsavinātajām 6 tonnām amfetamīna gandrīz 97 % ir atsavināti Eiropā, lielākoties Rietum-/Centrāleiropā un Dienvidaustrumeiropā (attiecīgi 67 % un 26 % no pasaulē atsavinātā daudzuma) (CND, 2006).

⁽⁸¹⁾ Skatīt "Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija", 37. lpp.

⁽⁸²⁾ Dažādās valstīs likvidēto laboratoriju skaits liecina ne vien par ražotņu skaitu, bet arī par attiecīgo valstu tiesiskās kārtības nodrošinājuma pasākumiem un prioritātēm, kā arī par paziņošanas praksi.

ES 2004. gadā ir bijušas apmēram 33 000 konfiskācijas, atsavinot 5,2 tonnas un 9,6 miljonus vienību. Atsavināšanas gadījumu skaita un konfiscētā amfetamīna apjoma ziņā ES valstu vidū konsekventa līdere ir Apvienotā Karaliste ⁽⁸³⁾. Turcija informē par 2004. gadā konfiscētiem 9,5 miljoniem amfetamīna vienību. Lai gan ir bijušas zināmas svārstības, ES līmenī kopš 1999. gada ir audzis gan kopējais amfetamīna atsavināšanas gadījumu skaits ⁽⁸⁴⁾, gan atsavinātais daudzums ⁽⁸⁵⁾ un, pamatojoties uz ziņojumā aplūkotojās valstīs konstatētajiem faktiem, izskatās, ka šī pieaugošā tendence 2004. gadā ir turpinājusies.

Amfetamīna vidējā mazumtirdzniecības cena 2004. gadā ir svārstījusies no 4 euro par gramu Slovēnijā līdz 64 euro par gramu Maltā ⁽⁸⁶⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam amfetamīna cena, ievērojot inflāciju ⁽⁸⁷⁾, kopumā ir kritusies Vācijā, Spānijā, Īrijā, Latvijā, Lietuvā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā, Turcijā un Norvēģijā ⁽⁸⁸⁾.

Amfetamīna vidējā tīrība 2004. gadā ir svārstījusies no 5–6 % Bulgārijā līdz 44 % Norvēģijā ⁽⁸⁹⁾. Pieejamie dati ⁽⁹⁰⁾ par amfetamīna vidējo tīrību laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam liecina, ka vidējā tīrība kopumā ir kritusies Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Somijā un Norvēģijā, bet augšupejošas tendences ir vērojamas Beļģijā, Vācijā, Francijā, Itālijā, Ungārijā un Austrijā.

Metamfetamīns

Izgatavošanas apjomu un tirdzniecības ziņā pasaules mērogā metamfetamīns joprojām pārspēj amfetamīnu un ekstazi, lai gan pasaulē konfiscētā metamfetamīna apjomi 2004. gadā ir samazinājušies. Metamfetamīnu joprojām izgatavo lielākoties Austrum- un Dienvidaustrumāzijā (Ķīnā, Mjanmā, Filipīnās, Taizemē), kam seko Ziemeļ- un Centrālamerika (ASV, Kanāda, Meksika). Pasaulē 2004. gadā ir konfiscētas 11 tonnas metamfetamīna, no tām

59 % ir konfiscēti Austrum- un Dienvidaustrumāzijā un 37 % Ziemeļamerikā (CND, 2006). Eiropā metamfetamīnu ražo galvenokārt Čehijā, kur tā ražošana ar vietējo nosaukumu "perviīns" turpinās kopš 80. gadu vidus. Tomēr 2004. gadā par metamfetamīna izgatavošanu ir informējušas arī Slovēnija un Bulgārija, kur ir likvidētas laboratorijas (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; UNODC, 2006). Lielākā daļa no Čehijā saražotā metamfetamīna ir paredzēta vietējam patēriņam, lai gan neliels daudzums kontrabandas ceļā nonāk arī Vācijā, Austrijā un Slovēnijā (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005). Par metamfetamīna atsavināšanu 2004. gadā informē Beļģijā, Čehijā, Dānijā, Igaunijā, Grieķijā, Francijā, Latvijā, Lietuvā, Ungārijā, Austrijā, Slovēnija, Zviedrijā, Rumānijā un Norvēģijā, kur ir bijis lielākais konfiskāciju skaits un arī lielākais atsavinātā metamfetamīna daudzums ⁽⁹¹⁾.

Metamfetamīna mazumtirdzniecības cena 2004. gadā ⁽⁹²⁾ ir svārstījusies no 12 līdz 63 euro par gramu, bet vidējā tīrība ⁽⁹³⁾ ir svārstījusies no 43 % Slovēnijā līdz 50 % Čehijā.

Ekstazi

Pasaules mērogā Eiropa vēl arvien ir galvenais ekstazi ražošanas centrs, lai gan izskatās, ka relatīvi Eiropas loma ekstazī ražošanā mazinās, jo pēdējos gados ražošana ir izplatījusies arī uz citām pasaules daļām, jo īpaši uz Ziemeļameriku (ASV, Kanādu) un Austrum- un Dienvidaustrumāziju (Ķīnu, Indonēziju, Honkongu) (CND, 2006; UNODC, 2006). Lai gan 2004. gadā galvenais ekstazī avots Eiropā un visā pasaulē joprojām ir bijusi Nīderlande, ekstazī laboratorijas ir atklātas arī Beļģijā, Igaunijā, Spānijā un Norvēģijā (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; UNODC, 2006). Saskaņā ziņojumiem ES konfiscētā ekstazi izcelsmes valstis ir galvenokārt Nīderlande un Beļģija, un mazākā mērā arī Polija un Apvienotā Karaliste (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005).

⁽⁸³⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem Apvienotās Karalistes 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par amfetamīna konfiskāciju skaitu un atsavināto amfetamīna daudzumu 2004. gadā, kā arī Slovēnijas dati par atsavināto amfetamīna daudzumu 2004. gadā un Nīderlandes dati par amfetamīna konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto amfetamīna daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analizē līdz 2004. gadam.

⁽⁸⁴⁾ Skatīt tabulu SZR-11 2006. gada statistikas bijūtenā.

⁽⁸⁵⁾ Skatīt tabulu SZR-12 2006. gada statistikas bijūtenā.

⁽⁸⁶⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2006. gada statistikas bijūtenā.

⁽⁸⁷⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽⁸⁸⁾ Informācija par amfetamīna cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Latvijā, Lietuvā, Polijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā, Turcijā un Norvēģijā.

⁽⁸⁹⁾ Skatīt tabulu PPP-8 2006. gada statistikas bijūtenā. Jāievēro, ka paziņotā vidējā tīrības līmeņa noteikšanā var būt izmantoti ļoti atšķirīgas tīrības paraugi.

⁽⁹⁰⁾ Informācija par amfetamīna tīrību vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Vācijā, Igaunijā, Francijā, Itālijā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Ungārijā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē Somijā, Apvienotajā Karalistē, Turcijā un Norvēģijā.

⁽⁹¹⁾ Datas, ko par 2004. gadu ir sniegušas Vācija, Itālija, Luksemburga un Nīderlande, metamfetamīna un amfetamīna atsavināšanas gadījumi nav nošķirti, bet Īrija un Apvienotā Karaliste nav sniegušas datus par narkotiku atsavināšanu 2004. gadā, tādēļ ir grūti teikt, vai šajās piecās valstīs 2004. gadā ir notikusi metamfetamīna atsavināšana.

⁽⁹²⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2006. gada statistikas bijūtenā.

⁽⁹³⁾ Skatīt tabulu PPP-8 2006. gada statistikas bijūtenā.

Ekstāzi tirdzniecība joprojām visvairāk ir koncentrēta Rietumeiropā, lai gan pēdējos gados tāpat kā ražošana, arī tirdzniecība ir izplatījusies visā pasaulē. No pasaulē 2004. gadā atsavinātajām 8,5 ekstāzi tonnām (svara ekvivalents), 50 % ir konfiscēti Rietum- un Centrāleiropā, 23 % Ziemeļamerikā un 16 % Okeānijā (CND, 2006).

Aptuveni 24 000 konfiskācijās 2004. gadā ES ir atsavināti apmēram 28,3 miljoni ekstāzi tablešu. Līdz 2003. gadam lielākais ekstāzi daudzums ir atsavināts Apvienotajā Karalistē, kam seko Vācija, Francija un Nīderlande ⁽⁹⁴⁾.

Pēc strauja kāpuma laikposmā no 1999. līdz 2001. gadam ekstāzi atsavināšanas gadījumu skaits ⁽⁹⁵⁾ ES līmenī no 2002. līdz 2003. gadam ir krities; tomēr ziņojumā aplūkoto valstu 2004. gada dati liecina par jaunu kāpumu. Konfiscētā ekstāzi daudzums ⁽⁹⁶⁾ laikposmā no 1999. līdz 2002. gadam ir pieaudzis; pieejamie dati par 2004. gadu liecina, ka pēc straujā krituma līdz viszemākajam punktam 2003. gadā atkal ir sasniegts 2002. gada līmenis.

Ekstāzi tablešu vidējā mazumtirdzniecības cena 2004. gadā ir svārstījusies no mazāk par 3 euro gabalā Lietuvā un Polijā līdz 15–25 euro Grieķijā un Itālijā ⁽⁹⁷⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam ekstāzi vidējā mazumtirdzniecības cena, ievērojot inflāciju ⁽⁹⁸⁾, lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu ir kritusies ⁽⁹⁹⁾.

Kopumā lielākajā daļā tablešu, kas Eiropā ir pārdotas kā ekstāzi, vienīgā konstatētā psihoaktīvā viela ir bijis MDMA vai kāda līdzīga ekstāzi viela (MDEA, MDA). To var teikt par vairāk nekā 95 % no visām 2004. gadā Čehijā, Grieķijā, Latvijā, Lietuvā, Ungārijā, Nīderlandē, Slovākijā,

Somijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā pārbaudītajām tablešiem. Izņēmums ir Bulgārija, kur lielā daļā pārbaudīto tablešu (61 %) vienīgā konstatētā psihoaktīvā viela ir bijis amfetamīns un/vai metamfetamīns. Ekstāzi tablešu MDMA saturs dažādās tablešu partijās ievērojami atšķiras (pat viena un tā paša zīmola partijās) gan dažādās valstīs, gan vienā un tai pašā valstī. Vidējais aktīvās vielas (MDMA) saturs ekstāzi tabletēs 2004. gadā ir svārstījies no 30 līdz 82 miligramiem ⁽¹⁰⁰⁾ (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005).

LSD

LSD ražo un tirgo daudz mazākos apmēros nekā pārējās sintētiskās narkotikas. ES 2004. gadā ir bijuši apmēram 700 atsavināšanas gadījumu, konfiscējot 220 000 LSD vienību. Kopš 2002. gada lielāko daudzumu LSD gadā konfiscē Vācija, kam seko Apvienotā Karaliste ⁽¹⁰¹⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2002. gadam gan LSD atsavināšanas gadījumu skaits ⁽¹⁰²⁾, gan konfiscētais LSD daudzums ⁽¹⁰³⁾ ES līmenī ir krities. Tomēr pieejamie dati liek secināt, ka 2003. un 2004. gadā, pirmo reizi deviņos gados, ir pieaudzis gan LSD atsavināšanas gadījumu skaits, gan konfiscētais LSD daudzums, un 2004. gadā relatīvi liels LSD apjoms ir atsavināts Vācijā, Francijā, Lietuvā, Nīderlandē un Polijā.

Vidējā LSD vienības cena lietotājiem 2004. gadā ir svārstījusies no 2,5 euro Portugālē līdz 11,6 euro Maltā ⁽¹⁰⁴⁾. Vidējā LSD cena, ievērojot inflāciju ⁽¹⁰⁵⁾, laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam kopumā ir kritusies ⁽¹⁰⁶⁾ Čehijā, Īrijā, Polijā, Slovēnijā un Zviedrijā, bet augšupejoša tendence raksturo Vāciju un Franciju.

⁽⁹⁴⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem Apvienotās Karalistes 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par ekstāzi konfiskāciju skaitu un atsavināto ekstāzi daudzumu 2004. gadā, kā arī Nīderlandes dati par ekstāzi konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto ekstāzi daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analizē līdz 2004. gadam.

⁽⁹⁵⁾ Skatīt tabulu SZR-13 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁶⁾ Skatīt tabulu SZR-14 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁷⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁹⁸⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽⁹⁹⁾ Informācija par ekstāzi cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Čehijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Kiprā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā, Turcijā un Norvēģijā.

⁽¹⁰⁰⁾ Šī amplitūda ir noteikta, pamatojoties tikai uz dažu valstu, proti, Dānijas, Vācijas, Francijas, Luksemburgas un Nīderlandes datiem.

⁽¹⁰¹⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem Apvienotās Karalistes 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par LSD konfiskāciju skaitu un atsavināto LSD daudzumu 2004. gadā, kā arī Kipras, Nīderlandes, Polijas un Bulgārijas dati par LSD konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto LSD daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analizē līdz 2004. gadam.

⁽¹⁰²⁾ Skatīt tabulu SZR-15 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰³⁾ Skatīt tabulu SZR-16 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁴⁾ Skatīt tabulu PPP-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁰⁵⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽¹⁰⁶⁾ Informācija par ekstāzi cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Čehijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Lietuvā, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Rumānijā un Norvēģijā.

Starptautiskie pasākumi pret amfetamīnu un ekstazī ražošanu un tirdzniecību

Sintētisko narkotiku jomā Eiropols kopš 2004. gada decembra īsteno projektu *Synergy* ⁽¹⁰⁷⁾. To atbalsta 20 ES dalībvalstis un dažas trešās valstis, un tajā ietilpst analītiskā darba datne (AWF) ar operatīviem apakšprojektiem, ko īsteno vairākās valstīs visā ES, kā arī vairāki analītiskiem un stratēģiskiem mērķiem izmantojami instrumenti, piemēram, Eiropola ekstazī zīmolu sistēma (EELS) (ieskaitot ekstazī zīmolu katalogu) un Eiropola nelegālo laboratoriju salīdzināšanas sistēma (ELICS). Eiropols turpina atbalstīt projektu *CHAIN* ⁽¹⁰⁸⁾ par amfetamīna profilēšanu un Eiropas Apvienoto prekursoru vienību (EUJP). Vienlaikus ar ekspertu palīdzību uz vietas, palīdzot likvidēt nelegālās sintētisko narkotiku ražotnes, pēdējā laikā īstenotie apakšprojekti ir bijuši veltīti likvidēto laboratoriju salīdzināšanai, ķīmisko atkritumu izgāztuvju kā izmeklēšanas sākumpunkta atklāšanai, tablešu izgatavošanas ierīču izsekošanai un prekursoru ķīmikāliju kontrabandai uz ES valstīm.

Projekts *Prism* ir starptautiska iniciatīva ar mērķi novērst nelikumīgā sintētisko narkotiku izgatavošanā izmantojamo prekursoru ķīmikāliju novirzīšanu, liekot lietā Starptautiskās narkotiku kontroles padomes (INCB) pirmseksporta paziņošanas sistēmu, kas paredz ziņot par likumīgām komerciālām darbībām, un ziņošanu par aizturētiem sūtiņumiem un atsavināšanu aizdomīgu darījumu gadījumā.

Efedrīns un pseidoefedrīns ir svarīgākie metamfetamīna prekursori, bet 1-fenil-2-propanonu (P-2-P) izmanto arī amfetamīna izgatavošanai; 3,4-metilēndioksifenil-2-propanonu (3,4-MDP-2-P), safrolu un safrola eļļas izmanto, nelikumīgi izgatavojot MDMA, savukārt piperonālu lieto arī, lai sintezētu MDA ⁽¹⁰⁹⁾.

Likumīgā tirdzniecībā 2004. gadā pavisam ir nonākušas attiecīgi 526 un 1207 tonnas efedrīna un pseidoefedrīna. Saskaņā ar ziņojumiem lielākais daudzums šo ķīmikāliju ir konfiscēts Ziemeļamerikā un Dienvidaustrumāzijā, bet bažas rada fakts, ka konfiskācijas pašlaik notiek jau visos reģionos. Efedrīna un pseidoefedrīna kontrabandas ceļš uz Eiropu sākas galvenokārt Rietumāzijā. Eiropā 2004. gadā ir atsavinātas 2,6 tonnas efedrīna un 1 kilograms pseidoefedrīna ⁽¹¹⁰⁾; atsavinātie apjomi lielākoties ir mazi un nāk no daudzām un dažādām laboratorijām, pārsvarā

no Čehijas, bet ir bijusi arī viena liela apjoma konfiskācija Grieķijā, atsavinot efedrīnu no Pakistānas.

Projekta *Prism* pasākumi Eiropā ir bijuši galvenokārt novēršanas pasākumi, lai nepieļautu, ka Eiropā kontrabandas ceļā nokļūst 3,4-MDP-2-P un P-2-P, ko izmanto attiecīgi MDMA un amfetamīna nelikumīgā ražošanā. Saskaņā ar ziņojumiem 2004. gadā ir atsavināti līdz šim pasaulē lielākie 3,4-MDP-2-P un P-2-P apjomi, Eiropā ir konfiscēts lielākais 3,4-MDP-2-P daudzums, bet ASV var lepoties ar lielāko atsavinātā P-2-P daudzumu. Eiropā 2004. gadā pavisam ir atsavināts 10 161 litrs 3,4-MDP-2-P (galvenokārt Nīderlandē un Beļģijā) un 9297 litri P-2-P (galvenokārt Polijā un Nīderlandē) ⁽¹¹¹⁾.

Piperonālam ir daudzveidīgs atļauts lietojums, bet to var izmantot arī kā prekursoru, lai izgatavotu 3,4-MDP-2-P, MDA vai MDMA (INCB, 2006b). Laikposmā starp 2004. gada novembri un 2005. gada oktobri INCB (2006b) ir ziņots par vairāk nekā 150 sūtiņumiem jeb 3800 piperonāla tonnām. Par lielāko atsavinātā piperonāla daudzumu 2004. gadā ir informējusi Ķīna (13 tonnas); Eiropā ir atsavinātas 2,4 tonnas, un gandrīz viss šis daudzums ir konfiscēts Rumānijā ⁽¹¹²⁾.

Informācija par safrola atsavināšanu nāk no visiem pasaules reģioniem, bet atsavinātais daudzums paliek neliels, izņemot Ķīnu, kas ziņo par gadījumiem, kad konfiscētais daudzums pārsniedz 100 kilogramus. Eiropā 2004. gadā ir konfiscēti 122 litri safrola, galvenokārt Latvijā un arī Lietuvā.

Izplatība un lietošanas ievirzes

Iedzīvotāju aptaujas parasti rāda, ka amfetamīni un ekstazī ir visbiežāk lietotās nelegālās vielas tūlīt aiz kaņepēm, lai gan kopumā to lietošana nav tik izplatīta kā kaņepju lietošana. Ekstazī lietošana kļuva populāra 90. gados, bet amfetamīni ir pazīstami daudz ilgāk.

No ES dalībvalstīm amfetamīnu ⁽¹¹³⁾ un ekstazī lietošanas līmenis, šķiet, ir samērā augsts tikai dažās valstīs, proti, Čehijā, Igaunijā un Apvienotajā Karalistē.

Pēdējā laikā veiktajās pieaugušo (15–64 gadus veco) iedzīvotāju aptaujās ir noskaidrojies, ka iedzīvotāju, kuri amfetamīnu lietojuši vismaz reizi dzīves laikā, īpatsvars Eiropā svārstās no 0,1 % līdz 5,9 %, izņemot Apvienoto Karalisti (Angliju un Velsu), kur tas sasniedz 11,2 %. Vidēji aptuveni

⁽¹⁰⁷⁾ Projektā *Synergy* ir apvienoti 2002. gadā sāktie projekti *CASE* un *Genesis*.

⁽¹⁰⁸⁾ Saskaņotā amfetamīna sadarbības iniciatīva (*CHAIN*) ir tiesu medicīnas profilēšanas iniciatīva, kas ir stājusies eksperimentālā projekta *CASE* vietā.

⁽¹⁰⁹⁾ Visas šīs vielas ir iekļautas 1988. gada Konvencijas I sarakstā.

⁽¹¹⁰⁾ Atsavināšanas datus neietilpst aizturētos sūtiņumos atklātais daudzums.

⁽¹¹¹⁾ Atsavināšanas datus neietilpst aizturētos sūtiņumos atklātais daudzums.

⁽¹¹²⁾ Atsavināšanas datus neietilpst aizturētos sūtiņumos atklātais daudzums.

⁽¹¹³⁾ Iedzīvotāju aptauju dati par "amfetamīna lietošanu" attiecas gan uz "amfetamīna", gan "metamfetamīna" lietošanu.

3,1 % no visiem Eiropas pieaugušajiem iedzīvotājiem vismaz vienreiz ir pamēģinājuši amfetamīnus. Augstākais lietošanas līmenis aiz Apvienotās Karalistes ir Dānijā (5,9 %), Norvēģijā (3,6 %) un Vācijā (3,4 %). Pēdējā gada lietošanas līmenis ir daudz zemāks: vidēji 0,6 % (no 0 % līdz 1,4 %). Pamatojoties uz vispārējo iedzīvotāju aptauju rezultātiem, ir aplēsts, ka gandrīz 10 miljoni eiropiešu kādreiz ir pamēģinājuši šo vielu un vairāk nekā 2 miljoni ir lietojuši amfetamīnu pēdējos 12 mēnešos ⁽¹¹⁴⁾.

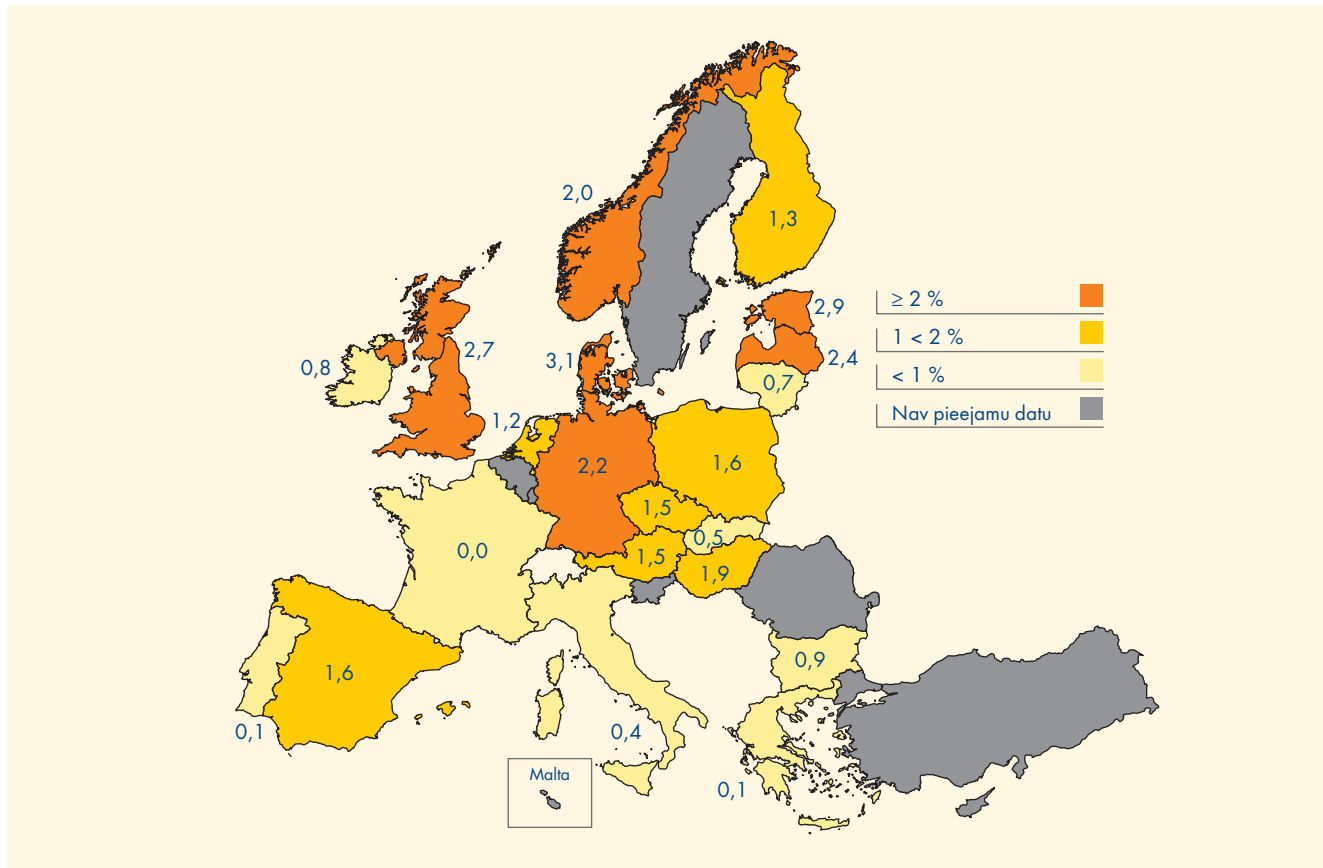
Saskaņā ar ziņojumiem gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū amfetamīna lietošanas pieredze ir 0,1–9,6 % iedzīvotāju, bet Apvienotajā Karalistē (Anglijā un Velsā) vismaz vienreiz dzīves laikā to ir lietojuši 16,5 % (tas, iespējams, ir vēsturiski nosacīts, skatīt tālāk). Pusē no valstīm, kas ir sniegušas informāciju, izplatības rādītāji ir zemāki par 4 %, augstākais izplatības līmenis aiz Apvienotās Karalistes ir Dānijā (9,6 %), Norvēģijā (5,9 %) un Vācijā (5,4 %). Vidēji 4,8 % gados jaunu eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnu. Augstākie izplatības rādītāji ir Dānijā (3,1 %)

un Igaunijā (2,9 %) ⁽¹¹⁵⁾. Aplēses liecina, ka pēdējā gadā amfetamīnu ir lietojuši vidēji 1,4 % gados jaunu eiropiešu (skatīt arī 4. attēlu).

Ekstāzi ir pamēģinājuši 0,2–7,1 % visu pieaugušo (vidēji 2,6 %). Puse valstu informē par 1,8 % vai zemāku izplatības līmeni, augstākais izplatības līmenis ir konstatēts Čehijā (7,1 %) un Apvienotajā Karalistē (6,7 %). Ekstāzi pēdējā gada lietošanas līmenis svārstās no 0,2 % līdz 3,5 %, bet puse valstu informē par 0,5 % vai zemāku izplatības līmeni. Ir aplēsts, ka gandrīz 8,5 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši ekstāzi un gandrīz 3 miljoni ir lietojuši ekstāzi pēdējā gadā.

No gados jauniem Eiropas valstu pieaugušajiem 5,2 % ir lietojuši ekstāzi vismaz reizi dzīves laikā. Rādītāji svārstās no 0,5 % līdz 14,6 %, lai gan puse valstu ziņo par izplatības līmeni, kas nepārsniedz 3,6 %. Augstākie izplatības rādītāji ir Čehijā (14,6 %), Apvienotajā Karalistē (12,7 %) un Spānijā (8,3 %).

4. attēls: Amfetamīna pēdējā gada lietošanas izplatība gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū



NB: Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie aptauju dati. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetena tabulās GPS-8 un GPS-11. Avoti: Reītox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu vai zinātnisku rakstu informācija.

⁽¹¹⁴⁾ Aprēķināšanas metodiku skatīt (53) zemsvītras piezīmē.

⁽¹¹⁵⁾ Skatīt attēlus GPS-15 un GPS-16 2006. gada statistikas biļetenā.

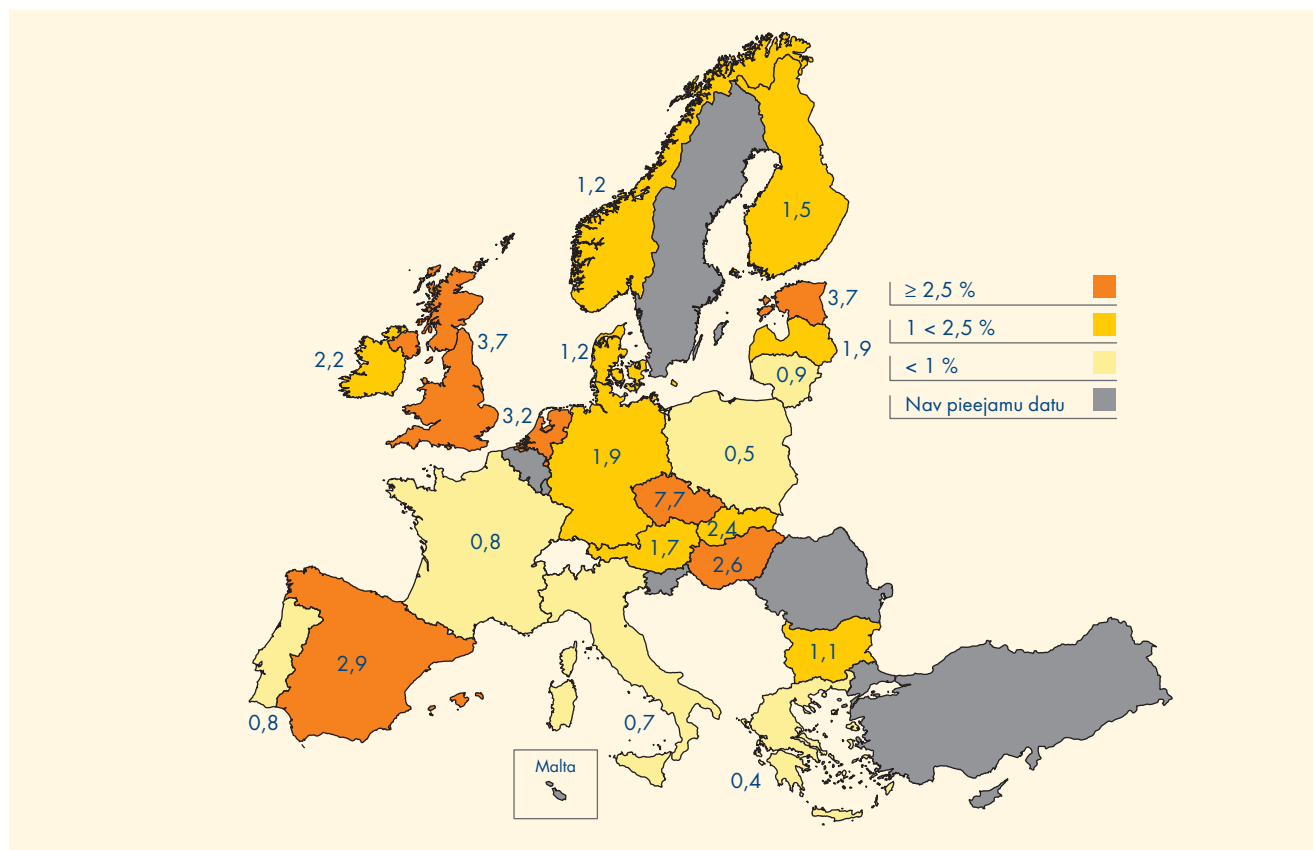
Ekstāzi pārsvarā lieto jaunieši. Vecuma grupā no 15–24 gadiem ekstāzi vismaz vienreiz ir lietojuši no 0,4 % līdz 18,7 % jauniešu, visaugstākie rādītāji ir Čehijā (18,7 %) ⁽¹¹⁶⁾ un Apvienotajā Karalistē (10,7 %), turklāt vīriešu vidū ekstāzi lietošana ir izplatītāka (0,3–23,2 %) nekā sievietes vidū (0,4–13,9 %). Pēdējā gada lietošanas līmenis svārstās no 0,3 % līdz 12 %, par augstāko līmeni ziņo Čehija (12 %) un Igaunija (6,1 %) (5. attēls). Septiņas valstis informē par pēdējā mēneša lietošanas izplatības līmeni, kas ir zemāks par 3 %. Parasti izplatības līmenis ir augstāks pilsētvidē un jo īpaši starp iedzīvotājiem, kas bieži apmeklē diskotēkas, klubus un deju pasākumus (skatīt īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās).

Aptaujas 15 un 16 gadus vecu skolēnu vidū atklāj, ka laikposmā no 1995. līdz 2003. gadam kopējā ekstāzi lietošanas izplatība ir pieaugusi, visvairāk Čehijā un

lielākajā daļā jauno ES dalībvalstu ⁽¹¹⁷⁾. Saskaņā ar ESPAD 2003. gada skolu aptaujas datiem (Hibell u.c., 2004) sešs dalībvalstīs (Vācijā, Dānijā, Igaunijā, Lietuvā, Austrijā un Polijā) ⁽¹¹⁸⁾ amfetamīnu izplatības rādītāji (lietošana vismaz vienreiz dzīves laikā) ir bijuši par 1 % līdz 3 % augstāki nekā ekstāzi izplatības rādītāji.

