



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2011 M. METINIS ATASKAITA



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOJE

2011 M. METINĖ ATASKAITA

Teisinis pranešimas

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

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

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

Informacija teikiama nemokamai telefonu (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Ši ataskaita skelbiama bulgarų, ispanų, čekų, danų, vokiečių, estų, graikų, anglų, prancūzų, italų, latvių, lietuvių, vengrų, olandų, lenkų, portugalų, rumunų, slovakų, slovėnų, suomių, švedų ir norvegų kalbomis. Visus vertimus atliko Europos Sąjungos įstaigų vertimo centras.

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011

ISBN 978-92-9168-477-9

doi:10.2810/45232

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2011

Leidžiama atgaminti nurodžius šaltinį.

Printed in Luxembourg

SPAUSDINTA BALTAME POPIERIUJE, BLUKINTAME NENAUDOJANT CHLORO



Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabona, Portugalija
Tel. +351 211210200 • Faks. +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Turinys

Ižanga	5
Padėkos	7
Ivadinė pastaba	9
Komentaras. Žvilgsnis į bendrą padėtį: narkotikų vartojimas Europoje šiandien	13
1 skyrius. Politika ir įstatymai	
ES ir tarptautinės politikos pokyčiai • Valstybių narių nacionalinė kovos su narkotikais strategija • Viešosios išlaidos • Nacionalinės teisės aktai • Moksliniai tyrimai	19
2 skyrius. Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga	
Prevencija • Gydymas • Socialinė reintegracija • Žalos mažinimas • Kokybės užtikrinimas • Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir įstatymų pažeidimai • Sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose	27
3 skyrius. Kanapės	
Pasiūla ir prieinamumas • Paplitimas ir vartojimo būdai • Gydymas	41
4 skyrius. Amfetaminai, ekstazis, haliucinogeninės medžiagos, GHB ir ketaminas	
Pasiūla ir prieinamumas • Paplitimas ir vartojimo būdai • Intervencinės priemonės pasilinksminimo vietose • Gydymas	51
5 skyrius. Kokainas ir krekas	
Pasiūla ir prieinamumas • Paplitimas ir vartojimo būdai • Padariniai sveikatai • Probleminis vartojimas ir gydymo poreikis • Gydymas ir žalos mažinimas	63
6 skyrius. Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštėjimas	
Pasiūla ir prieinamumas • Probleminis opioidų vartojimas • Narkotikų švirkštėjimas • Gydymas	73
7 skyrius. Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas	
Infekcinės ligos • Infekcinių ligų atžvilgiu įgyvendinamos priemonės • Mirties nuo narkotikų atvejai ir mirštamumas • Mirštamumo dėl narkotikų mažinimas	83
8 skyrius. Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos	
Veiksmai naujų narkotikų srityje • Mefedronas • Kitos narkotinės medžiagos • „Teisėti narkotikai“ • Naujų narkotikų pardavimo kontrolė	95
Literatūra	101



Ižanga

Šiomet minimas Jungtinių Tautų bendrosios narkotinių medžiagos konvencijos, kuri yra tarptautinės narkotinių medžiagų kontrolės sistemos kertinis akmuo, pasirašymo 50-metis. Pristatydami kasmetinį narkotikų problemos Europoje padėties vertinimą negalime nesistebėti, kaip šis reiškinys pakito per praėjusius penkis dešimtmečius. Su narkotikais susijusias sudėtingas problemas, kurias šiuo metu stengiasi įveikti Europa, lemia daugelis veiksnių – tai nėra tik tam tikros socialinės grupės ar geografinės vietovės problema. Savo ataskaitoje pripažįstame šį faktą, taip pat būtinybę atsižvelgti į platesnio masto kultūrinius pokyčius ir pasaulines tendencijas, kadangi jie turi itin daug įtakos narkotikų vartojimo ypatumams ir pavojams, su kuriais susiduriame. Ekonominiai sunkumai, kuriuos šiuo metu patiria daugelis Europos šalių, yra viena iš aplinkybių, turinčių poveikį mūsų ataskaitų rengimui – gauti lėšų paslaugoms finansuoti darosi vis sunkiau. Informacinių technologijų pažanga smarkiai pakeitė beveik visus mūsų šiuolaikinio gyvenimo aspektus, todėl nenuostabu, kad dabar jaučiame jos poveikį ir narkotikų reiškiniui. Informacinės technologijos naudojamos prekybos narkotikais ir jų pardavimo srityse, tačiau jas taip pat galima pasitelkti kuriant naujas prevencijos ir gydymo galimybes. Dabartiniame pasaulyje esame vis labiau priklausomi vieni nuo kitų. Tuo naudojasi organizuoti nusikaltėliai, kuriems narkotikai tėja viena iš nelegalių prekių. Šiuo požiūriu taip pat svarbu šį reiškinį vertinti pasauliniu mastu, nes narkotikų vartojimo Europoje padariniai jaučiami ir už jos ribų. Vienas iš pavyzdžių yra ES pastangos remti socialinę plėtrą kaimyninėse valstybėse – šioms pastangoms grėsmę kelia tai, kaip keičiasi narkotikų kontrabandos keliai, nes tai stabdo trapių šių šalių demokratinį institucijų kūrimą ir skatina korupciją.

Svarbu pažymėti tai, kad ši ataskaita – tai bendro darbo rezultatas, todėl dėkojame visiems, kurie prisidėjo prie jos rengimo. Visų pirma šią ataskaitą pavyko parengti tik dėl mūsų partnerių – „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų tinklo – ir įvairių Europos šalių ekspertų, kurie prisidėjo prie analizės rengimo, atlikto sunkaus darbo ir pasiaukojimo. Taip pat esame dėkingi kitoms Europos ir tarptautinėms agentūroms už jų pateiktą analizę. Vis dėlto mūsų užduotis – ne tik apibendrinti kitų institucijų

pateiktą informaciją, bet ir parengti mokslškai pagrįstą ir nepriklausomą narkotikų problemos Europoje analizę. Siekdami šio tikslo turime analizuoti duomenis, kurie dažnai yra nevysiškai išsamūs ar tikslūs. EMCDDA analizė atliekama apdairiai ir atsižvelgiant į daugelį rodiklių. Išanalizavus vieną duomenų rinkinį padarytos išvados turi būti patikrintos remiantis kitais informacijos šaltiniais, ir manome, jog esame teisūs, kad analizuodami nepakankamai geros kokybės duomenis laikomės konservatyvaus požiūrio. Visgi informacijos apie su narkotikais susijusių padėčių Europoje ir toliau daugėja, jos kokybė gerėja, o palyginamumas didėja. Tai ir yra tikrasis laimėjimas, patvirtinantis bendradarbiavimo ir veiklos koordinavimo Europos Sąjungoje vertę.

Galiausiai reikėtų pabrėžti, kad ši metinė ataskaita – tai mūsų išsamių metinių ataskaitų paketo dalis ir ji turėtų būti skaitoma kartu su kitais susijusiais dokumentais. Duomenis, kuriais remiantis parengta mūsų analizė, ir išsamias pastabas apie taikytą metodiką galima rasti pridedamame statistikos biuletenyje. Be to, su šių metų ataskaita susijusiuose konkretesniems klausimams skirtuose leidiniuose išsamiai analizuojame narkomanijos gydymo išlaidas ir finansavimą, priežiūros paslaugų teikimo gaires, kanapių rinką ir su narkotikų vartojimu susijusį bendrą mirtingumą. Informaciją apie konkrečias šalis galima rasti išsamiose nacionalinėse ataskaitose ir internete skelbiamose šalių apžvalgose. Rengdami savo ataskaitas stengiamės, kad jos būtų suprantamos paprastam skaitytojui, o strategiškai daugiausia dėmesio skiriame tam, kad jomis galėtų naudotis politikai. Jos taip pat turi būti pakankamai išsamios, kad atitiktų tyrėjų, studentų ir mokslininkų poreikius. Kad ir kokių tikslu skaitysite šią ataskaitą, tikimės, jog savo darbu padėsime jums geriau suprasti su narkotikais susijusių padėčių Europoje. Tai yra mūsų užduotis, ir, be kita ko, manome, kad siekiant kurti veiksmingas kovos su narkotikais politikos strategijas ir atsakomąsias priemones būtina kuo geriau suprasti šią padėtį.

João Goulão

EMCDDA valdybos pirmininkas

Wolfgang Götz

EMCDDA direktorius



Padėkos

Už pagalbą rengiant šią ataskaitą EMCDDA dėkoja:

- „Reitox“ nacionalinių informacijos biurų vadovams ir darbuotojams;
- visų valstybių narių tarnyboms ir ekspertams, rinkusiems pirminius duomenis šiai ataskaitai;
- EMCDDA valdybos ir Mokslinio komiteto nariams;
- Europos Parlamentui, Europos Sąjungos Tarybai, ypač jos Horizontaliajai kovos su narkotikais darbo grupei, ir Europos Komisijai;
- Europos ligų prevencijos ir kontrolės centrui (ECDC), Europos vaistų agentūrai (EMA) ir Europolui;
- Europos Tarybos Pompidou grupei, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biurui, Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybai, PSO Europos regiono biurui, Interpolui, Pasaulio muitinių organizacijai, Kanados sveikatos priežiūros kontroliuojamų medžiagų ir tabako direktoratui, JAV piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichikos sveikatos tarnybos administracijai, Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą veikiančios elgsenos tyrimo grupei, Europos projektui dėl alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo mokyklose tyrimo (ESPAD) ir Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus tarybai (šved. CAN);
- Europos Sąjungos įstaigų vertimo centrui ir Europos Sąjungos oficialiųjų leidinių biurui.

„Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai

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

Nacionalinių informacijos biurų kontaktinius duomenis galima rasti EMCDDA interneto svetainėje.



Išvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią EMCDDA pateikė ES valstybės narės, šalys kandidatės (Kroatija ir Turkija) ir Norvegija. Šioje ataskaitoje pateikti statistiniai duomenys yra 2009 m. (arba paskutinių metų, apie kuriuos yra duomenų). Šios ataskaitos grafikuose ir lentelėse gali būti pateikti tik tam tikro ES šalių pogrupio duomenys; pasirenkamos šalys, kurios pateikia dominančio laikotarpio duomenų, arba kai norima pabrėžti tam tikras tendencijas.

Tendencijų analizė pagrįsta tik tų šalių tyrimais, kurios pateikė pakankamai duomenų per nurodytą laikotarpį įvykusiems pokyčiams apibūdinti. Tiriant narkotikų rinkos duomenų tendencijas, vietoj trūkstamų 2009 m. verčių gali būti naudojami 2008 m. rodikliai; analizuojant kitas tendencijas, trūkstami duomenys gali būti interpoliuojami.

Toliau pateikiama bendra informacija ir keletas įspėjimų, kuriuos reikėtų atminti skaitant metinę ataskaitą.

Duomenys apie narkotikų pasiūlą ir prieinamumą

Sisteminės ir nuolat atnaujinamos informacijos apie neteisėtas narkotikų rinkas ir neteisėtą jų apyvartą vis dar turima nedaug. Heroino, kokaino ir kanapių gamybos apimtis vertinama pagal išauginamo kiekio įverčius, nustatomus renkant duomenis vietoje ir stebint iš oro arba per palydovines sistemas. Šie įverčiai nėra visiškai tikslūs, pavyzdžiui, dėl derliaus apskaičiavimo arba pasėlių, tokių kaip kanapės, kurios gali būti auginamos patalpose ir įvairiose geografinėse vietovėse, stebėjimo sunkumų.

Narkotikų konfiskavimo atvejai dažnai laikomi netiesioginiu pasiūlos, kontrabandos kelių ir narkotikų prieinamumo rodikliu. Jie aiškiau parodo kovos su narkotikais teisės aktų vykdymo veiklą (pavyzdžiui, prioritetus, išteklius ir strategiją) ir pranešimų teikimo praktiką bei kontrabandininkų pažeidžiamumą. Siekiant perprasti mažmeninę narkotikų rinką, taip pat galima nagrinėti duomenis apie neteisėtų narkotikų grynumą arba stiprumą bei mažmenines jų kainas. Mažmeninės narkotikų kainos, apie kurias pranešama EMCDDA, parodo vartotojų mokamą kainą. Kainų tendencijos koreguojamos atsižvelgiant į infliaciją šalyje. Daugelio šalių nurodomas narkotikų grynumas arba stiprumas nustatomas pagal visų konfiskuotų narkotikų mėginius, tačiau pateiktų duomenų dažniausiai neįmanoma susieti su konkrečiu narkotikų rinkos lygmeniu. Grynumo arba stiprumo ir mažmeninių kainų analizė grindžiama gautų duomenų vidurkiu, moda arba, kai jų nėra, mediana. Kai kuriose šalyse duomenų apie

Metinė ataskaita ir jos duomenų šaltiniai internete

Metinę ataskaitą galima atsisiųsti 22 kalbomis iš EMCDDA interneto svetainės. Elektroninėje versijoje pateikiamos nuorodos į visus metinėje ataskaitoje minimus internetinius šaltinius.

Informaciją, kurią galima rasti tik internete:

2011 m. statistikos biuletenyje pateiktos visos šaltinių lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta metinėje ataskaitoje pateikiama statistinė analizė. Šiame biuletenyje taip pat išsamiai aprašyta taikyta metodika ir pateikta apie 100 papildomų statistikos grafikų.

„Reitox“ informacijos biurų nacionalinėse ataskaitose išsamiai aprašomos ir analizuojamos visų šalių narkomanijos problemos.

Šalių apžvalgose itin aiškiai grafiškai apibendrinami svarbiausi visų šalių narkomanijos padėties aspektai.

kainas ir grynumą gali būti nedaug, todėl gali kilti abejonių dėl duomenų patikimumo ir palyginamumo.

EMCDDA renka valstybių duomenis apie narkotikų konfiskavimo atvejus Europoje, jų grynumą ir mažmenines kainas. Kiti duomenys apie narkotikų pasiūlą gaunami iš Jungtinių Tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuro (UNODC) informacinės sistemos ir atliekant tyrimus, papildomus Europolo teikiama informacija. Informacijos apie narkotikų pirmtakus (prekursorius) gaunama iš Europos Komisijos, kuri renka duomenis apie šių medžiagų konfiskavimą ES, ir iš Tarptautinės narkotikų kontrolės valdybos (INCB), kuri dalyvauja tarptautinėse iniciatyvose siekdama užkirsti kelią teisėtų cheminių medžiagų pirmtakų (prekursorių) naudojimui neteisėtų narkotikų gamybai.

Šioje ataskaitoje pateikti duomenys ir įverčiai yra tiksliausi turimi apytikriai rodikliai, tačiau juos reikia vertinti atsargiai, nes dauguma pasaulio šalių vis dar neturi modernių informacinių sistemų informacijai apie narkotikų pasiūlą rinkti.

Narkotikų vartojimo paplitimas vertinant pagal visų gyventojų apklausas

Narkotikų vartojimas tarp visų gyventojų arba moksleivių gali būti vertinamas atliekant reprezentatyvias apklausas, suteikiančias duomenų apie tai, kiek procentų apklaustųjų

per tam tikrą laiką vartojo konkrečius narkotikus. Be to, atliekant apklausas galima gauti naudingos informacijos apie vartojimo būdus, socialines ir demografines vartotojų charakteristikas bei suvokti riziką ir prienamumą.

Glaudžiai bendradarbiaudamas su nacionaliniais ekspertais EMCDDA parengė standartinius klausimus (pavyzdinį europinį klausimyną – angl. *European Model Questionnaire*, EMQ), kuriuos galima naudoti rengiant suaugusiųjų apklausas. Šis protokolas jau įgyvendinamas daugumoje ES valstybių narių. Tačiau taikomi metodai vis dar skiriasi, duomenys renkami ne tais pačiais metais, todėl nedidelius skirtumus, ypač tarp įvairių šalių, reikėtų vertinti atsargiai.

Atlikti apklausas brangu, todėl kasmet duomenis renka tik nedaug Europos šalių, tačiau dauguma juos renka kas 2–4 metus. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys paimti iš pačių naujausių (daugiausia 2006–2009 m. laikotarpio) kiekvienos šalies apklausų. Paplitimo Jungtinėje Karalystėje duomenys, jeigu nenurodyta kitaip, apima Angliją ir Velsą, nors yra ir atskirų duomenų apie Škotiją ir Šiaurės Airiją.

Pateikiant apklausų duomenis, narkotikų vartojimas paprastai vertinamas pagal tris standartinius laiko matmenis, iš jų plačiausias – kurio nors narkotiko vartojimas mažiausiai kartą gyvenime (bet kokio narkotiko vartojimas bet kuriuo žmogaus gyvenimo momentu). Šis rodiklis neparodo esamos narkotikų vartojimo padėties tarp suaugusiųjų, bet jis gali būti naudingas siekiant perprasti vartojimo būdus ir naujų atvejų dažnumą. Suaugusiesiems EMCDDA taiko šiuos standartinius amžiaus intervalus: 15–64 metai (visi suaugusieji) ir 15–34 metai (jauni suaugusieji). Kitokias viršutines ar apatines amžiaus ribas taiko šios šalys: Danija (16 metų), Vokietija (18 metų), Vengrija (18 metų), Malta (18 metų), Švedija (16 metų) ir Jungtinė Karalystė (16–59 metai). Daugiausia dėmesio skiriama pastarųjų metų ir pastarojo mėnesio laiko matmenims (vartota per pastaruosius 12 mėnesių arba pastarąsias 30 dienų iki apklausos; daugiau informacijos ieškokite EMCDDA interneto svetainėje). Moksleiviams taikomi vartojimo mažiausiai kartą gyvenime ir per

pastaruosius metus paplitimo rodikliai dažnai yra panašūs, nes neteisėtų narkotikų vartojimo nesulaukus 15 metų atvejų pasitaiko retai.

Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo projekte Europos mokyklose (ESPAD) narkotikų ir alkoholio vartojimui reprezentatyviose moksleivių, kuriems per kalendorinius metus sukanka 16 metų, imtyse įvertinti taikomi standartizuoti metodai ir priemonės. 2007 m. duomenys rinkti 35 šalyse, įskaitant 25 ES valstybes nares, Kroatiją ir Norvegiją. 2011 m. vykusio penktojo duomenų rinkimo etapo, kuriame dalyvavo 23 ES valstybės narės iš 27 ir Kroatija bei Norvegija, rezultatai bus paskelbti 2012 m.

Mokyklinio amžiaus vaikų apklausa apie sveikatą veikiančią elgseną (HBSC) yra bendras tyrimas su PSO, per jį siekiama nustatyti vaikų sveikatos būklę ir sveikatą veikiančią elgseną. Šioje apklausoje nuo 2001 m. taip pat yra klausimų apie kanapių vartojimą tarp 15 metų moksleivių. Trečiasis šios apklausos etapas su klausimais apie kanapes vyko 2009–2010 m., jame dalyvavo 23 iš 27 ES valstybių narių ir Kroatija bei Norvegija.

Gydymo poreikis

Pranešimuose apie gydymo poreikį „naujais pacientais“ vadinami asmenys, kurie kalendoriniais metais pirmą kartą savo gyvenime pradeda gydytis, o „visais pacientais“ – visi kalendoriniais metais pradedantys gydytis asmenys. Duomenys apie aptariamųjų metų pradžioje nenutrūkstamai besigydančius pacientus neįtraukiami. Jeigu nurodoma gydymo poreikio dėl pagrindinio vartojamo narkotiko dalis, imamas atvejų, kai žinomas pagrindinis vartojamas narkotikas, skaičius.

Intervencinės priemonės

Informacija apie įvairių intervencinių priemonių prienamumą ir vykdymą Europoje paprastai grindžiama argumentuota nacionalinių ekspertų nuomone, pareikšta atsakymuose į struktūrinio klausimyno klausimus. Tačiau apie tam tikrus rodiklius taip pat turima kiekybinių stebėsenos duomenų.





Komentaras

Žvilgsnis į bendrą padėtį: narkotikų vartojimas Europoje šiandien

Vertinant su narkotikais susijusią padėtį

Daugeliu atžvilgių šių metų ataskaita yra kontrastų ataskaita. Viena vertus, narkotikų vartojimo tendencijos Europoje yra palyginti stabilios. Žvelgiant į praeitį, apskritai narkotikų vartojimas tebėra plačiai paplitęs, tačiau vartojančiųjų narkotikus nebedaugėja. O analizuojant kai kurias svarbias sritis, pvz., kanapių vartojimą tarp jaunimo, pastebima teigiamų ženklų. Kita vertus, nerimą kelia pokyčių sintetinių narkotikų rinkoje požymiai ir apskritai tai, kad narkotikų vartotojai šiuo metu vartoja daugiau įvairių medžiagų. Kelių narkotikų, įskaitant narkotikų ir alkoholio, o kartais – vaistų ir nekontroliuojamų medžiagų derinio vartojimas tapo labiausiai paplitusia narkotikų vartosena Europoje. Dėl tokių tendencijų kyla sunkumų ir plėtojant Europos kovos su narkotikais politiką, ir kuriant atsakomąsias priemones. Dauguma valstybių narių dar neparengė išsamios kovos su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu politikos programos ir gydymo paslaugų teikėjai turi koreguoti savo darbo metodus, kad patenkintų pacientų, vartojančių kelias narkotines medžiagas, poreikius. Be to, siekiant užtikrinti narkotikų pasiūlos mažinimo priemonių poveikį ir jį vertinant reikia atsižvelgti į visą psichoaktyviųjų medžiagų rinką. Nesivadovaujant šiuo platesniu požiūriu, su vienu narkotiku susiję teigiami pokyčiai gali lemti didesnį kitų produktų vartojimo paplitimą. Šioje ataskaitoje pateikiama daug pavydžių, kaip Europos narkotikų rinkos atstovai dinamiškai, sparčiai ir taikydami pažangius metodus prisitaiko ir prie atsivėrusių galimybių, ir prie taikomų kontrolės priemonių.

Europos modelio peržiūra

Vertinant pagal pasaulinius standartus, Europoje taikomas gerai išplėtotas ir apgalvotas, ir, be abejo, gana veiksmingas kovos su narkotikų vartojimu metodas. ES lygmeniu tai įtvirtinta dabartinėje ES kovos su narkotikais strategijoje ir jos veiksmų plane, o tai yra unikalus tarptautinio masto ilgalaikio bendradarbiavimo ir keitimosi žiniomis pavyzdys. Šiuo metu peržiūrimi naujausios ES kovos su narkotikais strategijos įgyvendinimo rezultatai. Dauguma valstybių narių šiuo metu įgyvendina palyginti nuoseklus ir gerai išplėtotas kovos su narkotikais strategijas,

kurios parengtos daugiausia atsižvelgiant į bendrąjį modelį. Nepaisant šių teigiamų pokyčių ir to, kad probleminiams narkotikų vartotojams teikiama vis daugiau paslaugų, padėtis įvairiose šalyse vis dar labai skiriasi, ypač kalbant apie investicijas į intervencines narkotikų paklausos mažinimo priemones. Mažinti šiuos skirtumus bus svarbus būsimos šios srities ES politikos uždavinys.

Europos modelį galima apibūdinti kaip pragmatiškai suderintus narkotikų pasiūlos mažinimo ir paklausos mažinimo tikslus, kurių siekiama kartu pripažįstant žmogaus teisių ir bendruomenės saugumo svarbą. Toks požiūris suteikia galimybę imtis koordinuotų veiksmų ir bendradarbiauti teisėsaugos ir pasienio kontrolės srityse siekiant sumažinti narkotikų pasiūlą, kaip matyti iš šiuo metu įgyvendinamų programų, kuriomis siekiama kontroliuoti heroino importo iš Afganistano kelius, pažaboti prekybą kokainu per Atlanto vandenyną ir Vakarų Afriką bei sintetinių narkotikų gamybą. Toks požiūris taip pat suteikia galimybę siekti pažangos gydymo ir žalos mažinimo srityje; vienas iš tokių pokyčių pavyzdžių – gydymas naudojant heroiną, kuriuo vis labiau domimasi Europos šalyse ir apie kurį kalbama naujojoje EMCDDA apžvalgoje.

Lokalizotos ŽIV epidemijos pavojus tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali didėti

Europos Sąjungoje sumažėjus bendram ŽIV plitimo mastui, ŽIV prevencijai, kaip pagrindiniam su visuomenės sveikata susijusiam kovos su narkotikais politikos tikslui, skiriama mažiau dėmesio. Tačiau šių metų analizė atskleidžia nerimą keliančią perspektyvą, kad potencialus naujos lokalizuotos ŽIV epidemijos pavojus gali didėti. Gali būti, kad dėl daugelyje Europos šalių juntamo ekonomikos nuosmukio bendruomenių pažeidžiamumas didėja, o valstybių narių gebėjimas imtis atitinkamų atsakomųjų priemonių – mažėja. Praeities patirtis akivaizdžiai rodo, kad, esant palankioms sąlygoms, su narkotikais susijusios ŽIV infekcijos pažeidžiamose bendruomenėse gali sparčiai plisti. Be to, daugeliu mūsų kaimyninių šalių, kuriose su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu ir nesaugiais lytiniais santykiais susijęs viruso plitimas tebėra viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų, nepavyksta pasiekti to, ką Europos Sąjunga

pasiekė mažindama su narkotikais susijusį ŽIV plitimą. Dėl pastarojo meto politinių ir ekonominių pokyčių padidėjo migrantų iš šių nukentėjusių regionų srautai į ES valstybes nares, o dėl to gali dar labiau padidėti jau dabar nemaža narkomanijos gydymo paslaugų teikėjams tenkanti našta.

Todėl itin didelį rūpestį kelia tai, kad keliose ES valstybėse narėse, įskaitant tas, kuriose anksčiau nebuvo su narkotikais susijusių ŽIV epidemijų, šiuo metu susiklostė sąlygos, dėl kurių jos gali nebesusidoroti su būsimomis problemomis.

Graikija, kur praėityje narkotikų vartojimas nebuvo smarkiai išplitęs, 2011 m. pranešė apie vietos lygmens ŽIV protrūkį tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, o padėtis keliose rytinėse valstybėse narėse, pvz., Bulgarijoje, kur daugėja ŽIV infekcijos atvejų, taip pat kelia rūpestį. Bendra kai kurių šalių, kurios padarė pažangą kovodamos su ŽIV / AIDS epidemijos plitimu tarp narkotikų vartotojų, padėtis taip pat pablogėjo, pavyzdžiui, Estijos ir Lietuvos pastarųjų metų laimėjimai kovojant su naujais infekcijos atvejais dabar atrodo vis mažiau reikšmingi, nes abi šalys praneša apie neseniai padidėjusį infekcijos atvejų skaičių.

Opioidų vartojimo tendencijos: būtinybė suprasti rinkos dinamiką

Tarptautiniu mastu, ypač Šiaurės Amerikoje, didėja susirūpinimas dėl receptinių opioidų, daugiausia skausmą malšinančių vaistų, prieinamumo ir piktnaudžiavimo jais. Iš šiuo metu turimų duomenų sunku įvertinti šio reiškinio mastą Europoje. Be to, dėl didelių vaistų išrašymo būdų ir taisyklių skirtumų sunku tiesiogiai palyginti Europos Sąjungos ir kitas pasaulio šalis. Atrodo, kad šiuo metu Europoje neteisėtų sintetinių opioidų vartojimas daugiausia susijęs su narkomanijai gydyti gautų narkotikų pakaitalų vartojimu. Be to, kai kuriose Šiaurės ir Vidurio Europos šalyse pranešama apie fentanilio, kuris tikriausiai neteisėtai gaminamas už Europos Sąjungos ribų, vartojimą. Šio vaisto atsiradimas kelia itin didelį rūpestį, o apskritai, žvelgiant į padėtį kitose šalyse, akivaizdu, kad reikėtų stiprinti pajėgumą stebėti piktnaudžiavimo tik gydymui skirtomis psichoaktyviosiomis medžiagomis tendencijas.

Kadangi sintetiniai opioidai nelegaliai vartojami daugiausia vietoj heroino, informacija apie jų vartojimą leidžia pažvelgti į bendrą heroino rinkos padėtį. Svarbus šios srities klausimas, į kurį šiuo metu ieškoma atsakymo, – kaip pasiūlos mažinimo priemonės šiuo metu veikia heroino prieinamumą Europos miestų gatvėse. Tai, kad pasiūlos mažinimo priemonės galbūt mažina heroino prieinamumą Europoje, patvirtina kai kurias, bet ne visas ES šalis 2010 m. pabaigoje užklupusios heroino „sausros“ ženklai ir tikimybė, kad jos galėjo turėti įtakos ir kai kurioms ES nepriklausančioms šalims, kaip antai Rusijai ir Šveicarijai.

Kita galima akivaizdaus heroino stygiaus priežastis – kai kuriose Afganistano dalyse neseniai įvykęs aguonų ligų protrūkis. Tačiau, žvelgiant atidžiau, ši sąsaja tikriausiai nereikšminga, nors įtakos galėjo turėti kiti Afganistano įvykiai ir tam tikri svarbūs laimėjimai, kuriuos lėmė Turkijos ir ES policijos pajėgų bendradarbiavimas. Vis dėlto bet kokias trumpalaikes pasiūlos problemas reikėtų vertinti atsižvelgiant į ilgalaikę ir palyginti stabilią Europos heroino rinką.

Nepaisant informacijos apie heroino prieinamumą svarbos siekiant suprasti Europos narkotikų rinkos dinamiką, vertėtų atkreipti dėmesį į tai, kad dabar labai sunku nedvejojant komentuoti šį klausimą. Šiuo metu dedama dar daugiau pastangų, kad, remiantis gamybos ir vartojimo duomenų analize, būtų galima kuo geriau suprasti šios rinkos dinamiką. Tačiau dėl tam tikrų techninių priežasčių daryti išvadas šia opia tema reikia itin atsargiai. Pavyzdžiui, labai trūksta patikimų duomenų apie narkotikų prieinamumą Europoje. Opiumo gamybos mastas Afganistane dažnai vertinamas iš akies, nepaisant to, kad tokie skaičiavimai daugeliu atžvilgių metodiškai sudėtingi. O prielaidos dėl opiumo gamybos kitose Azijos šalyse retai tesvarstomos. Be to, į modelius, kurie taikomi vertinant heroino srautus, dažnai įtraukiamos tariamos sukauptos opiumo ar heroino atsargos, nors praktinių įrodymų prielaidai, kad tokių atsargų esama, paremti yra labai nedaug. Opiumo gamybos ir heroino prieinamumo ryšio analizę dar labiau apsunkina tai, kad į Europos Sąjungą jie patenka įvairiais keliais ir joje esama mažesnių rinkų, o nuspėjamas laiko tarpas tarp opiumo surinkimo Afganistane ir heroino pasirodymo Europos gatvėse yra didelis.

Mirčių nuo perdozavimo atvejai – tik ledkalnio viršūnė?

Europoje tipinė narkotikų perdozavimo auka – tai opioidus seniai vartojantis ketvirtą dešimtmetį įpusėjęs arba baigiantis vyras. Žinoma, kad priklausomybės nuo narkotikų vartojimo gydymas, ypač gydymas opioidų pakaitalais, mažina perdozavimo riziką. Tačiau, nors per pastaruosius kelerius metus atsirado gerokai daugiau galimybių naudotis gydymo paslaugomis, nuo perdozavimo mirstančių narkotikų vartotojų skaičius Europoje išlieka stabilus. Todėl perdozavimo aukų skaičiaus mažinimas visoje Europoje yra vienas svarbiausių uždavinių teikiant narkomanijos gydymo paslaugas. Šiuo metu vertinamos ir plėtojamos kai kurios šiai sričiai skirtos naujos programos, kurias įgyvendinant paprastai daugiausia dėmesio skiriama tiems gyvenimo įvykiams, kurie yra itin pavojingi opioidų vartotojams, kaip antai kalėjimo bausmės pabaiga arba gydymo nutraukimas. Nors šioje srityje atliekamas darbas yra svarbus, juo bus išspręsta tik dalis problemos. Atsižvelgiant į tyrimų rezultatus, galima teigti, kad mirties

nuo perdozavimo atvejai sudaro maždaug trečdalį ar du trečdalius visų probleminių narkotikų vartotojų mirties atvejų. Kitos pagrindinės narkotikų vartotojų mirties priežastys yra AIDS, savižudybė ir įvairios traumos. Šio nustatyto fakto pasekmės išsamiai aptariamos prie šios ataskaitos pridedamame leidinyje; jos akivaizdžiai patvirtina didelį šios gyventojų grupės mirtingumą dėl narkotikų vartojimo ir narkomanijos gydymo paslaugų įtaką, kuria būtų galima pasinaudoti siekiant sumažinti mirties nuo ilgalaikio narkotikų vartojimo atvejų skaičių.

Kokaino burbulas sprogo?

Per pastarąjį dešimtmetį kokainas tapo Europoje dažniausiai vartojamu stimuliuojančiu narkotiku, nors jis plačiai vartojamas tik keliose šalyse. Apžvalgininkai atkreipia dėmesį, kad viena iš šios medžiagos patrauklumo priežasčių yra jos įvaizdis: dažnai kokaino vartojimas vaizduojamas kaip prabangaus ir prašmatnaus gyvenimo būdo dalis. Tačiau paprastai kokaino vartotojų tikrovė yra kitokia. Teigiamas kokaino įvaizdis gali dar labiau sumenkinti vis labiau pripažįstant su juo susijusias problemas – daugėjant su kokainu susijusių greitosios pagalbos iškvietimo ir mirties atvejų ir prašymų gydytis priklausomybę nuo šio narkotiko. Su nuolatinio kokaino vartojimu susijusios finansinės išlaidos šį narkotiką gali padaryti dar mažiau patraukliu pasirinkimu tose šalyse, kuriose griežtas taupymas yra kasdienybė. Žvelgiant į naujus duomenis kyla klausimas, ar šis narkotikas dar nepasiekė savo populiarumo viršūnės. Iš naujausių tyrimų rezultatų matyti, kad šalyse, kuriose kokaino vartojimas labiausiai paplitęs, kokaino vartotojų šiek tiek sumažėjo, nors padėtis kitose šalyse nėra tokia aiški. Duomenys apie kokaino pasiūlą taip pat dviprasmiški. Nuo 2006 m. smarkiai sumažėjo konfiskuojamo kokaino kiekis, be to, apskritai sumažėjo šio narkotiko kaina ir grynumas. Tačiau, priešingai nei konfiskuoto kokaino kiekis, konfiskavimo atvejų toliau daugėjo ir yra įrodymų, kad narkotikų prekiautojai, atsižvelgdami į pastangas sulaukyti šiuos narkotikus, ir toliau koreguoja savo darbo metodus, todėl kyla pavojus, kad atsiras naujų jų vartojimo sričių.

MDMA rikošetas

Pastaruosius kelerius metus tablečių su MDMA prieinamumas Europos ekstazio rinkoje vis mažėjo. Paprastai nelegalioje rinkoje parduodamų ekstazio tablečių sudėtyje būdavo kitų vaistų, dažniausiai piperazino, todėl asmenys, pirkę, jų nuomone, narkotiką, iš tiesų nusipirkdavo nekontroliuojamą medžiagą. Atrodo, kad ekstazio tablečių su MDMA stoka susijusi su pagrindinio pirmtako PMK stygiu, kurį tikriausiai lėmė sėkmingos pastangos uždrausti šią medžiagą. Tačiau naujausi duomenys rodo, kad MDMA prieinamumas didėja, o kai kuriose ataskaitose

Trumpai – narkotikų vartojimo Europoje rodikliai

Čia pateikiami suaugusių žmonių (15–64 metų) rodikliai, pagrįsti naujausiais turimais duomenimis (apklausos atliktos laikotarpiu nuo 2001 m. iki 2009 m. spalio mėn., daugiausia 2004–2008 m.). Visas duomenų rinkinys ir informacija apie metodiką pateikiami pridedamame statistikos biuletenyje.

Kanapės

Vartojo bent kartą gyvenime: maždaug 78 mln. (23,2 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per praėjusius metus: maždaug 22,5 mln. (6,7 proc.) suaugusių europiečių, arba vienas iš trijų bent kartą gyvenimą kanapes vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: maždaug 12 mln. (3,6 proc.).

Vartojimo per praėjusius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas – nuo 0,4 iki 14,3 proc.

Kokainas

Vartojo bent kartą gyvenime: maždaug 14,5 mln. (4,3 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per praėjusius metus: maždaug 4 mln. (1,2 proc.) suaugusių europiečių, arba vienas iš trijų bent kartą gyvenimą kokainą vartojusių asmenų.

Vartojo praėjusį mėnesį: maždaug 1,5 mln. (0,5 proc.).

Vartojimo per praėjusius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas – nuo 0 iki 2,7 proc.

Ekstazis

Vartojo bent kartą gyvenime: maždaug 11 mln. (3,2 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per praėjusius metus: maždaug 2,5 mln. (0,7 proc.), arba penktadalis bent kartą gyvenimą ekstazį vartojusių asmenų.

Vartojimo per praėjusius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas – nuo 0,1 iki 1,6 proc.

Amfetaminai

Vartojo bent kartą gyvenime: maždaug 12,5 mln. (3,8 proc. suaugusių europiečių).

Vartojo per praėjusius metus: 1,5–2 mln. (0,5 proc.), arba iki šeštadalio bent kartą gyvenimą amfetaminus vartojusių asmenų.

Vartojimo per praėjusius metus skirtumai tarp šalių: bendras svyravimas – nuo 0 iki 1,1 proc.

Opioidai

Probleminių opioidų vartotojų: apytiksliai nuo 1,3 iki 1,4 mln. europiečių.

2009 m. opioidų pakaitalais gydyta maždaug 700 000 opioidų vartotojų.

Daugiau kaip 50 proc. visų asmenų, kurie kreipėsi dėl priklausomybės nuo narkotikų vartojimo gydymo, kaip pagrindinį narkotiką vartojo opioidus.

Nuo narkotikų mirė maždaug 7 600 asmenų; maždaug trijų ketvirtadalių iš jų kūnuose aptikta opioidų.

teigiama, kad rinkoje parduodama labai didelės MDMA dozės ekstazio tablečių ir didelio grynumo miltelių.

Šiuo metu gaminant MDMA naudojamas safrolas arba – vis dažniau – importuojamos cheminės medžiagos, kaip antai PMK glicidatas ir alfa-fenilacetoacetoni-trilas, kurie struktūriškai panašūs, bet netapatūs šiuo tikslu naudojamiems kontroliuojamiems pirmtakams. Panašūs pokyčiai vyksta „teisėtų narkotikų“ srityje – šiuo atveju nekontroliuojami produktai pakeičiami kontroliuojamais. Šios cheminės medžiagos pasirenkamos atsižvelgiant į du kriterijus: naujajai medžiagai turi būti netaikomos dabartinės kontrolės priemonės ir ji turi būti lengvai paverčiama į pirmtaką MDMA susintetinti. Taigi tai dar kartą parodo labai gerą sintetinių narkotikų gamintojų gebėjimą prisitaikyti. Panašus reiškinys pastebėtas amfetaminų rinkoje – siekiant išvengti esamų pasienio ir pardavimo kontrolės priemonių, narkotikų pirmtakai buvo maskuojami cheminiu būdu. Narkotikų gamintojams taikant vis pažangesnes technologijas ir surandant naujų būdų išvengti prekybos narkotikais kliūčių ir apeiti taisykles, galimybė modifikuoti medžiagas ir pakartotinai paversti jas į kitas medžiagas yra dar vienas sunkumas įgyvendinant dabartinius narkotikų kontrolės metodus.

Naujos psichoaktyviosios medžiagos: ieškant tinkamų atsakomųjų priemonių

Per trumpą laiką rinkoje atsirandanti gausybė naujų nekontroliuojamų psichoaktyviųjų medžiagų kelia vis daugiau sunkumų įgyvendinant dabartinius narkotikų kontrolės modelius.

2010 m. naudojant Europos išankstinio perspėjimo sistemą pranešta apie rekordiškai daug – 41 naują narkotinę medžiagą, o iš negalutinių 2011 m. duomenų matyti, kad šiais metais šis skaičius bus nė kiek ne mažesnis. Tai rodo, kad rinkoje ne tik nuolat atsiranda naujų medžiagų ir produktų, bet ir taikoma vis daugiau aktyvių priemonių naujoms medžiagoms nustatyti. Internetas yra viena pagrindinių šių medžiagų pardavimo vietų, o iš preliminarinių naujausio EMCDDA internetinio (2011 m. liepos mėn.) tyrimo rezultatų matyti, kad psichoaktyviuosius produktus parduodančių internetinių parduotuvių tebedaugėja. Atrodo, kad šioje srityje taikoma pardavimo praktika taip pat išstobulėjo, nes vis dažniau matyti, kad tokių internetinių parduotuvių savininkai imasi priemonių prieigai prie interneto svetainės apriboti bei pirkėjų ir pardavėjų tapatybei apsaugoti. Taip pat gauta pranešimų apie ribotos prieigos interneto svetainėse parduodamus narkotikus. Nežinia, ar šis pokytis ateityje ims kelti didelę grėsmę, tačiau atsižvelgiant į pokyčių šioje srityje spartą derėtų išlikti budriems.

Gebėjimų aptikti naujus narkotikus stiprinimas

Šiuo metu peržiūrimas teisinis mechanizmas, kuriuo grindžiama Europos išankstinio perspėjimo sistema. Europos Komisija atliko vertinimą, atkreipdama dėmesį į esamos sistemos pranašumus ir būtinybę stiprinti Europos šalių gebėjimą reaguoti į sparčius pokyčius šioje srityje. Nors Europa naujų psichoaktyviųjų medžiagų aptikimo srityje pirmąją, per EMCDDA 2011 m. surengtame simpoziume techniniais klausimais vykusias diskusijas išryškėjo pasaulinis šios problemos mastas. Tarptautiniai ekspertai patvirtino, kad produktų su naujomis psichoaktyviosiomis medžiagomis galima gauti daugelyje pasaulio vietų, įskaitant Šiaurės ir Pietų Ameriką, Artimuosius Rytus, Okeaniją ir kai kuriuos Azijos regionus, ir kad dažnai iškyla medžiagų, kurių sparčiai besikeičiančioje rinkoje vis daugėja, atpažinimo problema. Šiame susitikime ekspertai sutarė, kad dėl sunkumų, kurių kyla dėl naujų narkotikų, reikės aktyviau stebėti rinką ir keistis teismo medicinos duomenimis bei tobulinti su šių medžiagų vartojimu susijusių sveikatos problemų nustatymo būdus.

Ateities prognozės: nauji produktai ir rinkų sąveika

Dauguma naujų psichoaktyviųjų medžiagų, apie kurias pranešta naudojant išankstinio perspėjimo sistemą, yra arba stimulantai, arba sintetiniai kanabinoidai, ir tai rodo, kokia iš esmės yra Europos narkotikų rinka. Rinkoje tikriausiai ir toliau atsiras vis daugiau naujų šių rūšių medžiagų. Be to, atrodo, kad narkotikų gamintojai tiria kitas psichiką veikiančias medžiagas, kurios gali būti patrauklios vartotojams. Šiuo tikslu jie gali pasinaudoti gausia ir laisvai prieinama mokslinė literatūra, todėl baiminamasi, kad vaistų mokslinių tyrimų rezultatai ateityje gali būti panaudoti kuriant naujas psichoaktyvias medžiagas.

Plėtojant šios srities politiką daug dėmesio skiriama teisiniam naujų medžiagų statusui, tačiau svarbu juos įvertinti ir atsižvelgiant į visą narkotikų rinką. Pavyzdžiui, vartotojai teigia, kad internetu platinamas mefedronas (žr. 8 skyrių) buvo parduodamas per tuos pačius neteisėto tiekimo tinklus kaip narkotikai, kaip antai ekstazis ir kokainas. Be to, kaip pirmiau minėta, nekontroliuojamos psichoaktyviosios medžiagos gali būti gaminamos ekstazio tablečių forma ir parduodamos nelegalioje rinkoje. Ir, priešingai, neseniai nustatyta, kad kai kurių produktų, reklamuotų kaip „teisėti narkotikai“, sudėtyje yra kontroliuojamo vaisto PMMA. Vertinant bendrą padėtį, šioje srityje vykstantys pokyčiai kelia nerimą, nes stiprėja „teisėtų narkotikų“ ir narkotikų rinkų sąveika.

Kanapės. Politikos krypties dilema

Kanapės tebėra populiariausias narkotikas Europoje, tačiau taip pat tai – narkotikas, į kurį visuomenės požiūris

labiausiai skiriasi. Tai patvirtina neseniai Eurobarometro atliktas jaunimo požiūrio į narkotikų vartojimą tyrimas, kurį užbaigus nustatyta, kad žmonių nuomonė apie kanapių uždraudimą skiriasi daug labiau nei apie kitus narkotikus. Pasauliniu mastu neplėtojama jokia aiški kovos su kanapių vartojimu politikos kryptis. Ypač įdomūs JAV ir Nyderlanduose įgyvendinamos politikos pokyčiai. Kai kuriose JAV valstijose imtasi veiksmų siekiant liberalizuoti galimybę džiovintas kanapas naudoti medicinos tikslais. O Nyderlandų politikai vis griežčiau vertina kanapių auginimą namuose ir vadinamosioms kavos parduotuvėlėms taikomas veiklos taisykles.

Šiuo metu labai aktyviai diskutuojama, kokią įtaką kanapių vartojimui turi įgyvendinamos politikos pokyčiai. Atsižvelgiant į šioje ataskaitoje pateikiamus duomenis, nematyti jokio tiesioginio ryšio tarp priemonių šio narkotiko vartojimui mažinti ir pokyčių, kuriais siekta padidinti arba sumažinti baudas už jų vartojimą, todėl galima teigti, kad čia veikia sudėtingesni procesai. Apskritai galima atkreipti dėmesį į tai, kad pastarąjį dešimtmetį įgyvendinant Europos kovos su kanapių vartojimu politiką teisės saugos pastangos dažniausiai buvo nukreipiamos į teisės aktų pažeidimus, susijusius su prekyba šiuo narkotiku ir jo tiekimu, o ne vartojimu. Viena iš tokios strategijos priešasčių – siekis išvengti galimų neigiamų didelio jaunų žmonių skaičiaus patraukimo baudžiamajon atsakomybėn pasekmių, ypač jeigu jie nori tik išbandyti kanapių poveikį. Nepaisant to, iš skaičių matyti, kad su kanapių vartojimu susijusių nusikaltimų Europoje toliau daugėja, nors kanapių vartojimo paplitimas nesikeičia arba net mažėja. Tai išryškina galimą politikos tikslų ir praktikos sąsajos stoką. Paaiškinti šį pastebėjimą sunku, tačiau vienas galimas paaiškinimas gali būti tai, kad šie duomenys atspindi vadinamąjį tinklo plėtimo poveikį – kuo daugiau administracinių baudų už vartojimą, tuo didesnė tikimybė, kad jos bus praktiškai taikomos.

Kanapių auginimas namuose – vis opesnė problema

Europa tebėra didžiausia kanapių deros rinka pasaulyje. Praeityje Marokas buvo pagrindinė Europoje vartojamos kanapių deros tiekėja. Tačiau iš naujausių ataskaitų matyti, kad vis daugiau kanapių deros importuojama iš kitų šalių, įskaitant Afganistaną ir Libaną. Tai patvirtina naujausi Jungtinių Tautų Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuro vietoje atlikti tyrimai, per kuriuos

atskleistas didelis kanapių deros gamybos mastas Afganistane. Į Europos Sąjungą džiovintos kanapės importuojamos daugiausia iš kaimyninių Balkanų regiono šalių ir – šiek tiek mažiau – iš kai kurių Afrikos ir Azijos valstybių. Dauguma ES valstybių narių šiuo metu pateikia duomenų apie namuose auginamas kanapas, ir atrodo, kad šis reiškinys plinta. Tai patvirtina vadinamųjų auginimo parduotuvių, kurios specializuojasi kanapių auginimo įrangos srityje, buvimas. Kanapių auginimas namuose gali būti ir nedidelio masto, ir susidaryti iš organizuoto nusikalstamumo grupuočių valdomų kelių didelės šių narkotikų gamybos vietų. Netiesioginis ir neišvengiamas tokios veiklos poveikis yra tas, kad kai kuriose šalyse daugėja su didelėmis gamybos vietomis susijusių smurto atvejų ir kitų nusikaltimų. Pokyčiai Europos kanapių rinkoje išsamiai apžvelgiami būsime EMCCDA leidinyje „Insight“.

Gairės, standartai ir dalijamasis veiksmingos praktikos pavyzdžiais

Atsižvelgiant į sparčią šiuo metu kylančių su narkotikais susijusių problemų kaitą ir jų sudėtingumą, svarbu užtikrinti, kad būtų kuo plačiau dalijamasi mokslinių tyrimų rezultatais ir žiniomis, įgytomis sėkmingai plėtojant narkomanijos gydymo paslaugas. Šiuo tikslu Europoje pradėta įgyvendinti kelias iniciatyvas, kurių tikslas – nustatyti gerą patirtį ir padėti skatinti suinteresuotąsias šalis dalytis ja. 2011 m. Europos Komisija, bendradarbiaudama su EMCCDA, surengė konferenciją būtiniausių paklausos mažinimo programų kokybės reikalavimų ir kriterijų nustatymo klausimais. Be to, EMCCDA plėtojo savo internetinius išteklius įrodymais pagrįstiems praktikos pavyzdžiams skleisti. Tačiau reikėtų atkreipti dėmesį, jog tai, kad ši praktika pagrįsta įrodymais, dar nereiškia, kad ji bus tikrai įgyvendinta. Tokios patirties pavyzdžių galima rasti narkomanijos prevencijos srityje: atrankinės ir aplinkos strategijos, nepaisant vis tvirtesnių jų veiksmingumo įrodymų, paprastai yra rečiausiai taikomos intervencinės priemonės. Tačiau, siekiant įgyvendinti gerosios patirties pavyzdžius, reikėtų pradėti nuo metodų, kurių nauda jau įrodyta, paieškos. Be to, atsirandant vis daugiau ir lengviau prieinamos informacijos, kuria remiantis pasirenkamos tam tikros politikos strategijos, bus paprasčiau atsakyti investicijų į tinkamais įrodymais pagrįstus metodus.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

1 skyrius

Politika ir įstatymai

Įžanga

Dabartinė ES kovos su narkotikais strategija nustos galioti 2012 m., todėl šiame skyriuje aptariami ES kovos su narkotikais politikos metodo pokyčiai per pastaruosius 20 metų. Nagrinėjamos neseniai kelių ne ES šalių patvirtintos strategijos siekiant surasti Europoje taikomo metodo panašumus ir skirtumus. Be to, trumpai apžvelgiamos naujausios Europoje patvirtintos nacionalinės kovos su narkotikais strategijos.

Čia pristatomoje ES valstybių narių viešųjų išlaidų tyrimų apžvalgoje apibūdinami įvairūs problemos sprendimo būdai, taip pat pabrėžiama, kad šioje srityje reikia tobulinti ir derinti duomenų rinkimo metodus. Be to, šiame skyriuje apžvelgiami bausmių už narkotikų laikymą pokyčiai, kurie per pastaruosius 10 metų įvyko Europos šalyse, bei naujausi su narkotinėmis medžiagomis susijusių tyrimų atradimai.

ES ir tarptautinės politikos pokyčiai

Kelias naujų ES kovos su narkotikais politikos iniciatyvų link

Naujoji Europos Komisijos rengiama kovos su narkotikais politikos programa bus vienas pirmųjų pagal Lisabonos sutartį priimtų kovos su narkotikais dokumentų (žr. EMCDDA, 2010a). Vienas iš parengiamųjų darbų yra galutinis 2005–2012 m. laikotarpio ES kovos su narkotikais strategijos išorės vertinimas. Šis vertinimas bus pagrįstas pokalbiais su valstybių narių, trečiųjų šalių ir tarptautinių organizacijų suinteresuotaisiais subjektais

ir politikos dokumentų bei tendencijų ataskaitų analize. Europos Komisijos Pilietinės visuomenės forumas narkotikų klausimais pateiks pozicijos dokumentą. Be to, įvairių Europos Parlamento frakcijų nariai organizavo posėdžius ir klausymus, per kuriuos buvo aptarta dabartinė ir būsima ES kovos su narkotikais politika. Šios įvairios diskusijos ir dokumentai kartu su įvertinimu bus svarbūs rengiant išsamią laikotarpio po 2012 m. ES kovos su narkotikais politiką.

Du ES kovos su narkotikais politikos dešimtmečiai

Nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžios Europos Sąjunga patvirtino aštuonias kovos su narkotikais strategijas ar veiksmų planus (žr. 1 pav.), o pagal tolesnių dokumentų turinio pokyčius galima nustatyti, kaip Europoje keitėsi kovos su narkotikais metodas. Veiksmai, kuriais buvo siekiama sumažinti tiek narkotikų pasiūlą, tiek paklausą, buvo įtraukti į pirmuosius du Europos kovos su narkotikais planus. Abu šiuos elementus susiejanti integruoto metodo sąvoka pirmiausia atsirado 1995–1999 m. plane. 2000 m. patvirtintoje strategijoje ES metodas buvo apibrėžtas ir kaip integruotas, ir kaip subalansuotas, o panašios politinės priemonės buvo skirtos pasiūlos ir paklausos mažinimo intervencinėms priemonėms. Šį metodo pokytį galima nustatyti iš šių ES politikos dokumentų pavadinimų, nes dokumentai, iš pradžių vadinti „kovos su narkotikais planais“, vėliau buvo pavadinti neutraliau – „kovos su narkotikais strategijomis“ ir „veiksmų planais“. Kalbant apie turinį, vienas ryškiausių pokyčių per pastaruosius du dešimtmečius yra tai, kad į ES kovos su narkotikais politikos dokumentų paklausos mažinimo sritį buvo įtraukti žalos mažinimo tikslai.

1 pav. Europos kovos su narkotikais politikos dokumentų seka



Pirmuosiuose dviejuose Europos planuose apie politikos vertinimą nebuvo kalbama, nes XX a. 10-ojo dešimtmečio pradžioje svarbiausia buvo sukurti patikimą Europos informacijos apie narkotikus sistemą. Įgyvendinimo vertinimas buvo įtrauktas į 1995 m. planą, tačiau kaip sudedamoji ES kovos su narkotikais metodo dalis šis vertinimas buvo įtvirtintas tik 2000–2004 m. kovos su narkotikais strategijoje. Nuo tada buvo įvertintos visos ES kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų planai, o rezultatais buvo pasinaudota rengiant tolesnius politikos dokumentus. Naujoje ES kovos su narkotikais politikos programoje bus vadovaujama šiuo principu ir pirmą kartą bus remiamasi ankstesnės strategijos išorės vertinimu.

Tarptautinė perspektyva

Europos Sąjungai nepriklausančios valstybės neseniai paskelbė nemažai nacionalinių ar regioninių strategijų, vienas svarbiausių – Australija, Rusija, JAV ir Amerikos valstybių organizacija (AVO) (1). Išnagrinėjus šių dokumentų turinį, galima spręsti, kokiu mastu ES metodas yra panašus į kitų šalių metodą.

2010 m. JAV narkotikų kontrolės strategija pristatoma kaip nauja kovos su narkotikais politikos kryptis, kuri taikant narkotikų vartojimas visų pirma suprantamas kaip visuomenės sveikatos problema, o narkotikų paklausa laikoma pagrindine šalies narkotikų problemos priežastimi. Strategijoje pabrėžiama prevencija, gydymas ir išsigydymas nuo narkomanijos ir siūloma priklausomybės, kaip ir kitų lėtinų ligų, gydymą įtraukti į pagrindinę medicininę priežiūrą. JAV strategija atspindi AVO pusrutulio kovos su narkotikais

strategijoje, kurioje narkomanija apibūdinama kaip lėtinė atsinaujinanti liga, kurią, kaip ir kitas, reikia gydyti. Pirmojoje Rusijos kovos su narkotikais strategijoje (2010–2020 m.) pripažįstamas narkotikų problemos mastas, būtent didėjantis neteisėtų narkotikų vartojimas ir dėl to plintančios infekcinės ligos. AVO, Rusijos ir JAV strategijose pabrėžiama subalansuoto metodo svarba. Australijos kovos su narkotikais strategija (2010–2015 m.) yra plačiausio masto, nes ją sudaro keturi politikos dokumentai, apimantys visas psichoaktyviąsias medžiagas, galinčias sukelti priklausomybę ir sveikatos problemų: alkoholį, tabaką, neteisėtus ir kitus narkotikus. Pagrindinis šios strategijos metodas yra žalos mažinimas.

AVO, Australijos ir JAV strategijoms būdingas įrodymais pagrįstas paklausos mažinimo metodas, suderintas su pasekmių vertinimu. Pusrutulio kovos su narkotikais strategiją patvirtinančios šalys įsipareigoja leisti atlikti periodinius nepriklausomus nacionalinės politikos ir intervencijų priemonių vertinimus, pagal kuriuos bus skirstomi ištekliai. 106 JAV strategijos punktus kasmet reikia peržiūrėti ir atnaujinti, kad būtų įgyvendinti jos tikslai iki 2015 m. 15 proc. sumažinti narkotikų paplitimą 12–17 metų amžiaus grupėje ir 10 proc. – jaunų suaugusiųjų grupėje. Australijos strategijos efektyvumas bus vertinamas pagal tris kriterijus: neteisėtų narkotikų pasiūlos, narkotikų vartojimo ir susijusios žalos šalinimo. Rusijos strategijoje pabrėžiama, kad reikalinga geresnė stebėseną ir geresnės duomenų rinkimo priemonės, tačiau aiškiai atmetamas gydymas pakaitiniais opioidais – intervencinė priemonė, kuri ES strategijoje laikoma pagrindiniu įrodymais pagrįstu metodu. Be to, reikia atkreipti dėmesį, kad žiniasklaidos kampanijos, nors jų veiksmingumas mažai įrodytas, yra įtrauktos ir į Rusijos, ir į JAV strategijas.

1 lentelė. Pastaruoju metu patvirtinti nacionaliniai kovos su narkotikais politikos dokumentai

Šalis	Politikos dokumento pavadinimas	Laikotarpis	Taikymo sritis	Pastabos
Čekija	Strategija	2010–2018 m.	Neteisėti narkotikai	Papildyta 2010–2012 m. veiksmų planu
Danija	Veiksmų planas	Nuo 2010 m. ir vėliau	Neteisėti narkotikai	
Italija	Veiksmų planas	2010–2013 m.	Neteisėti narkotikai	2010 m. papildyta projektų planu
Latvija	Programa	2011–2017 m.	Neteisėti narkotikai	
Lietuva	Programa	2010–2016 m.	Neteisėti narkotikai	Papildyta metiniais veiksmų planais
Liuksemburgas	Strategija ir veiksmų planas	2010–2014 m.	Neteisėti narkotikai	Strategijoje taip pat svarstomos alkoholio, tabako, vaistų ir priklausomybių problemos
Lenkija	Programa	2011–2016 m.	Neteisėti narkotikai	
Portugalija	Veiksmų planas	2009–2012 m.	Neteisėti narkotikai	Antrasis veiksmų planas pagal 2005–2012 m. strateginį planą
Rumunija	Veiksmų planas	2010–2012 m.	Neteisėti narkotikai	Antrasis veiksmų planas pagal 2005–2012 m. strategiją
Jungtinė Karalystė	Strategija	Nuo 2010 m.	Neteisėti narkotikai	Pakeičia ankstesniosios vyriausybės patvirtintą 2008–2018 m. strategiją
Turkija	Veiksmų planas	2010–2012 m.	Neteisėti narkotikai, alkoholis, tabakas	Antrasis veiksmų planas pagal 2006–2012 m. nacionalinę strategiją

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

(1) AVO yra regioninė organizacija, kuriai priklauso 35 nepriklausomos Šiaurės Amerikos ir Pietų Amerikos valstybės ir kuri yra pagrindinis vyriausybės bendradarbiavimo forumas.

Apskritai matyti kai kurie tarptautinio masto kovos su narkotikais strategijų panašumai. Pirmojoje Rusijos strategijoje pripažįstama problema ir pabrėžiama stebėsenos svarba, tačiau joje nustatyta ideologinė pozicija skiriasi nuo kitų strategijų, tiek JAV, tiek AVO strategijos yra panašesnės į ES modelį. Australijos metodikoje yra daug ES politikos elementų, tačiau ji apima platų narkotinių medžiagų spektrą.

Valstybių narių nacionalinė kovos su narkotikais strategija

Pagrindinis Europos kovos su narkotikais politikos modelio elementas yra nacionalinių kovos su narkotikais strategijų ir veiksmų planų, kurie dabar yra beveik visose trisdešimtyje EMCDDA stebimų šalių, priėmimas. Daugumoje šių šalių naujusias kovos su narkotikais dokumentas yra priimtas mažiau nei prieš trejus metus. Šiuose dokumentuose aprašoma su narkotikais susijusi padėtis bei vyriausybės tikslai ir uždaviniai šioje srityje, taip pat nurodomi veiksmai ir už jų įgyvendinimą atsakingos šalys. Dažnai nurodomi kiekvieno veiksmo veiksmingumo vertinimo kriterijai, o galiausiai bus atliktas galutinis strategijos ar veiksmų plano vertinimas.

Nauji pokyčiai

Vienuolika šalių neseniai priėmė naujas nacionalines strategijas ar veiksmų planus (žr. 1 lentelę), kurių galiojimo laikotarpis yra 3–9 metai. Trys iš šių valstybių (Portugalija, Rumunija ir Turkija) savo kovos su narkotikais dokumentus yra suderinusios su dabartine ES kovos su narkotikais strategija (2005–2012 m.). Alkoholis ir tabakas kartais minimi, tačiau daugumoje kovos su narkotikais dokumentų daugiausia dėmesio skiriama neteisėtiems narkotikams, nes daugelis šalių turi atskirus nacionalinius kovos su alkoholiu ir tabaku veiksmų planus. Viena iš nedaugelio išimčių – bendra kovos su narkotikais ir alkoholiu strategija, kurią ketinama patvirtinti Airijoje, buvo atidėta dėl 2011 m. pradžioje vykusių parlamento rinkimų.

Pasikeitus vyriausybei naują kovos su narkotikais dokumentą priimti vėluojama ir Nyderlanduose⁽²⁾, o naujoji Vengrijos vyriausybė pranešė ketinanti pakeisti kovos su narkotikais strategiją, kurią pernai patvirtino ankstesnioji vyriausybė. Dar keturios valstybės (Vokietija, Estija, Slovėnija ir Švedija) pranešė, kad jos rengia ir 2011 m. ketina priimti naujus kovos su narkotikais politikos dokumentus, o Norvegija pratęsė savo veiksmų plano (2007–2010 m.) vykdymą iki 2012 m.

Viešosios išlaidos

Pastarąjį dešimtmetį Europoje su visais narkotikų reiškinio aspektais susijusios viešosios išlaidos buvo kruopščiai

Kovos su narkotikais politikos pokyčiai

Jungtinėje Karalystėje kovos su narkotikais politikos naujovė yra tai, kad pagrindiniai politikos tikslai buvo perorientuoti į skatinimą išsigydyti narkomaniją – parengti kovos su narkotikais dokumentai, kuriuose daugiausia dėmesio skiriama gydymo rezultatams, socialinei narkomanų reintegracijai⁽¹⁾ ir siekiui pagrindiniu kovos su narkotikais elementu padaryti narkomanijos išgydymo tikslą⁽²⁾. Anksčiau buvo siekiama didinti žmonių, gydomų nuo narkomanijos (daugiausia pakaitiniais opioidais), skaičių, o kai kurios naujos politinės priemonės labiau nukreiptos į paslaugų kokybę. Kaip šios naujos politikos kryptys lems narkomanijos gydymo ir socialinės reintegracijos paslaugų pokyčius, paaiškės ateityje. Be to, neaišku, ar tai reikšia, kad ateityje bus didesnių kovos su narkotikais politikos pokyčių. Peržiūrėjus išgijimo nuo narkomanijos įrodymų duomenis paaiškėjo, kad keli būtini esminiai veiksniai, padedantys gyventi be narkotikų ir tapti aktyviu bendruomenės nariu, nėra įtraukti į kovos su narkotikais politikos vykdymo sritį ir yra susiję su atskiromis ypatybėmis bei platesnio masto socialine politika (Best ir kiti, 2010). Šiuo metu, kai yra mažinamos viešosios išlaidos, vyriausybėms tai pakeisti gali būti sunku, ypač jei tam reikia papildomų finansinių išteklių.

