Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

ISSN 1609-610X

ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2004

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΡΒΗΓΙΑ

EL

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ 2004

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Νομικό σημείωμα

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

Περισσότερες πληροφορίες για την Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχονται από το Διαδίκτυο μέσω του διακομιστή Europa **(http://europa.eu.int)**.

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

Αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης:
00 800 6 7 8 9 10 11

Η παρούσα έκθεση διατίθεται στα ισπανικά, τσεχικά, δανικά, γερμανικά, εσθονικά, ελληνικά, αγγλικά, γαλλικά, ιταλικά, λεττονικά, λιθουανικά, ουγγρικά, ολλανδικά, πολωνικά, πορτογαλικά, σλοβακικά, σλοβενικά, φινλανδικά, σουηδικά και νορβηγικά. Όλες οι μεταφράσεις έχουν γίνει από το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφικό δελτίο υπάρχει στο τέλος του τεύχους.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2004

ISBN 92-9168-198-9

© Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2004
Επιτρέπεται η αναπαραγωγή με αναφορά της πηγής.

Printed in Belgium

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Περιεχόμενα

Πρόλογος 5

Ευχαριστίες 7

Εισαγωγή 7

Με μια ματιά – Επισκόπηση του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη 9

Κεφάλαιο 1
Νέες εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές και τη νομοθεσία 15

Κεφάλαιο 2
Πρόληψη των ναρκωτικών: συνεργασία με τις κοινότητες και στόχευση ομάδων υψηλού κινδύνου 24

Κεφάλαιο 3
Κάνναβη 28

Κεφάλαιο 4
Διεγερτικά τύπου αμφεταμινών, LSD και άλλα συνθετικά ναρκωτικά 34

Κεφάλαιο 5
Κοκαΐνη και κρακ 44

Κεφάλαιο 6
Ηρωίνη και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών 50

Κεφάλαιο 7
Θεραπεία: κάλυψη των αναγκών των προβληματικών χρηστών 63

Κεφάλαιο 8
Εγκληματικότητα και φυλάκιση 70

Επιλεγμένο θέμα 1
Αξιολόγηση των «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά» στην Ευρώπη 75

Επιλεγμένο θέμα 2
Συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με τη χρήση της κάνναβης: γιατί αυξάνονται οι αιτήσεις για θεραπεία στην Ευρώπη 82

Επιλεγμένο θέμα 3
Συννοσηρότητα 94

Βιβλιογραφία 105

Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox 111

Πρόλογος

Η φετινή ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) περιλαμβάνει στοιχεία από τα 25 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τη Νορβηγία. Ο πλούτος των πληροφοριών που δημοσιεύονται στην έκθεση μας βοηθά όχι μόνο να κατανοήσουμε καλύτερα το βαθμό στον οποίο το πρόβλημα των ναρκωτικών επηρεάζει τους ευρωπαίους πολίτες και τις κοινωνίες στις οποίες ζουν, αλλά και να μελετήσουμε τις πολιτικές και τις δράσεις που αναπτύσσονται στα κράτη μέλη για την αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών, αυτού του σύνθετου και πολυδιάστατου προβλήματος.

Όσοι γνωρίζουν τις προηγούμενες εκθέσεις του ΕΚΠΝΤ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ευρώπη θα εκπλαγούν από τις σημαντικές διαφορές που προκύπτουν από αυτή τη διευρυμένη προοπτική. Πολλές από τις παραδοχές μας για τα χαρακτηριστικά και την κατεύθυνση των τάσεων που εμφάνιζε το πρόβλημα των ναρκωτικών πρέπει να επανεξεταστούν και να προσαρμοστούν ώστε να απηχούν την πραγματικότητα μιας κατάστασης πιο σύνθετης, δυναμικής και πολύμορφης, όπως αυτή που αντιμετωπίζει σήμερα η Ευρώπη.

Δεν μπορούν όλες οι χώρες να παράσχουν στοιχεία για όλους τους τομείς ούτε προσφέρονται όλα τα δεδομένα για απλή σύγκριση μεταξύ τους. Για το λόγο αυτό παραθέτουμε μεθοδολογικές σημειώσεις και εφιστούμε την προσοχή του αναγνώστη στους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη συναγωγή συμπερασμάτων. Ωστόσο, τα στοιχεία που διαθέτουμε σήμερα για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι σημαντικά και όλο και πιο βάσιμα. Ευελπιστούμε ότι στα προσεχή έτη θα σας προσφέρουμε όλο και πιο τεκμηριωμένα σύνολα δεδομένων, καθώς οι επενδύσεις που γίνονται σήμερα από τα κράτη μέλη αποδίδουν καρπούς. Οι αναγνώστες που διαθέτουν πιο τεχνικές γνώσεις ή όσοι επιθυμούν να ενημερωθούν για ειδικότερα επιμέρους στοιχεία κάθε πτυχής αυτής της έκθεσης μπορούν να συμβουλευθούν τους πλήρεις πίνακες δεδομένων οι οποίοι θεμελιώνουν τα περιληπτικά στοιχεία που παρέχονται εδώ. Οι πίνακες περιέχονται στο συνοδευτικό στατιστικό δελτίο και την εκτεταμένη ηλεκτρονική έκδοση της παρούσας έκθεσης. Όσοι επιθυμούν μια συνεκτική επισκόπηση των εξελίξεων μπορούν να ανατρέξουν στο κεφάλαιο «Με μια ματιά», όπου παρουσιάζονται συνοπτικά οι κύριες εξελίξεις, οι οποίες εξετάζονται διεξοδικότερα στο βασικό κείμενο της έκθεσης.

Με ιδιαίτερη χαρά ανακοινώνουμε ότι τα στοιχεία της έκθεσης αυτής είναι αποτέλεσμα συνεργασίας που στηρίχθηκε στο έργο των συνεργατών μας στο δίκτυο Reitox και των επιστημόνων που συμμετείχαν ενεργά σε ομάδες εργασίας στα κράτη μέλη ή σε επίπεδο ΕΕ. Η συνεχιζόμενη συνεργασία μας με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την υποστήριξη της αξιολόγησης του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά (2000-2004) προσφέρει τεκμηρίωση και άλλα οφέλη στην εκπόνηση της έκθεσης.

Ορισμένοι σχολιαστές εστιάζουν στις δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν από την ευρύτερη ευρωπαϊκή ολοκλήρωση, ιδίως στη δυνατότητα του οργανωμένου εγκλήματος να εκμεταλλευθεί το άνοιγμα των συνόρων και την ελεύθερη κυκλοφορία αγαθών και προσώπων. Και αυτά τα μελήματα δεν παραβλέπονται στην παρούσα έκθεση που περιέχει ωστόσο και ένα ακόμη μήνυμα. Αντιμετωπίζουμε όλο και περισσότερο, ως Ευρωπαίοι, κοινά προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση ναρκωτικών, συμβάλλουμε όμως στον δημόσιο διάλογο για το θέμα αυτό με διαφορετικές ιστορικές εμπειρίες και προοπτικές. Τα στοιχεία που περιέχονται στην παρούσα έκθεση απεικονίζουν την κοινή δέσμευση των κρατών μελών μας να συλλέγουν συγκρίσιμες πληροφορίες και να τις αξιοποιούν για να διευκολύνουν την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών και καλύτερα στοχοθετημένων πολιτικών και μέτρων αντιμετώπισης. Η διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης μάς προσφέρει μια νέα ευκαιρία να μοιραστούμε τις εμπειρίες μας σε ό,τι έχει επιτευχθεί και να συνεργαστούμε πιο στενά για την ανάπτυξη δραστηριοτήτων με καλύτερο συντονισμό. Το ΕΚΠΝΤ δεσμεύεται να συμβάλει από την πλευρά του σε αυτή την προσπάθεια, συνεργαζόμενο με τα κράτη μέλη για τη συγκέντρωση των υψηλής ποιότητας συνόλων δεδομένων που είναι απαραίτητα για τη στήριξη ενός τεκμηριωμένου διαλόγου.

Marcel Reimen
Πρόεδρος διοικητικού συμβουλίου ΕΚΠΝΤ

Georges Estievenart
Εκτελεστικός διευθυντής ΕΚΠΝΤ

Ευχαριστίες

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

- τους επικεφαλής των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Reitox και το προσωπικό τους·
- τις υπηρεσίες των κρατών μελών που συνέλεξαν ανεπεξέργαστα δεδομένα για την παρούσα έκθεση·
- τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και την Επιστημονική Επιτροπή του ΕΚΠΝΤ·
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης –και ιδίως την Οριζόντια Ομάδα Εργασίας για τα Ναρκωτικά– και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή·
- την Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, την Europol, την Interpol, την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων, το Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN) και το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS (EuroHIV)·
- το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργανισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων·
- την εταιρεία Prepress Projects Ltd·
- την εταιρεία eLg Language Integration.

Εισαγωγή

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ και η Νορβηγία (η οποία συμμετέχει στο έργο του ΕΚΠΝΤ από το 2001) μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτήν αφορούν το έτος 2002 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Όσον αφορά τους τρόπους αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών και τα επιλεγμένα θέματα, τα στοιχεία ενδέχεται να είναι πιο πρόσφατα.

Οι εθνικές εκθέσεις των εστιακών σημείων του δικτύου Reitox είναι διαθέσιμες στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Η ηλεκτρονική έκδοση της ετήσιας έκθεσης διατίθεται σε 20 γλώσσες στη διεύθυνση http://annualreport.emcdda.eu.int. Περαιτέρω στοιχεία που αναφέρονται στις υποσημειώσεις με την ένδειξη ΕΓ (επί γραμμής) περιέχονται μόνο στην ηλεκτρονική έκδοση της έκθεσης, η οποία διατίθεται στην αγγλική γλώσσα και περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία πρόσθετων γραφικών σχεδίων, στατιστικών στοιχείων και ενημερωτικού υλικού.

Το δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004 του ΕΚΠΝΤ παρέχει τον πλήρη κατάλογο των πινάκων αρχικών δεδομένων, στους οποίους βασίζονται οι στατιστικές αναλύσεις (http://statistics.emcdda.eu.int). Παρέχει επίσης περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη χρησιμοποιηθείσα μεθοδολογία.

Με μια ματιά – Επισκόπηση του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Στην παρούσα επισκόπηση υπογραμμίζονται ορισμένες βασικές εξελίξεις που παρουσιάζονται στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2004 σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Για περισσότερες λεπτομέρειες μπορείτε να ανατρέξετε στο πλήρες κείμενο της έκθεσης.

Πολιτικές και νομικό πλαίσιο

Στις σημαντικές πολιτικές εξελίξεις που επισημαίνονται στην έκθεση περιλαμβάνεται η ενδιάμεση αξιολόγηση του σχεδίου δράσης, προϊόν της ειδικής συνόδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (Ungass) του 1998 σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών. Επιπλέον, το ΕΚΠΝΤ συμβάλλει στην αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2000-2004), το οποίο θα ολοκληρωθεί το 2004.

Τον Ιούνιο 2003, το Συμβούλιο Υπουργών εξέδωσε σύσταση σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Στους βασικούς τομείς που καλύπτει η σύσταση περιλαμβάνονται η προστασία της υγείας και η μείωση των κινδύνων, η μείωση των κρουσμάτων ασθενειών που μεταδίδονται μέσω μολυσμένου αίματος στους χρήστες ναρκωτικών (HIV, ηπατίτιδα C και φυματίωση), η μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά και η θέσπιση των κατάλληλων μηχανισμών αξιολόγησης. Το 2003, το Συμβούλιο Υπουργών κατέληξε σε πολιτική συμφωνία επί απόφασης-πλαισίου για την παράνομη διακίνηση ναρκωτικών. Στο επίκεντρο της εν λόγω συμφωνίας βρισκόταν η εναρμόνιση των ποινών και η διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής, ώστε να καλύπτονται οι εγκληματικές και τρομοκρατικές οργανώσεις που αποκομίζουν πόρους από τη διακίνηση ναρκωτικών.

Το 2003 συνεχίστηκαν οι εργασίες για τον έλεγχο των νέων συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση με την έκδοση της απόφασης του Συμβουλίου Υπουργών για την εφαρμογή μέτρων ελέγχου των συνθετικών ναρκωτικών ουσιών 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 και TMA-2.

Το 2003 αυξήθηκε ο αριθμός των χωρών των οποίων η πολιτική για τα ναρκωτικά εντάσσεται στο πλαίσιο ευρύτερης εθνικής στρατηγικής, με την έγκριση σχεδίων για την καταπολέμηση των ναρκωτικών στη Δανία, τη Γερμανία, τη Λιθουανία και τη Σλοβενία. Με την προγραμματισμένη έγκριση αντίστοιχων σχεδίων από την Εσθονία και τη Γαλλία το 2004, πάνω από τα τρία τέταρτα του συνόλου των κρατών μελών της ΕΕ θα έχουν υιοθετήσει αυτή την προσέγγιση. Κοινά σημεία των εθνικών στρατηγικών είναι η δέσμευση για την ισόρροπη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ των τομέων της προσφοράς και της ζήτησης και η ρητή αναγνώριση της σπουδαιότητας του συντονισμού.

Από τις αξιολογήσεις της πολιτικής για τα ναρκωτικά μπορούν να εξαχθούν σημαντικά διδάγματα για το μέλλον. Οι τομείς στους οποίους τα κράτη μέλη ανέφεραν το 2003 δραστηριότητες παρακολούθησης ή αξιολόγησης περιλαμβάνουν τον αντίκτυπο της νέας νομοθεσίας για τα ναρκωτικά, τον αντίκτυπο της νέας νομικής μεταχείρισης της κατοχής ναρκωτικών για προσωπική χρήση και ιδίως της κατοχής κάνναβης, μέτρα για την εξουσιοδότηση των τοπικών αρχών να παρεμβαίνουν σε χώρους που συνδέονται με τη διακίνηση ναρκωτικών ή τη διασάλευση της δημόσιας τάξης, προγράμματα για την παραπομπή ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών σε φορείς εκτός του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, καθώς και δράσεις για την καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών και της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Οι προσεγγίσεις που υιοθετούν τα κράτη μέλη για την αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά παρουσιάζονται στο πλαίσιο του επιλεγμένου θέματος για την αξιολόγηση.

Δύο χώρες (Βέλγιο και Ηνωμένο Βασίλειο) ανέφεραν αλλαγές όσον αφορά τον νομικό χαρακτηρισμό της κάνναβης. Και στις δύο αυτές χώρες, νόμοι και κατευθυντήριες γραμμές ορίζουν ρητά το ζήτημα της προβληματικής χρήσης κάνναβης, και οι αλλαγές που επήλθαν στη νομοθεσία έχουν αρκετές σημαντικές πτυχές, οι οποίες ενίοτε αγνοήθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Ένας ολοένα αυξανόμενης σημασίας τομέας για μελλοντικές δραστηριότητες και διεθνή συνεργασία είναι η θέσπιση διαδικασιών για τη δήμευση των περιουσιακών στοιχείων των εμπόρων ναρκωτικών και των εγκληματικών οργανώσεων. Η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν εξελίξεις στον εν λόγω τομέα.

Το πρόβλημα της οδήγησης υπό την επήρεια ναρκωτικών και η αντιμετώπισή του εξακολουθούν να απασχολούν πολλά κράτη μέλη. Το 2003, τρεις χώρες (Γαλλία, Αυστρία και Φινλανδία) προέβησαν σε σημαντικές αλλαγές για την αποσαφήνιση ή την ενίσχυση της νομοθεσίας σε αυτό τον τομέα.

Πρόληψη των ναρκωτικών

Οι δράσεις της πρόληψης ναρκωτικών στην Ευρώπη μπορούν να ταξινομηθούν ως δράσεις που απευθύνονται στην κοινότητα συνολικά (καθολική πρόληψη) ή που απευθύνονται σε όσους αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, είτε σε ομαδικό (επιλεκτικά) είτε σε ατομικό επίπεδο (ενδεικνυόμενη πρόληψη). Τα πιο ανεπτυγμένα μοντέλα καθολικής πρόληψης είναι προγράμματα που απευθύνονται στον σχολικό

πληθυσμό, για τον οποίο διατίθεται σημαντική βάση στοιχείων, η οποία μπορεί να κατευθύνει το περιεχόμενο και την υλοποίηση του προγράμματος. Ορισμένες χώρες αναφέρουν ενθαρρυντικές εξελίξεις όσον αφορά τόσο την κάλυψη όσο και την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία. Ωστόσο, σε πολλές χώρες υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης όσον αφορά την κάλυψη και την ποιότητα των δράσεων καθολικής πρόληψης. Σημαντικές προοπτικές έχει επίσης η καθολική πρόληψη εκτός σχολικού περιβάλλοντος, αλλά η προσέγγιση αυτή υιοθετείται από λίγες μόνο χώρες.

Αν και αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο η σπουδαιότητα της οργάνωσης δράσεων πρόληψης οι οποίες να απευθύνονται στις πλέον ευάλωτες ομάδες, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη ανάγκη για επένδυση σε αυτού του είδους τη στοχοθετημένη πρόληψη.

