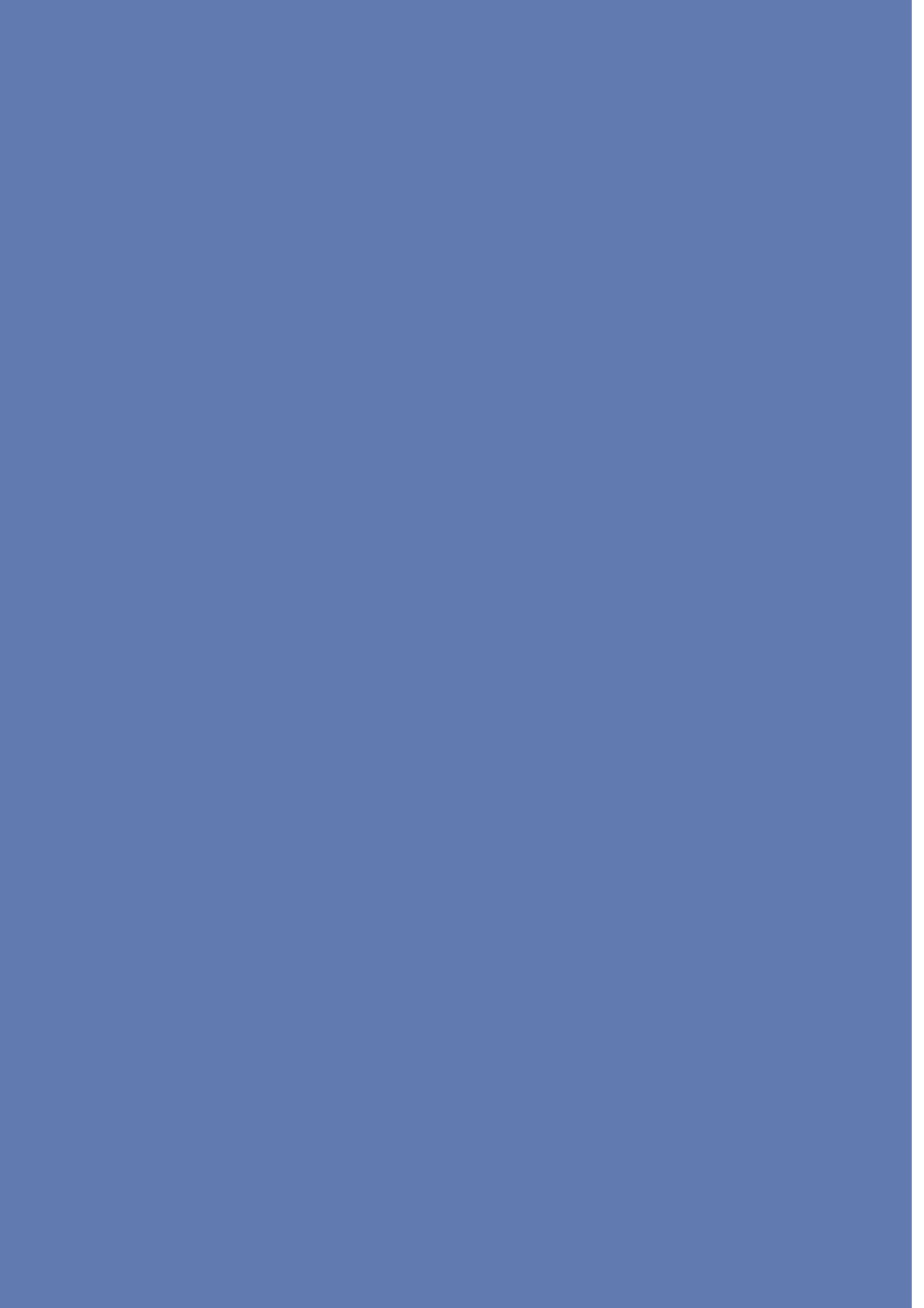




Eiropas Narkotiku un narkomānijas  
uzraudzības centrs

# 2011. GADĀ ZIŅŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ





Eiropas Narkotiku un narkomānijas  
uzraudzības centrs

---

# 2011. GADĀ ZIŅOJUMS

SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ EIROPĀ

## Juridisks paziņojums

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

Papildu informācija par Eiropas Savienību ir pieejama portālā *Europa* (<http://europa.eu>).

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

Bezmaksas tālruņa numurs (\*):

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

(\* ) Daži mobilā tālruņa operatori aizliedz pieeju 00 800 numuriem, vai arī, zvanot uz šiem numuriem, jāmaksā.

Ziņojums ir pieejams angļu, bulgāru, čehu, dāņu, franču, grieķu, igauņu, itāliešu, latviešu, lietuviešu, nīderlandiešu, poļu, portugāļu, rumāņu, slovāku, slovēņu, somu, spāņu, ungāru, vācu, zviedru un norvēģu valodā. Visus tulkojumus ir veicis Eiropas Savienības iestāžu Tulkošanas centrs.

Kataloga dati atrodami publikācijas beigās.

Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju birojs, 2011. gads

ISBN 978-92-9168-484-6

doi:10.2810/45744

© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2011. gads

Pārpublicēt atļauts tikai ar norādi uz avotu.

*Printed in Luxembourg*

IESPIESTS UZ PAPIĒRA, KURA BALINĀŠANĀ NAV IZMANTOTS HLORS.



Eiropas Narkotiku un narkomānijas  
uzraudzības centrs

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabona, Portugāle  
Tālr. +351 211210200 • Fakss +351 218131711  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Saturs

Priekšvārds	5
Pateicības	7
Ievada piezīme	9
Komentārs. Skatīt kopainu – narkotiku lietošana mūsdienu Eiropā	13
1. nodaļa. Politika un tiesību akti	
ES un starptautiskās politikas aktualitātes • Valstu stratēģijas • Valsts izdevumi • Valsts tiesību akti • Pētījumi	19
2. nodaļa. Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā	
Profilakse • Ārstniecība • Sociālā reintegrācija • Kaitējuma mazināšana • Kvalitātes nodrošināšana • Narkotiku likumu izpilde un to pārkāpumi • Veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās	28
3. nodaļa. Kaņepes	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Ārstniecība	42
4. nodaļa. Amfetamīni, ekstazī, halucinogēnas vielas, <i>GHB</i> un ketamīns	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Izklaides vietas • Ārstniecība	53
5. nodaļa. Kokaīns un kreka kokaīns	
Piedāvājums un pieejamība • Izplatība un lietošanas ievirzes • Kokaīna lietošanas ietekme uz veselību • Problemātiska lietošana un ārstniecības pieprasījums • Ārstniecība un kaitējuma mazināšana	65
6. nodaļa. Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana	
Piedāvājums un pieejamība • Problemātiska opioīdu lietošana • Narkotiku injicēšana • Ārstniecība	75
7. nodaļa. Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un nāves gadījumi	
Infekcijas slimības • Infekciju slimību problēmu risināšana • Nāves gadījumi un mirstība • Nāves gadījumu skaita samazināšana	85
8. nodaļa. Jaunas narkotikas un jaunas narkotiku lietošanas tendences	
Pasākumi saistībā ar jaunām narkotikām • Mefedrons • Citas vielas • Nereglamentētas apreibinošās vielas • Jauno narkotiku tirdzniecības kontrole	97
Atsauces	103



## Priekšvārds

Šogad aprit 50 gadi, kopš Apvienoto Nāciju Organizācijā tika parakstīta Vienotā konvencija par narkotiskajām vielām – starptautiskās narkotiku kontroles sistēmas stūrakmens. Iepazīstinot ar mūsu ikgadējo novērtējumu par situāciju narkomānijas problēmas jomā Eiropā, ir grūti atturēties no izbrīna par to, cik plaši šī parādība ir izplatījusies pēdējā pusgadsimta laikā. Kompleksās narkotiku problēmas, ar ko šodien saskaramies Eiropā, ir veidojuši daudzi faktori, un tās nav izolētas ne sociāli, ne ģeogrāfiski. Mūsu ziņojumā šis fakts ir novērtēts tāpat kā vajadzība ņemt vērā plašāku kultūras kontekstu un pasaules tendences, jo tas viss var padziļināt sekas, ko izraisa narkotiku lietošanas ievirzes un ar tām saistītais pašlaik vērojamais kaitējums. Pašreizējās ekonomikas grūtības, ko pārdzīvo daudzas Eiropas valstis, arī veido mūsu ziņojuma fonu; un tās jau liek sevi manīt, jo ir kļuvis grūtāk atrast līdzekļus attiecīgiem pakalpojumiem. Informācijas tehnoloģiju sasniegumi ir mainījuši gandrīz visus mūsdienu dzīves aspektus, tādēļ nav nekāds pārsteigums, ka tie ir ietekmējuši arī narkomānijas parādību. Mēs redzam ne tikai izmaiņas narkotiku tirdzniecības un pārdošanas veidā, bet arī jaunu profilakses un ārstniecības iespēju rašanos. Ciešāk integrētajā pasaulē, kurā dzīvojam, arvien palielinās organizētā noziedzība, kas uzskata narkotikas tikai par vienu no daudzām neatļautām precēm. Arī šeit ir svarīga pasaules perspektīva, jo sekas, ko izraisa narkotiku lietošana Eiropā, neapstājas pie mūsu robežām. Tikai viens no piemēriem ir tāds, ka rezultātus ES centieniem atbalstīt sociālo attīstību kaimiņvalstīs apdraud izmaiņas narkotiku kontrabandas maršrutos, kas aizkavē trauslo demokrātisko institūciju nostiprināšanos un sekmē korupciju.

Ir svarīgi apzināties, ka šis ziņojums ir kopīga darba rezultāts, un vēlamies pateikties visiem, kuri atbalstījuši tā sagatavošanu. Jo īpaši jāuzsver, ka šā ziņojuma izdošana kļuva iespējama tikai, pateicoties smagajam darbam un pūlēm, ko ieguldīja mūsu partneri *Reitox* tīkla valstu koordinācijas centros un eksperti visā Eiropā, palīdzot analītiskajā darbā. Esam pateicību parādā arī citām Eiropas un starptautiskajām aģentūrām par sniegto analīzi.

Tomēr mūsu darbs nav vienkārši citu sniegtās informācijas apkopojums. Mūsu uzdevums ir nodrošināt Eiropas narkotiku problēmas zinātniski pareizu un neatkarīgu analīzi. Lai to paveiktu, mums bieži ir jāinterpretē nepilnīgi dati. *EMCDDA* analīzes metodes ir balstītas uz vairākiem rādītājiem un ir piesardzīgas. Secinājumi, kas iegūti no vienas datu kopas, ir jāsalīdzina ar citiem informācijas avotiem; un mēs nepieņemam pārmetumus par interpretācijas konservatīvismu, ja informācijas nepietiek. Jāuzsver, ka turpina uzlaboties tās informācijas kvalitāte, daudzums un salīdzināmība, kas pieejama par situāciju narkotiku jomā Eiropā. Tas ir īsts sasniegums un apliecina, cik svarīga ir sadarbība un saskaņota rīcība visā Eiropas Savienībā.

Visbeidzot, šis gada ziņojums nav jālasa atrauti no visa pārējā, tas ir tikai viens no mūsu ikgadējiem ziņojumiem dažādās jomās. Mūsu analīze pamatojas uz datiem no pievienotā statistikas biļetena, un tajā ir atrodami plaši metodoloģiski skaidrojumi. Publikācijās, kas pievēršas konkrētām problēmām saistībā ar šo gada ziņojumu, esam sīkāk izskaidrojuši tādus jautājumus kā narkotiku lietotāju ārstniecības izmaksas un finansēšana, vadlīnijas aprūpes sniegšanā, kaņepju tirgus un vispārējā mirstība saistībā ar narkotiku lietošanu. Informācija par atsevišķām valstīm ir pieejama izvērstajos valstu ziņojumos un valstu pārskatos tiešsaistē. Mūsu ziņojumi ir paredzēti plašai sabiedrībai, tie ir stratēģiski vērsti uz mūsu politikas mērķauditoriju un ir pietiekami detalizēti, lai noderētu pētniekiem, studentiem un zinātniekiem. Lai kādas būtu jūsu vajadzības, ceram, ka šis darbs padziļinās jūsu izpratni par situāciju narkomānijas jomā Eiropā. Tas ir mūsu galvenais uzdevums, turklāt esam pārliecināti, ka šāda izpratne ir pilnīgi nepieciešama efektīvas narkotiku apkarošanas politikas un risinājumu izstrādei.

### **João Goulão**

*EMCDDA* valdes priekšsēdētājs

### **Wolfgang Götz**

*EMCDDA* direktors





## Pateicības

Par šā ziņojuma tapšanā sniegto palīdzību EMCDDA vēlas pateikties:

- *Reitox* valsts koordinācijas centru vadītājiem un darbiniekiem;
- visu dalībvalstu dienestiem un speciālistiem, kuri apkopoja šajā ziņojumā izmantotos datus;
- EMCDDA valdes un Zinātniskās komitejas locekļiem;
- Eiropas Parlamentam, Eiropas Savienības Padomei – jo īpaši tās Narkotiku jautājumu horizontālajai darba grupai – un Eiropas Komisijai;
- Eiropas Slimību profilakses un kontroles centram (ECDC), Eiropas Zāļu aģentūrai (EMA) un *Europol*;
- Eiropas Padomes Pompidū grupai, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojam, Starptautiskajai Narkotiku kontroles padomei, Pasaules Veselības organizācijas Eiropas reģionālajam birojam, Interpolam, Pasaules Muitas organizācijai, Kanādas Veselības aizsardzības ministrijas Kontrolēto vielu un tabakas pārvaldei, ASV Vielu lietošanas ieradumu un psihiskās veselības pakalpojumu administrācijai, dienestu, Pētījumam par skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošiem paradumiem, ESPAD projektam un Zviedrijas Informācijas padomei alkohola un narkotiku jautājumos (CAN);
- Eiropas Savienības iestāžu Tulkošanas centram un Eiropas Savienības Publikāciju birojam.

### **Reitox tīkla valstu koordinācijas centri**

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

Valsts koordinācijas centru kontaktinformācija ir atrodama EMCDDA tīmekļa vietnē.



## Levada piezīme

Šis gada ziņojums ir sagatavots, pamatojoties uz informāciju, ko EMCDDA ir sniegušas ES dalībvalstis, kandidātvalstis Horvātija un Turcija, un Norvēģija. Ziņojumā minētie statistikas dati attiecas uz 2009. gadu (vai pēdējo gadu, par kuru ir pieejami dati). Ziņojumam pievienotās diagrammas un tabulas var atspoguļot informāciju tikai par dažām ES valstīm, un tās var atlasīt tikai no valstīm, par kurām attiecīgajā laikposmā ir pieejami dati vai arī kuras izvēlētas noteiktu tendenču izcelšanai.

Tendenču analīzes pamatā ir tikai dati no tām valstīm, kuras sniedza pietiekamus datus, kas raksturo izmaiņas attiecīgajā laikposmā. Narkotiku tirgus tendenču analīzē 2008. gada dati var aizstāt trūkstošos 2009. gada datus; citu tendenču analīzē trūkstošie dati var būt interpolēti.

Pamatinformācija un daudzi brīdinājumi, kas jāpatur prātā, lasot šo gada ziņojumu, ir izklāstīti turpmāk.

### Informācija par narkotiku piedāvājumu un pieejamību

Sistemātiska un regulāra informācija, kas raksturotu nelegālo narkotiku tirgu un pārvadāšanu, joprojām ir nepietiekama. Aprēķini par heroīna, kokaīna un kaņepju ražošanu ir iegūti no audzēšanas aprēķiniem, kas balstīti uz vietas savāktajos datos (ņemot paraugus uz lauka) un izmantojot izpēti no gaisa vai satelīta. Šādām aplēsēm ir vairāki būtiski ierobežojumi, kas saistīti, piemēram, ar svārstībām datos par ražu vai grūtībām uzraudzīt tādas kultūras kā kaņepes, kuras var audzēt iekštelpās un kuru audzēšanu neierobežo noteiktas ģeogrāfiskas robežas.

Narkotiku konfiskācijas bieži uzskata par netiešu rādītāju, kas raksturo narkotiku piegādi, pārvadāšanas maršrutus un pieejamību. Tās ir daudz tiešāks rādītājs attiecībā uz narkotiku likumu īstenošanas darbībām (piemēram, prioritāšu, resursu un stratēģiju jomā), vienlaikus atspoguļojot arī gan paziņošanas praksi, gan tirgotāju vājās vietas. Lai izprastu narkotiku mazumtirdzniecības tirgus, var analizēt arī datus par nelegālo narkotiku tīrību, iedarbību un mazumtirdzniecības cenām. EMCDDA paziņotās narkotiku mazumtirdzniecības cenas atspoguļo cenas, ko maksā lietotāji. Cenu tendences ir koriģētas, ņemot vērā inflāciju attiecīgajās valstīs. Valstu dati par tīrību vai iedarbību galvenokārt pamatojas uz izlasi, ko izraugās no visām konfiscētajām narkotikām, un ziņotos datus parasti nevar saistīt ar konkrētu narkotiku tirgus līmeni. Visas analīzes par tīrību, iedarbību un mazumtirdzniecības cenām pamatojas uz parastajām jeb modālajām vērtībām

### Gada ziņojuma un datu avotu pieejamība internetā

Gada ziņojums ir pieejams lejupielādei 22 valodās EMCDDA tīmekļa vietnē. Elektroniskajā versijā ir saites uz visiem tiešsaistes avotiem, kas minēti gada ziņojumā.

Šādi resursi ir pieejami tikai internetā.

2011. gada statistikas biļetenā ir iekļautas avotu tabulas, uz kurām balstīta gada ziņojumā sniegtā statistikas analīze. Tajā ir sniegta arī plašāka informācija par izmantoto metodiku un apmēram 100 papildu statistikas diagrammu.

Reitox tīkla valstu koordinācijas centru valstu ziņojumi nodrošina detalizētus aprakstus un analīzi par narkotiku problēmu katrā valstī.

Valstu pārskati sniedz visizsmeļošāko grafisko apkopojumu par narkotiku situācijas svarīgākajiem aspektiem katrā valstī.

vai, ja to nav, uz mediānas vērtībām. Dažās valstīs datu pieejamība par cenām un tīrību var būt ierobežota, un var rasties jautājumi par to drošumu un salīdzināmību.

EMCDDA apkopo valstu datus par narkotiku konfiskāciju, tīrību un mazumtirdzniecības cenām Eiropā. Citi dati par narkotiku piegādi ir iegūti UNODC informācijas sistēmās un analīzē, un tos papildina *Europol* papildu sniegtā informācija. Informācija par narkotiku prekursoriem ir iegūta no Eiropas Komisijas, kas apkopo datus par šo vielu konfiskācijas gadījumiem ES, un no *INCB*, kas ir iesaistīta starptautiskās iniciatīvās, lai novērstu to prekursoru ķīmikāliju novirzīšanu, kuras izmanto nelegālo narkotiku izgatavošanā.

Dati un aplēses, kas izklāstītas šajā ziņojumā, ir labākās pieejamās aptuvenās vērtības, tomēr tās jāinterpretē piesardzīgi, jo daudzās pasaules daļās narkotiku piegādes jomā joprojām trūkst sarežģītu informācijas sistēmu.

### Narkotiku lietošanas izplatība saskaņā ar iedzīvotāju aptauju datiem

Narkotiku lietošanu sabiedrībā kopumā vai skolu audzēkņu vidū var izmērīt reprezentatīvās aptaujās, kas nodrošina aplēses par to personu īpatsvaru, kuras apgalvo, ka ir lietojušas konkrētas narkotikas noteiktos laikposmos. Aptaujas arī sniedz noderīgu papildu informāciju par lietošanas ievirzēm, lietotāju sociāli demogrāfiskajām īpašībām un priekšstatiem par riskiem un pieejamību.

EMCDDA ciešā sadarbībā ar valstu speciālistiem ir izstrādājusi galvenos punktus, ko iekļaut pieaugušo aptaujās ("Eiropas parauganketa", EMQ). Šis protokols tagad ir īstenots lielākajā daļā ES dalībvalstu. Tomēr vēl arvien atšķiras izmantotā metodoloģija un datu vākšanas gadi, un tas nozīmē, ka nelielās atšķirības, jo īpaši starp valstīm, ir jāinterpretē ar piesardzību.

Aptauju veikšana ir dārga, un tikai dažas Eiropas valstis vāc informāciju katru gadu, toties daudzas valstis tos vāc divu līdz četrus gadu intervālā. Šajā ziņojumā sniegtie dati pamatojas uz visjaunākajiem pieejamajiem aptauju rezultātiem katrā valstī, un lielākajā daļā gadījumu tas ir no 2006. līdz 2009. gadam. Izplatības dati no Apvienotās Karalistes attiecas uz Angliju un Velsu, ja nav norādīts citādi, kaut gan ir pieejami arī atsevišķi dati par Skotiju un Ziemeļīriju.

No trim standarta laika ietvariem, kas izmantoti aptaujas datu paziņošanā, visbiežāk sastopama ilgstoša izplatība (narkotiku lietošana jebkurā personas dzīves brīdī). Šis mērījums neatspoguļo pašreizējo narkotiku lietošanas situāciju pieaugušo iedzīvotāju vidū, bet var noderēt, lai izprastu lietošanas ievirzes un biežumu. Attiecībā uz pieaugušajiem EMCDDA standarta vecums svārstās no 15 līdz 64 gadiem (visi pieaugušie) un no 15 līdz 34 gadiem (jauni pieaugušie). Valstis, kas lieto atšķirīgu augstāko vai zemāko vecuma robežu, ir šādas – Dānija (16), Vācija (18), Ungārija (18), Malta (18), Zviedrija (16) un Apvienotā Karaliste (16–59). Galveno uzmanību pievērša pēdējā gada un pēdējā mēneša laika ietvaram (lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā vai pēdējo 30 dienu laikā pirms aptaujas; papildu informāciju skatīt EMCDDA tīmekļa vietnē). Skolu audzēkņiem ilgstoša un pēdējā gada izplatība ir bieži līdzīga, jo nelegālu narkotiku lietošana pirms 15 gadu vecuma sasniegšanas ir reta parādība.

Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD) izmanto standartizētas metodes

un rīkus, lai izmērītu narkotiku un alkohola lietošanu reprezentatīvā parauga grupā, ko veido skolēni, kuri sasniegs 16 gadu vecumu kalendārā gada laikā. 2007. gadā datus vāca 35 valstīs, tostarp 25 ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā. Rezultāti par 2011. gadā rīkoto piekto kārtu, kurā piedalījās 23 no 27 dalībvalstīm, kā arī Horvātija un Norvēģija, tiks publicēti 2012. gadā.

Aptauja "Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošie paradumi" (HBSC) ir sadarbībā ar PVO veikts pētījums, kurā pēta bērnu veselību un veselību ietekmējošos paradumus, un tajā ir iekļauti jautājumi par kaņepju lietošanu aptuveni 15 gadu vecu skolu audzēkņu vidū kopš 2001. gada. Šīs aptaujas trešā kārtā ar jautājumiem par kaņepju lietošanu notika 2009.–2010. gadā, un tajā piedalījās 23 no 27 ES dalībvalstīm, kā arī Horvātija un Norvēģija.

### Ārstniecības pieprasījums

Ziņojumos par ārstniecības pieprasījumu "jauni pacienti" nozīmē pacientus, kuri pirmo reizi dzīvē sākuši ārstēšanos attiecīgajā kalendārājā gadā, un "visi pacienti" nozīmē visus pacientus, kuri sākuši ārstēšanos kalendārā gada laikā. Pacienti, kuri ir sākuši ārstēties pirms attiecīgā gada sākuma, nav iekļauti datos. Ja par ārstniecību no primāro narkotiku atkarības ir norādīta ārstniecības pieprasījuma proporcija, saucējs izsaka ārstniecības gadījumu skaitu, kas ir zināms par šo primāro narkotiku.

### Iejaukšanās pasākumi

Informācijas par dažādu iejaukšanās pasākumu pieejamību un nodrošināšanu Eiropā pamatā parasti ir valstu ekspertu pamatots novērtējums, kas apkopots strukturētās anketās. Tomēr attiecībā uz dažiem rādītājiem ir pieejami arī kvantitatīvi uzraudzības dati.





## Komentārs

# Skatīt kopainu – narkotiku lietošana mūsdienu Eiropā

### Narkotiku situācijas perspektīvas

Daudzējādā ziņā šāgada ziņojums ir kontrastu pilns. No vienas puses, izskatās, ka narkotiku lietošana Eiropā ir maz mainījies. Izplatības līmeņi kopumā paliek augsti, salīdzinot ar vēsturiskiem standartiem, tomēr tie arī nepaaugstinās. Un dažās būtiskās jomās, piemēram, attiecībā uz kaņepju lietošanu gados jaunu cilvēku vidū, ir vērojamas pozitīvas iezīmes. No otras puses, ir satraucošas liecības par izmaiņām sintētisko narkotiku tirgū un kopumā – par to, ka narkomāni tagad lieto plašāku klāstu vielu. Vairāku narkotiku lietošana, tostarp nelegālo narkotiku lietošana kopā ar alkoholu un dažkārt – ar medikamentiem un nekontrolētām vielām, ir kļuvusi par valdošo narkotiku lietošanas modeli Eiropā. Šī realitāte rada problēmas Eiropas narkotiku apkarošanas politikām un risinājumiem. Lielākajā daļā dalībvalstu joprojām trūkst visaptverošas politikas sistēmas, kas pievērštos psihoaktīvo vielu lietošanai, un ārstniecības dienestiem ir jāpielāgo sava prakse, lai apmierinātu to pacientu vajadzības, kuriem problēmas rada vairākas vielas. Tāpat, pievērsoties narkotiku piedāvājuma samazināšanas pasākumu ietekmei un novērtējot to, ir jāņem vērā vispārējā situācija psihoaktīvo vielu tirgū. Bez šīs plašākās perspektīvas panākumi vienas narkotikas apkarošanā var izraisīt pārorientēšanos uz citu produktu lietošanu. Šajā ziņojumā iekļauti daudzi piemēri par to, cik Eiropas nelegālo narkotiku tirgus ir dinamisks un novatorisks un cik ātri tas pielāgojas jaunām iespējām un kontroles pasākumiem.

### Eiropas modeļa pārskatīšana

Vērtējot pēc pasaules standartiem, Eiropai ir labi izstrādātas, stabilas un neapšaubāmi salīdzinoši efektīvas metodes, kā risināt nelegālo narkotiku lietošanu. ES līmenī to apliecina pašreizējā ES narkotiku apkarošanas stratēģija un rīcības plāns, kas starpvalstu līmenī ir ilglaicīgas sadarbības un kompetences apmaiņas unikāls piemērs. Pašlaik tiek izvērtēti pēdējās ES narkotiku apkarošanas stratēģijas sasniegumi. Lielākajai daļai dalībvalstu tagad ir salīdzinoši konsekventas un labi izstrādātas narkotiku apkarošanas stratēģijas, kas lielā mērā atspoguļo vienu kopīgu modeli. Tomēr neatkarīgi no šiem pozitīvajiem

panākumiem un vispārējo pakalpojumu sniegšanas paplašināšanās cilvēkiem ar narkotiku problēmām valstu vidū joprojām ir izteiktas atšķirības, jo īpaši attiecībā uz ieguldījumiem pieprasījuma samazināšanas ieviešanā pasākumos. Šādu pretrunu novēršana būs nopietns izaicinājums ES nākotnes politikai minētajā jomā.

Eiropas modeli var raksturot kā tādu, kas pragmatiski saskaņo uzdevumus, kuri veicami narkotiku piedāvājuma un pieprasījuma samazināšanā, un kā tādu, kas vienādā mērā apzinās cilvēktiesību un sabiedrības drošības nozīmību. Šāda metode ļauj saskaņot rīcību un veicina sadarbību starp tiesībsardzības un robežkontroles iestādēm, ierobežojot narkotiku piedāvājumu, kā to apliecina pašreizējās programmas, kas pievēršas heroīna ieviešanas maršrutiem no Afganistānas, kokaīna pārvadāšanai pāri Atlantijas okeānam un caur Rietumāfriku un sintētisko narkotiku ražošanai. Tā arī nodrošina novatoriskas darbības ārstniecības un kaitējuma mazināšanas jomā, un viens piemērs, kas to apliecina, ir heroīna izmantošana ārstniecībā, par ko arvien vairāk ieinteresējas daudzas Eiropas valstis un kas ir no jauna jāizvērtē EMCDDA.

### Var palielināties lokalizētu HIV epidēmiju risks narkotiku injicētāju vidū

Pēc vispārējās HIV izplatības samazināšanās Eiropas Savienībā uzsvars uz HIV profilaksi kā primāro sabiedrības veselības uzdevumu narkotiku apkarošanas politikā ir kļuvis mazāk izteikts. Tomēr šāgada analīze atklāj satraucošu tendenci, ka var pieaugt jaunu lokalizētu HIV epidēmiju potenciālais risks. Ekonomikas lejupslīde, kas ietekmē daudzas Eiropas valstis, var palielināt atsevišķu sabiedrības grupu neaizsargātību, vienlaikus ierobežojot dalībvalstu spēju piedāvāt atbilstošus risinājumus. Vēstures mācības skaidri liecina – ja ir atbilstoši nosacījumi, ar narkotikām saistītās HIV infekcijas var strauji izplatīties neaizsargātajās sabiedrības grupās. Turklāt panākumi, ko Eiropas Savienība guvusi ar narkotikām saistītās HIV izplatības mazināšanā, nav vērojami daudzās mūsu kaimiņvalstīs, kur šā vīrusa pārnese – to izraisa gan intravenoza narkotiku lietošana, gan nedrošas dzimumattiecības – joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma. Nesenie politiskie un

ekonomiskie notikumi ir paplašinājuši migrāciju no šiem ietekmētajiem reģioniem uz ES dalībvalstīm, un tas var palielināt spiedienu uz jau tā pārslogotajiem dienestiem.

Tādēļ īpaši bīstami ir tas, ka vairākās ES dalībvalstīs, tostarp tajās, kas iepriekš nebija piedzīvojušas plašas ar narkotikām saistītas HIV epidēmijas, pašlaik ir izveidojušies nosacījumi, lai tās kļūtu potenciāli uzņēmīgas pret nākotnē gaidāmajām problēmām. Grieķija, kurā vēsturiski bija vērojama neliela izplatība, 2011. gadā ziņoja par vietēja mēroga HIV uzliesmojumu intravenozo narkotiku lietotāju vidū, un tāpat satraucoša ir situācija arī vairākās austrumu dalībvalstīs, kā to apliecina augošie infekcijas rādītāji Bulgārijā. Kopaina izskatās mazāk pozitīva arī dažās valstīs, kas guvušas panākumus ar narkotikām saistītu HIV/AIDS epidēmiju novēršanā, jo, piemēram, pēdējo gadu sekmes jaunu infekciju apkarošanā Igaunijā un Lietuvā tagad šķiet arvien nedrošākas – abas šīs valstis ziņoja par nesenu inficēšanās pieaugumu.

### Opioīdu tendences – jāizprot tirgus dinamika

Starptautiskā līmenī un jo īpaši Ziemeļamerikā arvien pieaug bažas par recepšu opioīdu, galvenokārt sāpju remdēšanas līdzekļu, pieejamību un nepareizu lietošanu. Šīs parādības mērogu Eiropā ir grūti novērtēt, pamatojoties uz pašlaik pieejamiem datiem. Turklāt nav viegli veikt tiešus salīdzinājumus starp Eiropas Savienību un citām pasaules daļām, lielākoties būtisko atšķirību dēļ zāļu izrakstīšanas ievirzēs un noteikumos. Pašlaik nelikumīgo sintētisko opioīdu lietošana Eiropā galvenokārt ir saistīta ar narkotisko aizstājējvielu patēriņu, kas novirzītas no narkotiku lietotāju ārstēšanas. Turklāt dažas valstis Eiropas ziemeļos un centrālajā daļā tagad ziņo par fentanila lietošanu, ko, iespējams, nelikumīgi ražo ārpus Eiropas Savienības. Šīs narkotikas parādīšanās rada īpašas bažas, un kopumā, ņemot vērā situāciju citur pasaulē, tas ir labs arguments, lai uzlabotu mūsu tendenču uzraudzības spējas to psihoaktīvo vielu nepareizā lietošanā, kuras sākotnēji paredzētas tikai terapeitiskiem nolūkiem.

Tā kā sintētiskos opioīdus nelikumīgi lieto galvenokārt heroīna vietā, informācija par to lietošanas veidiem var sniegt ieskatu vispārējā heroīna tirgū. Pašlaik šajā jomā ir būtiski noskaidrot, kādā mērā piedāvājuma samazināšanas pasākumi ietekmē heroīna pieejamību Eiropas ielās. Iespējams, ka piedāvājuma samazināšanas pasākumi samazina heroīna pieejamību Eiropā, apstiprina pazīmes, kas liecina, ka dažas, taču ne visas ES valstis 2010. gada nogalē izjuta heroīna izsīkumu, un to varēja novērot arī dažās ne-ES valstīs, piemēram, Krievijā un Šveicē. Cits skaidrojums, ar ko mēģināja pamatot šo neapšaubāmo izsīkumu, ir saistīts ar neseno magoņu puves uzliesmojumu

dažos Afganistānas rajonos. Tomēr, iedziļinoties ciešāk, šī saistība var izrādīties nepietiekama, lai gan dažiem notikumiem Afganistānā un būtiskajiem panākumiem, ko deva sadarbība starp Turcijas un ES policijas iestādēm, varēja būt zināma nozīme. Taču visas īstermiņa piedāvājuma problēmas ir jāskata kontekstā ar ilglaicīgo un salīdzinoši stabilo heroīna tirgu Eiropā.

Kaut arī informācija par heroīna pieejamību ir svarīga, lai varētu izprast nelegālo narkotiku tirgus dinamiku Eiropā, jāpiebilst, ka šo jautājumu pašlaik ir grūti pārliecinoši komentēt. Pašlaik notiek arī smalkāki mēģinājumi iegūt labāku priekšstatu, pamatojoties uz ražošanas un lietošanas datu analīzi. Tomēr vairāku tehnisku iemeslu dēļ joprojām ir jāievēro liela piesardzība, izdarot secinājumus par šo jutīgo jautājumu. Piemēram, lielākoties trūkst kvalitatīvu rādītāju par pieejamību Eiropas tirgū. Aplēses par opija ražošanu Afganistānā bieži veic, pamatojoties uz nominālvērtību, lai gan šādi aprēķini daudzos aspektos ir metodoloģiski problemātiski. Reti tiek ņemti vērā apsvērumi par opija ražošanu citās Āzijas valstīs. Turklāt heroīna plūsmu modeļi bieži paredz, ka pastāv kādi uzglabāta opija vai heroīna "krājumi" – lai gan šāda pieņēmuma apstiprināšanai nepietiek empīrisku pierādījumu. Sakarības izskaidrošanu starp opija ražošanu un heroīna pieejamību papildus apgrūtina dažādu pārvadāšanas maršrutu esamība Eiropas Savienībā un atsevišķās ES tirgus daļās, kā arī pieņēmumi par lielo laika starpību starp opija ražas novākšanu Afganistānā un tā parādīšanos Eiropas ielās heroīna veidā.

### Vai pārdozēšanas izraisītie nāves gadījumi ir tikai aisberga redzamā daļa?

Tipisks letālas pārdozēšanas upuris Eiropā ir aptuveni 35–40 gadu vecs vīrietis, kurš ilglaicīgi lietojis opioīdus problemātiskā veidā. Zināms, narkotiku lietotāju ārstēšana no atkarības, jo īpaši izmantojot farmakoterapiju, mazina pārdozēšanas risku. Tomēr, lai gan gadu gaitā ārstniecības pieejamība ir būtiski uzlabojusies, to narkotiku lietotāju skaits, kuri mirst no pārdozēšanas, Eiropā nav mainījies. Līdz ar to pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaita samazināšana ir lielākā problēma narkotiku dienestiem visā Eiropā. Pašlaik šajā jomā tiek novērtētas un pilnveidotas dažas novatoriskas programmas, nereti pievērsties tiem notikumiem, par kuriem zināms, ka tie ir īpaši riskanti opioīdu lietotājiem, piemēram, iznākšana no ieslodzījuma vai ārstniecības pārtraukšana. Kaut arī šis darbs ir svarīgs, tas atrisina tikai dažas problēmas. Pētījumi liecina, ka pārdozēšanas izraisītie nāves gadījumi var veidot aptuveni trešdaļu vai pat divas trešdaļas no kopējiem problemātisko narkotiku lietotāju mirstības rādītājiem. Citi izplatītākie nāves cēloņi narkotiku lietotāju vidū ir AIDS, pašnāvības un traumas. Minētā secinājuma nozīme ir sīkāk aplūkota



publikācijā, kas pievienota šim ziņojumam, un tā stingri norāda uz pārlieku augsto mirstības līmeni attiecīgajā iedzīvotāju grupā, kā arī uz funkcijām, ko dienesti var veikt, lai samazinātu ilglaicīgas narkotiku lietošanas problēmas izmaksas par cilvēku dzīvības cenu.

### Vai kokaīna “burbulis” plīst?

Pēdējo desmit gadu laikā kokaīns ir sevi pierādījis kā visplašāk lietotais stimulešanas līdzeklis Eiropā, lai gan augsts lietošanas līmenis ir novērots tikai dažās valstīs. Komentētāji ir norādījuši, ka šīs vielas pievilcību daļēji izskaidro tās tēls; kokaīna lietošanu nereti attēlo kā pārtikušu un moderna dzīvesveida daļu. Tomēr regulāras kokaīna lietošanas realitāte ir citāda. Pozitīvo tēlu arvien biežāk apdraud izpratnes uzlabošanās par kokaīna izraisītām problēmām, kuras izpaužas kā biežāka ārkārtas hospitalizācija, nāves gadījumi un ārstniecības pieprasījums saistībā ar šo narkotiku. Regulāra kokaīna patēriņa finansiālās izmaksas var mazināt tā pievilcību valstīs, kur tagad dienas kārtībā ir vienkāršība. Jaunākie dati liek jautāt, vai šīs narkotikas ziedu laiki nav jau pagājuši. Nesen veiktās aptaujas liecina par nelielu lietošanas samazināšanos valstīs ar augstāko izplatību, lai gan citur situācija nav tik skaidra. Arī piedāvājuma dati ir apšaubāmi. Kopš 2006. gada ir būtiski samazinājies konfiscētā kokaīna daudzums, un visumā ir samazinājies gan šīs narkotikas cena, gan tīrība. Tomēr neatkarīgi no apjoma samazinājuma konfiscācijas gadījumu skaits joprojām palielinās, un ir pierādījumi, ka kontrabandisti turpina mainīt savu praksi, reaģējot uz aizliegšanas centieniem; un, tā kā viņi to dara, rodas risks, ka lietošana izplatīsies jaunās teritorijās.

### MDMA otrais vilnis

Pēdējos gados Eiropas ekstāzi tirgus piedzīvoja periodu, kad arvien retāk bija pieejamas tabletes, kas saturēja MDMA. Parasti “ekstāzi” tabletes, ko pārdeva melnajā tirgū, saturēja citas vielas, visbiežāk piperazīnu, tādēļ daudzi cilvēki, kas domāja, ka iegādājas neatļautu narkotiku, patiesībā nopirka nekontrolētu vielu. Izrādījās, ka MDMA nepietiekamība ekstāzi tabletēs bija saistīta ar galvenā prekursora PMK trūkumu, un tas varēja liecināt par aizliegšanas centienu panākumiem. Tomēr visjaunākie dati norāda uz MDMA pieejamības paplašināšanos, un dažos ziņojumos teikts, ka ir atklātas ļoti lielu devu tabletes un augstas tīrības pulveri.

Pašreizējās MDMA ražošanas metodes pamatā izmanto safrolu vai arvien biežāk arī importētās ķīmikālijas, piemēram, PMK-glicidātu un alfa-fenilacetoacetonitrilu, kas pēc struktūras ir līdzīgi – kaut arī nav identiski – līdz

šim izmantotajiem kontrolētajiem prekursoriem. Līdzīgas notikumu tendences ir vērojamas “nereglamentēto apreibinošo vielu” jomā, kur nekontrolētie ražojumi aizstāj kontrolētos. Šīs ķīmiskās vielas tiek izvēlētas, paturot prātā divus apstākļus – uz jauno vielu nedrīkst attiekties pašreizējie kontroles pasākumi, un tai jābūt viegli pārveidojamai par MDMA sintēzei nepieciešamo prekursoru. Tas vēlreiz raksturo labās pielāgošanās spējas, kas piemīt sintētisko narkotiku ražotājiem. Līdzīga parādība ir novērota amfetamīna tirgū, kur prekursorus ķīmiski “maskē”, lai izvairītos no esošajiem robežkontroles un tirdzniecības kontroles mehānismiem. Tā kā ražotāji kļūst tehniski arvien izsmalcinātāki un meklē jaunus veidus, kā apiet aizliegšanas centienus un noteikumus, iespēja vielas modificēt un pārveidot atpakaļ ir vēl viena problēma, ar ko jātiek galā pašreizējām narkotiku kontroles metodēm.

### Jaunās psihoaktīvās vielas – kā pareizi reaģēt?

Daudzu jaunu nekontrolētu psihoaktīvu vielu straujā rašanās rada arvien lielākas problēmas narkotiku kontroles pašreizējiem modeļiem.

2010. gadā Eiropas agrīnās brīdināšanas mehānismam tika paziņots par rekordlielu skaitu – 41 jaunu vielu, un provizoriskie dati par 2011. gadu neliecina par samazinājuma pazīmēm. Tas atspoguļo gan jaunu vielu un produktu pastāvīgu iepludināšanu tirgū, gan apsteidzošo pasākumu plašāku izmantošanu jaunu vielu identificēšanai. Internets ir viena no galvenajām šo vielu tirdzniecības vietām, un provizoriskie rezultāti, ko sniegusi jaunākā EMCDDA tiešsaistes aptauja (2011. gada jūlijā), liecina, ka to tiešsaistes veikalu skaits, kuros pārdod psihoaktīvos ražojumus, turpina palielināties. Izrādās, ka arī tirdzniecības paņēmieni šajā jomā kļūst arvien izsmalcinātāki, un arvien vairāk pierādījumu liecina par pasākumiem, kas veikti, lai ierobežotu piekļuvi un aizsargātu pircēju un pārdevēju identitāti. Turklāt ir atklājies, ka nelikumīga narkotiku tirdzniecība notiek arī, izmantojot ierobežotas piekļuves tīmekļa vietnes. Nav skaidrs, cik bīstams šāds notikumu pavērsiens kļūs nākotnē, tomēr, ņemot vērā ātrumu, ar kādu šajā jomā tiek ieviestas izmaiņas, ir jāsiglabā modrība.

### Mūsu spēju uzlabošana atklāt jaunas narkotikas

Pašlaik pārskata juridisko mehānismu, kas palīdz Eiropas agrīnās brīdināšanas sistēmai. Eiropas Komisija ir veikusi novērtējumu, norādot gan uz esošās sistēmas priekšrocībām, gan uz vajadzību paaugstināt Eiropas spējas neatpalikt no notikumu tempa šajā jomā. Kaut arī Eiropa ir atradusies jaunu psihoaktīvo vielu atklāšanas priekšējās līnijās, šīs problēmas vispārējais mērogs

## Īsumā – aplēses par narkotiku lietošanu Eiropā

Šīs aplēses attiecas uz pieaugušajiem iedzīvotājiem (15–64 gadu vecumā) un ir pamatotas ar jaunākajiem pieejamajiem datiem (aptaujas veiktas laikā no 2001. līdz 2009./2010. gadam, lielākoties 2004.–2008. gadā). Pilnu informāciju par datiem un metodoloģiju skatīt pievienotajā statistikas biļetenā.

### Kaņepes

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā – aptuveni 78 miljoni (23,2 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā – aptuveni 22,5 miljoni Eiropas pieaugušo (6,7 %) jeb viens no katriem trim, kuri lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā – aptuveni 12 miljoni (3,6 %).

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs – diapazonā no 0,4 % līdz 14,3 %.

### Kokaīns

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā – aptuveni 14,5 miljoni (4,3 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā – aptuveni 4 miljoni Eiropas pieaugušo (1,2 %) jeb viens no katriem trim, kuri lietojuši vismaz reizi dzīves laikā.

Lietojuši pēdējā mēneša laikā – aptuveni 1,5 miljoni (0,5 %).

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs – diapazonā no 0,0 % līdz 2,7 %.

### Ekstazī

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā – aptuveni 11 miljoni (3,2 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā – aptuveni 2,5 miljoni (0,7 %) jeb viena piektdaļa to, kuri dzīves laikā lietojuši vismaz reizi.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs – diapazonā no 0,1 % līdz 1,6 %.

### Amfetamīni

Lietojuši vismaz reizi dzīves laikā – aptuveni 12,5 miljoni (3,8 % visu Eiropas pieaugušo).

Lietojuši pēdējā gada laikā – 1,5–2 miljoni (0,5 %) jeb līdz vienai sestdaļai to, kuri dzīves laikā lietojuši vismaz reizi.

Pēdējā gada lietošanas atšķirības dažādās valstīs – diapazonā no 0,0 % līdz 1,1 %.

### Opioidi

Problemātiskie opioidu lietotāji – aptuveni no 1,3 līdz 1,4 miljoniem Eiropas iedzīvotāju.

2009. gadā aptuveni 700 000 opioidu lietotāju saņēma farmakoterapiju.

Galvenā narkotika vairāk nekā 50 % visu gadījumu, kad pieprasīta narkotiku lietotāju ārstēšana no narkotiku atkarības.

Narkotiku izraisīti nāves gadījumi – aptuveni 7600, un opioidi tika atklāti apmēram trīs ceturtdaļās gadījumā.

noskaidrojās diskusijās, kas noritēja EMCDDA rīkotajā tehniskajā simpozijā 2011. gadā. Starptautiskie eksperti apstiprināja, ka ražojumi, kas satur jaunas psihoaktīvas vielas, tagad ir pieejami daudzās pasaules daļās, tostarp Amerikā, Vidējos Austrumos, Okeānijā un daļā Āzijas, kā arī to, ka agrāk neparasti plašās vielu daudzveidības identificēšana strauji mainīgajā tirgū ir izplatīta problēma. Eksperti šajā sanāksmē vienprātīgi secināja, ka jauno narkotiku radītajām problēmām būs vajadzīga daudz apsteidzošāka tirgus uzraudzība un tiesu informācijas apmaiņa, kā arī labāka to veselības problēmu atklāšana, ko izraisa šo vielu lietošana.

## Nākotnes prognoze – jauni ražojumi un dažādu tirgu mijiedarbība

Lielākā daļa jauno psihoaktīvo vielu, kas paziņotas agrīnās brīdināšanas sistēmai, bija stimulējošie līdzekļi vai sintētiskie kanabinoīdi, un tas pārsvarā ir raksturīgi narkotiku melnajam tirgum Eiropā. Iespējams, ka tirgū arī turpmāk nonāks jaunas šāda veida vielas. Turklāt ražotāji izmantoja arī citas vielas ar psihoaktīvu iedarbību, kas varēja šķist pievilcīgas patērētājiem. Šim nolūkam var izmantot plašu un viegli pieejamu pētniecisko literatūru, un veidojas risks, ka farmaceitiskās izpētes rezultātus var likt lietā, lai arī nākotnē palielinātu jaunu psihoaktīvo vielu skaitu.

Politika šajā jomā ir aktīvi pievērsusies jauno vielu juridiskajam statusam; tomēr ir svarīgi skatīt šīs vielas arī vispārējā narkotiku tirgus kontekstā. Piemēram, lietotāji ziņo, ka līdz ar tirdzniecību internetā mēfedronu (skatīt 8. nodaļu) pārdod arī, izmantojot to pašu nelikumīgā piedāvājuma tīklu, ko izmanto tādām narkotikām kā ekstazī un kokaīns. Turklāt, kā jau teikts, arī nekontrolētās psihoaktīvās vielas var sapresēt tabletēs kā ekstazī un pārdot melnajā tirgū. No otras puses, kontrolētā narkotika PMMA nesen tika atklāta dažos produktos, ko reklamēja kā "nereglamentētas apreibinošās vielas". Kopumā notikumu gaita šajā jomā ir satraucoša, jo tā liecina par augošu mijiedarbības palielināšanos "nereglamentēto apreibinošo vielu" un nelegālo narkotiku tirgiem.

## Kaņepes – politikas dilemmas

Kaņepes joprojām ir Eiropas populārākā nelikumīgā narkotika, bet arī sabiedrības attieksme pret to ir vispretrunīgākā. Par to liecina nesen veikts Eurobarometer pētījums par jauniešu attieksmi pret narkotiku lietošanu, kurā secināts, ka viedokļi par kaņepju aizliegšanu bija daudz atšķirīgāki nekā par citām narkotikām. Kopumā nav liecību par skaidru virzienu kaņepju politikas izstrādē. Interesanti politikas izstrādes piemēri ir ASV un Nīderlandes pieredze. Dažās ASV pavalstīs notika pavērsiens uz liberālāku

Indijas kaņepju augu pieejamību medicīniskiem nolūkiem. Nīderlandē politikas veidotāji tagad ieņem arvien stingrāku nostāju pret kaņepju ražošanu valstī un “kafijas veikalu” tirdznieciskās darbības noteikumiem.

Asi tiek apspriests jautājums ir par to, kādā mērā izmaiņas politikā ietekmē kaņepju lietošanu. Šajā ziņojumā iekļautie dati neliecina par tiešu saistību starp šīs narkotikas nesenas lietošanas gadījumiem un izmaiņām, kas veiktas, lai palielinātu vai samazinātu sodu par lietošanu, un tas nozīmē, ka šeit notiek daudz sarežģītāki procesi. Vispārīgs novērojums ir tāds, ka pēdējo desmit gadu laikā Eiropas kaņepju politikās ir valdījusi tendence ievirzīt tiesībsardzības pasākumus pret likumpārkāpumiem, kas saistīti ar pārvadāšanu un piedāvājumu, nevis šīs narkotikas lietošanu. Viens no iemesliem ir vēlme novērst iespējamās negatīvās sekas, ko izraisītu liela jauniešu skaita nonākšana saskarē ar krimināltiesisko sistēmu, jo īpaši, ja viņi lietojuši kaņepes tikai eksperimenta nolūkos. Tomēr dati liecina, ka likumpārkāpumu skaits saistībā ar kaņepju lietošanu Eiropā turpina palielināties, lai gan agrāk tas bija stabils vai pat samazinājās. Tas nozīmē, ka politikas mērķi un prakse var savstarpēji nesaistīties. Šo novērojumu ir grūti izskaidrot, tomēr viena iespēja ir tāda, ka dati atklāj tikla paplašināšanas efektu, kad administratīvo sankciju pastiprināšana par lietošanu palielina iespējamību, ka tās nāksies piemērot praksē.

### **Kaņepju ražošana iekšzemē – pieaugoša problēma**

Eiropa joprojām ir lielākais Indijas kaņepju sveķu tirgus pasaulē. Vēsturiski Eiropā patērēto sveķu galvenā ražotājvalsts bija Maroka. Tomēr jaunākie ziņojumi liecina, ka Indijas kaņepju sveķus arvien biežāk ievieš no citām valstīm, tostarp Afganistānas un Libānas. To apstiprina nesen veiktās UNODC aptaujas uz vietām, kas liecina par plaši izvērstu Indijas kaņepju sveķu ražošanu Afganistānā. Eiropas Savienībā ieviestie kaņepju augi galvenokārt ir

no kaimiņvalstīm Balkānu reģionā, un mazāk – no dažām Āfrikas un Āzijas valstīm. Lielākā daļa ES dalībvalstu tagad ziņo par kaņepju audzēšanu iekšzemē, un šī parādība izplatās arvien plašāk. Par to liecina tādu “audzēšanas veikalu” esamība, kas specializējas kaņepju audzēšanas inventāra tirdzniecībā. Iekšzemē audzēšana parasti notiek telpās, un tā var būt neliela mēroga darbība, bet tā var notikt arī lielās ražotnēs, ko vada organizēto noziedznieku bandas. Tas izraisa ķēdes reakciju, un dažas valstis tagad ziņo par biežāku vardarbību un citiem noziegumiem saistībā ar lielām ražotnēm. Eiropas kaņepju tirgus aktualitātes sīkāk tiks apskatītas nākamajā EMCDDA izdevumā “Ieskats”.

### **Vadlīnijas, standarti un labas prakses apmaiņa**

Nemot vērā mūsdienu narkotiku problēmu sarežģīto un strauji mainīgo būtību, ir svarīgi nodrošināt, lai pētnieciskie secinājumi un kompetence, kas iegūta, sekmīgi veidojot dienestus, tiktu izplatīta iespējami plaši. Šim nolūkam ir uzsāktas daudzas Eiropas iniciatīvas, lai apzinātu paraugpraksi un sekmētu tās apmaiņu. 2011. gadā Eiropas Komisija sadarbībā ar EMCDDA rīkoja konferenci par minimālo kvalitātes standartu un kritēriju apzināšanu pieprasījuma samazināšanas programmām. EMCDDA ir arī paplašinājusi savus resursus tīmeklī, lai izplatītu pierādītu praksi. Tomēr jāpiebilst, ka pierādījumu esamība automātiski nenodrošina praktisku ieviešanu dzīvē. Piemēru var atrast narkotiku lietošanas profilakses jomā, kur, neraugoties uz arvien pārlicinošākiem pierādījumiem, kas apliecina tās efektivitāti, izvēlētas un citas saistītās stratēģijas nereti ir vieni no mazāk izmantotajiem ieviešanas pasākumiem. Tomēr paraugprakses pārņemšana ir jāsāk ar izpratni par to, kuras metodes ir sevi apliecinājušas kā produktīvas. Un, tā kā informācija, kas palīdz veikt politiskas izvēles, uzkrājas un kļūst vieglāk pieejama, būs arvien grūtāk pamatot atbalstu metodēm bez pietiekamas pierādījumu bāzes.

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. nodaļa

## Politika un tiesību akti

### Ievads

Pašreizējā ES stratēģija narkotiku apkarošanas jomā noslēdzas 2012. gadā, tāpēc šī nodaļa sniedz ieskatu ES narkotiku apkarošanas politikas metodes attīstībā pēdējo 20 gadu laikā. Tiek novērtētas stratēģijas, ko nesen pieņēmušas dažas valstis ārpus ES, lai atrastu līdzīgu un atšķirīgu, salīdzinot ar Eiropas pieeju. Īsumā tiek apskatītas arī jaunākās valstu stratēģijas narkotiku jomā Eiropā.

Šeit ir sniegts arī pārskats par pētījumiem valstu izdevumu jomā ES dalībvalstīs, raksturojot dažādos veidus, kā šos jautājumus risina, kā arī nepieciešamību uzlabot un saskaņot attiecīgu datu vākšanu. Tāpat šajā nodaļā ir izvērtētas arī izmaiņas soda sankcijās par narkotiku glabāšanu, kas pēdējo desmit gadu laikā notikušas Eiropas valstīs, un jaunākie sasniegumi narkotiku izpētē.

### ES un starptautiskās politikas aktualitātes

#### Ceļā uz jaunās ES narkotiku apkarošanas politikas iniciatīvām

Jaunās narkotiku apkarošanas politikas regulējums, ko izstrādā Eiropas Komisija, būs viens no pirmajiem narkotiku apkarošanas politikas dokumentiem, kas tiks pieņemts saskaņā ar Lisabonas līgumu (skatīt EMCCDA, 2010a). Sagatavošanas darbs paredz veikt galīgu 2005.–2012. gada ES narkotiku apkarošanas stratēģijas ārējo novērtējumu. Šis novērtējums būs balstīts uz intervijām ar ieinteresētajām personām dalībvalstīs, trešās valstīs un starptautiskajās organizācijās, kā arī uz politikas dokumentu

un tendenču ziņojumu analīzi. Eiropas Komisijas Pilsoniskās sabiedrības narkotiku forums iesniegs savas nostājas izklāstu. Turklāt Eiropas Parlamenta dažādu politisko grupu deputāti ir organizējuši sanāksmes un sēdes, lai apspriestu pašreizējo un turpmāko ES politiku narkotiku apkarošanas jomā. Kopā ar minēto novērtējumu šīs daudzveidīgās apspriedes un dokumenti ļaus izstrādāt vispusīgu ES politiku narkotiku apkarošanas jomā laikposmam pēc 2012. gada.

#### ES narkotiku apkarošanas politikas divdesmit gadi

Kopš 20. gadsimta deviņdesmito gadu sākuma Eiropas Savienība ir pieņēmusi astoņas narkotiku apkarošanas stratēģijas vai rīcības plānus (skatīt 1. attēlu), un šo pēc kārtas pieņemto dokumentu satura pārmaiņas liecina par Eiropas nostājas attīstību narkotiku jautājumā. Pirmajos divos Eiropas plānos narkotiku apkarošanas jomā bija paredzēti pasākumi ar mērķi vienlaikus samazināt narkotiku piedāvājumu un pieprasījumu. Integrētas metodes jēdziens, kas apvienoja abus minētos elementus, pirmo reizi tika iekļauts 1995.–1999. gada plānā. 2000. gadā pieņemtā stratēģija definēja ES pieeju gan integrācijas, gan līdzsvarošanas virzienā, vienlīdz lielu politisko nozīmi piešķirot ieviešanās pasākumiem pieprasījuma samazināšanas un piedāvājuma samazināšanas jomā. Šīs pārmaiņas nostājā atspoguļo ES politikas dokumentu nosaukumi, kur "plānus narkotiku apkarošanai" nomainīja neitralāki apzīmējumi – "narkotiku stratēģijas" un "rīcības plāni". Attiecībā uz saturu pēdējo divdesmit gadu laikā ES narkotiku apkarošanas politikas dokumentos visskaidrāk par pārmaiņām liecina kaitējuma mazināšanas mērķu ieviešana pieprasījuma samazināšanas jomā.

1. attēls. Eiropas narkotiku politikas dokumentu plānojums laikā.

Eiropas narkotiku apkarošanas plāns 1990		Eiropas narkotiku apkarošanas plāns 1992		ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns 1995–1999		ES narkotiku apkarošanas stratēģija 2000–2004					ES narkotiku apkarošanas stratēģija 2005–2012											
						ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns 2000–2004					ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns 2005–2008		ES narkotiku apkarošanas rīcības plāns 2009–2012									
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012

Pirmajos divos Eiropas plānos nebija minēts politikas izvērtējums un novērtējums, jo 20. gadsimta deviņdesmito gadu sākumā prioritāte bija drošas Eiropas informācijas sistēmas izveide narkotiku jomā. Īstenošanas izvērtējums tika iekļauts 1995. gada plānā, tomēr līdz pat 2000.–2004. gada narkotiku apkarošanas stratēģijai novērtējums nebija konsolidēts kā ES nostājas neatņemama sastāvdaļa narkotiku jautājumos. Kopš tā laika visas ES narkotiku apkarošanas stratēģijas un rīcības plāni tika novērtēti, un novērtējumu rezultātus izmantoja turpmākajos politikas dokumentos. Arī jaunais ES narkotiku apkarošanas politikas regulējums ievēros šo principu, un pirmo reizi tas būs balstīts uz iepriekšējās stratēģijas ārēju novērtējumu.

### Starptautiskā perspektīva

Ārpus Eiropas Savienības nesen ir publicētas vairākas valstu vai reģionālas stratēģijas, un, proti, Austrālijā, Krievijā, ASV un Amerikas valstu organizācijā (AVO) (1). Izvērtējot šo politikas dokumentu saturu, ir redzams, cik lielā mērā ES raksturīgā pieeja sakrīt ar citu valstu nostāju.

ASV 2010. gada narkotiku kontroles stratēģija ir prezentēta kā jauns virziens narkotiku apkarošanas politikā, kur narkotiku lietošana galvenokārt traktēta kā sabiedrības veselības jautājums un narkotiku pieprasījums atzīts par galveno iemeslu narkotiku problēmai valstī. Šī stratēģija uzsver profilaksi, ārstniecību un atveseļošanu no atkarības un aicina integrēt atkarības ārstēšanu parastajā medicīnā, tāpat kā citus hroniskus veselības traucējumus. ASV stratēģija atspoguļojas AVO Puslodes narkotiku apkarošanas stratēģijā, kur narkomānija raksturota kā hroniska recidīva slimība, kas jāārstē pati par sevi. Krievijas pirmā narkotiku apkarošanas stratēģija (2010.–2020. gadam) ir balstīta uz atziņu par narkomānijas problēmas nopietnību, ko raksturo neatļauto narkotiku lietošanas pieaugums un tās sekmētā infekcijas slimību izplatīšanās. AVO, Krievijas un ASV stratēģijās ir uzsvērts līdzsvarotās metodes svarīgums. Austrālijas narkotiku apkarošanas stratēģija (2010.–2015. gadam) ir plašāka, un to veido četri politikas dokumenti, aptverot visas psihoaktīvās vielas, kas spēj izraisīt atkarību un veselības problēmas – alkoholu, tabaku, neatļautās un citas narkotikas. Šīs stratēģijas vispārējā metode ir kaitējuma mazināšana.

AVO, Austrālijas un ASV stratēģijas raksturo uz pierādījumiem balstīta pieeja pieprasījuma samazināšanai, ko papildina rezultātu novērtējums. Valstis, kas pieņēmušas Puslodes narkotiku apkarošanas stratēģiju, ir apņēmušās veikt regulārus neatkarīgus novērtējumus savām valstu politikām un ieviešanās pasākumiem, un resursu piešķiršana būs atkarīga no novērtējumu rezultātiem.

ASV stratēģijas 106 punktus ir paredzēts pārskatīt un atjaunināt katru gadu, lai sasniegtu stratēģiskos mērķus, tostarp narkotiku lietošanas izplatības 15 % samazinājumu jauniešiem vecumā no 12 līdz 17 gadiem un 10 % samazinājumu gados jauniem pieaugušajiem līdz 2015. gadam. Austrālijas stratēģijas darbību novērtēs pēc trim kritērijiem – neatļauto narkotiku piedāvājuma, narkotiku lietošanas un ar to saistītā kaitējuma likvidēšana. Krievijas stratēģija liek uzsvāru uz labākiem uzraudzības un datu vākšanas līdzekļiem, bet nepārprotami noraida opioīdu aizvietošanas terapiju – ieviešanās pasākumu, kas ES stratēģijā paredzēts kā galvenā uz pierādījumiem balstīta metode. Jāpiebilst arī, ka kampaņas plašsaziņas līdzekļos ir iekļautas gan Krievijas, gan ASV stratēģijās, neraugoties uz to efektivitātes apšaubāmību.

Kopumā izskatās, ka starptautiskā mērogā narkotiku apkarošanas stratēģijās ir daudz līdzīga. Lai gan Krievijas pirmā narkotiku apkarošanas stratēģija atzīst problēmu un uzsver uzraudzību, tai ir raksturīgas ideoloģiskas nodevas, kas nepiemīt citām stratēģijām, tādēļ ASV un AVO varianti ir tuvāki ES modelim. Austrālijas pieeja, kaut arī tajā ietilpst daudzi ES politikas elementi, atšķiras ar plašo vielu klāstu, kam tā veltīta.

### Valstu narkotiku apkarošanas stratēģijas

Valstu narkotiku apkarošanas stratēģiju un rīcības plānu pieņemšana ir Eiropas narkotiku apkarošanas politikas modeļa galvenais elements, un pašlaik tādi ir gandrīz visās 30 valstīs, ko uzrauga EMCDDA. Lielākajā šo valstu daļā jaunākie narkotiku apkarošanas politikas dokumenti nav vecāki par trim gadiem. Šie dokumenti raksturo situāciju narkotiku jomā un valdības mērķus un uzdevumus šajā jautājumā, norādot pasākumus un par īstenošanu atbildīgās personas. Bieži ir izklāstīti kritēriji katra pasākuma panākumu mērīšanai, un arvien biežāk paredz stratēģijas vai rīcības plāna gala novērtējumu.

### Jaunās ievirzes

Jaunas valstu narkotiku apkarošanas stratēģijas vai rīcības plānus nesen pieņēma 11 valstīs (skatīt 1. tabulu), un to laikposmi svārstās no trim līdz deviņiem gadiem. Trim no šīm valstīm (Portugālei, Rumānijai un Turcijai) ir narkotiku apkarošanas politikas dokumenti, kas saskaņoti ar pašreizējo ES narkotiku apkarošanas stratēģiju (2005.–2012. gadam). Kaut arī dažkārt ir pieminēts alkohols un tabaka, lielākajā daļā narkotiku apkarošanas politikas dokumentu galvenais uzsvārs ir likts uz neatļautajām narkotikām, bet daudzām valstīm ir atsevišķi rīcības plāni alkohola un tabakas jautājumos. Viens no nedaudzajiem izņēmumiem – apvienotā narkotiku un alkohola

(1) AVO ir reģionāla organizācija, kas apvieno visas 35 neatkarīgās valstis abos kontinentos, un tā ir galvenais forums valdību savstarpējai sadarbībai.

stratēģija, – ko bija paredzēts pieņemt Īrijā, aizkavējās parlamenta vēlēšanu dēļ, kas notika 2011. gada sākumā.

Par aizkavēšanos jauna narkotiku apkarošanas politikas dokumenta pieņemšanā pēc valdības maiņas ziņoja arī Nīderlande<sup>(2)</sup>, savukārt jaunievēlētais Ungārijas parlaments apliecināja vēlmi nomainīt narkotiku stratēģiju, ko gadu iepriekš bija pieņēmis iepriekšējais parlaments. Četras citas valstis (Vācija, Igaunija, Slovēnija un Zviedrija) ziņoja, ka 2011. gadā tajās ir paredzēts izstrādāt un pieņemt jaunus narkotiku apkarošanas politikas dokumentus, bet Norvēģija pagarināja savu rīcības plānu (2007.–2010. gadam) līdz 2012. gadam.

## Valsts izdevumi

Eiropā valstu izdevumi par visiem narkotiku aspektiem ir rūpīgi analizēti pēdējo desmit gadu laikā (EMCDDA, 2008c). Šajā sadaļā apskatītas pieejamās vispusīgās aplēses par valstu izdevumiem Eiropā saistībā ar narkotikām. Tā tiecas sniegt atbildes uz diviem galvenajiem jautājumiem par valstu izdevumiem. Pirmkārt, kādu daļu iekšzemes kopprodukta (IKP) valstis tērē narkotiku problēmai, un, otrkārt, kā šos līdzekļus sadala starp dažādām darbības jomām, jo īpaši attiecībā uz sadalījumu starp ieviešanās pasākumiem piedāvājuma samazināšanā un pieprasījuma samazināšanā.