Dabartinė Portugalijos kovos su narkotikais politika vykdoma daugiau nei dešimt metų, tačiau pastaraisiais metais ji sulaukia vis daugiau dėmesio, visų pirma kovos su narkotikais politikos analitikų ir palaikymo grupių, tačiau dabar ją domisi ir Europos bei kitų šalių vyriausybės. Portugalijos politikos pagrindas yra narkotikų vartojimo dekriminalizavimas ir „atgrasymo nuo piktnaudžiavimo narkotikais komisijų“ (CDT), pavaldžių Sveikatos ministerijai, vaidmuo (EMCDDA, 2011b). Šios institucijos vertina narkotikų vartotojų padėtį ir turi įgaliojimus teikti pagalbą arba taikyti sankcijas. Jokia kita šalis dar nėra patvirtinusi šio modelio, tačiau Norvegijos vyriausybė įsteigtas komitetas neseniai pasiūlė panašius tarpdisciplininius teismus įsteigti savo šalyje.

⁽¹⁾ 2008 m. JK strategija.

⁽²⁾ 2008 m. Škotijos ir 2010 m. JK strategijos.

peržiūrimos (EMCDDA, 2008c). Šiame skirsnyje nagrinėjami turimi išsamūs nacionalinių su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų Europoje įverčiai. Jame ieškoma atsakymų į du pagrindinius klausimus dėl viešųjų išlaidų. Pirma, kokią bendrojo vidaus produkto (BVP) dalį šalys išleidžia narkotikų problemai spręsti, antra, kaip šios lėšos paskirstomos įvairioms veiklos sritims, visų pirma pasiūlos ir paklausos mažinimo intervencinėms priemonėms.

Prieinamos informacijos apie su narkotikais susijusias viešąsias išlaidas kiekis ir kokybė įvairiose šalyse labai skiriasi. Prieinami tyrimai apima skirtingus metus, jiems atlikti taikyta skirtinga metodika ir kalbama apie skirtingų viešojo sektoriaus struktūrų šalis. Palyginti valstybes itin sunku, nes skiriasi su narkotikais susijusių išlaidų apskaitos metodai.

⁽²⁾ Naujoji strategija parlamentui buvo pristatyta 2011 m. kaip „laiskas dėl narkotikų“.

Dalis lėšų, kurias vyriausybės skiria kovos su narkotikais užduotims, yra nurodomos („pažymimos“) nacionaliniuose biudžetuose. Tačiau dažnai didžioji su narkotikais susijusių išlaidų dalis nenurodoma („nepažymima“), todėl jas reikia nustatyti modeliuojant metodus.

Pastarąjį dešimtmetį bent 12 šalių bandė tiksliai išskaičiuoti su narkotikais susijusias išlaidas (žr. 2 lentelę). Šių šalių duomenimis, jų viešosios išlaidos narkotikų problemai spręsti sudaro nuo 0,04 proc. iki 0,48 proc. BVP.

Kaip matyti kitose socialinės politikos srityse, kai šalys tampa turtingesnės, vyriausybės išleidžiama BVP dalis kovos su narkotikais veiklai padidėja (OECD, 2006; Prieto, 2010). Belgijoje, Čekijoje, Vokietijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje apskaičiuota, kad bent 0,1 proc. BVP buvo skirta su narkotikais susijusioms problemoms spręsti; Prancūzijoje, Latvijoje (tik pažymėtos išlaidos), Vengrijoje ir Slovakijoje jos buvo nuo 0,1 proc. iki 0,04 proc. BVP. Taikyti skirtingi metodai ir skiriasi išsamumo lygis, tačiau šios reikšmės tik nedaug skiriasi nuo JAV (0,42 proc.) (Reuter, 2006) ir Australijos (0,41 proc. BVP) (Moore, 2008) įverčių.

Viešųjų išlaidų tyrimais taip pat bandoma nustatyti lėšų paskirstymą įvairioms su narkotikais susijusioms problemoms spręsti. Tačiau šalis reikia lyginti atsargiai, nes jos gali taikyti skirtingas išlaidų klasifikacijas. Dvylikoje šalių, pateikusių išsamius įvertinimus, pasiūlos mažinimo veiklos („teisėsauga“ arba „viešoji tvarka ir saugumas“) dalis buvo 48–92 proc. visos sumos. Dažniausiai buvo nurodomos išlaidos teisingumui, policijai, muitinėms ir įkalinimo įstaigoms.

Išlaidų paklausos mažinimui kategorijos Europoje labai skiriasi. Belgijoje, Prancūzijoje ir Liuksemburge gydymo ar sveikatos priežiūros išlaidos sudaro maždaug 40 proc. ar daugiau visos sumos. Išlaidas žalos mažinimui nurodė penkios šalys, jos sudaro 0,1–28,8 proc. apskaičiuotų su narkotikais susijusių išlaidų. Septynios šalys pateikė duomenis apie su prevencija susijusias išlaidas, kurios sudaro 1–12 proc. visų išlaidų su narkotikais susijusioms problemoms spręsti.

Nemažai Europos valstybių viešųjų išlaidų duomenis jau naudoja kaip priemonę kovos su narkotikais politikos įgyvendinimui planuoti ir vertinti, o kitos šalys, pavyzdžiui, Portugalija ir Slovakija, taip pat planuoja tai daryti. Tačiau vis dar reikia išsiaiškinti, kiek viešųjų lėšų Europos valstybės skiria kovai su narkotikais. Šiuo metu nėra sutarimo, kaip apskaičiuoti konkrečių rūšių su narkotikais susijusias išlaidas. Siekiant didinti duomenų tikslumą ir įvairių šalių palyginamumą, reikės atlikti išsamią kovos su narkotikais politiką finansuojančių viešųjų institucijų analizę bei suderinti sąvokas ir apibrėžtis.

Nacionalinės teisės aktai

Narkotikų laikymas vartojimui. Dešimt bausmių pokyčių metų Europoje

Per pastaruosius dešimt metų 15 Europos valstybių pakeitė bausmes už nedidelio narkotikų kiekio laikymą. 1988 m. JT konvencijos dėl kovos su neteisėta narkotinių ir psichotropinių medžiagų apyvarta 3 straipsnio 2 dalyje

2 lentelė. Su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų įverčiai

Šalis	Metai	Su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų paskirstymas (proc.)		BVP dalis (proc.) ⁽¹⁾	Valdymo lygmuo
		Paklausos mažinimas	Pasiūlos mažinimas		
Belgija	2004	43,4	56,2	0,10	Federacinė, regioninė, provincijų ir savivaldos valdžia
Čekija ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Centrinė, regioninė ir vietos valdžia bei socialinė apsauga
Prancūzija	2005	51,6	48,4	0,07	Centrinė valdžia
Vokietija	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Federacinė, valstijų, vietos valdžia ir socialinis draudimas
Vengrija	2007	25,0	75,0	0,04	Centrinė valdžia
Latvija ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Centrinė valdžia ir viena vietos programa
Liuksemburgas	2009	43,0	57,0	0,10	Centrinė valdžia ir socialinė apsauga
Nyderlandai	2003	25,0	75,0	0,46	Centrinė ir vietos valdžia
Slovakija	2006	30,0	70,0	0,05	Centrinė valdžia ir socialinė apsauga
Suomija	2008	45,0	55,0	0,07	Centrinė ir vietos valdžia
Švedija	2002	25,0	75,0	0,28	Nenustatyti viešieji sektoriai (įtrauktos tik agentūros)
Jungtinė Karalystė	2005–2006	41,3	58,7	0,48	Centrinė ir regioninė valdžia

⁽¹⁾ Dėl šalių taikomų apskaitos metodų, duomenų kokybės ir išsamumo skirtumų kovai su narkotikais skirtų viešųjų išlaidų dalys bendrame vidaus produkte (BVP) yra tik nurodomojo pobūdžio ir neturi būti laikomos atspindinčiomis visas nacionalines viešąsias išlaidas, susijusias su narkotikų problema.

⁽²⁾ Tik pažymėtos išlaidos.

Pastaba. Visas šaltinių sąrašas – 2011 m. statistikos biuletenio PPP-10 lentelėje.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai pranešimai, Eurostatas.

Ekonomikos nuosmukis. Poveikis intervencinėms priemonėms kovos su narkotikais srityje

2008 m. prasidėjęs ekonomikos nuosmukis smarkiai paveikė ES valstybes nares. Jo poveikis viešiesiems finansams gali išlikti ilgam, o daugelio šalių politikos tikslas turi būti vyriausybės deficito ir skolos mažinimas. Europos Komisija (2011 m.) numato, kad 2011 m. pirmą kartą per dešimt metų Europos Sąjungos viešosios išlaidos (išskyrus palūkanų mokėjimą) labai sumažės.

Duomenis apie biudžeto dotacijas su narkotikais susijusioms intervencinėms priemonėms surinko „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, siekdami pirmą kartą išsiaiškinti griežtų taupymo priemonių poveikį kovos su narkotikais politikai. Iš 19 informaciją pateikusių šalių 15 nurodė, kad nuo 2008 m. mažino lėšas, skiriamas kai kurioms kovos su narkotikais politikos sritims. Išlaidos sumažintos labai nevienodai, tačiau matyti, kad, nelygu šalis ir politikos sritis, išlaidos sumažintos 2–44 proc.

Atrodo, kad fiskalinės ribojamosios priemonės skirtingai paveikė įvairius kovos su narkotikais politikos sektorius. Pažymėtų išlaidų srityje labiausiai paveiktos sritys buvo moksliniai tyrimai, prevencija, socialinė reintegracija ir organizacijų veikla. Daugeliui šalių pavyko išvengti gydymui skiriamų biudžeto dotacijų sumažinimo, tačiau kai kurios šalys praneša, kad reorganizavo paslaugas arba mažiau išleido paslaugų teikimui. Be to, pranešama apie lėšų įkalinimo įstaigose vykdomoms su narkotikais susijusioms programoms arba teisėsaugos veiklai sumažinimą. Negalima gauti informacijos apie daugelio šalių nepažymėtas išlaidas, kurios sudaro didžiausią su narkotikais susijusių viešųjų išlaidų dalį. Taigi gali būti nepranešama apie griežtas taupymo priemones, kurios turi poveikį tokiems sektoriams kaip teisėsauga, teisingumas ar gydymo paslaugų teikimas.

reikalaujama, kad visos valstybės narkotikų laikymą vartojimui laikytų nusikalstama veika, kuriai taikomi jų konstitucijose nustatyti principai ir pagrindinės jų teisės sistemų sąvokos. Europoje tai įgyvendinta skirtingai. Bet kurio neteisėto narkotiko laikymas vartojimui gali būti laikomas nusikalstama veika, nenusikalstama veika arba nebaudžiamosios sankcijos gali būti taikomos tik kanapėms, o kitų narkotikų laikymas toliau laikomas nusikalstama veika.

Galima išskirti tris pagrindines per pastarąjį dešimtmetį priimtų bausmių pokyčių rūšis: pažeidimo teisinio statuso pakeitimas (baudžiamasis arba nebaudžiamasis); narkotikų kategorijų pakeitimas, kai bausmė nustatoma pagal kategoriją; griežčiausios bausmės dydžio pakeitimas. Daugelis bausmes už laikymą pakeitusių valstybių taikė įvairius šių pakeitimų derinius, todėl atlikti tikslių analizę sunku.

Pats reikšmingiausias teisės aktų leidėjų žingsnis greičiausiai yra nusikaltimo teisinio statuso pakeitimas. Tai padaryta

Portugalijoje, Liuksemburge ir Belgijoje. Portugalijoje pagal nuo 2001 m. liepos mėn. įsigaliojusį įstatymą dekriminalizuotas visų narkotikų laikymas vartojimui. Šiuo įstatymu griežčiausia bausmė už nedidelio narkotikų kiekio laikymą sušvelninta nuo įkalinimo trims mėnesiams iki administracinės baudos, kurią skiria naujosios atgrasymo nuo piktnaudžiavimo narkotikais komisijos, pirmenybę teikiančios sveikatos problemų sprendimui, o ne baudžiamosioms sankcijoms⁽³⁾. 2001 m. gegužės mėn. Liuksemburge kanapių laikymas vartojimui apibrėžtas kaip atskiras nusikaltimas, už kurį taikoma švelnesnė bausmė – tik bausmė pirmą kartą nusikaltus nesant atsakomybę sunkinančių aplinkybių. Tuo pačiu metu griežčiausios bausmės už visų kitų narkotikų, išskyrus kanapes, laikymą vartojimui buvo sušvelnintos nuo trejų metų iki šešių mėnesių laisvės atėmimo. 2003 m. gegužės mėn. panašus pakeitimas padarytas Belgijoje. Už nedidelio kiekio kanapių laikymą vartojimui nesant atsakomybę sunkinančių aplinkybių anksčiau buvo baudžiama iki penkerių metų laisvės atėmimu, o dabar už šį nusikaltimą taikoma švelniausia bausmė – policijos skiriama bausmė.

Estijoje ir Suomijoje taip pat imtasi dekriminalizacijos. Iki 2002 m. rugsėjo mėn. Estijoje buvo taip, kad, per 12 mėnesių nuo pirmo administracinio narkotikų laikymo pažeidimo padarius antrą pažeidimą, jis laikytas nusikalstama veika, už kurią baudžiama laisvės atėmimu iki trejų metų. Naujajame Baudžiamajame kodekse tai panaikinta, todėl antras pažeidimas, kaip ir pirmas, laikomas baudžiamuoju nusižengimu, už kurį baudžiama bausmė arba administraciniu sulaikymu iki 30 dienų. Slovėnijoje Baudžiamųjų nusižengimų įstatymu nuo 2005 m. sausio mėn. panaikintos laisvės atėmimo bausmės už visus baudžiamuosius nusižengimus, kurių vienas yra narkotikų laikymas vartojimui. Taigi griežčiausia bausmė sušvelninta nuo laisvės atėmimo 30 dienų arba 5 dienoms (jei kiekis nedidelis) iki baudos.

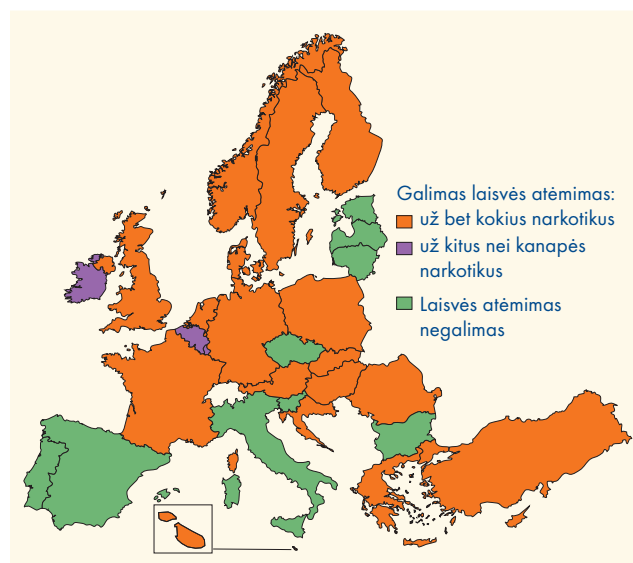
Nekeisdamos nusikaltimo teisinio statuso, šešios šalys pakeitė narkotikų kategorijas ir bausmes nustato pagal jas. Rumunijoje pagal 2004 m. įsigaliojusį įstatymą narkotinės medžiagos buvo suskirstytos į labai pavojingų ir pavojingų kategorijas. Bausmė už labai pavojingų narkotinių medžiagų laikymą ir toliau yra laisvės atėmimas nuo dvejų iki penkerių metų, tačiau už pavojingų narkotinių medžiagų laikymą taikoma švelnesnė bausmė – laisvės atėmimas nuo šešių mėnesių iki dvejų metų. Bulgarijos 2006 m. Baudžiamajame kodekse nustatytos konkrečios bausmės už su platinimu nesusijusius nusikaltimus, būtent laisvės atėmimas nuo vienu iki šešerių metų (anksčiau – 10–15 metų) už labai pavojingų narkotikų laikymą ir iki penkerių metų (anksčiau – 3–6 metų) – už pavojingų narkotikų laikymą; be to, nustatyta, kad už nedidelius

⁽³⁾ Neseniai išleista išsami dekriminalizacijos poveikio Portugalijoje analizė (Hughes ir Stevens, 2010).

pažeidimus galima skirti baudą. Čekijoje nuo 2010 m. sausio mėn. pagal naująjį Baudžiamąjį kodeksą taikoma griežčiausia bausmė už kanapių laikymą vartojimui (laisvės atėmimas vieniems metams) yra švelnesnė nei skiriama už kitų narkotikų laikymą (nepakeista, dveji metai), jei kiekis yra „didesnis už mažą“. Atvirkščiai, 2006 m. pabaigoje Italija panaikino bausmių už neteisėtų narkotikų laikymą skirtumus ir padidino administracinių sankcijų trukmę, pavyzdžiui, vairuotojo pažymėjimas vieniems metams atimamas už bet kokių neteisėtų narkotikų laikymą. 2004 m. Jungtinėje Karalystėje kanapės buvo perklasifikuotos iš „B“ klasės į „C“ klasę, todėl didžiausia bausmė už laikymą vartojimui buvo sušvelninta nuo penkerių iki dvejų metų laisvės atėmimo, o nacionalinėse rekomendacijose policijai nurodyta ne suimti, o skirti neoficialų įspėjimą, jei nėra atsakomybės sunkinančių aplinkybių. 2009 m. sausio mėn. kanapės buvo perklasifikuotos iš „C“ klasės į „B“ klasę, o griežčiausia bausmė ir vėl padidinta iki laisvės atėmimo penkeriems metams. Peržiūretose nacionalinėse rekomendacijose policijai už pirmą nusikaltimą toliau patariama skirti neoficialų įspėjimą.

Trečiosios grupės šalys bausmes už narkotikų laikymą vartojimui pakeitė neatsižvelgdamos į teisinį statusą ar santykinę žalą. Keturiose šalyse paprasčiausiai pakeistos bausmės už visų narkotikų laikymą vartojimui, taip pat Slovakijoje, kurioje iš naujo apibrėžta nusikaltimo sąvoka. Suomijoje 2001 m. priėmus Baudžiamojo kodekso pataisą, griežčiausia bausmė už nedidelius su narkotikais susijusius pažeidimus sušvelninta nuo dvejų metų iki šešių mėnesių laisvės atėmimo, o prokurorams daugeliu atvejų leista skirti baudą. Graikijoje 2003 m. griežčiausia bausmė už nedidelio kiekio kanapių vartojimą arba laikymą asmeniniam vartojimui priklausomybės neturintiems asmenims sušvelninta nuo penkerių iki vieno metų laisvės atėmimo. Šis nusikaltimas neįtraukiamas į informaciją apie teistumą, jei penkerių metų laikotarpiu žmogus iš naujo nenusikalsta. Danijoje 2004 m. gegužės mėn. nurodyme prokurorams paaiškinta, kad už pažeidimą – nedidelio kiekio narkotikų laikymą, skirtina bauda, o ne įspėjimas. 2007 m. tai nustatyta įstatyme. Prancūzijoje priėmus 2007 m. įstatymą padaugėjo priemonių, kurias gali skirti teismas – atsitiktiniams narkotikų vartotojams ir jaunuoliams numatyti „informavimo apie narkotikus kursai“. Už kursus turi susimokėti pažeidėjas. 2005 m. Slovakijos baudžiamojo kodekso pakeitimu išplėsta „laikymo vartojimui“ apibrėžties taikymo sritis – į ją įtrauktas 1–3 bet kurios neteisėtos narkotinės medžiagos dozių laikymas, tačiau griežčiausia bausmė nepakeista. Be to, tokiems pažeidėjams galima skirti dvi naujas bausmes: stebimą namų areštą iki vieno metų arba 40–300 valandų viešųjų darbų. Į pakeitimą taip pat įtrauktas naujas „didesnio kiekio laikymo vartojimui“ nusikaltimas – tai yra iki dešimties dozių

2 pav. Įstatymų nustatytos bausmės: galimybė atimti laisvę už narkotikų laikymą asmeniniam vartojimui (nesunkūs pažeidimai)



Pastaba. Daugiau informacijos žr. Europos narkotikų įstatymų duomenų bazėje (ELDD).

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai ir ELDD.

laikymas, už kurį baudžiama laisvės atėmimu iki penkerių metų. Anksčiau tai laikyta su neteisėta narkotikų apyvarta susijusiu nusikaltimu, už kurį skiriamas laisvės atėmimas nuo dvejų iki aštuonerių metų.

Pakeitimų priežastys įvairiose šalyse yra sudėtingos ir skirtingos. Pavyzdžiui, įstatymai buvo keičiami siekiant gerinti santykius su narkomanais (Portugalija), supaprastinti baudimą (Belgija, Suomija, Jungtinė Karalystė 2004 m.), suderinti bausmes už nusižengimus (Estija, Slovėnija) ir nustatyti žalos lygmenis (Bulgarija, Čekija, Prancūzija, Italija, Liuksemburgas, Rumunija, Jungtinė Karalystė 2009 m.).

Kalbant apie bendrąsias bausmių už narkotikų laikymą vartojimui tendencijas Europoje, galima pasakyti, kad pirmoje dešimtmečio pusėje bausmės buvo sušvelnintos, tačiau antroje – vėl sugriežtintos. Tačiau dar svarbiau, kad nors dauguma šalių neatsisakė laisvės atėmimo kaip sankcijos (žr. 2 pav.), per dešimt metų nė viena jų nenustatė baudžiamųjų sankcijų ir nepailgino laisvės atėmimo bausmių. Šiuo požiūriu Europoje esama supanašėjimo požymių – bausmės už narkotikų laikymą vartojimui tampa švelnesnės.

Su narkotikais susiję moksliniai tyrimai

ES mokslinių tyrimų pajėgumo stiprinimas

Mokslinių tyrimų pajėgumo narkotikų srityje stiprinimas jau kelerius metus įtraukiamas į Europos darbotvarkę. 2010 m. įvyko pirmasis Tarybos metinis pasitarimas su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų klausimais, per kurį Europos

Komisija pateikė Komisijos finansuojamų mokslinių tyrimų projektų apžvalgą ir pabrėžė tokių iniciatyvų pridėtinę vertę. EMCDDA pateikė su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų metodikos ir temų valstybėse narėse apžvalgą bei savo Mokslinio komiteto rekomendacijas dėl būsimų mokslinių tyrimų prioritetų ⁽⁴⁾.

Pagrindinė Europos mokslinių tyrimų finansavimo priemonė yra 7BP, Mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros septintoji bendroji programa, kurią numatyta vykdyti iki 2013 m. Pagal 7BP bendradarbiavimo programą yra kvietimų teikti pasiūlymus, kurie ypač aktualūs atliekant su narkotikais susijusius mokslinius tyrimus ⁽⁵⁾. Kviečiama teikti pasiūlymus pagal šiuos projektus: „Vaikų ir paauglių priklausomybę sukkeliantis ir (arba) kompulsyvus elgesys“, „Bendrųjų neteisėtų narkotikų kontrolės priemonių nenumatytų pasekmių suvokimas“ ir „Priklausomybės ir gyvenimo būdas šiuolaikinėje Europos visuomenėje. Priklausomybių mažinimo projektas“ (ALICE-RAP) ⁽⁶⁾.

Be to, Europos Komisija finansuoja kitus su narkotikais susijusius tyrimus pagal Informacijos apie narkotikus ir kovos su narkotikais programą, Nusikalstamumo prevencijos ir kovos su nusikalstamumu programą, Baudžiamosios teisenos programą ir Visuomenės sveikatos programą. Tokie projektai, kaip „ES narkotikų paklausos mažinimo minimaliųjų kokybės standartų ir lyginamųjų standartų programos rengimo tyrimas“, „Naujos politikos ir programų vertinimo metodinės priemonės“, „Tiesnė ES neteisėtų narkotikų rinkos ir atsakų analizė“, yra svarbūs įvairiems šioje srityje valstybėms narėms kylantiems uždaviniams įvertinti. Be to, jais bus prisidėta prie dabartinės ES kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų plano įgyvendinimo.

Kaip nurodyta 2009 m. Tarybos išvadose, EMCDDA, glaudžiai bendradarbiaudamas su Europos Komisija, informaciją ir vykdamas šiuos projektus nustatytus pagrindinius faktus skleidžia mokslinių tyrimų teminėse žiniatinklio srityse.

Valstybių narių mokslinių tyrimų informacija

Europoje šiuo metu nėra su narkotikais susijusių nacionalinių mokslinių tyrimų aprašo. Visos ES valstybės narės atlieka narkomanijos problemų tyrimus, dalis šių tyrimų yra surenkama ir naudojama „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose. Nors citatose iš šių ataskaitų kalbama tik apie atrinktus tyrimus ir gali trūkti svarbių šalies publikacijų, pagal įvairius cituojamų mokslinių tyrimų temų tipus ir skaičių galima nustatyti kai kurias tendencijas. 2008–2010 m. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose cituojamų tyrimų metinis skaičius padidėjo nuo 370 iki 750. Atsakymų

Būsimų mokslinių tyrimų prioritetai. EMCDDA Mokslinio komiteto rekomendacijos

Siekdamas prisidėti prie vykstančių debatų dėl Europos prioritetų su narkotikais susijusių mokslinių tyrimų srityje, Mokslinis komitetas pateikė savo rekomendacijas, kurios apima penkias pagrindines sritis.

Intervencinės priemonės: daugiausia dėmesio reikėtų skirti gydymo intervencinių priemonių veiksmingumui, ankstyvųjų intervencinių priemonių poveikiui ir poveikiui nukentėjusiems šeimos nariams.

Politikos analizė: reikia išsamiau iširti ne tik tai, kaip formuojama, pasirenkama ir įgyvendinama nacionalinė ir Europos politika, bet ir tai, kaip ji vertinama, nepamirštant skirtingų šalių rezultatų palyginimo.

Neteisėtų narkotikų pasiūla: daugiau dėmesio reikia skirti rodiklių, pagal kuriuos nagrinėjama rinkos dinamika, gerinimui.

Epidemiologiniai tyrimai: siekiant padėti suprasti ilgalaikę įvairių narkotikų medžiagų vartoseną rekomenduojama atlikti keletą tęstinių grupės tyrimų, be to, vis dar reikia pagerinti metodus, kuriais nustatomas narkotikus vartojančios gyventojų grupės dydis.

Pagrindiniai etiologijos ir narkotikų vartosenos moksliniai tyrimai: šios srities tyrimais galima pagerinti ir diagnostikos, ir gydymo rezultatus.

ALICE RAP

Pagal Europos Komisijos mokslinių tyrimų septintosios pagrindų programos „Bendradarbiavimo“ programą finansuojama svarbi priklausomybės mokslinių tyrimų iniciatyva. Uždaviniai, susiję su narkotikais ir kitomis priklausomybėmis, analizuojami pagal projektą „Priklausomybės ir gyvenimo būdas šiuolaikinėje Europos visuomenėje. Priklausomybių mažinimo projektas“ (ALICE RAP), kuriame dirba mokslininkai iš 25 šalių. Šio projekto 10 mln. EUR biudžetas bus panaudotas visų priklausomybės aspektų moksliniams tyrimams finansuoti. Šie aspektai yra: priklausomybės turėjimas, priklausomybės apskaičiavimas, priklausomybę lemiantys veiksmi, su priklausomybe susijęs verslas, priklausomybės valdymas ir jaunimo pratinimas.

Daugiau informacijos žr. ALICE RAP interneto svetainėje.

apie narkotikų vartojimą tyrimai buvo didžiausia kategorija (34 proc. visų citatų 2008–2010 m. nacionalinėse ataskaitose), toliau eina narkotikų vartojimo paplitimo, naujų atvejų dažnumo ir vartojimo būdų kategorija (29 proc.) ir narkotikų vartojimo pasekmių tyrimai (23 proc.). Metodikų ir mechanizmų bei narkotikų poveikio tyrimai minėti retai.

⁽⁴⁾ Žr. langelį „Būsimų mokslinių tyrimų prioritetai. EMCDDA Mokslinio komiteto rekomendacijos“.

⁽⁵⁾ Kvietimai skelbiami *Europos Sąjungos oficialiajame leidinyje*, kuriame mokslininkai kviečiami teikti konkrečių Bendrosios programos sričių projektų pasiūlymus.

⁽⁶⁾ Žr. langelį „ALICE RAP“.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

2 skyrius

Narkomanijos problemų sprendimas Europoje. Apžvalga

Ižanga

Šiame skyriuje apžvelgiama, kaip Europoje kovojama su narkomanijos problemomis, pabrėžiant tendencijas, pokyčius ir kokybės klausimus. Pirmiausia apžvelgiamos prevencinės priemonės, toliau – intervencinės priemonės gydymo, socialinės reintegracijos ir žalos mažinimo srityse. Visos šios priemonės yra išsamios narkotikų paklausos mažinimo sistemos dalis ir yra vis labiau koordinuojamos bei integruojamos.

Skirsnyje, skirtame teisėsaugai kovos su narkotikais srityje, apžvelgiami naujausi duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus bei nagrinėjamas slaptų operacijų vaidmuo siekiant nutraukti neteisėtų narkotikų pasiūlą. Skyriaus pabaigoje apžvelgiami turimi duomenys apie narkotikų vartotojus įkalinimo įstaigose ir kaip sprendžiamos problemos šioje konkrečioje aplinkoje.

Prevenција

Narkotikų vartojimo prevenciją galima suskirstyti į skirtingus lygmenis ir strategijas – nuo orientuotosios į visą visuomenę (aplinkos prevencija) iki sutelktosios į rizikos asmenis (tikslinė prevencija). Pagrindiniai uždaviniai kuriant prevencijos politiką yra suderinti šiuos skirtingus prevencijos lygmenis pagal tikslinių grupių pažeidžiamumo laipsnį (Derzon, 2007) ir užtikrinti, kad intervencinės priemonės būtų pagrįstos faktiniais duomenimis, o jų aprėptis būtų pakankama. Didžioji prevencijos veiklos dalis apskritai yra skirta narkotinių medžiagų vartojimui; tik nedaugelis programų yra skirtos konkrečioms narkotinėms medžiagoms, pavyzdžiui, alkoholiui, tabakui ar kanapėms.

Aplinkos strategija

Aplinkos prevencijos strategijos tikslas – keisti tiesioginę kultūrinę, socialinę, fizinę ir ekonominę aplinką, kurioje žmonės nusprendžia vartoti narkotikus. Į šią strategiją paprastai įtraukiamos tokios priemonės, kaip draudimas

rūkyti, alkoholio kainų nustatymas ir sveikatingumą skatinančių mokyklų plėtra. Iš turimų duomenų matyti, kad aplinkos prevencijos priemonės, kurių imamasi visuomenės lygmeniu ir kurios taikomos socialinei atmosferai mokyklose ir bendruomenėse, gali būti veiksmingos siekiant keisti normatyvinius įsitikinimus, taigi ir narkotinių medžiagų vartojimą (Fletcher ir kiti, 2008).

Ispanijoje neseniai visiškai uždraudus rūkymą, dabar beveik visos Europos šalys taiko vienokį ar kitokį tabako draudimą. Alkoholio vartojimui taikoma aplinkos strategija Europoje mažiau paplitusi, tačiau dauguma Šiaurės Europos šalių praneša apie didėjančią atsakingo pardavimo strategijos (7), kurios veiksmingumas įrodytas vietos lygmens tyrimais (Gripenberg ir kiti, 2007), taikymą.

Daugumoje Europos šalių vis plačiau vykdoma mokyklų kovos su narkotikais politika (8), o daugiau kaip trečdalis šalių praneša, kad narkotikų vartojimo prevencija yra įtraukta į mokymo planus vykdamas tokias programas, kaip „Sveikata“ ar „Pilietinis ugdymas“. Keturios šalys (Liuksemburgas, Nyderlandai, Austrija, Jungtinė Karalystė) praneša apie „Visos mokyklos“ prevencijos programų (9) vykdymą. Šis metodas yra teigiamai vertinamas, nes jį taikant galima sumažinti narkotinių medžiagų vartojimą (Fletcher ir kiti, 2008). Jis taip pat teikia papildomos naudos, pavyzdžiui, mokykloje pagerėja atmosfera ir skatinama socialinė įtrauktis.

Bendroji prevencija

Bendroji prevencija apima visas gyventojų grupes, daugiausia mokyklos ir bendruomenės lygmens. Jos tikslas – atgrasyti nuo narkotikų vartojimo arba atitolinti jų vartojimo pradžią ir su narkotikais susijusių problemų atsiradimą suteikiant jaunimui gebėjimų, reikalingų atgrasyti juos nuo narkotikų vartojimo. Iš turimų duomenų matyti, kad bendrosios prevencijos intervencinės priemonės yra geriau vertinamos ir sėkmingesnės, kai jas įgyvendinant atsižvelgiama į kultūrinį, normatyvinį ir socialinį kontekstą (Allen ir kiti, 2007).

(7) Atsakingo pardavimo strategija siekiama užkirsti kelią alkoholio pardavimui apsvaigusiesiems asmenims ir nepilnamečiams, dėl to pardavėjų mokymas derinamas su politinėmis intervencinėmis priemonėmis.

(8) Mokyklų kovos su narkotikais politika nustato normas ir taisykles dėl narkotinių medžiagų vartojimo mokyklose bei pateikia gaires, kaip elgtis pažeidimo atveju.

(9) „Visos mokyklos“ metodais siekiama formuoti saugią mokyklos aplinką ir palankią atmosferą.

Ekspertų vertinimai visos Europos mastu rodo nedidelį mokyklose vykdomos prevencijos poslinkį – atsisakoma efektyviais nepasirodžiusių metodų, tokių kaip vien informavimas, informacijos dienos ir narkotikų vartojimo testai mokyklose, ir imamasi perspektyvesnių metodų, tokių kaip pagal vadovą vykdomos gyvenimo įgūdžių programos ir vien berniukams skirtos intervencinės priemonės. Šalys taip pat praneša, kad kai kurios veiksmingesnės bendrosios prevencijos intervencinės priemonės perkeliamos iš vienu šalių į kitas⁽¹⁰⁾. Vis dėlto, nors esama teigiamai vertinamų prevencijos metodų, kai kurios šalys vis dažniau praneša apie tam tikrų moksliskai nepagrįstų intervencinių priemonių taikymą, pvz., ekspertų ar policijos apsilankymus mokyklose.

Bendroji šeimoje vykdoma prevencija daugiausia įgyvendinama paprastomis, nebrangiomis intervencinėmis priemonėmis, pvz., tai yra tėvų vakarai, informacinių lapelių ar brošiūrų platinimas. Apie sudėtingesnes intervencines priemones, pvz., tėvų grupes (Vokietija, Airija), asmeninių ir socialinių gebėjimų ugdymą (Graikija, Portugalija) ar pagal vadovą vykdomas tėvų mokymo programas (Ispanija, Jungtinė Karalystė), pranešama retai.

Atrankinė prevencija

Atrankinė prevencija taikoma tam tikroms grupėms, šeimoms arba visoms bendruomenėms, kurioms priklausantys žmonės dėl menkų socialinių ryšių ir išteklių gali būti labiau linkę pradėti vartoti narkotikus arba tapti priklausomi nuo jų. Kai kurios valstybės narės praneša, kad savo strategijose labiau pabrėžia kovą su pažeidžiamumu, o iš ekspertų vertinimų matoma, kad apskritai intervencinių priemonių, skirtų pažeidžiamoms grupėms, 2007–2010 m. laikotarpiu padaugėjo, išskyrus intervencines priemones, skirtas priežiūros įstaigose esančiam jaunimui. Pranešama, kad labiausiai padaugėjo intervencinių priemonių, skirtų prastai besimokantiems ir socialinių problemų turintiems mokiniams (visiškas arba išplėstas taikymas šešiolikoje šalių) ir jauniems narkotikų kontrolės įstatymų pažeidėjams (visiškas arba išplėstas taikymas dvylikoje šalių) (žr. 3 pav.). Pirmuoju atveju pokytį galėjo lemti didėjantis kai kurių valstybių narių ir ES dėmesys prastam mokymuisi ir mokyklos nebaigimui – problemoms, kurias lemia tie patys rizikos veiksniai, kaip ir narkotikų vartojimą (King ir kiti, 2006). Tai, kad jauniems pažeidėjams taikoma daugiau intervencinių priemonių, iš dalies galima paaiškinti tuo, kad padaugėjo šalių, kuriose įgyvendinama FRED – daugelį kursų apimanti psichosocialinė programa (EMCDDA, 2010a), taip pat tuo, kad Graikijoje, Airijoje ir Liuksemburge pirmą kartą nusižengusiesiems imta taikyti naujas intervencines priemones.

Taip pat pranešama, kad daugiau taikoma pažeidžiamoms šeimoms skirtų intervencinių priemonių, visų pirma toms, kurios turi su narkotinių medžiagų vartojimu susijusių problemų (visiškas arba išplėstas taikymas keturiolikoje šalių), ir palankių socialinių sąlygų neturinčioms šeimoms (visiškas arba išplėstas taikymas septyniose šalyse) (žr. 3 pav.). Šiuo atveju Europoje galima pastebėti didėjantį „Šeimų stiprinimo“ programos populiarumą (Kumpfer ir kiti, 2008) – ši programa pastaruoju metu įgyvendinama dar trijose šalyse (Vokietijoje, Lenkijoje, Portugalijoje) ir kai kur Jungtinėje Karalystėje.

Atrankinė prevencija gali būti vykdoma pasitelkiant socialinius darbuotojus arba teikiant stacionarines paslaugas. Prevencinis darbas su etninėmis grupėmis ir vakarėlių ar šventinių renginių lankytojais yra vienintelės sritys, kuriose, kaip pranešama, socialiniams darbuotojams darbo padaugėjo, ir esama pranešimų, kad mažiau socialinių darbuotojų paslaugų teikiama benamiams jaunuoliams. Apskritai didžioji dalis paslaugų, skirtų socialinę atskirtį patiriančioms grupėms, pvz., mokyklos nebaigusiesiems asmenims, imigrantams ir benamiams jaunuoliams, išlieka stacionarinės.

Be to, palyginti mažai žinoma apie daugelio atrankinės prevencijos programų turinį⁽¹¹⁾. Apskritai, nors vis daugėja tokių metodų, kaip normų nustatymas, motyvavimas, įgūdžių ir gebėjimų priimti sprendimus ugdymas, veiksmingumo įrodymų, iš turimų duomenų matyti, kad labiausiai Europoje paplitusios intervencinės priemonės, kuriomis pabrėžiamas informavimas, suvokimo skatinimas ir konsultavimas.

Tikslinė prevencija

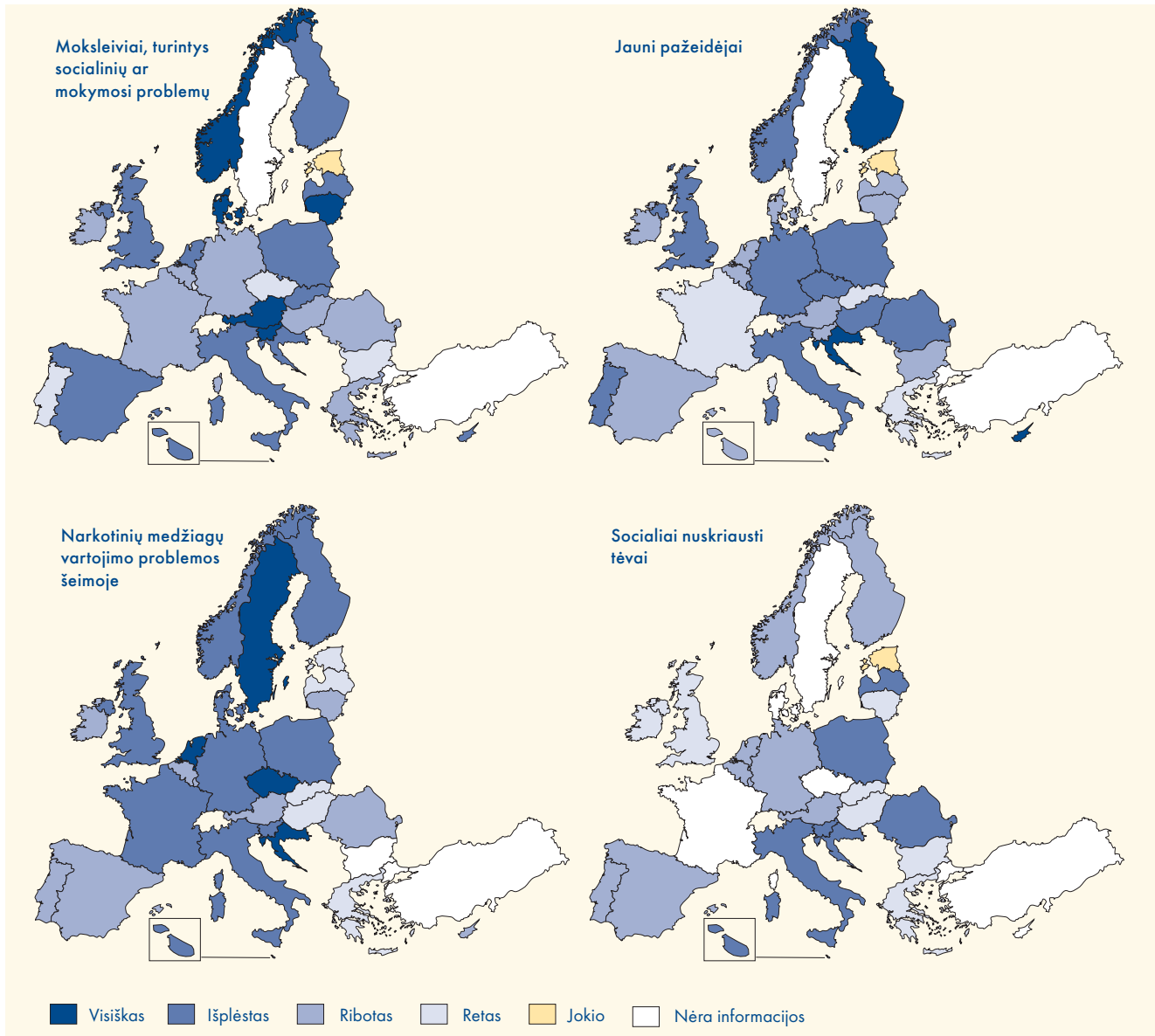
Tikslinė prevencija siekiama nustatyti asmenis, turinčius elgesio ar psichologinių sunkumų, dėl kurių galima numatyti, kad vėlesniame gyvenimo etape atsirastų problemų dėl narkotinių medžiagų vartojimo, ir dėl jų atskirai imtis konkrečių intervencinių priemonių. Daugelis tikslinės prevencijos programų įvertintos teigiamai (EMCDDA, 2009c).

Tik pusė ES valstybių narių ir Norvegija praneša apie vykdomą tikslinės prevencijos veiklą, ir tik keletas praneša apie struktūrinių ir vadovais pagrįstų intervencinių priemonių naudojimą. Vis daugiau šalių praneša apie mokyklos aplinkos reikšmę nustatant, kurie moksleiviai yra pažeidžiami, visų pirma kurie turi elgesio problemų, dažnai siejamų su narkotikų vartojimu ateityje. Belgija, Čekija, Portugalija ir Norvegija praneša apie naujų stebėsenos ir ankstyvo nustatymo priemonių naudojimą tiek mokyklose, tiek bendruomenėse.

⁽¹⁰⁾ Žr. SFP, FRED, „Preventure“, EU-DAP ir GBG Geriausios praktikos portale.

⁽¹¹⁾ Vis dėlto keletą pavyzdžių galima rasti Narkotikų paklausos mažinimo veiksmų pasikeitimo programos interneto svetainėje.

3 pav. Atrankinės prevencijos intervencinių priemonių teikimas vietos ekspertų skaičiavimais



Pastaba. Teikimas atspindi bendrą ir geografinį intervencinių priemonių pasiskirstymą ir yra vertinamas kaip: visiškas – priemonės teikiamos beveik visose svarbiose vietovėse (teritorijose, kuriose tikslinė populiacija yra pakankama, kad būtų galima taikyti intervencinę priemonę); išplėstas – teikiama daugumoje, bet ne visose svarbiose vietovėse; ribotas – teikiama daugiau nei keliose, bet ne daugumoje svarbių vietovių; retas – teikiama tik keliose svarbiose vietovėse; jokio – intervencinių priemonių nėra. Informacija surinkta naudojant struktūrinį klausimyną.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Tikslinės prevencijos strategijos, apie kurias dažniausiai pranešama, yra ankstyvoji intervencija ir konsultavimas narkotikų vartojimo klausimais; mažai pranešama apie intervencines priemones, skirtas anksti pasireiškiančioms elgesio problemoms spręsti. Iš to galima spręsti, kad Europoje, siekiant padėti sumažinti vaikystėje patiriamų nervinio pobūdžio elgesio problemų, pvz., agresijos ir impulsyvumo, poveikį narkotinių medžiagų vartojimui ateityje, nėra išnaudojamos visos tikslinės prevencijos galimybės (EMCDDA, 2009c). Tikslinė prevencija gali tapti grandimi, jungiančia bendruomenėje vykdomą prevenciją ir specializuotą klinikose teikiamą gydymą, visų pirma teikiant

ankstyvosios intervencijos priemones, skirtas konkrečioms grupėms, pavyzdžiui, pažeidžiamiems kanapes ar alkoholi vartojantiems asmenims.

Gydymas

Europoje narkomanijai gydyti taikomi šie pagrindiniai metodai: psichosocialinės intervencinės priemonės, gydymas pakaitiniais opioidais ir detoksikacija. Santykinį įvairių gydymo metodų taikymo mastą kiekvienoje šalyje lemia keletas veiksnių, įskaitant nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos struktūrą. Narkomanijos gydymo paslaugos gali būti

teikiamos įvairiose įstaigose: specializuoto gydymo įstaigose, kaip antai ambulatorinio ir stacionarinio gydymo centruose, psichikos sveikatos klinikose ir ligoninėse, įkalinimo įstaigų medicininės priežiūros skyriuose, žemo slenksčio paslaugų ir bendrosios praktikos gydytojų kabinetuose.

Nėra jokio duomenų rinkinio, kuriuo naudojantis būtų galima apibūdinti visą šiuo metu Europoje nuo narkomanijos gydomų narkotikų vartotojų populiaciją. Tačiau yra renkama informacija apie svarbų šios populiacijos pogrupį, būtent skaičiuojant EMCDDA gydymo paslaugų poreikio rodiklį, kuriam renkami duomenys apie asmenis, kalendoriniais metais pradedamus gydyti specializuotose narkomanijos gydymo tarnybose⁽¹²⁾, todėl galima daryti išvadas apie jų ypatybes ir narkotikų vartojimo pobūdį. 2009 m. pagal šį rodiklį užregistruota maždaug 460 000 pradėjusiųjų gydytis, 38 proc. jų (175 000) nuo narkomanijos pradėjo gydytis pirmą kartą gyvenime.

Vertinant pagal įvairius šaltinius, taip pat gydymo paslaugų poreikio rodiklį, galima apskaičiuoti, kad 2009 m. Europos Sąjungoje, Kroatijoje, Turkijoje ir Norvegijoje nuo neteisėtų narkotikų vartojimo gydyta bent 1,1 mln. žmonių⁽¹³⁾.

Daugiau nei pusė šių pacientų gydyta pakaitiniais opioidais, tačiau didelė dalis jų dėl problemų, susijusių su opioidų, stimulantų, kanapių ir kitų neteisėtų narkotikų vartojimu, buvo gydoma kitais būdais⁽¹⁴⁾. Šis narkomanijos gydymo Europos Sąjungoje įvertis, nors jį ir reikia patikslinti, rodo, kad bent opioidų vartotojams teikiamo gydymo mastas yra didelis. Tai yra du dešimtmečius trukusios didelės specializuotų ambulatorinių paslaugų plėtros rezultatas. Prie šios plėtros daug prisidėjo pirminės sveikatos priežiūros teikėjai, pagalbos sau grupės, bendrosios psichikos sveikatos paslaugų, socialinio darbo gatvėje ir žemo slenksčio paslaugų teikėjai.

Ypač Vakarų Europoje narkomanijos gydymą pamažu imama priskirti ne kelių specializuotų disciplinų, teikiančių intensyvias trumpalaikes intervencines priemones, sričiai, o pereinama prie tarpdisciplininio integruoto ir ilgalaikio metodo. Iš dalies tai yra atsakas į tai, kad vis dažniau narkomanija pripažįstama lėtine liga, daugelio pacientų gydymo eigai yra būdingi remisijos, atkryčio, pakartotinio gydymo ir negalios ciklai (Dennis ir Scott, 2007). Tokia išvada yra pagrįsta EMCDDA surinktais duomenimis, iš kurių matyti, kad daugiau nei pusė pradėjusiųjų gydymą yra gydęsi anksčiau. Kitas veiksnys yra tai, kad Vakarų Europos šalyse gydomų narkotikų vartotojų, visų pirma ilgalaikių anksčiau gydytų probleminių vartotojų, turinčių daug sveikatos ir socialinių problemų, populiacijos labai senėja (EMCDDA, 2010f).

Šiai problemai spręsti kai kuriose nacionalinėse ir vietos kovos su narkotikais strategijose kalbama apie nuolatinės priežiūros metodą, pabrėžiamas intervencinių priemonių koordinavimas ir integravimas tarp įvairių narkomanijos gydymo paslaugų teikėjų (pvz., išrašymas iš gyvenamojo gydymo centro gydytis ambulatoriškai) ir tarp gydymo bei platesnio spektro sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų. Nuolatinė priežiūra yra pagrįsta reguliaria paciento būklės stebėseną, ankstyvu galimų problemų nustatymu, informacijos perdavimu tarp sveikatos ir socialinės priežiūros tarnybų ir nuolatine nenustatyta laikotarpiu teikiama parama pacientui. Bendrosios praktikos gydytojų vaidmuo šioje srityje gali būti svarbiausias. Per neseniai Prancūzijoje atliktą paslaugų teikėjų apklausą buvo pripažintas bendrosios praktikos gydytojų vaidmuo suteikiant galimybę opioidų vartotojams gauti specializuotą priežiūrą tiek siunčiant juos į ligonines pradėti gydytis metadonu, tiek tęsiant gydymą išėjus iš ligoninės. Kitas pavyzdys – Nyderlandų vyriausybė ir keturių didžiausių miestų vietos institucijos patvirtino integruoto gydymo metodą pagal platesnę socialinės pagalbos strategiją, kurį taiko daug įvairių agentūrų.

Nuolatinės priežiūros ir integruoto gydymo paslaugų teikimas palengvėtų, jei jų teikėjai tarpusavyje sudarytų priežiūros protokolus, gaires ir valdymo strategijas (Haggerty ir kiti, 2003). 2010 m. atlikus nacionalinių informacijos biurų apklausą paaiškėjo, kad šešiolikoje šalių tarp narkomanijos gydymo agentūrų ir socialinių paslaugų teikėjų yra sudarytos partnerystės sutartys. Šešiose šalyse (Prancūzijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje, Rumunijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Kroatijoje) struktūriniai protokolai yra dažniausiai naudojamos priemonės koordinavimui tarp agentūrų užtikrinti, tačiau kitose šalyse partnerystės daugiausia pagrįstos neoficialiais tinklais.

„Pasirinkta tema“ apie narkomanijos gydymo finansavimą ir kainą

Šiuo fiskalinių ribojamųjų priemonių naudojimo laikotarpiu daugiau dėmesio skiriama visiems valstybės išlaidų aspektams, įskaitant gydymo išlaidas. „Pasirinktoje temoje“, kurią šiais metais išleido EMCDDA, nustatyti pagrindiniai narkomanijos gydymo finansavimo šaltiniai daugelyje Europos šalių. Joje apibendrinti turimi duomenys, kiek išleidžiama narkomanijos gydymo paslaugoms ir kiek kainuoja gydymas.

Su šiuo leidiniu galima susipažinti spausdintine forma ir internete EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

⁽¹²⁾ Gydymo paslaugų poreikio rodikliui apskaičiuoti gauti 29 šalių duomenys apie specializuotus narkomanijos gydymo centrus. Dauguma šalių pateikė duomenis apie daugiau kaip 60 proc. tokių savo gydymo centrų, tačiau kai kurių šalių duomenų aprėptis nežinoma (žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-7 lentelę).

⁽¹³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-10 lentelę.

⁽¹⁴⁾ Išsamesnės informacijos apie įvairių narkotinių medžiagų vartotojų konkretaus tipo gydymą ir jo veiksmingumą, kokybę ir įrodymus žr. atitinkamuose skyriuose.

Ambulatorinis gydymas

Europoje dauguma narkomanijos gydymo paslaugų teikiama ambulatoriškai. Turimais duomenimis, 2009 m. specializuotose ambulatorinio gydymo įstaigose gydytis Europoje pradėjo maždaug 400 000 narkotikų vartotojų. Pusė pradedančiųjų gydytis (51 proc.) kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo opioidus, daugiausia heroiną, 24 proc. nurodo kanapes, 18 proc. – kokainą, o 4 proc. nurodo kitus stimuliantus, išskyrus kokainą. Dažniausiai pacientai dėl gydymo kreipiasi patys (37 proc.), kiek rečiau juos gydytis siunčia kovos su narkotikais, socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugų tarnybos (28 proc.) bei baudžiamosios teisenos sistemos institucijos (20 proc.). Likusieji pacientai siunčiami gydytis šeimos, draugų ir neoficialių tinklų pastangomis ⁽¹⁵⁾.

Pradedantieji ambulatorinį gydymą šiuo metu sudaro didžiausią dalį narkotikų vartotojų, kurių asmenines ir socialines ypatybes bei narkotikų vartojimo būdus galima nustatyti. Ambulatoriškai gydytis pradedantys pacientai daugiausia yra jauni, vidutiniškai 32 metų, vyrai. Vyrų yra beveik keturis kartus daugiau nei moterų, todėl iš dalies galima spręsti, kad vyrai sudaro didesnę labiau probleminių narkotikų vartotojų dalį. Pradedantieji gydymą pacientai, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas – kanapės, yra beveik dešimčia metų jaunesni (25 metai) už asmenis, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas (33 metai) ir opioidai (34 metai). Apskritai apie jauniausius nuo narkomanijos gydomus pacientus (25–26 metų) praneša Lenkija, Vengrija ir Slovakija, – šalys, į ES įstojusios 2004 m., – o apie vyriausius – Ispanija, Italija ir Nyderlandai (34 metų). Vyrų ir moterų santykiai yra dideli tarp pacientų, vartojančių visas narkotines medžiagas, tačiau skiriasi pagal narkotikus ir šalis. Lyčių santykis apskritai yra didesnis Pietų Europos šalyse ir mažiausias – šiaurinėse šalyse ⁽¹⁶⁾.

Europoje taikomi du pagrindiniai ambulatorinio gydymo metodai: psichosocialinės intervencinės priemonės ir gydymas pakaitiniais opioidais. Psichosocialinės intervencinės priemonės – tai konsultavimas, motyvaciniai pokalbiai, pažintinė elgesio terapija, dėmesys visai paciento priežiūros eigai, grupinė ir šeimos terapija bei atkryčio prevencija. Nelygu šalis, jas daugiausia teikia viešosios įstaigos arba nevyriausybinės organizacijos. Psichosocialinėmis intervencinėmis priemonėmis vartotojams, kurie bando suvaldyti ir įveikti su narkotikais susijusias problemas, teikiama pagalba. Stimuliantų,

pavyzdžiui, kokaino ir amfetaminų, vartotojams jos yra pagrindinis gydymo būdas. Be to, jos skiriamos opioidų vartotojams, dažnai derinant su gydymu pakaitiniais opioidais. 2008 m. atliktos nacionalinių ekspertų apklausos duomenimis, daugelyje Europos šalių ambulatorinis psichosocialinis gydymas yra prieinamas tiems, kurie dėl jo kreipiasi. Gydymo laukimo laikas Europoje labai skiriasi, tačiau daugelyje Europos šalių vidutinis laukimo laikas yra mažiau nei mėnuo.

Labiausiai Europoje paplitęs opioidų vartotojų gydymo būdas – gydymas pakaitiniais opioidais. Jis paprastai teikiamas specializuotose ambulatorinio gydymo įstaigose, nors kai kuriose šalyse toks gydymas taip pat teikiamas stacionare ir vis dažniau – įkalinimo įstaigose ⁽¹⁷⁾. Be to, vis svarbesnį vaidmenį teikiant šios rūšies gydymą atlieka privačiuose kabinetuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai, dažnai dalyvaujantys bendros su specializuotais centrais priežiūros programose. Priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitiniais opioidais prieinamas visose ES valstybėse narėse, taip pat Kroatijoje ir Norvegijoje. Turkijoje gydymo pakaitiniais opioidais, t. y. kombinuotu buprenorfino ir nalaksono preparatu, imtasi 2010 m. Apytikriai apskaičiuota, kad 2009 m. Europoje buvo 700 000 gydymo pakaitiniais opioidais atvejų (žr. 6 skyrių) ⁽¹⁸⁾.

Gydymas stacionare

Turimais duomenimis, 2009 m. Europoje gydytis nuo narkomanijos stacionare pradėjo maždaug 44 000 narkotikų vartotojų ⁽¹⁹⁾. Pusė jų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodė opioidus (53 proc.), likusieji pacientai nurodė kanapes (16 proc.), kokainą (8 proc.) ir kitus stimuliantus, išskyrus kokainą (12 proc.). Stacionare gydomi pacientai yra daugiausia jauni vyrai; amžiaus vidurkis – 31 metai, o vyrų ir moterų santykis yra 3 : 1 ⁽²⁰⁾.

Pacientai, kuriems skirtas gydymas stacionare arba gyvenamajame gydymo centre, privalo jame nakvoti nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių. Daugeliu atvejų šiomis programomis siekiama sudaryti pacientams sąlygas susilaikyti nuo narkotikų vartojimo ir neleisti taikyti gydymo pakaitiniais opioidais. Kartais norint pradėti ilgalaikį abstinencinį gydymą stacionare būtina detoksikacija nuo narkotikų – trumpalaikė gydytojų prižiūrima intervencinė priemonė, kuria siekiama nuslopinti narkotikų atsisakymo simptomus, susijusius su ilgalaikiu narkotikų vartojimu. Detoksikacija paprastai atliekama kaip

⁽¹⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-16 ir TDI-19 lenteles.

⁽¹⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-9 (iv dalis), TDI-21 ir TDI-103 lenteles. Informacijos apie gydomus pacientus pagal pagrindinę vartojamą narkotinę medžiagą žr. atitinkamuose skyriuose.

⁽¹⁷⁾ Žr. „Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime“, p. 31.

⁽¹⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-1, HSR-2 ir HSR-3 lenteles.

⁽¹⁹⁾ Šį paveikslą reikėtų vertinti atsargiai, nes jis neapima visų vartotojų, kurių sudėtinio gydymo proceso dalis yra laikinas gydymas stacionare.

⁽²⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-7, TDI-10, TDI-19 ir TDI-21 lenteles.

stacionarinė intervencinė priemonė, teikiama ligoninėse, specializuotuose gydymo centruose arba gyvenamuosiuose centruose, kuriuose yra terapijos arba psichiatrijos skyriai.

Stacionarie pacientai apgyvendinami, jiems taikomas individualus psichosocialinis gydymas, jie dalyvauja veikloje, kuria siekiama juos reabilituoti ir padėti sugrįžti į visuomenę. Tokiais atvejais dažnai taikomas terapinės bendruomenės metodas. Stacionarinio narkomanijos gydymo paslaugas taip pat teikia psichiatrijos ligoninės, visų pirma pacientams, turintiems gretutinių psichikos sutrikimų.

2008 m. atliktos nacionalinių ekspertų apklausos duomenimis, daugelyje Europos šalių psichosocialinis gydymas stacionare ir detoksifikacijos paslaugos prieinami visiems, kurie dėl jų kreipiasi. Šešiolikos šalių ekspertų nurodytas apskaičiuotas psichosocialinio gydymo stacionare laukimo laikas Europos valstybėse yra skirtingas. Pranešta, kad keturiolikoje šalių vidutinis laukimo laikas neviršija mėnesio, Vengrijoje reikia laukti kelis mėnesius, o Norvegijoje – 25 savaites.

Socialinė reintegracija

Nuo narkomanijos gydomų pacientų socialinė atskirtis paprastai yra didelė, todėl tai gali trukdyti pacientams visiškai pasveikti, taip pat gali sumažėti teigiami gydymo rezultatai. 2009 m. pradėjusių gydytis pacientų duomenys rodo, kad dauguma jų buvo bedarbiai (59 proc.), o beveik vienas iš dešimties pacientų neturėjo nuolatinės gyvenamosios vietos (9 proc.). Gydomų pacientų išsilavinimo lygis dažnai yra žemas, 37 proc. turi tik pradinį išsilavinimą, o 4 proc. nebaigę net šios pakopos ⁽²¹⁾. Vis labiau pripažįstama, kad pagerinus kovos su socialine atskirtimi ir stigmatizacija paslaugas padidės tikimybė, kad pacientai sėkmingai reintegrusis į visuomenę ir pagerės jų gyvenimo kokybė (Lloyd, 2010).

Socialinė narkotikų vartotojų reintegracija į jų vietas bendruomenės pripažįstama pagrindine išsamių kovos su narkotikais strategijų sudedamąja dalimi, nes ją vykdant daugiausia dėmesio skiriama socialinių įgūdžių gerinimui, švietimo ir galimybių įsidarbinti skatinimui bei būsto poreikių tenkinimui. Atsižvelgiant į nuo narkomanijos gydomų pacientų socialinius poreikius, gali būti sumažintas narkotikų vartojimas ir išlaikyta ilgalaikė abstinencija (Laudet ir kiti, 2009).

Dvidešimt viena Europos šalis pranešė, kad jų nacionalinėse kovos su narkotikais strategijose yra konkretūs socialinei reintegracijai skirti skirsniai ⁽²²⁾, kuriuose daugiausia dėmesio tenka narkotikų vartotojų būsto, išsilavinimo

ir įsidarbinimo poreikiams. Socialinės reintegracijos paslaugos teikiamos kartu su narkomanijos gydymu arba baigus gydymą, bendradarbiaujant specializuotų gydymo paslaugų centrums, sveikatos ir socialinės priežiūros institucijoms.

Apskirtai daugelis šalių nurodo, kad jos naudoja aprūpinimo būstu, švietimo ir dalyvavimo darbo rinkoje intervencines priemones, tačiau iš turimų duomenų matyti, kad paslaugų teikimo lygis neatitinka nuo narkomanijos gydomos populiacijos poreikių.

Aprūpinimas būstu

Siekiant, kad reintegracijos procesas būtų sklandus, reikia užtikrinti, kad būtų galimybė turėti gyvenamąją vietą ir jos neprarasti, nes taip padedama išlaikyti besigydančius pacientus ir gerinti atkryčio prevenciją (Milby ir kiti, 2005).

Apskritai Europoje nuo narkomanijos gydomiems pacientams teikiama mažai paslaugų, susijusių su aprūpinimo būstu poreikiu. Iš 29 šalių, dalyvavusių neseniai atliktoje apklausoje, mažiau nei trečdalis praneša, kad dauguma gydomų pacientų gali būti laikinai apgyvendinti (devynios), gali gauti pereinamojo laikotarpio būstą (aštuonios) ir prižiūrimą būstą (penkios).

Nors Europos šalys praneša apie žemą tokių paslaugų teikimo lygį, daugelis jų praneša, kad pažeidžiamoms grupėms yra skirti socialiniai būstai, kurie nuo narkomanijos gydomiems asmenims skirtingai prieinami. Tokias aprūpinimo būstu paslaugas dažniausiai teikia vietos institucijos arba nevyriausybinės organizacijos. Apgyvendinimo trukmė gali būti įvairi, be to, gali būti keliamos sąlygos (pvz., asmuo turi nevartoti narkotikų, jį turi prižiūrėti gydymo personalas). Be to, daug valstybių specialiai parengė būstus nuo narkomanijos gydomiems asmenims; pavyzdžiui, 18 šalių nurodė teikiančios laikiną apgyvendinimą (pavyzdžiui, nakvynės namus, nakvynę ir pusryčius), o 20 šalių teikia tam tikro lygio pereinamojo laikotarpio apgyvendinimą, pavyzdžiui, laikinose prieglaudose. Savarankiškas gyvenimas gali būtų svarbus reintegracijos į visuomenę žingsnis, dvylikoje šalių gydomi pacientai turi tam tikras galimybes būti apgyvendinti prižiūrimuose būstuose, o 15 šalių pranešė apie programų, pagal kurias leidžiama gyventi savarankiškai bendrojoje būsto rinkoje, vykdymą. Prancūzijoje specializuoto gydymo centrai teikia vadinamąsias „pereinamosios“ nuomos paslaugas. Centras sumoka būsto nuomą ir pernuomoja jį pacientui, kuris sumoka tik nedidelę nuomos mokesčio dalį. Išnuomojūs pacientui padedama vykdyti administravimo užduotis (pvz., apmokėti sąskaitas) ir tvarkyti biudžetą, o po bandomojo laikotarpio jis tampa oficialiu nuomininku.