Κάνναβη

Η κάνναβη παραμένει η συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στην ΕΕ, με υψηλό επίπεδο διακυμάνσεων από χώρα σε χώρα. Πρόσφατες μελέτες σε μαθητές ηλικίας 15 ετών έδειξαν ότι το ποσοστό επικράτησης της χρήσης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από κάτω του 10 % έως άνω του 30 %, με τα υψηλότερα ποσοστά να αφορούν τα αγόρια στο Ηνωμένο Βασίλειο (42,5 %). Ένα μικρό αλλά σταθερό ποσοστό (περίπου 15 %) των μαθητών ηλικίας 15 ετών που έκαναν χρήση κάνναβης το περασμένο έτος αναφέρουν ότι έκαναν χρήση περισσότερες από 40 φορές. Αυτή η εντατική χρήση κάνναβης προκαλεί ανησυχία, ιδιαίτερα η πιθανότητα ότι η εν λόγω ομάδα ενδέχεται να βρεθεί σε κίνδυνο λόγω των αρνητικών συνεπειών. Το θέμα αυτό, καθώς και το γεγονός ότι τα αναφερθέντα αιτήματα θεραπείας για χρήση κάνναβης έχουν αυξηθεί στην Ευρώπη, αναλύονται λεπτομερέστερα στο σχετικό επιλεγμένο θέμα. Η επικράτηση της πρόσφατης (εντός του τελευταίου έτους) χρήσης κάνναβης συναντάται σε νέους ενήλικους (15-34 ετών) και κυμαίνεται μεταξύ 5 και 20 % στις περισσότερες χώρες. Προκύπτει ότι η χρήση κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά στις περισσότερες χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, αλλά έχει πλέον σταθεροποιηθεί τουλάχιστον σε ορισμένες χώρες.

Περισσότερες από 30 χώρες αναφέρονται ως χώρες προέλευσης της κάνναβης που κατάσχεται στην Ευρώπη, αριθμός που αναδεικνύει την παγκόσμια φύση του προβλήματος της παραγωγής κάνναβης. Η Ευρώπη αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά ρητίνης κάνναβης στον κόσμο, η μεγαλύτερη ποσότητα της οποίας προέρχεται από το Μαρόκο, που αποτελεί επί του παρόντος τη σημαντικότερη χώρα προέλευσης αυτού του είδους ναρκωτικού παγκοσμίως. Η κάνναβη καλλιεργείται πλέον και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αν και σε όλες τις χώρες, με εξαίρεση τις Κάτω Χώρες, εξακολουθούν να υπερισχύουν τα εισαγόμενα προϊόντα κάνναβης. Η δραστικότητα της κάνναβης που εισάγεται στην Ευρώπη φαίνεται ότι παραμένει σχετικά σταθερή εδώ και αρκετά χρόνια. Η κάνναβη που καλλιεργείται εντός της ΕΕ με τη χρήση εντατικών μεθόδων έχει συνήθως μεγαλύτερη δραστικότητα, αλλά παρατηρείται σημαντική αλληλεπικάλυψη μεταξύ των δύο προϊόντων.

Διεγερτικά τύπου αμφεταμινών, LSD και άλλα συνθετικά ναρκωτικά

Οι αμφεταμίνες ήταν παραδοσιακά το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό στην Ευρώπη μετά την κάνναβη. Το γεγονός αυτό φαίνεται να αλλάζει πλέον σε αρκετές χώρες, και πιο συγκεκριμένα στη Γερμανία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η χρήση της έκστασης ισοδυναμεί, ή ενίοτε υπερβαίνει, τη χρήση αμφεταμινών. Παρά την εν λόγω αύξηση της χρήσης έκστασης, το 2002 στην Ευρώπη καταγράφηκε για μία ακόμη φορά το μεγαλύτερο ποσοστό κατασχέσεων αμφεταμινών παγκοσμίως (86 % της συνολικά κατασχεθείσας ποσότητας). Τα ποσοστά της επικράτησης της χρήσης έκστασης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνονται γενικά από 0,5 έως 7 % του ενήλικου πληθυσμού, αν και τα ποσοστά είναι υψηλότερα στην ομάδα των νέων ανδρών. Για παράδειγμα, τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στους νέους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών κυμαίνονται μεταξύ 11 και 17 % στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Γενικά, η αύξηση της χρήσης έκστασης που παρατηρήθηκε στη δεκαετία του 1990 φαίνεται ότι σταθεροποιήθηκε επί του παρόντος, με λίγες μόνο χώρες να εξακολουθούν να αναφέρουν ανοδικές τάσεις. Μελέτες συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων έχουν δείξει επανειλημμένα ότι η χρήση έκστασης είναι πιο συνηθισμένη στους νέους που συχνάζουν στα καλούμενα «dance parties», αν και πρόσφατα στοιχεία δείχνουν αποδυνάμωση αυτού του συσχετισμού.

Οι θάνατοι που οφείλονται στη χρήση έκστασης είναι σπάνιοι σε σύγκριση με τους θανάτους που οφείλονται στη χρήση οπιούχων, αλλά εμπνέουν έντονη ανησυχία στην κοινή γνώμη. Τα προβλήματα ορισμού και καταμέτρησης δυσχεραίνουν την ανάλυση του ζητήματος αυτού. Το περασμένο έτος αναφέρθηκαν στο ΕΚΠΝΤ λιγότεροι από 100 τεκμηριωμένοι με στοιχεία θάνατοι οφειλόμενοι στη χρήση έκστασης. Ωστόσο, ο αριθμός αυτός πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη καθώς ορισμένες χώρες δεν υπέβαλαν καθόλου στοιχεία, ενώ, στις περιπτώσεις που υπήρχαν διαθέσιμες τοξικολογικές πληροφορίες, αναφέρεται επίσης η συνύπαρξη άλλων ουσιών. Περίπου τα δύο τρίτα όλων των αναφορών θανάτων που συνδέονται με τη χρήση έκστασης που ελήφθησαν από το ΕΚΠΝΤ προέρχονται από το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η τάση είναι ανοδική. Δεν είναι σαφές κατά πόσο το πόρισμα αυτό αντικατοπτρίζει την υψηλή επικράτηση της χρήσης έκστασης και σε ποιο βαθμό αυτό αντικατοπτρίζει τις διαφορές όσον αφορά τις μεθόδους αναφοράς.

Τα κράτη μέλη συνεχίζουν τις προσπάθειες καταπολέμησης της χρήσης διεγερτικών για ψυχαγωγικούς σκοπούς με σειρά προγραμμάτων πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, με μεγαλύτερη ανάληψη δραστηριοτήτων στον εν λόγω τομέα σε ορισμένα από τα νέα κράτη μέλη. Η χρήση διεγερτικών τύπου αμφεταμινών ως βασική αιτία αναζήτησης θεραπείας από τα ναρκωτικά είναι σπάνια, με εξαίρεση τη Σουηδία και τη Φινλανδία που έχουν μακρά παράδοση στα προβλήματα που οφείλονται στη χρόνια χρήση αμφεταμινών, και την Τσεχική Δημοκρατία, που αντιμετωπίζει εδώ και

αρκετό καιρό προβλήματα με τη χρήση του «pervitin», μιας μεθαμφεταμίνης που παράγεται σε τοπικό επίπεδο.

Αν και παγκοσμίως η χρήση μεθαμφεταμινών συνιστά ολοένα αυξανόμενο πρόβλημα, στην Ευρώπη σημαντική χρήση αυτού του ναρκωτικού παρατηρείται μέχρι στιγμής μόνο στην Τσεχική Δημοκρατία. Ωστόσο, σποραδικές αναφορές έχουν επί του παρόντος ληφθεί από ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, αυξάνοντας την εμβέλεια της πιθανής περαιτέρω διάδοσης αυτής της ιδιαίτερα επιβλαβούς μορφής χρήσης ναρκωτικών.

Κοκαΐνη

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι 0,5 έως 6 % των ενηλίκων παραδέχεται ότι έχει δοκιμάσει κοκαΐνη (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή). Στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνονται από 1 έως 10 %. Συνήθως, οι μισοί περίπου από εκείνους που δηλώνουν ότι έχουν δοκιμάσει κοκαΐνη αναφέρουν χρήση εντός του τελευταίου έτους. Υψηλότερα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης παρατηρούνται στην Ισπανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο – και στις δύο χώρες η πρόσφατη χρήση (προηγούμενο έτος) στους ενήλικους υπερβαίνει το 2 %, σε σύγκριση με ποσοστό κάτω του 1 % στις περισσότερες άλλες χώρες. Αυτό σημαίνει ότι η επικράτηση της πρόσφατης χρήσης κοκαΐνης στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο κυμαίνεται πλέον στα επίπεδα των ΗΠΑ, αν και τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή παραμένουν σε χαμηλότερα επίπεδα. Οι τάσεις στη χρήση κοκαΐνης είναι δύσκολο να καταγραφούν σε εθνικό επίπεδο, αλλά από τα υπάρχοντα στοιχεία προκύπτει ότι η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης στους νέους αυξήθηκε ελαφρώς στη Δανία, τη Γερμανία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Αυστρία αναφέρουν επίσης αυξημένη χρήση βάσει τοπικών ή ποιοτικών πληροφοριών.

Ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης αυξήθηκε το διάστημα 1997-2002 σε όλες τις χώρες εκτός από τη Γερμανία και την Ιταλία. Οι τάσεις που προκύπτουν από τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι, όταν καταστεί δυνατή μια ολοκληρωμένη ανάλυση, θα αποκαλυφθεί ότι ο αριθμός των κατασχέσεων σε επίπεδο ΕΕ σημείωσε νέα αύξηση το 2002. Στις περισσότερες χώρες αναφέρεται επίσης πτώση της τιμής της κοκαΐνης κατά το διάστημα αυτό.

Το κάπνισμα κοκαΐνης κρακ (βάση κοκαΐνης) εξακολουθεί να παρατηρείται μόνο σε ορισμένες ευρωπαϊκές μεγαλουπόλεις, ενώ η χρήση της είναι συχνότερη σε περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, στοιχεία που προέρχονται από μελέτες σχετικά με τους χρήστες αιθουσών χρήσης ναρκωτικών δείχνουν ότι τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης για κάπνισμα είναι ιδιαίτερα υψηλά στις γυναίκες που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ. Αν και τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης για κάπνισμα στον γενικό πληθυσμό είναι πολύ χαμηλά, αυτού του είδους η χρήση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας και κοινωνικών προβλημάτων.

Οι τοξικολογικές αναλύσεις δείχνουν ότι σε ορισμένες χώρες η κοκαΐνη συναντάται συχνά σε συνδυασμό με οπιούχα σε περιστατικά θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Εξακολουθούν να είναι σπάνιοι οι θάνατοι που οφείλονται στη χρήση κοκαΐνης που δεν συνοδεύεται από χρήση οπιούχων, αλλά ο αριθμός τους ενδέχεται να παρουσιάσει αύξηση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο αριθμός των πιστοποιητικών θανάτου στα οποία αναφέρεται η χρήση κοκαΐνης οκταπλασιάστηκε στο διάστημα 1993-2001, ενώ στις Κάτω Χώρες ο αριθμός των θανάτων που αποδίδονται αποκλειστικά στη χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε από δύο το 1994 σε 26 το 2001. Η κοκαΐνη μπορεί επίσης να συμβάλλει σε θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα, αλλά αυτές οι περιπτώσεις δεν τεκμηριώνονται επαρκώς στις σχετικές στατιστικές.

Οι επιλογές θεραπείας για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης κοκαΐνης είναι ως επί το πλείστον γενικές προσεγγίσεις, ενώ συνήθως δεν περιλαμβάνουν φαρμακολογική συνιστώσα. Καταβάλλονται προσπάθειες για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των φαρμακολογικών παρεμβάσεων, αλλά, πέρα από τη συνταγογράφηση ουσιών για τη συμπτωματική αντιμετώπιση, δεν υπάρχει σαφής συναίνεση σχετικά με τον ορισμό της καλής πρακτικής στον τομέα αυτό. Η αντιμετώπιση των χρηστών κρακ, για παράδειγμα, μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για τα κέντρα θεραπείας.

Προβληματική χρήση ναρκωτικών, χρήση ηρωίνης και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Η χρήση ηρωίνης και η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αποτελούν τη βασική συνιστώσα του δείκτη προβληματικής χρήσης ναρκωτικών του ΕΚΠΝΤ. Αυτός ο δείκτης είναι ένα σύνθετο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση του μεγέθους τού –λανθάνοντος σε μεγάλο βαθμό– προβλήματος της χρόνιας χρήσης ναρκωτικών. Οι εκτιμήσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών κυμαίνονται μεταξύ δύο και δέκα περιπτώσεων ανά 1 000 άτομα του ενήλικου πληθυσμού. Οι εκτιμήσεις σχετικά με το μέγεθος του πληθυσμού των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις τόσο μεταξύ όσο και εντός των χωρών, με σχετικά υψηλό αριθμό να αναφέρεται από τη Δανία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών στην Ευρώπη φαίνεται ότι καθίστανται μια ολοένα και πιο ετερογενής ομάδα. Σε πολλές χώρες, παραδοσιακά η πλειοψηφία των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών ήταν χρήστες ηρωίνης, αλλά πλέον κερδίζουν διαρκώς έδαφος η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών και η χρήση διεγερτικών. Αν και είναι δύσκολη η αξιολόγηση, φαίνεται ότι η χρήση ηρωίνης παραμένει σε σχετικά σταθερά επίπεδα σε πολλές χώρες και τα επίπεδα «μύησης νέων χρηστών» (εμφάνιση νέων περιπτώσεων) έχουν σημειώσει μείωση σε σχέση με τη δεκαετία του 1990. Η ανάλυση αυτή μπορεί ωστόσο να μην ισχύει για τα νέα κράτη μέλη.

Οι κατασχέσεις ηρωίνης στην Ευρώπη αντιπροσωπεύουν λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο των κατασχέσεων ηρωίνης παγκοσμίως. Δεν προκύπτουν σαφείς τάσεις από τις κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης, οι οποίες γενικά φαίνεται να είναι σχετικά σταθερές. Λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ποσότητες όσο και τον αριθμό των κατασχέσεων, το

Ηνωμένο Βασίλειο, ακολουθούμενο από την Ισπανία, αναφέρει περισσότερες κατασχέσεις από άλλες χώρες.

Στις ευρωπαϊκές χώρες παράγεται μικρή ποσότητα οπιούχων, που σε μεγάλο βαθμό περιορίζεται στην παραγωγή προϊόντων άχυρου παπαρούνας για τοπική κατανάλωση. Από τα πρόσφατα στοιχεία δεν προκύπτουν σαφείς τάσεις όσον αφορά είτε την καθαρότητα της ηρωίνης είτε την τιμή της «στην πιάτσα».

Η χρήση οπιούχων εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση παράνομων ουσιών στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο καταγράφονται 8 000-9 000 θάνατοι από υπερβολική δόση, αλλά ο πραγματικός αριθμός είναι σίγουρα μεγαλύτερος. Τα περισσότερα θύματα είναι νέοι άνδρες ηλικίας 25-35 ετών, αν και η ηλικία θανάτου φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση. Αν και παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των χωρών, γενικά οι θάνατοι που σχετίζονται με τα ναρκωτικά παρουσίασαν σταθερή αύξηση στην ΕΕ τις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Το διάστημα 2000-2001, πολλές χώρες ανέφεραν μείωση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και, κατά συνέπεια, σε επίπεδο ΕΕ σημειώθηκε μικρή αλλά σημαντική από στατιστικής άποψης μείωση των αναφερθέντων θανάτων, από 8 838 σε 8 306. Ωστόσο, ο αριθμός των θανάτων παραμένει υψηλός από άποψη ιστορικού.

Ανησυχητική πρόσφατη εξέλιξη αποτελούν οι αναφορές σχετικά με τη διακίνηση φεντανύλης, ενός συνθετικού οπιούχου που είναι έως 100 φορές δραστικότερο από την ηρωίνη. Αναφέρθηκαν πρόσφατες κατασχέσεις σε ορισμένες χώρες που βρίσκονται κοντά στη Βαλτική και στη Ρωσική Ομοσπονδία. Στην Εσθονία, η φεντανύλη έκανε την εμφάνισή της στις αγορές ναρκωτικών ως υποκατάστατο ηρωίνης στα τέλη του 2001 και στη Φινλανδία κατασχέθηκε το 2002 μεγάλο φορτίο μεθυλφεντανύλης.

Από μελέτες σε χρήστες ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία προκύπτουν έντονες διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ή του καπνίσματος του ναρκωτικού. Λιγότερα από τα μισά αιτήματα θεραπείας χρηστών ηρωίνης αναφέρουν πλέον ενέσιμη χρήση και, σε ορισμένες χώρες, η ενέσιμη χρήση φαίνεται ότι γίνεται ολοένα σπανιότερη. Σε άλλες περιοχές και ιδιαίτερα, αλλά όχι αποκλειστικά, στα νέα κράτη μέλη, η ενέσιμη χρήση ηρωίνης εξακολουθεί να αποτελεί κανόνα για τους χρήστες ναρκωτικών. Οι συνολικές εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών κυμαίνονται από δύο έως έξι περιπτώσεις ανά 1 000 άτομα του ενήλικου πληθυσμού.