Pieejamās informācijas apjoms un kvalitāte par valsts izdevumiem saistībā ar narkotikām dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgs. Pieejamie pētījumi attiecas uz dažādiem gadiem,

izmanto dažādas metodoloģijas un aptver valstis ar atšķirīgu publiskā sektora struktūru. Atšķirības metodēs, ar ko uzskaita izdevumus narkotiku jomā, stipri ierobežo iespējas veidot salīdzinājumus starp valstīm. Dažkārt līdzekļi, ko valdības piešķir izdevumiem, lai izpildītu uzdevumus narkotiku apkarošanas jomā, ir īpaši norādīti valstu budžetos ("apzīmēti"). Tomēr bieži vien kopējie izdevumi narkotiku apkarošanai nav īpaši norādīti (ir "neapzīmēti"), un tie jāaplēš, izmantojot modelēšanu.

Pēdējos desmit gados vismaz 12 valstis ir mēģinājušas izstrādāt vispusīgas aplēses par izdevumiem narkotiku apkarošanas jomā (2. tabula). Šīs valstis ziņo par valsts izdevumiem narkotiku problēmai apjomā no 0,04 % IKP līdz 0,48 % IKP.

Kā redzams citās sociālās politikas jomās, jo vairāk valstī pieaug labklājība, jo vairāk palielinās IKP īpatsvars, ko valdība tērē pasākumiem saistībā ar narkotikām (ESAO, 2006; Prieto, 2010). Beļģijā, Čehijas Republikā, Vācijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē lēš, ka vismaz 0,1 % IKP atvēl problēmām narkotiku jomā; Francijā, Latvijā (tikai apzīmētie izdevumi), Ungārijā un Slovākijā ir aprēķināts, ka šis rādītājs ir robežās no 0,1 % līdz 0,04 % IKP. Ņemot vērā atšķirīgo metožu izmantošanu un dažādo pilnīguma pakāpi, šīs vērtības daudz neatšķiras no aplēsēm par ASV (0,42 %) (Reuter, 2006) un Austrāliju (0,41 % IKP) (Moore, 2008).

Valsts izdevumu pētījumi arī mēģina aplēst dažādām ar narkotikām saistītām problēmām piešķirtos līdzekļus. Tomēr ir jāievēro piesardzība, veidojot valstu salīdzinājumus, jo

1. tabula. Nesen pieņemtie valstu narkotiku politikas dokumenti.

Valsts	Politikas dokumenta nosaukums	Laika ietvars	Galvenais temats	Piezīmes
Čehijas Republika	Stratēģija	2010–2018	Nelegālās narkotikas	Papildināta ar 2010.–2012. gada rīcības plānu
Dānija	Rīcības plāns	2010. gads un turpmāk	Nelegālās narkotikas	
Itālija	Rīcības plāns	2010–2013	Nelegālās narkotikas	Papildināts ar 2010. gada projektu plānu
Latvija	Programma	2011–2017	Nelegālās narkotikas	
Lietuva	Programma	2010–2016	Nelegālās narkotikas	Papildināta ar gada rīcības plāniem
Luksemburga	Stratēģija un rīcības plāns	2010–2014	Nelegālās narkotikas	Stratēģija apskata arī alkohola, tabakas, medikamentu un atkarības problēmas
Polija	Programma	2011–2016	Nelegālās narkotikas	
Portugāle	Rīcības plāns	2009–2012	Nelegālās narkotikas	Otrais rīcības plāns, izpildot 2005.–2012. gada stratēģisko plānu
Rumānija	Rīcības plāns	2010–2012	Nelegālās narkotikas	Otrais rīcības plāns, īstenojot 2005.–2012. gada stratēģiju
Apvienotā Karaliste	Stratēģija	2010. gads un turpmāk	Nelegālās narkotikas	Aizstāj 2008.–2018. gada stratēģiju, ko pieņēma iepriekšējā valdība
Turcija	Rīcības plāns	2010–2012	Nelegālās narkotikas, alkohols, tabaka	Otrais rīcības plāns, īstenojot 2006.–2012. gada valsts stratēģiju

Avots: Reitox valstu koordinācijas centri.

(2) Jaunā stratēģija tika iesniegta Parlamentam 2011. gadā kā "vēstule narkotiku jautājumā".

## Pārmaiņas narkotiku apkarošanas politikā

Apvienotajā Karalistē neseno notika narkotiku apkarošanas politikas uzdevumu pārskatīšana, pievēršoties atveseļošanās jautājumiem, un pēc tam pieņēma narkotiku apkarošanas politikas dokumentus, kas analizēja ārstniecības rezultātus un narkotiku lietotāju sociālo reintegrāciju <sup>(1)</sup> un noteica atveseļošanās mērķi par narkotiku apkarošanas politikas pamatelementu <sup>(2)</sup>. Iepriekšējo politiku pamatmērķis bija to cilvēku skaita palielināšana, kuri uzsāk ārstēšanos no narkomānijas, jo īpaši opioīdu aizvietojošajai terapijai, turpretim dažas jaunās politikas stingrāk pievēršas apkalpošanas kvalitātei. Vēl nav zināms, kādas pārmaiņas šie jaunie politikas virzieni izraisīs narkotiku lietotāju ārstēšanā un sociālās reintegrācijas pakalpojumos. Un nav arī zināms, vai tie liecina par kādām dziļākām pārmaiņām narkotiku apkarošanas politikā nākotnē. Izvērtējot pierādījumu bāzi atveseļošanās jautājumā, atklājās, ka vairāki izšķiroši faktori, kas ļauj atbrīvot dzīvi no narkotikām un kļūt par aktīvu sabiedrības locekli, atrodas ārpus narkotiku apkarošanas

politikas robežām un saistās ar personiskajām īpašībām un plašāku sociālo politiku (Best un citi, 2010). Valdībām var būt grūti tos mainīt, jo īpaši, ja ir vajadzīgi papildu finanšu līdzekļi laikā, kad tās samazina valsts izdevumus.

Portugāles pašreizējai narkotiku apkarošanas politikai ir vairāk nekā desmit gadu, tomēr pēdējos gados tai arvien lielāku uzmanību pievērš ne tikai narkotiku apkarošanas politikas analītiķi un atbalsta grupas, bet tagad arī valdības Eiropā un citur. Portugāles politikas centrā ir narkotiku lietošanas dekriminalizācija un "komisiju atturēšanai no narkomānijas" (CDT) izveide – tās koordinē Veselības aizsardzības ministrija (EMCDDA, 2011b). Šīs struktūras novērtē narkomānu situāciju, un tām ir tiesības sniegt atbalstu vai noteikt soda sankcijas. Lai arī neviena cita valsts vēl nav pārņēmusi šo modeli, Norvēģijas valdības izveidota komiteja neseno ierosināja veidot šajā valstī līdzīgas starpnozaru tiesas.

<sup>(1)</sup> Apvienotās Karalistes 2008. gada stratēģija.

<sup>(2)</sup> Skotijas 2008. gada un Apvienotās Karalistes 2010. gada stratēģijas.

### 2. tabula. Valsts izdevumu aplēses saistībā ar narkotikām.

Valsts	Gads	Valsts budžeta līdzekļi, kas piešķirti narkotiku problēmai (%)		Īpatsvars IKP (%) <sup>(1)</sup>	Valdības līmenis
		Pieprasījuma samazināšana	Piedāvājuma samazināšana		
Beļģija	2004	43,4	56,2	0,10	Federālās, reģionu, apgabalu un municipālās varas iestādes
Čehijas Republika <sup>(2)</sup>	2006	8,2	91,8	0,20	Centrālās, reģionu un vietējās varas iestādes un sociālie dienesti
Francija	2005	51,6	48,4	0,07	Centrālā valdība
Vācija	2006	35,0	65,0	0,22–0,26	Federālās, zemju un vietējās pašvaldības iestādes un sociālās apdrošināšanas dienesti
Ungārija	2007	25,0	75,0	0,04	Centrālā valdība
Latvija <sup>(2)</sup>	2008	40,9	51,3	0,04	Centrālā valdība un viena vietējā programma
Luksemburga	2009	43,0	57,0	0,10	Centrālā valdība un sociālie dienesti
Nīderlande	2003	25,0	75,0	0,46	Centrālā valdība un vietējā pašvaldība
Slovākija	2006	30,0	70,0	0,05	Centrālā valdība un sociālie dienesti
Somija	2008	45,0	55,0	0,07	Centrālā valdība un vietējā pašvaldība
Zviedrija	2002	25,0	75,0	0,28	Sīkāk nenorādītas valsts iestādes (iesaistot tikai aģentūras)
Apvienotā Karaliste	2005/2006	41,3	58,7	0,48	Centrālā valdība un reģionu valdība

<sup>(1)</sup> Tā kā valstis ir atšķirīga metodoloģija, datu kvalitāte un pilnīgums, vērtības, kas norādītas valsts budžeta izdevumiem saistībā ar narkotikām kā īpatsvars iekšzemes kopproduktā (IKP), ir tikai indikatīvas, un tās nedrīkst izmantot, lai pilnībā raksturotu valstu budžeta izdevumus, kas atvēlēti narkotiku problēmai.

<sup>(2)</sup> Tikai iezīmētie izdevumi.

Ievērojiet! Pilnu avotu sarakstu skatīt tabulā PPP-10 2011. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox valstu ziņojumi, Eurostat.



tajos var būt izmantota atšķirīga izdevumu klasifikācija. 12 valstīs, kas iesniedza pilnīgas aplēses, piedāvājuma samazināšanas pasākumi – “tiesībaizsardzība” vai “sabiedriskā kārtība un drošība” – veidoja no 48 % līdz 92 % kopsummas. Visbiežāk ziņoja par izdevumiem tiesu iestādēm, policijai, muitai un cietumiem.

Eiropā ievērojami atšķiras veids, kā dažādas valstis kategorizē pieprasījuma samazināšanas izdevumus. Izdevumi ārstniecībai vai veselības aizsardzībai veido apmēram 40 % vai vairāk kopsummas, par kādu ziņo Beļģija, Francija un Luksemburga. Izdevumus kaitējuma mazināšanai norādīja piecās valstīs, un tie svārstījās no 0,1 % līdz 28,8 % aplēsto izdevumu saistībā ar narkotikām. Septiņas valstis iesniedza izdevumu datus par profilaksi, un aplēses svārstās no 1 % līdz 12 % kopējo izdevumu narkotiku apkarošanas jomā.

Daudzas Eiropas valstis jau izmanto valsts izdevumu datus kā plānošanas un novērtēšanas instrumentu narkotiku apkarošanas politikas īstenošanā, bet citas valstis, piemēram, Portugāle un Slovākija, ziņo par plāniem tā rīkoties. Tomēr joprojām ir grūtības izstrādāt skaidru un pilnīgu kopainu par valstu izdevumiem Eiropā saistībā ar narkotikām. Pašlaik nav vienprātības par to, kā aplēst konkrētus izdevumu veidus saistībā ar narkotikām. Lai uzlabotu precizitāti un valstu salīdzināmību, būs nepieciešama valsts iestāžu finansējuma vispusīga kartēšana attiecībā uz narkotiku apkarošanas politiku, kā arī jēdzienu un definīciju saskaņošana.

## Valstu tiesību akti

### Narkotiku glabāšana savām vajadzībām – sodu izmaiņas Eiropā desmit gadu laikā

Pēdējo desmit gadu laikā 15 Eiropas valstis ir mainījušas savu sodu sistēmu par neliela narkotiku daudzuma glabāšanu. 1988. gada ANO konvencijas pret nelikumīgu narkotiku tirdzniecību 3. panta 2. punkts pieprasa visām valstīm noteikt narkotiku glabāšanu personiskai lietošanai par kriminālu pārkāpumu saskaņā ar katras valsts konstitucionālajiem principiem un tiesību sistēmas pamatjēdzieniem. Eiropā tas ir īstenots dažādos veidos. Jebkuru neatļautu narkotiku glabāšana personiskai lietošanai var būt krimināls pārkāpums, nekrimināls pārkāpums vai arī nekriminālas sankcijas var piemērot kaņepēm, citu narkotiku glabāšanai saglabājot krimināla pārkāpuma statusu.

Pēdējos desmit gados var novērot trīs lielas pārmaiņas sodu sistēmā – izmaiņas pārkāpuma tiesiskajā statusā (krimināls vai nekrimināls pārkāpums); izmaiņas narkotiku kategorijās,

### Recesijas ietekme uz iejaukšanās pasākumiem narkotiku jomā

Ekonomikas recesija, kas skāra Eiropu 2008. gadā, smagi ietekmēja ES dalībvalstis. Tās ietekme uz valstu budžetiem var būt ilglaicīga, tādēļ lielākajā valstu daļā ir nepieciešama politika ar mērķi samazināt valsts budžeta deficītu un parādu. Eiropas Komisija (2011) paredz, ka 2011. gadā pirmo reizi pēdējo desmit gadu laikā valstu izdevumi (izņemot procentu maksājumus) Eiropas Savienībā reāli samazināsies.

Datus par budžeta piešķirumiem iejaukšanās pasākumiem saistībā ar narkotikām apkopoja *Reitox* valsts koordinācijas centri, lai sniegtu pirmo ieskatu par to, kāda ir taupības pasākumu ietekme uz narkotiku apkarošanas politiku. No 19 valstīm, kas sniedza informāciju, 15 ziņoja par pieejamo līdzekļu samazināšanu dažās narkotiku apkarošanas politikas jomās kopš 2008. gada. Samazinājuma apmērs ievērojami atšķiras, tomēr paziņotie samazinājumi svārstījās no 2 % līdz 44 % atkarībā no valsts un politikas jomas.

Atklājās, ka fiskālā taupība ir atšķirīgi ietekmējusi dažādas narkotiku apkarošanas politikas nozares. Attiecībā uz apzīmētajiem izdevumiem vissmagāk skartās jomas bija pētniecība, profilakse, sociālā reintegrācija un organizatoriskie pasākumi. Lielākā daļa valstu, šķiet, izvairījās no budžeta samazināšanas ārstniecībai, bet dažas ziņoja par sniedzamo pakalpojumu pārveidošanu vai sniegšanu mazākā apjomā. Tika ziņots arī par finansējuma samazināšanu narkotiku apkarošanas programmām cietumos vai tiesībaizsardzības pasākumiem. Lielākajā daļā valstu nav pieejama informācija par neapzīmētajiem pasākumiem, kas veido valstu izdevumu lauvas tiesu narkotiku apkarošanas jomā. Tādēļ iespējams, ka ziņojumos iekļautie dati par taupības pasākumiem, kas ietekmē tādas nozares kā tiesībaizsardzība, tiesu iestādes un dažas ārstniecības jomas, ir nepilnīgi.

ja kategorija nosaka soda veidu; un izmaiņas maksimālā iespējamā soda lielumā. Lielākā daļa valstu, kas mainījušas sodus par glabāšanu, ir izmantojušas dažādas šo trīs pārmaiņu veidu kombinācijas, un tas apgrūtina precīzu analīzi.

Pārkāpuma tiesiskā statusa maiņa, iespējams, ir visnozīmīgākais solis likumdošanā, un tā ir noticis Portugālē, Luksemburgā un Beļģijā. Portugālē 2001. gada jūlija likums dekriminalizēja visa veida narkotiku glabāšanu personiskai lietošanai. Tas samazināja maksimālo sodu par neliela narkotiku daudzuma glabāšanu no trim mēnešiem ieslodzījumā līdz administratīvam naudassodam, ko piespriež jaunās “komisijas atturēšanai no narkomānijas”, kurām risinājumi veselības aizsardzības jomā ir svarīgāki par soda sankcijām<sup>(3)</sup>. Luksemburgā 2001. gada maijā kaņepju glabāšanu personiskām vajadzībām pārskatīja un noteica par atsevišķu pārkāpumu ar mazāku sodu, paredzot tikai naudassodu par pirmo pārkāpumu, ja nav

<sup>(3)</sup> Nesen tika publicēta sīka analīze par dekriminalizācijas ietekmi Portugālē (Hughes un Stevens, 2010).

vainu pastiprinošu apstākļu. Vienlaikus maksimālo sodu par visa veida narkotiku, izņemot kaņepju, glabāšanu savām vajadzībām samazināja no trim gadiem cietumā līdz sešiem mēnešiem. Līdzīgas izmaiņas 2003. gada maijā notika Beļģijā. Neliela daudzuma kaņepju glabāšana personiskai lietošanai bez vainu pastiprinošiem apstākļiem agrāk bija sodāma ar līdz pat pieciem gadiem cietumā, bet tagad par to var piespriest zemāko sodu, pat tikai policijas uzliktu naudassodu.

Virzība uz "dekriminalizāciju" ir vērojama arī Igaunijā un Slovēnijā. Igaunijā pirms 2002. gada septembra otrais administratīvais pārkāpums, glabājot narkotikas, ja tas bija pastrādāts 12 mēnešu laikā pēc pirmā pārkāpuma, bija krimināls pārkāpums, par kuru sodīja ar ieslodzījumu uz laiku līdz trim gadiem. Jaunais Kriminālkodekss šo normu svītroja, tādēļ otrais pārkāpums, tāpat kā pirmais, ir uzskatāms par administratīvu pārkāpumu, kas sodāms ar naudassodu vai administratīvu arestu uz laiku līdz 30 dienām. Slovēnijā 2005. gada janvāra Administratīvo pārkāpumu likums atcēla cietumsodus par visa veida administratīviem pārkāpumiem, un viens no tiem bija narkotiku glabāšana personiskai lietošanai. Līdz ar to maksimālo sodu samazināja no 30 dienām cietumā – vai piecām dienām par nelielu daudzumu – līdz naudassodam.

Nemainot pārkāpuma tiesisko statusu, sešas valstis mainīja veidu, kā dažādas narkotikas iedala kategorijās, kā arī kategoriju, kas nosaka soda lielumu. Rumānijā 2004. gada likums iedalīja visas vielas augsta riska un riskantu vielu kategorijās. Sods par augsta riska vielām joprojām palika ieslodzījums uz laiku no diviem līdz pieciem gadiem, bet par vielām, kas ietilpst riskantā kategorijā, tagad piespriež mazāku sodu – ieslodzījumu uz laiku no sešiem mēnešiem līdz diviem gadiem. Bulgārijā 2006. gada Kriminālkodeksā ieviesa īpašus sodus par pārkāpumiem, kas nav saistīti ar izplatīšanu, un, proti, ieslodzījumu uz laiku no viena līdz sešiem gadiem par augsta riska narkotikām (samazinājums no 10–15 gadiem) un līdz pieciem gadiem par riskantām narkotikām (samazinājums, salīdzinot ar trīs līdz sešu gadu termiņu); tika arī noteikts, ka maznozīmīgus pārkāpumus var sodīt ar naudassodu. Čehijas Republikā no 2010. gada janvāra piemēro jaunu Kriminālkodeksu, kas paredz mazāku maksimālo sodu par kaņepēm (viens gads cietumā), salīdzinot ar citām narkotikām (nemainīti – divi gadi), par tāda daudzuma glabāšanu savām vajadzībām, kas "lielāks par nelielu". Turpretim Itālija 2006. gada beigās atcēla sodu atšķirības starp nelikumīgajām narkotikām, vienlaikus palielinot administratīvo sankciju, piemēram, autovadītāja tiesību atņemšanas, maksimālo ilgumu līdz vienam gadam par jebkurām nelikumīgām narkotikām. Apvienotajā Karalistē 2004. gadā kaņepes

pārklasificēja no B klases uz C klasi, samazinot maksimālo sodu par glabāšanu savām vajadzībām no pieciem līdz diviem gadiem ieslodzījuma, un valsts policijai tika doti norādījumi nevis arestēt, bet neoficiāli brīdināt, ja nav vainu pastiprinošu apstākļu. 2009. gada janvārī kaņepes atkal pārklasificēja no C klases uz B klasi, palielinot maksimālo sodu līdz pieciem gadiem ieslodzījumā. Mainītie norādījumi valsts policijai joprojām ieteica tikai neoficiālu brīdināšanu par pirmo pārkāpumu.

Trešā valstu grupa mainīja sodus par glabāšanu personiskai lietošanai, nemainot tiesisko statusu un saistīto kaitējuma pakāpi. Sodī par glabāšanu savām vajadzībām attiecībā uz visām narkotikām tika vienkārši mainīti četrās valstīs un faktiski arī Slovēnijā, kur mainīja pārkāpuma definīciju. Somijā 2001. gadā grozījums Kriminālkodeksā samazināja maksimālo sodu par nenozīmīgiem pārkāpumiem narkotiku jomā no diviem gadiem cietumā līdz sešiem mēnešiem, ļaujot prokuroram lielākajā daļā gadījumu pieprasīt naudassodu. Grieķijā 2003. gadā maksimālo sodu par neliela daudzuma lietošanu vai glabāšanu savām vajadzībām, ja lietotājam nav atkarības, samazināja no pieciem līdz vienam gadam cietumā. Šo pārkāpumu neregistrē kriminālsodu reģistrā, ja piecu gadu laikā nav izdarīts atkārtots pārkāpums. Dānijā norādījumi prokuroriem 2004. gada maijā noteica, ka parastai reakcijai uz nenozīmīga daudzuma narkotiku glabāšanu ir jābūt naudassodam, nevis brīdinājumam. 2007. gadā to noteica ar likumu. Francijā 2007. gadā likums paplašināja iespējamo tiesas spriedumu klāstu, iekļaujot tajā "narkotiku informatīvo kursu", kura mērķauditorija ir nejauši narkotiku lietotāji un pusaudži. Kurša izmaksas jāsedz pārkāpējam. 2005. gadā izmaiņas Slovēnijas Kriminālkodeksā paplašināja definīciju "glabāšana personiskai lietošanai" no vienas līdz trim devām jebkurai nelikumīgai vielai, atstājot maksimālo sodu nemainītu. Šādiem pārkāpējiem var piespriest arī divus jaunus soda veidus – uzraudzīts mājas arests līdz vienam gadam vai sabiedriskie darbi no 40 līdz 300 stundām. Izmaiņas noteica arī jaunu pārkāpumu "glabāšana lielākos daudzumos nekā personiskai lietošanai", definējot to līdz desmit devām un paredzot sodu līdz pieciem gadiem cietumā. Iepriekš tas būtu klasificēts kā narkotiku tirdzniecība, un sods būtu no diviem līdz astoņiem gadiem cietumā.

Izmaiņu motīvi ir sarežģīti un dažādās valstīs atšķiras. Piemēram, likumus mainīja, lai piekļūtu atkarīgajiem (Portugālē), vienkāršotu sodīšanas sistēmu (Beļģijā, Somijā un Apvienotajā Karalistē 2004. gadā), saskaņotu administratīvos sodus (Igaunijā un Slovēnijā) un norādītu kaitējuma līmeni (Bulgārijā, Čehijas Republikā, Francijā, Itālijā, Luksemburgā, Rumānijā, Apvienotajā Karalistē 2009. gadā).

Jautājumā par vispārējo Eiropas tendenci sodīšanā par narkotiku glabāšanu personiskai lietošanai var teikt, ka sodus samazināja pirmajā desmitgades pusē, bet palielināja otrajā pusē. Vēl svarīgāk ir tas, ka, lai gan lielākā daļu valstu saglabāja cietumsoda iespēju kā sankciju (2. attēls), desmit gadu laikā neviena valsts neieviesa jaunus kriminālsodus un nepalielināja cietumsodus. Eiropā šajā ziņā ir vērojamas konverģences pazīmes, nosakot mazākus sodus par narkotiku glabāšanu personiskai lietošanai.

## Ar narkotikām saistītie pētījumi

### ES pētniecisko spēju stiprināšana

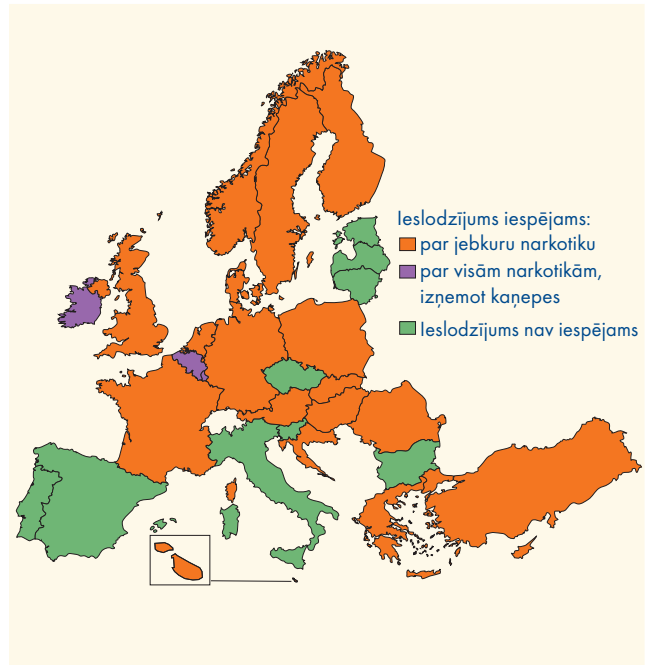
Pētniecisko spēju stiprināšana narkotiku jomā pēdējos gados ir bijusi Eiropas darba kārtībā. 2010. gadā Padomē notika pirmā ikgadējā apspriede par pētniecību narkotiku jomā, un Eiropas Komisija tajā prezentēja pārskatu par Komisijas finansētajiem pētījumu projektiem un raksturoja šo iniciatīvu pievienoto vērtību. EMCDDA sniedza pārskatu par mehānismiem un tematiem ar narkotikām saistītajos pētījumos dalībvalstīs un par Zinātniskās komitejas ieteikumiem attiecībā uz pētnieciskajām prioritātēm nākotnē <sup>(4)</sup>.

Eiropas galvenais instruments pētījumu finansēšanā ir FP7, Sepītā pamatprogramma pētniecībai un tehnoloģiju attīstībai, kas turpināsies līdz 2013. gadam. Saskaņā ar FP7 "Sadarbības" programmu tiek sludināti uzaicinājumi iesniegt priekšlikumus, kas jo īpaši attiecas uz narkotiku izpētes jautājumiem <sup>(5)</sup>. Tostarp jāmin uzaicinājumi par tematiem "Bērnu un pusaudžu paradumi atkarības un/vai spaidu gadījumos", "Nelikumīgo narkotiku vispārējo kontroles pasākumu nevēlamo seku izpratne" un ALICE-RAP <sup>(6)</sup>.

Eiropas Komisija finansē arī citus ar narkotikām saistītus pētījumus ar tādu programmu starpniecību kā "Narkotiku profilakses un informēšanas programma", "Noziedzības novēršanas un apkarošanas programma", "Krimināltiesību programma" un "Sabiedrības veselības programma". Projekti, piemēram, "Pētījums par ES regulējuma izstrādi attiecībā uz minimālajiem kvalitātes standartiem un kritērijiem narkotiku pieprasījuma samazināšanā", "Jauni metodoloģiski rīki politikas un programmu novērtēšanai" un "ES nelikumīgo narkotiku tirgus turpmākā analīze un risinājumi", sniegs svarīgas liecības par dažāda veida problēmām, kas dalībvalstīm jārisina šajā jomā, un veicinās pašreizējās ES narkotiku apkarošanas stratēģijas un rīcības plāna īstenošanu.

Kā paredzēja Padomes 2009. gada secinājumi, EMCDDA ciešā sadarbībā ar Eiropas Komisiju izplata informāciju par

**2. attēls.** Likumā paredzētie sodi – ieslodzīšanas iespēja par narkotiku glabāšanu personiskai lietošanai (nenozīmīgi pārkāpumi).



Ievērojiet! Papildu informāciju skatīt Eiropas tiesību aktu datubāzē par narkotikām (ELDD).

Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri un ELDD.

### Turpmāko pētījumu prioritātes – EMCDDA Zinātniskās komitejas ieteikumi

Pašreizējo diskusiju ietvaros par Eiropas pētījumu prioritātēm narkotiku jomā Zinātniskā komiteja sagatavoja ieteikumu virkni piecos galvenajos virzienos.

Iejaukšanās pasākumi – uzmanība ir jāvērs uz ārstniecisko iejaukšanās pasākumu efektivitāti, savlaicīgas iejaukšanās nozīmi un ietekmi uz ģimenes locekļiem.

Politikas analīze – vajadzīgs vairāk pētījumu par to, kā valstu un Eiropas politikas veido, pieņem un īsteno, kā arī novērtē, tostarp veidojot rezultātu salīdzinājumus dažādās valstīs.

Nelikumīgo narkotiku piedāvājums – lielāka uzmanība jāpievērš rādītāju uzlabošanai, lai izpētītu tirgus dinamiku.

Epidemioloģiskie pētījumi – ieteicams veikt vairākus savstarpēji saistītus ilglaicīgus pētījumus, lai izprastu vielu lietošanas dažādu modeļu ilglaicīgo ietekmi, turklāt jāprojām ir nepieciešamas labākas metodes, lai aplēstu narkotiku lietotāju skaitu.

Pamatpētījumi par narkotiku lietošanas etioloģiju un gaitu – pētījumi šajā jomā var uzlabot rezultātus diagnostikā un terapijā.

<sup>(4)</sup> Skatīt iestarpinājumu "Turpmāko pētījumu prioritātes – EMCDDA Zinātniskās komitejas ieteikumi".

<sup>(5)</sup> Uzaicinājumus publicē Eiropas Savienības Oficiālajā Vēstnesī, aicinot pētniekus iesniegt projektu pieteikumus pamatprogrammas konkrētās jomās.

<sup>(6)</sup> Skatīt iestarpinājumu ALICE-RAP.

šiem projektiem un to galvenās atziņas savā tematiskajā pētniecības tīmekļa vietnē.

### **Dalībvalstu rīcībā esošā zinātniskā informācija**

Eiropā pašlaik nav veikta uzskaitē par pētījumiem saistībā ar narkotikām, kas veikti valstu līmenī. Visas ES dalībvalstis veic narkotiku problēmas izpēti, un daļa šo pētījumu ir pieminēti un izmantoti *Reitox* valstu ziņojumos. Kaut arī citāti no šiem ziņojumiem attiecas tikai uz dažiem pētījumiem, un tajos var nebūt iekļautas visas atbilstošās publikācijas šajās valstīs, ir iespējams apzināt dažas tendences attiecībā uz minēto izpētes tematu daudzumu un veidiem. Laikā no 2008. līdz 2010. gadam *Reitox* valstu ziņojumos norādīto pētījumu skaits katru gadu pieauga no 370 līdz 750. Pētījumi par risinājumiem narkotiku lietošanas jomā veidoja visplašāko kategoriju (34 % visu norāžu valstu ziņojumos par 2008.–2010. gadu), tiem sekoja pētījumi par narkotiku lietošanas izplatību, biežumu un modeļiem

### **ALICE-RAP**

Eiropas Komisijas Septītā pētniecības pamatprogramma finansē lielāko pētniecisko iniciatīvu atkarības jautājumos saskaņā ar "Sadarbības" programmu. Problēmas, ko mūsdienu Eiropas sabiedrībai rada narkotikas un citas atkarības, ir analizētas "Atkarības un dzīvesveidi mūsdienu Eiropā – atkarību pārveides projektā" (*ALICE-RAP*), kurā piedalās pētnieki no 25 valstīm. Projekta 10 miljonu euro lielais budžets tiks izmantots pētījumu finansēšanai visos atkarības aspektos, atsevišķi izdalot šādus virsrakstus – atkarības izplatība, atkarības uzskaitē, atkarības noteicošie faktori, atkarības komerciāla izmantošana, atkarības pārvaldība un jauniešu atkarības problēmas.

Papildu informācija ir atrodama *ALICE-RAP* tīmekļa vietnē.

(29 %), kā arī pētījumi par narkotiku lietošanas sekām (23 %). Tikai retumis pieminēja pētījumus par metodoloģiju, narkotiku lietošanas mehānismiem un ietekmi.



## 2. nodaļa

# Pārskats par narkotiku problēmu risināšanu Eiropā

### Ievads

Šajā nodaļā ir sniegts pārskats par narkotiku problēmu risinājumiem Eiropā, iezīmējot tendences, ievirzes un kvalitātes jautājumus. Vispirms ir aplūkoti profilakses pasākumi, tiem seko iejaukšanās pasākumi ārstniecības jomā, sociālā reintegrācija un kaitējuma mazināšana. Kopā visi šie pasākumi veido visaptverošu narkotiku pieprasījuma samazināšanas sistēmu, un tos arvien plašāk koordinē un integrē.

Nodaļā par tiesībaizsardzību narkotiku jomā ir aplūkota jaunākā informācija par narkotiku likumu pārkāpumiem un analizēts, kāda nozīme ir bijusi slepenajām operācijām nelikumīgo narkotiku piedāvājuma likvidēšanā. Šīs nodaļas beigās ir arī pieejamo datu pārskats par ieslodzījumā esošajiem narkotiku lietotājiem un šajā konkrētajā vidē izmantotajiem risinājumiem.

### Profilakse

Narkotiku profilaksi var iedalīt dažādos līmeņos vai stratēģijās, sākot no sabiedrības kā vienas lielas mērķa grupas (vides profilakse) un beidzot ar koncentrēšanos uz apdraudētām personām (indicēta profilakse). Galvenās problēmas profilakses politikā ir – kā saskaņot šos atšķirīgos profilakses līmeņus ar attiecīgo mērķa grupu ievainojamības pakāpi (Derzon, 2007) un kā nodrošināt, lai iejaukšanās pasākumi būtu balstīti uz pierādījumiem un tiem būtu pietiekami plašs mērķis. Lielākā daļa profilakses pasākumu pievēršas vispārējai vielu lietošanai; tikai dažas programmas apskata konkrētas vielas, piemēram, alkoholu, tabaku vai kaņepes.

### Vides stratēģijas

Vides profilakses stratēģiju mērķis ir pārveidot tuvāko kultūras, sociālo, fizisko un ekonomisko vidi, kurā cilvēki veic savu izvēli jautājumā par narkotiku lietošanu. Šīs stratēģijas parasti ietver tādus pasākumus kā smēķēšanas aizliegumi,

alkohola cenu regulēšana vai veselības uzlabošanas skolas. Pierādījumi liecina, ka vides profilakses pasākumi visas sabiedrības līmenī un pievēršanās sociālajam klimatam skolās un pašvaldībās spēj efektīvi ietekmēt vispārpieņemto pārlicību un līdz ar to arī narkotiku lietošanu (Fletcher un citi, 2008).

Kopš nesen ieviesa pilnīgu smēķēšanas aizliegumu Spānijā, gandrīz visas Eiropas valstis pašlaik ir pieņēmušas kādus tabakas lietošanas aizliegumus. Mazāk izplatītas Eiropā ir vides stratēģijas, kas pievēršas alkoholam, lai gan lielākā daļa Ziemeļvalstu ziņo par panākumiem, īstenojot atbildīgas apkalpošanas stratēģijas (?), kas pierādījušas savu efektivitāti vietēja līmeņa pētījumos (Gripenberg un citi, 2007).

Lielākajā daļā Eiropas valstu ir paplašinājusies narkotiku apkarošanas politiku īstenošana skolās (8), vairāk nekā trešdaļa valstu ziņo par narkotiku profilakses integrēšanu skolu programmās, piemēram, iekļaujot tās "veselības" vai "pilsoniskās izglītības" programmās. Četras valstis (Luksemburga, Nīderlande, Austrija un Apvienotā Karaliste) ziņo par "visas skolas" profilakses programmu īstenošanu (?), un šī metode ir pozitīvi novērtēta, jo tā samazina vielu lietošanu (Fletcher un citi, 2008), turklāt tai ir papildu priekšrocības, piemēram, skolas gaisotnes uzlabošanā un sociālās iekļaušanas veicināšanā.

### Vispārējā profilakse

Vispārējā profilakse ir paredzēta visiem iedzīvotājiem, galvenokārt skolu un pašvaldību līmenī. Tās mērķis ir novērst vai kavēt narkotiku lietošanas uzsākšanu un ar narkotikām saistītās problēmas, sniedzot jauniešiem nepieciešamo informāciju, lai viņi neuzsāktu narkotiku lietošanu. Veicot vispārējās profilakses pasākumus, pierādījumi liecina, ka uzmanības pievēršana kultūras, normatīvajam un sociālajam kontekstam palielina izredzes, ka programmas gūs atzinību un panākumus (Allen un citi, 2007).

Eiropas mēroga ekspertu vērtējumi norāda uz nelielām izmaiņām profilakses darbā skolās, pārejot no metodēm, kas

(?) Atbildīgu apkalpošanas stratēģiju mērķis ir nepieļaut alkohola pārdošanu iereibušām un mazgadīgām personām, un tās papildina pārdevēju mācības un politiski iejaukšanās pasākumi.

(8) Narkotiku apkarošanas politikas skolās ievieš normas un noteikumus par vielu lietošanu skolas vidē un sniedz norādījumus par to, kā rīkoties šo noteikumu pārkāpšanas gadījumos.

(9) Visas skolas metodes mērķis ir nodrošināt aizsargājošu skolas vidi un pozitīvu klimatu skolās.

nespēja pierādīt savu efektivitāti, piemēram, tikai informācijas sniegšana, informācijas dienas un narkotiku testēšana skolās, uz daudzsološākām metodēm, piemēram, dzīves prasmju programmas, pamatojoties uz rokasgrāmatām, un ieviešanās pasākumi, kas īpaši paredzēti zēniem. Valstis arī ziņo, ka vairāki efektīvākie vispārējās profilakses ieviešanās pasākumi tiek nodoti no vienas valsts citām<sup>(10)</sup>. Tomēr, lai arī ir pieejamas pozitīvi novērtētas profilakses metodes, dažas valstis arvien biežāk ziņo par daudziem ieviešanās pasākumiem, kas nav balstīti uz zinātniskiem pierādījumiem, piemēram, par ekspertu un policijas apmeklējumiem skolās.

Vispārējā profilakse ar ģimenes atbalstu parasti notiek kā vienkārši ieviešanās pasākumi ar zemām izmaksām, piemēram, vecāku vakari un bukletu vai brošūru izplatīšana. Retāk ziņo par sarežģītākiem ieviešanās pasākumiem, piemēram, vecāku līdzinieku grupām (Vācijā un Īrijā), personiskās un sociālās kompetences mācībām (Grieķijā un Portugālē) vai praktiskām programmām vecākiem (Spānijā un Apvienotajā Karalistē).

### Selektīvā profilakse

Selektīvā profilakse ir paredzēta īpašām grupām, ģimenēm vai pat veselām kopienām, kuru dalībniekiem vājās saiknes ar sabiedrību un līdzekļu trūkuma dēļ ir lielāka iespēja sākt lietot narkotikas vai kļūt atkarīgiem no tām. Vairākas dalībvalstis ziņo par uzsvāru maiņu savās stratēģijās, pievēršoties neaizsargātībai, bet ekspertu vērtējumi liecina par vispārēju pieaugumu ieviešanās pasākumu piedāvāšanā neaizsargātajām grupām laikā no 2007. līdz 2010. gadam, izņemot ieviešanās pasākumus jauniešiem aprūpes iestādēs. Lielākie palielinājumi attiecas uz skolu audzēkņiem ar mācību un sociālām problēmām (pilns vai padziļināts piedāvājums 16 valstīs) un gados jauniem narkotiku likumpārkāpējiem (pilns vai padziļināts piedāvājums 12 valstīs) (3. attēls). Pirmajā gadījumā iemesls var būt arvien lielākā uzmanība, ko dažās dalībvalstīs un Eiropas Savienībā kopumā pievērš nesekmīgajiem mācībās un priekšlaicīgai skolas pamešanai, kam ir tādi paši riska faktori kā problemātiskai narkotiku lietošanai (King un citi, 2006). Plašāku pasākumu veikšanu gados jauniem likumpārkāpējiem daļēji var izskaidrot ar *FRED* īstenošanu – tā ir vairākpusmu psihosociāla programma (EMCDDA, 2010a) vairākās valstīs, kā arī ar jauniem ieviešanās pasākumiem tiem, kas likumu pārkāpuši pirmo reizi, Grieķijā, Īrijā un Luksemburgā.

Ziņo arī par plašākiem ieviešanās pasākumiem, kas paredzēti neaizsargātām ģimenēm, visvairāk tām, kam ir vielu lietošanas problēmas (pilns vai padziļināts piedāvājums 14 valstīs), un sociāli nelabvēlīgajām ģimenēm (pilns vai padziļināts piedāvājums septiņās valstīs)

(3. attēls). Šajā jomā var pieminēt augošo popularitāti, ko Eiropā ieguvusi "ģimeņu stiprināšanas" programma (Kumpfer un citi, 2008) – šo programmu nesēn īstenoja trīs jaunās valstīs (Vācijā, Polijā un Portugālē) un dažās papildu vietās Apvienotajā Karalistē.

Selektīvo profilaksi var īstenot ar ielu sociālā darba palīdzību vai, sniedzot pakalpojumus birojā. Profilakses darbs ar etniskajām grupām un ballišu/pasākumu apmeklētājiem ir vienīgās jomas, kur ziņo par plašāku ielu sociālo darbu, toties ir ziņas, ka samazinās ielu sociālais darbs ar gados jauniem bezpajumtniekiem. Kopumā dienesti lielākoties turpina kontaktus ar sociāli atstumtām grupām no sava biroja, piemēram, strādājot ar skolu pametušajiem audzēkņiem, imigrantiem un gados jauniem bezpajumtniekiem.

Turklāt salīdzinoši maz ir zināms par daudzu selektīvās profilakses programmu saturu<sup>(11)</sup>. Kopumā pieejamie dati liecina, ka izplatītākie ieviešanās pasākumi Eiropā ir tie, kas uzsvēr informēšanu, kompetences padziļināšanu un konsultēšanu, neraugoties uz arvien plašākajiem pierādījumiem par tādu metožu efektivitāti kā normu noteikšana, motivēšana, prasmju veicināšana un lēmumu pieņemšanas atvieglošana.

### Indicētā profilakse

Indicētās profilakses mērķis ir noteikt personas ar uzvedības vai psiholoģiskām problēmām, kas varētu liecināt, ka šīs personas vēlāk varētu saskarties ar psihoaktīvo vielu lietošanas problēmu, un veikt tām īpaši paredzētus individuālus ieviešanās pasākumus. Pozitīvi ir novērtētas daudzas indicētās profilakses programmas (EMCDDA, 2009c).

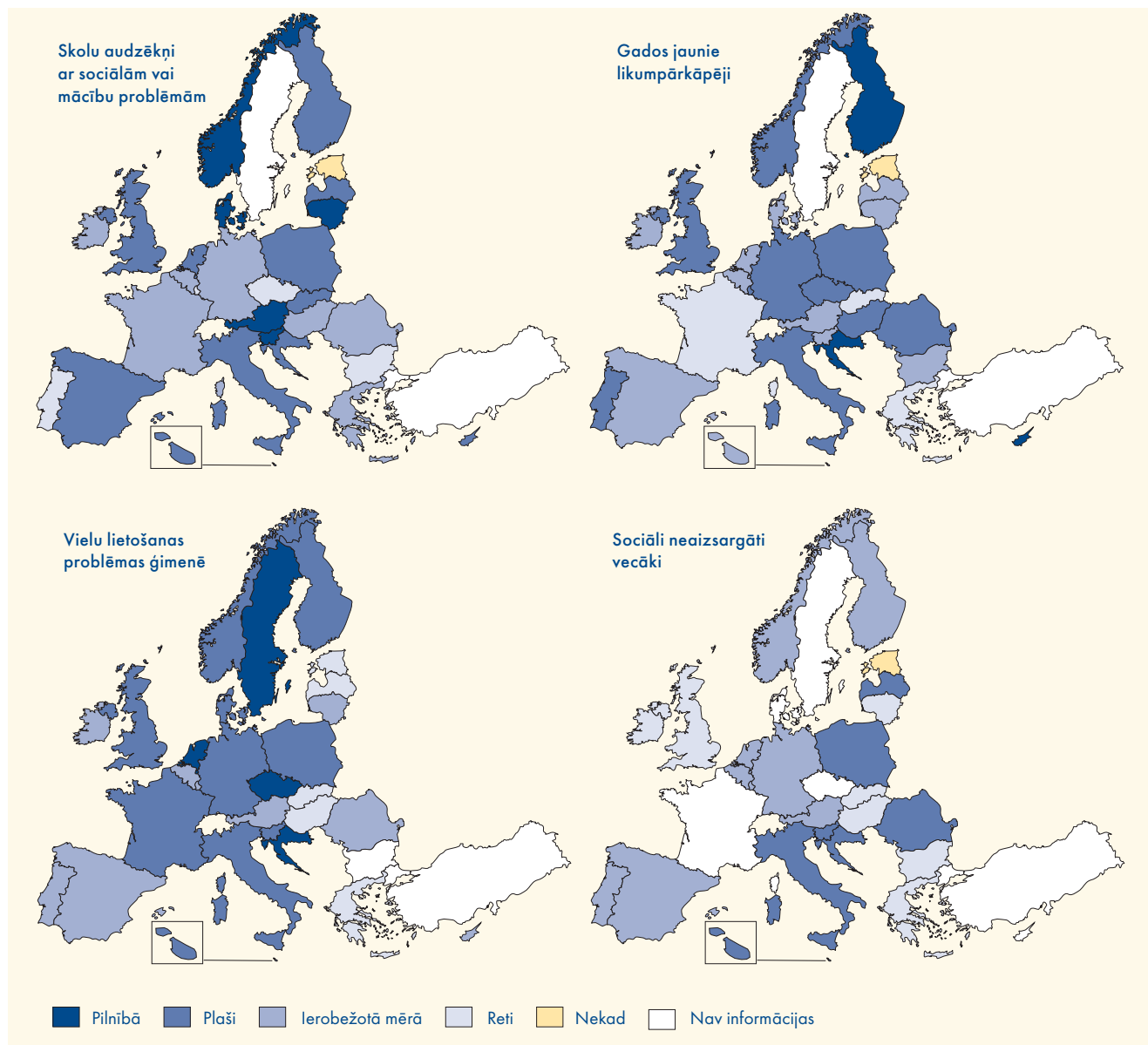
Tikai puse ES dalībvalstu un Norvēģija ziņoja par to, ka notiek indicētās profilakses pasākumi, un ļoti maz tika ziņots par strukturētiem vai uz rokasgrāmatām balstītiem ieviešanās pasākumiem. Arvien vairāk valstu ziņo par to, ka skolu vidi izmanto, lai apzinātu neaizsargātos skolu audzēkņus, jo īpaši tos, kuriem ir uzvedības problēmas, kas vēlāk bieži saistītas ar narkotiku lietošanu. Beļģija, Čehijas Republika, Portugāle un Norvēģija ziņoja par jaunu rīku izmantošanu pārbaudēm un agrīnai atklāšanai skolu un pašvaldību vidē.

Agrīnās ieviešanās pasākumi un konsultēšana narkotiku lietošanas jomā bija visbiežāk paziņotā indicētās profilakses stratēģija; maz ziņoja par ieviešanās pasākumiem, kas pievērstos uzvedības problēmām agrīnas uzsākšanas gadījumos. Tas liecina, ka Eiropā nav pilnībā izmantots indicētās profilakses potenciāls, lai palīdzētu mazināt bērnībā pārdzīvoto neiropsiholoģiskās uzvedības problēmu, piemēram, agresijas un impulsivitātes, ietekmi uz vēlāko

<sup>(10)</sup> Skatīt *SFP, FRED, Preventure, EU-DAP un GBG* vietnē: Labākās prakses portāls.

<sup>(11)</sup> Lai gan daži piemēri ir pieejami tīmekļa vietnē, kas veltīta diskusijai par narkotiku pieprasījuma samazināšanas pasākumiem.

**3. attēls.** Selektīvās profilakses iejaukšanās pasākumi valstu ekspertu vērtējumā.



**Ievēroj!** Pasākumu nodrošinājums attiecas uz iejaukšanās pasākumu vispārējo un ģeogrāfisko izplatību, un to vērtē kā – pilnībā nodrošinātu, ja pasākumus veic gandrīz visās attiecīgajās vietās (vietās, kur mērķauditorija ir pietiekami plaša, lai veiktu iejaukšanās pasākumus); plašu, ja tie aptver lielāko daļu, bet ne visas attiecīgās vietas; ierobežotu, ja pasākumus veic vairāk nekā dažās, bet ne lielākajā daļā attiecīgo vietu; reti nodrošinātu, ja pasākumi notiek tikai dažās attiecīgajās vietās; nekad – ja iejaukšanās pasākumi netiek veikti. Informāciju vāca, izmantojot strukturētu anketu.

**Avots:** Reitox valstu koordinācijas centri.

vielu lietošanas uzvedību (EMCDDA, 2009c). Indicētā profilakse var noderēt kā tilts starp profilaksi pašvaldību vidē un specializēto ārstniecību, ko piedāvā klīnikās, jo īpaši, veicot agrīnus iejaukšanās pasākumus konkrētām grupām, piemēram, neaizsargātiem kaņepju vai alkohola lietotājiem.

**Ārstniecība**

Eiropā ar narkotikām saistītu problēmu ārstēšanai visplašāk izmantotie līdzekļi ir psihosociāli iejaukšanās pasākumi, opioīdu aizvietoģterapija un detoksikācija.

Dažādo ārstēšanās veidu relatīvo nozīmību katrā valstī ietekmē dažādi apstākļi, tostarp valsts veselības aprūpes sistēmas organizācija. Narkotiku lietotāju ārstēšanas pakalpojumus var sniegt dažādās vidēs – specializētās ārstniecības iestādēs, tostarp ambulatoros un stacionāros centros, psihiskās veselības klīnikās un slimnīcās, cietumu medpuntos, zema sliekšņa pakalpojumu aģentūrās un ģimenes ārstu birojos.

Nav nekādu apkopotu datu, kas ļautu raksturot visus narkotiku lietotājus, kurus pašlaik ārstē no narkotiku atkarības Eiropā. Tomēr informācija par lielu šīs iedzīvotāju



grupas apakšgrupu ir apkopota saskaņā ar EMCDDA ārstniecības pieprasījuma rādītāju, kas vāc datus par tiem pacientiem, kuri sāk ārstēšanos specializētajās narkotiku lietotāju ārstniecības iestādēs kalendārā gadā laikā, un tas ļauj gūt priekšstatu par viņu īpašībām un narkotiku lietošanas profiliem<sup>(12)</sup>. 2009. gadā rādītājs reģistrēja aptuveni 460 000 jaunu ārstniecības pacientu, un no tiem 38 % (175 000) iestājās narkotiku ārstniecības iestādē pirmo reizi mūžā.

Pamatojoties uz visdažādākajiem avotiem, tostarp ārstniecības pieprasījuma rādītāju, var aplēst, ka 2009. gadā Eiropas Savienībā, Horvātijā, Turcijā un Norvēģijā no nelikumīgu narkotiku lietošanas ārstējās vismaz 1,1 miljons cilvēku<sup>(13)</sup>. Vairāk nekā puse šo pacientu saņēma opioīdu aizvietojošu terapiju, bet daudzus ārstēja citādi – no problēmām, kas saistītas ar opioīdiem, stimulējošiem līdzekļiem, kaņepēm un citām nelikumīgām narkotikām<sup>(14)</sup>. Šīs aplēses par narkotiku lietotāju ārstēšanu Eiropas Savienībā, kaut arī tās vēl ir jāatjaunina, liecina par augstu ārstniecības pieprasījuma līmeni, vismaz opioīdu lietotājiem. Lemesls ir tāds, ka pēdējo divdesmit gadu laikā būtiski izplatījās specializētie ambulatorie pakalpojumi ar ievērojamu primārās veselības aprūpes, pašpalīdzības grupu, vispārējo psihiskās veselības pakalpojumu, ielu sociālā darba un zema sliekšņa pakalpojumu sniedzēju iesaisti.

Jo īpaši Rietumeiropā ir vērojama pakāpeniska pāreja no priekšstata par narkotiku lietotāju ārstēšanu kā par dažu specializētu disciplīnu atbildību, kas nodrošina intensīvus īslaicīgus iejaukšanās pasākumus, uz starpdisciplināru, integrētu un ilglaicīgāku pieeju. Daļēji tā ir reakcija uz arvien plašāku narkomānijas atzīšanu par hronisku stāvokli, kur daudziem pacientiem progresē remisijas cikli, recidīvi, atkārtota ārstniecība un invaliditāte (*Dennis un Scott, 2007*), un šo priekšstatu pamato arī EMCDDA savākie dati, kas liecina, ka vairāk nekā pusei ārstniecības sācēju iepriekš ir bijusi kāda ārstēšanās epizode. Cits faktors ir tāds, ka Rietumeiropas valstīs ziņo par ārstēto narkotiku lietotāju grupu ievērojamu novecošanos, galvenokārt attiecībā uz ilglaicīgiem problemātiskiem narkotiku lietotājiem ar iepriekšējām ārstniecības epizodēm, kuri sūdzas par vairākām veselības un sociālām problēmām (EMCDDA, 2010f).

Risinot to, dažas valsts un vietējās narkotiku apkarošanas stratēģijas izmanto pastāvīgās aprūpes metodes, uzsverot iejaukšanās pasākumu koordināciju un integrāciju starp dažādiem narkotiku lietotāju ārstēšanas pakalpojumu

### “Īpašais izdevums” par narkotiku lietotāju ārstēšanas finansēšanu un izmaksām

Šobrīd, kad notiek fiskālas taupības režīma ieviešana, pastiprināta uzmanība ir pievērsta visiem valsts izdevumu aspektiem, arī ārstniecības izmaksām. “Īpašais izdevums”, ko šogad publicēja EMCDDA, ieskicē galvenos finansējuma avotus narkotiku lietotāju ārstēšanai daudzās Eiropas valstīs. Tajā apkopoti pieejamie dati par to, cik daudz tērē narkotiku lietotāju ārstēšanas pakalpojumiem un cik šāda ārstēšana izmaksā.

Šī publikācija ir pieejama iespēstā veidā un EMCDDA tīmekļa vietnē tikai angļu valodā.

sniedzējiem (piemēram, paredzot pāreju no pakalpojumiem dzīvesvietā uz ambulatorajiem pakalpojumiem) un starp ārstniecību un plašāku veselības aizsardzības un sociālo pakalpojumu spektru. Pastāvīgā aprūpe ir balstīta uz regulāru pacientu stāvokļa uzraudzību, iespējamo problēmu agrīnu atklāšanu, veselības un sociālās aprūpes dienestu savstarpējiem norīkojumiem un pastāvīgu atbalstu pacientiem bez noteikta laika ierobežojuma. Ģimenes ārstiem šajā jomā var būt lielākā nozīme. Nesen veiktā pakalpojumu sniedzēju aptaujā Francijā novērtēja ģimenes ārstu devumu, atvieglojot opioīdu lietotāju piekļuvi specializētai aprūpei, gan izsniedzot norīkojumus uz slimnīcām, lai uzsāktu metadona ārstniecības kursu, gan turpinot ārstniecību arī pēc izrakstīšanas. Citā gadījumā Nīderlandes valdība un vietējās pašvaldības četras lielākajās pilsētās apstiprināja integrētu ārstniecības metodi plašākas sociālā atbalsta stratēģijas ietvaros, iesaistot tajā visdažādākās aģentūras.

Pastāvīgās aprūpes un integrētās ārstniecības risinājumus var papildināt aprūpes protokolu, vadlīniju un vadības stratēģiju izstrāde pakalpojumu sniedzējiem (*Haggerty un citi, 2003*). Valstu koordinācijas centru aptauja 2010. gadā atklāja, ka 16 valstīs ir noslēgti partnerības nolīgumi starp narkotiku lietotāju ārstēšanas aģentūrām un sociālajiem dienestiem. Sešās valstīs (Francijā, Nīderlandē, Portugālē, Rumānijā, Apvienotajā Karalistē un Horvātijā) strukturētie protokoli ir visplašāk izmantotie mehānismi aģentūru darbības koordinācijai, bet citās valstīs partnerības palaujas galvenokārt uz neformāliem tīkliem.

### Ambulatorā ārstniecība

Eiropā lielāko daļu narkotiku lietotāju ārstē ambulatori. Ir pieejama informācija par aptuveni 400 000 narkotiku

<sup>(12)</sup> Ārstniecības pieprasījuma rādītājs saņēma datus no specializētajiem narkotiku lietotāju ārstniecības centriem 29 valstīs. Lielākā valstu daļa iesniedza datus par vairāk nekā 60 % savu struktūrvienību, lai gan dažās valstīs aptverto vienību īpatsvars nav zināms (skatīt tabulu TDI-7 2011. gada statistikas biļetenā).

<sup>(13)</sup> Skatīt tabulu HSR-10 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(14)</sup> Papildu informācija par konkrētiem ārstniecības veidiem dažādām vielām un to efektivitāti, kvalitāti un pierādījumiem ir pieejama attiecīgajās nodaļās.

lietotāju, kuri 2009. gada laikā Eiropā sāka specializēto ambulatoro ārstēšanos. Puse jauno ārstniecības pacientu (51 %) norādīja uz opioīdiem, galvenokārt heroīnu, kā uz primāro narkotiku, bet 24 % minēja kaņepes, 18 % – kokaīnu un 4 % – citus stimulējošos līdzekļus, izņemot kokaīnu. Izplatītākais ceļš uz ārstēšanos bija pašu iniciatīva (37 %), tai sekoja narkotiku, sociālo un ārstniecības iestāžu norikojumi (28 %) un krimināltiesiskās sistēmas norikojumi (20 %). Pārējos pacientus nosūtīja ģimene, draugi un neoficiālie tīkli (15).

Pacienti, kuri sāka ambulatoro ārstēšanos, ir vislielākā narkotiku lietotāju grupa, kuru personiskās un sociālās īpašības un narkotiku lietošanas profilus ir iespējams raksturot. Galvenokārt tie ir jauni vīrieši, kuru vidējais vecums ir 32 gadi. Vīriešu skaits pārsniedz sieviešu skaitu gandrīz četras reizes, un tas daļēji atspoguļo vīriešu pārsvaru visproblemātiskāko narkotiku lietotāju vidū. Jauno ārstniecības pacientu vidū primārie kaņepju lietotāji bija gandrīz desmit gadus jaunāki (25) nekā primārie kokaīna lietotāji (33) un opioīdu lietotāji (34). Vidēji par gados visjaunākajiem narkotiku pacientiem (25–26) ziņoja Polija, Ungārija un Slovākija – valstis, kas pievienojās ES 2004. gadā, bet par visvecākajiem – Spānija, Itālija un Nīderlande (34). Vīriešu skaita pārsvars pār sieviešu skaitu ir liels visām vielām, kaut arī tas mainās atkarībā no konkrētās narkotikas un valsts. Dzimumu attiecība kopumā ir augstāka valstīs, kas atrodas Eiropas dienvidos, bet zemāka – ziemeļu valstīs (16).

Divi galvenie ambulatorās ārstniecības veidi Eiropā ir psihosociālā ievākšanās un opioīdu aizvietošanas terapija. Psihosociālie ievākšanās pasākumi ietver konsultēšanu, motivējošas intervijas, kognitīvo uzvedības terapiju, gadījuma pārvaldību, grupu un ģimenes terapiju un recidīva novēršanu. Atkarībā no valsts parasti tos nodrošina valsts iestādes vai nevalstiskās organizācijas. Psihosociālie ievākšanās pasākumi piedāvā atbalstu lietotājiem, jo mēģina pārvaldīt un pārvarēt viņu narkomānijas problēmas, un tie ir galvenie ārstniecības veidi stimulējošo narkotisko līdzekļu, piemēram, kokaīna un amfetamīnu, lietotājiem. Tos nodrošina arī opioīdu lietotājiem, bieži apvienojumā ar aizstājējterapiju. Valstu ekspertu aptaujas ietvaros 2008. gadā lielākā daļa Eiropas valstu ziņoja par ambulatorās psihosociālās ārstniecības pieejamību tiem, kam tā nepieciešama. Kaut arī dati Eiropā būtiski atšķiras, lielākā daļa valstu ziņoja par vidējo gaidīšanas laiku, kas ir īsāks par mēnesi.

Aizstājējterapija ir izplatītākā ārstniecības izvēle opioīdu lietotājiem Eiropā. Parasti to nodrošina specializētās ambulatorās iestādēs, lai gan dažās valstīs tā ir pieejama arī stacionārās ārstniecības iestādēs, un to arvien biežāk nodrošina ieslodzījuma vietās (17). Arvien lielāka nozīme ir arī ģimenes ārstu praksēm, bieži vien organizējot kopīgu aprūpi ar specializētajiem centriem. Opioīdu aizvietošana ir pieejama visās ES dalībvalstīs, kā arī Horvātijā un Norvēģijā. Turcijā aizstājējterapiju kā kombinētu buprenorfīna un naloksona terapiju ieviesa 2010. gadā. Kopumā lēš, ka 2009. gadā Eiropā ir notikuši apmēram 700 000 aizstājējterapijas gadījumu (skatīt 6. nodaļu) (18).

### Stacionārā ārstniecība

Dati ir pieejami par aptuveni 44 000 narkotiku lietotāju, kuri Eiropā uzsāka ārstēšanos no narkotikām stacionārās iestādēs 2009. gadā (19). Puse šo pacientu minēja opioīdus kā galveno narkotiku (53 %), tai sekoja kaņepes (16 %), kokaīns (8 %) un stimulējošie līdzekļi, kas nav kokaīns (12 %). Stacionārie pacienti ir pārsvarā gados jauni vīrieši, kuru vidējais vecums ir 31 gads, un uz vienu sievieti ir apmēram trīs vīrieši (20).

Ārstējoties stacionārā vai dzīvesvietā, pacientam ir jāpaliek iestādē vairākas nedēļas vai vairākus mēnešus. Daudzos gadījumos šo programmu mērķis ir dot pacientam iespēju atturēties no narkotiku lietošanas, un tās neparedz aizstājējterapiju. Narkotiku detoksikācija ir medicīniski uzraudzīts iesaucīgais ievākšanās pasākums ar mērķi novērst abstinences simptomus, ko izraisa hroniskas narkotiku lietošanas pārtraukšana, un dažkārt tā ir priekšnoteikums ilglaicīgas stacionāras ārstēšanās uzsākšanai, pamatojoties uz abstinenci. Detoksikācija parasti ir stacionārs ievākšanās pasākums slimnīcās, specializētos ārstniecības centros vai stacionārās iestādēs, kurās ir ārstniecības vai psihiatrijas nodaļa.

Stacionārā pacientiem piešķir istabu, individuāli strukturētu psihosociālo ārstēšanu, un viņi piedalās aktivitātēs, kuru mērķis ir rehabilitēšana un reintegrēšana sabiedrībā. Šajā kontekstā bieži lieto terapeitisku kopienas pieeju. Narkotiku atkarības ārstēšanu stacionārā nodrošina arī psihiatriskās slimnīcas, jo īpaši pacientiem ar psihes traucējumiem, kas izpaužas kā blaknes.

Valstu ekspertu aptaujas ietvaros 2008. gadā lielākā daļa Eiropas valstu ziņoja par stacionārās psihosociālās ārstniecības un detoksikācijas pakalpojumu pieejamību

(15) Skatīt tabulu TDI-16 un TDI-19 2011. gada statistikas biļetenā.

(16) Skatīt tabulas TDI-9 (iv daļa), TDI-21 un TDI-103 2011. gada statistikas biļetenā. Informāciju par pacientu ārstēšanu sadalījumā pēc primārās vielas skatīt attiecīgās nodaļās.

(17) Skatīt "Palīdzība narkotiku lietotājiem cietumā", 39. lpp.

(18) Skatīt tabulu HSR-1, HSR-2 un HSR-3 2011. gada statistikas biļetenā.

(19) Šie dati ir jāizprot ar piesardzību, jo tajos nav iekļauti visi lietotāji, kas uz laiku iestājās stacionārā kāda sarežģītāka ārstniecības procesa ietvaros.

(20) Skatīt tabulas TDI-7, TDI-10, TDI-19 un TDI-21 2011. gada statistikas biļetenā.

tiem, kam tie nepieciešami. 16 valstu ekspertu sniegtās aplēses par gaidīšanas laikiem valstīs, lai saņemtu stacionāru psihosociālu ārstēšanu, Eiropā ir atšķirīgas. 14 valstis ziņoja par vidējiem gaidīšanas laikiem, kas nepārsniedz vienu mēnesi, Ungārija – par vairākiem mēnešiem, bet Norvēģija – par 25 nedēļām.

## Sociālā reintegrācija

Sociālās atstumtības līmenis narkotiku lietotāju ārstniecības pacientu vidū kopumā ir augsts un var traucēt viņu pilnīgu atveseļošanos un apdraudēt ārstniecības panākumus. Dati par pacientiem, kuri sāka ārstēšanos no narkotiku atkarības 2009. gadā, liecina, ka lielākā daļa pacientu bija bezdarbnieki (59 %) un gandrīz desmitajai daļai nebija pastāvīgas dzīvesvietas (9 %). Ārstniecības pacientu vidū ir izplatīts zems izglītības līmenis, un no tiem 37 % bija tikai pamatzglītība, bet 4 % nebija sasnieguši pat šo līmeni <sup>(21)</sup>. Arvien vairāk atzīst, ka marginalizācijas un stigmatizācijas novēršanas pakalpojumu attīstīšana uzlabos sekmīgu pacientu sociālo reintegrāciju un paaugstinās viņu dzīves kvalitāti (Lloyd, 2010).

Narkotiku lietotāju sociālo reintegrāciju vietējā sabiedrībā atzina par galveno daļu visaptverošās narkotiku apkarošanas stratēģijās, kas liek uzsvērt uz sociālo prasmju uzlabošanu, izglītības veicināšanu un nodarbinātību, kā arī izmitināšanas vajadzību apmierināšanu. Pacientu sociālo vajadzību risināšana narkotiku lietotāju ārstniecībā var noderēt, jo tā samazina narkotiku lietošanas pakāpi un līdzsvaro ilglaicīgu abstinenci (Laudet un citi, 2009).

21 Eiropas valsts ziņoja, ka to narkotiku apkarošanas stratēģijās ir iekļautas īpašas sociālās reintegrācijas sadaļas <sup>(22)</sup>, pievēršoties galvenokārt narkotiku lietotāju izmitināšanas, izglītošanas un nodarbinātības vajadzībām. Sociālās reintegrācijas pakalpojumus sniedz reizē ar narkotiku atkarības ārstēšanu vai pēc ārstēšanas pabeigšanas, izmantojot specializēto ārstniecības dienestu un veselības un sociālās aprūpes iestāžu sadarbību.

Kopumā, kaut arī lielākā daļa valstu ziņoja, ka izmanto iekļaušanās pasākumus attiecībā uz mājokļiem, izglītību un līdzdalību darba tirgū, pieejamie dati liecina, ka šie pasākumi apmierina tikai nelielu daļu narkotiku lietotāju vajadzību.