⁽²¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-12, TDI-13 ir TDI-15 lenteles.

⁽²²⁾ Atliekant apklausą Lietuva ir Austrija neturėjo nacionalinės kovos su narkotikais strategijos.

Mokymas ir švietimas

Gydomų narkotikų vartotojų švietimo poreikius galima tenkinti keliais būdais. Oficiali švietimo sistema gali būti pirmoji galimybė, tačiau dėl individualių ir sisteminių kliūčių, pavyzdžiui, mažų lūkesčių, stigmos ir nesėkmės baimės, pacientai gali nenorėti joje dalyvauti (Lawless ir Cox, 2000). Vienuolika šalių pranešė apie palaikymo programų, kuriomis siekiama, kad nuo narkomanijos gydomi pacientai galėtų naudotis oficialiu švietimu, vykdymą. Be to, 15 valstybių praneša, kad nuo narkomanijos gydomi pacientai gali naudotis socialiai pažeidžiamoms grupėms skirtomis švietimo programomis.

Profesinis arba techninis mokymas padeda žmonėms įgyti praktinių įgūdžių, kurių reikia norint įsidarbinti pagal konkrečią specialybę ar profesiją, ir dažniausiai – gauti profesinę kvalifikaciją. Daugelyje šalių (20) pacientai profesinį mokymą išsina naudodamiesi socialiai pažeidžiamoms grupėms skirtomis intervencinėmis priemonėmis. Šešiolikoje šalių taip pat yra būtent nuo narkomanijos gydomų asmenų populiacijoms skirtų profesinio mokymo intervencinių priemonių.

Užimtumas

Įsidarbinimo galimybė yra pagrindinė sąvoka kalbant apie socialinę reintegraciją, o didelė dalis Europos valstybių savo nacionalinėse užimtumo strategijose atkreipia dėmesį į narkotikų vartotojų užimtumo poreikius. Veikla, kuria plečiamos galimybės įsidarbinti, gali turėti psichologinės įtakos (pvz., asmenybės raidai, savarankiškumui, savigarbai, problemų sprendimo įgūdžiams), be to, dalyvaudami šioje veikloje sveikstantys narkotikų vartotojai gali bendrauti su kitais besigydančiais ir įgytų naujų įgūdžių, kuriais naudodamiesi galės sėkmingai reintegruoti į didesnę bendruomenę. Penkiolika šalių nurodė, kad nuo narkomanijos gydomų asmenų įsidarbinimo galimybė yra nuolatinis ir standartinis individualios priežiūros planų tikslas.

Iš turimų duomenų matyti, kad užimtumas ir įsidarbinimo galimybių gerinimas teigiamai veikia narkomanijos gydymo rezultatus (Kaskutas ir kiti, 2004), taip pat pacientų sveikatą ir gyvenimo kokybę, ir padeda mažinti nusikalstamumą (Gregoire ir Snively, 2001). Pagalbos sistemomis, pavyzdžiui, tarpine darbo rinka, kurioje galima gauti mokamą darbą specialiai sukurtose laikinose darbo vietose, galima padėti panaikinti atotrūkį tarp ilgalaikio nedarbo ir užimtumo atviroje darbo rinkoje. Šios sistemos apskritai yra skirtos palankių sąlygų neturintiems asmenims (pvz., pasitelkiant žmones, įsteigtas neįgaliesiems ar socialinę

atskirtį patiriantiems asmenims (darbinti) ir gali apimti profesinį bei savanorišką darbą.

Dvidešimt valstybių nurodė turinčios socialiai pažeidžiamoms grupėms skirtas tarpines darbo rinkos intervencines priemones, kurios prieinamos ir nuo narkomanijos gydomiems asmenims; vienuolikoje šalių šios intervencinės priemonės prieinamos būtent gydomiems pacientams. Pavyzdžiui, Airijoje įgyvendinant iniciatyvą „Ready for Work“ benamiams, įskaitant narkotikų vartotojus, padedama išeiti mokymą arba įsidarbinti, pirma išėjus mokymą, suteikus neatlyginamo darbo patirties ir tolesnę pagalbą. Nuo narkomanijos gydomi pacientai gali dalyvauti kitose iniciatyvose, pavyzdžiui, pagalbos įsidarbinant, kuriomis padedama žmonėms su negalia ar kitoms palankių sąlygų neturinčių asmenų grupėms gauti mokamą darbą ir neprarasti jo. Septyniolika šalių praneša, kad pagalbos įsidarbinant intervencinės priemonės yra prieinamos gydomiems pacientams, tačiau tik keturios šalys praneša apie pakankamą tokių paslaugų teikimo lygį.

Žalos mažinimas

Su narkotikų vartojimu susijusios žalos prevencija ir jos mažinimas – visų valstybių narių visuomenės sveikatos politikos ir ES kovos su narkotikais strategijos tikslas ⁽²³⁾. Planuojant šią veiklą, dabar, be kita ko, jau galima remtis žalos mažinimo intervencinių priemonių veiksmingumo mokslinių įrodymų apžvalgomis, taip pat tyrimais, rodančiais bendrą šių intervencinių priemonių poveikį (EMCDDA, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Pagrindinės šioje srityje vykdomos intervencinės priemonės – priklausomybės nuo opioidų gydymas pakaitiniais opioidais ir adatų bei švirkštų keitimo programos, skirtos mirčių dėl perdozavimo skaičiui ir infekcinių ligų plitimui mažinti. Pranešama, kad šias priemones turi visos šalys, o adatų bei švirkštų keitimo programą – visos, išskyrus Turkiją. Per pastaruosius du dešimtmečius žalos mažinimas Europoje vis labiau plito ir buvo konsoliduojamas ir integruojamas su įvairiomis kitomis sveikatos priežiūros ir socialinėmis paslaugomis. XX a. 9-ojo dešimtmečio pabaigoje daugiausia dėmesio buvo skiriama ŽIV ir AIDS epidemijai, tačiau žalos mažinimas išsiplėtė iki platesnio masto – probleminių narkotikų vartotojų, ypač patiriančių socialinę atskirtį, sveikatos priežiūros ir socialinių poreikių tenkinimo.

2009 m. gydymą pakaitiniais opioidais pradedančių pacientų skaičius padidėjo daugelyje šalių ⁽²⁵⁾. Be to, pranešta, kad Bulgarijoje, Čekijoje, Graikijoje, Vengrijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Liuksemburge, Lenkijoje, Rumunijoje

⁽²³⁾ COM(2007) 199 galutinis.

⁽²⁴⁾ Taip pat žr. Geriausios praktikos portalą.

⁽²⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę ir 6 skyrių.

ir Kroatijoje išaugo naudojimas žemo slenksčio žalos mažinimo paslaugomis; be to, Vengrijoje adatų ir švirkštų keitimo programą imta taikyti platesnėje geografinėje zonoje.

Daugelyje Europos šalių teikiamos įvairios tolesnės sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, įskaitant individualų rizikos vertinimą ir konsultacijas, kryptingą informavimą ir saugesnio vartojimo mokymus. Pastaraisiais metais daugiau naudojama kitokių nei adatos ir švirkštai švirkštimosi priemonių, švirkščiamųjų narkotikų vartotojai skatinami naudoti prezervatyvus, atliekama daugiau tyrimų ir konsultuojama dėl infekcinių ligų, daugiau žmonių taikomas antiretrovirusinis gydymas ir vakcinavimas nuo virusinio hepatito. Pavyzdiniai planai rodo, kad ilgą laiką teikiant didžiausio potencialaus poveikio intervencines priemones (adatų ir švirkštų keitimo programas, gydymą pakaitiniais opioidais ir antiretrovirusinį gydymą) didelei tikslinės populiacijos daliai sumažėja ŽIV plitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Be to, jie rodo, kad geriausių rezultatų pasiekama tada, kai infekcijos paplitimo lygis vis dar yra žemas (Degenhardt ir kiti, 2010).

2010 m. Prancūzijos nacionalinis sveikatos ir medicinos tyrimų institutas (INSERM) atliko tarpdisciplininį žalos mažinimo priemonių, skirtų infekcijų tarp narkotikų vartotojų pavojui mažinti, įrodymų bazės tyrimą. Atliekant tyrimą peržiūrėta mokslinė literatūra apie žalos mažinimo medicininius, epidemiologinius, sociologinius, ekonominius ir visuomenės sveikatos aspektus bei surengti ekspertų klausymai ir vieši debatai. Bendrojoje ekspertų ataskaitoje žalos mažinimo politiką rekomenduojama laikyti esmine platesnės sveikatos priežiūros skirtumų mažinimo strategijos dalimi. Be to, norint užtikrinti priežiūros tęstinumą, paslaugas reikia integruoti su kitomis kovos su narkotikais paslaugomis. Prioritetu išlieka narkotikų vartojimo ir perėjimo prie švirkščiamųjų narkotikų vartojimo prevencija, tačiau švirkščiamųjų narkotikų vartotojams turi būti suteikta galimybė sumažinti su švirkštimosi susijusį pavojų. Ataskaitoje rekomenduojama, kaip ir medicines bei socialines intervencines priemones, žalos mažinimo priemones numatyti individualiems poreikiams pritaikytos pagalbos planuose.

Kokybės užtikrinimas

Daugelis Europos valstybių įvairiomis priemonėmis siekia užtikrinti su narkotikais susijusių intervencinių priemonių ir paslaugų kokybę. Ši veikla apima gydymo gairių rengimą, paslaugų lyginamąją analizę, darbuotojų mokymą bei kokybės sertifikavimo ir akreditavimo procesus.

Europos kokybės standartai

Europos kokybės standartų tyrimo (EQUS), kurį atlikti užsakė Europos Komisija, tikslas – pasiekti Europos

Narkotikų vartotojų dalyvavimas

Paslaugos naudotojo dalyvavimo sveikatos priežiūros politikoje sąvoka įsitvirtino, kai 1986 m. Pasaulio sveikatos organizacija Otavos deklaracijoje nustatė naują visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo darbotvarkę. Tačiau aktyvaus narkotikų vartotojų dalyvavimo rengiant kovos su narkotikais paslaugas apraiškų galima rasti jau XX a. 8-ajame dešimtmetyje Nyderlanduose.

Vėliau, siekdamas palengvinti narkotikų vartotojų organizacijų dalyvavimą nacionalinėje ir europinėje veikloje, Europos žalos mažinimo tinklas nusprendė sudaryti Europos narkotikų vartotojų organizacijų sąrašą.

Vartotojų dalyvavimo formos ir tikslai skiriasi (Bröring ir Schatz, 2008). Veikla gali apimti: vartotojų apklausas apie paslaugų prieinamumą ir kokybę; konsultavimąsi su vartotojais dėl darbuotojų priėmimo; tikslinių grupių tyrimus siekiant plėtoti naujas paslaugų sritis; vartotojų organizacijų įtraukimą į sveikatos skatinimo veiklą ir kovos su narkotikais politikos formavimą. Vartotojų organizacijos dažnai užsiima pagalba kitiems narkomanams ir švietimu apie infekcinių ligų prevenciją bei rengia informacinę medžiagą, kuria palaikomi tinklai ir padedama informuoti visuomenę apie pagrindines narkotikų vartotojų problemas (Hunt ir kiti, 2010). Skatinant vartotojų dalyvavimą galima pragmatiškai ir etiškai užtikrinti paslaugų kokybę ir prieinamumą. Vis dėlto, kad narkotikų vartotojai galėtų prisidėti ir būtų užtikrintas sėkmingas jų dalyvavimas, reikalinga tinkama parama.

Taip pat žr. Europos žalos mažinimo tinklo interneto svetainę.

ekspertų ir suinteresuotųjų subjektų konsensusą dėl esamų paklausos mažinimo intervencinių priemonių kokybės standartų. Tam rengiama aiškesnė minimalių standartų apibrėžtis, kuri buvo naudojama rengiant ir įrodymais pagrįstas rekomendacijas, ir organizacines procedūras. EQUS tyrime siekiama panaikinti šį neaiškumą ir išskiriamos trys standartų rūšys: struktūriniai standartai (pvz., fizinė aplinka, prieinamumas, darbuotojų atranka ir kvalifikacija), proceso standartai (pvz., asmeniniams poreikiams pritaikytas planavimas, bendradarbiavimas su kitomis agentūromis, pacientų įrašų laikymas) ir rezultatų standartai (pacientų ir darbuotojų pasitenkinimas, gydymo tikslų nustatymas ir vertinimas). Tyrimo rezultatai turėtų paaiškėti iki 2011 m. pabaigos, o Europos Komisija juos panaudos rengdama ES konsensusą, kurį pristatys Tarybai iki 2013 m. ⁽²⁶⁾

Darbuotojų mokymas ir švietimas

Darbuotojų mokymas ir tolesnis švietimas apie narkotikų vartojimą yra pagrindinė veikla siekiant užtikrinti paslaugų kokybę. Pagal naujo *ad hoc* duomenų rinkimo rezultatus nustatyta, kad 27 duomenis pateikusių šalys turi konkrečias narkomanijos srities mokymo programas, pagal kurias

⁽²⁶⁾ Daugiau informacijos žr. Geriausios praktikos portale.

rengiami medicinos ir slaugos specialistai, psichologai ir socialiniai darbuotojai. Kai kuriose šalyse parengtos specializuotos universitetinių studijų programos, kitose teikiamos podiplominės studijos ar tęstinio švietimo studijos. Struktūriškiausia ir geriausiai išplėtotą mokymo bei švietimo veiklą vykdoma medicinos srityje. Trys šalys praneša įsteigusios priklausomybių gydymo specialybę. 1980 m. Čekijoje atsirado priklausomybės medicinos specializacija, o 2008 m. – nemedicininė priklausomybių specialisto profesija; 2007 m. Nyderlanduose atsirado dvejų metų trukmės priklausomybės medicinos specializacijos modulis; Vokietijoje yra podiplominės studijos narkotinių medžiagų vartojimo ir konsultavimo dėl priklausomybės srityse bei gydymo naudojant heroiną modulis. Tokių metodų kaip „tęstinis medicininis švietimas“ efektyvumo įrodymų yra mažai ir jie nėra aiškūs. Pasiūlytas naujas interaktyvesnis metodas, vadinamasis „tęstinio profesinio tobulėjimo“ metodas (Horsley ir kiti, 2010), pagal kurį ugdomi įvairūs gydytojų įgūdžiai, įskaitant bendravimo, vadovavimo, sveikatos skatinimo įgūdžius, tačiau šį metodą vis dar reikia išbandyti.

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje ir narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Teisėsauga kovos su narkotikais srityje yra svarbi nacionalinės ir ES kovos su narkotikais politikos dalis, apimanti įvairias intervencines priemones, kurias daugiausia įgyvendina policija ir panašaus pobūdžio institucijos (pavyzdžiui, muitinė). Šiame skirsnyje trumpai apžvelgiama viena tokių intervencinių priemonių grupė – slaptos operacijos. Duomenys apie teisėsaugos kovos su narkotikais veiklą dažniausiai yra mažiau išsamūs ir prieinami, palyginti su kitomis kovos su narkotikais sritimis. Įsidėmėtina šios taisyklės išimtis yra duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus, kurie yra pateikti šio skirsnio pabaigoje.

Slaptos operacijos

Pagal dabartinį ES kovos su narkotikais veiksmų planą pagrindiniai pasiūlos mažinimo prioritetai yra sėkmingas stambaus masto narkotikų kontrolės įstatymų pažeidėjų patraukimas baudžiamojo atsakomybėn ir organizuotų narkotikų tiekimo tinklų išardymas. Tai yra iššūkis teisėsaugos agentūroms, nes dauguma narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų aptinkama tik vykdant aktyvaus pobūdžio teisėsaugos operacijas (EMCDDA, 2009a). Tai visų pirma pasakytina apie sunkius tarpinį ir didmeninį narkotikų tiekimą apimančius nusikaltimus, kuriuos dažniausiai daro labai užsislaptinę asmenys ir nusikalstamos grupuotės.

Kovodamos su sunkiu nusikalstamumu, susijusiu su narkotikais, Europos teisėsaugos institucijos vis dažniau pasitelkia slaptus metodus, taip pat technologines priemones, pavyzdžiui, telefono pokalbių klausymosi ar elektroninio sekimo, ir slaptas operacijas dalyvaujant žmonėms. Šiose operacijose gali dalyvauti policijos pareigūnai (slaptieji agentai) ir policijos prižiūrimi privatūs asmenys (informatoriai). Jų skyrimas yra teisėtas visose 27 ES valstybėse narėse.

Kovos su neteisėtos prekybos narkotikais tinklais slaptos operacijos atliekamos siekiant surinkti patikimos informacijos apie tinklo narių tapatybę ir vaidmenį, nustatyti kontrabandos kelius, pristatymo vietas, sandėliavimo patalpas ir išsiaiškinti narkotikų pristatymo laiką bei vietą. Agentai ar informatoriai dažnai turi infiltruoti ir nusikalstamus tinklus, kurie yra linkę slėptis nuo pašalinių ir skaidyti informaciją. Iš esmės informacija renkama apie prekybos narkotikais tinklų veiklą ir jų narių vaidmenį.

Dėl slaptų operacijų kyla teisinių problemų, ypač susijusių su kurstymu. 1998 m. sprendime (*Teixeira de Castro prieš Portugaliją*) (Europos Žmogaus Teisių Teismas, 1998 m.) Europos Žmogaus Teisių Teismas nustatė pagrindinius provokatorių (pranc. *agent provocateur*) naudojimo principus. Sprendime nustatyta, kad naudojant slaptuosius agentus negali būti pažeista teisė į teisingą bylos nagrinėjimą, todėl teisėsaugos įstaigos negali kurstyti subjekto daryti nusikaltimą, kurio jis neketino daryti. Todėl prieš imdamos taikyti slaptus metodus teisėsaugos agentūros privalo turėti „objektyvių įtarimų“ dėl asmenų, kuriems jie taikomi. Daugelyje valstybių narių trečiosioms šalims draudžiama kurstyti daryti nusikaltimą.

Slaptos operacijos yra reglamentuotos nacionalinėse teisinėse ir administracinėse nuostatose, be to, jomis siekiama užtikrinti ir teisinės valstybės principo laikymąsi, ir slaptųjų agentų saugumą. Nacionaliniai įstatymai ir lydimieji dokumentai skiriasi, tačiau juose dažniausiai yra pateikta bendroji programa, patikslinta retai viešinuose lydimuosiuose teisės aktuose. Be to, visuomenei dažnai neprieinama kita informacija, pavyzdžiui, kiek operacijų įvykdoma kiekvienais metais. Vis dėlto atlikus tyrimą nustatyta, kad 2004 m. Nyderlanduose įvykdytos 34 slaptos operacijos, o 12 iš jų rezultatai buvo sėkmingai panaudoti tyrimo reikmėms ar teismo procesuose (Kruisbergen ir kiti, 2011).

Daugumoje ES valstybių narių prieš pradėdant vykdyti slaptą operaciją reikia gauti teisminės institucijos sutikimą ir daugumą operacijų turi stebėti aukštesnioji institucija, dažniausiai prokuroras ar teismas. Trylika valstybių narių reikalauja laikytis proporcingumo ir subsidarumo taisyklių, pagal kurias intervencinė priemonė turi būti proporcinga tiriamam narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimui, kuris turi

būti pakankamai sunkus, norint taikyti slaptą priemonę. Be to, prieš atliekant slaptą operaciją turi būti aišku, kad jokia kita švelnesnė teisėsaugos priemonė nebūtų tokia sėkminga.

Daugumoje valstybių narių teisėtai leidžiama naudoti operacinę priedangą, įskaitant suklastotus asmens tapatybės dokumentus ir „priedangos organizacijas“, įkurtas siekiant slaptiesiems agentams suteikti įtikinamas darbo vietas ir pajamų šaltinius.

Vykdamas slaptas operacijas taikomi įvairūs metodai. Pavyzdžiui, siekiant suimti neteisėtus narkotikus parduodančius asmenis nusikaltimo vietoje dažniausiai apsimestinai perkami narkotikai. Kontroluojami neteisėtų siuntų pristatymai yra metodas, kurį taikant neteisėtos siuntos šalyje ir per sienas gabenamos žinant ir prižiūrint kompetentingoms institucijoms. Siuntoje gali būti narkotikų ar jų pirmtakų (prekursorių), ginklų, cigarečių, už neteisėtą veiklą gautų pinigų ar netgi žmonių. Daugelis gabenamų kontroliuojamų neteisėtų siuntų Europoje yra narkotikų siuntos (Europos Sąjungos Taryba, 2009), todėl, atsižvelgiant į nacionalinius įstatymus, juos gali lydėti slaptieji agentai ar informatoriai arba gali būti atliekamas technologinis sekimas ⁽²⁷⁾.

Narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimai

Pirminiai pranešimai apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus, kuriuos daugiausia teikia policija, yra

Europos policijos mokymas

Europos policijos koledžas (CEPOL) yra Europos Sąjungos agentūra, veikianti kaip nacionalinių policijos akademijų ir universitetų tinklas. Viena pagrindinių jos užduočių yra per metus suorganizuoti apie 100 ypač vyresniesiems policijos pareigūnams skirtų mokymo renginių pagrindinėmis Europos policijos pajėgoms aktualiomis temomis. Bendras tikslas – skatinti Europoje bendrai spręsti viešosios tvarkos palaikymo problemas.

Siekdamas remti savo ir valstybių narių mokymo veiklą, CEPOL sukūrė bendrą įvairioms tikslinėms grupėms, įskaitant vyresnius pareigūnus, tyrėjus ir bylų vadovus, taip pat nacionalinių vyriausybių bei policijos akademijų atstovus, skirtą mokymo planą. Bendroje kovos su neteisėta narkotikų apyvarta mokymo programoje apžvelgiama tarptautinė narkotikų padėtis, kovos su narkotikais teisės aktai, pagrindinė informacija apie neteisėtas narkotines medžiagas, tarptautinis bendradarbiavimas, esamos viešosios tvarkos palaikymo strategijos ir konkretaus nusikaltimo tyrimo taktinės priemonės, pavyzdžiui, slaptos operacijos, ir uždaviniai, įskaitant su narkotikais susijusius nusikaltimus, taip pat narkotikų vartojimo prevenciją ir paklausos mažinimą.

vienintelis Europoje prieinamas duomenų apie su narkotikais susijusius nusikaltimus šaltinis ⁽²⁸⁾. Šiuose pranešimuose paprastai minimi pažeidimai, susiję su narkotikų vartojimu (vartojimas ir laikymas vartojimui) arba su neteisėtu narkotikų tiekimu (gamyba, apyvarta ir prekyba), nors kai kuriose šalyse gali būti pranešama ir apie kitų rūšių pažeidimus (pavyzdžiui, susijusius su narkotikų pirmtakais (prekursoriais)).

Duomenys apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus yra tiesioginis teisėsaugos institucijų veiklos rodiklis, nes yra susijęs su konsensuso pagrindu daromais nusikaltimais, apie kuriuos galimos aukos paprastai nepraneša. Šie duomenys taip pat dažnai laikomi netiesioginiais narkotikų vartojimo ir neteisėtos apyvartos rodikliais, nors apima tik tą veiklą, kurią nustato teisėsaugos institucijos. Šiems duomenims taip pat gali turėti įtakos šalių teisės aktų, prioritetų ir išteklių skirtumai. Be to, nacionalinės informacijos sistemos Europoje skiriasi, ypač registravimo ir pranešimų teikimo praktikos požiūriu. Todėl sunku atlikti patikimus šalių palyginimus ir verčiau lyginti tendencijas, o ne absoliučius skaičius.

Apskritai ankstesniais metais pastebėtas užregistruotų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičiaus didėjimas 2009 m. sulėtėjo. Kaip matyti iš ES indekso, pagrįsto duomenimis, kuriuos pateikė 21 valstybė narė, apimanti 95 proc. Europos Sąjungos gyventojų nuo 15 iki 64 metų, 2004–2009 m. nurodytų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičius padidėjo apytiksliai 21 proc. Atsižvelgiant į visas duomenis teikiančias šalis, iš duomenų matyti, kad aštuoniolikoje šalių šių nusikaltimų minėtu laikotarpiu daugėjo, o vienuolikoje tokių nusikaltimų skaičius nepakito arba apskritai sumažėjo ⁽²⁹⁾.

Su narkotikų vartojimu ir pasiūla susiję nusikaltimai

Narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų, susijusių su vartojimu, ir pažeidimų, susijusių su narkotikų pasiūla, santykis, palyginti su ankstesniais metais, iš esmės nepakito. Daugumoje (22) Europos šalių didžiąją narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų dalį 2009 m. ir vėliau sudarė nusikaltimai, susiję su narkotikų vartojimu arba laikymu vartojimui, o didžiausia tokių nusikaltimų dalis (81–94 proc.) – Estijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Austrijoje ir Švedijoje ⁽³⁰⁾.

Ankstesniais metais stebėtas užregistruotų su vartojimu susijusių pažeidimų skaičiaus didėjimas 2009 m. sulėtėjo. 2004–2009 m. su vartojimu susijusių nusikaltimų skaičius padidėjo penkiolikoje duomenis teikiančių šalių, apie tokių nusikaltimų skaičiaus mažėjimą šiuo laikotarpiu pranešė tik

⁽²⁷⁾ Kontroluojamų siuntų teisinių aspektų Europoje apžvalgą žr. Europos teisinėje narkotikų duomenų bazėje.

⁽²⁸⁾ Ryšių tarp narkotikų ir nusikalstamumo aptarimą ir „su narkotikais susijusio nusikaltimo“ apibrėžtį žr. EMCDDA (2007b).

⁽²⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-1 lentelę.

⁽³⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-2 lentelę.

Bulgarija, Vokietija, Estija, Malta, Austrija ir Norvegija. Iš viso su vartojimu susijusių narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičius 2004–2009 m. padidėjo apytikriai 29 proc.

Su narkotikų tiekimu susijusių nusikaltimų skaičius nuo 2007 m. nepakito, tačiau 2004–2009 m. Europos Sąjungoje pastebėtas nedidelis, apytikriai 7 proc., padidėjimas. Šiuo laikotarpiu 15 šalių praneša apie su tiekimu susijusių nusikaltimų skaičiaus padidėjimą, o trys šalys praneša apie bendrą sumažėjimą⁽³¹⁾.

Tendencijos pagal narkotikų rūšis

Europos šalių pranešimuose apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus kanapės vis dar minimos dažniausiai⁽³²⁾. Daugumoje Europos šalių su kanapėmis susiję nusikaltimai sudarė 50–75 proc. visų narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų, apie kuriuos pranešta 2009 m. Su kitais narkotikais susijusių nusikaltimų dalis viršijo su kanapėmis susijusių nusikaltimų dalį tik trijose šalyse: Čekijoje, Latvijoje (metamfetaminas, atitinkamai 57 proc. ir 27 proc.) ir Maltoje (kokainas, 36 proc.).

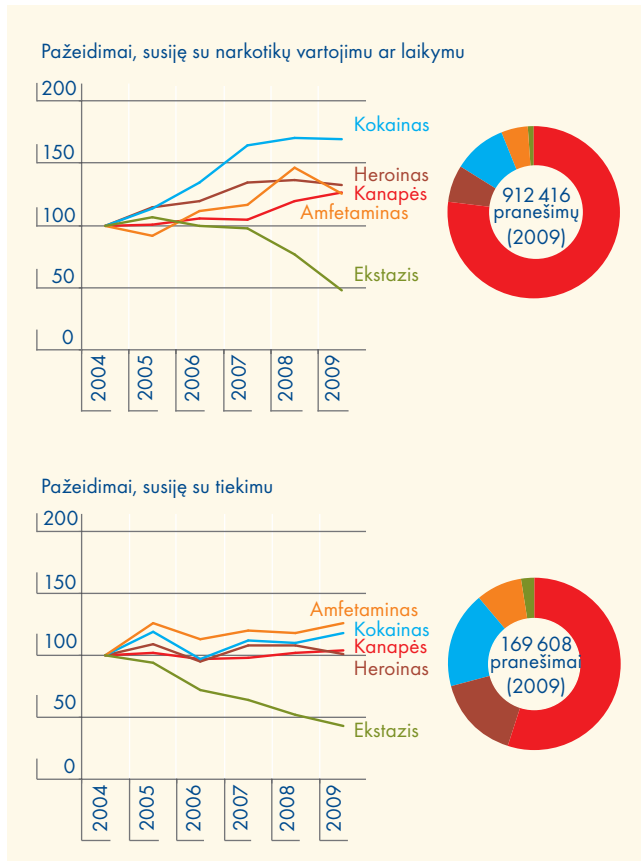
2004–2009 m. su kanapėmis susijusių narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų skaičius padidėjo vienuolikoje duomenis teikiančių šalių; Europos Sąjungoje šis skaičius, kaip apytikriai apskaičiuota, padidėjo 20 proc. (žr. 4 pav.). Mažėjimo tendenciją nurodo Prancūzija, Italija, Kipras, Malta ir Nyderlandai⁽³³⁾.

Su kokainu susijusių nusikaltimų 2004–2009 m. padaugėjo vienuolikoje duomenis teikiančių šalių, o mažėjimo tendenciją nurodė Bulgarija, Vokietija, Italija, Austrija ir Kroatija. Europos Sąjungoje su kokainu susijusių nusikaltimų skaičius tuo pat laikotarpiu apskritai padidėjo maždaug 39 proc., o per paskutinius dvejus metus jų skaičius stabilizavosi⁽³⁴⁾.

2009 m. su heroinu susijusių nusikaltimų skaičius šiek tiek sumažėjo. 2004–2009 m. šių nusikaltimų skaičius ES padidėjo 22 proc. Su heroinu susijusių nusikaltimų skaičius padidėjo vienuolikoje duomenis teikiančių šalių, o apie jo sumažėjimą tuo pačiu laikotarpiu pranešė Bulgarija, Vokietija, Malta, Nyderlandai ir Austrija⁽³⁵⁾.

Su amfetaminais susijusių nusikaltimų, apie kuriuos pranešta Europos Sąjungoje, skaičius 2009 m. šiek tiek sumažėjo, tačiau iš bendrųjų tendencijų nuo 2004 m. matyti, kad šis skaičius padidėjo apytikriai 16 proc. Su ekstaziu susijusių nusikaltimų skaičius tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo perpus (54 proc. sumažėjimas).

4 pav. Pranešimai apie pažeidimus, susijusius su narkotikų vartojimu ar laikymu vartojimui ir narkotikų pasiūla ES valstybėse narėse: indeksuotos 2004–2009 m. tendencijos ir išskirtymas pagal narkotikų rūšį 2009 m. pranešimuose



Pastaba. Tendencijos pagrįstos turima informacija apie pranešimus apie narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus (kriminalinių ir nekriminalinių), apie kuriuos pranešta ES valstybėse narėse, skaičių; bendrai ES tendencijai nustatyti visos duomenų serijos indeksuotos pagal 2004 m. 100 punktų bazę ir pasvertos pagal šalių populiacijų dydžius; išskirtymas pagal narkotikų rūšį atspindi bendrą 2009 m. pranešimų skaičių. Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-4 ir DLO-5 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Narkotikų vartotojų sveikatos priežiūros ir socialinių klausimų sprendimas kalėjimuose

Europos Sąjungoje už narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimus nuteisti kaliniai sudaro 3–53 proc. nuteistųjų, o pusė valstybių praneša, kad šių kalinių dalis yra 9–25 proc.⁽³⁶⁾ Šie rodikliai neapima nuteistųjų už smulkius nusikaltimus, padarytus dėl priklausomybės nuo narkotikų, ir kitų su narkotikais susijusių nusikaltimų.

⁽³¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-1 pav. ir DLO-5 lentelę.

⁽³²⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-3 lentelę.

⁽³³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-6 lentelę.

⁽³⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-8 lentelę.

⁽³⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DLO-3 pav. ir DLO-7 lentelę.

⁽³⁶⁾ 2009 m. rugsėjo 1 d. įkalinimo įstaigose Europos Sąjungoje buvo per 640 000 žmonių. Įkalinimo įstaigų statistinius duomenis teikia Europos Taryba.

Narkotikų rinkų, nusikalstamumo ir pasiūlos mažinimo rodiklių kūrimas

Neteisėtų narkotikų pasiūlos stebėsenos plėtimas Europoje yra dabartinės ES kovos su narkotikais strategijos ir veiksmų plano prioritetas. 2010 m. spalio mėn. (1) paskelbus Europos Komisijos darbinį dokumentą dėl duomenų apie narkotikų pasiūlą rinkimo gerinimo, per pirmąją Europos konferenciją dėl narkotikų pasiūlos rodiklių, kurią kartu organizavo Europos Komisija ir EMCDDA, pradėtas narkotikų pasiūlos Europoje stebėsenos rodiklių kūrimo procesas (2).

Bendroje konceptualioje neteisėtų narkotikų pasiūlos stebėsenos programoje bus sujungti trys komponentai: narkotikų rinkų, su narkotikais susijusio nusikalstamumo ir narkotikų pasiūlos mažinimo. 2011 m. trys EMCDDA remiamos darbo grupės sukurs šių sričių veiksmų planą, kuriame daugiausia dėmesio skirs trumpalaikės, vidutinio laikotarpio ir ilgalaikės stebėsenos tikslams. Bus atsižvelgiama į kiekvienos minėtų sričių esamų duomenų rinkimo sistemų standartizavimą, plėtojimą ir tobulinimą, be to, bus atlikti tikslingi moksliniai tyrimai.

Narkotikų rinkų srityje būsima veikla bus siekiama patobulinti duomenų apie narkotikų kainą ir grynumą rinkinius ir pasinaudoti kriminalistinių tyrimų duomenimis. Su narkotikais susijusio nusikalstamumo srityje svarbiausia bus sukurti standartinę Europos narkotikų kontrolės įstatymų pažeidimų stebėsenos priemonę ir narkotikų gamybos Europoje rodiklius bei nustatyti mokslinių tyrimų prioritetus. Atliekant narkotikų pasiūlos mažinimo stebėseną svarbiausias vaidmuo teks viešosios tvarkos palaikymo ir baudžiamosios teisenos įstaigoms. Darbas šioje nepakankamai ištirtoje srityje bus pradėtas nuo narkotikų pasiūlos mažinimo veiklos Europoje apžvalgos. Atskaitos taškas bus esami specializuoti teisėsaugos padaliniai, jų vaidmuo ir praktika. Jų apklausą EMCDDA pradės 2011 m.

(1) SEC(2010) 1216 galutinis (galima rasti internete).

(2) Konferencijos išvadas galima rasti internete.

Narkotikų vartojimas tarp kalinių

Narkotikų vartojimo tarp kalinių tyrimo metodikos vis dar nepakankamai standartizuotos (Carpentier ir kiti, 2011). Vis dėlto pagal tyrimų rezultatus galima spręsti, kad narkotikų vartojimas tarp kalinių yra labiau paplitęs nei tarp visų gyventojų. Nuo 2006 m. atliktų tyrimų duomenys rodo, kad narkotikų vartojimo paplitimo tarp kalinių mastas gerokai skiriasi, pavyzdžiui, vienoje šalyse kada nors prieš įkalinimą vartoję narkotikų nurodė vos 8 proc. respondentų, o kitose jų buvo iki 65 proc. Tyrimai taip pat rodo, kad tarp kalinių gali būti labiau paplitę žalingiausi narkotikų vartojimo būdai – kada nors bandę švirkščiamuosius narkotikus nurodė 5–31 proc. apklaustųjų (37).

Patekę į kalėjimą, dauguma vartoja mažiau narkotikų arba liaujasi vartoję daugiausia dėl sunkumų jų gauti. Tačiau pripažįstama, kad neteisėti narkotikai patenka į daugumą kalėjimų, nepaisant visų priemonių, kurių imamasi jų pasiūlai sumažinti. Nuo 2006 m. atliktuose tyrimuose nustatyti narkotikų vartojimo kalėjimuose įverčiai svyruoja nuo 1 iki 51 proc. kalinių. Dažniausiai kalinių vartojamas narkotikas yra kanapės, kiek mažiau paprastai vartojama kokaino ir heroino (38). Kalėjimas gali būti aplinka, kuri paskatina pradėti vartoti narkotikus arba pradėti juos vartoti žalingesniu būdu. Pavyzdžiui, per 2008 m. Belgijoje atliktą tyrimą nustatyta, kad įkalinimo laikotarpiu daugiau nei trečdalis narkotikus vartojančių kalinių pradėjo vartoti naujus narkotikus, o dažniausiai nurodomas narkotikas buvo heroinas (Tods ir kiti, 2009). Atrodo, kad suimti švirkščiamųjų narkotikų vartotojai savo švirkštimosi priemonėmis dalijasi dažniau nei ne kalėjimuose esantys vartotojai, todėl kyla galimo infekcinių ligų plitimo tarp kalinių problema.

ŽIV ir virusinio hepatito paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kalėjimuose

Tyrima labai mažai duomenų apie ŽIV infekcijos paplitimą tarp kalėjimuose esančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Europoje. Visų pirma jų nėra apie tas šalis, kurios praneša apie didžiausią dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo atsiradusios infekcijos paplitimo lygį. Apskritai sprendžiant pagal nuo 2004 m. aštuonių šalių (Bulgarija, Čekija, Ispanija, Vengrija, Malta, Suomija, Švedija, Kroatija) teikiamus duomenis (39), nėra jokių ryškių ŽIV paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kalėjimuose ir kitur šalyje skirtumų, tačiau tokių rezultatų priežastis iš dalies gali būti duomenų stygius. Septyniose šalyse ŽIV paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kalėjimuose daugiausia buvo nedidelis (0–7,7 proc.), tačiau Ispanija nurodė 39,7 proc. paplitimą. Duomenis apie hepatito C viruso (HCV) paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kalėjimuose pateikė aštuonios šalys, kuriose paplitimas buvo nuo 11,5 proc. (Vengrija) iki 90,7 proc. (Liuksemburgas). Atrodo, kad Čekijoje, Liuksemburge ir Maltoje ŽIV yra labiau paplitęs tarp kalėjime ištirtų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, palyginti su kitur ištirtais vartotojais. Duomenis apie HBV infekcijos (hepatito B paviršiaus antigeno) paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų kalėjimuose pateikė keturios šalys: Bulgarija (11,6 proc. 2006 m.), Čekija (15,1 proc. 2010 m.), Vengrija (0 proc. 2009 m.) ir Kroatija (0,5 proc. 2007 m.).

Sveikatos priežiūra Europos kalėjimuose

Kaliniai, visų pirma tie, kurių ligos istorijoje yra švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, dažnai turi daug ir sudėtingų

(37) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DUP-1, DUP-2 ir DUP-105 lenteles.

(38) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DUP-3 ir DUP-105 lenteles.

(39) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-117 lentelę ir Malto (2005 m.) bei Čekijos (2010 m.) „Reitox“ nacionalines ataskaitas.

sveikatos priežiūros poreikių, kuriems patenkinti reikalingas tarpdisciplininis metodas ir specializuota medicininė priežiūra. Kaliniams, nediskriminuojant jų dėl jų teisinės padėties, turi būti suteikta galimybė naudotis šalyje teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ⁽⁴⁰⁾, be to, kalėjimų sveikatos priežiūros tarnybos turi gebėti teikti tokias su narkotikų vartojimu susijusių sutrikimų gydymo paslaugas, kurios yra panašios į siūlomas už kalėjimo ribų (CPT, 2006). Šis bendrasis lygiavertiškumo principas Europos Sąjungoje pripažintas 2003 m. birželio 18 d. Tarybos rekomendacijoje dėl su priklausomybe nuo narkotikų susijusios žalos sveikatai prevencijos ir jos mažinimo ⁽⁴¹⁾, o dabartiniame ES kovos su narkotikais veiksmų plane (2009–2012 m.) raginama jį įgyvendinti, tačiau kalėjimuose teikiamos paslaugos dažnai neatitinka laisvėje teikiamų paslaugų lygio.

Pagalba narkotikų vartotojams kalėjime

Kaliniai Europoje gali naudotis įvairiomis paslaugomis, skirtomis narkotikų vartojimo ir su juo susijusioms problemoms spręsti. Tai, be kita ko, yra informavimo apie narkotikus ir sveikatą, su infekcinėmis ligomis susijusios sveikatos priežiūros, detoksikacijos ir priklausomybės nuo narkotikų gydymo, derinamo su psichosocialine pagalba, paslaugos, žalos mažinimo priemonės ir rengimas paleidimui į laisvę ⁽⁴²⁾.

Daugelyje šalių kalėjimų sveikatos priežiūros tarnybos bendradarbiauja su tokias pačias paslaugas bendruomenėje teikiančiomis įstaigomis, taip pat

nevyriausybėmis organizacijomis, siekdamos šviesti kalinius sveikatos klausimais, teikti jiems gydymo paslaugas ir užtikrinti priežiūrą išėjusiesiems į laisvę. Kelios Europos šalys žengė dar vieną žingsnį į priekį ir kalėjimuose teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas priskyrė sveikatos ministerijos arba viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų atsakomybei, kad sveikatos priežiūros paslaugų lygis skirtųsi kuo mažiau. Šias naujoves pirmiausia įgyvendino Norvegija ir Prancūzija, vėliau – Švedija, Italija, Anglija ir Velsas bei Slovėnija. Šiuo metu šią reformą įgyvendina Škotija ir Ispanija.

Gydymas pakaitiniais opioidais bendruomenėje tampa vis labiau priimtinas, tačiau kalėjimuose jo priimtumas auga lėtai ir jo mastai labai įvairūs ⁽⁴³⁾. 2009 m. pakaitiniais opioidais gydomi narkotikų vartotojai po suėmimo negalėjo tęsti šio gydymo šešiose ES šalyse (Estijoje, Graikijoje, Kipre, Latvijoje, Lietuvoje, Slovakijoje). Narkomanijos gydymo tęstinumas ir nuoseklumas tarp bendruomenės ir kalėjimų bei atvirkščiai yra ypač svarbūs atsižvelgiant į aukštą mirtingumo nuo perdozavimo išėjus į laisvę lygį (Merrall ir kiti, 2010).

Hepatito C paplitimas tarp kalinių yra didėjanti Europos visuomenės sveikatos problema, todėl Belgija, Bulgarija, Prancūzija, kelios Vokietijos žemės, Lietuva, Liuksemburgas, Vengrija ir Suomija pranešė vykdančios konkrečias tikrinimo programas. Nors šią infekciją svarbu nustatyti žmogui patenkant į kalėjimą (Sutton ir kiti, 2006) ir yra nustatyta, kad gydymo nuo HCV kalėjimuose paslaugų sąnaudos yra efektyvios (Tan ir kiti, 2008), daugelis kalinių netikrinami ir negydomi.

⁽⁴⁰⁾ JT Generalinės Asamblėjos rezoliucija Nr. 45/111, Pagrindiniai elgesio su kaliniais principai (galima rasti internete).

⁽⁴¹⁾ OLL 165, 2003 7 3, p. 31.

⁽⁴²⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-7 lentelę.

⁽⁴³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-9 lentelę.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

3 skyrius Kanapės

Ižanga

Kanapės yra plačiausiai paplitęs neteisėtas narkotikas Europoje; jis ir importuojamas į Europą, ir joje gaminamas. XX a. 10-ajame dešimtmetyje ir XXI a. pradžioje kanapių vartojimas daugumoje Europos šalių išaugo. Bendrųjų gyventojų apklausų ir apklausų mokyklose duomenys rodo, kad kanapių vartojimas nusistovi arba net mažėja, todėl gali būti, kad Europa žengia į naują etapą. Vis dėlto lyginant su ankstesniais rodikliais vartojimo lygis tebėra aukštas. Per kelerius pastaruosius metus pagerėjo ilgalaikio ir plačiai paplitusio šio narkotiko vartojimo poveikio visuomenės sveikatai suvokimas, taip pat pranešama apie didėjantį poreikį gydyti su kanapių vartojimu susijusias ligas. Taigi veiksmingos kovos su kanapių vartojimu priemonės tebėra vienas svarbiausių Europos diskusijų apie kovą su narkotikais klausimų.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta apyvarta

Kanapes galima auginti įvairioje aplinkoje, daug kur pasaulyje jos auga laukinėje gamtoje. Apytikriai

apskaičiuota, kad kanapės auginamos 172 šalyse ir teritorijose (UNODC, 2009). UNODC, rengdamas naujausius duomenis pripažino, kad sunku tiksliai apskaičiuoti pasaulyje užauginamų kanapių kiekį. Naujausi UNODC įverčiai rodo, kad 2008 m. džiovintų kanapių gamybos mastas pasaulyje buvo 13 300–66 100 tonų, o kanapių dervos – 2 200–9 000 tonų.

Kanapių auginimas Europoje plačiai paplitęs ir atrodo, kad jo mastas didėja. Apie vietos kanapių auginimą EMCDDA pranešė visos 29 Europos šalys, tačiau šio reiškinio mastas ir pobūdis gerokai skiriasi. Vis dėlto didele Europoje vartojamų kanapių dalimi greičiausiai neteisėtai prekiaujama pačiuose regionuose. Tarptautinė narkotikų kontrolės valdyba (2011b) kaip Vidurio ir Rytų Europoje vartojamų kanapių šaltinį paminėjo Albaniją, Bulgariją, Buvusiąją Jugoslavijos Respubliką Makedoniją, Moldaviją, Juodkalniją, Serbiją ir Ukrainą.

Džiovintų kanapių į Europą taip pat importuojama, daugiausia iš Afrikos (pvz., Ganos, Pietų Afrikos, Egipto), rečiau – iš Šiaurės ir Pietų Amerikos (ypač iš Karibų salų), Artimųjų Rytų (Libano) ir Azijos (Tailando).

3 lentelė. Džiovintų kanapių ir dervos konfiskavimas, kaina ir stiprumas

	Kanapių derva	Džiovintos kanapės	Kanapių augalai ⁽¹⁾
Pasaulyje konfiskuotas kiekis	1 261 tona	6 022 tonos	n. d.
Konfiskuotas kiekis ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	584 tonos (594 tonos)	57 tonos (99 tonos)	1,4 milijono augalų ir 42 tonos (1,4 milijono augalų ir 42 tonos) ⁽²⁾
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Vidutinė mažmeninė gramų kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių)⁽³⁾	3–19 (6,8–10,2)	2–70 (6,3–10,9)	n. d. n. d.
Vidutinis stiprumas (THC kiekis proc.) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių)⁽³⁾	3–17 (4,3–11,5)	1–15 (4,4–8,9)	n. d. n. d.

⁽¹⁾ Konfiskuotą kiekį šalys nurodo pateikdamos arba konfiskuotų augalų skaičių, arba svorį; abu kiekiai pateikiami čia.

⁽²⁾ Tikėtina, kad bendras 2009 m. konfiskuotų kanapių augalų kiekis iš tiesų yra didesnis, iš esmės todėl, kad trūksta naujų duomenų iš Nyderlandų, šalies, kuri iki 2007 m. pranešdavo apie santykinai didelius konfiskuojamus kiekius. Nesant 2008 ir 2009 m. duomenų, Nyderlandų įverčiai negali būti įtraukti į 2009 m. Europos įverčius.

⁽³⁾ Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinėsios dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2009 m.; n. d. – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC (2011) (pasaulio lygmens vertės), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

Neseniai atlikta apklausa rodo, kad Maroką, kaip didžiausių kanapių dervos gamintoją, pakeitė Afganistanas. Apskaičiuota, kad Afganistane per metus pagaminama apytikriai 1 200–3 700 tonų kanapių dervos (UNODC, 2011). Nors dalis Afganistane pagaminamos kanapių dervos parduodama Europoje, manoma, kad pagrindinis šio narkotiko tiekėjas į Europą tebėra Marokas. Maroke pagaminta kanapių derva į Europą paprastai vežama kontrabanda per Iberijos pusiasalį, o Nyderlandai ir Belgija yra antrinis platinimo ir sandėliavimo centras (Europolas, 2011).

Konfiskavimas

2009 m. pasaulyje konfiskuota apytikriai 6 022 tonos džiovintų kanapių ir 1 261 tona kanapių dervos (žr. 3 lentelę) – iš viso maždaug 11 proc. mažiau negu ankstesniais metais. Daugiausia džiovintų kanapių, kaip ir anksčiau, konfiskuota Šiaurės Amerikoje (70 proc.), o kanapių dervos – Vakarų ir Vidurio Europoje (48 proc.) (UNODC, 2011).

2009 m. Europoje nustatyta apytikriai 354 000 džiovintų kanapių konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuotos 99 tonos kanapių, kurių daugiau nei trečdalis (42 tonos) – Turkijoje. Be to, apie rekordinio kiekio konfiskavimo atvejus pranešė Graikija (7 tonos) ir Portugalija (5 tonos) ⁽⁴⁴⁾. Konfiskavimo atvejų skaičius 2004–2009 m. išaugo dvigubai, be to, konfiskuota daugiau džiovintų kanapių. Nuo 2005 m. Jungtinei Karalystei teko maždaug pusė visų konfiskavimo atvejų, per kuriuos surinkta mažiausiai 20 tonų per metus.

Europoje ir toliau kanapių dervos konfiskuota daugiau nei džiovintų kanapių – tiek pagal konfiskavimo atvejų skaičių, tiek pagal konfiskuotą kiekį, tačiau šis skirtumas mažėja ⁽⁴⁵⁾. 2009 m. būta apytikriai 405 000 kanapių dervos konfiskavimo atvejų ir konfiskuota apytikriai 594 tonos narkotiko – šešis kartus daugiau nei konfiskuotų džiovintų kanapių. 2004–2009 m. kanapių dervos konfiskavimo atvejų nuosekliai daugėjo, o bendras konfiskuotas kiekis mažėjo nuo didžiausio konfiskuoto kiekio 2004 m. – 1 080 tonų. 2009 m., panašiai kaip ir kitais metais, pusė bendro kanapių dervos konfiskavimo atvejų ir trys ketvirtadaliai sulaikyto kiekio teko Ispanijai.

Kanapės augalų konfiskavimo atvejų nuo 2004 m. daugėja, 2009 m. jų būta apytikriai 25 100. Nurodydamos konfiskuotą kiekį šalys pateikia konfiskuotų augalų skaičių arba svorį. Konfiskuotų augalų skaičius Europoje išaugo nuo 1,7 mln. 2004 m. iki 2,5 mln. 2005–2007 metais ⁽⁴⁶⁾.

Turimi duomenys leidžia teigti, kad 2008 m. Europoje šis skaičius sumažėjo, tačiau dabartinių konfiskuotų augalų skaičių tendencijų negalima nustatyti, nes trūksta naujų duomenų iš Nyderlandų – šalies, kuri paprastai praneša apie didelį kiekį. Nuo 2004 m. pagal svorį konfiskuotų augalų kiekis išaugo daugiau nei tris kartus, 2009 m. šis skaičius išaugo iki 42 tonų, o didžiausia dalis ir toliau teko Ispanijai (29 tonos) ir Bulgarijai (10 tonų).

Stiprumas ir kaina

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal juose esančio delta-9-tetrahidrokanabinolio (THC), pagrindinės veikliosios medžiagos, kiekį. Kanapių stiprumas įvairiose šalyse ir vienos šalies mastu labai skiriasi, taip pat skiriasi skirtingų kanapių produktų ir veislių stiprumas. Duomenys apie kanapių stiprumą daugiausia pagrįsti konfiskuotų kanapių mėginių teismo medicinos tyrimu. Kiek tiksliai tiriama mėginiai atskleidžia padėtį bendroje rinkoje, neaišku, todėl duomenis apie stiprumą reikėtų vertinti atsargiai.

2009 m. praneštas THC kiekio kanapių dervoje vidurkis svyravo nuo 3 iki 17 proc. Džiovintų kanapių (įskaitant *sinsemilla* (besėkles kanapes) – didžiausios koncentracijos džiovintas kanapes) vidutinis stiprumas svyravo nuo 1 iki 15 proc. Duomenis apie vidutinį *sinsemilla* stiprumą pateikė tik trys šalys: Rumunija (2 proc.), Vokietija (11 proc.) ir Nyderlandai (15 proc.). 2004–2009 m. vidutinis kanapių dervos stiprumas pakankamai duomenų teikiančiose penkiolikoje šalių buvo skirtingas. Džiovintų kanapių stiprumas dešimtyje duomenis teikiančių šalių palyginti nekito arba sumažėjo, o Čekijoje, Estijoje, Nyderlanduose ir Slovakijoje – padidėjo. Informacijos apie vietoje pagamintų džiovintų kanapių stiprumo tendencijas turima tik iš Nyderlandų, kur pastebėtas vidutinio *nederwiet* (oland; besėklės kanapės) stiprumo sumažėjimas – nuo 2004 m. didžiausio 20 proc. stiprumo iki 15 proc. 2009 m. ⁽⁴⁷⁾

2009 m. vidutinė mažmeninė kanapių dervos kaina aštuoniolikoje duomenis teikiančių šalių buvo 3–19 EUR už gramą, o dvylika šių šalių nurodė 7–10 EUR kainą. Vidutinė mažmeninė džiovintų kanapių kaina dvidešimtyje duomenis teikiančių šalių buvo 2–70 EUR už gramą; dvylika šių šalių nurodė 5–10 EUR kainą. Ir kanapių dervos, ir džiovintų kanapių vidutinė mažmeninė kaina padidėjo arba nepakito aštuoniolikoje šalių, apie kurias turima 2004–2009 m. duomenų, išskyrus Latviją, Vengriją ir Lenkiją, kuriose dervos kaina sumažėjo.

⁽⁴⁴⁾ Šiame skyriuje minimus narkotikų konfiskavimo Europoje duomenis galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio SZR-1–SZR-6 lentelėse.

⁽⁴⁵⁾ Dėl siuntų dydžių ir vežimo atstumų skirtumų, taip pat būtinybės kirsti tarptautines sienas kanapių dervos konfiskavimo rizika gali būti didesnė nei šalyje pagamintų džiovintų kanapių.

⁽⁴⁶⁾ Į analizę neįtraukti Turkijos nurodyti 2004 m. konfiskuoti 20,4 mln. augalų, nes neturima duomenų apie paskesniais metais konfiskuotus kiekius.

⁽⁴⁷⁾ Duomenis apie stiprumą ir kainas žr. 2011 m. statistikos biuletenio PPP-1 ir PPP-5 lentelėse. Kanapių produktų apibrėžtis žr. internetiniame terminų žodyne.

Paplitimas ir vartojimo būdai

Kanapių vartojimas tarp visų gyventojų

Preliminariais vertinimais, kanapių bent kartą gyvenime vartojo maždaug 78 mln. europiečių, t. y. daugiau negu kas penktas 15–64 metų europietis (žr. duomenų santrauką 4 lentelėje). Padėtis įvairiose šalyse gerokai skiriasi – paplitimo rodikliai šalyse svyruoja nuo 1,5 iki 32,5 proc. Daugumos šalių paplitimo tarp suaugusiųjų įverčiai apima 10–30 proc. visų suaugusiųjų.

Kanapes per pastaruosius metus vartojo apytikriai 22,5 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai 6,7 proc. visų 15–64 metų

amžiaus žmonių. Vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimo įverčiai apima ir žmones, kurie šį narkotiką vartoja dažniau, nors nebūtinai kasdien ar intensyviai. Apytikriai apskaičiuota, kad šį narkotiką per pastarąjį mėnesį vartojo apie 12 mln. europiečių, t. y. vidutiniškai apie 3,6 proc. visų 15–64 metų amžiaus asmenų.

Kanapių vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Kanapes daugiausia vartoja jaunimas (15–34 metų amžiaus žmonės). Paprastai nurodoma, kad vartojimo per pastaruosius metus paplitimas yra didžiausias 15–24 metų amžiaus grupėje. Taip yra visose duomenis teikiančiose šalyse, išskyrus Kiprą ir Portugaliją⁽⁴⁸⁾.

4 lentelė. Kanapių vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per pastaruosius metus	Per pastarąjį mėnesį
15–64 metų			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	78 mln.	22,5 mln.	12 mln.
Europos vidurkis	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Intervalas	1,5–32,5 %	0,4–14,3 %	0,1–7,6 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarija (7,3 %) Vengrija (8,5 %)	Rumunija (0,4 %) Malta (0,8 %) Graikija (1,7 %) Vengrija (2,3 %)	Rumunija (0,1 %) Malta (0,5 %) Graikija, Lenkija (0,9 %) Švedija (1,0 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Danija (32,5 %) Ispanija (32,1 %) Italija (32,0 %) Prancūzija, Jungtinė Karalystė (30,6 %)	Italija (14,3 %) Čekija (11,1 %) Ispanija (10,6 %) Prancūzija (8,6 %)	Ispanija (7,6 %) Italija (6,9 %) Prancūzija (4,8 %) Čekija (4,1 %)
15–34 metų			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	42 mln.	16 mln.	9 mln.
Europos vidurkis	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Intervalas	2,9–45,5 %	0,9–21,6 %	0,3–14,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (2,9 %) Malta (4,8 %) Graikija (10,8 %) Bulgarija (14,3 %)	Rumunija (0,9 %) Malta (1,9 %) Graikija (3,2 %) Lenkija (5,3 %)	Rumunija (0,3 %) Graikija (1,5 %) Lenkija (1,9 %) Švedija, Norvegija (2,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (45,5 %) Danija (44,5 %) Prancūzija (43,6 %) Ispanija (42,4 %)	Čekija (21,6 %) Italija (20,3 %) Ispanija (19,4 %) Prancūzija (16,7 %)	Ispanija (14,1 %) Italija (9,9 %) Prancūzija (9,8 %) Čekija (8,6 %)
15–24 metų			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	19 mln.	9,5 mln.	5 mln.
Europos vidurkis	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Intervalas	3,7–53,8 %	1,5–29,5 %	0,5–17,2 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (3,7 %) Malta (4,9 %) Graikija (9,0 %) Kipras (14,4 %)	Rumunija (1,5 %) Graikija (3,6 %) Portugalija (6,6 %) Slovėnija, Švedija (7,3 %)	Rumunija (0,5 %) Graikija (1,2 %) Švedija (2,2 %) Norvegija (2,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Čekija (53,8 %) Prancūzija (42,0 %) Ispanija (39,1 %) Danija (38,0 %)	Čekija (29,5 %) Ispanija (23,9 %) Italija (22,3 %) Prancūzija (21,7 %)	Ispanija (17,2 %) Prancūzija (12,7 %) Čekija (11,6 %) Italija (11,0 %)
Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo tam tikros amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Siekiant įvertinti paplitimą visoje Europoje, šalims, apie kurias trūksta duomenų (ne daugiau kaip 3 proc. tikslinės populiacijos), priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi šių populiacijų duomenimis: 15–64 metų (336 mln.) asmenys, 15–34 metų (132 mln.) asmenys ir 15–24 metų (63 mln.) asmenys. Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiams, nustatytais remiantis apklausų, atliktų nuo 2001 iki 2009–2010 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio skiltyje „Visų gyventojų apklausa“.			

(48) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-1 pav.

Gyventojų apklausų duomenys rodo, kad vidutiniškai 32,0 proc. jaunų (15–34 metų) suaugusių europiečių nors kartą gyvenime vartojo kanapių, 12,1 proc. jų vartojo per pastaruosius metus, o 6,6 proc. – per pastarąjį mėnesį. Apytikriai apskaičiuota, kad 15–24 metų amžiaus grupėje kanapes per pastaruosius metus ar pastarąjį mėnesį vartojo dar daugiau europiečių – atitinkamai 15,2 proc. ir 8,0 proc. Nacionalinio kanapių vartojimo paplitimo įverčiai atskirose šalyse gerokai skiriasi pagal visus paplitimo matus. Pavyzdžiui, šio narkotiko vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų įverčiai šalyse, kuriose šio narkotiko vartojimas paplitęs labiausiai, yra daugiau kaip 20 kartų didesni negu šalyse, kuriose vartojimo paplitimas yra mažiausias.

Kanapes vartojančių vyrų paprastai yra daugiau negu moterų, pavyzdžiui, jaunų vyrų ir moterų, kurie nurodė per pastaruosius metus vartoję kanapių, santykis svyruoja nuo 6 : 1 Portugalijoje iki beveik lygaus Norvegijoje ⁽⁴⁹⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Australijos, Kanados ir Jungtinių Amerikos Valstijų kanapių vartojimo tarp jaunų suaugusiųjų bent kartą gyvenime ir per pastaruosius metus rodikliai viršija Europos vidurkius, kurie atitinkamai yra 32,0 proc. ir 12,1 proc. Pavyzdžiui, Kanadoje (2009 m.) kanapių mažiausiai kartą gyvenime bandė 48,4 proc., o per pastaruosius metus – 21,6 proc. jaunų suaugusiųjų. Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikus nacionalinę apklausą apie narkotikų vartojimą ir sveikatą (SAMHSA, 2010) apytikriai apskaičiuota, kad mažiausiai kartą gyvenime kanapių vartojo 51,6 proc. jaunų suaugusiųjų (16–34 metų amžiaus grupėje, perskaičiuota EMCDDA), o per pastaruosius metus – 24,1 proc. Australijoje (2007 m.) šie rodikliai 14–39 metų amžiaus grupėje sudarė 46,7 proc. ir 16,2 proc. Kelios Europos valstybės (Čekija, Ispanija, Prancūzija, Slovakija) nurodė tokius kanapių vartojimo mažiausiai kartą gyvenime 15–16 metų moksleivių grupėje lygius, kurie yra panašūs į Australijos ir Jungtinių Amerikos Valstijų nurodytuosius.

Kanapių vartojimas tarp moksleivių

Kartą per ketverius metus atliekama ESPAD apklausa teikia palyginamų duomenų apie alkoholio ir narkotikų vartojimą tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių Europoje (Hibell ir kiti, 2009). 2007 m. apklausa atlikta 25 ES valstybėse narėse, taip pat Kroatijoje ir Norvegijoje. Be to, 2009–2010 m. Italija, Slovakija, Švedija ir Jungtinė Karalystė atliko nacionalines apklauas mokyklose.

2007 m. ESPAD ir 2009–2010 m. nacionalinių apklausų mokyklose duomenys rodo, kad mažiausiai kartą gyvenime

kanapių vartojusių 15–16 metų amžiaus moksleivių daugiausia yra Čekijoje (45 proc.); Estijos, Ispanijos, Prancūzijos, Nyderlandų, Slovakijos ir Jungtinės Karalystės (Anglijos) nurodyti paplitimo lygiai svyruoja nuo 26 iki 33 proc. Penkiolika šalių nurodo, kad bent kartą gyvenime kanapių yra vartoję 13–25 proc. moksleivių. Žemiausius lygius (mažiau nei 10 proc.) praneša Graikija, Kipras, Rumunija, Suomija, Švedija ir Norvegija.

Kanapių vartojimo skirtumai tarp lyčių moksleivių grupėje yra ne toks ryškūs kaip tarp jaunų suaugusiųjų. Kanapių vartojusių mergaičių ir berniukų santykis svyruoja nuo beveik lygaus Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje iki 2 : 1 ar didesnio Kipre, Graikijoje, Lenkijoje ir Rumunijoje ⁽⁵⁰⁾.

Kanapių vartojimo tendencijos

XX a. 10-ojo dešimtmečio pabaigoje ir XXI a. pradžioje daugelis Europos valstybių pranešė apie išaugusį kanapių vartojimą, nustatytą ir pagal visų gyventojų, ir pagal moksleivių apklausų duomenis. Nuo tada padėtis Europoje tapo sudėtingesnė. Daugelis šalių praneša, kad kanapių vartojimas nusistovi ar net mažėja, tačiau atrodo, kad keliose šalyse (Bulgarijoje, Estijoje, Suomijoje, Švedijoje) jis plinta. Beveik visos Europos šalys pastaraisiais metais atliko visų gyventojų apklausas, tačiau tik šešiolika šalių pateikė pakankamai duomenų kanapių vartojimo ilgesniu laikotarpiu analizei atlikti.