Salīdzinājumam: ASV 2004. gada valsts pētījumā par narkotiku lietošanu un veselību 4,6 % pieaugušo (t.i., 12 gadus veco un vecāko iedzīvotāju) atzīst, ka kādreiz savas dzīves laikā ir lietojuši ekstāzi, bet 0,8 % atzīst, ka ir lietojuši ekstāzi pēdējā gada laikā (attiecināmie ES rādītāji ir 2,6 % un 0,9 %). No gados jauniem, t.i., 16–34 gadus veciem pieaugušajiem ekstāzi vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši ir 11,3 %, bet pēdējā gada lietošanas rādītājs ir 2,2 % (Eiropā attiecīgi 5,2 % un 1,9 %) ⁽¹¹⁹⁾.

5. attēls: Ekstāzi pēdējā gada lietošanas izplatība gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū



Pieaugušo īpatsvars, kuri vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši LSD, svārstās no 0,2 % līdz 5,9 %. Divas trešdaļas valstu informē par izplatības rādītājiem, kas svārstās starp 0,4 % un 1,7 %. No gados jauniem (15–34 gadus veciem) pieaugušajiem LSD vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši 0,3–9 %, bet vecuma grupā no 15–24 gadiem tas nepārsniedz 4,5 %. LSD lietošanas izplatība pēdējā gada laikā vecuma grupā no 15–24 gadiem pārsniedz 1 % tikai Čehijā, Igaunijā, Latvijā, Ungārijā, Polijā un Bulgārijā.

Tendences

Pēdējo iedzīvotāju aptauju rezultāti liecina, ka pēdējos gados pieaugošais amfetamīnu un ekstazī lietošanas līmenis, iespējams, stabilizējas vai pat krītas. Saskaņā ar ziņojumiem Apvienotajā Karalistē, kā arī divās citās dalībvalstīs, kur šo narkotiku lietošanas līmenis ir bijis salīdzinoši augsts (Čehijā un Spānijā), pēdējā gada amfetamīnu lietošanas līmenis gados jaunu pieaugušo vidū tagad stabilizējas vai pat krītas⁽¹²⁰⁾. Izskatās, ka tāpat izlīdzinās vai pat samazinās ekstazī lietošanas līmenis divās augstas izplatības valstīs, proti, Spānijā un Apvienotajā Karalistē, bet to diemžēl nevar teikt par Čehiju⁽¹²¹⁾.

Informācija par amfetamīnu un ekstazī ārstniecības pieprasījumiem⁽¹²²⁾

Lai gan ar amfetamīnu un ekstazī lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits aug, kopumā lielākajā daļā valstu šo narkotiku lietošana reti ir primārais narkotiku terapijas iemesls⁽¹²³⁾. Taču ir arī vērtīgi izņēmumi: dažas valstis ziņo par ievērojamu ar amfetamīnu un metamfetamīna lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaitu. Čehijā, Slovākijā, Somijā un Zviedrijā ar šo narkotiku lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits ir no ceturtdaļas līdz gandrīz pusei visu ārstniecības pieprasījumu⁽¹²⁴⁾. Čehijā un Slovākijā liela daļa ārstniecības pieprasījumu primāri attiecas uz metamfetamīna problēmām (skatīt logu par metamfetamīnu). Valstīs, kur amfetamīna lietotāji visbiežāk ir terapijas pieprasītāji, viena līdz divas trešdaļas amfetamīna pacientu šo narkotiku injicē⁽¹²⁵⁾.

Ar ekstazī lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu skaits lielākajā daļā valstu ir mazāks par 1 % no visiem ārstniecības pieprasījumiem, izņemot Kipru, Ungāriju, Īriju un Turciju, kur ekstazī lietotāji, kas vēlas ārstēties, ir 4 % līdz 6 % no visiem narkotiku pacientiem.

Metamfetamīna lietošana un ar to saistītās problēmas

Ziņas par ievērojamām ar metamfetamīna lietošanu saistītām problēmām pienāk no dažādām pasaules malām, tostarp no ASV, Dienvidaustrumāzijas un Klusā okeāna reģiona valstīm, kā arī no Āfrikas (UNODC, 2006). Metamfetamīna lietošana var radīt nopietnas veselības problēmas, ieskaitot psihozes un atkarību, turklāt tā var būt saistīta ar riska uzvedību, tostarp ar tādiem uzvedības modeļiem, kas draud ar HIV pārnesanu.

Eiropā metamfetamīna lietošana vēsturiski koncentrējas Čehijā – aplēses liecina, ka šajā valstī problemātisku metamfetamīna (perviīna) lietotāju (20 300) ir divreiz vairāk nekā problemātisku opioīdu lietotāju (9700). Pēdējos gados metamfetamīns ir kļuvis par visbiežāk minēto primāro narkotiku jaunajos ārstniecības pieprasījumos Slovākijā, un ir noskaidrots, ka arī dažās Ungārijas narkotiku lietotāju apakšgrupās ir augsts metamfetamīna lietošanas izplatības līmenis. Septiņas citas valstis (Dānija, Francija, Latvija, Slovēnija, Apvienotā Karaliste, Bulgārija un Norvēģija) 2005. gada *Reitox* ziņojumos informē par šīs narkotikas konfiskāciju skaita un/vai lietošanas pieaugumu, galvenokārt biežu klubu un sarīkojumu apmeklētāju vidū. Pašlaik pieejamā informācija neļauj izdarīt drošus secinājumus par metamfetamīna lietošanas tendencēm šajās valstīs. Tomēr metamfetamīna izplatīšanās citur pasaulē un šīs narkotikas iespējamā nopietnā ietekme uz veselību nozīmē, ka modrība šajā jomā nedrīkst atslābt.

Jaunas un topošas narkotiku lietošanas tendences

Jaunu vai topošu narkotiku lietošanas tendenču analīze liecina, ka jaunu narkotiku lietošanas izplatība ir daudz mazāka nekā tradicionālu nelegālo narkotiku lietošanas izplatība. Jaunas narkotiku lietošanas ievirzes sākotnēji izplatās atsevišķu personu un nelielu grupu vidū, kā arī ierobežotā ģeogrāfiskā teritorijā vai vidē. Līdz ar to topošu tendenču apzināšanā un pārraudzībā ir jāpiemēro citāda nostāja, nekā pārraugot plašāk izplatītos narkotiku lietošanas veidus.

Halucinogēnās sēnes: topošas tendences socioloģiska izpēte

Vēl nesen visplašāk lietotā halucinogēnā viela bija LSD. Šķiet, situācija pašlaik mainās, jo arvien biežāk nākas dzirdēt par

⁽¹²⁰⁾ Skatīt attēlus GPS-6 un GPS-17 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²¹⁾ Skatīt attēlus GPS-8, GPS-18 un GPS-30 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²²⁾ Skatīt (70) zemsvītras piezīmi.

⁽¹²³⁾ Skatīt attēlu TDI-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹²⁵⁾ Skatīt tabulu TDI-17 (iii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

halucinogēno sēņu lietošanu⁽¹²⁶⁾. Liekas, ka halucinogēno sēņu pieejamība kopš 90. gadu beigām, kad tās kopā ar citiem "dabīgiem" produktiem sāka pārdot Nīderlandes un citu valstu "smart" ["modernajos"] veikalos, ir augusi⁽¹²⁷⁾. Piemēram, Apvienotajā Karalistē tādu veikalu skaits, kur tirgo halucinogēnās sēnes, 21. gadsimta sākumā ir pieaudzis, un ir aplēsts, ka līdz 2005. gadam šajā valstī bija jau apmēram 300 šādu veikalu un tirgus stendu. Halucinogēnās sēnes pašlaik pārdod arī ar interneta starpniecību, pārsvarā Nīderlandes tīmekļa vietnēs, kas piedāvā svaigas sēnes, to audzēšanas aprīkojumu un sporu uzsējumus. Internetā halucinogēnās sēnes tiek piedāvātas daudzās valodās, galvenokārt angļu, franču un vācu, kas norāda uz plašu un starptautisku lietotāju loku.

Nesen veiktu pieaugušo iedzīvotāju un skolu aptauju rezultāti liecina, ka 15–24 gadus vecu jauniešu īpatsvars, kuri vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši halucinogēnās sēnes, svārstās no mazāk nekā 1 % līdz 8 %⁽¹²⁸⁾. Aplēstie halucinogēno sēņu lietošanas izplatības rādītāji (lietošana vismaz vienreiz dzīves laikā) 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū deviņās ES dalībvalstīs ir tādi paši kā ekstazī izplatības rādītāji vai tos pārsniedz (*Hibell u.c., 2004*). Tomēr cita informācija liecina, ka turpināšanas rādītāji halucinogēnajām sēnēm ir zemāki nekā lielākajai daļai pārējo narkotiku. Tā ir raksturīga halucinogēno vielu lietošanas iezīme, kas apliecina, ka jaunieši parasti aprobežojas ar šāda veida narkotiku izmēģināšanu un reti turpina tās lietot regulāri.

Ziņojumi par akūtām vai hroniskām halucinogēno sēņu izraisītām veselības problēmām, kas prasa medicīnisku iejaukšanos, ir reti. Tomēr, reaģējot uz šādu halucinogēnu vielu lietošanas izplatību jauniešu vidū, dažas dalībvalstis ir grozījušas valsts tiesību aktus. Lai gan sēņu aktīvo sastāvdaļu psilocibīna un psilocīna kontroli starptautiskā līmenī paredz 1971. gada ANO Konvencija par psihotropajām vielām, vēl nesen prokuroru ziņā bija lemt, vai šīs vielas, ja tās atrodas sēnēs, ir uzskatāmas par aizliegtām, un kādos gadījumos tās ir uzskatāmas par aizliegtām, lai izvairītos no to zemes īpašnieku sodīšanas, uz kuru zemes šādas sēnes aug pašas no sevis. Pēdējos piecos gados ar sēnēm saistītos tiesību aktus, padarot tos bargākus, ir grozījušas sešas valstis (Dānija, Vācija, Igaunija, Īrija, Nīderlande un Apvienotā Karaliste). Saskaņā ar grozījumiem šajās valstīs tagad ir aizliegtas arī halucinogēnās sēnes, lai gan tiesiskā kontrole

ne vienmēr attiecas uz vienām un tām pašām sēnēm un to sagatavošanas stadijām.

Par halucinogēno sēņu atsavināšanu 2004. gadā informē Čehija, Vācija, Igaunija, Grieķija, Lietuva, Ungārija, Nīderlande, Polija, Portugāle, Slovēnija, Slovākija, Zviedrija un Norvēģija⁽¹²⁹⁾. Tiesiskās kārtības nodrošināšanas pasākumu rezultātā atsavināto halucinogēno sēņu daudzums un atsavināšanas gadījumu skaits kopumā ir neievērojams, un šie dati neļauj izdarīt skaidrus secinājumus par tendencēm.

GHB un ketamīns

Gan gamma-hidroksibutirāta (GHB), gan ketamīna pārraudzība ir sākta pēc tam, kad ES 2000. gadā bija paudusi bažas par šo vielu ļaunprātīgu, ar izklaidi saistītu izmantošanu⁽¹³⁰⁾. GHB 2001. gadā ir iekļauts ANO narkotiku kontroles sistēmas starptautiski kontrolējamo narkotiku sarakstā, līdz ar to visas ES dalībvalstis ir precizējušas ar šo vielu saistītos valsts tiesību aktus. Turklāt pavisam nesen, 2006. gada martā INCB ir aicinājusi PVO pasteidzināt pārbaudes, lai noteiktu, vai par starptautiski kontrolējamo vielu būtu jāuzskata arī ketamīns (INCB, 2006a). Valsts līmenī gandrīz puse ES dalībvalstu kontrolē ketamīnu saskaņā ar narkotiku tiesisko regulējumu pretstatā medicīnas tiesiskajam regulējumam.

Pieejamie ierobežotie dati par GHB un ketamīna izplatību liek domāt, ka lielākajā daļā valstu šo vielu lietošanas izplatības līmenis pašlaik ir stabili zems. Pētījumi augsta izplatības līmeņa iedzīvotāju grupās ļauj secināt, ka pat tādu lietotāju vidū, kas regulāri lieto narkotikas izklaides apstākļos, abu minēto vielu lietošana visticamāk nav tik izplatīta kā pārējo narkotiku, piemēram, amfetamīnu, ekstazī, LSD un halucinogēno sēņu lietošana.

Ļoti reti ir ziņojumi par nāves un neatliekamās palīdzības gadījumiem, kam par iemeslu būtu GHB un ketamīna lietošana. Tomēr šajā jomā pieejamā informācija ir ierobežota, jo nav precīzu un salīdzināmu sistēmu, lai reģistrētu ar šo vielu lietošanu saistītos nāves un neatliekamās palīdzības gadījumus. Par nāves gadījumiem, kas ir saistīti ar GHB lietošanu, parasti kopā ar citām narkotikām, ir ziņojušas divas valstis. Amsterdams pašvaldības veselības aizsardzības dienests ir reģistrējis ar GHB lietošanu saistīto neatliekamās palīdzības gadījumu skaita pieaugumu

⁽¹²⁶⁾ Šajā ziņojumā termins halucinogēnās sēnes attiecas tikai uz sēnēm, kas satur psihoaktīvās vielas psilocibīnu un psilocīnu. Sēņu sugas, kas satur citas psihoaktīvās vielas, lieto reti. Plašākai informācijai skatīt EMCDDA tematisko halucinogēno sēņu apskatu (www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Šie veikali tirgo atļautus un pārsvarā dabīgus produktus, tostarp halucinogēnās sēnes.

⁽¹²⁸⁾ EMCDDA dati no Eiropas paraugaptaujas. Informāciju par halucinogēnajām sēnēm ir sniegušas vienpadsmit dalībvalstis (Čehija, Dānija, Vācija, Francija, Īrija, Lietuva, Ungārija, Nīderlande, Polija, Somija, Apvienotā Karaliste).

⁽¹²⁹⁾ *Reitox* tīkla valstu ziņojumi (Vācija, Igaunija, Nīderlande, Norvēģija) un EMCDDA agrīnās brīdināšanas sistēmas aptauja (Čehija, Grieķija, Ungārija, Polija, Portugāle, Slovēnija, Slovākija, Zviedrija).

⁽¹³⁰⁾ Vienotās rīcības riska novērtējuma ziņojums, 2000. g.

no 25 gadījumiem 2000. gadā līdz 98 gadījumiem 2004. gadā, un tas ir vairāk nekā ar ekstāzi, amfetamīna, LSD vai halucinogēno sēņu lietošanu saistītie neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumi. Zviedrijā GHB (vai tā prekursoru GBL un 1,4-BD) klātbūtnes gadījumu skaits ķermeņa šķidrums paraugos ir pieaudzis no 24 gadījumiem 1997. gadā līdz 367 gadījumiem 2004. gadā. Zviedrija informē arī par GHB izraisītiem nāves gadījumiem: laikposmā no 1996. līdz 2004. gadam GHB klātbūtne ir konstatēta 36 ar narkotikām saistītos nāves gadījumos, no kuriem deviņi ir bijuši 2004. gadā. Anglijā un Velsā 2003. gadā GHB ir minēts kriminālizmeklētāja ziņojumos par trim nāves gadījumiem, vienā no tiem GHB ir vienīgā pieminētā narkotika (ONS, 2006). Tomēr kādas Apvienotās Karalistes slimnīcas toksikoloģiskā informācija par plašu reģionu liecina, ka laikposmā no 2005. gada maija līdz decembrim GHB ir atklāts piecos nāves gadījumos ⁽¹³¹⁾.

Ņemot vērā, ka GHB šķīst ūdenī un spirtā un ka tā lietošanas rezultātā cilvēks var zaudēt rīcībspēju, kam bieži seko amnēzija, ir izskanējušas bažas par GBH izmantošanu ar narkotikām saistītā seksuālā vardarbībā (t.s. "randiņu izvarošana"). Tomēr cietušie par šādiem gadījumiem, iespējams, neziņo, turklāt tiesu medicīnas pierādījumi ir trūcīgi un šādus noziegumus ir grūti pierādīt, tādēļ drošu datu par šīs parādības apmēriem nav. Lai varētu spriest par šīs potenciāli satraucošās jaunās ievirzes raksturu un apmēriem, ir jāveic papildu pētījumi.

Pasākumi pret jaunām narkotikām

Kad 2005. gadā 1997. gada Vienotās rīcības vietā stājās jaunais Padomes Lēmums (2005/387/JHA), pāreja bija gluda, bez jebkādas informācijas apmaiņas aizķeršanās. Ar minēto lēmumu EMCDDA un Eiropols pirmo reizi oficiāli ir paziņotas kopumā 14 jaunas psihoaktīvas vielas. Tās visas ir psihotropas (sintētiskas) narkotikas, kas līdzinās 1971. gada ANO Konvencijas par psihotropām vielām I un II sarakstā iekļautajām narkotikām. Jaunās vielas ietilpst galvenokārt trīs ķīmisko vielu grupās – tās pieder pie fenetilamīniem, triptamīniem un piperazīniem. Dažādas šo grupu vielas jau agrāk ir paziņotas un pašlaik tiek attiecīgi pārraudzītas ar agrīnās brīdināšanas sistēmas (EWS) palīdzību ⁽¹³²⁾.

Svarīgākais jaunums 2005. gadā ir bijusi jaunās psihoaktīvās vielas 1-(3-hlorofenil)piperazīna (mCPP) parādīšanās un straujā izplatīšanās. Viela mCPP ir arils substituēts piperazīns tāpat kā benzilpiperazīns (BZP), ko EWS pārrauga kopš 1999. gada. Pirmos oficiālos paziņojumus par mCPP

Padomes lēmums par jaunām psihoaktīvām vielām

Padomes 2005. gada 10. maija Lēmums 2005/387/JHA par apmaiņšanos ar informāciju par jaunām psihoaktīvām vielām, to riska novērtējumu un kontroli ⁽¹⁾ paredz ātras informācijas apmaiņas mehānismu attiecībā uz jaunām, sabiedrības veselību apdraudošām un sociāli bīstamām psihoaktīvām vielām, tādējādi ļaujot ES institūcijām un dalībvalstīm reaģēt gan uz jaunu narkotiku, gan psihotropu vielu parādīšanos un Eiropas narkotiku skatuves. Saskaņā ar lēmumu svarīga loma jaunu psihoaktīvu vielu atklāšanā un paziņošanā ir ierādīta EMCDDA un Eiropola ciešā sadarbībā ar to attiecīgajiem tīklojumiem – Reitox valstu koordinācijas centriem (VKC) un Eiropola valsts nodaļām (EVN). Lēmums paredz veikt arī jauno vielu risku novērtējumu, lai tādējādi dalībvalstu piemērojamos narkotiku un psihotropo vielu kontroles pasākumus ⁽²⁾ vajadzības gadījumā varētu piemērot arī jaunām psihoaktīvām vielām. Lēmums paplašina vienīgi jaunām sintētiskām narkotiskām vielām vēltītās 1997. gada Vienotās rīcības darbības jomu un aizstāj to ⁽³⁾. Lēmumā tomēr ir saglabāta Vienotās rīcības eksperimentālā trīspakāpju nostāja: informācijas apmaiņa/agrīna brīdināšana, risku novērtējums un lēmumu pieņemšana.

⁽¹⁾ Padomes Lēmums 2005/387/JHA par apmaiņšanos ar informāciju par jaunām psihoaktīvām vielām, to riska novērtējumu un kontroli ir publicēts Eiropas Savienības Oficiālajā Vēstnesī 2005. gada 10. maijā (L 127/32–37) un stāties spēkā 2005. gada 21. maijā. Lēmums attiecas uz vielām, kas pašlaik nav iekļautas nevienā 1961. un 1971. gada ANO Narkotiku kontroles konvencijas sarakstā.

⁽²⁾ Saskaņā ar 1961. gada ANO Vienotās narkotisko vielu konvencijas un 1971. gada ANO Psihotropo vielu konvencijas noteikumiem.

⁽³⁾ Vienotā rīcība (1997. gada 16. jūnijs) par apmaiņšanos ar informāciju par jaunām sintētiskām narkotikām, to riska novērtējumu un kontroli (OV L 167, 25.06.1997.).

atklāšanu EMCDDA un Eiropols ir saņēmis 2005. gada martā/februārī saistībā ar Francijā un Zviedrijā iegūtiem paraugiem. Līdz 2005. gada beigām tiesiskās kārtības nodrošināšanas iestādes bija atsavinājušas mCPP saturošas tabletes gandrīz visās dalībvalstīs, turklāt tabletes bija atrastas arī dažādos izkaides apstākļos (brīvdabas deju/mūzikas festivālos, deju klubos utt.). Gandrīz vienmēr šīs tabletes pēc izskata atgādina ekstāzi tabletes un visticamāk tās arī pārdod kā ekstāzi tabletes. Jaunā narkotika lielākoties ir sastopama tablešu formā, un mCPP un MDMA subjektīvā iedarbība ir daļēji līdzīga (Bossong u.c., 2005). Turklāt mCPP bieži ir sastopams kombinācijā ar MDMA. Tā kā ir maz ticams, ka šāds sajaukums varētu rasties nejauša piesārņojuma rezultātā, jādodomā, ka tišās

⁽¹³¹⁾ EWS informācija. Salīdzinoši liels ar GHB saistīto nāves gadījumu skaits šajā ziņojumā, iespējams, atspoguļo šīs slimnīcas laboratorijas pētniecisko interesi par GHB.

⁽¹³²⁾ No deviņām jaunajām sintētiskajām narkotikām, kuru riska novērtējums saskaņā ar Vienoto rīcību ir veikts laikposmā no 1997. līdz 2004. gadam, visas sešas vielas, ko pēcāk sāka kontrolēt ES līmenī, ir fenetilamīni.

mCPP pievienošanas mērķis varētu būt MDMA iedarbības pastiprināšana vai modifikācija. Izskatās, ka mCPP ES pats par sevi ir maz pieprasīts un šīs vielas tirgus ir neliels.

Kopš EWS 1997. gadā sāka pārraudzīt jaunas (sintētiskās) narkotikas, dalībvalstis ir konstatējušas mCPP biežāk nekā citas jaunās psihoaktīvās vielas. Vienā gadā šī viela ir konstatēta 20 dalībvalstīs, kā arī Rumānijā un Norvēģijā.

Kopīgā EMCDDA un Eiropola ziņojumā ir teikts, ka saskaņā ar Padomes lēmuma noteikumiem oficiāls mCPP riska novērtējums nav jāveic, jo ir konstatēts, ka to lieto vismaz viena ārstniecības līdzekļa ražošanā. Tomēr vienlaikus ziņojumā ir atzīmēts – lai gan pašlaik ir maz pierādījumu par mCPP sabiedrības veselības un sociālajiem riskiem, ņemot vērā, ka vispusīgs zinātnisks riska novērtējums nav veikts, šis jautājums paliek atklāts.

Jaunākās narkotiku lietošanas ievirzes izklaides vietās (EMCDDA 2006. gada ziņojuma īpašā tēma)

Narkotiku lietošana un jauniešu izklaides pasākumi bieži iet roku rokā. Tieši pēfijumos, kuru mērķgrupa ir jaunieši, kas apmeklē mūzikas un deju pasākumus, pastāvīgi atklājas daudz augstāks narkotiku izplatības līmenis nekā visu iedzīvotāju aptaujās, un bieži tiek ziņots par īpaši augstu stimulējošo narkotiku lietošanas līmeni. Vai atšķirības starp valstīm var skaidrot ar komerciālo nakts izklaides vietu atšķirīgo pieejamību, atšķirīgo mūzikas kultūru, narkotiku pieejamību un iedzīvotāju rīcībā esošajiem līdzekļiem? Šajā īpašajā tēmā ir meklētas atbildes uz šiem jautājumiem.

T.s. izklaides narkotiku jaunākās reklamēšanas ievirzes ar Internet tīkla starpniecību, kā arī jaunākās šo narkotiku lietošanas ievirzes izklaides vietās nozīmē arī jaunus politikas, profilakses un risku mazināšanas uzdevumus. Šajā īpašajā tēmā ir analizēti arī šie jautājumi, sīkāk aplūkojot arī novatoriskās narkotiku lietošanas novēršanas un riska mazināšanas iniciatīvas, kas ES ir īstenotas pēdējā desmitgadē, cenšoties risināt sarežģīto jauniešu izklaides un narkotiku lietošanas savstarpējās mīļiedarbības problēmu.

Ar šo īpašo tēmu angļu valodā var iepazīties papīra formātā (*Developments in drug use within recreational settings*. No: EMCDDA 2006 annual report: selected issues) un tiešsaistē (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



5. nodaļa

Kokaīns un kreka kokaīns

Kokaīna izplatīšana un pieejamība ⁽¹³³⁾

Ražošana un tirdzniecība

Pēc tirdzniecības apjoma kokaīns ierindojas otrajā vietā pasaulē aiz kaņepju augiem un kaņepju sveķiem. Spriežot pēc atsavinātā kokaīna daudzuma – pasaulē 2004. gadā ir atsavinātas 578 tonnas šīs vielas – galvenie kokaīna tirdzniecības centri joprojām atrodas Dienvidamerikā (44 %) un Ziemeļamerikā (34 %), kam seko Rietum- un Centrāleiropa (15 %) (CND, 2006).

Starp nelegālo kokas augu kultivētājiem pasaules lidere neapšaubāmi ir Kolumbija, kam seko Peru un Bolīvija. Aplēses liecina, ka kokaīna ražošana pasaulē 2004. gadā ir pieaugusi līdz 687 tonnām, no tām 56 % nāk no Kolumbijas, 28 % no Peru un 16 % no Bolīvijas (UNODC, 2005). Eiropā atsavinātais kokaīns lielākoties nāk taisnā ceļā no Dienvidamerikas (pārsvārā no Kolumbijas) vai tiek ievests caur Centrālamerikas un Karību baseina valstīm. Kā ES ievestā kokaīna tranzītvalstis 2004. gadā ir minētas Surinama, Brazīlija, Argentīna, Venecuēla, Ekvadora, Kurasao, Jamaika, Meksika, Gvajāna un Panama (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Zināms daudzums ir ievests arī caur Āfriku, arvien vairāk kokaīna ievēd caur Rietumāfriku un Gvinejas līča valstīm (galvenokārt Nigēriju), kā arī caur Austrumāfriku (Keniju) un Ziemeļrietumāfriku, caur salām pie Mauritānijas un Senegālas krastiem (CND, 2006; INCB, 2006a). Galvenie ievēšanas punkti ES joprojām ir Spānija, Nīderlande un Portugāle, kā arī Beļģija, Francija un Apvienotā Karaliste (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Lai gan Spānija un Nīderlande

joprojām ir svarīgi ES ievestā kokaīna izplatīšanas punkti, pateicoties pastiprinātai Spānijas ziemeļu krasta (Galisijas) kontrolei un politikai, kas paredz Šipolas lidostā (Amsterdāmā) kontrolēt visus reisu no konkrētām valstīm ⁽¹³⁴⁾, iespējams, ir izveidoti alternatīvi izplatīšanas ceļi, piemēram, ievēdot arvien vairāk kokaīna caur Āfriku, kā arī Austrum- un Centrāleiropu un tālāk pa sekundāriem izplatīšanas ceļiem nogādājot uz Rietumeiropu (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Atsavināšana

Saskaņā ar aplēsēm 2004. gadā ES ir bijuši 60 000 atsavināšanas gadījumi, kuros ir konfiscētas 74 tonnas kokaīna. Kokaīns lielākoties ir atsavināts Rietumeiropas valstīs, jo īpaši Spānijā, kur ir reģistrēta aptuveni puse no visiem atsavināšanas gadījumiem un konfiscēta apmēram puse no ES pēdējos 5 gados atsavinātā kokaīna ⁽¹³⁵⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam kokaīna atsavināšanas gadījumu skaits ⁽¹³⁶⁾ ES līmenī kopumā ir pieaudzis, bet atsavinātā kokaīna daudzums ⁽¹³⁷⁾ ir bijis svārstīgs, ar augšupejošu tendenci. Tomēr saskaņā ar ziņojumā aplūkoto valstu sniegtu informāciju, 2004. gadā atsavinātā kokaīna daudzums šķiet samazinājies – varbūt salīdzinājumā ar iepriekšējā gadā Spānijā konfiscēto lielo apjomu.

Cena un tirdzniecība

Kokaīna vidējā mazumtirdzniecības cena ES 2004. gadā ir bijusi ļoti atšķirīga, sākot ar 41 euro par gramu Beļģijā un pārsniedzot 100 euro par gramu Kiprā, Rumānijā un Norvēģijā ⁽¹³⁸⁾. Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam kokaīna vidējā cena, ievērojot inflāciju ⁽¹³⁹⁾, visās ziņojumā

⁽¹³³⁾ Skatīt "Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija", 37. lpp.

⁽¹³⁴⁾ Kontrolēti tiek pilnīgi visi reisi no Nīderlandes Antīļu salām, Arubas, Surinamas, Peru, Venecuēlas un Ekvadoras; pastiprinātajās pārbaudēs 2004. gadā ir arestēti 3466, bet parastajās pārbaudēs 620 narkotiku kurjeri (Nīderlandes valsts ziņojums).

⁽¹³⁵⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par kokaīna konfiskāciju skaitu un atsavināto kokaīna daudzumu 2004. gadā, kā arī Nīderlandes dati par kokaīna konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto kokaīna daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analīzē līdz 2004. gadam.

⁽¹³⁶⁾ Skatīt tabulu SZR-9 2006. gada statistikas bijetenā.

⁽¹³⁷⁾ Skatīt tabulu SZR-10 2006. gada statistikas bijetenā.

⁽¹³⁸⁾ Skatīt tabulu PPP-3 2006. gada statistikas bijetenā.

⁽¹³⁹⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

aplūkotajās valstīs kopumā ir kritusies⁽¹⁴⁰⁾, izņemot Luksemburgu, kur cena ir kritusies līdz 2002. gadam, bet pēcāk pieaugusi, un Norvēģiju, kur cena 2001. gadā ir strauji pieaugusi un tad stabilizējusies.

Salīdzinājumā ar heroīnu kokaīna vidējā tīrība lietotāju līmenī ir augsta, 2004. gadā tā ir svārstījusies no 24 % Dānijā līdz 80 % Polijā, un lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu bijusi 40–65 % robežās⁽¹⁴¹⁾. Par laikposmu no 1999. līdz 2004. gadam pieejamie dati liecina, ka kopumā lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu kokaīna vidējais tīrības līmenis ir krities⁽¹⁴²⁾, tomēr tas ir pieaudzis Igaunijā (kopš 2003. gada), Francijā un Lietuvā, un palicis nemainīgs Luksemburgā un Austrijā.

Starptautiskie pasākumi pret kokaīna ražošanu un tirdzniecību

Eiropols vada projektu *COLA*, kura nolūks ir atklāt un apkarot Latīņamerikas un ar Latīņameriku saistītos noziedzīgos grupējumus, kas darbojas ES virzienā un ES teritorijā un kuru primārais mērķis ir kokaīna tirdzniecība. Konkrēti, ar projekta palīdzību iesaistītajām dalībvalstīm tiek sniegta operatīvās izmeklēšanas darbības atbalsts un tiek pilnveidota stratēģiskā izlūkošana. Projektu papildina Eiropola Kokaīna zīmolu sistēma, ar kuras palīdzību katru gadu precizējamā katalogā tiek apkopota informācija par kokaīna atsavināšanas operāciju norisi, kā arī fotogrāfiska un citāda ar atsavināšanu saistīta informācija, tostarp informācija par kokaīna un tā iesaiņojuma zīmoliem/markējumu, lai apzinātu atsavināšanas gadījumu sakritības un sekmētu starptautisko tiesiskās kārtības nodrošināšanas iestāžu sadarbību un informācijas apmaiņu (*Europol*, 2006).

Kopš 1999. gada turpinās operācija *Purple*, kuras mērķis ir novērst kālija permanganāta⁽¹⁴³⁾ novirzīšanu no likumīgas tirdzniecības un izmantošanu nelikumīgā kokaīna izgatavošanā, jo īpaši abās Amerikās. Kālija permanganāta likumīgā tirdzniecība ir plaša: kopš 1999. gada 30 eksportētājvalstīs/teritorijās ir sniegušas *INCB* 4380 pirmseksporta paziņojumus par vairāk nekā 136 560 kālija permanganāta tonnām. Kopš 1999. gada ir aizturēti vai atsavināti 233 kālija permanganāta sūtiņumi jeb vairāk nekā 14 316 tonnas šīs vielas, jo pasūtiņumu likumība vai galalietotāji ir izraisījuši aizdomas, un ir konstatēta

novirzīšana. Eiropā 2004. gadā ir atsavinātas 1,4 kālija permanganāta tonnas, galvenokārt Krievijas Federācijā, kam seko Rumānija un Ukraina⁽¹⁴⁴⁾ (*INCB*, 2006b).