### Mājokļi

Pastāvīgu mājokļu nodrošināšana un saglabāšana ir reintegrācijas procesa panākumu atslēga, palīdzot noturēt pacientus ārstniecībā un sekmējot recidīva novēršanu (Milby un citi, 2005).

Eiropā kopumā pakalpojumu sniegšanas līmenis, risinot narkotiku lietotāju ārstniecības pacientu izmitināšanas vajadzības, ir zems. No 29 valstīm, kas iesniedza datus nesenaļā aptaujā, mazāk nekā trešdaļa ziņoja, ka lielākai daļai ārstniecības pacientu ir pieejamas izmitināšanas iespējas ārkārtas gadījumā (deviņās valstīs), pagaidu mājoklis (astoņās) un subsidēti dzīvesvietas pakalpojumi (piecās).

Neraugoties uz šādu pakalpojumu sniegšanas zemo līmeni, par ko ziņoja Eiropas valstis, lielākā daļa informēja par sociālo mājokļu pieejamību neaizsargātām iedzīvotāju grupām, un dažādās pakāpēs tie ir pieejami arī narkotiku ārstniecības pacientiem. Šādus mājokļus parasti nodrošina vietējās pašvaldības vai nevalstiskās organizācijas. Uzturēšanās ilgums var būt dažāds, un mājokļu piešķiršanai var būt nosacījumi (piemēram, narkotiku nelietošana, ārstniecības personāla uzraudzība). Turklāt daudzas valstis ir pielāgojušas izmitināšanas kārtību narkotiku atkarības ārstniecības pacientiem; piemēram, 18 valstis ziņoja par izmitināšanu ārkārtas gadījumos (piemēram, naktspatversmēs, naktsmītnēs, kas nodrošina gultu un brokastis), bet 20 valstis nodrošina noteikta veida pagaidu mītnes, piemēram, pagaidu mājas. Pastāvīgs mājoklis var būt svarīgs solis, lai reintegrētos sabiedrībā, un 12 valstīs ārstniecības pacientiem noteiktā veidā ir pieejamas subsidētas mītnes, bet 15 valstis ziņoja par programmām, kas atvieglo pastāvīgu izmitināšanu vispārējā dzīvokļu tirgus ietvaros. Francijā tā sauktās "slidošās" īres vietas nodrošina specializētās ārstniecības iestādes. Iestādes maksā īres maksu par mājokli un nodod to apakšīrē pacientiem, kuri arī iemaksā nelielu īres maksas daļu. Pacienti saņem atbalstu mājokļa jautājumā ar administratīviem uzdevumiem (piemēram, samaksāt rēķinus) un pārvaldītu budžetu, bet pēc "pārbaudes laika" beigām kļūst par oficiāliem īrniekiem.

### Apmācība un izglītība

Ārstējamo narkotiku lietotāju izglītības vajadzības var risināt dažādos veidos. Lai gan pirmā iespēja var būt parastā izglītības sistēma, individuāli un sistēmiski šķēršļi, piemēram, neuzticēšanās, stigma un bailes no neizdošanās var atturēt pacientus no iesaistīšanās (Lawless un Cox, 2000). Vienpadsmit valstis ziņoja, ka tajās ir pieejamas atbalsta programmas ar mērķi atvieglot narkotiku lietotāju ārstniecības pacientiem piekļuvi parastajai izglītības sistēmai. Turklāt 15 valstis ziņoja, ka narkotiku lietotāju ārstniecības pacienti var izmantot izglītības programmas, kas paredzētas sociāli neaizsargātām grupām.

Profesionālā vai tehniskā apmācība palīdz cilvēkiem apgūt praktiskās iemaņas, kas nepieciešamas darbam

<sup>(21)</sup> Skatīt tabulu TDI-12, TDI-13 un TDI-15 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(22)</sup> Aptaujas laikā Lietuvai un Austrijai nebija valsts līmeņa narkotiku apkarošanas stratēģiju.

kādā konkrētā profesijā vai amatā, un parasti tā ļauj iegūt profesionālu kvalifikāciju. Lielākajā valstu daļā (20) pacienti piedalās arodapmācībā ar iekļaušanās pasākumu palīdzību, kas paredzēti sociāli neaizsargātām grupām. 16 valstīs veic arī profesionālās apmācības iekļaušanās pasākumus tieši narkotiku lietotājiem, kuri piedalās ārstniecībā.

### Nodarbinātība

Nodarbinātība ir sociālās reintegrācijas pamatjēdziens, un narkotiku lietotāju nodarbinātības vajadzības risina daudzu Eiropas valstu nodarbinātības stratēģijās. Pasākumus nodarbinātības paaugstināšanai var veikt psiholoģiskajā jomā (piemēram, attiecībā uz personisko izaugsmi, gribasspēku, pašcieņu, neatlaidību), un tie var nodrošināt narkotiku lietotājiem, kuri vēlas atveseļoties, alternatīvu domubiedru grupu un palīdzēt izkopt jaunas prasmes, kas noderēs sekmīgai reintegrācijai plašākā sabiedrībā. 15 valstīs ziņoja, ka narkotiku atkarības ārstniecības pacientu nodarbinātība ir regulārs standarta mērķis individuālajos aprūpes plānos.

Pierādījumi liecina, ka nodarbinātība un nodarbinātības sekmēšana uzlabo narkotiku lietotāju ārstniecības rezultātus (*Kaskutas un citi, 2004*) un tai ir pozitīva ietekme uz veselību un dzīves kvalitāti, mazinot likumpārkāpumus (*Gregoire un Snively, 2001*). Atbalsta sistēmas, piemēram, starpniecība darba tirgū, kas nodrošina apmaksātu darbu īpaši izveidotās pagaidu darbavietās, var palīdzēt aizpildīt plaisu starp ilglaicīgu bezdarbu un nodarbinātību atklātā darba tirgū. Šīs sistēmas kopumā ir paredzētas fiziskām personām nelabvēlīgos apstākļos (piemēram, ar uzņēmumu palīdzību, kas izveidoti, lai nodarbinātu personas ar īpašām vajadzībām vai sociāli atstumtas personas), un tās var nodrošināt arī profesionālu vai brīvprātīgu darbu.

20 valstīs ziņoja, ka sociāli neaizsargātām grupām ir pieejami iekļaušanās pasākumi saistībā ar starpniecību darba tirgū, un tos var izmantot arī personas, kas ārstējas no narkomānijas; 11 valstīs šādi iekļaušanās pasākumi ir pieejami tieši ārstniecības pacientiem. Piemēram, Īrijā iniciatīva "Ready for Work" palīdz bezpajumtniekiem, arī narkotiku lietotājiem, sākt mācīties vai strādāt, nodrošinot viņiem pirmsnodarbinātības apmācību, neapmaksāta darba pieredzi un turpmāko palīdzību. Pacienti, kuri ārstējas no narkomānijas, var izmantot arī citas iniciatīvas, piemēram, subsidētas darbavietas, kas palīdz cilvēkiem ar īpašām vajadzībām vai citām nelabvēlīgām grupām iegūt un saglabāt apmaksātas darbavietas. Kaut arī 17 valstīs ziņoja, ka ārstniecības pacientiem ir pieejami iekļaušanās pasākumi, kas sniedz atbalstu nodarbinātības jomā, tikai četras valstīs ziņoja, ka šādu pakalpojumu pietiek.

### Kaitējuma mazināšana

Ar narkotikām saistītā kaitējuma novēršana un mazināšana ir sabiedrības veselības sistēmas uzdevums visās dalībvalstīs un ES narkotiku apkarošanas stratēģijā <sup>(23)</sup>. Pakalpojumu plānošanai tagad ir pieejami pārskati par kaitējuma mazināšanas iekļaušanās pasākumu zinātnisko pamatojumu, kā arī pētījumiem, kas atklāj šo pasākumu kopīgo ietekmi (*EMCDDA, 2010b*) <sup>(24)</sup>.

Galvenie iekļaušanās pasākumi šajā jomā ir opioīdu aizvietošanas terapija un adatu un šļircu apmaiņas programmas, kuru mērķis ir samazināt letālu pārdozēšanas gadījumu skaitu un infekcijas slimību izplatīšanos. Ziņo, ka aizvietošanas terapija ir pieejama visās valstīs, bet adatu un šļircu apmaiņas programmas pastāv visās valstīs, izņemot Turciju. Pēdējos divdesmit gados Eiropa ir pieredzējusi kaitējuma mazināšanas izaugsmi un konsolidāciju, kā arī tās integrāciju ar daudziem citiem veselības aprūpes un sociālajiem pakalpojumiem. Pēc sākotnējā uzsvāra uz HIV/AIDS epidēmiju 20. gadsimta astoņdesmito gadu beigās kaitējuma mazināšanas risinājumi tagad tiek vērsti uz problemātisko narkotiku lietotāju, jo īpaši sociāli atstumto, veselības un sociālo vajadzību apmierināšanas plašāku perspektīvu.

2009. gadā lielākajā daļā valstu palielinājās to pacientu skaits, kuri sāka aizstājterapiju <sup>(25)</sup>. Turklāt zema sliekšņa kaitējuma mazināšanas iespēju izmantošanā par palielinājumu ziņoja Bulgārija, Čehijas Republika, Grieķija, Ungārija, Latvija, Lietuva, Luksemburga, Polija, Rumānija un Horvātija; un Ungārijā paplašinājās ģeogrāfiskais apgabals, kur īsteno adatu un šļircu apmaiņas programmas.

Lielākā daļa Eiropas valstu nodrošina daudzus turpmākus veselības aprūpes un sociālos pakalpojumus, tostarp individuālu riska novērtējumu un konsultācijas, mērķorientētu informēšanu un izglītošanu par drošāku lietošanu. Pēdējos gados ir paplašinājusies citu injicēšanas piederumu izplatīšana, kas nav adatas un šļircas, prezeratīvu lietošanas veicināšana intravenozo narkotiku lietotāju vidū, infekcijas slimību testi un konsultēšana par tām, retrovīrusu ārstniecība un vakcinēšana pret vīrusu hepatītu. Modelēšanas projekcijas liecina, ka iekļaušanās pasākumi ar vislielāko potenciālo ietekmi (adatu un šļircu apmaiņas programmas, aizstājterapija un retrovīrusu ārstniecība) ievērojamai mērķauditorijas daļai un ilgākā laika posmā samazina HIV pārnesi starp intravenozajiem narkotiku lietotājiem; tie arī liecina, ka vislabākos rezultātus sasniedz, kad infekcijas līmenis vēl ir zems (*Degenhardt un citi, 2010*).

Starpdisciplināru pierādījumu bāzes izpēti attiecībā uz kaitējuma mazināšanas iekļaušanās pasākumiem, lai

<sup>(23)</sup> COM(2007) 199 galīgā redakcija.

<sup>(24)</sup> Skatīt arī Labākās prakses portālu.

<sup>(25)</sup> Skatīt tabulu HSR-3 2011. gada statistikas biļetenā un 6. nodaļu.

mazinātu narkotiku lietotāju savstarpējas inficēšanās risku, 2010. gadā veica Francijas Valsts veselības un medicīnas pētījumu institūts (*Inserm*). Pētījums ietvēra zinātniskās literatūras apskatu kaitējuma mazināšanas medicīniskajos, epidemioloģiskajos, socioloģiskajos, ekonomiskajos un sabiedrības veselības aspektos, kā arī organizēja ekspertu sanāksmes un sabiedrisku apspriešanu. "Kolektīvais ekspertu ziņojums" sniedza ieteikumu atzīt kaitējuma mazināšanas politiku par būtisku sastāvdaļu plašākā stratēģijā par nevienlīdzības mazināšanu veselības aizsardzībā. Turklāt šie pakalpojumi ir jāintegrē ar citiem pakalpojumiem narkotiku jomā, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību. Kaut arī prioritārais uzdevums joprojām būs novērst narkotiku lietošanu un pāreju uz intravenozu lietošanu, tiem, kuri injicē narkotikas, ir jādod iespēja samazināt ar injicēšanu saistītos riskus. Ziņojums ierosina iekļaut kaitējuma mazināšanas pasākumus personalizētajos palīdzības plānos tāpat kā medicīniskas un sociālas nozīmes ieviešanā pasākumus.

### Narkotiku lietotāju iesaiste

Jēdziens par pakalpojuma lietotāja iesaisti veselības aizsardzības politikā guva jaunu impulsu, kad 1986. gadā Pasauls Veselības organizācijas Otavas deklarācija noteica jaunu darbākārtību sabiedrības veselības un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai. Tomēr aktīvai narkotiku lietotāju iesaistei narkotiku apkarošanas pakalpojumu izstrādē pirmsākumi ir meklējami Nīderlandē 20. gadsimta septiņdesmitajos gados.

Nesenākā pagātnē kā solis uz priekšu, atvieglojot narkotiku lietotāju organizāciju iesaistīšanos valstu un Eiropas līmenī, bija vērtējama Eiropas kaitējuma mazināšanas tīkla ierosme izveidot Eiropas narkotiku lietotāju organizāciju sarakstu.

Lietotāju iesaistei var būt atšķirīgi veidi un visdažādākie mērķi (*Bröring un Schatz, 2008*). Iespējamie pasākumi var būt pakalpojumu lietotāju aptaujas par šo pakalpojumu pieejamību un kvalitāti; lietotāju viedokļa noskaidrošana par darbinieku atlases jautājumiem; koordinācijas grupu veidošana, lai izstrādātu jaunas pakalpojumu jomas, un lietotāju organizāciju iesaiste veselības veicināšanā un narkotiku apkarošanas politikas izstrādē. Narkotiku lietotāju organizācijas bieži iesaista līdzinieku atbalstīšanā un izglītošanā par infekcijas slimību profilaksi, kā arī informatīvu materiālu izstrādē, kas atvieglo tīklu veidošanu un palīdz informēt sabiedrību par narkotiku lietotāju lielākajām problēmām (*Hunt un citi, 2010*). Lietotāju iesaiste var būt pragmatiska un ētiski piemērots veids, kā nodrošināt sniegto pakalpojumu kvalitāti un pieņemamību. Tomēr, lai iedrošinātu narkotiku lietotājus piedalīties un nodrošinātu viņu iesaistei panākumus, viņiem ir jāsniedz atbilstošs atbalsts.

Skatīt arī Eiropas Kaitējuma mazināšanas tīkla tīmekļa vietni.

### Kvalitātes nodrošināšana

Pasākumus, kas risina ieviešanas pasākumu un pakalpojumu kvalitātes problēmas narkotiku jomā, pašlaik veic lielākā daļa Eiropas valstu. Šie pasākumi ietver ārstniecības vadlīniju izstrādi, pakalpojumu standartizēšanu, personāla apmācību un kvalitātes sertificēšanas un akreditācijas procesus.

### Kvalitātes standarti Eiropai

Eiropas Komisijas pasūtītā *EQUS* pētījuma mērķis ir panākt vienprātību starp Eiropas ekspertiem un ieinteresētajām personām par esošajiem kvalitātes standartiem attiecībā uz ieviešanas pasākumiem pieprasījuma samazināšanas jomā. Tajā paredzēts izstrādāt skaidrāku minimālo standartu definīciju, lai to izmantotu darbā ar ieteikumiem, kas balstīti uz pierādījumiem un organizatoriskām procedūrām. *EQUS* pētījums pievērsās šai neskaidrībai un izdala trīs standartu veidus. Tie ir definēti kā strukturālie standarti (piemēram, fiziskā vide, pieejamība, darbinieku sastāvs un kvalifikācija), procesa standarti (piemēram, individualizēta plānošana, sadarbība ar citām aģentūrām, pacientu reģistra uzturēšana) un rezultātu standarti (pacientu un darbinieku apmierinātība, ārstniecības mērķu noteikšana un mērīšana). Pētījuma rezultātiem jābūt pieejamiem līdz 2011. gada beigām, un Eiropas Komisija tos izmantos, lai nodrošinātu vienotu ES viedokli, kas jāiesniedz Padomei līdz 2013. gadam <sup>(26)</sup>.

### Personāla apmācība un izglītība

Personāla apmācība un tālākizglītība jautājumā par narkotiku lietošanu ir galvenie pasākumi pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai. Rezultāti, kas nesen iegūti, vācot datus *ad-hoc*, atklāja, ka īpašas mācību programmas narkomānijas jautājumos darbojas visās 27 valstīs, kuras iesniedza informāciju, un galvenokārt tās ir paredzētas medicīniskajam personālam, medmāsām, psihologiem un sociālajiem darbiniekiem. Dažas valstis ir izstrādājušas specializētus mācību kursus universitātes līmenī, bet citas nodrošina pēcdiploma vai tālākizglītības kursus. Vislabāk strukturētos un izstrādātos mācību un izglītības pasākumus veic medicīnas nozarē. Trīs valstis ziņoja, ka ir izveidojušas īpašu medicīnas specialitāti atkarības jomā. Čehijas Republika atkarības medicīnisko specialitāti izveidoja 1980. gadā un nemedicīnisku "atkarības" speciālista profesiju 2008. gadā; divgadīgs specializēts atkarības medicīnas modulis Nīderlandē sākās 2007. gadā; Vācijā ir pēcdiploma kursi par vielu lietošanu un konsultācijas par atkarībām, kā arī modulis par heroīna terapiju. Pierādījumi par tādu metožu efektivitāti kā "medicīniskā tālākizglītība" joprojām ir nepietiekami un nepārliciecināmi. Nesen ir

<sup>(26)</sup> Papildu informāciju skatīt Labākās prakses portālā.

piedāvāta interaktīvāka metode, ko pazīst kā "pastāvīgu profesionālo izaugsmi" (*Horsley un citi*, 2010), un tā paredz ārstu apmācību visdažādākajām prasmēm, tostarp saziņas, pārvaldības un veselības veicināšanas prasmēm, tomēr šī metode vēl ir jātestē.

## Narkotiku likumu izpilde un to pārkāpumi

Narkotiku likumu izpilde ir būtiska valstu un ES narkotiku politiku daļa. Tā paredz dažādus iejaukšanās pasākumus, ko galvenokārt īsteno policija un tai līdzīgas iestādes (piemēram, muita). Viena šādu iejaukšanās pasākumu grupa, slepenās operācijas, ir īsumā apskatīta turpmāk. Dati par narkotiku likumu izpildi bieži vien ir mazāk apkopotī un retāk pieejami nekā dati par citām narkotiku politikas jomām. Būtisks izņēmums ir dati par narkotiku likumu pārkāpumiem, kas apskatīti šīs nodaļas noslēgumā.

### Slepenās operācijas

Augsta līmeņa narkotiku likumu pārkāpēju sekmīga nodošana kriminālvajāšanai un organizēto noziedzīgo narkotiku piegādes tīklu likvidēšana ir galvenās piedāvājuma samazināšanas prioritātes, ko paredz pašreizējais ES rīcības plāns narkotiku apkarošanā. Tās rada problēmas tiesībsardzības iestādēm, jo lielākā daļā narkotiku likumu pārkāpumu tiks atklāti tikai apsteidzošās tiesībsardzības operācijās (*EMCDDA*, 2009a). Jo īpaši tas attiecas uz smagiem pārkāpumiem, kur iesaistīti starpnieki un narkotiku vairumtirgotāji un ko parasti veic ļoti noslēgtas fiziskas personas un kriminālas organizācijas.

Reaģējot uz smagiem narkotiku noziegumiem, Eiropas tiesībsardzības iestādes arvien plašāk izmanto slepenus paņēmienus, tostarp tehnoloģijas, piemēram, telefona sarunu noklausīšanos un elektronisko novērošanu, kā arī cilvēku veiktas slepenas darbības. Šādās operācijās var piedalīties policijas darbinieki (slepenie aģenti) un privātpersonas, ko uzrauga policija (informatori). Minētie pasākumi ir likumīgi atļauti visās 27 ES dalībvalstīs.

Slepenas operācijas pret narkotiku pārvadāšanas tīkliem izmanto, lai iegūtu drošu informāciju par tīkla dalībnieku identitāti un uzdevumiem, atklātu kontrabandas maršrūtus, galamērķus un noliktavas, kā arī narkotiku sūtījumu laiku un vietu. Aģentiem vai informatoriem bieži vien ir jāiefiltrējas kriminālos tīklos, kas parasti ir noslēgti, nepieņem nevienu no ārpuses un daļa informāciju atsevišķās daļās. Izlūkošanas datu vākšana galvenokārt pievēršas narkotiku tīklu darbībai un atsevišķo dalībnieku uzdevumiem.

Slepenās operācijas rada juridiskas problēmas, jo īpaši to ierosinātājiem. Eiropas Cilvēktiesību tiesa ir noteikusi pamatprincipus, kā drīkst izmantot "aģentus provokatorus",

savā 1998. gada spriedumā (*Teixeira de Castro/Portugāle*) (Eiropas Cilvēktiesību tiesa, 1998). Tas paredz, ka slepeno paņēmieni izmantošana ar cilvēku iesaisti nedrīkst pārkāpt tiesības uz taisnu tiesu un tādējādi tiesībsardzības iestādes nedrīkst ietekmēt pārkāpēju tā, lai viņš izdarītu pārkāpumu, kas citādi netiktu veikts. Tādējādi tiesībsardzības iestādēm ir jātur attiecīgās fiziskās personas "pamatotās aizdomās", pirms tās drīkst izmantot slepenus paņēmienus. Lielākajā daļā dalībvalstu trešo personu mudinājumi veikt noziegumu ir aizliegti.

Valstu tiesību akti un administratīvie noteikumi regulē slepenās operācijas, un to mērķis ir nodrošināt tiesiskuma ievērošanu un slepeno aģentu drošību. Valstu likumi un ar tiem saistītie noteikumi atšķiras, bet parasti tie nodrošina vispārējo regulējumu, ko precīzē saistītie noteikumi, kurus reti padara publiski pieejamus. Parasti sabiedrībai nesniedz arī citu informāciju, piemēram, par katru gadu veikto operāciju skaitu. Tomēr izpēte atklāja, ka Nīderlandē 2004. gadā veica 34 slepenas operācijas, un no tām 12 sekmēja izmeklēšanas vai tiesas procesa gaitu (*Kruisbergen un citi*, 2011).

Lielākajā daļā ES dalībvalstu ir nepieciešama tiesu iestādes atļauja, lai varētu sākt slepeno operāciju, un lielākā daļa operāciju ir jāuzrauga augstākstāvošai iestādei, parasti prokuroram vai tiesai. 13 dalībvalstīs norāda, ka ievēro proporcionalitātes un subsidiaritātes noteikumus, saskaņā ar kuriem iejaukšanās pasākumam ir jābūt samērīgam ar izmeklēto pārkāpumu narkotiku jomā, kam ir jābūt pietiekami smagam, lai attaisnotu slepeno līdzekļu izmantošanu. Turklāt pirms slepenas operācijas sākšanas ir jābūt skaidram, ka neviens cits tiesībsardzības pasākums, kas mazāk aizskartu privāto dzīvi, nebūs tik sekmīgs.

Lielākajā dalībvalstu daļā ir likumīgi atļauts izmantot operatīvu aizsegu, tostarp viltotus identitātes dokumentus un "piesegorganizācijas" – tās izveido, lai nodrošinātu slepenajiem aģentiem ticamu nodarbošanos un ienākumu avotus.

Slepenajās operācijās izmanto dažādus paņēmienus. Piemēram, slepeno narkotiku iegādāšanos izmanto, galvenokārt, lai arestētu fiziskas personas brīdī, kad tās pārdod nelikumīgas narkotikas. Kontrolētas piegādes ir paņēmieni, kas ļauj pārvadāt nelikumīgus sūtījumus, par kuriem zina un kurus uzrauga kompetentas iestādes, pāri valstu robežām un valstu iekšienē. Šādos sūtījumos var ietilpt narkotikas vai prekursori, ieroči, cigaretes, nelikumīgi iegūti naudas līdzekļi vai pat cilvēki. Lielākā daļa kontrolēto piegāžu Eiropā ir narkotiku sūtījumi (Eiropas Savienības Padome, 2009), un, atkarībā no valstu likumiem, tos var pavadīt slepeni aģenti vai informatori vai tie var atrasties tehnoloģiskā uzraudzībā<sup>(27)</sup>.

<sup>(27)</sup> Pārskatu par kontrolēto piegāžu juridiskajiem aspektiem Eiropā skatīt Eiropas tiesību aktu datubāze narkotiku jomā.

## Eiropas policijas apmācība

Eiropas Policijas akadēmija (CEPOL) ir Eiropas Savienības aģentūra, kas darbojas kā valstu policijas akadēmiju un universitāšu tīkls. Viens no tās galvenajiem uzdevumiem ir organizēt apmēram 100 mācību pasākumus gadā, galvenokārt augstākajiem policijas virsniekiem, par svarīgākajiem tematiem saistībā ar Eiropas policijas spēkiem. Vispārējais mērķis ir veicināt vienotu Eiropas pieeju policijas darba jautājumiem.

Lai atbalstītu savus mācību pasākumus un ES dalībvalstu pasākumus, CEPOL ir izstrādājusi kopīgas mācību programmas dažādām mērķauditorijām, tostarp augstākajiem virsniekiem, izmeklētājiem un lietu pārvaldniekiem, kā arī valstu valdību un policijas akadēmiju pārstāvjiem. Kopīgās mācību programmas par narkotiku kontrabandu sniedz ieskatu starptautiskajā narkotiku situācijā, narkotiku tiesiskajā regulējumā, pamatinformācijā par neatļautām vielām, starptautiskajā sadarbībā, esošajās policijas stratēģijās un taktiskajās izvēlēs, izmeklējot noziegumus, piemēram, attiecībā uz slepenajām operācijām, un problēmām, tostarp noziegumiem saistībā ar narkotikām un narkotiku profilaksi un pieprasījuma samazināšanu.

## Narkotiku likumu pārkāpumi

Sākotnējie ziņojumi par valstu narkotiku likumu pārkāpumiem, galvenokārt no policijas, parasti ir vienīgi Eiropā pieejamie dati par noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām <sup>(28)</sup>. Šie dati parasti attiecas uz pārkāpumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu (lietošanu un glabāšanu lietošanas nolūkā) vai narkotiku piegādi (ražošanu, pārvadāšanu un izplatīšanu mazumtirdzniecībā), kaut arī dažas valstis var ziņot par citiem pārkāpumu veidiem (piemēram, saistībā ar narkotiku prekursoriem).

Dati par narkotiku likumu pārkāpumiem ir tiešs rādītājs, kas raksturo tiesībsardzības iestāžu aktivitāti, jo tie attiecas uz vienprāfigiem noziegumiem, par kuriem iespējamie cietušie parasti neziņo. Bieži tos uzskata par narkotiku lietošanas un pārvadāšanas netiešiem rādītājiem, kaut arī tie attiecas tikai uz darbībām, kas nonākušas tiesībsardzības iestāžu uzmanības lokā. Turklāt tie var atspoguļot arī valstu atšķirības tiesību sistēmu, prioritāšu un resursu jomā. Visā Eiropā atšķiras arī valstu informācijas sistēmas, jo īpaši attiecībā uz praktisko reģistrēšanu un pārskatu sniegšanu. Šo iemeslu dēļ ir grūti veikt precīzu salīdzināšanu starp valstīm, un drīzāk ir iespējams salīdzināt tendences, nevis absolūtos skaitļus.

Kopumā paziņoto narkotiku likumu pārkāpumu skaita palielinājums, ko novēroja iepriekšējos gados, 2009. gadā

palēninājās. ES indekss, kas balstīts uz 21 dalībvalsts iesniegtajiem datiem, pārstāvot 95 % Eiropas Savienības iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem, liecina, ka paziņoto narkotiku likumu pārkāpumu skaits laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam ir palielinājies par aplēsto daudzumu 21 %. Ja apskata visas valstis, kas iesniegušas informāciju par šo periodu, dati liecina par augšupejošu tendenci 18 valstīs, kā arī par stabilizāciju vai vispārēju kritumu 11 valstīs <sup>(29)</sup>.

## Ar lietošanu un izplatīšanu saistītie pārkāpumi

Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, līdzsvars starp narkotiku likumu pārkāpumiem, kas saistīti ar lietošanu, un tiem, kas saistīti ar izplatīšanu, nav būtiski mainījies. Lielākajā daļā (22) Eiropas valstu pārkāpumi, kas saistīti ar narkotiku lietošanu vai glabāšanu lietošanas nolūkā, joprojām bija pārsvarā starp narkotiku likumu pārkāpumiem 2009. gadā, un Igaunija, Spānija, Francija, Ungārija, Austrija un Zviedrija ziņoja par visaugstāko īpatsvaru (81–94 %) <sup>(30)</sup>.

2009. gadā palēninājās ar lietošanu saistīto pārkāpumu skaita pieaugums, par ko ziņoja iepriekšējos gados. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam 15 valstīs, kas iesniegušas pārskatus, likuma pārkāpumu skaits saistībā ar narkotiku lietošanu palielinājās, izņemot tikai Bulgāriju, Vāciju, Igauniju, Maltu, Austriju un Norvēģiju, kuras ziņoja par samazinājumu šajā laika posmā. Kopumā Eiropas Savienībā laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam likuma pārkāpumu skaits saistībā ar narkotiku lietošanu ir pieaudzis aptuveni par 29 %.

Ar narkotiku izplatīšanu saistīto pārkāpumu skaits saglabājās stabils kopš 2007. gada, kaut arī Eiropas Savienībā piepildījās aplēses par aptuveni 7 % palielinājumu laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam. 15 valstis šajā periodā ziņoja par pārkāpumu skaita palielinājumu saistībā ar narkotiku izplatīšanu, bet trīs valstis ziņoja par vispārēju samazinājumu <sup>(31)</sup>.

## Tendences sadalījumā pēc narkotiku veida

Kaņepes joprojām ir nelegālā narkotika, kuru visbiežāk piemin, ziņojot par narkotiku likumu pārkāpumiem Eiropā <sup>(32)</sup>. Lielākajā daļā Eiropas valstu pārkāpumi, kas saistīti ar kaņepēm, veido no 50 % līdz 75 % visu narkotiku likumu pārkāpumu, par kuriem ir ziņots 2009. gadā. Ar citiem narkotiku veidiem saistīto pārkāpumu skaits pārspēj ar kaņepēm saistīto pārkāpumu skaitu tikai trijās valstīs: Čehijas Republikā un Latvijā ar metamfetamīnu (55 % un 27 %) un Maltā ar kokaīnu (36 %).

<sup>(28)</sup> Diskusiju informāciju par narkotiku un noziedzības saistību, kā arī "noziedzuma, kas saistīts ar narkotikām" definīciju skatīt EMCCDA (2007b).

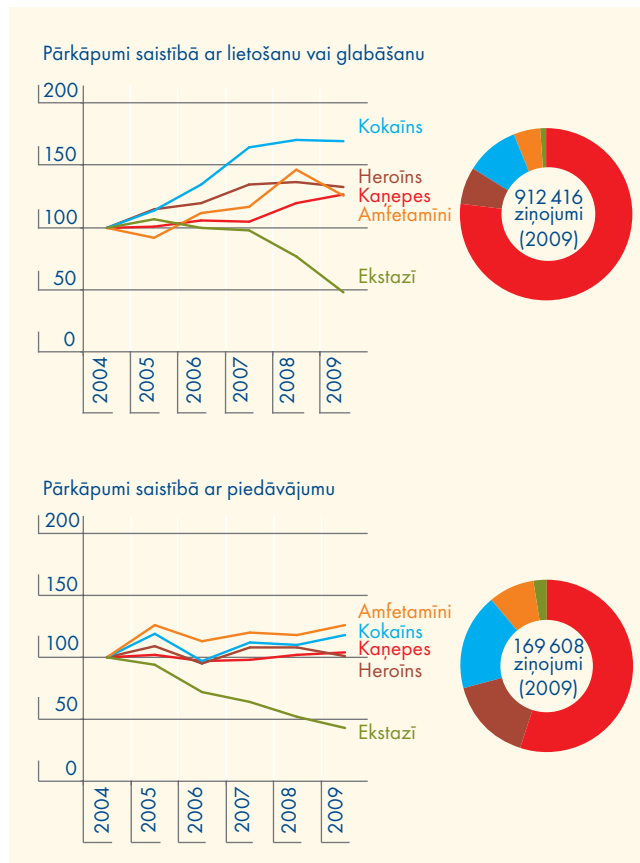
<sup>(29)</sup> Skatīt attēlu DLO-1 un tabulu DLO-1 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(30)</sup> Skatīt tabulu DLO-2 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(31)</sup> Skatīt attēlu DLO-1 un tabulu DLO-1 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(32)</sup> Skatīt tabulu DLO-3 2011. gada statistikas biļetenā.

**4. attēls.** Ziņojumi par pārkāpumiem saistībā ar narkotiku lietošanu vai glabāšanu lietošanai un narkotiku piedāvājumu ES dalībvalstīs – indeksētās tendences 2004.–2009. gadā un sadalījums pēc narkotiku veida ziņojumos par 2009. gadu.



Ievērojot Tendences ir balstītas uz pieejamo informāciju par ziņojumu skaitu attiecībā uz narkotiku likumpārkāpumiem (krimināliem un nekrimināliem), kas sniegti ES dalībvalstīs; visas virknes ir indeksētas, salīdzinot ar bāzi 100, ko veido 2004. gada līmenis, un svērtas, pamatojoties uz valsts iedzīvotāju skaitu, lai izveidotu vispārēju ES tendenci; sadalījums pēc narkotiku veida attiecas uz ziņojumu kopskaitu par 2009. gadu. Papildu informāciju skatīt attēlos DLO-4 un DLO-5 2011. gada statistikas biļetenā.

Avots: Reitox valstu koordinācijas centri.

Laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam narkotiku likumu pārkāpumu skaits saistībā ar kaņepēm palielinājās 11 valstīs, kas iesniedza informāciju, tādēļ Eiropas Savienībā tiek lēsts pieaugums par 20 % (4. attēls). Francija, Itālija, Kipra, Malta un Nīderlande ziņoja par lejupejošu tendenci<sup>(33)</sup>.

Ar kokaīnu saistītu pārkāpumu skaits laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam ir pieaudzis 11 valstīs, kas iesniedza informāciju, izņemot Bulgāriju, Vāciju, Itāliju, Austriju un Horvātiju, kas ziņoja par lejupejošu tendenci. Eiropas Savienībā tajā pašā periodā pārkāpumi, kas saistīti ar

kokaīnu, kopumā pieauga par aptuveni 39 %, pēdējos divos gados apliecinot zināmu izlīdzināšanos<sup>(34)</sup>.

Ar heroīnu saistīto pārkāpumu skaits 2009. gadā nedaudz samazinājās. ES rādītājs par šādiem pārkāpumiem palielinājās par 22 % laikā no 2004. līdz 2009. gadam. Ar heroīnu saistīto pārkāpumu skaits palielinājās 11 valstīs, kas iesniedza pārskatus, bet par samazinājumu tajā pašā periodā ziņoja Bulgārija, Vācija, Malta, Nīderlande un Austrija<sup>(35)</sup>.

Ar amfetamīniem saistīto pārkāpumu skaits, par ko ir ziņots Eiropas Savienībā, 2009. gadā nedaudz samazinājās, lai gan vispārējā tendence kopš 2004. gada apliecina kopējo aplēsto pieaugumu par 16 %. Gluži pretēji, ar ekstāzi saistīto pārkāpumu skaits tajā pašā periodā ir samazinājies uz pusi (54 % samazinājums).

## Narkotiku lietotāju veselības aprūpes un sociālie risinājumi ieslodzījuma vietās

Eiropas Savienībā to notiesāto ieslodzīto īpatsvars, kuri notiesāti par narkotiku likumu pārkāpumiem, svārstījās no 3 % līdz 53 %, un puse valstu ziņoja par īpatsvaru no 9 % līdz 25 %<sup>(36)</sup>. Šie skaitļi neietver notiesājošos spriedumus par mantiskiem noziegumiem, kas pastrādāti, lai nodrošinātu narkotiku iegūšanu, un citus ar narkotikām saistītus pārkāpumus.

## Narkotiku lietošana cietumnieku vidū

Joprojām trūkst standartizētu metožu, ko izmanto pētījumos par narkotiku lietošanu cietumos (Carpentier un citi, 2011). Tomēr esošie pētījumi atklāj, ka cietumnieku vidū narkotiku lietošana ir daudz izplatītāka nekā pārējā sabiedrībā. Vairāku pēc 2006. gada veiktu pētījumu dati liecina, ka cietumnieku vidū narkotiku lietošanas izplatībā valda ievērojamas atšķirības: par pastāvīgu nelikumīgo narkotiku lietošanu pirms ieslodzīšanas ziņoja no tikai 8 % respondentu dažās valstīs līdz pat 65 % citās valstīs. Pētījumi arī atklāj, ka ieslodzīto vidū ir izplatīti arī viskaitīgākie narkotiku lietošanas veidi; no 5 % līdz 31 % aptaujāto personu ir kaut reizi mūžā injicējuši narkotikas<sup>(37)</sup>.

Nokļūstot cietumā, lielākā daļa lietotāju samazina vai pārtrauc narkotiku lietošanu, lielākoties tādēļ, ka tās ir grūti dabūt. Tomēr atzīst, ka nelikumīgās narkotikas nonāk lielākajā daļā cietumu, neskatoties uz visiem pasākumiem, ko veic, lai samazinātu narkotiku piedāvājumu. Pētījumos,

<sup>(33)</sup> Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-6 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(34)</sup> Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-8 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(35)</sup> Skatīt attēlu DLO-3 un tabulu DLO-7 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(36)</sup> 2009. gada 1. septembrī Eiropas Savienības soda izciešanas iestādēs atradās vairāk nekā 640 000 ieslodzīto. Dati par sodu statistiku Eiropā ir pieejami Eiropas Padomes vietnē.

<sup>(37)</sup> Skatīt tabulu DUP-1, DUP-2 un DUP-105 2011. gada statistikas biļetenā.



## Rādītāju izstrāde par narkotiku tirgiem, noziedzību un piedāvājuma samazināšanu Eiropā

Nelikumīgo narkotiku piedāvājuma uzraudzības izvērsšana Eiropā ir pašreizējās ES narkotiku apkarošanas stratēģijas un rīcības plāna prioritāte. Pēc Eiropas Komisijas darba dokumenta publicēšanas 2010. gada oktobrī par narkotiku piedāvājuma datu vākšanas uzlabošanu <sup>(1)</sup> pirmā Eiropas konference par narkotiku piedāvājuma rādītājiem, ko kopīgi organizēja Eiropas Komisija un EMCDDA, rosināja rādītāju izstrādes procesu narkotiku piedāvājuma uzraudzībai Eiropā <sup>(2)</sup>.

Vispārējais konceptuālais regulējums nelikumīgo narkotiku piedāvājuma uzraudzībai Eiropā iekļaus trīs elementus – narkotiku tirgu, ar narkotikām saistīto noziegumu un narkotiku piedāvājuma samazināšanu. Trīs darba grupas, ko atbalstīs EMCDDA, 2011. gadā izstrādās plānu attiecīgajās jomās, pievērsoties īslaicīgiem, vidēja termiņa un ilglaicīgiem uzraudzības mērķiem. Uzmanība tiks pievērsta iespējām veikt esošās datu vākšanas sistēmas standartizāciju, paplašināšanu un uzlabošanu katrā minētajā jomā, kā arī mērķorientētu izpēti.

Narkotiku tirgu jomā nākotnes pasākumi pievērsīsies narkotiku cenu un tīrības datu kopumu uzlabošanai, kā arī kriminālistiskās ekspertīzes datu potenciālam. Standartizēta Eiropas uzraudzības instrumenta izstrāde narkotiku likumu pārkāpumiem un rādītāju izstrāde narkotiku ražošanai Eiropas iekšienē – tie būs galvenie pasākumi ar narkotikām saistītās noziedzības jomā, un tos papildinās pētniecisko prioritāšu definēšana. Policijas un krimināltiesas aģentūrām būs galvenā nozīme narkotiku piedāvājuma samazināšanas uzraudzībā. Darbs šajā vēl neizpētītajā jomā sāksies ar kartēšanas vingrinājumu, lai sniegtu pārskatu par narkotiku piedāvājuma samazināšanas pasākumiem Eiropā. Sākumpunkts būs specializētu tiesībsardzības vienību izveide, uzdevumi un praktiskais darbs narkotiku jomā, kā arī aptauja, ko EMCDDA uzsāks 2011. gadā.

<sup>(1)</sup> SEC(2010) 1216 galīgā redakcija (pieejams tiešsaistē).

<sup>(2)</sup> Konferenču secinājumi ir pieejami tiešsaistē.

kas veikti pēc 2006. gada, aplēses par narkotiku lietošanu cietumos svārstās no 1 % līdz 51 % ieslodzīto. Ieslodzīto visbiežāk lietotā narkotika bija kaņepes, parasti tai sekoja kokaīns un heroīns <sup>(38)</sup>. Cietuma vide var rosināt pievērsties narkotiku lietošanai vai pāriet uz kaitīgākiem lietošanas veidiem. Piemēram, 2008. gadā Beļģijā veikts pētījums atklāja, ka vairāk nekā trešdaļa ieslodzīto narkotiku lietotāju ieslodzījuma laikā sāka lietot jaunas narkotikas, un visbiežāk minētā narkotika bija heroīns (*Todts* un citi, 2009). Intravenozo narkotiku lietotāji ieslodzījuma vietās biežāk nekā brīvībā esošie lietotāji kopīgi izmanto attiecīgo aprīkojumu, un tas raisa bažas par infekcijas slimību iespējamu izplatīšanos ieslodzīto vidū.

## HIV un vīrusu hepatīts ieslodzīto intravenozo narkotiku lietotāju vidū

Dati par HIV infekciju ieslodzīto intravenozo narkotiku lietotāju vidū Eiropā ir trūcīgi. Jo īpaši to trūkst valstīs, kas ziņoja par visaugstāko infekciju izplatības līmeni saistībā ar intravenozo narkotiku lietošanu. Kopumā tajās astoņās valstīs, kas iesniedza datus pēc 2004. gada (Bulgārija, Čehijas Republika, Spānija, Ungārija, Malta, Somija, Zviedrija un Horvātija) <sup>(39)</sup>, nav vērojamas lielas atšķirības HIV izplatībā starp intravenozajiem narkotiku lietotājiem ieslodzījumā un citās vidēs attiecīgajā valstī, lai gan daļēji to var izskaidrot ar datu nepietiekamību. HIV izplatība intravenozo narkotiku lietotāju vidū ieslodzījuma vietās pārsvarā bija maza (0–7,7 %) septiņās valstīs, bet Spānija ziņoja par izplatību 39,7 % apmērā. Datus par C hepatīta vīrusa (HCV) izplatību starp intravenozajiem narkotiku lietotājiem cietumos iesniedza astoņas valstis, un tie svārstījās no 11,5 % (Ungārijā) līdz 90,7 % (Luksemburgā). Čehijas Republikā, Luksemburgā un Maltā HCV bija vairāk izplatīts starp intravenozajiem lietotājiem cietumos nekā starp tiem, kas testēti citās vidēs. Dati par HBV (B hepatīta vīrusa virsmas antigēna) infekciju ieslodzīto intravenozo narkotiku lietotāju vidū ir pieejami par četrām valstīm: Bulgāriju (11,6 % 2006. gadā), Čehijas Republiku (15,1 % 2010. gadā), Ungāriju (0 % 2009. gadā) un Horvātiju (0,5 % 2007. gadā).

## Veselības aprūpe Eiropas cietumos

Ieslodzītajiem, kuri injicē narkotikas, jo īpaši bieži rodas dažādas un sarežģītas veselības problēmas, kam nepieciešama starpnozaru pieeja un specializēta medicīniskā aprūpe. Ieslodzītajiem ir tiesības izmantot valstī pieejamos veselības aprūpes pakalpojumus bez diskriminācijas viņu juridiskā statusa dēļ <sup>(40)</sup>, un no cietumu veselības aizsardzības iestādēm gaida, lai tās spētu nodrošināt ārstniecību problēmām, kas saistās ar narkotiku lietošanu, apstākļos, kas būtu salīdzināmi ar ārpus cietuma piedāvājumiem (*CPT*, 2006). Kaut arī šo vispārīgo vienlīdzības principu Eiropas Savienībā atzīst 2003. gada 18. jūnija Padomes ieteikums par narkotiku atkarības radītā veselības kaitējuma novēršanu un samazināšanu <sup>(41)</sup> un pašreizējais ES narkotiku rīcības plāns (2009.–2012. gadam) aicina to īstenot, ieslodzījuma vietās sniegtie pakalpojumi bieži atpaliek no pakalpojumiem, ko sniedz pārējā sabiedrībā.

## Palīdzība narkotiku lietotājiem cietumā

Ieslodzītajiem Eiropā ir pieejami daudzi pakalpojumi, kas saistīti ar narkotiku lietošanu un saistītajām problēmām.

<sup>(38)</sup> Skatīt tabulu DUP-3 un DUP-105 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(39)</sup> Skatīt tabulu INF-117 2011. gada statistikas biļetenā un *Reitox* valstu ziņojumus, ko iesniedza Malta (2005) un Čehijas Republika (2010).

<sup>(40)</sup> ANO Ģenerālās Asamblejas rezolūcija A/RES/45/111 "Ieslodzīto ārstniecības pamatprincipi" (pieejama tiešsaistē).

<sup>(41)</sup> OV L 165, 3.7.2003., 31. lpp.

Tostarp jāmin informēšana par narkotikām un veselību, veselības aprūpe infekcijas slimību gadījumos, detoksikācija un ārstēšana no narkotiku atkarības, ko papildina psihosociālā palīdzība, kaitējuma mazināšanas pasākumi un sagatavošana atbrīvošanai <sup>(42)</sup>.

Lielākā daļa valstu ir izveidojusi aģentūru partnerības starp veselības aprūpes dienestiem cietumos un pakalpojumu sniedzējiem ārpus ieslodzījuma vietām, tostarp nevalstiskajām organizācijām, lai nodrošinātu izglītošanu veselības jautājumos un ārstniecību cietumos un aprūpes nepārtrauktību pēc atbrīvošanas. Vairākas Eiropas valstis ir spērušas soli tālāk un nodevušas veselības aprūpi cietumos Veselības aizsardzības ministrijas atbildībā vai organizējušas veselības aprūpi tā, lai to sniegtu sabiedrības veselības dienesti, mazinot nevienlīdzību veselības aprūpē. Šajā jautājumā pionieres bija Norvēģija un Francija, tām sekoja Zviedrija, Itālija, Anglija un Velsa, kā arī Slovēnija. Skotijā un Spānijā šī reforma vēl turpinās.

Opioīdu aizvietošanas terapiju sabiedrībā novērtē arvien plašāk, bet tās pieņemšana cietuma vidē norit lēni un izplatība ir ļoti atšķirīga <sup>(43)</sup>. 2009. gadā narkotiku lietotāji, kuri saņēma aizvietošanas terapiju sešās ES valstīs (Igaunijā, Grieķijā, Kiprā, Latvijā, Lietuvā un Slovākijā) nevarēja šo ārstniecību turpināt pēc aresta. Narkotiku lietotāju ārstēšanas nepārtrauktība un saskaņotība sabiedrībā un ieslodzījuma vietās ir jo īpaši svarīga, ņemot vērā augstos nāves gadījumu rādītājus, ko izraisa pārdozēšana pēc atbrīvošanas (Merrall un citi, 2010).

C hepatīta izplatība ieslodzīto vidū Eiropā raisa arvien lielākas bažas saistībā ar sabiedrības veselību, un par īpašām pārbaudes programmām ziņoja Beļģija, Bulgārija, Francija, dažas Vācijas federālās zemes, Lietuva, Luksemburga, Ungārija un Somija. Kaut arī ļoti svarīgi ir atklāt šīs infekcijas, nokļūstot cietumā (Sutton un citi, 2006) un neņemot vērā dokumentēto HCV ārstniecības pakalpojumu sniegšanas izmaksu efektivitāti ieslodzījuma vietās (Tan un citi, 2008), daudzi ieslodzītie netiek testēti un ārstēti.

<sup>(42)</sup> Skatīt tabulu HSR-7 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(43)</sup> Skatīt tabulu HSR-9 2011. gada statistikas biļetenā.



## 3. nodaļa Kaņepes

### Ievads

Kaņepes ir nelikumīga narkotika, kas Eiropā ir visplašāk pieejama, un to gan importē, gan arī ražo vietēji. Lielākajā daļā Eiropas valstu kaņepju lietošana 20. gadsimta deviņdesmito gadu laikā un 21. gadsimta sākumā palielinājās. Iespējams, ka Eiropā šajā ziņā sākas jauns posms, jo dati, kas iegūti iedzīvotāju un skolu aptaujās, norāda, ka daudzās valstīs kaņepju lietošanas līmenis stabilizējas vai pat samazinās. Tomēr no vēsturiskā skatupunkta lietošanas līmenis joprojām ir augsts. Turklāt dažos pēdējos gados ir palielinājusies izpratne par šo narkotiku ilgtermiņa lietošanas un lielās izplatības ietekmi uz sabiedrības veselību un paaugstināties ārstniecības pieprasījuma līmenis ar kaņepju lietošanu saistītu problēmu gadījumā. Tādējādi Eiropas diskusijā par narkotikām joprojām ir palicis neatbildēts svarīgais jautājums – kā efektīvi risināt kaņepju lietošanas problēmu.

### Piedāvājums un pieejamība

#### Ražošana un tirdzniecība

Kaņepes var audzēt ļoti dažādos apstākļos, turklāt daudzviet pasaulē tās aug brīvā dabā. Pašreiz uzskata, ka kaņepes audzē 172 valstīs un teritorijās (UNODC, 2009). Precīzi aplēst kaņepju ražošanas apjomus pasaulē varētu būt ļoti grūti, un UNODC jaunākās aplēses liecina, ka 2008. gadā kaņepju augu ražošanas apjoms visā pasaulē bija no 13 300 līdz 66 100 tonnām, bet Indijas kaņepju sveķu apjoms – no 2200 līdz 9900 tonnām.

Kaņepju audzēšana Eiropā ir visai izplatīta, un šķiet, ka tā palielinās. Visas 29 Eiropas valstis, kas sniedza informāciju EMCDDA, minēja mājas kaņepju audzēšanu, lai gan šis parādības mērogs un raksturs, šķiet, ir krietni mainīgs. Ievērojama daļa kaņepju, ko izmanto Eiropā, drīzāk ir starpreģionu tirdzniecības rezultāts. Starptautiskā

**3. tabula. Kaņepju augu un sveķu konfiskācijas gadījumi, cenas un iedarbība.**

	Kaņepju sveķi	Kaņepju augi	Kaņepju stādi <sup>(1)</sup>
<b>Kopējais konfiscētais daudzums</b>	1261 tonna	6022 tonnas	n. a.
<b>ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā) konfiscētais daudzums</b>	584 tonnas (594 tonnas)	57 tonnas (99 tonnas)	1,4 miljoni stādu un 42 tonnas (1,4 miljoni stādu un 42 tonnas) <sup>(2)</sup>
<b>Konfiskācijas gadījumu skaits ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)</b>	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
<b>Vidējās mazumtirdzniecības cenas (euro par gramu) intervāls (intervāls ceturksnī)<sup>(3)</sup></b>	3–19 (6,8–10,2)	2–70 (6,3–10,9)	n. a. n. a.
<b>Vidējās iedarbības (THC saturs %) intervāls (intervāls ceturksnī)<sup>(3)</sup></b>	3–17 (4,3–11,5)	1–15 (4,4–8,9)	n. a. n. a.

<sup>(1)</sup> Valstis ziņoja par konfiscēto daudzumu pēc konfiscēto stādu skaita vai pēc svara; šeit ir norādīta kopējā vērtība abiem rādītājiem.

<sup>(2)</sup> Dati par kaņepju stādu kopējo daudzumu, ko konfiscēja 2009. gadā, var nebūt pilnīgi, lielā mērā tādēļ, ka trūkst jaunāko datu par Nīderlandi, valsti, kas ziņoja par salīdzinoši lielu konfiskāciju gadījumu skaitu līdz 2007. gadam. Tā kā nav datu par 2008. un 2009. gadu, Nīderlandes vērtības nav iespējams iekļaut Eiropas kopējās aplēses par 2009. gadu.

<sup>(3)</sup> Paziņoto datu vidējās daļas intervāls.

Ievērojiet! Visi dati ir par 2009. gadu; n. a. – nav attiecināms.

Avoti: UNODC (2011) – vispārējās vērtības, Reitox valstu koordinācijas centri – dati par Eiropu.

Narkotiku kontroles padome (2011b) minēja Albāniju, Bulgāriju, bijušo Dienvidslāvijas Maķedonijas Republiku, Moldovu, Melnkalni, Serbiju un Ukrainu kā Centrāleiropā un Austrumeiropā lietoto kaņepju izcelsmes vietu.

Kaņepju augi Eiropā tiek arī ievesti, galvenokārt no Āfrikas (piemēram, Ganas, Dienvidāfrikas un Ēģiptes) un retāk arī no Amerikas (jo īpaši no Karību salām), Vidējiem Austrumiem (Libānas) un Āzijas (Taizemes).

Nesen veikts pētījums liecina, ka Afganistāna pašlaik ir nomainījusi Maroku, kļūdamā par Indijas kaņepju sveķu lielāko ražotāju. Indijas kaņepju sveķu ražošanu Afganistānā lēš robežās no 1200 līdz 3700 tonnām gadā (UNODC, 2011). Kaut arī daļu Indijas kaņepju sveķu, kas ražota Afganistānā, pārdod Eiropā, iespējams, ka Maroka joprojām ir Eiropas galvenais šīs narkotikas piegādātājs. Indijas kaņepju sveķus no Marokas parasti kontrabandas ceļā ieved Eiropā galvenokārt caur Iberijas pussalu, bet Nīderlande un Beļģija ir sekundārais izplatīšanas un uzglabāšanas centrs (Europol, 2011).

### Konfiskācija

Aplēsts, ka pasaulē 2009. gadā confiscēja 6022 tonnas kaņepju augu un 1261 tonnu Indijas kaņepju sveķu (3. tabula), un tas kopumā ir par aptuveni 11 % mazāk nekā iepriekšējā gadā. Ziemeļamerika joprojām ziņoja par lielāko daļu confiscēto kaņepju augu (70 %), bet confiscēto sveķu daudzums joprojām lielāks bija Rietumeiropā un Centrāleiropā (48 %) (UNODC, 2011).

Eiropā 2009. gadā veica aptuveni 354 000 kaņepju augu confiscācijas operāciju, kopā par aptuveni 99 tonnām, no kurām Turcijas daļa bija vairāk nekā trešdaļa (42 tonnas), un tas bija rekordliels daudzums; turklāt par rekordu pārspēšanu ziņoja arī Grieķija (7 tonnas) un Portugāle (5 tonnas) <sup>(44)</sup>. Confiscācijas gadījumu kopskaits laikā no 2004. līdz 2009. gadam dubultojās, turklāt pieauga arī confiscēto kaņepju augu daudzums. Pēc 2005. gada Apvienotajā Karalistē notika aptuveni puse visu confiscācijas operāciju, kas kopā deva vismaz apmēram 20 tonnas gadā.

Kaņepju sveķu confiscācija Eiropā joprojām pārsniedza kaņepju augu confiscāciju gan skaita, gan confiscētā apjoma ziņā, kaut arī atšķirības arvien samazinās <sup>(45)</sup>. 2009. gadā īstenoja aptuveni 405 000 kaņepju sveķu confiscāciju, kā rezultātā pārtvēra aptuveni 594 tonnas šo narkotiku, sešas reizes pārsniedzot confiscēto kaņepju augu daudzumu. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam

kaņepju sveķu confiscāciju skaits pakāpeniski pieauga, lai gan kopējais confiscētais daudzums pēc kulminācijas 2004. gadā (1080 tonnas) samazinājās. Līdzīgi kā citus gadus, 2009. gadā par pusi no kopējā kaņepju sveķu confiscāciju skaita un par aptuveni trim ceturtdaļām confiscētā daudzuma ziņoja Spānija.

Kopš 2004. gada kaņepju augu confiscāciju skaits ir pieaudzis, 2009. gadā sasniedzot aptuveni 25 100 gadījumu. Valstis ziņo par confiscētajiem daudzumiem, minot confiscēto augu aptuveno skaitu vai svaru. Confiscēto augu skaits Eiropā palielinājās no 1,7 miljoniem 2004. gadā līdz aptuveni 2,5 miljoniem 2005.–2007. gadā <sup>(46)</sup>. Pieejamie dati var liecināt par samazinājumu Eiropas līmenī 2008. gadā, tomēr pašreizējās tendences attiecībā uz confiscēto kaņepju augu paziņoto skaitu nav iespējams apkopot, jo trūkst jaunāko datu par Nīderlandi, kas vēsturiski vienmēr ziņo par lieliem daudzumiem. Pēc 2004. gada confiscēto augu svars ir vairāk nekā trīskāršojies, sasniedzot 42 tonnas 2009. gadā, un par lielāko daļu no tā joprojām ziņoja Spānija (29 tonnas) un Bulgārija (10 tonnas).

### Iedarbība un cena

Kaņepju preparātu iedarbību nosaka kaņepju primārās aktīvās daļas delta-9-tetrahidrokanabinola (THC) daudzums. Dažādās valstīs, valstu robežās, dažādiem kaņepju preparātiem un ģenētiskām variācijām ir novērotas ļoti atšķirīgas iedarbības pakāpes. Informācija par kaņepju iedarbību galvenokārt ir balstīta uz confiscēto kaņepju paraugiem veikto tiesu ekspertīzi. Apmērs, kādā analizētais paraugs atspoguļo tirgu kopumā, ir neskaidrs, tādēļ dati par iedarbību ir interpretējami piesardzīgi.

2009. gadā vidējais THC saturs kaņepju sveķos, par ko ziņoja valstis, bija no 3 % līdz 17 %. Kaņepju augu vidējā iedarbība (arī sinsemillas – kaņepju auga paveidu ar vislielāko iedarbību) bija robežās no 1 % līdz 15 %. Par sinsemillas vidējo iedarbību ziņoja tikai trīs valstis – 2 % Rumānijā, 11 % Vācijā un 15 % Nīderlandē. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam vidējā kaņepju sveķu iedarbība bija atšķirīga 15 valstīs, kas sniedza pietiekamus datus. Kaņepju augu iedarbība saglabājās relatīvi stabila vai samazinājās desmit valstīs, kas iesniedza informāciju, un palielinājās Čehijas Republikā, Igaunijā, Nīderlandē un Slovēnijā. Tendencu dati par vietēji audzētu kaņepju augu iedarbību gadu gaitā ir pieejami tikai par Nīderlandi, kur novēroja nederwiet vidējās iedarbības samazinājumu – no

<sup>(44)</sup> Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku confiscāciju Eiropā ir atrodami 2011. gada statistikas biļetena tabulās no SZR-1 līdz SZR-6.

<sup>(45)</sup> Atšķirīgā sūtījumu lieluma un pārnodāšanas attāluma dēļ, kā arī tāpēc, ka ir jāšķērso starptautiskās robežas, kaņepju sveķiem ir lielāks confiscācijas risks nekā mājās audzētiem kaņepju augiem.

<sup>(46)</sup> Analizē nav iekļautas confiscācijas, par kurām ziņoja Turcija – 20,4 miljoni kaņepju augu 2004. gadā, jo par turpmākajiem gadiem nav pieejama informācija par confiscētajiem daudzumiem.

maksimālā lieluma 20 % 2004. gadā līdz 15 % 2009. gadā <sup>(47)</sup>.

Vidējā mazumtirdzniecības cena kaņepju sveķiem 2009. gadā bija no 3 euro līdz 19 euro par gramu 18 valstīs, kuras sniedza informāciju, no kurām 12 valstīs ziņoja par summām no 7 euro līdz 10 euro. Kaņepju augu vidējā mazumtirdzniecības cena bija no 2 euro līdz 70 euro par gramu 20 valstīs, kuras sniedza informāciju, no kurām 12 valstīs ziņoja par cenu no 5 euro līdz 10 euro. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam vidējā mazumtirdzniecības cena kaņepju sveķiem un augiem palika stabila vai palielinājās lielākajā daļā no 18 valstīm, kuras sniedza informāciju, izņemot Latviju, Ungāriju un Poliju, kurās sveķu cena samazinājās.

## Izplatība un lietošanas ievirzes

### Kaņepju lietošana iedzīvotāju vidū kopumā

No piesardzīgām aplēsēm izriet, ka aptuveni 78 miljoni eiropiešu jeb vairāk nekā viena piektdaļa visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem ir vismaz vienu reizi (lietošana dzīves laikā) pamēģinājuši kaņepes (datu apkopojumu skatīt 4. tabulā). Starp valstīm ir vērojamas būtiskas atšķirības, un valstu izplatības rādītāji svārstās no 1,5 % līdz 32,5 %. Lielākajā daļā valstu izplatība ir aptuveni 10–30 % visu pieaugušo iedzīvotāju.

Saskaņā ar aplēsēm pēdējā gada laikā kaņepes ir lietojuši aptuveni 22,5 miljoni eiropiešu jeb caurmērā 6,7 % visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Aprēķini par lietošanu pēdējā mēneša laikā aptver iedzīvotājus, kuri lieto šīs narkotikas regulārāk, tomēr tas nenozīmē, ka ik dienas vai intensīvi. Saskaņā ar aplēsēm iepriekšējā mēneša laikā šīs narkotikas ir lietojuši apmēram 12 miljoni eiropiešu jeb caurmērā aptuveni 3,6 % visu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem.

### Kaņepju lietošana gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū

Kaņepju lietotāji galvenokārt ir jaunieši (15–34 gadus veci), un pēdējā gadā kaņepju lietošana kopumā visvairāk bija izplatīta 15–24 gadus vecu iedzīvotāju vidū. Tas ir raksturīgi gandrīz visām valstīm, kas iesniedza informāciju, izņemot Kipru un Portugāli <sup>(48)</sup>.

Iedzīvotāju aptaujās iegūtie dati liecina, ka vidēji 32,0 % gados jaunu pieaugušo (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) Eiropā ir kaut reizi mūžā pamēģinājuši kaņepes, 12,1 %

ir lietojuši šīs narkotikas pēdējā gada laikā, bet 6,6 % ir lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī. Joprojām lielākā daļa eiropiešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem ir lietojuši kaņepes pēdējā gada laikā (15,2 %) vai pēdējā mēneša laikā (8,0 %). Aplēses par kaņepju lietošanas izplatību dažādās valstīs, aplūkojot jebkuru lietošanas izplatības mērījumu, var ļoti atšķirties. Piemēram, aplēses par pagājušā gada lietošanas izplatību gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū valstīs, kas atrodas skalas augšgalā, vairāk nekā 20 reizes pārsniedz rādītājus valstīs ar zemāko izplatību.

Kaņepju lietošanas izplatība parasti lielāka ir vīriešu vidū nekā starp sievietēm, piemēram, no gados jaunajiem pieaugušajiem, kuri atzinuši, ka pagājušajā gadā lietojuši kaņepes, vīriešu un sieviešu attiecība bija attiecīgi no seši pret vienu Portugālē līdz gandrīz vienādam skaitam Norvēģijā <sup>(49)</sup>.

### Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Austrālijā, Kanādā un ASV iegūtie dati par gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju kaņepju lietošanu dzīves laikā un pagājušā gadā ir lielāki par atbilstošajiem vidējiem rādītājiem Eiropā, kas ir attiecīgi 32,0 % un 12,1 %. Piemēram, Kanādā (2009. gadā) gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju vidū kaņepju lietošanas izplatība dzīves laikā bija 48,4 % un izplatība pēdējā gadā 21,6 %. Amerikas Savienotajās Valstīs SAMHSA (2010. gadā) pētījumā tika noteikta ilgstošas kaņepju lietošanas izplatība 51,6 % (16–34 gadi saskaņā ar EMCDDA pārrēķinu), izplatība pēdējā gada laikā – 24,1 %, bet Austrālijā (2007. gadā) šie skaitļi bija 46,7 % un 16,2 % attiecībā uz vecumu no 14 līdz 39 gadiem. 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū tikai dažas Eiropas valstis (Čehijas Republika, Spānija, Francija un Slovākija) ziņoja par ilgstošas kaņepju lietošanas izplatību, kas ir salīdzināma ar Austrālijas un Amerikas Savienoto Valstu sniegtajiem datiem.

### Kaņepju lietošana skolu audzēkņu vidū

ESPAD aptauja, ko veic ik pēc četriem gadiem, sniedz salīdzināmus datus par alkohola un narkotiku lietošanu 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū Eiropā (*Hibell* un citi, 2009). 2007. gadā aptauju veica 25 ES dalībvalstīs, kā arī Norvēģijā un Horvātijā. Turklāt 2009.–2010. gadā valstu skolu aptaujas veica Itālijā, Slovākijā, Zviedrijā un Apvienotajā Karalistē.

2007. gada ESPAD dati un 2009.–2010. gada valstu skolu aptauju dati atklāja, ka lielākā kaņepju ilgstošas lietošanas izplatība 15–16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū

<sup>(47)</sup> Iedarbības un cenu datus skatīt tabulā PPP-1 un PPP-5 2011. gada statistikas biļetenā. Definīcijas par kaņepju preparātiem skatīt tiešsaistes glosārijā.

<sup>(48)</sup> Skatīt attēlu GPS-1 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(49)</sup> Skatīt tabulu GPS-5 (iii daļa) un (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

4. tabula. Kaņepju lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums.