Šių šešiolikos šalių tendencijas galima sugrupuoti pagal paplitimo lygius (žr. 5 pav.). Pirmiausia šešių šalių (Bulgarija, Graikija, Vengrija, Suomija, Švedija, Norvegija) grupė, esanti daugiausia Šiaurės ir Pietryčių Europoje, visada nurodydavo nedidelį kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimą 15–34 metų amžiaus grupėje, lygiai neviršydavo 10 proc. Antra, penkių šalių (Danija, Vokietija, Estija, Nyderlandai, Slovakija) grupė, išsidėsčiusi įvairiose Europos dalyse, praneša apie aukštesnius paplitimo lygius, tačiau naujausios apklausos duomenimis, jie neviršija 15 proc. XX a. 10-ajame dešimtmetyje ir XXI a. pradžioje visos šios grupės šalys, išskyrus Nyderlandus, pranešė apie didelį kanapių vartojimo padidėjimą. Visos šios grupės šalys, išskyrus Estiją, pranešė, kad pastarąjį dešimtmetį tendencijos vis labiau stabilizavosi. Be to, yra penkių šalių grupė, kurioje visos šalys kažkurio metu per pastarąjį dešimtmetį pasiekė aukščiausius kanapių vartojimo lygius Europoje, kai vartojimas per pastaruosius metus regione tarp jaunų suaugusiųjų buvo 20 proc. ar daugiau. Šiai grupei priklauso pietinės ir vakarinės Europos šalys (Prancūzija, Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė) ir Čekija. Šioje grupėje tendencijos gali būti skirtingos. Jungtinė Karalystė ir mažesniu mastu Prancūzija pranešė, kad naujausių apklausų duomenimis, vartojimas sumažėjo,

⁽⁴⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-5 lentelę (iii dalį) ir (iv dalį).

⁽⁵⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-20 lentelę (ii dalį) ir (iii dalį).

o Ispanija pranešė, kad nuo 2003 m. padėtis buvo santykinai stabili. Visos trys šalys pranešė apie kanapių vartojimo padidėjimą XX a. 10-ajame dešimtmetyje. Ir Italija, ir Čekija pranešė, kad pastaraisiais metais vartojimas padidėjo, o vėliau sumažėjo. Skiriasi apklausų metodai ir duomenų pateikimo atvejų skaičius, todėl negalima patvirtinti naujausių tendencijų šiose dviejose šalyse.

Verta pažymėti konkretų Jungtinės Karalystės, kurioje apklausos atliekamos kasmet, atvejį. XXI a. pradžioje šioje šalyje kanapių vartojimo lygis buvo aukščiausias Europoje, tačiau 2010 m. kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimas buvo mažesnis už ES vidurkį, pirmą kartą nuo ES stebėsenos pradžios.

Nustatyta kanapių vartojimo stabilizacija ar sumažėjimas susiję su vartojimu per pastaruosius metus, įskaitant pramoginį vartojimo pobūdį. Vis dėlto neaišku, ar stabilizavosi intensyvus ir ilgalaikis vartojimas.

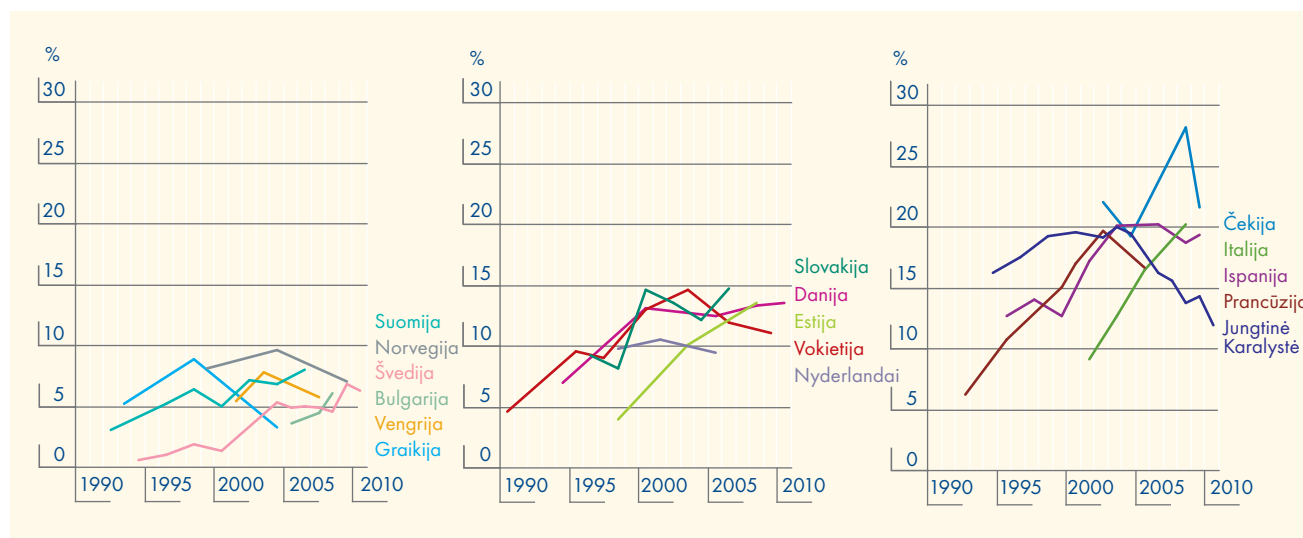
Laiko atžvilgiu 1995–2007 m. Europoje pastebimos panašios kanapių vartojimo tarp moksleivių tendencijos (EMCDDA, 2009a). Septynios šalys, daugiausia Šiaurės ir Pietų Europos, nurodė, kad kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime visu laikotarpiu apskritai buvo stabilus ir nedidelis. Daugelyje Vakarų Europos šalių, taip pat Slovėnijoje ir Kroatijoje (11 šalių), kuriose kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime iki 2003 m. buvo didelis arba sparčiai didėjo, 2007 m. jis sumažėjo arba stabilizavosi. Daugumoje Vidurio ir Rytų Europos šalių 1995–2003 m. stebėta šio vartojimo augimo tendencija,

bet, atrodo, padėtis stabilizavosi. Šešios šio regiono šalys nurodė, kad 2003–2007 m. padėtis buvo stabili, o dvi praneša, kad vartojimas padidėjo.

Neseniai atliktos Tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimo (HBSC) apklausos mokykloje duomenys taip pat patvirtina, kad 2006–2010 m. daugumoje šalių narkotikų vartojimas tarp moksleivių (15–16 metų) apskritai nekito arba mažėjo. Anglijoje kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime tarp moksleivių sumažėjo beveik per pusę – nuo 40 proc. 2002 m. iki 22 proc. 2010 m. Šios tendencijos panašios į nustatytą tarp suaugusiųjų. Vokietijoje kanapių vartojimas mažiausiai kartą gyvenime tarp moksleivių taip pat sumažėjo per pusę – nuo 24 proc. 2002 m. iki 11 proc. 2010 m. Vis dėlto Čekijoje, Graikijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje nuo 2006 m. nustatomas vartojimo augimas.

Australijos ir Jungtinių Amerikos Valstijų apklausose mokyklose nustatytos ilgalaikės tendencijos taip pat rodo, kad iki 2009 m. kanapių vartojimas mažėjo⁽⁵¹⁾. Tačiau naujausia 2010 m. JAV mokyklose atlikta apklausa rodo galimą kanapių vartojimo atgijimą; moksleiviai nurodo, kad per pastaruosius metus kanapių vartojo daugiau ir yra mažiau priešiški nusistatę prieš šį narkotiką (Johnston ir kiti, 2010). 2010 m. Amerikos moksleivių apklausos duomenys rodo, kad sprendžiant pagal kai kuriuos rodiklius kanapių vartojimo tarp 15–16 metų moksleivių lygis yra aukštesnis nei cigarečių rūkymo: 16,7 proc. per paskutinį mėnesį vartojo kanapių ir tik 13,6 proc. rūkė cigarečių (Johnston ir kiti, 2010).

5 pav. Kanapių vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos. Šalys, kuriose atlikta trys ar daugiau apklausų, sugrupuotos pagal didžiausią paplitimo lygį (iki 10 %, 10–15 %, daugiau kaip 15 %)



Pastaba. Čekija tiria didelės apklausų rezultatų įvairovės priežastis, kurios, atrodo, iš dalies yra susijusios su metodų pakeitimais. Duomenys pateikiami siekiant suteikti informacijos, bet palyginimus reikėtų vertinti atsargiai. Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-4 pav.

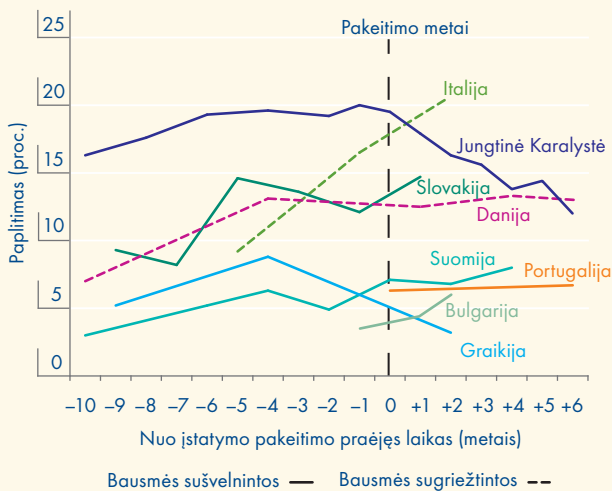
Šaltinis: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2010), paimta iš gyventojų apklausų, pranešimų ar mokslinių straipsnių.

⁽⁵¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-2 pav. (vi dalį).

Galimos sąsajos tarp bausmių ir kanapių vartojimo

Per pastaruosius dešimt metų daug Europos valstybių pakeitė su kanapių vartojimu susijusius narkotikų kontrolės įstatymus. Daugelis jų įvertino šio narkotiko vartojimo paplitimą prieš pakeisdamos įstatymą ir po to. Norint išsiaiškinti, ar pakeitus įstatymą būtų ryškių pokyčių, galima palyginti prieš ir po įstatymo pakeitimo surinktus duomenis. Kanapes daugiausia vartoja jaunesnio amžiaus grupės, todėl analizė atlikta naudojant paplitimo tarp 15–34 metų asmenų duomenis. Grafike nubrėžtos pastarųjų metų kanapių paplitimo kitimo per tam tikrą laiką kreivės (nulis horizontaliojoje ašyje yra įstatymo pakeitimo metai). Šalys savo įstatymus pakeitė skirtingais metais, be to, nesutampa apklausų duomenų mastas, todėl tendencijų kreivės apima nevienodą laiką.

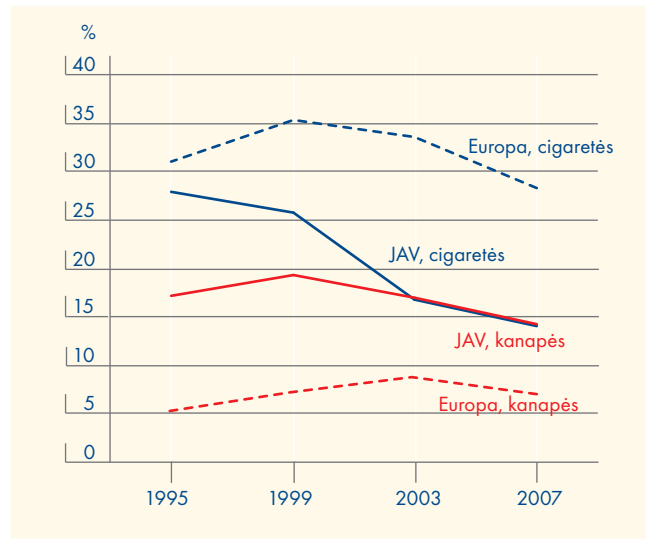
Baumes už kanapių laikymą sugriežtinusių šalių kreivės grafike nubrėžtos punktyrinėmis linijomis, o įas sušvelninusių – vientisomis. Paprastai teisinio poveikio hipotezę galima suformuluoti taip: pakeitus įstatymą, keičiasi paplitimas, tai yra sugriežtinus baumes narkotikų vartojimas mažėja, o sušvelninus – didėja. Pagal šią hipotezę įsigaliojus pakeitimams punktyrinės kreivės turėtų kristi, o vientisos – kilti. Tačiau nurodytose šalyse šiuo dešimties metų laikotarpiu negalima nustatyti akivaizdžių teisinių pakeitimų ir kanapių vartojimo paplitimo sąsajų.



Pastaba. Įstatymo pakeitimai priimti 2001–2006 m., žr. 1 skyrių ir Europos teisinės narkotikų duomenų bazės (ELDD) teminę apžvalgą apie laikymą (anglų k.).

Tarp Europos moksleivių padėtis yra kitokia, nes cigarečių rūkymo per pastarąjį mėnesį lygis lieka daug aukštesnis už kanapių vartojimo lygį. Iš 2003–2007 m. atliktų ESPAD apklausų mokyklose 23 ES šalyse galima spręsti, kad cigarečių rūkymo per pastarąjį mėnesį lygis apskritai sumažėjo (nuo 33 iki 28 proc.), taip pat sumažėjo (nuo 9 iki 7 proc.) arba nepakito kanapių vartojimas (žr. 6 pav.). Europoje, kur kanapės dažnai rūkomos sumaišytos su tabaku, sumažėjęs tabako rūkymas gali turėti šiek tiek tokios įtakos kanapių vartojimo tendencijoms.

6 pav. Kanapių vartojimo ir cigarečių rūkymo paplitimo per pastaruosius metus tarp 15–16 metų moksleivių tendencijos septyniolikoje Europos šalių ir Jungtinėse Amerikos Valstijose



Pastaba. Europos vidurkis (nesvertinis) nustatytas remiantis duomenimis apie 15–16 metų moksleivius penkiolikoje ES šalių, taip pat Kroatijoje ir Norvegijoje. JAV moksleivių vidurkis nustatytas remiantis apytikriai 16 000 dešimtos klasės moksleivių (15–16 metų) imtimi.
Šaltiniai: Hibell ir kiti (2009), Johnston ir kiti (2010).

Kanapių vartojimo būdai

Turimi duomenys rodo, kad kanapės vartojamos įvairiais būdais, pradedant eksperimentiniu vartojimu ir baigiant vartojimu dėl priklausomybės. Daugelis asmenų pabando šios medžiagos tik kartą ar du, kiti vartoja ją retkarčiais ar neilgą laiką. 70 proc. kada nors kanapių vartojusių 15–64 metų amžiaus grupės asmenų pastaruosius metus jų nevartojo⁽⁵²⁾. Vidutiniškai pusė per pastaruosius metus šį narkotiką vartojusių asmenų jį vartojo pastarąjį mėnesį, gali būti, kad tai rodo dažnesnį vartojimą. Vis dėlto šios proporcijos skirtingose šalyse ir tarp lyčių yra labai skirtingos.

Kanapių vartojimas ypač paplitęs tam tikrose jaunimo grupėse, pavyzdžiui, tarp jaunuolių, dažnai besilankančių naktiniuose klubuose, baruose ir muzikos renginiuose. Naktiniuose ir šokių klubuose Belgijoje, Čekijoje, Nyderlanduose, Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje neseniai atliktos tikslinės apklausos parodė, kad paplitimo lygis yra gerokai aukštesnis už paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų Europos vidurkį. Be to, kanapių vartojimas dažnai siejamas su alkoholio vartojimu dideliais kiekiais: tikimybė, kad jauni suaugusieji (15–34 metų), nurodę dažnai vartoję alkoholio ar vartoję jį dideliais kiekiais, nurodys vartoję ir kanapes, buvo 2–6 kartus didesnė, palyginti su visais gyventojais.

Skirtingų rūšių kanapių produktai ir skirtingi vartojimo būdai gali kelti skirtingus pavojus. Jeigu vartotojas

(52) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-2 pav.

kanapes vartoja didelėmis dozėmis, pavojus, kad jis taps priklausomas ir susidurs su kitomis problemomis, gali būti didesnis (Chabrol ir kiti, 2003; Swift ir kiti, 1998). Tokių vartojimo būdų pavyzdžiai yra labai didelės THC koncentracijos kanapių vartojimas dideliais kiekiais ir dūmų įkvėpimas iš vandens pypkės.

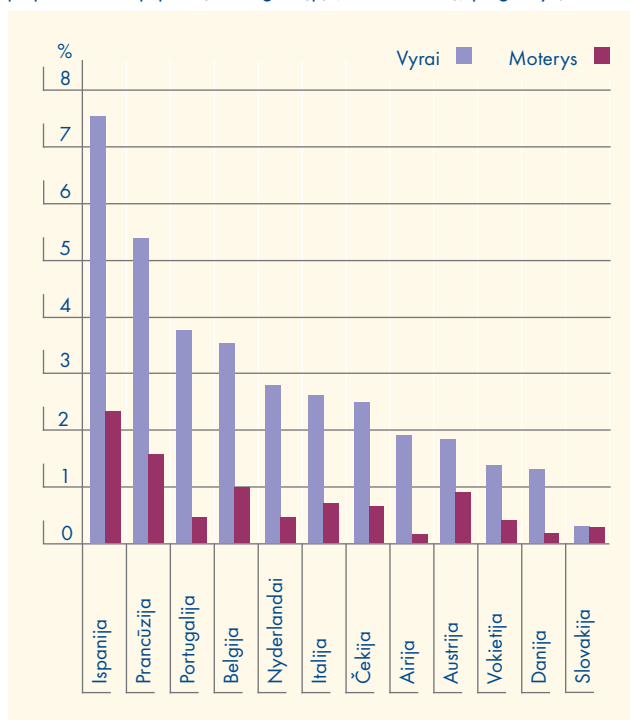
Visų gyventojų apklausoje retai išskiriami skirtingi kanapių vartojimo būdai. Tačiau 2009 m. siekiant nustatyti džiovintų kanapių, įskaitant „skanku“ (taip gatvėje vadinama šio narkotiko didelio stiprumo forma), vartojimo paplitimą, į JK visų gyventojų apklausą įtraukta naujų klausimų. 2009–2010 m. Britanijos nusikaltimų apklausos duomenimis apskaičiuota, kad apytikriai 12,3 proc. suaugusiųjų kada nors vartojo tai, ką laikė „skanku“. Panašios kanapių vartotojų dalys nurodė bent kartą gyvenime vartojusios džiovintų kanapių (50 proc.) ir kanapių dervos (49 proc.), tačiau daugiau per pastaruosius metus šio narkotiko vartojusių asmenų buvo vartoję džiovintų kanapių (71 proc.), o ne kanapių dervos (38 proc.) (Hoare ir Moon, 2010). Šių įvertinimų negalima apibendrintai taikyti kitoms gyventojų grupėms Europoje, tačiau atskleisti faktai iliustruoja kai kurias ilgainiui įvykusius kanapių vartojimo pokyčius.

Iš keturiolikos Europos šalių, kurioms tenka 65 proc. suaugusiųjų Europos Sąjungos ir Norvegijos gyventojų, imties duomenų matyti, kad maždaug pusė europiečių, kurie pastarąjį mėnesį vartojo kanapių, per tą mėnesį šį narkotiką vartojo 1–3 dienas, maždaug trečdalis – 4–19 dienų, o penktadalis – 20 dienų ar ilgiau. Daugumoje iš šių keturiolikos šalių labiau tikėtina, kad moterys kanapes vartoja tik kartais ir dauguma kasdien ar beveik kasdien kanapes vartojančių asmenų yra vyrai (žr. 7 pav.). Šie rodikliai rodo, kad daugelyje šalių ypač vartotojams vyrams kyla pavojus pradėti vartoti dažnai, todėl reiktų į tai atsižvelgti numatant prevencinę veiklą.

Nauji duomenys apie narkotikų vartojimą tarp paauglių rodo, kad kasdienis kanapių vartojimas Jungtinėse Valstijose taip pat darosi vis opesnis. Kasdienio kanapių vartojimo paplitimas labai išaugo – 2010 m. jis padidėjo iki 6 proc. tarp 17–18 metų moksleivių (Johnston ir kiti, 2010).

Priklausomybė vis dažniau pripažįstama vienu iš galimų reguliaraus kanapių vartojimo padarinių net tarp jaunesnių vartotojų, o kai kuriose Europos šalyse daugėja asmenų, kurie kreipiasi pagalbos dėl kanapių vartojimo (žr. toliau). Vis dėlto pranešta, kad pusė nuo kanapių priklausomų vartotojų, kurie liovėsi vartoję šį narkotiką, sugebėjo tai padaryti be gydymo (Cunningham, 2000). Kai kurie kanapių vartotojai, ypač intensyviai vartojantieji šį narkotiką, gali turėti problemų, nors ir neatitinka klinikinių priklausomybės kriterijų.

7 pav. Kasdienio ar beveik kasdienio kanapių vartojimo paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) pagal lytį



Pastaba. Teigusieji vartoję kanapes per 20 dienų ar daugiau kartų per 30 dienų iki pokalbio tekstuose įvardijami kaip „kasdieniai ar beveik kasdieniai vartotojai“. Daugiau informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-10 lentelėje (iv dalyje).

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Gydymo poreikiai

Maždaug 98 000 besikreipusiųjų dėl gydymo (23 proc. visų pacientų), apie kuriuos 26 šalys pranešė 2009 m., kaip pagrindinį narkotiką nurodė kanapes; taigi šiuo požiūriu kanapės yra antras plačiausiai vartojamas narkotikas po heroino. Be to, kanapes kaip populiariausią antrinį vartojamą narkotiką nurodė apytikriai 93 000 pacientų (28 proc.). Vartotojai, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kanapės, sudaro daugiau nei 30 proc. pradedančiųjų gydytis Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje, tačiau mažiau nei 10 proc. Bulgarijoje, Estijoje, Graikijoje, Lietuvoje, Maltoje, Rumunijoje ir Slovėnijoje⁽⁵³⁾.

Skirtingus šalių gydymo paslaugų teikimo lygius galima paaiškinti ne tik kanapių vartojimo paplitimu ir su šio narkotiko vartojimu susijusiomis problemomis. Svarbūs ir kiti veiksniai, pavyzdžiui, siuntimo gydytis metodai ir gydymo paslaugų teikimo lygis bei tipas. Tokių pavyzdžių matyti Prancūzijoje ir Vengrijoje – dviejose šalyse, kurios praneša nustačiusios didelį gydytis pradedančių kanapių vartotojų skaičių. Prancūzijoje veikia konsultacinių centrų, kuriuose dirbama su jaunais pacientais, sistema⁽⁵⁴⁾. Vengrijoje

⁽⁵³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. (ii dalį) ir TDI-5 (ii dalį) bei TDI-22 (i dalį) lenteles.

⁽⁵⁴⁾ Be to, daug opioidų vartotojų Prancūzijoje gydo bendrosios praktikos gydytojai, ir tokių pacientų skaičiai nepateikiami gydymo paslaugų poreikio rodikliui nustatyti, todėl kitų narkotikų vartotojų dalis yra gerokai didesnė.

kanapių vartotojams nusikaltėliams vietoj bausmės siūloma gydytis nuo narkomanijos, todėl gali labai padidėti pacientų skaičius.

Kalbant apie pastarųjų dešimties metų tendencijas, dvidešimt vienos šalies pateiktais duomenimis, visos šalys, išskyrus Bulgariją, praneša, kad pirmą kartą gydytis dėl kanapių vartojimo pradedančių pacientų skaičiaus išaugo. Aštuoniolikoje šalių, apie kurias turima duomenų, kanapių vartotojų, nurodančių kanapes kaip pagrindinį narkotiką, skaičius tarp pirmą kartą gyvenime gydytis pradedančių pacientų 2004–2009 m. padidėjo maždaug 40 proc., nuo 27 000 iki 38 000 ⁽⁵⁵⁾. Naujaisi rodikliai (2008–2009 m.) rodo, kad daugumoje duomenis teikiančių šalių šis skaičius toliau didėja.

Gydomų pacientų charakteristika

Kanapes vartojantys pacientai dažniausiai pradeda gydytis ambulatoriškai, ir pranešama, kad šie asmenys priklauso jauniausių gydytis pradedančių pacientų grupėms, vidutinis jų amžius yra 25 metai. Jauni žmonės, kurie kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo kanapes, sudaro 74 proc. nurodytų gydytis pradedančių 15–19 metų asmenų ir 86 proc. jaunesnių nei 15 metų asmenų. Vyrų ir moterų santykis yra didžiausias tarp narkotikus vartojančių pacientų (maždaug penki vyrai ir viena moteris). Apskritai 49 proc. pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kanapės, jas vartoja kasdien, apytikriai 18 proc. – 2–6 kartus per savaitę, 12 proc. – kartą per savaitę ar rečiau, 22 proc. – tik kartais, o kai kurie šių pacientų kanapių vartojo mėnesį prieš pradėdami gydytis. Šios dalys įvairiose šalyse skiriasi ⁽⁵⁶⁾.

Gydymas

Gydymo paslaugų teikimas

Kanapių vartotojų gydymas Europoje apima daug įvairių priemonių, kaip antai internetu teikiamas gydymo ir konsultavimo paslaugas, struktūrinės psichosocialines intervencines priemones ir gydymą gyvenamuosiuose gydymo centruose. Šioje srityje taip pat dažnai taikomos atrankinės prevencijos, žalos mažinimo ir gydymo intervencinės priemonės (žr. 2 skyrių).

Kanapių vartotojai daugiausia gydomi specializuotose ambulatorinio gydymo įstaigose, o paslaugos, konkrečiai skirtos su kanapių vartojimu susijusioms problemoms spręsti, dabar teikiamos daugiau nei pusėje valstybių narių. Pavyzdžiui, Prancūzijoje įsteigta daugiau nei 300 jaunimo konsultavimo centrų, visų pirma aptarnaujančių jaunos

Kenksmingas kanapių vartojimo poveikis sveikatai

Su kanapių vartojimu susijęs pavojus sveikatai dažniausiai laikomas mažesniu nei su kitais narkotikais, pavyzdžiui, heroinu ar kokainu siejamas pavojus. Vis dėlto kanapių vartojimas yra plačiai paplitęs, todėl šis narkotikas gali smarkiai paveikti visuomenės sveikatą.

Nustatyta, kad dėl kanapių vartojimo gali atsirasti įvairių ūminių ir lėtinių sveikatos sutrikimų. Staiga pasireiškiantis kenksmingas poveikis gali būti nerimas, panika ir psichoziniai simptomai, apie kuriuos dažniau praneša vartojantieji narkotiko pirmą kartą. Be to, pavartojus kanapių padidėja pavojus patekti į eismo nelaimę.

Nustatytas su kanapių vartojimu susijęs lėtinis poveikis, įskaitant priklausomybę ir keletą kvėpavimo takų ligų. Kanapių poveikis pažintinei funkcijai tebėra neaiškus. Reguliarus kanapių vartojimas paauglystėje gali pakenkti jauno žmogaus psichikos sveikatai, taip pat nustatyta, kad kanapių vartojant dažniau didėja psichozinių simptomų ir sutrikimų rizika (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall ir Deegenhardt, 2009; Moore ir kiti, 2007).

vartotojus, turinčius problemų dėl kanapių vartojimo. Vokietijoje, be kelių konkrečių kovos su kanapėmis programų, 161 konsultacinis centras patvirtino programą „Suprask tai“, pagal kurią iš pacientų reikalaujama nusistatyti tikslus vartojimui suvaldyti, ir kovojama su asmeniniais bei aplinkos veiksniais, skatinančiais vartoti kanapes. Ši intervencinė priemonė teikiama per penkis seansus dešimties savaitių laikotarpiu, per metus ją pasinaudoja iki 1 400 kanapių vartotojų. Vengrijoje dauguma kanapes vartojančių pacientų (80 proc.) naudoja prevencinio konsultavimo paslaugomis. Šias paslaugas teikia akredituotos organizacijos.

Vokietija ir Nyderlandai itin aktyviai rengė kovos su kanapėmis programas. Su kanapėmis susijusios problemos dažnai siejamos su kitų narkotinių medžiagų vartojimo ar psichosocialinėmis problemomis, į tai atsižvelgta rengiant įvairias kanapių vartotojams skirtas programas. Pavyzdžiui, Amsterdamo medicinos centras parengė motyvacinę intervencinę priemonę, skirtą šizofrenija sergantiems jauniems kanapių vartotojams ir jų tėvams (Nyderlandų nacionalinė „Reitox“ ataskaita, 2009). Atlikus atsitiktinę atranka pagrįstą kontroliuojamąjį tyrimą paaiškėjo, kad taikant šią intervencinę priemonę gauta teigiamų rezultatų. Po trijų mėnesių tyrime dalyvavę jauni žmonės nurodė, kad kanapių suvartoja mažiau ir nenumaldomą jų norą jaučia rečiau, o tėvai nurodė, kad sumažėjo stresas ir pagerėjo savijauta. Žmonėms, turintiems ne tik su kanapių vartojimu susijusių, bet ir psichiatrinį problemų, pavyzdžiui, psichozės

⁽⁵⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-1 pav. (i dalį) ir (ii dalį).

⁽⁵⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-10 (ii dalį) ir (iii dalį), TDI-11 (i dalį), TDI-18 (ii dalį), TDI-21 (ii dalį), TDI-24, TDI-103 (vii dalį) ir TDI-111 (viii dalį) lenteles.

ar depresijos, padėti reikia bendrų specializuoto gydymo paslaugų teikėjų ir psichikos sveikatos centrų pastangų. Vis dėlto iš praktikos matyti, kad, dvi diagnozuotos ligos vis dar dažnai gydomos atskirai, o užtikrinti priežiūros paslaugų teikėjų bendradarbiavimą tebėra sudėtinga.

Atsižvelgiant į naujo Vokietijos tyrimo rezultatus spėjama, kad ateinančiais metais daugės asmenų, besikreipiančių dėl su kanapių vartojimu susijusių problemų gydymo, ypač tarp vyriškosios lyties paauglių ir jaunų suaugusiųjų. Šiuo metu pagal narkotikų vartotojų, kuriuos pasiekia Vokietijos priklausomybės nuo narkotikų gydymo įstaigos, dalį matyti, kad nors specializuotų priklausomybės gydymo paslaugų teikėjai gali pasiekti 45–60 proc. nuo opioidų priklausomų vartotojų, pasiekiami tik 4–8 proc. kanapių vartotojų, kuriems, kaip manoma, reikalingas gydymas. Kai kuriais atvejais internetu teikiamos intervencinės priemonės, dabar prieinamos trijose valstybėse narėse, gali suteikti daugiau galimybių gydytis pagalbos besikreipiantiems, tačiau įprastomis gydymo paslaugomis nenorintiems naudotis kanapių vartotojams.

Naujausi kanapių vartotojų gydymo tyrimai

Priklausomybės nuo kanapių gydymo paslaugų vertinimo tyrimų vis dar atlikta nedaug, palyginti su kitais neteisėtais narkotikais, nors norinčiųjų gydytis daugėja. Vis dėlto Europoje mokslinių tyrimų mastas auga, šiuo metu tyrimai atliekami Vokietijoje, Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose.

Daugelis šių tyrimų patvirtina, kad psichosocialinės intervencinės priemonės gali turėti teigiamą poveikį kanapių vartotojams. Tai, pavyzdžiui, galima pasakyti apie daugiamatę šeimos terapiją, išsamią šeimoje naudojamą ambulatorinę intervencinę priemonę, skirtą narkotikų vartojimo ir elgesio problemų turintiems paaugliams (Liddle ir kiti, 2009), – nustatyta, kad ji buvo sėkmingai panaudota mažinant narkotikų vartojimo lygį. Vis dėlto atlikus tyrimą įvairiose šalyse ir įstaigose ir rezultatus palyginus su kitų esamų gydymo metodų rezultatais, išvados nėra aiškios. Tai paskatino EMCDDA užsakyti Europos ir Amerikos tyrimų metaanalizę.

Kitos šiuo metu vertinamos psichosocialinės intervencinės priemonės yra psichologinis švietimas (pagrįstas elgesio terapijos ir motyvacinio pokalbio elementais) ir atkryčio

Kanapių vartojimas mediciniais tikslais Jungtinėse Amerikos Valstijose

Nuo 1996 m. penkiolika JAV valstijų ir Kolumbijos apygarda priėmė įstatymus, leidžiančius laikyti nustatytą kiekį kanapių medicininio vartojimo tikslais. Pacientas privalo turėti raštišką gydytojo rekomendaciją visose valstijose, išskyrus Kaliforniją ir Meiną, kur rekomendacija gali būti sakinė. Visos valstijos, išskyrus Vašingtono, sudarė konfidencialius registrus su pacientų tapatybės duomenimis, ir daugelyje valstijų būti įrašytam į registrą yra privaloma. Kiekviena valstija turi savo sveikatos būklių sąrašą, tačiau dauguma jų kanapes leidžia vartoti „lėtiniam“, „dideliam“ ar „ sunkiai gydomam“ skausmui malšinti.

Beveik visos valstijos patvirtino globėjo modelį, pagal kurį paskirtajam asmeniui leidžiama auginti ribotą pacientui vartoti skirtų kanapių kiekį. Nelygu valstija, pacientai gali paskirti vieną arba du globėjus, o globėjai gali tiekti kanapes daugiausia penkiems pacientams. Leidžiamas kiekis įvairuoja nuo 1 uncijos, maždaug 28 gramų (Aliaska, Montana, Nevada), iki 24 uncijų (Oregonas, Vašingtonas) vartoti tinkamų džiovintų kanapių ir nuo 6 iki 24 augalų, kurių keli turi būti „nesubrendę“. Maždaug pusėje valstijų kanapes vartojimui mediciniais tikslais leidžiama teikti pelno nesiekiančioms ambulatorijoms arba valstybiniam gydymo centrui. Visose teritorijose, išskyrus Naująjį Džersį ir Vašingtoną (Kolumbijos apygarda), pacientams leidžiama auginti savo medicininės paskirties kanapes.

Federaliniame įstatyme, priešingai, kanapės klasifikuojamos kaip pavojinga narkotinė medžiaga, neturinti medicininės paskirties. Remdamasi šiuo įstatymu federalinė valdžia gali bausti visus kanapių vartotojus ir tiekėjus. Tačiau 2009 m. spalio mėn. generalinio prokuroro pavaduotojas išleido federaliniams prokurorams skirtą pranešimą, kuriame nurodyta netraukti baudžiamojon atsakomybėn kanapių vartojimo mediciniais tikslais atvejais, jei tai leidžia valstijos įstatymas.

prevencija, trumpalaikės intervencinės priemonės, nenumatytų aplinkybių valdymas ir įvairių tipų pažintinė elgesio terapija.

Be to, tiriami farmakologiniai produktai, kuriais būtų galima papildyti psichosocialines intervencines priemones (Vandrey ir Haney, 2009). Šioje srityje dabar yra trys pagrindinės mokslinių tyrimų kryptys, tiriama, ar medikamentai gali padėti sumažinti kanapių vartojimo nutraukimo simptomus, nenumaldomą norą ir vartojimą (Marshall, K., ir kiti, 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

4 skyrius

Amfetaminai, ekstazis, haliucinogeninės medžiagos, GHB ir ketaminas

Ižanga

Amfetaminai (bendrinis pavadinimas, apimantis ir amfetaminą, ir metamfetaminą) ir ekstazis yra tarp dažniausiai Europoje vartojamų neteisėtų narkotikų. Daugelyje šalių ekstazis arba amfetaminai yra antra po kanapių dažniausiai vartojama neteisėta narkotinė medžiaga. Be to, tam tikrose šalyse amfetaminų vartojimas – opi narkomanijos problema, lemianti didelę narkotikų vartotojų, kuriems reikia gydymo, dalį.

Amfetaminas ir metamfetaminas yra centrinės nervų sistemos stimulantai. Iš jų amfetaminas daug labiau paplitęs Europoje; dideli metamfetamino kiekiai paprastai vartoti tik Čekijoje ir Slovakijoje, bet dabar apie didesnę šio narkotiko pasiūlą savo amfetamino rinkose praneša ir kai kurios šalys Šiaurės Europoje.

Ekstaziu vadinamos sintetinės medžiagos, kurių cheminė sudėtis panaši į amfetaminų, bet jų poveikis šiek tiek skiriasi. Geriausiai žinomas ekstazio grupės

narkotikas – 3,4-metilenedioksi-metamfetaminas (MDMA), bet ekstazio tabletėse kartais randama ir kitų analogų (MDA, MDEA). Jo populiarumas paprastai siejamas su šokių klubais. Narkotikas vis dar populiarus šiose vietose, tačiau pastaraisiais metais daugelyje Europos šalių ekstazio populiarumas ir prieinamumas palaipsniui mažėjo.

Geriausiai žinomas Europoje sintetinis haliucinogeninis narkotikas – lizergo rūgšties dietilamidai (LSD), kurio vartojimo lygis buvo žemas ir ilgai išliko be didesnių pokyčių. Atrodo, kad pastaruoju metu jaunimas ėmė labiau domėtis natūraliomis haliucinogeninėmis medžiagomis, kurių randama, pvz., haliucinogeniniuose grybuose. Nuo XX a. 10-ojo dešimtmečio vidurio pranešama, kad ketaminas ir gama-hidroksibutirinė rūgštis (GHB), jau 30 metų žmonių medicinoje ir veterinarijoje naudojami anestetikai, Europoje tam tikrose vietose ir tarp narkotikų vartotojų pogrupių vartojami pramoginiams tikslais. Keliose Europos valstybėse neteisėtas šių narkotinių medžiagų vartojimas kelia susirūpinimą gydymo paslaugų teikėjams.

5 lentelė. Amfetamino, metamfetamino, ekstazio ir LSD konfiskavimas, kaina ir grynumas

	Amfetaminas	Metamfetaminas	Ekstazis	LSD
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	33	31	5,4	0,1
Konfiskuotas kiekis ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją) ⁽¹⁾	5,3 tonos (6,5 tonos)	500 kilogramų (600 kilogramų)	Tabletės 1,9 mln. (2,4 mln.)	Vienetai 59700 (59700)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Vidutinė mažmeninė kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽²⁾	Gramas 8–42 (10–23)	Gramas 9–71	Tabletė 3–16 (4–9)	Dozė 4–29 (7–11)
Vidutinis grynumas arba MDMA kiekis Intervalas (Intervalas tarp kvartilių) ⁽²⁾	1–29 % (6–21 %)	10–76 % (25–64 %)	3–108 mg (26–63 mg)	n. d.

⁽¹⁾ Tikėtina, kad bendras 2009 m. konfiskuoto amfetamino, ekstazio ir LSD kiekis iš tiesų yra didesnis, iš esmės todėl, kad trūksta naujų duomenų iš Nyderlandų, šalies, kuri iki 2007 m. šalis pranešdavo apie santykinai didelius konfiskuojamus kiekius. Nesant 2008 ir 2009 m. duomenų, Nyderlandų įverčiai negali būti įtraukti į 2009 m. Europos įverčius.

⁽²⁾ Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinės dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2009 m.; n. d. – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC (2011) (pasaulio lygmens vertės), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

Pasiūla ir prieinamumas

Narkotikų pirmtakai (prekursoriai)

Amfetaminas, metamfetaminas ir ekstazis yra sintetiniai narkotikai, kuriems gaminti reikalingi cheminiai pirmtakai (prekursoriai). Šių narkotinių medžiagų gamybą galima išsiaiškinti ataskaitose dėl konfiskuotų cheminių medžiagų (gautų teisėtai prekiaujant), kurios reikalingos joms pagaminti.

Tarptautinė narkotikų kontrolės valdyba (INCB) praneša, kad pasaulyje konfiskuoto 1-fenil-2-propanono (P2P, BMK), kuris gali būti naudojamas ir amfetaminui, ir metamfetaminui neteisėtai gaminti, kiekis sumažėjo nuo 5 620 litrų 2008 m. iki 4 900 litrų 2009 m. Daugiausia šios medžiagos ir toliau konfiskuota Kinijoje (2 275 litrai 2009 m.) ir Rusijoje (1 731 litras 2009 m.). Europos Sąjungoje konfiskuoto P2P kiekis padidėjo nuo 62 litrų 2008 m. iki 635 litrų 2009 m. Be to, 2009 m. padidėjo pasaulyje konfiskuotas dviejų pagrindinių metamfetamino pirmtakų (prekursorių) kiekis: efedrino iki 42 tonų nuo 18 tonų 2008 m. ir 22,6 tonos 2007 m., o pseudoefedrino – iki 7,2 tonos nuo 5,1 tonos 2008 m., tačiau tai yra mažiau nei 2007 m. konfiskuotos 25 tonos. Iš viso ES valstybėse narėse konfiskuota apytikriai 0,5 tonos efedrino, beveik du kartus didesnis kiekis nei pernai, ir 67 kilogramai pseudoefedrino.

Su MDMA gamyba visų pirma siejamos dvi pirmtakų (prekursorių) cheminės medžiagos: 3,4-metilenedioksifenil-2-propanonas (3,4-MDP2P, PMK) ir safrolis. 2009 m. konfiskuota 40 litrų PMK, o 2008 m. šios medžiagos konfiskuota nebuvo, todėl galima manyti, kad jos prieinamumas lieka mažas. Šie rodikliai skiriasi nuo ankstesniais metais nustatytų aukštesnių lygių (8 816 litrų 2006 m., 2 297 litrai 2007 m.). Pasaulyje konfiskuoto safrolio, kuriuo Europoje gali būti vis labiau pakeičiamas PMK sintetinant MDMA, kiekis nuo 2007 m. konfiskuoto didžiausio 45 986 litrų kiekio 2009 m. sumažėjo iki 1 048 litrų 2007-aisiais⁽⁵⁷⁾. 2009 m. visi PMK ir beveik visi safrolio konfiskavimo atvejai buvo Europos Sąjungoje.

Tarptautinės pastangos užkirsti kelią cheminių pirmtakų (prekursorių) naudojimui neteisėtų sintetinių narkotikų gamybai koordinuojamos vykdam projektą „Prism“. Įgyvendinant šį projektą taikoma pranešimo apie teisėtą prekybą prieš eksportuojant sistema, ir įvykus įtartinoms operacijoms pranešama apie sulaikytas siuntas ir konfiskavimo atvejus. Informacija apie šioje srityje vykdomą veiklą perduodama Tarptautinei narkotikų kontrolės valdybai (INCB, 2011b). Vykdydama naują iniciatyvą INCB paskelbė gairių rinkinį, skirtą padėti nacionalinėms vyriausybėms nustatyti savanoriškas kontrolės priemones bendradarbiaujant su pramoniniais cheminėmis medžiagų

gamintojais, kad jų medžiagos nebūtų naudojamos neteisėtiems narkotikams gaminti (INCB, 2009).

Amfetaminas

Daugiausia amfetamino pasaulyje vis dar pagaminama Europoje, kur veikia daugiau kaip 80 proc. amfetaminų gaminančių laboratorijų, apie kurias pranešta 2009 m. (UNODC, 2011). 2009 m. pasaulyje konfiskuotas amfetamino kiekis padidėjo iki maždaug 33 tonų

Sintetinių narkotikų gamybai Europoje skirtų pirmtakų (prekursorių) pasiūlos įvairovė

Europoje sintetiniai narkotikai, taip pat ekstazis (MDMA, MDEA, MDA) ir amfetaminas, neteisėtai gaminami iš importuotų cheminių pirmtakų (prekursorių). Padidėjus tarptautinės kontrolės pastangų veiksmingumui, kai kurie neteisėti gamintojai pirmtakų (prekursorių) ėmė nebeperkti, ir sintetina juos iš vadinamųjų prekursorių prekursorių (angl. *pre-precursors*). Be to, prieš importuodami gamintojai įprastiniams pirmtakams (prekursoriams) suteikia kitų nekontroliuojamų cheminių medžiagų išvaizdą (Europol, 2007; INCB, 2011a).

Šį reiškinį iliustruoja pastarojo meto svyravimai Europos ekstazio rinkoje. Sėkmingai įgyvendinus priemones, kuriomis siekta apriboti MDMA-pirmtako (prekursoriaus) PMK⁽¹⁾ patekimą į neteisėtą rinką, dabar atrodo, kad MDMA sintetinti kaip pradinės medžiagos naudojami įvairūs prekursorių prekursoriai, įskaitant safrolį.

PMK kontroliuojamas tarptautiniu mastu – ir pagal 1988 m. JT konvenciją, ir pagal Europos teisės aktus. Teisėta tarptautinė prekyba PMK yra nedidelio masto ir leidžiama tik keliose valstybėse. Safrolis gaunamas eterinių aliejų, kurių sudėtyje yra daug safrolio, išgaunamų iš kelių Pietų Amerikoje ir Pietryčių Azijoje augančių augalų rūšių (TNI, 2009). Safrolis yra įregistruota cheminė medžiaga, tačiau prekyba aliejais, kurių sudėtyje yra daug safrolio, nėra kontroliuojama. Be to, safrolis pasaulyje plačiai naudojamas kvėpalams ir insekticidams gaminti, o tai gali silpninti tarptautinės kontrolės pastangų poveikį.

Iš Nyderlandų, labiausiai su ekstazio gamyba siejamos šalies, gautų ataskaitų galima spręsti, kad daugelis gamintojų kaip pradinę medžiagą naudojo ne PMK, o safrolį. Nuo 2009 m. lapkričio mėn. iki 2010 m. spalio mėn. Tarptautinei narkotikų kontrolės valdybai pranešta apie 40 teisėtų safrolio siuntų, kurias sudarė iš viso 101 840 litrų. Vis dėlto ataskaitų apie įtartinas siuntas yra mažai, palyginti su apytiksliai apskaičiuotu pagaminamo ekstazio kiekiu (INCB, 2011a). 2009–2010 m. buvo konfiskuota apytikriai 1 050 litrų safrolio ir riebiųjų safrolio aliejų, daugiausia Lietuvoje, o kaimynėje Latvijoje 2008 m. konfiskuota 1 841 litras (INCB, 2011a).

(1) 3,4-metilenedioksifenil-2-propanonas.

(57) Žr. langelį „Sintetinių narkotikų gamybai Europoje skirtų pirmtakų (prekursorių) pasiūlos įvairovė“.

(žr. 5 lentelę). Vakarų ir Vidurio Europoje ir toliau konfiskuoti dideli amfetamino kiekiai, tačiau UNODC pranešė, kad šiuose regionuose konfiskuotas kiekis sumažėjo 20 proc., palyginti su 2008 m., kai buvo konfiskuota 7,9 tonos. Amfetamino konfiskavimo atvejų labiausiai padaugėjo Saudo Arabijoje, Jordanijoje ir Sirijoje. 2009 m. UNODC Artimųjų ir Vidurio Rytų bei Vidurio Rytų bei Pietvakarių Azijos regionuose iš viso konfiskuota apytikriai 25 tonos, beveik visos – „Captagon“ tablečių forma (UNODC, 2011).

Daugiausia Europoje konfiskuojamo amfetamino pagaminama Nyderlanduose, Lenkijoje, Belgijoje, Bulgarijoje ir Turkijoje (šalys nurodytos svarbos tvarka). Europolas praneša, kad 2009 m. Europos Sąjungoje nustatyta 19 vietų, kuriose buvo gaminamas, tabletuojamas arba saugomas amfetaminas.

5,8 tonos amfetamino miltelių ir 3 mln. amfetamino tablečių⁽⁵⁸⁾ – toks kiekis konfiskuotas per apytikriai 34 200 konfiskavimo atvejų, įvykusių 2009 m. Europoje⁽⁵⁹⁾. Amfetamino konfiskavimo atvejų skaičius pastaruosius penkerius metus svyravo, nors 2008 ir 2009 m. jų buvo mažiau. Dėl sumažėjusio konfiskavimo atvejų skaičiaus Turkijoje 2004–2009 m. Europoje konfiskuojamų amfetamino tablečių skaičius smarkiai mažėjo, tačiau daugelyje Europos šalių sulaikomas amfetamino miltelių kiekis nekito arba didėjo⁽⁶⁰⁾. Vis dėlto šis vertinimas yra preliminarus, nes naujausių duomenų nepateikė Nyderlandai – šalis, kuri 2007 m. pranešė, kad paskutiniaisiais metais, apie kuriuos turima duomenų, konfiskavo 2,8 tonos amfetamino miltelių.

2009 m. Europoje konfiskuoto amfetamino mėginių grynumas ir toliau buvo labai įvairus: nuo mažesnio nei 8 proc. Bulgarijoje, Vengrijoje, Austrijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje, Slovakijoje ir Kroatijoje iki didesnio nei 20 proc. šalyse, kuriose pranešama apie amfetamino gamybą arba vartojimo lygis yra palyginti aukštas (Estija, Lietuva, Nyderlandai, Lenkija, Suomija, Norvegija)⁽⁶¹⁾. Per pastaruosius penkerius metus amfetamino grynumas sumažėjo septyniolikoje ir aštuoniolikos šalių, pateikusių pakankamai duomenų tendencijoms išnagrinėti.

2009 m. daugiau nei pusėje iš keturiolikos duomenis pateikusių šalių vidutinė mažmeninė amfetamino kaina svyravo nuo 10 iki 23 EUR už gramą. Mažmeninės amfetamino kainos sumažėjo arba nepakito visose septyniolikoje šalių, kurios pateikė 2004–2009 m. duomenis, išskyrus Nyderlandus, kur kainos kilo, ir

Slovėniją, kuri pranešė apie didelį kainos augimą 2009-aisiais⁽⁶²⁾.

Metamfetaminas

2009 m. sunaikintų metamfetaminų gaminančių laboratorijų, apie kurias pranešta pasaulyje, skaičius padidėjo. 22 proc. Kaip ir pernai, labiausiai jų padaugėjo Šiaurės Amerikoje, ypač Jungtinėse Amerikos Valstijose, tačiau pranešimų apie slaptas laboratorijas taip pat pagausėjo ir Rytų bei Pietryčių Azijoje. Be to, apie didesnę aktyvumą, susijusį su metamfetamino gamyba, pranešta Lotynų Amerikoje ir Afrikoje. 2009 m. konfiskuota 31 tona metamfetamino, gerokai daugiau nei 22 tonos, konfiskuotos 2008 m. Didžioji dalis narkotiko konfiskuota Šiaurės Amerikoje (44 proc.), o Meksikoje 2009 m. konfiskuota itin daug – 6,1 tonos (UNODC, 2011).

Europoje neteisėta metamfetamino gamyba sutelkta Čekijoje, kurioje 2009 m. aptiktos 342 gamybos vietos, daugiausia nedidelės „virtuvinės laboratorijos“ (šis skaičius sumažėjo nuo 434 2008 m.). Šis narkotikas gaminamas Slovakijoje, kurioje gamyba 2009 m. išaugo, taip pat Vokietijoje, Lietuvoje ir Lenkijoje.

2009 m. Europoje pranešta apie beveik 7 400 metamfetamino konfiskavimo atvejų, iš viso konfiskuota apytikriai 600 kg narkotiko. 2004–2009 m. daugėjo metamfetamino konfiskavimo atvejų ir didėjo konfiskuojamo narkotiko kiekis, ypač 2008 ir 2009 m. 2008–2009 m. konfiskuota dvigubai daugiau metamfetamino, daugiausia dėl Norvegijoje ir Švedijoje, kuriose šio narkotiko konfiskuojama daugiausia Europoje, rasto kiekio padidėjimo. Be to, šiose šalyse metamfetaminas gali iš dalies pakeisti amfetaminą. 2009 m. Turkija pirmą kartą pranešė apie metamfetamino konfiskavimo atvejus ir pagal konfiskuotą kiekį užėmė trečią vietą: pranešta, kad Turkijoje sulaikytos palyginti didelės metamfetamino siuntos buvo gabenamos iš Irano į Rytų ir Pietryčių Aziją.

2009 m. septyniolikoje duomenis pateikusių šalių metamfetamino grynumas buvo labai įvairus: mažesnis nei 15 proc. vidutinis grynumas nustatytas Bulgarijoje ir Estijoje, o didesnis nei 65 proc. – Čekijoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Kroatijoje. Negalima nustatyti bendrų metamfetamino grynumo tendencijų. 2009 m. mažmeninės metamfetamino kainos taip pat buvo labai įvairios, šešiose jas nurodžiusiose šalyse gramas metamfetamino kainavo

⁽⁵⁸⁾ Daugiausia (94 proc.) amfetamino tablečių buvo pažymėta „Captagon“ etikete ir aptikta Turkijoje. „Captagon“ yra vienas iš sintetinio nervų sistemos stimulantų fenitilino registruotasis prekės pavadinimas. Dažnai nustatoma, kad neteisėtų narkotikų rinkoje „Captagon“ pavadinimu parduodamų tablečių sudėtyje yra su kofeinu sumaišyto amfetamino.

⁽⁵⁹⁾ Ši analizė preliminarinė, nes dar nėra 2008 ir 2009 m. Nyderlandų duomenų.

⁽⁶⁰⁾ Šiame skyriuje minimi duomenis apie narkotikų konfiskavimą Europoje galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio SZR-11–SZR-18 lentelėse.

⁽⁶¹⁾ Šiame skyriuje minimi duomenis apie narkotikų grynumą Europoje galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio PPP-8 lentelėje. ES tendencijų indeksus galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio PPP-2 pav.

⁽⁶²⁾ Duomenis apie šią tendenciją minimas narkotikų kainas Europoje galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio PPP-4 lentelėje.

nuo apytikriai 10 EUR Bulgarijoje, Lietuvoje ir Slovėnijoje iki apytikriai 70 EUR Vokietijoje ir Slovakijoje.

Ekstazis

Nurodytas sunaikintų ekstazio gamybos laboratorijų skaičius 2009 m. beveik nepakito, jų buvo 52. Daugiausia šių laboratorijų aptikta Australijoje (19), Indonezijoje (18) ir Kanadoje (12). Atrodo, kad šio narkotiko gamyba ir toliau plinta geografiškai ir gaminama vis arčiau Rytų ir Pietryčių Azijos, Šiaurės Amerikos ir Okeanijos vartojimo rinkų. Tačiau tikėtina, kad Vakarų Europa ir toliau yra svarbi ekstazio gamybos vieta.

2009 m. pasaulyje konfiskuotas ekstazio kiekis buvo 5,4 tonos (UNODC, 2011), o Jungtinės Amerikos Valstijos pranešė apie 63 proc. viso konfiskuoto kiekio.

Ekstazio konfiskavimo atvejų, apie kuriuos pranešta Europoje, skaičius 2004–2006 m. nekito, vėliau mažėjo, o nuo 2004 m. daugumoje Europos šalių konfiskuojami kiekiai mažėja. 2009 m. Europoje pranešta apie apytikriai 11 000 ekstazio konfiskavimo atvejų, per kuriuos konfiskuota daugiau nei 2,4 mln. ekstazio tablečių. Vis dėlto padėtis nepakankamai įvertinta, nes trūksta naujausių duomenų iš Nyderlandų, kurie pranešė, kad 2007 m., paskutiniiais metais, kurių duomenys turimi, konfiskuota 8,4 mln. tablečių.

Vidutinis MDMA kiekis 2009 m. tirtose ekstazio tabletėse aštuoniolikoje šiuos duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 3 iki 108 mg. Be to, keletas šalių (Belgija, Bulgarija, Vokietija, Italija, Nyderlandai, Turkija) nurodė aptikusios didelės koncentracijos ekstazio tablečių, kurių sudėtyje MDMA kiekis viršijo 130 mg. 2004–2009 m. MDMA kiekis ekstazio tabletėse sumažėjo visose keturiolikoje pakankamai duomenų pateikusių šalių.

Keletą pastarųjų metų Europoje keitėsi neteisėtų narkotikų tablečių turinys: anksčiau daugumoje tiriamų tablečių buvo aptinkama viena psichoaktyvioji medžiaga – MDMA arba kita į ekstazį panaši medžiaga (MDEA, MDA), o dabar turinys yra įvairesnis, jose aptinkama mažiau į MDMA panašių medžiagų. Šis pokytis 2009 m. paspartėjo iki tokio masto, kad vienintelės šalys, kuriose į MDMA panašios medžiagos ir toliau sudarė didelę tirtų tablečių turinio dalį, buvo Italija (58 proc.), Nyderlandai (63 proc.) ir Malta (100 proc.).

Graikijoje, Ispanijoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Kroatijoje tiriamose tabletėse palyginti dažnai aptinkama amfetaminų, kartais maišytų su į MDMA panašiomis medžiagomis. Dauguma kitų duomenis teikiančių šalių nurodo, kad tirtose tabletėse aptikta didelė dalis piperazino

ir ypač mCPP – tiek vienu, tiek maišytų su kitomis medžiagomis.

Dabar ekstazis yra gerokai pigesnis negu 10-ųjų dešimmetį, kai jis atsirado rinkoje. Nors kai kuriose ataskaitose pranešama, kad tabletės parduodamos net už 1 EUR, dauguma šalių praneša, kad vidutinės mažmeninės kainos yra nuo 4 iki 9 EUR už tabletę. Turimi 2004–2009 m. duomenys rodo, kad mažmeninė ekstazio kaina visoje Europoje ir toliau mažėjo arba nekito. Vis dėlto 2009 m. Nyderlandai pranešė apie kainos padidėjimą, ši šalis taip pat praneša apie mažiausias šio narkotiko kainas.

Haliucinogenai ir kitos narkotinės medžiagos

Vis dar manoma, kad LSD vartojimas ir neteisėta apyvarta Europoje yra nedidelio masto. 2004–2009 m. LSD konfiskavimo atvejų padaugėjo, o konfiskuoti kiekiai, dėl Jungtinėje Karalystėje konfiskuoto rekordinio kiekio 2005 m. pasiekę aukščiausią 1,8 mln. vienetų lygį, toliau buvo palyginti maži⁽⁶³⁾. Nuo 2004 m. LSD mažmeninės kainos daugumoje duomenis teikiančių šalių nekito; apie padidėjimą pranešta Belgijoje, o apie sumažėjimą – Latvijoje, Austrijoje ir Kroatijoje. 2009 m. vidutinė vieneto kaina daugumoje iš vienuolikos duomenis teikiančių šalių buvo 7–11 EUR.

Apie haliucinogeninių grybų, ketamino ir GHB bei GBL konfiskavimo atvejus 2009 m. praneša tik keturios ar penkios šalys, atitinkamai pagal narkotiką. Neaišku, kokių mastu konfiskavimo atvejai, apie kuriuos pranešta, atspindi šių narkotinių medžiagų vartojimą ar tai, kad su jomis įprastai netenka kovoti teisėsaugos tarnyboms.

Paplitimas ir vartojimo būdai

Keliose šalyse amfetaminą ar metamfetaminą, dažnai susiivirkdami, vartoja didelė dalis visų probleminių narkotikų vartotojų ir asmenų, norinčių gydytis nuo narkomanijos. Kitaip nei šiuos nuolat narkotikus vartojančius asmenis, sintetiniu būdu pagamintų narkotikų vartojimą, dažnai kartu su alkoholiu, apskritai galima susieti su naktiniais klubais ir šokių renginiais. Ši sąsaja lemia daug aukštesnį vartojimo lygį tarp jaunuolių ir labai didelį vartojimo paplitimo mastą tam tikrose vietose arba tam tikrose subpopuliacijose. Bendras haliucinogeninių narkotikų, pvz., lizergo rūgšties dietilamido (LSD) ir haliucinogeninių grybų, vartojimo paplitimo lygis apskritai yra žemas ir per kelerius pastaruosius metus išliko be didesnių pokyčių.

Amfetaminai

Narkotikų vartojimo paplitimo įverčiai rodo, kad amfetaminų yra bandę maždaug 12,5 mln. europiečių

⁽⁶³⁾ Šis tyrimas preliminarus, nes dar nėra vėlesnių metų duomenų iš Nyderlandų, kurie pranešė apie trečdali 2007 m. Europoje konfiskuoto LSD kiekio.

ir maždaug 2 mln. vartojo šį narkotiką per pastaruosius metus (žr. duomenų santrauką 6 lentelėje). Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) įvairiose šalyse labai skiriasi ir svyruoja nuo 0,1 iki 14,3 proc., o svertinis vidurkis Europoje yra 5,0 proc. Amfetaminų vartojimo per pastaruosius metus paplitimas šioje amžiaus grupėje svyruoja nuo 0,1 iki 2,5 proc., o dauguma šalių praneša 0,5–2,0 proc. paplitimo mastą. Apytikriai apskaičiuota, kad amfetaminų per pastaruosius metus vartojo maždaug 1,5 mln. (1,1 proc.) jaunų europiečių.

Amfetaminų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių 26 ES valstybėse narėse, Norvegijoje ir Kroatijoje – šalyse, kuriose 2007 m. atlikta apklausa, – svyravo nuo 1 iki 8 proc., nors didesnį nei 5 proc. paplitimo mastą nurodė tik Bulgarija ir Latvija⁽⁶⁴⁾. Keturios šalys, kurios apklausas mokyklose atliko 2009 ir 2010 m. (Italija, Slovakija, Švedija, Jungtinė Karalystė), nurodė, kad mažiausiai kartą gyvenime amfetaminų vartojo 3 proc. ar mažiau asmenų.

Keturių šalių (Belgija, Čekija, Nyderlandai, Jungtinė Karalystė) pateikti duomenys apie amfetaminų

vartojimo paplitimą naktiniuose klubuose 2009 m. rodo skirtingus amfetaminų vartojimo per pastaruosius metus lygius – 6–24 proc.

Pastarąjį dešimtmetį amfetaminų vartojimas per pastaruosius metus liko palyginti mažas ir nekintantis daugumoje Europos šalių, o daugumoje duomenis teikiančių šalių, išskyrus Jungtinę Karalystę ir Daniją, paplitimo lygiai buvo žemesni nei 3 proc. Jungtinėje Karalystėje amfetaminų vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) sumažėjo nuo 6,2 proc. 1998 m. iki 1,8 proc. 2009–2010 m. 2000 m. šis rodiklis Danijoje buvo padidėjęs iki 3,1 proc., o 2010 m. jis sumažėjo iki 2 proc. (žr. 8 pav.). 2004–2009 m. laikotarpiu tik Norvegija ir Čekija pranešė apie amfetamino vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų pokytį, kuris buvo didesnis nei vienas procentinis punktas. Čekijoje buvo taikyti skirtingi apklausos metodai, todėl negalima patvirtinti naujusių tendencijų. Mokyklose atliktų apklausų duomenimis, amfetamino ir ekstazio bandymo tarp 15–16 metų moksleivių lygis nedaug kito. 2003–2007 m. dauguma šalių pranešė, kad vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas buvo ir mažas, ir nekintantis.

6 lentelė. Amfetaminų vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per pastaruosius metus
15–64 metų		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	12,5 mln.	1,5–2 mln.
Europos vidurkis	3,8 %	0,5 %
Intervalas	0,0–11,7 %	0,0–1,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Malta (0,4 %) Kipras (0,7 %)	Rumunija, Malta, Graikija (0,0 %) Prancūzija (0,1 %) Čekija, Portugalija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (11,7 %) Danija (6,2 %) Švedija (5,0 %) Norvegija (3,8 %)	Estija (1,1 %) Jungtinė Karalystė (1,0 %) Bulgarija, Latvija (0,9 %) Švedija (0,8 %)
15–34 metų		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	6,5 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	5,0 %	1,1 %
Intervalas	0,1–14,3 %	0,1–2,5 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Malta (0,7 %) Kipras (1,2 %)	Rumunija, Graikija (0,1 %) Prancūzija (0,2 %) Čekija (0,3 %) Portugalija (0,4 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (14,3 %) Danija (10,3 %) Latvija (6,1 %) Norvegija (6,0 %)	Estija (2,5 %) Bulgarija (2,1 %) Danija (2,0 %) Vokietija, Latvija (1,9 %)

Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Siekiant įvertinti bendrą vartotojų skaičių Europoje, šalims, kurių duomenų neturima (ne daugiau kaip 3 proc. tikslinės populiacijos), priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi šių populiacijų duomenimis: 15–64 metų (336 mln.) asmenys ir 15–34 metų (132 mln.) asmenys. Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis apklausų, atliktų nuo 2001 iki 2009–2010 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio skiltyje „Visų gyventojų apklausa“.

⁽⁶⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-11 lentelę.

Probleminis amfetaminų vartojimas

Tik nedaug šalių gali pateikti probleminio amfetaminų vartojimo paplitimo įverčius ⁽⁶⁵⁾, tačiau Europoje turima duomenų apie vartotojus, kurie pradeda gydytis dėl su šiomis medžiagomis susijusių problemų.