Izskatās, ka nelegālie tirgoņi ir iemanījušies izvairīties no operācijas *Purple* ieviestajām pārbaudēm un pārraudzības mehānismiem. Piemēram, lai gan Āzija tradicionāli nav nelikumīgas kokaīna izgatavošanas vieta, pieaug bažas, ka nelegālie tirgoņi, iespējams, izmanto šo reģionu, lai novirzītu kālija permanganātu no likumīgās tirdzniecības ceļa. Pastāv arī aizdomas, ka tirgoņi, iespējams, cenšas caur Karību salām novirzīt kālija permanganātu uz Andu apakšreģionu. Tādēļ, atzīstot, ka aizdomīgu darījumu atklāšanā un sūtiņumu aizturēšanā ir gūti zināmi panākumi, *INCB* (2006b) vienlaikus ir mudinājusi valdības izstrādāt operatīvas procedūras, kas ļautu izsekot ar kokaīna laboratoriju likvidāciju saistīto informāciju un tādējādi atklāt ķīmikāliju avotus, apzināt tranzītvalstis un izpētīt tirdzniecības uzņēmumus, lai neļautu nelegālajiem tirgoņiem tik viegli pārdislocēt savu darbību.

Kokaīna lietošanas izplatība un ievirzes

Pamatojoties uz nesen veiktu iedzīvotāju valsts aptauju rezultātiem, ir aplēsts, ka aptuveni 10 miljoni eiropiešu⁽¹⁴⁵⁾ vismaz vienreiz ir pamēģinājuši kokaīnu, tas nozīmē, ka kokaīnu kādreiz savas dzīves laikā ir lietojuši vairāk nekā 3 % no visiem pieaugušajiem iedzīvotājiem⁽¹⁴⁶⁾. Saskaņā ar valstu ziņojumiem lietošanas līmenis svārstās no 0,5 % līdz 6 %, un šajā skalā augstākās vietas ieņem Itālija (4,6 %), Spānija (5,9 %) un Apvienotā Karaliste (6,1 %). Ir aprēķināts, ka pēdējā gadā kokaīnu ir lietojuši aptuveni 3,5 miljoni pieaugušo jeb 1 % no visiem pieaugušajiem iedzīvotājiem. Lielākajā daļā valstu šie rādītāji svārstās no 0,3 % līdz 1 %, bet augstāks izplatības līmenis ir Spānijā (2,7 %) un Apvienotajā Karalistē (2 %).

Tāpat kā citas nelegālās narkotikas, arī kokaīnu visvairāk ir iecienījuši gados jauni pieaugušie. Visvairāk to, kuri vismaz vienreiz lietojuši kokaīnu, ir 15–34 gadus vecu pieaugušo vidū, bet pēdējā gada lietošanas līmenis ir nedaudz augstāks vecuma grupā no 15–24 gadiem. Šķiet, ka kokaīna lietošana dominē divdesmitgadnieku vidū, bet salīdzinājumā ar kaņepēm kokaīna lietošana gados jaunu iedzīvotāju vidū nav tik koncentrēta. No 15–34 gadus veciem pieaugušajiem

⁽¹⁴⁰⁾ Informācija par kokaīna cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Čehijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Kīprā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Bulgārijā, Turcijā un Norvēģijā.

⁽¹⁴¹⁾ Skatīt tabulu PPP-7 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁴²⁾ Informācija par kokaīna tīrību vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama Beļģijā, Čehijā, Dānijā, Vācijā, Igaunijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Itālijā, Latvijā, Lietuvā, Luksemburgā, Ungārijā, Nīderlandē, Austrijā, Portugālē, Slovākijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā.

⁽¹⁴³⁾ Prekursors, ko izmanto kokaīna izgatavošanā un kas ir iekļauts 1998. gada konvencijas I sarakstā.

⁽¹⁴⁴⁾ Šajos datos neietilpst aizturētos sūtiņumos atklātais daudzums.

⁽¹⁴⁵⁾ Pamatojoties uz vidējiem svērtajiem valsts rādītājiem; plašāku informāciju skatīt (53) zemsvītras piezīmē.

⁽¹⁴⁶⁾ Plašāku informāciju par izplatību atsevišķās valstīs skatīt tabulā "Narkotiku lietošana: vispārējās iedzīvotāju aptaujas" 2006. gada statistikas biļetenā.

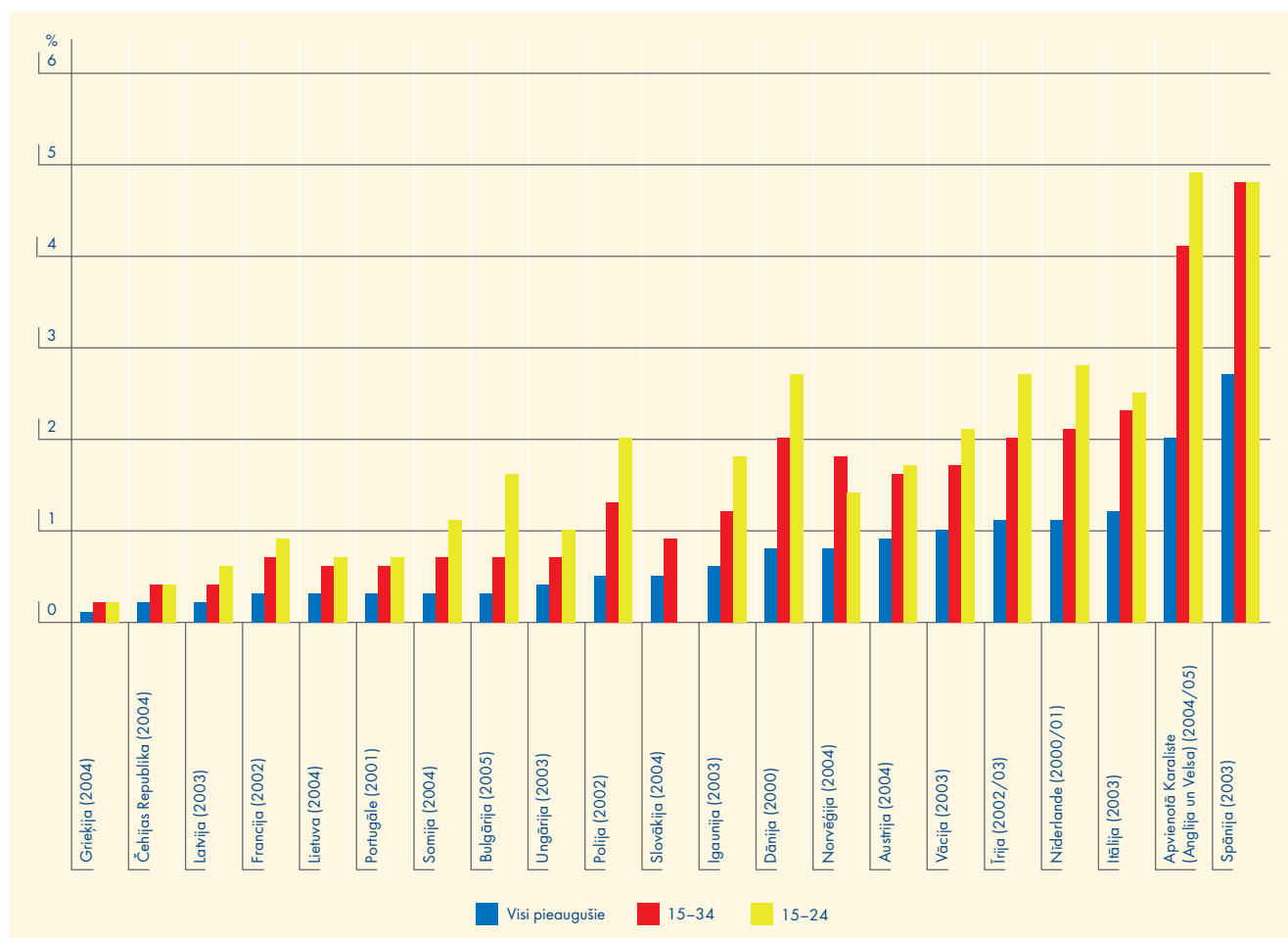
kokaīnu vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši no 1 % līdz 10 %. Visaugstākie rādītāji atkal ir Spānijā (8,9 %) un Apvienotajā Karalistē (10,5 %). Pēdējā gada lietošanas rādītāji svārstās no 0,2 % līdz 4,8 %. Dānijā, Īrijā, Itālijā un Nīderlandē šis rādītājs ir ap 2 %, bet Spānijā un Apvienotajā Karalistē tas pārsniedz 4 % (6. attēls). Skolu aptauju dati liecina, ka kokaīna izplatības līmenis (lietošana vismaz vienreiz dzīves laikā) ir ļoti zems – no 0 % Kiprā, Somijā un Zviedrijā līdz 6 % Spānijā, bet kreka kokaīna rādītāji ir vēl zemāki, proti, no 0 % līdz 3 % (Hibell u.c., 2004).

Kokaīnu vairāk lieto gados jauni vīrieši. Piemēram, 15–34 gadus vecu vīriešu vidū veiktu aptauju rezultāti Dānijā, Vācijā, Spānijā, Itālijā, Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā rāda, ka šajā vecuma grupā kokaīnu vismaz vienreiz dzīves laikā lietojuši ir no 5 % līdz 14 %. Pēdējā gada lietošanas līmenis ir zemāks, bet četras valstis

ziņo par rādītājiem, kas pārsniedz 3 %, turklāt Spānijā un Apvienotajā Karalistē attiecīgie rādītāji ir ap 6–7 %⁽¹⁴⁷⁾, tātad var secināt, ka šajās valstīs apmēram 1 no 15 gados jauniem vīriešiem nesēn ir lietojis kokaīnu. Pilsētvidē šī proporcija ir daudz lielāka.

Šķiet, ka iedzīvotāju vidū kopumā kokaīna lietošanai ir gadījuma raksturs, tā pārsvarā notiek nedēļas nogalēs un izklaides apstākļos (bāros, diskotēkās), kur var sasniegt iespaidīgu līmeni. Dažādās valstīs veikti pētījumi gados jaunu cilvēku vidū deju un mūzikas pasākumos atklāj, ka šādos apstākļos kokaīna lietošana ir daudz izplatītāka nekā sabiedrībā kopumā, proti, kokaīnu vismaz vienreiz lietojuši no 10 % līdz 75 % jaunu cilvēku (skatīt īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās). Piemēram, 2004./2005. gada Lielbritānijas Noziedzības ziņojumā ir teikts, ka saskaņā ar aplēsēm A kategorijas narkotiku izplatības līmenis diskotēku

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



NB: Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie aptauju dati. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetenā tabulās GPS-8, GPS-11 un GPS-18.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu vai zinātnisku rakstu informācija.

⁽¹⁴⁷⁾ Skatīt attēlu GPS-9 2006. gada statistikas biļetenā.

un naktsklubu apmeklētāju vidū ir vismaz divreiz augstāks nekā starp iedzīvotājiem, kas šādas vietas neapmeklē (*Chivite-Matthews* u.c., 2005) (skatīt arī īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās). Vidēji aptuveni trešdaļa visu Eiropas pieaugušo iedzīvotāju, kas kādreiz ir lietojuši kokainu, ir to lietojuši pēdējos 12 mēnešos; salīdzinājumam: tikai 13 % atzīst, ka ir lietojuši kokainu pēdējās 30 dienās. Piemēram, kokaina lietošanu pēdējās 30 dienās ir atzinuši 2–4 % jaunu vīriešu vecumā no 15–24 gadiem Spānijā, Itālijā, Apvienotajā Karalistē un Bulgārijā ⁽¹⁴⁸⁾. Pēc aptuvenām aplēsēm pašlaik Eiropā kokainu lieto apmēram 1,5 miljoni 15–64 gadus vecu pieaugušo (80 % vecuma grupā no 15–34 gadiem). Šos var uzskatīt par minimālajiem aprēķiniem, jo par visiem gadijumiem visticamāk nav paziņots.

Kokaina lietošanas ievirzes dažādās lietotāju grupās ievērojami atšķiras. Eiropā veiktā daudzpilsētu pētījumā ir konstatēts, ka sociāli integrēti kokaina lietotāji kokainu galvenokārt šņauc (95 %), tikai neliela daļa no viņiem ir šo vielu smēķējuši vai injicējuši, bet kombinēta lietošana kopā ar kaņepēm un alkoholu ir ļoti izplatīta (*Prinzleve* u.c., 2004). Lietotāji, kas ārstējas no atkarības vai pieder pie sociāli atstumtām grupām, kokainu bieži injicē, bet kreka lietošana ir izplatīta Hamburgā, Londonā un Parīzē un mazākā mērā Barselonā un Dublinā. Kreka lietošana Eiropas iedzīvotāju vidū kopumā šķiet maz izplatīta. Piemēram, saskaņā ar ziņojumiem, Spānijā (2003. g.) krekū vismaz vienreiz lietojuši 0,5 %, bet Apvienotajā Karalistē 0,8 % (*Chivite-Matthews* u. c., 2005). Trijās valstīs ir pētīta kreka lietošanas izplatība (lietošana vismaz reizi dzīves laikā) klubos un izrādās, ka šajā vidē krekū lieto vēl mazāk nekā heroīnu (izplatības līmenis Čehijā ir 2 %, Apvienotajā Karalistē 13 % un Francijā 21 %). Tomēr kreka lietošana sociāli atstumtās grupās un opioīdu lietotāju vidū dažās pilsētās rada bažas. Piemēram, izpētot konkrētu mērķgrupu, t.i., 94 sievietes, kas Amsterdamā nodarbojas ar seksa pakalpojumu sniegšanu ielās, ir atklājies ārkārtīgi liels īpatsvars – 94 % – to, kuri vismaz vienreiz dzīves laikā ir lietojuši krekū (*Korf*, 2005, atsaucē Nīderlandes valsts ziņojumā).

Salīdzinājumam: saskaņā ar ASV 2004. gada valsts pētījumā par narkotiku lietošanu un veselību teikto, 14,2 % pieaugušo (t.i., 12 gadus veco un vecāko iedzīvotāju) atzīst, ka vismaz reizi dzīves laikā ir lietojuši kokainu, kas ievērojami atšķiras no Eiropas vidējā 3 % rādītāja. Pēdējā gada lietošanas līmenis salīdzinājumā ar Eiropas vidējo 1 % līmeni ASV ir 2,4 %, lai gan dažas ES valstis ir nosaukušas aptuveni tādus pašus skaitļus kā ASV, piemēram, Spānija (2,7 %) un Apvienotā

Karaliste (2 %) ⁽¹⁴⁹⁾. Salīdzinoši lielāks to iedzīvotāju īpatsvars, kuri lietojuši kokainu vismaz reizi dzīves laikā, ASV daļēji var būt saistīts ar to, ka ASV kokaina lietošana izplatījās agrāk.

Gados jaunu (16–34 gadus vecu) pieaugušo vidū ASV rādītāji ir šādi: 14,6 % (lietojuši vismaz vienreiz dzīves laikā), 5,1 % (lietošana pēdējā gadā) un 1,7 % (lietošana pēdējā mēnesī), kamēr ES vidējie rādītāji 15–34 vecu iedzīvotāju vidū ir attiecīgi apmēram 5 % (lietojuši vismaz vienreiz dzīves laikā), 2 % (lietošana pēdējā gadā) un 1 % (lietošana pēdējā mēnesī).

Kokaina lietošanas tendences

Pamatojoties uz informāciju no dažādiem avotiem (piemēram, tirgus rādītājiem, ārstniecības pieprasījumiem, nāves gadījumu skaitu), jau vairākus gadus izskan brīdinājumi par iespējamu kokaina lietošanas pieaugumu Eiropā. Dati par kokaina lietošanas tendencēm iedzīvotāju vidū joprojām ir ierobežoti, lai gan informācijas pieejamība šajā jomā uzlabojas, jo pieaug to valstu skaits, kas veic atkārtotas iedzīvotāju aptaujas. Saistībā ar kokainu papildu grūtības sagādā salīdzinoši zemais izplatības līmenis un iespējamība, ka daļa lietošanas gadījumu netiek paziņoti.

Neseno (pēdējā gada) kokaina lietotāju skaits gados jaunu pieaugušo vidū 90. gadu otrajā pusē ir ievērojami audzis Apvienotajā Karalistē (līdz 2000. gadam) un Spānijā (līdz 2001. gadam), bet izskatās, ka pēdējos gados tas ir stabilizējies. Vācijā neliels pieaugums bija vērojams 90. gados, bet pēdējo gadu rādītāji ir palikuši stabili un nepārprotami zemāki nekā Spānijā un Apvienotajā Karalistē (7. attēls).

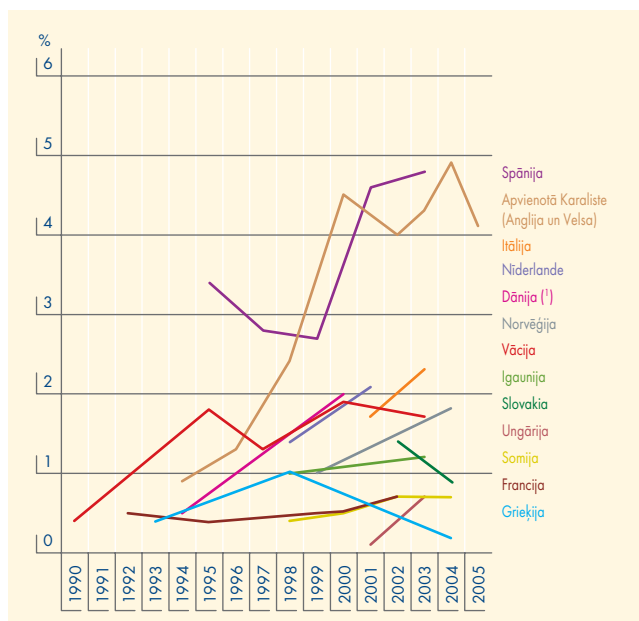
Neliels pēdējā gada lietotāju skaita pieaugums ir konstatēts Dānijā (līdz 2000. gadam), Itālijā, Ungārijā, Nīderlandē (līdz 2001. gadam) un Norvēģijā. Šī tendence ir jāinterpretē piesardzīgi, jo dati nāk tikai no diviem katrā valstī veiktiem pētījumiem.

Kokaina un citu vielu (piemēram, ekstazī, amfetamīnu, halucinogēno sēņu) lietošanas tendences ir vieglāk interpretējamas, ja analizē konkrētas iedzīvotāju grupas, kurās narkotiku lietošana ir koncentrēta, jo īpaši pilsētvidē dzīvojošu jauniešu grupas. Šīs grupas ir pamatīgāk analizētas saistībā ar īpašo tēmu par narkotiku lietošanu izklaides vietās. Turklāt aptauju informācija ir jāpapildina ar konkrētiem pētījumiem izvēlētu jauniešu grupu vidū (nakts izklaides vietās).

⁽¹⁴⁸⁾ Saskaņā ar 2001. gada pētījumu. Sadalījums pa dzimumiem vecuma grupās pa desmit gadiem 2003. gada pētījumā nav veikts.

⁽¹⁴⁹⁾ Avots: SAMHSA, Praktisko pētījumu birojs, 2004. gada valsts pētījums par narkotiku lietošanu un veselību (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Jāievēro, ka ASV pētījumā vecuma grupa "visi pieaugušie" (12 gadus veci un vecāki iedzīvotāji) ir plašāka nekā attiecīgā standarta vecuma grupa Eiropā veiktajos pētījumos (15–64 gadi). EMCDDA ir pārrēķinājis ASV pētījuma skaitļus, kas attiecas uz 16–34 gadus vecajiem iedzīvotājiem.

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



(*) Dānijas 1994. gada novērtējums attiecas uz "smagajām narkotikām".
 NB: Izmantotie dati ir katrā valstī paziņošanas laikā pieejamie jaunākie aptauju dati. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetena tabulā GPS-4.
 Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), iedzīvotāju aptauju, ziņojumu vai zinātnisku rakstu informācija.

Informācija par ārstniecības pieprasījumiem ⁽¹⁵⁰⁾

Pēc opioīdiem un kaņepēm kokaīna lietošana ir visbiežākais ārstēšanās iemesls, un 2004. gadā apmēram 8 % no visiem ārstniecības pieprasījuma ES bija saistīti ar kokaīna lietošanu ⁽¹⁵¹⁾. Jāņem vērā, ka Spānija, kur parasti ir liels kokaīna ārstniecības pieprasītāju skaits, vēl nav iesniegusi datus. Kopīgais rādītājs atspoguļo plašas atšķirības valstu starpā: lielākajā daļā valstu ar kokaīna lietošanu saistīto ārstniecības pieprasījumu ir samērā maz, bet Nīderlandē (37 %) un vēsturiski Spānijā (26 % 2002. gadā) to pacientu skaits, kas vēlas atradināties no kokaīna lietošanas, visu pacientu vidū proporcionāli ir daudz lielāks. Saskaņā ar jaunāko pieejamo informāciju daļā valstu kokaīna pacienti veido 5 % līdz 10 % no visiem narkotiku pacientiem (Dānijā, Vācijā, Francijā, Īrijā, Itālijā, Kiprā, Apvienotajā Karalistē un Turcijā), bet pārējās valstīs šī proporcija ir ļoti maza ⁽¹⁵²⁾. Vairākās valstīs to pacientu skaits, kuru

ārstniecības pieprasījumu primārais iemesls ir kokaīna lietošana, jauno pacientu vidū proporcionāli ir lielāks nekā visu pacientu vidū ⁽¹⁵³⁾, un kopumā apmēram 12 % no visiem jaunažiem ārstniecības pieprasījumiem ir saistīti ar kokaīnu. Aptuveni 12 % jauno pacientu kokaīns ir sekundāra narkotika ⁽¹⁵⁴⁾.

Iepriekšējo gadu tendence, kas liecina par kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu, turpinās; no pētījuma, kurā ir interpolēti nepaziņotie dati, izriet, ka laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam jauno pacientu skaits, kuri vēlas ārstēties no kokaīna atkarības, ir pieaudzis no apmēram 10 % līdz 20 % (pamatojoties uz 17 ES valstu, kā arī Bulgārijas un Rumānijas datiem) ⁽¹⁵⁵⁾.

Kopumā lielākā daļa no kokaīna ārstniecības pieprasījumiem Eiropā neattiecas uz kreka kokaīnu: saskaņā ar ziņojumiem aptuveni 80 % no jaunažiem ambulatorajiem kokaīna pacientiem lieto kokaīna hidrochlorīdu (kokaīna pulveri), bet mazāk par 20 % lieto kreka kokaīnu. Tomēr kreka kokaīna lietotāji medicīnas dienestiem var sagādāt īpašas raizes, jo viņi parasti ir sociāli vairāk izolēti nekā kokaīna pulvera lietotāji. Eiropā veiktā pētījumā par kokaīna (pulvera un kreka kokaīna) lietošanu ir atklāta saistība starp kreka lietošanu un sociālajām un garīgās veselības problēmām; tomēr pētījumā ir atzīts, ka sociālās un garīgās veselības problēmas nevar skaidrot tikai ar kreka kokaīna lietošanu (Haasen u.c., 2005). Nesen Skotijā veiktā pētījumā, kurā bija iesaistīti 585 kokaīna un kreka pacienti, ir atklāts, ka kreka lietotājiem biežāk ir ilgāka problemātiskas narkotiku lietošanas pieredze un šie cilvēki biežāk ir iesaistīti noziedzīgās darbībās (Neale un Robertson, 2004, atsauce Apvienotās Karalistes valsts ziņojumā).

Aplūkojot ambulatoro kokaīna pacientu profilus, šķiet, ka jaunie pacienti, kam kokaīns ir primārā narkotika, parasti ir gados vecāki par citiem narkotiku lietotājiem: 70 % no šiem pacientiem ir 20 līdz 34 gadus veci, un mazāka pacientu daļa (13 %) ir 35 līdz 39 gadus veci ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokaīnu nereti lieto kombinācijā ar citām nelegālām un legālām narkotikām, bieži tās ir kaņepes (31,6 %), opioīdi (28,6 %) vai alkohols (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Vietēji pētījumi par narkotiku injicēšanu liek secināt, ka dažviet arvien iecienītāka kļūst heroīna un kokaīna apvienošana vienā injicēcijā (narkotiku injicētāji tās mēdz saukt par "ātrumbumbām").

⁽¹⁵⁰⁾ Skatīt (70) zemsvītras piezīmi.

⁽¹⁵¹⁾ Skatīt attēlu TDI-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵²⁾ Skatīt tabulu TDI-5 2006. gada statistikas biļetenā; Spānijas dati attiecas uz 2002. atskaites gadu.

⁽¹⁵³⁾ Skatīt tabulu TDI-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁴⁾ Skatīt tabulu TDI-23 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁵⁾ Skatīt attēlu TDI-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-10 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁵⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-24 2006. gada statistikas biļetenā.

Pašreizējie ārstniecības dati liecina par biežāku kombinētu opioīdu un kokaīna lietošanu. Starp pacientiem, kuru primārās narkotikas ir opioīdi, 31 % Itālijā, 42 % Nīderlandē un 44 % Apvienotajā Karalistē atzīst, ka lieto kokaīnu kā sekundāro narkotiku. Starp primārajiem kokaīna lietotājiem 28 % Itālijā un 38 % Apvienotajā Karalistē atzīst sekundāru opioīdu lietošanu.

Kokaīna atkarības ārstēšana

Trūkst faktu par labu kokaīna un citu psihostimulantu atkarības farmakoloģiskai ārstēšanai. Tomēr *Shearer un Gowing (2004)* vispusīgajā pētījumā par farmakoterapijas izmantošanu psihostimulantu lietotāju ārstēšanā ir secināts, ka aizvietoājterapija, kas ir izrādījusies sekmīga opioīdu un nikotīna atkarības ārstēšanā un spēj piesaistīt un noturēt pacientus, stimulantu lietotāju ārstēšanā vēl nav pietiekami pārbaudīta. *EMCDDA* nesēn ir laidusi klajā publikāciju apskatu par kokaīna atkarības ārstēšanas risinājumiem un efektivitāti, tostarp par kreka kokaīna lietotāju garīgās veselības traucējumu novēršanu ⁽¹⁵⁸⁾.

Dažās valstīs, tostarp ASV un Apvienotajā Karalistē pašlaik tiek ieguldīti ievērojami līdzekļi imunoterapijas risinājumu izstrādē, cenšoties radīt antivielas, kas spētu uztvert asinīs nonākušo kokaīnu, pirms tas sasniedz centrālo nervu sistēmu (skatīt logu par kokaīna atkarības imunoterapiju).

Pašlaik par kokaīna un citu psihostimulantu lietotāju ārstēšanas perspektīvāko variantu uzskata vairāku īpašu psihosociālu ārstniecības pasākumu kombinēšanu. Ir pierādīts, ka kokaīna lietošanu īstermiņā var samazināt, kombinējot tādas ārstniecības metodes kā apkārtējās sabiedrības atbalsta (CRA) un apstākļu vadības metodi (*Higgins u.c., 2003; Roozen u.c., 2004*).

CRA ir intensīva terapijas metode, kas paredz ārstēšanas procesā iesaistīt ģimeni, draugus un citas personas no pacienta sociālās apkārtnes un mācīt pacientam veidot sociālus kontaktus un pilnveidot savu paštēlu, kā arī atrast darbu un piemērotas brīvā laika nodarbes, kas palīdzētu mainīt līdzšinējo dzīvesveidu (*Roozen u.c., 2004*). Ja šo metodi kombinē ar apstākļu vadības metodi, kuras mērķis ir ietekmēt pacientu uzvedību ar svarīgu stimulu palīdzību, piemēram, ar dāvanām, dāvanu kuponiem vai privilēģijām par firiem (bez kokaīna klātbūtnes) urīna paraugiem, ārstniecības kursa laikā un pēcterapijas periodā no kokaīna atkarīgu ambulatoro pacientu ārstēšanā ir iespējams gūt labus panākumus – samazinās narkotiku lietošana un uzlabojas pacientu psihosociālās funkcijas, lai gan šķiet, ka ietekme

Kokaīna atkarības imunoterapija

Atšķirībā no heroīna atkarības, ko var ārstēt ar agonistiem, piemēram, metadonu, vai antagonistiem, piemēram, naltreksonu, kokaīna atkarības medikamentoza ārstēšana pagaidām nav iespējama. Jādomā, ka tas ir saistīts ar kokaīna iedarbības mehānismu uz smadzeņu neiromediatoriem dopamīnu un serotonīnu. Kamēr heroīns pielīp smadzeņu opioīdu receptoriem, piemēram, mu receptoriem un tādējādi atdarina pašu smadzeņu endorfīnu iedarbību, kokaīns pēc iedarbības kavē dopamīna (un arī serotonīna) atpakaļuzsūkšanos no neironu sinapses, līdz ar to mediatoru apjoms pieaug un iedarbība kļūst ilgāka un spēcīgāka.

Tas nenozīmē, ka kokaīna atkarības medikamentozas terapijas izstrāde ir neiespējama, tomēr tā var būt saistīta ar lielākām grūtībām un citādām koncepcijām, kas atšķiras no tām, ko izmanto heroīna atkarības ārstēšanas metožu izstrādē.

Aizrājušos pētniecības virziens ir imunoterapijas izmantošana, t.i., tādas vakcīnas radīšana, kas efektīvi "neitralizē" kokaīna iedarbību, neļaujot tam sasniegt smadzenes. Šajā jomā jau ir veikti ierobežoti pamatkonceptijas testi. Apvienotā Karalistē izstrādātu vakcīnu 14 nedēļas izmēģināja neliela kokaīna pacientu grupa, pavisam 18 cilvēki. Pēcāk izrādījās, ka trīs ceturtdaļas no vakcinētās kokaīna pacientu grupas spēja 3 mēnešus atturēties no kokaīna lietošanas bez smagām blakusparādībām. Turklāt pēc 6 mēnešiem gan tie, kas bija atsākuši lietot kokaīnu, gan tie, kas bija noturējušies, apgalvoja, ka eiforija vairs nav tik spēcīga kā pirms vakcinācijas. Šo atklājumu rezultātā notiek šīs vakcīnas jeb narkotiku proteīnu konjugāta TA-CD otrās fāzes kliniskie izmēģinājumi. Alternatīvs imunoterapijas risinājums ir monoklonālu kokaīna antivielu radīšana, bet kliniski izmēģinājumi šajā jomā vēl nav veikti.

TA-CD kokaīna vakcīnas potenciāli labvēlīgā ietekme liek uzdot ētiskas dabas jautājumus par tās lietošanu: kuras personas tiks vakcinētas, kas un pēc kādiem kritērijiem pieņems attiecīgos lēmumus utt.

uz kokaīna lietošanu saglabājas tikai ārstniecības periodā (*Higgins u.c., 2003*).

Ļoti problemātiski pacienti ir heroīna lietotāji, kas lieto arī kokaīnu un kreka kokaīnu; šo grupu ārstēšanā piemērojami jaunie ārstniecības risinājumi paredz primāro uzmanību veltīt kaitējuma mazināšanai un izmantot uzvedības terapijas metodes, jo īpaši apstākļu vadības metodes kombinācijā ar metadona aizvietošanas programmu vai heroīna terapiju (*Schottenfeld u.c., 2005; van den Brink, 2005; Poling u.c., 2006*).

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

Kaitējuma mazināšanas risinājumi

Līdz šim kokaīna lietošanas kaitējuma mazināšanas risinājumu izstrāde Eiropā ir bijusi ierobežota. Pašlaik situācija, iespējams, sāk mainīties, jo pieaug izpratne gan par kokaīna lietošanas apmēriem, gan ar to saistītajām problēmām, un tas rosina meklēt risinājumus, kas palīdzētu apmierināt kokaīna lietotāju vajadzības. Profilakses un kaitējuma mazināšanas pasākumu nozīme ar kokaīna lietošanu saistīto risku mazināšanā pagaidām ir maz pētīta, bet netrūkst jomu, kur šādi pasākumi varētu nest augļus. Piemēram, kokaīna lietotājiem par labu varētu nākt iejaukšanās pasākumi saistībā ar problēmām, ko rada kokaīna un alkohola kombinācijas palielinātais toksiskums, potenciālā kokaīna lietošanas saistība ar sirds un asinsvadu slimībām vai uzvedības modeļi, kas var palielināt kokaīna lietotāju risku inficēties ar HIV vai kļūt par nelaimes gadījumu vai vardarbības upuriem. Ņemot vērā, ka kokaīna lietošanas intensitāte var strauji pieaugt, ir vērts padomāt par īstermiņa iejaukšanās pasākumiem, lai brīdinātu kokaīna lietotājus, ka viņi, iespējams, sāk izjust šīs vielas lietošanas negatīvās sekas.

Tā kā kreka kokaīna lietošana rada nopietnas veselības un sociālās problēmas, šai lietotāju grupai paredzēto pakalpojumu izstrādē ir uzkrāta lielāka pieredze, lai gan pasākumi skar tikai tās samērā nedaudzās Eiropas pilsētas, kur ir konstatētas nopietnas kreka kokaīna lietošanas problēmas. Vairākās pilsētās ir īstenotas kreka kokaīna lietotājiem domātas palīdzības programmas ar mērķi iesaistīt ārstēšanā kreka lietotājus, ko nereti uzskata par

sadarbības ziņā grūtu kontingentu. Lai gan kopumā fakti joprojām ir samērā trūcīgi, daži pētījumi liecina par pozitīviem rezultātiem. Piemēram, kādā pētījumā, kurā ir aplūkota novatoriska ārstnieciska palīdzības programma Roterdamā (*Henskens, 2004*, atsauce Nīderlandes valsts ziņojumā), ir apzināti faktori, kurus var uzskatīt par svarīgiem, ārstējot šīs grupas pacientus, ko ar tradicionālajiem pakalpojumiem nereti ir grūti piesaistīt.