Η επιδημία HIV εξαπλώνεται σε ορισμένα από τα νέα μέλη της ΕΕ και σε όμορες χώρες, αν και τα ποσοστά επιπολασμού παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις στις χώρες της ΕΕ. Στη δυτική Ευρώπη, η εμφανής τάση σταθεροποίησης ή και μείωσης του επιπολασμού της μόλυνσης από HIV απειλείται από νέες τοπικές επιδημικές εκρήξεις που ξεκίνησαν από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και από τα συνεχιζόμενα υψηλά επίπεδα μόλυνσης που παρατηρούνται σε ορισμένους πληθυσμούς.

Τα ποσοστά μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) παραμένουν υψηλά στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην Ευρώπη, ενώ οι μελέτες δείχνουν ότι το ένα τέταρτο έως το σύνολο των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών που έλαβαν μέρος στις έρευνες έχουν αντισώματα κατά του ιού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρατηρείται άμεση σχέση μεταξύ των ποσοστών μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C και της μόλυνσης από τον ιό HIV. Η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας B εξακολουθεί να είναι αρκετά συνηθισμένη στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (ΧΕΝ) στην Ευρώπη, παρά τη δυνατότητα εμβολιασμού. Με πιθανή εξαίρεση ορισμένες από τις χώρες της Βαλτικής, ο επιπολασμός της φυματίωσης στους ΧΕΝ στις χώρες της ΕΕ παραμένει γενικά χαμηλός. Ωστόσο, υψηλά ποσοστά μόλυνσης απαντώνται σε ορισμένες από τις χώρες που συνορεύουν με την ΕΕ.

Εν γένει, φαίνεται ότι έχουν αυξηθεί οι επενδύσεις σε προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων για χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών σε ολόκληρη την ΕΕ. Η Εσθονία και η Λεττονία επέκτειναν ταχέως τις παρεχόμενες σε αυτό τον τομέα υπηρεσίες, ενώ προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων οργανώθηκαν επίσης στη Βόρεια Ιρλανδία και τη Φλάνδρα (Βέλγιο). Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες με καθιερωμένα προγράμματα ο αριθμός των συρίγγων που διανέμονται έχει σημειώσει πτώση, γεγονός που πιθανώς αντικατοπτρίζει πτώση των επιπέδων ενέσιμης χρήσης. Οι κύριες τάσεις στην παροχή υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης περιλαμβάνουν μεγαλύτερη συνεργασία με άλλες υπηρεσίες προσανατολισμένες στην επιβίωση, όπως άσυλα και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και μεγαλύτερη ευελιξία του ωραρίου εργασίας. Αίθουσες χρήσης ναρκωτικών λειτουργούν σε τρία κράτη μέλη και το ΕΚΠΝΤ δημοσίευσε αναλυτική μελέτη για αυτές τις εγκαταστάσεις το 2004.

Θεραπεία απεξάρτησης

Η θεραπεία απεξάρτησης στα περισσότερα κράτη μέλη αφορά κυρίως θεραπεία για χρήση οπιούχων ή για πολλαπλή χρήση ναρκωτικών, περιλαμβανομένων των οπιούχων. Η συχνότερη μορφή θεραπείας για αυτή την ομάδα χρηστών εξακολουθεί να είναι κάποια μορφή θεραπείας υποκατάστασης, αν και στα νέα κράτη μέλη είναι περιορισμένη η διαθεσιμότητα θεραπείας υποκατάστασης και τα στεγνά προγράμματα θεραπείας είναι ακόμη πολύ διαδεδομένα. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία σημαντικό ποσοστό των ατόμων σε θεραπεία αντιπροσωπεύουν οι χρήστες ενέσιμων αμφεταμινών.

Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τα άτομα που ζητούν βοήθεια για προβλήματα λόγω ναρκωτικών δείχνουν ότι τα χαρακτηριστικά των ατόμων που χρήζουν βοηθείας έχουν επί του παρόντος διαφοροποιηθεί. Πέρα από την ενέσιμη και τη μη ενέσιμη χρήση ηρωίνης, αναφέρεται σειρά προβλημάτων πολλαπλής χρήσης, χρήσης διεγερτικών και χρήσης κάνναβης. Το 2002, για πρώτη φορά, ο δείκτης αιτημάτων για θεραπεία του ΕΚΠΝΤ έδειξε ότι, στις έντεκα χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η κάνναβη υποκατέστησε τα οπιούχα ως το ναρκωτικό το οποίο αφορούν τα περισσότερα αιτήματα για θεραπεία ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία σε εξειδικευμένα κέντρα

εξωτερικής παραμονής. Ο βαθμός στον οποίο το γεγονός αυτό αντιπροσωπεύει αλλαγές της μεθόδου αναφοράς, επέκταση της παροχής υπηρεσιών ή αλλαγές στα χαρακτηριστικά των ατόμων που χρήζουν θεραπείας αναλύεται λεπτομερέστερα στο επιλεγμένο θέμα που αφορά τα προβλήματα σχετικά με την κάνναβη.

Αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι οι υπηρεσίες στον τομέα των ναρκωτικών πρέπει να ενσωματωθούν σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως σε υπηρεσίες που απευθύνονται σε περιθωριοποιημένες και κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες. Ιδιαίτερη πρόκληση αποτελεί η προσπάθεια αποτελεσματικής θεραπείας των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που αντιμετωπίζουν παράλληλα μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα. Το ζήτημα αυτό εξετάζεται στο επιλεγμένο θέμα για την ψυχιατρική συννοσηρότητα.

Ναρκωτικά και φυλακές

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι χρήστες ναρκωτικών υπερεκπροσωπούνται στον πληθυσμό των φυλακών. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή όσον αφορά τους κρατούμενους ποικίλλουν από 22 έως 86 %, ανάλογα με τον πληθυσμό κρατουμένων, το κέντρο κράτησης και τη χώρα. Λόγω της σχετικά υψηλής επικράτησης της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, οι φυλακές αποτελούν τόπο υψηλού κινδύνου για τη διάδοση λοιμωδών νοσημάτων. Στα μέτρα που έχουν ληφθεί για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος περιλαμβάνονται η οργάνωση προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης και προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων στις φυλακές. Παρατηρείται μια ολοένα αυξανόμενη τάση αντιμετώπισης των συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών στις φυλακές –πρόβλημα που επιδεινώνεται από την περιορισμένη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες και από την απομόνωση των υπηρεσιών υγείας των φυλακών από το γενικό σύστημα υγείας– στο πλαίσιο των εθνικών συστημάτων υγείας και πρόνοιας. Εναλλακτικά μέτρα για τους χρήστες ναρκωτικών αντί της φυλάκισης, τα οποία θεσπίζονται στο πλαίσιο αναθεωρήσεων του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, είναι μεταξύ άλλων η παραπομπή τους σε οιονεί υποχρεωτική θεραπεία ή η επιβολή κοινοτικής εργασίας, βάσει της παραδοχής ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι καταλληλότερες, δεδομένων των ιδιαίτερων αναγκών των εν λόγω ατόμων.

Κεφάλαιο 1

Νέες εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές και τη νομοθεσία

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται οι πρόσφατες εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές για τα ναρκωτικά στο σύνολο της ΕΕ καθώς και στα επιμέρους κράτη μέλη. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι παρεχόμενες πληροφορίες βασίζονται σε αλλαγές που έλαβαν χώρα το 2003, έτος που σηματοδότησε την έναρξη του δεύτερου μέρους του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών 2000-2004. Επιπλέον, το 2003 έληξε η προθεσμία που είχε τεθεί στις εθνικές κυβερνήσεις για τη διενέργεια ενδιάμεσης αξιολόγησης της προόδου που είχαν σημειώσει όσον αφορά την ανάπτυξη και την εφαρμογή μιας εθνικής στρατηγικής για τον έλεγχο των ναρκωτικών, σύμφωνα με τη δήλωση για τις κατευθυντήριες αρχές για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, προϊόν της ειδικής συνόδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών το 1998 (Ungass) ([1]) σχετικά με το πρόβλημα των ναρκωτικών στον κόσμο. Καθώς ολοκληρώνεται εφέτος το σχέδιο δράσης της ΕΕ 2000-2004, φαίνεται σκόπιμο να εξετασθεί η μέχρι τώρα πρόοδος που έχει συντελεστεί στην αξιολόγηση αυτής της δράσης. Το ΕΚΠΝΤ συμμετέχει πλήρως και ενεργά στη διαδικασία αυτή, η οποία ευελπιστούμε ότι θα διευκολύνει την ορθή χάραξη πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών. Οι στρατηγικές και οι νομοθετικές εξελίξεις, τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο ΕΕ, εξετάζονται κυρίως από τη σκοπιά αυτή.

Εξελίξεις στην ΕΕ

Το 2003, εγκρίθηκαν σε ευρωπαϊκό επίπεδο δύο νέες νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Η πρώτη αφορά τη δημόσια υγεία και η δεύτερη την παράνομη διακίνηση ναρκωτικών. Στα θέματα που επίσης αντιμετωπίστηκαν σε επίπεδο ΕΕ το 2003 περιλαμβάνονται μέτρα για τα νέα συνθετικά ναρκωτικά, η υλοποίηση δραστηριοτήτων και μέσων συντονισμού και ο ρόλος του ΕΚΠΝΤ.

Δημόσια υγεία

Στις 23 Σεπτεμβρίου 2002, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο ενέκριναν νέο πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008), το οποίο βασίζεται σε τρεις γενικούς στόχους: πληροφόρηση για την υγεία, ταχεία αντίδραση όταν η υγεία απειλείται και προαγωγή της υγείας μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της. Οι δράσεις που εμπίπτουν στο στόχο της πληροφόρησης και της προαγωγής της υγείας έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον τομέα των ναρκωτικών.

Τον Ιούνιο του 2003, το Συμβούλιο Υπουργών εξέδωσε σύσταση σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία, κατόπιν σχετικής έκκλησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής τον Μάιο του 2002. Το κείμενο αυτό συνιστά σημαντικό επίτευγμα καθώς πρόκειται για την πρώτη σύσταση της ΕΚ στον τομέα της δημόσιας υγείας σχετικά με τα ναρκωτικά. Ειδικότερα, στόχος είναι η μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία ([2]). Πολλά κράτη μέλη ενσωμάτωσαν ήδη τα πορίσματα του εγγράφου αυτού στην εθνική στρατηγική τους για τα ναρκωτικά.

Το εν λόγω έγγραφο εισηγείται τους εξής στόχους:

- Τα κράτη μέλη, για να μπορέσουν να προσφέρουν υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας, θα πρέπει να καθορίσουν ως στόχο της δημόσιας υγείας την πρόληψη της τοξικομανίας και τη μείωση των συναφών κινδύνων και να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ολοκληρωμένες συναφείς στρατηγικές.
- Τα κράτη μέλη, προκειμένου να μειώσουν σημαντικά τα κρούσματα που αφορούν βλάβη της υγείας η οποία συνδέεται με τα ναρκωτικά (όπως HIV, ηπατίτιδα B και C και φυματίωση) και τον αριθμό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, θα πρέπει να παρέχουν, ως αναπόσπαστο μέρος των γενικών πολιτικών τους για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της τοξικομανίας, ένα σύνολο υπηρεσιών και διευκολύνσεων με στόχο, ιδίως, τη μείωση των κινδύνων.
- Τα κράτη μέλη θα πρέπει να εξετάσουν συγκεκριμένη σειρά δράσεων προκειμένου να αναπτύξουν τις κατάλληλες μεθόδους αξιολόγησης για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της πρόληψης των ναρκωτικών και τη μείωση των κινδύνων για την υγεία που οφείλονται στα ναρκωτικά.

Τα κράτη μέλη θα πρέπει να υποβάλουν έκθεση στην Επιτροπή σχετικά με την υλοποίηση της εν λόγω σύστασης εντός δύο ετών από την υιοθέτησή της, και στη συνέχεια κατόπιν αιτήματος της Επιτροπής. Με τον τρόπο αυτό θα καταστεί δυνατή η παρακολούθηση της εφαρμογής της σύστασης σε κοινοτικό επίπεδο και θα διευκολυνθεί η επακόλουθη λήψη των κατάλληλων μέτρων για την επίτευξη των στόχων του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm

([2]) Επισκόπηση του ρόλου της πολιτικής για τη μείωση της βλάβης, βλέπε πίνακα 1 ΕΓ: Ρόλος της μείωσης της βλάβης.

Επιπλέον, η σύσταση καλεί το ΕΚΠΝΤ να παράσχει τεχνική υποστήριξη στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την εκπόνηση έκθεσης, σύμφωνα με το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά, με στόχο την αναθεώρηση και ενημέρωση της παρούσας σύστασης.

Διακίνηση ναρκωτικών

Σε συνέχεια των συμπερασμάτων της έκτακτης συνόδου του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου στο Τάμπερε της Φινλανδίας, το 1999, και ως απάντηση στη στρατηγική και στο σχέδιο δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέβαλε στο Συμβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο μια πρόταση για απόφαση-πλαίσιο για τη θέσπιση «ελάχιστων διατάξεων σχετικά με τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων και τις ποινές που ισχύουν στον τομέα της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών». Το Συμβούλιο Υπουργών ενέκρινε τον Νοέμβριο του 2003 την πρώτη αυτή απόφαση-πλαίσιο στον τομέα της διακίνησης ναρκωτικών. Η εν λόγω απόφαση-πλαίσιο θεωρείται καθοριστικό μέσο για την αντιμετώπιση της διακίνησης ναρκωτικών, καθώς καθίσταται ολοένα και σημαντικότερη η εναρμόνιση των ποινών για τα αδικήματα που σχετίζονται με τη διακίνηση ναρκωτικών μεταξύ των κρατών μελών στη διευρυμένη ΕΕ.

Βασική αρχή της απόφασης-πλαισίου είναι ότι τα κράτη μέλη οφείλουν να ποινικοποιήσουν όχι μόνο τη διακίνηση ναρκωτικών, αλλά και την απόπειρα διακίνησης καθώς και την ηθική αυτουργία ή τη συνέργεια στην πράξη αυτή. Τα μέτρα που προβλέπονται στην απόφαση-πλαίσιο στοχεύουν στους διακινητές ναρκωτικών και στις εγκληματικές και τρομοκρατικές οργανώσεις που αποκομίζουν πόρους από τη διακίνηση με στόχο τη χρηματοδότηση των παράνομων δραστηριοτήτων τους.

Η απόφαση-πλαίσιο προβλέπει την επιβολή κυρώσεων σε όσους συμμετέχουν σε οποιοδήποτε στάδιο στη διακίνηση ουσιών, όπως ορίζεται στις συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών και στις αποφάσεις της ΕΚ: παραγωγή, προσφορά προς πώληση, μεταφορά, διανομή και κατοχή ή αγορά με σκοπό τη διακίνηση. Ζητεί από τις χώρες να διασφαλίσουν ότι «τα εγκλήματα [...] επισύρουν μέγιστη ποινή κάθειρξης μεταξύ ενός και τριών ετών τουλάχιστον» ή μεταξύ πέντε και δέκα ετών όταν το αδίκημα αφορά μεγάλες ποσότητες ναρκωτικών ή τα ναρκωτικά που προκαλούν τις μεγαλύτερες βλάβες στην υγεία. Ουσιαστικό στοιχείο της απόφασης-πλαισίου είναι ότι θεσπίζει κοινό ορισμό της διακίνησης ναρκωτικών σε κοινοτικό επίπεδο και ορίζει ενδεικνυόμενες ποινές για το αδίκημα αυτό εντός της ΕΕ. Προκειμένου να επιτευχθεί συμφωνία μεταξύ των κρατών μελών, έπρεπε να ξεπερασθούν οι εθνικές διαφορές στον ορισμό της προσωπικής χρήσης. Για το λόγο αυτό, τα αδικήματα που συνδέονται με την προσωπική χρήση ναρκωτικών, όπως αυτή ορίζεται από τις εθνικές νομοθεσίες των κρατών μελών, αποκλείονται από την παρούσα απόφαση-πλαίσιο.

Η απόφαση-πλαίσιο τίθεται σε ισχύ από την ημερομηνία της δημοσίευσής της στην *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, τα δε κράτη μέλη έχουν στη διάθεσή τους 18 μήνες για να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για τη συμμόρφωσή τους με την πράξη αυτή.

Νέα συνθετικά ναρκωτικά

Συνεχίζοντας την προσπάθεια ελέγχου των νέων συνθετικών ναρκωτικών, το Συμβούλιο Υπουργών εξέδωσε, τον Νοέμβριο του 2003, απόφαση σχετικά με μέτρα ελέγχου και ποινικές κυρώσεις όσον αφορά τα νέα συνθετικά ναρκωτικά 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 και TMA-2. Οι ουσίες αυτές, οι οποίες δεν περιλαμβάνονται σε κανένα από τα χρονοδιαγράμματα της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971, θα υπόκεινται πλέον σε μέτρα ελέγχου και ποινικές κυρώσεις στα κράτη μέλη.

Τον Οκτώβριο του 2003, η Επιτροπή υπέβαλε σχέδιο απόφασης του Συμβουλίου σε αντικατάσταση της κοινής δράσης σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των κινδύνων και τον έλεγχο των νέων συνθετικών ναρκωτικών ([3]). Η πρωτοβουλία αυτή συνδέεται άμεσα με το αποτέλεσμα της εξωτερικής αξιολόγησης της κοινής δράσης που διενήργησε η Επιτροπή, σύμφωνα με το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά 2000-2004. Το προτεινόμενο νέο έγγραφο έχει στόχο τη διευκρίνιση των ορισμών και διαδικασιών καθώς και την επέκταση του πεδίου εφαρμογής σε όλα τα νέα συνθετικά ναρκωτικά και τις συναφείς ναρκωτικές ουσίες.