Nedidelė dalis gydytis pradedančių asmenų Europoje kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo amfetaminus – maždaug 5 proc. narkotikus vartojančių pacientų, užregistruotų 2009 m. (20 000 pacientų). Vis dėlto Švedijoje (28 proc.), Lenkijoje (25 proc.) ir Suomijoje (17 proc.) amfetamino vartotojai sudaro didelę dalį gydytis pradedančių asmenų. Kitose penkiose šalyse (Belgija, Danija, Vokietija, Vengrija, Nyderlandai) gydomi amfetaminų vartotojai sudaro 6–10 proc. užregistruotų pirmą kartą pradėjusių gydytis asmenų, kitur ši dalis yra mažesnė nei 5 proc. Be to, beveik 20 000 pacientų, kurie pradeda gydytis dėl problemų, susijusių su kitais pagrindiniais narkotikais, kaip antrinį narkotiką nurodo kitokius nei kokainas stimuliantus ⁽⁶⁶⁾.

Vidutinis gydytis pradedančių amfetamino vartotojų amžius yra 30 metų, o vyrų ir moterų santykis (2 : 1) yra mažesnis nei bet kurio kito neteisėto narkotiko atveju. Apie aukštą amfetamino švirkštimosi lygį praneša šalys, kuriose amfetamino vartotojai sudaro didžiausią dalį gydytis pradedančių asmenų (Latvija, Švedija, Suomija), jose 59–83 proc. gydomų vartotojų, kurių pagrindinis narkotikas yra amfetaminas, jį švirkščiasi ⁽⁶⁷⁾.

2004–2009 m. gydymą dėl amfetamino vartojimo pradedančių pacientų tendencijos daugumoje šalių nekito, šiek tiek sumažėjo pirmą kartą gyvenime gydytis pradėjusių pacientų, tai iš esmės lėmė naujų gydomų amfetamino vartotojų skaičiaus sumažėjimas Suomijoje ir Švedijoje (EMCDDA, 2010d).

Kitaip nei kitose pasaulio dalyse, kur metamfetamino pastaraisiais metais imta vartoti daugiau, Europoje jo vartojimo lygis atrodo nedidelis. Anksčiau daugiausia šio narkotiko vartotojų Europoje buvo Čekijoje, o pastaruoju metu – Slovakijoje. Apskaičiuota, kad 2009 m. Čekijoje buvo apytikriai 24 600–25 900 probleminių metamfetamino vartotojų (3,3–3,5 atvejo 1 000 15–64 metų asmenų), maždaug dukart daugiau nei probleminių opioidų vartotojų. Tai rodo statistiškai reikšmingą padidėjimą, palyginti su ankstesniais metais. Slovakijoje 2007 m. buvo apytikriai 5 800–15 700 probleminių metamfetamino vartotojų (1,5–4,0 atvejai

1 000 15–64 metų asmenų), maždaug 20 proc. mažiau nei probleminių opioidų vartotojų.

Metamfetaminą, kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, nurodo didelė gydytis Čekijoje (61 proc.) ir Slovakijoje (30 proc.) pradedančių pacientų dalis. Abi šalys praneša apie bendro gydytis dėl su metamfetaminu susijusių problemų pradedančių asmenų skaičiaus padidėjimą per pastarąjį dešimtmetį. Tarp besikreipiančiųjų dėl gydymo dėl metamfetamino vartojimo švirkštimosi yra paplitęs Čekijoje (79 proc.) ir mažiau – Slovakijoje (37 proc.), nuo 2004 m. šis lygis mažėja. Gydomi metamfetamino vartotojai šiose šalyse, kai pradeda gydytis, yra apytikriai 25 metų amžiaus ⁽⁶⁸⁾.

Pastaraisiais metais metamfetamino atsirado ir kitų šalių narkotikų rinkose, ypač Šiaurės Europoje (Norvegijoje, Švedijoje, Latvijoje ir mažesniu mastu Suomijoje), kurioje jis galėjo iš dalies pakeisti amfetaminą, šias dvi narkotines medžiagas vartotojai labai sunkiai atskiria.

Ekstazis

Narkotikų vartojimo paplitimo įverčiai rodo, kad ekstazio yra bandę maždaug 11 mln. europiečių ir maždaug 2,5 mln. vartojo šį narkotiką per pastaruosius metus (žr. duomenų santrauką 7 lentelėje). Daugiausia šio narkotiko pastaraisiais metais vartojo jauni suaugusieji, o vyrų vartojimo lygis yra daug didesnis nei moterų visose šalyse, išskyrus Graikiją, Rumuniją, Suomiją ir Švediją. Ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas 15–34 metų amžiaus grupėje įvairiose šalyse svyruoja nuo 0,6 iki 12,7 proc., o daugumoje šalių šis įvertis yra 2,1–5,8 proc. ⁽⁶⁹⁾

Ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių šalyse, kuriose 2007 m. atlikta apklausa, svyravo nuo 1 iki 5 proc. Apie didesnį paplitimo lygį pranešta tik Bulgarijoje, Estijoje, Slovakijoje (visose po 6 proc.) ir Latvijoje (7 proc.). Keturios šalys, kurios 2009 m. atliko apklausas mokyklose (Italija, Slovakija, Švedija, Jungtinė Karalystė), nurodė, kad mažiausiai kartą gyvenime ekstazį vartojo 5 proc. ar mažiau asmenų ⁽⁷⁰⁾.

Atliekant kokybinius tyrimus galima gauti informacijos apie „pramoginį“ stimuliuojančių narkotikų vartojimą tarp jaunų suaugusiųjų, kurie Europoje dalyvauja įvairiuose naktinio gyvenimo renginiuose. Šie tyrimai rodo ryškius narkotikų vartojimo pobūdžio skirtumus tarp klientų. Elektroninės šokių muzikos renginiuose besilankantys asmenys yra daug dažniau nurodo vartoję narkotikų nei kitose naktinio gyvenimo vietose besilankantys asmenys. Duomenis

⁽⁶⁵⁾ Probleminis amfetaminų vartojimas apibrėžiamas kaip šių narkotinių medžiagų švirkštimosi arba ilgalaikis ir (arba) reguliarus vartojimas.

⁽⁶⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-5 (ii dalį) ir TDI-22 lenteles.

⁽⁶⁷⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-5 (iv dalį) ir TDI-37 lenteles.

⁽⁶⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-2 (i dalį), TDI-3 (iii dalį) ir TDI-5 (ii dalį) bei (iv dalį) lenteles ir 2006 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (ii dalį).

⁽⁶⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-7 lentelę (iv dalį).

⁽⁷⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-11 lentelę.

7 lentelė. Ekstazio vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis	
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per pastaruosius metus
15–64 metų		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	11 mln.	2,5 mln.
Europos vidurkis	3,2 %	0,7 %
Intervalas	0,3–8,3 %	0,1–1,6 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,3 %) Graikija (0,4 %) Malta (0,7 %) Norvegija (1,0 %)	Rumunija, Švedija (0,1 %) Malta, Graikija (0,2 %) Danija, Lenkija, Norvegija (0,3 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (8,3 %) Airija (5,4 %) Ispanija (4,9 %) Latvija (4,7 %)	Jungtinė Karalystė, Slovakija (1,6 %) Latvija (1,5 %) Čekija (1,4 %)
15–34 metų		
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	7,5 mln.	2 mln.
Europos vidurkis	5,5 %	1,4 %
Intervalas	0,6–12,7 %	0,2–3,2 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija, Graikija (0,6 %) Malta (1,4 %) Lenkija, Norvegija (2,1 %) Portugalija (2,6 %)	Rumunija, Švedija (0,2 %) Graikija (0,4 %) Norvegija (0,6 %) Lenkija (0,7 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Jungtinė Karalystė (12,7 %) Čekija (9,3 %) Airija (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Jungtinė Karalystė (3,2 %) Čekija (2,8 %) Slovakija, Latvija, Nyderlandai (2,7 %)
<small>Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekviename šalyje vidurkį. Siekiant įvertinti bendrą vartotojų skaičių Europoje, šalims, kurių duomenų neturima (ne daugiau kaip 3 proc. tikslinės populiacijos), priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi šių populiacijų duomenimis: 15–64 metų (336 mln.) asmenys ir 15–34 metų (132 mln.) asmenys. Paplitimo Europoje įvertiniai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis apklausų, atliktų nuo 2001 iki 2009–2010 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Šioje santraukoje pateikiamas duomenis galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio skylyje „Visų gyventojų apklausa“.</small>		

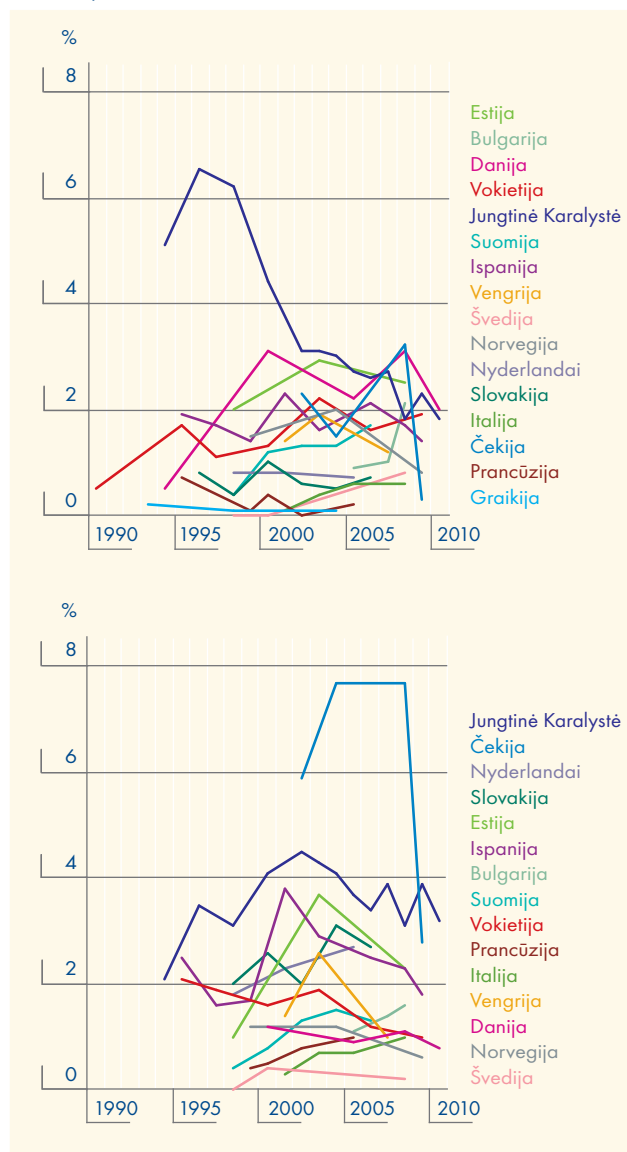
apie ekstazio vartojimo paplitimą naktinio gyvenimo vietose 2009 m. pateikė tik keturios šalys (Belgija, Čekija, Nyderlandai, Jungtinė Karalystė), tačiau nebuvo didelių nurodyto naujaušo (per pastaruosius metus) vartojimo lygio pokyčių, jis buvo 10–75 proc. Tirtose vietose ekstazis buvo labiau paplitęs už amfetaminus.

2003–2009 m. nė viena šalis nepranešė apie ekstazio vartojimo padidėjimą, o Estija, Ispanija, Vokietija, Vengrija ir Jungtinė Karalystė pranešė apie ekstazio vartojimo per pastaruosius metus 15–34 metų amžiaus grupėje sumažėjimą maždaug vienu procentiniu punktu. Vis dėlto yra keletas šalių skirtumų. Šalyse, pranešančiose didesni už vidutinį ekstazio vartojimo per pastaruosius metus lygį, XXI a. pradžioje šio narkotiko vartojimas 15–34 metų amžiaus grupėje paprastai buvo pasiekęs aukščiausią – maždaug 3–5 proc. – lygį (Estijoje, Ispanijoje, Slovakijoje, Jungtinėje Karalystėje; žr. 8 pav.). Vienintelė išimtis yra Čekija, kurioje, kaip apytikriai apskaičiuota, ekstazio vartojimo per pastaruosius metus įvertiniai 2008 m. pasiekė aukščiausią 7,7 proc. lygį ir 2009 m. sumažėjo iki 2,8 proc.

Čekijoje taikyti skirtingi apklausos metodai, todėl negalima patvirtinti naujaušo tendencijų.

Mokyklose atliktos apklausos rodo, kad ekstazio bandžiusių tarp 15–16 metų moksleivių lygis nedaug kito. Sprendžiant iš ne mažesnio nei dviejų procentinių punktų skirtumo nuo 2003 iki 2007 m., daugelyje šalių ekstazio vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas šioje grupėje buvo mažas ir nekito, septyniose šalyse jis didėjo, o trijose mažėjo. Iš pramogų vietose Europoje atliktų tyrimų galima spręsti, kad ekstazio paplitimas sumažėjo. Amsterdame teisėtai marihuana prekiaujančių barų (*coffee shops*) lankytojų tyrimai parodė staigų ekstazio vartojimo per pastarąjį mėnesį sumažėjimą – nuo 23 proc. 2001 m. iki 6 proc. 2009 m. Tyrimas taip pat parodė, kad sumažėjo amfetamino vartojimas mažiausiai kartą gyvenime – nuo 63 iki 41 proc. tuo pačiu laikotarpiu. Belgijoje naktinio gyvenimo vietose reguliariai atliekamas tyrimas parodė, kad ekstazis nebėra antras daugiausia vartojamas neteisėtas narkotikas. Ankstesnių apklausų duomenimis, ekstazio vartojimas per pastaruosius metus buvo 15–20 proc., tačiau 2009 m. jis sumažėjo iki 10 proc.

8 pav. Amfetaminų (viršuje) ir ekstazio (apačioje) vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos



Pastaba. Pateikiami duomenys tik apie šalis, nuo 1998 iki 2009–2010 m. atlikusias ne mažiau kaip tris apklausas. Čekija tiria didelės apklausų rezultatų įvairovės priežastis, kurios, atrodo, iš dalies yra susijusios su metodų pakeitimais. Duomenys pateikiami siekiant suteikti informacijos, bet palyginimus reikėtų vertinti atsargiai. Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-8 ir GPS-21 pav.

Šaltinis: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, paimta iš gyventojų apklausų, pranešimų ar mokslinių straipsnių.

Tik nedaug ekstazio vartotojų kreipiasi dėl gydymo. 2009 m. ekstazį kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodė mažiau nei 1 proc. (1 300) visų užregistruotų pradėjusių gydytis. Vidutinis ekstazį vartojančių pacientų amžius – 26 metai, ir tai yra viena jauniausių nuo narkomanijos pradedančių gydytis amžiaus grupių. Tarp pradedančių gydytis vienai moteriai tenka nuo trijų iki

keturių vyrų. Ekstazį vartojantys pacientai dažnai nurodo kartu vartojantys kitas medžiagas, įskaitant alkoholį, kokainą ir mažiau – kanapes bei amfetaminus ⁽⁷¹⁾.

Iš Europoje atliktų tyrimų galima spręsti, kad ekstazis ar amfetaminai vartojami su alkoholiu. Devyniose Europos šalyse atliktos visų gyventojų apklausos rodo, kad amfetaminų ar ekstazio vartojimo paplitimas tarp dažnai vartojančiųjų alkoholį ar vartojančiųjų jį dideliais kiekiais yra gerokai didesnis už vidurkį (EMCDDA, 2009b). ESPAD apklausų mokyklose duomenų apie 22 šalis analizė rodo, kad 86 proc. 15–16 metų moksleivių, kurie vartojo ekstazio per pastarąjį mėnesį, nurodė kartu gėrę penkis ar daugiau alkoholinio gėrimo vienetų (EMCDDA, 2009b).

Haliucinogenai, GHB ir ketaminas

LSD vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) įverčiai Europoje svyruoja nuo nulio iki 5,5 proc. Nurodomi vartojimo per pastaruosius metus paplitimo lygiai yra gerokai mažesni ⁽⁷²⁾. Vos keliose palyginamus duomenis teikiančiose šalyse daugiausia pranešama apie aukštesnį haliucinogeninių grybų nei LSD vartojimo lygį ir tarp visų gyventojų, ir tarp moksleivių. Haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų įverčiai svyruoja nuo 0,3 iki 14,1 proc., o vartojimo per pastaruosius metus paplitimo įverčiai yra 0,2–5,9 proc. Tarp 15–16 metų moksleivių haliucinogeninių grybų vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo įverčiai daugumoje šalių yra 1–4 proc., o Slovakija (5 proc.) ir Čekija (7 proc.) praneša apie aukštesnius lygius ⁽⁷³⁾.

GHB ir ketamino vartojimo paplitimo tarp suaugusiųjų ir moksleivių įverčiai yra daug mažesni už kokaino ir ekstazio vartojimo įverčius. Vis dėlto šių narkotinių medžiagų vartojimas gali būti labiau paplitęs tam tikrose grupėse, vietose ir geografinėse srityse. Belgijoje, Čekijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje neseniai atliktos tikslinės apklausos, per kurias nustatyti šių narkotinių medžiagų vartojimo paplitimo įverčiai. Šiuose tyrimuose nustatyta, kad GHB vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas svyruoja nuo 3,9 iki 14,3 proc., o vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimas yra iki 4,6 proc. Per tas pačias apklausas nustatyti ketamino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime įverčiai svyruoja nuo 2,9 iki 62 proc., o per pastarąjį mėnesį – nuo 0,3 iki 28 proc. Apklausos ir šalys labai skiriasi, o didelis ketamino vartojimo paplitimas nustatytas tik per 2010 m. atliktą JK muzikos žurnalo apklausą (Winstock, 2011). Šios apklausos duomenimis, ketamino vartojimo lygis yra daug aukštesnis už GHB vartojimo lygį. Toks didelis ketamino paplitimas galėjo

⁽⁷¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-5, TDI-8 ir TDI-37 (i dalį), (ii dalį) bei (iii dalį) lenteles.

⁽⁷²⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-1 lentelę.

⁽⁷³⁾ ESPAD duomenys apie visas šalis, išskyrus Ispaniją. Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-3 pav. (v dalį).

būti nustatytas dėl savarankiškos apklausoje dalyvavusių respondentų atrankos, konkretaus narkotikų vartojimo pobūdžio ir nusistatymo. Nyderlandai pranešė, kad ketaminas tapo šiek tiek populiariesnis tarp tendencijas nustatančių asmenų vakarų regione, tačiau vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimo lygis tarp didelio masto vakarėlių lankytojų 2009 m. lieka mažesnis (1,2 proc.) už GHB vartojimo paplitimo lygį (4,6 proc.). Tarp teisėtai marihuana prekiaujančių Amsterdamo barų (*coffee shops*) lankytojų 2009 m. GHB vartojimas per pastarąjį mėnesį buvo lygus amfetamino vartojimui, tai yra 1,5 proc. Per Vokietijoje, Estijoje, Prancūzijoje ir Nyderlanduose atliktus kokybinius tyrimus nustatyta, kad vartojant GHB yra didelis realus pavojus perdozuoti ir netekti sąmonės arba patirti komą.

Bendrų GHB ir ketamino vartojimo tendencijų negalima nustatyti remiantis pakartotinėmis vakarėlių lankytojų ar pasilinksminimo vietose atliekamomis apklausomis, nurodyti pokyčiai daugeliu atvejų yra nedideli. Belgijoje atlikti pasilinksminimo vietų tyrimai rodo, kad 2008–2009 m. GHB ir ketamino vartojimo per pastarąjį mėnesį lygis padidėjo nuo 2 iki 3 proc. Per naktinio gyvenimo vietų tyrimus Čekijoje nustatyta, kad GHB vartojimo per pastaruosius metus paplitimo lygis padidėjo nuo 1,4 proc. 2007 m. iki 3,9 proc. 2009 m., o ketamino vartojimas tuo pačiu laikotarpiu išaugo nuo 2,2 iki 2,9 proc. Pranešta apie GHB vartojimo per pastarąjį mėnesį sumažėjimą tarp teisėtai marihuana prekiaujančių Amsterdamo barų (*coffee shops*) lankytojų – nuo 2,8 proc. 2001 m. iki 1,5 proc. 2009 m. Tačiau tendencijos Amsterdame yra kitokios nei visuose Nyderlanduose. Be to, tarp JK muzikos žurnalo apklausoje dalyvavusių respondentų GHB vartojimas per pastarąjį mėnesį sumažėjo nuo 1,7 proc. 2009 m. iki mažiau nei 1 proc. 2010 m., o ketamino vartojimas tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo nuo 32,4 proc. iki 28 proc.

Intervencinės priemonės pasilinksminimo vietose

Nors pasilinksminimo vietose narkotikų vartojimo lygis yra aukštas, tik 13 šalių praneša šiose vietose įgyvendinančios prevencijos ar žalos mažinimo intervencines priemones. Nurodytomis intervencinėmis priemonėmis ir toliau siekiama teikti informaciją ir konsultacijas. Šis aspektas yra svarbus ir intervencinėse priemonėse, kurios yra įtrauktos į Sveiko naktinio gyvenimo programą – ES finansuojamą, internetu vykdomą iniciatyvą, kuria siekiama sumažinti naktinio gyvenimo vietose vartojamo alkoholio ir narkotikų daromą žalą. Projekto „Saugesnis naktinis gyvenimas“, kitos ES finansuojamos iniciatyvos, vykdomos pagal programą „Demokratija, miestai ir narkotikai II (2008–2011 m.)“,

tikslas yra ne tik teikti informaciją, bet ir pagerinti naktinio gyvenimo prevencines programas ir profesionalų mokymą.

Neseniai atlikus sisteminę žalos mažinimo priemonių, vykdomų pasilinksminimo vietose, peržiūrą paaiškėjo, kad jos retai vertinamos ir jų veiksmingumas ne visuomet aiškus (Akbar ir kiti, 2011). Per peržiūrą paaiškėjo, kad dažniausiai taikomos intervencinės priemonės, skirtos pasilinksminimo vietų paslaugų darbuotojų mokymui. Paprastai jie mokomi, pavyzdžiui, atpažinti intoksikacijos ženklus bei kada ir kaip atsisakyti aptarnauti klientus. Austrijoje įgyvendinant projektą „taktisch klug“ (gudri taktika) vakarėlių organizatoriams pagalba teikiama rengiant vakarėlį, o jo lankytojams teikiamos konsultacijos, per kurias mokoma kritiškiau vertinti psichoaktyvias medžiagas ir pavojingą elgesį. Apie kelių sudedamųjų dalių aplinkos modelius, kurie priskiriami daugiau teigiamų vertinimo rezultatų gavusioms programoms, daugiausia praneša Šiaurės Europos šalys.

Tyrimai tarptautiniuose kurortuose, kuriems būdingas aktyvus naktinis gyvenimas, rodo, kad šios vietos gali būti susijusios su įtraukimu į narkotikų vartojimą, gausesniu vartojimu ir atkryčiu, be to, jos gali turėti įtakos narkotikų kultūros plitimui tarptautiniu lygmeniu. Tyrimai rodo, kad kai kuriuose kurortuose yra aukštas narkotikų vartojimo ir įsitraukimo į narkotikų vartojimą lygis. Pavyzdžiui, apklausus jaunas žmones (16–35 metų) iš Ispanijos, Vokietijos ir Jungtinės Karalystės, kurie lankėsi Ibisoje ir Maljorkoje, tarp įvairių tautybių ir šių dviejų kurortų nustatyti dideli skirtumai. Narkotikų vartojimo lygis buvo itin aukštas tarp Ispanijos ir Jungtinės Karalystės piliečių, kurie lankėsi Ibisoje, o vienas iš penkių lankytojų iš Jungtinės Karalystės per atostogas šiame kurorte išbandė bent vieną naują narkotiką (Bellis ir kiti, 2009).

Gydymas

Probleminis amfetaminų vartojimas

Amfetaminų vartotojams prieinamos gydymo galimybės Europos šalyse dažnai teikiamos atsižvelgiant į probleminio amfetaminų vartojimo istoriją šalyje ir jo pobūdį, kurie įvairiose šalyse labai skiriasi. Vakarų ir Pietų Europos šalyse gydymo sistemos daugiausia specializavosi tenkinti opioidų vartotojų poreikius. Nors šiose šalyse probleminio amfetaminų vartojimo lygis yra žemas, dėl specialios paskirties gydymo paslaugų trūkumo gali būti užkirstas kelias amfetaminų vartotojams, ypač labiau socialiai integruotiems, gauti gydymą (EMCDDA, 2010d). Šiaurės ir Vidurio Europos šalyse, kuriose jau seniai gydoma nuo amfetaminų vartojimo, kai kurios programos yra pritaikytos amfetaminų vartotojų poreikiams. Vidurio ir Rytų Europos

Amfetaminų vartojimo padariniai sveikatai

Amfetaminų vartojimas mediciniais tikslais siejamas su įvairiu šalutiniu poveikiu, kaip antai anoreksija, nemiga ir galvos skausmu. Neteisėtą amfetaminų vartojimas siejamas su daugiau neigiamų padarinių (EMCDDA, 2010d), pavyzdžiui, trumpalaikiu neigiamu poveikiu (nekantrumas, drebulys, nerimas, galvos svaigimas), prasta savijauta praėjus narkotikų poveikiui (depresija, miego sutrikimai, suicidinis elgesys), dėl ilgalaikio vartojimo atsiradusiu psichologiniu ir psichiniu poveikiu (psichozę, suicidinis elgesys, nerimas ir žiaurus elgesys) bei priklausomybe, kuriai būdinga daug įvairių vartojimo nutraukimo simptomų.

Daug amfetaminų vartojimo padarinių sveikatai tyrimų atlikta Australijoje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose, šalyse, kuriose metamfetamino vartojimas ir ypač kristalinio metamfetamino rūkymas yra opi didelė narkotikų problemos dalis. Nors metamfetamino Europoje vartojama palyginti mažai, apie šį poveikį sveikatai pranešta ir Europoje. Be to, nustatyta smegenų kraujotakos sutrikimų (išeminio ir hemoraginio insulto pavojus) bei ūmi ir lėtinė širdies ir kraujagyslių patologija (ūmus pulso dažnio ir kraujospūdžio padidėjimas). Nuolat vartojant metamfetaminus arba jau esant širdies ir kraujagyslių patologijai gali atsirasti rimtų ir potencialiai mirtinų sveikatos sutrikimų (miokardo išemija ir infarktas). Kiti padariniai sveikatai yra neurotoksiškumas, vaisiaus augimo sutrikimai, susiję su amfetamino vartojimu nėštumo metu, ir dantų ligos.

Švirkščiantis, nors šis vartojimo būdas tarp Europos amfetaminų vartotojų retai pasitaiko, padidėja pavojus užsikrėsti infekcinėmis ligomis (ŽIV ir hepatitu). Čekijoje pranešama, kad tarp amfetamino vartotojų labai paplitęs seksualiai pavojingas elgesys, todėl jie yra labiau pažeidžiami lytiškai plintančių infekcijų atžvilgiu. Čekijoje, Latvijoje ir Nyderlanduose atlikti tyrimai parodė aukštesnį mirtingumo lygį tarp priklausomų ar nuolatinių amfetaminų vartotojų. Vis dėlto sudėtinga apskaičiuoti su amfetaminų vartojimu susijusį mirtingumą, nes dažnai vartojami keli narkotikai (dažniausiai vartojamas dar ir heroinas arba kokainas).

šalyse, kur didelė problemė amfetaminų vartojimas yra naujesnis reiškinys, gydymo sistemos visų pirma yra pritaikytos probleminiams opioidų vartotojams ir čia neskubama atsižvelgti į amfetaminų vartotojų poreikius. Iš 2008 m. ekspertų apklausos paaiškėjo, kad mažiau nei pusė Europos šalių praneša turinčios specializuotas gydymo programas, skirtas amfetaminų vartotojams, kurie nori gydytis.

Dažniausiai taikoma metamfetaminų vartotojų gydymo forma yra psichosocialinis gydymas, teikiamas ambulatorinėse narkomanijos gydymo įstaigose. Problemiškesni vartotojai, pavyzdžiui, tie, kurių priklausomybę nuo amfetaminų sunkina gretutinės psichikos ligos, gali būti gydomi narkomanijos gydymo įstaigų

stacionaruose, psichiatrijos klinikose arba ligoninėse. Europoje ankstyviesiems abstinencijos simptomams slopinti detoksikacijos pradžioje skiriami vaistai (antidepresantai, raminamieji ir antipsichoziniai vaistai), o detoksikacija paprastai atliekama specializuotuose psichiatrijos stacionarų skyriuose. Ilgesnis gydymas antipsichoziniais vaistais kartais skiriamas ilgalaikių psichopatologijų, atsiradusių dėl nuolatinio amfetaminų vartojimo, atvejais. Europos specialistai praneša, kad psichiniai sutrikimai, kurių dažnai turi probleminiai amfetaminų vartotojai, yra sunkiai gydomi. 2008 m. pradžioje Vengrijos sveikatos apsaugos ministerija paskelbė pirmąjį profesionalų amfetaminų vartotojų gydymo protokolą. Protokolas apima diagnozę, nurodytą medicininio ir gydymo be vaistų struktūrą, kitus gydymo būdus ir rehabilitaciją.

Priklausomybės nuo amfetaminų gydymo tyrimai

Nors Čekijoje ir Jungtinėje Karalystėje pranešama apie pakaitinio gydymo skyrimą kai kuriems pacientams, šio metodo veiksmingumas dar neįrodytas. Vis dėlto klinicistai aktyviai analizuoja gydymą medikamentais, kuris gali būti veiksmingas gydant priklausomybę nuo amfetaminų. Tiriant gydomus amfetamino vartotojus paaiškėjo, kad centrinės nervų sistemos stimuliantas dekstroamfetaminas padėjo sumažinti nenumaldomą norą ir vartojimo nutraukimo simptomus ir išlaikyti gydomus pacientus, palyginus su placebo paaiškėjo, kad metamfetamino vartojimas nesumažėjo (Galloway ir kiti, 2011; Longo ir kiti, 2010). Miegoi reguliuoti skirtas vaistas modafinilo tyrimuose nustatyta, kad jis gali pagerinti darbinę atmintį (Kalechstein ir kiti, 2010), tačiau palyginus su placebo nenustatyta jokio poveikio narkotiko vartojimo lygiui, gydomų pacientų išlaikymui, depresijai ar nenumaldomam norui (Heinzerling ir kiti, 2010).

Nedidelėje metamfetaminų vartojančių vyrų, kurie lytiškai santykiuoja su kitais vyrais, grupėje pirmą kartą išbandytas bupropionas – antidepresantas, naudojamas rūkymo nutraukimui palengvinti (Elkashef ir kiti, 2008), tačiau norint patvirtinti teigiamus rezultatus reikia atlikti išsamesnį tyrimą. Kitame bandomajame tyrime, kurio tikslas – kontroliuoti probleminių amfetamino vartotojų dėmesio stokos ir hiperaktyvumo sindromo simptomus, buvo skiriamas ir pailginto atpalaidavimo metilfenidatas, ir savaitiniai įgūdžių ugdymo seansai, tačiau skirtumų palyginti su placebo grupe nenustatyta (Konstenius ir kiti, 2010).

Užregistruota daug šios srities tyrimų, įskaitant priklausomybės nuo amfetamino gydymo pailginto atpalaidavimo naltreksonu tyrimus ir priklausomybės nuo metamfetamino gydymo monoamino antagonistu, angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriumi, *N*-acetilcisteinu, rivastigminu ir vareniklinu tyrimus.

Psichologinių ir elgesio intervencinių priemonių, skirtų su metamfetaminu susijusiems sutrikimams gydyti, tyrimų atliekama nedaug. Australijoje atliktas tyrimas, kuriame bandyta palyginti du psichologinius kovos su metamfetamino vartojimu metodus, tačiau reikšmingų rezultatų gauti nepavyko, nes per daug dalyvių tyrimą nutraukė (Smout ir kiti, 2010). Užregistruotuose tęsiamuose šios srities tyrimuose siekiama išsiaiškinti motyvacinių pokalbių ir pažintinių elgesio įgūdžių ugdymo poveikį priklausomybei nuo narkotikų.

Priklausomybės nuo gamahidroksibutirato gydymas

Priklausomybė nuo gamahidroksibutirato (GHB) yra pripažinta klinikinė būklė, kuriai gali būti būdingas sunkus vartojimo nutraukimo sindromas, jei narkotikas buvo vartojamas reguliariai ir nuolat, o vartoti nutraukta staiga. Yra įrodymų, kad pramoginiams vartotojams gali išsivystyti fizinė priklausomybė, nustatyta atvejų, kai nutraukus GHB ir jo pirmtakų (prekursorių) vartojimą atsirado vartojimo nutraukimo simptomų. Be to, pranešama, kad yra nuo GHB priklausomų buvusių alkoholikų (Richter ir kiti, 2009).

Vykdomuose tyrimuose visų pirma siekiama aprašyti GHB vartojimo nutraukimo sindromą ir susijusias komplikacijas, kurias kraštutiniais atvejais gali būti sunku atpažinti (van Noorden ir kiti, 2009). Šie simptomai gali būti neramumas, nerimo priepuoliai, nemiga, prakaitavimas, tachikardija ir hipertenzija. Be to, vartojimą nutraukusiems pacientams gali atsirasti psichozė ir kliesdesiai. Švelnius vartojimo nutraukimo simptomus galima suvaldyti ambulatorinėse įstaigose, tačiau pasireiškus sunkesniems simptomams rekomenduojama priežiūra stacionare. Šiuo metu nėra jokių standartinių protokolų GHB vartojimo nutraukimo sindromui gydyti.

Ūminiams sutrikimams, susijusiems su GHB vartojimu, gydyti dažniausiai naudojami vaistai yra benzodiazepinai ir barbitūratai. Jungtinėse Valstijose atliekamas nedidelis tyrimas, kuriame lyginamas benzodiazepino lorazepamo ir barbitūrato pentobarbitalio poveikis nuo GHB priklausomų asmenų jaučiamiems subjektyviems vartojimo nutraukimo simptomams mažinti. Nyderlanduose šiuo metu atliekami moksliniai tyrimai, kurių tikslas – sukurti įrodymais pagrįstas priklausomybės nuo GHB gydymo gaires.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

5 skyrius

Kokainas ir krekas

Ižanga

Kokainas ir toliau yra antras pagal paplitimą neteisėtas narkotikas Europoje, tačiau paplitimo lygiai ir tendencijos šalyse gerokai skiriasi. Daugiausia kokaino suvartojama sutelktas tik nedaugelyje, daugiausia Vakarų Europos, šalių, o kitur šio narkotiko vartojimas išlieka nedidelis. Kokaino vartotojai taip pat pasižymi didele įvairove: yra kokaino vartotojų, kurie narkotiką vartoja tik retkarčiais, socialiai integruotų reguliarių vartotojų, kurie paprastai miltelius įkvepia per nosį, ir labiau visuomenės paribyje esančių ir dažnai nuo šio narkotiko priklausomų vartotojų, kurie švirkščiasi kokainą arba vartoja kreką.

Pasiūla ir prieinamumas

Gamyba ir neteisėta apyvarta

Daugiausia kokamedžių, iš kurių išgaunamas kokainas, vis dar išauginama trijose Andų regiono šalyse: Kolumbijoje,

Peru ir Bolivijoje. 2010 m., apytikriais UNODC skaičiavimais (2011), bendras kokamedžių auginimo plotas buvo 149 000 hektarų – 6 proc. mažesnis už 2009 m. nustatytąjį (158 000 hektarų). Šis sumažėjimas daugiausia susijęs su kokamedžių auginimo ploto sumažėjimu Kolumbijoje, kurį iš dalies atsvėrė auginimo plotų padidėjimas Peru ir Bolivijoje. Iš 149 000 hektarų kokamedžių galėjo būti pagaminta 786–1 054 tonų gryno kokaino, palyginti su maždaug 842–1 111 tonų 2009 m. (UNODC, 2011).

Daugiausia kokaino hidrochlorido iš perdirtų kokamedžio lapų pagaminama Kolumbijoje, Peru ir Bolivijoje, nors gaminama gali būti ir kitose šalyse. Informacija apie sunaikintų laboratorijų ir kalio permanganato – kokaino hidrochlorido gamyboje naudojamo cheminio reagento – konfiskavimo atvejų skaičių byloja apie Kolumbijos svarbą kokaino gamyboje. 2009 m. Kolumbijoje sunaikinta 2 900 kokaino laboratorijų (UNODC, 2011) ir konfiskuota iš viso 23 tonos kalio permanganato (90 proc. pasaulyje konfiskuoto kiekio) (INCB, 2011a).

8 lentelė. Kokaino ir kreko gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

	Kokaino milteliai (hidrochloridas)	Krekas (kokaino pagrindas) (1)
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	786–1 054	n. d.
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	732 (2)	n. d.
Konfiskuotas kiekis (tonomis)		
ES ir Norvegijoje	49	0,09
(įskaitant Kroatiją ir Turkiją) (3)	(49)	(0,09)
Konfiskavimo atvejų skaičius		
ES ir Norvegijoje	98 500	7 500
(įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	(99 000)	(7 500)
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR)		
Intervalas	45–104	55–70
(Intervalas tarp kvartilų) (4)	(50,2–78,2)	
Vidutinis grynumas (%)		
Intervalas	18–51	6–75
(Intervalas tarp kvartilų) (4)	(25,0–38,7)	

(1) Informaciją teikia nedaug šalių, todėl duomenis reikėtų vertinti atsargiai.

(2) UNODC vertinimais, šis skaičius lygus 431–562 tonoms gryno kokaino.

(3) Tikėtina, kad bendras 2009 m. konfiskuoto kokaino kiekis iš tiesų yra didesnis, iš esmės todėl, kad trūksta naujų duomenų iš Nyderlandų, šalies, kuri iki 2007 m. pranešdavo apie santykinai didelius konfiskuojamus kiekius. Nesant 2008 ir 2009 m. duomenų, Nyderlandų įverčiai negali būti įtraukti į 2009 m. Europos įverčius.

(4) Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinės dalies intervalas.

Pastaba. Visi duomenys 2009 m.; n. d. – nėra duomenų.

Šaltiniai: UNODC (2011) (pasaulio lygmens vertės), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

Į Europą kokaino siuntos vežamos per daugumą Pietų ir Centrinės Amerikos šalių, daugiausia per Argentiją, Braziliją, Ekvadorą, Venesuelą ir Meksiką. Be to, narkotikas į Europą dažnai keliauja per Karibų salas. Pastaraisiais metais nustatyti kiti keliai – per Vakarų Afriką (EMCDDA ir Europolas, 2010). Nors nuo 2007 m. pranešama, kad per Vakarų Afriką vežamo kokaino konfiskavimo atvejų „gerokai sumažėjo“ (UNODC, 2009), tikėtina, kad dideli šio narkotiko kiekiai tebekeliauja per šį regioną (EMCDDA ir Europolas, 2010).

Atrodo, kad Ispanija, Nyderlandai ir Portugalija, iš dalies Belgija, yra pagrindiniai kokaino patekimo į Europą taškai. Kaip svarbios tranzito ar paskirties šalys Europoje dažnai minimos Vokietija, Prancūzija ir Jungtinė Karalystė. Apytikriais Jungtinės Karalystės skaičiavimais, į šalį kasmet įvežama 25–30 tonų kokaino. Be to, naujos ataskaitos rodo, kad neteisėta kokaino apyvarta gali plėstis rytų kryptimi (EMCDDA ir Europolas, 2010; INCB, 2011b). Bendras dvylikos Vidurio ir Rytų Europos valstybių rodiklis rodo kokaino konfiskavimo atvejų skaičiaus padidėjimą nuo 666 atvejų 2004 m. iki 1 232 atvejų 2009 m., tačiau šie atvejai vis dar sudaro tik 1 proc. visų konfiskavimo atvejų Europoje. Šiame regione konfiskuoto kokaino kiekis 2008–2009 m. padidėjo daugiau nei du kartus, daugiausia dėl rekordinių kiekių konfiskavimo Bulgarijoje (0,23 tonos) ir Rumunijoje (1,3 tonos) – dviejose šalyse, kurios yra prie vadinamojo Balkanų kelio, dažniausiai siejamo su neteisėta heroino apyvarta.

Konfiskavimas

Kokainas yra antras plačiausiai neteisėtai platinamas narkotikas po džiovintų kanapių ir kanapių dervos. 2009 m. pasaulyje konfiskuotas kokaino kiekis iš esmės nepakito – maždaug 732 tonos (žr. 8 lentelę) (UNODC, 2011). Didžiausias kiekis, kaip ir anksčiau, konfiskuotas Pietų Amerikoje – 60 proc. viso pasaulyje konfiskuoto kiekio, antroje vietoje buvo Šiaurės Amerika (18 proc.), trečioje – Europa (8 proc.) (UNODC, 2011).

Europoje per pastaruosius 20 metų kokaino konfiskavimo atvejų vis daugėjo, ypač nuo 2004 m., o 2009 m. kokaino konfiskavimo atvejų skaičius pasiekė 99 000. Daugiausia kokaino konfiskuota 2006 m., nuo tol konfiskuojamo kokaino kiekis sumažėjo perpus, iki apytikriai 49 tonų 2009 m. Bendras konfiskuojamo kokaino kiekis sumažėjo dėl sumažėjusių kiekių Ispanijoje ir Portugalijoje⁽⁷⁴⁾, tačiau neaišku, kiek tai galėjo lemti kontrabandos maršrutų ar praktikos arba teisėsaugos prioritetų pokyčiai. 2009 m. ir didžiausių konfiskuoto kokaino kiekį, ir didžiausių šio narkotiko konfiskavimo atvejų skaičių (maždaug pusę visų atvejų) Europoje, kaip ir ankstesniais metais, nurodė

Ispanija. Tačiau šis vertinimas yra preliminarus, nes dar neturima naujausių Nyderlandų duomenų. 2007 m., paskutiniiais metais, apie kuriuos turima duomenų, Nyderlandai pranešė konfiskavę apytikriai 10 tonų kokaino.

Grynumas ir kaina

Vidutinis tirtų kokaino mėginių grynumas pusėje 2009 m. duomenis pateikusių šalių buvo 25–43 proc. Mažiausias vertes nurodė Danija (tik mažmeninėje prekyboje, 18 proc.) ir kai kurios Jungtinės Karalystės dalys (Anglijoje ir Velse, 20 proc.), o didžiausias – Belgija (51 proc.) ir Ispanija bei Nyderlandai (49 proc.)⁽⁷⁵⁾. Pakankamai duomenų kokaino grynumo tendencijoms 2004–2009 m. išnagrinėti pateikė dvidešimt dvi šalys, devyniolika jų pranešė apie grynumo sumažėjimą, trys nurodė, kad padėtis nepakito (Vokietija, Slovakija), o Portugalijoje pastebėtas koncentracijos padidėjimas⁽⁷⁶⁾. 2004–2009 m. Europos Sąjungoje kokaino grynumas vidutiniškai sumažėjo apytiksliai 20 proc.

Vidutinė mažmeninė kokaino gramo kaina daugumoje 2009 m. duomenis pateikusių šalių svyravo nuo 50 iki 80 EUR. Mažiausių vidutinę kainą (45 EUR) nurodė Jungtinė Karalystė, didžiausių (104 EUR) – Liuksemburgas. Beveik visos pakankamai palygintinų duomenų pateikusios šalys pranešė, kad 2004–2009 m. mažmeninės kokaino

Didmeninės ir mažmeninės narkotikų kainos. Kokainas

Didmeninės narkotikų kainos – tai kainos mokamos už didelius kiekius, kurie bus platinami šalyje, o mažmeninės – tai narkotikų vartotojų mokamos kainos. Lyginant šias kainas galima apytikriai apskaičiuoti didžiausią pelną, kurį neteisėti prekyautojai gali gauti mažmeninėje rinkoje.

Nauji duomenys, kuriuos iš keturiolikos Europos šalių surinko EMCDDA, rodo, kad apytikrė vieno kilogramo kokaino siuntos kaina 2008 m. buvo 31 000–58 000 EUR, dauguma šalių nurodė maždaug 35 000 EUR. Nurodytas vidutinis kokaino grynumas buvo beveik 70 proc.

2008 m. mažmeninės kokaino kainos svyravo nuo 50 000 iki 80 000 EUR už vieno kilogramo kokaino ekvivalentą šiose šalyse, taigi 25–83 proc. viršijo didmenines. Mažmeninėje rinkoje platinamo kokaino grynumas buvo mažesnis už didmeninėje rinkoje parduodamo. Nelygu šalis, mažmeninėje rinkoje platinamo kokaino grynumas buvo 13–60 proc. Vis dėlto norint tiksliai apskaičiuoti pagal grynumą nustatomų didmeninės ir mažmeninės prekybos kainų skirtumus reikia turėti daugiau duomenų.

Metodų ir turimų duomenų prieinamumo Europoje apžvalgą galima rasti 2011 m. paskelbtoje EMCDDA pranešime apie bandomąjį narkotikų didmeninių kainų tyrimą.

⁽⁷⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio SZR-9 ir SZR-10 lenteles.

⁽⁷⁵⁾ Grynumo ir kainų duomenis žr. 2011 m. statistikos biuletenio PPP-3 ir PPP-7 lentelėse.

⁽⁷⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio PPP-2 pav.

kainos nekito arba mažėjo. 2004–2009 m. laikotarpiu mažmeninė kokaino kaina Europos Sąjungoje vidutiniškai sumažėjo apytikriai 21 proc. ⁽⁷⁷⁾

Paplitimas ir vartojimo būdai

Kokaino vartojimas tarp visų gyventojų

Kokainas yra antras dažniausiai išbandomas narkotikas po kanapių Europoje, nors daugiausia jo vartojama keliuose šalyse, kuriose jis plačiai paplitęs; kai kuriose jų kokaino vartotojų populiacijos yra didelės. Apytikriai apskaičiuota, kad šį narkotiką mažiausiai kartą gyvenime bandė maždaug 14,5 mln. europiečių – vidutiniškai 4,3 proc. 15–64 metų suaugusiųjų (žr. duomenų santrauką 9 lentelėje). Vartotojų skaičius šalyse svyruoja nuo 0,1 iki 10,2 proc., o pusė 24 duomenis teikiančių šalių, įskaitant daugumą Vidurio ir Rytų Europos šalių, nurodo žemą šio narkotiko vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimo lygį (0,5–2,5 proc.).

Apytikriai apskaičiuota, kad per pastaruosius metus šio narkotiko vartojo maždaug 4 mln. europiečių (vidutiniškai

1,2 proc.). Kaip rodo naujausios nacionalinės apklausos, vartojimo per pastaruosius metus paplitimo įverčiai svyruoja nuo nulio iki 2,7 proc. Kokaino vartojimo per pastarąjį mėnesį paplitimo Europoje įvertis – maždaug 0,5 proc. suaugusių gyventojų arba apytikriai 1,5 mln. asmenų.

Kelių šalių nurodyti kokaino vartojimo lygiai viršija Europos vidurkį (Airijos, Ispanijos, Italijos, Kipro ir Jungtinės Karalystės). Visose šiose šalyse vartojimo per pastaruosius metus paplitimo duomenys rodo, kad kokainas yra dažniausiai vartojamas neteisėtas stimuliuojantis narkotikas.

Kokaino vartojimas tarp jaunų suaugusiųjų

Apytikriai apskaičiuota, kad Europoje mažiausiai kartą gyvenime kokaino bandė maždaug 8 mln., t. y. vidutiniškai 5,9 proc. jaunų suaugusiųjų (15–34 metų). Tarp šalių šis skaičius svyruoja nuo 0,1 iki 13,6 proc. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus vidurkis šioje amžiaus grupėje Europoje, kaip apytikriai apskaičiuota, sudaro 2,1 proc. (maždaug 3 mln.), o vartojimo per pastarąjį mėnesį vidurkis – 0,8 proc. (1 mln.).

9 lentelė. Kokaino vartojimo paplitimas tarp visų gyventojų (duomenų santrauka)

Amžiaus grupė	Vartojimo laikotarpis		
	Mažiausiai kartą gyvenime	Per pastaruosius metus	Per pastarąjį mėnesį
15–64 metų			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	14,5 mln.	4 mln.	1,5 mln.
Europos vidurkis	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Intervalas	0,1 – 10,2 %	0,0 – 2,7 %	0,0 – 1,3 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Malta (0,4 %) Lietuva (0,5 %) Graikija (0,7 %)	Rumunija (0,0 %) Graikija (0,1 %) Vengrija, Lenkija, Lietuva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumunija, Graikija (0,0 %) Čekija, Malta, Švedija, Lenkija, Lietuva, Estija, Suomija (0,1 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Ispanija (10,2 %) Jungtinė Karalystė (8,8 %) Italija (7,0 %) Airija (5,3 %)	Ispanija (2,7 %) Jungtinė Karalystė (2,5 %) Italija (2,1 %) Airija (1,7 %)	Ispanija (1,3 %) Jungtinė Karalystė (1,1 %) Kipras, Italija (0,7 %) Austrija (0,6 %)
15–34 metų			
Numanomas vartotojų skaičius Europoje	8 mln.	3 mln.	1 mln.
Europos vidurkis	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Intervalas	0,1 – 13,6 %	0,1 – 4,8 %	0,0 – 2,1 %
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas mažiausias	Rumunija (0,1 %) Lietuva (0,7 %) Malta (0,9 %) Graikija (1,0 %)	Rumunija (0,1 %) Graikija (0,2 %) Lenkija, Lietuva (0,3 %) Vengrija (0,4 %)	Rumunija (0,0 %) Graikija, Lenkija, Lietuva, Norvegija (0,1 %) Čekija, Vengrija, Estija (0,2 %)
Šalys, kuriose vartojimo paplitimas didžiausias	Ispanija (13,6 %) Jungtinė Karalystė (13,4 %) Danija (8,9 %) Airija (8,2 %)	Jungtinė Karalystė (4,8 %) Ispanija (4,4 %) Airija (3,1 %) Italija (2,9 %)	Jungtinė Karalystė (2,1 %) Ispanija (2,0 %) Kipras (1,3 %) Italija (1,1 %)

Vidutinis paplitimas Europoje apskaičiuotas pagal svertinį paplitimo atitinkamos amžiaus grupės populiacijoje kiekvienoje šalyje vidurkį. Siekiant įvertinti bendrą vartotojų skaičių Europoje, šalims, kurių duomenų neturima (ne daugiau nei 3 proc. tikslinės populiacijos), priskirtas ES paplitimo vidurkis. Remtasi šių populiacijų duomenimis: 15–64 metų (336 mln.) asmenys ir 15–34 metų (132 mln.) asmenys. Paplitimo Europoje įverčiai pagrįsti svertiniais vidurkiais, nustatytais remiantis apklausų, atliktų nuo 2001 iki 2009–2010 m. (daugiausia 2004–2008 m.), duomenimis, todėl jų negalima susieti su kuriais nors vienais metais. Šioje santraukoje pateikiamus duomenis galima rasti 2011 m. statistikos biuletenio skylyje „Visų gyventojų apklausa“.

⁽⁷⁷⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio PPP-1 pav.

Kokainą itin dažnai vartoja jauni (15–34 metų) vyrai. Danijoje, Ispanijoje, Airijoje, Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas, kaip pranešama, svyruoja nuo 4 iki 6,7 proc. ⁽⁷⁸⁾. Trylikoje iš duomenis teikiančių šalių vyrų ir moterų santykis tarp jaunų suaugusiųjų, vartojusių kokaino per pastaruosius metus, yra mažiausiai 2 : 1 ⁽⁷⁹⁾.

Palyginimai tarptautiniu mastu

Apskritai apytikris kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų Europoje (2,1 proc.) yra mažesnis nei tarp jų bendraamžių Australijoje (3,4 proc. tarp 14–39 metų asmenų), Kanadoje (3,3 proc.) ir Jungtinėse Amerikos Valstijose (4,1 proc. tarp 16–34 metų asmenų). Tačiau Ispanija (4,4 proc.) ir Jungtinė Karalystė (4,8 proc.) nurodo didesnius rodiklius (žr. 9 pav.). Nedidelius skirtumus tarp šalių reikėtų vertinti atsargiai.

Kokaino vartojimas tarp moksleivių

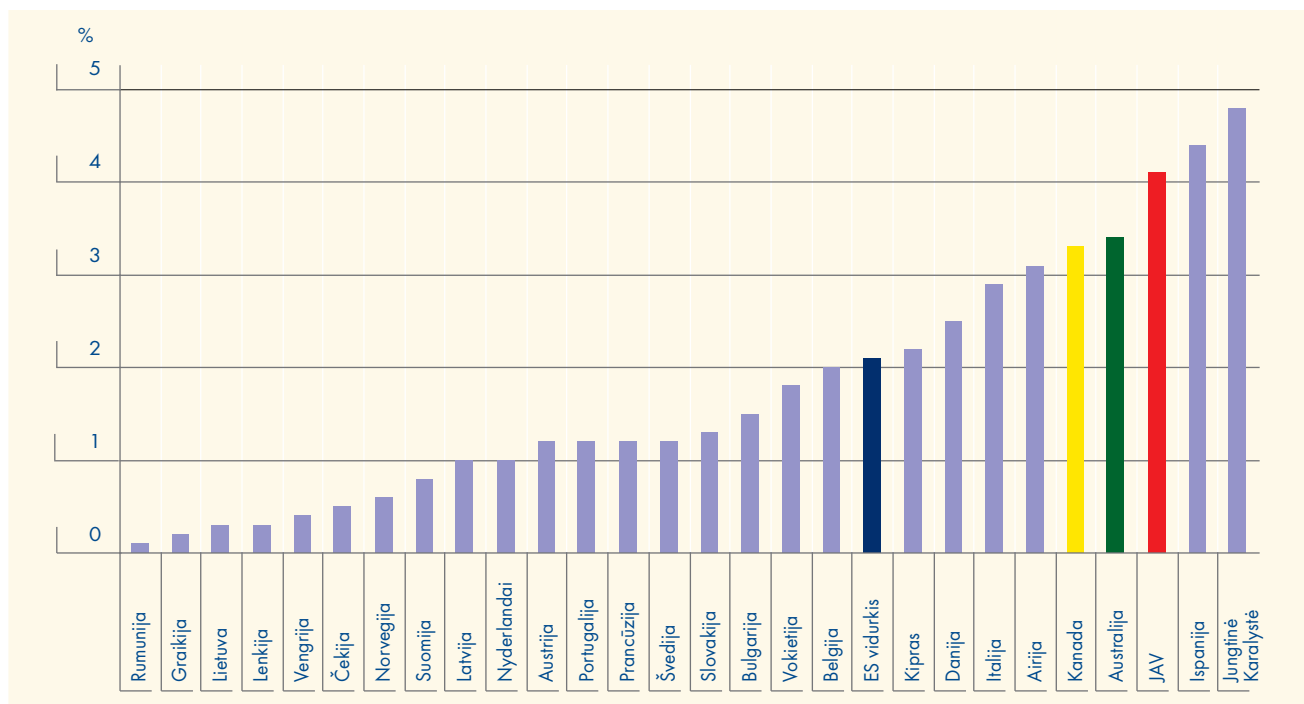
Naujausių apklausų duomenimis, kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių pusėje iš 29 duomenis teikiančių šalių svyravo nuo 1 iki 2 proc. Dauguma likusių šalių nurodė 3–4 proc.

paplitimo lygį, o Prancūzija ir Jungtinė Karalystė – 5 proc. Kaip rodo turimi duomenys apie vyresnio amžiaus moksleivius (17–18 metų), kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp jų paprastai yra didesnis – iki 8 proc. Ispanijoje ⁽⁸⁰⁾.

Kokaino vartojimo tendencijos

Kokaino vartojimo tendencijos Europoje plėtojosi nevienodai. Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, šalyse, kuriose šis narkotikas vartojamas plačiausiai, kokaino vartojimas 10-ojo dešimtmečio pabaigoje stipriai išaugo, o vėliau tapo stabilus, nors apskritai tebedidėja. Keturiuose kitose šalyse (Danijoje, Airijoje, Italijoje ir Kipre) vartojimas augo ne taip ryškiai ir pasireiškė kiek vėliau. Visos šios šalys pranešė, kad kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) buvo didesnis už 2,1 proc. ES vidurkį (žr. 9 pav.). Keturios iš šių šešių šalių pranešė apie bendrą didėjimą per pastaruosius 10 metų, nors naujausia apklausa rodo sumažėjimą (Danija, Ispanija, Italija, Jungtinė Karalystė), tokios tendencijos nustatytos ir Kanadoje bei Jungtinėse Amerikos Valstijose (žr. 10 pav.). Kitos dvi šalys praneša, kad per naujausias apklasas nustatytas

9 pav. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimas tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) Europoje, Australijoje, Kanadoje ir JAV



Pastaba. Duomenys paimti iš paskutinės turimos kiekvienos šalies atliktos apklausos. Vidutinis paplitimo Europoje dydis apskaičiuotas kaip nacionalinių paplitimo dydžių vidurkis atsižvelgiant į 15–34 metų amžiaus gyventojų skaičių kiekvienoje šalyje (2007 m., gauta iš Eurostato). JAV ir Australijos duomenys perskaičiuoti atitinkamai 16–34 ir 14–39 metų amžiaus grupėms remiantis pirminiais apklausų rezultatais. Australijos duomenys atspindi 2007 m., Kanados ir JAV duomenys atspindi 2009 m. Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-20 pav.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

⁽⁷⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-13 pav.

⁽⁷⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-5 lentelę (iii dalį) ir (iv dalį).

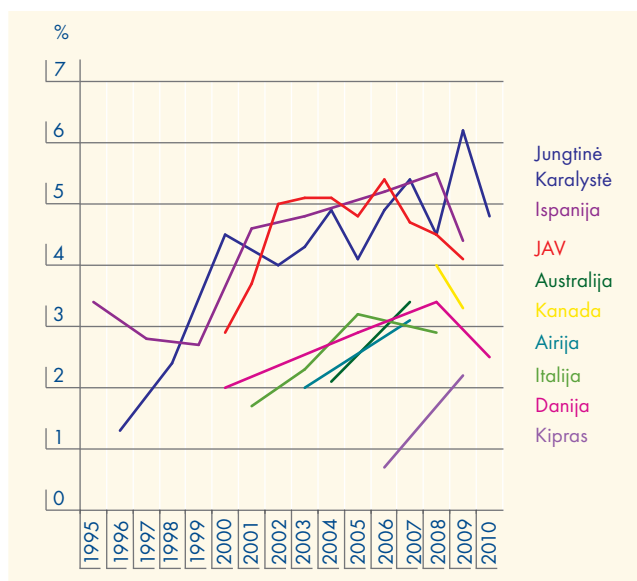
⁽⁸⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio EYE-10–EYE-30 lenteles.

padidėjimas: Airijoje nuo 2,0 proc. 2003 m. iki 3,1 proc. 2007 ir Kipre nuo 0,7 proc. 2006 m. iki 2,2 proc. 2009 m.

Septyniolikoje kitų šalių, kurios pakartotinai atliko apklausas, kokaino vartojimas per pastaruosius metus palyginti nedidelis ir daugeliu atvejų nekito. Galimos išimtyms yra Bulgarija ir Švedija, kurios pranešė apie pastebėtą didėjimą, ir Norvegija, kurioje galima pastebėti mažėjimo tendencijų. Vis dėlto reikia nepamiršti, kad mažus nedidelio paplitimo pokyčius reikia vertinti atsargiai. Bulgarijoje kokaino vartojimas per pastaruosius metus tarp jaunų suaugusiųjų padidėjo nuo 0,7 proc. 2005 m. iki 1,5 proc. 2008 m., o Švedijoje – nuo nulio 2000 m. iki 1,2 proc. 2008 m. ⁽⁸¹⁾ Norvegijoje pranešė apie sumažėjimą nuo 1,8 proc. 2004 m. iki 0,8 proc. 2009 m.

Iš keturių šalių, kurios 2009–2010 m. atliko nacionalines apklausas mokyklose (Italija, Slovakija, Švedija, Jungtinė Karalystė), tik Slovakija pranešė, kad kokaino vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas tarp 15–16 metų moksleivių pakito (sumažėjo) daugiau nei vienu procentiniu punktu. Vokietijoje neseniai atlikus vyresnio amžiaus moksleivių apklausą paaiškėjo, kad Frankfurte 15–18 metų moksleivių, kurie nurodo mažiausiai kartą gyvenime vartoję

10 pav. Kokaino vartojimo per pastaruosius metus paplitimo tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) tendencijos šešiose labiausiai tuo pasižyminčiose ES valstybėse narėse, Australijoje, Kanadoje ir JAV



Pastaba. Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-14 pav. (ii dalyje).
Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

kokainą, dalis 2008 m. šiek tiek padidėjo iki 6 proc., o 2009 m. sumažėjo iki 3 proc. visų moksleivių.

Tikslinės apklauso gali suteikti vertingos informacijos apie jaunų asmenų narkotikų vartojimo elgesį šokių muzikos ir kitose pasilinksminimo vietose. Šios apklauso paprastai parodo didelį kokaino paplitimą, tačiau naujausi tyrimai keliose Europos šalyse rodo jo sumažėjimą. Pavyzdžiui, Amsterdamo teisėtai marihuana prekiaujančių barų (angl. *coffee shops*) lankytojų tyrimas parodė, kad kokaino vartojimas mažiausiai kartą gyvenime sumažėjo nuo 52 proc. 2001 m. iki 34 proc. 2009 m., o vartojimas per pastarąjį mėnesį tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo nuo 19 proc. iki 5 proc. ⁽⁸²⁾ Be to, Nyderlanduose kokybinis tendencijų stebėsenos tyrimas parodė, kad palyginti su ankstesnėmis 20–24 metų asmenų kartomis, dabar šio amžiaus žmonės mažiau susidomėję kokaino vartojimu. Nuo 2003 m. Belgijoje naktinio gyvenimo vietose reguliariai atliekamas tyrimas parodė, kad 2003–2007 m. kokaino vartojimas padidėjo nuo 11 iki 17 proc., o 2009 m. tyrimas parodė sumažėjimą iki 13 proc. Panašūs tyrimai Čekijoje rodo, kad kokaino vartojimas mažiausiai kartą gyvenime padidėjo nuo 19 proc. 2007 m. iki 23 proc. 2009 m. Vis dėlto šiuos nustatytus faktus reikia patvirtinti kitais duomenų rinkiniais.

Kokaino vartojimo būdai

Apklauso rodo, kad pasilinksminimo vietose kokaino vartojimas labai susijęs su alkoholio vartojimu. Iš duomenų, gautų devyniose šalyse per visų gyventojų apklausas, paaiškėjo, kad kokaino vartojimo paplitimas tarp be saiko ir atsitiktinai alkoholi vartojančių asmenų yra 2–9 kartus didesnis ⁽⁸³⁾ nei tarp visų gyventojų (EMCDDA, 2009b). Apklauso taip pat parodė, kad kokaino vartojimas susijęs su kitų neteisėtų narkotikų vartojimu. Pavyzdžiui, išanalizavus 2009–2010 m. Britanijos nusikaltimų apklauso duomenis paaiškėjo, kad 89 proc. suaugusiųjų (16–59 metų), kurie per pastaruosius metus vartojo kokaino miltelių, taip pat vartojo kitų narkotikų, palyginti tik su 42 proc. kanapių vartotojų (Hoare ir Moon, 2010).

Kai kuriose Europos šalyse daug žmonių bandydami pavartoti kokaino tik kartą ar du (Van der Poel ir kiti, 2009). Tarp vartojančiųjų kokainą reguliariau galima išskirti dvi dideles grupes. Pirmąją grupę sudaro geriau socialiai integruoti vartotojai, linkę vartoti kokainą savaitgaliais, per vakarėlius ar kitomis ypatingomis progomis, kartais dideliais kiekiais. Daugelis šių vartotojų nurodo kontroliuojantys savo kokaino vartojimą nustatydami taisykles, pavyzdžiui, dėl kiekio, dažnumo ar vartojimo aplinkybių (Reynaud-Maurupt ir Hoareau, 2010). Kai kurie šių vartotojų gali turėti su

⁽⁸¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio GPS-14 pav. (i dalį).

⁽⁸²⁾ Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad Amsterdamo tendencijos skiriasi nuo visų Nyderlandų tendencijų.

⁽⁸³⁾ Besaikis atsitiktinis alkoholio vartojimas, dar vadinamas besaikėmis išgertuvėmis, čia apibrėžiamas kaip šešių ar daugiau alkoholinio gėrimo vienetų vartojimas ta pačia proga mažiausiai kartą per savaitę per pastaruosius metus.

kokaino vartojimu susijusių sveikatos sutrikimų arba imti vartoti narkotiką kompulsyviai, o tai reikia gydyti. Tačiau tyrimai rodo, kad didelė dalis su kokainu susijusių sveikatos sutrikimų turinčių asmenų gali pasveikti be specialaus gydymo (Cunningham, 2000; Toneatto ir kiti, 1999).