Kreka un kokaīna kompulsīvas lietošanas ievirzes var būt saistītas ar lielākiem seksuāliem veselības riskiem, un dažas zema sliekšņa pakalpojumu programmas ir domātas tieši seksa industrijas pārstāvjiem, kas lieto kokaīnu, lai informētu par drošāku seksu un drošāku narkotiku lietošanu un izdalītu prezervatīvus un lubrikantus (skatīt īpašo tēmu par dzimumatšķirībām).

Strīdīgākas nostājas izpausme ir vērojama dažās Eiropas pilsētās, kur drošas narkotiku lietošanas istabu koncepcija ir paplašināta tā, ka tagad tās var izmantot ne vien narkotiku injicētāji, bet arī narkotiku inhalētāji. Uzraudzītas inhalācijas vietas ir ierīkotas vairākās Nīderlandes, Vācijas un Šveices lielpilsētās (*EMCDDA, 2004c*). Lai gan šo pakalpojumu galvenais mērķis ir lietošanas higiēnas uzraudzība, daži fakti liecina, ka tos varētu izmantot arī citiem apūpes mērķiem; piemēram, 2004. gadā sešu mēnešu novērtēšanas periodā pārraugot vienu šādu istabu Vācijā Frankfurtē, ir konstatēts, ka ir uzraudzīti vairāk nekā 1400 lietošanas seansi, bet vienlaikus ir notikušas 332 kontaktsarunas, 40 konsultācijas un 99 cilvēki ir nosūtīti uz citiem narkotiku dienestiem.



6. nodaļa

Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana

Heroīna izplatīšana un pieejamība ⁽¹⁵⁹⁾

Eiropā ir sastopami divi ievestā heroīna veidi: plašāk pieejamais brūnais heroīns (ķīmiskajā pamatformā) un retāk pieejamais un parasti dārgākais baltais heroīns (sāls formā), kas parasti nāk no Dienvidaustrumāzijas. Turklāt dažas opioīdu narkotikas ražo uz vietas ES, bet ražošana parasti aprobežojas ar nelielu daudzumu mājās gatavotiem magoņu preparātiem (tie ir, piemēram, magoņu salmi vai no sasmalcinātiem magoņu kātiem un galviņām izgatavots magoņu koncentrāts), kas top vairākās ES austrumdaļas valstīs, piemēram, Lietuvā, kur magoņu kātu un magoņu koncentrāta tirgus šķiet stabilizējies, un Polijā, kur "poļu heroīna" ražošana, iespējams, samazinās (CND, 2006).

Ražošana un tirdzniecība

Heroīnu, ko lieto Eiropā, pārsvarā izgatavo Afganistānā, kas joprojām ir pasaulē lielākā nelegālā opija piegādātāja un kur 2005. gadā ir saražoti 89 % no visas pasaules nelegālā opija. Afganistānai seko Mjanma (7 %). Laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam nelegālā opija ražošanas līmenis pasaulē ir bijis samērā stabils, izņemot 2001. gadu, kad opija magoņu audzēšanas aizliegums, ko noteica Afganistānas talibu režīms, izraisīja dramatisku, taču neilgu ražošanas apjoma kritumu; aplēses liecina, ka 2005. gadā ir saražotas apmēram 4670 tonnas jeb par 4 % mazāk opija nekā 2004. gadā (CND, 2006). Aplēstais potenciālais pasaulē saražotā heroīna daudzums 2005. gadā ir bijis 472 tonnas (2004. gadā 495 tonnas) (UNODC, 2006).

Heroīns nonāk Eiropā pa diviem galvenajiem kontrabandas ceļiem. Joprojām izšķirīga loma heroīna kontrabandā ir vēsturiski svarīgajam Balkānu ceļam. Šis ceļš ved caur Pakistānu, Irānu un Turciju, bet pēc tam sazarojas dienvidu atzarā, kas iet caur Grieķiju, Bijušo Dienvidslāvijas Republiku Maķedoniju, Albāniju, Itāliju, Serbiju, Melnkalni un Bosniju un Hercegovīnu, un ziemeļu atzarā, kas iet caur Bulgāriju,

Rumāniju, Ungāriju, Austriju, Vāciju un Nīderlandi, kura ir uzskatāma par sekundāru izplatīšanas centru uz pārējām Rietumeiropas valstīm. Spriežot pēc heroīna konfiskācijām 2004. gadā, kontrabandas ceļā ievestā heroīna daudzuma ziņā Balkānu ceļa dienvidu atzars ir kļuvis tikpat svarīgs kā ziemeļu atzars (WCO, 2005; INCB, 2006a). Kopš 90. gadu vidus arvien vairāk heroīna (tomēr mazāk nekā caur Balkāniem) nelikumīgi nonāk Eiropā pa "zīda ceļu" cauri centrālajai Āzijai (jo īpaši caur Turkmēnistānu, Tadžikistānu, Kirgizstānu un Uzbekistānu), pāri Kaspijas jūrai un caur Krievijas Federāciju, Baltkrieviju vai Ukrainu uz Igauniju, Latviju, daļēji uz Ziemeļvalstīm un Vāciju (Reitox tīkla valstu ziņojumi, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Lai gan šie ir galvenie ceļi, par heroīna sūtījumu tranzitvalstīm ceļā no Dienvid- un Dienvidrietumāzijas uz Eiropu ir kļuvušas arī Arābijas pussalas valstis (Omāna, Apvienotie Arābu Emirāti) (INCB, 2006a). Turklāt Eiropai (un Ziemeļamerikai) domāts heroīns 2004. gadā ir konfiscēts Austrum- un Rietumāfrikā, Karību jūras reģionā, kā arī Centrāl- un Dienvidamerikā (CND, 2006).

Atsavināšana

Pasaulē 2004. gadā ir atsavinātas 210 tonnas opija (21 heroīna tonnas ekvivalents), 39,3 tonnas morfina un 59,2 tonnas heroīna. Joprojām pasaulē lielākais heroīna daudzums ir atsavināts Āzijā (50 %) un Eiropā (40 %). Eiropas daļa pieaug, galvenokārt pateicoties konfiskāciju pieaugumam Dienvidaustrumeiropas valstīs (Turcijā), kur atsavinātā heroīna daudzums pirmo reizi ir pārsniedzis Rietum- un Centrāleiropā atsavināto daudzumu (CND, 2006).

Saskaņā ar aplēsēm ziņojumā aplūkotajās valstīs 2004. gadā ir bijuši 46 000 atsavināšanas gadījumi, kuru rezultātā ir konfiscētas aptuveni 19 tonnas heroīna. Lielākais konfiskāciju skaits joprojām ir bijis Apvienotajā Karalistē, kam seko Vācija un Itālija, bet Turcijā (kam seko Itālija un Apvienotā Karaliste) ir atsavināts lielākais heroīna daudzums jeb gandrīz puse no 2004. gadā kopumā atsavinātā daudzuma ⁽¹⁶⁰⁾. Laikposmā

⁽¹⁵⁹⁾ Skatīt "Atsavināšanas un pārējās tirgus informācijas interpretācija", 37. lpp.

⁽¹⁶⁰⁾ Šī informācija ir jāprecizē, pie izdevības salīdzinot ar trūkstošajiem 2004. gada datiem. Nebija pieejami Īrijas un Apvienotās Karalistes dati par heroīna konfiskāciju skaitu un atsavināto heroīna daudzumu 2004. gadā, kā arī Nīderlandes dati par heroīna konfiskāciju skaitu 2004. gadā. Veicot aprēķinus, trūkstošie 2004. gada dati ir aizstāti ar 2003. gada datiem. Nīderlandes dati par 2004. gadā atsavināto heroīna daudzumu bija tikai aptuvenas aplēses, ko nevarēja izmantot tendenču analizē līdz 2004. gadam.

no 1999. līdz 2004. gadam heroīna atsavināšanas līmenis ir bijis svārstīgs un, pamatojoties uz ziņojumā aplūkoto valstu informāciju, šķiet, ka 2002. un 2003. gada kritumam 2004. gadā ir sekojis pieaugums⁽¹⁶¹⁾. Piecos gados no 1999. līdz 2004. gadam kopējais atsavinātā heroīna daudzums ir stabili audzis, 2004. gadā sasniedzot rekordaugstu līmeni, galvenokārt tādēļ, ka 2004. gadā salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir gandrīz dubultojies Turcijā konfiscētā heroīna daudzums⁽¹⁶²⁾.

Cena un tīrība

Brūnā heroīna vidējā mazumtirdzniecības cena 2004. gadā Eiropā ir bijusi ļoti dažāda, svārstoties no 12 euro par gramu Turcijā līdz 141 euro par gramu Zviedrijā, savukārt baltā heroīna cena ir svārstījusies no 31 euro par gramu Beļģijā līdz 202 euro par gramu Zviedrijā, bet nenoteikta veida heroīna cena ir bijusi no 35 euro par gramu Slovēnijā līdz 82 euro par gramu Apvienotajā Karalistē⁽¹⁶³⁾. Par laikposmu no 1999. līdz 2004. gadam pieejamie dati liecina, ka heroīna vidējā cena, ievērojot inflāciju⁽¹⁶⁴⁾, lielākajā daļā ziņojumā aplūkoto valstu ir kritusies⁽¹⁶⁵⁾.

Brūnā heroīna vidējā tīrība lietotāju līmenī 2004. gadā ir svārstījusies no 10 % Bulgārijā līdz 48 % Turcijā, savukārt baltā heroīna tīrība ir svārstījusies no 20 % Vācijā līdz 63 % Dānijā, bet nenoteikta veida heroīna tīrība ir bijusi no 16 % Ungārijā līdz 42–50 %⁽¹⁶⁶⁾ Nīderlandē⁽¹⁶⁷⁾. Heroīna preparātu vidējā tīrība kopš 1999. gada vairumā ziņojumā aplūkoto valstu ir bijusi svārstīga⁽¹⁶⁸⁾, tādēļ ir grūti noteikt vienu kopēju tendenci.

Starptautiskie pasākumi pret heroīna ražošanu un tirdzniecību

Svarīgs prekursors, ko izmanto nelikumīgā heroīna ražošanā, ir etiķskābes anhidrīds⁽¹⁶⁹⁾. Operācija *Topaz* ir starptautiska iniciatīva ar mērķi pārtraukt etiķskābes anhidrīda likumīgo tirdzniecību un pēīt tā novirzīšanas metodes un ceļus (*INCB*, 2006b). Etiķskābes anhidrīda likumīgā tirdzniecība ir samērā plaša, un tas apgrūtina šīs ķīmikālijas kontroli. To ilustrē

fakts, ka kopš 2001. gada 22 eksportētājvalstis/teritorijas ir iesniegušas *INCB* 7684 pirmseksporta paziņojumus par vairāk nekā 1 350 000 etiķskābes anhidrīda tonnām. Etiķskābes anhidrīda atsavināšanas apjoms Turcijā (2004. gadā tas bija 1 600 litri) pēdējos gados ir ievērojami krities, iespējams, liecinot, ka nelegālie tirgoņi ir atraduši jaunus novirzīšanas ceļus un metodes. Pirmo reizi 2004. gadā ir konstatēts, ka Eiropā (Bulgārijā) atsavinātais heroīns nāk no Dienvidrietumāzijas (*INCB*, 2006b).

Lai gan īstenojot operāciju *Topaz*, ir gūti panākumi starptautiskās tirdzniecības pārraudzībā, to nevar teikt par etiķskābes anhidrīda kontrabandas ceļu atklāšanu un likvidēšanu Afganistānā un tās kaimiņvalstīs, kur šajā ziņā ir gūti niecīgi panākumi (*INCB*, 2006b).

Eiropols īsteno projektu *Mustard*, kura nolūks ir atklāt un apkarot Turcijas un ar Turciju saistītos noziedzīgos narkotiku kontrabandas grupējumus, kas darbojas ES virzienā un ES teritorijā un kuru primārais mērķis ir heroīna tirdzniecība. Konkrēti, ar projekta palīdzību iesaistītās dalībvalstis saņem operatīvās izmeklēšanas darbības atbalstu un, sniedzot ieskatu Turcijas un ar Turciju saistītās organizētās noziedzības darbībā, tiek pilnveidota stratēģiskā izlūkošana (*Europol*, 2006).

Problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības aplēses

Šajā sadaļā minētās informācijas avots ir *EMCDDA* problemātiskās narkotiku lietošanas (*PDU*) rādītāji, kas aptver "injicējamo narkotiku lietošanu vai ilgstošu/regulāru heroīna, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu". Vēsturiski problemātiskās narkotiku lietošanas aplēses galvenokārt atspoguļo heroīna lietošanu, lai gan dažās valstīs, kā redzams citur šajā ziņojumā, svarīgu vietu šajos aprēķinos ieņem arī amfetamīna lietotāji.

Interpretējot problemātiskās opioīdu lietošanas aplēses, jāņem vērā, ka lietošanas ievirzes kļūst arvien daudzveidīgākas. Piemēram, lielākajā daļā valstu pastāvīgi

⁽¹⁶¹⁾ Skatīt tabulu SZR-7 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶²⁾ Skatīt tabulu SZR-8 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶³⁾ Skatīt tabulu PPP-2 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁴⁾ Par naudas vērtības bāzes gadu visās valstīs ir ņemts 1999. gads.

⁽¹⁶⁵⁾ Informācija par heroīna cenām vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama šādās valstīs: par brūno heroīnu Beļģijā, Čehijā, Spānijā, Francijā, Īrijā, Luksemburgā, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Zviedrijā, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā, Bulgārijā, Rumānijā un Turcijā; par balto heroīnu Čehijā, Vācijā, Francijā, Latvijā un Zviedrijā; par nenoteikta veida heroīnu Lietuvā un Apvienotajā Karalistē.

⁽¹⁶⁶⁾ Šie divi rādītāji atbilst divu dažādu uzraudzības sistēmu datiem (skatīt tabulu PPP-6 (iii. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā); šī informācija ir jāvērtē piesardzīgi, jo 50 % rādītāja pamatā ir tikai viens paraugs.

⁽¹⁶⁷⁾ Skatīt tabulu PPP-6 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁶⁸⁾ Informācija par heroīna tīrību vismaz trīs gadus pēc kārtas laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam bija pieejama šādās valstīs: par brūno heroīnu Čehijā, Dānijā, Spānijā, Īrijā, Itālijā, Luksemburgā, Austrijā, Portugālē, Slovākijā, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā un Turcijā; par balto heroīnu Dānijā, Vācijā, Igaunijā, Somijā un Norvēģijā; par nenoteikta veida heroīnu Beļģijā, Lietuvā, Ungārijā un Nīderlandē.

⁽¹⁶⁹⁾ Iekļauts 1988. gada konvencijas I sarakstā.

pieaug ar vairāku narkotiku lietošanu saistītās problēmas, bet citas valstis, kur vēsturiski ir dominējušas opioīdu problēmas, tagad ziņo par pārmaiņām citu narkotiku virzienā. Ir domājams, ka lielākā daļa heroīna lietotāju vienlaikus ar opioīdiem pašlaik lieto arī stimulantus un citas narkotikas, bet ES līmenī drošus datus par vairāku narkotiku lietošanu ir ļoti grūti iegūt (skatīt 8. nodaļu).

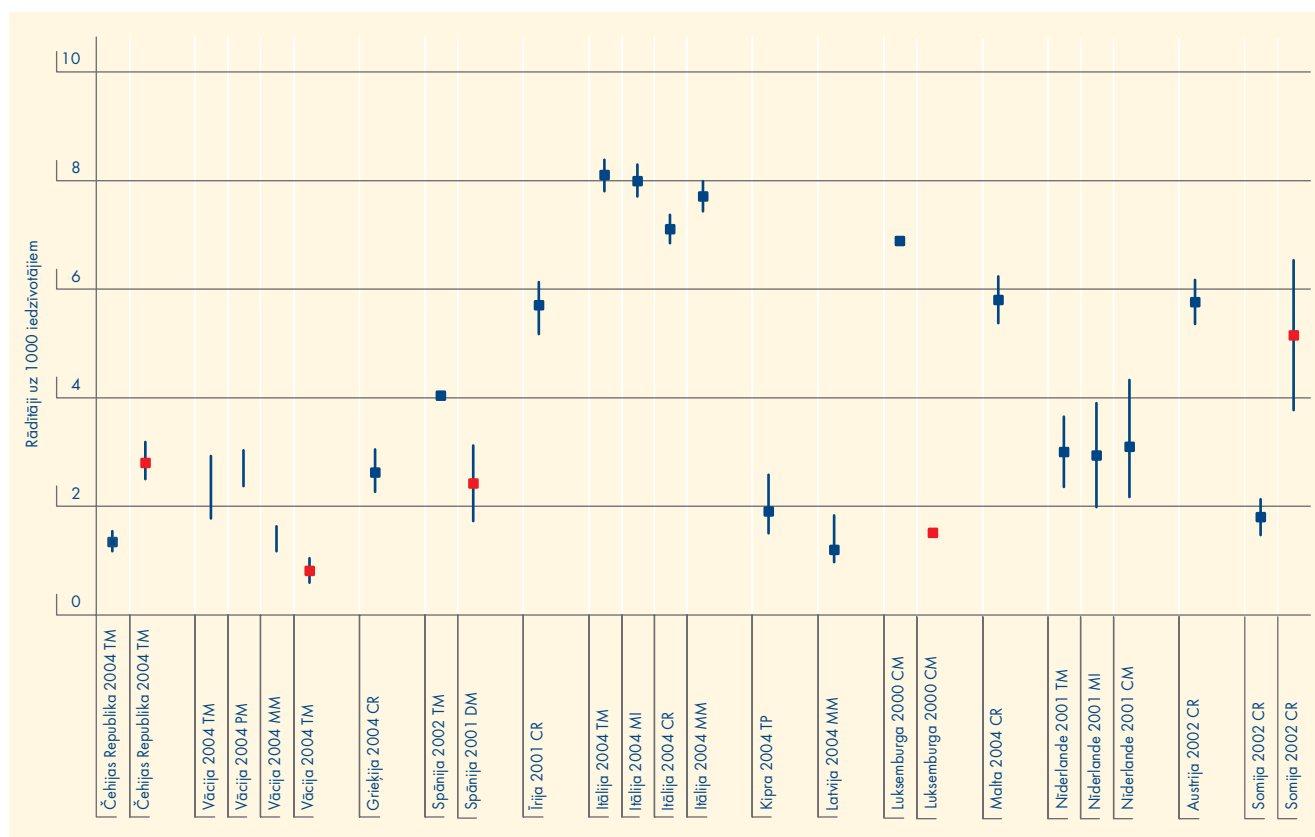
Lai gan problemātiskas narkotiku lietošanas vispārējā tendence ir aizvien lielāka daudzveidība, daudzās valstīs problemātiskas narkotiku lietošanas izplatības aplēšu pamatā ir vienīgi heroīna vai citu opioīdu kā primārās narkotikas problemātiska lietošana. Tas atspoguļojas aplēstajos problemātiskās opioīdu lietošanas izplatības rādītājos (skatīt 8. attēlu), kas lielākoties ir ļoti līdzīgi PDU rādītājiem⁽¹⁷⁰⁾. Nav skaidrs, vai pārējās valstīs citu narkotiku, izņemot opioīdus, lietošanas līmenis ir praktiski neievērojams, vai drīzāk ievērojams, bet pārāk grūti nosakāms.

Problemātisko opioīdu lietotāju skaitu noteikt ir grūti un, lai no pieejamajiem datiem izsecinātu izplatības rādītājus, ir

jāveic sarežģīta analīze. Turklāt aplēses bieži tiek veiktas atsevišķās ģeogrāfiskās teritorijās un ekstrapolācijas ceļā iegūtos valsts rādītājus šādos gadījumos ne vienmēr var uzskatīt par drošiem.

Saskaņā ar aplēsēm laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam uz katrām 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15–64 gadiem ir bijuši 1 līdz 8 problemātiski opioīdu lietotāji (pamatojoties uz aplēšu vidējiem skaitļiem). Aplēstie problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības rādītāji pa valstīm ievērojami atšķiras, lai gan gadījumos, kad vienā valstī ir izmantotas atšķirīgas metodes, iegūtie rezultāti pārsvarā ir viendabīgi. Par augstāko problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības līmeni informē Īrija, Itālija, Luksemburga, Malta un Austrija (5–8 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), bet ziņas par zemāko līmeni nāk no Čehijas, Vācijas, Grieķijas, Kipras, Latvijas un Nīderlandes (mazāk nekā četri gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem) (8. attēls). Daži no zemākajiem atbilstīgi dokumentētajiem rādītājiem, kas pašlaik ir pieejami, ir

8. attēls: Problemātiskās opioīdu un stimulantu lietošanas izplatības aplēses, 2000.–2004. g. (rādītāji uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem)



NB: ■ Sarkanie kvadrātiņi norāda stimulantu lietošanu, pārējās aplēses ir par opioīdu lietošanu. MM = mirsības koeficients; CR = aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM = ārstēšanas koeficients; PM = policijas koeficients; MI = dažādības rādītājs; TP = Puasona sadalījums; CM = kombinētās metodes. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetena tabulās PDU-1, PDU-2 un PDU-3. Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsvītras apzīmē nenoteiktības intervālus, kas var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze. Mērķgrupas var nedaudz atšķirties atkarībā no dažādām metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi ir jāveic piesardzīgi.

⁽¹⁷⁰⁾ Skatīt attēlu PDU-1 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

aplēsti jaunajās ES dalībvalstīs, bet par augstāku izplatības līmeni ziņo Malta (5,4–6,2 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem). No ierobežotajiem datiem var secināt, ka problemātiskas opioīdu lietošanas izplatības līmenis ES kopumā ir divi līdz astoņi gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Taču šos rādītājus nebūt nevar uzskatīt par drošiem un tie ir jāprecizē, kad būs pieejami jauni dati.

Nav pieejamas vietēja un reģionāla mēroga aplēses tieši par problemātisku opioīdu lietošanu; tomēr pieejamie dati par problemātisku narkotiku lietošanu (ieskaitot stimulantus un citas narkotikas) liek secināt, ka izplatības līmenis dažādās pilsētās un reģionos ir ļoti atšķirīgs. Par augstākajiem vietējās izplatības rādītājiem laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam ziņo Īrija, Portugāle, Slovākija un Apvienotā Karaliste, kur rādītāji sasniedz 15–25 gadījumus uz 1000 iedzīvotājiem⁽¹⁷¹⁾. Kā jau bija gaidāms, vietējā mērogā liela dažādība valda arī ģeogrāfiski; piemēram, izplatības līmenis dažādās Londonas daļās svārstās no 6 līdz 25 gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem. Vietējās izplatības rādītāju lielā dažādība apgrūrina vispārīnāšanu.

Narkotiku lietotāji cietumos

Informācija par narkotiku lietotājiem cietumos ir fragmentāra. Daudzi no Eiropā pieejamajiem datiem ir iegūti speciālos pētījumos, kas dažkārt ir veikti vietējā mērogā un ieslodzījuma vietās, ko attiecībā uz valsts cietumu sistēmu nevar uzskatīt par reprezentatīvām, turklāt izlases veidā aptaujāto cietumnieku skaits ir ļoti dažāds. Tādējādi pētījumos iesaistītā kontingenta atšķirības ierobežo gan aptauju datu salīdzināšanu atsevišķās valstīs un starp valstīm, gan rezultātu ekstrapolāciju un tendenču analīzi.

Datus par narkotiku lietošanu cietumnieku vidū pēdējos 5 gados (1999.–2004. g.) ir sniegušas lielākā daļa valstu⁽¹⁾. Šī informācija rāda, ka salīdzinājumā ar iedzīvotājiem kopumā cietumos narkomāni ir pārstāvēti ļoti plaši. Proporcionalais apcietināto skaits, kas atzīst, ka vismaz reizi ir lietojuši nelegālas narkotikas, dažādos cietumos un aizturēšanas centros ir atšķirīgs, vidējie rādītāji svārstās no trešdaļas un mazāk Ungārijā un Bulgārijā līdz divām trešdaļām un vairāk Nīderlandē, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā, bet vairākuma valstu minētais narkotiku lietošanas rādītājs (lietošana vismaz vienreiz dzīves laikā) ir aptuveni 50 % (Beļģija, Grieķija, Latvija, Portugāle, Somija). Visbiežāk lietotā nelegālā narkotika joprojām ir kaņepes – vismaz vienreiz dzīves laikā tās ir lietojuši no 4 % līdz 86 % cietumnieku, salīdzinot ar 3–57 % kokaīna, 2–59 % amfetamīnu un 4–60 % heroīna⁽²⁾.

Saskaņā ar ziņojumiem 8–73 % cietumu iemītnieku atzīst regulāru narkotiku lietošanu vai atkarību pirms nokļūšanas

Problemātiskas opioīdu lietošanas laika tendences

Tā kā trūkst drošu un konsekventu vēsturisku datu, problemātiskas opioīdu lietošanas laika tendences novērtēt ir sarežģīti. Apkopotie fakti ļauj secināt, ka problemātiskas opioīdu lietošanas izplatība dažādās valstīs ir ļoti atšķirīga un visā ES tendences nav viendabīgas. Dažu valstu sniegtās ziņas, ko papildina citu rādītāju informācija, ļauj secināt, ka problemātiskā opioīdu lietošana no 90. gadu vidus līdz 90. gadu beigām ir turpinājusi iet plašumā (9. attēls), bet pēdējos gados šķiet stabilizējusies vai nedaudz samazinājusies. Atkārtoti aprēķini par problemātisku opioīdu lietošanu laikposmā no 2000. līdz 2004. gadam ir pieejami septiņās valstīs (Čehijā, Vācijā, Grieķijā, Spānijā, Īrijā, Itālijā, Austrijā); četrās valstīs (Čehijā, Vācijā, Grieķijā, Spānijā) ir reģistrēta problemātiskas opioīdu lietošanas samazināšanās, viena valsts ziņo par pieaugumu (Austrija – lai gan šos datus ir grūti interpretēt, jo datu apkopošanas sistēma šajā laikā ir mainījusies). Dati par pacientiem, kas pirmo reizi sāk ārstēšanos, liecina, ka problemātiskas opioīdu lietošanas sastopamība kopumā, iespējams, lēnām samazinās, tādēļ var cerēt, ka tuvākajā nākotnē izplatības rādītāji būs mazāki.

cietumā, savukārt narkotiku injicēšanu kādreiz savas dzīves laikā atzīst 7–38 % cietumu iemītnieku⁽³⁾.

Lai arī lielākā daļa narkotiku lietotāju pēc nokļūšanas cietumā samazina vai pārtrauc narkotiku lietošanu, daži apcietinātie narkotiku lietošanu (un/vai narkotiku injicēšanu) cietumā turpina vai sāk. Saskaņā ar pieejamajiem pētījumu datiem 8–51 % cietumu iemītnieku ir lietojuši narkotikas, atrazdamies cietumā, 10–42 % atzīst regulāru narkotiku lietošanu, bet 1–15 %, atrazdamies cietumā, ir injicējuši narkotikas⁽⁴⁾. Šī informācija liek uzdot jautājumus par potenciālu infekcijas slimību pārnesšanu, jo īpaši ņemot vērā sterila injekciju aprīkojuma trūkumu un koplietošanas praksi cietumu iemītnieku vidū.

Čehijā (1996.–2002. g.), Dānijā (1995.–2002. g.), Lietuvā (2003./2004. g.), Ungārijā (1997./2004. g.), Slovēnijā (2003./2004. g.) un Zviedrijā (1997.–2004. g.) atkārtoti veiktas aptaujas rāda, ka dažāda veida narkotiku lietošanas izplatība apcietināto vidū pieaug, savukārt Francijā (1997./2003. g.) narkotiku injicētāju skaits starp cietumniekiem ir ievērojami samazinājies⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Par pēdējos 5 gados (1999.–2004. g.) veiktiem pētījumiem ir ziņojušas un informāciju par narkotiku lietošanas ievēzēm cietumnieku vidū sniegušas šādas valstis: Beļģija, Čehija, Dānija, Vācija, Grieķija, Francija, Īrija, Itālija, Latvija, Lietuva, Ungārija, Malta, Nīderlande, Austrija, Portugāle, Slovēnija, Slovākija, Somija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste, Bulgārija un Norvēģija.

⁽²⁾ Skatīt tabulu DUP-1 un attēlu DUP-1 2006. gada statistikas biļetenā.

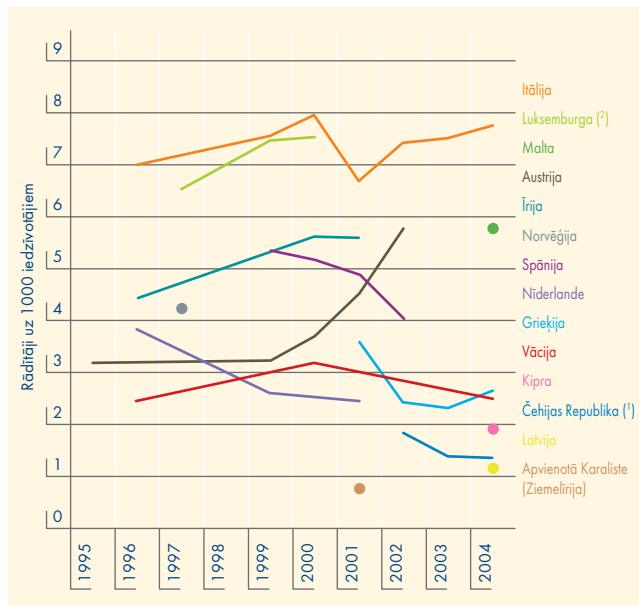
⁽³⁾ Skatīt tabulas DUP-2 un DUP-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁴⁾ Skatīt tabulas DUP-3 un DUP-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽⁵⁾ Skatīt tabulu DUP-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷¹⁾ Skatīt attēlu PDU-6 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

9. attēls: Problemātiskās opioīdu lietošanas izplatības tendences, 1995.–2004. g. (rādītāji uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem)



(1) Rādītāji 18–64 gadu grupā.

(?) Aprēķināts pēc 15–54 gadu grupas datiem

NB: Gadījumos, kad attiecīgajā laikposmā metodes ir līdzīgas, laika rindas ir apvienotas. Plašāku informāciju skatīt 2006. gada statistikas biļetena tabulās PDU-1, PDU-2 un PDU-3.

Avoti: Valstu koordinācijas centri.

Narkotiku injicēšana

Narkotiku injicētāji (*IDU*) ļoti riskē piedzīvot bēdīgas sekas, piemēram, saslimt ar nopietnām infekcijas slimībām vai pārdozēt narkotikas. Tādēļ narkotiku injicēšana ir jāaplūko atsevišķi.

Tikai dažas valstis informē par valsts vai vietēja mēroga narkotiku injicēšanas izplatības aplēsēm, lai gan sabiedrības veselības kontekstā tās ir svarīgas ⁽¹⁷²⁾. Ņemot vērā trūcīgos datus, šajā sadaļā *IDU* nav sadalīti kategorijās atbilstīgi primārajai narkotikai, bet tendences, kas raksturo *IDU* skaitu ārstēto heroīna lietotāju vidū (skatīt tālāk), protams, attiecas tikai uz heroīna injicētājiem.

Lielākajā daļā no pieejamajiem aprēķiniem par narkotiku injicēšanu ir izmantoti vai nu dati par nāvi pārdozēšanas rezultātā vai dati par infekcijas slimībām (piemēram, HIV). Pieejamie aprēķini dažādās valstīs ievērojami atšķiras: kopš 2000. gada valsts aplēsēs visbiežāk ir minēti 1 līdz 6 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem, bet pirms 2000. gada rādītāji reizēm ir bijuši

augstāki. No valstīm, kas ir sniegušas šādus aprēķinus, kopš 2000. gada augstākie narkotiku injicēšanas izplatības valsts rādītāji ir Luksemburgā un Austrijā, kas ziņo par apmēram 6 gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Zemākie rādītāji ir Kiprā un Grieķijā, kur uz 1000 iedzīvotājiem ir tikai nedaudz vairāk par vienu gadījumu.

Gadījumos, kad ir pieejamas laika tendences, tās neliecina par vienotu ievirzi – dažās valstīs un reģionos tās norāda uz samazinājumu (piemēram, Apvienotajā Karalistē Skotijā), bet citur uz pieaugumu. Tomēr datu trūkums nozīmē, ka šajā ziņā nav iespējams gūt skaidru priekšstatu.

Par svarīgu papildinājumu informācijai, ko dod narkotiku injicēšanas izplatības pārraudzība sabiedrībā kopumā, ir uzskatāma pašreizējo injicētāju skaita pārraudzība to heroīna lietotāju vidū, kas sāk ārstēties. Tomēr jāatceras, ka konstatētais samērs var arī neatspoguļot visu injicējamo narkotiku lietošanas izplatības tendences. Piemēram, valstīs, kur ir proporcionāli daudz stimulantu lietotāju (Čehijā, Slovēnijā, Somijā, Zviedrijā), informācija par heroīna injicētāju skaitu var nebūt pietiekami reprezentatīva, lai raksturotu kopējo situāciju.