Συντονισμός

Επίσης τον Νοέμβριο του 2003, η Επιτροπή ενέκρινε την ανακοίνωση σχετικά με το συντονισμό της καταπολέμησης των ναρκωτικών στην ΕΕ. Η ανακοίνωση βασίζεται στα πορίσματα μελέτης, η οποία εκπονήθηκε από το ΕΚΠΝΤ σε συνεργασία με την Επιτροπή, σχετικά με τις υπάρχουσες ρυθμίσεις και τους μηχανισμούς συντονισμού στα κράτη μέλη ([4]). Η ανακοίνωση επιβεβαιώνει τη σημασία του συντονισμού, προκειμένου να μπορέσει η ΕΕ να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το περίπλοκο φαινόμενο των ναρκωτικών και τις συνέπειές του.

Ρόλος του ΕΚΠΝΤ

Τέλος, τον Δεκέμβριο του 2003, η Επιτροπή πρότεινε την αναδιατύπωση των κανονισμών που διέπουν το ΕΚΠΝΤ. Η πρόταση, η οποία πρόκειται να συζητηθεί από το Συμβούλιο το 2004, καλύπτει αρκετούς τομείς και περιλαμβάνει τροποποιήσεις των βασικών κανονισμών, αλλαγές με στόχο την ενίσχυση του ρόλου του ΕΚΠΝΤ στο πλαίσιο των νέων προτύπων χρήσης ναρκωτικών και της διεύρυνσης της ΕΕ, και τροποποιήσεις προκειμένου να λαμβάνεται υπόψη ο ρόλος και η συμβολή του ΕΚΠΝΤ στην αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

([3]) ΕΕ L 167 της 25.6.1997, σσ. 1-3.
([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356

Εθνικές πολιτικές

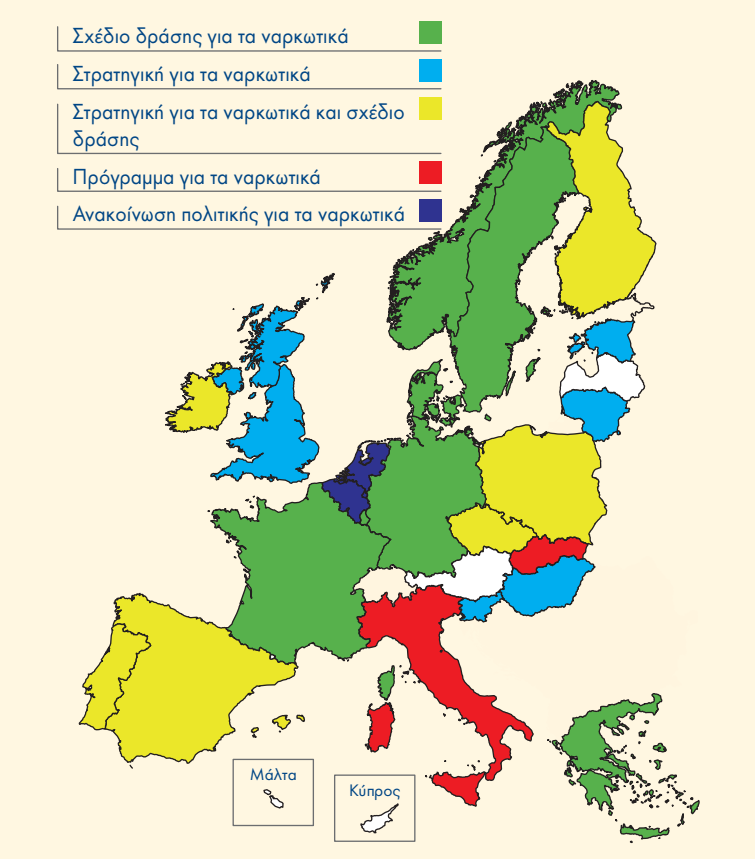
«Στρατηγικές για τα ναρκωτικά» ([5])

Η τάση των κρατών μελών να υιοθετούν μια «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» –στοιχείο που αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της πολιτικής της ΕΕ κατά των ναρκωτικών– αναφέρθηκε στην περυσινή ετήσια έκθεση και συνεχίστηκε και το 2003 (διάγραμμα 1). Το 2003, η Δανία, η Γερμανία, η Λιθουανία και η Σλοβενία υιοθέτησαν σχέδια και προγράμματα κατά των ναρκωτικών, και το ίδιο αναμένεται να πράξουν και η Εσθονία και η Γαλλία το 2004 ([6]). Έτσι, ο συνολικός αριθμός των κρατών μελών που εφαρμόζουν μια πολιτική κατά των ναρκωτικών στο πλαίσιο γενικότερης εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά ανέρχεται σε 21 επί συνόλου 25 κρατών (22 επί συνόλου 26 κρατών εάν συμπεριληφθεί και η Νορβηγία) ([7]) ([8]).

Η εφαρμογή «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά» σε τόσο ευρεία κλίμακα σε σχετικά βραχύ χρονικό διάστημα (1997-2004) ([9]), σε μια σαφώς καθορισμένη γεωγραφική περιοχή, παρέχει τη δυνατότητα συγκρίσεων του φαινομένου μεταξύ των διαφόρων κρατών μελών και εξαγωγής συμπερασμάτων για το σύνολο της ΕΕ.

Καταρχάς, η υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης της πολιτικής για τα ναρκωτικά, η οποία ενσωματώνει δραστηριότητες μείωσης τόσο της ζήτησης όσο και της προσφοράς, αποτελεί ολοένα και συνηθέστερο φαινόμενο. Πρόκειται για τη λεγόμενη «ισόρροπη προσέγγιση» ([10]). Όλα τα έγγραφα που εξετάσθηκαν εμφανίζουν το χαρακτηριστικό αυτό. Δεύτερον, ο ρόλος του συντονισμού γίνεται σημαντικότερος. Ολοένα και περισσότερο, οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά υλοποιούνται με κεντρικό συντονισμό [οι περισσότερες χώρες της ΕΕ διαθέτουν εθνικές υπηρεσίες συντονισμού και εθνικούς συντονιστές ([11])], αλλά σε στενή συνεργασία με περιφερειακούς και τοπικούς φορείς. Τρίτον, αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία στην υλοποίηση επιτόπιων παρεμβάσεων και στην παρακολούθηση και αξιολόγηση της εφαρμογής τους ως μέσων που διασφαλίζουν την υποχρέωση λογοδοσίας στους υπευθύνους λήψης αποφάσεων (βλέπε επιλεγμένο θέμα σχετικά με την αξιολόγηση, σ. 75).

Διάγραμμα 1: Πολυμορφία «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά»



Σημειώσεις: Η θεωρητική διάκριση μεταξύ πολιτικής για τα ναρκωτικά, εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά (στην οποία πρέπει να προσδιορίζονται γενικές αρχές καθώς και ένα πλαίσιο και μια κατεύθυνση) και σχεδίου δράσης (για την υλοποίηση της στρατηγικής μέσω λεπτομερών συγκεκριμένων δράσεων) δεν διατηρείται πάντοτε στα διάφορα εθνικά έγγραφα. Λόγω της ποικιλομορφίας που παρατηρείται μεταξύ των χωρών, περιγράφουμε τα εθνικά στρατηγικά έγγραφα όπως αυτά υποβλήθηκαν χωρίς να επιχειρούμε να ενοποιήσουμε ορισμούς ή να προβούμε σε συγκρίσεις.

Πηγές: Εθνικές στρατηγικές κρατών μελών.

([5]) Επειδή η διάρθρωση και το περιεχόμενο των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των κρατών, στην παρούσα έκθεση δεν καταβάλλεται καμία προσπάθεια εναρμόνισης των ορισμών και των εννοιών. Επομένως, η έκφραση «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» (εντός εισαγωγικών) σημαίνει κάθε επίσημο έγγραφο εγκεκριμένο από την κυβέρνηση, στο οποίο προσδιορίζονται γενικές αρχές και ειδικές παρεμβάσεις/στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν (σε καθορισμένο χρονικό διάστημα) στον τομέα των ναρκωτικών, ανεξάρτητα από το κατά πόσον παρουσιάζονται επίσημα ως στρατηγική για τα ναρκωτικά ή ως σχέδιο δράσης, ως πολιτικές ανακοινώσεις κλπ. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε έκθεση ΕΚΠΝΤ με τίτλο *National strategies and coordination mechanisms* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Βλέπε πλαίσιο 1 ΕΓ: Πρόσφατα εγκριθείσες «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά».

([7]) Η Νορβηγία, μολονότι δεν είναι μέλος της ΕΕ, είναι μέλος του ΕΚΠΝΤ. Από τα 25 κράτη μέλη της ΕΕ, μόνον τέσσερις χώρες δεν έχουν (ακόμη) αναφέρει ότι έχουν εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά: η Κύπρος, η Λεττονία, η Μάλτα και η Αυστρία. Στην Κύπρο και τη Λεττονία, η στρατηγική για τα ναρκωτικά τελεί υπό κατάρτιση. Στην Αυστρία κάθε επαρχία έχει το δικό της σχέδιο, αλλά δεν υπάρχει ομοσπονδιακή στρατηγική για τα ναρκωτικά.

([8]) Βλέπε πίνακα 2 ΕΓ: Τρέχουσες «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» στον τομέα των ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ.

([9]) Σε αυτό το χρονικό διάστημα περιλαμβάνονται και οι Κάτω Χώρες, οι οποίες καταγράφουν την πολιτική τους για τα ναρκωτικά σε ενημερωτικό έντυπο για θέματα πολιτικής με τίτλο *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) και σε σειρά άλλων εγγράφων (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004).

([10]) Η αρχή της ισόρροπης προσέγγισης θεσπίσθηκε με την πολιτική δήλωση της Ungass το 1998, στην οποία ορίζεται ότι πρέπει να αναπτυχθεί μια ισόρροπη προσέγγιση μεταξύ της μείωσης της ζήτησης και της μείωσης της προσφοράς, όπου οι δύο συνιστώσες θα ενισχύονται αμοιβαία στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Στο παρόν κεφάλαιο, δεν καταβάλλεται καμία προσπάθεια αξιολόγησης του βαθμού στον οποίο τα κράτη μέλη έχουν επιτύχει μια «ισόρροπη προσέγγιση»· παρατηρείται απλώς ότι η εν λόγω προσέγγιση προσελκύει ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον.

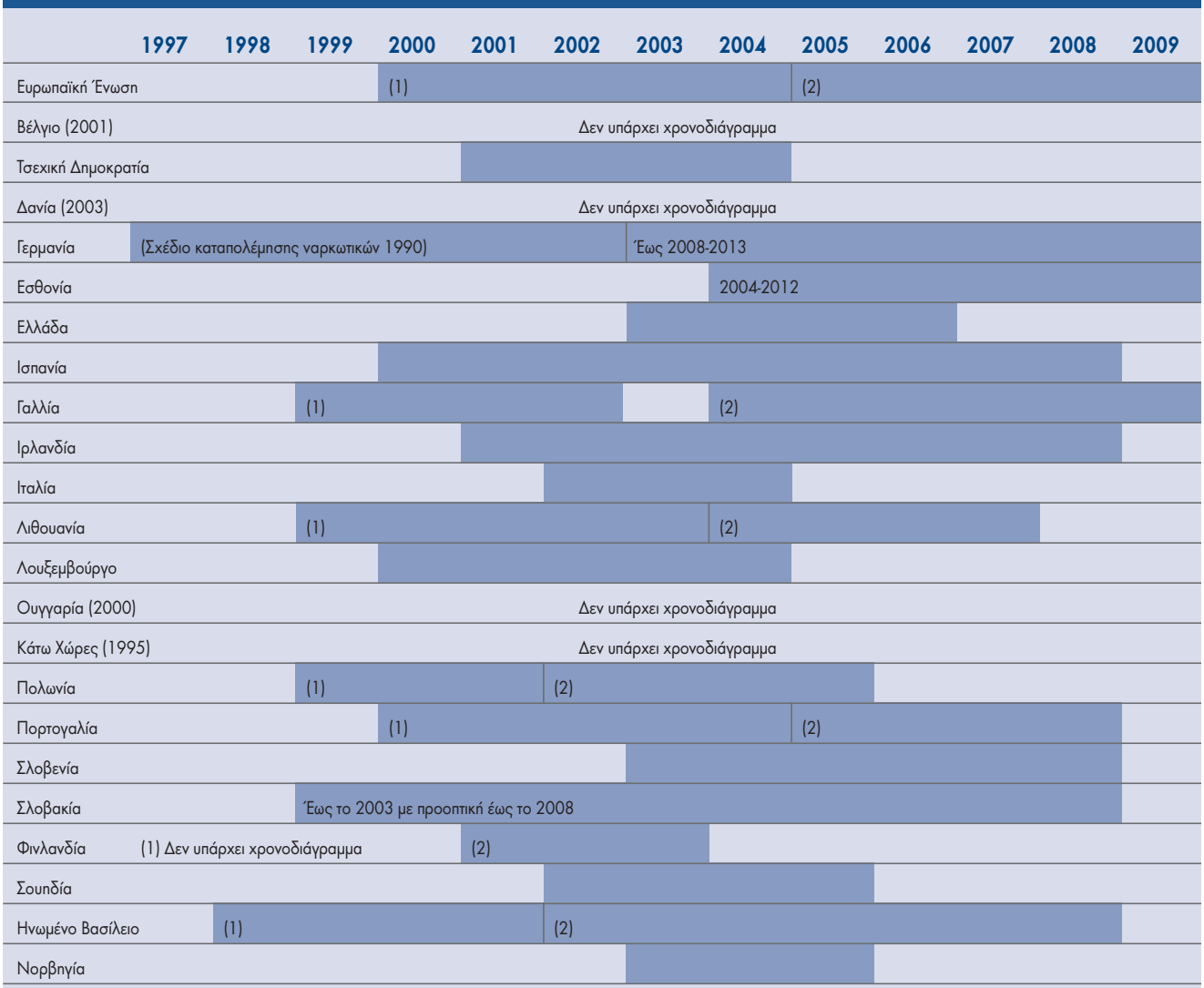
([11]) Για λεπτομέρειες βλέπε http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές τόσο στη διάρθρωση όσο και στο περιεχόμενο των «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά». Για παράδειγμα, σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στο επίπεδο των παρεχόμενων στοιχείων και στην έμφαση που αποδίδεται σε δράσεις και στόχους. Ορισμένα έγγραφα είναι διαρθρωμένα κατά τρόπο που επιτρέπει την παρακολούθηση των εξαγγελλόμενων δράσεων και της συνολικής εφαρμογής· άλλα περιέχουν λιγότερες λεπτομέρειες και παρουσιάζουν γενικούς στόχους, τους οποίους δεν συνδέουν με επιχειρησιακούς στόχους, σκοπούς ή δείκτες αποδοτικότητας. Τα έγγραφα που περιέχουν την πολιτική για τα ναρκωτικά διαφέρουν επίσης όσον αφορά τη χρησιμοποιούμενη ορολογία: ορισμένες χώρες έχουν εγκρίνει σχέδια δράσης, άλλες διαθέτουν στρατηγικές και ορισμένες έχουν εφαρμόσει προγράμματα. Πράγματι, οι διαφορετικοί πολιτικοί στόχοι και πολιτικά προγράμματα μπορούν να συνθέτουν μια πολύ ευρεία εικόνα μέσα στην οποία το «σκηνικό» για την «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» να ποικίλλει αναλόγως (χάρτης 1). Ωστόσο, παρόλο που οι όροι «σχέδια δράσης», «προγράμματα» και «στρατηγική» μπορούν να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ([12]), δεν απηχούν κατ' ανάγκη τις διαφορές στους πολιτικούς στόχους ή τα πολιτικά προγράμματα.

Μια άλλη διαφορά μεταξύ των κρατών μελών αφορά το χρονοδιάγραμμα της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Οι περισσότερες χώρες έχουν υιοθετήσει ένα χρονοδιάγραμμα διάρκειας τριών έως πέντε ετών· ωστόσο, η στρατηγική ορισμένων χωρών καλύπτει διάστημα οκτώ έως δέκα ετών, ενώ σε άλλες δεν αναφέρεται κανένα χρονοδιάγραμμα (πίνακας 1). Στο σημείο αυτό, πρέπει να εξετασθεί η σχέση μεταξύ των «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά» και του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Οι διαφορές στο περιεχόμενο είναι δυνατόν να απηχούν διαφορετικούς πολιτικούς στόχους ή διαφορές στα εθνικά

Πίνακας 1: Χρονοδιάγραμμα των «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά»



([12]) Η στρατηγική για τα ναρκωτικά μπορεί να νοηθεί ως ένα «ενοποιητικό θέμα, ένα πλαίσιο καθορισμού, συνοχής και κατεύθυνσης», και το σχέδιο δράσης μπορεί να νοηθεί ως ένα «σχέδιο ή πρόγραμμα λεπτομερών ειδικών δράσεων» (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, November 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

χαρακτηριστικά του φαινομένου των ναρκωτικών. Αναφερόμαστε στη συνέχεια σε δύο από τους σημαντικότερους τομείς όπου παρατηρούνται αποκλίσεις: στις ουσίες τις οποίες καλύπτουν οι στρατηγικές και στον κύριο στόχο που έχουν.