Vecuma grupa	Lietošanas laika ietvars		
	Dzīves laikā	Pēdējā gadā	Pēdējā mēnesī
<b>15–64 gadi</b>			
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	78 miljoni	22,5 miljoni	12 miljoni
Eiropā vidēji	23,2%	6,7%	3,6%
Intervāls	1,5–32,5%	0,4–14,3%	0,1–7,6%
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (1,5%) Malta (3,5%) Bulgārija (7,3%) Ungārija (8,5%)	Rumānija (0,4%) Malta (0,8%) Grieķija (1,7%) Ungārija (2,3%)	Rumānija (0,1%) Malta (0,5%) Grieķija, Polija (0,9%) Zviedrija (1,0%)
Valstis ar lielāko izplatību	Dānija (32,5%) Spānija (32,1%) Itālija (32,0%) Francija, Apvienotā Karaliste (30,6%)	Itālija (14,3%) Čehijas Republika (11,1%) Spānija (10,6%) Francija (8,6%)	Spānija (7,6%) Itālija (6,9%) Francija (4,8%) Čehijas Republika (4,1%)
<b>15–34 gadi</b>			
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	42 miljoni	16 miljoni	9 miljoni
Eiropā vidēji	32,0%	12,1%	6,6%
Intervāls	2,9–45,5%	0,9–21,6%	0,3–14,1%
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (2,9%) Malta (4,8%) Grieķija (10,8%) Bulgārija (14,3%)	Rumānija (0,9%) Malta (1,9%) Grieķija (3,2%) Polija (5,3%)	Rumānija (0,3%) Grieķija (1,5%) Polija (1,9%) Zviedrija, Norvēģija (2,1%)
Valstis ar lielāko izplatību	Čehijas Republika (45,5%) Dānija (44,5%) Francija (43,6%) Spānija (42,4%)	Čehijas Republika (21,6%) Itālija (20,3%) Spānija (19,4%) Francija (16,7%)	Spānija (14,1%) Itālija (9,9%) Francija (9,8%) Čehijas Republika (8,6%)
<b>15–24 gadi</b>			
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	19 miljoni	9,5 miljoni	5 miljoni
Eiropā vidēji	30,0%	15,2%	8,0%
Intervāls	3,7–53,8%	1,5–29,5%	0,5–17,2%
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (3,7%) Malta (4,9%) Grieķija (9,0%) Kipra (14,4%)	Rumānija (1,5%) Grieķija (3,6%) Portugāle (6,6%) Slovēnija, Zviedrija (7,3%)	Rumānija (0,5%) Grieķija (1,2%) Zviedrija (2,2%) Norvēģija (2,3%)
Valstis ar lielāko izplatību	Čehijas Republika (53,8%) Francija (42,0%) Spānija (39,1%) Dānija (38,0%)	Čehijas Republika (29,5%) Spānija (23,9%) Itālija (22,3%) Francija (21,7%)	Spānija (17,2%) Francija (12,7%) Čehijas Republika (11,6%) Itālija (11,0%)
<small>Aplēses Eiropā ir aprēķinātas no valstu izplatības aplēsēm, kas svērtas, pamatojoties uz iedzīvotāju skaitu attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Lai iegūtu aplēses par lietotāju kopskaitu Eiropā, valstīm, par kurām nebija izplatības datu, aprēķinos izmantoja vidējo ES rādītāju (šīs valstis pārstāvēja ne vairāk kā 3 % mērķauditorijas). Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi – 336 miljoni; 15–34 gadi – 132 miljoni; 15–24 gadi – 63 miljoni. Tā kā Eiropas aplēses ir balsfītas uz aptaujām, kas veiktas laikā starp 2001. un 2009./2010. gadu (galvenokārt 2004.–2008. gadā), tās neattiecas uz vienu gadu. Šeit apkopotie dati ir pieejami sadaļā "Iedzīvotāju aptaujas" 2011. gada statistikas biļetenā.</small>			

ir Čehijas Republikā (45 %), bet Igaunijā, Spānijā, Francijā, Nīderlandē, Slovākijā un Apvienotajā Karalistē (Anglijā) izplatības līmenis ir no 26 % līdz 33 %. Piecpadsmit valstis ziņoja, ka kaņepju ilgstošas lietošanas izplatības robežas ir no 13 % līdz 25 %. Viszemākais līmenis (mazāk nekā 10 %) ir Grieķijā, Kiprā, Rumānijā, Somijā, Zviedrijā un Norvēģijā.

Kaņepju lietošanas atšķirības starp dzimumiem skolu audzēkņu vidū nav tik izteiktas kā starp gados jauniem pieaugušajiem. Vīriešu un sieviešu attiecība skolu audzēkņu, kuri lieto kaņepes, vidū svārstās no gandrīz

vienādas Spānijā un Apvienotajā Karalistē līdz 2:1 vai vairāk Grieķijā, Kiprā, Polijā un Rumānijā <sup>(50)</sup>.

#### Kaņepju lietošanas tendences

20. gadsimta deviņdesmito gadu beigās un 21. gadsimta sākumā daudzas Eiropas valstis ziņoja par kaņepju lietošanas palielinājumiem, par ko liecināja iedzīvotāju aptaujas un skolu aptaujas. Vēlāk Eiropas situācija kļuva sarežģītāka. Daudzas valstis ziņoja, ka kaņepju lietošana stabilizējās vai pat samazinās, bet dažas valstis

<sup>(50)</sup> Skatīt tabulu EYE-20 (ii daļa) un (iii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

(Bulgārija, Igaunija, Somija un Zviedrija) varēja liecināt par pieaugumu. Kaut arī pēdējos gados gandrīz visas Eiropas valstis ir veikušas iedzīvotāju aptaujas, tikai 16 valstis ir iesniegušas pietiekamus datus, lai varētu analizēt kaņepju lietošanas tendences ilgākā laika posmā.

Tendences šajās 16 valstīs var sagrupēt pēc izplatības līmeņiem (5. attēls). Pirmkārt, sešu valstu grupa (Bulgārija, Grieķija, Ungārija, Somija, Zviedrija un Norvēģija), kas atrodas galvenokārt Eiropas ziemeļos un dienvidos, vienmēr ir ziņojusi par kaņepju lietošanas zemu izplatību pēdējā gada laikā no 15 līdz 34 gadu vecu iedzīvotāju vidū, kur līmenis nepārsniedz 10 %. Otrkārt, piecu valstu grupa (Dānija, Vācija, Igaunija, Nīderlande un Slovākija), kas atrodas dažādās Eiropas daļās, ziņoja par augstāku izplatības līmeni, kas tomēr nepārsniedza 15 % šo valstu pēdējā aptaujā. Visas šīs grupas valstis, izņemot Nīderlandi, ziņoja par ievērojamu kaņepju lietošanas pieaugumu 20. gadsimta deviņdesmitajos gados un 21. gadsimta sākumā. Izņemot Igauniju, nākamajā desmitgadē šī valstu grupa ziņoja par arvien stabilākām tendencēm. Visbeidzot, ir piecu valstu grupa, kas pēdējo desmit gadu laikā zināmā mērā visas ir sasniegušas visaugstākos kaņepju lietošanas līmeņus Eiropā, kur gados jaunu pieaugušo vidū lietošana pēdējā gada laikā svārstījās ap 20 % un vairāk. Tās ir valstis Eiropas dienvidos un rietumos (Francija, Spānija, Itālija un Apvienotā Karaliste), kā arī Čehijas Republika. Šajā grupā tendences var atšķirties. Apvienotā Karaliste un mazākā mērā arī Francija

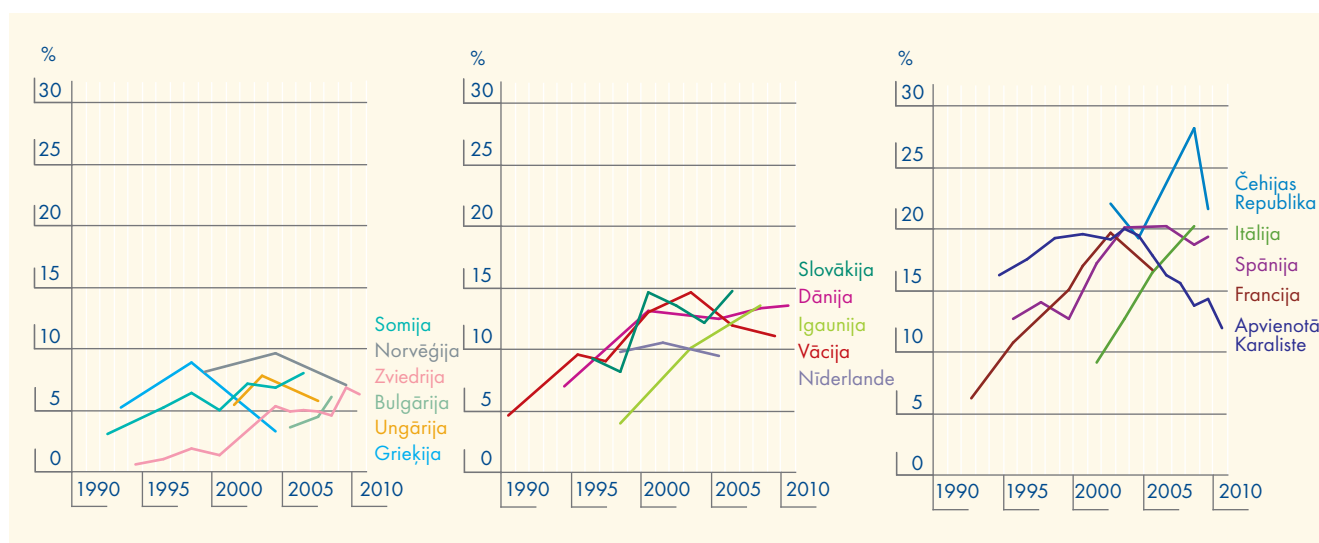
savās jaunākajās aptaujās ziņoja par samazinājumiem, bet Spānija ziņoja par salīdzinoši stabilu situāciju kopš 2003. gada. Visas trīs valstis ziņoja par kaņepju lietošanas pieaugumu 20. gadsimta deviņdesmito gadu laikā. Itālija un Čehijas Republika ziņoja par palielinājumu, kam pēdējos gados sekoja samazinājums. Tomēr atšķirības aptaujas metodoloģijā un atbilžu sniegšanas pakāpēs vēl neļauj apstiprināt visjaunākās tendences šajās divās valstīs.

Jāpiemin Apvienotās Karalistes īpašais gadījums, kur aptaujas veic katru gadu. Pēc tam, kad 21. gadsimta sākumā bija vērojams visaugstākais kaņepju lietošanas līmenis visā Eiropā, 2010. gadā kaņepju lietošanas izplatība pēdējā gada laikā bija samazinājusies zem ES vidējā līmeņa pirmo reizi kopš uzraudzības sākuma ES.

Paziņotā kaņepju lietošanas stabilizācija vai samazinājums attiecās uz lietošanu pēdējā gada laikā, ietverot lietošanu izklaides vietās. Tomēr vēl nav zināms, vai stabilizējusies ir arī intensīvā un ilglaicīgā lietošana.

Līdzīgas ievirzes bija vērojamas visā Eiropā attiecībā uz kaņepju lietošanas tendencēm laikā skolu audzēkņu vidū laikā no 1995. līdz 2007. gadam (EMCDDA, 2009a). Septiņas valstis, kas galvenokārt atrodas Eiropas ziemeļos vai dienvidos, visā šajā periodā ziņoja par kopumā stabilu vai zemu ilgstošas kaņepju lietošanas izplatību. Lielākajā daļā Rietumeiropas valstu, kā arī Slovēnijā un Horvātijā (11 valstīs), kurās līdz 2003. gadam bija augsta vai ievērojami pieauga kaņepju ilgstošas lietošanas izplatība, 2007. gadā novēroja samazinājumu vai stabilizēšanos. Centrāleiropā

**5. attēls.** Kaņepju lietošanas pēdējā gada laikā izplatības tendences gados jaunu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) valstīs ar trim vai vairāk aptaujām, grupējot pēc augstākā izplatības līmeņa (mazāk par 10 %, 10–15 %, virs 15 %).



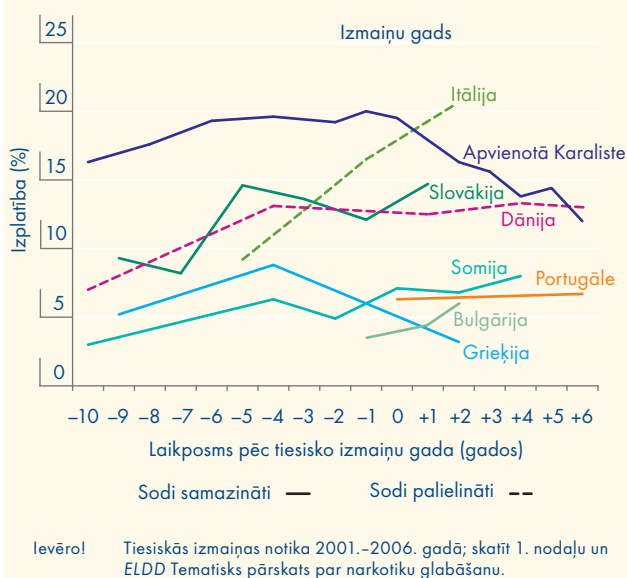
Ievērojot: Čehijas Republika meklē izskaidrojumu tam, kāpēc aptauju rezultāti ir tik atšķirīgi, un daļēji tas var būt saistīts ar izmaiņām metodoloģijā. Dati ir sniegti tikai informācijai, un salīdzinājumi ir jāveido piesardzīgi. Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-4 2011. gada statistikas bijetenā.  
 Avoti: Reītox valstu ziņojumi (2010. gads), kur apkopoti iedzīvotāju aptauju rezultāti, ziņojumi un zinātniska rakstura informācija.



## Meklējot saistību starp sodiem un kaņepju lietošanu

Pēdējo desmit gadu laikā daudzas Eiropas valstis ir mainījušas savus narkotiku likumus kaņepju jautājumā, un daudzām no tām ir aplēses par šīs narkotikas lietošanas izplatību pirms un pēc tiesiskajām izmaiņām. Vienkārši salīdzinot šos datus pirms un pēc grozījumiem, var noskaidrot, vai nākamajos gados pēc likuma grozījumiem ir vērojamas būtiskas izmaiņas izplatībā. Kaņepju lietošana galvenokārt ir izplatīta jaunākās vecuma grupās, un analizē tika izmantoti izplatības dati par iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 34 gadiem. Grafikā kaņepju izplatība pēdējā gadā ir izklāta laikā, un nulle uz horizontālās ass sakrīt ar tiesisko izmaiņu gadu. Tā kā valstis atšķiras pēc gada, kad veica grozījumus likumos, un pēc aptaujas datu pilnīguma, tendenču līnijas attiecas uz dažādiem laikposmiem.

Valstis, kas palielināja sodu par kaņepju glabāšanu, grafikā ir attēlotas ar punktotām līnijām, bet tās, kas sodu samazināja – ar nepārtrauktām līnijām. Hipotēze par tiesisko ietekmi savā visvienkāršākajā izteiksmē paredz, ka likuma grozījumi mainīs izplatības datus, kur palielināti sodi samazinās narkotiku lietošanu, bet samazināti sodi – paplašinās narkotiku lietošanu. Ja tā būtu, pēc grozījumu veikšanas punktētās līnijas būtu lejupējošas un nepārtrauktās līnijas – augšupējošas. Tomēr šajā desmit gadu laikposmā attiecīgajās valstīs nav novērojama viennozīmīga saistība starp likumu izmaiņām un kaņepju lietošanas izplatību.



un Austrumeiropā pieaugošā tendence, kas bija novērota laikā no 1995. līdz 2003. gadam, šķiet, pārsvarā ir izlīdzinājusies. Šajā reģionā sešas valstis ziņoja par stabilu situāciju un divas ziņoja par palielinājumu laikā no 2003. līdz 2007. gadam.

Jaunie skolu aptauju dati no pēdējām HBSC ("Skolas vecuma bērnu veselību ietekmējošie paradumi") aptaujām arī norāda uz kopumā stabilu vai samazinošos tendenci attiecībā uz narkotiku lietošanu (15–16 gadu vecu) skolu audzēkņu vidū lielākajā valstu daļā laikā no 2006. līdz 2010. gadam. Atspoguļojot tendenci pieaugušo vidū, Anglijā ilgstoša kaņepju lietošana skolu audzēkņu vidū samazinājās gandrīz uz pusi – no 40 % 2002. gadā līdz 22 % 2010. gadā. Arī Vācijā ilgstoša kaņepju lietošana skolu audzēkņu vidū samazinājās uz pusi, no 24 % 2002. gadā līdz 11 % 2010. gadā. Tomēr pēc 2006. gada tika reģistrēts pieaugums Čehijas Republikā, Grieķijā, Latvijā, Lietuvā, Rumānijā un Slovēnijā.

Arī ilglaicīgo tendenču dati skolu aptaujās Austrālijā un ASV liecināja par kaņepju lietošanas lejupējošu tendenci līdz 2009. gadam<sup>(51)</sup>. Tomēr jaunākā ASV skolu aptauja, ko veica 2010. gadā, liecināja par kaņepju lietošanas iespējamu atdzimšanu; skolu audzēkņi ziņoja par plašāku kaņepju lietošanu pēdējā gadā un norādīja zemāku šīs narkotikas nosodījuma līmeni (Johnston un citi, 2010). 2010. gada aptaujā Amerikas skolu audzēkņi vecumā no 15 līdz 16 gadiem dažos mērījumos ziņoja par plašāku kaņepju lietošanu nekā cigarešu smēķēšanu – 16,7 % bija lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī, bet tikai 13,6 % bija smēķējuši cigaretes (Johnston un citi, 2010).

Cita aina paveras Eiropā, kur skolu audzēkņu vidū cigarešu smēķēšanas līmenis pēdējā mēnesī saglabājas ievērojami augstāks nekā kaņepju lietošanas līmenis. Laikā no 2003. līdz 2007. gadam ESPAD skolu aptaujas 23 ES valstīs ziņoja par cigarešu smēķēšanas vispārēju samazināšanos pēdējā mēnesī (no 33 % līdz 28 %) un par kaņepju lietošanas samazināšanos vai vismaz stabilizēšanos (no 9 % līdz 7 %) (6. attēls). Eiropā, kur kaņepes un tabaku pieņemts sajaukt, lai smēķētu kopā, tabakas smēķēšanas samazinājums var noteiktā veidā ietekmēt kaņepju lietošanas tendences.

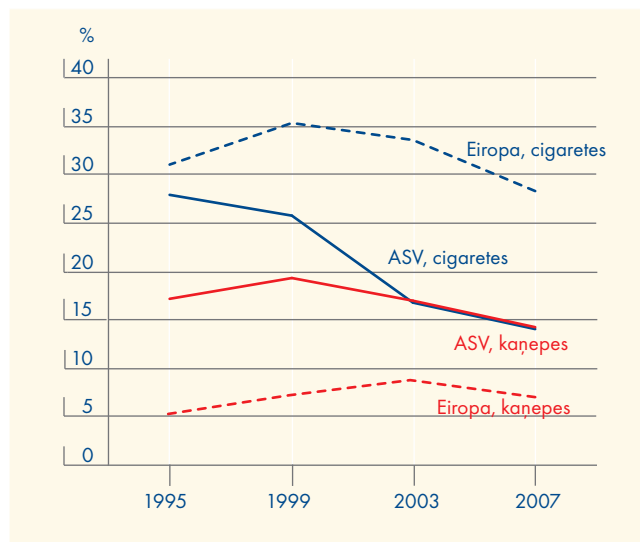
### Kaņepju lietošanas ievirzes

Pieejamie dati liecina par daudzām kaņepju lietošanas ievirzēm – no eksperimentālas pamēģināšanas līdz atkarīgai lietošanai. Daudzas personas pamēģina kaņepes tikai vienreiz vai divreiz, citas lieto tās laiku pa laikam vai noteiktu laika periodu. No visiem 15–64 gadus veciem iedzīvotājiem, kuri kaut reizi ir lietojuši kaņepes, 70 % nav tās lietojuši pēdējā gadā<sup>(52)</sup>. No tiem, kuri šo narkotiku lietojuši pēdējā gadā, vidēji gandrīz puse ir to darījuši pēdējā mēneša laikā, un tas var liecināt par regulārāku lietošanu. Tomēr īpatnībā ir ievērojamas atšķirības starp valstīm un dzimumiem.

<sup>(51)</sup> Skaftīt attēlu EYE-1 (vi daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(52)</sup> Skaftīt attēlu GPS-2 2011. gada statistikas biļetenā.

**6. attēls.** Kaņepju lietošanas un cigarešu smēķēšanas pēdējā mēneša laikā izplatības tendences no 1995 līdz 2007 gadu vecu skolu audzēkņu vidū 17 Eiropas valstīs un ASV.



Ievērojot Eiropas vidējais (nesvērtais) rādītājs ir balstīts uz 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu datiem 15 ES valstīs, Horvātijā un Norvēģijā. ASV skolu audzēkņu vidējais rādītājs ir balstīts uz paraugu, ko veido apmēram 16 000 10. klases skolēnu (vecumā no 15 līdz 16 gadiem).  
 Avoti: Hibell un citi (2009), Johnston un citi (2010).

Kaņepju lietošana ir īpaši izplatīta noteiktās jauniešu grupās, piemēram, starp tiem, kuri bieži apmeklē naktsklubus, krogus un mūzikas pasākumus. Mērķorientētas aptaujas, ko nesēn veica naktsdzīves un deju mūzikas iestādēs Beļģijā, Čehijas Republikā, Nīderlandē, Lietuvā un Apvienotajā Karalistē, norādīja uz izplatības līmeņiem gados jauno pieaugušo vidū, kas ir daudz augstāki par Eiropas vidējo rādītāju. Kaņepju lietošanu bieži saista arī ar ievērojamu alkohola patēriņu – gados jaunu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) biežiem vai smagiem alkohola lietotājiem kopumā bija divas līdz sešas reizes lielāka iespējamība, ka viņi ziņos par kaņepju lietošanu, nekā pārējiem iedzīvotājiem.

Ar dažādiem kaņepju preparātu paveidiem un to lietošanas veidiem var būt saistīti dažādi riski. Kaņepju lietošanas ievirzes, kas paredz lielas patēriņa devas, var radīt lietotājam lielāku atkarības veidošanās risku vai citas problēmas (Chabrol un citi, 2003; Swift un citi, 1998). Piemēram, tas attiecas uz kaņepju lietošanu ar ļoti augstu THC saturu vai lielos daudzumos, kā arī ieelpošanu no ūdenspīpes.

Iedzīvotāju aptaujas reti izdala atsevišķi dažādu kaņepju veidu lietošanu. Tomēr 2009. gadā Apvienotās Karalistes iedzīvotāju aptaujā iekļāva jaunus jautājumus, lai apzinātu kaņepju augu lietošanas izplatību, tostarp attiecībā uz "skunksu" (nosaukums ielas žargonā, ar ko apzīmē

kopumā ļoti iedarbīgu narkotiku). 2009./2010. gadā Lielbritānijas Noziedzības aptauja aplēsa, ka aptuveni 12,3 % pieaugušo vismaz vienreiz ir pamēģinājuši to, ko uzskatīja par "skunksu". Lai gan apmēram vienāds skaits kaņepju lietotāju ziņoja par ilgstošu kaņepju augu lietošanu (50 %) un kaņepju sveķu lietošanu (49 %), tiem, kuri lietoja šo narkotiku pēdējā gadā, lielāka varbūtība bija lietot kaņepju augus (71 %), nevis kaņepju sveķus (38 %) (Hoare un Moon, 2010). Kaut arī šīs aplēses nevar vispārināti attiecināt uz citiem Eiropas iedzīvotājiem, minētie secinājumi ilustrē dažas kaņepju patēriņa izmaiņas laika gaitā.

Parauga dati no 14 Eiropas valstīm, kurās dzīvo 65 % Eiropas Savienības un Norvēģijas pieaugušo iedzīvotāju, liecina, ka no tiem, kuri lietojuši kaņepes pēdējā mēnesī, gandrīz puse ir lietojuši šo narkotiku vienu līdz trīs dienas šā mēneša laikā, apmēram viena trešdaļa – 4–19 dienas un viena piektdaļa – 20 dienas vai vairāk. Lielākajā daļā šo 14 valstu lielāka iespēja lietot kaņepes laiku pa laikam ir sievietēm, bet vairākums kaņepju lietotāju, kuri to dara katru dienu vai gandrīz katru dienu, ir vīrieši (7. attēls). Pamatojoties uz šiem datiem, šķiet, ka lietotāji vīrieši daudzās valstīs ir pakļauti īpašam riskam kļūt par biežiem lietotājiem, un tas ir jāņem vērā, gatavojot profilakses pasākumus.

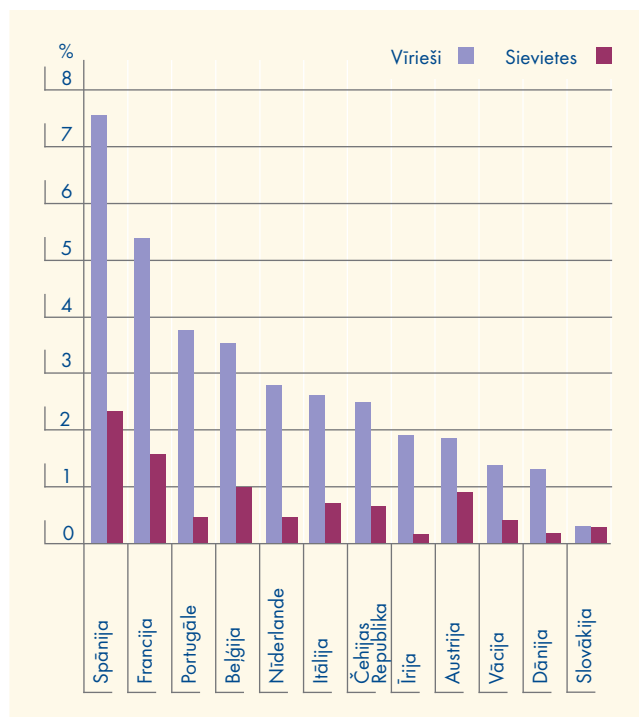
Jaunie dati par narkotiku lietošanu pusaudžu vidū liecina, ka kaņepju lietošana katru dienu kļūst par problēmu arī ASV. Kaņepju ikdienas lietošanas izplatība 2010. gadā ievērojami – līdz 6 % – pieauga koledžu studentu vidū vecumā no 17 līdz 18 gadiem (Johnston un citi, 2010).

Atkarību arvien biežāk atzīst par regulāras kaņepju lietošanas iespējamām sekām pat gados jaunāku lietotāju vidū, un dažās Eiropas valstīs pieaug to personu skaits, kuras meklē palīdzību saistībā ar kaņepju lietošanu (skatīt turpmāk). Tomēr ir ziņas, ka puse atkarīgo kaņepju lietotāju, kuri pārtrauca lietot šo narkotiku, spēja to izdarīt bez ārstniecības (Cunningham, 2000). Daži kaņepju lietotāji, jo īpaši intensīvie lietotāji, var saskarties ar problēmām arī tad, ja klīniski nav atzīstami par atkarīgiem.

### Ārstniecības pieprasījums

2009. gadā kaņepes bija primārā narkotika aptuveni 98 000 pacientu, kuri sāka ārstēšanos 26 valstīs (23 % kopskaitā), tādēļ tā bija otra visbiežāk pieminētā narkotika pēc heroīna. Kaņepes bija arī visbiežāk nosauktā sekundārā narkotika, kuru pieminēja aptuveni 93 000 pacientu (28 %). Primārie kaņepju lietotāji veidoja vairāk nekā 30 % ārstniecības sācēju Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Francijā, Ungārijā, Nīderlandē un Polijā, bet mazāk nekā

**7. attēls.** Kaņepju lietošanas katru dienu vai gandrīz katru dienu izplatība gados jaunu pieaugušo vidū (no 15 līdz 34 gadiem) sadalījumā pēc dzimuma.



Levēroj! Tos, kuri deklarē, ka ir lietojuši kaņepes 20 vai vairāk dienas 30 dienu laikā pirms intervijas, tekstos apzīmē kā lietotājus "katru dienu vai gandrīz katru dienu". Papildu informāciju skatīt tabulā GPS-10 (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

Avots: Reitox valstu koordinācijas centri.

10 % Bulgārijā, Igaunijā, Grieķijā, Lietuvā, Maltā, Rumānijā un Slovēnijā <sup>(53)</sup>.

Atšķirības kaņepju lietošanas un ar to saistīto problēmu izplatībā nav vienīgie apstākļi, kas izskaidro valstu atšķirības ārstniecības līmenī. Svarīgi ir arī citi apstākļi, piemēram, norīkojumu izsniegšanas prakse un ārstniecības līmenis un veids. To apliecina piemēri Francijā un Ungārijā, divās valstīs, kas ziņoja par augstu kaņepju lietotāju īpatsvaru, kuri sākuši ārstēšanos. Francijā ir izveidota konsultēšanas centru sistēma, kas paredzēta gados jauniem pacientiem <sup>(54)</sup>. Ungārijā pārkāpējiem, kuri lieto kaņepes, piedāvā narkotiku atkarības ārstniecību kā alternatīvu sodam, un tas var pasliktināt statistiku.

Attiecībā uz tendencēm pēdējo desmit gadu laikā – no 21 valsts, par ko ir pieejami dati, visas valstis, izņemot Bulgāriju, ziņoja par to pacientu īpatsvara pieaugumu, kas sāk ārstēšanos no kaņepju lietošanas pirmo reizi dzīvē.

### Kaņepju lietošanas nelabvēlīgā ietekme uz veselību

Ir vispārārtēts, ka individuālie veselības riski, ko rada kaņepju lietošana, ir mazāki nekā tie, kas saistīti ar tādām narkotikām kā heroīns vai kokaīns. Tomēr, tā kā kaņepju lietošana ir plaši izplatīta, šīs narkotikas ietekme uz sabiedrības veselību var būt ievērojama.

Ir apzinātas daudzas akūtas un hroniskas veselības problēmas, kas saistītas ar kaņepju lietošanu. Nelabvēlīgā akūtā ietekme var būt nemiers, paniska reakcija un psihozes simptomi, par kuriem biežāk var sūdzēties tie, kuri lietojuši pirmo reizi. Kaņepju lietošana var paaugstināt arī risku izraisīt ceļu satiksmes negadījumu.

Ar kaņepju lietošanu saistītā hroniskā ietekme ir dokumentēta, un tā ietver atkarību un vairākas elpceļu slimības. Kaņepju lietošanas ietekme uz kognitīvajām spējām joprojām nav skaidra. Regulāra kaņepju lietošana pusaudža vecumā var nelabvēlīgi ietekmēt gados jaunu pieaugušo iedzīvotāju garīgo veselību, un ir pierādījumi par psihozes simptomu un traucējumu riska paaugstināšanos, ja palielinās lietošanas biežums (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall un Degenhardt, 2009; Moore un citi, 2007).

Laika posmā no 2004. līdz 2009. gadam 18 valstīs, par ko ir pieejami dati, primāro kaņepju lietotāju skaits starp tiem, kuri ziņoja, ka sākuši ārstēšanos pirmo reizi dzīvē, palielinājās par aptuveni 40 %, no 27 000 līdz 38 000 <sup>(55)</sup>. Visjaunākie dati (par 2008.–2009. gadu) liecina par pastāvīgi augšupejošu tendenci lielākajā daļā valstu, kuras sniegušas informāciju.

### Ārstējamo pacientu raksturojums

Kaņepju pacienti pārsvarā sāk ārstēšanos ambulatori, un tiek ziņots, ka tā ir viena no gados jaunākajām pacientu grupām, kas sāk ārstēšanos – viņu vidējais vecums ir 25 gadi. Gados jauni cilvēki, kuri norāda kaņepes kā primāro narkotiku, veido 74 % no paziņotā jaunu ārstniecības pacientu skaita vecumā no 15 līdz 19 gadiem un 86 % no tiem, kuri jaunāki par 15 gadiem. Vīriešu skaita pārsvars pār sievietes skaitu ir viens no augstākajiem starp narkotiku ārstniecības pacientiem (apmēram pieci vīrieši uz katru sievieti). Kopumā 49 % primāro kaņepju pacientu lieto tās katru dienu, aptuveni 18 % lieto 2–6 reizes nedēļā, 12 % lieto kaņepes reizi nedēļā vai retāk, un 22 % ir gadījuma rakstura lietotāji, no kuriem daži ir tās lietojuši mēnesi pirms ārstēšanās sākšanas. Šis īpatsvars dažādās valstīs atšķiras <sup>(56)</sup>.

<sup>(53)</sup> Skatīt attēlu TDI-2 (ii daļa) un tabulas TDI-5 (ii daļa) un TDI-22 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(54)</sup> Turklāt daudzus opioīdu lietotājus Francijā ārstē ģimenes ārsti, un par viņiem netiek ziņots ārstniecības pieprasījuma rādītājam, tādējādi palielinot citu narkotiku lietotāju īpatsvaru.

<sup>(55)</sup> Skatīt attēlu TDI-1 (i daļu) un (ii daļu) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(56)</sup> Skatīt tabulas TDI-10 (ii daļa) un (iii daļa), TDI-11 (i daļa), TDI-18 (ii daļa), TDI-21 (ii daļa), TDI-24, TDI-103 (vii daļa) un TDI-111 (viii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

## Ārstniecība

### Ārstniecības nodrošinājums

Kaņepju lietotāju ārstniecība Eiropā paredz dažādus pasākumus, tostarp ārstniecību ar interneta starpniecību, konsultēšanu, strukturētus psihosociālās iejaukšanās pasākumus un ārstniecību mājas apstākļos. Bieži funkcijas šajā jomā arī pārklājas, piemēram, starp selektīvo un indikatīvo profilaksi un ārstnieciskiem iejaukšanās pasākumiem (skatīt 2. nodaļu).

Kaņepju lietotājus ārstē galvenokārt specializētās ambulatorās iestādēs, un pakalpojumi, kas paredzēti tieši ar kaņepēm saistītu problēmu risināšanai, pašlaik ir pieejami vairāk nekā pusē dalībvalstu. Piemēram, visā Francijā ir izveidoti vairāk nekā 300 jauniešu konsultēšanas centru, lai rūpētos pamatā par gados jaunu lietotāju vajadzībām, ko rada kaņepju izraisītas problēmas. Vācijā, papildus vairākām īpašām kaņepju programmām, 161 konsultēšanas centrs ir iesaistījies programmā "Dari to" ("Realize it"), kas paredz noteikt pacientiem kontrolēta patēriņa mērķus un risina individuālas un vides problēmas saistībā ar kaņepju lietošanu. Iejaukšanos veic piecās sesijās desmit nedēļu laikā līdz pat 1400 kaņepju lietotājiem gadā. Ungārijā lielākā daļa (80 %) kaņepju pacientu apmeklē konsultējošus profilakses dienestus. Šādus pakalpojumus sniedz akreditētas organizācijas.

Vācija un Nīderlande ir bijušas īpaši aktīvas kaņepju programmu izstrādē. Kaņepju problēmas bieži ir saistītas ar citu vielu izraisītām vai psihosociālām problēmām, un šis apstāklis atspoguļojas kaņepju lietotājiem pieejamo programmu veidos. Piemēram, Amsterdamas Medicīnas centrs ir sagatavojis ģimenes motivēšanas iejaukšanās pasākumu gados jauniem kaņepju lietotājiem, kuri slimo ar šizofrēniju, un viņu vecākiem (Reitox tīkla Nīderlandes valsts ziņojums, 2009). Šā iejaukšanās pasākuma randomizēts kontrolēts izmēģinājums ir devis pozitīvus rezultātus. Pēc trim mēnešiem izmēģinājumā iesaistītie gados jaunie cilvēki ziņoja par retāku kaņepju lietošanu un mazāku kāri pēc tām, bet vecākie liecināja par mazāku spriedzi un labāku pašsajūtu. Gadījumos, kad kaņepju lietošanu papildina psihes problēmas, piemēram, psihoze vai depresija, ir nepieciešama integrēta pieeja, ko īsteno specializētie ārstniecības pakalpojumu sniedzēji un psihiskās veselības centri. Tomēr praksē divkāršas diagnozes ārstēšana joprojām bieži notiek pēc kārtas un sadarbība starp aprūpes iestādēm ir apgrūtināta.

Nesen veikts pētījums Vācijā paredz, ka turpmākajos gados arvien lielāks skaits cilvēku pieteiksies uz ārstēšanu saistībā ar kaņepju lietošanas problēmām, jo īpaši vīriešu kārtas pusaudži un gados jauni pieaugušie. Pašreizējās

### Kaņepju izmantošana medicīnā ASV

Kopš 1996. gada 15 ASV pavalstis un Kolumbijas apgabals ir pieņēmuši likumus, kas atļauj personiskām vajadzībām glabāt noteiktu daudzumu kaņepju medicīniskiem nolūkiem. Pacientam ir nepieciešams ārsta ieteikums rakstveidā visās pavalstīs, izņemot Kaliforniju un Menu, kur šo ieteikumu var sniegt mutvārdos. Visas pavalstis, izņemot Vašingtonu, ir izveidojušas konfidencialus pacientu identitāšu karšu reģistrus, un vairākās pavalstīs tie ir obligāti. Kaut arī katrā pavalstī ir cits nosacījumu saraksts, lielākā pavalstu daļa atļauj lietot kaņepes sāpju remdēšanai, ja tās ir "hroniskas", "smagas" vai "neizturamas".

Gandrīz visas pavalstis ir pieņēmušas aprūpētāju modeli, kas paredz, ka īpaši izraudzītas personas drīkst audzēt ierobežotu daudzumu kaņepju pacientu vajadzībām. Atkarībā no pavalsts pacientam var izraudzīt vienu vai divus aprūpētājus, un katrs aprūpētājs drīkst apgādāt līdz pieciem pacientiem. Atļautie daudzumi svārstās no vienas unces – apmēram 28 gramiem – (Aļaskā, Montānā un Nevadā) līdz 24 uncēm (Oregonā un Vašingtonā) lietojamu kaņepju augu un no sešiem līdz 24 augiem, bet dažiem no tiem jābūt "negataviem". Kaņepju piegāde bezpeļņas dispanseru vai valsts ārstniecības iestāžu medicīniskām vajadzībām ir atļauta apmēram pusē pavalstu. Visās jurisdikcijās, izņemot divas – Ņūdžersijā un Vašingtonā (Kolumbijas apgabala), pacienti drīkst paši audzēt kaņepes medicīniskiem nolūkiem.

No otras puses, federālie likumi klasificē kaņepes kā bīstamu vielu, ko nedrīkst izmantot medicīnā. Tas ļauj federālajai valdībai ierosināt kriminālvajāšanu pret visiem kaņepju lietotājiem un piegādātājiem. Tomēr 2009. gada oktobrī ģenerālprokurora vietnieks izdeva instrukciju federālajiem prokuroriem nenoteikt par prioritāti kriminālvajāšanu lietās par kaņepju izmantošanu medicīniskiem nolūkiem, ja to pieļauj pavalsts likumi.

aplēses par narkotiku lietotāju īpatsvaru, ko sasniegs narkotiku iestādes Vācijā, liecina, ka, lai gan specializētos atkarības pakalpojumus spēj sasniegt no 45 % līdz 60 % lietotāju ar opioīdu atkarību, tiks sasniegti tikai no 4 % līdz 8 % aplēstā kaņepju lietotāju skaita, kam būs nepieciešama ārstēšana. Dažos gadījumos internetā pieejamie iejaukšanās pasākumi, kas tagad ir pieejami trīs dalībvalstīs, var nodrošināt papildu ārstniecības iespējas kaņepju lietotājiem, kuri meklē palīdzību, bet nevēlas apmeklēt parastās ārstniecības iestādes.

### Jaunākie pētījumi kaņepju lietotāju ārstniecībā

Salīdzinoši maz ir pētījumu par ārstniecības novērtējumu, salīdzinot ar citām nelikumīgajām narkotikām, neraugoties uz kaņepju ārstniecības pieprasījumu skaita pieaugumu. Eiropā izpēte tomēr paplašinās, un pašlaik pētījumi turpinās Dānijā, Vācijā, Spānijā, Francijā un Nīderlandē.

Daudzi no šiem pētījumiem apliecina, ka psihosociālie iejaukšanās pasākumi var dot pozitīvus rezultātus attiecībā uz kaņepju lietotājiem. Piemēram, tas attiecas uz daudzpusējo ģimenes terapiju, vispārēju ambulatoro iejaukšanos ar ģimenes atbalstu, kas paredzēta pusaudžiem, kuriem ir narkotiku lietošanas un uzvedības problēmas (*Liddle un citi, 2009*), un šī metode ir atzīta par sekmīgu, jo mazina narkotiku patēriņa līmeni. Tomēr vēl nav skaidri secinājumi, ko dotu salīdzinājums ar citām pieejamām terapijām daudzās vietās starpvalstu mērogā. Tas ir mudinājis *EMCDDA* pasūtīt salīdzinošo analīzi par Eiropā un Amerikā veiktajiem pētījumiem.

Citi pašlaik vērtētie psihosociālie iejaukšanās pasākumi ir, piemēram, psihoizglītšana (pamatojoties uz uzvedības terapijas un motivējošās intervēšanas elementiem) un recidīva novēršana, īslaicīgie iejaukšanās pasākumi, iespējamību pārvaldība un dažāda veida kognitīvā uzvedības terapija.

Tiek pētīti arī medikamenti, kas var atbalstīt psihosociālos iejaukšanās pasākumus (*Vandrey un Haney, 2009*). Šajā jomā trīs galvenie pašreizējās izpētes virzieni pēta iespējas izmantot medikamentus, lai palīdzētu mazināt kaņepju abstinences simptomus, kā arī pēc kaņepēm vai to lietošanu (*Marshall, K. un citi, 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. nodaļa

# Amfetamīni, ekstazī, halucinogēnās vielas, *GHB* un ketamīns

### Ievads

Amfetamīni (vispārīgs apzīmējums, kas aptver gan amfetamīnu, gan metamfetamīnu) un ekstazī ir Eiropā visvairāk lietotās nelegālās narkotikas. Daudzās valstīs pēc kaņepēm otra izplatītākā nelikumīgā viela ir ekstazī vai amfetamīni. Turklāt dažās valstīs liela narkotiku problēma ir amfetamīnu lietotāji, kam ir ievērojams īpatsvars ārstējamo narkotiku lietotāju vidū.

Amfetamīns un metamfetamīns ir centrālo nervu sistēmu stimulējoši līdzekļi. No šīm divām narkotikām amfetamīns līdz šim ir bijis Eiropā vispieejamākais, turpretim vēsturiski metamfetamīna lietošana būtiskos daudzumos aprobežojās ar Čehijas Republiku un Slovākiju. Nesen dažas valstis Eiropas ziemeļos ziņoja par šīs narkotikas biežāku sastopamību amfetamīna tirgos.

Par ekstazī dēvē sintētiskas psihoaktīvas vielas, kas ķīmiski sastāva ziņā ir radniecīgas amfetamīniem, bet to iedarbība nedaudz atšķiras. Pazīstamākais ekstazī grupas narkotiku preparāts ir 3,4-metilēndioksimetamfetamīns (*MDMA*), bet reizēm ekstazī tabletēs atrod citas, analogas vielas (*MDA*, *MDEA*). Šīs narkotikas popularitāti vēsturiski saista ar

deju mūzikas kultūru. Kaut arī ekstazī joprojām ir populārs attiecīgajā vidē, daudzās Eiropas valstīs pēdējos gados šīs vielas lietošana un pieejamība pakāpeniski ir mazinājusies.

Pazīstamākā sintētiskā halucinogēnā narkotika Eiropā ir lizergīnskābes dietilamīds (*LSD*), kuras patēriņš ilgu laiku ir bijis diezgan zems un pat stabils. Pēdējos gados jauniešu vidū ir arvien lielāka interese par dabiskas izcelsmes halucinogēnajām vielām, piemēram, tām, kas atrodamas halucinogēnajās sēnēs. Kopš 20. gadsimta deviņdesmito gadu vidus ziņo, ka noteiktās Eiropas narkotiku lietotāju aprindās un apakšgrupās izklaides nolūkos lieto ketamīnu un gamma-hidroksisviestskābi (*GHB*) – tie abi ir anestēzijas līdzekļi, ko jau 30 gadus plaši izmanto medicīnā un veterinārmedicīnā. Tikai dažās Eiropas valstīs šo vielu nelikumīga lietošana ir raisījusi ārstniecības dienestu bažas.

### Piedāvājums un pieejamība

#### Narkotiku prekursori

Amfetamīns, metamfetamīns un ekstazī ir sintētiskas narkotikas, kam ražošanas procesā nepieciešami īpaši ķīmiski

5. tabula. Amfetamīna, metamfetamīna, ekstazī un LSD konfiskācija, cena un tīrība.

	Amfetamīns	Metamfetamīns	Ekstazī	LSD
Kopējais konfiscētais daudzums (tonnās)	33	31	5,4	0,1
ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā) konfiscētais daudzums (1)	5,3 tonnas (6,5 tonnas)	500 kilogrami (600 kilogrami)	Tabletes 1,9 miljoni (2,4 miljoni)	Vienības 59 700 (59 700)
Konfiskācijas gadījumu skaits ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Vidējās mazumtirdzniecības cenas (EUR) intervāls (intervāls ceturksnī) (2)	Grami 8–42 (10–23)	Grami 9–71	Tabletes 3–16 (4–9)	Devas 4–29 (7–11)
Vidējās tīrības jeb MDMA satura intervāls (intervāls ceturksnī) (2)	1–29 % (6–21 %)	10–76 % (25–64 %)	3–108 mg (26–63 mg)	n. a.

(1) Dati par amfetamīna, ekstazī un LSD kopējo daudzumu, ko konfiscēja 2009. gadā, var nebūt pilnīgi, lielā mērā tādēļ, ka trūkst jaunāko datu par Nīderlandi, valsti, kas ziņoja par salīdzinoši lielu konfiskāciju gadījumu skaitu līdz 2007. gadam. Tā kā nav datu par 2008. un 2009. gadu, Nīderlandes vērtības nav iespējams iekļaut Eiropas kopējās aplēsēs par 2009. gadu.

(2) Paziņoto datu vidējās daļas intervāls.

Ievēroj! Visi dati ir par 2009. gadu; n. a. – nav pieejams.

Avoti: UNODC (2011) – vispārējās vērtības, Reitox valstu koordinācijas centri – dati par Eiropu.

prekursori. Ieskatu šo vielu ražošanā var iegūt, apkopojot ziņojumus par kontrolēto ķīmisko vielu konfiskāciju, kas novirzītas no likumīgās tirdzniecības un nepieciešamas vielu izgatavošanai.

Starptautiskā narkotiku kontroles padome (*INCB*) ziņoja, ka 1-fenil-2-propanona (*P2P*, *BMK*), ko var izmantot amfetamīna un metamfetamīna nelikumīgai izgatavošanai, konfiskācijas gadījumu skaits visā pasaulē ir samazinājies no 5620 litriem 2008. gadā līdz 4900 litriem 2009. gadā, un par visplašāko konfiscēšanu joprojām ziņoja Ķīna (2275 litri 2009. gadā) un Krievija (1731 litri 2009. gadā). Eiropas Savienībā konfiscētā *P2P* daudzums palielinājās no 62 litriem 2008. gadā līdz 635 litriem 2009. gadā. Tāpat 2009. gadā visā pasaulē pieauga arī divu galveno metamfetamīna prekursoru konfiskācijas gadījumu skaits – efedrīna līdz 42 tonnām no 18 tonnām 2008. gadā un 22,6 tonnām 2007. gadā; un pseidoefedrīna līdz 7,2 tonnām no 5,1 tonnas 2008. gadā, lai gan tas joprojām bija mazāk par 25 tonnām, ko konfiscēja 2007. gadā. ES dalībvalstu daļa bija apmēram 0,5 tonnas efedrīna, un tas bija gandrīz divreiz vairāk par iepriekšējā gadā konfiscēto daudzumu, un 67 kilogrami pseidoefedrīna.

Pamatā ar *MDMA* izgatavošanu saista divus ķīmiskos prekursorus – 3,4-metilēndioksifenil-2-propanonu (*3,4-MDP2P*, *PMK*) un safrolu. 2009. gadā konfiscētie 40 litri *PMK*, salīdzinot ar nulli 2008. gadā, liek domāt, ka šīs vielas pieejamība joprojām ir maza. Tas ir pretrunā iepriekšējos gados reģistrētam lielākam daudzumam (8816 litriem 2006. gadā un 2297 litriem 2007. gadā). Safrola, kas varbūt arvien biežāk aizstāj *PMK*, sintezējot *MDMA* Eiropā, konfiscēšana pasaules mērogā samazinājās līdz 1048 litriem 2009. gadā no kulminācijas – 45 986 litriem 2007. gadā<sup>(57)</sup>. Visa *PMK* un lielākās daļas safrola konfiskācija 2009. gadā notika Eiropas Savienībā.

Starptautiskā darbība, lai novērstu ķīmisko prekursoru novirzīšanu sintētisko narkotiku nelikumīgai izgatavošanai, tiek koordinēta projektā *Prism*. Šis projekts izmanto pirmseksporta paziņojumu sistēmu likumīgai šo vielu tirdzniecībai un ziņošanu par apturētajiem sūtījumiem un veikto konfiskāciju aizdomīgu darījumu gadījumos. Informācija par darbībām šajā jomā tiek sniegta Starptautiskajai Narkotiku kontroles padomei (*INCB*, 2011b). Cita nesena *INCB* iniciatīva ir vadlīniju kopas publicēšana, lai palīdzētu valstu valdībām izstrādāt brīvprātīgus kontroles pasākumus sadarbībā ar ķīmikāliju rūpnieciskajiem ražotājiem un ar mērķi novērst to novirzīšanu nelikumīgai narkotiku izgatavošanai (*INCB*, 2009).

### Amfetamīns

Pasaules amfetamīna ražošana joprojām ir koncentrēta Eiropā, kurā atrodas vairāk nekā 80 % visu amfetamīna

### Prekursoru piedāvājuma dažādošana sintētisko narkotiku ražošanā Eiropā

Sintētiskās narkotikas, tostarp ekstazī (*MDMA*, *MDEA*, *MDA*) un amfetamīnu, Eiropā nelikumīgi ražo no importētiem ķīmiskiem prekursoriem. Reaģējot uz starptautisko kontroles pasākumu augošo efektivitāti, daži nelikumīgie ražotāji pašlaik prekursorus nevis pērk, bet sintezē no tā sauktajiem “pre-prekursoriem”. Turklāt pirms importēšanas ražotāji nomaskē tradicionālos prekursorus par citām nekontrolētām ķīmiskām vielām (*Europol*, 2007, *INCB*, 2011a).

Šo parādību ilustrē nesenās svārstības Eiropas ekstazī tirgū. Pēc panākumiem, ko guva ierobežošanas pasākumi, lai nepieļautu *MDMA* prekursora *PMK* (1) novirzīšanu nelikumīgajam tirgum, pašlaik šķiet, ka daudzus pre-prekursorus, tostarp safrolu, izmanto kā izejmateriālus *MDMA* sintēzē.

*PMK* ir starptautiski kontrolēts saskaņā ar 1988. gada ANO konvenciju un Eiropas tiesību aktiem. Likumīgā starptautiskā *PMK* tirdzniecība ir neliela un aprobežojas ar dažām valstīm. Safrolu iegūst no ēteriskajām eļļām, kas bagātas ar safrolu un ekstrahētas no vairākām Dienvidamerikas un Dienvidaustrumāzijas augu sugām (*TNI*, 2009). Kaut arī safrols ir sarakstā iekļauta ķīmiska viela, tirdzniecība ar eļļām, kas bagātas ar safrolu, netiek kontrolēta. Safrolu arī plaši izmanto starptautiski, lai izgatavotu parfimus un insekticīdus, un tas var mazināt starptautisko kontroles pasākumu ietekmi.

Ziņojumi no Nīderlandes, visciešāk ar ekstazī ražošanu saistītās valsts, liecina, ka daudzi šīs narkotikas ražotāji kā izejmateriālu biežāk izmanto safrolu, nevis *PMK*. Starptautiskajai narkotiku kontroles padomei laikā no 2009. gada novembra līdz 2010. gada oktobrim tika ziņots par aptuveni 40 likumīgiem safrola sūtījumiem, kopā par 101 840 litriem. Tomēr ziņojumu par aizdomīgiem sūtījumiem ir maz, salīdzinot ar aplēsto saražotā ekstazī daudzumu (*INCB*, 2011a). Apmēram 1050 litri safrola un ar safrolu bagātu eļļu konfiscēja 2009./2010. gadā, lielākoties Lietuvā, bet kaimiņos esošā Latvija 2008. gadā ziņoja par 1841 konfiscētiem litriem (*INCB*, 2011a).

(1) 3,4-metilēndioksifenil-2-propanons.

laboratoriju, par kurām ziņots 2009. gadā (*UNODC*, 2011). Amfetamīna konfiskācija pasaulē 2009. gadā palielinājās līdz apmēram 33 tonnām (skatīt 5. tabulu). Rietumeiropa un Centrāleiropa joprojām konfiscēja lielus amfetamīna daudzumus, lai gan *UNODC* ziņoja par konfiscēto apjomu 20 % samazinājumu, salīdzinot ar 2008. gadu, kad konfiscēja 7,9 tonnas. Par lielāko amfetamīna konfiskācijas palielinājumu ziņoja Saūda Arābija, Jordānija un Sīrija. Kopumā *UNODC* Tuvo un Vidējo Austrumu un dienvidrietumu Āzijas reģionā 2009. gadā konfiscēja aptuveni 25 tonnas, gandrīz visas “kaptagona” tablešu veidā (*UNODC*, 2011).

(57) Skatīt iestarpinājuma lodziņu “Prekursoru piedāvājuma dažādošana sintētisko narkotiku ražošanā Eiropā”.



Lielākā daļa Eiropā konfiscētā amfetamīna tika saražota – svarīguma secībā – Nīderlandē, Polijā, Beļģijā, Bulgārijā un Turcijā. *Europol* ziņoja, ka 2009. gadā Eiropas Savienībā atklāja 19 vietas, kas iesaistītas amfetamīna ražošanā, tablešu izgatavošanā un uzglabāšanā.

Eiropā 2009. gadā <sup>(58)</sup> īstenoja aptuveni 34 200 konfiskācijas gadījumus, konfiscējot kopumā 5,8 tonnas amfetamīna pulvera un trīs miljonus amfetamīna tablešu <sup>(59)</sup>. Pēdējos piecos gados amfetamīna konfiskāciju skaits ir svārstījies, un par samazinājumu ziņoja 2008. un 2009. gadā. Kaut arī laikā no 2004. līdz 2009. gadam Eiropā konfiscēto amfetamīna tablešu skaits krasi samazinājās, jo mazinājās konfiskācija Turcijā, pārtvertā amfetamīna pulvera daudzums joprojām bija stabils vai pieauga lielākajā Eiropas valstu daļā <sup>(60)</sup>. Tomēr šim novērtējumam ir pagaidu nozīme, jo jaunākie dati nav pieejami par Nīderlandi, kas 2007. gadā, t. i., pēdējā gadā, par ko ir pieejami dati, ziņoja par 2,8 tonnu amfetamīna pulvera konfiskāciju.

2009. gadā Eiropā pārtverto amfetamīna paraugu tīrība joprojām ievērojami svārstījās, no mazāk nekā 8 % Bulgārijā, Ungārijā, Austrijā, Portugālē, Slovēnijā, Slovākijā un Horvātijā līdz vairāk nekā 20 % valstīs, kur ziņots par amfetamīna ražošanu vai kur ir salīdzinoši augsti patēriņa līmeņi (Igaunijā, Lietuvā, Nīderlandē, Polijā, Somijā un Norvēģijā <sup>(61)</sup>). Pēdējo piecu gadu laikā amfetamīna tīrība ir samazinājusies 17 no 18 valstīm, kas iesniedza tendenču analīzei pietiekamus datus.

Amfetamīna tipiskā mazumtirdzniecības cena 2009. gadā vairāk nekā pusē no 14 valstīm, kas iesniedza datus, svārstījās no 10 līdz 23 euro par gramu. Amfetamīna mazumtirdzniecības cenas samazinājās vai palika nemainīgas visās 17 valstīs, kas paziņoja datus par 2004.–2009. gadu, izņemot Nīderlandi, kur tās šajā laikposmā palielinājās, un Slovēniju, kas ziņoja par būtisku pieaugumu 2009. gadā <sup>(62)</sup>.

## Metamfetamīns

Saskaņā ar ziņām no visas pasaules iznīcināto metamfetamīna laboratoriju skaits 2009. gadā palielinājās par 22 %. Kā iepriekšējā gadā, lielāko pieaugumu reģistrēja Ziemeļamerikā, jo īpaši ASV, bet ziņojumu skaits par slepenām laboratorijām joprojām pieauga Austrumāzijā un Dienvidaustrumāzijā. Turklāt par plašāku darbību saistībā ar metamfetamīna ražošanu ziņoja

Latīņamerika un Āfrika. 2009. gadā tika konfiscēta 31 tonna metamfetamīna, un tas bija būtisks pieaugums, salīdzinot ar 22 tonnām, ko konfiscēja 2008. gadā. Lielāko daļu šo narkotiku konfiscēja Ziemeļamerikā (44 %), kur Meksikas daļa 2009. gadā bija īpaši liela – 6,1 tonna (*UNODC*, 2011).

Eiropā nelikumīgā metamfetamīna ražošana koncentrējās Čehijas Republikā, kur 2009. gadā atklāja 342 ražotnes, galvenokārt nelielas “mājas laboratorijas” (samazinājums, salīdzinot ar 434 laboratorijām 2008. gadā). Šo narkotiku ražo arī Slovākijā, kur 2009. gadā apjomi pieauga, kā arī Vācijā, Lietuvā un Polijā.

2009. gadā Eiropā tika ziņots par gandrīz 7400 metamfetamīna konfiskācijas gadījumiem, kur konfiscēja aptuveni 600 kg narkotiku. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam metamfetamīna konfiskācijas gadījumu skaits un konfiscētais daudzums palielinājās, un īpaši straujš šis pieaugums bija 2008. un 2009. gadā. Konfiscētais daudzums dubultojās 2008. un 2009. gadā, lielākoties tāpēc, ka palielinājās Zviedrijā un Norvēģijā konfiscētais daudzums – abām valstīm pieder šīs narkotikas konfiskāciju līderpozīcijas Eiropā, un daļēji tā šajās valstīs var aizstāt amfetamīnu. Turcija pirmo reizi ziņoja par metamfetamīna konfiskāciju 2009. gadā, un tā atrodas trešajā vietā pēc atgūtā daudzuma – salīdzinoši lieli metamfetamīna sūtījumi, ko pārtvēra Turcijā, tika atzīti par tranzīta precī ceļā no Irānas uz Austrumāziju un Dienvidaustrumāziju.

Metamfetamīna tīrība 2009. gadā 17 valstīs, kas iesniedza datus, bija ļoti dažāda, un tipiskā tīrība bija zemāka par 15 % Bulgārijā un Igaunijā, bet augstāka par 65 % Čehijas Republikā, Nīderlandē, Slovākijā un Horvātijā. Nav iespējams izdalīt vispārēju metamfetamīna tīrības tendenci. Arī metamfetamīna mazumtirdzniecības cenas 2009. gadā būtiski atšķīrās sešās valstīs, kas par tām ziņoja, no apmēram 10 euro par gramu Bulgārijā, Lietuvā un Slovēnijā līdz apmēram 70 euro par gramu Vācijā un Slovākijā.

## Ekstazī

Paziņotais iznīcināto ekstazī ražošanas laboratoriju skaits 2009. gadā faktiski nemainījās un palika 52. Lielākā daļa šo laboratoriju atradās Austrālijā (19), Indonēzijā (18) un Kanādā (12). Šīs narkotikas ražošana kļūst arvien ģeogrāfiski izkliedētāka, jo ražošana notiek tuvāk patērētāju tirgum Austrumāzijā, Dienvidaustrumāzijā,

<sup>(58)</sup> Šai analīzei ir pagaidu nozīme, jo vēl nav pieejami 2008. un 2009. gada dati par Nīderlandi.

<sup>(59)</sup> Lielākā daļa (94 %) pārtverto amfetamīna tablešu bija marķētas kā kaptagons un konfiscētas Turcijā. Kaptagons ir viens no reģistrētajiem tirdzniecības nosaukumiem fenetilīnam – sintētiskam centrālo nervu sistēmu stimulējošam līdzeklim. Tabletes, ko nelikumīgo narkotiku tirgū pārdod kā kaptagonu, parasti atklāj amfetamīna un kafeīna maisījumu.

<sup>(60)</sup> Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku konfiskāciju Eiropā ir atrodami 2011. gada statistikas biļetena tabulās no SZR-11 līdz SZR-18.

<sup>(61)</sup> Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku konfiskāciju Eiropā ir atrodami 2011. gada statistikas biļetena tabulā PPP-8. ES tendenču rādītāji ir atrodami 2011. gada statistikas biļetena attēlā PPP-2.

<sup>(62)</sup> Dati par šajā nodaļā minēto narkotiku konfiskāciju Eiropā ir atrodami 2011. gada statistikas biļetena tabulā PPP-4.

Ziemeļamerikā un Okeānijā. Tomēr ir iespējams, ka Rietumeiropa joprojām ir svarīga vieta ekstazī ražošanai.

Pasaulē ekstazī konfiskācijas apjomi 2009. gadā bija 5,4 tonnas (UNODC, 2011), un ASV ziņoja par 63 % kopējā daudzuma.

Eiropā paziņotais ekstazī konfiskācijas gadījumu skaits pēc stabilizācijas laikā no 2004. līdz 2006. gadam vēlāk samazinājās, bet konfiscēto daudzumu tendence lielākajā daļā Eiropas valstu bija lejupejoša kopš 2004. gada. 2009. gadā Eiropā ziņoja par apmēram 11 000 ekstazī konfiskācijas gadījumu, un tajos pārtvēra vairāk nekā 2,4 miljonus ekstazī tablešu. Tomēr šis novērtējums ir samazināts, jo jaunākie dati nav pieejami par Nīderlandi, kas 2007. gadā, t. i., pēdējā gadā, par ko ir pieejami dati, ziņoja par 8,4 miljonu tablešu konfiskāciju.

2009. gadā 18 valstīs, kas iesniedza informāciju, pārbaudītajās ekstazī tabletēs tipiskais MDMA saturs bija no 3 līdz 108 miligramiem. Turklāt dažas valstis (Beļģija, Bulgārija, Vācija, Itālija, Nīderlande un Turcija) ziņoja par lielas devas ekstazī tabletēm, kurās bija vairāk nekā 130 miligramu MDMA. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam MDMA saturs ekstazī tabletēs samazinājās visās 14 valstīs, kas sniedza pietiekamus datus.

Dažu pēdējo gadu laikā Eiropā ir notikušas izmaiņas nelikumīgo narkotiku tablešu sastāvā, pārejot no situācijas, kad lielākā daļa analizēto tablešu saturēja MDMA vai citu ekstazī līdzīgu vielu (MDEA, MDA) kā vienīgo psihoaktīvo vielu, uz stāvokli, kad šis saturs ir daudzveidīgāks un MDMA līdzīgas vielas ir mazāk pārstāvētas. Šī pāreja 2009. gadā pastiprinājās tādā mērā, ka vienīgās valstīs, kur MDMA līdzīgu vielu īpatsvars analizētajās tabletēs joprojām saglabājās liels, bija Itālija (58 %), Nīderlande (63 %) un Malta (100 %).

Amfetamīni, bieži vien kopā ar MDMA līdzīgām vielām, ir salīdzinoši plaši sastopami tabletēs, kas analizētas Grieķijā, Spānijā, Ungārijā, Polijā, Slovēnijā un Horvātijā. Lielākā daļa citu valstu, kas iesniedza datus, norādīja, ka analizētajās tabletēs ir atklāts būtisks piperazīnu un jo īpaši mCPP īpatsvars, kas sastopams kā atsevišķa viela vai kopā ar citām vielām.

Šobrīd ekstazī ir ievērojami lētāks nekā 20. gadsimta 90. gados, kad tas pirmoreiz kļuva plaši pieejams. Lai gan ir daži ziņojumi par to, ka tabletes pārdod par mazāk nekā 1 euro, lielākā daļa valstu ziņo, ka vidējā mazumtirdzniecības cena svārstās no 4 līdz 9 euro par tableti. Dati, kas pieejami par 2004.–2009. gadu, liecina, ka ekstazī mazumtirdzniecības cena Eiropā kopumā ir turpinājusi samazināties vai palikusi nemainīga.

Tomēr 2009. gadā par cenas paaugstinājumu paziņoja Nīderlande, un šī valsts ziņoja arī par viszemākajām narkotikas cenām.

### Halucinogēnās un citas vielas

LSD lietošana un tirdzniecība Eiropā joprojām ir margināla. LSD konfiskācijas gadījumu skaits pieauga laikā no 2004. līdz 2009. gadam, bet daudzums, pēc 1,8 miljonu vienību lielas kulminācijas 2005. gadā, kas izveidojās, pateicoties rekordlielai konfiskācijai Apvienotajā Karalistē, šajā periodā svārstījās daudz zemākā līmenī<sup>(63)</sup>. LSD mazumtirdzniecības cenas kopš 2004. gada nav mainījušās lielākajā daļā valstu, kuras iesniedza datus, bet par pieaugumu ziņoja Beļģija un par samazinājumu – Latvija, Austrija un Horvātija. Tipiskā cena 2009. gadā svārstījās no 7 līdz 11 euro par vienību lielākajā daļā no 11 valstīm, kuras iesniedza datus.

Par halucinogēno sēņu, ketamīna, GHB un GBL konfiskāciju 2009. gadā ziņoja tikai četras vai piecas valstis, atkarībā no narkotikas veida. Nav zināms, cik lielā mērā paziņotie konfiskāciju dati atspoguļo šo vielu lietošanas izplatību vai faktu, ka tiesībaizsardzības dienesti parasti tām nepievērš uzmanību.

### Izplatība un lietošanas ievirzes

Dažās valstīs ievērojama daļa problemātisko narkotiku lietotāju vai lietotāju, kuri meklē palīdzību narkotiku jautājumos, ir amfetamīna vai metamfetamīna lietotāji, kuri bieži šo narkotiku lieto injicējot. Pretstatā šīm hronisko lietotāju grupām pastāv vispārīgāka saistība starp sintētisko narkotiku lietošanu, bieži kopā ar alkoholu, un naktsklubu un deju pasākumu apmeklēšanu. Līdz ar to jauniešu vidū tiek konstatēti ievērojami augstāki lietošanas rādītāji, bet dažās vidēs vai noteiktās sociālās grupās ir novēroti ļoti augsti lietošanas rādītāji. Kopējais halucinogēno narkotiku, piemēram, lizergīnskābes dietilamīda (LSD) un halucinogēno sēņu, patēriņa līmenis ir neliels un pēdējos gados ir bijis stabils.

### Amfetamīni

Narkotiku izplatības aplēses liecina, ka apmēram 12,5 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši amfetamīnus, un apmēram divi miljoni ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gada laikā (datu kopsavilkumu skatīt 6. tabulā). Gados jaunu (15–34 gadi) pieaugušo vidū amfetamīnu ilgstošas lietošanas izplatība dažādās valstīs ievērojami atšķiras, svārstoties no 0,1 % līdz 14,3 %, bet vidējais svērtais rādītājs Eiropā ir 5,0 %. Amfetamīnu lietošana pēdējā gada

<sup>(63)</sup> Šī analīze vēl ir neprecīza, jo dati par Nīderlandi, kas 2007. gadā ziņoja par trešo daļu visa Eiropā konfiscētā LSD apjoma, nav pieejami par turpmākiem gadiem.

laikā šajā vecuma grupā ir robežās no 0,1 % līdz 2,5 %, bet lielākajā daļā valstu, kas sniedza informāciju, izplatības līmenis ir no 0,5 % līdz 2,0 %. Lēš, ka pēdējā gada laikā amfetamīnus ir lietojuši apmēram 1,5 miljoni (1,1 %) gados jauno eiropiešu.