IDU skaits to primāro heroīna lietotāju vidū, kuri sāk ārstēties, arī liek secināt, ka injicējamo narkotiku lietošanas līmenis, tāpat kā laika tendences dažādās valstīs ievērojami atšķiras ⁽¹⁷³⁾. Dažās valstīs (Spānijā, Nīderlandē un Portugālē) narkotikas injicē samērā neliela daļa ārstēties sākušo heroīna lietotāju, bet citās valstīs injicēšana joprojām šķiet galvenais heroīna lietošanas veids. Dažās ES 15 dalībvalstīs, par kurām ir pieejami dati (Dānijā, Grieķijā, Spānijā, Francijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē), injicēšanas izplatība ārstēties sākušo heroīna lietotāju vidū ir samazinājusies. Tomēr lielākajā daļā jauno dalībvalstu, vismaz tajās, par kurām ir pieejami dati, liela daļa no ārstēties sākušajiem heroīna lietotājiem ir injicētāji.

Informācija par ārstniecības pieprasījumiem ⁽¹⁷⁴⁾

Daudzās valstīs opioīdi (galvenokārt heroīns) joprojām ir galvenā narkotika, no kuras pacienti vēlas atradināties, meklējot medicīnisku palīdzību. No visiem ārstniecības pieprasījumu rādītājos reģistrētajiem 2004. gada ārstniecības pieprasījumiem apmēram 60 % pieprasījumu kā galvenā narkotika ir minēti opioīdi – un tikai nedaudz vairāk nekā puse šo pacientu (53 %) atzīst, ka narkotikas injicē ⁽¹⁷⁵⁾.

⁽¹⁷²⁾ Skatīt attēlu PDU-7 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷³⁾ Skatīt attēlu PDU-3 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁴⁾ Skatīt (70) zemsvītras piezīmi.

⁽¹⁷⁵⁾ Skatīt attēlu TDI-2 un tabulu TDI-5 2006. gada statistikas biļetenā.

Jāatzīmē, ka ārstniecības pieprasījumu rādītāji neaptver visus opioidu pacientus – šādu pacientu ir daudz vairāk – bet tikai tos, kuru pieprasījumi ir saņemti atskaites gadā.

To pacientu skaits, kuri vēlas ārstēties no heroīna atkarības, dažādās valstīs proporcionāli atšķiras. Pamatojoties uz jaunākajiem pieejamajiem datiem, atkarībā no problemātisko heroīna lietotāju skaita to narkotiku lietotāju vidū, kas vēlas ārstēties, valstis var iedalīt šādās trijās grupās:

- mazāk par 50 % – Čehija, Dānija, Ungārija, Nīderlande, Polija, Slovākija, Somija, Zviedrija;
- 50–70 % – Vācija, Spānija, Francija, Īrija, Kipra, Latvija, Portugāle, Apvienotā Karaliste, Rumānija;
- vairāk par 70 % – Grieķija, Itālija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Slovēnija, Bulgārija ⁽¹⁷⁶⁾.

Starp valstīm, kur ievērojama daļa opioidu pacientu lieto vielas, kas nav heroīns, var minēt Ungāriju, kur ir izplatīta mājās gatavotu opija magoņu preparātu lietošana, un Somiju, kur lielākā daļa opioidu pacientu ļaunprātīgi izmanto buprenorfinu ⁽¹⁷⁷⁾.

Lielākā daļa opioidu lietotāju tāpat kā citu narkotiku lietotāji ārstējas ambulatori, tomēr salīdzinājumā ar kokaīna un kaņepju pacientiem proporcionāli lielāks ir to opioidu pacientu skaits, kas ārstējas stacionāros ārstniecības centros.

Lielākā daļa valstu, kur katru gadu ir ievērojams jaunu heroīna pacientu skaits (izņemot Vāciju, kur ir paplašināta ziņošanas bāze), informē, ka pēdējos 4–5 gados ārstniecības pieprasījumu skaits ir samazinājies, bet tas neattiecas uz pacientiem, kas jau kādreiz ir ārstējušies. Atkārtotu pieprasījumu skaits kopumā nav mazinājies, un lielākajā daļā valstu kopējais heroīna ārstniecības pieprasījumu skaits ir palicis gandrīz nemainīgs. Liels izņēmums šajā ziņā ir Vācija un Apvienotā Karaliste, kur kopējais reģistrēto pieprasījumu skaits ir pieaudzis. Visumā tomēr ar heroīnu saistīto ārstniecības pieprasījumu (visu un jauno) proporcionālā daļa ir samazinājusies; ņemot vērā kaņepju un kokaīna ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu, laikposmā no 1999. līdz 2004. gadam jauno heroīna ārstniecības pieprasījumu skaits ir samazinājies no aptuveni divām trešdaļām līdz aptuveni 40 % ⁽¹⁷⁸⁾.

Jau iepriekš ir ziņots, ka opioidu ārstniecības pieprasītāju vecums palielinās – šī tendence 2004. gadā ir turpinājusies.

Gandrīz visi opioidu lietotāji, kas vēlas ārstēties, ir vecāki par 20 gadiem un gandrīz puse ir vecāki par 30 gadiem. Eiropas līmenī pieejamā informācija liecina, ka tikai neliela daļa (mazāk nekā 7 %) opioidu lietotāju pirmo reizi griežoties pēc palīdzības ir jaunāki par 20 gadiem ⁽¹⁷⁹⁾. Reizēm pienāk ziņas par ļoti jauniem (15 gadus nesaņiegušiem) pacientiem, kas vēlas ārstēties no heroīna atkarības ⁽¹⁸⁰⁾, piemēram, par 11–12 gadus veciem bērniem Bulgārijā Sofijā, bet kopumā šķiet, ka ārstniecības pieprasījumi no gados jauniem heroīna lietotājiem ir reti.

Saskaņā ar ziņojumiem opioidu pacienti ir sociāli atsvešināti, ar zemu izglītības līmeni, daudzi ir bezdarbnieki un bez pastāvīgas dzīvesvietas; Spānija informē, ka 17–18 % opioidu pacientu ir bezpajumtnieki.

Lielākā daļa pacientu apgalvo, ka opioidus pirmo reizi ir lietojuši 15–24 gadu vecumā, apmēram 50 % pacientu pirmā reize ir bijusi līdz 20 gadu vecumam ⁽¹⁸¹⁾. Ņemot vērā, ka laiks, kas paiet no pirmās lietošanas reizes līdz pirmajam ārstniecības pieprasījumam, parasti ir 5–10 gadi un laiks, kas paiet no narkotiku lietošanas sākuma līdz regulārai lietošanai varētu būt 1,5–2,5 gadi (Somijas valsts ziņojums), var teikt, ka līdz pirmajam ārstniecības pieprasījumam opioidu pacientiem visticamāk ir 3–7 gadus ilga regulāras narkotiku lietošanas pieredze.

Visā Eiropā to jauno opioidu pacientu vidū, kas vēlas ārstēties ambulatorajos ārstniecības centros un kuru narkotiku administrēšanas veids ir zināms, narkotikas injicē tikai nedaudz vairāk nekā puse pacientu. Kopumā vairāk injicētāju ir starp ārstēties gribošajiem opioidu lietotājiem jaunajās dalībvalstīs (vairāk nekā 60 %), ES 15 dalībvalstīs injicētāju nav tik daudz (mazāk nekā 60 %), izņemot Itāliju un Somiju, kur pacientu vidū ir attiecīgi 74 % un 79,3 % opioidu injicētāju. Proportionāli vismazāk injicētāju ir starp opioidu pacientiem Nīderlandē (13 %), bet visvairāk Latvijā (86 %) ⁽¹⁸²⁾.

Opioidu atkarības ārstēšana

Viena no svarīgākajām prioritātēm ES 2005.–2012. gada narkotiku stratēģijā ir labāks ārstniecības iespēju un pieejamības nodrošinājums, stratēģija aicina dalībvalstis nodrošināt visaptverošu efektīvu ārstniecības iespēju klāstu. Vēsturiski problemātisku opioidu lietotāju ārstēšanā svarīgu vietu ir ieņēmusi ārstēšana stacionāra apstākļos. Tomēr līdz

⁽¹⁷⁶⁾ Skatīt tabulu TDI-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁷⁾ Skatīt tabulu TDI-26 2006. gada statistikas biļetenā; *Reitox* valsts ziņojumus.

⁽¹⁷⁸⁾ Skatīt attēlu TDI-1 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁷⁹⁾ Skatīt tabulu TDI-10 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Skatīt tabulu TDI-11 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸²⁾ Skatīt tabulu TDI-17 2006. gada statistikas biļetenā.

ar pieaugošu ārstniecības iespēju daudzveidību un jo īpaši līdz ar aizvietotājterapijas ievērojami plašāko piemērošanu, stacionārās aprūpes salīdzinoši lielā nozīme ir mazinājusies.

Informācija par opioīdu problēmu ārstēšanas dažādo iespēju salīdzinošo pieejamību Eiropā pašlaik ir ierobežota. Atbildot uz EMCDDA aptaujas jautājumiem, eksperti lielākajā daļā (16) dalībvalstu apgalvo, ka galvenā pieejamā ārstniecības metode ir aizvietotājterapija. Tomēr četrās valstīs (Čehijā, Ungārijā, Polijā un Slovākijā) izplatītāka ir bezzāļu terapija, bet divas valstis, Spānija un Zviedrija, ziņo, ka vienādi izplatīta ir gan zāļu, gan bezzāļu terapija.

Aizvietotājterapiju (galvenokārt ārstēšanu ar metadonu vai buprenorfinu) opioīdu atkarības ārstēšanā piemēro visās ES dalībvalstīs ⁽¹⁸³⁾, kā arī Bulgārijā, Rumānijā un Norvēģijā, un pašlaik Eiropā valda ievērojama vienprātība, ka šis risinājums problemātiskajiem opioīdu lietotājiem nāk par labu, lai gan dažās valstīs šī joprojām ir vārīga tēma (skatīt 2. nodaļu). Jautājums par aizvietotājterapijas lomu vairs neizraisa tik lielas domstarpības starptautiskā līmenī; ANO sistēma saistībā ar aizvietotājterapiju 2004. gadā ir pieņēmusi vienotu nostāju (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), un PVO gan metadonu, gan buprenorfinu 2006. gada jūnijā ir iekļāvusi PVO svarīgāko medikamentu paraugsarakstā.

Pašlaik ir apkopoti droši fakti, kas liecina, ka aizvietotājterapijas programmas ar tādiem medikamentiem kā metadons un buprenorfīns dod labus rezultātus. Pētījumi apliecina, ka aizvietotājterapijas rezultātā mazinās nelegālu narkotiku lietošana, narkotiku injicēšanas biežums, kā arī uzvedība, kas ir saistīta ar augstu HIV un citu infekcijas slimību izplatīšanas risku, piemēram, kopēja injicēšanas aprīkojuma izmantošana, turklāt uzlabojas gan pacientu sociālās funkcijas, gan vispārējais veselības stāvoklis. Pētījumi ir ļāvuši secināt, ka, iespējams, samazinās arī noziedzīgās darbības un ka aizvietotājterapijas pietiekams nodrošinājums var palīdzēt samazināt ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaitu. Labākos rezultātus nodrošina laicīga iesaistīšanās programmā, pietiekams aizvietotājterapijas ilgums un nepārtrauktība, kā arī adekvātas medikamentu devas.

Metadona terapija joprojām ir Eiropā visbiežāk izmantotā aizvietotājterapija, tomēr ārstniecības iespējas turpina paplašināties, un tagad 19 ES valstīs, Norvēģijā un Bulgārijā ir pieejams arī buprenorfīns, lai gan nav skaidrs, vai visās valstīs, kas ziņo par tā izmantošanu, buprenorfīns ir oficiāli apstiprināts kā aizvietotājterapijas līdzeklis. Ja ņem vērā, ka

ārstēšana ar lielām buprenorfīna devām Eiropā ir ieviesta tikai pirms 10 gadiem, jāsecina, ka buprenorfīns kā terapijas līdzeklis ir ļoti strauji iekarojis popularitāti (skatīt 1. attēlu) ⁽¹⁸⁴⁾.

Opioīdu medikamentozās terapijas vienīgais mērķis nav ilgtermiņa narkotiku aizvietošana. Metadonu un buprenorfinu lieto arī, lai palīdzētu atmest opioīdu lietošanu, šādos gadījumos terapijas mērķis ir palīdzēt pacientiem atradināties no opioīdiem, noteiktā laikposmā samazinot medikamentu devas, lai pēc iespējas mazinātu paģiru sindromu. Dažkārt kā recidīvu novēršanas palīg līdzekli lieto opioīdu antagonistu naltreksonu, riebumu izraisošu opioīdu atkarības medikamentozās terapijas līdzekli, jo tas bloķē heroīna iedarbību, tomēr vēl nevar runāt par drošu faktu bāzi, kas liecinātu par labu šā līdzekļa izmantošanai.

Dažās valstīs (Vācijā, Spānijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē) ir arī heroīna terapijas programmas, tomēr to pacientu skaits, kas saņem šo terapiju, salīdzinājumā ar citiem narkotiku aizvietotājterapijas veidiem, ir ļoti neliels (visticamāk tas nepārsniedz 1 % no kopējā pacientu skaita). Šīs terapijas veids joprojām ir strīdīgs, un pārsvarā tie ir zinātniski izmēģinājumi, cenšoties ārstēt ilgtermiņa lietotājus, kam nelīdz citi ārstniecības risinājumi.

Nesen veiktā pētījumā par narkotiku atkarības ārstēšanas ietekmi uz HIV infekcijas profilaksi ir konstatēts, ka uz uzvedību vērsti iejaukšanās pasākumi var sekmēt aizvietotājterapijas pozitīvo ietekmi uz HIV pārnesamas novēršanu, kamēr piemērojot tikai psihoterapiju, rezultāti mēdz būt dažādi. Atturēšanās terapija sekmē HIV novēršanu, ja pacienti ārstējas 3 mēnešus vai ilgāk (Farrell u.c., 2005).

Metadona patēriņa pārraudzība

Metadons ir kontrolējama narkotiska viela, kas ir iekļauta 1961. gada Vienotās narkotisko vielu konvencijas I sarakstā, un tā vietējo patēriņu katru gadu pārrauga INCB.

Saskaņā ar EMCDDA informāciju pēc ES dalībvalstu, Norvēģijas, Bulgārijas un Rumānijas minimālajām aplēsēm gadā aizvietotājterapiju ir saņēmuši vairāk nekā 500 000 pacientu (skatīt 4. tabulu 2005. gada ziņojumā). Izņemot Čehiju un Franciju, kur vairāk izplatīta ir ārstēšana ar lielām buprenorfīna devām (HDBT), pārējās valstīs vairāk nekā 90 % pacientu ir ārstēti ar metadonu.

ES un ASV kopā izlieto 85 % no pasaulē patērētā metadona, un pēdējā desmitgadē metadona patēriņš šajās valstīs ir stabili audzis. Laikposmā no 1997. līdz 2000. gadam

⁽¹⁸³⁾ Kipra informē par metadona izmantošanu detoksikācijā kopš 2004. gada un ir paziņojusi par metadona aizvietotājterapijas eksperimentāla projekta sākumu, bet informācijas par metadona terapijas pacientiem nav. Turcijā metadons ir oficiāli reģistrēts kā opioīdu atkarības ārstēšanas līdzeklis, bet informācijas par metadona terapijas pacientiem nav.

⁽¹⁸⁴⁾ Skatīt izvēlēto tēmu par buprenorfinu 2005. gada ziņojumā.

patērētā metadona daudzums abos reģionos ir stabilizējies, bet pēcāk ASV patēriņš ir krasi pieaudzis. Pašlaik ES patēriņš apmēram pusi no ASV patērētā metadona apjoma ⁽¹⁸⁵⁾.

Parasti patēriņš ievērojami aug pēc tam, kad kāda valsts šo ārstniecības metodi ievieš valsts mērogā. Piemēram, pēc plašās metadona aizvietošanas terapijas ieviešanas Francijā

1995. gadā metadona patēriņš drīz vien pieauga no 31 kg 1995. gadā līdz 446 kg 2004. gadā.

Par metadona patēriņa līmeņa stabilizāciju pēdējā laikā liecina statistikas dati Dānijā, Spānijā, Maltā, Nīderlandē un, iespējams, Vācijā. Tas saskan ar ārstējamo pacientu skaita pārmaiņām (skatīt 2. nodaļu).

⁽¹⁸⁵⁾ Skatīt attēlu NSP-2 2006. gada statistikas biļetenā.



7. nodaļa

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības

Pie nopietnākajām nelegālo narkotiku lietošanas un jo īpaši narkotiku injicēšanas sekām pieder HIV un citu infekcijas slimību, sevišķi C un B hepatīta pārvešana. Ir labi zināms, ka pastāv saistība starp narkotiku injicēšanu un infekciju pārvešanu. Tādēļ par sabiedrības veselības aizsardzības ieviešanā pasākumu primāro mērķi šajā jomā ir kļuvusi narkotiku injicēšanas un injicēšanas aprīkojuma koplietošanas samazināšana. Pētījumi liecina arī par saistību starp narkotiku lietošanu un augsta riska seksuālo aktivitāti; tas liek domāt par to, ka aizvien svarīgāk kļūst nodrošināt narkotiku ieviešanā pasākumu saikni ar sabiedrības veselības stratēģijām, kuru mērķis ir seksuālā veselība. Veicot pārraudzību Eiropas mērogā, datus par infekcijas slimībām apkopo regulāras paziņošanas avoti, kur narkotiku injicēšanu var atzīmēt kā riska faktoru, turklāt datus iegūst arī īpašos pētījumos, kuru mērķgrupas ir narkotiku lietotāji dažādā vidē.

HIV un AIDS

Jaunatklāto HIV gadījumu jaunākās tendences

Saskaņā ar ziņojumiem lielākajā daļā valstu ar narkotiku injicēšanu saistīto jaunatklāto HIV infekcijas gadījumu skaits pašlaik nav liels. Iepazīstoties ar to valstu pieredzi, kam ir izdevies konsekventi uzturēt zemu HIV infekcijas rādītāju narkotiku injicētāju (*IDU*) vidū, ir iespēja analizēt faktorus, kas ļauj to panākt; tas ir uzdevums, ko paredz īstenot pašreizējais ES narkotiku rīcības plāns un kam ir veltīts pašlaik notiekošs *EMCDDA* koordinēts pētījums. Tomēr nedrīkst ieslīgt pašapmierinātībā; nedz Spānija, nedz Itālija, kas ir pieredzējušas HIV epidēmiju *IDU* vidū, nav sniegušas HIV gadījumu valsts atskaites datus, un tas lielā mērā negatīvi iespaido to datu vērtību, kas ir izmantoti, aprakstot ES kopējo ainu. Turklāt dažu valstu informācija rada bažas, ka HIV infekcijas izplatība, iespējams, pieaug, vismaz dažu *IDU* grupu vidū.

Francijā, kur HIV gadījumus reģistrē tikai kopš 2003. gada, HIV izplatība *IDU* vidū ir pieaugusi (lai arī no zema sākotnējā

līmeņa) no aptuveni 2,3 gadījumiem uz miljoniem iedzīvotājiem 2003. gadā līdz 2,9 gadījumiem 2004. gadā. Lai gan tas kopumā saskan ar pieejamajiem pētījumu datiem (skatīt tālāk), jāatceras, ka jaunas paziņošanas sistēmas sākumā mēdz būt nestabilas. Portugālē agrāk reģistrētais šķietamais jaunatklāto gadījumu skaita samazinājums izskatās apšaubāms, ja to salīdzina ar 2004. gada datiem, kas atklāj visaugstāko HIV izplatības līmeni ES – 98,5 gadījumus uz miljoniem iedzīvotājiem⁽¹⁸⁶⁾. Apvienotajā Karalistē HIV izplatība *IDU* vidū pamazām ir pieaugusi, bet pašlaik tā ir stabila – nedaudz mazāk par 2,5 gadījumiem uz miljoniem iedzīvotājiem gadā. Īrijā izplatība 90. gadu beigās ir pieaugusi, 2000. gadā sasniedzot maksimumu, proti, 18,3 gadījumus uz miljoniem iedzīvotājiem gadā, tad 2001. gadā nokritusies līdz 9,8 gadījumiem uz miljoniem iedzīvotājiem, bet 2004. gadā atkal pieaugusi līdz 17,8 gadījumiem uz miljoniem iedzīvotājiem.

Ar narkotiku injicēšanu saistīti HIV uzliesmojumi vēl neseno, 2001. gadā, ir bijuši Igaunijā un Latvijā, un 2002. gadā Lietuvā. Kopš tā laika izplatības rādītāji ir ievērojami samazinājušies; pēc sākotnējās epidēmijas fāzes, izveidojoties endēmiskam infekcijas līmenim, jaunatklātu gadījumu skaita samazināšanās nav nekas neparasts (skatīt tālāk).

HIV serozā izplatība pārbaudīto *IDU* vidū

Dati par serozo izplatību *IDU* vidū (proporcionālais inficēto skaits *IDU* analīžu paraugos) ir svarīgs papildinājums atskaitēm par HIV gadījumiem. Atkārtoti serozās izplatības pētījumi un diagnostikas pārbažu datu regulāra pārraudzība var apstiprināt slēdzienus, kas izriet no atskaitēm par HIV gadījumiem, un sniegt plašāku informāciju par konkrētiem reģioniem un apstākļiem. Taču izplatības dati nāk no ļoti dažādiem avotiem, un dažkārt tos ir grūti salīdzināt, tādēļ tie ir jāinterpretē piesardzīgi.

Neseno HIV izplatības pieaugumu dažās valstīs, ko apliecina HIV gadījumu atskaites, pieejamie serozās izplatības dati lielākoties apstiprina, lai gan tie liecina, ka šīs valstis nav vienīgās, kur būtu jāpaaugstina modrība.

Baltijas valstīs pieejamie serozās izplatības dati norāda, ka, iespējams, vēl nav panākta HIV pārvešanas kontrole *IDU*

⁽¹⁸⁶⁾ Skatīt attēlus INF-2 (i. daļu) un INF-2 (ii. daļu) 2006. gada statistikas bijetenā.

vidū (10. attēls). Nesen veikts pētījums liecina, ka Igaunijā izplatība IDU vidū pieaug vienā reģionā (Tallinā 2001. gadā bija inficēts 41 % no 964 paraugiem, bet 2005. gadā 54 % no 350 paraugiem), bet kādā citā reģionā tās līmenis ir ārkārtīgi augsts (Kohtlajervē inficēti bija 90 % no 100 paraugiem). Latvijā divu laika rindu dati atklāj, ka serozā izplatība IDU vidū līdz 2002./2003. gadam ir nepārtraukti augusi, savukārt trešās laika rindas dati liek domāt par kritumu pēc 2001. gadā sasniegta maksimuma.

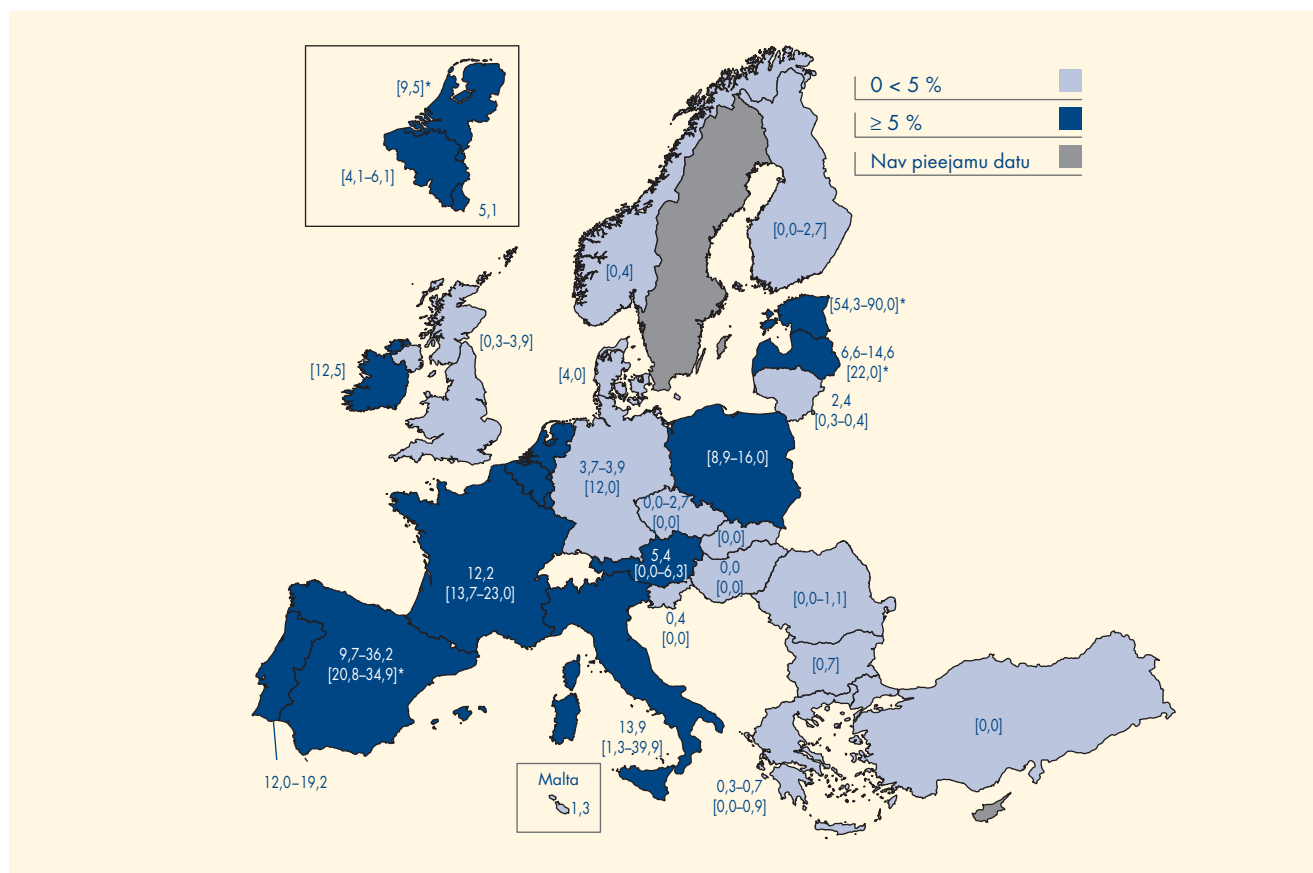
Lietuvas 2003. gada dati norāda uz HIV pieaugumu to pārbaudīto IDU vidū, kas ārstējas no narkotiku atkarības, piedalās šīrču apmaiņas programmās vai atrodas slimnīcā; laikposmā no 1997. līdz 2002. gadam izplatība ir pieaugusi no 1,0 % līdz 1,7 %, 2003. gadā sasniedzot 2,4 % (27/1112).

Valstis, kur HIV infekcijas līmenis IDU vidū vēsturiski ir bijis augsts (Spānijā, Francijā, Itālijā, Polijā un Portugālē), pašlaik ir konstatētas jaunas pazīmes, kas liecina, ka pārnešana

turpinās vai nu visā valstī vai konkrētos reģionos un konkrētās IDU apakšgrupās⁽¹⁸⁷⁾. Jāievēro, ka pēc 80. un 90. gadu plašās epidēmijas šajās valstīs ir augsta fona izplatība, kas palielina iespēju inficēties augsta riska uzvedības rezultātā.

Nav pieejami Spānijas un Itālijas valsts atskaites dati par HIV gadījumiem. Parasto diagnostikas pārbažu dati ir grūti interpretējami, jo tos var iespaidot dažādi atlasē kritēriji; lai vai kā, šajās valstīs tie ir iemesls uztraukumam. Spānijā gados jaunu (līdz 25 gadiem) IDU vidū, kas ir pārbaudīti narkotiku atkarības ārstēšanā, HIV izplatība līdz 2002. gadam ir palikusi stabila vairāk nekā 12 % līmenī, bet tādu IDU vidū, kas narkotikas injicē nesē (mazāk nekā 2 gadus), izplatība no 2000. līdz 2001. gadam ir pieaugusi no 15 % līdz 21 %, norādot uz augstu sastopamības līmeni līdz 2002. gadam. Itālijā izplatības tendences IDU vidū dažādos reģionos ievērojami atšķiras, un dažos reģionos (Bolcāno, Ligūrijā, Molizē, Toskānā un Umbrijā) joprojām ir vērojams izteikts un nesens pieaugums.

10. attēls: HIV izplatība pārbaudīto narkotiku injicētāju vidū, 2003.–2004. g



Polijā veikti vietēja rakstura pētījumi liek domāt, ka HIV ir turpinājis izplatīties vismaz līdz pēdējam laikam, par to liecina augstais izplatības līmenis gados jaunu *IDU* vidū (15 % 2002. gadā vienā reģionā, 4–11 % 2004. gadā divos citos reģionos). Veicot pārbaudes 2002. gadā, 45 neseno injicētāju analīžu paraugos ir atklāti četri HIV gadījumi (9 %); tomēr 2004. gada pārbaudēs 20 neseno injicētāju analīžu paraugos nav atklāts neviens gadījums.

Visbeidzot, dažās valstīs, kur *IDU* vidū nekad nav bijusi plaša epidēmija, daži jaunākie izplatības dati liek būt modriem. Tas attiecas uz Luksemburgu, Austriju un Apvienoto karalisti, lai arī pieaugums joprojām ir ierobežots un to neapstiprina atskaišu dati par HIV gadījumiem.

Valstis ar zemu HIV izplatības līmeni

HIV izplatība pārbaudīto *IDU* vidū dažādās ES valstīs joprojām ir ļoti atšķirīga (10. attēls). Vairākās valstīs HIV izplatības līmenis *IDU* vidū ir pieaudzis nesenu vai ir bijis augsts jau gadiem. Savukārt vairākās citās valstīs HIV izplatības līmenis *IDU* vidū 2003. un 2004. gadā ir palicis ļoti zems: HIV izplatības rādītājs ir bijis aptuveni 1 % vai mazāks Čehijā, Grieķijā, Ungārijā, Maltā, Slovēnijā (pamatojoties uz valsts mēroga paraugiem), kā arī Slovēnijā, Norvēģijā, Bulgārijā, Rumānijā un Turcijā (pamatojoties uz mazāka mēroga paraugiem). Dažās no šīm valstīm (piemēram, Ungārijā) gan HIV, gan C hepatīta vīrusa (HCV) izplatības līmenis ir viens no zemākajiem Eiropā, kas liecina par mazu injicētāju skaitu (skatīt zemāk "B un C hepatīts"), lai gan dažās valstīs (piem., Rumānijā) ir konstatēts, ka C hepatīta izplatība pieaug.

HIV izplatība pārbaudīto *IDU* vidū, ievērojot dzimumatšķirības

Par 2003. un 2004. gadu pieejamie serozās izplatības dati atklāj atšķirības pārbaudīto vīriešu un sieviešu dzimuma *IDU* vidū⁽¹⁸⁸⁾. Apkopojot datus no Beļģijas, Igaunijas (2005. g.), Spānijas (2002. g.), Francijas, Itālijas, Luksemburgas, Austrijas, Polijas un Portugāles, ir iegūti pavisam 124 337 vīriešu un 20 640 sieviešu analīžu paraugi, kas ir pārbaudīti galvenokārt ārstniecības centros vai citās narkotiku lietotāju pakalpojumu iestādēs. Konstatētais kopējais izplatības līmenis starp vīriešiem ir 13,6 %, bet starp sievietēm 21,5 %. Atšķirības starp valstīm ir ievērojamas, vislielākā izplatība sieviešu vidū ir konstatēta Spānijā, Igaunijā, Itālijā, Luksemburgā un Portugālē, bet Beļģijā ir vērojama gluži pretēja tendence – šajās valstīs HIV ir vairāk izplatīts starp vīriešiem.

AIDS izplatība un HAART pieejamība

Tā kā kopš 1996. gada pieejamā augstas aktivitātes antiretrovirālā terapija (*HAART*) efektīvi aptur HIV infekcijas pāreju AIDS stadijā, AIDS izplatības dati vairs nav tik būtisks HIV pārnesanas rādītājs. Tomēr tie joprojām sniedz priekšstatu par klīniskās saslimstības kopējo ainu un turklāt ir svarīgs rādītājs, kas ļauj spriest par *HAART* izmantošanu un pārklājumu *IDU* vidū.

PVO lēš, ka Rietumeiropas valstīs *HAART* pārklājuma līmenis ārstējamo pacientu vidū 2003. gadā ir bijis augsts (vairāk nekā 70 %), toties lielākajā daļā Austrumeiropas valstu, ieskaitot Igauniju, Lietuvu un Latviju, *HAART* pieejamība ir bijusi daudz ierobežotāka⁽¹⁸⁹⁾. Jaunāki dati par *HAART* pārklājumu rāda, ka situācija ir ievērojami uzlabojusies un tagad visās ES un kandidātvalstīs ir panākts vismaz 75 % pārklājums. Konkrētu datu par *HAART* pieejamību *IDU* vidū tomēr nav un atliek tikai nogaidīt, lai redzētu, vai mazāka AIDS sastopamība *IDU* vidū Igaunijā un Latvijā apliecinās uzlaboto *HAART* pārklājumu.