Μολονότι οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά επικεντρώνονται συνήθως στα απαγορευμένα ναρκωτικά, πολλά έγγραφα επεκτείνονται στις λεγόμενες νόμιμες ναρκωτικές ουσίες, κυρίως το αλκοόλ και τον καπνό, ιδίως στους τομείς της εκπαίδευσης, της πρόληψης και της θεραπείας (πίνακας 2). Σε ορισμένες χώρες, ο προβληματισμός αυτός εκδηλώνεται μέσω ειδικών δράσεων και σχεδίων, ενώ σε άλλες γίνεται απλή αναφορά στις «νόμιμες ναρκωτικές ουσίες». Πολλές χώρες που περιλαμβάνουν το αλκοόλ στις στρατηγικές τους για τα «ναρκωτικά» διαθέτουν επίσης εθνικό σχέδιο δράσης για το αλκοόλ.

Πίνακας 2: «Νόμιμα ναρκωτικά» σε εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά

Χώρα	Αλκοόλ	Καπνός	Σχέδιο δράσης για το αλκοόλ ([1])
Βέλγιο	●	●	Όχι
Τσεχική Δημοκρατία	●	●	Όχι
Δανία	μ.δ.	μ.δ.	Ναι
Γερμανία	●	●	Ναι
Εσθονία	○	○	Ναι
Ελλάδα	●	μ.δ.	μ.δ.
Ισπανία	●	●	Όχι
Γαλλία	●	●	Ναι
Ιρλανδία	●	○	Ναι
Ιταλία	○	μ.δ.	Ναι
Λιθουανία	μ.δ.	μ.δ.	Ναι
Λουξεμβούργο	μ.δ.	μ.δ.	Όχι
Ουγγαρία	●	○	Ναι
Κάτω Χώρες	●	●	Ναι
Πολωνία	○	○	Ναι
Πορτογαλία	●	○	Ναι
Σλοβενία	○	○	Όχι
Σλοβακία	●	●	Όχι
Φινλανδία	μ.δ.	μ.δ.	Ναι
Σουηδία	μ.δ.	μ.δ.	Ναι
Ηνωμένο Βασίλειο	○	○	Ναι
Νορβηγία	●	●	Ναι

● προβλεπόμενο σχέδιο· ○ αναφερόμενη ουσία· μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.

([1]) Βάση δεδομένων της ΠΟΥ για το αλκοόλ (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Μολονότι οι γενικοί στόχοι είναι κοινοί σε όλες τις χώρες (μείωση της ζήτησης, μείωση της προσφοράς κλπ.) και το σχέδιο δράσης της ΕΕ για το 2000-2004 θεσπίζει έξι κοινούς στόχους ([13]), ο τρόπος με τον οποίο εξετάζεται η επίτευξη των στόχων αυτών διαφέρει ανάλογα με τον γενικό στόχο της πολιτικής κατά των ναρκωτικών. Η βασική διαφορά είναι ότι στόχος ορισμένων χωρών είναι η επίτευξη μιας «κοινωνίας χωρίς ναρκωτικά», ενώ σε άλλες κύριος στόχος είναι η μείωση των αρνητικών συνεπειών των ναρκωτικών τόσο για τα άτομα όσο και για την κοινωνία. Ωστόσο, ο διαχωρισμός δεν είναι απόλυτος: οι περισσότερες «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» συνδυάζουν τους δύο αυτούς στόχους (προσθέτοντας ενδεχομένως και άλλους), αποδίδοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στον έναν ή στον άλλο. Οι δράσεις που απορρέουν από τις «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» διαμορφώνονται ανάλογα με το στόχο που επιλέγεται (και το βαθμό έμφασης που αποδίδεται στην επίτευξή του).

Μολονότι αναγνωρίζεται ότι οι διαφορές είναι αναγκαίες για τη στοχοθέτηση ειδικών πολιτικών προγραμμάτων και τη συνεκτίμηση τοπικών χαρακτηριστικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες συντονισμού σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η υιοθέτηση από την ΕΕ μιας συντονισμένης προσέγγισης στο θέμα των ναρκωτικών (στρατηγική της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και σχέδιο δράσης της ΕΕ για το 2000-2004), η οποία ενοποιήθηκε και διαρθρώθηκε κατάλληλα τα τελευταία χρόνια, πρόκειται να συνεχιστεί και στο μέλλον.

Ανοικτό ζήτημα παραμένει η μελλοντική κατεύθυνση της πολιτικής κατά των ναρκωτικών στη διευρυμένη ΕΕ και το κατά πόσον οι 25 διαφορετικές εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά (χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι περιφερειακές και τοπικές στρατηγικές) θα συνδεθούν τελικά μεταξύ τους υπό την αιγίδα της στρατηγικής της ΕΕ. Ωστόσο, θέματα όπως το είδος των μέσων που μπορούν να εξεταστούν από τα κράτη μέλη (στρατηγική, πρόγραμμα, σχέδιο δράσης), καθώς και η διάρκειά τους, οι θεμελιώδεις αρχές και τα κριτήρια και οι κύριοι σκοποί και στόχοι, μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ισότιμης συζήτησης από τα κράτη μέλη.

Εθνικές πολιτικές: αξιολόγηση της νομοθεσίας ([14])

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη τάση αξιολόγησης νέων νόμων ή υποβολής εκθέσεων σχετικά με την αξιολόγηση νέων νόμων (όσον αφορά την εφαρμογή ή/και τον αντίκτυπό τους). Στον τομέα των ναρκωτικών, πιλοτικά προγράμματα χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση ή την αξιολόγηση πολλών διαφορετικών πτυχών της νομοθεσίας

([13]) 1) Να μειωθεί σημαντικά σε διάστημα πέντε ετών η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών, καθώς και η μύηση νέων χρηστών, ιδίως στους νέους ηλικίας κάτω των 18 ετών· 2) να μειωθεί ουσιαστικά σε διάστημα πέντε ετών η επίπτωση των βλαβών της υγείας που συνδέονται με την τοξικομανία (όπως η μόλυνση από τον ιό HIV, η ηπατίτιδα, η φυματίωση κλπ.) και ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων· 3) να αυξηθεί ουσιαστικά ο αριθμός των τοξικομανών που υποβάλλονται επιτυχώς σε θεραπεία· 4) να μειωθεί ουσιαστικά σε διάστημα πέντε ετών η διαθεσιμότητα παράνομων ουσιών· 5) να μειωθεί ουσιαστικά σε διάστημα πέντε ετών ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά εγκλημάτων· 6) να μειωθεί ουσιαστικά σε διάστημα πέντε ετών η νομιμοποίηση προσόδων από παράνομες δραστηριότητες και η παράνομη διακίνηση πρόδρομων ουσιών.

([14]) Για λεπτομερέστερη παρουσίαση αυτού του κεφαλαίου βλέπε πλαίσιο 2 ΕΓ: Εθνικές πολιτικές: αξιολόγηση της νομοθεσίας.

περί ελέγχου των ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων της βασικής νομοθεσίας που απαγορεύει τη χρήση ή την κατοχή, των τρόπων αντιμετώπισης των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά, καθώς και της καταπολέμησης της διακίνησης και της νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Σε ορισμένες χώρες, εφαρμόζονται και αξιολογούνται πιλοτικά προγράμματα προτού εφαρμοσθεί ένα σχέδιο στο σύνολο της χώρας.

Παραδείγματος χάριν, από το 1999, το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αναφέρει κάποιας μορφής παρακολούθηση ή αξιολόγηση διαφόρων πτυχών της βασικής νομοθεσίας σχετικά με αδικήματα περί χρήσης ή κατοχής ναρκωτικών, που οδήγησε σε σημαντικές τροποποιήσεις της νομοθεσίας περί τα ναρκωτικά στο Βέλγιο, την Ουγγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Η εκτίμηση του αντίκτυπου της ποινικοποίησης αποτέλεσε το αντικείμενο δημόσιων διαλόγων και αξιολογήσεων. Από τις πρωτοβουλίες αξιολόγησης, ξεχωρίζουμε δύο που εφαρμόστηκαν σε παρόμοιες καταστάσεις και είχαν διαφορετικά αποτελέσματα. Η Ουγγαρία και η Σουηδία προέβησαν πρόσφατα σε αξιολόγηση των επιπτώσεων της ποινικοποίησης της χρήσης ναρκωτικών. Τον Μάρτιο του 1999, τροποποιήθηκε ο ουγγρικός ποινικός κώδικας και η χρήση ναρκωτικών χαρακτηρίστηκε ποινικό αδίκημα, ενώ η υποχρέωση να υποβάλλονται οι παραβάτες σε θεραπεία περιορίστηκε μόνο στους εξαρτημένους χρήστες. Εντούτοις, αλλεπάλληλες επιστημονικές μελέτες διαπίστωσαν ότι ο στόχος της μείωσης της κατάχρησης, της κατανάλωσης και της κυκλοφορίας ναρκωτικών ουσιών δεν επετεύχθη. Ο αριθμός των ατόμων που έπαιρναν ναρκωτικά και ο αριθμός των αδικημάτων και παραβατών που καταγράφονταν εξακολούθησε να αυξάνεται. Επιπλέον, η τροποποίηση της νομοθεσίας έκανε δυσκολότερη τη νομική ταξινόμηση των ναρκωτικών και περιέπλεξε τις δικαστικές διαδικασίες, ενώ είχε και αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά των ενεχόμενων ατόμων στην αγορά των ναρκωτικών. Οι συγγραφείς της μελέτης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ποινές ήταν υπερβολικά αυστηρές και δεν λάμβαναν υπόψη τους το γεγονός ότι οι νέοι δεν γίνονται χρήστες ναρκωτικών λόγω της εγκληματικής φύσης τους αλλά λόγω των συνθηκών που βιώνουν. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η θέσπιση νέας τροπολογίας, την 1η Μαρτίου 2003, με την οποία ουσιαστικά αίρονταν οι προηγούμενες τροποποιήσεις και λαμβάνονταν υπόψη οι επιστημονικές διαπιστώσεις.

Στη Σουηδία, το 2000, το Εθνικό Συμβούλιο για την Πρόληψη της Εγκληματικότητας διερεύνησε τις επιπτώσεις του κανονισμού του 1988 (όπως διευρύνθηκε το 1993) με τον οποίο η απλή χρήση ναρκωτικών χαρακτηριζόταν αξιόποινη πράξη. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή του κανονισμού οδήγησε σε κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των ατόμων που συλλαμβάνονταν για μικροαδικήματα ναρκωτικών. Αν και πολλοί από αυτούς που συλλαμβάνονταν ήταν γνωστοί για βαριά χρήση ναρκωτικών, ορισμένοι από αυτούς ήταν νέοι στην ηλικία και άγνωστοι μέχρι τότε ως χρήστες ναρκωτικών. Ένας σημαντικός λόγος για την εφαρμογή του κανονισμού ήταν να εντοπίζονται οι νέοι στο αρχικό στάδιο της εμπλοκής τους με τα ναρκωτικά και, σύμφωνα με την έκθεση, αυτό είχε επιτευχθεί. Η έκθεση εξέταζε επίσης τον αντίκτυπο που είχε ο κανονισμός στην αγορά των ναρκωτικών (η οποία είχε κλιμακωθεί). Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληγε ήταν ότι δεν υπήρχαν σαφείς ενδείξεις ότι η ποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών είχε δυσμενείς επιπτώσεις στους νέους ανθρώπους.

Όσον αφορά άλλους τρόπους αντιμετώπισης, αξιολογήσεις αρκετών νομικών πράξεων για την αντιμετώπιση των παραβατών χρηστών ναρκωτικών διενεργούνται ή έχουν ήδη διενεργηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπως ιατρικές εξετάσεις συνεπεία αδικημάτων που δικαιολογούν τη διεξαγωγή τους, εκδίκαση υποθέσεων ναρκωτικών και προγράμματα σύλληψης-παραπομπής. Άλλα μεθοδολογικά σχήματα μεταχείρισης των εν λόγω παραβατών αξιολογούνται στη Γερμανία (παραπομπή σε θεραπεία αντί της επιβολής ποινών), στην Ιρλανδία (παραπομπή σε θεραπεία μετά τη σύλληψη) και στις Κάτω Χώρες (υποχρεωτική παραπομπή σε θεραπεία).

Στις Κάτω Χώρες χρησιμοποιούνται επίσης τεχνικές αξιολόγησης για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας πρόσφατων νόμων με αντικείμενο τη διακίνηση ναρκωτικών (κράτηση διακινητών) και το ξέπλυμα χρήματος (δημόσιες συμβάσεις). Στη Σουηδία, οδηγίες κρατικών αρχών περιέχουν ειδικές διατάξεις που αφορούν τη διεξαγωγή αξιολόγησης από την κυβέρνηση σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία των αστυνομικών αρχών στο θέμα της καταπολέμησης των ναρκωτικών. Τεχνικές αξιολόγησης χρησιμοποιούνται επίσης για τη βελτίωση των τρόπων αντιμετώπισης της διακίνησης ναρκωτικών σε τοπικό επίπεδο και της διατάραξης της δημόσιας τάξης, π.χ. ο συντονισμός των μεθόδων αντιμετώπισης σε τοπικό επίπεδο στην Ιρλανδία, η εξουσιοδότηση αρμόδιων οργάνων να προβαίνουν στο σφράγισμα εγκαταστάσεων στις Κάτω Χώρες και η δυνατότητα να επιβάλλεται επαναληπτική εξέταση στην ικανότητα οδήγησης στη Γερμανία.

Η αξιολόγηση κερδίζει όλο και μεγαλύτερη αναγνώριση ως ένα σημαντικό εργαλείο στην αντιμετώπιση όλων των πτυχών που συνθέτουν το πρόβλημα των ναρκωτικών. Οι αξιολογήσεις της σχετικής νομοθεσίας μπορούν να παράσχουν εκτιμήσεις σχετικά με την εφαρμογή, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των νόμων. Εν γένει οι αξιολογήσεις που έχουν διενεργηθεί έτειναν περισσότερο στο να ενισχύσουν την αξία του αντίκτυπου της πολιτικής που επρόκειτο να εφαρμοστεί. Ακόμη και η διάθεση ανατροπής μιας πολιτικής βάσει των αποτελεσμάτων αξιολόγησης, όπως συνέβη στην Ουγγαρία, δείχνει ότι η έρευνα που βασίζεται σε τεκμηριωμένα στοιχεία κερδίζει την εμπιστοσύνη όλο και περισσότερο, κάτι που δεν συνέβαινε μέχρι σήμερα. Η νέα αυτή τάση που τυγχάνει ευνοϊκής υποδοχής είναι μέρος μιας γενικότερης τάσης να καταστεί η δημόσια διοίκηση πιο αξιόπιστη και να βασίζεται όλο και περισσότερο σε έννοιες που μέχρι σήμερα χαρακτήριζαν τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, όπως στόχοι αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητα κόστους.

Εξελίξεις στην εθνική νομοθεσία

Νομοθεσία για την κάνναβη

Η ταξινόμηση της κάνναβης άλλαξε το προηγούμενο έτος σε δύο χώρες, γεγονός που σχολιάστηκε εκτενώς από τα μέσα ενημέρωσης και στις δύο περιπτώσεις, μολονότι τα σχόλια

δεν ήταν πάντοτε ακριβή. Στο Βέλγιο, δύο νόμοι, ένα διάταγμα και μία εισαγγελική οδηγία επέφεραν αρκετές αλλαγές στο νομικό πλαίσιο, η σημαντικότερη εκ των οποίων ήταν ίσως η ένταξη των προϊόντων της κάνναβης σε διαφορετική νομική κατηγορία από τα λοιπά ναρκωτικά. Θεσπίσθηκαν νέα αδικήματα, ώστε ο ενήλικος που διαπράττει για πρώτη ή δεύτερη φορά το αδίκημα της κατοχής κάνναβης για προσωπική χρήση να τιμωρείται με πρόστιμο και παράλληλη καταχώριση των στοιχείων του στην αστυνομία, εφόσον δεν υπάρχουν ενδείξεις για όχληση του κοινού ή προβληματική χρήση. Σύμφωνα με την εισαγγελική οδηγία, η ποσότητα κάνναβης που θεωρείται επαρκής για προσωπική χρήση ισούται με τρία γραμμάρια ή ένα φυτό. Ωστόσο, η όχληση του κοινού είναι δυνατόν να τιμωρηθεί με φυλάκιση τριών μηνών έως ενός έτους ή/και πρόστιμο 5 000 έως 500 000 EUR, οι δε επιβαρυντικές περιστάσεις, όπως η κατοχή παρουσία ανηλίκων, επισύρουν αυστηρές ποινές.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η κάνναβη και τα παράγωγά της μεταφέρθηκαν από τον πίνακα Β στον πίνακα Γ, βάσει του βρετανικού συστήματος ταξινόμησης. Ως εκ τούτου, η μέγιστη ποινή για την κατοχή κάνναβης για προσωπική χρήση μειώθηκε από πέντε σε δύο χρόνια φυλάκιση· ωστόσο είναι σαφές ότι η κατοχή κάνναβης παραμένει ποινικό αδίκημα. Ως αποτέλεσμα παράλληλων νομοθετικών μέτρων, δύο συναφή ζητήματα, η μέγιστη ποινή για κατοχή με σκοπό την προμήθεια και το καθεστώς της κατοχής κάνναβης ως αδίκημα που επισύρει σύλληψη, παρέμειναν αμετάβλητα. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες γραμμές που εξέδωσε η Ένωση Αρχηγών Αστυνομίας (Association of Chief Police Officers) συνιστούν στους αστυνομικούς να προβαίνουν σε συλλήψεις για κατοχή μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις που περιλαμβάνουν το κάπνισμα δημοσίως ή κοντά σε ανηλίκους. Τα άτομα κάτω των 18 ετών πρέπει επίσης να συλλαμβάνονται για να παραπέμπονται σε θεραπεία.