15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū amfetamīnu ilgstošas lietošanas izplatība svārstījās no 1 % līdz 8 % 26 ES dalībvalstīs, Horvātijā un Norvēģijā, ko pētīja 2007. gadā, bet tikai Bulgārijā un Latvijā ziņoja par izplatības līmeni, kas pārsniedza 5 %. Četras valstis, kas veica skolu aptaujas 2009. un 2010. gadā (Itālija, Slovākija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste), ziņoja par amfetamīnu ilgstošu izplatību 3 % līmenī vai mazāk<sup>(64)</sup>.

Dati par amfetamīnu lietošanas izplatību naktsdzīves iestādēs 2009. gadā, ko iesniedza četras valstis (Beļģija, Čehijas Republika, Nīderlande un Apvienotā Karaliste), liecina par lielām atšķirībām, no 6 % līdz 24 %, attiecībā uz amfetamīnu lietošanu pēdējā gada laikā.

Pēdējo desmit gadu laikā amfetamīnu lietošana pēdējā gadā joprojām ir bijusi salīdzinoši maza un nemainīga lielākajā daļā Eiropas valstu, ar izplatības līmeni, kas zemāks par 3 % gandrīz visās valstīs, kas iesniedza datus, izņemot Apvienoto Karalisti un Dāniju. Apvienotajā Karalistē amfetamīnu lietošana pēdējā gada laikā gados jauno pieaugušo vidū (15–34 gadi) samazinājās no 6,2 % 1998. gadā līdz 1,8 % 2009.–2010. gadā; Dānijā, pēc pieauguma līdz 3,1 % 2000. gadā, tā samazinājās līdz 2 % 2010. gadā (skatīt 8. attēlu). Laikā no 2004. līdz 2009. gadam tikai Norvēģija un Čehijas Republika ziņoja par izmaiņām vairāk nekā viena procentpunkta apjomā amfetamīnu lietošanas pēdējā gadā izplatībā gados jauno pieaugušo vidū. Čehijas Republikā atšķirīgās aptaujas metodes neļauj apstiprināt jaunākās tendences. Kopumā skolu aptaujas liecina par nelielām izmaiņām amfetamīnu pamēģināšanas līmenī skolu audzēkņu vidū vecumā no 15 līdz 16 gadiem. Laikā no 2003. līdz 2007. gadam lielākā daļa valstu ziņoja par zemām vai nemainīgām tendencēm attiecībā uz ilglaicīgās lietošanas tendencēm šajā vecuma grupā.

**6. tabula. Amfetamīnu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums.**

Vecuma grupa	Lietošanas laika ietvars	
	Dzīves laikā	Pēdējā gadā
<b>15–64 gadi</b>		
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	12,5 miljoni	1,5–2 miljoni
Eiropā vidēji	3,8 %	0,5 %
Intervāls	0,0–11,7 %	0,0–1,1 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Malta (0,4 %) Kipra (0,7 %)	Rumānija, Malta, Grieķija (0,0 %) Francija (0,1 %) Čehijas Republika, Portugāle (0,2 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Apvienotā Karaliste (11,7 %) Dānija (6,2 %) Zviedrija (5,0 %) Norvēģija (3,8 %)	Igaunija (1,1 %) Apvienotā Karaliste (1,0 %) Bulgārija, Latvija (0,9 %) Zviedrija (0,8 %)
<b>15–34 gadi</b>		
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	6,5 miljoni	1,5 miljoni
Eiropā vidēji	5,0 %	1,1 %
Intervāls	0,1–14,3 %	0,1–2,5 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Grieķija (0,2 %) Malta (0,7 %) Kipra (1,2 %)	Rumānija, Grieķija (0,1 %) Francija (0,2 %) Čehijas Republika (0,3 %) Portugāle (0,4 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Apvienotā Karaliste (14,3 %) Dānija (10,3 %) Latvija (6,1 %) Norvēģija (6,0 %)	Igaunija (2,5 %) Bulgārija (2,1 %) Dānija (2,0 %) Vācija, Latvija (1,9 %)
<p>Aplēses Eiropā ir aprēķinātas no valstu izplatības aplēsēm, kas svērtas, pamatojoties uz iedzīvotāju skaitu attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Lai iegūtu aplēses par lietotāju kopskaitu Eiropā, valstīm, par kurām nebija izplatības datu, aprēķinos izmantoja vidējo ES rādītāju (šīs valstis pārstāvēja ne vairāk kā 3 % mērķauditorijas). Pamata izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi – 336 miljoni; 15–34 gadi – 132 miljoni. Tā kā Eiropas aplēses ir balstītas uz aptaujām, kas veiktas laikā starp 2001. un 2009./2010. gadu (galvenokārt 2004.–2008. gadā), tās neattiecas uz vienu gadu. Šeit apkopoti dati ir pieejami sadaļā "Iedzīvotāju aptaujas" 2011. gada statistikas biļetenā.</p>		

<sup>(64)</sup> Skatīt tabulu EYE-11 2011. gada statistikas biļetenā.

### Problemātiska amfetamīnu lietošana

Tikai dažas valstis var sniegt aplēses par problemātiskās amfetamīnu lietošanas izplatību <sup>(65)</sup>, bet visā Eiropā ir pieejami dati par lietotājiem, kuri sāk ārstēšanos no šo vielu radītajām problēmām.

Tikai neliela daļa jaunu ārstniecības pacientu Eiropā norāda amfetamīnu kā primāro narkotiku – apmēram 5 % reģistrēto narkotiku pacientu 2009. gadā (20 000 pacientu). Tomēr ar amfetamīna lietotājiem ir saistīta ievērojama daļa ārstniecības reģistrācijas ierakstu Zviedrijā (28 %), Polijā (25 %) un Somijā (17 %). Amfetamīna pacienti veido no 6 % līdz 10 % paziņoto ārstniecības sācēju piecās citās valstīs (Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Ungārijā un Nīderlandē); citur šis īpatsvars ir mazāks par 5 %. Turklāt gandrīz 20 000 pacientu, kuri sāk ārstēšanos no problēmām saistībā ar citām primārajām narkotikām, norāda ne-kokaīna stimulējošos līdzekļus kā sekundāro narkotiku <sup>(66)</sup>.

Amfetamīna lietotāji, kuri sāk ārstēšanos, vidēji ir 30 gadus veci un ar zemāku vīriešu-sieviešu attiecību (divi pret vienu) nekā jebkurai citai nelikumīgai narkotikai. Par augstu amfetamīna injicēšanas līmeni ziņoja valstis, kurās amfetamīna lietotāji veido vislielāko daļu jauno ārstniecības pacientu (Latvija, Zviedrija un Somija), un tajās primārie amfetamīna pacienti, kuri injicē šo narkotiku, ir no 59 % līdz 83 % <sup>(67)</sup>.

Amfetamīna lietošanas tendences starp lietotājiem, kuri sāka ārstēšanos no 2004. līdz 2009. gadam, nav mainījušās lielākajā daļā valstu, nedaudz samazinoties to pacientu skaitam, kuri sāka ārstēšanos pirmo reizi dzīvē, galvenokārt tāpēc, ka samazinājās jaunu amfetamīna pacientu skaits Somijā un Zviedrijā (EMCDDA, 2010d).

Pretēji citām pasaules daļām, kur pēdējos gados vērojams metamfetamīna lietošanas pieaugums, šķiet, ka Eiropā šis lietošanas līmenis joprojām ir ierobežots. Eiropā šis narkotikas lietošana vēsturiski ir bijusi koncentrēta Čehijas Republikā un vēlāk arī Slovākijā. 2009. gadā problemātisko metamfetamīna lietotāju skaits Čehijas Republikā bija aptuveni 24 600–25 900 (3,3 līdz 3,5 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), un tas bija aptuveni divas reizes vairāk par problemātisko opioīdu lietotāju aptuveno skaitu. Tas bija statistiski būtisks palielinājums, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem. Slovākijā 2007. gadā aplēses liecināja par aptuveni 5800–5700 problemātiskajiem metamfetamīna

lietotājiem (1,5 līdz 4,0 gadījumi uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem), aptuveni par 20 % mazāk nekā aptuvenais problemātisko opioīdu lietotāju skaits.

Metamfetamīnu kā primāro narkotiku norādīja liela daļa reģistrēto pacientu, kuri uzsāka ārstēšanos Čehijas Republikā (61 %) un Slovākijā (30 %). Abas valstis ziņoja, ka par to pacientu skaita un kopējā īpatsvara palielinājumu, kuri no jauna sākuši ārstēšanos saistībā ar metamfetamīnu pēdējo desmit gadu laikā. Starp tiem, kuri meklēja palīdzību metamfetamīna problēmas dēļ, injicēšana bija izplatīta Čehijas Republikā (79 %) un mazākā mērā arī Slovākijā (37 %), tomēr kopumā līmenis pēc 2004. gada ir samazinājies. Metamfetamīna pacienti šajās valstīs vidēji bija aptuveni 25 gadus veci, kad sāka ārstēšanos <sup>(68)</sup>.

Pēdējos gados metamfetamīns ir parādījies arī citu valstu narkotiku tirgos, jo īpaši Eiropas ziemeļos (Norvēģijā, Zviedrijā, Latvijā un mazākā mērā arī Somijā), kur tas ir daļēji aizstājis amfetamīnu – lietotājiem faktiski nav iespējams šīs abas vielas atšķirt vienu no otras.

### Ekstazī

Narkotiku izplatības aplēses liecina, ka apmēram 11 miljoni eiropiešu ir pamēģinājuši ekstazi, un apmēram 2,5 miljoni ir lietojuši šo narkotiku pēdējā gada laikā (datu kopsavilkumu skatīt 7. tabulā). Šis narkotikas lietošana pēdējā gada laikā vairāk ir bijusi izplatīta gados jaunu pieaugušo vidū, kur paziņotais vīriešu kārtas lietotāju īpatsvars ir daudz augstāks nekā sievietēm visās valstīs, izņemot Grieķiju, Rumāniju, Somiju un Zviedriju. Ekstazī ilgstošas lietošanas izplatība vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem ir robežās no mazāk par 0,6 % līdz 12,7 %, bet lielākā daļā valstu, kas sniedza informāciju, lēš, ka izplatības līmenis ir 2,1–5,8 % <sup>(69)</sup>.

15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu ekstazī ilgstošas lietošanas izplatība lielākajā daļā Eiropas valstu, kas pētītas 2007. gadā, svārstījās no 1 % līdz 5 %. Tikai četras valstis ziņoja par augstāku izplatības līmeni – Bulgārija, Igaunija un Slovākija (visām 6 %) un Latvija (7 %). Četras valstis, kas veica skolu aptaujas 2009. gadā (Itālija, Slovākija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste), ziņoja par ekstazī lietošanas ilgstošu izplatību 5 % līmenī vai mazāku <sup>(70)</sup>.

Kvalitatīvie pētījumi sniedz ieskatu stimulējošo narkotiku lietošanā “izklaides” nolūkā, ko veic gados jauni pieaugušie, kuri apmeklē dažādus naktsdzīves iestādes

<sup>(65)</sup> Problemātiska amfetamīnu lietošana ir definēta kā šo vielu injicēšana vai ilglaicīga un/vai regulāra lietošana.

<sup>(66)</sup> Skatīt tabulas TDI-5 (ii daļa) un TDI-22 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(67)</sup> Skatīt tabulas TDI-5 (iv daļa) un TDI-37 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(68)</sup> Skatīt tabulu TDI-2 (i daļa), TDI-3 (iii daļa) un TDI-5 (ii daļa) un (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā un tabulu TDI-5 (ii daļa) 2006. gada statistikas biļetenā.

<sup>(69)</sup> Skatīt tabulu GPS-7 (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(70)</sup> Skatīt tabulu EYE-11 2011. gada statistikas biļetenā.

**7. tabula. Ekstazī lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums.**

Vecuma grupa	Lietošanas laika ietvars	
	Dzīves laikā	Pēdējā gadā
<b>15–64 gadi</b>		
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	11 miljoni	2,5 miljoni
Eiropā vidēji	3,2 %	0,7 %
Intervāls	0,3–8,3 %	0,1–1,6 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (0,3 %) Griekija (0,4 %) Malta (0,7 %) Norvēģija (1,0 %)	Rumānija, Zviedrija (0,1 %) Malta, Griekija (0,2 %) Dānija, Polija, Norvēģija (0,3 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Apvienotā Karaliste (8,3 %) Īrija (5,4 %) Spānija (4,9 %) Latvija (4,7 %)	Apvienotā Karaliste, Slovākija (1,6 %) Latvija (1,5 %) Čehijas Republika (1,4 %)
<b>15–34 gadi</b>		
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	7,5 miljoni	2 miljoni
Eiropā vidēji	5,5 %	1,4 %
Intervāls	0,6–12,7 %	0,2–3,2 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija, Griekija (0,6 %) Malta (1,4 %) Polija, Norvēģija (2,1 %) Portugāle (2,6 %)	Rumānija, Zviedrija (0,2 %) Griekija (0,4 %) Norvēģija (0,6 %) Polija (0,7 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Apvienotā Karaliste (12,7 %) Čehijas Republika (9,3 %) Īrija (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Apvienotā Karaliste (3,2 %) Čehijas Republika (2,8 %) Slovākija, Latvija, Nīderlande (2,7 %)
<small>Aplēses Eiropā ir aprēķinātas no valstu izplatības aplēsēm, kas svērtas, pamatojoties uz iedzīvotāju skaitu attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Lai iegūtu aplēses par lietotāju kopskaitu Eiropā, valstīm, par kurām nebija izplatības datu, aprēķinos izmantoja vidējo ES rādītāju (šīs valstis pārstāvēja ne vairāk kā 3 % mērķauditorijas). Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi – 336 miljoni; 15–34 gadi – 132 miljoni. Tā kā Eiropas aplēses ir balstītas uz aptaujām, kas veiktas laikā starp 2001. un 2009./2010. gadu (galvenokārt 2004.–2008. gadā), tās neattiecas uz vienu gadu. Šeit apkopoti dati ir pieejami sadaļā "Iedzīvotāju aptaujas" 2011. gada statistikas biļetenā.</small>		

visā Eiropā. Šie pētījumi norāda uz būtiskām atšķirībām apmeklētāju narkotiku lietošanas profilos, un, proti, tiem, kuri apmeklē elektroniskās deju mūzikas iestādes, ir lielāka iespēja, ka tiks ziņots par viņu narkotiku lietošanu, nekā tiem, kuri apmeklē citas naktsdzīves iestādes. Dati par ekstazī lietošanas izplatību naktsdzīves iestādēs 2009. gadā ir pieejami tikai par četrām valstīm (Beļģija, Čehijas Republika, Nīderlande un Apvienotā Karaliste), bet tie liecina par lielām atšķirībām, no 10 % līdz 75 %, attiecībā uz paziņoto neseno (pēdējā gada) ekstazī lietošanu. Paraugam atlasītajās iestādēs ekstazī lietošana bija izplatītāka nekā amfetamīnu lietošana.

Laikā no 2003. līdz 2009. gadam neviena valsts neziņoja par ekstazī lietošanas pieaugumu, bet Igaunija, Spānija, Vācija, Ungārija un Apvienotā Karaliste ziņoja par samazinājumu par aptuveni vienu procentpunktu pēdējā gada ekstazī lietošanā vecuma grupā no 15 līdz 34 gadiem. Tomēr ir noteiktas atšķirības starp dažādām valstīm. Valstis, kas ziņoja par pēdējā gada ekstazī lietošanas līmeni, pārsniedzot vidējo rādītāju, šīs narkotikas

patēriņa kulminācija 15 līdz 34 gadus vecu apmeklētāju vidū parasti bija robežās no 3 % līdz 5 % 2000. gadu sākumā (Igaunijā, Spānijā, Slovākijā un Apvienotajā Karalistē; skatīt 8. attēlu). Izņēmums ir Čehijas Republika, kur pēdējā gada ekstazī lietošanas kulminācija 2008. gadā tiek lēsta 7,7 % apmērā, un tā samazinājās līdz 2,8 % 2009. gadā. Čehijas Republikā atšķirīgās aptaujas metodes neļauj apstiprināt jaunākās tendences.

Kopumā skolu aptaujas liecina par nelielām izmaiņām ekstazī pamēģināšanas līmenī skolu audzēkņu vidū vecumā no 15 līdz 16 gadiem. Laikā no 2003. līdz 2007. gadam lielākā daļa valstu ziņoja par zemu vai nemainīgu tendenci ilgstošas ekstazī lietošanas izplatībā šajā vecuma grupā, bet septiņas valstis ziņoja par palielinājumu un trīs – par samazinājumu, izmantojot divu procentpunktu lielu starpību kā robežvērtību. Par ekstazī izplatības samazināšanos var liecināt pētījumi, kas veikti Eiropas izklaides vietās. Amsterdamā pētījums par "kafijas" veikalos apmeklētājiem liecināja par krasu kritumu attiecībā uz ekstazī lietošanu pēdējā mēneša laikā, no 23 % 2001. gadā līdz 6 %

2009. gadā; pētījums arī liecināja par amfetamīna ilgstošas lietošanas samazinājumu, no 63 % līdz 41 % tajā pašā laikposmā. Pētījums Beļģijā, ko regulāri veic naktsklubos, liecināja, ka ekstazī vairs nav otrā visplašāk lietotā nelikumīgā narkotika. Iepriekšējos pētījumos pēdējā gada ekstazī lietošana vienmēr bija robežās no 15 % līdz 20 %, bet 2009. gadā tā samazinājās līdz 10 %.

Tikai neliels skaits narkotiku lietotāju vēlas ārstēties no ekstazī izraisītām problēmām. 2009. gadā ekstazī kā primāro narkotiku minēja mazāk nekā 1 % (1300) visu reģistrēto jauno ārstniecības pacientu. Ekstazī pacientu vidējais vecums ir 26 gadi, un viņi ir vieni no jaunākajiem pacientiem, kuri sāk ārstēšanos no narkotikām, turklāt uz katru sievieti ir no trim līdz četriem vīriešiem. Ekstazī pacienti bieži norāda, ka vienlaikus lieto arī citas vielas, tostarp alkoholu, kokaīnu un mazākā mērā arī kaņepes un amfetamīnus <sup>(71)</sup>.

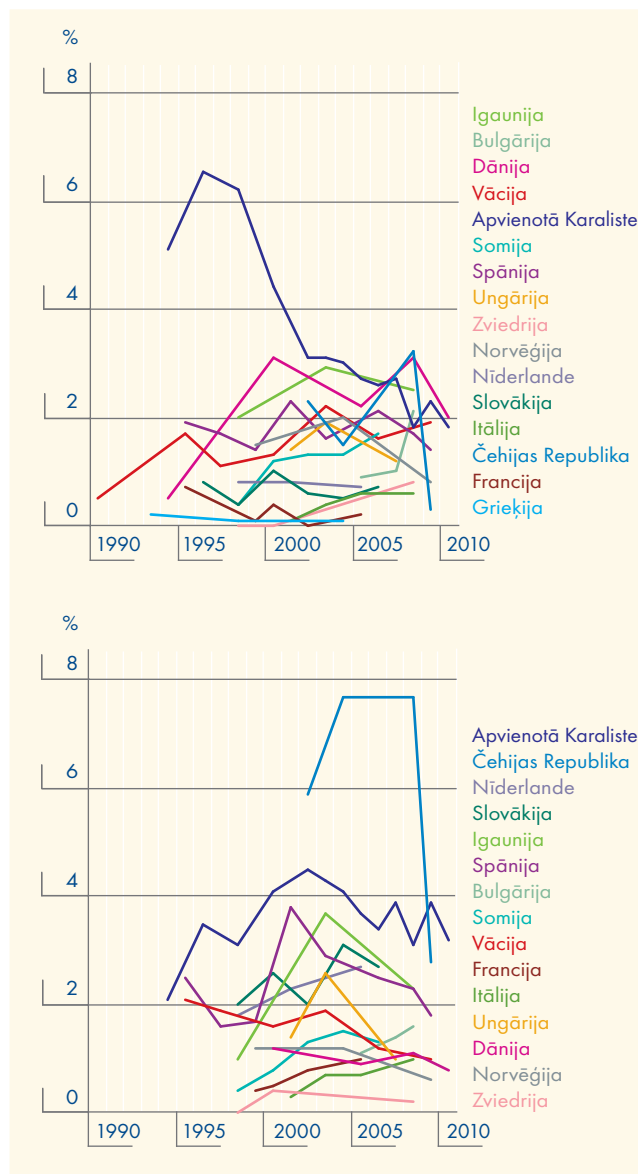
Par ekstazī vai amfetamīnu lietošanu kopā ar alkoholu ir ziņojuši Eiropā veikti pētījumi. Deviņās Eiropas valstīs iedzīvotāju aptaujas liecina, ka bieži vai smagi alkohola lietotāji ziņo par daudz augstākiem amfetamīnu vai ekstazī lietošanas izplatības līmeņiem nekā vidēji pārējā sabiedrībā (EMCDDA, 2009b). Tāpat arī ESPAD skolu aptaujas dati no 22 valstīm liecina, ka 86 % skolu audzēkņu vecumā no 15 līdz 16 gadiem, kas ziņoja par ekstazī lietošanu pēdējā mēneša laikā, ziņoja arī par piecu vai vairāku alkoholisko dzērienu izdzeršanu vienā pasākumā (EMCDDA, 2009b).

### Halucinogēnās vielas, GHB un ketamīns

Gados jaunu (15–34 gadus vecu) pieaugušo vidū Eiropā ilgstošas lietošanas izplatības aplēses attiecībā uz LSD svārstās no nulles līdz 5,5 %. Par daudz zemākiem izplatības līmeņiem tiek ziņots attiecībā uz lietošanu pēdējā gada laikā <sup>(72)</sup>. No tām dažām valstīm, kas sniedza salīdzināmus datus, vairākums ziņoja par augstāku halucinogēno sēņu lietošanas līmeni nekā LSD, gan iedzīvotāju vidū kopumā, gan starp skolu audzēkņiem. Aplēses par ilgstošo izplatību attiecībā uz halucinogēnajām sēnēm starp gados jaunajiem pieaugušajiem svārstās no 0,3 % līdz 14,1 %, bet aplēses par izplatību pēdējā gada laikā ir robežās no 0,2 % līdz 5,9 %. Attiecībā uz no 15 līdz 16 gadus veciem skolu audzēkņiem lielākā daļa valstu ziņoja, ka halucinogēno sēņu ilgstošas lietošanas izplatības aplēses ir no 1 % līdz 4 %, bet Slovākija (5 %) un Čehijas Republika (7 %) ziņoja par lielākiem skaitļiem <sup>(73)</sup>.

Aplēses par GHB un ketamīna lietošanas izplatību pieaugušo un skolu grupās ir daudz zemākas nekā aplēses par kokaīna un ekstazī lietošanu. Taču šo vielu lietošana

**8. attēls.** Amfetamīnu (augšpusē) un ekstazī (apakšpusē) lietošanas pēdējā gada laikā izplatības tendences gados jaunu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 34 gadiem).



levēro! Šeit ir sniegti dati tikai par valstīm, kurās laikā no 1998. gada līdz 2009. gada oktobrim ir veiktas vismaz trīs aptaujas. Čehijas Republika meklē izskaidrojumu, kāpēc aptauju rezultāti ir tik atšķirīgi, un daļēji tas var būt saistīts ar izmaiņām metodoloģijā. Dati ir sniegti tikai informācijai, un salīdzinājumi ir jāveido piesardzīgi. Papildu informāciju skatīt attēlos GPS-8 un GPS-21 2011. gada statistikas biļetenā.

Avots: Reitox valstu ziņojumi, kur apkopoti iedzīvotāju aptauju rezultāti, ziņojumi un zinātniska rakstura informācija.

var būt izplatītāka konkrētās grupās, vidēs un ģeogrāfiskos apgabalos. Mērķorientētas aptaujas, kas sniedza izplatības aplēses par šo vielu lietošanu, nesen tika veiktas Beļģijā, Čehijas Republikā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē. Šie pētījumi liecina par ilgstošas GHB lietošanas izplatību robežās no 3,9 % līdz 14,3 % un par pēdējā mēneša

<sup>(71)</sup> Skatīt tabulu TDI-5, TDI-8 un TDI-37 (i daļa), (ii daļa) un (iii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(72)</sup> Skatīt tabulu GPS-1 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(73)</sup> Dati no ESPAD par visām valstīm, izņemot Spāniju. Skatīt attēlu EYE-3 (v daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

lietošanas izplatību līdz 4,6 %. Aplēses par ketamīna lietošanu tajās pašās aptaujās svārstās no 2,9 % līdz 62 % attiecībā uz ilgstošu lietošanu un no 0,3 % līdz 28 % attiecībā uz lietošanu pēdējā mēneša laikā. Ir būtiskas atšķirības arī starp aptaujām un valstīm, un paziņotie augstie ketamīna lietošanas izplatības dati ir iegūti tikai 2010. gada Apvienotās Karalistes mūzikas žurnāla rīkotā aptaujā (Winstock, 2011). Šajā aptaujā atklātie ketamīna lietošanas līmeņi ir daudzreiz augstāki par GHB lietošanas rādītājiem. Šādi dati par plašu ketamīna izplatību varēja rasties, pateicoties respondentu pašatlasei līdzdalībai aptaujā, viņu konkrētajiem narkotiku lietotāju profiliem un attieksmēm. Nīderlande ziņoja, ka ketamīns ir ieguvis zināmu popularitāti starp modes noteicējiem rietumu reģionā, bet pēdējā mēneša lietošanas izplatības līmeņi starp masu pasākumu apmeklētājiem 2009. gadā joprojām bija zemāki (1,2 %) nekā attiecībā uz GHB (4,6 %). Starp Amsterdamas "kafijas" veikalu apmeklētājiem 2009. gadā pēdējā mēneša GHB lietošana bija līdzīga pēdējā mēneša amfetamīna lietošanas līmenim – 1,5 %. Priekšstati par augsto pārdozēšanas risku, kas var likt zaudēt samaņu vai nonākt komas stāvoklī saistībā ar GHB lietošanu, ir atspoguļoti kvalitatīvos pētījumos, kas veikti Vācijā, Igaunijā, Francijā un Nīderlandē.

Nav iespējams izsecināt nekādas GHB un ketamīna lietošanas vispārējās tendences no atkārtotajiem pētījumiem, kas veikti starp pasākumu vai izklaides vietu apmeklētājiem, un paziņotās izmaiņas lielākajā daļā gadījumu ir nelielas. Beļģijas izklaides vietās veikti pētījumi liecina, ka laikā no 2008. līdz 2009. gadam GHB un ketamīna lietošana pēdējā mēneša laikā ir pieaugusi no 2 % līdz 3 %. Čehijas Republikas naktsklubos veikti pētījumi liecina, ka GHB lietošana pēdējā gada laikā ir palielinājusies no 1,4 % 2007. gadā līdz 3,9 % 2009. gadā, bet ketamīna lietošana tajā pašā laikposmā – no 2,2 % līdz 2,9 %. Tika ziņots par samazinājumu attiecībā uz GHB lietošanu pēdējā mēneša laikā starp Amsterdamas "kafijas" veikalu apmeklētājiem – no 2,8 % 2001. gadā līdz 1,5 % 2009. gadā. Tomēr tendences Amsterdamā nav reprezentatīvas pārējai Nīderlandes daļai. Arī starp respondentiem, kuri piedalījās Apvienotās Karalistes mūzikas žurnāla veiktajā aptaujā, GHB lietošana pēdējā mēneša laikā samazinājās no 1,7 % 2009. gadā līdz mazāk nekā 1 % 2010. gadā, bet ketamīna lietošana tajā pašā laikposmā samazinājās no 32,4 % līdz 28 %.

## Iejaukšanās pasākumi izklaides vietās

Neraugoties uz narkotiku lietošanas plašo izplatību izklaides vietās, tikai 13 valstis ziņoja par profilakses vai kaitējuma mazināšanas iejaukšanās pasākumu īstenošanu šajās jomās. Paziņotie iejaukšanās pasākumi

joprojām pārsvarā pievērsās informācijas sniegšanai un konsultēšanai. Par šādu uzsvāru liecina arī iejaukšanās pasākumi, kas paredzēti Veselīgas naktsdzīves instrumentu kopā, kas ir ES finansēta un uz internetu balstīta iniciatīvā ar mērķi palīdzēt mazināt kaitējumu, ko nodara alkohola un narkotiku lietošana naktsklubos. Projekta "Drošāka naktsdzīve", vēl vienas ES finansētas iniciatīvas, kas iekļauta programmā "Demokrātija, pilsētas un narkotikas II (2008.–2011. gads)", mērķis ir virzīties tālāk par informācijas sniegšanu un uzlabot naktsdzīves profilakses programmas, kā arī apmācīt speciālistus.

Nesen veikts sistemātisks apskats par kaitējuma mazināšanas stratēģijām, kas īstenotas izklaides vietās, atklāja, ka tās reti novērtē un to efektivitāte ne vienmēr ir skaidra (Akbar un citi, 2011). Šis apskats secināja, ka iejaukšanās pasākumi, kas pievērsās apkalpojošā personāla apmācībai izklaides vietās, bija visizplatītākais programmas veids. Šis programmas parasti pievērsās tādiem tematiem kā intoksikācijas pazīmju noteikšana un izpratne par to, kad un kā atteikties apkalpot klientus. Austrijas "taktisch klug" ("gudrās taktikas") projekts palīdz pasākumu organizatoriem sagatavošanās posmā, un pasākumu apmeklētājiem piedāvā konsultēšanu, lai veidotu kritiskāku attieksmi pret psihoaktīvām vielām un riskantu uzvedību. Par daudzpakāpju vides modeļiem, kas pieder programmām ar daudzsološākiem novērtējuma rezultātiem, galvenokārt ziņoja valstis Eiropas ziemeļos.

Starptautisko naktsdzīves iestāžu izpēte apliecināja, ka tās var būt saistītas ar narkotiku lietotāju vervēšanu, lietošanas eskalāciju un recidīviem, kā arī tās var izmantot, lai starptautiski izplatītu narkotiku kultūras. Pētījumi norāda uz plašu narkotiku lietošanas izplatību un mudinājumiem sākt lietot narkotikas, kas vērojami dažos kūrortos. Piemēram, pētījums par gados jauniem cilvēkiem (16–35 gadus veciem) no Spānijas, Vācijas un Apvienotās Karalistes, kuri atpūtās Ibizā un Maljorkā, atklāja būtiskas atšķirības starp narkotiku lietošanu dažādu tautību pārstāvjiem un starp šiem diviem kūrortiem. Narkotikas jo īpaši daudz lietoja Spānijas un Lielbritānijas atpūtnieki Ibizā, un katrs piektais Lielbritānijas atpūtnieks sava atvaļinājuma laikā izmēģināja vismaz vienu jaunu narkotiku (Bellis un citi, 2009).

## Ārstniecība

### Problemātiska amfetamīnu lietošana

Amfetamīnu lietotāju ārstniecības iespējas Eiropas valstīs bieži ir saistītas ar valsts vēsturi un problemātiskās amfetamīnu lietošanas ievirzēm, kas dažādās valstīs būtiski atšķiras. Rietumeiropas un Dienvideiropas valstīs ārstniecības sistēmas pārsvarā ir specializējušās opioīdu

## Amfetamīnu ietekme uz veselību

Amfetamīnu lietošanai medicīnā var būt daudzas blaknes, tostarp anoreksija, bezmiegs un galvassāpes. Nelikumīga amfetamīnu lietošana ir saistīta ar plašāku negatīvo seku klāstu (EMCDDA, 2010d), piemēram, ar īslaicīgu negatīvu ietekmi (nemieru, trīsām, bailēm, reiboņiem); "sabrukumu" jeb paģirām pēc lietošanas (depresiju, aizmigšanas grūtībām, pašnāvnieciskām tieksmēm); psiholoģisku un psihiatrisku ietekmi, ko rada ilglaicīga lietošana (psihozēm, pašnāvnieciskām tieksmēm, bailēm un vardarbīgu izturēšanos), kā arī atkarību ar dažādiem abstinences simptomiem.

Daudzi pētījumi par amfetamīnu lietošanas ietekmi uz veselību ir veikti Austrālijā un ASV, valstīs, kur metamfetamīna lietošana, proti, kristāliskā metamfetamīna smēķēšana, ir būtiska narkotiku problēmas daļa. Kaut arī Eiropā metamfetamīnu lieto salīdzinoši reti, par šādu ietekmi uz veselību ir ziņots arī Eiropā. Ir novērotas arī cerebrovaskulāras problēmas (išēmiskās un hemorāģiskās triekas risks), kā arī akūta un hroniska sirds un asinsvadu patoloģija (akūta sirdsdarbības un asinsspiediena paaugstināšanās). Ja narkotikas lieto hroniski vai iepriekš ir bijusi sirds un asinsvadu patoloģija, var iestāties smagi un potenciāli letāli gadījumi (miokarda išēmija un infarkts). Papildu ietekme uz veselību var būt saistīta ar neirotoksicitāti, kavētu embrija augšanu, ja amfetamīnu lieto grūtniecības laikā, un zobu slimībām.

Injicēšana, kaut arī reti sastopama starp Eiropas amfetamīnu lietotājiem, palielina infekcijas slimību risku (HIV un hepatīts). Par ļoti lielu risku metamfetamīna lietotāju seksuālajā uzvedībā ziņoja Čehijas Republika, jo šāda uzvedība mazina aizsardzību pret seksuāli transmisīvām infekcijām. Pētījumi Čehijas Republikā, Latvijā un Nīderlandē atklāja paaugstinātu mirstību starp atkarīgajiem vai hroniskajiem amfetamīnu lietotājiem. Tomēr mirstības aplēses saistībā ar amfetamīniem apgrūtina vairāku narkotiku lietošana (galvenokārt vienlaicīga lietošana kopā ar heroīnu un kokainu).

lietotāju vajadzību apmierināšanai. Neraugoties uz problemātiskās amfetamīna lietošanas zemo līmeni šajās valstīs, īpašu dienestu trūkums var šiem lietotājiem apgrūtināt ārstniecības pieejamību, jo īpaši sociāli vairāk integrētajiem amfetamīna lietotājiem (EMCDDA, 2010d). Ziemeļeiropas un Centrāleiropas valstīs ar garu vēsturi amfetamīnu lietotāju ārstniecībā dažas programmas ir īpaši pielāgotas amfetamīnu lietotāju vajadzībām. Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs, kur amfetamīnu lietošanas lielākās problēmas ir samērā neseno radušās, ārstniecības sistēmas ir galvenokārt pielāgotas problemātiskajiem opioīdu lietotājiem un nespēj pietiekami strauji risināt amfetamīnu lietotāju vajadzības. Valstu ekspertu 2008. gada aptauja atklāja, ka mazāk nekā puse Eiropas valstu var ziņot par specializētu ārstniecības programmu pieejamību tiem amfetamīnu lietotājiem, kuri aktīvi vēlas izārstēties.

Amfetamīnu lietotāju izplatītākais ārstniecības veids ir psihosociālā ārstniecība, ko nodrošina ambulatori narkotiku dienesti. Problemātiskāki lietotāji, piemēram, tie, kuru atkarību no amfetamīniem pastiprina vienlaicīgi psihiski traucējumi, var saņemt ārstēšanu narkotiku ārstniecības stacionāros, psihiatriskās klīnikās vai slimnīcās. Eiropā medikamentus, piemēram, antidepresantus, nomierinošos un antipsihotiskos līdzekļus, abstinences simptomu ārstēšanai lieto detoksikācijas sākumposmā, ko parasti nodrošina specializētos psihiatriskos stacionāros. Ilglaicīgāku ārstēšanu ar antipsihotiskiem līdzekļiem dažkārt paraksta ilgstošu psihopatoloģiju gadījumos, ko izraisījis hroniska amfetamīnu lietošana. Eiropas speciālisti atzīst, ka bieži vien problemātisko amfetamīnu lietotāju psihiatriskās problēmas ir grūti risināt ar terapijas līdzekļiem. Ungārijā pirmo profesionālo protokolu, kas bija veltīts amfetamīnu lietotāju ārstniecībai, Veselības aizsardzības ministrija publicēja 2008. gada sākumā. Šis protokols regulēja diagnostikas jautājumus, noteica kārtību, kā medicīniski jāatbalsta ārstēšana bez zālēm, un izskatīja citus terapijas un rehabilitācijas jautājumus.

## Pētījumi par amfetamīnu atkarības ārstēšanu

Kaut arī Čehijas Republika un Apvienotā Karaliste ziņoja par ierobežotu farmakoloģiska aizstājēja izrakstīšanu, pašlaik nav pierādījumu, kas apstiprinātu šīs metodes efektivitāti. Tomēr mediķi aktīvi pēta farmakoloģiskās terapijas, kas var palīdzēt amfetamīnu atkarības ārstēšanā. Centrālo nervu sistēmu stimulējošais dekstroamfetamīns pēc testēšanas uz metamfetamīnu pacientiem deva pozitīvus rezultātus, samazinot kāri pēc narkotikas un abstinences simptomus, kā arī palīdzot noturēt pacientus ārstniecībā, tomēr tas nesamazināja metamfetamīnu lietošanu, salīdzinot ar placebo (Galloway un citi, 2011; Longo un citi, 2010). Pētījumi, kuros testēja modafinila ietekmi – šo narkotiku izmanto miegainības regulēšanai – uz personām, kas atkarīgas no metamfetamīna, atklāja iespējamus uzlabojumus darba atmiņā (Kalechstein un citi, 2010), bet nekādas atšķirības, salīdzinot ar placebo, attiecībā uz narkotiku lietošanas līmeņiem, noturēšanu ārstniecībā, depresiju vai kāri pēc narkotikas (Heinzerling un citi, 2010).

Bupropionu jeb antidepresantu, ko izmanto, lai atvieglotu smēķēšanas atmešanu, izmēģināja nelielā grupā no metamfetamīna atkarīgu vīriešu, kuri stājās dzimumsakaros ar vīriešiem (Elkashaf un citi, 2008); ir nepieciešams pārliecinošāks pētījums, kas apstiprinātu iegūtos pozitīvos rezultātus. Cits eksperimentāls pētījums, kura mērķis bija kontrolēt uzmanības deficīta hiperaktivitātes traucējumu simptomus problemātiskiem amfetamīna lietotājiem, apvienoja ilgstošu metilfenidāta kursu ar iknedēļas prasmju



izkopšanas sesijām, tomēr nekonstatēja atšķirību no placebo grupas (Konstenius un citi, 2010).

Šajā jomā ir reģistrēti daudzi vēl nepabeigti izmēģinājumi, tostarp pētījumi par pagarinātu naltreksona lietošanu amfetamīna un metamfetamīna atkarības ārstēšanai, pētījumi par monoamīna antagonistu, angiotenzīna konvertējošā enzīma inhibitoru, N-acetilcisteīnu, rivastigmīnu un vareniklīnu.

Psiholoģiskajiem un uzvedības ievaukšanās pasākumiem metamfetamīna problēmu jomā pievēršas tikai nedaudzi pētījumi. Austrālijas pētījums mēģināja salīdzināt divas psiholoģiskās metodes metamfetamīna lietošanas gadījumos, tomēr dalībnieku atbīrums bija pārāk liels, lai iegūtu būtiskus rezultātus (Smout un citi, 2010). Iesāktie izmēģinājumi, kas reģistrēti šajā jomā, pēta motivējošo interviju un kognitīvo uzvedības prasmju apmācības ietekmi uz atkarību no metamfetamīna.

#### **Gamma-hidroksibutirāta atkarība un ārstēšana**

Atkarība no gamma-hidroksibutirāta (GHB) ir atzīts klīniskais stāvoklis ar potenciāli smagu abstinences sindromu, ja narkotikas lietošanu krasi pārtrauc pēc regulāras vai hroniskas lietošanas. Ir pierādīts, ka lietotājiem izkļaides

vietās var izveidoties fiziska atkarība, tāpat ir dokumentēti arī abstinences simptomu gadījumi pēc GHB lietošanas pārtraukšanas un šīs vielas prekursori. GHB atkarība ir konstatēta arī bijušajiem alkoholiķiem (Richter un citi, 2009).

Pieejamie pētījumi galvenokārt pievēršas GHB abstinences sindroma aprakstīšanai un ar to saistītajām komplikācijām, ko var būt grūti konstatēt ārkārtas gadījumos (van Noorden un citi, 2009). Šie simptomi var būt nemiers, baiļu lēkmes, bezmiegs, pastiprināta svīšana, tahikardija un hipertoniija. Pacientiem, kuri cenšas atmett narkotiku lietošanu, var veidoties arī psihoze un delīrijs. Ja atmešana norit viegli, to var koordinēt ambulatorās iestādēs, pretējā gadījumā ieteicama stacionāra uzraudzība. Pagaidām vēl nav izstrādāti nekādi standartizēti protokoli GHB abstinences sindroma ārstēšanai.

Benzodiazepīni un barbiturāti ir medikamenti, kurus visplašāk izmanto akūtu problēmu ārstēšanai saistībā ar GHB lietošanu. ASV pašlaik notiek neliels pētījums, kurā salīdzina benzodiazepīnu lorazepāmu ar barbiturātu pentobarbitālu, kā tie mazina subjektīvos abstinences simptomus personām, kas atkarīgas no GHB. Nīderlandē pašlaik notiek pētījums, lai izstrādātu uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas GHB atkarības ārstēšanai.

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. nodaļa

# Kokaīns un kreka kokaīns

### Levads

Kokaīns joprojām ir otra visbiežāk lietotā neatļautā narkotika Eiropā, kaut arī izplatības līmeņi un tendences starp valstīm ievērojami atšķiras. Augsti kokaīna lietošanas līmeņi ir vērojami tikai nelielā skaitā – pārsvarā Rietumeiropas – valstu, bet citur šīs narkotikas lietošana saglabājas ierobežotā apmērā. Būtiska daudzveidība ir vērojama arī starp kokaīna lietotājiem, tostarp nejaušiem lietotājiem un sociāli vairāk integrētiem regulāriem lietotājiem, kuri parasti ieņauc kokaīna pulveri, un vairāk marginalizētiem un bieži vien atkarīgiem lietotājiem, kuri kokaīnu injicē vai lieto kreka kokaīnu.

### Piedāvājums un pieejamība

#### Ražošana un tirdzniecība

Kokas krūmu – kokaīna ieguves avota – audzēšana joprojām ir koncentrēta trīs Andu reģiona valstīs – Kolumbijā, Peru

un Bolīvijā. (UNODC, 2011) lēsa, ka 2010. gadā kokas krūmu audzēšanas platība 149 000 hektāru apmērā bija samazinājusies par 6 %, salīdzinot ar 158 000 hektāru aplēsēm 2009. gadā. Šis samazinājums galvenokārt bija saistāms ar kokas audzēšanas platību sašaurināšanos Kolumbijā, ko daļēji kompensēja palielinājums Peru un Bolīvijā. Kokas krūmu platības 149 000 hektāru apmērā potenciāli ļāva saražot no 786 līdz 1054 tonnām tīra kokaīna, salīdzinot ar aplēsēm par 842–1111 tonnām 2009. gadā (UNODC, 2011).

Kokas lapu pārstrāde kokaīna hidrohlorīdā galvenokārt notiek Kolumbijā, Peru un Bolīvijā, lai gan to var veikt arī citās valstīs. Kolumbijas nozīmīgumu kokaīna ražošanā apstiprina informācija par likvidētajām laboratorijām un konfiscēto kālija permanganātu – ķīmisko reaģentu, ko izmanto kokaīna hidrohlorīda izgatavošanā. 2009. gadā Kolumbijā likvidēja 2900 kokaīna laboratoriju (UNODC, 2011) un kopumā konfiscēja 23 tonnas kālija permanganāta (90% kopējā konfiscētā daudzuma pasaulē) (INCB, 2011a).

8. tabula. Kokaīna un kreka kokaīna ražošana, konfiskācija, cena un fīrība.

	Kokaīna pulveris (hidrohlorīds)	Kreks (kokaīna bāze) (1)
Kopējās ražošanas aplēses (tonnās)	786–1054	n. a.
Kopējais konfiscētais daudzums (tonnās)	732 (2)	n. a.
ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā) konfiscētais daudzums (tonnās) (3)	49 (49)	0,09 (0,09)
Konfiskācijas gadījumu skaits ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)	98 500 (99 000)	7500 (7500)
Vidējās mazumtirdzniecības cenas (euro par gramu) intervāls (intervāls ceturksnī) (4)	45–104 (50,2–78,2)	55–70
Vidējās fīrības (%) intervāls (intervāls ceturksnī) (4)	18–51 (25,0–38,7)	6–75

(1) Tā kā informāciju sniedza neliels valstu skaits, dati jāinterpretē piesardzīgi.

(2) UNODC lēš, ka šis daudzums līdzinās 431–562 tonnām tīra kokaīna.

(3) Dati par kokaīna kopējo daudzumu, ko konfiscēja 2009. gadā, var nebūt pilnīgi, lielā mērā tādēļ, ka trūkst jaunāko datu par Nīderlandi – valsti, kas ziņoja par salīdzinoši lielu konfiskāciju gadījumu skaitu līdz 2007. gadam. Tā kā nav datu par 2008. un 2009. gadu, Nīderlandes vērtības nav iespējams iekļaut Eiropas kopējās aplēsēs par 2009. gadu.

(4) Paziņoto datu vidējās daļas intervāls.

Visi dati ir par 2009. gadu; n. a. – dati nav pieejami.

Avoti: UNODC (2011) – vispārējās vērtības, Reitox valstu koordinācijas centri – dati par Eiropu.

Kokaīna sūtījumi pirms nokļūšanas Eiropā šķērso lielāko daļu Dienvidamerikas un Centrālamerikas valstu, galvenokārt Argentīnu, Brazīliju, Ekvadoru, Venecuēlu un Meksiku. Arī Karību jūras salas bieži izmanto kā starpposmu narkotiku transportēšanai uz Eiropu. Pēdējos gados ir atklāti citi maršruti caur Rietumāfriku (*EMCDDA un Europol, 2010*). Kaut arī kopš 2007. gada ziņo par "ievērojamu samazinājumu", konfiscējot kokaīnu, kas šķērso Rietumāfriku (*UNODC, 2011*), iespējams, ka lielas narkotiku kravas joprojām šķērso šo reģionu (*EMCDDA un Europol, 2010*).

Spānija, Nīderlande un Portugāle, kā arī daļēji Beļģija ir galvenie kokaīna ieviešanas punkti Eiropā. Vāciju, Franciju un Apvienoto Karalisti bieži min kā būtiskas tranzitvalstis vai galamērķa valstis Eiropā. Apvienotā Karaliste uzskata, ka katru gadu šajā valstī ievēd 25–30 tonnas kokaīna. Jaunākie ziņojumi arī liecina, ka kokaīna tirdzniecība var paplašināties austrumu virzienā (*EMCDDA un Europol, 2010; INCB, 2011b*). Apkopotie dati par 12 Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīm rāda kokaīna konfiskācijas gadījumu skaita pieaugumu no 666 gadījumiem 2004. gadā līdz 1232 gadījumiem 2009. gadā, bet tas vēl ir tikai apmēram 1 % no Eiropas kopējā skaita. Pārtvertā kokaīna daudzums šajā reģionā vairāk nekā dubultojās laikā no 2008. līdz 2009. gadam, galvenokārt rekordlielas konfiskācijas Bulgārijā (0,23 tonnas) un Rumānijā (1,3 tonnas) dēļ – divās valstīs, kas izvietotas gar tā dēvēto Balkānu maršrutu un ko parasti saista ar heroīna pārvadāšanu.

### Konfiskācija

Kokaīns pēc kaņepju augiem un kaņepju sveķiem ir visvairāk tirgotā narkotika pasaulē. 2009. gadā kokaīna konfiskācija pasaulē galvenokārt saglabāja stabilitāti, apmēram 732 tonnas (8. tabula) (*UNODC, 2011*). Tāpat kā iepriekš visvairāk kokaīna – 60 % pasaulē konfiscēta daudzuma – konfiscēja Dienvidamerikā, tai sekoja Ziemeļamerika ar 18 % un Eiropa ar 8 % (*UNODC, 2011*).

Eiropā pēdējo 20 gadu laikā kokaīna konfiskācijas gadījumu skaits ir palielinājies, un visievērojamāk – kopš 2004. gada, sasniedzot apmēram 99 000 gadījumu 2009. gadā. Kopējais pārtvertā kokaīna daudzums sasniedza kulmināciju 2006. gadā un pēc tam samazinājās uz pusi, līdz apmēram 49 tonnām 2009. gadā. Šāds kritums galvenokārt radās tādēļ, ka samazinājās atgūtais daudzums Spānijā un Portugālē (<sup>74</sup>), lai gan nav skaidrs, cik lielā mērā to var izskaidrot ar izmaiņām pārvadāšanas maršrutos vai praksē vai ar izmaiņām tiesībsardzības prioritātēs. Spānija 2009. gadā joprojām bija valsts, kas ziņoja par lielāko kokaīna konfiskācijas gadījumu skaitu un lielāko šīs narkotikas konfiscēto daudzumu

Eiropā – apmēram pusi no kopējiem rādītājiem abās jomās. Tomēr šis ir pagaidu novērtējums, jo vēl nav pieejami jaunākie dati par Nīderlandi. 2007. gadā, pēdējā gadā, par kuru ir pieejami dati, Nīderlande ziņoja par apmēram 10 tonnu kokaīna konfiscēšanu.

### Tirība un cena

Kokaīna testēto paraugu vidējā tirība svārstījās no 25 % līdz 43 % pusē valstu, kuras iesniedza informāciju par 2009. gadu. Par viszemākajām vērtībām ziņoja Dānija (tikai mazumtirdzniecībā, 18 %) un Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa, 20 %), bet lielākās vērtības bija Beļģijā (51 %) un Spānijā un Nīderlandē (49 %) (<sup>75</sup>). Divdesmit divas valstis iesniedza pietiekamus datus, lai varētu analizēt kokaīna tirības tendences laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam – 19 valstis ziņoja par samazinājumu, divas – par nemainīgu situāciju (Vācija un Slovākija), bet Portugālē bija vērojams palielinājums. Kopumā laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam kokaīna tirība vidēji Eiropas Savienībā samazinājās par aptuveni 20 % (<sup>76</sup>).

### Narkotiku cenas vairumtirdzniecībā un mazumtirdzniecībā – kokaīns

Narkotiku vairumtirdzniecības cenas ir cenas, ko maksā par lieliem daudzumiem, kurus tālāk izplatīs valstī, bet mazumtirdzniecības cenas ir tās, ko samaksā narkotiku lietotāji. Salīdzinot abas cenas, var aplēst maksimālas peļņas apjomus, ko narkotiku tirgoņi var iegūt mazumtirdzniecības tirgū.

Jaunākie dati, ko EMCDDA apkopoja par 14 Eiropas valstīm, liecina, ka 2008. gadā vairumtirdzniecības cenu par viena kokaīna kilograma sūtījumu var novērtēt robežās no 31 000 euro līdz 58 000 euro, un lielākā daļa valstu ziņoja par apmēram 35 000 euro. Ziņojumu sniegšanas brīdī šādu sūtījumu vidējā tirības pakāpe bija tuvu 70 %.

2008. gadā kokaīna mazumtirdzniecības cenas šajās valstīs svārstījās no 50 000 euro līdz 80 000 euro par viena kilograma kokaīna ekvivalentu un tādējādi bija par 25 % līdz 83 % augstākas nekā vairumtirdzniecības cenas. Ceļā no vairumtirdzniecības uz mazumtirdzniecības tirgu tirības pakāpe samazinājās, un tika ziņots, ka tā vidēji bija no 13 % līdz 60 %, atkarībā no valsts. Tomēr ir nepieciešama papildu informācija, lai precīzi noteiktu cenu atšķirības starp vairumtirdzniecības uz mazumtirdzniecības līmeni, ņemot vērā tirības pakāpi.

Pārskats par metodēm un datu pieejamību Eiropā ir atrodams 2011. gadā publicētajā EMCDDA ziņojumā par ievadpētījumu, kurā izskatīja narkotiku vairumtirdzniecības cenas.

(<sup>74</sup>) Skatīt tabulas SZR-9 un SZR-10 2011. gada statistikas biļetenā.

(<sup>75</sup>) Tirības un cenu datus skatīt tabulā PPP-3 un PPP-7 2011. gada statistikas biļetenā.

(<sup>76</sup>) Skatīt attēlu PPP-2 2011. gada statistikas biļetenā.

2009. gadā kokaīna vidējā mazumtirdzniecības cena lielākajā daļā valstu, kas iesniedza informāciju, svārstījās no 50 līdz 80 euro par gramu. Apvienotā Karaliste ziņoja par zemāko vidējo cenu (45 euro), bet Luksemburga – par visaugstāko (104 euro). Gandrīz visas valstis, kuru dati bija pietiekami salīdzinājumu veikšanai, ziņoja par kokaīna mazumtirdzniecības cenu stabilizāciju vai samazināšanos laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam. Kokaīna mazumtirdzniecības vidējās cenas Eiropas Savienībā laikposmā no 2004. līdz 2009. gadam samazinājās par aptuveni 21 % <sup>(77)</sup>.

## Izplatība un lietošanas ievirzes

### Kokaīna lietošana iedzīvotāju vidū kopumā

Kokaīns ir otra visbiežāk lietotā narkotika Eiropā pēc kaņepēm, lai gan tā lietošana koncentrējas tikai dažās augstas izplatības valstīs, no kurām vairākās ir liels

skaitis lietotāju. Aplēses liecina, ka apmēram 14,5 miljoni eiropiešu ir lietojuši kokaīnu vismaz vienreiz mūžā, kas atbilst vidēji 4,3 % pieaugušo vecumā no 15 līdz 64 gadiem (datu apkopojumu skatīt 9. tabulā). Valstu rādītāji ir atšķirīgi – no 0,1 % līdz 10,2 %, kur puse no 24 valstīm, kas iesniedza datus, tostarp lielākā daļa Centrāleiropas un Austrumeiropas valstu, ziņoja par nelielu ilgstošas lietošanas izplatību (0,5–2,5 %).

Lēš, ka pēdējā gadā šo narkotiku ir lietojuši apmēram četri miljoni eiropiešu (caurmērā 1,2 %). Jaunākās valstu aptaujas liecina, ka lietošanas izplatība par pēdējo gadu ir vērtējama robežās no nulles līdz 2,7 %. Pēdējā mēneša laikā kokaīnu Eiropā ir lietojuši aptuveni 0,5 % pieaugušo jeb aptuveni 1,5 miljoni personu.

Par kokaīna lietošanas līmeni pēdējā gada laikā, pārsniedzot Eiropas vidējo rādītāju, ziņoja Īrija, Spānija, Itālija, Kipra un Apvienotā Karaliste. Visās šajās valstīs pēdējā gada izplatības dati liecina, ka kokaīns ir visbiežāk lietotā nelegālā stimulējošā narkotika.

**9. tabula. Kaņepju lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū kopumā – datu apkopojums.**

Vecuma grupa	Lietošanas laika ietvars		
	Dzīves laikā	Pēdējā gadā	Pēdējā mēnesī
<b>15–64 gadi</b>			
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	14,5 miljoni	4 miljoni	1,5 miljoni
Eiropā vidēji	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Intervāls	0,1 – 10,2 %	0,0 – 2,7 %	0,0 – 1,3 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Malta (0,4 %) Lietuva (0,5 %) Grieķija (0,7 %)	Rumānija (0,0 %) Grieķija (0,1 %) Ungārija, Polija, Lietuva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumānija, Grieķija (0,0 %) Čehijas Republika, Malta, Zviedrija, Polija, Lietuva, Igaunija, Somija (0,1 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Spānija (10,2 %) Apvienotā Karaliste (8,8 %) Itālija (7,0 %) Īrija (5,3 %)	Spānija (2,7 %) Apvienotā Karaliste (2,5 %) Itālija (2,1 %) Īrija (1,7 %)	Spānija (1,3 %) Apvienotā Karaliste (1,1 %) Kipra, Itālija (0,7 %) Austrija (0,6 %)
<b>15–34 gadi</b>			
Aplēstais lietotāju skaits Eiropā	8 miljoni	3 miljoni	1 miljons
Eiropā vidēji	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Intervāls	0,1 – 13,6 %	0,1 – 4,8 %	0,0 – 2,1 %
Valstis ar mazāko izplatību	Rumānija (0,1 %) Lietuva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grieķija (1,0 %)	Rumānija (0,1 %) Grieķija (0,2 %) Polija, Lietuva (0,3 %) Ungārija (0,4 %)	Rumānija (0,0 %) Grieķija, Polija, Lietuva, Norvēģija (0,1 %) Čehijas Republika, Ungārija, Igaunija (0,2 %)
Valstis ar lielāko izplatību	Spānija (13,6 %) Apvienotā Karaliste (13,4 %) Dānija (8,9 %) Īrija (8,2 %)	Apvienotā Karaliste (4,8 %) Spānija (4,4 %) Īrija (3,1 %) Itālija (2,9 %)	Apvienotā Karaliste (2,1 %) Spānija (2,0 %) Kipra (1,3 %) Itālija (1,1 %)
Aplēses Eiropā ir aprēķinātas no valstu izplatības aplēsēm, kas svērtas, pamatojoties uz iedzīvotāju skaitu attiecīgajā vecuma grupā katrā valstī. Lai iegūtu aplēses par lietotāju kopskaitu Eiropā, valstīm, par kurām nebija izplatības datu, aprēķinos izmantoja vidējo ES rādītāju (šīs valstis pārstāvēja ne vairāk kā 3 % mērķauditorijas). Pamatā izmantotās iedzīvotāju grupas: 15–64 gadi – 336 miljoni; 15–34 gadi – 132 miljoni. Tā kā Eiropas aplēses ir balstītas uz aptaujām, kas veiktas laikā starp 2001. un 2009./2010. gadu (galvenokārt 2004.–2008. gadā), tās neattiecas uz vienu gadu. Šeit apkopotie dati ir pieejami sadaļā "Iedzīvotāju aptaujas" 2011. gada statistikas biļetenā.			

<sup>(77)</sup> Skatīt attēlu PPP-1 2011. gada statistikas biļetenā.

### Kokaīna lietošana gados jaunu pieaugušo vidū

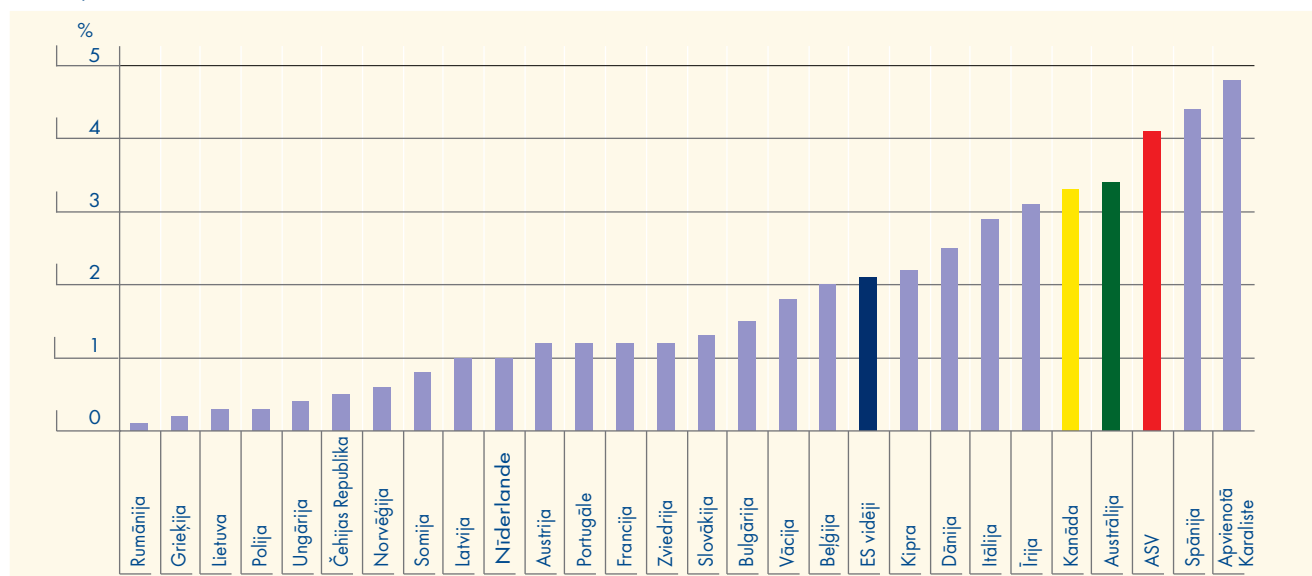
Saskaņā ar aplēsēm vismaz vienreiz mūžā kokaīnu ir pamēģinājuši astoņi miljoni gados jaunu (15–34 gadi) Eiropas pieaugušo iedzīvotāju jeb vidēji 5,9 %. Valstu rādītāji ir no 0,1 % līdz 13,6 %. Lēš, ka kokaīna lietošanas līmenis pēdējā gada laikā caurmērā Eiropā šajā vecuma grupā ir 2,1 % (apmēram trīs miljoni), bet lietošanas līmenis pēdējā mēneša laikā ir 0,8 % (viens miljons).

Lietošanas izplatība ir īpaši augsta gados jaunu (15–34 gadi) vīriešu vidū, kam Dānijā, Spānijā, Īrijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatība ir no 4 % līdz 6,7 %<sup>(78)</sup>. 13 valstīs no tām, kas iesniegušas informāciju, pēdējā gada laikā kokaīnu lietojušo vīriešu un sieviešu attiecība gados jaunu pieaugušo vidū ir vismaz 2:1<sup>(79)</sup>.

### Salīdzinājums ar situāciju pasaulē

Kopumā aptuvenais kokaīna lietošanas izplatības līmenis pēdējā gada laikā Eiropā gados jaunu pieaugušo vidū (2,1 %) ir zemāks nekā vienaudžu vidū Austrālijā (3,4 % vecumā no 14 līdz 39 gadiem), Kanādā (3,3 %) un Amerikas Savienotajās Valstīs (4,1 % vecumā no 16 līdz 34 gadiem). Tomēr Spānija (4,4 %) un Apvienotā Karaliste (4,8 %) ziņoja par augstākiem rādītājiem (9. attēls). Ir svarīgi norādīt, ka nelielās atšķirības starp valstīm ir jāinterpretē piesardzīgi.

**9. attēls.** Kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatība gados jaunu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 34 gadiem) Eiropā, Austrālijā, Kanādā un ASV.



Ievēroj! Dati ir no pēdējām pieejamām aptaujām katrā valstī. Eiropas vidējā izplatība ir aprēķināta kā valstu izplatības rādītāju vidējā vērtība, kas svēra attiecībā uz valstu iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 34 gadiem (2007. gada Eurostat dati). ASV un Austrālijas dati ir pārrēķināti no sākotnējiem aptauju rezultātiem uz vecuma robežām attiecīgi no 16 līdz 34 un no 14 līdz 39 gadiem. Dati par Austrāliju attiecas uz 2007. gadu, dati par Kanādu un ASV – uz 2009. gadu. Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-20 2011. gada statistikas biļetenā.

Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri, AIHW (2008), CADUMS (2010) un SAMHSA (2010).

<sup>(78)</sup> Skatīt attēlu GPS-13 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(79)</sup> Skatīt tabulu GPS-5 (iii daļa) un (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

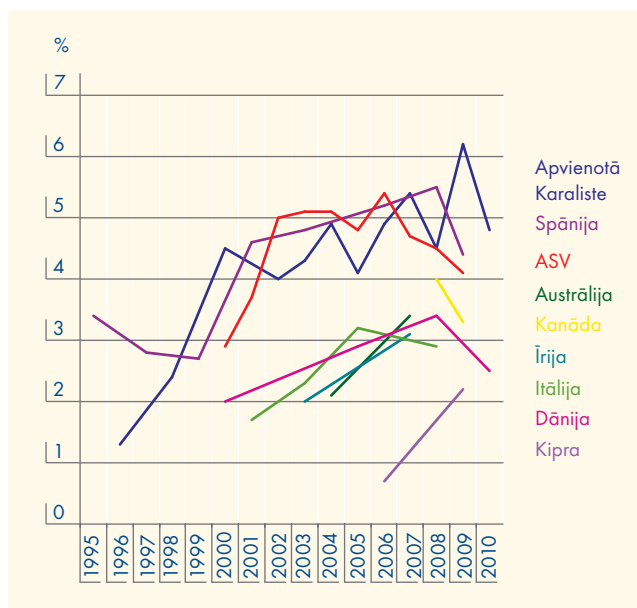
<sup>(80)</sup> Skatīt tabulu no EYE-10 līdz EYE-30 2011. gada statistikas biļetenā.

ziņoja par palielinājumu savās jaunākajās aptaujās – Īrija no 2,0 % 2003. gadā līdz 3,1 % 2007. gadā; un Kipra no 0,7 % 2006. gadā līdz 2,2 % 2009. gadā.

Citās 17 valstīs, kas atkārtoja aptaujas, kokaīna lietošana bija salīdzinoši maz izplatīta un pārsvarā stabila. Iespējamie izņēmumi ir Bulgārija un Zviedrija, kas ziņoja par pieauguma pazīmēm, un Norvēģija, kur tendence bija lejupejoša. Tomēr jāatceras, ka mazas izplatības apstākļos nelielas izmaiņas ir jāinterpretē piesardzīgi. Bulgārijā kokaīna lietošana pēdējā gada laikā starp gados jauniem pieaugušajiem pieauga no 0,7 % 2005. gadā līdz 1,5 % 2008. gadā, bet Zviedrijā no nulles 2000. gadā līdz 1,2 % 2008. gadā <sup>(81)</sup>. Norvēģija ziņoja par samazinājumu no 1,8 % 2004. gadā līdz 0,8 % 2009. gadā.

No četrām valstīm, kas veica valsts mēroga skolu aptaujas 2009.–2010. gadā (Itālija, Slovākija, Zviedrija un Apvienotā Karaliste), tikai Slovākija ziņoja par izmaiņām (samazinājumu) par vairāk nekā vienu procentpunktu kokaīna ilgstošas lietošanas izplatībā no 15 līdz 16 gadus vecu skolu audzēkņu vidū. Nesen veikts pētījums starp vecākiem skolu audzēkņiem Vācijā konstatēja, ka no 15 līdz 18 gadus vecu skolu audzēkņu īpatsvars Frankfurtē,

**10. attēls.** Kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā izplatības tendences gados jaunu pieaugušo vidū sešās ES dalībvalstīs ar augstākajiem rādītājiem, Austrālijā, Kanādā un ASV.