Visās četrās AIDS visvairāk piemeklētajās Rietumeiropas valstīs, t.i., Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē AIDS sastopamība ir samazinājusies: pirmajās trijās valstīs aptuveni kopš 1996. gada, bet Portugālē tikai kopš 1999. gada. Portugāle joprojām ir valsts, kur AIDS *IDU* vidū ir sastopams visbiežāk, 2004. gadā ir konstatēts 31 AIDS gadījums uz miljons iedzīvotājiem. Latvijā sastopamība ir gandrīz tāda pati, proti, 30 gadījumi uz miljons iedzīvotājiem.

EuroHIV dati līdz 2004. gadam (ievērojot paziņošanas aizkavēšanos) liek secināt, ka AIDS izplatība *IDU* vidū pieaug gan Igaunijā, gan Latvijā⁽¹⁹⁰⁾.

B un C hepatīts

C hepatīts

Kopumā C hepatīta vīrusa (HCV) antivielu izplatības līmenis *IDU* vidū ir ārkārtīgi augsts, lai gan tas ievērojami atšķiras gan atsevišķu valstu teritorijā, gan starp valstīm. Saskaņā ar ziņojumiem izplatības līmenis dažādos 2003. un 2004. gadā pārbaudītos *IDU* analīžu paraugos pārsniedz 60 % Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Grieķijā, Spānijā, Īrijā, Itālijā, Polijā, Portugālē, Apvienotajā Karalistē, Norvēģijā un Rumānijā, kamēr izplatības rādītāji, kas nepārsniedz 40 % ir konstatēti analīžu paraugos Beļģijā, Čehijā, Grieķijā, Kiprā, Ungārijā, Maltā, Austrijā, Slovēnijā, Somijā un Apvienotajā Karalistē⁽¹⁹¹⁾.

⁽¹⁸⁸⁾ Skatīt attēlu INF-3 (v. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁸⁹⁾ Skatīt attēlu INF-14 (iii. un iv. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁹⁰⁾ Skatīt attēlu INF-1 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁹¹⁾ Skatīt attēlu INF-6 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

Dati par HCV antivielu izplatību gados jaunu (līdz 25 gadiem) IDU vidū ir pieejami 14 valstīs, lai gan dažkārt analīžu paraugu skaits ir neliels. Analīžu rezultāti ir ļoti atšķirīgi, un valstis ziņo gan par augstiem, gan par zemiem dažādos paraugos konstatētiem izplatības rādītājiem. Augstākie izplatības rādītāji (vairāk nekā 40 %) gados jaunu IDU vidū 2003. un 2004. gadā ir konstatēti Beļģijas, Grieķijas, Austrijas, Polijas, Portugāles, Slovākijas un Apvienotās Karalistes analīžu paraugos, bet par viszemāko izplatību (mazāk nekā 20 %) liecina Beļģijas, Grieķijas, Kipras, Ungārijas, Maltas, Austrijas, Slovēnijas, Somijas, Apvienotās Karalistes un Turcijas analīžu paraugi. Aplūkojot tikai gados jaunu IDU valsts mēroga pārbaūžu rezultātus, visaugstākie izplatības rādītāji (vairāk nekā 60 %) ir konstatēti Portugālē, bet viszemākie (mazāk nekā 40 %) Kiprā, Ungārijā, Maltā, Austrijā un Slovēnijā. Lai gan analīžu paraugu atlasē priekšroka varbūt ir dota hroniskiem pacientiem, tomēr HCV antivielu augstā izplatība kādā Portugāles valsts analīžu paraugā (67 % no 108 par 25 gadiem jaunākiem IDU) ir satraucoša un var norādīt uz joprojām neizskaustu augsta riska uzvedību gados jaunu IDU vidū (skatīt arī "Jaunatklāto HIV gadījumu jaunākās tendences", 75. lpp.).

Dati par HCV antivielu izplatību neseno injicētāju vidū (narkotikas injicē mazāk nekā 2 gadus) ir trūcīgi un attiecīgo analīžu paraugu skaits ir niecīgs, tomēr tie var būt labāks pavisam nesenas izplatības līmeņa starprādītājs nekā dati par gados jauniem injicētājiem. Ciktāl informācija par 2003. un 2004. gadu ir pieejama, tā rāda, ka visaugstākie izplatības rādītāji (vairāk nekā 40 %) neseno injicētāju vidū ir paraugos no Grieķijas, Polijas, Apvienotās Karalistes un Turcijas, bet par viszemāko izplatību (mazāk par 20 %) liecina analīžu paraugi no Beļģijas, Čehijas, Grieķijas, Kipras un Slovēnijas. Zems izplatības līmenis ir konstatēts nelielos, tomēr valsts mēroga neseno injicētāju analīžu paraugos Kiprā (no 23 injicētāju analīžu paraugiem tikai divos HCV antivielu reakcija ir bijusi pozitīva, tātad rādītājs ir 9 %), un Slovēnijā (pozitīva reakcija 2 jeb 6 % no 32 pārbaudītajiem paraugiem).

B hepatīts

Arī B hepatīta vīrusa (HBV) izplatības rādītāji ievērojami atšķiras gan atsevišķu valstu teritorijā, gan starp valstīm. Vispilnīgākie dati ir par anti-HBc, kas norāda uz infekcijas vēsturi. Laikposmā no 2003. līdz 2004. gadam par 60 % augstāki izplatības rādītāji IDU analīžu paraugos ir atrasti Itālijā un Polijā, bet paraugi ar izplatības līmeni, kas nepārsniedz 20 %, ir reģistrēti Beļģijā, Īrijā, Kiprā, Austrijā, Portugālē, Slovēnijā, Slovākijā un Apvienotajā Karalistē. B hepatīta paziņošanas dati par laikposmu no 1992. līdz 2004. gadam valstīs, kur tie ir pieejami, paver

ļoti daudzveidīgu ainu⁽¹⁹²⁾. Ziemeļvalstīs lielākā daļa paziņoto akūto B hepatīta gadījumu ir konstatēti IDU vidū, un B hepatīta uzliesmojumi vairākās valstīs sakrīt ar narkotiku injicēšanas pieaugumu. Piemēram, Norvēģijas dati liecina, ka B hepatīta infekcijas sastopamības līmenis IDU vidū ir ļoti pieaudzis laikposmā starp 1992. un 1998. gadu un pēcāk krities. Somijā paziņoto B hepatīta gadījumu skaits IDU vidū pēdējos gados ir krasi krities, iespējams, tādēļ, ka ir īstenotas vakcināciju programmas un ieviesta visaptveroša adatu un šļirču apmaiņas sistēma.

Infekcijas slimību profilakse

Efektīvi risinājumi

Ir pierādījies, ka īstenojot virkni sabiedrības veselības aizsardzības pasākumu, var samazināt infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū, un pieaug vienprātība, ka visaptveroša nostāja, nodrošinot šīs jomas pakalpojumus, ir visticamākais ceļš uz panākumiem. Vēsturiski apspriežu temats pārsvarā ir bijusi HIV profilakse narkotiku injicētāju vidū, bet laika gaitā arvien plašāk tiek atzīta vajadzība īstenot efektīvus pasākumus, lai aizkavētu hepatīta izplatīšanos, kā arī infekcijas slimību izplatīšanos starp narkotiku lietotājiem, kas narkotikas neinjicē.

Jāatzīmē, ka vispārliciecinātāk ir pierādīta HIV infekcijas profilakses efektivitāte narkotiku injicētāju vidū. Apkopotie fakti pārliecinoši rāda, ka ieviešanas pasākumus var uzskatīt par efektīviem un ka dažādu ārstniecības veidu pieejamība nodrošina aizsardzību (Farrell u.c., 2005; WHO, 2005). Kopš 90. gadu vidus Eiropas risinājumus raksturo arvien plašāks narkotiku atkarības terapijas nodrošinājums (skatīt 2. nodaļu), un šķiet, ka kopumā tas ir viens no faktoriem, kas ir ļāvis gūt pašreizējos salīdzinoši labos panākumus, ierobežojot HIV epidēmisko izplatību Eiropas narkotiku injicētāju vidū.

Terapija ir tikai viena daļa no HIV profilakses visaptverošajiem risinājumiem. Starp citiem aspektiem var minēt dažādas informēšanas, izglītošanas un sapratnes metodes, brīvprātīgas konsultācijas par infekcijas slimībām un pārbaudes, vakcinācijas un sterila injekciju aprīkojuma un citu profilakses līdzekļu izplatīšanu. Šie pasākumi, kā arī ārstniecības pakalpojumu nodrošinājums zema sliekšņa pakalpojumu aģentūrās vai dažkārt pat ielas līmenī var palīdzēt nodibināt vai uzlabot kontaktus ar aktīviem narkotiku lietotājiem un viņu seksa partneriem, lai skaidrotu narkotiku lietošanas risku un informētu par veselības seku novēršanu.

Visaptverošas nostājas vispārēja atzišana nenozīmē, ka visi šie pakalpojumu aspekti valsts līmenī tiek vienādi izstrādāti un

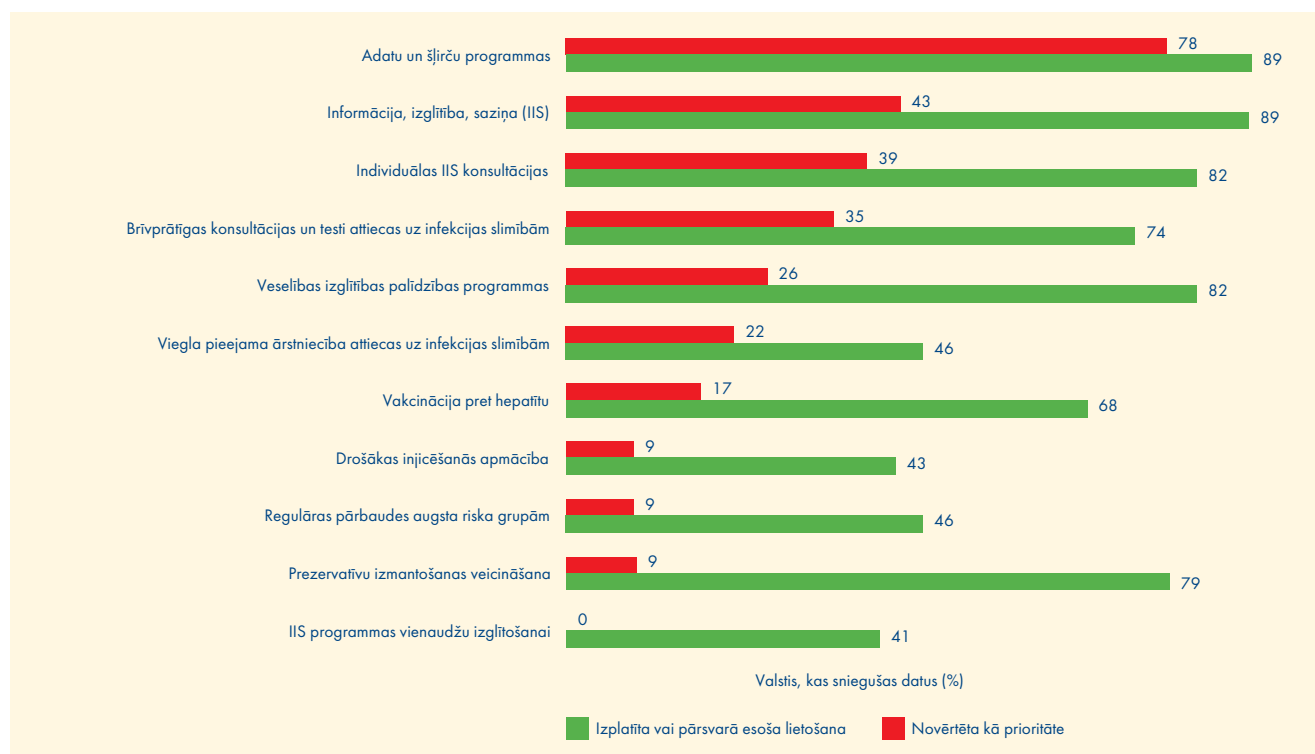
⁽¹⁹²⁾ Skatīt attēlu INF-12 (i. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

atbalstīti. Tomēr šķiet, ir zināms pamats runāt par pieaugošu vienprātību. VKC aptaujā trīs no četriem aptaujātajiem ir atzinuši, ka adatu un šļirču programmas kombinācijā ar konsultācijām un padomiem tiek uzskatītas par prioritāti valsts politikā ar mērķi novērst infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku injicētāju vidū (11. attēls). Fakts, ka pašlaik tik daudz valstu savās HIV profilakses stratēģijās ir skaidri atzinušas sterila injicēšanas aprīkojuma nodrošinājuma lomu, rāda, ka šie pakalpojumi Eiropas lielākajā daļā ir kļuvuši vispārāzīti un vairākums valstu šos jautājumus vairs neuzskata par strīdīgiem. Tas nenozīmē, ka pilnīgi visi ir vienprātīgi par šāda veida pakalpojumu priekšrocībām. Piemēram, Grieķijā un Zviedrijā tie nav ierindoti starp politikas prioritātēm, lai gan kopumā, runājot par ieviešanās pasākumiem šajā jomā, Eiropā paveras samērā viendabīga aina ⁽¹⁹³⁾, jo visas valstis, izņemot Kipru, informē par sterilu adatu un šļirču apmaiņas vai izplatīšanas programmām ⁽¹⁹⁴⁾.

Adatu un šļirču programmu veidi Eiropas valstīs

Lai gan sterila injicēšanas aprīkojuma izplatīšana tagad notiek lielākajā daļā Eiropas valstu, šo pakalpojumu veidi un klāsts dažādās valstīs atšķiras. Visizplatītākais modelis ir pakalpojumi noteiktā vietā, parasti specializētos narkotiku centros, bet bieži šos pakalpojumus papildina mobili pakalpojumi, cenšoties sniegt palīdzību narkotiku lietotājiem sabiedriskās vietās. Pieejamos adatu un šļirču programmu (NSP) pakalpojumus atstājot valstīs papildina šļirču apmaiņas vai pārdošanas automāti ⁽¹⁹⁵⁾, lai gan tie, šķiet, ir uzstādīti tikai dažās vietās; vienīgi Vācija un Francija informē par plašāku pieejamību (attiecīgi 200 un 250 automātiem). Spānija ir vienīgā ES valsts, kur adatu un šļirču apmaiņa ir regulāri pieejama cietumos – šis pakalpojums 2003. gadā bija pieejams 27 cietumos. Par darbību šajā jomā informē tikai vēl viena ES valsts – tā ir Vācija, kur šis pakalpojums ir pieejams tikai vienā cietumā.

11. attēls: Izvēlēto infekcijas slimības profilakses pasākumu izvirzīšana par prioritāti un to izmantošanas apjoms saskaņā ar valstu ekspertu atzinumu: kopsavilkums par valstīm, kas sniegušas datus



NB: Prioritātes novērtējums no 23 ES valstīm, kā arī no Bulgārijas un Norvēģijas. Valstis, kas šo novērtējumu nesniedz, ir Īrija, Kipra, Lietuva un Nīderlande. Novērtējumu par "izmantošanas apjomu" iesniedza eksperti no visām 25 ES valstīm, kā arī no Bulgārijas un Norvēģijas. Franču un flāmu kopienas Beļģijā deva atsevišķu novērtējumu, sastādot kopā 28 novērtējumus.

Avoti: Valsts koordinācijas centru ekspertu apsekojums, SQ 23 (2004. g.), 5. jautājums.

⁽¹⁹³⁾ Skatīt attēlu NSP-3 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽¹⁹⁴⁾ Skatīt 2005. gada ziņojumu, kur ir sniegts īss kopsavilkums par faktiem, kas pierāda adatu un šļirču programmu efektivitāti (68. lpp.).

⁽¹⁹⁵⁾ Skatīt tabulu NSP-2 2006. gada statistikas biļetenā.

Apmaiņas pakalpojumu ģeogrāfisko pārklājumu palīdz paplašināt arī aptieku apmaiņas programmas, turklāt sterilu šļirču pārdošana aptiekās var uzlabot to pieejamību. Šļirču pārdošana bez receptes ir atļauta visās ES valstīs, izņemot Zviedriju, lai gan daži aptiekāri to dara nelabprāt un daži par aizliedz narkotiku lietotājiem uzturēties savās telpās. Oficiāli organizēti aptieku šļirču apmaiņas vai izplatīšanas tīkli ir izveidoti deviņās Eiropas valstīs (Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Nīderlandē, Portugālē, Slovēnijā un Apvienotajā Karalistē), lai gan aptieku līdzdalība šajās programmās ir ļoti neviendabīga, sākot ar gandrīz pusi (45 %) aptieku Portugālē un beidzot ar mazāk nekā 1 % Beļģijā. Ziemeļrijā adatu un šļirču apmaiņa pašlaik ir organizēta tikai caur aptiekām.

Šļirču iegāde aptiekās dažiem injicētājiem var būt galvenais kontaktēšanās veids ar veselības aprūpes dienestiem, un nav noliedzams, ka šie kontaktpunkti potenciāli paver ceļu uz citiem dienestiem. Nolūkā paplašināt aptieku lomu svarīga nozīme ir aptiekāru motivācijai un atbalstam, lai viņi būtu ieinteresēti piedāvāt narkotiku lietotājiem domātus pakalpojumus, bet izskatās, ka līdz šim ievērojamus līdzekļus šajā virzienā iegulda tikai Francija, Portugāle un Apvienotā Karaliste.

Mirstība un ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi

Problemātisko narkotiku lietotāju mirstība

Informācija par mirstību problemātisko narkotiku lietotāju vidū Eiropā lielākoties attiecas uz opioīdu lietotājiem. Informācija par mirstību citu narkotiku lietošanas dēļ ir mazāk zināma, bet arī šie nāves gadījumi ir svarīga sabiedrības veselības problēma.

Apvienotā pētījumā, kas ir sākts, īstenojot EMCDDA projektu, ir pētīta mirstība ārstēšanā iesaistītu opioīdu lietotāju vidū astoņās Eiropas valstīs un pilsētās⁽¹⁹⁶⁾. Pētījumā ir atklājies, ka salīdzinājumā ar laikabiedriem mirstības līmenis opioīdu lietotāju vidū ir ļoti augsts: 6–20 reizes augstāks vīriešu vidū un 10–50 reizes augstāks sievietes vidū. Ir aplēsts, ka sešās no pilsētām (Amsterdāmā, Barselonā, Dublinā, Londonā, Romā un Vinē) 10–23 % no kopējā nāves gadījumu skaita 15–49 gadus veco iedzīvotāju vidū ir saistīti ar opioīdu lietošanu, lielākoties pārdozēšanu, AIDS un ārējiem cēloņiem (nelaimes gadījumiem, pašnāvībām). Aptuveni trešdaļa no šiem narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem ir saistīti ar pārdozēšanu, lai gan šī proporcija ir lielāka pilsētās, kur HIV infekcija narkotiku injicētāju vidū ir maz

Vai Eiropā ir pietiekama šļirču pieejamība?

Lai arī gandrīz visas dalībvalstis informē par tādām vai citādām adatu un šļirču apmaiņas programmām (NSP), šo ieviešanas pasākumu ietekme ir atkarīga no nodrošinājuma līmeņa atbilstības IDU vajadzībām.

Nesenas narkotiku injicētāju skaita aplēses un NSP izplatīto šļirču skaita aplēses ir pieejamas deviņās Eiropas valstīs. No šiem datiem aptuveni var izsecināt, cik šļirces gadā ir pieejamas vienam narkotiku injicētājam⁽¹⁾. Pamatojoties uz jaunākajiem datiem, NSP pārklājuma rādītāji ir ļoti dažādi – aplēstais šļirču skaits, ko gadā saņem viens IDU, svārstās no 2–3 šļircēm Grieķijā un 60–90 šļircēm Čehijā, Latvijā, Austrijā un Portugālē līdz aptuveni 110 šļircēm Somijā, 210 šļircēm Maltā un vairāk nekā 250 šļircēm Luksemburgā un Norvēģijā. Turklāt šļirces ir pieejamas arī aptiekās, un Čehijas un Somijas dati ļauj aprēķināt kopējo šļirču pieejamību. Apkopojot izplatīšanas un pārdošanas datus, var secināt, ka injicētāji Čehijā gadā dabū vidēji 125 šļirces, bet Somijā 140 šļirces.

Narkotiku lietotāju injicēšanas biežumu, kā zināms, ietekmē daudzi faktori, tostarp lietošanas paradumi, atkarības līmenis un lietojamo narkotiku veids. Nesenā pētījumā, kurā ir analizēta saistība starp HIV izplatību un šļirču izplatīšanas pārklājumu, ir secināts, ka uzvedības faktori, piemēram, injicēšanas biežums un šļirču vairākkārtēja personiska izmantošana ievērojami iespaido HIV izplatības būtiskai samazināšanai vajadzīgo šļirču izplatīšanas apjomu (Vickerman u.c., 2006).

Šļirču pieejamības pārklājuma mērījumi ir svarīgs elements, kas palīdz izprast šļirču izplatīšanas iespējamo ietekmi uz slimību novēršanu un novērtēt neapmierinātās vajadzības. Tomēr, interpretējot šos datus, nedrīkst aizmirst šļirču iegādes iespējas aptiekās (cenas, aptieku tīkla blīvums), turklāt ir jāņem vērā arī narkotiku lietotāju uzvedības modeļi un vides faktori. Šie jautājumi ir plašāk aplūkoti 2006. gada statistikas bijletenā.

(1) Tehniskās piezīmes skatīt 2006. gada statistikas bijletenā.

izplatīta, un visticamāk palielināsies līdz ar augstas aktivitātes antiretrovirālās terapijas (HAART) plašāku pieejamību.

Čehijā veiktā mirstības kohorta pētījumā ir atklāts, ka stimulantu lietotāju mirstība ir 4–6 reizes lielāka (standartizētais mirstības rādītājs – SMR) nekā visu iedzīvotāju mirstība, bet opioīdu lietotāju mirstība ir 9–12 reizes lielāka. Francijā veiktā mirstības kohorta pētījumā, kurā tika izsekotas personas, kas bija arestētas par

(196) Amsterdamā, Barselonā, Dublinā, Dānijā, Lisabonā, Londonā, Romā un Vinē. Iedzīvotāju mirstības aplēsēs nav iekļauta Lisabona un Dānija. Skatīt EMCDDA (2002b).

heroīna, kokaina vai kreka lietošanu, ir atklāts, ka šajā grupā vīriešu mirstība ir piecas reizes lielāka, bet sieviešu mirstība 9,5 reizes lielāka nekā visu iedzīvotāju mirstība, tomēr ar tendenci samazināties.

Opioīdu lietotājiem kļūstot vecākiem mirstība hronisku slimību (cirozes, vēža, elpošanas ceļu slimību, endokardīta, AIDS) iznākumā papildina mirstību, kuras iemesls ir citi ārēji cēloņi, izņemot pārdozēšanu, piemēram, pašnāvība vai vardarbība (Nīderlandes tikla valstu ziņojumi, 2004. un 2005. g., Amsterdamas pašvaldības veselības dienesta informācija). Augsto mirstības līmeni šajā grupā ievērojami var iespaidot arī narkotiku lietotāju dzīves apstākļi (piemēram, pajumtes trūkums, psihiskas slimības, vardarbība, nepietiekams uzturs).

Turklāt 1528 gadījumos 2002. gadā nāves cēlonis ir bijis ar intravenozu narkotiku lietošanu saistīts AIDS⁽¹⁹⁷⁾, lai gan šis skaits visticamāk nav pilnīgs. Citus ar narkotiku lietošanu saistītus nāves cēloņus, piemēram, slimības (tādas kā hepatīts), vardarbību un nelaimes gadījumus ir grūtāk novērtēt, bet jādoma, ka tie ir vainojami ievērojamā skaitā nāves gadījumu. Aplēses liecina, ka 10–20 % gadījumu gadus jaunu pieaugušu Eiropas pilsētu iedzīvotāju nāve ir saistīta ar opioīdu lietošanu (skatīt tālāk). Šim skaitam būtu jāpievieno ar citiem narkotiku lietošanas veidiem saistītie nāves gadījumi, lai gan to skaitu ir ļoti grūti noteikt.

Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi

Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi ir komplicēts jēdziens. Dažos ziņojumos ar to ir domāti tikai nāves gadījumi, kuru tiešais cēlonis ir psihoaktīvu vielu iedarbība, bet citur pie šādiem nāves gadījumiem pieskaita arī gadījumus, kad narkotiku lietošanai ir bijusi netieša vai gadījuma rakstura nozīme (ceļu satiksmes negadījumi, vardarbība, infekcijas slimības). Nesenā ziņojumā, kurā ir analizēti nelegālu narkotiku lietošanas nodarītā kaitējuma veidi Apvienotajā Karalistē, ir atzīts, ka ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi ir galvenais narkotiku lietošanas nodarītais ļaunums (*MacDonald u.c.*, 2005).

Šajā sadaļā un *EMCDDA* protokolā jēdziens "ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi" attiecas uz nāvi, kuras tiešais cēlonis ir vienas vai vairāku narkotiku lietošana un kas parasti iestājas drīz pēc attiecīgās vielas lietošanas. Citi jēdzieni, ko lieto, lai aprakstītu šādus nāves gadījumus, ir

"pārdozēšana", "saindēšanās", "narkotiku izraisīti nāves gadījumi" vai "pēkšņi narkotiku izraisīti nāves gadījumi"⁽¹⁹⁸⁾.

Laikposmā starp 1990 un 2003. gadu ES valstis katru gadu ir ziņojušas par 6500 līdz vairāk nekā 9000 nāves gadījumu, pavisam šajā laikposmā ir paziņoti vairāk nekā 113 000 nāves gadījumu. Šos skaitļus var uzskatīt par minimālajiem aprēķiniem, ņemot vērā, ka daudzās valstīs par visiem gadījumiem visticamāk netiek paziņots⁽¹⁹⁹⁾.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits iedzīvotāju vidū Eiropas valstīs ir ļoti atšķirīgs, svārstoties no 0,2 līdz vairāk nekā 50 nāves gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem (vidēji 13). Lielākajā daļā valstu šis rādītājs svārstās no 7 līdz 30 nāves gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem, bet Dānijā, Igaunijā, Luksemburgā, Somijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā ir konstatēti vairāk nekā 25 gadījumi. Mirstības rādītājs 15–39 gadus vecu vīriešu vidū parasti ir trīs reizes lielāks (vidēji 40 nāves gadījumi uz miljons iedzīvotājiem), bet septiņās valstīs ziņo par vairāk nekā 80 nāves gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem. Narkotiku lietošana ir bijis nāves cēlonis 3 % no visiem nāves gadījumiem 15–39 gadus vecu eiropiešu vidū 2003. un 2004. gadā, bet Dānijā, Grieķijā, Luksemburgā, Maltā, Austrijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā šis rādītājs pārsniedz 7 %. Šie skaitļi ir jāuzskata par minimālajiem aprēķiniem, turklāt jāņem vērā, ka, neraugoties uz uzlabojumiem, paziņošanas kvalitāte dažādās valstīs joprojām ievērojami atšķiras, tādēļ tieši salīdzinājumi ir jāveic piesardzīgi⁽²⁰⁰⁾.

Ar opioīdu lietošanu saistītie nāves gadījumi

Opioīdu klātbūtni konstatē lielākajā daļā ES paziņoto "pēkšņo narkotiku izraisīto nāves gadījumu", kuru cēlonis ir nelegālās vielas, lai gan daudzos gadījumos toksikoloģiskajās analizēs atrod arī citas vielas, jo īpaši alkoholu, benzodiazepīnus un dažās valstīs arī kokainu. Eiropā ar opioīdu lietošanu saistītās nāves galvenais cēlonis lielākoties ir heroīns, bet sava nozīme ir arī citiem opioīdiem (skatīt tālāk)⁽²⁰¹⁾.

Opioīdu pārdozēšana ir viens no galvenajiem nāves cēloņiem gadus jaunu cilvēku vidū Eiropā, jo īpaši tas attiecas uz pilsētvidē dzīvojošiem vīriešiem. Pašlaik arī ES kopumā pārdozēšana ir galvenais opioīdu lietotāju nāves cēlonis, jo

⁽¹⁹⁷⁾ Skatīt *EuroHIV* (2005). Šis skaits attiecas uz PVO Eiropas reģiona rietumu un centrālo daļu, kurā ietilpst dažas valstis, kas nav ES dalībvalstis, kā arī uz kopējo nāves gadījumu skaitu Igaunijā, Latvijā un Lietuvā (austrumu daļā).

⁽¹⁹⁸⁾ Par šādu kopējo definīciju ir vienojusies *EMCDDA* valsts ekspertu grupa. Pašlaik šo *EMCDDA* definīciju vai tai ļoti līdzīgas definīcijas lieto lielākajā daļā valstu, lai gan dažas valstis šajā grupā turpina iekļaut nāves gadījumus, kam par iemeslu ir psihoaktīvi medikamenti vai citi cēloņi, nevis pārdozēšana, parasti kā ierobežotu daļu (skatīt metodikas piezīmi "Ar narkotikām saistīto nāves gadījumu kopsavilkums: definīcijas un metodikas jautājumi" 2006. gada statistikas biļetenā – 1. sadaļu "EMCDDA definīcija" un 2. sadaļu "Valsts definīcijas", kā arī DRD standartprotokola redakciju 3.0).

⁽¹⁹⁹⁾ Skatīt tabulas DRD-2 (i. daļu), DRD-3, DRD-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰⁰⁾ Skatīt tabulu DRD-1 (iii. un iv. daļu) 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰¹⁾ Skatīt attēlu DRD-1 2006. gada statistikas biļetenā.

īpaši valstīs, kur HIV izplatības līmenis injicētāju vidū ir zems (skatīt "Problemātisko narkotiku lietotāju mirstība", 80. lpp.).

Narkotiku lietotāji, kas pārdozē, lielākoties ir vīrieši ⁽²⁰²⁾, proporcionāli 65–100 % no visiem narkotiku pārdozēšanas iespaidā mirušajiem; lielākajā daļā valstu šī proporcija svārstās no 75 līdz 90 %, savukārt proporcionāli vislielākais sieviešu skaits ir Čehijā, Polijā un Somijā, bet vismazākais Grieķijā, Itālijā un Kiprā. Interpretējot šos faktus, nedrīkst aizmirst par dzimumatšķirībām opioīdu lietotāju un injicētāju skaitliskajos rādītājos.

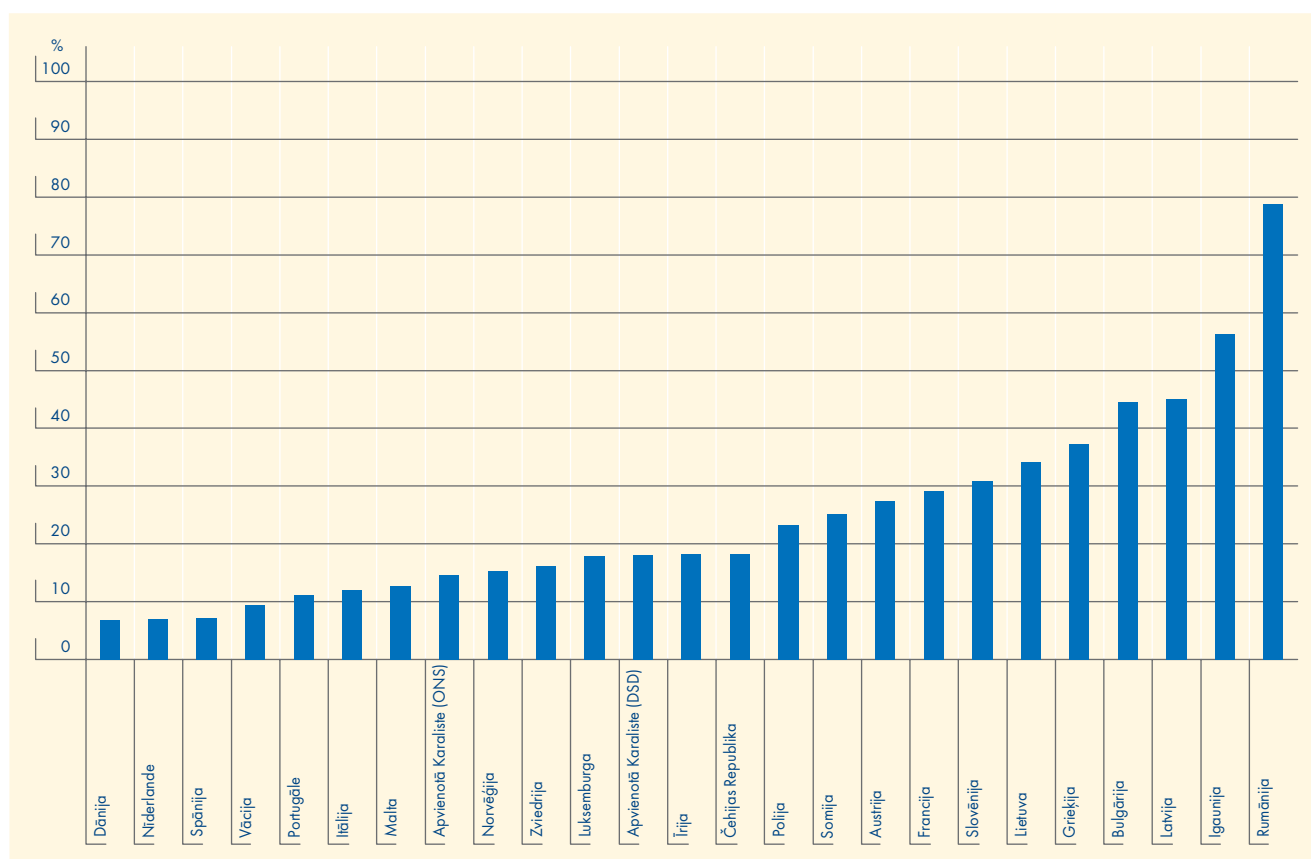
Pārdozēšanas upuri parasti ir 20 līdz 40 gadus veci, vidējais vecums lielākajā daļā valstu ir apmēram 35 gadi (tomēr tas svārstās no 20 līdz 44 gadiem). Vidēji visjaunākie pārdozēšanas upuri ir Igaunijā, Slovēnijā, Bulgārijā un Rumānijā, bet visvecākie Čehijā, Nīderlandē, Polijā un Somijā. Par 15 gadiem jaunāku iedzīvotāju vidū paziņoto letālas pārdozēšanas gadījumu ir ļoti maz (pamatojoties

uz katras valsts jaunākajiem pieejamajiem datiem, kopējā 7516 nāves gadījumu skaitā ir konstatēti 17 šādi gadījumi), lai gan ir iespējams, ka par visiem narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem šajā vecuma grupā nav paziņots. EMCDDA datus ir atrodamā informācija par dažiem 65 gadus pārsniegušu iedzīvotāju nāves gadījumiem, bet šādu gadījumu skaits pārsniedz 5 % tikai septiņās valstīs ⁽²⁰³⁾.