Τόσο το Βέλγιο όσο και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται συγκεκριμένα στην προβληματική χρήση κάνναβης στους νόμους ή στις κατευθυντήριες γραμμές τους, θέμα που εξετάζεται κατωτέρω στην παρούσα έκθεση.

Κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων

Αρκετές χώρες τροποποίησαν το προηγούμενο έτος τη νομοθεσία τους σχετικά με την κατάσχεση των περιουσιακών στοιχείων των διακινητών ή τη διαχείριση των πόρων που προέρχονται από αυτά τα περιουσιακά στοιχεία. Στην Ιρλανδία, μια πρωτοβουλία του Γραφείου Περιουσιακών Στοιχείων Εγκληματικής Προέλευσης (Criminal Assets Bureau) προβλέπει τη συνεργασία με τη Μονάδα Ναρκωτικών της Εθνικής Φρουράς (Garda National Drugs Unit) με στόχο να εντοπίζει και να στοχεύει τα περιουσιακά στοιχεία τοπικών εμπόρων ναρκωτικών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο νόμος για τα προϊόντα από εγκληματικές πράξεις (Proceeds of Crime Act) (2003) θέσπισε μια Υπηρεσία Ανάκτησης Περιουσιακών Στοιχείων (Assets Recovery Agency), και βάσει της νέας νομοθεσίας οι αστυνομικοί και οι τελωνειακοί έχουν την εξουσία να προβαίνουν σε κατασχέσεις και έρευνες για την αναζήτηση χρημάτων. Ο νόμος περιλαμβάνει μέτρα που βοηθούν τους υπευθύνους στη διεξαγωγή ερευνών στον εντοπισμό των προϊόντων από εγκληματικές πράξεις και στη διερεύνηση περιπτώσεων νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Στη Σκοτία, ενισχύθηκαν οι εξουσίες των οργάνων επιβολής του νόμου και άσκησης δίωξης, ώστε να αυξηθεί η ανάκτηση περιουσιακών στοιχείων στο πλαίσιο τόσο ποινικών όσο και αστικών υποθέσεων.

Στην Ισπανία, ο νέος νόμος που τέθηκε σε ισχύ το 2003 σχετικά με τα κατασχεθέντα κεφάλαια από διακίνηση ναρκωτικών καταργεί το νόμο του 1995 με το ίδιο αντικείμενο. Στόχος του νέου νόμου είναι η επιτάχυνση της διαβίβασης των απαραίτητων εγγράφων για τον προσδιορισμό και τον εντοπισμό κατασχεθέντων αγαθών. Ο νόμος διευρύνει το φάσμα των δικαιούχων των κεφαλαίων,

Καταπολέμηση της νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες

Προς το παρόν, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθούν με ακρίβεια τα προϊόντα της διακίνησης ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω έλλειψης αξιόπιστων στοιχείων. Ωστόσο, η Europol (2002) κατέληξε στο συμβιβαστικό ποσοστό του 2-5 % του παγκόσμιου ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Η διακίνηση ναρκωτικών φαίνεται ότι εξακολουθεί να είναι η μεγαλύτερη πηγή χρημάτων που προέρχονται από τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Στη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες σε διεθνές επίπεδο κατ' ανάγκη συμπεριλαμβάνεται η παράνομη ή ασυνήθιστη διασυνοριακή κυκλοφορία κεφαλαίων ή αγαθών όπως ο χρυσός, ο λευκόχρυσος ή τα διαμάντια (ΠΟΤ, 2003γ).

Στις τροποποιήσεις της οδηγίας 91/308/ΕΟΚ του Συμβουλίου σχετικά με τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες, ο ορισμός της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες είναι πολύ πιο ευρύς, βασιζόμενος σε μεγαλύτερο φάσμα κύριων αδικημάτων, και η υποχρέωση αναφοράς επεκτείνεται και στους ανεξάρτητους επαγγελματίες νομικούς.

Η διευρυμένη εντολή της Europol από τον Ιανουάριο του 2002 καθιστά την υπηρεσία αρμόδια για όλες τις επιχειρήσεις που αφορούν τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες για τις οποίες το κύριο αδίκημα αναφέρεται στο παράρτημα 2 της σύμβασης Europol (Europol, 2002).

Η Interpol δημιούργησε ένα δίκτυο σημείων επαφής εμπειρογνωμόνων σε κάθε χώρα μέλος έτσι ώστε οι πληροφορίες που αφορούν τη νομιμοποίηση εσόδων από παράνομες δραστηριότητες να ανταλλάσσονται ταχύτερα και πιο αποτελεσματικά (Interpol, 2002). Το δίκτυο για την επιβολή τελωνειακών συστημάτων (CEN) είναι ένα ηλεκτρονικό σύστημα ενημέρωσης και επικοινωνίας που ανέπτυξε η ΠΟΤ και ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιούνιο του 2000. Τον Ιούνιο του 2003, υπήρχαν περισσότεροι από 700 χρήστες από 130 χώρες και είχαν αναφερθεί περισσότερες από 700 κατασχέσεις χρημάτων. Την περίοδο 2002/03 η Ομάδα Διεθνούς Χρηματοοικονομικής Δράσης (FATF) πέτυχε σημαντική πρόοδο στην καταπολέμηση της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Η FATF ολοκλήρωσε επιτυχώς την αναθεώρηση των 40 συστάσεων (FATF, 2003α). Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην καταπολέμηση της κατάχρησης άτυπων συστημάτων αποστολής χρημάτων (FATF, 2003β).

περιλαμβάνοντας σε αυτούς εθνικές και υπερεθνικές οντότητες και κυβερνήσεις ξένων κρατών. Στις Κάτω Χώρες, δέκα έτη μετά τη θέση σε ισχύ της νομοθεσίας για τις κατασχέσεις, μια μελέτη εξέτασε τη φύση και το μέγεθος των περιουσιακών στοιχείων 52 μεγάλων εγκληματικών οργανώσεων που προσήχθησαν ενώπιον της δικαιοσύνης στο διάστημα αυτό. Η μελέτη διαπιστώνει ότι κατασχέθηκε μόνο το 10 % των χρημάτων που εκτιμάται ότι αποκτήθηκαν παράνομα και ότι παραμένει δύσκολο να αποδειχθεί με ακρίβεια πόσα χρήματα αποκτήθηκαν παρανόμως. Οι ερευνητές συνιστούν τη βελτίωση της εμπειρογνωμοσύνης στον τομέα της ποινικής έρευνας για το οικονομικό έγκλημα. Στη Γαλλία, εγκύκλιος του Τμήματος Ποινικών Υποθέσεων και Χαρίτων του 2002 καθόρισε ακριβείς κανόνες για την κατάσχεση και οργάνωσε τη συνέχιση της παρακολούθησης των κατασχεθέντων κεφαλαίων που προέρχονται από τη διακίνηση ναρκωτικών ή τη νομιμοποίηση προσόδων από παράνομες δραστηριότητες, μετά τη διαπίστωση ότι το ταμείο της πολιτικής για τα ναρκωτικά που ιδρύθηκε το 1995 δεν είχε εισπράξει κανένα ουσιαστικό έσοδο.

Ναρκωτικά και οδήγηση

Τρεις χώρες στην ΕΕ προέβησαν σε σημαντικές τροποποιήσεις της νομοθεσίας τους όσον αφορά την οδήγηση κατόπιν χρήσης ναρκωτικών. Το 2003, τέθηκε σε ισχύ στην Αυστρία η 21η τροποποίηση του νόμου για την οδική κυκλοφορία, η οποία επιτρέπει στους αστυνομικούς να ζητούν από τους οδηγούς να δώσουν δείγμα αίματος για έλεγχο, εάν υπάρχουν υπόνοιες μειωμένης ικανότητας για οδήγηση λόγω της επήρειας ναρκωτικών. Οι κυρώσεις σε περίπτωση θετικού δείγματος και οι συνέπειες σε περίπτωση που ένας οδηγός αρνηθεί να υποβληθεί στον έλεγχο είναι ίδιες με εκείνες που ισχύουν για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Επιπλέον, σύμφωνα με το νόμο, το θετικό αποτέλεσμα στον έλεγχο δεν συνεπάγεται την υποβολή αστυνομικής αναφοράς για παραβίαση του νόμου περί ναρκωτικών ουσιών, αλλά μόνο την ειδοποίηση των περιφερειακών υγειονομικών αρχών.

Στη Γαλλία, ένας νέος νόμος που θεσπίσθηκε τον Φεβρουάριο του 2003 καθιστά ειδικό αδίκημα την οδήγηση ύστερα από χρήση ουσιών ή φυτών που χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά και υποχρεωτικό τον σχετικό έλεγχο όλων των οδηγών που εμπλέκονται σε θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα. Οι ποινές είναι ακόμη πιο αυστηρές εάν υπάρχει συνδυασμός ναρκωτικών και αλκοόλ. Επιπλέον, οι οδηγοί που εμπλέκονται σε τροχαίο ατύχημα στο οποίο προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, έστω και αν δεν είναι θανατηφόρο, πρέπει πάντα να υποβάλλονται σε έλεγχο, εάν υπάρχουν υπόνοιες χρήσης ναρκωτικών. Επίσης, η χωροφυλακή και η αστυνομία δικαιούνται να προβαίνουν σε τυχαίους ελέγχους οδηγών.

Στη Φινλανδία, στο αναθεωρημένο κεφάλαιο 23 του Ποινικού Κώδικα ορίζεται ότι κάθε πρόσωπο που οδηγεί υπό την επήρεια δραστικής ναρκωτικής ουσίας ή παράγωγο του μεταβολισμού της στο αίμα κατηγορείται για οδήγηση σε κατάσταση μέθης, εκτός εάν η ουσία έχει χορηγηθεί με ιατρική συνταγή. Ωστόσο, εάν η ικανότητα οδήγησης είναι μειωμένη, ο οδηγός κατηγορείται για οδήγηση σε κατάσταση μέθης, ανεξάρτητα από το εάν η ουσία χορηγήθηκε βάσει ιατρικής συνταγής. Εάν η ικανότητα οδήγησης επηρεάζεται σε βαθμό που τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια τρίτων, η απαγγελία κατηγορίας με το επιβαρυντικό της οδήγησης σε κατάσταση μέθης είναι δυνατόν να επισύρει ελάχιστο πρόστιμο 60 μονάδων ημερών-προστίμων ή μέγιστη φυλάκιση δύο ετών.

Τον Ιούνιο του 2003, η Ευρωπαϊκή Νομική Βάση Δεδομένων για τα Ναρκωτικά (ELDD) δημοσίευσε συγκριτική μελέτη ([15]) σχετικά με τη νομική κατάσταση όσον αφορά τα ναρκωτικά και την οδήγηση σε 16 χώρες. Στη μελέτη αναφέρεται ότι, μολονότι η οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών αποτελεί αδίκημα σε όλες τις χώρες, υπάρχουν πολλές διαφορές όσον αφορά την εξουσία της αστυνομίας να υποβάλλει τους οδηγούς σε ελέγχους, τις ουσίες και τις προβλεπόμενες ποινές. Το ΕΚΠΝΤ παρουσίασε τη μελέτη αυτή στο σεμινάριο της ομάδας Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την οδική κυκλοφορία και τις ψυχοδραστικές ουσίες τον Ιούνιο του 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf

Κεφάλαιο 2

Πρόληψη των ναρκωτικών: συνεργασία με τις κοινότητες και στόχευση ομάδων υψηλού κινδύνου

Στόχος των μέτρων πρόληψης των ναρκωτικών είναι η μείωση του αριθμού των ατόμων που αρχίζουν τη χρήση ουσιών ή, συχνότερα, η καθυστέρηση της χρήσης ναρκωτικών σε μεταγενέστερη ηλικία, μειώνοντας τουλάχιστον με τον τρόπο αυτό το μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών (Rhodes κ.ά., 2003). Η πρόληψη των ναρκωτικών περιλαμβάνει, χωρίς να περιορίζεται στα θέματα αυτά, την εκπαίδευση σχετικά με τα ναρκωτικά και την ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που περικλείουν. Στην πραγματικότητα, η συνιστώσα αυτή που συνδέεται ειδικά με τα ναρκωτικά αποτελεί μικρό μόνο μέρος της πρόληψης των ναρκωτικών. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές συνδυάζουν την πληροφόρηση σχετικά με τις ουσίες μαζί με επιλεγμένες συμπεριφορικές και γνωστικές (κανονιστικές πεποιθήσεις) τεχνικές, οι οποίες δρουν προληπτικά όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών (Flay, 2000).

Η πρόληψη ταξινομείται ανάλογα με την ομάδα-στόχο. Η καθολική πρόληψη απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό (συνήθως τους νέους), π.χ. στα σχολεία, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ειδικές ομάδες κινδύνου, ενώ η επικεντρωμένη πρόληψη στοχεύει ευπαθείς ομάδες και η εξειδικευμένη πρόληψη στοχεύει ευάλωτα άτομα. Ωστόσο, μολονότι η πρόληψη στα σχολεία αποτελεί συχνά πολιτική προτεραιότητα, είναι αμφισβητήσιμο κατά πόσον συνιστά πραγματικά βασικό πυλώνα της πρόληψης. Καθώς η χρηματοδότηση για την πρόληψη είναι περιορισμένη και σε ορισμένες χώρες έχει μειωθεί [π.χ. στη Γαλλία ο προϋπολογισμός για την πρόληψη των ναρκωτικών (κρατικές επιδοτήσεις) μειώθηκε από 15 εκατ. EUR το 2001 σε 11 εκατ. EUR το 2002], η υψηλής ποιότητας πρόληψη των ναρκωτικών που βασίζεται σε τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Υπό ιδανικές συνθήκες, οι πολιτικές πρόληψης που σχεδιάζονται και εφαρμόζονται από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, με στόχο την παροχή βασικής και οικονομικά συμφέρουσας καθολικής πρόληψης (prêt-à-porter) σε ευρύ πληθυσμό-στόχο πρέπει να συμπληρώνονται από πιο εντατικές και εξατομικευμένες παρεμβάσεις που απευθύνονται ιδίως σε ευπαθείς ομάδες και άτομα ([16]).

Καθολική πρόληψη

Οι αρχές και το περιεχόμενο των σύγχρονων στρατηγικών πρόληψης των ναρκωτικών, και ιδίως τα σχολικά προγράμματα καθολικής πρόληψης, βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία. Τα μετρήσιμα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ακόμη και αν είναι περιορισμένα (Stothard και Ashton, 2000), αποτελούν σημαντικό όφελος όταν αφορούν μεγάλους πληθυσμούς. Οι βασικές αρχές, δηλαδή τι είναι αποτελεσματικό και τι όχι, έχουν πλέον παγιωθεί. Αποτελεσματικοί παράγοντες είναι η αμφίδρομη διδασκαλία (με τη συμμετοχή συνομηλίκων) (Tobler και Stratton, 1997), η διόρθωση των κανονιστικών πεποιθήσεων (Flay, 2000), η μεγάλη έμφαση στις κοινωνικές δεξιότητες και η παροχή κάποιας πληροφόρησης για τις ουσίες, η οποία πρέπει να είναι ισορροπημένη και συναφής με την κοινωνική πραγματικότητα των νεαρών ατόμων (Hansen, 1992· Dusenbury και Falco, 1995· Paglia και Room, 1999· Tobler κ.ά., 2000· Tobler, 2001). Στην πράξη, σε αρκετά κράτη μέλη, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής και οι επαγγελματίες εξακολουθούν να δίνουν προτεραιότητα σε προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές, όπως η συναισθηματική εκπαίδευση (π.χ. βελτίωση της αυτοεκτίμησης), η παροχή πληροφόρησης (αύξηση της ευαισθητοποίησης) και ο κριτικός στοχασμός.

Κατά τον ίδιο τρόπο, γνωστοί είναι επίσης οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχημένη παροχή ([17]) σχολικών προγραμμάτων πρόληψης: αυστηρή τήρηση θεσμισμένου προγράμματος διδασκαλίας με κατάλληλα εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς, σαφώς καθορισμένο περιεχόμενο και παροχή εγχειριδίων και υλικού. Επιπλέον, η πρόληψη των ναρκωτικών πρέπει να αποτελεί τμήμα μιας συνολικής πολιτικής για τα ναρκωτικά στα σχολεία και για την προαγωγή της υγείας (Paglia και Room, 1999· Chinman κ.ά., 2004). Ωστόσο, στην πραγματικότητα, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις διαφορετικές στρατηγικές, οι οποίες σπάνια συνδέονται μεταξύ τους. Στην πρώτη στρατηγική, η πρόληψη παρέχεται μέσω εθνικών προγραμμάτων ευρείας κλίμακας (Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες) ή μέσω δέσμης εγκεκριμένων προγραμμάτων (Ελλάδα, Ισπανία, Ουγγαρία, Σουηδία). Σε μια άλλη προσέγγιση δίνεται έμφαση στην κατάρτιση των εκπαιδευτικών (γαλλόφωνο Βέλγιο, τμήματα της Γερμανίας, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο), θεωρώντας ότι οι εκπαιδευτικοί θα ενσωματώσουν το μήνυμα της πρόληψης στις καθημερινές σχολικές δραστηριότητες. Τέλος, ορισμένες χώρες (π.χ. Πορτογαλία, Φινλανδία) προτιμούν τα σχολικά δίκτυα προαγωγής της υγείας. Μόνο στην Ιρλανδία και την Ισπανία εφαρμόζονται κατά συνεκτικό τρόπο και οι τρεις προσεγγίσεις σε ολόκληρη τη χώρα ([18]).