Ievērojot Papildu informāciju skatīt attēlā GPS-14 (ii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.  
Avots: Reitox valstu koordinācijas centri, AIHW (2008), CADUMS (2010) un SAMHSA (2010).

kuri ziņoja par kokaīna ilgstošas lietošanas pieredzi, 2008. gadā nedaudz palielinājās līdz 6 % un samazinājās līdz 3 % 2009. gadā.

Mērķorientētas aptaujas var sniegt vērtīgu ieskatu jauniešu narkotiku lietošanas paradumos deju mūzikas un citos atpūtas pasākumos. Kaut arī šīs aptaujas kopumā liecina par salīdzinoši plašu kokaīna lietošanas izplatību, jaunākie pētījumi dažās Eiropas valstīs ziņo par samazinājumu. Piemēram, Amsterdamā pētījums par "kafijas" veikalu apmeklētājiem liecināja par krasu kritumu attiecībā uz kokaīna ilgstošu lietošanu, no 52 % 2001. gadā līdz 34 % 2009. gadā, un par kokaīna lietošanas pēdējā mēneša laikā samazinājumu no 19 % līdz 5 % tajā pašā laikposmā <sup>(82)</sup>. Arī Nīderlandē kvalitatīva tendenču analīze atklāja, ka, salīdzinot ar iepriekšējām 20 līdz 24 gadus vecu jauniešu paaudzēm, pašlaik cilvēki šajā vecumā mazāk interesējas par kokaīna lietošanu. Beļģijā pētījums, ko regulāri veic nakts izklaides iestādēs kopš 2003. gada, liecināja par kokaīna lietošanas pēdējā gada laikā palielinājumu laikā no 2003. līdz 2007. gadam, no 11 % līdz 17 %, un tam sekoja samazinājums līdz 13 % 2009. gada pētījumā. Līdzīgi pētījumi Čehijas Republikā liecināja par kokaīna ilgstošas lietošanas palielinājumu no 19 % 2007. gadā līdz 23 % 2009. gadā. Tomēr šie secinājumi ir jāapstiprina ar citiem datiem.

### Kokaīna lietošanas ievirzes

Aptaujas liecina, ka atpūtas iestādēs kokaīna lietošana ir cieši saistīta ar alkohola patēriņu. Iedzīvotāju aptauju dati deviņās valstīs atklāja, ka smagu, epizodisku dzērāju vidū kokaīna lietošanas izplatība bija no divām līdz deviņām reizēm plašāka <sup>(83)</sup> nekā pārējo iedzīvotāju vidū (EMCDDA, 2009b). Aptaujas arī liecina, ka kokaīna lietošana ir saistīta ar citu nelikumīgu narkotiku lietošanu. Piemēram, Lielbritānijas 2009.–2010. gada Noziedzības aptaujā iegūto datu analīze atklāja, ka 89 % pieaugušo (vecumā no 16 līdz 59 gadiem), kuri lietojuši kokaīna pulveri iepriekšējā gadā, ir lietojuši arī citas narkotikas, salīdzinot ar tikai 42 % kaņepju lietotāju (Hoare un Moon, 2010).

Dažās Eiropas valstīs liels skaits cilvēku ir lietojuši kokaīnu eksperimentāli, tikai vienu vai divas reizes (Van der Poel un citi, 2009). Starp regulāriem kokaīna lietotājiem var izšķirt divas plašas grupas. Pirmo grupu veido sociāli integrēti lietotāji, kuri parasti lieto kokaīnu nedēļas nogalēs, ballītēs vai citos īpašos gadījumos un dažkārt lielos daudzumos. Daudzi šādi lietotāji piemin, ka kontrolē savu kokaīna lietošanu, iedibinot noteikumus, piemēram, attiecībā uz daudzumu, biežumu vai lietošanas apstākļiem

<sup>(81)</sup> Skatīt attēlu GPS-14 (ii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(82)</sup> Jāpiebilst, ka tendences Amsterdamā nav reprezentatīvas attiecībā uz Nīderlandi kopumā.

<sup>(83)</sup> Smaga epizodiska dzeršana, ko dēvē arī par uzdzīves dzeršanu, šeit ir definēta kā sešu vai vairāku alkoholiska dzēriena glāžu izdzeršana vienā pasākumā vismaz vienreiz nedēļā iepriekšējā gada laikā.

(Reynaud-Maurupt un Hoareau, 2010). Daži šie lietotāji var ciest no veselības problēmām, ko izraisa kokaīna lietošana, vai iemantot atkarību, kam nepieciešama ārstēšana. Tomēr pētījumi liecina, ka liela daļa to, kuriem kokaīna lietošana izraisa problēmas, var atveseļoties bez oficiālas ārstēšanas (Cunningham, 2000; Toneatto un citi, 1999).

Otrajā grupā ietilpst intensīvi kokaīna un kreka lietotāji, kuri pieder sociāli "marginalizētām" un neprivileģētām grupām, un tajā var ietilpt arī agrākie vai pašreizējie opioīdu lietotāji, kuri lieto krekus vai injicē kokaīnu (Prinzleve un citi, 2004).

## Kokaīna lietošanas ietekme uz veselību

Kokaīna lietošanas ietekme uz veselību, iespējams, netiek pietiekami novērtēta. Daļēji tā ir tādēļ, ka patoloģijas, kas parasti rodas pēc ilglaicīgas kokaīna lietošanas, bieži vien ir nespecifiskas un hroniskas (skatīt 7. nodaļu). Regulāru kokaīna lietošanu, tostarp to iešņaucot, var saistīt ar sirds un asinsvadu, neiroloģiskām un psihiskām problēmām, kā arī ar negadījumu un infekcijas slimību risku, ko izraisa neizsargāšanās seksa laikā (Brugal un citi, 2009) un, iespējams, arī kopīga salmu lietošana (Aaron un citi, 2008), kuras izplatības pieaugums ir pierādīts (Caiaffa un citi, 2011). Pētījumi valstīs ar augstu lietošanas līmeni liecina, ka liela daļa sirds problēmu jauniem cilvēkiem var būt saistītas ar kokaīna lietošanu (Qureshi un citi, 2001). Piemēram, Spānijā kokaīna lietošana ir saistīta ar lielu daļu negadījumu slimnīcās, ko izraisījusi narkotiku lietošana, un jaunākais Spānijas pētījums liecināja, ka 3 % pēkšņo nāves gadījumu ir saistīti ar kokaīnu (Lucena un citi, 2010). Lietošanas pieaugums Dānijā laika ziņā ir sakritis ar kokaīna izraisītu ārkārtas gadījumu skaita pieaugumu, kas palielinājies no 50 gadījumiem 1999. gadā līdz gandrīz 150 gadījumiem 2009. gadā.

Kokaīna injekcijas un kreka lietošana ir saistīta ar vislielāko apdraudējumu kokaīna lietotāju veselībai, tostarp sirds un asinsvadu un garīgās veselības problēmām. Kopumā to pasliktina sociālā marginalizācija un ar injicēšanu saistītie riski, tostarp infekcijas slimību pārnesē un pārdozēšana (EMCDDA, 2007a).

## Problemātiska kokaīna lietošana un ārstniecības prasījums

Regulārus kokaīna lietotājus, kuri to lieto ilgāku laiku, un arī tos, kuri vielu sev injicē, EMCDDA ir definējuši kā problemātiskus kokaīna lietotājus. Aplēses par šīs grupas lielumu nodrošina aptuvenu to cilvēku skaitu, kuriem potenciāli vajadzēs ārstēšanu. Sociāli labāk integrētie problemātiskie kokaīna lietotāji šajās aplēsēs kopumā nav pietiekami pārstāvēti.

## Kokaīns un alkohols

Kokaīna lietotāji bieži lieto arī alkoholu. Iedzīvotāju aptaujas liecina, ka kokaīna un alkohola lietošana – jo īpaši smagā epizodiskā dzeršana – bieži ir saistītas. Un divi pētījumi atklāja, ka vairāk nekā puse atkarīgo kokaīna lietotāju, kuri sākuši ārstēšanos, bija atkarīgi arī no alkohola.

Šā apvienojuma popularitāti var izskaidrot gan konteksts, jo abas vielas ir cieši saistītas ar naktsdzīvi un ballītēm, gan arī farmakoloģiski faktori. "Eiforiju", ko var sasniegt, vienlaikus lietojot abas vielas, uzskata par labāku nekā tā, ko izraisa tikai viena no šīm vielām. Turklāt kokaīns spēj mazināt alkohola reibuma ietekmes intensitāti un nomākt dažas uzvedības un psihes motorikas nepilnības, ko izraisa alkohols. Alkoholu lieto arī, lai mazinātu diskomforta izjūtu, kad izbeidzas kokaīna izraisītā "eiforija". Tāpēc šo vielu vienlaicīga lietošana var likt pastiprināti lietot tās abas.

Riski no toksiskā ietekme, ko izraisa vienlaicīga alkohola un kokaīna lietošana, ir dokumentēti, tostarp arī sirdsdarbības paātrināšanās, sistoliskā asinsspiediena paaugstināšanās, kas var radīt sirds un asinsvadu traucējumus, kā arī kognitīvo un motorisko funkciju pasliktināšanos. Tomēr agrākās pieredzes izpēte liecina, ka vienlaicīga šo vielu lietošana nerada vairāk sirds un asinsvadu problēmu, kā varētu gaidīt no katras šīs narkotikas lietošanas piedevas kapacitātē (Pennings un citi, 2002). Turklāt vienlaicīga lietošana izraisa jaunas vielas – kokaetilēna – veidošanos, tas ir metabolīts, kas veidojas aknās. Turpinās diskusijas par to, vai kokaetilēns ir vainojams pie paātrinātas sirdsdarbības un kardiotoxicitātes.

Papildu informācija ir atrodamā EMCDDA (2007a).

Valsts mēroga aplēses par problemātisku kokaīna lietošanu ir pieejamas tikai par Itāliju, kur šo skaitu 2009. gadā lēsa kā aptuveni 178 000 (no 4,3 līdz 4,7 uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem) <sup>(84)</sup>. Tendences datus par problemātiskajiem kokaīna lietotājiem un citu avotu dati (piemēram, ārstniecības iestāžu veidotie reģistri) liecina par problemātiskas kokaīna lietošanas pakāpenisku palielināšanos Itālijā.

Kreku gandrīz nekad nelieto sociāli integrētie kokaīna lietotāji, to izmanto galvenokārt marginalizētās un nelabvēlīgās grupas, piemēram, seksuālo pakalpojumu sniedzēji un problemātiskie opioīdu lietotāji, un pārsvarā tas ir raksturīgs pilsētas videi (Prinzleve un citi, 2004; Connolly un citi, 2008). Londonā kreka lietošanu atzīst par šīs pilsētas narkotiku problēmas galveno sastāvdaļu. Reģionālas kreka kokaīna lietošanas aplēses ir pieejamas tikai par Angliju (Apvienoto Karalisti), kur 2008.–2009. gadā bija aptuveni 189 000 problemātisku kreka kokaīna lietotāju, un šis skaits atbilst 5,5 (5,4–5,8) gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz

<sup>(84)</sup> Skatīt tabulu PDU-102 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.



64 gadiem. Lēš, ka lielākā daļa šo kreka lietotāju ir arī opioīdu lietotāji.

### Ārstniecības pieprasījums

Papildu ieskatu problemātiskajā kokaīna lietošanā var iegūt no datiem par to cilvēku skaitu un īpašībām, kuri sāk ārstēšanos no kokaīna lietošanas. Par gandrīz visiem kokaīna pacientiem ziņo ambulatorie ārstniecības centri, lai gan daži kokaīna lietotāji varētu ārstēties privātās klīnikās, par kurām dati nav pieejami. Tomēr daudzi problemātiskie kokaīna lietotāji nevēlas ārstēties (Escot un Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt un Hoareau, 2010).

2009. gadā 17 % visu paziņoto narkotiku lietotāju, kuri sāka ārstēšanos, kā ārstēšanās galveno iemeslu minēja kokaīnu, galvenokārt kokaīna pulveri. Starp tiem, kuri sāka ārstēties pirmo reizi mūžā, primāro kokaīna lietotāju īpatsvars bija lielāks (23 %).

Ir lielas atšķirības starp valstīm attiecībā uz primāro kokaīna pacientu īpatsvaru un skaitu, un par lielāko īpatsvaru ziņoja Spānija (46 %), Nīderlande (31 %) un Itālija (28 %). Beļģijā, Īrijā, Kiprā un Apvienotajā Karalistē kokaīna pacienti veidoja no 11 % līdz 15 % visu narkotiku pacientu. Citur Eiropā kokaīnu lietoja 10 % vai mazāk narkotiku ārstniecības pacientu, un sešas valstis ziņoja par mazāk nekā 1 %<sup>(85)</sup>. Vispārīgi, Spānija, Itālija un Apvienotā Karaliste ziņoja par kopā gandrīz 58 000 no tiem 72 000 kokaīna pacientiem, par ko ziņoja 26 Eiropas valstis.

Eiropā jau vairākus gadus palielinās to pacientu skaits, kuri sāk ārstēšanos no primārās kokaīna lietošanas. Pamatojoties uz to 17 valstu datiem, kuras iesniegušas informāciju par laiku no 2004. līdz 2009. gadam, kokaīna pacientu skaits pieauga no apmēram 38 000 pacientu 2004. gadā līdz apmēram 55 000 pacientu 2009. gadā. Tajā pašā laikposmā to kokaīna pacientu skaits, kuri sāka ārstēšanos pirmo reizi mūžā, pieauga par gandrīz trešdaļu – no aptuveni 21 000 līdz 27 000 (pēc 18 valstu, kas iesniegušas informāciju, datiem).

### Ambulatori ārstējamo pacientu raksturojums

Pacientiem, kuri sāk ambulatoru ārstēšanos no kokaīna primāras lietošanas, tostarp pulvera un kreka kokaīna lietošanas, ir liela vīriešu un sieviešu attiecība (aptuveni pieci vīrieši uz vienu sievieti) un viens no lielākajiem vidējiem vecumiem (ap 32 gadiem) starp visiem pacientiem, kuri ārstējas no narkotikām. Vidējais vecums visaugstākais ir Francijā, Itālijā un Nīderlandē (35 gadi). Primārie kokaīna lietotāji ziņoja, ka viņu vecums, pirmo reizi sākot

lietot narkotiku, vidēji bija 22,5 gadi, no tiem 86 % sāka pirms 30 gadu vecuma sasniegšanas. Vidējais laiks starp pirmo kokaīna lietošanu un pirmās ārstēšanās uzsākšanu ir aptuveni deviņi gadi. Par gandrīz trešdaļu visu kokaīna pacientu ziņoja Apvienotā Karaliste, un viņu raksturojums atšķirās no citu valstu pacientiem ar to, ka liels skaits kokaīna lietotāju ārstējās – turklāt viņi bija vidēji gados jaunāki (31 gads), ar zemāku dzimumu attiecību (apmēram trīs vīrieši uz vienu sievieti) un īsāku laika sprīdi starp pirmo lietošanu un ārstēšanās uzsākšanu (aptuveni septiņi gadi).

Lielākā daļa pacientu kokaīnu galvenokārt lieto, iešņaucot (66 %) vai smēķējot (29 %). Tikai 3 % kokaīna pacientu ziņoja par šīs narkotikas injicēšanu kā galveno lietošanas veidu, un laikposmā no 2005. līdz 2009. gadam bija vērojams kokaīna injicēšanas samazinājums. Mēnesi pirms ārstēšanās sākšanas gandrīz puse kokaīna pacientu bija lietojuši šo narkotiku no vienas līdz sešām reizēm nedēļā, apmēram ceturtdaļa bija to lietojusi katru dienu, bet atlikusī ceturtdaļa minētajā laikposmā nebija to lietojusi vai bija lietojusi tikai laiku pa laiku<sup>(86)</sup>. Kokaīnu bieži lieto kopā ar citām narkotikām, jo īpaši ar alkoholu, kaņepēm, citiem stimulējošiem līdzekļiem un heroīnu. Ārstniecības datu analīze no 14 valstīm 2006. gadā atklāja, ka apmēram 63 % primāro kokaīna pacientu lietoja vairākas narkotikas un sūdzējās par problēmām, ko radīja vismaz viena cita narkotika. Biežāk minētās papildu problemātiskās narkotikas bija alkohols, ko lietoja 42 % kokaīna pacientu, tam sekoja kaņepes (28 %) un heroīns (16 %) (EMCDDA, 2009b). Kokaīnu norāda arī kā sekundāro vielu<sup>(87)</sup>, un par to arvien biežāk ziņo primārie heroīna lietotāji Itālijā un Nīderlandē.

Jauno ārstniecības pacientu datu analīze liecina, ka kreka problēma Eiropā joprojām ir ģeogrāfiski ierobežota. 2009. gadā tika ziņots par 10 540 pacientiem, kuri uzsākuši ambulatoru ārstēšanos no primāras kreka kokaīna lietošanas, un tas veidoja 16 % visu kokaīna pacientu un 3 % visu narkotiku pacientu ambulatorās ārstniecības iestādēs. Par lielāko daļu kreka pacientu ziņoja Apvienotā Karaliste, kur to skaits ir apmēram 7500 un viņi veido 40 % no visas valsts kokaīna pacientiem un 6 % no narkotiku pacientiem ambulatorās iestādēs. Nīderlande ziņoja par 1231 kreka pacientu, un tas ir 38 % no visas valsts kokaīna pacientiem un 12 % no visiem narkotiku pacientiem<sup>(88)</sup>. Heroīna lietošana ir plaši izplatīta starp kreka kokaīna lietotājiem, kuri sāk ārstēšanos. Piemēram, Apvienotajā Karalistē apmēram 31 % primāro kreka pacientu minēja heroīnu kā sekundāro narkotiku, un šis īpatsvars pieaug.

<sup>(85)</sup> Skatīt attēlu TDI-2 un tabulu TDI-5 (i daļa) un (ii daļa), kā arī tabulu TDI-24 2011. gada statistikas biļetenā; dati par Spāniju attiecas uz 2008. gadu.

<sup>(86)</sup> Skatīt tabulu TDI-18 (ii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(87)</sup> Skatīt tabulu TDI-22 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(88)</sup> Skatīt tabulu TDI-115 2011. gada statistikas biļetenā.

## Ārstniecība un kaitējuma mazināšana

Vēsturiski narkotiku lietošanas problēmu ārstniecība Eiropā ir bijusi vērsta uz atkarību no opioīdiem. Tomēr pieaugošās bažas par sabiedrības veselību saistībā ar kokaīna un kreka kokaīna lietošanu lika daudzām valstīm vēlīt vairāk uzmanības ar šīm narkotikām saistīto problēmu risināšanai. Kaut arī atkarības ārstēšana no kokaīna parasti ir specializēto ambulatoro ārstniecības dienestu pārziņā, īpašus pakalpojumus kokaīna lietotājiem piedāvā Dānijā, Īrijā, Itālijā, Austrijā un Apvienotajā Karalistē. Ierobežotā mērā kokaīna lietotāju ārstniecību nodrošina arī primārās veselības aprūpes iestādes. Pašlaik tikai Vācija un Apvienotā Karaliste nodrošina vadlīnijas kokaīna problēmu ārstniecībā.

Primārās ārstniecības līdzekļi kokaīna atkarības ārstēšanai ir psihosociālie iejaukšanās pasākumi, tostarp motivējošās intervijas, kognitīvās uzvedības terapijas, uzvedības paškontroles mācības, recidīva novēršanas pasākumi un konsultēšana. Pašpalīdzības grupas, piemēram, "Cocaine Anonymous", arī var palīdzēt atvēršanās procesā personām ar kokaīna lietošanas problēmām. To sniegto atbalstu var apvienot ar parasto ārstēšanu.

### Pētījumi kokaīna atkarības ārstēšanā

Vācijā Koerkel un Verthein (2010) novērtēja uzvedības paškontroles mācību ietekmi uz heroīna un kokaīna lietošanas samazināšanu atkarīgām personām. Tika ziņots, ka šādas mācības ir palīdzējušas dalībniekiem samazināt abu minēto vielu lietošanu un noturēt narkotiku lietošanu pašu izraudzītā līmenī. Divi nesen veikti pētījumi iedzīlīnājās narkotiku lietotāju ārstniecības programmu efektivitātē Anglijā. Narkotiku lietotāju ārstniecības rezultātu izpēte (Jones, A., un citi, 2009) atklāja, ka vairāk nekā puse kokaīna pacientu pārtrauca lietot narkotikas trīs līdz piecu mēnešu laikā pēc ārstniecības sākšanas. Pēc veselu gadu ilgas ārstniecības 60 % spēja atturēties. Par līdzīgiem rezultātiem ziņoja attiecībā uz kreka kokaīna lietotājiem, kurus ārstēja 12 pašvaldības ārstniecības iestādēs Londonā (Marsden un Stillwell, 2010).

Pašlaik notiek daudzi randomizēti izmēģinājumi, kas pārbauda jaunas zāles kokaīna atkarības ārstēšanai. Šobrīd daudzsološas šķiet divas vielas. Disulfirāma, alkohola metabolismu aizkavējošas vielas, lietošana izrādījās daudzsološa kokaīna atkarības ārstēšanā (Pani un citi, 2010a), un tagad kādā pētījumā Brazīlijā to testē kopā ar kognitīvās uzvedības terapiju kreka kokaīna atkarības ārstniecībā. Vigabatrīnu, pretepilepsijas zāles, testēja uz 103 atbrīvotiem meksikāņu ieslodzītajiem, un tas deva pozitīvus rezultātus īstermiņā. Pašlaik to testē uz 200 pacientiem ASV. Nīderlandē pašlaik testē jaunu metodi, kas

izmanto rimonabantu (selektīvu kanabinoīdu antagonistu, ko agrāk lietoja kā zāles pret aptaukošanos). Turklāt vairāki farmakoterapeitiski līdzekļi (topiramāts, deksamfetamīns un modafinils) tiek salīdzināti randomizētā kontrolētā pētījumā par kreka kokaīna atkarību, kas nesen reģistrēts Nīderlandē (Hicks un citi, 2011).

Vairāki citi izmēģinājumi ir devuši vājus vai nenozīmīgus rezultātus kokaīna atkarības jomā. Modafinils, centrālo nervu sistēmu stimulējošs līdzeklis, kokaīna lietošanas ārstniecībā nebija labāks par placebo (Anderson un citi, 2009). Naltreksonu (opioīdu antagonists) un vareniciklīnu (to izmanto smēķēšanas atkarības ārstniecībā) testēja uz pacientiem ar divkāršu atkarību – no kokaīna un alkohola vai tabakas, tomēr tā lietošana neatšķīrās no placebo. Memantīnu (Alcheimera slimības medikaments) testēja kopā ar talonu stimuliem, tomēr kokaīna lietošanas samazināšanā tas nebija daudz sekmīgāks par placebo.

Apstākļu pārvaldību atzina par efektīvu neatkarīgi no etniskās piederības (Barry un citi, 2009), un to atzina par sekmīgu stratēģiju, ja to apvienoja ar recidīva novēršanas pasākumiem (McKay un citi, 2010). Spānijas pētījumā, kur talonus izmantoja kā stimulus kopā ar pašvaldības atbalstu, tika konstatēta pozitīva ietekme uz abstinenci starp atkarīgiem kokaīna lietotājiem (Garcia-Rodriguez un citi, 2009). Tomēr citā pētījumā stimulēšana ar taloniem sniedza vājus rezultātus abstinences nostiprināšanā ilgtermiņā (Carpenedo un citi, 2010).

Starp citiem iejaukšanās pasākumiem ar daudzsološiem rezultātiem jāmin abstinences nostiprināšana ar nodarbinātības pasākumiem, kur pacienti apguva darba iemaņas, mācoties sešus mēnešus, un pēc tam viņiem nodrošināja darbu vienu gadu, vienlaikus veicot nejausi izvēlētu testēšanu attiecībā uz kokaīna lietošanu. Citas metodes, ko testēja, vai tās palīdz lietotājiem saglabāt abstinenci, bija piesardzības apmācība un integrējoša meditācija. Nīderlandē veiktu testu mērķis bija mazināt kāri pēc narkotikas, izmantojot galvaskausa magnētisko stimulēšanu, paņēmienu, ko izmantoja neiroloģisku un psihiatrisku stāvokļu ārstēšanā.

Turpinās mēģinājumi izstrādāt kokaīna vakcīnu. Randomizēts kontrolēts izmēģinājums, ko veica ASV (Martell un citi, 2009), saistīja kokaīna atvasinājumu ar holēras B proteīnu, tomēr rezultāti likās pārāk nepārliciecināši, lai turpinātu ielānātos klīniskos pētījumus Spānijā un Itālijā. Amerikāņu pētnieku grupa pašlaik atlasa 300 pacientu, lai testētu šīs vakcīnas pārveidoto versiju, un rezultāti ir gaidāmi 2014. gadā (Whitten, 2010). Cits pētījums izstrādā vakcīnu, izmantojot parasto saaukstēšanās vīrusu kā pārnēsātāju, lai izraisītu antivielu reakciju, tomēr šis modelis vēl ir jātestē ar cilvēkiem.

### Kaitējuma mazināšana

Kaitējuma mazināšanas ieviešanas pasākumi, kuru mērķis ir kokaīna un kreka kokaīna lietotāji, ir salīdzinoši jauna darba joma, un tai ir nepieciešama tradicionālo stratēģiju pārveide. Parasti dalībvalstīs injicējošajiem kokaīna lietotājiem sniedz tādas pašas pakalpojumus un iespējas kā opioīdu lietotājiem. Tomēr kokaīna injicēšana ir saistīta ar konkrētiem riskiem. Jo īpaši tā paredz potenciāli biežākas injekcijas, haotiskus injicēšanas paradumus un paplašinātu seksuālo risku. Šīs grupas vajadzībām ir jāpielāgo ieteikumi par drošāku lietošanu. Tā kā injicēšana var notikt ļoti bieži, nedrīkst ierobežot sterila aprīkojuma piegādes intravenoziem lietotājiem, drīzāk tās ir jāpamato ar vietējiem novērtējumiem par kokaīna lietošanas ievirzēm un intravenozo lietotāju sociālo situāciju (*Des Jarlais un citi, 2009*).

Īpašu kaitējuma mazināšanas programmu izstrāde kreka kokaīna smēķētājiem Eiropā ir ierobežota. Kaut arī šie ieviešanas pasākumi ir strīdīgi, tie var mazināt pašu lietotāju norādīto injicēšanas praksi un kopīgu kokaīna pīpju lietošanu (*Leonard un citi, 2008*), lai gan to vispārējā efektivitāte ar asinīm pārnēsājamu vīrusu pārneses mazināšanā ir jāizpēta papildus. Dažas narkotiku lietošanas iestādes trijās valstīs (Vācijā, Spānijā un Nīderlandē) nodrošina aprīkojumu narkotiku, tostarp kokaīna, ieelpošanai. Tiek ziņots, ka higiēniskas ieelpošanas ierīces, tostarp tīras kreka pīpes jeb "kreka komplektus" (stikla kātus ar iemušiem, metāla sietus, lūpu balzamu un roku salvetes) reizumis narkotiku lietotājiem, kuri smēķē kreka kokaīnu, izsniedz dažas zema sliekšņa iestādes Beļģijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Luksemburgā un Nīderlandē. Septiņās ES dalībvalstīs dažas zema sliekšņa iestādes heroīna un kokaīna smēķētājiem nodrošina arī foliju.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## 6. nodaļa

# Opioīdu lietošana un narkotiku injicēšana

### Ievads

Heroīna lietošana, jo īpaši injicējot šo narkotiku, ir cieši saistīta ar sabiedrības veselību un sociālajām problēmām Eiropā jau kopš 20. gadsimta septiņdesmitajiem gadiem. Šobrīd šī narkotika joprojām ir saistīta ar lielāko daļu saslimstības un mirstības, kas saistīta ar narkotiku lietošanu Eiropas Savienībā. Pēc divām desmitgadēm, kad heroīna problēmas pārsvarā pieauga, Eiropas pieredzēja heroīna lietošanas un ar to saistītā kaitējuma samazināšanos 20. gadsimta deviņdesmito gadu beigās un mūsu gadsimta pirmajos gados. Tomēr kopš 2003.–2004. gada šī tendence ir kļuvusi mazāk izteikta, un rādītāji liecina par stabilāku vai jaukta tipa kopainu. Papildus heroīnam, ziņojumi par sintētisko opioīdu, piemēram, fentanila, lietošanu un stimulējošo narkotisko līdzekļu, piemēram, kokaīna un amfetamīnu, injicēšanu atspoguļo problemātiskās narkotiku lietošanas arvien augošo daudzšķautņainību Eiropā.

### Piedāvājums un pieejamība

Eiropas nelikumīgo narkotiku tirgū vēsturiski tirgo divus importētā heroīna veidus – plaši pieejamo brūno heroīnu (ķīmiskajā pamatformā), ko ievad galvenokārt no Afganistānas, un balto heroīnu (sāls formā), kas parasti nāk no Dienvidaustrumāzijas, lai gan šis heroīna veids ir ievērojami mazāk sastopams. Dažās Ziemeļeiropas valstīs (piemēram, Igaunijā, Somijā un Norvēģijā) lietošanā ir pieejams fentanils, sintētisks opioīds un tā analogi. Turklāt nedaudz opioīdu narkotiku ražo arī Eiropā, galvenokārt mājās pagatavotus magoņu preparātus (piemēram, magoņu salmus vai no sasmalcinātiem magoņu kātiem un galviņām izgatavotu magoņu koncentrātu), kurus izgatavo vairākās Austrumeiropas valstīs (piemēram, Latvijā, Lietuvā un Polijā).

### Ražošana un tirdzniecība

Heroīnu, ko lieto Eiropā, pārsvarā ražo Afganistānā, kurā tiek saražota lielākā daļa pasaules nelikumīgā opija. Citas ražojošās valstis ir Mjanma, kas lielākoties apgādā tirgus austrumu un dienvidaustrumu Āzijā, Pakistāna, Laosa, kam seko Meksika un Kolumbija, kas uzskatāmas par lielāko

heroīna piegādātāju Amerikas Savienotajām Valstīm (UNODC, 2011). Aplēses liecina, ka opija ražošana pasaulē ir samazinājusies, salīdzinot ar kulmināciju 2007. gadā, galvenokārt pateicoties ražošanas lejupslīdei Afganistānā, kas samazinājusies no 6900 tonnām 2009. gadā līdz 3600 tonnām 2010. gadā. Visjaunākās pasaules heroīna ražošanas potenciālā apjoma aplēses ir 396 tonnas (skatīt 10. tabulu), un tas ir mazāk nekā aptuveni 667 tonnas 2009. gadā (UNODC, 2011).

Heroīns nonāk Eiropā galvenokārt pa diviem pārvadāšanas maršrutiem. Afganistānā saražoto heroīnu pa vēsturiski svarīgo Balkānu ceļu ievad caur Pakistānu, Irānu un Turciju un tad uz citām tranzīta vai galamērķa valstīm, galvenokārt Rietumeiropā un Dienvidēiropā. Heroīnu pārvadā arī pa “zīda ceļu” caur Centrālāziju Krievijas virzienā. Pēc tam

**10. tabula. Heroīna ražošana, konfiskācija, cena un tīrība.**

Ražošana un konfiskācija	Heroīns
Kopējās ražošanas aplēses (tonnās)	396
Kopējais konfiscētais daudzums (tonnās)	76
ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā) konfiscētais daudzums (tonnās)	8 (24)
Konfiskācijas gadījumu skaits ES un Norvēģijā (tostarp Horvātijā un Turcijā)	56 000 (59 000)
Cena un tīrība Eiropā <sup>(1)</sup>	Heroīna bāze ("brūnais" heroīns)
Vidējās mazumtirdzniecības cenas (euro par gramu) intervāls (intervāls ceturksnī) <sup>(2)</sup>	23–135 (37,5–67,9)
Vidējās tīrības (%) intervāls (intervāls ceturksnī) <sup>(2)</sup>	13–37 (16,8–33,2)

<sup>(1)</sup> Tā kā dažas valstis ziņoja par mazumtirdzniecības cenu un heroīna hidrohlorīda ("baltais" heroīna) tīrību, minētie dati nav šeit iekļauti. Ar tiem var iepazīties tabulās PPP-2 un PPP-6 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(2)</sup> Paziņoto datu vidējās daļas intervāls. Dati ir par 2009. gadu, izņemot kopējās ražošanas aplēses pasaulē (2010. gadā).

Avoti: UNODC (2011) – vispārējās vērtības, Reitox valstu koordinācijas centri – dati par Eiropu.

heroīna kontrabanda ierobežotā apjomā virzās caur Baltkrieviju, Poliju un Ukrainu uz citiem galamērķiem, piemēram, uz Skandināvijas valstīm caur Lietuvu (INCB, 2011a, 2010). Eiropas Savienībā nozīmīgu vietu kā sekundārs izplatīšanas mezgls ieņem Nīderlande un mazākā mērā – Beļģija.

### Konfiskācija

Pasaulē paziņoto opija konfiskācijas gadījumu skaits laikā no 2008. līdz 2009. gadam saglabāja stabilitāti – attiecīgi 657 un 653 tonnas. Irāna konfiscēja gandrīz 90 % kopējā daudzuma, un Afganistāna – aptuveni 5 %. Pasaulē paziņoto heroīna konfiskācijas gadījumu skaits 2009. gadā saglabāja stabilitāti (76 tonnas), bet morfina konfiskācija pasaulē saruka līdz 14 tonnām (UNODC, 2011).

Eiropā aplēstajos 59 000 konfiskācijas gadījumu 2009. gadā pārtvēra 24 tonnas heroīna, un no tām par divām trešdaļām (16,1 tonnu) paziņoja Turcija. Apvienotā Karaliste turpināja ziņot par lielāko konfiskācijas gadījumu skaitu (tai sekoja Spānija) <sup>(89)</sup>. Dati par 2004.–2009. gadu, ko paziņojušas 28 valstis, liecina, ka konfiskācijas gadījumu skaits kopumā ir pieaudzis. Turcijā pārtvertā heroīna daudzuma vispārējā tendence atšķiras no tās, kas novērota Eiropas Savienībā, un daļēji iemesls var būt labāka sadarbība starp Turcijas un ES tiesībsardzības aģentūrām. Kaut arī Turcija ziņoja par divkārtēju heroīna daudzuma palielinājumu, kas konfiscēts laikā no 2004. līdz 2009. gadam, Eiropas Savienībā konfiscētais daudzums šajā periodā ir nedaudz samazinājies, galvenokārt pateicoties samazinājumiem, par ko ziņoja Itālija un Apvienotā Karaliste, divas valstis, kas konfiscēja lielākos daudzumus Eiropas Savienībā.

Etiķskābes anhidrīda, ko izmanto heroīna izgatavošanai, konfiskācija pasaulē samazinājās no kulminācijas apmēram 200 000 litru apmērā 2008. gadā līdz 21 000 litru 2009. gadā. Dati par Eiropas Savienību liecina par vēl krasāku lejupejošu tendenci – no kulminācijas gandrīz 150 800 litru apmērā, kas konfiscēti 2008. gadā, līdz 866 litriem 2009. gadā. Tomēr par 2010. gadu Slovēnija ziņoja par rekordlielu daudzumu konfiscēta etiķskābes anhidrīda – 110 tonnām. INCB (2011a) aicina skatīt ES centienu panākumus prekursora novirzīšanas novēršanā saistībā ar to, ka vairākas ES dalībvalstis un Turcija apvienoja izmeklētās lietas.

### Tīrība un cena

2009. gadā brūnā heroīna testēto paraugu vidējā tīrība svārstījās no 16 % līdz 32 % lielākajā daļā valstu, kas

### Būtisks opija ražošanas samazinājums Afganistānā

Aplēses liecina, ka ar 3600 tonnām saražotā opija 2010. gadā Afganistānā ir gandrīz uz pusi samazinājusi iepriekšējā gadā sasniegto līmeni. Starp iemesliem, ko norāda šim būtiskajam opija magoņu ražas samazinājumam, jāmin nelabvēlīgie laika apstākļi un magoņu miltrasas izplatīšanās – tā ir sēnīšu infekcija, kas skārusi opija laukus lielākajā daļā provinču, kur audzē magones, jo īpaši Helmandu un Kandahāru (UNODC un MCN, 2010). Miltrasa būtiski nemainīja opija audzēšanai atvēlētās platības, toties tā ietekmēja saražotā opija daudzumu.

Ražas samazinājums arī lika būtiski pieaugt paziņotajām opija cenām ražas novākšanas laikā. Vidējā cena par sausa opija kilogramu izvešanas brīdī no saimniecības palielinājās 2,6 reizes – no 64 ASV dolāriem 2009. gadā līdz 169 ASV dolāriem 2010. gadā (UNODC un MCN, 2010). Vienlaikus vidējā heroīna cena Afganistānā pieauga 1,4 reizes.

Augsta opija cena nevar saglabāties ilglaicīgi. Cenu pieaugums 2004. gadā, kad opija ražošana saruka augu slimības dēļ, ilga mazāk par gadu (UNODC un MCN, 2010). Sīkāk jāizpēta nesenās opija ražošanas sašaurināšanās ietekme uz patēriņa tirgiem, jo īpaši Eiropā.

iesniedza informāciju; par zemākām vidējām vērtībām ziņoja Francija (14 %) un Austrija (tikai mazumtirdzniecībā, 13 %), bet lielākās vērtības bija Maltā (36 %), Rumānijā (36 %) un Turcijā (37 %). Laikā no 2004. līdz 2009. gadam brūnā heroīna tīrība pieauga četrās valstīs, četrās citās saglabāja noturību, bet trijās – samazinājās. Baltā heroīna vidējā tīrība kopumā bija augstāka (25–50 %) trijās Eiropas valstīs, kas iesniedza informāciju <sup>(90)</sup>.

Brūnā heroīna mazumtirdzniecības cena joprojām Ziemeļvalstīs bija ievērojami augstāka nekā pārējā Eiropā, un 2009. gadā Zviedrija ziņoja par vidējo cenu 135 euro par gramu, bet Dānija – par 95 euro. Kopumā cena svārstījās robežās no 40 euro līdz 62 euro par gramu pusē valstu, kuras iesniedza informāciju. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam vidējā brūnā heroīna mazumtirdzniecības cena samazinājās uz pusi 14 Eiropas valstīs, kuras iesniedza datus par tendenci laikā.

### Problemātiska narkotiku lietošana

EMCDDA problemātisku narkotiku lietošanu definē kā intravenozu narkotiku lietošanu vai ilgstošu/regulāru opioīdu, kokaīna un/vai amfetamīna lietošanu. Intravenoza narkotiku lietošana un opioīdu lietošana veido lielāko

<sup>(89)</sup> Skatīt tabulas SZR-7 un SZR-8 2011. gada statistikas biļetenā. Ņemiet vērā, ka gadījumos, kad trūkst datu par 2009. gadu, Eiropas kopējo rādītāju aplēsēs izmantoti dati par 2008. gadu.

<sup>(90)</sup> Tīrības un cenu datus skatīt tabulā PPP-2 un PPP-6 2011. gada statistikas biļetenā.

narkotiku lietošanas problēmas daļu Eiropā, lai gan dažās valstīs būtiska ir amfetamīnu vai kokaīna lietošana. Ir vērts arī piebilst, ka problemātiskie narkotiku lietotāji pārsvarā lieto vairākas narkotikas un izplatības dati ir daudz augstāki pilsētās un starp sociāli atstumtām grupām.

Ņemot vērā problemātiskā narkotiku lietošanas veida salīdzinoši zemo izplatību un slēpto raksturu, ir jāveido statistikas ekstrapolācijas, lai iegūtu izplatības aplēses no pieejamajiem datu avotiem (galvenokārt tie ir narkotiku ārstniecības dati un tiesībsardzības iestāžu dati). Tiek ziņots, ka problemātiskās narkotiku lietošanas vispārējā izplatība svārstās no diviem līdz desmit gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15–64 gadiem. Šādām aplēsēm var būt liels nesekārtības intervāls un īpaši ierobežojumi. Piemēram, lai gan ārstētie lietotāji kopumā ir iekļauti aplēsēs, narkotiku lietotāji, kuri pašlaik atrodas cietumā, jo īpaši tie, kam spriedumi ir garāki, aplēsēs var būt ņemti vērā nepietiekami.

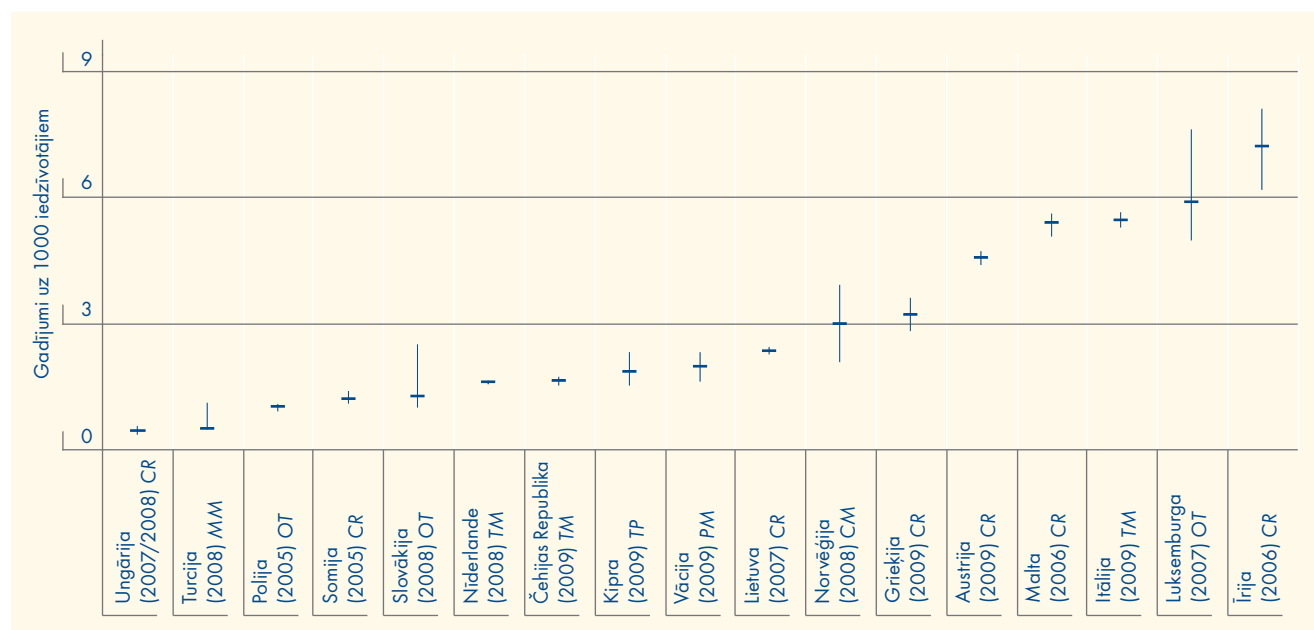
### Problemātiskā opioīdu lietošana

Lielākā Eiropas valstu daļa tagad spēj sniegt izplatības aplēses par "problemātisko opioīdu lietošanu". Jaunākās valstu aplēses svārstās no viena līdz astoņiem gadījumiem uz 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem

(11. attēls). Valstis, kas ziņoja par augstākajām pienācīgi dokumentētajām aplēsēm attiecībā uz problemātisko opioīdu lietošanu, bija Īrija, Itālija, Luksemburga un Malta, bet zemākie rādītāji bija Čehijas Republikai, Nīderlandei, Polijai, Slovākijai un Somijai. Vienīgi Turcija un Ungārija ziņoja par mazāk nekā vienu gadījumu uz katru 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem.

Problemātiskās opioīdu lietošanas vidējo izplatību Eiropas Savienībā un Norvēģijā, pamatojoties uz valstu pētījumiem, lēš robežās no 3,6 līdz 4,4 gadījumiem uz katru 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Tas atbilst kādiem 1,3 miljoniem (1,3–1,4 miljoniem) problemātisko opioīdu lietotāju Eiropas Savienībā un Norvēģijā 2009. gadā. Salīdzinājumam, aplēses par Eiropas kaimiņvalstīm ir augstas, Krievijā – 16 gadījumi uz katru 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem (UNODC, 2009) un Ukrainā – 10–13 gadījumi uz katru 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem (UNODC, 2010). Aplēses par problemātiskās opioīdu lietošanas izplatību, kas augstāka par Eiropas vidējo rādītāju, ir saņemtas no visas pārējās attīstītās pasaules, kur gadījumu skaits uz katru 1000 iedzīvotājiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem bija 6,3 Austrālijā (Chalmers un citi, 2009), 5,0 Kanādā un 5,8 ASV (UNODC, 2010).

11. attēls. Aplēses par problemātiskās opioīdu lietošanas izplatību gada laikā (vecuma grupā no 15 līdz 64 gadiem).



Ievēroj

Simboli apzīmē aplēstos punktus, šķērsviņas apzīmē aprēķinu nenoteiktības intervālus – tie var būt 95 % ticamības intervāli vai intervāli, kam pamatā ir jutīguma analīze. Mērķa grupas var nedaudz atšķirties atkarībā no aprēķinu metodēm un datu avotiem, tādēļ salīdzinājumi ir jāveic piesardzīgi. Somija (15–54 gadi), Malta (12–64 gadi) un Polijā (visi vecumi) pētījumos izmantoja nestandarta vecuma grupas. Visus trīs rādītājus pielāgoja vecuma grupai no 15 līdz 64 gadiem. Vācijā intervāli atspoguļo visu esošo aplēšu augstākās un zemākās robežas, bet punkts norāda uz viduspunktu vienkāršu vidējo rādītāju. Aplēsēs izmantoto metožu saīsinājumi: CR – aizturēšana/atkārtota aizturēšana; TM – ārstniecības koeficients; MM – mirstības koeficients; CM – vairākas metodes; TP – ātra saindēšanās; PM – policijas koeficients; OT – citas metodes. Papildu informāciju skatīt attēlā PDU-1 (ii) daļa) un tabulā PDU-102 2011. gada statistikas biļetenā. Reitox valstu koordinācijas centri.

Avots:

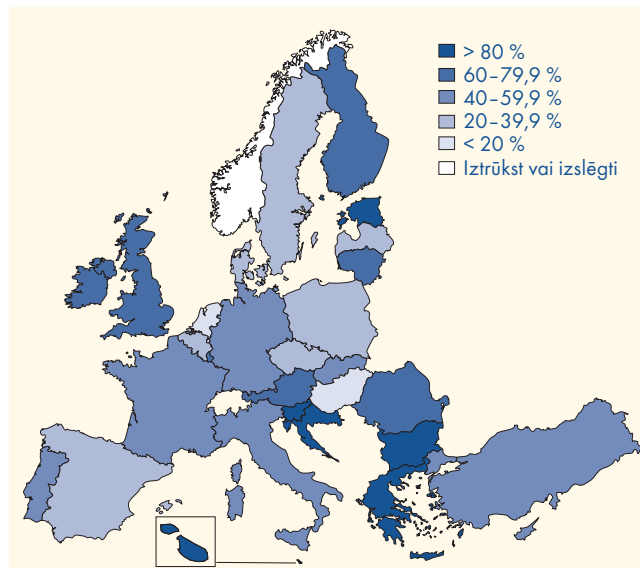
Valstu salīdzināšana jāveic piesardzīgi, jo mērķauditorijas definīcijas var atšķirties.

### Ārstējamie opioīdu lietotāji

Opioīdus, galvenokārt heroīnu, kā primāro narkotiku minēja apmēram 216 000 jauno ārstniecības pacientu jeb 51 % visu to, kuri 2009. gadā 29 Eiropas valstīs uzsāka specializēto ārstēšanos no narkomānijas. Tomēr Eiropā ir vērojamas ievērojamas atšķirības – opioīdu pacienti veidoja vairāk nekā 80 % to, kuri uzsāka ārstēšanos sešās valstīs, no 60 % līdz 80 % septiņās valstīs un tikai divas no atlikušajām 16 valstīm ziņoja, ka opioīdu pacienti veido mazāk nekā 20 % no ārstēšanās sākējiem (12. attēls). Turklāt vēl 30 000 citu narkotiku lietotāju (9 % narkotiku pacientu) minēja opioīdus kā sekundāro narkotiku <sup>(91)</sup>.

Opioīdu lietotāji, kuri sāk specializēto ārstēšanos, vidēji ir 34 gadus veci, bet lielākajā daļā valstu sieviešu kārtas pacientes un tie, kuri sāk ārstēties pirmo reizi, ir gados jaunāki.

**12. attēls.** Primāro opioīdu lietotāju īpatsvars starp visiem paziņotajiem narkotiku lietotājiem, kuri sākuši ārstēšanos 2009. gadā.



**Ievēroj!** Dati izteikti kā to lietotāju procentuāls īpatsvars, kuriem primārā narkotika ir zināma (92 % paziņoto pacientu). Dati par 2009. gadu vai pēdējo pieejamo gadu. Dati par Latviju, Lietuvu un Portugāli attiecas uz pacientiem, kuri sāk ārstēšanos pirmoreiz mūžā. Ziņas par primārajiem opioīdu lietotājiem var būt nepilnīgas dažās valstīs, tostarp Beļģijā, Čehijas Republikā, Vācijā un Francijā, jo daudzus lietotājus ārstē ģimenes ārsti un viņi var nebūt paziņoti ārstniecības pieprasījuma rādītājam.

**Avots:** Reitox valstu koordinācijas centri.

Visā Eiropā vīriešu kārtas opioīdu pacienti skaita ziņā pārsniedz sievietes, un attiecība ir apmēram trīs pret vienu, bet Ziemeļvalstīs vīriešu attiecība pret sievietēm ir kopumā zemāka. Kopumā opioīdu lietotāju, kuri sāk ārstēšanos, vidū ir augstāks bezdarba līmenis, zemāks iegūtās izglītības līmenis un plašāk izplatīti psihiatriskie traucējumi nekā pacientiem, kuri norāda citas primārās narkotikas <sup>(92)</sup>.

Gandrīz puse opioīdu pacientu ziņoja, ka pirmoreiz lietojuši šo narkotiku pirms 20 gadu vecuma sasniegšanas (47 %), un lielākā daļa bija to darijuši pirms 30 gadu vecuma (88 %). Opioīdu pacienti vidēji norādīja deviņu gadu intervālu starp pirmo opioīdu lietošanas reizi un pirmās ārstēšanās uzsākšanu, un sieviešu kārtas pacientes vidēji norādīja īsāku laika posmu (septiņus gadus) <sup>(93)</sup>. Narkotikas injicēšanu kā parasto lietošanas veidu norādīja aptuveni 40 % opioīdu pacientu, kuri sākuši ārstēšanos Eiropā; pārējie 60 % ziņoja, ka viņi šo narkotiku ieņauc, ieelpo vai smēķē. Gandrīz divas trešdaļas opioīdu pacientu (64 %) ziņoja, ka lietojuši to katru dienu mēnesī pirms ārstēšanās sākšanas <sup>(94)</sup>, un lielākā daļa lietoja arī sekundāro narkotiku, bieži vien – alkoholu, kaņepes, kokaīnu vai citu stimulējošu līdzekli. Heroīna un kokaīna (tostarp kreka) apvienošana ir samērā plaši izplatīta starp pacientiem neatkarīgi no tā, vai viņi tos injicē kopā vai lieto atsevišķi.

### Problemātiskas opioīdu lietošanas tendences

Laikā no 2004. līdz 2009. gadam astoņu valstu dati par atkārtotas izplatības aplēsēm problemātiskajā opioīdu lietošanā liecina par salīdzinoši stabilu situāciju. Pamatojoties uz 17 Eiropas valstu paraugu, kur bija pieejami dati par laiku no 2004. līdz 2009. gadam, var secināt, ka kopumā palielinājās (no 123 000 līdz 143 000) to pacientu skaits, kuri uzsāka specializēto narkotiku lietotāju ārstēšanos Eiropā, arī to, kuri sāka ārstēties no primārās heroīna lietošanas. Tomēr šo palielinājumu lielā mērā varēja izraisīt dati par heroīna lietotāju atkārtotu ārstēšanos, nevis par tiem, kuri sāka ārstēties pirmo reizi <sup>(95)</sup>. Starp pacientiem, kuri sāka ārstēties pirmo reizi, heroīna lietotāju skaits palika gandrīz nemainīgs (apmēram 32 000 paraugā, ko veidoja 18 valstis) <sup>(96)</sup>. Laikā no 2004. līdz 2009. gadam dati par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, kas pārsvarā saistīti ar opioīdu lietošanu, līdz 2008. gadam bija stabili vai pieaugoši lielākajā daļā valstu, kas sniedza informāciju. Provizoriskie dati par 2009. gadu tagad liecina par šādu nāves gadījumu skaita stabilizēšanos vai samazināšanos <sup>(97)</sup>.

<sup>(91)</sup> Skatīt attēlu TDI-2 (ii daļa) un tabulas TDI-5 un TDI-22 2011. gada statistikas biļetenā. Dati no ambulatorām un stacionārām ārstniecības iestādēm.

<sup>(92)</sup> Skatīt tabulas TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 un TDI-103 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(93)</sup> Skatīt tabulu TDI-11, TDI-33, TDI-106 (i daļa) un TDI-107 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(94)</sup> Skatīt tabulu TDI-18 un TDI-111 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(95)</sup> Skatīt attēlus TDI-1 un TDI-3 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(96)</sup> Skatīt tabulas TDI-3 un TDI-5 2009. un 2011. gada statistikas biļetenos.

<sup>(97)</sup> Skatīt tabulu DRD-2 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.



Neraugoties uz norādēm par visumā stabilu situāciju, Eiropas opioīdu problēmas raksturlielumi mainās. Opioīdu ārstniecības pacienti vidēji ir kļuvuši gados vecāki, bet viņu vidū ir samazinājies intravenozo lietotāju īpatsvars un palielinājies to lietotāju īpatsvars, kuri lieto citus opioīdus, nevis heroīnu, kā arī vairāku narkotiku lietotāju īpatsvars<sup>(98)</sup>.

## Narkotiku injicēšana

Narkotiku injicētāji ļoti riskē iegūt ar narkotiku lietošanu saistītus veselības traucējumus, piemēram, saslimt ar infekcijas slimībām, ko pārnēsā ar asinīm (piemēram,

### Opioīdi, kas nav heroīns

Par opioīdu, kas nav heroīns, nelikumīgas lietošanas palielinājumu ziņoja Austrālija, Kanāda, Eiropa un ASV (SAMHSA, 2009). Lielāko daļu šo vielu izmanto medicīnā kā pretsāpju līdzekļus (morfīns, fentanils, kodeīns, oksikodons, hidroksodons) vai kā heroīna atkarības aizvietošanas terapijas līdzekļus (metadons, buprenorfīns). Heroīna gadījumā šo vielu nemedicīniska lietošana var izraisīt daudzus veselībai kaitīgus efektus, tostarp atkarību, pārdozēšanu un kaitējumus, ko nodara injicēšana.

Eiropā aptuveni 5 % (apmēram 20 000 pacientu) no visiem ārstniecības sācējiem kā savu primāro narkotiku norādīja opioīdus, kas nav heroīns. Jo īpaši tā ir Igaunijas gadījumā, kur 75 % norādīja fentanilu kā primāro narkotiku, un Somijā, kur buprenorfīnu kā primāro narkotiku norādīja 58 % jauno ārstniecības pacientu. Citas valstis ar lielu pacientu īpatsvaru, kuri norādīja metadonu, morfīnu un citus opioīdus kā primārās narkotikas, bija Dānija, Francija, Austrija, Slovēnija un Zviedrija, kur neheroīna opioīdu lietotāju bija no 7 % līdz 17 % visu narkotiku pacientu (!). Arī Čehijas Republika ziņoja par buprenorfīna lietotāju skaitu, kas pārsniedza 40 % visu problemātisko opioīdu lietotāju skaita laikā no 2006. līdz 2009. gadam.

Opioīdu nelikumīgas lietošanas līmeni var saistīt ar vairākiem faktoriem, tostarp ar narkotiku tirgu un recepšu izrakstīšanas praksi. Piemēram, heroīna pieejamības samazinājums un cenas palielinājums var izraisīt citu opioīdu lietošanu, kā novērots Igaunijā ar fentanilu (*Talu* un citi, 2010) un Somijā ar buprenorfīnu (*Aalto* un citi, 2007). Arī nepareiza recepšu izrakstīšana var izraisīt opioīdu narkotiku nelikumīgu lietošanu. Aizvietošanas terapijas izplatība, ko pavada uzraudzības trūkums, var radīt nelikumīgu tirgu, bet šīs terapijas ierobežota pieejamība un pārāk mazu aizvietošanu devu izrakstīšana var likt lietotājiem pievērsties citām vielām pašārstēšanās ceļā (*Bell*, 2010; *Roche* un citi, 2011; *Romelsjo* un citi, 2010).

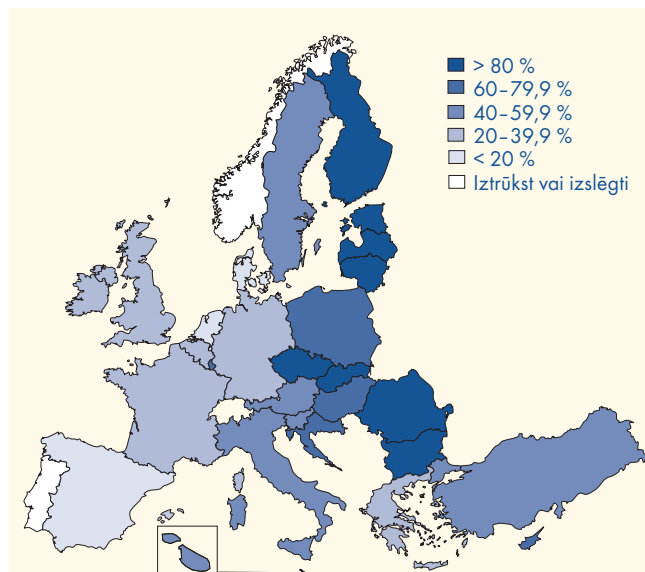
(!) Skatīt tabulu TDI-113 2011. gada statistikas biļetenā.

HIV/AIDS, hepatīts), vai mirt no narkotiku pārdozēšanas. Lielākajā daļā Eiropas valstu injicēšanu parasti saista ar opioīdu lietošanu, lai gan dažās valstīs tā ir saistīta ar amfetamīnu lietošanu.

Tikai 14 valstis spēja sniegt jaunāko informāciju par aplēsto narkotiku injicēšanas izplatību<sup>(99)</sup>. Pieejamie dati liecina par lielām valstu atšķirībām, un lēš, ka lielākajā daļā valstu izplatība ir no mazāk nekā viena līdz pieciem gadījumiem uz 1000 iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem, taču Igaunija ziņo par ļoti augstu izplatības līmeni – 15 gadījumi uz 1000 iedzīvotāju. Rēķinot šīs 14 valstis kopā kā vienu veselum, var aprēķināt, ka tajās ir apmēram 2,6 intravenozie narkotiku lietotāji uz 1000 iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Papildus aktīviem injicētājiem, Eiropā ir daudz bijušo intravenozo narkotiku lietotāju (*Sweeting* un citi, 2008), bet dati nav pieejami par lielāko daļu ES valstu.

Apmēram 41 % primāro opioīdu pacientu, kuri sāk specializēto narkotiku ārstniecību, galvenokārt heroīna lietotāji, norāda injicēšanu kā parasto lietošanas veidu. Injicēšanas līmeņi starp opioīdu lietotājiem dažādās valstīs ir atšķirīgi, no 8 % Nīderlandē līdz 99 % Latvijā un Lietuvā (13. attēls), un to var izskaidrot ar tādiem faktoriem kā heroīna lietošanas vēsture valstī, pieejamā heroīna veids (baltais vai brūnais), cena un lietotāja kultūra.

**13. attēls.** Injicēšana kā parastais lietošanas veids primārajiem opioīdu lietotājiem, kuri sākuši ārstēšanos 2009. gadā.



Ievērojot: Dati izteikti kā to paziņoto pacientu procentuāls īpatsvars, kuriem lietošanas veids ir zināms. Dati par 2009. gadu vai pēdējo pieejamo gadu. Skatīt tabulu TDI-5 (iii daļa) un (iv daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

Avots: Reitox valstu koordinācijas centri.

<sup>(98)</sup> Skatīt tabulu TDI-113 2008., 2009., 2010. un 2011. gada statistikas biļetenos un tabulu TDI-114 2009. gada statistikas biļetenā. Dati ir pieejami sadalījumā pēc opioīdu veida par 2005. un 2009. gadu. Skatīt arī EMCDDA (2010f).

<sup>(99)</sup> Skatīt attēlu PDU-2 2011. gada statistikas biļetenā.

Ir grūti izdarīt secinājumus par tendencēm laikā attiecībā uz injicējošas narkotiku lietošanas izplatību, pamatojoties uz atkārtotās izplatības aplēsēm, jo trūkst datu un dažkārt aplēsēs ir plaši drošīcamības intervāli. Pieejamie dati liecina par opioīdu injicēšanas, jo īpaši heroīna injicēšanas, vispārēju samazinājumu Eiropā. Tomēr dažās valstīs injicēšanas līmeņi joprojām liecina par noturīgu situāciju (Grieķijā, Kiprā, Ungārijā, Horvātijā un Norvēģijā), bet Čehijas Republika ziņoja par injicētāju skaita pieaugumu, lielākoties metamfetamīna lietotājiem, laikā no 2004. līdz 2009. gadam <sup>(100)</sup>.

Lielākā daļa Eiropas valstu ir ziņojušas par injicētāju īpatsvara samazinājumu starp primārajiem heroīna pacientiem laikā no 2004. līdz 2009. gadam. Dažas

### Heroīna izsīkums Eiropā?

Apvienotā Karaliste un Īrija ziņoja par krasu heroīna pieejamības samazinājumu 2010. gada beigās un 2011. gada sākumā. To apstiprina dati, kas liecina par ievērojamu heroīna tīrības samazinājumu partijās, kas konfiscētas Apvienotajā Karalistē laikā no 2009. gada trešā ceturksņa līdz 2010. gada trešajam ceturksnim (UNODC, 2011).

Izsīkuma pakāpe citās Eiropas valstīs nebija tik skaidra, kaut gan ziņojumi liecina, ka Itālijā un Slovēnijā bija jūtams heroīna trūkums. Citas ES dalībvalstis, tostarp Vācija, Francija un Skandināvijas valstis ziņoja par nelielu vai nekādu heroīna pieejamības samazinājumu.

Lai izskaidrotu šo neapšaubāmo heroīna izsīkumu, tika minēti vairāki iemesli. Pirmkārt, tika norādīts, ka iemesls varēja būt opija ražošanas sašaurinājums Afganistānā, kas 2010. gada pavasarī izcēlās magoņu miltrasas dēļ. Tomēr par to var šaubīties, jo policijas ziņojumi liecina, ka no afgāņu opija izgatavotais heroīns nevar parādīties Eiropas narkotiku tirgū agrāk kā apmēram 18 mēnešus pēc ražas novākšanas. Otrs arguments bija tāds, ka Rietumeiropai paredzēto heroīnu novirzīja Krievijas tirgum, tomēr arī Krievijā bija jūtams heroīna trūkums. Tika arī norādīts, ka tiesībsardzības iestādes ir apturējušas pārvadāšanu, jo īpaši likvidējot heroīna vairumtirdzniecības tīklus, kas pastāvēja starp Turciju un Apvienoto Karalisti. Turklāt pēdējos gados (2007. un 2008. gadā) Eiropā notika rekordliela heroīna prekursora etiķskābes anhidrīda konfiskācija, un tā varēja ietekmēt narkotiku tirgu ilglaicīgi. Visbeidzot, heroīna piegādi Eiropai varēja ietekmēt arī citi notikumi Afganistānā, piemēram, smagās kaujas valsts dienvidos un tiesībsardzības iestāžu veiktie pasākumi pret heroīna laboratorijām un opija noliktavām.

Iespējams, ka dažu šo faktoru apvienojumam ir bijusi nozīme heroīna piegādes pārtraukumos Eiropai, tādējādi radot lielu iztrūkumu dažos tirgos.

valstis, kurās tā nav, ziņoja par visaugstāko heroīna lietotāju īpatsvaru starp pacientiem, kuri sāka ārstēšanos.

## Problemātiskas opioīdu lietošanas ārstēšana

### Nodrošinājums un aptveramība

Ārstēšana no opioīdu lietošanas, izmantojot bezzāļu terapiju vai aizvietoājterapiju, ir pieejama visās ES dalībvalstīs, Horvātijā, Turcijā un Norvēģijā. Lielākajā daļā valstu opioīdu lietotājus ārstē ambulatorajās iestādēs, kas var būt gan specializēti centri, ģimenes ārsti un zemā sliekšņa iestādes. Dažās valstīs svarīga nozīme opioīdu atkarības ārstniecībā ir specializētajiem stacionārajiem ārstniecības centriem <sup>(101)</sup>. Dažas valstis piedāvā arī ārstniecību ar heroīna palīdzību izvēlētai hronisku heroīna lietotāju grupai.

Opioīdu lietotāju gadījumā bezzāļu ārstniecību parasti ievada detoksikācijas programma, kas nodrošina farmakoloģisku palīdzību, lai varētu pārvarēt fiziskos abstinences simptomus. Šī terapijas metode parasti paredz, ka personām ir jāatturas no visām vielām, tostarp nedrīkst lietot aizvietoājiskus medikamentus. Pacienti piedalās dienas aktivitātēs un saņem intensīvu psiholoģisko atbalstu. Lai gan šādu ārstēšanu var īstenot gan ambulatorās, gan stacionārās iestādēs, visbiežāk ziņo par programmām dzīvesvietā (jeb rehabilitējošām programmām), no kurām daudzās izmanto terapeitiskus kolektīva principus jeb Minesotas modeli.

Aizvietoājterapiju – visbiežāk apvienojumā ar psihosociālu aprūpi – parasti nodrošina specializētos ambulatoros centros. Četrpadsmit valstis ziņoja, ka aizvietoājterapiju nodrošina arī ģimenes ārsti, parasti saskaņā ar kopīgiem aprūpes nolīgumiem ar specializētiem aprūpes centriem. Kopējais opioīdu lietotāju skaits, kuri saņēma aizvietoājterapiju Eiropas Savienībā, Horvātijā un Norvēģijā, par 2009. gadu tiek lēsts, ka ir bijuši 700 000 pacientu (690 000 pacientu ES dalībvalstīs) – tas ir pieaugums, salīdzinot ar 650 000 pacientu 2007. gadā un aptuveni pusmiljonu 2003. gadā <sup>(102)</sup>. Visplašāk aizvietoājterapiju joprojām nodrošināja 15 dalībvalstis, kas ietilpa ES pirms 2004. gada (apmēram 95 % kopskaitā), un skaitļi šajās valstīs turpināja pieaugt laikā no 2003. līdz 2009. gadam (14. attēls). Šo valstu vidū vislielākais pieaugums bija vērojams Somijā, kur dati trīskāršojās, un Austrijā un Grieķijā, kur ārstniecības gadījumu skaits dubultoījās.