Vairākās jaunajās dalībvalstīs mirušie vidēji ir samērā jauni (Kiprā, Igaunijā, Latvijā, Slovēnijā, Bulgārijā un Rumānijā), un ir daudz pārdozēšanas upuru par 25 gadiem jaunāku narkotiku lietotāju vidū, liecinot, ka šajās valstīs heroīnu lieto gados jaunāki cilvēki. Lielais vidējais vecums Čehijā ir saistīts ar to, ka pie pārdozēšanas gadījumiem pieskaita arī daudzus gadījumus, kad nāves cēlonis ir psihoaktīvi medikamenti (12. attēls).

Daudzās dalībvalstīs pārdozēšanas upuru vecums pieaug, liecinot, ka cilvēki heroīnu sāk lietot vēlākos gados. Šī

12. attēls: Pēkšņu narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits vecuma grupā līdz 25 gadiem, 2002. g.



NB: ONS – Nacionālās statistikas birojs, DSD – narkotiku apkarošanas stratēģijas definīcija. Atsauces gads ir 2002. gads, jo par šo gadu vairumā valstu ir pieejama informācija.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), dati no mirušo iedzīvotāju valsts reģistriem un speciāliem (tiesu medicīnas vai policijas) reģistriem. Izmantotas "valsts definīcijas" saskaņā ar 2006. gada statistikas biļetena metodiskajām piezīmēm par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem.

⁽²⁰²⁾ Tā kā EMCDDA paziņotie gadījumi lielākoties ir opioīdu pārdozēšanas gadījumi, pēkšņu narkotiku izraisīto nāves gadījumu kopējais raksturojums ir izmantots, aprakstot opioīdu pārdozēšanas gadījumus.

⁽²⁰³⁾ Skatīt tabulu DRD-1 2006. gada statistikas biļetenā.

tendence ir raksturīga ES 15 dalībvalstīm un ir vērojama kopš 90. gadu sākuma, lai gan Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē tā ir mazāk izteikta. Jaunajās dalībvalstīs šī tendence nav tik skaidra, un daudzos gadījumos vidējais vecums ir pat samazinājies ⁽²⁰⁴⁾.

Ar metadona lietošanu saistītie nāves gadījumi

Vairākas valstis 2005. gada *Reitox* ziņojumos informē par metadona klātbūtni ievērojamā narkotiku izraisīto nāves gadījumu daļā. Valstis ziņojumos lieto dažādus jēdzienus, tādēļ dažkārt ir grūti noteikt metadona lomu nāves izraisīšanā.

Dānija informē, ka metadons (viens pats vai kombinācijā ar citām vielām) ir bijis saindēšanās cēlonis 44 % nāves gadījumu (2004. gadā 95 gadījumos no 214), 2003. gadā šī proporcija ir bijusi līdzīga, bet kopš 1997. gada tā nepārprotami ir augusi; Vācija ziņo, ka ar "aizvietotājielām" ir bijuši saistīti 345 gadījumi (2004. gadā 46 gadījumi ir bijuši saistīti tikai ar šīm vielām, bet 299 gadījumos ir konstatētas arī citas narkotikas), kopš 2002. gada šis skaits ir acīmredzami samazinājies; savukārt Apvienotā Karaliste ziņo par 216 gadījumiem, kuros ir "pieminēts" metadons (2003. gadā Anglijā un Velsā), kopš 2002. gada arī šis skaits ir acīmredzami samazinājies. Spānija ziņo par dažiem pārdozēšanas gadījumiem, kad vainojams ir bijis vienīgi metadons (2 %), bet kombinācijā ar citām vielām metadons ir konstatēts daudzos opioīdu (42 %) un kokaina (20 %) nāves gadījumos. Pārējās valstis par metadona nāves gadījumiem vai nu neziņo, vai arī paziņoto gadījumu skaits ir ļoti neliels. Nav skaidrs, kādi faktori nosaka šīs atšķirības, tāpat nav zināms, vai dažas valstis nepaziņo neatbilstīgi mazus skaitļus ⁽²⁰⁵⁾.

Lai gan pētījumi apliecina, ka aizvietotājterapija samazina letālas pārdozēšanas risku, saistībā ar aizvietotājterapijas programmu kvalitātes nodrošinājuma pārraudzību ir svarīgi pārraudzīt ar metadonu saistītos nāves gadījumus un to apstākļus (no kurienes metadons nāk, vai tas ir lietots kopā ar citām vielām, kad ārstniecības procesā ir notikusi intoksikācija).

Ar buprenorfina un fentanila lietošanu saistītie nāves gadījumi

Nāves gadījumi, kuru cēlonis ir saindēšanās ar buprenorfinu, šķiet reti, un to saista ar apstākli, ka šai vielai piemīt gan agonista, gan antagonista farmakoloģiskās īpašības. Tomēr Eiropas valstis ziņo par dažiem nāves gadījumiem.

Valsts ziņojumos par 2005. gadu tikai Francija un Somija ir minējušas ar šīs vielas lietošanu saistītus nāves

gadījumus. Somijā 2004. gadā, tāpat kā 2003. gadā, buprenorfina klātbūtne ir konstatēta 73 ar narkotiku lietošanu saistītos nāves gadījumos, parasti kombinācijā ar benzodiazepīniem, sedatīviem vai alkoholu. Šis lielais nāves gadījumu skaits sasaucas ar buprenorfina terapijas plašāku piemērošanu Somijā, lai gan pacientu skaits šajā valstī ir daudz mazāks nekā Francijā, kur ir aptuveni 70 000 līdz 85 000 buprenorfina terapijas pacientu. Tādēļ interesants šķiet fakts, ka 2004. gadā Francijā ir reģistrēti tikai četri buprenorfina pārdozēšanas gadījumi (salīdzinājumā ar astoņiem gadījumiem 2003. gadā). Arī tad, ja pieņem, ka par visiem saindēšanās gadījumiem Francijā nav paziņots, starpība ir uzkrītoša. Līdzās Francijai un Somijai par nāves gadījumiem, kuros ir iesaistīts buprenorfins, ziņo vēl trīs valstis (katrā valstī ir konstatēti tikai divi vai trīs gadījumi), bet nav pierādīts, ka buprenorfins ir bijis nāves galvenais cēlonis.

Iepriekšējos gados Baltijas jūras reģiona valstis ir ziņojušas par fentanila izraisītiem nāves gadījumiem, bet 2005. gada valsts ziņojumos šādi gadījumi nav minēti.

Pēkšņu narkotiku izraisītu nāves gadījumu tendences

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu tendences dažādās valstīs var sniegt zināmu priekšstatu par attiecīgo valstu problemātiskās narkotiku lietošanas ieviržu attīstību, piemēram, par heroīna epidēmisko izplatību un augsta riska uzvedību (piemēram, injicēšanu), kā arī par ārstniecības iespējām un pat par heroīna pieejamības atšķirībām. Šīs tendences, protams, var atspoguļot arī neatliekamās medicīniskās palīdzības politikas panākumus letālas pārdozēšanas novēršanā ⁽²⁰⁶⁾.

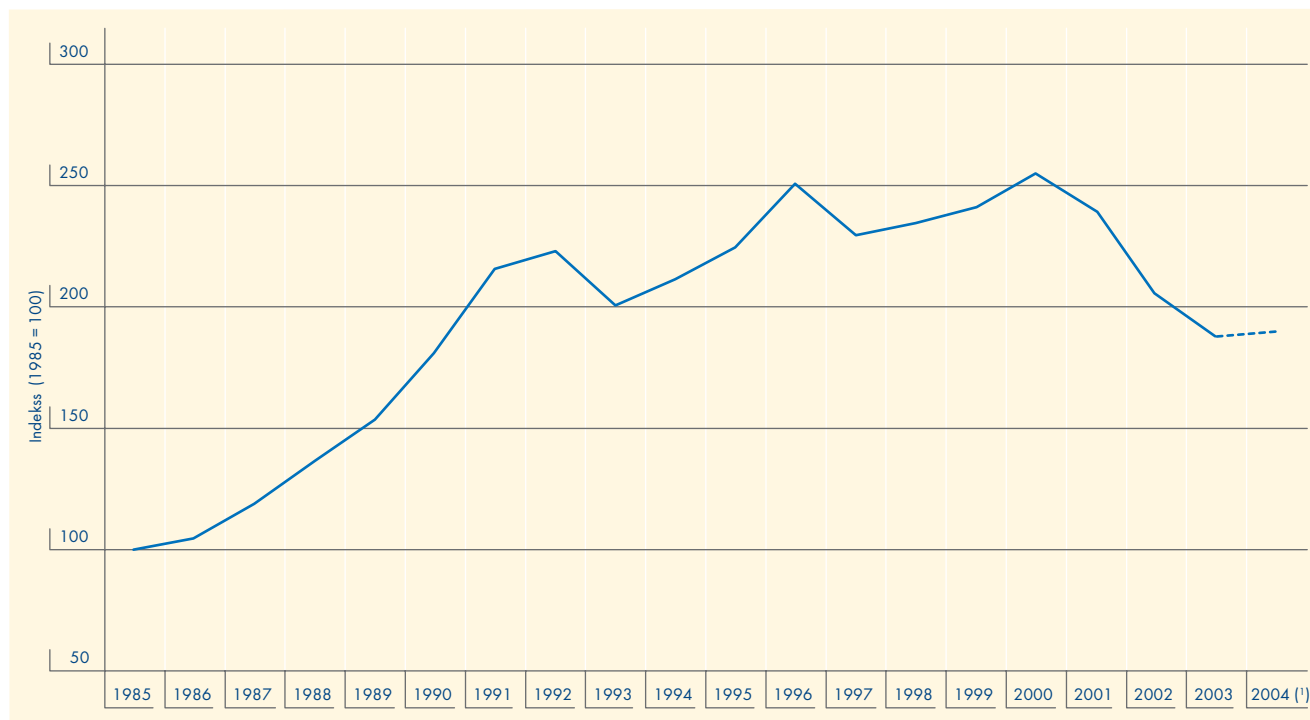
ES pieejamā informācija atklāj dažas vispārējas narkotiku izraisīto nāves gadījumu tendences. ES 15 dalībvalstīs 80. gados un 90. gadu sākumā nāves gadījumu skaits ir krasi pieaudzis, iespējams, vienlaikus ar heroīna lietošanas un injicēšanas izplatības pieaugumu. Lai arī ne tik krasi, tomēr narkotiku nāves gadījumu skaits ir turpinājis augt arī laikposmā no 1990. līdz 2000. gadam (13. attēls). Kopējais ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits dalībvalstīs, par kurām ir pieejama informācija (lielākā daļa veco un jauno dalībvalstu), ir pieaudzis par 14 %, no 8054 gadījumiem 1995. gadā līdz 9392 gadījumiem 2000. gadā.

Kopš 2000. gada daudzas ES valstis ziņo par narkotiku nāves gadījumu skaita samazināšanos, iespējams, tas ir saistīts ar plašāku terapijas pieejamību un plašākām kaitējuma mazināšanas iniciatīvām, lai gan svarīga loma var būt arī

⁽²⁰⁴⁾ Skatīt attēlus DRD-3 un DRD-4 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰⁵⁾ EMCDDA īsteno praktiskus izmēģinājumus nolūkā pilnveidot tās informācijas kvalitāti, ko valstis sniedz par narkotiku izraisītajos nāves gadījumos konstatētajām vielām, tostarp aizvietotājielām.

⁽²⁰⁶⁾ Skatīt attēlu DRD-7 2006. gada statistikas biļetenā.

13. attēls: Pēkšņu narkotiku izraisītu nāves gadījumu ilgtermiņa tendences, 1985.–2004. g.

(*) Desmit valstis ir sniegušas informāciju par 2004. gadu, bet par sešām valstīm informācijas nav. Tādēļ 2004. gada skaitļi ir provizoriski, jo aplēses ir veiktas, salīdzinot tikai to valstu 2003. un 2004. gada datus, kas bija sniegušas informāciju par abiem gadiem.

NB: Jaunās dalībvalstis un kandidātvalstis šajā attēlā nav atspoguļotas, jo pārsvarā trūkst retrospektīvu datu.

Ar nāves gadījumu skaitu katrā valstī un metodiskajām piezīmēm var iepazīties 2006. gada statistikas biļetena tabulā DRD-2.

Avoti: Reitox tīkla valstu ziņojumi (2005. g.), dati no visu mirušo iedzīvotāju reģistriem un speciāliem (tiesu medicīnas vai policijas) reģistriem.

mazākai narkotiku lietošanas izplatībai. Eiropas līmenī narkotiku izraisītu nāves gadījumu skaits līdz 2001. gadam ir samazinājies par 6 %, līdz 2002. gadam par 13 % un līdz 2003. gadam par 7 %. Neraugoties uz šo samazinājumu, 2003. gadā tomēr ir paziņoti gandrīz 7000 ar narkotiku lietošanu saistītu nāves gadījumu (nav datu par Beļģiju, Spāniju un Īriju). Turklāt valstīs, kas ir sniegušas informāciju par 2004. gadu (19), ir konstatēts neliels, 3 % pieaugums. Lai gan izdarot secinājumus par 2004. gadu, ir jāievēro piesardzība, tomēr 13 valstīs no 19 ir konstatēts zināms pieaugums.

Ievērojami atšķiras veco un jauno dalībvalstu tendences saistībā ar nāves gadījumiem vecuma grupā līdz 25 gadiem. ES 15 dalībvalstīs kopš 1996. gada nāves gadījumu skaits šajā grupā ir stabili samazinājies, liecinot par mazāku gadu jaunu opioīdu injicētāju skaitu, savukārt jaunajās dalībvalstīs līdz 2000.–2002. gadam ir konstatēts straujš pieaugums, un šķietams samazinājums ir sācies tikai 2003. gadā ⁽²⁰⁷⁾.

Jāpiemin arī dzimumatšķirības. Vīriešu nāves gadījumu skaits no 1990. līdz 2000. gadam ir turpinājis progresīvi pieaugt, tad ir sekojis acīmredzams samazinājums (par 30 % līdz 2003. gadam), kamēr paziņoto sieviešu nāves gadījumu

skaits laikposmā no 1990. līdz 2000. gadam ir palicis samērā stabils, svārstoties no 1700 līdz 2000 gadījumiem gadā, un kopš tā laika ir samazinājies tikai par 15 %. Tam par iemeslu varētu būt vairāki faktori, tostarp iekļaušanās pasākumu atšķirīgā efektivitāte vai sieviešu un vīriešu riska faktoru atšķirības ⁽²⁰⁸⁾.

Valstīs, kur ir pieejamas garākas datu rindas, var izdalīt dažādas narkotiku izraisīto nāves gadījumu ievirzes. Dažās valstīs narkotiku nāves gadījumu skaits ir sasniedzis maksimumu 90. gadu sākumā un pēcāk samazinājies, piemēram, Vācijā, kur visvairāk ar narkotiku lietošanu saistītu nāves gadījumu ir konstatēti 1991.–1992. gadā, Spānijā (1991. g.), Francijā (1994. g.) un Itālijā (1991. g.). Citās valstīs, piemēram, Grieķijā, Īrijā, Portugālē, Somijā, Zviedrijā un Norvēģijā ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaits ir bijis vislielākais vēlāk, starp 1998. un 2001. gadu, un pēcāk arī krities. Pārējās valstīs ievirzes vai nu nav tik skaidras, vai arī rādītāji ir bijuši stabili. Lai gan šī informācija ir jāinterpretē piesardzīgi, jo dažās valstīs ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits ir relatīvi neliels, tomēr šīs ievirzes varētu būt saistītas ar heroīna injicēšanas tendencēm ⁽²⁰⁹⁾.

⁽²⁰⁷⁾ Skatīt attēlu DRD-5 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰⁸⁾ Skatīt attēlu DRD-6 2006. gada statistikas biļetenā.

⁽²⁰⁹⁾ Skatīt attēlu DRD-7 2006. gada statistikas biļetenā.

Ar ekstazī un amfetamīnu lietošanu saistītie nāves gadījumi

Par nāves gadījumiem, kas ir saistīti ar ekstazī lietošanu, Eiropā kļūva zināms 90. gados, kad šī narkotika ieguva popularitāti. Ekstāzi nāves gadījumi rada lielas bažas, jo no ekstāzi lietošanas bieži negaidīti mirst sociāli integrēti jaunieši.

Informācija par ekstāzi izraisītiem nāves gadījumiem ir ierobežota, bet 2005. gada *Reitox* valsts ziņojumos minētā informācija liek secināt, ka salīdzinājumā ar opioīdu izraisītiem nāves gadījumiem ar ekstāzi lietošanu saistīti nāves gadījumi tomēr ir samērā reti, lai gan dažās valstīs to skaits ir vērā ņemams. Eiropā kopumā ir minēti 77 ekstāzi nāves gadījumi, kas ir jāuzskata par minimālajiem aprēķiniem ⁽²¹⁰⁾. Par šādiem gadījumiem ziņo Dānija (2), Vācija (20), Francija (4), Ungārija (3) un Apvienotā Karaliste (ekstāzi ir "pieminēta" 48 gadījumos – 33 Anglijā un Velsā), kur paziņošana, iespējams, ir pilnīgāka nekā citās valstīs. Spānijā ekstāzi klātbūtne ir konstatēta 2,5 % gadījumu, kad ir notikusi saindēšanās ar narkotikām.

Jautājums par ekstāzi lietošanas risku ir izvirzīts bieži. Ņemot vērā neprecizitātes, kas var rasties, veicot ar iedzīvotāju aptaujām saistītus izplatības aprēķinus, un narkotiku izraisītu nāves gadījumu paziņošanas grūtības, un izdalot gadā konstatēto nāves gadījumu skaitu ar lietotāju skaitu ⁽²¹¹⁾ (iespējamā riska grupa), iegūtie rādītāji divās valstīs, kur šādi aprēķini bija iespējami, ir 5–8 gadījumi un 2–5 gadījumi uz 100 000 lietotājiem.

Arī par amfetamīna izraisītiem nāves gadījumiem ziņo reti, lai gan Čehijā 2004. gadā ir konstatēti 16 ar pervitīna (metamfetamīna) lietošanu saistīti nāves gadījumi, kas gandrīz divkārt pārsniedz 2003. gada rādītājus un saskan ar aplēsto problemātisko pervitīna lietotāju un ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu. Par GHB lietošanas izraisītajiem nāves gadījumiem skatīt 4 nodaļu.

Ar kokaīna lietošanu saistīties nāves gadījumi

Pieaug bažas par kokaīna lietošanas veselības riskiem, jo dažās valstīs ir vērojams kokaīna lietošanas pieaugums gados jaunu cilvēku vidū izklaides vietās, kā arī starp personām, kas ārstējas no narkomānijas, un sociāli atstumtās iedzīvotāju grupās.

Kokaīnu bieži lieto opioīdu lietotāji, un opioīdu pārdozēšanas toksikoloģiskajās analizēs kokaīna klātbūtne nav nekas neparasts, tāpat kā citu vielu, piemēram, alkohola un benzodiazepīnu klātbūtne. Kokaīnu nereti lieto kopā ar alkoholu, un šāda kombinācija draud ar palielinātu toksiskumu.

Eiropā pašlaik pieejamie statistikas dati ir ierobežoti, un ar kokaīnu saistīto nāves gadījumu noteikšanā izmanto dažādus kritērijus, tādēļ iegūtie rādītāji nav salīdzināmi; turklāt var gadīties, ka kokaīna izraisītie nāves gadījumi nav atpazīti vai par tiem nav ziņots, tādējādi paziņotie dati ir nepilnīgi. No datiem, kas ir pieejami, izriet, ka ar kokaīna lietošanu saistītajos nāves gadījumos bieži ir tiek konstatēta arī opioīdu klātbūtne.

To valstu 2005. gada ziņojumos, par kurām ir pieejami dati, ir minēti vairāk nekā 400 kokaīna nāves gadījumi, kas ir jāuzskata par minimālajiem aprēķiniem. Šķiet, ka lielākajā daļā šo gadījumu kokaīns ir bijis nāves cēlonis, lai gan, spriežot pēc ziņojumiem, tas ne vienmēr ir pilnīgi skaidrs. Deviņas valstis nav skaidri norādījušas, vai tajās ir vai nav konstatēti ar kokaīna lietošanu saistīti nāves gadījumi. No paziņotajiem pēkšņajiem narkotiku izraisītajiem nāves gadījumiem kokaīna klātbūtne ir konstatēta 0–20 % gadījumu; 10 % līdz 20 % šādu nāves gadījumu ir konstatēti Vācijā, Francijā, Spānijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē. Par nāves gadījumiem, kad kokaīns (viens pats vai kombinācijā ar citām vielām) ir bijis nāves cēlonis, ziņo Francija (14), Vācija (166), Nīderlande (20), Spānija (53) un Apvienotā Karaliste (kokaīns ir "pieminēts" 142 reizes – 113 reizes Anglijā un Velsā). Vēl deviņas valstis nav minējušas nevienu vai ne vairāk kā divus gadījumus. Turklāt dažās valstīs kokaīnu parasti atrod opioīdu pārdozēšanas toksikoloģiskajās analizēs. No pieejamajiem ierobežotajiem datiem ir grūti izsecināt pārlicinošas tendences, tomēr izskatās, ka visās valstīs, kur nāves gadījumu skaits ir lielāks, t.i., Vācijā, Francijā, Spānijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē, tam ir tendence pieaugt, lai gan Nīderlandē pieaugums pēdējos 2 gados ir mitējies.

Turklāt kokaīns var veicināt sirds un asinsvadu slimību (aritmija, miokarda infarkts, cerebrālie asinsizplūdumi) izraisītu nāvi, jo īpaši veicinošos apstākļos vai saskarē ar riska faktoriem (tabaka, augsts asinsspiediens, angiomas), kā arī gados vecākiem lietotājiem. Pašlaik var gadīties, ka daudzi šādi gadījumi neziņas dēļ paliek neapzināti. Šajā jomā ir jāveic plašāki pētījumi.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšana

Efektīvi risinājumi

Neārstētu narkotiku lietotāju grupu uzrunāšana un kontaktu dibināšana ir priekšnoteikums, lai šos cilvēkus izglītotu par narkotiku lietošanas riskiem un to kontroli un palīdzētu piekļūt pakalpojumiem, tostarp ārstniecības pakalpojumiem.

⁽²¹⁰⁾ Atkarībā no valsts skaitļi attiecas uz 2003. vai 2004. gadu un uz ekstāzi un kokaīna izraisītiem nāves gadījumiem.

⁽²¹¹⁾ Iedzīvotāju aptaujās minētie pēdējo 12 mēnešu lietotāji.

Pārdozēšanas gadījumu apstākļu izpēte ir palīdzējusi izstrādāt augsta riska situācijām un augsta riska indivīdiem piemērojamus ieviešanas pasākumus. Īstenojot šādus pasākumus, ir iespējams ievērojami samazināt narkotiku lietošanas tūlītējas iedarbības izraisīto nāves gadījumu skaitu. EMCDDA nesēnā politiskā paziņojumā ir sniegusi kopsavilkumu par dažādu ieviešanas pasākumu lomu pēkšņu narkotiku pārdozēšanas izraisīto nāves gadījumu skaita samazināšanā (EMCDDA, 2004d).

Tā kā pārdozēšanas gadījumi Eiropā lielākoties ir saistīti ar heroīnu, par vienu no pārdozēšanas novēršanas pasākumiem var uzskatīt lielāka heroīna lietotāju skaita iesaistīšanu terapijā. Dažās valstīs pēdējā laikā ir vērojama tendence, kas liecina par nelielu letālas pārdozēšanas gadījumu skaita samazināšanos; tās pamatā var būt vairāki faktori. Šeit var minēt izplatības un injicēšanas rādītāju samazināšanos, plašākus profilakses pasākumus, ārstniecības labāku pieejamību, narkotiku lietotāju plašāku iesaisti un paturēšanu terapijā un, iespējams, ar risku saistītas uzvedības mazināšanos.

Risinājumu veidi

Lielākajā daļā valstu eksperti ir atzinuši, ka no dažādajām ieviešanas stratēģijām, ko izmanto nolūkā samazināt ar narkotiku pārdozēšanu saistīto nāves gadījumu skaitu, par vērtīgāko risinājumu ir uzskatāma opioīdu aizvietošanas terapija⁽²¹²⁾. Ungārijā un Zviedrijā šis ārstniecības veids ir pieejams, tomēr to neuzskata par narkotiku nāves gadījumu skaita samazināšanas līdzekli. Savukārt Igaunijā un Polijā aizvietošanas terapijas nodrošinājuma līmenis ir zems, liecinot, ka šajās valstīs metadona aizvietošanas terapiju pašlaik neuzskata par svarīgu letālas pārdozēšanas novēršanas risinājumu.

Citi svarīgi risinājumi lielākajā daļā Eiropas valstu ir pasākumi ar mērķi informēt, izglītēt un saprasties (IEC). Bieži sastopami vai dominējoši risinājumi 19 valstīs ir informēšana par riskiem un pārdozēšanas kontroles instrukcijas, ko izplata, izmantojot īpaši izstrādātus iespiedmateriālus vai citus medijus (reklāmlapas, tīmekļa vietnes, plašsaziņas līdzekļu kampaņas). Tomēr septiņās valstīs (Igaunijā, Francijā, Īrijā, Latvijā, Ungārijā, Maltā, Somijā) šādus pasākumus izmanto reti, bet vienā valstī (Zviedrijā) tos neizmanto vispār.

Saskaņā ar VKC sniegto informāciju, retāk sastopama nostāja ir individuāla risku novērtējuma sistematiska iekļaušana ikdienas konsultāciju un terapijas darbā un grupu nodarbības, kurās narkotiku lietotāji apgūst zināšanas par riskiem un risinājumiem.

Plaša pasākumu kategorija ir t.s. "pirmsatbrīvošanas ieviešanas pasākumi cietumos". Šeit ietilpst vesela pasākumu virkne, sākot ar vienkāršu informācijas izplatīšanu, kad narkotiku lietotājus konsultācijās iepazīstina ar pārdozēšanas riskiem un to novēršanu, un beidzot ar aizvietošanas terapijas sākšanu vai turpināšanu cietumā. Tomēr šīs kategorijas risinājumus 13 valstīs izmanto reti, bet piecās valstīs (Latvijā, Ungārijā, Polijā, Rumānijā un Zviedrijā) neizmanto vispār. Spānijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē ieviešanas pasākumi cietumos pieder pie galvenajiem pēkšņu narkotiku izraisīto nāves gadījumu novēršanas risinājumiem.

Vietējie apstākļi, kad risku rada narkotiku injicēšana sabiedriskās vietās, ir bijuši par iemeslu profesionāli uzraudzītu narkotiku lietošanas istabu atvēršanai četrās ES valstīs un Norvēģijā⁽²¹³⁾. Šo pakalpojumu mērķgrupas ir sociāli izolēti ielas narkomāni, kas narkotikas injicē un ir disponēti uz risku (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹²⁾ Par to liecina 2004. gadā veikta aptauja, ko īstenoja 27 VKC. Dokumentu var lejupielādēt adresē <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1333>

⁽²¹³⁾ ES valstis ir Vācija, Spānija, Luksemburga un Nīderlande.



8. nodaļa

Problemātiskas un vairāku narkotiku lietošanas pārraudzības pilnveide

Narkomānija, narkotiku atkarība, ļaunprātīga narkotiku lietošana, kaitīga lietošana, problemātiska lietošana: saistībā ar EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas rādītājiem var minēt vairākus jēdzienus, un ikvienu no tiem raksturo uzreiz nepamanāmas medicīniskas un sociālas atšķirības. EMCDDA problemātiskās narkotiku lietošanas (PDU) rādītājus izmanto, lai pārraudzītu “narkotiku injicēšanu vai ilgtermiņa/ regulāru heroīna, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu”. Šo definīciju ir pieņēmis attiecināt arī uz citu opioīdu, piemēram, metadona lietošanu.

Šī PDU definīcija ir saistīta tikai ar uzvedības modeļiem un pamatojas uz narkotiku lietošanas ievirzēm; tai nav sakara ar konkrētiem problēmu mērījumiem. Tomēr saikne ar dažādajiem atkarību raksturojošajiem jēdzieniem pastāv tādējādi, ka attiecīgi uzvedības modeļi raksturo personas, kas vistīkamāk atbilst vispārīgākajam “problemātisko lietotāju” jēdzienam. Šeit jāpiebilst, ka PDU rādītāji aptver tikai ievērojamu tādu personu apakšgrupu, par kurām var domāt, ka tām ir viena vai otra ar narkotiku lietošanu saistīta problēma. Tomēr ar uzvedības modeļiem saistītai nostājai ir sava vērtība un šādas labās īpašības:

- piemērojot šo nostāju, pārraudzība nav piesaistīta narkomānijas, atkarības, kaitējuma un pašas problēmas definīcijai;
- veicot pētījumus, to var samērā viegli pārveidot par operatīvu metodi;
- PDU rādītāji kopumā atspoguļo dažādus alternatīvus narkotiku un to administrēšanas veidus, nenosakot konkrētas atšķirības.

Vēsturiski EMCDDA pārraudzības rādītāji ir sava laika produkts – 80. gados un lielā mērā arī 90. gados par svarīgākajām pārraugamajām narkotiku problēmām uzskatīja heroīna lietošanu un narkotiku injicēšanu. Turklāt šos narkotiku lietošanas veidus nevarēja pārliedzinoši novērtēt, izmantojot aptauju metodiku. Amfetamīnu iekļaušana ļāva attiecināt PDU definīciju uz dažām Ziemeļvalstīm, kur bija izplatīta amfetamīnu injicēšana; lai gan definīcijā bija iekļauts arī kokaīns, faktiskajās aplēsēs tas reti ieņēma būtisku vietu. Lai arī PDU rādītāji joprojām sniedz noderīgu informāciju par svarīgu narkotiku problēmu aspektu, kļūst arvien skaidrāks,

ka ar šādu līmeni nepietiek, lai pārraudzītu mūsdienu Eiropas daudzveidīgāko narkotiku situāciju. Aina, kas paveras Eiropas hronisko narkotiku problēmu jomā, kļūst arvien komplicētāka. Lai nelegālo narkotiku mainīgajā pasaulē pārraudzība nezaudētu savu nozīmi, tai ir jāattīstās un jāspēj tikt galā ar prasībām, kas liek aptvert plašāku narkotiku klāstu un novērtēt to lietošanu daudz detalizētāk nekā līdz šim.