Γενικός στόχος της καθολικής πρόληψης εκτός του σχολικού περιβάλλοντος ([19]) είναι η προσέγγιση νεαρών ατόμων με τρεις κυρίως τρόπους: μέσω της παροχής εναλλακτικών

([16]) Βλέπε διάγραμμα 1 ΕΓ: Εθνικά σχέδια που καθορίζουν το περιεχόμενο και τις στρατηγικές πρόληψης.

([17]) Βλέπε διάγραμμα 2 ΕΓ: Παροχή σχολικών προγραμμάτων πρόληψης.

([18]) Βλέπε πίνακα 3 ΕΓ: Συνοπτικές παράμετροι της πρόληψης στα σχολεία.

([19]) Βλέπε διάγραμμα 3 ΕΓ: Πρόληψη για τους νέους εκτός των σχολείων.

ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, όπως εργασία νέων, δραστηριότητες περιπέτειας και δημιουργίας (Ελλάδα, Ισπανία, Λεττονία, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο)· μέσω της εργασίας της νεολαίας στον αθλητισμό και τους αθλητικούς συλλόγους, προκειμένου οι νέοι να εντάσσονται σε προστατευτικά ομαδικά πρότυπα, συμπεριφορές και στάσεις (Γερμανία, Ιταλία, Φινλανδία)· ή μέσω τεχνικών εκτός δομών (Δανία, Αυστρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Νορβηγία). Το έργο της πρόληψης εκτός σχολείων διαθέτει ένα τεράστιο δυναμικό για να εντοπίζει νέους που διατρέχουν κίνδυνο και να στοχεύει στις ευπαθείς ομάδες, αλλά αξιοποιείται από μερικά μόνο κράτη μέλη (Ιρλανδία, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο).

Επικεντρωμένη πρόληψη

Σε αντίθεση με την καθολική πρόληψη, η οποία είναι ευρείας κλίμακας και περιορισμένης εστίασης, οι πολιτικές επικεντρωμένης πρόληψης στοχεύουν σε ευάλωτα άτομα ή ευπαθείς ομάδες. Η επικεντρωμένη πρόληψη χρησιμοποιεί την υπάρχουσα (στην ιδανική περίπτωση τοπική) έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου, τις ευπαθείς ομάδες και τις προβληματικές γειτονιές για να κατευθύνει τα μέτρα αντιμετώπισης εκεί όπου ο κίνδυνος ολίσθησης προς τα ναρκωτικά και τα προβλήματα που αυτά συνεπάγονται είναι μεγαλύτερος. Η επικεντρωμένη πρόληψη προσελκύει ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον σε ορισμένες χώρες, π.χ. στη Φινλανδία και τη Σουηδία, λόγω της αύξησης της ψυχαγωγικής χρήσης κάνναβης και αλκοόλ (βλέπε κεφάλαιο 3), αλλά περιορίζεται προς το παρόν σε λιγοστά κράτη μέλη (διάγραμμα 2), κυρίως σε εκείνα που διαθέτουν ήδη στρατηγικές πολιτικές καθολικής πρόληψης. Απαιτούνται ορθές θεωρητικές βάσεις και αξιολόγηση, ώστε η επιλογή των ομάδων ή των περιοχών στόχων να υποστηρίζεται από ερευνητικά στοιχεία και οι στόχοι των παρεμβάσεων να είναι συγκεκριμένοι και αλληλένδετοι. Για παράδειγμα, στην Ουγγαρία, αρκετές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στους πληθυσμούς των Ρομ και χρησιμοποιούν προσεγγίσεις ομάδων συνομηλίκων. Η πρόληψη στους χώρους ψυχαγωγίας, ως ειδική υποενότητα της επικεντρωμένης πρόληψης, εξετάζεται στο κεφάλαιο 4.

Πρόσφατα βήματα προόδου στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση

Στην Ελλάδα, την Πορτογαλία και τη Σουηδία, οι πολιτικές πρόληψης σημείωσαν πρόοδο όσον αφορά την υιοθέτηση σύγχρονων εννοιών και σαφέστερων δομών, π.χ. η σχολική πρόληψη καθορίζεται με μεγαλύτερη σαφήνεια απ' ό,τι στο παρελθόν. Τα προγράμματα για τα παιδιά μικρότερης ηλικίας στο νηπιαγωγείο και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση επεκτάθηκαν, ιδίως στην Ελλάδα και την Αυστρία.

Στα κράτη μέλη, οι πολιτικές πρόληψης που διέπονται από συστήματα ελέγχου της ποιότητας (διάγραμμα 3) εμφανίζουν επίσης γενικά υψηλότερο βαθμό οργάνωσης [π.χ. παροχή μέσω πιο εξελιγμένων προγραμμάτων ([20])] και έμφαση στην επικεντρωμένη πρόληψη (βλέπε διάγραμμα 2). Βασικοί παράγοντες για τη σύγκριση των ευρωπαϊκών πολιτικών πρόληψης είναι η ποιότητα (τεκμηριωμένες έννοιες), η δομή

Διάγραμμα 2: Κράτη μέλη τα οποία αναφέρουν την επικεντρωμένη πρόληψη (ήτοι τη στοχοθέτηση ευπαθών πληθυσμών ή περιοχών) στις στρατηγικές τους και λαμβάνουν μέτρα για την υλοποίησή της

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox και *Report on selective prevention in the EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

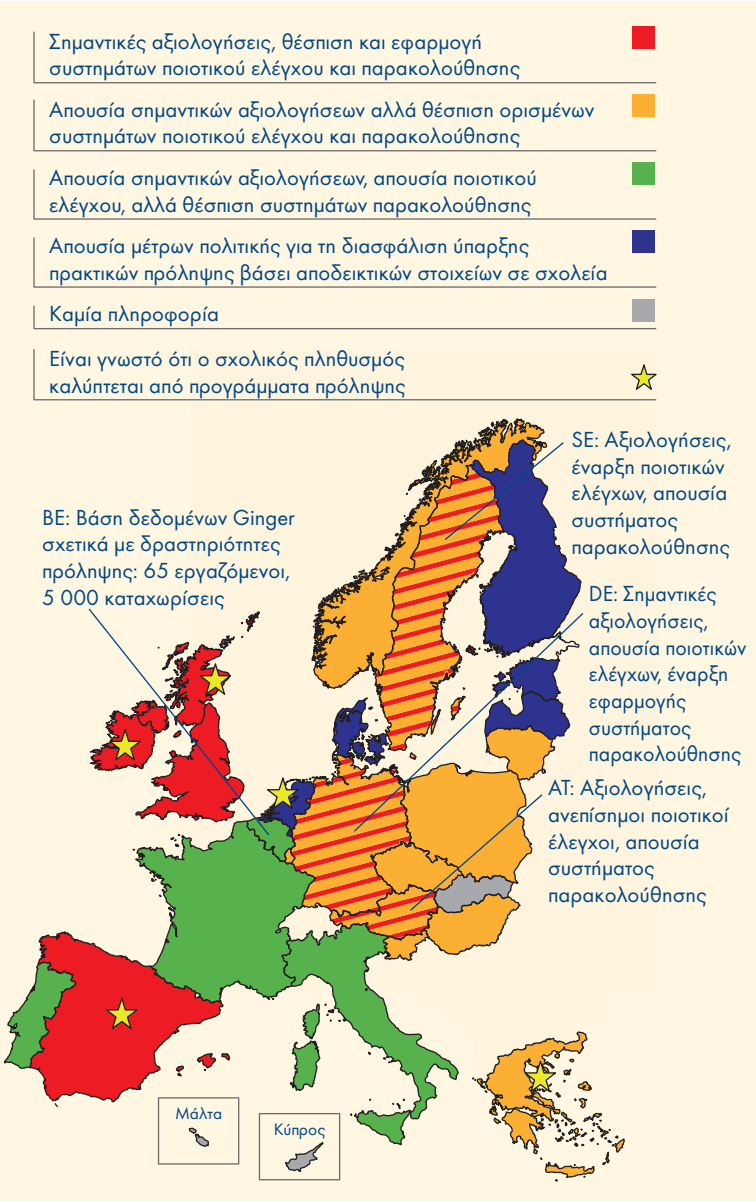
(πώς και από ποιον οργανώνεται η παροχή) και το εύρος κάλυψης (μέγεθος του πληθυσμού που προσεγγίζεται).

Συστήματα και πρότυπα ελέγχου της ποιότητας υπάρχουν στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Λιθουανία, τη Σλοβενία και τη Σουηδία, ενώ στη Γερμανία και την Πορτογαλία λειτουργούν πλέον ή αναπτύσσονται νέα συστήματα παρακολούθησης των παρεμβάσεων πρόληψης. Ολοένα και περισσότερο, καθορίζονται και προτείνονται στις εθνικές στρατηγικές συγκεκριμένες συνιστώσες των παρεμβάσεων πρόληψης, όπως π.χ. στη Λιθουανία και τη Σουηδία προαγωγή κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων λήψης αποφάσεων, καθώς και βελτίωση της αυτοεκτίμησης.

Το εύρος κάλυψης των σχολικών προγραμμάτων πρόληψης – εννοούμενο ως το ποσοστό των μαθητών που συμμετέχουν

([20]) Βλέπε διάγραμμα 1 ΕΓ: Εθνικά σχέδια που καθορίζουν το περιεχόμενο και τις στρατηγικές πρόληψης.

Διάγραμμα 3: Κράτη μέλη στα οποία ο ποιοτικός έλεγχος, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της πρόληψης στα σχολεία θεωρούνται προτεραιότητα και εφαρμόζονται



Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox.

σε προγράμματα καθολικής πρόληψης– μπορεί να μετρηθεί μόνον εάν η πρόληψη παρέχεται στο πλαίσιο προγράμματος, ενώ η επέκτασή του αποτελεί στόχο ορισμένων στρατηγικών (Ισπανία, Ιρλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο). Σε όλες τις αυτόνομες κοινότητες (Comunidades Autónomas) της Ισπανίας το ποσοστό του μαθητικού πληθυσμού που συμμετέχει σε εγκεκριμένα ή συνιστώμενα προγράμματα πρόληψης σημείωσε αύξηση. Σε άλλα κράτη μέλη (Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Νορβηγία) διενεργήθηκε πρόσφατα αξιολόγηση του εύρους κάλυψης. Αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών είναι η βαθμιαία βελτίωση των προσπαθειών που καταβάλλονται από πολλά κράτη μέλη για την πρόληψη των ναρκωτικών, οι οποίες μέχρι πρόσφατα χαρακτηρίζονταν από «χαμηλή επικέντρωση (κυρίως μη εξειδικευμένες παρεμβάσεις και λιγοστό κατάλληλο υλικό σε θέματα πρόληψης), χαμηλή προθετικότητα (χαμηλό επίπεδο κατάρτισης των επαγγελματιών που απασχολούνται στον τομέα), χαμηλή προορατικότητα και αξιολόγηση (χαμηλό επίπεδο έρευνας και απουσία διαδικασιών αξιολόγησης), χαμηλή συνέχιση (συχνές μεμονωμένες παρεμβάσεις) και χαμηλό συντονισμό και συμμετοχή (απουσία συντονισμού όσον αφορά τις υλοποιούμενες δραστηριότητες)» (εθνική έκθεση Πορτογαλίας).

...και έλλειψη προόδου

Σε ορισμένα κράτη μέλη, η πρόοδος είναι αργή και εξακολουθούν να κυριαρχούν έννοιες μη τεκμηριωμένες. Αυτό οφείλεται μεταξύ άλλων στην απραξία, την υπερβολική έμφαση σε ιατρικές προσεγγίσεις και προσεγγίσεις επικεντρωμένες στην εξάρτηση, τη μη συνεκτίμηση της σημασίας των κοινωνικών επιρροών και την επικέντρωση σε προσωπικές παραμέτρους. Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες, η απουσία προτύπων σημαίνει ότι η πρόληψη αφήνεται στην αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας ή των εκπαιδευτικών σε τοπικό επίπεδο, οι οποίοι συχνά διαθέτουν πολύ περιορισμένες γνώσεις που να στηρίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία για την πρόληψη, με αποτέλεσμα η εφαρμογή της να γίνεται σύμφωνα με τις λαϊκές απόψεις και πεποιθήσεις. Επίσης, σε ορισμένα κράτη μέλη (π.χ. στη Δανία, την Εσθονία, τη Γαλλία, τη Λιθουανία και τμήματα του Βελγίου, της Γερμανίας και της Ιταλίας), η πρόληψη στα σχολεία εξακολουθεί να βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην παροχή πληροφοριών μέσω φυλλαδίων, σποραδικών σεμιναρίων, ημερίδων δράσης και εκθέσεων, συναντήσεων, διαλέξεων ή επισκέψεων ειδικών.

Υπάρχουν στοιχεία, έστω και περιορισμένα (Flay, 2000), που αποδεικνύουν ότι τα επιτυχημένα σχολικά προγράμματα πρόληψης πρέπει να ενσωματωθούν σε πρόγραμμα διδασκαλίας που να αφορά την προαγωγή της υγείας και να αποτελέσουν αντικείμενο πολιτικής για τα ναρκωτικά στα σχολεία στην οποία θα εξετάζονται πτυχές της κοινωνικής ζωής και της κοινότητας (Paglia και Room, 1999). Ωστόσο, η πληθωρική χρήση εκφράσεων όπως «προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής», «ολιστικές προσεγγίσεις» και «συνολική πρόληψη» συγκαλύπτει συχνά την απουσία στέρεας βάσης για την ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης και την περιορισμένη προσήλωση στην τεκμηριωμένη πρόληψη. Δεν υπήρξε εμφανής πρόοδος όσον αφορά την πρόληψη που βασίζεται στην οικογένεια. Ως επιμέρους στοιχείο της καθολικής πρόληψης, η πρόληψη που βασίζεται στην οικογένεια περιορίζεται σε απογευματινές συναντήσεις γονέων ή ομάδων (π.χ. Γερμανία, Ελλάδα, Σουηδία), ενώ εντάσσεται στην επικεντρωμένη πρόληψη (δηλαδή επικέντρωση στις οικογένειες που διατρέχουν κίνδυνο) μόνο στην Ισπανία, την Ιρλανδία, την Πολωνία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ([21]).

([21]) Βλέπε πίνακα 4 ΕΓ: Σύνοψη των κυριότερων παραμέτρων πρόληψης.

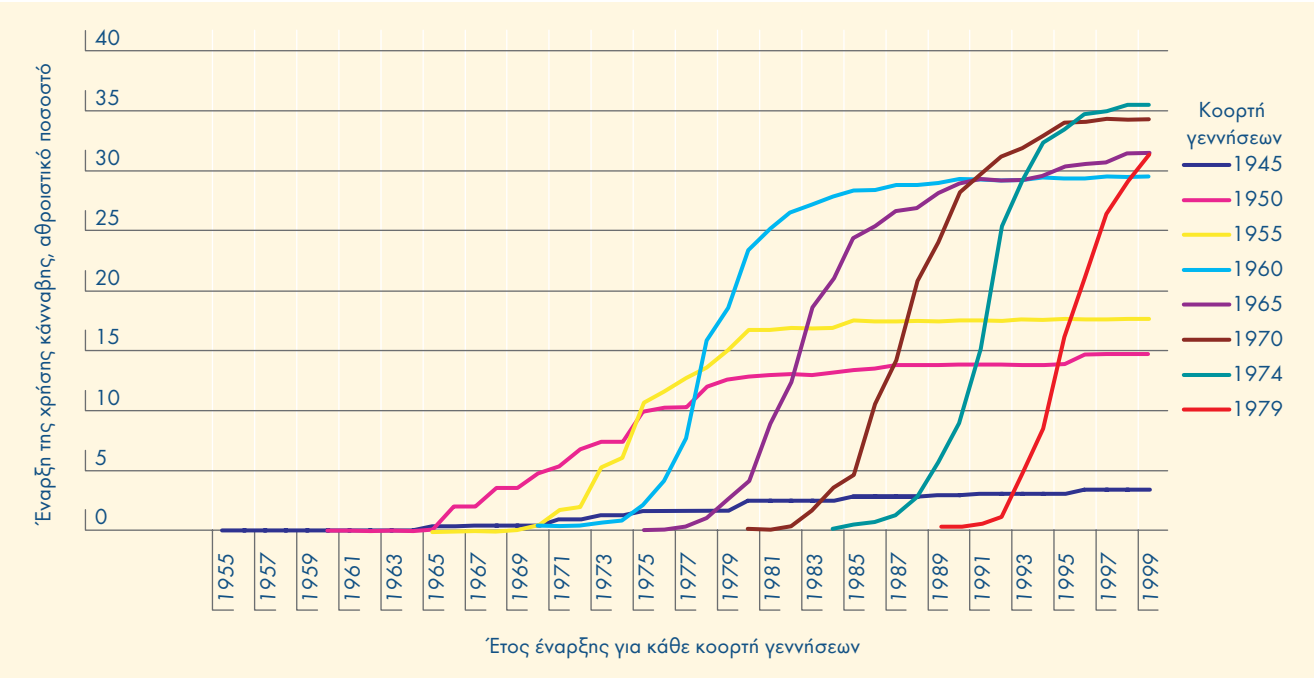
Κεφάλαιο 3
Κάνναβη

Σε όλες τις χώρες της ΕΕ, η κάνναβη είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Η χρήση της κάνναβης από τους νέους άρχισε να επικρατεί σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες κατά τη δεκαετία του 1970 και εξαπλώθηκε σε άλλες χώρες της ΕΕ κατά την ίδια και την επόμενη δεκαετία (διάγραμμα 4 – ένα παράδειγμα από την Ισπανία). Η ευρεία διάδοση της χρήσης ναρκωτικών είναι πιο πρόσφατο φαινόμενο στα νέα μέλη της ΕΕ.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Η εξάπλωση της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό μελετάται μέσω ερευνών, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό του πληθυσμού που έκανε χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων χρονικών διαστημάτων ([22]). Πρόσφατες έρευνες στον πληθυσμό δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού της Ευρώπης (ηλικίας 15-64 ετών) έχει δοκιμάσει την ουσία τουλάχιστον μία φορά. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 5-10 % στο Βέλγιο, την Εσθονία, την Ουγγαρία και την Πορτογαλία έως 24-31 % στη Δανία, την Ισπανία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Συγκριτικά, στην εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοικοκυριά το 2002 στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, 40 % των ενηλίκων (άτομα ηλικίας δώδεκα ετών και άνω) ανέφερε δοκιμή κάνναβης ή μαριχουάνας τουλάχιστον μία φορά και 11 % ανέφερε ότι έκανε χρήση της ουσίας κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο (SAMHSA, 2002) ([23]).