Antrąją grupę sudaro intensyviai kokainą ir kreką vartojantys asmenys, priklausantys visuomenės paribyje esančioms ar socialinę atskirtį patiriančioms grupėms. Ji gali apimti buvusius ar esamus opioidų vartotojus, vartojančius kreką ar švirksčiamąjį kokainą (Prinzleve ir kiti, 2004).

Kokaino vartojimo padariniai sveikatai

Kokaino vartojimo padariniai sveikatai dažnai tinkamai neįvertinami. Tai iš dalies lemia dažnai nenumatyti ar lėtinis patologijų, kurios paprastai atsiranda ilgai vartojant kokainą, pobūdis (žr. 7 skyrių). Nuolat vartojamas, taip pat per nosį įkvepiamas, kokainas gali sukelti širdies ir kraujagyslių ligas, neurologinius ir psichikos sutrikimus, taip pat kelti nelaimių ir

infekcinių ligų perdavimo nesaugių lytinių santykių metu riziką (Brugal ir kiti, 2009), be to, daugėja įrodymų (Caiiffa ir kiti, 2011), kad užsikrėsti galima dalijantis šiaudeliais (Aaron ir kiti, 2008). Iš atliktų tyrimų šalyse, kuriose kokaino vartojimo mastas didelis, matyti, kad didelė jaunų žmonių širdies susirgimų dalis gali būti susijusi su kokaino vartojimu (Qureshi ir kiti, 2001). Pavyzdžiui, atrodo, kad Ispanijoje didelė dalis pacientų, kuriems prireikia skubios pagalbos ligoninėje dėl narkotikų vartojimo, yra kokaino vartotojai, o naujas tyrimas Ispanijoje parodė, kad 3 proc. staigios mirties atvejų susiję su kokaino vartojimu (Lucena ir kiti, 2010). Išaugęs vartojimas Danijoje sutapo su didėjančiais skubių atvejų, susijusių su kokaino vartojimu, skaičiais, kurie išaugo nuo 50 atvejų 1999 m. iki beveik 150 atvejų 2009 m.

Tarp kokaino vartotojų su didžiausiu pavojumi sveikatai, įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas bei psichikos sutrikimus, siejamas kokaino švirksčiamasis ir krekos vartojimas. Ši pavojų paprastai dar labiau padidina socialinė marginalizacija ir su švirksčiamais susijusi rizika, įskaitant infekcinių ligų perdavimą ir perdozavimą (EMCDDA, 2007a).

Kokainas ir alkoholis

Kokaino vartotojai dažnai vartoja ir alkoholį. Gyventojų apklausos rodo, kad kokaino vartojimas ir alkoholio vartojimas, ypač besaikis ir atsitiktinis, dažnai susiję. Dviejuose tyrimuose paaiškėjo, kad daugiau nei pusė gydomų nuo kokaino priklausomų asmenų taip pat buvo priklausomi nuo alkoholio.

Šio derinio populiarumą galima paaiškinti ne tik šių medžiagų vartojimo aplinkybėmis, nes jos yra artimai susijusios su naktinio gyvenimo ir vakarėlių vietomis, bet ir farmakologiniais veiksniais. Apsvaigimas, jaučiamas vartojant abi medžiagas vienu metu, laikomas didesniu nei vartojant tik viengį jų. Be to, kokainas gali susilpninti girtumo poveikį ir neutralizuoti kai kuriuos alkoholio sukeltus elgesio ir psichomotorinius trūkumus. Alkoholis taip pat vartojamas norint sumažinti apsvaigimui nuo kokaino praeinant jaučiamą diskomfortą. Taigi, abiejų medžiagų vartojimas kartu, gali skatinti abiejų jų vartoti daugiau.

Nustatyta kartu vartojamų alkoholio ir kokaino keliama rizika ir toksinis poveikis, kaip antai pulso dažnio ir sistolinio kraujospūdžio padidėjimas, dėl kurio gali pasireikšti širdies ir kraujagyslių komplikacijos. Be to, toks vartojimas gali pažeisti pažintinę ir motorinę funkcijas. Vis dėlto ankstesni tyrimai rodo, jog neatrodo, kad dėl abiejų medžiagų derinio vartojimo kiltų daugiau širdies ir kraujagyslių problemų nei vartojant didesnį kiekvieno narkotiko kiekį (Pennings ir kiti, 2002). Be to, vartojant šias narkotines medžiagas kartu susidaro nauja narkotinė medžiaga kokaetilenas, kepenyse susiformuojantis metabolitas. Vis dar nesutariama, ar kokaetilenas didina pulso dažnį ir turi toksinį poveikį širdžiai.

Daugiau informacijos žr. EMCDDA (2007a).

Probleminis kokaino vartojimas ir gydymo poreikis

Kokaino vartotojus, kurie vartoja šį narkotiką reguliariai, ilgą laiką, ir tuos, kurie jį švirksčiasi, EMCDDA apibrėžia kaip probleminius kokaino vartotojus. Šios populiacijos dydžio įverčiai parodo, kiek apytikriai žmonių gali reikėti gydymo. Tačiau į šiuos įverčius paprastai įtraukiama per mažai geriau socialiai integruotų probleminių kokaino vartotojų, nors jiems taip pat gali reikėti gydymo.

Probleminių kokaino vartotojų įverčių atskirose šalyse turima tik apie Italiją, kurioje, apytikriais skaičiavimais, 2009 m. jų buvo maždaug 178 000 (4,3–4,7 vartotojo 1 000 15–64 metų asmenų) ⁽⁸⁴⁾. Probleminio kokaino vartojimo tendencijų duomenys ir kiti duomenų šaltiniai (pvz., apie gydymosi pradžių) rodo, kad probleminis kokaino vartojimas Italijoje laipsniškai didėja.

Socialiai integruoti kokaino vartotojai retai vartoja kreką. Dažniausiai jį vartoja visuomenės paribyje ir nepalankioje padėtyje esantys asmenys, pavyzdžiui, sekso darbuotojai, probleminiai opioidų vartotojai. Kreko vartojimas labiausiai būdingas miestams (Prinzleve ir kiti, 2004; Connolly ir kiti, 2008). Jis taip pat laikomas viena opiausių Londono narkotikų problemų. Turimi tik Anglijos (Jungtinė Karalystė) kreko vartojimo regioniniai įverčiai, apytikriai apskaičiuota, kad 2008–2009 m. buvo 189 000 probleminių kreko vartotojų – 5,5 (5,4–5,8) vartotojai 1 000 15–64 metų gyventojų. Pranešama, kad dauguma šių kreko vartotojų taip pat yra probleminiai opioidų vartotojai.

⁽⁸⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio PDU-102 lentelę (i dalį).

Gydymo poreikis

Daugiau informacijos apie probleminį kokaino vartojimą galima gauti iš duomenų apie žmonių, pradedančių gydytis nuo kokaino vartojimo, skaičių ir ypatybes. Beveik visi nurodyti gydomi kokaino vartotojai gydomi ambulatoriniuose centruose, tačiau kai kurie gali būti gydomi privačiose klinikose, kurių duomenys neteikiami. Vis dėlto daug probleminių kokaino vartotojų nesigydo (Escot ir Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt ir Hoareau, 2010).

Kokainas, daugiausia kokaino milteliai, dažniausiai nurodoma priežastis, dėl kurios pradėjo gydytis 17 proc. visų užregistruotų narkotikų vartotojų, pradėjusių gydytis 2009 m. Tarp pirmą kartą gyvenime pradėjusių gydytis pacientų vartotojų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, dalis buvo didesnė (23 proc.).

Pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, dalys ir skaičiai įvairiose šalyse gerokai skiriasi. Didžiausias dalis nurodo Ispanija (46 proc.), Nyderlandai (31 proc.) ir Italija (28 proc.). Belgijoje, Airijoje, Kipre ir Jungtinėje Karalystėje gydomi kokaino vartotojai sudaro 11–15 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų. Kitose Europos šalyse kokainą vartoja mažiau nei 10 proc. nuo narkomanijos gydomų pacientų, o šešios šalys praneša, kad šis rodiklis yra mažesnis nei 1 proc. ⁽⁸⁵⁾ Daugiausia gydomų kokaino vartotojų kartu nurodė Ispanija, Italija, ir Jungtinė Karalystė – beveik 58 000 iš 72 000, kuriuos nurodė 26 Europos šalys.

Gydytis nuo narkomanijos pradedančių pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, Europoje kelerius metus daugėjo. Septyniolikos šalių 2004–2009 m. pateiktais duomenimis, gydytis pradėjusių kokaino vartotojų padaugėjo nuo maždaug 38 000 2004 m. iki apytikriai 55 000 2009 m. Tuo pačiu laikotarpiu pradėjusių gydytis pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, skaičius padidėjo beveik trečdaliu – nuo apytikriai 21 000 iki 27 000 (aštuoniolikos šalių duomenimis).

Ambulatoriškai gydomų pacientų charakteristika

Tarp nuo narkomanijos gydomų pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, įskaitant miltelius ir kreką, yra didelis vyrų ir moterų santykis (maždaug penki vyrai kiekvienai moteriai) ir vienas didžiausių amžiaus vidurkių (apytikriai 32 metai). Didžiausias amžiaus vidurkis nustatytas Prancūzijoje, Italijoje ir Nyderlanduose (35 metai). Pranešama, kad vartotojų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, šio narkotiko vartojimo pirmą kartą gyvenime amžiaus vidurkis yra 22,5 metų,

o 86 proc. ši narkotiką pradėjo vartoti nesulaukę 30 metų. Vidutinis laiko tarpas nuo pirmojo kokaino pavartojimo iki gydymosi pradžios yra maždaug devyneri metai. Maždaug trečdali visų pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, nurodė Jungtinė Karalystė, o jų charakteristika nuo pacientų kitose šalyse, kuriose yra didelis gydomų kokaino vartotojų skaičius, skiriasi jaunesniu vidutiniu amžiumi (31 metai), mažesniu vyrų ir moterų santykiu (maždaug trys vyrai kiekvienai moteriai) ir trumpesniu laikotarpiu nuo pirmojo kokaino pavartojimo iki gydymosi pradžios (apytikriai septyneri metai).

Dauguma nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų nurodo, kad pagrindinis šio narkotiko vartojimo būdas yra įkvėpimas per nosį (66 proc.) arba rūkymas (29 proc.). Švirkštimsi kaip pagrindinį vartojimo būdą nurodo tik 3 proc. nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų, o 2005–2009 m. laikotarpiu stebėtas kokaino švirkštimosi lygio mažėjimas. Mėnesį prieš gydymo pradžią beveik pusė nuo kokaino vartojimo gydomų pacientų vartojo narkotiką 1–6 kartus per savaitę, maždaug ketvirtadalis vartojo jį kasdien, o likęs ketvirtadalis narkotiko tuo laikotarpiu nevartojo arba vartojo tik kartais ⁽⁸⁶⁾. Kokainas dažnai vartojamas kartu su kitais narkotikais, ypač alkoholiu, kanapėmis, kitais stimuliantais ir heroinu. 2006 m. atliktas keturiolikos šalių duomenų apie gydymą tyrimas parodė, kad maždaug 63 proc. gydomų pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra kokainas, vartoja kelis narkotikus ir mini su mažiausiai dar vienu narkotiku susijusias problemas. Dažniausiai minimas papildomas problemiškas narkotikas buvo alkoholis, kurį vartoja 42 proc. kokaino vartotojų, kiek mažiau vartojama kanapių (28 proc.) ir heroino (16 proc.) (EMCDDA, 2009b). Kokainas taip pat minimas kaip antrinė vartojama narkotinė medžiaga ⁽⁸⁷⁾, jį vis dažniau nurodo Italijos ir Nyderlandų pacientai, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra heroinas.

Duomenų apie gydymo pradžią analizė rodo, kad Europoje krekos problema tebėra ribota geografiniu požiūriu. 2009 m. pranešama apie maždaug 10 540 pacientų, pradėjusių ambulatoriškai gydytis nuo krekos, pagrindinio vartojamo narkotiko, vartojimo; jie sudaro 16 proc. visų gydomų kokaino vartotojų ir 3 proc. visų ambulatoriškai gydytis nuo narkomanijos pradedančių pacientų. Didžiausių kreką vartojančių pacientų skaičių (maždaug 7 500) nurodė Jungtinė Karalystė, kurioje šie pacientai sudaro 40 proc. gydomų kokaino vartotojų ir 6 proc. ambulatoriniuose centruose nuo narkomanijos gydomų pacientų. Nyderlandai pranešė apie 1 231 gydymą krekos vartotoją, kurie sudaro 38 proc. šalyje gydomų kokaino vartotojų ir 12 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų ⁽⁸⁸⁾. Heroino vartojimas paplitęs tarp gydytis

⁽⁸⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. ir TDI-5 (i dalį), (ii dalį) bei TDI-24 lenteles; Ispanijos duomenis žr. 2008 m.

⁽⁸⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-18 lentelę (ii dalį).

⁽⁸⁷⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-22 lentelę.

⁽⁸⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-115 lentelę.

pradedančių kreko vartotojų. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje apytikriai 31 proc. kreko, kaip pagrindinio vartojamo narkotiko, vartotojų nurodė heroiną kaip antrinį narkotiką, ir tokių asmenų dalis didėja.

Gydymas ir žalos mažinimas

Narkomanijos gydymas Europoje paprastai buvo orientuotas į priklausomybę nuo opioidų. Tačiau didėjant visuomenės susirūpinimui dėl kokaino ir kreko vartojimo, daugelyje šalių pradėta skirti daugiau dėmesio kovai su problemomis, susijusiomis su šiais narkotikais. Nors gydymas nuo kokaino priklausomybės paprastai teikiamas specializuotuose ambulatoriniuose centruose, Danijoje, Airijoje, Italijoje, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje teikiamos būtent kokaino vartotojams skirtos paslaugos. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose priklausomybės nuo kokaino gydymo paslaugų mastas taip pat nėra platus. Šiuo metu dėl kokaino vartojimo problemų gydymo konsultuojama tik Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

Pagrindiniai priklausomybės nuo kokaino gydymo metodai yra psichosocialinės intervencinės priemonės, įskaitant motyvacinį pokalbį, pažintinę elgesio terapiją, elgesio savikontrolės mokymą ir atkryčio intervenciją bei konsultacijas. Pagalbos sau grupės, pavyzdžiui, anoniminių kokaino vartotojų draugija *Cocaine Anonymous* taip pat gali turėti įtakos asmenų, turinčių problemų dėl kokaino vartojimo, pasveikimo procesui. Jų teikiamą paramą galima derinti su įprastiniu gydymu.

Priklausomybės nuo kokaino gydymo tyrimai

Vokietijoje J. Koerkel ir U. Verthein (2010) įvertino elgesio savikontrolės mokymo reikšmę mažinant heroino ir kokaino vartojimą tarp priklausomų asmenų. Pranešama, kad mokymas dalyviams padėjo sumažinti abiejų narkotinių medžiagų vartojimą ir išlaikyti pačių nustatytą narkotikų vartojimo lygį. Dviejuose neseniai Anglijoje atliktuose tyrimuose analizuotas narkomanijos gydymo programų veiksmingumas. Atlikus narkomanijos gydymo rezultatų tyrimą (angl. *The Drug Treatment Outcomes Research Study*) (Jones, A., ir kiti, 2009) nustatyta, kad daugiau nei pusė gydomų kokaino vartotojų liovėsi vartoti narkotiką per 3–5 mėnesius nuo gydymo pradžios. Po metų trukusio gydymo 60 proc. pacientų narkotiko nebevartojo. Panašūs rezultatai pranešti apie kreko vartotojus, gydomus dvylikoje Londono bendruomenės tarnybų (Marsden ir Stillwell, 2010).

Šiuo metu atliekama daug atsitiktinės atrankos tyrimų, kuriuose tiriama nauji vaistai priklausomybei nuo kokaino gydyti. Šiuo metu yra dvi medžiagos, kurios gali turėti tam tikrą poveikį. Nustatyta, kad disulfiramą, medžiaga,

kuri veikia alkoholio metabolizmą, gali turėti teigiamą poveikį priklausomybės nuo kokaino gydymui (Pani ir kiti, 2010a). Šiuo metu Brazilijoje tiriamas jos poveikis priklausomybės nuo kreko gydymui kartu taikant pažintinę elgesio terapiją. Su 103 Meksikos kalinius buvo išbandytas vaistas nuo epilepsijos vigabatriną ir buvo gauti teigiami trumpalaikio tolesnio tyrimo rezultatai. Dabar šio vaisto tyrime JAV dalyvauja 200 pacientų. Nyderlanduose šiuo metu tiriamas naujas metodas, kurį taikant naudojamas rimonabantas (selektyvinis kanabinoidų antagonistas, anksčiau vartotas kaip vaistas nuo nutukimo). Be to, per neseniai Nyderlanduose užregistruotą atsitiktinės atrankos kontroliuojamą priklausomybės nuo kreko tyrimą lyginamos kelios farmakoterapinės priemonės (topiramatas, deksamfetaminas ir modafinilas) (Hicks ir kiti, 2011).

Daugelio kitų tyrimų poveikio priklausomybei nuo kokaino rezultatai nepakankami arba nereikšmingi. Modafinilo, centrinės nervų sistemos stimulantų, poveikis kokaino vartojimui nebuvo didesnis už placebo (Anderson ir kiti, 2009). Ir naltreksonas (opioidų antagonistas), ir vareniklinas (naudojamas priklausomybei nuo rūkymo gydyti) išbandyti su pacientais, turinčiais kelias priklausomybes – ne tik kokaino, bet ir alkoholio ar tabako, tačiau palyginus su placebo vartojimo skirtumų nenustatyta. Buvo tiriama memantino poveikis (vaistas nuo Alzheimerio ligos) kokaino vartojimo mažinimui kartu teikiant skatinamuosius čekius, tačiau gauti rezultatai nebuvo geresni nei placebo tyrimų.

Nenumatytų aplinkybių valdymas buvo veiksmingas nepriklausomai nuo etninės kilmės (Barry ir kiti, 2009), patvirtinta, kad šių strategijų galima sėkmingai derinti su atkryčio prevencija (McKay ir kiti, 2010). Ispanijoje atlikus tyrimą paaiškėjo, kad naudojant čekius kaip paskatinimą ir gaunant paramą iš bendruomenės nuo kokaino priklausomiems vartotojams palengvinama abstinencija (Garcia-Rodriguez ir kiti, 2009). Vis dėlto atlikus kitą tyrimą nustatyta, kad skatinamieji čekiai nėra pakankamai veiksminga priemonė abstinencijai išlaikyti ilgesnį laiką (Carpenedo ir kiti, 2010).

Kita teigiamų rezultatų davusi intervencinė priemonė – įdarbinimu pagrįstas abstinencijos išlaikymas. Pacientai dalyvauja šešių mėnesių trukmės darbo įgūdžių mokymuose, o po jų metų dirba ir gali būti atsitiktinai patikrinti dėl kokaino vartojimo. Kiti tiriama abstinencijos palaikymo metodai yra atidumo ugdymas ir integratyvioji meditacija. Nyderlanduose atliekami tyrimai, kuriais siekiama sumažinti nenumaldomą norą taikant transkranialinę magnetinę stimuliaciją – neurologinių ir psichikos sutrikimų gydymo metodą.

Toliau bandoma sukurti vakciną nuo kokaino. Atsitiktinės atrankos kontroliuojamame tyrime Jungtinėse Amerikos Valstijose (Martell ir kiti, 2009) kokaino darinys buvo susietas su choleros B baltymu, tačiau rezultatai yra nepakankamai tvirti, kad būtų galima tęsti numatytus tyrimus Ispanijoje ir Italijoje. Amerikos mokslininkų grupė šiuo metu atlieka 300 pacientų atranką modifikuotai vakcinos versijai išbandyti, o rezultatus tikimasi gauti 2014 m. (Whitten, 2010). Kitame tyrime vakcina kuriama naudojant paprasto peršalimo virusą kaip pernešėją antikūnų reakcijai paspartinti, tačiau šį modelį dar reikia išbandyti su žmonėmis.

Žalos mažinimas

Kokaino ir krekos vartojimas yra palyginti naujas reiškinys, reikalaujantis permąstyti įprastą žalos mažinimo intervencines priemones. Valstybės narės švirkščiamojo kokaino vartotojams paprastai teikia tokias pat paslaugas ir priemones kaip ir opioidų vartotojams. Vis dėlto švirkščiantis kokainą kyla konkretaus pobūdžio pavojus. Visų pirma gali būti, kad šį narkotiką švirkščiamasi dažniau bei netvarkingai ir padidėja pavojingo seksualinio elgesio rizika. Saugesnio vartojimo rekomendacijas reikia pritaikyti prie šios grupės poreikių. Švirkščiamasi gali būti dažnai, todėl sterilių

reikmenų teikimas vartotojams neturėtų būti ribojamas, jis turėtų būti pagrįstas vietos kokaino vartojimo pobūdžio ir socialinės švirkščiamųjų narkotikų vartotojų padėties vertinimu (Des Jarlais ir kiti, 2009).

Europoje kreką rūkantiems asmenims skirtų žalos mažinimo programų yra nedaug. Šios intervencinės priemonės vertinamos prieštaringai, tačiau jos gali sumažinti pačių vartotojų nurodomą pavojingą elgesį švirkščiantis ir dalijantis rūkymo pypkėmis (Leonard ir kiti, 2008), tačiau jų bendrą veiksmingumą mažinant per kraują perduodamų virusų plitimą dar reikia išsamiau iširti. Keliose narkotikų vartojimo patalpose trijose Europos šalyse (Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose) yra atskiros patalpos, skirtos narkotikų, įskaitant kokainą, inhaliacijai. Kelios žemo slenksčio paslaugų įstaigos Belgijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge ir Nyderlanduose praneša, kad kreką rūkantiems narkotikų vartotojams nereguliariai teikia higieniškas inhaliacijos priemones, kaip antai švarias krekos pypkes arba „krekos rinkinius“ (stiklinis kotelis su kandikliu, metalinis tinklelis, lūpų balzamas ir rankų šluostės). Septyniose ES valstybėse narėse keliose žemo slenksčio paslaugų įstaigose heroino ar kokaino vartotojai taip pat gali gauti folijos.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

6 skyrius

Opioidų vartojimas ir narkotikų švirkštėjimas

Ižanga

Heroino vartojimas, ypač šio narkotiko švirkštėjimas, glaudžiai siejamas su visuomenės sveikatos ir socialinėmis problemomis, pasireiškiančiomis Europoje nuo XX a. 8-ojo dešimtmečio. Su šiuo narkotiku vis dar siejami didžiausi sergamumo ir mirštamumo nuo narkotikų skaičiai Europos Sąjungoje. Po dviejų dešimtmečių, kuriais su heroinu susijusių problemų mastas didėjo stipriausiai, XX a. pabaigoje ir pirmaisiais šio amžiaus metais heroino vartojimo ir susijusios žalos mastas mažėjo. Vis dėlto nuo 2003–2004 m. tendencijos tapo mažiau aiškios, o iš rodiklių galima spręsti apie stabilesnę ar įvairesnę padėtį. Be to, pranešimai apie sintetinių opioidų, pavyzdžiui, fentanilio, vartojimą ir stimuliuojančių narkotikų, kaip antai kokainas ar amfetaminai, švirkštėjimą rodo, kad probleminis narkotikų vartojimas Europoje tampa vis kompleksiškesnis.

Pasiūla ir prieinamumas

Paprastai Europos neteisėtoje narkotikų rinkoje siūlomas dviejų rūšių importuojamas heroinas: plačiai paplitęs rudasis heroinas (heroino cheminis pagrindas), įvežamas daugiausia iš Afganistano, ir baltasis heroinas (druskos pavidalo), paprastai kilęs iš Pietryčių Azijos šalių, nors tokiu pavidalu šio narkotiko pasitaiko gerokai rečiau. Kai kuriose Šiaurės Europos šalyse (pvz., Estijoje, Suomijoje, Norvegijoje) vartojamas fentanilis, sintetinis opioidas, ir jo analogai. Be to, nedideli opioidų kiekiai taip pat gaminami Europoje, daugiausia – naminiai aguonų produktai (pavyzdžiui, aguonų šiaudeliai, aguonų koncentratas iš sutrintų aguonų stiebelių arba galvučių) – kai kuriose Rytų Europos šalyse (Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje).

Gamyba ir neteisėta apyvarta

Europoje vartojamas heroinas daugiausia kilęs iš Afganistano, kur pagaminama daugiausia neteisėto opijaus pasaulyje. Heroiną taip pat gamina Mianmaras, paprastai narkotiką tiekiantis į Rytų ir Pietryčių Azijos rinkas, Pakistanas, Laosas, taip pat Meksika ir Kolumbija, kurios laikomos didžiausiais heroino tiekėjais į Jungtines Amerikos Valstijas (UNODC, 2011). 2007 m. rekordinį lygį pasiekusi

opijaus gamyba pasaulyje, kaip manoma, sumažėjo, daugiausia dėl gamybos Afganistane sumažėjimo nuo 6 900 tonų 2009 m. iki 3 600 tonų 2010 m. Naujausiais vertinimais, pasaulinė heroino gamyba yra 396 tonos (žr. 10 lentelę), kuri sumažėjo nuo apytikriai 667 tonų lygio 2009 m. (UNODC, 2011).

Heroinas į Europą patenka daugiausia dviem kontrabandos keliais. Afganistane pagamintas heroinas įvežamas istoriškai svarbiu Balkanų keliu – per Pakistaną, Iraną ir Turkiją, paskui – į kitas tranzito arba paskirties šalis, daugiausia Vakarų ir Pietų Europą. Heroinas taip pat patenka į Europą „šilko keliu“ per Vidurinę Aziją ir Rusiją. Tuomet dalis šio heroino kontrabanda keliauja per Baltarusiją, Lenkiją ir Ukrainą į kitas paskirties vietas, pavyzdžiui, į Skandinavijos šalis per Lietuvą (INCB, 2011a,

10 lentelė. Heroino gamyba, konfiskavimas, kaina ir grynumas

Gamyba ir konfiskavimas	Heroinas
Pasaulinės gamybos įvertis (tonomis)	396
Pasaulyje konfiskuotas kiekis (tonomis)	76
Konfiskuotas kiekis (tonomis) ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	8 (24)
Konfiskavimo atvejų skaičius ES ir Norvegijoje (įskaitant Kroatiją ir Turkiją)	56 000 (59 000)
Kaina ir grynumas Europoje⁽¹⁾	Rudasis heroinas
Vidutinė mažmeninė gramo kaina (EUR) Intervalas (Intervalas tarp kvartilų) ⁽²⁾	23–135 (37,5–67,9)
Vidutinis grynumas (%) Intervalas (Intervalas tarp kvartilų) ⁽²⁾	13–37 (16,8–33,2)

⁽¹⁾ Informaciją apie baltojo heroino mažmeninę kainą ir grynumą pateikia nedaug šalių, todėl šie duomenys lentelėje nepateikiami. Su jais galima susipažinti 2011 m. statistikos biuletenio PPP-2 ir PPP-6 lentelėse.

⁽²⁾ Nurodytų vidutinių kainų arba grynumo vidurinės dalies intervalas. Pastaba. Visi duomenys 2009 m., išskyrus pasaulinės gamybos įvertį (2010 m.). Šaltinis: UNODC (2011) (pasaulio lygmenys), „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai (Europos duomenys).

2010). Europos Sąjungoje svarbūs antriniai perskirstymo punktai yra Nyderlandai ir Belgija (ši mažiau svarbi).

Konfiskavimas

Visame pasaulyje konfiskuoto opijaus kiekis 2008–2009 m. nekito – atitinkamai 657 ir 653 tonos. Irane konfiskuota beveik 90 proc. viso šio kiekio, o Afganistane – maždaug 5 proc. Pasaulyje konfiskuoto heroino kiekis 2009 m. nekito (76 tonos), o pasaulyje konfiskuoto morfino kiekis sumažėjo iki 14 tonų (UNODC, 2011).

2009 m. Europoje per maždaug 59 000 konfiskavimo operacijų konfiskuotos 24 tonos heroino, du trečdaliai (16,1 tonos) šio kiekio nurodė Turkija. Daugiausia konfiskavimo atvejų ir vėl buvo Jungtinėje Karalystėje (kiek mažiau Ispanijoje) ⁽⁸⁹⁾. Dvidešimt aštuonių duomenis teikiančių šalių 2004–2009 m. duomenys rodo, kad konfiskavimo atvejų daugėjo. Bendra Turkijoje sulaikomo heroino kiekio tendencija skiriasi nuo atitinkamų tendencijų Europos Sąjungoje, tai iš dalies gali būti dėl platesnio ES ir Turkijos teisėsaugos agentūrų bendradarbiavimo. 2004–2009 m. Turkijoje konfiskuoto heroino kiekis padidėjo du kartus, o Europos Sąjungoje šiuo laikotarpiu šiek tiek sumažėjo ir tai daugiausia lėmė konfiskuotų kiekių sumažėjimas Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje – dviejose šalyse, kuriose konfiskuojami kiekiai yra didžiausi Europos Sąjungoje.

Pasaulyje konfiskuoto acto anhidrido (naudojamo heroinui gaminti) kiekis nuo didžiausio, maždaug 200 000 litrų, kiekio, konfiskuoto 2008 m., 2009 m. sumažėjo iki 21 000 litrų. Europos Sąjungos skaičiai rodo dar didesnio mažėjimo tendenciją – nuo didžiausio beveik 150 800 litrų konfiskuoto kiekio 2008 m. iki 866 litrų 2009 m. Vis dėlto Slovėnija pranešė 2010 m. konfiskavusi rekordinį 110 tonų acto anhidrido kiekį. INCB (2011a) nuomone, ES pastangos užkirsti kelią prekursoriaus naudojimui buvo sėkmingos, nes kelios ES valstybės narės ir Turkija tarpusavyje derino savo tyrimus.

Grynumas ir kaina

2009 m. vidutinis ištirto rudojo heroino grynumas daugumoje duomenis teikiančių šalių buvo 16–32 proc.; mažesnes vidutines vertes nurodė Prancūzija (14 proc.) ir Austrija (tik mažmeninėje prekyboje, 13 proc.), o didesnes – Malta (36 proc.), Rumunija (36 proc.) ir Turkija (37 proc.). 2004–2009 m. rudojo heroino grynumas keturiose šalyse padidėjo, keturiose kitose nepakitę, o trijose sumažėjo. Vidutinis baltojo heroino grynumas trijose duomenis teikiančiose Europos šalyse paprastai buvo didesnis (25–50 proc.) ⁽⁹⁰⁾.

Ryškus Afganistane pagaminamo opijaus kiekio sumažėjimas

Apskaičiuota, kad 2010 m. 3 600 tonų pasiekusi opijaus gamyba Afganistane per pastaruosius metus sumažėjo maždaug perpus. Manoma, kad tokio didelio masto aguonų derliaus sumažėjimo priežastys galėjo būti nepalankios oro sąlygos ir aguonų amarai – infekcija, nuniokojusi opijaus laukus pagrindinėse aguonų auginimo provincijose, ypač Helmande ir Kandahare (UNODC ir MCN, 2010). Amarai neturėjo didelio poveikio opijaus auginimo teritorijai, tačiau paveikė pagaminto opijaus kiekį.

Be to, sumažėjus derliaus kiekiui jo nuėmimo metu smarkiai pakilo opijaus kainos. Vidutinė augintojų kaina už kilogramą džiovinto opijaus padidėjo koeficientu 2,6, nuo 64 USD 2009 m. iki 169 USD 2010 m. (UNODC ir MCN, 2010). Tuo pačiu metu Afganistane vidutinė heroino kaina padidėjo koeficientu 1,4.

Aukšta opijaus kaina neturėtų išsilaikyti ilgai. 2004 m. dėl augalų ligos sumažėjus derliaus kiekiui pakilus kaina neišsilaikė nė metus (UNODC ir MCN, 2010). Reikia atidžiai stebėti naujo opijaus gamybos sumažėjimo poveikį vartojimo rinkoms, ypač Europoje.

Šiaurės šalyse mažmeninė rudojo heroino kaina tebebuvo gerokai didesnė nei kitose Europos šalyse – 2009 m. Švedijoje vidutinė gramo kaina buvo 135 EUR, o Danijoje – 95 EUR. Apskritai pusėje duomenis teikiančių šalių gramo kaina svyravo nuo 40 EUR iki 62 EUR. 2004–2009 m. laikotarpiu mažmeninė rudojo heroino kaina sumažėjo pusėje iš keturiolikos ilgalaikės tendencijas pranešančių Europos šalių.

Probleminis narkotikų vartojimas

Probleminį narkotikų vartojimą EMCDDA apibrėžia kaip švirkščiamųjų narkotikų vartojimą arba ilgalaikį ir (arba) reguliarių opioidų, kokaino ir (arba) amfetamino vartojimą. Švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir opioidų vartojimas sudaro didesnę probleminio narkotikų vartojimo Europoje dalį, tačiau keliose šalyse amfetaminų ar kokaino vartotojų dalis taip pat nemaža. Be to, svarbu atsižvelgti į tai, kad probleminiai narkotikų vartotojai daugiausia vartoja kelis narkotikus, o paplitimo rodikliai yra gerokai didesni miestų teritorijose ir socialinę atskirtį patiriančiose grupėse.

Kadangi probleminio narkotikų vartojimo paplitimas palyginti nedidelis ir slaptas, norint apskaičiuoti paplitimo įverčius remiantis turimais šaltiniais (daugiausia narkomanijos gydymo ir teisėsaugos duomenų), reikia ekstrapoluoti statistinius duomenis. Pranešama, kad probleminio opioidų

⁽⁸⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio SZR-7 ir SZR-8 lenteles. Atkreipkite dėmesį, kad, nesant 2009 m. duomenų, bendriems Europos rodikliams apskaičiuoti naudojami atitinkami 2008 m. duomenys.

⁽⁹⁰⁾ Duomenis apie grynumą ir kainą žr. 2011 m. statistikos biuletenio PPP-2 ir PPP-6 lentelėse.

vartojimo paplitimas svyruoja nuo dviejų iki dešimties atvejų 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų. Šis įvertis gali būti nevisiškai tikslus. Pavyzdžiui, jį paprastai įskaičiuojami pakaitinėmis medžiagomis gydomi vartotojai, tačiau galbūt ne visuomet kaliniai, ypač tie, kuriems skirtos ilgesnės trukmės laisvės atėmimo bausmės.

Probleminis opioidų vartojimas

Dauguma Europos šalių dabar gali pateikti „probleminio opioidų vartojimo“ paplitimo įverčius. Naujausi šalių įverčiai svyruoja nuo vieno iki aštuonių atvejų 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų (žr. 11 pav.). Didžiausius dokumentais gerai pagrįstus probleminio opioidų vartojimo įverčius nurodė Airija, Italija, Liuksemburgas ir Malta, o mažiausius – Čekija, Nyderlandai, Lenkija, Slovakija ir Suomija. Mažesnius nei vieno atvejo 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų rodiklius pateikia tik Turkija ir Vengrija.

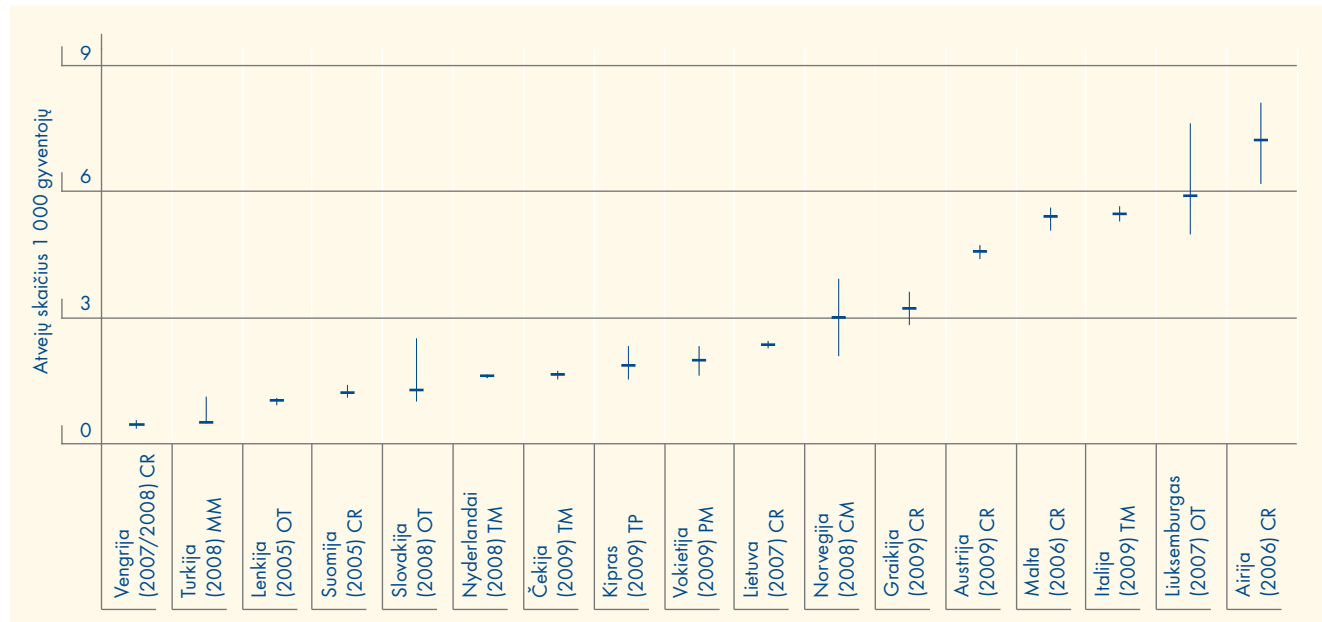
Vidutinis probleminio opioidų vartojimo paplitimas Europos Sąjungoje ir Norvegijoje, kaip apskaičiuota remiantis šalių apklausomis, yra nuo 3,6 iki 4,4 atvejo 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų. Tai atitinka maždaug 1,3 mln. (1,3–1,4 mln.) probleminių opioidų vartotojų Europos Sąjungoje

ir Norvegijoje 2009 m. Lyginant su padėtimi Europoje, kaimyninėse šalyse įverčiai yra dideli: Rusijoje 16 atvejų 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų (UNODC, 2009), o Ukrainoje – 10–13 atvejų 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų (UNODC, 2010). Už Europos vidurkį didesnius probleminio opioidų vartojimo paplitimo įverčius nurodo kitos išsivysčiusios šalys, pavyzdžiui, Australijoje 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų tenka 6,3 atvejo (Chalmers ir kiti, 2009), Kanadoje – 5,0, JAV – 5,8 (UNODC, 2010). Šalis lyginti reikėtų atsargiai, nes gali skirtis tikslinės populiacijos apibrėžtys.

Gydytis pradedantys opioidų vartotojai

Maždaug 216 000, arba 51 proc., iš visų pranešančiųjų apie specializuoto narkomanijos gydymo pradžią 29 Europos šalyse 2009 m. kaip pagrindinį vartojamą narkotiką, dėl kurio vartojimo kreipėsi gydymo, mini opioidus, daugiausia heroiną. Tačiau narkotikų vartotojų, pradedančių gydytis dėl problemų, susijusių su šiais narkotikais, dalys Europoje gerokai skiriasi; šešiose šalyse opioidus vartojantys pacientai sudaro daugiau kaip 80 proc. pradedančiųjų gydytis, septyniose šalyse – 60–80 proc., o tik dviejose iš likusių šešiolikos

11 pav. Probleminio opioidų vartojimo paplitimo metiniai įverčiai (tarp 15–64 metų gyventojų)



Pastaba. Horizontalioji žyma rodo apskaičiavimo tašką; vertikali žyma rodo vertinimo neapibrėžties intervalą: 95 proc. pasikliautinį intervalą arba intervalą, pagrįstą jautrumo analize. Tikslinės grupės dėl skirtingų vertinimo metodų ir duomenų šaltinių gali šiek tiek skirtis, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Suomijoje (15–54 metų), Maltoje (12–64 metų) ir Lenkijoje (visų amžiaus grupių) per tyrimus buvo naudojami nestandartiniai amžiaus intervalai. Visi trys rodikliai pakoreguoti pagal 15–64 metų amžiaus grupę. Vokietijos atveju intervalas rodo visų esančių įverčių aukščiausių ir žemiausių ribas, o apskaičiavimo taškas rodo paprasčiausią vidurio taškų vidurkį.

Nurodant vertinimo metodus, naudojamos santrumpos: CR (įskaitymas–pakartotinis įskaitymas, angl. *capture-recapture*); TM (gydymo multiplikatorius, angl. *treatment multiplier*); MM (mirštamumo multiplikatorius, angl. *mortality multiplier*); CM (sujungti metodai, angl. *combined methods*); TP (sutrumpintas Puasono skirstinys, angl. *truncated Poisson*); PM (policijos multiplikatorius, angl. *police multiplier*); OT (kiti metodai, angl. *other methods*). Papildomos informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio PDU-1 pav. (ii dalyje) ir PDU-102 lentelėje.

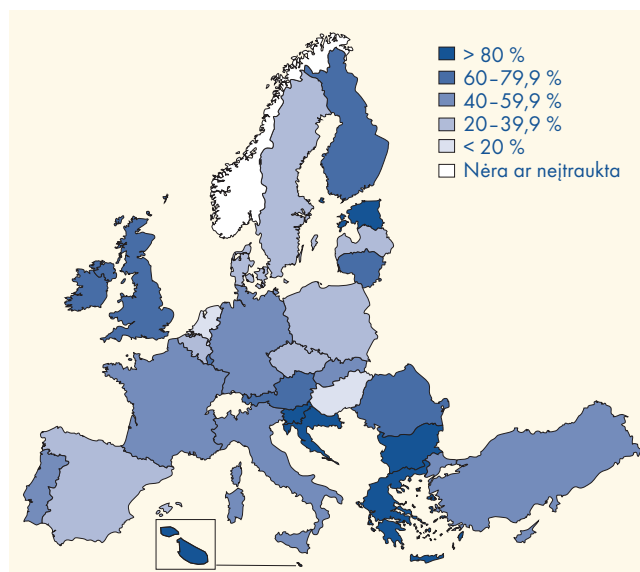
Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

šalių – mažiau nei 20 proc. (žr. 12 pav.). Be to, dar 30 000 kitų narkotikų vartotojų (9 proc. nuo narkomanijos gydomų pacientų) nurodė opioidus kaip antrinį vartojamą narkotiką ⁽⁹¹⁾.

Opioidų vartotojų, pradedančių specializuotą gydymą, amžiaus vidurkis yra 34 metai, o moterys ir pradedantieji gydytis pirmą kartą daugumoje šalių yra jaunesni. Europoje gydomų opioidų vartotojų vyrų yra daugiau nei moterų, jų santykis yra 3 : 1. Šis santykis yra šiek tiek mažesnis šiaurinėse šalyse. Apskritai gydytis pradedančių opioidų vartotojų nedarbo lygis aukštesnis, išsilavinimas žemesnis, o psichiatrinių sutrikimų lygis didesnis negu pacientų, kurių nurodomi pagrindiniai vartojami narkotikai yra kitokie ⁽⁹²⁾.

Beveik visi gydytis pradedantys opioidų vartotojai nurodo pradėję vartoti jaunesni kaip 30 metų (88 proc.), o maždaug pusė (47 proc.) – dar nesulaukę 20-ies. Gydomi opioidų vartotojai nurodo, kad nuo pirmojo opioidų

12 pav. Opioidų, kaip pagrindinių narkotikų, vartotojų dalis procentais tarp visų nurodytų 2009 m. gydymą pradėjusių asmenų



Pastaba. Duomenys išreikšti procentine dalimi asmenų, kurių pagrindinis narkotikas yra žinomas (92 proc. nurodytų pacientų). 2009 m. arba paskutinių metų, apie kuriuos turima informacijos, duomenys. Latvijos ir Portugalijos duomenys rodo pacientus, pradėjusius gydymą pirmą kartą gyvenime. Kai kuriose šalyse, tarp jų Belgijoje, Čekijoje, Vokietijoje ir Prancūzijoje, gali būti nustatyti ne visi opioidų, kaip pagrindinių narkotikų, vartotojai, nes daugelis jų gydomi bendrosios praktikos gydytojų ir apie juos gali būti nepranešta gydymo paslaugų poreikio rodikliui sudaryti.

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

pavartojimo iki gydymo nuo narkotikų priklausomybės pradžios praeina vidutiniškai devyneri metai, o pacientės nurodo trumpesnį vidutinį laikotarpį (septynerius metus) ⁽⁹³⁾. Narkotiko švirkštimąsi kaip įprastinį vartojimo būdą Europoje nurodo maždaug 40 proc. gydytis pradedančių opioidų vartotojų; likę 60 proc. nurodo, kad narkotiką įkvepia per nosį, uosto arba rūko. Maždaug du trečdaliai gydomų opioidų vartotojų (64 proc.) nurodo, kad mėnesį prieš gydymo pradžią narkotiką vartojo kasdien ⁽⁹⁴⁾, be to, dauguma vartoja antrinį narkotiką, dažniausiai alkoholį, kanapes, kokainą ar kitus stimuliantus. Pacientai gana dažnai kartu vartoja heroiną ir kokainą (įskaitant kreklą), tiek švirkšdamiesi jų mišinį, tiek vartodami atskirai.

Probleminio opioidų vartojimo tendencijos

Aštuonių šalių, kuriose buvo pakartotinai skaičiuojami probleminio opioidų vartojimo paplitimo įverčiai, duomenimis, 2004–2009 m. padėtis buvo gana stabili. Remiantis 17 šalių, pateikusių 2004–2009 m. duomenis, imtimi, nurodytas Europoje specializuotą narkomanijos gydymą pradėjusių vartotojų, įskaitant tuos, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra heroinas, skaičius padidėjo (nuo 123 000 iki 143 000). Tačiau ši padidėjimą daugiausia galėjo lemti tai, kad buvo daug pakartotinai besigydančių heroino vartotojų, o ne tai, kad padaugėjo pradėjusių gydytis pirmą kartą ⁽⁹⁵⁾. Tarp pirmą kartą pradėjusių gydytis pacientų heroino vartotojų skaičius ir toliau beveik nekito (apytikriai 32 000 aštuoniolikos šalių imtyje) ⁽⁹⁶⁾. 2004–2009 m. laikotarpio duomenys apie mirties nuo narkotikų atvejus, kurie dažniausiai siejami su opioidų vartojimu, daugumoje duomenis teikiančių šalių iki 2008 m. nekito arba didėjo. Laikinieji 2009 m. duomenys dabar rodo, kad mirties atvejų skaičius nekito arba mažėjo ⁽⁹⁷⁾.

Nors yra ženklų, kad bendra padėtis nekito, Europos opioidų problemos pobūdis keičiasi. Gydomų opioidų vartotojų vidutinis amžius padidėjo, švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis tarp jų sumažėjo, o kitų nei heroinas opioidų vartotojų ir kelių narkotikų vartotojų dalis padidėjo ⁽⁹⁸⁾.

Narkotikų švirkštimsis

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai priklauso didžiausią riziką savo sveikatai dėl narkotikų vartojimo keliančių narkomanų grupei. Jiems gresia per kraują plintančios

⁽⁹¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-2 pav. (ii dalį) ir TDI-5 bei TDI-22 lenteles. Duomenys iš ambulatorinių gydymo centrų ir stacionarų.

⁽⁹²⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 ir TDI-103 lenteles.

⁽⁹³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-11, TDI-33, TDI-106 (i dalį) ir TDI-107 (i dalį) lenteles.

⁽⁹⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-18 ir TDI-111 lenteles.

⁽⁹⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-1 ir TDI-3 pav.

⁽⁹⁶⁾ Žr. 2009 ir 2011 m. statistikos biuletenio TDI-3 ir TDI-5 lenteles.

⁽⁹⁷⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-2 lentelę (i dalį).

⁽⁹⁸⁾ Žr. 2008, 2009, 2010 ir 2011 m. statistikos biuletenių TDI-113 lentelę ir 2009 m. statistikos biuletenio TDI-114 lentelę. Turimi 2005 ir 2009 m. duomenys pateikti pagal opioidų rūšis. Taip pat žr. EMCDDA (2010f).

Kiti opioidai (ne heroinas)

Apie neteisėto kitų nei heroinas opioidų vartojimo masto didėjimą praneša Australija, Kanada, Europa ir Jungtinės Amerikos Valstijos (SAMHSA, 2009). Dauguma šių medžiagų naudojamos medicinos praktikoje kaip skausmo malšinamieji vaistai (morfinas, fentanilis, kodeinas, oksikodonas, hidrokodonas) arba kaip pakaitiniai opioidai priklausomybei nuo heroino gydyti (metadonas, buprenorfinas). Kaip ir vartojant heroiną, vartojant šias medžiagas ne pagal medicininę paskirtį gali pasireikšti neigiamas poveikis sveikatai, kaip antai priklausomybė, perdozavimas ir neigiamas švirkštimosi poveikis.

Europoje apytikriai 5 proc. (maždaug 20 000 pacientų) visų gydytis pradėjusių pacientų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo kitus opioidus nei heroinas. Visų pirma Estijoje, kurioje 75 proc. apklaustųjų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo fentanilį, ir Suomijoje, kurioje 58 proc. pradėjusių gydytis pacientų kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo buprenorfiną. Kitos šalys, kuriose didelė pacientų dalis kaip pagrindinį vartojamą narkotiką nurodo metadoną, morfiną ar kitus opioidus, yra Danija, Prancūzija, Austrija, Slovakija ir Švedija, kuriose kitų nei heroinas opioidų vartotojai sudaro 7–17 proc. visų nuo narkomanijos gydomų pacientų⁽¹⁾. Čekija taip pat praneša, kad 2006–2009 m. buprenorfino vartotojai sudarė per 40 proc. visų probleminių opioidų vartotojų.

Neteisėto opioidų vartojimo lygius galima susieti su įvairiais veiksniais, įskaitant narkotikų rinką ir receptų išrašymo praktiką. Pavyzdžiui, heroino prieinamumo sumažėjimas ir jo kainos padidėjimas gali paskatinti kitų opioidų vartojimą, kaip atsitiko Estijoje su fentaniliu (Talu ir kiti, 2010) ir Suomijoje su buprenorfinu (Aalto ir kiti, 2007). Netinkama receptų išrašymo praktika taip pat gali paskatinti neteisėtą opioidinių vaistų vartojimą. Išsiplėtus pakaitinio gydymo mastui ir stokoiant priežiūros gali susiformuoti neteisėta rinka, o dėl riboto šio gydymo prieinamumo ir per mažų pakaitinių opioidų dozių skyrimo vartotojai gali pradėti gydytis patys, vartodami kitas narkotines medžiagas (Bell, 2010; Roche ir kiti, 2011; Romelsjo ir kiti, 2010).

(1) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-113 lentelę.

infekcijos (pvz., ŽIV ir AIDS, hepatitas) arba narkotikų perdozavimas. Daugumoje Europos šalių švirkštimas dažniausiai siejamas su opioidų vartojimu, nors keliose šalyse jis siejamas su amfetaminų vartojimu.

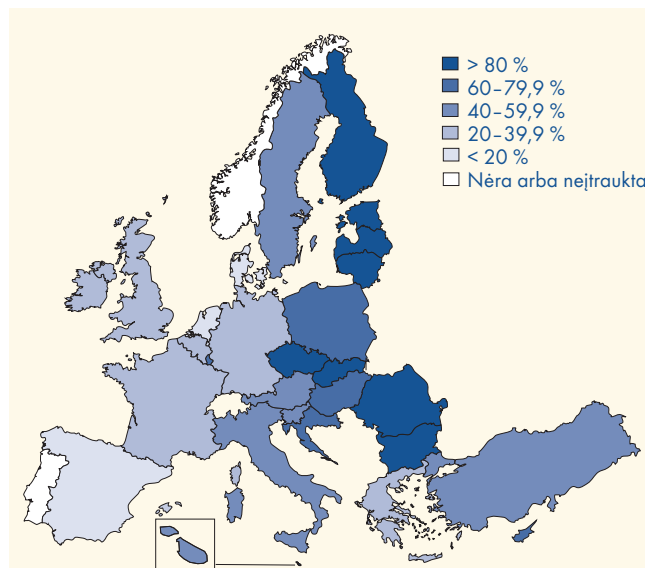
Tik keturiolika šalių galėjo pateikti naujausius švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimo įverčius⁽⁹⁹⁾. Iš turimų duomenų galima spręsti, kad tarp šalių yra didelių skirtumų, daugumoje šalių įverčiai svyruoja nuo mažiau nei vieno iki penkių atvejų 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų, o apie ypač aukštą lygį praneša Estija, kurioje 1 000 gyventojų tenka 15 atvejų. Susumavus šių

keturiolikos valstybių įverčius galima apskaičiuoti, kad 1 000 15–64 metų amžiaus gyventojų tenka apytikriai 2,6 švirkščiamųjų narkotikų vartotojo. Europoje yra ne tik aktyvių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, bet ir labai daug buvusių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (Sweeting ir kiti, 2008), tačiau dauguma ES šalių šių skaičių neteikia.

Maždaug 41 proc. gydomų pacientų, kurių pagrindiniai vartojami narkotikai yra opioidai, daugiausia heroino vartotojai, kaip pagrindinį vartojimo būdą nurodo švirkštimsi. Švirkštimosi lygis tarp opioidų vartotojų šalyse skiriasi nuo 8 proc. Nyderlanduose iki 99 proc. Latvijoje ir Lietuvoje (žr. 13 pav.), tai galima paaiškinti tokiais veiksniais kaip šalies heroino vartojimo istorija, prieinamo heroino tipas (baltasis ar rudasis), kaina ir vartotojų kultūra.

Dėl duomenų stokos ir kai kuriais atvejais plataus įverčių neaiškumo intervalo sunku daryti išvadas apie ilgalaikės narkotikų švirkštimosi paplitimo tendencijas remiantis pakartotiniais paplitimo įverčiais. Turimi duomenys rodo bendrą švirkščiamųjų opioidų, visų pirma heroino, vartojimo sumažėjimą Europoje. Vis dėlto atrodo, kad kai kuriose šalyse švirkštimosi lygiai ir toliau palyginti nekito (Graikijoje, Kipre, Vengrijoje, Kroatijoje, Norvegijoje), o Čekija nurodė švirkščiamųjų narkotikų, daugiausia metamfetamino, vartotojų skaičiaus padidėjimą 2004–2009 m.⁽¹⁰⁰⁾

13 pav. Švirkštimas kaip įprastinis narkotikų vartojimo būdas tarp opioidų kaip pagrindinių narkotikų vartotojų, pradėjusių gydymą 2009 m.



Pastaba. Duomenys išreikšti kaip nurodytų pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra žinomas, dalis procentais. 2009 m. arba paskutinių metų, apie kuriuos turima informacijos, duomenys. Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-5 lentelę (iii dalį) ir (iv dalį).

Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

(99) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio PDU-2 pav.

(100) Žr. 2011 m. statistikos biuletenio PDU-6 lentelę (iii dalį).

Dauguma Europos šalių pranešė, kad 2004–2009 m. tarp gydomų pacientų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas yra heroinas, sumažėjo švirksčiamąjį heroiną vartojančiųjų dalis. Kelios šalys, kuriose tendencijos yra kitokios, praneša, kad heroino vartotojai sudaro didžiausią gydytis pradedančių pacientų dalį.

Gydymas nuo probleminio opioidų vartojimo

Gydymas ir jo aprėptis

Gydymas nuo priklausomybės nuo opioidų tiek be narkotinių medžiagų, tiek jų pakaitalais teikiamas visose ES valstybėse narėse, Kroatijoje, Turkijoje ir Norvegijoje. Daugumoje šalių gydoma ambulatoriškai – gydymą

gali teikti specializuoti centrai, privačiuose kabinetuose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai ir žemo slenkščio paslaugų įstaigos. Keliose šalyse svarbų vaidmenį gydant priklausomybę nuo opioidų atlieka stacionarinio gydymo centrai⁽¹⁰¹⁾. Labai nedaug šalių atrinktų nuolatinių heroino vartotojų grupėms teikia gydymą naudojant heroiną.

Opioidų vartotojams gydymas be narkotinių medžiagų paprastai skiriamas įvykdžius detoksikacijos programą, pagal kurią jie vartoja vaistus fiziniams vartojimo nutraukimo simptomams suvaldyti. Gydymas be narkotinių medžiagų – tai terapinis metodas, pagal kurį iš asmenų paprastai reikalaujama susilaikyti nuo visų medžiagų, taip pat pakaitinių, vartojimo. Pacientai dalyvauja dienos veikloje, jiems teikiama intensyvi psichologinė parama. Gydymas gali būti teikiamas ir ambulatoriškai, ir stacionare, bet valstybės narės dažniausiai praneša įgyvendinančios programas gyvenamuosiuose gydymo centruose (arba rehabilitacijos programas) daugiausia taikant terapinio poveikio bendruomenės principus arba Minesotos modelį.

Pakaitinis gydymas, daugiausia teikiamas kartu su psichosocialine priežiūra, paprastai teikiamas specializuotuose ambulatoriniuose centruose. Keturiolika šalių praneša, kad tokį gydymą taip pat teikia bendrosios praktikos gydytojai, paprastai pagal bendrosios su specializuotais gydymo centrais priežiūros schemas. Apytikriai apskaičiuota, kad 2009 m. Europos Sąjungoje, Kroatijoje ir Norvegijoje pakaitinis gydymas taikytas 700 000 (690 000 ES valstybėse narėse) opioidų vartotojų, šis įvertis padidėjo nuo 650 000 2007 m. ir maždaug puse milijono nuo 2003 m.⁽¹⁰²⁾ Daugiausia pakaitinio gydymo atvejų vis dar tebėra penkiolikoje ES valstybių narių, kurios į ES įstojo iki 2004 m. (maždaug 95 proc. gydymo atvejų), 2003–2009 m. rodikliai šiose šalyse ir toliau didėjo (žr. 14 pav.). Tarp šių šalių didžiausias padidėjimas nustatytas Suomijoje, kurioje gydymo atvejų skaičius išaugo tris kartus, ir Austrijoje bei Graikijoje, kuriose šis įvertis padidėjo dukart.

2003–2009 m. dvylikoje vėliau prie ES prisijungusių šalių pacientų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas, skaičius padidėjo beveik tris kartus, nuo 6 400 iki 18 000. Lyginant su 2003 m. rodikliu, 2005–2007 m. matyti nemažas padidėjimas, tačiau nuo tada iki dabar jis padidėjo nedaug. Pakaitinio gydymo plitimas šiose šalyse šešerių metų laikotarpiu proporcingai didžiausias buvo Estijoje (16 kartų, nuo 60 iki daugiau kaip 1 000 pacientų, tačiau pasiekta tik 5 proc. opioidus susišvirksčiančių pacientų) ir Bulgarijoje (aštuonis kartus), o Latvijoje šis rodiklis padidėjo triskart. Apie mažiausią padidėjimą pranešė Slovakija ir Vengrija, o Rumunijoje pacientų skaičius beveik nepakito. Išaugusį pakaitinio gydymo taikymo mastą galima susieti

Heroino stygius Europoje?

Pranešama, kad nuo 2010 m. pabaigos iki 2011 m. pradžios Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje gerokai sumažėjo heroino. Tai galima pagrįsti smarkiai sumažėjusiu konfiskuoto heroino grynumu Jungtinėje Karalystėje nuo 2009 m. trečio ketvirčio iki 2010 m. trečio ketvirčio (UNODC, 2011).

Stygius mastas kitose Europos šalyse yra ne toks ryškus, nors iš ataskaitų galima spręsti, kad Italijoje ir Slovėnijoje būta heroino stygius. Kitos ES valstybės narės, įskaitant Vokietiją, Prancūziją ir Skandinavijos šalis, praneša, kad heroino sumažėjo tik nespūriai arba visiškai nesumažėjo.

Išskiriamos kelios šio heroino stygius priežastys. Visų pirma manoma, kad daugiausia įtakos galėjo turėti dėl 2010 m. pavasarį išplitusių aguonų amarų Afganistane sumažėjusi opijaus gamyba. Vis dėlto ši prielaida yra ginčytina, nes policijos ataskaitos rodo, kad iš Afganistano opijaus pagamintas heroinas Europos narkotikų rinkose pasirodo per apytikriai 18 mėnesių nuo derliaus nuėmimo. Antrasis argumentas yra tai, kad Vakarų Europai skirtas heroinas buvo nukreiptas į Rusijos rinką, tačiau atrodo, kad Rusijoje heroino stygius taip pat jaučiamas. Be to, teigiama, kad teisėsaugos tarnybų pastangomis pavyko apriboti neteisėtą apyvartą, ypač sunaikinant didmeninės prekybos heroinu tinklus tarp Turkijos ir Jungtinės Karalystės. Be to, pastaraisiais metais (2007, 2008) Europoje konfiskuoti rekordiniai heroino pirmtako (prekursoriaus) acto anhidrido kiekiai, o šie konfiskavimo atvejai galėjo turėti įtakos narkotikų rinkai ilgesniu laikotarpiu. Galiausiai heroino tiekimo į Europą mastą galėjo lemti ir kiti pokyčiai Afganistane, pavyzdžiui, karo veiksmai šalies pietuose ir teisėsaugos tarnybų veiksmai prieš heroino laboratorijas ir opijaus atsargas.

Tikėtina, kad keletas iš šių veiksnių turėjo įtakos heroino tiekimui į Europą, todėl kai kuriose rinkose buvo didelis šio narkotiko trūkumas.

⁽¹⁰¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio TDI-24 lentelę.

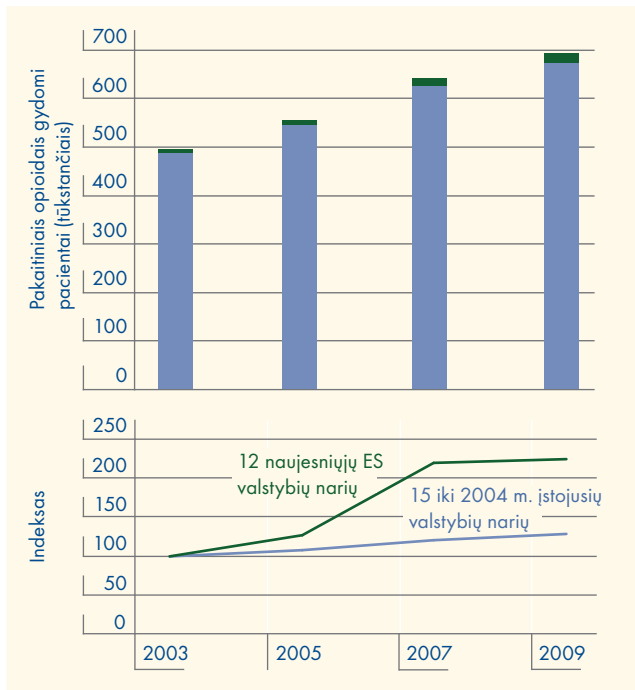
⁽¹⁰²⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę.

su keletu veiksnių: kovojama su aukštu švirkščiamųjų narkotikų vartojimo lygiu ir su tuo susijusiais ŽIV perdavimo atvejais, įgyvendinama ES kovos su narkotikais strategija, o tarptautinės organizacijos, pavyzdžiui, Pasaulio fondas ir UNODC, finansuoja bandomųjų tyrimų projektus.

Lyginant pacientų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas, skaičių ir apytikrį probleminių opioidų vartotojų skaičių, Europoje matyti skirtingas aprėpties lygmuo. Iš šešiolikos šalių, kurios pateikė patikimus probleminių narkotikų vartotojų skaičiaus įverčius, aštuonios šalys praneša, kad gydymo pakaitalais atvejų skaičius sudaro 40 proc. ar daugiau tikslinės populiacijos. Septynios iš šių šalių į ES įstojo iki 2004 m., o likusi šalis, kurioje aprėptis didelė, yra Malta. Nyderlanduose aprėptis yra 37 proc., o Čekijoje ir Vengrijoje – 32 proc. Iš penkių šalių, kuriose aprėpties lygis yra mažesnis negu 30 proc., keturios yra naujesnės valstybės narės. Šios grupės išimtis yra Graikija, kurioje apskaičiuota aprėptis yra 23 proc. ⁽¹⁰³⁾

Vidurio ir Rytų Europos šalys praneša apie pastangas pagerinti pakaitinio gydymo prieinamumą, kokybę ir teikimą. 2010 m. Lietuvoje paskelbtos rekomendacijos dėl priklausomybės nuo opioidų gydymo metadonu ir

14 pav. Pakaitiniais opioidais gydomi pacientai penkiolikoje iki 2004 m. į ES įstojusiu ir dvylikoje naujesnių ES valstybių narių: apytikriai skaičiai ir indeksuotos tendencijos



Pastaba. Daugiau informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-2 pav.
Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

buprenorfinu. Latvijoje geografiškai plečiasi pakaitinio gydymo prieinamumas, nes naujos gydymo paslaugų tarnybos steigiamos ne tik sostinėje Rygoje. Čekijoje patvirtinti nuostatai dėl gydymo pakaitiniais opioidais finansavimo nacionalinio sveikatos draudimo lėšomis. Vis dėlto Lenkija praneša, kad dėl nepakankamo pakaitinio gydymo finansavimo ribojama jo geografinė aprėptis, o Bulgarijoje pagrindiniai pakaitinio gydymo teikėjai, kurie nėra valstybės lėšomis finansuojamos organizacijos, gerokai mažina gydymo vietų skaičių.