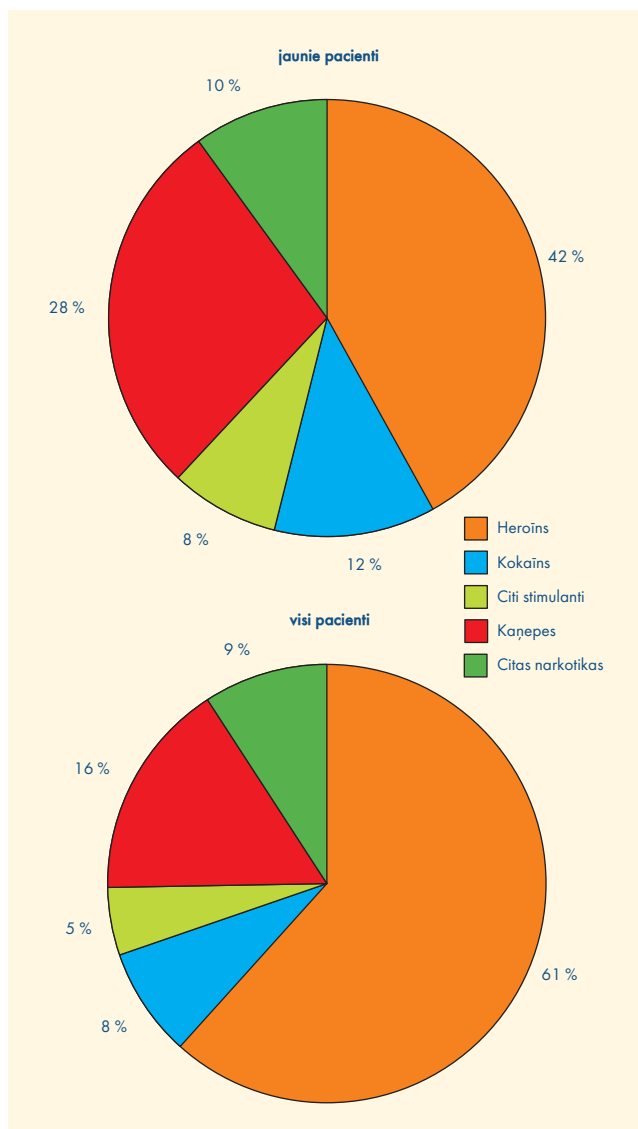
Līdz ar ES paplašināšanos daudzveidīgāki ir kļuvuši arī sociālās uzvedības modeļi, un nelegālo narkotiku joma nav nekāds izņēmums. Lai izprastu ar problemātisku narkotiku lietošanu saistīto personu vajadzības, ir jāņem vērā gan narkotiku subkultūras attīstība, gan sintētisko narkotiku un medikamentu nelikumīgas lietošanas sākums, gan kokaīna lietošanas pieaugums, gan vispārējais augstais kaņepju lietošanas izplatības līmenis. Kā redzams šā ziņojuma iepriekšējās nodaļās, visvairāk ārstniecības pakalpojumu pieprasījumu neapšaubāmi joprojām nāk no heroīna lietotājiem, tomēr starp personām, kas ārstējas pirmo reizi, situācija mainās: šajā grupā pieaug problemātisku kaņepju un stimulantu lietotāju skaits (14. attēls).

Šis pārmaiņas ir jāaplūko, ņemot vērā, ka problemātisko opioīdu lietotāju ārstniecības nodrošinājums ir kļuvis daudz plašāks un saskaņā ar ziņojumiem ir paplašinājies arī ārstniecības pakalpojumu pārklājums. Opioīdu pacientu lomu pašlaik ārstējamo narkotiku lietotāju vidū salīdzinājumā ar jauniem pacientiem īpaši pārliedzinoši apliecina aizvietotājterapijas pacienti, kas saņem nepārtrauktu ilgtermiņa aprūpi (jāievēro, ka diagrammās šādi pacienti nav iekļauti, jo diagrammas atspoguļo tikai pacientus, kas ir sākuši ārstēties pēdējā gadā). Tomēr šķiet, ka daudzās valstīs mūsdienu Eiropas topošos problemātiskos narkotiku lietotājus vismaz lietojamo narkotiku profila ziņā raksturos lielāka daudzveidība nekā līdz šim.

PDU rādītāji un slēpto narkotiku lietotāju skaita aplēses

Pašlaik piemērojamā PDU pārraudzības nostāja ir izrādījies ļoti vērtīga, ļaujot precīzāk aprēķināt tās svarīgās Eiropas narkotiku lietotāju grupas lielumu, kas visvairāk izmanto narkotiku ārstniecības pakalpojumus. Šī nostāja ir veicinājusi daudzu metožu un statistikas

14. attēls: "Jauno" pacientu skaits un "visu" to pacientu skaits, kas pieprasa ārstēšanu atkarībā no primārās narkotikas



NB: Izmantoti Čehijas, Dānijas, Vācijas, Grieķijas, Itālijas, Kipras, Ungārijas, Maltas, Nīderlandes, Slovēnijas, Slovākijas, Somijas, Zviedrijas, Apvienotās Karalistes, Bulgārijas, Rumānijas un Turcijas dati.

Avoti: Reītox valstu koordinācijas centri.

procedūru izstrādi nolūkā aprēķināt lielā mērā slēptā PDU kontingenta patiesos apmērus. Visu izstrādāto aprēķina metožu pamatā ir pieņēmums, ka zināma daļa problemātisko narkotiku lietotāju, proti, tie, kas izmanto dažādus ārstniecības, juridiskos, neatliekamās palīdzības un sociālos pakalpojumus, ir "administratīvi redzami", un no šīs redzamās mazākās daļas, zinot tās proporciju, ir iespējams izsecināt visa kontingenta apmērus. Šādas netiešas statistikas metodes papildina iedzīvotāju aptaujas, kas dažādu metodisku un praktisku iemeslu dēļ nav tik piemērotas gadījumos, kad ir jānosaka tādu narkotiku lietotāju skaits, kas lieto maz izplatītas vielas, kuru lietošana skaitās īpaši nosodāma un notiek lielā mērā slepeni.

Aplūkojot pašreizējo PDU rādītāju pārraudzību ES, ir redzams, ka valstis ir pielāgojušas definīciju, lai tā aptvertu vietējās problēmas, tādēļ situācija ir neviendabīga. Deviņas valstis piemēro principā negrozītu EMCDDA definīciju, 11 valstis nosaka tikai opioīdu (vai heroīna) lietotāju skaitu, bet vēl četras valstis aprēķinos iekļauj arī problemātiskus kaņepju lietotājus, lai gan kopumā šajās aplēsēs ir minēts ļoti neliels kaņepju lietotāju skaits (kaņepju lietotāju iekļaušanas kritēriji ir ļoti stingri, ieskaitot tikai atkarīgus vai ļoti intensīvus lietotājus).

Kokaīna un kreka kokaīna lietošanas izplatības un stimulantu lietošanas vispārējās izplatības pieaugums un narkotiku problēmu un alkohola un recepšu medikamentu lietošanas problēmu pārklāšanās nozīmē, ka arī konsekventi piemērojot PDU rādītāju definīciju, aplēses pašlaik aptver daudzveidīgākus narkotiku lietošanas variantus nekā agrāk, kas nozīmē arī potenciāli daudzveidīgākas sekas un problēmas. Tādēļ līdz ar problemātisko narkotiku lietotāju kopējo pārraudzību, atsevišķi ir jāpārrauga dažādie uzvedības modeļi, kas ietilpst PDU rādītājos, proti, injicēšana un visu PDU definīcijā ietilpstošo narkotiku veidu lietošana. Tas var būt īpaši svarīgi, ņemot vērā faktus, kas liecina par kokaīna lietošanas pieaugumu un par amfetamīna lietošanas ievirzēm dažās valstīs, turklāt tas ļautu sīkāk izpētīt opioīdu lietošanas tendences. Ja par visiem uzvedības modeļiem ziņo tikai kā par vienu veselumu, tad nebūtu jābrīnās, ka nepamanītas paliek svarīgas jaunas ievirzes un zudumā aiziet labākas tendenču izpratnes iespējas.

Iepriekš šajā ziņojumā pirmo reizi ir sniegtas atsevišķas aplēses par heroīna lietošanu un injicēšanu Eiropā. Turklāt ir jūtami paplašinājusies opioīdu problēmu ārstēšanas pieejamība – aplēses rāda, ka Eiropā aizvietotājterapiju saņem vairāk nekā pusmiljons pacientu. Tas liek domāt, ka daudzās valstīs proporcionāli ievērojams skaits heroīna lietotāju un injicētāju kontaktējas vai ir kontaktējušies ar medicīnas dienestiem. EMCDDA kopā ar valsts tehniskajām grupām pašlaik pēta, kādu pievienoto vērtību varētu rast, satuvinot informāciju par ārstniecības pieprasījumiem un ārstniecības pieejamību un heroīna lietošanas un narkotiku injicēšanas izplatības aplēsēm.

Pārraudzības paplašināšana

Nākamais solis Eiropas narkotiku problēmu labākas izpratnes virzienā ir pētījumi, lai noskaidrotu, cik lielā mērā, pārsniedzot PDU rādītāju pārraudzības robežas, būtu iespējams pārraudzīt arī intensīvu narkotiku lietošanu. Lai kāda arī nebūtu intensīvas narkotiku lietošanas definīcija, ir jāturpina sīkāk pētīt šādas lietošanas saistību ar atkarību, pievērsties arī to problēmu līmenim un veidiem, kas pavada intensīvu lietošanu; piemēram, Kandel un Davis (1992) ir aprēķinājuši, ka ASV aptuveni trešdaļa kaņepju ikdienas lietotāju būtu uzskatāmi par

atkarīgiem. Progresu šajā jomā var panākt, oficiāli formulējot biežas, intensīvas kaņepju un citu nelegālo narkotiku lietošanas jēdzienu kā pārraudzības mērķi. Biežas vai intensīvas lietošanas mērījumos var izmantot aptauju datus, kas papildina ar netiešās statistikas metodēm veiktās aplēses. Pašlaik aptauju dati noder, lai sniegtu priekšstatu par kaņepju lietošanas dažādajām ievirzēm, tomēr tie ir lielā mērā ierobežoti uzvedības modeļu un lietošanas biežuma mērījumi. Aptauju dati var būt svarīgi, ja ir jāveic drošas aplēses par tādu narkotiku kā, piemēram, kaņepes, lietotājiem, kurus vismaz saskaņā ar viņu pašu apgalvojumiem var uzskatīt par atkarīgiem vai ar kaifīgām lietošanas ievirzēm.

Šis solis, proti, biežas un intensīvas dažādu narkotiku lietošanas oficiālas definīcijas noteikšana palīdzētu izstrādāt arī pētniecības instrumentus, ko varētu izmantot, lai novērtētu to problēmu un atkarības līmeni, kas pavada dažāda apjoma un ieviržu kaņepju lietošanu. Vairākas Eiropas valstis pašlaik izstrādā metodiskus instrumentus, lai varētu veikt gan intensīvas lietošanas, gan atkarības un problēmu līmeņa mērījumus, un EMCDDA sekmē sadarbību šajā jomā.

Izmantojot intensīvas narkotiku lietošanas rādītājus tādu personu raksturošanai, kam visvairāk draud narkotiku atkarība vai ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, sarežģījumus rada zināma intensīvas narkotiku lietošanas jēdziena saistība ar konkrētām narkotikām. Ja īpaši raksturīga opioīdu problemātiskas lietošanas ievirze ir ikdienas lietošana, tā ne vienmēr raksturo stimulējošo narkotiku lietošanu. Šo narkotiku lietošanai bieži ir periodisks raksturs, t. i., pastiprināta īslaicīga lietošana, kam seko lietošanas samazinājums, turklāt, lai mazinātu pagūru sindromu, lietotāji nomaina vienas narkotikas ar citām narkotikām vai alkoholu. Ievērojamu iespaidu uz intensīvas narkotiku lietošanas ievirzēm var atstāt gan farmakoloģiski, gan vides faktori, tomēr ir skaidrs, ka, nosakot intensīvas narkotiku lietošanas apmērus ar uzvedības mērījumu palīdzību, noteikti ir jāņem vērā arī dažādu narkotiku veidu dažādās lietošanas ievirzes.

Vairāku narkotiku lietošanas problēmu paziņošanas grūtības

Ziņojot par narkotiku lietošanu, pamatotu praktisku un metodisku iemeslu dēļ katra viela tiek aprakstīta atsevišķi. Tas nodrošina jēdzienisko skaidrību, kas ir vajadzīga, lai atvieglinātu paziņošanu, kuras pamatā ir pieejamie uzvedības mērījumi, tomēr šādi netiek ņemts vērā, ka atsevišķi narkotiku lietotāji nereti ir lietojuši vai lieto virkni dažādu atļautu un neatļautu vielu un ka līdz ar to šiem lietotājiem var būt ar vairāk nekā vienas narkotikas lietošanu saistītas problēmas. Šādi lietotāji var aizvietot vienu narkotiku veidu ar kādu citu, laika gaitā mainīt primāro narkotiku vai papildināt vienu narkotiku ar otru. Pārraudzības sistēmā šāda veida komplicētība sagādā lielas grūtības arī tad,

ja analīze aprobežojas ar vienkāršiem narkotiku lietotāju uzvedības mērījumiem dažādos laikposmos. Iekļaujot arī problemātiskas lietošanas un atkarības jēdzienus, situācija kļūst vēl sarežģītāka, tādēļ ir ļoti maz drošu Eiropas līmeņa datu, kas ļautu veikt informētu analīzi. Lai vai kā, jādodomā, ka dažās valstīs ir ievērojams skaits problemātisku hronisku narkotiku lietotāju, ko ir grūti klasificēt pēc primārās narkotikas un kam var būt gan ar atļautu, gan neatļautu vielu lietošanu saistītas problēmas. Lai pārvarētu minētās grūtības, ir jāpanāk labāka izpratne par vairāku narkotiku lietošanas ievirzēm un, piemērojot šīs zināšanas, jāpilnveido valsts un Eiropas līmeņa paziņošanas kvalitāte.

Vairāku narkotiku savstarpēja aizvietošana

Jāatceras, ka vairāku narkotiku lietošanas vispārīgajam jēdzienam ir vairākas atsevišķas nozīmes. Kā vienu no galējībām var minēt vairāku narkotiku intensīvu un haotisku, vienlaicīgu vai secīgu lietošanu, daudzos gadījumos atkarībā no pieejamības aizvietojošot vienu narkotiku ar citām. Šādi rīkojas, piemēram, problemātiski lietotāji, kas lieto dažādus opioīdus, kā arī medikamentus, kokaīnu, amfetamīnus un alkoholu.

Šķiet, ka šāda lietošanas ievirze ir raksturīga dažiem hroniskiem lietotājiem, iespējams, ka tā pastāv sociāli atstumtās grupās, iespējams, psihiski neveselu personu vidū. Daudzās Eiropas reģistrācijas sistēmās šādus lietotājus pieskaita opioīdu lietotājiem.

Šādas personas atbilst problemātisku narkotiku lietotāju definīcijai un līdz ar to ir jāpārtrauc. Tomēr atklāts paliek jautājums, vai šādu intensīvu, haotisku vairāku narkotiku lietošanu jeb narkotiku atkarību, kas nav saistīta ar vienu konkrētu vielu, var uzskatīt par atsevišķu parādību, kas prasa mērķtiecīgus epidemioloģiskus mērījumus un ārstēšanu, kā arī atbalsta vai kaitējuma mazināšanas pasākumus sevišķi grūtā situācijā. Šādos apstākļos problemātiskas narkotiku lietošanas atsevišķo aspektu pārraudzībā kā viens no atsevišķi vērtējamiem aspektiem vienmēr būtu jāiekļauj arī vairāku narkotiku lietošana.

Narkotiku kombinēšana

Cita lietotāju grupa sistemātiski lieto vairākas narkotikas vienlaikus, lai panāktu attiecīgās farmakoloģiskās kombinācijas iedarbību, šeit var minēt t.s. "ātrumbumbas", kad vienā injekcijā apvieno heroīnu un kokaīnu.

Papildu narkotikas ar funkcionālu vai farmakoloģisku mērķi var lietot ne tikai vienlaicīgi, bet arī secīgi kā aizvietotāji vai papildvielas. Piemēram, ja nav pieejami opioīdi, pagūru sindroma mazināšanas nolūkā var lietot benzodiazepīnu. Citos gadījumos papildu narkotikas, iespējams, lieto to kompensējošās farmakoloģiskās iedarbības dēļ: tā notiek gadījumos, kad opioīdu narkotisko iedarbību modificē ar

kokaīna palīdzību vai kokaīna un amfetamīnu uzbudinošo iedarbību nomāc ar opioīdu vai citu depresantu palīdzību.

Ar vairāku narkotiku lietošanu saistītie paaugstinātie riski

Dažkārt viena narkotika ievērojami pastiprina otras narkotikas iedarbību; šeit legālās narkotikas un medikamenti, piemēram, alkohols, nikoīns un antidepresanti ir jāaplūko saistībā ar kontrolējamajām psihoaktīvajām vielām. Riska pakāpe ir atkarīga no uzņemtā abu vielu daudzuma. Pastāv bažas par vairākām divu vielu farmakoloģiskajām kombinācijām: alkohols kopā ar kokaīnu pastiprināti toksiski ietekmē sirds un asinsvadu sistēmu; alkohols vai depresanti kopā ar opioīdiem vairo pārdozēšanas risku; opioīdu vai kokaīna lietošana kopā ar ekstazi vai amfetamīniem arī rada papildu akūtu toksiskumu.

Ierobežotie dati par vairāku narkotiku lietošanu

Pieejamu datu trūkums nozīmē, ka atskaites par daudziem vairāku narkotiku lietošanas aspektiem ir nepilnīgas. Pieejamie dati nāk no narkotiku pārdozēšanas toksikoloģijas ziņojumiem un no ārstniecības pakalpojumu saņēmēju sniegtās personiskās informācijas. Šie avoti ļauj gūt zināmu priekšstatu par vairāku narkotiku lietošanu, tomēr pieejamā

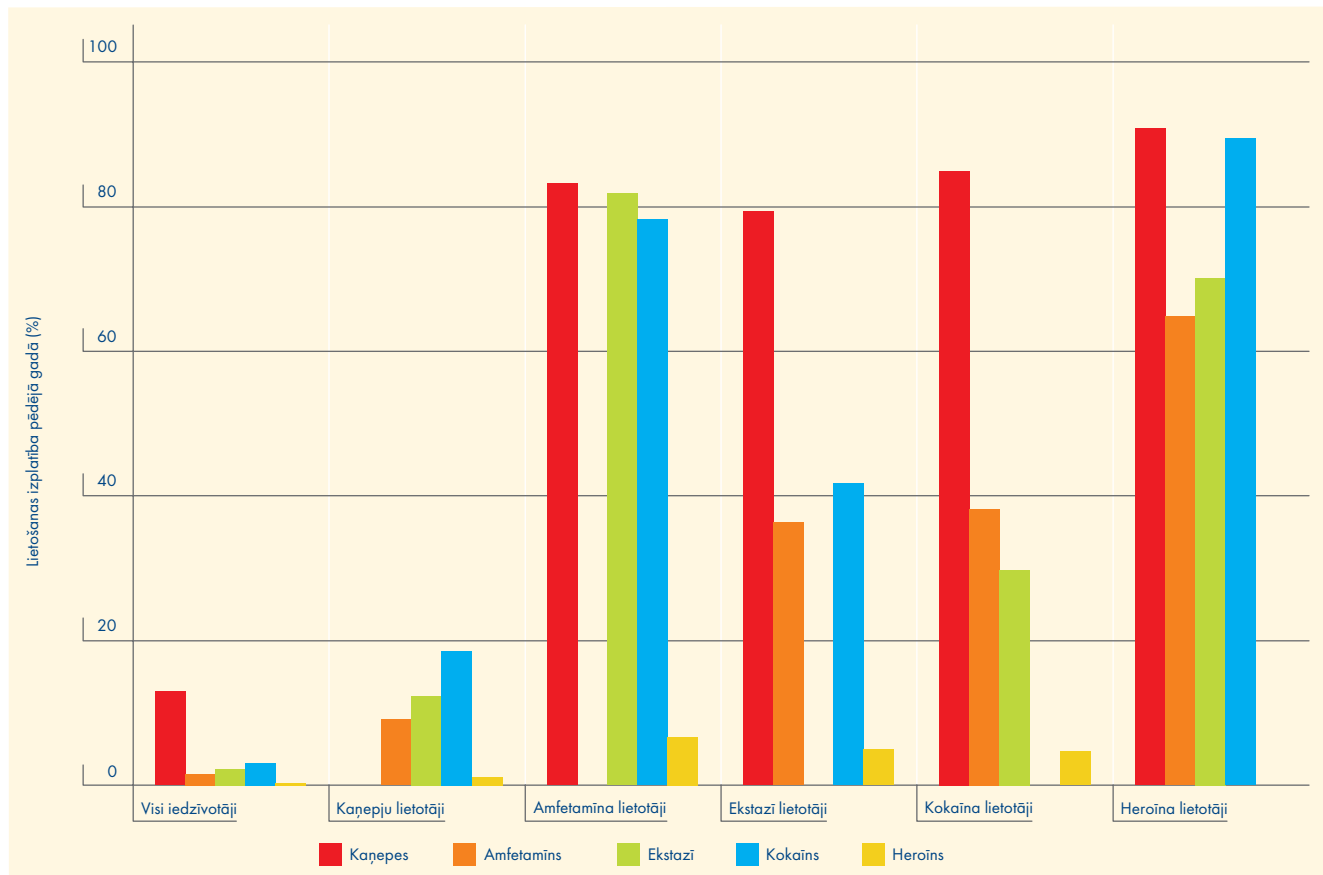
informācija nereti ir ierobežota un ir jāņem vērā, ka tā var nebūt pietiekami reprezentatīva.

Aptauju rezultāti liecina, ka tādu narkotiku lietotāju, kas vienā un tajā pašā laikposmā ir lietojuši vairāk nekā divas narkotikas, tiešām ir diezgan daudz. Tomēr aptauju dati par dažiem narkotiku lietošanas veidiem nereti ir trūcīgi un arī gadījumos, kad dati ir pietiekami, ir jāiegulda darbs, lai izstrādātu salīdzināmus paziņošanas standartus. Nesen publicētā tehniskā EMCDDA (2005b) ziņojumā ir minēts piemērs, kas raksturo pieejamo iedzīvotāju aptauju datu robežas. Kā piemēru ņemot Spānijas datus, 15. attēlā var redzēt, ka, salīdzinot ar tendencēm visu iedzīvotāju vidū, vairāku narkotiku lietošanas gadījumos vienas narkotikas lietošanas tendences salīdzinājumā ar kādas citas narkotikas lietošanas tendencēm ir pieaugošas, bet tas mainās atkarībā no tā, kādu narkotiku aplūko. Piemēram, heroīna lietotāji samērā bieži lieto kokaīnu, bet kokaīna lietotāju vidū citu narkotiku lietošana nav tik spilgti izteikta.

Vai vairāku narkotiku lietošanas operatīva definīcija ir laika jautājums?

Novērtējot vairāku narkotiku lietošanu un ziņojot par to, ir jāapsver attiecīgo laikposmu izvēle. Sabiedrības veselības

15. attēls: Narkotiku lietošana pēdējā gadā pa dažādām 15–34 gadus vecu lietotāju grupām visu iedzīvotāju vidū



NB: Spānijas dati 1999. gadā. Papildu informācijai skatīt attēlu GPS-34 statistikas bijletenā.
Avots: EMCDDA (2005b).

jautājumu risināšanā dati par narkotiku lietošanu vismaz vienreiz dzīves laikā vistīcamāk būs mazāk noderīgi un atbilstīgi salīdzinājumā ar nesenākas lietošanas aplēsēm.

Vairāku narkotiku lietošanu operatīvi varētu definēt kā vairāk nekā vienas narkotiskas vielas biežu lietošanu konkrētā minimālā laikposmā, kas varētu būt, piemēram, viens mēnesis. Šādi netiek nošķirti iepriekš aprakstītie dažādie lietošanas veidi, bet rodas kopīgs priekšstats par iespējamo augsta riska grupu. Dati par narkotiku lietošanu vismaz vienreiz dzīves laikā izņēmuma kārtā tomēr būtu jāņem vērā, raksturojot gadus ļoti jaunu lietotāju – skolēnu vai studentu – ar vairāku narkotiku lietošanu saistīto uzvedību, jo šajos gadījumos informācija par vairāku narkotiku izmēģināšanu var pārliecinošāk atspoguļot pašreizējo lietošanu. ESPAD aptaujās iegūtā informācija, piemēram, liek secināt, ka neparastākās/mazāk izplatītās narkotiku lietošanas ievirzes mācību iestāžu audzēkņu vidū (ekstazī, amfetamīni, halucinogēnās vielas, kokaīns, heroīns) ir sastopamas tikai dažu atsevišķu personu grupās.

Eiropas narkotiku problēmu pārraudzības pilnveide un lielāka uzmanība vairāku narkotiku lietošanai

Viens no svarīgākajiem EMCDDA uzdevumiem ir panākt labāku izpratni par Eiropas narkotiku problēmu raksturu un mērogu. Tomēr narkotiku lietošana ir sarežģīts jautājums, kas aptver virkni uzvedības modeļu, kuri ir dažādā mērā saistīti ar vairākām svarīgām sabiedrības veselības un sociālajām problēmām. Narkotiku lietošana var būt saistīta ar problēmām vai problēmu riskiem. Narkotiku lietošanas ievirzes ir dažādas, sākot ar pamēģināšanu, epizodisku un gadījuma rakstura lietošanu un beidzot ar regulāru, intensīvu un nekontrolētu lietošanu. Saskaņā ar kliniskajām definīcijām

narkotiku lietotājus var iedalīt tādos, kam ir ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, un tādos, kas ir atkarīgi no narkotikām, un pētniecības nolūkos abas šīs kategorijas var pārvērst kontinuumos. Situāciju vēl vairāk sarežģī apstākļi, ka narkotiku lietotāji nereti lieto vairākas narkotikas un laika gaitā maina lietošanas paradumus. Šo komplikāciju adekvāti nav spējīgs aptvert neviens atsevišķs atskaišu instruments. Praksē šos dažādos narkotiku problēmu aspektus vajadzētu atspoguļot EMCDDA pieņemtajam daudzo rādītāju risinājumam.

PDU rādītāju pārraudzībā galvenā uzmanība ir pievērsta konkrētam uzvedības modeļu kopumam, un tā sniedz vērtīgu priekšstatu par dažiem viskaitīgākajiem narkotiku lietošanas veidiem, kas ir saistīti ar vislielākajām izmaksām. Tādējādi PDU rādītāji ir svarīgs Eiropas kopējo narkotiku problēmu izpratnes elements. Tomēr, lai varētu risināt Eiropas pieaugoši daudzveidīgās narkotiku problēmas, ir skaidrs, ka PDU rādītāju kopējās aplēses ir jāpapildina ar atsevišķām aplēsēm par konkrētām vielām.

Ņemot vērā, ka daudzu pieejamo datu avotu pamatā ir ziņojumi par narkotiku lietotāju uzvedības modeļiem, šādā veidā ir jāizstrādā arī biežas vai intensīvas lietošanas jēdziens. Tādējādi paplašināsies narkotiku problēmu pārraudzības perspektīva, pārsniedzot pašreizējo PDU rādītāju pārraudzību. Papildinot PDU rādītāju informāciju ar šo plašāko informācijas kopumu, tiks sperts vēl viens solis uz priekšu, lai īstenotu EMCDDA centienus panākt labāku kopējo izpratni gan par Eiropas narkotiku problēmu mērogu, gan par to raksturu. Vienlaikus ir jāturpina izstrādāt paziņošanas standartus, kas ļautu Eiropas līmenī labāk aprakstīt vairāku narkotiku lietošanas ievirzes. Šajā jomā pirmkārt ir jāizstrādā precīzāks vairāku narkotiku dažādo lietošanas veidu jēdzieniskais pamats, tostarp atbilstīgs pagaidu pamats, un jāapzina atbilstīgi datu avoti.





Bibliogrāfija

- ACPO Drugs Committee. *A review of drugs policy and proposals for the future*. London : The Association of Chief Police Officers, 2002.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. un Niesink, R.J.M. Methylone and mCPP, two new drugs of abuse? *Addiction biology* 10(4). 2005, pp. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. u.c. *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*. Liverpool : National Collaborating Centre for Drug Prevention, 2005.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. un Anthony, J.C. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001. *Drug and alcohol dependence* 79. 2005, pp. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. u.c. *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05. London : Home Office, 2005 (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND. *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*. Vienna : Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, 2005.
- CND. *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*. Vienna : Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, 2006.
- EMCDDA. (2002a) *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002.
- 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. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002.
- EMCDDA. (2004a) *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2004b) *An overview of cannabis potency in Europe*. Insights no. 6. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2004c) *European report on drug consumption rooms*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.
- EMCDDA. (2004d) *Overdose: a major cause of avoidable death among young people*, *Drugs in Focus* No. 13. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.
- EMCDDA. (2005a) *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- 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*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.
- 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*. Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.
- Europol. *Drugs 2006* (communication to the EMCDDA of 16 January 2006, file no. 158448). The Hague : Europol.
- EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Saint-Maurice : Institute de veille sanitaire, No 71, 2005.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. u.c. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention, *International journal of drug policy* 16S. 2005, pp. S67–75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. u.c. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users. *World psychiatry* 4(3), 2005, pp. 173–6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. u.c. *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, 2004.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. u.c. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of general psychiatry* 60. 2003, pp. 1043–52.
- INCB. (2006a) *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*. New York : United Nations International Narcotics Control Board, 2006.
- INCB. (2006b) *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*. New York : United Nations International Narcotics Control Board, 2006.
- Kandel, D. un Davis, M. Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors from near daily use. In: Glantz, M. and Pickens, R. (eds). *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington : American Psychological Association, 1992, pp. 211–53.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. un Spoth, R. *The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use*

- in special populations. No: Peters, R. and McMahon, R. J. (eds). *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1996.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. u.c. *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index. Home Office Online Report 24/05*. London : Home Office, 2005 (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. un Haasen, C. *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*. Hamburg : Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, 2006 (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- ONS. *Health Statistics Quarterly 29*. London : Office for National Statistics, 2006.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. u.c. Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population. *Archives of general psychiatry* 63. 2006, pp. 219–28.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. u.c. Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups. *European addiction research* 10. 2004, pp.147–55.
- Reitox tikla valstu ziņojumi. 2005 (Reitox national reports, <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Roe, E. un Becker, J. Drug prevention with vulnerable young people: a review. *Drugs: education, prevention and policy* 12(2). 2005, pp. 85–99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. u.c. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and alcohol dependence* 74. 2004, pp. 1–13.
- Schäfer, C. un Paoli, L. *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*. Berlin : Duncker & Humblot, 2006.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. u.c. Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence. *American journal of psychiatry* 162. 2005, pp. 340–9.
- Shearer, J. un Gowing, L.R. Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research. *Drug and alcohol review* 23. 2004, pp. 203–11.
- UNODC. (2003a) *Global illicit drug trends 2003*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC. (2003b) *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC. *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime, 2005.
- UNODC. *2006 world drug report*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime, 2006.
- UNODC un Marokas valdības dati. *Morocco Cannabis Survey 2004*. Vienna : United Nations Office on Drugs and Crime, 2005.
- Van den Brink, W. Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment. *Sucht* 51(4). 2005, pp. 196–8.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. un Watts, C. Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006 (in press).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. u.c. 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). 2002, pp. 49–64.
- WCO. *Customs and drugs 2004*. Brussels : World Customs Organization, 2005.
- WHO. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*. Geneva : World Health Organization, 2005.
- WHO/UNODC/UNAIDS. *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, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

2006. gada ziņojums: Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā

Luksemburga: Eiropas Kopienu Oficiālo publikāciju birojs

2006 — 96 lpp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-258-6

PĀRDOŠANA UN ABONĒŠANA

Publikāciju biroja publikācijas par samaksu ir pieejamas pārdošanas punktos visā pasaulē.

Kā es varu iegūt kādu publikāciju?

Kad esat izskatījuši pārdošanas punktu sarakstu, sazinieties ar jūsu izvēlēto pārdevēju, lai izdarītu pasūtījumu.

Kur es varu iegūt pārdošanas punktu sarakstu?

Apmeklējiet Publikāciju biroja tīmekļa vietni <http://publications.europa.eu/>
vai pasūtiet izdruku pa faksu (352) 2929-42758

Par EMCDDA

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA) ir viena no Eiropas Savienības decentralizētajām aģentūrām. Centru nodibināja 1993. gadā, tas atrodas Lisabonā un ir galvenais avots, no kura iegūst visaptverošu informāciju par narkotikām un narkomāniju Eiropā.

EMCDDA apkopo, analizē un izplata objektīvu, uzticamu un salīdzināmu informāciju par narkotikām un narkomāniju. Veicot šo uzdevumu, tas sniedz interesentiem ar pierādījumiem pamatotu pārskatu par narkomānijas problēmu Eiropas līmenī.

Centra publikācijas ir galvenais informācijas avots plašai auditorijai, ieskaitot politiķus un to padomdevējus, speciālistus un pētniekus, kas darbojas narkotiku jomā, un visplašāko informāciju tas sniedz plašsaziņas līdzekļiem un plašai sabiedrībai.

Šajā gada ziņojumā ir EMCDDA gada pārskats par narkomānijas problēmu Eiropā, un šis ziņojums ir svarīgs atsaucē materiāls tiem, kuri vēlas uzzināt jaunāko informāciju par narkotikām Eiropā.