<sup>(100)</sup> Skatīt tabulu PDU-6 (iii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

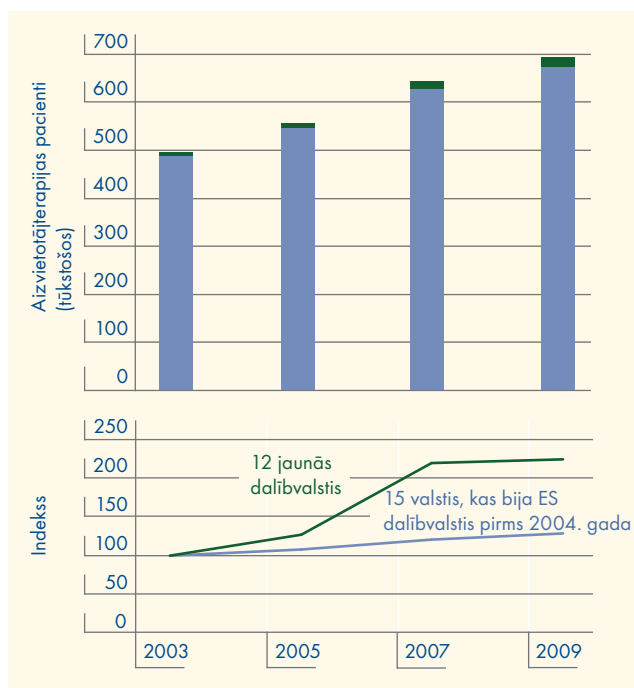
<sup>(101)</sup> Skatīt tabulu TDI-24 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(102)</sup> Skatīt tabulu HSR-3 2011. gada statistikas biļetenā.

12 valstīs, kas pievienojās ES vēlāk, aizvietotājterapijas pacientu skaits gandrīz trīskāršojās laikā no 2003. līdz 2009. gadam, pieaugot no 6400 līdz 18 000. Attiecībā pret rādītāja gadu – 2003. gadu – strauju pieaugumu var novērot laikā no 2005. līdz 2007. gadam, tomēr pēc šā datuma turpmākais pieaugums bija nebūtisks. Proporcioniāli aizvietotājterapijas izplatība šajās valstīs sešu gadu laikā vislielākā bija Igaunijā (16 reizes, no 60 līdz vairāk nekā 1000 pacientiem, vienlaikus joprojām aptverot tikai 5 % opioīdu injicētāju) un Bulgārijā (astoņkārtīgi), bet Latvijā pieaugums bija trīskārtīgs. Par vismazāko pieaugumu ziņoja Slovākija un Ungārija, bet Rumānijā pacientu skaits saglabājās praktiski nemainīgs. Paplašinātu aizvietotājterapijas sniegšanu var saistīt ar vairākiem apstākļiem, tostarp – ar reakciju uz intravenozas narkotiku lietošanas augsto līmeni un saistīto HIV pārnesei; saskaņotību ar ES narkotiku apkarošanas stratēģiju; un pilotprojektiem, ko finansē starptautiskas organizācijas, piemēram, Pasaules fonds un UNODC.

Salīdzinot aizvietotājterapijas pacientu skaitu ar aplēsēm par problemātisko opioīdu lietotāju skaitu, Eiropā var vērot dažādu aptveramības līmeni. No 16 valstīm, kurām pieejamas drošas aplēses par problemātisko opioīdu lietotāju skaitu, astoņas ziņoja par aizvietotājterapijas

**14. attēls.** Opioīdu aizvietotājterapijas pacienti 15 valstīs, kas bija ES dalībvalstis pirms 2004. gada, un 12 jaunajās ES dalībvalstīs – aplēstais skaits un indeksētās tendences.



Ievērojot! Papildu informāciju skatīt attēlā HSR-2 2011. gada statistikas biļetenā.  
Avots: Reitox valstu koordinācijas centri.

gadījumu skaitu, kas atbilst 40 % vai vairāk no mērķauditorijas. Septiņas no šīm valstīm bija ES dalībvalstis pirms 2004. gada, bet vēl viena valsts ar augstu aptveramību bija Malta. Aptveramība sasniedz 37 % Nīderlandē un 32 % – Čehijas Republikā un Ungārijā. No piecām valstīm ar aptveramības līmeni zem 30 % četras ir jaunās dalībvalstis. Izņēmums šajā grupā ir Grieķija ar aplēsto aptveramību 23 % <sup>(103)</sup>.

Centrāleiropas un Austrumeiropas valstis ziņoja par pasākumiem, lai uzlabotu piekļuvi aizvietotājterapijai, tās kvalitāti un nodrošinājumu. 2010. gadā Lietuvā izdeva klīniskas vadlīnijas opioīdu atkarības ārstniecībai ar metadonu un buprenorfinu. Aizvietotājterapijas ģeogrāfiskā pieejamība Latvijā paplašinās, veidojot jaunus ārstniecības pakalpojumu sniedzējus ārpus galvaspilsētas Rīgas. Noteikumi par opioīdu aizvietotājterapijas finansēšanu valsts veselības apdrošināšanas ietvaros tika pieņemti Čehijas Republikā. Tomēr tiek ziņots, ka finansējuma trūkums aizvietotājterapijai ierobežo ģeogrāfisko aptveramību Polijā un būtiski mazina pieejamo ārstniecības vietu skaitu starp lielākajiem aizvietotājterapijas pakalpojumu sniedzējiem Bulgārijā, kas nav valsts finansētas organizācijas.

Kopumā lēš, ka aptuveni puse Eiropas Savienības problemātisko opioīdu lietotāju var izmantot aizvietotājterapiju, un šis līmenis ir salīdzināms ar Austrālijas un ASV paziņotajiem datiem, kas ir augstāki par Kanādas paziņotajiem. Ķīna ziņoja par daudz zemāku līmeni, bet Krievija, neraugoties uz visaugstāko aplēsto problemātisko opioīdu lietotāju skaitu, nav ieviesusi šo ārstniecības veidu (skatīt 11. tabulu).

Eiropā metadons ir visbiežāk izrakstītais aizvietotājmedikaments, un to saņem līdz pat trim ceturtdaļām pacientu. Buprenorfinu izraksta līdz pat

**11. tabula. Starptautisks aplēšu salīdzinājums par problemātiskajiem opioīdu lietotājiem un to pacientu skaitu, kurus ārstē ar opioīdu aizvietotājterapiju.**

	Problemātiskie opioīdu lietotāji	Opioīdu aizvietotājterapijas pacienti
<b>Eiropas Savienība un Norvēģija</b>	1 300 000	695 000
<b>Austrālija</b>	90 000	43 000
<b>Kanāda</b>	80 000	22 000
<b>Ķīna</b>	2 500 000	242 000
<b>Krievija</b>	1 600 000	0
<b>ASV</b>	1 200 000	660 000

Ievērojot! 2009. gads, izņemot datus par Kanādu (atsauces gads ir 2003. gads).  
Avoti: Arfken un citi (2010), Chalmers un citi (2009), Popova un citi (2006), UNODC (2010); Yin un citi (2010).

<sup>(103)</sup> Skatīt attēlu HSR-1 2011. gada statistikas biļetenā.

ceturtdaļai Eiropas aizvītotājterapijas pacientu, un tas ir galvenais aizvītošanas līdzeklis Čehijas Republikā, Francijā, Kiprā, Somijā, Zviedrijā un Horvātijā<sup>(104)</sup>. Buprenorfina un naloksona kombinācija ir pieejama 15 valstīs. Ārstniecība ar lēnas iedarbības orālo morfinu (skatīt turpmāk), kodeīnu (Vācijā un Kiprā) un diacetilmorfinu<sup>(105)</sup> (Beļģijā, Dānijā, Vācijā, Spānijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē) veido mazu daļu no visiem ārstniecības gadījumiem.

Papildus izplatītākajiem aizvītotājmedikamentiem, lēnas iedarbības orālo morfinu, kas sākotnēji bija licencēts kā līdzeklis vēža pacientu sāpju remdēšanai, pašlaik izmanto kā alternatīvas zāles opioīdu atkarības aizvītotājterapijā Bulgārijā, Austrijā, Slovēnijā un Slovākijā. Nesen veikts 13 pētījumu apskats (*Jegu un citi, 2011*) secināja, ka līmenis noturēšanai ārstniecībā šai vielai ir pietiekami augsts (no 80,6 % līdz 95 %), un tas neatšķiras no paziņotajiem datiem par metadonu. Lielākā daļa pētījumu liecināja, ka morfīns uzlabo dzīves kvalitāti, abstinences simptomu ārstēšanu, mazina vēlmi pēc narkotikām un nelikumīgu patēriņu, tomēr nav veikti salīdzinājumi ar citiem aizvītotājmedikamentiem. Vairāk informācijas varēs sniegt gaidāmais sistemātiskais *Cochrane* apskats.

### Opioīdu ārstniecības efektivitāte un rezultāti

Opioīdu aizvītotājterapija apvienojumā ar psihosociāliem iekļaušanās pasākumiem ir atzīta par visefektīvāko ārstniecības metodi opioīdu lietotājiem. Salīdzinot ar detoksikāciju vai neārstēšanu vispār, ārstēšana ar metadonu vai lielas devas buprenorfīnu nodrošina ievērojami labākus atturēšanas rādītājus ārstniecības gaitā un būtiski labākus rezultātus attiecībā uz narkotiku lietošanu, kriminālām darbībām, riska pakāpes uzvedību un HIV pārnēsāšanu, pārdozēšanu un vispārējo mirstību (PVO, 2009).

Vairāki neseni pētījumi pievēršas medikamentam, kas var papildināt aizvītotājterapiju. Dīvos sistemātiskos apskatos ir pētīts, vai antidepresanti samazina atbirumu starp metadona un buprenorfīna pacientiem, tomēr tie neatrada pierādījumus šo līdzekļu efektivitātei (*Pani un citi, 2010b; Stein un citi, 2010*). Cits pētījums pierādīja, ka viena papildu metadona deva var palīdzēt mazināt narkotiku vēlmes izraisītās garastāvokļa problēmas stabilizētiem metadona pacientiem (*Strasser un citi, 2010*).

Opioīdu receptoru antagonistu naltreksonu izmanto, lai novērstu opioīdu lietošanas recidīvu. Neliela mēroga izmēģinājumā naltreksona implantus atzina par efektīvākiem nekā orālais naltreksons, samazinot narkotiku kāri un recidīvu (*Hulse un citi, 2010*). Atbrīvoto ieslodzīto izpēte apliecināja, ka naltreksona implantu nodrošina līdzīgu heroīna un benzodiazepīnu lietošanas

### Ārstniecība ar heroīnu

Ārstniecību ar heroīna palīdzību nodrošina kopā apmēram 1100 problemātiskajiem opioīdu lietotājiem piecās ES dalībvalstīs (Dānijā, Vācijā, Spānijā, Nīderlandē un Apvienotajā Karalistē) un 1360 problemātiskajiem opioīdu lietotājiem Šveicē. Šāda ārstniecība netiek piedāvāta kā pirmā izvēle, bet tiek rezervēta pacientiem, kam neder citas metodes, piemēram, aizstājējterapija ar metadonu. Visas injicējamās devas (parasti apmēram 200 miligrami diamorfīna vienā injekcijā) lieto tiešā medicīniskā uzraudzībā, lai nodrošinātu atbilstību un drošību un novērstu jebkādu iespējamu novirzīšanu nelikumīgajā tirgū – tam nepieciešams, lai klīnikas būtu atvērtas vairākas reizes dienā, visas dienas garā.

Pēdējo 15 gadu laikā ir veikti seši randomizēti klīniskie izmēģinājumi, kas izvērtēja šā ārstniecības veida rezultātus un izmaksu efektivitāti (skatīt *EMCDDA, 2011a*). Visi izmēģinājumi aptvēra tās personas ar hronisku heroīna atkarību, kurām atkārtoti nepalīdzēja citas ārstniecības metodes un kuras izlases veidā norīkoja ārstniecībai ar heroīnu vai orālai metadona ārstniecībai. Pētījumi izmantoja dažādas metodes un mainīgos lielumus, tādēļ rezultātu konsekvence bija tikai viduvēja. Kopumā tie liecināja par pievienotu vērtību, ko radīja uzraudzīta heroīna injicēšana ilglaicīgiem opioīdu lietotājiem, kuriem citas metodes izrādījās nesekmīgas, papildinot to ar metadona devām. Pacienti mazāk lietoja uz ielas iegādātas narkotikas un zināmā mērā guva panākumus fiziskās un garīgās veselības funkcionēšanā.

Ārstniecības izmaksas, lietojot heroīnu, novērtēja par 19 020 euro vienam pacientam gadā Vācijā un 20 410 euro Nīderlandē (precizējot 2009. gada cenās). Tas ir daudz vairāk nekā izmaksas, ja pacientu ārstē tikai ar viena gada orālo metadona terapiju, ko vērtē kā 3490 euro Vācijā un 1634 euro Nīderlandē. Izmaksu atšķirības starp ārstniecību ar heroīnu un metadonu lielākoties nosaka augstākas prasības personālam specializētajās klīnikās. Neraugoties uz lielākām izmaksām, pierādījās, ka ārstniecība ar heroīnu izmaksu ziņā bija efektīvs iekļaušanās pasākums izvēlētai hronisku heroīna lietotāju grupai (*EMCDDA, 2011a*).

samazinājumu kā metadons (*Lobmaier un citi, 2010*). Salīdzinājumā ar placebo implantiem, ASV testēja arī buprenorfīna implantus, kas izstrādāti, lai risinātu neatbilstības problēmas un novērstu ārstniecības novirzīšanu. Iepriekšējs pētījums liecināja par nenozīmīgām atšķirībām attiecībā uz abstinenci, par labu aktīvajiem implantiem (*Ling un citi, 2010*), un nākamais solis būs salīdzināt šos implantus ar cita veida ārstniecību (*O'Connor, 2010*). Eiropā – pētījums Somijā testē, vai suboksona ievietošana elektroniskajā ierīcē, kas reģistrē lietošanu, uzlabo atbilstību un ierobežo mājās līdzīgu narkotiku novirzīšanu.

<sup>(104)</sup> Skatīt tabulu HSR-3 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(105)</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Ārstniecība ar heroīnu".

Ārstniecības rezultātu izpēte dokumentē dažus uzmundrinošus rezultātus. Narkotiku lietotāju ārstniecības rezultātu izpētē izmantoja 12 mēnešu pārtraukumu, lai novērtētu ārstniecības rezultātus 1796 narkotiku lietotājiem, ko piesaistīja 342 aģentūras <sup>(106)</sup> visā Anglijā

(Jones, A. un citi, 2009). No heroīna lietotājiem, kuri iesaistījās bāzes intervijās, 44 % pārtrauca lietošanu pirmajā turpinājumā, bet 49 % – otrajā turpinājumā, un bija vērojams arī pastāvīgs samazinājums visām citām galvenajām vielām, kas tika novērtētas.

### Orālā aizvītotājterapija grūtniecības laikā

Opioīdu atkarīgām topošām mātēm iesaka izmantot metadona aizvītotājterapiju visā grūtniecības laikā. Kaut arī daudzas sievietes vēlētos pārtraukt lietot opioīdus, uzzinot, ka iestājusies grūtniecība, atteikšanos no opioīdiem grūtniecības laikā nevar izmantot, jo pastāv liels heroīna lietošanas recidīva risks un abstinences simptomu briesmas, kas izraisa abortu vai priekšlaicīgas dzemdības (PVO, 2009). Tomēr metadona iedarbība pirms dzemdībām ir saistīta arī ar jaundzimušā abstinences sindromu, kam nepieciešami medikamenti un hospitalizācija.

Buprenorfīns ir metadona alternatīva aizstājējterapijā, un neseno to izpētīja paraugā, ko veidoja 175 grūtnieces ar opioīdu

atkarību, kuras iesaistīja starptautiskā randomizētā kontrolētā izmēģinājumā (Jones, H. un citi, 2009a), un ko izveidoja sešās vietās ASV, vienā vietā Kanādā un vienā vietā Vīnē. Sievietes, kuras iesaistīja pētījumā no 13. līdz 30. grūtniecības nedēļai, nejauši tika izvēlētas metadona vai buprenorfīna lietošanai, un viņas kopā ar jaundzimušajiem bērniem uzraudzīja vēl sešus mēnešus pēc dzemdībām. Tāpat kā citos pētījumos buprenorfīns saistījās ar augstākiem atbiruma rādītājiem (33 %) nekā metadons (18 %), bet bērniem buprenorfīna grupā vajadzēja mazāk morfīna, lai ārstētu jaundzimušo abstinences sindromu, un mazāk dienu, kas jāpavada slimnīcā. Pētījums secināja, ka, turpinot ārstēšanos, grūtniecēm var piedāvāt buprenorfīnu vai metadonu, lai ārstētu opioīdu atkarību grūtniecības laikā (Jones, H. un citi, 2009b).

<sup>(106)</sup> Kolektīvā ārstniecība (galvenokārt orālā metadona aizstājējterapija) un ārstniecība dzīvesvietā.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

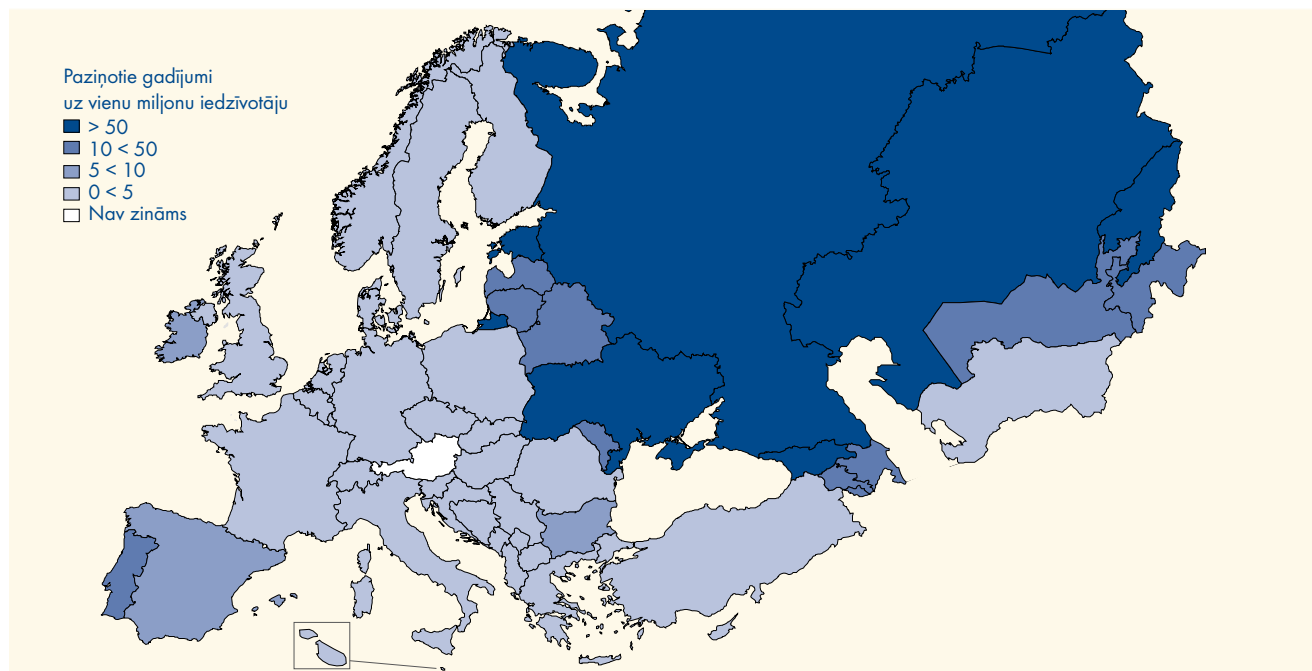
Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



**15. attēls.** HIV infekcijas, kas no jauna diagnosticētas intravenozajiem narkotiku lietotājiem 2009. gadā Eiropā un Centrālāzijā.



Ievēroj! Krāsa apzīmē to paziņoto no jauna diagnosticēto HIV gadījumu rādītāju uz vienu miljonu iedzīvotāju, kas saistāmi ar intravenozo narkotiku lietotāju riska grupu un tika diagnosticēti 2009. gadā.  
 Avoti: ECDC un PVO Eiropas organizācija, 2010. gads. Krievijas dati ir no Federālā zinātniski metodoloģiskā centra AIDS novēršanai un apkarošanai. HIV infekcija. Informatīvais biļetens nr. 34, 35. lpp. Maskava, 2010. gads (krievu valodā).

Spānija, Latvija, Lietuva un Portugāle), trīs turpināja lejupejošo tendenci, bet Igaunijas un Lietuvas rādītāji pēc 2008. gada atkal palielinājās (16. attēls) <sup>(110)</sup>. Igaunijā palielinājums bija no 26,8 gadījumiem uz vienu miljonu iedzīvotāju 2008. gadā uz 63,4 gadījumiem 2009. gadā, un Lietuvā – no 12,5 gadījumiem uz vienu miljonu iedzīvotāju 2008. gadā uz 34,9 gadījumiem 2009. gadā. Tajā pašā laikposmā jauno infekcijas gadījumu rādītāji injicētāju vidū Bulgārijā arī palielinājās no 0,9 jauniem gadījumiem uz vienu miljonu iedzīvotāju 2004. gadā uz 9,7 uz vienu miljonu iedzīvotāju 2009. gadā, bet Zviedrijā šis rādītājs sasniedza kulmināciju 6,7 jauni gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju (61 jauna diagnoze) 2007. gadā. Šie dati liecina, ka dažās valstīs joprojām pastāv potenciāls HIV uzliesmojumiem intravenozo narkotiku lietotāju vidū.

Tendenču dati par injicējošo narkotiku lietotāju HIV izplatības uzraudzību ir būtisks papildinājums datiem no HIV gadījumu ziņošanas. Izplatības tendenču dati par laiku no 2004. gada līdz 2009. gadam ir pieejami par 27 Eiropas valstīm <sup>(111)</sup>. 19 valstīs HIV izplatības aplēses saglabājās nemainīgas. Piecās valstīs (Francijā, Itālijā, Austrijā, Polijā un Portugālē) HIV izplatības dati liecināja par samazinājumu, un trijās no šīm valstīm aplēses bija

balsfītas uz valsts mēroga parauga grupām, bet Francijā tendence bija balstīta uz piecās pilsētās iegūtajiem datiem. Austrijā valsts mēroga paraugs liecināja par nemainīgu situāciju, bet samazinājums bija vērojams Vīnē. Divas valstis ziņoja par augošu HIV izplatību – Slovākija (valsts mēroga dati) un Latvija (septiņu pilsētu paziņoti testa rezultāti). Bulgārijā samazinājums valsts līmenī neatspoguļoja stāvokli galvaspilsētā (Sofijā), kur tendence bija augšupejoša. Itālijā, kur valsts mērogā bija lejupejoša tendence, tikai viens no 21 reģiona ziņoja par palielinājumu <sup>(112)</sup>.

Salīdzinot jaunatklātu, ar narkotiku injicēšanu saistītu infekciju tendences ar HIV izplatības tendencēm narkotiku injicētāju vidū, jāsecina, ka HIV infekcijas sastopamība narkotiku injicētāju vidū valsts mērogā lielākajā daļā valstu samazinās.

Neraugoties uz pārsvarā lejupejošām tendencēm pēc 2004. gada, paziņoto jaunatklāto HIV diagnožu rādītāji (uz vienu miljonu iedzīvotāju) saistībā ar narkotiku injicēšanu 2009. gadā joprojām bija salīdzinoši augsti Igaunijā (63,4), Lietuvā (34,9), Latvijā (32,7), Portugālē (13,4) un Bulgārijā (9,7), tādēļ var secināt, ka šajās valstīs liels skaits jaunu inficēšanās gadījumu joprojām ir vērojams injicējošo narkotiku lietotāju vidū <sup>(113)</sup>.

<sup>(110)</sup> Dati par Spāniju neaptver visu valsts teritoriju.

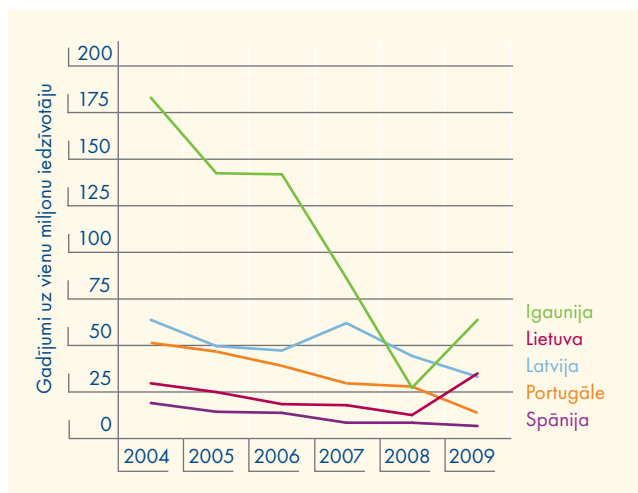
<sup>(111)</sup> Tendenču dati nav pieejami par Igauniju, Īriju un Turciju. Skatīt tabulu INF-108 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(112)</sup> Dati par Itāliju raksturo ārstētos narkotiku lietotājus, bet injicēšanas stāvoklis nav zināms, tādējādi HIV izplatības samazinājumu var izskaidrot arī ar intravenozās narkotiku lietošanas samazinājumu testētajā iedzīvotāju grupā.

<sup>(113)</sup> Skatīt tabulu INF-104 2011. gada statistikas biļetenā.



**16. attēls.** No jauna paziņoto HIV infekcijas gadījumu tendences intravenozajiem narkotiku lietotājiem piecās ES dalībvalstīs, kas ziņoja par augstākajiem rādītājiem.



Ievēroj! Dati, kas paziņoti līdz 2010. gada oktobrim, skatīt attēlu INF-2 2011. gada statistikas biļetenā.

Avots: ECDC un PVO Eiropas organizācija, 2010. gads.

Papildu liecības par joprojām sastopamo HIV pārnesi ir redzamas sešās valstīs (Igaunijā, Spānijā, Francijā, Latvijā, Lietuvā un Polijā) ar izplatības līmeni virs 5 % gados jaunu (mazāk par 25 gadiem) injicējošo narkotiku lietotāju vidū laikā no 2005. līdz 2007. gadam<sup>(114)</sup>, un divās valstīs (Bulgārijā un Kiprā), kur laikā no 2004. līdz 2009. gadam palielinājās izplatība gados jaunu injicējošo narkotiku lietotāju vidū.

### AIDS izplatība un HAART pieejamība

Informācija par AIDS izplatību ir svarīga, lai pierādītu simptomātiskas slimības jaunu parādīšanos, lai gan tas nav HIV izplatības drošs rādītājs. Augsta AIDS sastopamība var norādīt uz to, ka daudzi ar HIV inficēti injicējoši narkotiku lietotāji nesaņem augstas aktivitātes antiretrovīrusu terapiju pietiekami agrīnā infekcijas stadijā, lai terapija būtu maksimāli iedarbīga. Jaunākais pasaules mēroga apskats apstiprina, ka tā joprojām var būt dažās Eiropas valstīs (Mathers un citi, 2010).

Pašlaik Latvija ir valsts ar vislielāko to AIDS gadījumu skaitu, kas saistīti ar narkotiku injicēšanu – saskaņā ar aplēsēm 20,8 jauni gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju 2009. gadā, kas ir mazāk nekā 26,4 jauni gadījumi uz vienu miljonu iedzīvotāju 2008. gadā. Par salīdzinoši lielu skaitu AIDS gadījumu injicējošiem narkotiku lietotājiem ziņoja arī Igaunija, Spānija, Portugāle un Lietuva – attiecīgi 19,4, 7,3, 6,6 un 6,0 jauni gadījumi uz vienu miljonu

iedzīvotāju. Starp šīm valstīm Spānijā un Portugālē no 2004. līdz 2009. gadam tendence bija lejupejoša, bet Igaunijā un Lietuvā – ne<sup>(115)</sup>.

### B un C hepatīts

Vīrusu hepatīts, jo īpaši infekcija, ko izraisa C hepatīta vīruss (HCV), ir plaši sastopams injicējošo narkotiku lietotāju vidū visā Eiropā. HCV antivielu līmenis injicējošo narkotiku lietotāju valsts mēroga paraugos 2008.–2009. gadā svārstījās no 22 % līdz 83 %, un astoņās no 12 valstīm, kas iesniegušas datus, šis līmenis pārsniedza 40 %<sup>(116)</sup>. Trīs valstis (Čehijas Republika, Ungārija un Slovēnija) ziņoja par izplatību zem 25 %; tādēļ infekciju rādītāji šajā līmenī joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma.

Dažādās valstīs HCV izplatības līmenis var ievērojami atšķirties, kas var liecināt gan par reģionu atšķirībām, gan par izlasē iekļauto personu īpašībām. Piemēram, Itālijā reģionālās aplēses svārstās no 37 % līdz 81 % (17. attēls).

Jaunākie pētījumi (2008.–2009. gads) atklāj vairākus HCV izplatības līmeņus starp injicējošiem narkotiku lietotājiem, kuri jaunāki par 25 gadiem, un tiem, kuri injicē mazāk nekā divus gadus, kas liecina, ka šajās iedzīvotāju grupās visā Eiropā HCV gadījumu skaits ir atšķirīgs<sup>(117)</sup>. Tomēr šie pētījumi arī apliecina, ka daudzi injicējoši iegūst šo vīrusu uzreiz pēc injicēšanas uzsākšanas. Tas nozīmē, ka ir tikai neliels laika posms, kad var veikt HCV profilakses pasākumus.

Laikā no 2004. līdz 2009. gadam par lejupejošu HCV izplatības tendenci injicējošo narkotiku lietotāju vidū ziņoja astoņas valstis, bet par augšupejošu tikai viena (Kipra), un vēl četras valstis ziņoja par atšķirīgām tendencēm dažādās datu kopās. Tomēr jāievēro piesardzība, jo dažos gadījumos pētījumu ģeogrāfiskais loks un/vai parauga lielums ir ierobežots<sup>(118)</sup>. Pētījumi par gados jauniem injicējošiem (jaunākiem par 25 gadiem) atkal liecina, ka dažās valstīs šajā grupā var vērot izplatības samazinājumu valsts mērogā (Bulgārijā, Slovēnijā un Apvienotajā Karalistē) vai reģionālā līmenī (Krētā Grieķijā un Forarlbergā Austrijā), un tas var liecināt par pārneses rādītāju samazinājumu. Tomēr vietumis ziņoja arī par palielinājumu (Kiprā un Grācā Austrijā). Dažas šīs tendences apstiprina dati par jauniem injicējošiem (tiem, kuri injicē mazāk nekā divus gadus). Par pieaugošu HCV izplatību jaunu injicējošu vidū ziņoja Grieķija (Atikā), bet par samazinājumu Austrija (Forarlbergā) un Zviedrija (Stokholmā)<sup>(119)</sup>.

<sup>(114)</sup> Skatīt tabulu INF-109 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(115)</sup> Skatīt attēlu INF-1 un tabulu INF-104 (ii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

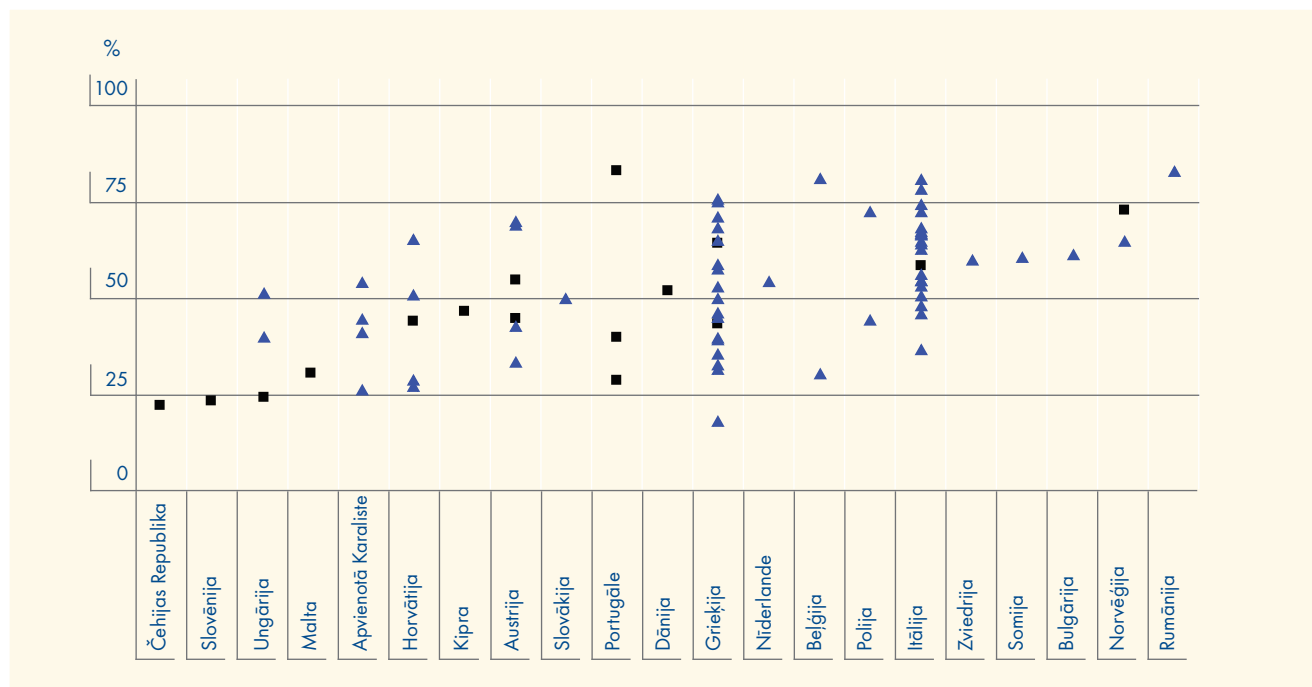
<sup>(116)</sup> Skatīt tabulu INF-2 un INF-111 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(117)</sup> Skatīt tabulu INF-112 un INF-113 un attēlu INF-6 (ii daļa) un (iii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(118)</sup> Skatīt tabulu INF-111 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(119)</sup> Skatīt tabulu INF-112 un INF-113 2011. gada statistikas biļetenā.

**17. attēls.** HCV antivielu izplatība intravenozo narkotiku lietotāju vidū.



**Ievērojot:** Dati par 2008. un 2009. gadu. Melnie kvadrātiņi ir piemēri, kuros aptverta visa valsts; zilie trīsstūri ir piemēri, kuros nav aptverta visa valsts (tie ir vietējas vai reģionālas nozīmes). Valstu atšķirības ir jāinterpretē piesardzīgi; tās ir radušās tādēļ, ka atšķiras vides veidi un pētniecības metodes, dažādās valstīs atšķiras arī paraugu ņemšanas stratēģijas. Valstis ir izkārtotas augošā izplatības secībā, pamatojoties uz vidējiem valstu datiem vai, ja tie nav pieejami, uz reģionu datiem. Papildu informāciju skatīt attēlā INF-6 2011. gada statistikas biļetenā.

**Avots:** Reitox valstu koordinācijas centri.

B hepatīta vīrusa (HBV) antivielu izplatības līmeņi arī ievērojami atšķiras, iespējams, dažādo vakcinācijas līmeņu dēļ, kaut gan to var būt ietekmējuši arī citi faktori. Par HBV infekciju visvairāk informācijas sniedz seroloģiskais marķieris HBsAg (B hepatīta vīrusa virsmas antigēns), kas norāda pašreizējo infekciju. Par 2004.–2009. gadu četras no 14 valstīm, kas iesniedza datus par šo vīrusu injicējošu narkotiku lietotāju vidū, ziņoja par atklāto HBsAg izplatības līmeni virs 5 % (Bulgārija, Grieķija, Lietuva un Rumānija) <sup>(120)</sup>.

Paziņoto B un C hepatīta gadījumu tendences atklāj atšķirīgu ainu, taču tās ir grūti interpretēt, jo datu kvalitāte ir zema. Tomēr ieskatu šo infekciju epidemioloģijā var sniegt injicējošo narkotiku lietotāju īpatsvars starp visiem gadījumiem, par kuriem ir ziņots, kur ir zināmi riska faktori (Wiessing un citi, 2008). Vidēji visās 20 valstīs, par kurām ir pieejami dati par laiku no 2004. līdz 2009. gadam, injicējoša narkotiku lietošana ir sastopama 63 % visu HCV gadījumu un 38 % paziņoto akūto HCV gadījumu, par kuriem zināma riska kategorija. B hepatīta gadījumā injicējošie narkotiku lietotāji veido 20 % visu paziņoto gadījumu un 26 % akūto gadījumu. Šie dati apliecina, ka

injicējošie narkotiku lietotāji joprojām ir ievērojama riska grupa vīrusu hepatīta infekcijai Eiropā <sup>(121)</sup>.

**Citas infekcijas**

Papildus vīrusu infekcijām injicējošie narkotiku lietotāji ir uzņēmīgi pret bakteriālām slimībām <sup>(122)</sup>. Sibīrijas mēra uzliesmojums injicējošo narkotiku lietotāju vidū Eiropā (skatīt EMCDDA, 2010a) pievērsa uzmanību joprojām neatrisinātajai problēmai par šo smago slimību, ko starp injicētājiem izplata sporas veidojošas baktērijas. Eiropas pētījums apkopoja datus par paziņotajiem četrus bakteriālo infekciju gadījumiem (botulismu, tetanusu, *Clostridium novyi* un Sibīrijas mēri) injicējošo narkotiku lietotāju vidū pēdējos desmit gados. Laikā no 2000. līdz 2009. gadam sešas valstis ziņoja par 367 gadījumiem, un rādītāji par iedzīvotājiem svārstījās no 0,03 līdz 7,54 uz vienu miljonu iedzīvotāju. Visvairāk infekcijas gadījumu (92 %) atklājās trijās valstīs Eiropas ziemeļrietumos – Īrijā, Apvienotajā Karalistē un Norvēģijā. Šāda ģeogrāfiska atšķirība vēl nav izskaidrota un jāizpēta papildus (Hope un citi, iespiešanās).

<sup>(120)</sup> Skatīt tabulu INF-114 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(121)</sup> Skatīt tabulu INF-105 un INF-106 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(122)</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Tuberkuloze narkotiku lietotāju vidū".

### Tuberkuloze narkotiku lietotāju vidū

Tuberkuloze (TB) ir bakteriāla slimība, kas parasti skar plaušas un var būt letāla. 2008. gadā 26 ES dalībvalstīs un Norvēģijā atklāja pavisam 82 605 gadījumus, un šie rādītāji pārsniedza 20 uz 100 000 iedzīvotāju Rumānijā (114,1), Lietuvā (66,8), Latvijā (47,1), Bulgārijā (41,2), Igaunijā (33,1) un Portugālē (28,7) (ECDC, 2010). Eiropā šī slimība galvenokārt izplatās augsta riska grupās, piemēram, migrantu, bezpajumtnieku, narkotiku lietotāju un ieslodzīto vidū. Marginalizācijas un dzīvesveida dēļ narkotiku lietotāji var saskarties ar augstāku tuberkulozes infekcijas risku nekā pārējie iedzīvotāji. HIV pozitīvs statuss rada papildu risku, ka attīstīsies tuberkuloze, un šo risku uzskata par apmēram 20 līdz 30 reizes lielāku nekā starp tiem, kam nav HIV infekcijas (PVO, 2010a).

Dati par tuberkulozes izplatību narkotiku lietotāju vidū ir nepietiekami. Eiropā par augstiem rādītājiem aktīvās (simptomātiskās) tuberkulozes jomā starp narkotiku lietotājiem, kuri ārstējas, ziņoja Grieķija (1,7 %), Lietuva (3 %) un Portugāle (1–2 %), bet sistemātiska testēšana narkomānu ārstniecības iestādēs Austrijā, Slovākijā un Norvēģijā neatklāja nevienu gadījumu.

Tuberkulozi narkotiku lietotājiem var efektīvi ārstēt, lai gan šim nolūkam ir nepieciešama sarežģīta dziednieciskā terapija vismaz sešus mēnešus. Ārstniecības pabeigšana ir būtiska, jo slimības organisms ātri pielāgojas medikamentiem un izstrādā rezistenci pret ārstniecību. Problemātiskiem narkotiku lietotājiem, jo īpaši tiem, kuru dzīvesveids ir haotisks, ārstēšanas norādījumu izpilde var būt apgrūtināta. Jaunās metodes ar mērķi saīsināt ārstēšanās ilgumu var palielināt sekmīgas ārstniecības pabeigšanas iespējamību.

### Infekcijas slimību novēršana un to ārstniecība

Infekcijas slimību novēršana narkotiku lietotāju vidū Eiropas Savienībā ir nozīmīgs sabiedrības veselības mērķis, un to paredz narkotiku apkaršanas politikas lielākajā daļā dalībvalstu. Valstis tiecas novērst un kontrolēt infekcijas slimību izplatīšanos narkotiku lietotāju vidū dažādos veidos, tostarp – izmantojot uzraudzību, vakcinēšanu un infekciju ārstēšanu; ārstēšanos no narkotikām, jo īpaši opioīdu aizvietoģterapiju; sterila injicēšanas aprīkojuma nodrošināšanu; un uz sabiedrību balstītas darbības, kas nodrošina informāciju, izglītību un ar uzvedību saistītus ieteikumus, bieži vien ar izbraukuma vai zema sliekšņa pakalpojumu aģentūru starpniecību. Šos pasākumus kopā ar antiretrovīrusu ārstniecisko terapiju un tuberkulozes diagnosticēšanu un ārstēšanu ANO aģentūras ir atbalstījušas kā galvenos ieteikumus pasākumus injicējošo narkotiku lietotāju HIV profilaksei, ārstniecībai un aprūpei (PVO, UNODC un UNAIDS, 2009).

### Infekciju profilakse injicējošo narkotiku lietotāju vidū – ECDC un EMCDDA kopīgās vadlīnijas

2011. gadā Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (ECDC) un EMCDDA izdeva kopīgas vadlīnijas par infekcijas slimību profilaksi un kontroli injicējošo narkotiku lietotāju vidū. Vadlīnijas sniedz vispusīgu pārskatu par iejaukšanās pasākumu efektivitāti, tostarp tādiem pasākumiem kā tīru šļircu un cita injicēšanas aprīkojuma nodrošināšanu; narkotiku lietotāju ārstēšanu, tostarp opioīdu aizvietoģterapiju; vakcināciju; testēšanu; un infekciju ārstēšanu narkotiku lietotājiem. Vadlīnijas izvērtē apkalpošanas modeļus un sniedz šai grupai visvairāk informāciju un izglītojošas norādes.

Šī publikācija ir pieejama iespiestā veidā un EMCDDA tīmekļa vietnē tikai angļu valodā.

### Iejaukšanās pasākumi

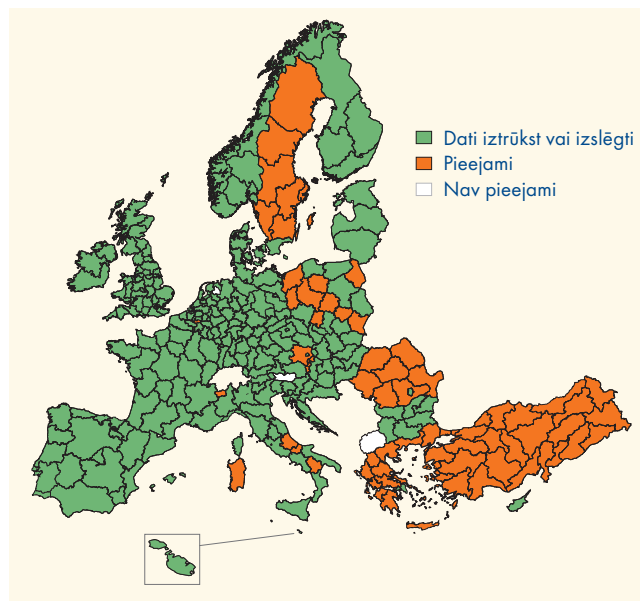
Opioīdu aizvietoģterapijas efektivitāti HIV pārneses samazināšanā un ziņojumus par injicēšanas riska uzvedību apstiprina vairāki pētījumi un apskati. Arvien vairāk pierādījumu apliecina, ka opioīdu aizvietoģterapijas apvienošana ar adatu un šļircu programmām efektīvāk samazina HIV vai HCV izplatību un injicēšanas riska uzvedību nekā katra šī metode atsevišķi (ECDC un EMCDDA, 2011).

Pamatojoties uz C hepatīta ārstniecības sasniegumiem, daudzas valstis paplašina centienus novērst, atklāt un ārstēt hepatītu narkotiku lietotāju vidū. Eiropas Savienība atbalsta vairākas iniciatīvas C hepatīta profilakses uzlabošanā narkotiku lietotāju vidū. Šīs iniciatīvas paredz valstu standartu kartēšanu un vadlīnijas HCV profilaksei ES (Zurhold, 2011); paraugu apkopošanu informēšanas darbā, iejaukšanās pasākumus profilakses, ārstniecības un aprūpes jomā (Korelācijas projekts un EHRN, 2010); mācību materiālu izstrādi politikas veidotājiem, medicīnas speciālistiem un vietējiem pakalpojumu sniedzējiem (piemēram, Hunt un Morris, 2011).

Tīru bezmaksas šļircu nodrošināšana, kas organizēta specializētās iestādēs vai aptiekās, notiek visās valstīs, izņemot Turciju, tomēr, neraugoties uz ievērojamu paplašināšanos pēdējos divdesmit gados, informācija par ģeogrāfisko aptveramību liecina par nelīdzsvarotību vairākās Centrāleiropas un Austrumeiropas valstīs un Zviedrijā, kur dažos reģionos ziņoja par to nepieejamību (skatīt 18. attēlu).

Jaunākie dati par šļircu nodrošinājumu ar specializēto adatu un šļircu programmu starpniecību ir pieejami par visām valstīm, izņemot trīs, un tie ir nepilnīgi vēl divās valstīs (<sup>123</sup>).

**18. attēls.** Adatu un šļircu programmu ģeogrāfiskā pieejamība reģionālā līmenī.



Ievērojot: Reģioni ir definēti saskaņā ar Statistisko teritoriālo vienību nomenklatūras (NUTS) 2. līmeni; papildu informāciju skatīt Eurostat tīmekļa vietnē.  
Avots: Skatīt tabulu HSR-4 2011. gada statistikas biļetenā.

Tie liecina, ka katru gadu ar šo programmu starpniecību tiek izdalīti apmēram 50 miljoni šļircu. Tas līdzinās vidēji 94 šļircēm katram aplēstajam injicējošajam narkotiku lietotājam valstīs, kuras iesniedza datus par šļircēm.

Vidējo šļircu skaitu, ko katru gadu izdala vienam injicējošam narkotiku lietotājam, var aprēķināt 13 Eiropas valstīs<sup>(124)</sup>. Septiņās no šīm valstīm vidējais šļircu skaits, ko izdala specializētās programmas, ir mazāks par 100 uz vienu injicējošo lietotāju, četrās valstīs izdala no 100 līdz 200 šļircēm, bet Luksemburga un Norvēģija ziņoja par vairāk nekā 200 šļircu izdalīšanu katram injicējošajam lietotājam<sup>(125)</sup>. Lai novērstu HIV izplatību, ANO aģentūras nolēma katru gadu izdalīt vismaz 100 šļirces katram injicējošajam narkotiku lietotājam, bet ne vairāk kā 200 šļirces uz katru injicētāju (PVO, UNODC un UNAIDS, 2009).

Pēdējos četros gados, par ko ir informācija (2005.–2009. gadā), šļircu programmu ietvaros izdalīto šļircu kopskaits palielinājās par 32%. Analizējot reģionu datus par šļircu nodrošināšanas tendencēm, ir vērojama palielinājuma izlīdzināšanās valstīs, kuras bija ES dalībvalstis pirms 2004. gada, un pieaugums jaunajās dalībvalstīs.

## Ar narkotikām saistīti nāves gadījumi un mirstība

Narkotiku lietošana ir viens no būtiskākajiem Eiropas jauniešu veselības problēmu un nāves gadījumu cēloņiem, un to var vainot ievērojamā daļā visu pieaugušo nāves gadījumu. Pētījumi liecina, ka 10% līdz 23% nāves gadījumu vecumā no 15 līdz 49 gadiem var saistīt ar opioīdu lietošanu (*Bargagli un citi, 2006; Bloor un citi, 2008*).

Mirstība, kas saistāma ar narkotiku lietošanu, ietver nāves gadījumus, ko tieši vai netieši izraisījis narkotiku lietošana. Te ietilpst nāves gadījumi, ko izraisa narkotiku pārdozēšana (narkotiku izraisītie nāves gadījumi), HIV/AIDS, satiksmes negadījumi – jo īpaši apvienojumā ar alkoholu – vardarbība, pašnāvības un hroniskas veselības problēmas, ko radījis atkārtota narkotiku lietošana (piemēram, kokaīna lietotāju sirds un asinsvadu problēmas)<sup>(126)</sup>.

### Narkotiku izraisīti nāves gadījumi

Jaunākās aplēses liecina, ka 2009. gadā ES dalībvalstīs un Norvēģijā bija apmēram 7630 narkotiku izraisītu nāves gadījumu, un tas apstiprina situācijas stabilizēšanos, salīdzinot ar 7730 gadījumiem, par ko ziņoja 2008. gadā<sup>(127)</sup>. Iespējams, ka šie dati ir nepilnīgi, jo valstu datus var ietekmēt narkotiku izraisītu nāves gadījumu nepilnīga paziņošana vai apzināšana. Dažas valstis ir novērtējušas savu sniegto aplēšu datu nepietiekamības robežas.

Laikā no 1995. gada līdz 2008. gadam ES dalībvalstīs un Norvēģijā katru gadu ir ziņojušas par apmēram 6300 līdz 8400 narkotiku izraisītu nāves gadījumu. 2008. gadā, pēdējā gadā, par kuru ir pieejami dati gandrīz visās valstīs, vairāk nekā pusi visu narkotiku izraisīto nāves gadījumu konstatēja divās valstīs, Vācijā un Apvienotajā Karalistē, kur kopā ar Spāniju un Itāliju tika reģistrētas divas trešdaļas visu paziņoto gadījumu (5075).

Par 2009. gadu vidējais ES pārdozēšanas izraisītais mirstības rādītājs tiek lēsts kā 21 nāves gadījums uz vienu miljonu iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem, un lielākā daļa valstu ziņoja par no 4 līdz 59 nāves gadījumiem uz vienu miljonu iedzīvotāju (19. attēls). Par vairāk nekā 20 nāves gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem ziņoja 13 no 28 Eiropas valstīm, un par vairāk nekā 40 nāves gadījumiem uz miljons iedzīvotājiem ziņoja septiņas valstis. Starp eiropiešiem vecumā no 15 līdz

<sup>(123)</sup> Skatīt tabulu HSR-5 2011. gada statistikas biļetenā. Par 2007.–2009. gadu dati par šļircu skaitu nebija pieejami Dānijā, Vācijā un Itālijā. Dati par Nīderlandi attiecas tikai uz Amsterdamu un Rotterdamu, bet dati par Apvienoto Karalisti neietver Angliju.

<sup>(124)</sup> Skatīt attēlu HSR-3 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(125)</sup> Šie dati neietver aptiekās pārdotās šļirces, kas vairākās valstīs narkotiku lietotājiem var būt būtisks sterilu šļircu ieguves avots.

<sup>(126)</sup> Skatīt "Ar narkotiku lietošanu saistīta mirstība: kompleks jēdziens" 2008. gada pārskatā.

<sup>(127)</sup> Eiropas aplēses ir balstītas uz 2009. gada datiem par 17 no 27 dalībvalstīm un Norvēģiju, 2008. gada datiem par deviņām valstīm un projicētiem datiem par vienu valsti. Beļģija ir izslēgta, jo dati nav pieejami. Papildu informāciju skatīt tabulā DRD-2 (I daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

39 gadiem narkotiku pārdozēšana ir izraisījusi 4 % visu nāves gadījumu <sup>(128)</sup>.

Narkotiku izraisītu nāves gadījumu paziņoto skaitu var ietekmēt narkotiku lietošanas izplatība un ievirzes (injicēšana, vairāku narkotiku lietošana), narkotiku lietotāju vecums un blakusslimības, ārstniecības un avārijas dienestu pieejamība, kā arī datu vākšanas un paziņošanas kvalitāte. Uzlabojumi Eiropas datu drošticamībā ir ļāvuši labāk raksturot tendences, un pašlaik lielākā daļa valstu ir apstiprinājušas gadījuma definīcijas, kas atbilst EMCDDA definīcijai <sup>(129)</sup>. Tomēr valstu salīdzinājumā ir jāievēro piesardzība, jo valstīs joprojām ir atšķirības attiecībā uz paziņošanas metodoloģiju un datu avotiem.

### Ar opioīdu lietošanu saistītie nāves gadījumi

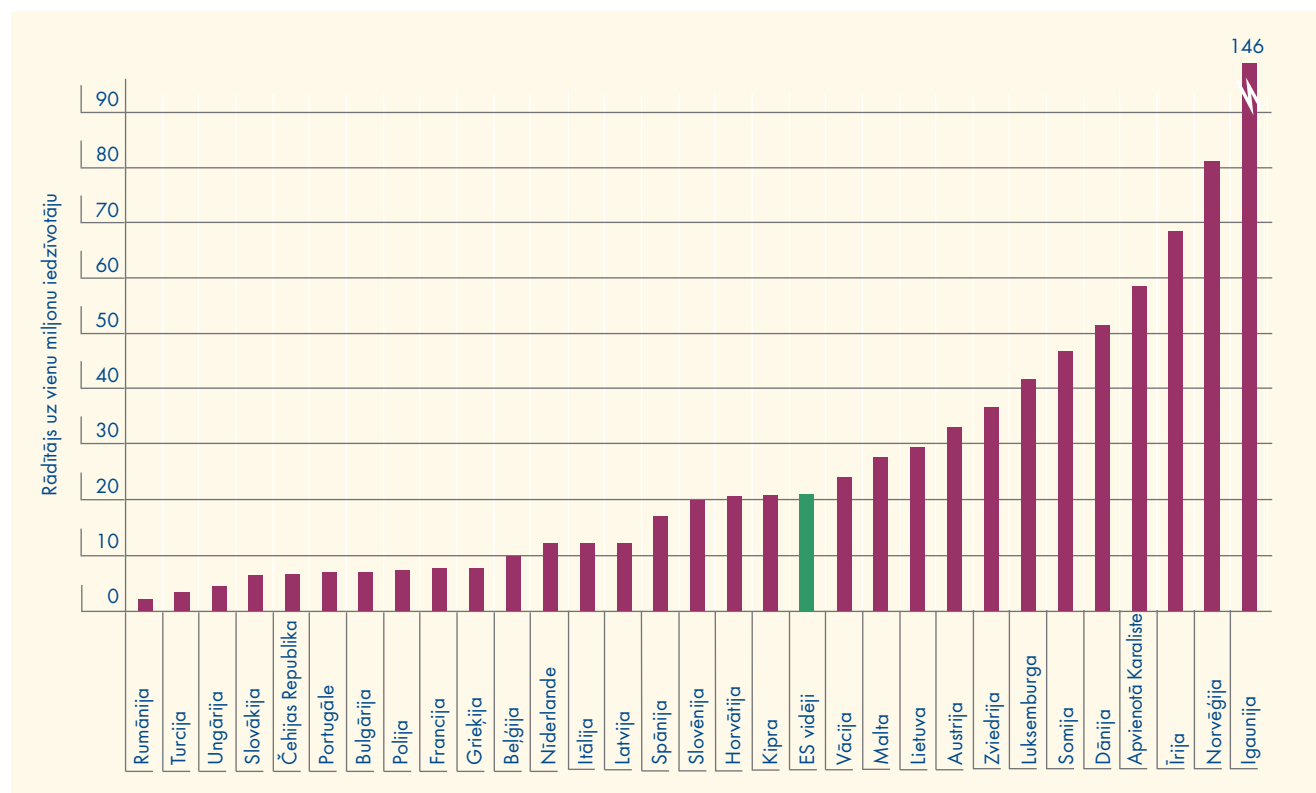
#### Heroīns

Opioīdu, galvenokārt heroīna vai tā metabolītu, klātbūtni konstatē lielākajā daļā Eiropā paziņoto narkotiku izraisītu nāves gadījumu. 22 valstīs, kas iesniedza datus par

2008. vai 2009. gadu, opioīdi veidoja lielāko daļu visu gadījumu – vairāk par 90 % piecās valstīs un no 80 % līdz 90 % vēl 12 valstīs. Vielas, ko bieži atklāja papildus heroīnam, bija alkohols, benzodiazepīni, citi opioīdi un dažās valstīs arī kokains. Tas liecina, ka ievērojama daļa visu narkotiku izraisīto nāves gadījumu var būt saistīta ar vairāku narkotiku lietošanu, kā to ilustrē pārskats par narkotiku izraisītu nāves gadījumu toksikoloģiju Skotijā 2000.–2007. gadā. Tas atklāja, ka heroīna un alkohola klātesamība tika pozitīvi vērtēta, jo īpaši vecāku vīriešu vidū. Vīriešiem, kuru nāve bija saistīta ar heroīnu, alkoholu konstatēja 53 % gadījumu starp tiem, kuri bija 35 gadus veci vai vecāki, salīdzinot ar 36 %, ja vecums bija mazāks par 35 gadiem (*Bird un Robertson, 2011*; skatīt arī GROS, 2010).

Visvairāk pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu Eiropā notiek vīriešiem (81 %). Kopumā nomirst apmēram četri vīrieši uz vienu sievietes nāves gadījumu (bet šī attiecībā svārstās no 1,4:1 Polijā līdz 31:1 Rumānijā) <sup>(130)</sup>. Dalībvalstīs, kuras tikai nesen pievienojās ES, paziņotie narkotiku izraisītie

**19. attēls.** Aplēstie mirstības rādītāji visu pieaugušo vidū (vecumā no 15 līdz 64 gadiem) narkotiku izraisītu nāves gadījumu rezultātā.



Ievērojiet: Papildu informāciju skatīt attēlā DRD-7 2011. gada statistikas biļetenā.  
Avoti: Reitox valstu koordinācijas centri.

<sup>(128)</sup> Skatīt attēlu DRD-7 (i daļa) un tabulas DRD-5 (ii daļa) un DRD-107 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(129)</sup> Papildu metodoloģisko informāciju skatīt 2011. gada statistikas biļetenā un galveno rādītāju lappusēs par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem.

<sup>(130)</sup> Lielākā daļa narkotiku izraisītu nāves gadījumu, kas paziņoti EMCDDA, ir saistīti ar opioīdu (lielākoties heroīna) pārdozēšanu, tāpēc paziņoto nāves gadījumu vispārējās iezīmes šeit tiek raksturotas, lai aprakstītu un analizētu nāves gadījumus, kas saistīti ar heroīna lietošanu. Skatīt attēlu DRD-1 2011. gada statistikas biļetenā.

nāves gadījumi visbiežāk attiecās uz vīriešiem un jauniešiem, salīdzinot ar dalībvalstīm, kas bija ES pirms 2004. gada, un ar Norvēģiju. Ievirzes visā Eiropā ir atšķirīgas, un par lielāku vīriešu īpatsvaru ziņoja dienvidu valstis (Grieķija, Itālija, Kipra, Ungārija, Rumānija un Horvātija), kā arī Igaunija, Latvija un Lietuva. Dānija, Nīderlande, Zviedrija un Norvēģija ziņoja par gados vecāku gadījumu lielāku īpatsvaru. Lielākajā daļā valstu vidējais vecums, kad mirst no heroīna pārdozēšanas, ir aptuveni trīsdesmit pieci gadi, un daudzās valstīs šis vecums palielinās. Tas liecina, ka gados jaunu heroīna lietotāju skaits, iespējams, stabilizējas vai pat samazinās, bet problemātisko opioīdu lietotāju grupa noveco. Kopumā 12 % nāves gadījumu pārdozēšanas dēļ, par ko ziņo Eiropā, notiek tādu narkotiku lietotāju vidū, kuri jaunāki par 25 gadiem <sup>(131)</sup>.

Ar letālu un neletālu heroīna pārdozēšanu ir saistāmi daudzi faktori. Tie ir injicēšana un heroīna vienlaicīga lietošana ar citām vielām, jo īpaši alkoholu, benzodiazepīniem un dažiem antidepresantiem. Tāpat ar pārdozēšanu saistīta arī narkotiku lietošana iedzeršanas laikā, blakusslimības, pajumtes zaudēšana, slikta garīgā veselība (piemēram, depresija un tīša indēšanās), neārstēšanās no narkotiku atkarības, agrāku pārdozēšanas gadījumu pieredze, kā arī atrašanās vienatnē pārdozēšanas laikā (Rome un citi, 2008). Īpaši bīstams laiks pārdozēšanai ir laika posms uzreiz pēc atbrīvošanas no ieslodzījuma (PVO, 2010a) vai ārstēšanās no narkotikām pārtraukšana, kā to apliecina daudzi horizontālie pētījumi.

#### Citi opioīdi

Toksikoloģijas ziņojumos bez heroīna atklāj arī daudzus citus opioīdus, tostarp metadonu <sup>(132)</sup> un buprenorfīnu. Nāves gadījumi saindēšanās ar buprenorfīnu dēļ nav bieži un tos norāda tikai dažas valstis, lai gan to Eiropā aizvien biežāk izmanto aizvietotājterapijā. Tomēr Somijā buprenorfīns saglabā pozīcijas kā izplatītākais opioīds, kas konstatēts tiesu medicīnas sekcijās, lai gan parasti to lieto kopā ar citām vielām. To pierāda nesen veikts pētījums Somijā, kas pētīja narkotiku paliekas nejaušas saindēšanās gadījumos un atklāja benzodiazepīnu klātbūtni gandrīz visos (38/40) gadījumos, kad buprenorfīnu atzina par primāro nāves cēloni. Arī alkohols bija būtisks ietekmējošais faktors, un to atklāja 22 gadījumos no 40 (Salasuo un citi, 2009). Igaunijā lielāko daļu 2009. gadā paziņoto nāves gadījumu, ko izraisīja narkotikas, tāpat kā iepriekšējos gados radīja 3-metilfentanils.

#### Ar citu narkotiku lietošanu saistīti nāves gadījumi

Nāves gadījumi, ko izraisījusi akūta saindēšanās ar kokaīnu, salīdzinoši nav pārāk bieži sastopami (EMCDDA, 2010a).

### Metadons un mirstība

Tā kā aizvietotājterapiju pašlaik piemēro apmēram 700 000 opioīdu lietotāju, jautājumā par narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem uzmanības centrā nesen ir nonākušas tādas narkotikas kā metadons. Metadonu bieži piemin toksikoloģijas ziņojumos par nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotiku lietošanu, un dažkārt to norāda kā nāves cēloni. Neraugoties uz to, pašlaik pieejamie pierādījumi stingri pamato labumu, ko sniedz pienācīgi regulēta un uzraudzīta opioīdu aizvietotājterapija kopā ar psihosociālās palīdzības ieviešanu pasākumiem, lai pacienti nepārtrauktu ārstēšanos un mazinātos nelikumīga opioīdu lietošana un mirstība.

Novērtējuma pētījumi liecina, ka mirstības rādītāji ar metadonu ārstētu opioīdu lietotāju vidū ir aptuveni viena trešdaļa no rādītājiem, kas raksturo tos, kuri neārstējas. Ārstniecības ilgums ir svarīgs apstākļis, un jaunākie pētījumi liecina, ka opioīdu aizvietotājterapijas izredzes samazināt vispārējo mirstību opioīdu lietotāju vidū ir lielākas par 85 %, ja viņi paliek ārstēšanā 12 mēnešus vai ilgāk (Cornish un citi, 2010). Izzdzīvošanas iespējas pieaug, kad dažādus ārstniecības veidus apvieno (Kimber un citi, 2010). Turklāt izrādās, ka metadons samazina HIV infekcijas risku par apmēram 50 %, salīdzinot ar abstinenci vai neārstēšanos (Mattick un citi, 2009). Attiecībā uz nāves gadījumiem iedzīvotāju grupā saistībā ar metadonu nesen veikta izpēte Skotijā un Anglijā secināja, ka, ieviešot uzraudzītu metadona dozēšanu, rodas būtisks nāves gadījumu skaita samazinājums gadījumos, kad izmanto metadonu. Laikā no 1993. līdz 2008. gadam to nāves gadījumu skaits, kurus izraisīja ar metadonu saistīta pārdozēšana, samazinājās vismaz četras reizes uz izrakstītā metadona daudzumu, salīdzinot ar šā ārstniecības veida straujās izplatības rādītājiem (Strang un citi, 2010).

Tomēr, tā kā kokaīna pārdozēšanu ir grūtāk noteikt un apzināt nekā opioīdu gadījumā, par tiem varbūt ir pārāk maz informācijas (skatīt 5. nodaļu).

2009. gadā 21 valsts ziņoja par aptuveni 900 nāves gadījumiem saistībā ar kokaīnu. Tā kā pieejamie dati nav salīdzināmi, nav iespējams raksturot Eiropas kopējo tendenci. Jaunākie dati par Spāniju un Apvienoto Karalisti, divām valstīm ar plašāko kokaīna izplatību, liecina par nāves gadījumu skaita samazināšanos saistībā ar šo narkotiku – Spānijā no 25,1 % paziņoto gadījumu ar kokaīnu (un bez opiātiem) 2007. gadā līdz 19,3 % 2008. gadā; un Apvienotajā Karalistē no 12,7 % 2008. gadā līdz 9,6 % 2009. gadā. Kokaīnu ļoti reti atzīst par vienīgo vielu, kas izraisījis nāves gadījumu saistībā ar narkotiku lietošanu.

Nesen veikts starptautisks apskats par kokaīna lietotāju mirstību secināja, ka nepietiek datu par problemātisko vai atkarīgo kokaīna lietotāju paaugstinātās mirstības līmeni

<sup>(131)</sup> Skatīt attēlu DRD-2 un DRD-3 un tabulu DRD-1 (i daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(132)</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Metadons un mirstība".

(Degenhardt un citi, 2011). Apskats ietvēra secinājumus, kas iegūti trīs Eiropas papildu pētījumos – Francijas pētījumā par personām, kas arestētas par kokaīna likumpārkāpumiem; Nīderlandes pētījumā, iesaistot kokaīna injicētājus ar zema sliekšņa dienestu starpniecību; un Itālijas pētījumā par atkarīgiem kokaīna lietotājiem, kurs ārstē. Aptuveni mirstības rādītāji šajos pētījumos svārstījās no 0,54 līdz 4,6 uz 100 persongadiem. Nesen veikts Dānijas konkrēto grupu pētījums, kas pievērsās no kokaīna lietošanas ārstētām personām, norādīja uz pārmērīgu mirstības risku 6,4, salīdzinot ar tā paša vecuma un dzimuma līdziniekiem pārējā sabiedrībā (Arendt un citi, 2011).