Apytikriais skaičiavimais, Europos Sąjungoje pakaitinis gydymas prieinamas maždaug pusei probleminių opioidų vartotojų, apie panašų lygį pranešama Australijoje ir Jungtinėse Valstijose, tačiau jis yra aukštesnis negu Kanadoje. Kinija praneša apie daug mažesnius lygius, o Rusija, nors joje yra didžiausias nustatytas probleminių opioidų vartotojų skaičius, tokio gydymo netaiko (žr. 11 lentelę).

Europoje dažniausiai skiriamas pakaitinis opioidas yra metadonas, kurį vartoja iki trijų ketvirtadalių pacientų. Buprenorfinas skiriamas iki ketvirtadalio Europoje pakaitinėmis medžiagomis gydomų pacientų, jis yra pagrindinis pakaitinis opioidas Čekijoje, Prancūzijoje, Kipre, Suomijoje, Švedijoje ir Kroatijoje ⁽¹⁰⁴⁾. Buprenorfino ir nalaksono derinys prieinamas penkiolikoje šalių. Gydymas pailginto atpalaidavimo geriamuoju morfinu (žr. toliau), kodeinu (Vokietijoje, Kipre) ir diacetilmorfinu ⁽¹⁰⁵⁾ (Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje) sudaro nedidelę visų gydymo atvejų dalį.

Bulgarijoje, Austrijoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje priklausomybė nuo opioidų gydoma ne tik įprastiniais pakaitiniais opioidais, tačiau kaip alternatyvus pakaitinis vaistas taip pat skiriamas pailginto atpalaidavimo geriamasis

11 lentelė. Probleminio opioidų vartojimo paplitimo ir pakaitiniais opioidais gydomų pacientų skaičiaus tarptautinis palyginimas

	Probleminiai opioidų vartotojai	Pakitaisiais opioidais gydomi pacientai
Europos Sąjunga ir Norvegija	1 300 000	695 000
Australija	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
Kinija	2 500 000	242 000
Rusija	1 600 000	0
JAV	1 200 000	660 000

Pastaba. 2009 m., išskyrus Kanados duomenis (2003 m.).
Šaltiniai: Arfken ir kiti (2010), Chalmers ir kiti (2009), Popova ir kiti (2006), UNODC (2010); Yin ir kiti (2010).

⁽¹⁰³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-1 pav.

⁽¹⁰⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-3 lentelę.

⁽¹⁰⁵⁾ Žr. langelį „Gydymas naudojant heroiną“.

morfinas, kuris iš pradžių buvo skiriamas vėžiu sergantiems pacientams skausmui malšinti. Neseniai atlikus trylikos tyrimų apžvalgą (Jegu ir kiti, 2011) prieita prie išvados, kad gydymų šios medžiagos vartotojų išlaikymo lygis buvo pakankamai aukštas (80,6–95 proc.) ir nesiskyrė nuo metadono vartotojų įverčio. Dauguma tyrimų parodė, kad vartojant morfiną pagerėja gyvenimo kokybė, sumažėja vartojimo nutraukimo simptomai, nenumaldomas noras ir neteisėtų narkotikų vartojimas, tačiau nebuvo atlikta palyginimų su kitais pakaitiniais opioidais. Daugiau informacijos gali atsirasti atlikus būsimą sisteminę apžvalgą „Cochrane“.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas: veiksmingumas ir rezultatai

Nustatyta, kad veiksmingusias priklausomybės nuo opioidų gydymo būdas yra gydymas pakaitiniais opioidais, derinamas su psichosocialinėmis intervencinėmis priemonėmis. Palyginti su detoksikacija ar gydymo netaikymu, ir gydymo metadonu, ir didelių dozių buprenorfinu rezultatai, vertinant gydymų pacientų išlaikymą, yra geresni, o vertinant narkotikų vartojimą, nusikalstamą veiklą, pavojingą elgesį ir ŽIV perdavimą, perdozavimą ir bendrą mirštamumą, yra gerokai geresni (PSO, 2009).

Atliekant keletą naujausių tyrimų analizuojami vaistai, kuriais gali būti papildytas pakaitinis gydymas. Atliekant dvi sisteminės peržiūras tirta, ar antidepresantais galima sumažinti pasitraukimo iš gydymo lygį tarp metadonu ir buprenorfinu gydymų pacientų, tačiau veiksmingumo įrodymų nenustatyta (Pani ir kiti, 2010b; Stein ir kiti, 2010). Kitas tyrimas parodė, kad viena papildoma metadono dozė galėtų padėti sumažinti nenumaldomo noro sukeltas nuotaikos problemas tarp stabilizuotų metadono pacientų (Strasser ir kiti, 2010).

Opioidų receptoriaus antagonistas naltreksonas skiriamas opioidų vartojimo atkryčio prevencijai. Nedideliame tyrime nustatyta, kad ir nenumaldomo noro, ir atkryčio mažinimo atžvilgiu naltreksono implantai yra veiksmingesni už geriamąjį naltreksoną (Hulse ir kiti, 2010). Paleistų kalinių tyrimas parodė, kad mažinant heroino ir benzodiazepinų vartojimą naltreksono implantų veiksmingumas buvo panašus į metadono veiksmingumą (Lobmaier ir kiti, 2010). Buprenorfino implantai sukurti siekiant įveikti su nurodymų nesilaikymu susijusias problemas ir užkirsti kelią piktnaudžiavimui gydymu, o Jungtinėse Amerikos Valstijose jų poveikis buvo palygintas su placebo implantų poveikiu. Preliminaraus tyrimo duomenimis, išlaikant abstinenciją aktyvių implantų veiksmingumas buvo tik šiek tiek didesnis (Ling ir kiti, 2010), o kitu etapu šie implantai bus lyginami su kitais gydymo metodais (O'Connor, 2010). Europoje, Suomijoje, atliekant tyrimą tikrinama, ar teikiant

Gydymas naudojant heroiną

Gydymas naudojant heroiną teikiamas iš viso apytikriai 1 100 probleminių opioidų vartotojų penkiose ES valstybėse narėse (Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose, Jungtinėje Karalystėje) ir 1 360 probleminių opioidų vartotojų Šveicarijoje. Šis gydymas nėra siūlomas kaip pirma priemonė, tačiau skiriamas pacientams, kuriems nesėkmingai taikyti kiti gydymo metodai, pavyzdžiui, palaikomasis gydymas metadonu. Visos dozės (paprastai 200 mg diamorfino per vieną susišvirkštimą) susišvirkščiamos esant tiesioginei priežiūrai, kad būtų užtikrintas taisyklių laikymasis, sauga ir būtų užkirstas kelias bet kokiam galimam panaudojimui neteisėtoje rinkoje, o tam klinikos turi teikti kelis seansus per dieną ir dirbti kiekvieną metų dieną.

Per pastaruosius penkiolika metų atlikti šeši atsitiktinės atrankos klinikiniai tyrimai, kuriuose analizuoti tokio gydymo rezultatai ir išlaidų veiksmingumas (žr. EMCDDA, 2011a). Visuose tyrimuose dalyvavo nuo heroino priklausomi asmenys, kuriems nesėkmingai taikyti kiti gydymo metodai ir kuriems atsitiktine tvarka buvo skirtas gydymas naudojant heroiną arba geriamąjį metadoną. Tyrimuose taikyti skirtingi metodai ir rezultatų kintamieji, todėl jų rezultatai yra tik vidutiniškai nuoseklūs. Apskritai jie rodo, kad prižiūrimas heroino švirkštimasis ir papildomų metadono dozių skyrimas ilgalaikiams opioidų vartotojams, nesėkmingai gydytiems kitais gydymo metodais, duoda papildomos naudos. Pacientai vartoja mažiau gatvėje paplitusių narkotikų ir kažkiek pagerina fizinės ir psichikos sveikatos būklę.

Apskaičiuota, kad Vokietijoje gydymo naudojant heroiną išlaidos vienam pacientui per metus yra 19 020 EUR, o Nyderlanduose – 20 410 EUR (pakoreguota pagal 2009 m. kainas). Šis gydymas yra gerokai brangesnis už metų trukmės gydymą geriamuoju metadonu, kurio apytikrė kaina Vokietijoje yra 3 490 EUR, o Nyderlanduose – 1 634 EUR. Gydymo naudojant heroiną ir gydymo metadonu kainos skiriasi daugiausia todėl, kad specializuotų klinikų darbuotojams keliami aukštesni reikalavimai. Nors gydymas naudojant heroiną yra brangesnis, tiriant atrinktų nuolatinių heroino vartotojų grupę nustatytas šio metodo išlaidų efektyvumas (EMCDDA, 2011a).

suboksoną elektroniniame įrenginyje, kuris registruoja vartojimą, pagerėja nurodymų laikymasis ir apribojamas piktnaudžiavimas į namus leidžiamais pasiimti vaistais.

Atlikus gydymo rezultatų tyrimus nustatyta keletas gerų rezultatų. Narkomanijos gydymo rezultatų tyrimu vertinti 1 796 narkotikų vartotojų, atrinktų iš 342 Anglijos agentūrų⁽¹⁰⁶⁾, per 12 mėnesių pasiekti gydymo rezultatai (Jones, A., ir kiti, 2009). Iš pradiniuose pokalbiuose dalyvavusių heroino vartotojų 44 proc. liovėsi vartoję per pirmą pakartotinį tyrimą, o 49 – per antrą pakartotinį tyrimą; įvertinus kitų pagrindinių narkotinių medžiagų vartojimą taip pat nustatytas nuoseklus mažėjimas.

⁽¹⁰⁶⁾ Gydymas bendruomenėje (daugiausia palaikomasis gydymas geriamuoju metadonu) ir gydymas gyvenamuosiuose gydymo centruose.

Nėščiąjų gydymas geriamaisiais pakaitalais

Nuo opioidų priklausomoms būsimoms mamoms rekomenduojama gydytis pakaitiniu opioidu metadonu. Sužinojusios apie nėštumą dauguma moterų nori nutraukti opioidų vartojimą, tačiau laukiantis reikia vengti opioidų vartojimo nutraukimo simptomų, nes yra didelis heroino vartojimo atkryčio pavojus ir vartojimo nutraukimo simptomų, kaip antai persileidimo ir prieššlaikinio gimdymo, pavojus (PSO, 2009). Vis dėlto metadono vartojimas laukiantis taip pat siejamas su naujagimių abstinencijos sindromu, kurį reikia gydyti vaistais ir dėl kurio hospitalizuojama.

Buprenorfinas yra palaikomojo gydymo alternatyva metadonui. Šis pakaitalas neseniai išbandytas su 175 nuo opioidų priklausomų nėščiąjų, kurios buvo įtrauktos

į tarptautinį atsitiktinės atrankos kontroliuojamą tyrimą (Jones, H., ir kiti, 2009a), atliekamą šešiose vietose JAV, vienoje vietoje Kanadoje ir Vienoje. Moterims, kurios į tyrimą buvo įtrauktos 13–30 nėštumo savaitę, buvo atsitiktinai paskirtas metadonas arba buprenorfinas, ir jų bei jų naujagimių tolesni tyrimai atlikti praėjus šešiams mėnesiams nuo gimdymo. Kaip ir kituose tyrimuose, buprenorfinas siejamas su didesniu pasitraukiančiųjų iš gydymo įverčiu (33 proc.) nei metadonas (18 proc.), bet atrodo, kad buprenorfino grupės vaikams reikėjo mažiau morfino naujagimių abstinencijos sindromui gydyti ir jie mažiau dienų praleido ligoninėje. Atlikus tyrimą padaryta išvada, kad tęsiant priklausomybės nuo opioidų gydymą per nėštumą nėščiosioms galima skirti buprenorfiną arba metadoną (Jones, H., ir kiti, 2009b).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

7 skyrius

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos ir mirštamumas

Ižanga

Narkotikų vartojimas gali sukelti daug įvairių neigiamų padarinių, kaip antai nelaimingi atsitikimai, psichikos sveikatos sutrikimai, plaučių ligos, širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai, nedarbas ar būsto neturėjimas. Žalingos pasekmės ypač paplitusios tarp probleminių narkotikų vartotojų, kurių bendroji sveikatos būklė bei socialinė ir ekonominė padėtis gali būti gerokai prastesnė, palyginti su visais gyventojais.

Su tokia žala, visų pirma perdozavimu ir infekcinių ligų perdavimu, glaudžiai susijusios dvi narkotikų vartojimo formos – opioidų vartojimas ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Per pastaruosius du dešimtmečius Europos Sąjungoje užregistruotas mirtino perdozavimo atvejų skaičius lygus maždaug vienai mirčiai nuo perdozavimo kas valandą. Tyrimai taip pat rodo, kad per pastaruosius du dešimtmečius daug narkotikų vartotojų mirė dėl kitų priežasčių, kaip antai AIDS ar savižudybės (Bargagli ir kiti, 2006; Degenhardt ir kiti, 2009).

Vienas pagrindinių Europos kovos su narkotikais politikos uždavinių – mažinti su narkotikų vartojimu susijusį mirštamumą ir sergamumą. Pagrindiniai veiksmai, kurių imamasi šioje srityje, susiję su intervencinėmis priemonėmis, orientuojamomis į grupes, kurioms kyla didžiausia rizika, ir sutelkiamomis į elgsenas, kurios yra tiesiogiai siejamos su narkotikų keliamomis grėsmėmis.

Su narkomanija susijusios infekcinės ligos

EMCDDA atlieka sistemines infekcinių ligų, tokių kaip ŽIV ir hepatitas B ir C, tarp susižvirkščiančių narkotikų vartotojų stebėseną⁽¹⁰⁷⁾. Šių virusų sukeltos infekcinės ligos yra vieni sunkiausių narkotikų vartojimo padarinių sveikatai. Kitos infekcinės ligos, įskaitant hepatitą A ir D, lytiniu būdu plintančias ligas, tuberkuliozę, stabligę, botulizmą, juodligę ir žmogaus T-limfotropinį virusą, taip pat gali neproporcingai paveikti vartotojus.

ŽIV ir AIDS

Iki 2009 m. pabaigos užregistruotų naujų nustatytų ŽIV atvejų skaičius tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų daugumoje Europos Sąjungos šalių tebebuvo nedidelis, ir pasaulio, ir platesniu Europos mastu bendra padėtis ES atrodo teigiama (ECDC ir PSO Europos regiono biuras, 2010; Wiessing ir kiti, 2009) (žr. 15 pav.). Taip gali būti bent iš dalies dėl to, kad plačiau taikomos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo priemonės, įskaitant pakaitinį gydymą bei adatų ir švirkštų keitimo programas. Svarbią įtaką galėjo daryti ir kiti veiksniai, kaip antai kai kuriose šalyse nustatytas švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimas (EMCDDA, 2010g). Vidutinis naujų diagnozuotų atvejų 2009 m. duomenis galėjusiose pateikti 26 ES valstybėse narėse rodiklis pasiekė naują mažiausią įvertį – 2,85 atvejo milijonui gyventojų, arba 1 299 naujus nustatytus atvejus⁽¹⁰⁸⁾. Vis dėlto kai kurių Europos dalių duomenys rodo, kad 2009 m. ŽIV ir toliau buvo perduodamas vartojant švirkščiamuosius narkotikus. Taigi reikia užtikrinti vietos prevencijos veiksmų aprėptį ir veiksmingumą.

Palyginus ŽIV paplitimą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse ES, ir vėl paaiškėjo, jog padėtis yra geresnė nei rytuose esančiose kaimynėse⁽¹⁰⁹⁾, tačiau dėl tyrimo metodų ir aprėpties skirtumų šalių lyginamuosius duomenis reikėtų vertinti atsargiai.

ŽIV infekcijos paplitimo tendencijos

Turimi 2009 m. duomenys apie naujus užregistruotus su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusius nustatytus infekcijos atvejus rodo, kad infekcijos lygis Europos Sąjungoje, 2001–2002 m. dėl ligos protrūkių Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje pasiekęs iki šiol aukščiausią lygį, apskritai tebemažėja. Susirgimų mažėjimo tendencija tebevyravo trijose iš penkių šalių, kurios 2004–2009 m. pranešė apie didžiausią naujų nustatytų infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičių (Estija, Ispanija, Latvija, Lietuva ir Portugalija), tačiau Estijoje ir Lietuvoje šis skaičius vėl didėjo nuo 2008 m. pasiektų lygių (žr. 16 pav.)⁽¹¹⁰⁾. Estijoje susirgimų padaugėjo

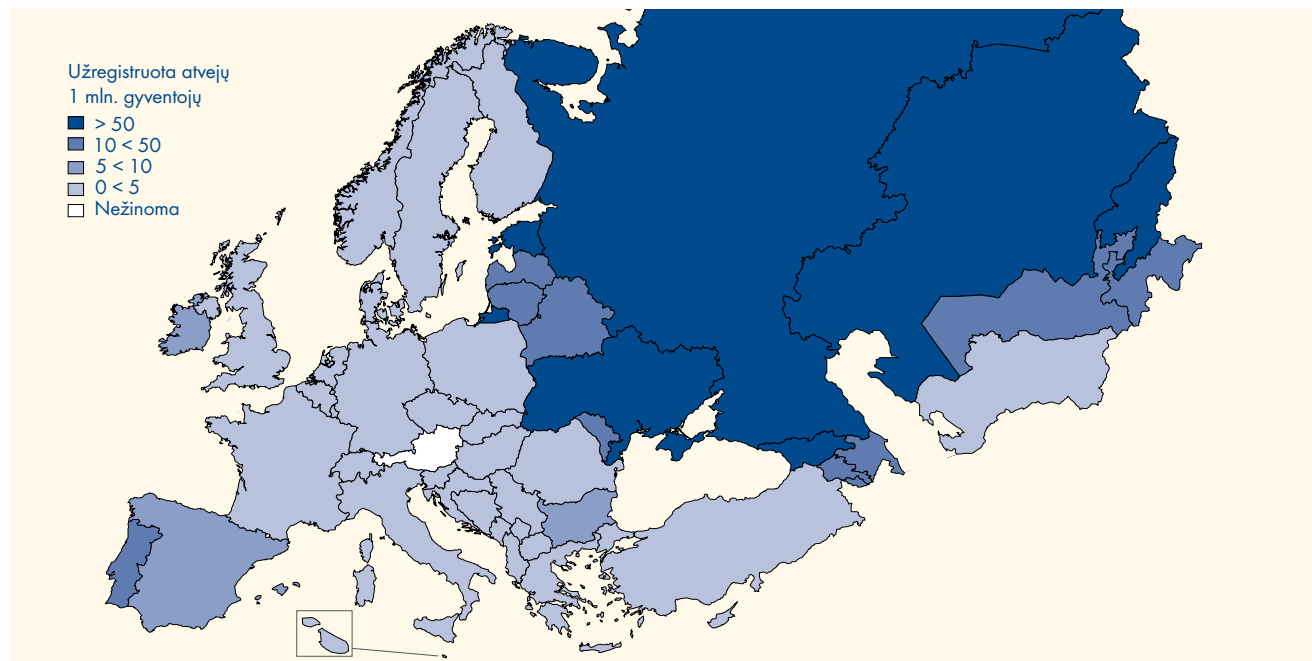
⁽¹⁰⁷⁾ Daugiau informacijos apie metodus ir apibrėžtis žr. 2011 statistikos biuletenyje.

⁽¹⁰⁸⁾ Nėra duomenų apie Austriją. Vidutinis rodiklis yra 2,44 atvejo milijonui gyventojų ES valstybėse narėse, Kroatijoje, Turkijoje ir Norvegijoje.

⁽¹⁰⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-1 lentelę.

⁽¹¹⁰⁾ Ispanijos duomenys neapima visos šalies.

15 pav. 2009 m. Europoje ir Vidurinėje Azijoje nauji diagnozuoti ŽIV infekcijos atvejai tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų



Pastaba. Spalva rodo naujų 2009 m. diagnozuotų ŽIV atvejų skaičių, tenkantį 1 mln. gyventojų, siejamą su švirkščiamuosius narkotikus vartojančiųjų rizikos grupe.
Šaltiniai: ECDC ir PSO Europos regiono biuras, 2010 m. Rusijos duomenys gauti iš Federacijos tyrimų prevencijos ir kovos su AIDS metodologijos centro. ŽIV infekcija. Informacinis biuletėnis, Nr. 34, p. 35, Maskva, 2010 m. (rusų k.).

nuo 26,8 atvejo vienam milijonui gyventojų 2008 m. iki 63,4 atvejo vienam milijonui gyventojų 2009 m., o Lietuvoje – nuo 12,5 atvejo vienam milijonui gyventojų 2008 m. iki 34,9 atvejo vienam milijonui gyventojų 2009 m. Tuo pačiu laikotarpiu užregistruotas naujų nustatytų infekcijos atvejų tarp susišvirkščiančiųjų skaičius Bulgarijoje taip pat padidėjo, nuo 0,9 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų 2004 m. iki 9,7 atvejo vienam milijonui gyventojų 2009 m., o Švedijoje 2007 m. pasiektas aukščiausias 6,7 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų (61 nauja diagnozė) lygis. Šie duomenys rodo, kad kai kuriose šalyse ŽIV protrūkių tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų gali būti ir ateityje.

Stebint ŽIV paplitimą švirkščiamųjų narkotikų vartotojų imtyse gauti tendencijų duomenys svariai papildo duomenis apie praneštus susirgimo ŽIV atvejus. 2004–2009 m. paplitimo tendencijų duomenys gauti iš 27 Europos šalių⁽¹¹¹⁾. Devyniolikoje šalių ŽIV paplitimo įverčiai tuo laikotarpiu ir toliau nekito. Duomenys, rodo, kad penkiose šalyse (Prancūzijoje, Italijoje, Austrijoje, Lenkijoje, Portugalijoje) ŽIV paplitimo lygis sumažėjo (tendencija trijose iš šių šalių pagrįsta nacionaline imtimi, o Prancūzijoje – penkių miestų duomenimis). Austrijoje nenumatyta nacionalinės imties pokyčių, o Vienoje nustatytas sumažėjimas. Dvi šalys praneša apie didėjantį

ŽIV paplitimą: Slovakija (šalies duomenys) ir Latvija (savanoriškų tyrimų rezultatai iš septynių miestų). Bulgarijoje sumažėjimas šalies lygmeniu nenumatytas sostinėje (Sofija), kurioje yra didėjimo tendencija. Italijoje nustatytas mažėjimas nacionaliniu lygmeniu, o apie padidėjimą praneša tik vienas regionas iš 21⁽¹¹²⁾.

Palyginus tendencijas, kaip kinta su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių naujų užregistruotų infekcijos atvejų skaičius, su ŽIV paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tendencijomis, galima daryti išvadą, kad ŽIV infekcijos paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nacionaliniu lygmeniu mažėja daugumoje šalių.

Nors nuo 2004 m. daugiausia buvo mažėjimo tendencijų, 2009 m. užregistruotų naujų su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių nustatytų ŽIV infekcijos atvejų skaičius (milijonui gyventojų) tebebuvo palyginti didelis Estijoje (63,4), Lietuvoje (34,9), Latvijoje (32,7), Portugalijoje (13,4) ir Bulgarijoje (9,7), o tai rodo, kad nauji infekcijos perdavimo atvejai tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų šiose šalyse vis dar gana dažni⁽¹¹³⁾.

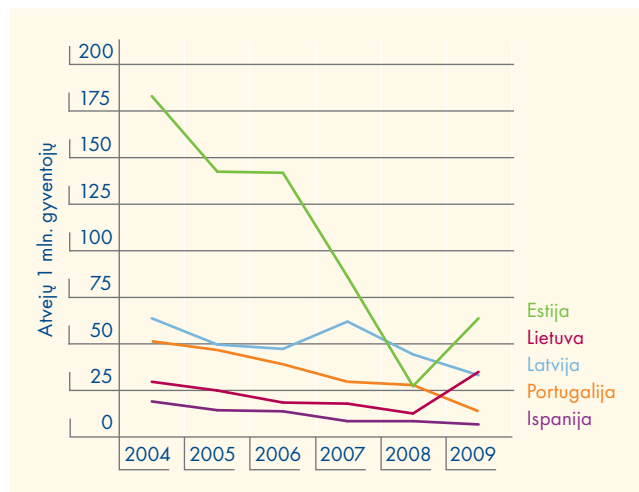
Besitęsiančio ŽIV infekcijos perdavimo požymių nustatyta šešiose šalyse (Estijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Lenkijoje), kuriose 2005–2007 m. paplitimo lygis jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (iki 25 metų) imtyje

⁽¹¹¹⁾ Nėra tendencijų duomenų apie Estiją, Airiją ir Turkiją. Žr. 2011 m. statistikos biuletėnio INF-108 lentelę.

⁽¹¹²⁾ Italijos duomenys yra apie gydomus narkotikų vartotojus, apie kuriuos nenumatyta, ar jie švirkščiasi, todėl ŽIV paplitimas taip pat galėjo sumažėti dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo sumažėjimo tirtoje populiacijoje.

⁽¹¹³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletėnio INF-104 lentelę.

16 pav. Naujų užregistruotų ŽIV infekcijos atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tendencijos penkiose ES valstybėse narėse, kuriose pranešama apie daugiausia užsikrėtimą



Pastaba. Duomenys, pateikti iki 2010 m. spalio mėn. pabaigos, žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-2 pav.
Šaltinis: ECDC ir PSO Europos regiono biuras, 2010 m.

buvo 5 proc. ar daugiau⁽¹¹⁴⁾, ir dviejose šalyse (Bulgarijoje ir Kipre), kuriose paplitimas tarp jaunų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų padidėjo 2004–2009 m.

AIDS atvejai ir galimybė gauti labai aktyvų antivirusinį gydymą (HAART)

Informacija apie AIDS paplitimą, nors tai ir menkas ŽIV perdavimo masto rodiklis, gali būti svarbus naujų šios simptominės ligos atsiradimo atvejų statistikos rodiklis. Didelis AIDS paplitimas gali reikšti, kad daugelis ŽIV infekuotų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų negauna labai aktyvaus antiretrovirusinio gydymo gana ankstyvais susirgimo etapais, kad toks gydymas būtų kuo veiksmingesnis. Iš neseniai atliktos bendros apžvalgos galima spręsti, kad kai kuriose Europos šalyse taip gali būti iki šiol (Mathers ir kiti, 2010).

Didžiausias AIDS paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dabar yra Latvijoje, kurioje naujų atvejų skaičius sumažėjo nuo 26,4 atvejo vienam milijonui gyventojų 2008 m. iki apytiksliai 20,8 naujo atvejo vienam milijonui gyventojų 2009 m. Apie santykinai daug AIDS atvejų tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų taip pat pranešama Estijoje, Ispanijoje, Portugalijoje ir Lietuvoje – atitinkamai 19,4, 7,3, 6,6 ir 6,0 nauji atvejai vienam milijonui gyventojų. Tarp šių šalių 2004–2009 m. susirgimų mažėjo Ispanijoje ir Portugalijoje, o Estijoje ir Lietuvoje – ne⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitis B ir C

Virusinis hepatitas, ypač hepatito C viruso (HCV) sukelta infekcija, tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų labai paplitęs visoje Europoje. 2008–2009 m. HCV antikūnų lygis švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nacionalinėse imtyse svyravo nuo 22 iki 83 proc., o aštuoniose iš 12 šalių pagal jų pateiktus duomenis šis lygis viršijo 40 proc.⁽¹¹⁶⁾ Trys šalys (Čekija, Vengrija ir Slovėnija) nurodo, kad paplitimas nesiekia 25 proc.; ir vis dėlto toks infekcijos paplitimo lygis vis vien kelia rimtą grėsmę visuomenės sveikatai.

Pačiose šalyse HCV paplitimo lygis gali gerokai skirtis – tai rodo ir skirtumus tarp regionų, ir imties populiacijos charakteristikas. Pavyzdžiui, Italijoje įvairiais regionuose svyruoja nuo 37 iki 81 proc. (žr. 17 pav.).

Neseniai atlikti tyrimai (2008–2009 m.) rodo, kad HCV paplitimas tarp jaunesnių kaip 25 metų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir tų, kurie švirkščiamuosius narkotikus vartoja mažiau nei dvejus metus, labai skiriasi, o tai rodo, kad HCV paplitimas šiose grupėse nevienodas visoje Europoje⁽¹¹⁷⁾. Vis dėlto tie patys tyrimai taip pat rodo, kad daugelis susišvirkščiančiųjų užsikrečia virusu ankstyvuose švirkštimosi etapu. Tai reiškia, kad laiko tarpnis, per kurį būtų galima imtis veiksmingų HCV prevencijos priemonių, gali būti tik labai trumpas.

2004–2009 m. laikotarpiu apie mažėjantį HCV paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų praneša aštuonios šalys, o apie didėjantį paplitimą praneša viena šalis (Kipras), dar keturios šalys praneša apie įvairias tendencijas, kurias rodo skirtingi duomenų rinkiniai. Vis dėlto dėl ribotos geografinės aprėpties ir (arba) kai kuriais atvejais riboto tyrimo imties dydžio duomenis reikia vertinti atsargiai⁽¹¹⁸⁾. Jaunų susišvirkščiančiųjų (iki 25 metų) tyrimai taip pat rodo, kad kai kuriose šalyse paplitimas šioje grupėje gali mažėti šalies (Bulgarijoje, Slovėnijoje, Jungtinėje Karalystėje) arba regionų (Kretoje Graikijoje, Forarlberge Austrijoje) lygmeniu, o tai gali rodyti mažėjantį perdavimo lygį. Tačiau pranešama ir apie keletą didėjimo atvejų (Kipre, Grace Austrijoje). Kai kurias iš šių tendencijų galima patvirtinti duomenimis apie naujus susišvirkščiančiuosius (kurie švirkščiasi mažiau kaip dvejus metus). Apie didėjantį HCV paplitimą tarp naujų susišvirkščiančiųjų pranešama Graikijoje (Atikoje), o apie mažėjantį paplitimą – Austrijoje (Forarlberge) ir Švedijoje (Stokholme)⁽¹¹⁹⁾.

Hepatito B viruso (HBV) antikūnų paplitimas taip pat labai skiriasi, galbūt iš dalies dėl skirtingų vakcinavimo lygių, nors įtakos taip pat gali turėti ir kiti veiksniai. Informatyviausias

⁽¹¹⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-109 lentelę.

⁽¹¹⁵⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-1 pav. ir INF-104 lentelę (ii dalį).

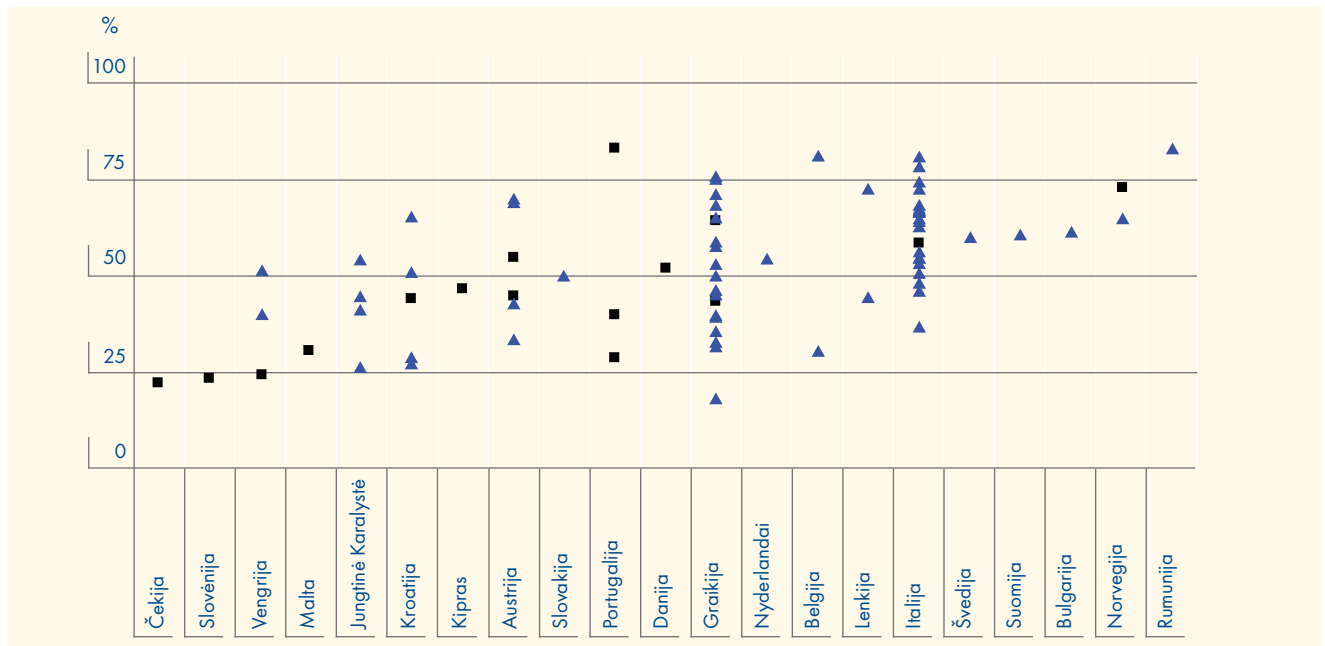
⁽¹¹⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-2 ir INF-111 lenteles.

⁽¹¹⁷⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-112 ir INF-113 lenteles ir INF-6 pav. (ii dalį) ir (iii dalį).

⁽¹¹⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-111 lentelę.

⁽¹¹⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-112 ir INF-113 lenteles.

17 pav. HCV antikūnų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų



Pastaba. 2008 ir 2009 m. duomenys. Juodi kvadratai reiškia nacionalinio masto imtis, mėlyni trikampiai – subnacionalinio (vietos ar regiono) masto imtis. Skirtumus tarp šalių reikia vertinti atsargiai, nes skiriasi tyrimo vietų tipai ir metodai, taip pat skiriasi atskirų šalių imčių sudarymo strategija. Šalys išrikiuotos paplitimo didėjimo tvarka remiantis nacionalinių duomenų, o jeigu jų nėra – subnacionalinių duomenų vidurkiu. Daugiau informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-6 pav. Šaltinis: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

HBV infekcijos serologinis žymeklis yra HBsAg (hepatito B viruso paviršiaus antigenas), kuris rodo esamą infekciją. 2004–2009 m. keturios iš keturiolikos šalių, teikiančių duomenis apie šio viruso paplitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, praneša apie tyrimus, per kuriuos nustatytas didesnis nei 5 proc. HBsAg paplitimas (Bulgarija, Graikija, Lietuva, Rumunija) ⁽¹²⁰⁾.

Praneštų hepatito B ir C atvejų tendencijos rodo skirtingą vaizdą, bet jas sunku aiškinti, nes duomenys yra prastos kokybės. Tačiau tam tikros informacijos apie šių infekcijų epidemiologiją gali suteikti duomenys apie švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalį tarp visų praneštų atvejų, kuriais rizikos veiksniai yra žinomi (Wiessing ir kiti, 2008). Apskaičiavus 20 šalių, kurios pateikė 2004–2009 m. duomenis, vidurkį, nustatyta, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai sudaro 63 proc. visų HCV infekcijos atvejų skaičiaus ir 38 proc. nurodytų ūmių HCV atvejų, kai žinoma rizikos kategorija. Hepatito B atveju švirkščiamųjų narkotikų vartotojai sudaro 20 proc. visų nurodytų atvejų ir 26 proc. ūmių atvejų. Šiais duomenimis patvirtinama, kad švirkščiamųjų narkotikų vartotojai Europoje ir toliau yra svarbi virusinio hepatito infekcijos rizikos grupė ⁽¹²¹⁾.

Kitos infekcijos

Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai gali užsikrėsti ne tik virusinėmis infekcijomis, jie taip pat pažeidžiami bakterinių

ligių ⁽¹²²⁾. Iš juodligės protrūkio tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Europoje (žr. EMCDDA, 2010a) galima spręsti, kad tebėra rimtų ligų, kurias sukelia sporas gaminančios bakterijos, tarp susišvirkščiančiųjų problema. Per Europoje atliktą tyrimą buvo palyginti duomenys apie nurodytus keturių bakterinių infekcijų (botulizmo, stabligės, *Clostridium novyi* ir juodligės) atvejus tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų per pastarąjį dešimtmetį. 2000–2009 m. šešios šalys pranešė apie 367 atvejus, o paplitimo lygis svyravo nuo 0,03 iki 7,54 atvejo milijonui gyventojų. Apie didžiausią infekcijos atvejų dalį (92 proc.) pranešė trys šiaurės vakarų Europos šalys: Airija, Jungtinė Karalystė ir Norvegija. Šie geografiniai skirtumai nėra aiškūs ir juos reikia toliau tirti (Hope ir kiti, 2011).

Infekcinių ligų prevencija ir jų atžvilgiu įgyvendinamos priemonės

Infekcinių ligų plitimo tarp narkotikų vartotojų prevencija yra svarbus Europos Sąjungos visuomenės sveikatos tikslas ir daugumos valstybių narių kovos su narkotikais politikos dalis. Šalys siekia užkirsti kelią infekcinių ligų plitimui tarp narkotikų vartotojų ir jį kontroliuoti derindamos įvairius metodus, įskaitant stebėjimą, vakcinavimą ir infekcijų gydymą, narkomanijos gydymą, visų pirma gydymą pakaitiniais opioidais, ir sterilių švirkštimosi priemonių

⁽¹²⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-114 lentelę.
⁽¹²¹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio INF-105 ir INF-106 lenteles.
⁽¹²²⁾ Žr. langelį „Tuberkuliozės paplitimas tarp narkotikų vartotojų“.

Tuberkuliozės paplitimas tarp narkotikų vartotojų

Tuberkuliozė (TB) yra bakterinė liga, dažniausiai paveikianti plaučius, kuri gali būti mirtina. 2008 m. 26 ES valstybėse narėse ir Norvegijoje iš viso nustatyta 82 605 atvejai, o daugiau nei 20 atvejų 100 000 gyventojų nustatyta Rumunijoje (114,1), Lietuvoje (66,8), Latvijoje (47,1), Bulgarijoje (41,2), Estijoje (33,1) ir Portugalijoje (28,7) (ECDC, 2010). Europoje ši liga daugiausia paplitusi didelės rizikos grupėse, pavyzdžiui, imigrantų, benamių, narkotikų vartotojų ir kalinių. Dėl to, kad yra visuomenės paribyje, ir dėl savo gyvenimo būdo narkotikų vartotojai gali susidurti su didesniu pavojumi užsikrėsti TB nei visi gyventojai. ŽIV infekcija taip pat yra papildomas pavojus užsikrėsti TB, apytikriai apskaičiuota, kad tikimybė susirgti TB jau užsikrėtus ŽIV infekcija yra 20–30 kartų didesnė (PSO, 2010a).

Duomenų apie TB paplitimą tarp narkotikus vartojančių asmenų yra labai maži. Europoje apie aukštą aktyviosios (simptominės) TB paplitimo tarp gydomų narkotikų vartotojų lygį praneša Graikija (1,7 proc.) Lietuva (3 proc.) ir Portugalija (1–2 proc.), o atlikus sisteminius tyrimus Austrijos, Slovakijos ir Norvegijos narkomanijos gydymo įstaigose tokių atvejų nenustatyta.

Tuberkulioze sergančių narkotikų vartotojų gydymas gali būti veiksmingas, tačiau tam reikia kompleksinio, mažiausiai šešių mėnesių trukmės gydymo režimo. Būtina baigti gydymą, nes ligą sukeliančio mikroorganizmo vaistai greitai neveikia ir jis tampa atsparus gydymui. Probleminiams narkotikų vartotojams, visų pirma tiems, kurie gyvena netvarkingai, gali būti sudėtinga laikytis gydymo nurodymų. Naujais metodais, kuriais siekiama sutrumpinti gydymo trukmę, galima padidinti tikimybę sėkmingai baigti gydymą.

teikimą, taip pat bendruomeninę veiklą, kuri apima informacijos teikimą, švietimą ir elgesio intervencines priemones, tam dažnai pasitelkiant socialinio darbo gatvėse ar žemo slenkščio paslaugų įstaigas. JT agentūros remia šias priemones, taip pat anti-retrovirusinį gydymą ir tuberkuliozės nustatymą ir gydymą, kaip pagrindines ŽIV prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, jų gydymo ir priežiūros intervencines priemones (PSO, UNODC ir UNAIDS, 2009).

Intervencinės priemonės

Atlikus keletą tyrimų ir apžvalgų buvo patvirtintas gydymo pakaitinių opioidų veiksmingumas mažinant ŽIV perdavimą ir pačių susižvirščiančiųjų nurodomą rizikingą elgesį švirkščiantis. Daugėja įrodymų, kad derinant gydymą pakaitiniais opioidais ir adatų bei švirkštų keitimo programas galima veiksmingiau sumažinti ŽIV ar HCV paplitimą ir rizikingą elgesį švirkščiantis nei taikant šiuos metodus atskirai (ECDC ir EMCDDA, 2011).

Infekcijų prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Bendros ECDC ir EMCDDA gairės

2011 m. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) ir EMCDDA paskelbė bendras rekomendacijas dėl infekcinių ligų prevencijos ir kontrolės tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų. Rekomendacijose pateikta išsami intervencinių priemonių veiksmingumo apžvalga. Tirtos tokios priemonės kaip švirių švirkštų ir kitų švirkštimosi priemonių teikimas, narkomanijos gydymas, įskaitant gydymą pakaitiniais opioidais, vakcinavimas, tikrinimas ir tarp narkotikų vartotojų paplitusių infekcijų gydymas. Rekomendacijose analizuojami paslaugų teikimo modeliai ir labiausiai tinkamas šios grupės informavimas ir švietimas.

Su šiuo leidiniu galima susipažinti spausdintine forma ir EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

Atsižvelgdamos į tai, kad hepatito C gydymas tapo veiksmingesnis, daugelis šalių vis daugiau pastangų skiria hepatito prevencijai tarp narkotikų vartotojų, jo diagnozavimui ir gydymui. Europos Sąjunga remia kelias iniciatyvas, kuriomis siekiama pagerinti hepatito C prevenciją tarp narkotikų vartotojų. Šios iniciatyvos yra: HCV prevencijai ES skirtų nacionalinių standartų ir rekomendacijų sisteminimas (Zurhold, 2011), sąmoningumo didinimo, prevencijos, gydymo ir priežiūros intervencinių priemonių pavyzdžių rinkimas („Correlation Project“ ir EHRN, 2010), politikos formuotojams, specialistams gydytojams ir vietos paslaugų teikėjams skirtos mokymo medžiagos rengimas (pvz., Hunt ir Morris, 2011).

Visose šalyse, išskyrus Turkiją, specializuotos įstaigos arba vaistinės teikia nemokamus švirių švirkštus, vis dėlto, nors pastaruosius du dešimtmečius ši veikla buvo gerokai plečiama, informacija apie geografinę aprėptį rodo netolygumus, nes kelios Vidurio ir Rytų Europos šalys ir Švedija praneša apie neprieinamumą kai kuriuose vietovėse (žr. 18 pav.).

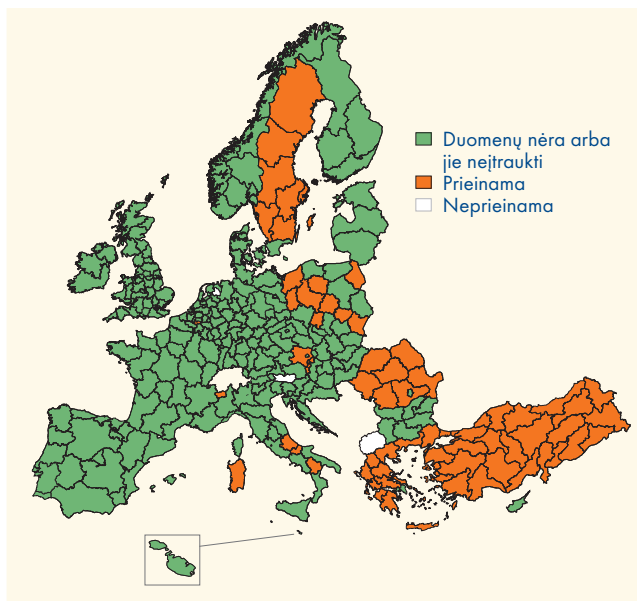
Naujausius duomenis apie švirkštų teikimą vykdančią specializuotą adatų ir švirkštų keitimo programas pateikė visos šalys, išskyrus tris, o kitos dvi šalys pateikė ne visus duomenis⁽¹²³⁾. Šiais duomenimis, pagal šias programas per metus išdalijama beveik 50 mln. švirkštų. Taigi apytikriai apskaičiuota, kad duomenis apie švirkštus pateikusiose šalyse vienas švirkščiamųjų narkotikų vartotojas gauna vidutiniškai 94 švirkštus.

Vidutinį vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojui per metus išduodamų švirkštų skaičių galima apskaičiuoti trylikoje šalių⁽¹²⁴⁾. Septyniose iš šių šalių vidutinis pagal specializuotas programas išduotų švirkštų skaičius lygus

⁽¹²³⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-5 lentelę. 2007–2009 m. duomenų apie švirkštų skaičių nepateikė Danija, Vokietija ir Italija. Duomenys apie Nyderlandus apima tik Amsterdamą ir Roterdamą, o duomenys apie Jungtinę Karalystę neapima Anglijos.

⁽¹²⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-3 pav.

18 pav. Adatų ir švirkštų keitimo programų geografinis prieinamumas regionuose



Pastaba. Regionai apibrėžti pagal Teritorinių statistinių vienetų nomenklatūros (angl. NUTS) 2-ąjį lygį; papildomos informacijos žr. Eurostat'o interneto svetainėje.

Šaltinis: žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-4 lentelę.

mažiau nei 100 švirkštų vienam susišvirkščiančiajam, keturiose šalyse išdalijama 100–200 švirkštų, o Liuksemburgas ir Norvegija praneša, kad išdalijama daugiau kaip 200 švirkštų vienam susišvirkščiančiajam⁽¹²⁵⁾. JT agentūrų manymu, ŽIV prevencijai per metus išdalyti po 100 švirkštų vienam švirkščiamųjų narkotikų vartotojų yra mažai, o 200 – daug (PSO, UNODC ir UNAIDS, 2009).

Per pastaruosius ketverius metus, apie kuriuos pranešta duomenų (2005–2009 m.), bendras pagal švirkštų keitimo programas išdalytų švirkštų skaičius padidėjo 32 proc. Subregioninė švirkštų teikimo tendencijų analizė rodo didėjimo išsilyginimą šalyse, kurios prie ES prisijungė iki 2004 m., ir padidėjimą naujesnėse valstybėse narėse.

Mirties nuo narkotikų atvejai ir mirštamumas

Narkotikų vartojimas yra viena pagrindinių jaunų žmonių sveikatos sutrikimų ir mirštamumo priežasčių Europoje ir jis gali būti susijęs su didele visų mirties atvejų tarp suaugusiųjų dalimi. Atlikus tyrimus nustatyta, kad su opioidų vartojimu galima sieti 10–23 proc. 15–49 metų asmenų mirštamumo (Bargagli ir kiti, 2006; Bloor ir kiti, 2008).

Su narkotikų vartojimu siejamo mirštamumo sąvoka apima mirties atvejus, kai mirtį tiesiogiai arba netiesiogiai sukelia narkotikų vartojimas. Tai, be kita ko, apima mirties atvejus, kurių priežastis yra narkotikų perdozavimas (mirties dėl narkotikų atvejai), ŽIV ir AIDS, eismo nelaimės, ypač kai kartu vartojama alkoholio, smurtas, savižudybės ir lėtinės ligos, kurias sukelia pakartotinis narkotikų vartojimas (pavyzdžiui, kokaino vartotojų širdies ir kraujagyslių ligos)⁽¹²⁶⁾.

Mirties nuo narkotikų atvejai

Naujausiais skaičiavimais, 2009 m. ES valstybėse narėse ir Norvegijoje buvo apytikriai 7 630 mirties nuo narkotikų atvejų, šis įvertis rodo, kad padėtis nekito, palyginti su 7 730 atvejų, apie kuriuos pranešta 2008 m.⁽¹²⁷⁾ Skaičiai gali būti sumažinti, nes nacionaliniams duomenims įtakos galėjo turėti tai, kad buvo pateikti ne visi duomenys arba tai, kad buvo neišaiškintų mirties nuo narkotikų atvejų. Tik kelios šalys įvertino savo nacionalinių duomenų neišsamumo mastą.

1995–2008 m. laikotarpiu ES valstybės narės ir Norvegija kasmet pranešdavo apie 6 300–8 400 mirties nuo narkotikų atvejų. 2008 m., naujausiais metais, duomenis apie kuriuos pateikė beveik visos šalys, daugiau kaip pusė visų nurodytų mirties nuo narkotikų atvejų teko dviem šalims – Jungtinei Karalystei ir Vokietijai, kurios kartu su Ispanija ir Italija užregistravo du trečdalius visų nurodytų atvejų (5 075).

Apytikriai apskaičiuota, kad 2009 m. ES vidutinis mirštamumas nuo perdozavimo buvo 21 mirties atvejais vienam milijonui 15–64 metų amžiaus gyventojų, o dauguma šalių pranešė apie 4–59 mirties atvejus vienam milijonui gyventojų (žr. 19 pav.). Didesni negu 20 mirties atvejų vienam milijonui gyventojų įverčiai nustatyti trylikoje iš 28 Europos šalių, o didesni kaip 40 mirties atvejų vienam milijonui gyventojų įverčiai nustatyti septyniose šalyse. Mirties nuo narkotikų perdozavimo atvejai sudarė 4 proc. visų mirties tarp 15–39 metų europiečių atvejų⁽¹²⁸⁾.

Nurodytam mirčių nuo narkotikų atvejų skaičiui įtakos gali turėti narkotikų vartojimo paplitimas ir būdai (švirkštėjimas, kelių narkotikų vartojimas), narkotikų vartotojų amžius ir gretutinis sergamumas, gydymo ir skubios medicinos pagalbos prieinamumas, taip pat duomenų rinkimo ir pranešimo kokybė. Pagerėjo Europos duomenų patikimumas, todėl buvo galima geriau apibūdinti tendencijas, o dauguma šalių dabar yra patvirtinusios EMCDDA patvirtintą atvejo apibrėžtį⁽¹²⁹⁾. Vis dėlto šalis reikia vertinti atsargiai, nes vis dar yra duomenų pranešimo metodikos ir duomenų šaltinių trūkumų.

⁽¹²⁵⁾ Į šiuos skaičius neįtraukti pardavimai vaistinėse, kurios gali būti svarbus narkotikų vartotojų sterilių švirkštų šaltinis keliose šalyse.

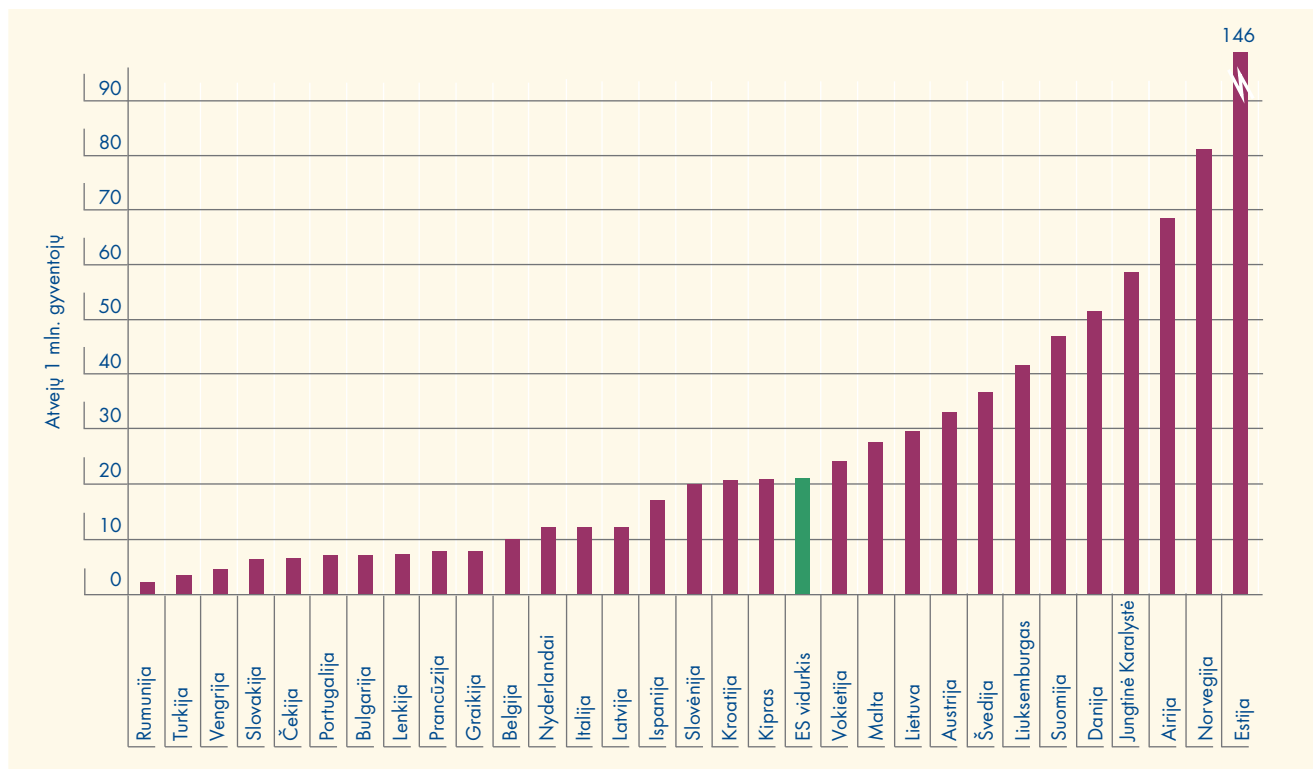
⁽¹²⁶⁾ Žr. langelį „Mirštamumas nuo narkotikų: sudėtinga koncepcija“ 2008 m. metinėje ataskaitoje.

⁽¹²⁷⁾ Europos įvertis pagrįstas 17 iš 27 valstybių narių ir Norvegijos 2009 m. duomenimis, devynių šalių 2008 m. duomenimis ir vienos šalies numatomais duomenimis. Belgija neįtraukta, nes jos duomenų nėra. Daugiau informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-2 lentelėje (i dalyje).

⁽¹²⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav. (i dalį) ir DRD-5 (ii dalį) bei DRD-107 (i dalį) lenteles.

⁽¹²⁹⁾ Dėl išsamos metodinės informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenį ir su narkotikais susijusių mirties atvejų pagrindinių rodiklių puslapį.

19 pav. Apytikris suaugusiųjų (15–64 metų) mirtingumo nuo narkotikų lygis



Pastaba. Daugiau informacijos žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-7 pav.
Šaltiniai: „Reitox“ nacionaliniai informacijos biurai.

Mirties nuo opioidų atvejai

Heroinas

Opioidai, daugiausia heroinas arba jo metabolitai, minimi dauguma mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama Europoje. Dvidešimt dviejose 2008 ar 2009 m. duomenis pateikusiose šalyse opioidams teko dauguma visų mirties nuo narkotikų atvejų: daugiau kaip 90 proc. penkiose šalyse ir 80–90 proc. kitose dvylikoje šalių. Be heroino, dažnai aptinkama ir kitų medžiagų, įskaitant alkoholi, benzodiazepinus ar kitus opioidus, o kai kuriose šalyse – kokainą. Tai leidžia daryti prielaidą, kad didelė visų mirties nuo narkotikų atvejų dalis gali būti susijusi su kelių narkotikų vartojimu, kaip galima spręsti iš 2000–2007 m. mirties nuo narkotikų atvejų Škotijoje toksikologinių tyrimų apžvalgos. Tyrimų duomenimis, heroino ir alkoholio aptikimas buvo aiškiai susijęs, visų pirma tarp vyresnio amžiaus vyrų. Alkoholi buvo vartoję 53 proc. 35 metų ar vyresnio amžiaus vyrų, kurių mirtis buvo siejama su heroinu, palyginti su 36 proc. tais atvejais, kai amžius buvo iki 35 metų (Bird ir Robertson, 2011; taip pat žr. GROS, 2010).

Vyrai sudaro didžiausią Europoje praneštų mirties nuo perdozavimo atvejų dalį (81 proc.). Iš viso apytikriai

keturi vyrai tenka vienai moteriai (santykis svyruoja nuo 1,4 : 1 Lenkijoje iki 31 : 1 Rumunijoje) (¹³⁰). Valstybėse narėse, kurios ne taip seniai prisijungė prie ES, užregistruoti mirties nuo narkotikų atvejai tarp vyrų ir jaunesnių asmenų labiau tikėtini nei iki 2004 m. prie ES prisijungusiose valstybėse narėse ir Norvegijoje. Padėtis Europoje skiriasi, apie didesnę vyrų dalį praneša pietinės šalys (Graikija, Italija, Rumunija, Kipras, Vengrija, Kroatija) ir Estija, Latvija bei Lietuva. Danija, Nyderlandai, Švedija ir Norvegija praneša apie didesnę vyresnio amžiaus asmenų atvejų dalį. Daugumoje šalių vidutinis mirštančiųjų nuo heroino perdozavimo amžius yra apytikriai 35 metai, o daugelyje šalių jis didėja. Tai gali reikšti, kad jaunų heroino vartotojų skaičius galbūt stabilizuojasi arba mažėja, o probleminių opioidų vartotojų grupė sensta. Apskritai jaunesni negu 25 metų žmonės sudaro 12 proc. mirties nuo perdozavimo atvejų, apie kuriuos pranešama Europoje (¹³¹).

Su mirtinu ir nemirtinu heroino perdozavimu siejama keletas veiksmų. Tai, be kita ko, yra švirkštimas ir gretutinis kitų medžiagų, visų pirma alkoholio, benzodiazepinų ir tam tikrų antidepresantų, vartojimas. Kiti su perdozavimu susiję veiksniai yra „maratoninis“ narkotikų vartojimas, sergamumas gretutinėmis ligomis, būsto neturėjimas,

¹³⁰ Dauguma mirties nuo narkotikų atvejų, apie kuriuos pranešama EMCDDA, susiję su opioidų (daugiausia heroino) perdozavimu, todėl pateikiamos bendrosios mirties atvejų, apie kuriuos pranešta, charakteristikos su heroino vartojimu susijusiems mirties atvejams apibūdinti ir išnagrinėti. Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-1 pav.

¹³¹ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-2 ir DRD-3 pav. ir DRD-1 lentelę (i dalį).

prasta psichikos sveikata (pavyzdžiui, depresija ir tyčinis nuodijimasis), nesinaudojimas narkomanijos gydymu, perdozavimas praeityje ir buvimas be kitų žmonių perdozavimo metu (Rome ir kiti, 2008). Kaip rodo daug ilgalaikių tyrimų, ypač didelis perdozavimo pavojus gresia iš karto išėjus iš kalėjimo (PSO, 2010a) arba po narkomanijos gydymo.

Kiti opioidai

Toksikologinėse ataskaitose nurodomas ne tik heroinas, bet ir įvairūs kiti opioidai, įskaitant metadoną⁽¹³²⁾ ir buprenorfiną. Mirčių apsinuodijus buprenorfinu pasitaiko retai ir tokius atvejus nurodo vos kelios šalys, nors šis preparatas vis plačiau naudojamas Europoje taikant pakaitinį gydymą. Tačiau Suomijoje atliekant teismo medicinos tyrimus buprenorfinas tebėra dažniausiai aptinkamas opioidas, bet paprastai kartu su kitomis medžiagomis. Tai rodo nauja Suomijos ataskaita, kurioje tiriama, kokių narkotikų aptinkama atsitiktinio apsinuodijimo atvejais, ir joje pranešama, kad beveik visais atvejais (38 iš 40), kaip pagrindinę mirties priežastį nustačius buprenorfiną, buvo aptikta benzodiazepinų. Kitas reikšmingas veiksnys buvo alkoholis, nustatytas 22 iš 40 atvejų (Salasuo ir kiti, 2009). Estijoje daugumą mirčių nuo narkotikų, apie kurias pranešta 2009 m., kaip ir ankstesniais metais, sukėlė 3-metilfentanilis.

Mirties nuo kitų narkotikų atvejai

Ūmaus apsinuodijimo kokainu sukeltų mirčių pasitaiko palyginti retai (EMCDDA, 2010a). Tačiau apibrėžti ir nustatyti kokaino perdozavimo atvejus yra gerokai sunkiau, palyginti su opioidų perdozavimo atvejais, tad iš tiesų tokių atvejų gali būti daugiau nei pranešama (žr. 5 skyrių).

2009 m. 21 šalyje užregistruota maždaug 900 su kokainu susijusių mirties atvejų. Europos tendencijų apibūdinti sudėtinga, nes turimi duomenys yra nepakankamai palyginami. Naujaisi Ispanijos ir Jungtinės Karalystės, dviejų šalių, kuriose kokaino vartojimo paplitimo lygis yra didžiausias, duomenys rodo, kad sumažėjo su šiuo narkotiku susijusių mirties atvejų skaičius: Ispanijoje nuo 25,1 proc. praneštų mirtino apsinuodijimo kokainu atvejų (ir nesant opioidų pėdsakų) 2007 m. iki 19,3 proc. 2008 m., o Jungtinėje Karalystėje – nuo 12,7 proc. 2008 m. iki 9,6 proc. 2009 m. Kokainas labai retai nustatomas kaip vienintelė narkotinė medžiaga, sukėlus mirtį nuo narkotikų.

Neseniai atlikus tarptautinę mirštamumo tarp kokaino vartotojų apžvalgą prieita prie išvados, kad yra mažai duomenų apie padidėjusio mirštamumo tarp probleminių ar priklausomų kokaino vartotojų mastą (Degenhardt ir kiti, 2011). Į apžvalgą buvo įtraukti nustatyti faktai iš šių

Metadonas ir mirštamumas

Apytikriais skaičiavimais, 700 000 opioidų vartotojų taikomas pakaitinis gydymas, o pastaruoju metu kalbant apie mirties nuo narkotikų atvejus vis dažniau minimi tokie vaistai kaip metadonas. Metadonas dažnai minimas mirties atveju, susijusiu su narkotikų vartojimu, toksikologijos ataskaitose ir kartais nurodomas kaip mirties priežastis. Nepaisant to, šiuo metu turimais įrodymais galima tvirtai pagrįsti gerai reguliuojamo ir prižiūrimo gydymo pakaitiniais opioidais, derinamo su psichosocialinės pagalbos intervencinėmis priemonėmis, naudą išlaikant gydomus pacientus ir mažinant neteisėtų opioidų vartojimą bei mirštamumą.

Stebėjimo tyrimų duomenimis, metadonu gydomų opioidų vartotojų mirštamumo lygis sudaro apytikriai trečdaliį negydomų opioidų vartotojų mirštamumo lygio. Gydymo trukmė yra svarbus veiksnys, nes atlikus naujausius tyrimus nustatyta, kad gydant pakaitiniais opioidais yra didesnė nei 85 proc. tikimybė sumažinti bendrą opioidų vartotojų mirštamumą, jei jie gydosi 12 mėnesių ar daugiau (Cornish ir kiti, 2010). Tikimybė išgyventi didėja gydantis kuo ilgiau (Kimber ir kiti, 2010). Be to, atrodo, kad vartojant metadoną apytikriai 50 proc. sumažėja galimybė užsikrėsti ŽIV, palyginti su vartojimą nutraukusiais ar nesigydančiais asmenimis (Mattick ir kiti, 2009). Atsižvelgiant į su metadonu susijusius mirties atvejus populiacijoje, neseniai Škotijoje ir Anglijoje atlikus tyrimą prieita prie išvados, kad įvedus prižiūrimą metadono dozavimą gerokai sumažėjo su metadonu susijusių mirties atvejų. Nors gydymas metadonu plėtėsi, 1993–2008 m. mirties dėl metadono perdozavimo, suvartojus didesnį nei gydytojo paskirtas kiekis, atvejų skaičius sumažėjo mažiausiai keturis kartus (Strang ir kiti, 2010).

trijų Europos tyrimų: Prancūzijoje atlikto asmenų, suimtų už su kokainu susijusius nusikaltimus, tyrimo, Nyderlanduose atlikto susišvirkščiančiųjų kokaino vartotojų, kuriuos atrinko žemo slenksčio paslaugų įstaigos, tyrimo ir Italijoje atlikto gydomų nuo kokaino priklausomų vartotojų tyrimo. Apytikriais šių tyrimų duomenimis, mirštamumo lygis svyravo nuo 0,54 iki 4,6 šimtui asmens metų. Naujas Danijoje atliktas nuo kokaino vartojimo gydomų asmenų grupės tyrimas parodė 6,4 perteklinę mirštamumo riziką, palyginti su to paties amžiaus ir lyties asmenimis visų gyventojų grupėje (Arendt ir kiti, 2011).

Apie mirties nuo ekstazio (MDMA) atvejus pranešama retai, ir dažniausiai šis narkotikas nebuvo įvardytas kaip tiesioginė mirties priežastis⁽¹³³⁾. 2009 m. Anglijoje ir Suomijoje pranešta apie mirties atvejus, kurie galėjo būti susiję su katinonais, atitinkamai mefedronu ir MDPV (žr. 8 skyrių).

Mirštamumo nuo narkotikų tendencijos

Mirčių nuo narkotikų Europoje labai padaugėjo XX a. 9-ajį dešimtmetį ir 10-ojo dešimtmečio pradžioje (tuo pat

⁽¹³²⁾ Žr. langelį „Metadonas ir mirštamumas“.

⁽¹³³⁾ Duomenis apie mirties atvejus, susijusius su kitais nei heroinas narkotikais žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-108 lentelę.

metu išaugo ir heroino vartojimo bei narkotikų švirkštimosi mastas), ir nuo to laiko šis rodiklis tebebuvo didelis ⁽¹³⁴⁾. 2000–2003 m. laikotarpiu dauguma ES valstybių narių pranešė, kad mirčių sumažėjo, bet 2003–2008 m. jų padaugėjo. Turimi išankstiniai 2009 m. duomenys rodo, kad bendras rodiklis yra lygus ar šiek tiek mažesnis už 2008 m. rodiklį. Atvejais, kai galima palyginti, nurodytas mirties atvejų skaičius sumažėjo kai kuriose iš didžiausių šalių, įskaitant Vokietiją, Italiją ir Jungtinę Karalystę.

Sunku nustatyti, kodėl kai kuriuose šalyse mirties nuo narkotikų atvejų skaičius nekinta arba didėja, ypač atsižvelgiant į tai, kad yra požymių, jog sumažėjo švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir padaugėjo opioidų vartotojų, kurie naudojami gydymo ir žalos mažinimo paslaugomis. Galimi tokie paaiškinimai: kelių narkotiko vartojimo (EMCDDA, 2009b) ar labai pavojingo elgesio lygio padidėjimas, iš kalėjimo paleistų arba baigusį gydytis atkritusių opioidų vartotojų skaičiaus padidėjimas ir labiau pažeidžiamų narkotikų vartotojų grupės senėjimas.

Bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas

Bendras su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas apima mirtis dėl narkotikų ir tuos mirties atvejus, kuriuos narkotikų vartojimas sukelia netiesiogiai, pavyzdžiui, dėl infekcinių ligų perdavimo, širdies ir kraujagyslių ligų ir nelaimingų atsitikimų. Su narkotikų vartojimu netiesiogiai susijusių mirties atvejų skaičių sunku įvertinti, bet jo poveikis visuomenės sveikatai gali būti reikšmingas. Tokių mirties atvejų daugiausia pasitaiko tarp probleminių narkotikų vartotojų, nors jų gali pasitaikyti ir tarp vartojančiųjų narkotikus tik retkarčiais (pavyzdžiui, eismo nelaimių).

Bendro su narkotikų vartojimu susijusio mirštamumo įverčius galima nustatyti įvairiais būdais, pavyzdžiui, suderinant per mirštamumo tyrimus grupėse gautą informaciją su narkotikų vartojimo paplitimo įverčiais. Taikant kitą metodą, pagal turimus bendrojo mirštamumo statistinius duomenis apskaičiuojama su narkotikų vartojimu susijusi dalis.

Mirštamumo tyrimai grupėse

Per mirštamumo tyrimus grupėse ilgą laiką stebimos tos pačios probleminių narkotikų vartotojų grupės ir, remiantis mirštamumo registrais, bandoma nustatyti visų grupėje pasitaikančių mirčių priežastis. Atliekant šios rūšies tyrimus gali būti nustatyti ir bendro mirštamumo grupėje, ir mirštamumo nuo konkrečios priežasties rodikliai, taip pat gali būti apskaičiuota, kiek mirštamumo grupėje lygis yra didesnis už atitinkamą visų gyventojų rodiklį ⁽¹³⁵⁾.

„Pasirinkta tema“. Su narkotikų vartojimu susijęs mirštamumas, visapusiškas požiūris ir poveikis visuomenės sveikatai

Šiais metais paskelbtame EMCDDA leidinyje „Pasirinkta tema“ pristatomi nustatyti faktai apie su narkotikų vartojimu susijusį mirštamumą, kurie buvo gauti atlikus ilgalaikius probleminių narkotikų vartotojų Europoje tyrimus. Jame analizuojamas bendras mirštamumas ir mirštamumas dėl konkrečių priežasčių, taip pat aprašomas per tyrimus nustatytas pavojus ir apsaugojimo veiksniai. Be to, apžvelgiamas poveikis visuomenės sveikatai.

Su šiuo leidiniu galima susipažinti spausdintine forma ir internete EMCDDA interneto svetainėje tik anglų kalba.

Atsižvelgiant į aplinką, kurioje atrenkami grupės dalyviai (pvz., narkomanijos gydymo įstaigos), ir įtraukimo į tyrimą kriterijus (pvz., švirkščiamųjų narkotikų, heroino vartotojai), per daugumą tyrimų grupėse nustatyti mirštamumo tarp probleminių narkotikų vartotojų dydžiai sudaro 1–2 proc. per metus. Šie mirštamumo rodikliai yra apytikriai 10–20 kartų didesni, palyginti su atitinkamais rodikliais toje pat visų gyventojų amžiaus grupėje. Santykinė įvairių mirties priežasčių svarba įvairiose populiacijose ir šalyse laikui bėgant skiriasi. Tačiau pagrindinė mirties tarp probleminių narkotikų vartotojų priežastis Europoje paprastai yra narkotikų perdozavimas, kuris sudaro iki 50–60 proc. mirties atvejų tarp susišvirkščiančiųjų mažo ŽIV ir AIDS paplitimo šalyse. Be ŽIV ir AIDS ir kitų ligų, tarp dažnai nurodomų mirties priežasčių minimos savižudybės, nelaimingi atsitikimai ir piktnaudžiavimas alkoholiu.

Mirties dėl netiesiogiai su narkotikų vartojimu susijusių priežasčių atvejai

Suderinęs turimus Eurostato ir ŽIV ir AIDS stebėsenos duomenis, EMCDDA apytikriai apskaičiavo, kad 2007 m. Europos Sąjungoje nuo ŽIV ir AIDS, kurį sukėlė narkotikų vartojimas, mirė maždaug 2 100 žmonių ⁽¹³⁶⁾, o 90 proc. šių mirčių pasidalijo Ispanija, Prancūzija, Italija ir Portugalija.

Dalį mirčių tarp narkotikų vartotojų sudaro lėtinės ligos, kaip antai kepenų ligos, daugiausia dėl hepatito C viruso (HCV) infekcijos; bendrą būklę dažnai dar pablogina didelių alkoholio kiekių vartojimas ir gretutinė ŽIV infekcija. Mirčių, kurias sukelia kitos infekcinės ligos, pasitaiko rečiau. Tokioms mirties atvejų tarp narkotikų vartotojų priežastims, kaip savižudybė, traumas bei žmogžudystės, skiriama per mažai dėmesio, nors yra požymių, kad šie veiksniai gali turėti didelės įtakos mirštamumui.

⁽¹³⁴⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-8 ir DRD-11 pav.

⁽¹³⁵⁾ Dėl informacijos apie mirštamumo tyrimus grupėse žr. EMCDDA interneto svetainės skiltį „Pagrindiniai rodikliai“.

⁽¹³⁶⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio DRD-5 lentelę (iii dalį).

Mirštamumo dėl narkotikų mažinimas

Penkiolika Europos šalių praneša, kad jų nacionalinėje kovos su narkotikais strategijoje pagrindinis dėmesys sutelktas į mirštamumo dėl narkotikų mažinimą, kad tokia politika vykdoma regionų lygmeniu arba kad jos yra parengusios specialųjį mirštamumo dėl narkotikų prevencijos veiksmų planą. Kai kuriose kitose šalyse (Estijoje, Prancūzijoje, Austrijoje) neseniai padidėjus mirties nuo narkotikų atvejų skaičiui (iš dalies jaunesnio amžiaus grupėse ir tarp integruotų vartotojų) susirūpinta, kad reikia pagerinti šios problemos sprendimo būdus.

Gydant galima gerokai sumažinti narkotikų vartotojų mirštamumo riziką, nors pradėdant gydytis ar užbaigus gydymą kyla su narkotikų toleravimu susijusi rizika. Tyrimai rodo, kad mirties nuo narkotikų rizika dėl atkryčio po gydymo arba pirmosiomis savaitėmis po paleidimo iš kalėjimo yra gerokai didesnė.

Atsižvelgiant į buprenorfino farmakologinio saugumo pobūdį, kai kuriose šalyse jis rekomenduojamas kaip palaikomojo gydymo nuo opioidų vartojimo priemonė⁽¹³⁷⁾, o mažiausiai pusėje šalių buprenorfino ir nalaksono deriniui buvo suteikta rinkodaros teisė⁽¹³⁸⁾.

Nors kai kuriuose Europos šalyse buvo padaryta pažanga naikinant gydymo atotrūkį tarp bendruomenės ir kalėjimo⁽¹³⁹⁾, nustatyta, kad nutraukus narkomanijos gydymą, dėl suėmimo, įkalinimo ir paleidimo padidėja perdozavimo rizika (Dolan ir kiti, 2005). Dėl šios priežasties Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuras (2010c) paskelbė rekomendacijas dėl perdozavimo prevencijos kalėjimuose ir pagerinto priežiūros po paleidimo tęstinumo.

Be narkomanijos gydymo prieinamumo gerinimo, išnagrinėtos ir kitos intervencinės priemonės, kuriomis siekiama mažinti narkotikų vartotojams gresiančią perdozavimo riziką. Taikant šias intervencines priemones kovojama su asmeniniais, situaciniais veiksniais ir su veiksniais, susijusiais su narkotikų vartojimu. Informacijos apie perdozavimo riziką medžiagą, kuri dažnai pateikiama keliomis kalbomis, kad ją suprastų vartotojai imigrantai, daugumoje šalių platina specializuotos kovos su narkotikais agentūros ir interneto svetainės, o pastaruoju metu ji taip pat skleidžiama pranešimais telefonu ir el. paštu. Dvidešimt septyniose šalyse kovos su narkotikais agentūrų darbuotojai ar kiti tos pačios amžiaus grupės ar padėties asmenys teikia konsultacijas ir moko saugesnio vartojimo, tačiau dažnai šios intervencinės priemonės teikiamos sporadiškai ir ribotai⁽¹⁴⁰⁾.

Nedaug šalių praneša apie tokius papildomus problemų sprendimo būdus kaip pakartotinis asmenų, kuriems jau buvo prireikę skubios pagalbos dėl narkotikų vartojimo, tikrinimas (Belgijoje, Danijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Austrijoje), „ankstyvojo įspėjimo sistemos“, kuriomis siekiama perspėti vartotojus apie pavojingas narkotines medžiagas (Belgijoje, Čekijoje, Prancūzijoje, Vengrijoje, Portugalijoje, Kroatijoje), ir pagerintos kontrolės priemonės, kuriomis siekiama užkirsti kelią daugybiniam vaistų išrašymui (Liuksemburge, Jungtinėje Karalystėje). Teikiant priežiūrą narkotikų vartojimo patalpas, pavyzdžiui, tokias, kokios yra Vokietijoje, Ispanijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose ir Norvegijoje, perdozavimo atveju profesionalai gali suteikti skubią pagalbą, o nemirtino perdozavimo atveju galima sumažinti poveikį sveikatai. Priežiūrų narkotikų vartojimo kambarių poveikį mirties atvejų nuo narkotikų skaičiui galima įrodyti remiantis neseniai Vankuveryje atliktu tyrimu, per kurį nustatyta, kad atidarius priežiūrimo švirkštimosi patalpas narkotikų vartotojų bendruomenėje mirtinų perdozavimo atvejų skaičius sumažėjo 35 proc. (Marshall, B., ir kiti, 2011). Šis rezultatas liudija tą patį, ką ir ankstesni monografijoje apie žalos mažinimą apžvelgti tyrimai (EMCDDA, 2010b).

Metodas, pagal kurį mokoma, kaip elgtis perdozavimo atveju, ir išduodama nalaksono, opioidų poveikį panaikinančio ir plačiai ligininėse bei skubios pagalbos medicinoje naudojamo preparato, dozę išsinešti į namus yra intervencinė priemonė, kurią naudojant galima opsaugoti nuo mirties perdozavus opioidų. Kai kurios Europos šalys praneša vykdančios bendruomenė pagrįstas programas, pagal kurias narkotikų vartotojams, kuriems gresia pavojus perdozuoti opioidų, skiriamas nalaksonas. Narkotikų vartotojai, kuriems skiriamas nalaksonas, privalo dalyvauti perdozavimo atpažinimo mokymuose, per kuriuos supažindinama su pagrindiniais pirmosios pagalbos metodais (pvz., dirbtiniu kvėpavimu, kokia padėtimi paguldyti nukentėjusįjį) ir paaiškinama, kaip vartoti nalaksoną. Ši intervencinė priemonė yra skirta narkotikų vartotojams, jų šeimos nariams ir tos pačios amžiaus grupės ar padėties asmenims, ja siekiama padėti jiems imtis veiksmingų veiksmų perdozavimo atveju, kai laukiama greitosios pagalbos tarnybų.

Apie nalaksono teikimą narkotikų vartotojams praneša Italija (kurioje šią medžiagą teikia 40 proc. kovos su narkotikais agentūrų), Vokietija ir Jungtinė Karalystė (Anglija ir Velsas). Apie naujas iniciatyvas praneša Bulgarija, Danija ir Portugalija. 2010 m. Škotijoje nacionaliniu lygmeniu patvirtintas „nalaksono išdavimas į namus“

⁽¹³⁷⁾ Gydymo rekomendacijas žr. Geriausios praktikos portale.

⁽¹³⁸⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-1 lentelę.

⁽¹³⁹⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio 2 skyrių ir HSR-9 lentelę.

⁽¹⁴⁰⁾ Žr. 2011 m. statistikos biuletenio HSR-8 lentelę.

visiems iš kalėjimo paleidžiamiems rizikos grupės asmenims, o vyriausybė remia nacionalinę nalaksono išdavimo į namus programą, skirtą asmenims, kurie gali susidurti su opioidų perdozavimo rizika, ir asmenims, kurie gali vartoti opioidų. Anglijoje vykdomas „N-Alive“ projektas,

per kurį vertinamas nalaksono išdavimo paleidžiant iš kalėjimo veiksmingumas mažinant mirties nuo perdozavimo kelių savaitių po paleidimo iš kalėjimo laikotarpiu atvejų skaičių, tam bus atliktas 5 600 kalinių atsitiktinės atrankos kontroliuojamas tyrimas.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

8 skyrius

Nauji narkotikai ir atsirandančios tendencijos

Ižanga

Atsižvelgiant į tai, kad narkotikų problema Europoje tampa vis dinamiškesnė, ir tai, kad ji sparčiai kinta, vis svarbiau tampa laiku teikti objektyvią informaciją apie naujus narkotikus ir atsirandančias tendencijas. Naujų narkotikų rinka išsiskiria greičiu, kuriuo tiekėjai į kontrolės priemonių įvedimą reaguoja siūlydami naujas draudžiamų produktų alternatyvas. Geresnį atsirandančių su narkotikais susijusių tendencijų Europoje vaizdą galima susidaryti remiantis įvairiais informacijos šaltiniais ir moderniais rodikliais, įskaitant stebėseną internetu ir nutekamojo vandens analizę. Šiame skyriuje išsamiai aprašomos naujos psichoaktyviosios medžiagos, aptiktos naudojant ankstyvojo įspėjimo sistemą, ir pateikiamas mefedrono rizikos vertinimas. Analizuojamas „teisėtų narkotikų“ reiškinys ir keletas valstybių veiksmų prieš atvirą prekybą naujomis narkotinėmis medžiagomis.

Veiksmai naujų narkotikų srityje

Europos Sąjungos ankstyvojo įspėjimo sistema buvo sukurta kaip greitojo reagavimo į naujų psichoaktyviųjų medžiagų atsiradimą narkotikų srityje mechanizmas. Šiuo metu sistema peržiūrima pagal Europos Komisijos atliktą Tarybos sprendimo 2005/387/TVR veikimo vertinimą⁽¹⁴¹⁾.

Naujos psichoaktyviosios medžiagos

1997–2010 m. per ankstyvojo įspėjimo sistemą oficialiai pranešta apie daugiau kaip 150 naujų psichoaktyviųjų medžiagų, kurios dabar yra stebimos. Šiuo laikotarpiu padidėjo naujų medžiagų pasirodymo rinkoje dažnis, o per pastaruosius dvejus metus pranešta apie rekordinį naujų medžiagų skaičių – 24 2009 m. ir 41 2010 m.⁽¹⁴²⁾ Daug šių medžiagų buvo aptikta tikrinant internetu ir specializuotose parduotuvėse (pvz., narkotinių medžiagų ar reikmenų parduotuvėse) parduodamus produktus.

Dauguma iš 2010 m. nustatytos 41 naujos psichoaktyviosios medžiagos yra sintetiniai katinonai arba sintetiniai kanabinoidai. 2010 m. aptikus penkiolika naujų derivatų, dabar sintetiniai katinonai yra antra pagal dydį narkotikų šeima po fenetilaminų, kurių stebi ankstyvojo įspėjimo sistema. Naujų nurodytų narkotinių medžiagų sąraše taip pat yra įvairių cheminių medžiagų, įskaitant sintetinį kokaino derivatą, natūralų pirmtaką (prekursorių) ir įvairias sintetines psichoaktyvias medžiagas, grupė. 2010 m. pirmą kartą pranešta apie feniciklidino (PCP) ir ketamino, dviejų plačiai dabar ir anksčiau žmonių medicinoje ir veterinarijoje naudotų preparatų, derivatus.

Remdamosi pavyzdžiu, kai nauji narkotikai sukuriama iš vaistų, kurių piktnaudžiavimo potencialas yra žinomas, kovodamos su neteisėtos rinkos naujovėmis, vaistų ir narkotikų kontrolės institucijos turi suvienyti savo jėgas. Ši problema labiau yra potenciali grėsmė nei skubiai sprendina problema, tačiau atsižvelgiant į greitį, kuriuo šioje srityje atsiranda naujovės, gali būti svarbu numatyti būsimus uždavinius.

Rizikos vertinimas

2010 m. mefedronas (4-metilmetkatinonas) tapo pirmuoju katinonų derivatu, kurio rizika oficialiai įvertinta. Jis taip pat buvo pirmoji narkotinė medžiaga, kurios rizika įvertinta remiantis naujosiomis veikimo gairėmis⁽¹⁴³⁾. Sunkumai, kurių iškilo atliekant vertinimą, yra susiję su ribotu duomenų prieinamumu ir tuo, kad mefedronas nepanašus į anksčiau vertintus junginius. Tačiau pirmą kartą buvo įtraukti toksikologinio patikrinimo duomenys iš mefedrono vartotojų grupės tiriamosios studijos. Todėl nustatytus faktus buvo galima geriau pagrįsti įrodymais nei per ankstesnius rizikos vertinimus.

Remdamasi rizikos vertinimo ataskaita (EMCDDA, 2010e), 2010 m. gruodžio mėn. Europos Vadovų Taryba priėmė sprendimą Europoje mefedronui taikyti kontrolės priemones ir baudžiamąsias bausmes⁽¹⁴⁴⁾. Iki to laiko aštuoniolika Europos šalių jau buvo įvedusios mefedrono kontrolės

⁽¹⁴¹⁾ Tarybos sprendimas 2005/387/TVR dėl keitimosi informacija apie naujas psichoaktyvias medžiagas, jų rizikos įvertinimo ir kontrolės. OL L 127, 2005 5 20.

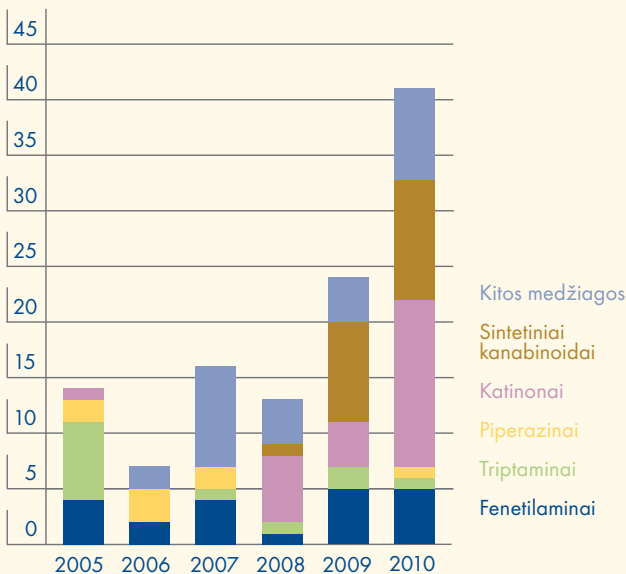
⁽¹⁴²⁾ Žr. langelį „Pagrindinės naujų psichoaktyviųjų medžiagų grupės, stebimos naudojant ankstyvojo įspėjimo sistemą“.

⁽¹⁴³⁾ Žr. langelį „Rizikos vertinimo gairės“.

⁽¹⁴⁴⁾ Tarybos sprendimas 2010/759/ES dėl kontrolės priemonių taikymo 4-metilmetkatinonui (mefedronui), OL L 322, 2010 12 8, p. 44.

Pagrindinės naujų psichoaktyviųjų medžiagų grupės, stebimos naudojant ankstyvojo įspėjimo sistemą

Naujos Europos narkotikų rinkose pasirodančios psichoaktyviosios medžiagos paprastai priklausė mažam cheminių medžiagų šeimų skaičiui, o dauguma ankstyvosios įspėjimo sistemos gautų pranešimų buvo apie fenetilaminus ir triptaminus. Tačiau per pastaruosius penkerius metus pranešta apie didėjantį naujų narkotinių medžiagų skaičių, o šios medžiagos priskiriamos besiplečiančiam cheminių medžiagų šeimų skaičiui (žr. pav.).



Pastaba. Naujų psichoaktyviųjų medžiagų, apie kurias Europos ankstyvojo įspėjimo sistemai pranešta remiantis Tarybos sprendimu 2005/387/TVR, skaičius.

Fenetilaminai apima daug įvairių medžiagų, kurios gali turėti stimuliuojamąjį, entaktogeninį arba haliucinogeninį poveikį. Pavyzdžiai yra sintetinės narkotinės medžiagos amfetaminas, metamfetaminas ir MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetaminas) ir natūrali medžiaga meskalinas.

Triptaminai apima daug medžiagų, kurių poveikis daugiausia yra haliucinogeninis. Pagrindinės medžiagos yra natūralūs junginiai dimetiltriptaminas (DMT), psilocinas ir psilocibinas (aptinkamas haliucinogeniniuose grybuose) bei pusiau sintetinis lizergo rūgšties dietilamidas (LSD).

Piperaziniai apima mCPP (1-(3-chlorofenil)piperazino) ir BZP (1-benzilpiperazino), abi šios medžiagos yra centrinės nervų sistemos stimulantai.

Katinonai turi stimuliuojamąjį poveikį. Pagrindiniai katinonų derivatai yra pusiau sintetinis metkatinonas ir sintetiniai junginiai mefedronas, metilonas ir MDPV (3,4-metilendioksi-pirovaleronas).

Sintetiniai kanabinoidai veikia panašiai kaip delta-9-tetrahidrokanabinolis (THC), pagrindinė veiklioji kanapių medžiaga. Kaip ir THC, jie gali turėti haliucinogeninį, raminamąjį ir slopinamąjį poveikį. Jų buvo aptikta augaliniuose rūkomuosiuose mišiniuose, pavyzdžiui, „Spice“ (žr. EMCDDA, 2009d).

Kitos ankstyvojo įspėjimo sistemai nurodytos narkotinės medžiagos yra įvairios augalinės kilmės ir sintetinės psichoaktyviosios medžiagos (pvz., indanai, benzodifuraniliai, narkotiniai analgetikai, sintetiniai kokaino derivatai, ketaminas ir feniciklidino derivatai), kurių negalima griežtai priskirti nė vienai iš anksčiau minėtų grupių. Prie šios grupės taip pat priskirta keletas medicininės paskirties produktų ir derivatų.

Jei reikia daugiau informacijos apie konkrečias naujas psichoaktyvias medžiagas, žr. EMCDDA narkotikų charakteristikas.

priemonės ⁽¹⁴⁵⁾. Likusios ES valstybės narės turi per metus imtis būtinųjų priemonių.

Tolesnė veikla mefedrono atžvilgiu

Yra nedaug šaltinių, kuriais remiantis galima tęsti šio tokių mefedrono vartojimo ir prieinamumo Europoje stebėseną, visų pirma internetu atliekamomis naktinių klubų lankytojų apklausomis ir prekyba internetu. Atlikus JK naktinių klubų lankytojams skirtą žurnalo skaitytojų apklausą paaiškėjo, kad mefedrono vartojimo mažiausiai kartą gyvenime paplitimas 2010 m. buvo apytikriai 40 proc. (2 295 respondentai, Dick ir Torrance, 2010), o 2011 m. – 61 proc. (2 560 respondentų, Winstock, 2011), tačiau vartojimo per pastarąjį mėnesį lygis tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo nuo 33 iki 25 proc. Šių apklausų

rezultatų negalima taikyti platesnei naktinių klubų lankytojų populiacijai.

Mefedrono prieinamumas internetu buvo įvertintas per šešis nuo 2009 m. gruodžio mėn. iki 2011 m. vasario mėn. EMCDDA atliktus interneto tyrimus (padarytos momentinės nuotraukos). 2010 m. pirmoje pusėje mefedronas buvo plačiai ir teisėtai prieinamas iš tiekėjų internetu, kur juo prekiauta tiek mažmeniniais, tiek didmeniniais kiekiais. EMCDDA internetinių narkotikų parduotuvių, pateiktų anglų kalba, momentinės nuotraukos 2010 m. kovo mėn. rodo didžiausią mefedrono prieinamumą internetu, jį pardavinėjo 77 mažmenininkai. Nuo tada bendras mefedronu prekiaujančių internetinių parduotuvių skaičius mažėjo, nes nuo 2010 m. balandžio mėn. Europos šalys pradėjo taikyti šios medžiagos kontrolės priemones. Nors 2011 m. pradžioje mefedronas

⁽¹⁴⁵⁾ Belgija, Danija, Vokietija, Estija, Airija, Prancūzija, Italija, Latvija, Lietuva, Liuksemburgas, Malta, Austrija, Lenkija, Rumunija, Švedija, Jungtinė Karalystė, Kroatija, Norvegija.

Rizikos vertinimo gairės

2008 m. patvirtintos esamos naujų psichoaktyviųjų medžiagų rizikos vertinimo veiklos gairės pirmą kartą įgyvendintos 2010 m. vertinant mefedroną (EMCDDA, 2010c). Gairėse pateikta konceptuali sistema, pagal kurią galima atlikti moksliniais tyrimais ir įrodymais pagrįstą vertinimą reikiamu laiku ir trūkstant informacijos šaltinių. Pagrindinės sritys, į kurias reikia atsižvelgti, yra šios: pavojus sveikatai ir socialinio pobūdžio pavojus, gamyba ir neteisėta apyvarta, organizuoto nusikalstamumo įsitraukimas ir galimos kontrolės priemonių pasekmės.

Gairėse atsižvelgta į visus veiksnius, pagal kuriuos, kaip numatyta 1961 ir 1971 m. JT konvencijose, būtų užtikrinama tarptautinio lygmens medžiagos kontrolė. Be to, jomis nustatyta nauja pusiau kokybinė taškų suteikimo sistema, pagrįsta ekspertų vertinimais. Gairėse atsižvelgiama į dvejopą rizikos apibrėžtį, būtent į tikimybę, kad gali būti padaryta žala (dažniausiai apibrėžiama kaip „rizika“), ir į šios žalos rimtumą (dažniausiai apibrėžiama kaip „pavojus“). Be to, jose apžvelgiamas vartojimo paplitimas, galimi medžiagos privalumai ir rizika, nepaisant jos teisinio statuso valstybėse narėse, ir lyginama su geriau žinomais narkotikais.

2010 m. Pasaulio sveikatos organizacija taip pat patvirtino savo psichoaktyviųjų medžiagų tarptautinės kontrolės apžvalgos gairių peržiūrą (PSO, 2010b).

kontroliuojamas daugumoje valstybių narių, EMCDDA momentinės nuotraukos keliomis kalbomis parodė, kad šiuo metu šių medžiagų ir toliau galima įsigyti internetu, nustatytos 23 svetainės, kuriose Europos Sąjungos pirkėjams siūloma įsigyti mefedrono. Iš pradinių 77 2010 m. kovo mėn. nustatytų internetinių parduotuvių praėjus metams veikė tik 15 ir tik dvi vis dar pardavinėjo mefedroną. Trylika likusiųjų tebepardavinėjo kitus produktus, dažnai pristatydamos juos kaip „tiriamas medžiagas“ ir pateikdamos kaip „teisėtas mefedrono alternatyvas“⁽¹⁴⁶⁾. Be to, 2011 m. EMCDDA momentinė nuotrauka parodė, kad nuo 2010 m. labai sumažėjo mefedroną siūlančių internetinių parduotuvių, kurios, kaip atrodo, įsikūrusios Jungtinėje Karalystėje, skaičius. 2011 m. daugiausia mefedronu prekiaujančių internetinių parduotuvių buvo Jungtinėse Amerikos Valstijose (šešios), kiek mažiau jų veikė Čekijoje ir Jungtinėje Karalystėje (kiekvienoje po tris). Tuo pačiu laikotarpiu padidėjo mefedrono kaina – nuo 10–12 EUR už gramą 2010 m. iki 20–25 EUR už gramą 2011 m.

Su mefedronu susiję intoksikacijos ir mirties atvejai ir toliau atidžiai stebimi ankstyvojo įspėjimo sistemos. Apie nemirtingą mefedrono vartojimo poveikį sveikatai praneša Airija ir Jungtinė Karalystė. 2010 m. Anglijoje gautos ataskaitos apie 65, kaip įtariama, su mefedronu susijusius mirties atvejus, per kurių tyrimus narkotiko aptikta 46 atvejais. Vis dėlto tai, kad medžiagų aptikta toksikologijos mėginyje, nebūtinai reiškia, kad ji sukėlė mirtį ar turėjo jai įtakos, todėl pranešimus apie su mefedronu siejamus mirties atvejus reikėtų vertinti atsargiai.

Tolesnė veikla kitų medžiagų atžvilgiu

Europoje nėra įprastinės įvertintos rizikos medžiagų, įskaitant tas, kurias vėliau pradėta kontroliuoti, stebėsenos. Apie šias medžiagas turima informacija daugiausia gaunama remiantis konfiskavimo atvejais ir kontroliuojamų medžiagų, apie kurias pranešta ankstyvojo įspėjimo sistemai, neigiamu poveikiu sveikatai. Daugelis šalių praneša, kad 2009 ir 2010 m. vis dar buvo galima įsigyti piperazinių BZP ir mCPP. mCPP dažnai aptikta tabletėse, kurios buvo parduodamos kaip ekstazis; tai nustatyta vykdant tablečių tikrinimo programas, pavyzdžiui, Nyderlanduose. Taip pat 2010 m. Suomija pranešė trylikoje po mirties paimtų mėginių aptikusi MDPV⁽¹⁴⁷⁾, o trys šalys pranešė apie pakartotinį dviejų fenetilaminų, PMA ir PMMA⁽¹⁴⁸⁾, aptikimą. Nyderlanduose kaip kokainas parduodamuose milteliuose aptikta 10 proc. PMA, o kaip ekstazis parduodamose tabletėse nustatyta didelė PMMA koncentracija; Norvegijoje konfiskuotas didelis PMMA kiekis; Austrijoje kaip amfetaminas parduodame mišinyje buvo 50 proc. PMMA. Visos šalys pranešė apie su PMA ir PMMA susijusius sveikatos sutrikimus ir mirties atvejus. Šios dvi medžiagos žinomos kaip labai toksiškos ir yra žinoma mirtinų jos perdozavimo atvejų praeityje.

„Teisėti narkotikai“

Nuo XX a. 9-ojo dešimtmečio naujos psichoaktyviosios medžiagos buvo vadinamos „dizainerių narkotikais“, tačiau pastaraisiais metais išpopuliarėjo terminas „teisėti narkotikai“. Teisėtais narkotikais vadinami plačios kategorijos nereguliuojami psichoaktyvūs junginiai arba produktai, kurių sudėtyje jų yra, pardavinėjami kaip teisėtos gerai žinomų kontroliuojamų narkotikų alternatyvos, dažniausiai internetu, narkotinių medžiagų ar reikmenų parduotuvėse. Šis terminas vartojamas kalbant apie daug

⁽¹⁴⁶⁾ Tokie produktai apėmė MDAI (5,6-metilenedioksi-2-aminoindanas), 5-IAI (5-jodo-2-aminoindanas), MDAT (6,7-metilenedioksi-2-aminotetralinas), 5-APB (5-(2-aminopropil)benzofuranas, parduodamas kaip „Benzo fury“), 6-APB (6-(2-aminopropil)benzofuranas), nafironą (naftilpirovaleronas, parduodamas kaip NRG-1), 4-MEC (4-metiletakatinonas, parduodamas kaip NRG-2) ir metoksetaminą (2-(3-metoksifenil)-2-etilamino cikloheksaronas).

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-metilenedioksi-pirovaleronas, pirovalerono derivatas, kuris yra kontroliuojamas pagal 1971 m. JT konvencijos IV sąrašą.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (para-metoksiamfetaminas) nuo 1986 m. yra įtrauktas į 1971 m. JT konvencijos I sąrašą, o PMMA (para-metoksimeetilamfetaminas) ES lygmeniu yra kontroliuojamas nuo 2002 m., žr. EMCDDA (2003).

Nevisiškai „teisėti narkotikai“

Terminas „teisėti narkotikai“ vartojamas kaip plačiausios reikšmės terminas kalbant apie psichoaktyviąsias medžiagas, nekontroliuojamas kovos su narkotikais įstatymais. Šias medžiagas vadinti „teisėtomis“ gali būti neteisinga arba šio terminu galima suklaidinti klientus, nes daugeliui iš šių medžiagų galima pritaikyti vaistų ar maisto saugos įstatymus.

Remiantis Europos produktų saugos direktyva, gamintojai į rinką privalo pateikti tik saugius produktus. Galimomis iš anksto pagrįstai numatyti sąlygomis produktas „neturėtų kelti jokios rizikos arba kelti tik minimalią riziką, kuri yra suderinama su gaminio vartojimu ir laikoma priimtina bei atitinkančia aukštą žmonių saugos ir sveikatos apsaugos lygį“, atsižvelgiant į jo charakteristiką, žymėjimą, bet kokius įspėjimus ir vartojimo instrukcijas. Galbūt todėl internetinės parduotuvės dėl savo produktų rodo vis daugiau įspėjimų apie pavojų sveikatai. Remiantis direktyva, platintojai taip pat privalo informuoti kompetentingas institucijas apie rimtą pavojų ir veiksmus, kurių imtasi vartotojams nuo jo apsaugoti. Už pažeidimus gali būti baudžiama įkalinimu.

Europoje pardavinėti naujus narkotikus yra taip pat neteisėta, kaip ir pardavinėti bet kurį kitą nepatikrintą ir netinkamai pažymėtą produktą. Priemonių, kurių imtasi prieš „teisėtų narkotikų“ pardavimą remiantis reglamentais dėl vartotojų apsaugos, pavyzdžiai yra „Spice“ ir mefedrono konfiskavimo iš tiekėjų dėl netinkamo žymėjimo atvejai Italijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Be to, 2010 m. Lenkijoje sveikatos inspekcija uždarė 1 200 narkotinių reikmenų parduotuvių.

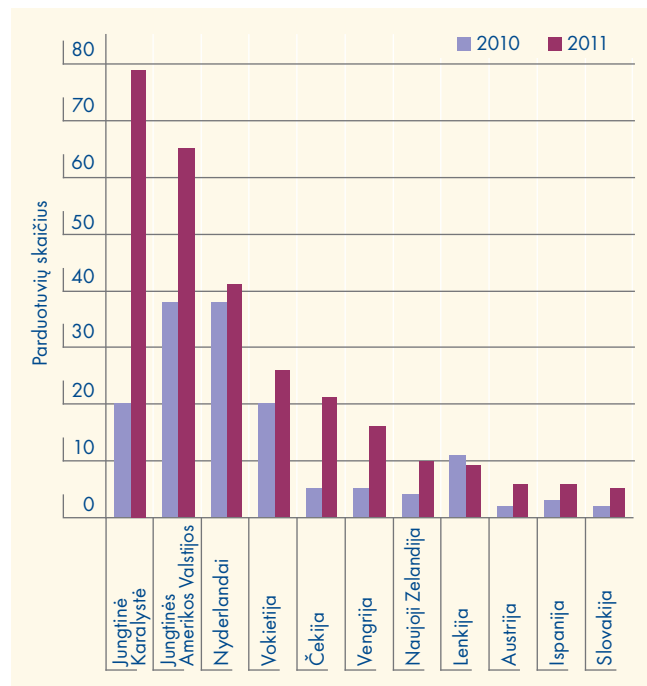
Įvairių sintetinių ar augalinės kilmės produktų, įskaitant žolinius narkotikus, vakarėliuose populiarias tabletes ir „tiriamas medžiagas“, daugelis jų sukurtos taip, kad būtų galima apeiti esamas narkotikų kontrolės priemones. Nors šis terminas vartojamas dažnai, jis tebėra probleminis (149).

Paplitimas ir prieinamumas internetu

Europoje vykdomi keli tyrimai, per kuriuos analizuojamas „teisėtų narkotikų“ (šiuo bendru terminu įvardijamos atskiros medžiagos) paplitimas. Per 2008 m. Lenkijoje atliktą 1 400 18 metų moksleivių tyrimą paaiškėjo, kad 3,5 proc. jų „teisėtų narkotikų“ vartojo mažiausiai kartą gyvenime, o per 2010 m. atliktą pakartotinį 1 260 moksleivių tyrimą nustatytas padidėjimas iki 11,4 proc. 2008 m. „teisėtų narkotikų“ vartojimą per pastaruosius 12 mėnesių nurodė 2,6 moksleivio, o 2010 m. šis skaičius padidėjo iki 7,2 proc. Tačiau vartojimas per pastarąjį mėnesį sumažėjo nuo 1,5 proc. 2008 m. iki 1,1 proc. 2010 m. Daugiau „teisėtų narkotikų“ paplitimo tyrimų 2011 m. bus atlikta Čekijoje, Airijoje ir Ispanijoje.

EMCDDA stebi „teisėtų narkotikų“ prieinamumą internetu darydamas reguliarias tikslines interneto momentines nuotraukas, naujausia jų – padaryta naudojant 18 iš 23 oficialiųjų ES kalbų (150), kuriomis kaip gimtąja kalba kalba 97 proc. ES gyventojų, taip pat rusų ir ukrainiečių kalbomis. Ieškoma ne tik termino „teisėti narkotikai“, bet ir „žoliniai narkotikai“ („Spice“, šalavijas, puošnioji vožtė), GBL (gama-butirolaktonas) ir haliucinogeniniai grybai. 2011 m. darant interneto momentinę nuotrauką nustatyta 314 „teisėtais narkotikais“ prekiaujančių internetinių parduotuvių, kurios siunčia produktus į mažiausiai vieną ES valstybę narę. Sunku nustatyti internetinės parduotuvės kilmės šalį, tačiau remiantis tokiais požymiais, kaip kontaktinė informacija, šalies kodo domenas, valiuta ir siuntimo informacija, dažniausiai nustatyta šalis buvo Jungtinė Karalystė (žr. 20 pav.). Anglų kalba buvo dažniausiai vartojama sąsajos kalba, nustatyta 83 proc. 2011 m. tikrintų internetinių parduotuvių. Puošnioji vožtė ir šalavijas buvo du dažniausiai siūlomi „teisėti narkotikai“, kurių atitinkamai buvo galima įsigyti 92 ir 72 internetinėse parduotuvėse.

20 pav. 2010 ir 2011 m. nustatytų internetinių parduotuvių, siūlančių „teisėtus narkotikus“, kilmės šalys



Pastaba. Įtrauktos tik ES valstybės narės, tiek 2010, tiek 2011 m. turėjusios bent po dvi internetines narkotikų parduotuves. 2011 m. per pirmą kartą Rumunijoje vykdytą paiešką atskleista 13 internetinių parduotuvių.

(149) Žr. langelį „Nevisiškai „teisėti narkotikai“.

(150) Bulgarų, čekų, danų, vokiečių, graikų, anglų, ispanų, prancūzų, italų, latvių, vengrų, maltiečių, olandų, lenkų, portugalų, rumunų, slovākų ir švedų.

Į „Spice“ panašių produktų prieinamumas internetu 2011 m. tebemažėjo, medžiagą siūlė 12 patikrintų mažmeninių prekyautojų internetu, šis skaičius sumažėjo nuo 21 parduotuvės 2010 m. ir 55 parduotuvių 2009 m. 2011 m. 3 gramų į „Spice“ panašaus produkto pakuotė kainavo 12–18 EUR, palyginti su apytikriai 20–30 EUR 2009 m. Šis lygiagretus prieinamumo ir kainos sumažėjimas gali rodyti, kad konkuruojama su kitais naujais narkotikais.

Atviros prekybos naujais narkotikais kontrolė ir policijos atliekama priežiūra

Greitai plintant naujoms medžiagoms valstybės narės yra priverstos iš naujo apsvarstyti ir peržiūrėti standartinius narkotikų problemos sprendimo būdus. 2010 m. ir Airija, ir Lenkija skubiai paskelbė teisės aktus, kuriais siekiama apriboti atvirą prekybą psichoaktyviosiomis medžiagomis, kurios nėra kontroliuojamos narkotikų kontrolės įstatymais. Tam abi šalys turėjo parengti tikslią teisinę tokių medžiagų apibrėžtį. Airijos įstatyme jos apibrėžiamos kaip psichoaktyviosios medžiagos, konkrečiai nekontroliuojamos esamais teisės aktais, galinčios stimuliuoti arba slopinti centrinę nervų sistemą, sukelti haliucinacijų, priklausomybę, ryškių motorinės funkcijos, mąstymo ar elgesio pakitimų. Medicininės paskirties ir maisto produktai, gyvūnams skirti vaistai, sveigieji alkoholiniai gėrimai ir tabakas nebuvo įtraukti. Lenkijos įstatyme kalbama apie „narkotikų pakaitalus“, kurie apibrėžiami kaip medžiaga ar augalas, naudojamas vietoj kontroliuojamo narkotiko ar tais pačiais tikslais kaip jis, ir kurių gamybos ar patekimo į rinką nereguliuoja atskiros nuostatos. Jame konkrečiai nenurodyta, ar narkotiką reikėtų laikyti žalingu.

Airijoje įstatymo laikymąsi užtikrina policija. Aukšto rango policijos pareigūnai pardavėjams gali pateikti „draudžiamąjį pranešimą“, o jei pažeidėjas į jį neatsižvelgia, teismas gali išduoti „draudžiamąjį orderį“.

Pardavinėjant, reklamuojant ir nesilaikant „draudžiamąjo orderio“ gresia iki penkerių metų kalėjimo. Priešingai, Lenkijoje įstatymo laikymąsi užtikrina valstybinė higienos inspekcija. Bausmė už narkotikų pakaitalų gamybą ar jų tiekimą rinkai yra didelė bauda, o už jų reklamą – iki vienu metų laisvės atėmimo. Valstybiniai higienos inspektorai gali uždrausti prekybą „narkotikų pakaitalu“ iki 18 mėnesių, kad įvertintų jo saugumą, jei yra pagrįstų įtarimų, kad jis gali kelti grėsmę gyvybei ar sveikatai. Nustačius, kad narkotinė medžiaga yra kenksminga, platintojas turi sumokėti vertinimo išlaidas. Be to, inspektorai turi teisę uždaryti patalpas iki trijų mėnesių. Abiejose šalyse nenustatytas už šių medžiagų vartojimą taikomas pažeidimas ar bausmė.

Policijos atliekama naujų kontroliuojamų psichoaktyviųjų medžiagų kontrolė

2010 m. Jungtinėje Karalystėje policijos pajėgoms išduotos išsamios gairės dėl naujų kontroliuojamų psichoaktyviųjų medžiagų, ypač sintetinių kanabinoidų, piperazino ir kationų bei GBL ir 1,4-butanediolio, kontrolės (ACPO, 2010). Gairėse pateikiama informacija apie narkotikų išvaizdą, vartojimo būdus, poveikį, riziką ir jų tvarkymą rankomis. Gairėse rekomenduojama taikyti nuoseklų nacionalinio lygmens tokių medžiagų laikymo ir platinimo kontrolės metodą. Pripažįstama, kad, norint tinkamai identifikuoti medžiagą, reikia atlikti teisminę analizę ir kad yra būtinas įrodymų standartas. Pabrėžiama, jog svarbu, kad policija ir vietos valdžios institucijos taikytų vienodą narkotikų reikmenų parduotuvių kontrolės metodą. Skatinami policijos apsilankymai narkotikų reikmenų parduotuvėse, kad būtų galima surinkti informacijos ir informuoti savininkus bei suteikti jiems galimybę atiduoti kontroliuojamas medžiagas. Šiuo tikslu siūloma naudoti standartizuotą pranešimą, kuriame parduotuvės savininkas raginamas peržiūrėti turimas priemones ir užtikrinti, kad jos atitiktų įstatymą.

Nutekamojo vandens analizė

Nutekamojo vandens analizė, arba nuotekų epidemiologiniai tyrimai, yra sparčiai besivystanti mokslo disciplina, leidžianti stebėti neteisėtų narkotikų vartojimo tendencijas visų gyventojų lygmeniu.

Dėl pažangos analitinės chemijos srityje dabar galima nustatyti su šlapimu į nutekamąjį vandenį labai mažomis koncentracijomis išskiriamus neteisėtus narkotikus ir pagrindinius jų metabolitus. Tai galima palyginti su labai atskiesto visų gyventojų (o ne atskiro vartotojo) šlapimo mėginio paėmimu. Atsižvelgiant į konkrečias prielaidas, remiantis nutekamajame vandenyje aptiktu metabolito kiekiu galima apytikriai apskaičiuoti bendruomenėje suvartoto narkotiko kiekį.

Per pirmuosius tyrimus daugiausia stengtasi nutekamajame vandenyje nustatyti kokainą ir jo metabolitus, tačiau per naujausius tyrimus pateikti kanapių, amfetamino, metamfetamino, heroino ir metadono įverčiai. Yra požymių, kad bus galima nustatyti ir mažiau vartojamus narkotikus, pavyzdžiui, ketaminą ir naujas psichoaktyviasias medžiagas.

Ši plėtojama tyrimų sritis yra tarpdisciplininio pobūdžio, jai svarbios įtakos turi įvairios disciplinos, įskaitant analitinę chemiją, fiziologiją, biochemiją, nuotekų inžineriją ir įprastinę narkotikų epidemiologiją. Per 2011 m. EMCDDA ekspertų susitikimą dėl nutekamojo vandens analizės nustatyta mažiausiai 18 tyrimų grupių, šioje srityje dirbančių trylikoje Europos šalių. Pagal dabartinę mokslinių tyrimų darbotvarkę dabar yra svarbiausia pasiekti konsensusą dėl mėginių ėmimo metodų ir priemonių bei nustatyti geros praktikos šioje srityje kodeksą.



Literatūra ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. ir Salaspuro, M. (2007), „Buprenorphine misuse in Finland“, *Substance Use & Misuse* 42, p. 1 027–1 028.
- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. ir kiti (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), p. 931–934.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Anglijos, Velso ir Šiaurės Airijos vyriausijų policijos pareigūnų asociacija, Londonas.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No. 22, Australijos sveikatos ir socialinio aprūpinimo institutas, Kanbera.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. ir Humphris, G. (2011), „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings“, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, p. 1 186–1 202.
- Allen, D., Coombes, L. ir Foxcroft, D. R. (2007), „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study“, *Health Education Research* 22, p. 547–560.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L. ir kiti (2009), „Modafinil for the treatment of cocaine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1–2), p. 133–9.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L. ir Jensen, S. O. (2011), „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 114, p. 134–139.
- Arfken, C. L., Johanson, C. E., di Menza, S. ir Schuster, C. R. (2010), „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 96–104.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano ir kiti (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, p. 198–202.
- Barry, D., Sullivan, B. ir Petry, N. M. (2009), „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients“, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), p. 168–174.
- Bell, J. (2010), „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician’s perspective“, *Addiction* 105, p. 1 531–1 537.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. ir Schnitzer, S. (2009), „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands“, *European Addiction Research* 15, p. 78–86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. ir Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Škotijos vyriausybės socialiniai tyrimai (galima rasti internete).
- Bird, S. M. ir Robertson, J. R. (2011), „Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era“, *Addiction Research and Theory* 19, p. 170–178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. ir McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337, a478.
- Bröring, G. ir Schatz, E. (redaktorai) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdamas (galima rasti internete).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. ir kiti (2009), „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, p. 171–178.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Kontroliuojamų medžiagų ir tabako direktoratas (galima rasti internete).
- Caiaffa, W. T., Zocchetto, K. F., Osimani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L. ir kiti (2011), „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?“, *Addiction* 106(1) p. 143–151.
- Carpeneo, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J. ir Thompson, D. L. (2010), „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence“, *American Journal of Health Behavior* 34(6), p. 776–787.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. ir Hedrich, D. (2011), „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges“, *The Howard Journal of Criminal Justice* (spaudoje).

⁽¹⁵¹⁾ Hipersaitus į šaltinius internete rasite metinės ataskaitos PDF versijoje, kuri skelbiama EMCDDA interneto svetainėje (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Chabrol, H., Roura, C. ir Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. ir McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australijos nacionalinės kovos su narkotikais tarybos mokslinis straipsnis (galima rasti internete).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. ir kiti (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Sveikatos tyrimų valdyba, Dublinas (galima rasti internete).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman ir Hickman, M. (2010), „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database“, *BMJ* 341, c5475.
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211–213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. ir Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors. Volume 1*, Majid Ezzati ir kiti (redaktoriai), Pasaulio sveikatos organizacija (galima rasti internete).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. ir Hickman, M. (2010), „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed“, *Lancet* 376, p. 285–301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. ir Hall, W. D. (2011), „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies“, *Drug and Alcohol Dependence* 113, p. 88–95.
- Dennis, M. ir Scott, C. K. (2007), „Managing addiction as a chronic condition“, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), p. 45–55.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28 (5), p. 421–447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. ir Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104(9), p. 1 441–1 446.
- Dick, D. ir Tarrant, C. (2010), „MixMag Drugs Survey“, *Mix Mag* 225, p. 44–53.
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. ir Wodak, A. D. (2005), „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, p. 820–828.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Europos ligų kontrolės ir prevencijos centras, Stokholmas.
- ECDC ir EMCDDA (2011), *Joint ECDC–EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Europos ligų kontrolės ir prevencijos centras, Stokholmas.
- ECDC ir PSO Europos regiono biuras (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Europos ligų kontrolės ir prevencijos centras, Stokholmas.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T. ir kiti (2008), „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence“, *Neuropsychopharmacology* 33(5), p. 1 162–1 170.
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas (galima rasti internete).
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2009a), *Annual report 2009: the state of the drug problem in Europe*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, teminis leidinys, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, Liuksemburgas (galima rasti internete).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the „Spice“ phenomenon*, teminis leidinys, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, Liuksemburgas (galima rasti internete).
- EMCDDA (2010a), *2010 m. metinė ataskaita. Narkotikų problema Europoje*, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts ir challenges*, Monograph, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas (galima rasti internete).

- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, pasirinkta tema, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- EMCDDA ir Europolas (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, EMCDDA ir Europolo bendri leidiniai, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- Escot, S. ir Suderie, G. (2009), „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles“, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paryžius.
- Europos Komisija (2011), *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Ekonomikos ir finansų generalinis direktoratas, Europos Komisija.
- Europos Sąjungos Taryba (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 4 perž. (galima rasti internete).
- Europos Žmogaus Teisių Teismas: Byla Teixeira de Castro prieš Portugaliją, 1998 m. birželio 9 d. sprendimas, Reports 1998-VI, 38 ir 39 punktai.
- Europolas (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, Europolo įnašas į UNGASS vertinimo ekspertų konsultacijas.
- Europolas (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europolas, Haga.
- Fletcher, A., Bonell, C. ir Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, *Journal of Adolescent Health* 42 (3), p. 209–220.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D. ir kiti (2011), „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), p. 276–282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L. ir kiti (2009), „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial“, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), p. 131–138.
- Gregoire, T. ir Snively, C. (2001), „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women“, *Drug Education* 31(3), p. 221–237.
- Gripenberg, J., Wallin, E. ir Andréasson, S. (2007), „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises“, *Substance Use and Misuse* 42 (12–13), p. 1 883–1 898.
- GROS (Škotijos generalinis registrų biuras) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, Škotijos generalinis registrų biuras (galima rasti internete).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. ir McKendry, R. (2003) „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *BMJ* 327, p. 1 219–1 221.
- Hall, W. ir Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, p. 1 383–1 391.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. ir kiti (2010), „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1–3), p. 20–29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. ir kiti (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švedijos informacijos apie alkoholį ir kitus narkotikus taryba (šved. CAN), Stockholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. ir kiti (2011), „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs“, *Molecular Therapy* 19, p. 612–619.
- Hoare, J. ir Moon, D. (redaktoriai) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (galima rasti internete).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. ir Goldberg, D. (2011), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* (spaudoje).
- Horsley, T., Grimshaw, J. ir Campbell, C. (2010), „Maintaining the competence of Europe’s workforce“, *BMJ* 341, c4687.
- Hughes, C. A. ir Stevens, A. (2010), „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?“, *The British Journal of Criminology* 50, p. 999–1 022.

- Hulse, G. K., Ngo, H. T. ir Tait, R. J. (2010), „Risk factors for craving ir relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone“, *Biological Psychiatry* 68(3), p. 296–302.
- Hunt, N. ir Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, mokymo modulis, Eurazijos žalos mažinimo tinklas, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. ir Montañés Sánchez, V. (2010), „User involvement and user organising in harm reduction“, in: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Europos Sąjungos leidinių biuras, Liuksemburgas.
- INCB (Tarptautinė narkotikų kontrolės valdyba) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Jungtinės Tautos, Niujorkas.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Jungtinės Tautos, Niujorkas (galima rasti internete).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Jungtinės Tautos, Niujorkas (galima rasti internete).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Jungtinės Tautos, Niujorkas (galima rasti internete).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L. ir Lapeyre-Mestre, M. (2011), „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), p. 832–843.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. ir Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, Mičigano universiteto naujienų tarnyba, An Arboras, MI (galima rasti internete).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. ir D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londonas (galima rasti internete).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. ir kiti (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, Nacionalinis piktnaudžiavimo narkotikais institutas (galima rasti internete).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. ir kiti (2009b), „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure“, *New England Journal of Medicine* 363, p. 2 320–2 331.
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R. ir Newton, T. F. (2010), „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment“, *American Journal on Addictions* 19(4), p. 340–344.
- Kaskutas, L., Ammon, L. ir Weisner, C. (2004), „A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives“, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, p. 111–133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. ir kiti (2010), „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment“, *BMJ* 341, c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. ir Chassin, L. (2006), „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment“, *Addiction* 101, p. 1 730–1 740.
- Koerkel, J. ir Verthein, U. (2010), „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain“, *Suchttherapie* 11 (1), p. 31–34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. ir Franck, J. (2010), „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study“, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1–2), p. 130–133.
- KPK (Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą) (2006), *KPK standartai: esminiai KPK bendrųjų ataskaitų skyriai, CPT/Inf/E (2002)1-rev.2006* (galima rasti internete).
- Kruisbergen, E. W., De Jong, D. ir Kleemans, E. R. (2011), „Undercover policing: assumptions and empirical evidence“, *The British Journal of Criminology* 51, p. 394–412.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. ir Whiteside, H. O. (2008), „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program“, *Evaluation and the Health Professions* 31, p. 226–239.
- Laudet, A., Becker, J. ir White, W. (2009), „Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission“, *Substance Use and Misuse* 44, p. 227–252.
- Lawless, M. ir Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublinas.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L. ir kiti (2008), „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed“, *International Journal of Drug Policy* 19, p. 255–264.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. ir Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), p. 12–25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K. M., Patkar, A. ir kiti (2010), „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial“, *JAMA* 304(14), p. 1 576–1 583.

- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, JK kovos su narkotikais politikos komisija (UKDPC) (galima rasti internete).
- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. ir Waal, H. (2010), „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release“, *European Addiction Research* 16(3), p. 139–145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. ir White, J. M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence“, *Addiction* 105(1), p. 146–154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. ir Basso, C. (2010), „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain“, *European Heart Journal* 31(3), p. 318–329.
- Marsden, J. ir Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, Londono kovos su narkotikais agentūra (galima rasti internete).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. ir Kerr, T. (2011), „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study“, *Lancet* 377, p. 1 429–1 437.
- Marshall, K. S., Gowing, L. ir Ali, L. (2011), „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. ir kiti (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial“, *Archives of General Psychiatry* 66(10), p. 1 116–1 123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. ir kiti (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, *Lancet* 375, p. 1 014–1 028.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. ir Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD002209.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S. ir kiti (2010), „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), p. 111–120.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J. ir kiti (2010), „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison“, *Addiction* 105, p. 1 545–1 554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. ir Vuchinich, R. (2005), „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment“, *American Journal of Public Health* 95, p. 1 259–1 265.
- Moore, T. (2008), „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia“, *Drug and Alcohol Review* 27, p. 404–413.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. ir kiti (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review“, *Lancet* 370, p. 319–328.
- O’Connor, P. G. (2010), „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges“, *JAMA* 304(14), p. 1 612–1 614.
- OECD (2006), „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach“, *OECD Economic Studies* 43, p. 115–154.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. ir Davoli, M. (2010a), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, CD007024.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. ir Davoli, M. (2010b), „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, CD008373.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. ir Wolff, F. A. (2002), „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine“, *Addiction* 97(7), p. 773–783.
- Popova, S., Rehm, J. ir Fischer, B. (2006), „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada“ *Public Health* 120(4), p. 320–328.
- Prieto, L. (2010), „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?“, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, p. 9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. ir kiti (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, p. 147–155.
- PSO (1986), *Otavos sveikatos stiprinimo chartija*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva (galima rasti internete).
- PSO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva.
- PSO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva.
- PSO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva (galima rasti internete).
- PSO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, PSO Europos regiono biuras, Kopenhaga.

- PSO, UNODC ir UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Pasaulio sveikatos organizacija, Ženeva.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. ir Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey“, *Circulation* 103, p. 502–506.
- Reuter, (2006), „What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures“, *Addiction* 101, p. 315–322.
- Reynaud-Maurupt, C. ir Hoareau, E. (2010), ‘Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»’, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Sen Deni (galima rasti internete).
- Richter, C., Romanowski, A. ir Kienast, T. (2009), „Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36(7), p. 345–347.
- Roche, A., McCabe, S. ir Smyth, B. (2011), „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence“, *European Addiction Research* 14, p. 219–225.
- Rome, A., Shaw, A. ir Boyle, K. (2008), *Reducing drug users’ risk of overdose*, Škotijos vyriausybės socialiniai tyrimai, Edinburgas.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. ir kiti (2010), „Were the changes to Sweden’s maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?“, *Addiction* 105, p. 1 625–1 632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. ir Hakkarainen, (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyysakirjoista* [Su narkotikais susiję mirties atvejai Suomijoje 2007 m. Tarpdisciplininę teismo medicinos mirties priežasčių tyrimų dokumentų studija.], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichikos sveikatos paslaugų administracija, Rokvilis, MD (galima rasti internete).
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichikos sveikatos paslaugų administracija, Rokvilis, MD (galima rasti internete).
- Sąsajos projektas ir Eurazijos žalos mažinimo tinklas (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurazijos žalos mažinimo tinklas, Vilnius.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. ir White, J. M. (2010), „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy“, *Substance Abuse* 31(2), p. 98–107.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D. ir kiti (2010), „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 157–166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. ir Bird, S. M. (2010), „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland“, *BMJ* 341, c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R. ir Dursteler-Macfarland, K. M. (2010), „Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients“, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), p. 450–454.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J. ir Gill, O. N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, p. 170 (galima rasti internete).
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. ir Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381–395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott ir Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, *Addiction* 93, p. 1 149–1 160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. ir kiti (2010), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention“, *Journal of Drug Policy* 21(1), p. 56–63.
- Tan, J. A., Joseph, T. A. ir Saab, S. (2008), „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving“, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), p. 1 387–1 395.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Tarptautinis institutas, Amsterdamas (galima rasti internete).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V. ir Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Briuselis.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. ir Rubel, E. (1999), „Natural recovery from cocaine dependence“, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, p. 259–268.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Jungtinių tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC (2010), *World drug report 2010*, Jungtinių tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC (2011), *World drug report 2011*, Jungtinių tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena.

UNODC ir MCN (Afganistano vyriausybės kovos su narkotikais ministerija) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Jungtinių tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras, Viena (galima rasti internete).

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. ir kiti (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143–151.

Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. ir Vergouwen, T. A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known“, *General Hospital Psychiatry* 31(4), p. 394–396.

Vandrey, R. ir Haney, M. (2009), „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?“, *CNS Drugs* 23(7), p. 543–553.

Whitten, L. (2010), „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response“, *NIDA Notes* 23(3) (galima rasti internete).

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. ir Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveill* 13(21):pii=18884 (galima rasti internete).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. ir Griffiths, (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users“, *American Journal of Public Health* 99, p. 1 049–1 052.

Winstock, A. (2011), „The 2011 Mixmag drugs survey“, *Mixmag* kovo mėn. p. 49–59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. ir Wu, Z. (2010), „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges“, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, p. ii29–37.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk“, ZIS, Hamburgas (galima rasti internete).

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2011 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europoje

Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras

2011 – 107 p. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-477-9

doi:10.2810/45232

KAIP ĮSIGYTI ES LEIDINIŲ

Nemokamų leidinių galite įsigyti:

- svetainėje *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- Europos Sąjungos atstovybėse arba delegacijose. Jų adresus rasite svetainėje: <http://ec.europa.eu> arba sužinosite kreipęsi faksu: +352 2929-42758.

Parduodamų leidinių galite įsigyti:

- svetainėje *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>).

Prenumeruoti leidinius (pvz., metines *Europos Sąjungos oficialiojo leidinio* serijas, *Europos Sąjungos Teisingumo Teismo praktikos rinkinius*) galite:

- tiesiogiai iš Europos Sąjungos leidinių biuro platintojų (http://publications.europa.eu/others/agents/index_lt.htm).

Apie EMCDDA

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (EMCDDA) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra įsteigta 1993 m., jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir narkomaniją Europoje šaltinis.

EMCDDA renka, tiria ir skleidžia faktinę, objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygmeniu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis įvairiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija teikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateikiama kasmetinė EMCDDA narkotikų reiškinio Europos Sąjungoje apžvalga. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.



Leidinių biuras

ISBN 978-92-9168-477-9



9 789291 684779