Ne pārāk bieži ziņo par nāves gadījumiem, kuros konstatēta ekstāzi klātbūtne (MDMA), un daudzos gadījumos šo narkotiku neatzīst par galveno nāves cēloni (<sup>133</sup>). 2009. gadā par nāves gadījumiem, kas varēja būt saistīti ar katinoniem, ziņoja Anglija (mefedrons) un Somija (MDPV) (skatīt 8. nodaļu).

### Narkotiku lietošanas izraisīto nāves gadījumu tendences

20. gadsimta astoņdesmitajos gados un deviņdesmito gadu sākumā Eiropā vienlaikus ar heroīna lietošanas un narkotiku injicēšanas apmēru pieaugumu krasi palielinājās narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits, kas pēc tam saglabājās augstā līmenī (<sup>134</sup>). Laikā no 2000. līdz 2003. gadam lielākā daļa ES dalībvalstu ziņoja par samazināšanos, kam sekoja pieaugums laikā no 2003. līdz 2008. gadam. Provizorisks dati, kas pieejami par 2009. gadu, liecina par kopējo skaitli, kas ir tāds pats vai nedaudz mazāks nekā 2008. gadā. Kad bija iespējams salīdzināt, paziņoto nāves gadījumu skaits bija samazinājies dažās lielākajās valstīs, arī Vācijā, Itālijā un Apvienotajā Karalistē.

lemlēslus, kādēļ narkotiku izraisīto nāves gadījumu paziņotais skaits ilgstoši nemainās vai pat palielinās, ir grūti izskaidrot, jo īpaši, ņemot vērā rādītājus, kas liecina, ka ir samazinājies injicējošo narkotiku lietotāju skaits un ir pieaudzis to opioīdu lietotāju skaits, kuri nonāk saskarē ar ārstniecības un kaitējuma mazināšanas dienestiem. Iespējamie izskaidrojumi ir šādi – lielāka vairāku narkotiku lietošanas (EMCDDA, 2009b) vai augsta riska uzvedības izplatība; aizvien lielāks skaits atkārtotu opioīdu lietotāju, kuri tiek atbrīvoti no cietuma vai ārstēšanās; un narkotiku lietotāju novecojošā grupa, kas ir visneaizsargātākā.

### Kopējā mirstība saistībā ar narkotikām

Kopējā mirstība saistībā ar narkotiku lietošanu attiecas uz narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem un tiem, kas radušies

netieši, lietojot narkotikas, piemēram, izplatoties infekcijas slimībām, saasinoties sirds un asinsvadu problēmām un notiekot nelaimes gadījumiem. Lai gan ir grūti noteikt precīzu to nāves gadījumu skaitu, kas netieši saistīti ar narkotiku lietošanu, tomēr to ietekme uz sabiedrības veselību varētu būt vērā ņemama. Šādi nāves gadījumi galvenokārt attiecas uz problemātiskajiem narkotiku lietotājiem, kaut gan dažos no tiem (piemēram, satiksmes negadījumos) cieš arī neregulārie lietotāji.

Aplēses par kopējo mirstību saistībā ar narkotikām var iegūt dažādos veidos, piemēram, salīdzinot konkrētu grupu mirstības pētījumos iegūto informāciju ar aplēsēm par narkotiku lietošanas izplatību. Cita pieeja ir izmantot esošo vispārējo mirstības statistiku un aprēķināt proporciju, kas saistīta ar narkotiku lietošanu.

### Mirstības pētījumi konkrētās grupās

Mirstības pētījumi konkrētās grupās seko vienai problemātisko narkotiku lietotāju grupai laika gaitā un, sasaistot datus ar mirstības reģistriem, cenšas noteikt cēloņus visiem nāves gadījumiem, kas notiek šajā grupā. Šis pētījuma veids var noteikt konkrētās grupas vispārējās un specifiskās mirstības rādītājus un var aplēst grupas pārmērīgo mirstību, salīdzinot ar pārējo sabiedrību (<sup>135</sup>).

Atkarībā no piesaistīšanas veida (piemēram, narkomānijas ārstniecības iestādēs) un iekļaušanas kritērijiem (piemēram, intravenozie narkotiku lietotāji, heroīna lietotāji), lielākā daļa pētījumu konkrētās grupās liecināja par mirstības rādītājiem robežās no 1 līdz 2 % gadā problemātisko narkotiku lietotāju vidū. Šie mirstības rādītāji ir aptuveni 10 līdz 20 reizes augstāki nekā tajā pašā vecuma grupā pārējo iedzīvotāju vidū. Nāves gadījumu dažādo cēloņu salīdzinošā nozīmība ir atšķirīga dažādās iedzīvotāju grupās, valstīs un laika gaitā. Kopumā problemātisko narkotiku lietotāju nāves galvenais cēlonis Eiropā tomēr ir narkotiku pārdozēšana, kas izraisa līdz pat 50–60 % nāves gadījumu injicētāju vidū valstīs ar zemu HIV/AIDS izplatību. Papildus HIV/AIDS un citām slimībām, bieži paziņoti nāves gadījumu cēloņi ir arī pašnāvības, nelaimes gadījumi un pārmērīga alkohola lietošana.

### Ar narkotiku lietošanu netieši saistītie nāves gadījumi

Apkopojot esošos Eurostat datus un HIV/AIDS uzraudzības datus, EMCDDA lēš, ka Eiropas Savienībā aptuveni 2100 nāves gadījumu no HIV/AIDS 2007. gadā bija saistāmi ar narkotiku lietošanu (<sup>136</sup>), un 90% šo nāves gadījumu iestājās Spānijā, Francijā, Itālijā un Portugālē.

<sup>(133)</sup> Datus par nāves gadījumiem, kas saistīti ar citām narkotikām, izņemot heroīnu, skatīt tabulā DRD-108 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(134)</sup> Skatīt attēlus DRD-8 un DRD-11 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(135)</sup> Informāciju par mirstības pētījumiem konkrētās grupās skatīt sadaļā Galvenie rādītāji EMCDDA tīmekļa vietnē.

<sup>(136)</sup> Skatīt tabulu DRD-5 (iii daļa) 2011. gada statistikas biļetenā.

Citas slimības, kuras arī var izraisīt narkotiku lietotāju nāvi, ir hroniski stāvokļi, piemēram, aknu slimības, galvenokārt C hepatīta vīrusa (HCV) infekcijas dēļ, un bieži to pasliktina liela daudzuma alkohola lietošana un HIV blakusinfekcija. Nāves gadījumi, ko izraisa citas infekcijas slimības, ir retāk sastopami. Tādi narkotiku lietotāju nāves gadījumu cēloņi kā pašnāvības, traumas un slepkavības ir daudz mazāk analizēti, lai gan tie būtiski ietekmē mirstības rādītājus.

## Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita samazināšana

Piecpadsmit Eiropas valstis ziņoja, ka to valsts narkotiku apkarošanas stratēģijā ir sadaļa, kas īpaši paredzēta ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšanai, ka šādas politikas darbojas reģionu līmenī vai ka tām ir īpašs rīcības plāns, lai novērstu ar narkotikām saistītus nāves gadījumus. Dažās citās valstīs (Igaunijā, Francijā un Austrijā) nesens ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaita pieaugums (daļēji gados jaunākās vecuma grupās un integrēto lietotāju vidū) ir licis apzināties labāku risinājumu nepieciešamību.

Ārstēšana būtiski samazina narkotiku lietotāju mirstības risku, lai gan, uzsākot vai pārtraucot ārstēšanu, rodas riski, kas saistīti ar narkotiku toleranci. Pētījumi liecina, ka narkotiku izraisītais nāves risks recidīva gadījumā pēc ārstēšanas vai pirmajās nedēļās pēc atbrīvošanas no cietuma būtiski palielinās.

Farmakoloģiskā drošuma profila dēļ dažās valstīs opioīdu terapijā iesaka izmantot buprenorfīnu<sup>(137)</sup>, bet buprenorfīna un naloksona apvienojums ir ieguvis tirdzniecības atļauju vismaz pusē valstu<sup>(138)</sup>.

Kaut arī dažās Eiropas valstīs ir panākts progress, lai likvidētu ārstniecības atšķirības starp sabiedrību un

cietumu<sup>(139)</sup>, narkotiku lietotāju ārstniecības pārtraukšana – aresta, ieslodzīšanas vai atbrīvošanas dēļ – ir apzināta kā pieaugošs pārdozēšanas risks (Dolan un citi, 2005). Tādēļ Pasaules Veselības organizācijas (2010c) Eiropas reģionālā struktūra ir publicējusi ieteikumus jautājumā par pārdozēšanas novēršanu cietumos un uzlabotu aprūpes turpināšanu pēc atbrīvošanas.

Līdz ar labāku narkomānijas ārstniecības pieejamību tiek pēfīti arī citi ieviešanas pasākumi, kas varētu mazināt pārdozēšanas riskus narkotiku lietotāju vidū. Šie ieviešanas pasākumi attiecas uz faktoriem, kas saistāmi ar personiskiem, situācijas un narkotiku lietošanas apstākļiem. Informatīvus materiālus par pārdozēšanas risku, kas bieži vien ir sagatavoti vairākās valodās, lai sasniegtu narkotiku lietotājus migrantu vidū, izplata lielākajā daļā valstu ar specializētu narkotiku aģentūru un tīmekļa vietņu palīdzību, bet nesens ir sākta arī to izplatīšana pa tālruni un e-pastu. Narkotiku lietotāju konsultēšana un mācības par drošāku lietošanu, ko vada narkotiku speciālisti vai vienaudžu izglītotāji, notiek 27 valstīs, tomēr šādi ieviešanas pasākumi bieži ir kampaņveidīgi un nepietiekami<sup>(140)</sup>.

Papildu risinājumi, par kuriem ziņoja neliels valstu skaits, bija šādi – to personu papildu uzraudzība, kas cietušas ārkārtas gadījumā saistībā ar narkotikām (Beļģijā, Dānijā, Luksemburgā, Nīderlandē un Austrijā); "agrīnās brīdināšanas sistēmas", lai brīdinātu lietotājus par bīstamajām vielām (Beļģijā, Čehijas Republikā, Francijā, Ungārijā, Portugālē un Horvātijā); un uzlaboti kontroles pasākumi, lai novērstu vairākkārtēju narkotiku izrakstīšanu (Luksemburgā un Apvienotajā Karalistē). Uzraudzītas narkotiku lietošanas iestādes, piemēram, Vācijā, Spānijā, Luksemburgā, Nīderlandē un Norvēģijā pieejamās iestādes, pārdozēšanas gadījumos nodrošina iespēju speciālistiem tūlīt iejaukties un mazināt neletālas pārdozēšanas ietekmi uz veselību. Pierādījumus par uzraudzītu narkotiku lietošanas telpu ietekmi uz narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem attiecīgajā grupā sniedz arī nesens pētījums, kas veikts Vankūverā un liecina par 35 % samazinājumu pārdozēšanas radītu nāves gadījumu skaitā attiecīgajā grupā pēc tam, kad tika atvērta uzraudzīta injicēšanas telpa (Marshall, B. un citi, 2011). Šis rezultāts apstiprina to pašu, ko iepriekšējie pētījumi, kas apskatīti monogrāfijā par kaitējuma mazināšanu (EMCDDA, 2010b).

Mācības par pārdozēšanu apvienojumā ar uz mājām līdzīgu paņemamu naloksona devu, kura novērš opioīdu sekas, ir metode, ko plaši izmanto slimnīcās un neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā un kas var novērst nāves gadījumus no opioīdu pārdozēšanas. Dažas Eiropas valstis ziņoja

### "Īpašais izdevums" – mirstība saistībā ar narkotiku lietošanu – plaša pieeja un ietekme uz sabiedrības veselību

EMCDDA "Īpašajā izdevumā", kas publicēts šogad, izklāstīti secinājumi par narkotiku lietotāju mirstību, kuri iegūti nesens veiktos horizontālos pētījumos par problemātiskiem narkotiku lietotājiem Eiropā. Izdevumā izvērtēta vispārējā mirstība un mirstība šā iemesla dēļ un raksturoti riski un aizsargpasākumi, kas apzināti izpētes gaitā. Apskatīta arī ietekme uz sabiedrības veselību.

Šī publikācija ir pieejama iespēstā veidā un EMCDDA tīmekļa vietnē tikai angļu valodā.

<sup>(137)</sup> Skatīt ārstniecības vadlīnijas Labākās prakses portālā.

<sup>(138)</sup> Skatīt tabulu HSR-1 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(139)</sup> Skatīt 2. nodaļu un tabulu HSR-9 2011. gada statistikas biļetenā.

<sup>(140)</sup> Skatīt tabulu HSR-8 2011. gada statistikas biļetenā.



par kolektīvās ietekmēšanas programmām, kas izraksta naloksonu narkotiku lietotājiem, kurus apdraud opioīdu pārdozēšana. Naloksona izrakstīšanu papildina obligātas mācības jautājumā par pārdozēšanas noteikšanu, kas ļauj apgūt pamatiemaņas dzīvības glābšanai (piemēram, mākslīgā elpināšana un atgūšanās ērtā stāvoklī), kā arī naloksona ievadīšanu. Šā iejaukšanās pasākuma mērķauditorija ir narkotiku lietotāji un viņu ģimenes locekļi, cilvēki, kuri var atrasties līdzās pārdozēšanas laikā, un tie paredzēti, lai nodrošinātu viņiem iespēju aktīvi rīkoties, gaidot palīdzības dienestu ierašanos.

Par naloksona izdalīšanu narkotiku lietotājiem ziņoja Itālija (kur 40 % narkotiku aģentūru nodrošina šo vielu), Vācija

un Apvienotā Karaliste (Anglija un Velsa). Par jaunām iniciatīvām ziņoja Bulgārija, Dānija un Portugāle. Skotijā "uz mājām paņemama naloksona" izsniegšana visām apdraudētajām personām, ko atbrīvo no cietuma, valsts mērogā ieviesa 2010. gadā, un valdība atbalsta valsts programmas naloksona līdzņemšanai tiem, kuri uzskatāmi par opioīdu pārdozēšanas apdraudētiem, un tiem, kuri var nonākt saskarē ar viņiem. Naloksona izsniegšanas efektivitāti pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaita samazināšanā pirmajās nedēļās pēc atbrīvošanas no cietuma Anglijā pašlaik vērtē "N-Alive" izpētes projekts, kas veiks randomizētus un kontrolētus izmēģinājumus ar 5600 cietumniekiem.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## 8. nodaļa

# Jaunas narkotikas un jaunas narkotiku lietošanas tendences

### Levads

Savlaicīgas un objektīvas informācijas sniegšana par jaunām narkotikām un jaunākajām tendencēm kļūst arvien svarīgāka, jo Eiropas narkotiku problēma kļūst arvien dinamiskāka un mainīgāka. Jauno narkotiku tirgu raksturo ātrums, ar kādu piegādātāji reaģē uz kontroles pasākumu ieviešanu, piedāvājot jaunas alternatīvas ierobežotajiem produktiem. Visdažādākie informācijas avoti un visjaunākie rādītāji, tostarp uzraudzība internetā un notekūdeņu analīze, var palīdzēt sniegt labāku priekšstatu par jaunajām narkotiku tendencēm Eiropā. Šī nodaļa sīki analizē jaunās psihoaktīvās vielas, ko atklājusi agrīnās brīdināšanas sistēma, un izvērsi mefedrona riska novērtējuma atziņas. Tiek izvērtēta "atļauto apdullinātāju" parādība, kā arī daudzi valstu pasākumi, kas vērsti pret jauno vielu atklātu tirdzniecību.

### Pasākumi saistībā ar jaunām narkotikām

Eiropas Savienība ir izstrādājusi agrīnā brīdinājuma sistēmu, kurā ietverts ātrās reaģēšanas mehānisms gadījumam, ja narkotiku aprītē parādītos jaunas psihoaktīvās vielas. Šo sistēmu pašlaik pārskata Eiropas Komisijas veiktā novērtējumā par Padomes Lēmuma 2005/387/TI darbību <sup>(141)</sup>.

### Jaunās psihoaktīvās vielas

Laikā no 1997. līdz 2010. gadam vairāk nekā 150 jaunas psihoaktīvās vielas tika oficiāli paziņotas ar agrīnās brīdināšanas sistēmas palīdzību, un pašlaik tās tiek uzraudzītas. Šajā laikposmā ātrums, ar kādu jaunās vielas parādās tirgū, palielinājās, un par rekordlielu jauno vielu skaitu tika ziņots pēdējos divos gados – 24 vielas 2009. gadā un 41 viela 2010. gadā <sup>(142)</sup>. Daudzas jaunās vielas atklāja, testējot produktus, ko pārdod internetā un specializētajos veikalos (piemēram, gudrajos veikalos un veikalos narkomāniem).

Lielākā daļa no 41 jaunās psihoaktīvās vielas, kas apzināta 2010. gadā, bija sintētiski katinoni vai sintētiski kanabinoīdi. Sintētiskajiem katinoniem 2010. gadā atklāja 15 jaunus atvasinājumus, un pašlaik tie ir otra lielākā narkotiku saime pēc fenetilamīniem, ko uzrauga agrīnās brīdināšanas sistēma. No jauna paziņoto vielu sarakstā ietilpst arī dažādas ķīmisko vielu grupas, tostarp sintētisks kokaīna atvasinājums, dabisks prekursors un dažādas sintētiskas psihoaktīvās vielas. 2010. gadā pirmoreiz tika ziņots par fenciklidīna (PCP) un ketamīna atvasinājumiem – tās ir divas tradicionālas narkotikas, ko pašlaik un arī agrāk lietoja cilvēku un veterinārajā medicīnā.

Jaunu narkotiku rašanās, izmantojot medikamentus ar agrāk zināmu "nepareizas lietošanas" potenciālu, ir piemērs, kas raksturo to, kā inovācijām nelikumīgajā narkotiku tirgū ir nepieciešams risinājums, kuru apvienotiem spēkiem nodrošinātu zāļu un narkotiku kontroles regulatori. Šis jautājums ir drīzāk potenciāls apdraudējums, nevis tūlītēja problēma, tomēr, ņemot vērā ātrumu, ar kādu izplatās jauninājumi šajā jomā, ir svarīgi iepriekš paredzēt nākotnes problēmas.

### Riska novērtēšana

2010. gadā mefedrons (4-metilmetkatinons) kļuva par pirmo katinona atvasinājumu, kam bija jāveic oficiāls riska novērtējums. Tā bija arī pirmā viela, kam novērtēja risku saskaņā ar jaunajām darbības vadlīnijām <sup>(143)</sup>. Riska novērtējums saskārās ar problēmām, ko izraisīja ierobežota datu pieejamība un arī mefedrona atšķirīgums no iepriekš vērtētajiem savienojumiem. Tomēr pirmo reizi tika iekļauti toksikoloģiskās pārbaudes dati no ievirzes pēfijuma ar mefedrona lietotāju grupu, un tas ļāva secinājumus pamatot ar pierādījumiem labāk nekā iepriekšējos riska novērtējumos.

Pamatojoties uz secinājumiem, kas izklāstīti riska novērtējuma ziņojumā (EMCDDA, 2010e), Eiropadome 2010. gada decembrī nolēma piemērot mefedronam kontroles pasākumus un kriminālsodu visā Eiropā <sup>(144)</sup>.

<sup>(141)</sup> Padomes Lēmums 2005/387/TI (2005. gada 10. maijs) par informācijas apmaiņu, riska novērtējumu un kontroli attiecībā uz jaunām psihoaktīvām vielām (OV L 127, 20.5.2005., 32. lpp.)

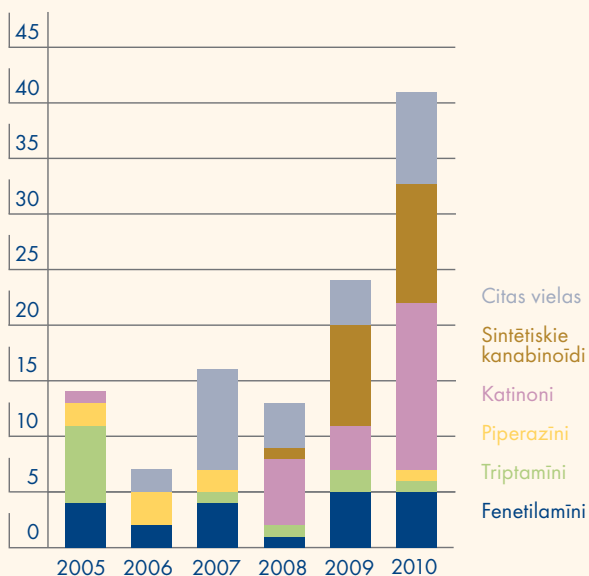
<sup>(142)</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Jauno psihoaktīvo vielu galvenās grupas, ko uzrauga agrīnās brīdināšanas sistēma".

<sup>(143)</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Riska novērtēšanas vadlīnijas".

<sup>(144)</sup> Padomes 2010. gada 2. decembra Lēmums 2010/759/ES par kontroles pasākumu piemērošanu 4-metilmetkatinonam (mefedronam) (OV L 322/44, 8.12.2010., 44. lpp.)

## Jauno psihoaktīvo vielu galvenās grupas, ko uzrauga agrīnās brīdināšanas sistēma

Jaunās psihoaktīvās vielas, kas parādās narkotiku tirgū Eiropā, vēsturiski pieder nelielam ķīmisko vielu grupu skaitam, un ziņojumos agrīnās brīdināšanas sistēmai visbiežāk tiek nosaukti fenetilamīni un triptamīni. Tomēr pēdējos piecos gados tiek ziņots par arvien lielāku skaitu jaunu vielu no visdažādākajām ķīmisko vielu grupām (skatīt attēlu).



Ievērojot Jauno psihoaktīvo vielu skaitu, kas paziņotas Eiropas agrīnās brīdināšanas sistēmai saskaņā ar Padomes Lēmumu 2005/387/TI.

Fenetilamīni ietver dažādas vielas, kas spēj radīt stimulējošu, entaktogēnu vai halucinogēnu ietekmi. Piemēri ir sintētiskās vielas amfetamīns, metamfetamīns un MDMA (3,4-metilenedioksi-metamfetamīns), kā arī meskalīns, kas sastopams dabā.

Triptamīni ir daudzas vielas, kas rada pārsvarā halucinogēnu ietekmi. Galvenie pārstāvji ir dabā sastopamie savienojumi dimetiltriptamīns (DMT), psilocīns un psilocibīns (atrodams halucinogēnās sēnēs), kā arī daļēji sintētiskais lizergīnskābes dietilamīds (LSD).

Piperazīnus pārstāv mCPP (1-(3-hlorofenil)piperazīns) un BZP (1-benzilpiperazīns), kas abi ir centrālās nervu sistēmas stimulējošie līdzekļi.

Katinoniem ir stimulējoša ietekme. Galvenie katinona atvasinājumi ir daļēji sintētiskais metkatinons un sintētiskie savienojumi mefedrons, metilons un MDPV (3,4-metilenedioksi-pirovalerons).

Sintētiskie kanabinoīdi funkcionāli ir līdzīgi delta-9-tetrahidrokanabinolam (THC), kaņepju aktīvajai vielai. Tāpat kā THC, tiem ir halucinogēna, nomierinoša un nomācoša ietekme. Tie ir atklāti zāļu smēķēšanas maisījumos, piemēram, Spice (skatīt EMCDDA, 2009d).

Citas agrīnās brīdināšanas sistēmai paziņotās vielas ir dažādas no augiem atvasinātas un sintētiskas psihoaktīvās vielas (piemēram, indāni, benzodifuranili, narkotiskie pretsāpju līdzekļi, sintētiskie kokaīna atvasinājumi, ketamīna un fenciklidīna atvasinājumi), kas stingri nepieder nevienai no iepriekš nosauktajām grupām. Šeit ir iekļauts arī neliels skaits medikamentu un atvasinājumu.

Papildu informācija par konkrētām jaunajām psihoaktīvajām vielām ir atrodama EMCDDA Narkotiku profilos.

Līdz tam brīdim 18 Eiropas valstis jau bija ieviesušas kontroles pasākumus mefedronam<sup>(145)</sup>. Pārējo ES dalībvalstu rīcībā bija viens gads nepieciešamo pasākumu veikšanai.

## Mefedrona pēckontrole

Tikai nedaudzi avoti ļauj zināmā mērā pastāvīgi uzraudzīt mefedrona lietošanu un pieejamību Eiropā, galvenokārt klubu apmeklētāju aptaujas internetā un pētījumi par tirdzniecību tiešsaistē. Apvienotās Karalistes klubu apmeklētāju žurnāla lasītāju aptaujas internetā liecināja, ka 2010. gadā mefedronu ilgstoši lietoja apmēram 40 % (2295 respondenti, Dick un Torrance, 2010) un 2011. gadā – 61 % (2560 respondenti, Winstock, 2011), bet lietošana pēdējā mēneša laikā saruka no 33 % līdz 25 % tajā pašā laikposmā. Šīs aptaujas nav uzskatāmas par reprezentatīvām attiecībā uz plašākām klubu apmeklētāju aprindām.

Mefedrona pieejamība tiešsaistē ir novērtēta sešos EMCDDA interneta pētījumos (momentuzņēmumos) no 2009. gada decembra līdz 2011. gada februārim. 2010. gada pirmajā pusē mefedrons bija plaši un likumīgi pieejams pie piegādātājiem internetā, kur to pārdeva gan mazumtirdzniecības daudzumos, gan vairumā. EMCDDA momentuzņēmumi par tiešsaistes narkotiku veikaliem, ko īstenoja angļu valodā, liecināja, ka mefedrona tiešsaistes pieejamība vislielākā bija 2010. gada martā, kad to piedāvāja iegādāties 77 mazumtirgotāji. Pēc tam tiešsaistes veikalu kopskaits, kur piedāvāja mefedronu, samazinājās, jo no 2010. gada aprīļa Eiropas valstis uzsāka šīs vielas kontroles pasākumus. Neraugoties uz to, ka 2011. gada sākumā mefedronu kontrolēja lielākajā daļā dalībvalstu, EMCDDA vairākas valodās īstenotais momentuzņēmums parādīja, ka šī narkotika minētajā laikposmā joprojām bija pieejama tiešsaistē, un tika atklātas 23 vietas, kur pircējiem Eiropas Savienībā piedāvāja mefedronu. No sākotnējiem 77 tiešsaistes veikaliem, ko atklāja 2010. gada

<sup>(145)</sup> Beļģija, Dānija, Vācija, Igaunija, Īrija, Francija, Itālija, Latvija, Lietuva, Luksemburga, Malta, Austrija, Polija, Rumānija, Zviedrija, Apvienotā Karaliste, Horvātija un Norvēģija.

## Riska novērtēšanas vadlīnijas

Pašreizējās darbības vadlīnijas jauno psihoaktīvo vielu riska novērtēšanai, ko pieņēma 2008. gadā, pirmo reizi īstenoja 2010. gadā attiecībā uz mefedronu (*EMCDDA*, 2010c). Šīs vadlīnijas nodrošināja konceptuālu pamatu, lai laikus varētu veikt zinātniski pareizu un uz pierādījumiem balstītu novērtējumu apstākļos, kad informācijas avoti bija nepietiekami. Galvenās izpētes jomas bija šādas – veselības un sociālie riski, ražošana un pārvadāšana, organizētās noziedzības iesaistīšanās un kontroles pasākumu iespējamās sekas.

Vadlīnijas ņēma vērā visus faktorus, kas saskaņā ar 1961. un 1971. gada ANO konvencijām garantētu vielas nodošanu starptautiskā kontrolē. Tās arī ieviesa jaunu daļēji kvantitatīvu novērtējuma punktu sistēmu, pamatojoties uz ekspertu atzinumiem. Vadlīnijas ņēma vērā riska duālo definīciju, proti, iespējamību kādam kaitējumam rasties (parasti to definē kā "risku") un šā kaitējuma smaguma pakāpi (parasti to definē kā "bīstamību"). Turklāt tajās tika apskatīta vielas lietošanas izplatība; vielas potenciālās priekšrocības un riski neatkarīgi no tās juridiskā statusa dalībvalstīs; un sniegts salīdzinājums ar labāk pazīstamām narkotikām.

2010. gadā arī Pasaules Veselības organizācija pieņēma grozījumus savās vadlīnijās attiecībā uz psihoaktīvo vielu izvērtēšanu, lai tām piemērotu starptautisku kontroli (PVO, 2010b).

martā, gadu vēlāk tikai 15 joprojām darbojās un tikai divos no tiem joprojām pārdeva mefedronu. Pārējie 13 veikali joprojām pārdeva citas preces, bieži norādot, ka tās ir "ķīmiskās vielas izpētes posmā" un tiek tirgotas kā "likumīgas alternatīvas mefedronam" (<sup>146</sup>). *EMCDDA* 2011. gada momentuzņēmums arī atklāja to Apvienotajā Karalistē bāzēto tiešsaistes veikalu, kur piedāvāja mefedronu, skaita būtisku samazinājumu pēc 2010. gada. 2011. gadā valsts, kur bija visvairāk tiešsaistes veikalu, kas pārdeva mefedronu, bija ASV (seši veikali), un tai sekoja Čehijas Republika un Apvienotā Karaliste (katrā pa trim). Tajā pašā laikposmā mefedrona cena palielinājās no 10–12 euro par gramu 2010. gadā līdz 20–25 euro par gramu 2011. gadā.

Ar mefedronu saistītos intoksikācijas un nāves gadījumus joprojām cieši uzraudzīja agrīnās brīdināšanas sistēma. Par mefedrona lietošanas neletālu kaitīgu ietekmi uz veselību ziņoja Īrija un Apvienotā Karaliste. 2010. gadā tika saņemti 65 ziņojumi par aizdomīgiem ar mefedronu saistītiem nāves

gadījumiem Anglijā, un testi apliecināja šīs narkotikas klātbūtni 46 gadījumos. Tomēr vielas identificēšana toksikoloģiskā paraugā ne obligāti nozīmē, ka tā ir nāves cēlonis vai veicinātāja, un ziņojumi par letāliem gadījumiem saistībā ar mefedronu ir jāinterpretē piesardzīgi.

## Citu vielu pēckontrole

Eiropā nenotiek ikdienas uzraudzība pār vielām, kuru riski ir novērtēti, arī pār tām, kuras vēlāk kontrolē. Par šīm vielām pieejamā informācija lielākoties ir iegūta, narkotikas konfiscējot, kā arī no ziņojumiem par kontrolēto vielu, kas pazīnatas agrīnās brīdināšanas sistēmai, kaitīgo ietekmi uz veselību. Vairākas dalībvalstis ziņoja, ka piperazīni *BZP* un *mCPP* joprojām bija pieejami 2009. un 2010. gadā. *mCPP* bieži atrada tabletēs, ko pārdeva kā ekstazī un identificēja pilulu testēšanas programmu ietvaros, piemēram, Nīderlandē. Arī Somija 2010. gadā ziņoja par *MDPV* (<sup>147</sup>) klātbūtni 13 pēcnāves toksikoloģiskos paraugos, bet trīs valstis ziņoja par divu fenetilamīnu *PMA* un *PMMA* (<sup>148</sup>) atkārtotu parādīšanos. Nīderlandē atklāja, ka pulveri, ko pārdod kā amfetamīnu, satur līdz 10 % *PMA*, bet tabletēs, ko pārdod kā ekstazī, ir augsts *PMMA* saturs; Norvēģijā konfiscēja lielu daudzumu *PMMA*; un Austrijā maisījums, ko pārdeva kā amfetamīnu, saturēja 50 % *PMMA*. Visas valstis ziņoja par nelaimes gadījumiem ar veselību un letāliem gadījumiem saistībā ar *PMA* un *PMMA*, divām vielām, kas pazīstamas kā lielā mērā toksiskas un arī agrāk ir izraisījušas nāves gadījumus pārdozēšanas rezultātā.

## "Atļautie apdullinātāji"

Kopš 20. gadsimta astoņdesmitajiem gadiem jaunās psihoaktīvās vielas dēvē par "projektētām" narkotikām, lai gan pēdējos gados popularitāti ir iemantojis termins "atļautie apdullinātāji". "Atļautie apdullinātāji" ietver visdažādākos neregulētos psihoaktīvos savienojumus vai to saturošos produktus, ko tirgo kā likumīgas alternatīvas labi pazīstamām kontrolētām narkotikām un parasti pārdod internetā vai gudrajos veikalos un veikalos narkomāniem. Ar šo terminu apzīmē visdažādākās sintētiskas un augu izcelsmes vielas un produktus, tostarp "augu izcelsmes apdullinātājus", "ballīšu tabletes" un "ķīmiskās vielas izpētes posmā", no kurām daudzas var būt īpaši projektētas, lai apietu esošos narkotiku kontroles pasākumus. Kaut arī šo terminu plaši lieto, tā pamatotība joprojām ir apšaubāma (<sup>149</sup>).

<sup>[146]</sup> Minētie produkti bija *MDAI* (5,6-metilenedioksi-2-aminoindāns), *5-IAI* (5-jodo-2-aminoindāns), *MDAT* (6,7-metilenedioksi-2-aminotetralīns), *5-APB* (5-(2-aminopropil)benzofurāns, ko pārdeva kā "benzofūriju"), *6-APB* (6-(2-aminopropil)benzofurāns), nafirons (naftilpirovalerons, ko pārdeva kā *NRG-1*), *4-MEC* (4-metiletakatinons, ko pārdeva kā *NRG-2*) un metoksetamīns (2-(3-metoksifenil)-2-(etilamino)cikloheksanons).

<sup>[147]</sup> 3,4-metilenedioksi-pirovalerons, pirovalerona atvasinājums, kas tiek kontrolēts saskaņā ar 1971. gada ANO konvencijas IV sarakstu.

<sup>[148]</sup> *PMA* (para-metoksiamfetamīns) ir iekļauts 1971. gada ANO konvencijas I sarakstā kopš 1986. gada, un *PMMA* (para-metoksimetilamfetamīns) tiek kontrolēts ES līmenī kopš 2002. gada; skatīt *EMCDDA* (2003).

<sup>[149]</sup> Skatīt iestarpinājuma lodziņu "Nebūt ne "atļauti" apdullinātāji".

## Nebūt ne "atļauti" apdullinātāji

Terminu "atļautie apdullinātāji" lieto kā jumta apzīmējumu psihoaktīvām vielām, ko nekontrolē narkotiku likumi. Šo vielu apzīmēšana par "atļautām" vielām var nebūt pareiza vai pat maldināt pircējus, jo vairākas šīs vielas var regulēt zāļu vai pārtikas drošības tiesību akti.

Saskaņā ar Eiropas produktu nekaitīguma direktīvu ražotājiem ir pienākums laist tirgū tikai drošus produktus. Ievērojot saprātīgā mērā prognozējamus lietošanas apstākļus, produkts nedrīkst radīt nekādu risku vai drīkst radīt tikai minimālus riskus, kas salīdzināmi ar produkta lietošanu un uzskatāmi par pieņemamiem un saderīgiem ar augsta līmeņa aizsardzību personu drošībai un veselībai, turklāt ir jāņem vērā šā produkta īpašības, marķējums, visi brīdinājumi un lietošanas norādījumi. Iespējams, reaģējot uz to, tiešsaistes veikali arvien biežāk pievieno brīdinājumus par savu produktu kaitīgumu veselībai. Saskaņā ar direktīvu izplatītājiem ir arī jāinformē kompetentās iestādes par smagiem riskiem un izplatītāju veiktiem pasākumiem šo risku novēršanai. Pārkaņumus var sodīt ar cietumsodu.

Eiropā jaunas narkotikas tirdzniecība nav "atļauta" vairāk kā jebkura cita netestēta un nepareizi marķēta produkta tirdzniecība. Pasākumu piemēri, kas vērsti pret "atļauto apdullinātāju" tirdzniecību, pamatojoties uz patērētāju tiesību aizsardzības noteikumiem, ir Spice un mefedrona konfiscēšana piegādātājiem Itālijā un Apvienotajā Karalistē, atsaucošies uz nepareizu marķēšanu. Arī Polijā 2010. gadā veselības aizsardzības inspekcija slēdza 1200 "veikalus narkomānīem".

## Izplatība un pieejamība internetā

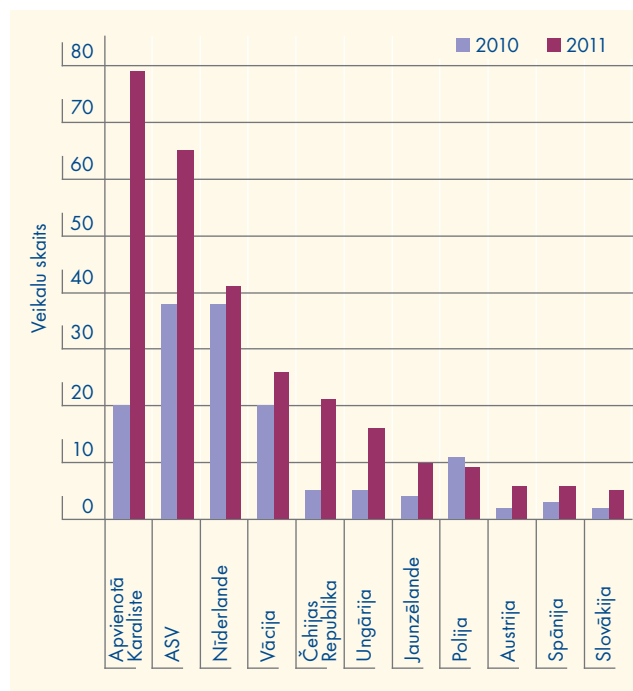
Eiropā trūkst pētījumu par "atļauto apdullinātāju" lietošanas izplatību, kur šis apzīmējums būtu kolektīvs vai attiektos uz atsevišķām vielām. 2008. gadā Polijā veiktā 18 gadu vecu studentu aptaujā ar 1400 respondentiem konstatēja, ka 3,5 % ir lietojuši "atļautos apdullinātājus" vismaz vienu reizi mūžā, bet nākamais pētījums ar 1260 studentiem 2010. gadā liecināja par pieaugumu 11,4 % apmērā. Par "atļauto apdullinātāju" lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā ziņoja 2,6 % studentu 2008. gadā, un šis skaits palielinājās līdz 7,2 % 2010. gadā. Taču lietošana pēdējā mēneša laikā samazinājās no 1,5 % 2008. gadā līdz 1,1 % 2010. gadā. Papildu pētījumi par "atļauto apdullinātāju" izplatību 2011. gadā ir gaidāmi Čehijas Republikā, Īrijā un Spānijā.

EMCDDA uzrauga "atļauto apdullinātāju" pieejamību tiešsaistē, veicot regulārus mērķorientētus interneta momentuzņēmumus, un pēdējais pasākums notika 18 no 23 oficiālajām ES valodām<sup>(150)</sup>, kas ir dzimtās valodas 97 % ES iedzīvotāju, kā arī krievu un ukraiņu valodā. Papildus meklēšanai, norādot terminu "atļautie apdullinātāji", šajos pētījumos iekļautās vielas bija "augu izcelsmes

apdullinātāji" (Spice, kratoms un salvija), GBL (gamma-butīrolaktons) un halucinogēnās sēnes. 2011. gadā interneta momentuzņēmums atklāja 314 tiešsaistes veikalus, kas tirgoja "atļautos apdullinātājus" un varēja nosūtīt produktus vismaz uz vienu ES dalībvalsti. Tiešsaistes veikalu izcelsmes valsts noskaidrošana ir grūta, tomēr izmantojot tādas raksturīgas pazīmes kā kontakinformācija, valsts koda domēns, valūta un nosūtīšanas informācija, izrādījās, ka visbiežāk šī izcelsme saistījās ar Apvienoto Karalisti (20. attēls). Angļu valoda bija visbiežāk lietotā saziņas valoda, proti, 83 % tiešsaistes veikalu, ko aptaujāja 2011. gadā. Kratoms un salvija bija divi visbiežāk piedāvātie "atļautie apdullinātāji", kas bija pieejami attiecīgi 92 un 72 tiešsaistes veikalos.

Spice līdzīgu produktu pieejamība internetā 2011. gadā turpināja mazināties, samazinoties līdz 12 aptaujātiem tiešsaistes tirgotājiem, kas piedāvāja minētās vielas, salīdzinot ar 21 veikalu 2010. gadā un 55 – 2009. gadā. 2011. gadā cena par Spice līdzīga produkta 3 gramu paciņu bija 12–18 euro, salīdzinot ar aptuveni 20–30 euro 2009. gadā. Šāds paralēls pieejamības un cenas

**20. attēls.** Šķietamā izcelsmes valsts tiešsaistes veikaliem, kur piedāvā "atļautos apdullinātājus" un kas atklāti 2010. un 2011. gada interneta momentuzņēmumos.



Ievēroj! Šajā attēlā ir atainotas tikai dalībvalstis ar vismaz diviem tiešsaistes veikaliem gan 2010., gan 2011. gadā. 2011. gadā meklēšana, kas pirmoreiz notika rumāņu valodā, atklāja 13 tiešsaistes veikalus, kas darbojās Rumānijā.

<sup>(150)</sup> Angļu, bulgāru, čehu, dāņu, franču, grieķu, itāļu, latviešu, maltiešu, nīderlandiešu, poļu, portugāļu, rumāņu, slovāku, spāņu, ungāru, vācu un zviedru valodā.

samazinājums varēja liecināt par konkurenci, ko radīja citas jaunas narkotikas.

## Jauno narkotiku atklātas tirdzniecības kontrole un policijas uzraudzība

Jaunu vielu strauja izplatīšanās liek dalībvalstīm pārvērtēt un grozīt dažus savus standarta risinājumus narkotiku problēmai. 2010. gadā Īrija un Polija strauji pieņēma tiesību aktus, lai ierobežotu to psihoaktīvo vielu atklātu tirdzniecību, ko nekontrolē narkotiku likumi. Tāpēc abām valstīm bija rūpīgi jāizstrādā šo vielu juridiskās definīcijas. Īrijas likums definē tās kā psihoaktīvas vielas, ko speciāli nekontrolē esošie tiesību akti un kas spēj stimulēt vai nomākt centrālo nervu sistēmu, izraisot halucinācijas, atkarību vai būtiskas izmaiņas kustību funkcijās, domāšanā vai uzvedībā. Tām nepieder medikamenti un pārtikas produkti, dzīvnieku zāles, apreibinoši dzērieni un tabaka. Polijas likums tās dēvē par "aizvietotājzālēm", ko definē kā vielas vai augus, kurus lieto kontrolētu zāļu vietā vai tam pašam nolūkam un kā ražošanu vai laišanu tirgū neregulēt atsevišķi noteikumi. Nav īpašas nozīmes apstāklim, vai šīs zāles ir uzskatāmas par kaitīgām.

Īrijā šā likuma izpildi īsteno policija. Augsta līmeņa policijas amatpersonas drīkst nosūtīt "aizlieguma vēstuli" tirgotājam; ja pārkāpējs to neņem vērā, tiesas var izdot "aizlieguma rīkojumu". Tirgošana, reklamēšana un "aizlieguma rīkojuma" neievērošana ir sodāma ar līdz pat pieciem gadiem cietumsoda. Pretēji tam Polijā šo likumu izpilda valsts sanitārā inspekcija. Sods par aizvietotājzāļu ražošanu vai to laišanu aprītē ir liels naudassods, bet sods

par šo vielu reklamēšanu ir līdz vienam gadam cietumā. Valsts sanitārie inspektori drīkst aizliegt "aizvietotājzāļu" tirdzniecību uz laiku līdz 18 mēnešiem, lai novērtētu to drošumu, ja rodas pamatotas aizdomas, ka tās var radīt apdraudējumu dzīvībai vai veselībai. Ja zāles atzīst par kaitīgām, izplatītājam ir pienākums segt novērtējuma izmaksas. Inspektoriem ir arī tiesības slēgt telpas uz laiku līdz trim mēnešiem. Abās valstīs nav paredzēts apsūdzēt vai sodīt šo vielu lietotājus.

### Psihoaktīvo vielu, kurām noteikta kontrole, policijas uzraudzība

Sīki izstrādātas vadlīnijas par policijas uzraudzību attiecībā uz psihoaktīvajām vielām, kam noteikta kontrole, jo īpaši attiecībā uz sintētiskajiem kanabinoīdiem, piperazīniem un katinoniem, kā arī GBL un 1,4-butanediolu, 2010. gadā izdeva policijas spēkiem Apvienotajā Karalistē (ACPO, 2010). Šīs vadlīnijas sniedza informāciju par minēto narkotiku izskatu, lietošanas ievirzēm, ietekmi un riskiem, kā arī par to manuālu pārvietošanu. Vadlīnijas ieteica izstrādāt konsekventu valsts mēroga regulējumu policijas uzraudzībai pār šo vielu glabāšanu un izplatīšanu. Tika atzīta nepieciešamība veikt tiesu ekspertīzi šo vielu pareizai identificēšanai un standartizēt pierādījumu bāzi. Tika uzsvērts tas, cik svarīga ir policijas un vietējo pašvaldību sadarbība, lai uzraudzītu veikalus narkomāniem. Tika atbalstīti policijas apmeklējumi narkomānu veikalos, lai varētu savākt informāciju un sniegt to īpašniekiem, tādējādi dodot viņiem iespēju atdot kontrolētās vielas. Šim nolūkam ieteica izstrādāt standartizētu vēstuli, lai veikala īpašnieku mudinātu pārskatīt jau esošos pasākumus un nodrošināt to atbilstību likumam.

## Notekūdeņu analīzes

Notekūdeņu analīzes jeb kanalizācijas epidemioloģija ir zinātnes joma, kas strauji attīstās un kam ir potenciāls, lai varētu uzraudzīt nelikumīgu narkotiku lietošanas tendences iedzīvotāju vidū.

Analītiskās ķīmijas sasniegumi ļauj identificēt nelegālo narkotiku un to galveno metabolītu ekskrēciju urīnā, kas ļoti mazā koncentrācijā ir sastopams notekūdeņos. To var salīdzināt ar stipri atšķaidīta urīna parauga ņemšanu no visas kopienas (nevis no atsevišķa lietotāja). Ar noteiktiem pieņēmumiem no metabolīta daudzuma notekūdeņos ir iespējams aplēst kopienā patērēto narkotiku daudzumu.

Pirmie pētījumi vairāk pievērsās kokaīna un tā metabolītu identificēšanai notekūdeņos, bet jaunākie pētījumi ir

izstrādājuši aplēses par kaņepju, amfetamīna, metamfetamīna, heroīna un metadona līmeņiem. Daudzsološa šķiet arī iespēja identificēt retāk lietotās narkotikas, piemēram, ketamīnu un jaunās psihoaktīvās vielas.

Šis darba virziens attīstās kā starpdisciplināra joma, un būtiska nozīme ir vairāku disciplīnu ieguldījumam, tostarp – analītiskās ķīmijas, fizioloģijas, bioķīmijas, notekūdeņu inženierijas un tradicionālās narkotiku epidemioloģijas devumam. EMCDDA ekspertu sanāksme notekūdeņu analīžu jomā 2011. gadā apzināja vismaz 18 pētnieciskās grupas, kas šajā virzienā darbojas 13 Eiropas valstīs. Pašlaik pētniecības darba kārtībā vissvarīgākais jautājums ir vienprātības panākšana par paraugu ņemšanas metodēm un rīkiem, kā arī par paraugprakses kodeksa izstrādi šajā nozarē.





## Atsauces <sup>(151)</sup>

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J. P. un Salaspuro, M. (2007), Buprenorphine misuse in Finland, *Substance Use & Misuse* 42, 1027.-1028. lpp.
- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. un citi (2008), Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence, *Clinical Infectious Diseases* 47 (7), 931.-934. lpp.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Anglijas, Velsas un Ziemeļīrijas augstāko policijas amatpersonu asociācija, Londona.
- AIHW (2008), 2007 National drug strategy household survey: detailed findings, *Drug statistics series No 22*, Austrālijas Veselības un labklājības institūts, Kanbera.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. un 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, 1186.-1202. lpp.
- Allen, D., Coombes, L. un Foxcroft, D. R. (2007), Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study, *Health Education Research* 22, 547.-560. lpp.
- Anderson, A. L., Reid, M. S., Li, S. H., Holmes, T., Shemanski, L. un citi (2009), Modafinil for the treatment of cocaine dependence, *Drug and Alcohol Dependence* 104 (1-2), 133.-139. lpp.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., un 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, 134.-139. lpp.
- Arfken, C. L., Johanson, C. E., di Menza, S. un 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), 96.-104. lpp.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. un citi (2006), Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries, *European Journal of Public Health* 16, 198.-202. lpp.
- Barry, D., Sullivan, B. un 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), 168.-174. lpp.
- Bell, J. (2010), The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective, *Addiction* 105, 1531.-1537. lpp.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. un 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, 78.-86. lpp.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K. A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. un Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Skotijas valdības sociāls pētījums (pieejams tiešsaistē).
- Bird, S. M. un 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, 170.-178. lpp.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H. un McKeganey, N. (2008), Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study, *BMJ* 337, a478. lpp.
- Bröring, G. un Schatz, E. (redaktori) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (pieejams tiešsaistē).
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. un citi (2009), Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain, *European Addiction Research* 15, 171.-178. lpp.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Kontrolēto vielu un tabakas direkcija (pieejams tiešsaistē).
- Caiaffa, W. T., Zocatto, K. F., Osimani, M. L., Martínez, P. L., Radulich, G., Latorre, L. un citi (2011), Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?, *Addiction* 106 (1), 143.-151. lpp.
- Carpenedo, C. M., Kirby, K. C., Dugosh, K. L., Rosenwasser, B. J. un Thompson, D. L. (2010), Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence, *American Journal of Health Behavior* 34 (6), 776.-787. lpp.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. un Hedrich, D. (2011), Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges, *The Howard Journal of Criminal Justice* (iespiešanās).

<sup>(151)</sup> Hipersaites uz tiešsaistes avotiem ir atrodamas gada ziņojuma PDF versijā, kas pieejama EMCDDA tīmekļa vietnē (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Chabrol, H., Roura, C. un Armitage, J. (2003), Bongs, a method of using cannabis linked to dependence, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 709. lpp.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. un McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Austrālijas Valsts narkotiku padomes pētījumu dokuments (pieejams tiešsaistē).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. un citi (2008), Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy, *HRB Research Series 6*, Veselības pētniecības padome, Dublina (pieejams tiešsaistē).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. un 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. lpp.
- CPT (Eiropas Komiteja spīdzināšanas un necilvēcīgas vai pazemojošas rīcības vai soda novēršanai) (2006), *The CPT Standards: "Substantive" sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1 – 2006. gada izdevums (pieejams tiešsaistē).
- Cunningham, J. A. (2000), 'Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?', *Drug and Alcohol Dependence* 59, 211.-213. lpp.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. un Linskey, M. (2009), Illicit drug use, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. 1. sējums, Majid Ezzati un citi (redaktori), Pasaules Veselības organizācija, Ženēva (pieejams tiešsaistē).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. un Hickman, M. (2010), Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed, *Lancet* 376, 285.-301. lpp.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. un Hall, W. D. (2011), Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies, *Drug and Alcohol Dependence* 113, 88.-95. lpp.
- Dennis, M. un Scott, C. K. (2007), Managing addiction as a chronic condition, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), 45.-55. lpp.
- Derzon, J. H. (2007), Using correlational evidence to select youth for prevention programming, *Journal of Primary Prevention* 28 (5), 421.-447. lpp.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. un Purchase, D. (2009), Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States, *Addiction* 104(9), 1441.-1446. lpp.
- Dick, D. un Tarrant, C. (2010), *MixMag Drugs Survey*, *Mix Mag* 225, 44.-53. lpp.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. un 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, 820.-882. lpp.
- ECDC (2010), Gada epidemioloģiskais ziņojums par infekcijas slimībām Eiropā 2010. gadā, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, Stokholma.
- ECDC un EMCDDA (2011), *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, Stokholma.
- ECDC un PVO Eiropas reģionālais birojs (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, Stokholma.
- Eiropas Savienības Padome (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09, 4. izdevums (pieejams tiešsaistē).
- Eiropas Komisija (2011), Eiropas ekonomikas prognoze: 2011. gada pavasaris, *European Economy 1/2011*, Eiropas Komisijas Ekonomikas un finanšu lietu ģenerāldirektorāts.
- Eiropas Cilvēktiesību tiesa: 1998. gada 9. jūnija spriedums lietā Teixeira de Castro/Portugāle, Ziņojumi 1998-VI, 38. un 39. punkts.
- Elkashef, A. M., Rawson, R. A., Anderson, A. L., Li, S. H., Holmes, T. un citi (2008), Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence, *Neuropsychopharmacology* 33(5), 1162.-1170. lpp.
- EMCDDA (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga (pieejams tiešsaistē).
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, *Drugs in focus*, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monogrāfija, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, *Insight*, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2009a), *2009. gada ziņojums: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā*, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.

- EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, tematisks dokuments, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga (pieejams tiešsaistē).
- EMCDDA (2009d), *Understanding the "Spice" phenomenon*, tematisks dokuments, Eiropas Savienības Oficiālo publikāciju birojs, Luksemburga (pieejams tiešsaistē).
- EMCDDA (2010a), *2010. gada ziņojums: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā*, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monogrāfija, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga (pieejams tiešsaistē).
- EMCDDA (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2010f), *Treatment and care for older drug users*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, īpašais izdevums, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- EMCDDA un Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, EMCDDA un Europol kopīgās publikācijas, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- ESAO (2006), *The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach*, *OECD Economic Studies* 43, 115.-154. lpp.
- Escot, S. un Suderie, G. (2009), *Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles*, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parīze.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998-2007*, Europol contribution to the Expert Consultations for the UNGASS assessment.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Hāga.
- Fletcher, A., Bonell, C. un 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), 209.-220. lpp.
- Galloway, G. P., Buscemi, R., Coyle, J. R., Flower, K., Siegrist, J. D. un citi (2011), *A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction*, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89 (2), 276.-282. lpp.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J.L. un citi (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), 131.-138. lpp.
- Gregoire, T. un 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), 221.-237. lpp.
- Gripenberg, J., Wallin, E. un Andréasson, S. (2007), *Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises*, *Substance Use and Misuse* 42 (12-13), 1883.-1898. lpp.
- GROS (Skotijas Galvenā reģistra pārvalde) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, Skotijas Galvenā reģistra pārvalde (pieejams tiešsaistē).
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. un McKendry, R. (2003) *Continuity of care: a multidisciplinary review*, *BMJ* 327, 1219.-1221. lpp.
- Hall, W. un Degenhardt, L. (2009), *Adverse health effects of non-medical cannabis use*, *Lancet* 374, 1383.-1391. lpp.
- Heinzerling, K. G., Swanson, A. N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. un citi (2010), *Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence*, *Drug and Alcohol Dependence* 109 (1-3), 20.-29. lpp.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. un citi (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Zviedrijas informācijas padome alkohola un narkotiku jautājumos (CAN), Stokholma.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. un citi (2011), *Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs*, *Molecular Therapy* 19, 612.-619. lpp.

- Hoare, J. un Moon, D. (redaktori) (2010), Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (pieejams tiešsaistē).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. un Goldberg, D. (2011), A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation, *American Journal of Public Health* (iespiešanās).
- Horsley, T., Grimshaw, J. un Campbell, C. (2010), Maintaining the competence of Europe's workforce, *BMJ* 341, c4687. lpp.
- Hughes, C.A. un Stevens, A. (2010), What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?, *The British Journal of Criminology* 50, 999.-1022. lpp.
- Hulse, G. K., Ngo, H. T. un Tait, R. J. (2010), Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone, *Biological Psychiatry* 68 (3), 296.-302. lpp.
- Hunt, N. un Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, mācību modulis, Eirāzijas kaitējuma mazināšanas tīkls, Viļņa.
- Hunt, N., Albert, E. un Montañés Sánchez, V. (2010), User involvement and user organising in harm reduction, iekļauts EMCCDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Eiropas Savienības Publikāciju birojs, Luksemburga.
- INCB (Starptautiskā narkotiku kontroles padome) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, ANO, Ņujorka.
- INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, ANO, Ņujorka (pieejams tiešsaistē).
- INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, ANO, Ņujorka (pieejams tiešsaistē).
- INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, ANO, Ņujorka (pieejams tiešsaistē).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J. L. un Lapeyre-Mestre, M. (2011), Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71 (6), 832.-843. lpp.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. un Schulenberg, J. E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, Mičigana (pieejams tiešsaistē).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. un D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Iekšlietu ministrija, Londona (pieejams tiešsaistē).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. un citi (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, Valsts Narkomānijas institūts (pieejams tiešsaistē).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. un citi (2009b), Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure, *New England Journal of Medicine* 363, 2320.-2331. lpp.
- Kalechstein, A. D., De La Garza, R. un Newton, T. F. (2010), Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment, *American Journal on Addictions* 19 (4), 340.-344. lpp.
- Kaskutas, L., Ammon, L. un 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, 111.-133. lpp.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. un citi (2010), Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment, *BMJ* 341, c3172. lpp.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. un Chassin, L. (2006), Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment, *Addiction* 101, 1 730.-1740. lpp.
- Koerkel, J. un Verthein, U. (2010), Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain, *Suchttherapie* 11 (1), 31.-34. lpp.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. un Franck, J. (2010), Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study, *Drug and Alcohol Dependence* 108 (1-2), 130.-133. lpp.
- Korelācijas projekts un Eirāzijas kaitējuma mazināšanas tīkls (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eirāzijas kaitējuma mazināšanas tīkls, Viļņa.
- Kruisbergen, E. W., De Jong, D. un Kleemans, E. R. (2011), Undercover policing: assumptions and empirical evidence, *The British Journal of Criminology* 51, 394.-412. lpp.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. un Whiteside, H. O. (2008), Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program, *Evaluation and the Health Professions* 31, 226.-239. lpp.
- Laudet, A., Becker, J. un 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, 227.-252. lpp.
- Lawless, M. un Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublina.

- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L. un citi (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, 255.-264. lpp.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. un 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), 12.-25. lpp.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K. M., Patkar, A. un citi (2010), Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial, *JAMA* 304 (14), 1576.-1583. lpp.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, Apvienotās Karalistes Narkotiku politikas komisija (UKDPC) (pieejams tiešsaistē).
- Lobmaier, P. P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevold, T. un Waal, H. (2010), Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release, *European Addiction Research* 16 (3), 139.-145. lpp.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. un White, J. M. (2010), Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence, *Addiction* 105 (1), 146.-154. lpp.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. un Basso, C. (2010), Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain, *European Heart Journal* 31 (3), 318.-329. lpp.
- Marsden, J. un Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP, Blenheim CDP*, Londonas Narkotiku aģentūra (pieejams tiešsaistē).
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G. un 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, 1429.-1437. lpp.
- Marshall, K. S., Gowing, L. un Ali, L. (2011), Pharmacotherapies for cannabis withdrawal, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. izdevums.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D. un citi (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), 1116.-1123. lpp.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. un citi (2010), HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage, *Lancet* 375, 1014.-1028. lpp.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. un Davoli, M. (2009), Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. izdevums, CD002209. lpp.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. un citi (2010), Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78 (1), 111.-120. lpp.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J. un citi (2010), Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison, *Addiction* 105, 1545.-1554. lpp.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. un 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, 1259.-1265. lpp.
- Moore, T. (2008), The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia, *Drug and Alcohol Review* 27, 404.-413. lpp.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B. un citi (2007), Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, *Lancet* 370, 319.-328. lpp.
- O'Connor, P. G. (2010), Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges, *JAMA* 304(14), 1612.-1614. lpp.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. un Davoli, M. (2010a), Disulfiram for the treatment of cocaine dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. izdevums, CD007024. lpp.
- Pani, P. P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. un Davoli, M. (2010b), Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. izdevums, CD008373. lpp.
- Pennings, E. J., Leccese, A. P. un Wolff, F. A. (2002), Effects of concurrent use of alcohol and cocaine, *Addiction* 97(7), 773.-783. lpp.
- Popova, S., Rehm, J. un Fischer, B. (2006), An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada, *Public Health* 120(4), 320.-328. lpp.
- Prieto, L. (2010), Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, 9. lpp.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. un citi (2004), Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups, *European Addiction Research* 10, 147.-155. lpp.
- PVO (1986), *Otavas veselības veicināšanas harta*, Pasaules Veselības organizācija, Ženēva (pieejams tiešsaistē).

PVO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Pasaules Veselības organizācija, Ženēva.

PVO (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Pasaules Veselības organizācija, Ženēva.

PVO (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Pasaules Veselības organizācija, Ženēva (pieejams tiešsaistē).

PVO (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, PVO Eiropas reģionālais birojs, Kopenhāgena.

PVO, UNODC un UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Pasaules Veselības organizācija, Ženēva.

Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R. un 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, 502.-506. lpp.

Reuter, P. (2006), What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures, *Addiction* 101, 315.-322. lpp.

Reynaud-Maurupt, C. un Hoareau, E. (2010), Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés», *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (pieejams tiešsaistē).

Richter, C., Romanowski, A. un Kienast, T. (2009), Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit, *Psychiatrische Praxis* 36 (7), 345.-347. lpp.

Roche, A., McCabe, S. un Smyth, B. (2011), Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence, *European Addiction Research* 14, 219.-225. lpp.

Rome, A., Shaw, A. un Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburga.

Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. un citi (2010), Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?, *Addiction* 105, 1625.-1632. lpp.

Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. un Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyskirjoista* [Narkotiku izraisītais nāves gadījumi Somijā 2007. gadā. Starpdisciplinārs pētījums par tiesu medicīnas nāves cēloņu dokumentiem], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.

SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (pieejams tiešsaistē).

SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (pieejams tiešsaistē).

Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. un 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), 98.-107. lpp.

Stein, M. D., Herman, D. S., Kettavong, M., Cioe, P. A., Friedmann, P. D. un citi (2010), Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39 (2), 157.-166. lpp.

Strang, J., Hall, W., Hickman, M. un 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. lpp.

Strasser, J., Wiesbeck, G. A., Meier, N., Stohler, R. un 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), 450.-454. lpp.

Sutton, A. J., Edmunds, W. J. un Gill, O. N. (2006), Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison, *BMC Public Health* 6, 170. lpp. (pieejams tiešsaistē).

Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. un Hickman, M. (2008), Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population, *Statistical Methods in Medical Research* 18, 381.-395. lpp.

Swift, W., Hall, W., Didcott, P. un Reilly, D. (1998), Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area, *Addiction* 93, 1149.-1160. lpp.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. un citi (2010), HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention, *Journal of Drug Policy* 21 (1), 56.-63. lpp.

Tan, J. A., Joseph, T. A. un Saab, S. (2008), Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48 (5), 1387.-1395. lpp.

TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdama (pieejams tiešsaistē).

Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V. S., Huyck, V. C., Saliez, V. un Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brisele.

Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. un Rubel, E. (1999), Natural recovery from cocaine dependence, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, 259.-268. lpp.

- UNODC (2009), *Pasaules narkotiku ziņojums 2009*, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs, Vīne.
- UNODC (2010), *Pasaules narkotiku ziņojums 2010*, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs, Vīne.
- UNODC (2011), *Pasaules narkotiku ziņojums 2011*, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs, Vīne.
- UNODC un MCN (Afganistānas valdības Narkotiku apkarošanas ministrija) (2010), *Afganistānas opija apskats 2010. gadā*, ANO Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs, Vīne (pieejams tiešsaistē).
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. un citi (2009), Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands, *International Journal of Drug Policy* 20, 143.–151. lpp.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. un Vergouwen, T. A. (2009), Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known, *General Hospital Psychiatry* 31 (4), 394.–396. lpp.
- Vandrey, R. un Haney, M. (2009), Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?, *CNS Drugs* 23 (7), 543.–553. lpp.
- Whitten, L. (2010), A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response, *NIDA Notes* 23(3) (pieejams tiešsaistē).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. un 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 Surveillance* 13 (21):pii=18884 (pieejams tiešsaistē).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. un Griffiths, P. (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, 1049.–1052. lpp.
- Winstock, A. (2011), The 2011 Mixmag drugs survey, *Mixmag* marta izdevums, 49.–59. lpp.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S. G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. un Wu, Z. (2010), Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges, *International Journal of Epidemiology* 39, 2. pielikums, ii29.–37. lpp.
- 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 HVC prevention in Europe for young drug users at risk”, ZIS, Hamburga (pieejams tiešsaistē).







Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs

**2011. gada ziņojums: situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā**

Luksemburga: Eiropas Savienības Publikāciju Birojs

2011 – 109 lpp. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-478-6

doi:10.2810/45744

## KĀ SAŅEMT ES IZDEVUMUS

### **Bezmaksas izdevumi:**

- izmantojot *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>);
- Eiropas Savienības pārstāvniecībās un delegācijās.  
Informāciju saziņai varat iegūt tīmekļa vietnē <http://ec.europa.eu> vai sūtot faksu uz +352 2929-42758.

### **Maksas izdevumi:**

- izmantojot *EU Bookshop* (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Maksas abonementi (piemēram, ikgadējie *Eiropas Savienības Oficiālā Vēstneša izdevumi, Eiropas Savienības Tiesas judikatūras krājumi*):**

- izmantojot mūsu tirdzniecības aģentus.  
Informāciju saziņai varat iegūt tīmekļa vietnē [http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_lv.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_lv.htm).

## Par EMCDDA

Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (*EMCDDA*) ir viena no Eiropas Savienības decentralizētajām aģentūrām. Centru nodibināja 1993. gadā, tas atrodas Lisabonā un ir galvenais avots, no kura iegūst vispusīgu informāciju par narkotikām un narkomāniju Eiropā.

*EMCDDA* vāc, analizē un izplata faktisku, objektīvu, uzticamu un salīdzināmu informāciju par narkotikām un narkomāniju. Veicot šo uzdevumu, tas sniedz interesentiem ar pierādījumiem pamatotu pārskatu par narkomānijas problēmu Eiropas līmenī.

Centra publikācijas ir galvenais informācijas avots plašai auditorijai, ieskaitot politiķus un to padomdevējus, speciālistus un pētniekus, kas darbojas narkotiku jomā, un tas sniedz visplašāko informāciju plašsaziņas līdzekļiem un sabiedrībai.

Šajā gada ziņojumā ir *EMCDDA* gada pārskats par narkomānijas problēmu ES dalībvalstīs, un šis ziņojums ir svarīgs atsaucis materiāls tiem, kuri vēlas uzzināt jaunākos datus par narkotikām Eiropā.



Publikāciju birojs

ISBN 978-92-9168-478-6



9 789291 684786