Διάγραμμα 4: Μεταβαλλόμενα πρότυπα διάχυσης της έναρξης κάνναβης ανά επιλεγμένη κοορτή γεννήσεων – το παράδειγμα της Ισπανίας



Σημειώσεις: Στοιχεία βάσει της εθνικής έρευνας για τα ναρκωτικά του 1997 (*n* = 12 515· 15 έως 64 ετών) και εθνική έρευνα για τα ναρκωτικά του 1999 (*n* = 12 488· 15-65 ετών).
Οι κοορτές γεννήσεων επιλέχθηκαν μόνο εφόσον δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις μελέτες και στα δείγματα που συλλέχθηκαν για κοορτή γεννήσεων ενός έτους.

Πηγές: Kraus L. και Augustin R., Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. Στην έκθεση του ΕΚΠΝΤ CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

([22]) Βλέπε μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τις έρευνες πληθυσμού στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([23]) Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (δώδεκα ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64).

Οι έρευνες δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης παρατηρείται κυρίως στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), και ιδίως στα άτομα μεταξύ 20 και 30 ετών. Τα ποσοστά χρήσης κάνναβης είναι χαρακτηριστικά υψηλότερα στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Επίσης, οι εθνικές έρευνες δείχνουν ότι η χρήση είναι συνηθέστερη στις αστικές περιοχές ή σε περιοχές με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού. Ορισμένες από τις παρατηρούμενες εθνικές διαφορές ενδέχεται να απηχούν εν μέρει διαφορές στα επίπεδα αστικοποίησης.

Ο αριθμός των 15χρονων και 16χρονων μαθητών που θεωρούν ότι η πρόσβαση στην κάνναβη είναι εύκολη ή πολύ εύκολη είναι διαρκώς υψηλότερος από τον αριθμό εκείνων που αναφέρουν δοκιμή χρήσης κάνναβης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή ([24]), αλλά και οι δύο μετρήσεις παρουσιάζουν τις ίδιες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών είναι σημαντικές. Πρόσφατες έρευνες σε 15χρονους μαθητές δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται σε λιγότερο από 10 % στην Ελλάδα, τη Μάλτα, τη Σουηδία και τη Νορβηγία και σε περισσότερο από 30 % στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο ([25]). Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης παρατηρούνται στα αγόρια στην Αγγλία (42,5 %), με λίγο χαμηλότερα ποσοστά (38 %) στα κορίτσια στην ίδια χώρα. Η διαφορά στη χρήση κάνναβης μεταξύ αγοριών και κοριτσιών διαφέρει επίσης μεταξύ των χωρών και τείνει να είναι λιγότερο έντονη στη βόρεια Ευρώπη. Για παράδειγμα, στη Σουηδία, τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή είναι 7,7 % για τα αγόρια και 6,6 % για τα κορίτσια, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ελλάδα είναι 8 και 2,7 %.

Κατά μεγάλο ποσοστό η χρήση κάνναβης είναι συνήθως περιστασιακή ή σταματά έπειτα από κάποιο διάστημα. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, μόνον 20-40 % του συνόλου των ενηλίκων που δοκίμασαν κάνναβη έστω μία φορά στη ζωή τους αναφέρει ότι έκαναν χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, και μόνον 1-10 % παραδέχεται ότι έκανε χρήση στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών.

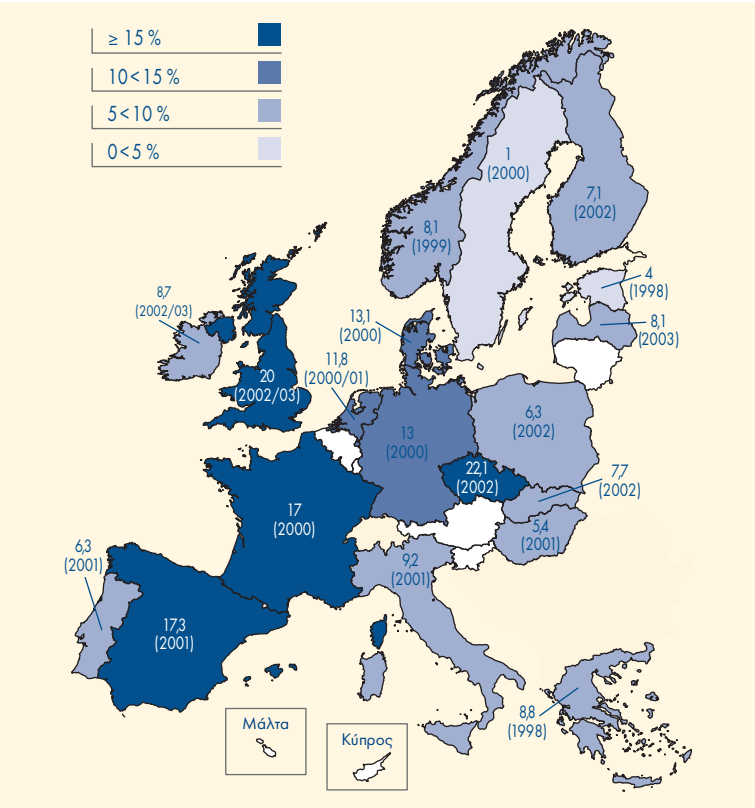
Η χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο είναι υψηλότερη μεταξύ των νεαρών ενηλίκων (ηλικίας 15-34 ετών) απ' ό,τι στο σύνολο του ενήλικου πληθυσμού και κυμαίνεται στις περισσότερες χώρες μεταξύ 5 και 20 % (διάγραμμα 5).

Μικρό, αλλά σημαντικό και σταθερό, ποσοστό (περίπου 15 %) των 15χρονων μαθητών της ΕΕ που έκαναν χρήση κάνναβης κατά το περασμένο έτος αναφέρει ότι έκανε χρήση τουλάχιστον 40 φορές (χρήση που θεωρείται «βαριά»). Το διάγραμμα 6 δείχνει ότι οι μαθητές είναι δύο φορές πιο πιθανό να κάνουν βαριά χρήση σε σχέση με τις μαθήτριες. Στα αγόρια το ποσοστό αυτών που κάνουν βαριά χρήση κυμαίνεται από λιγότερο από 1 % στα περισσότερα κράτη της Βαλτικής (Εσθονία, Λεττονία, Λιθουανία, Φινλανδία και Σουηδία) και στη Μάλτα έως μεταξύ 5 και 10 % στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία, τη Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Συγκριτικά, στα κορίτσια το αντίστοιχο εύρος κυμαίνεται από 0 έως 4,6 %. Ο βαθμός στον οποίο η βαριά χρήση κάνναβης προκαλεί προβλήματα υγείας και συμβάλλει στην αυξημένη αίτηση θεραπείας εξετάζεται στο επιλεγμένο θέμα «Συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με τη χρήση της κάνναβης» (σ. 82) ([26]).

Τάσεις

Η απουσία μακροχρόνιων συστηματικών σειρών ερευνών στις περισσότερες χώρες της ΕΕ δυσχεραίνει τον προσδιορισμό των τάσεων σχετικά με τα ναρκωτικά. Ωστόσο, διάφοροι τύποι ερευνών (εθνικές και τοπικές έρευνες, έρευνες σε στρατευμένους ή μαθητές) δείχνουν ότι η χρήση κάνναβης

Διάγραμμα 5: Πρόσφατη χρήση κάνναβης (προηγούμενο έτος) σε νέους (15-34 ετών), όπως υπολογίστηκε από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό

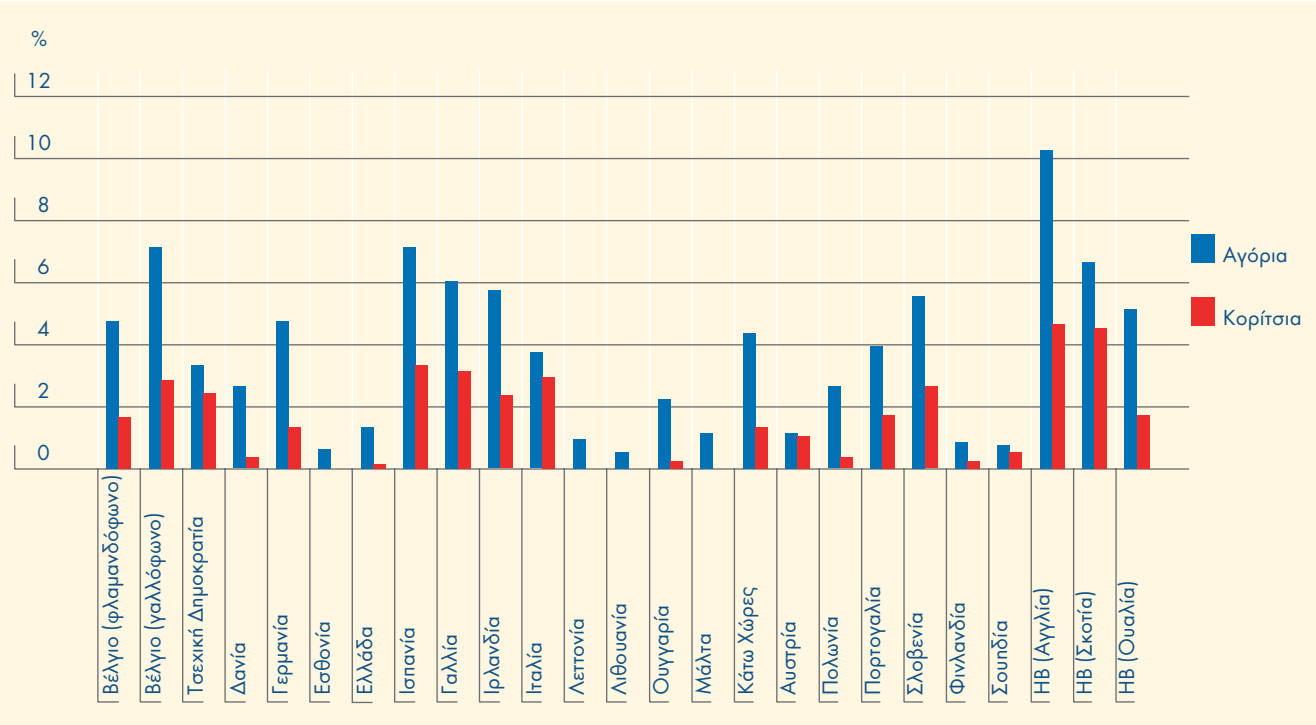


Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα, εκτός από τη Γαλλία, όπου το μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε να εξεταστεί η χρήση στην έρευνα του 2002, και επομένως τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδώ προέρχονται από το 2000.
Για λεπτομέρειες σχετικά με τον αριθμό των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή ομάδα, βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
Δεν ανταποκρίνονται όλα τα στοιχεία ακριβώς στο καθορισμένο ηλικιακό φάσμα του ΕΚΠΝΤ (Δανία και ΗΒ 16-34, Εσθονία, Ουγγαρία και Γερμανία 18-43). Οι διακυμάνσεις στο εύρος ηλικίας μπορεί να επηρεάζουν οριακά ορισμένες εθνικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες, τα εθνικά αριθμητικά στοιχεία υπολογίζονται εκ νέου, ώστε να προσαρμόζονται όσο το δυνατόν περισσότερο στους ορισμούς του ΕΚΠΝΤ.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις Reitox για το 2003, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακες σχετικά με έρευνες στον πληθυσμό στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([24]) Βλέπε Επικράτηση-πίνακας 2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([25]) Όπ. π.
([26]) Βλέπε επίσης διάγραμμα 4 ΕΓ: Σχετική συχνότητα χρήσης κάνναβης από 15χρονους μαθητές σχολείου κατά το περασμένο έτος.

Διάγραμμα 6: Επικράτηση της «βαριάς» χρήσης κάνναβης σε μαθητές σχολείου ηλικίας 15 ετών κατά φύλο το 2001/02



Σημειώσεις: Ως «βαριά» χρήση κάνναβης ορίζεται η χρήση κάνναβης 40 ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Γερμανία, περιφερειακό δείγμα μόνο. Πορτογαλία, περιορισμένη συγκρισιμότητα λόγω μεγέθους δείγματος και ηλικίας.
Πηγές: Currie, C., κ.ά. (2004), *HBSC international report from the 2001/02 WHO survey.*

αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ, ιδίως στους νέους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αύξηση αυτή ακολούθησε τη μείωση της χρήσης που παρατηρήθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 ([27]).

Μολονότι πολλές χώρες αναφέρουν ότι η χρήση κάνναβης συνέχισε να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, τέσσερις άλλες χώρες (Κάτω Χώρες, Φινλανδία, Σουηδία και Νορβηγία) αναφέρουν ότι η χρήση της σταθεροποιήθηκε στους μαθητές, τους στρατευμένους ή τους εφήβους κατά τα τελευταία δύο με τέσσερα χρόνια. Τα αποτελέσματα της έκθεσης του ευρωπαϊκού προγράμματος ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό (ESPAD) για το 2003 θα παράσχουν αναλυτικότερη περιγραφή των τάσεων στους μαθητές στην ΕΕ ([28]).

Συμπερασματικά, η περιστασιακή και η ψυχαγωγική χρήση κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά τώρα μάλλον αρχίζει να σταθεροποιείται, τουλάχιστον σε ορισμένες χώρες. Η πρόσφατη χρήση θεωρείται επίσης ότι αυξήθηκε και ιδίως στους νέους.

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά

Το 2002, η κάνναβη παρέμεινε η παράνομη ουσία με την ευρύτερη παραγωγή και διακίνηση σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, λόγω της παγκόσμιας διάδοσης της παραγωγής κάνναβης και της απουσίας συστημάτων παρακολούθησης, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν οι παραγόμενες ποσότητες (UNODC, 2003α· CND, 2004).

Παραγωγή και διακίνηση

Τα τελευταία χρόνια, το Μαρόκο είναι παγκοσμίως η κύρια χώρα προέλευσης της ρητίνης κάνναβης, ακολουθούμενο από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν, ενώ κάποιες ποσότητες προέρχονται επίσης από άλλες χώρες της Κεντρικής Ασίας, τη Ρωσική Ομοσπονδία, τον Λίβανο και την Αλβανία (UNODC, 2003α). Το 2002, το Μαρόκο παρέμεινε η συχνότερα αναφερόμενη χώρα προέλευσης για τη ρητίνη κάνναβης, ακολουθούμενο από την Αλβανία και την Ινδία, αλλά αναφέρονται επίσης άλλες 31 χώρες προέλευσης, επιβεβαιώνοντας το γεγονός ότι η διακίνηση είναι ευρεία και ο αριθμός των χωρών προέλευσης μεγάλος (CND, 2004). Το 2003, το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) και η κυβέρνηση του Μαρόκου διεξήγαγαν την πρώτη έρευνα σχετικά με την παραγωγή κάνναβης στο Μαρόκο. Η έρευνα αποκάλυψε ότι 27 % των αρόσιμων γαιών στην περιοχή του Ριφ χρησιμοποιείται για την καλλιέργεια κάνναβης, ποσοστό που αντιστοιχεί σε δυνητική παραγωγή 3 080 μετρικών τόνων ρητίνης κάνναβης το 2003 (UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου, 2003). Το μεγαλύτερο μέρος ρητίνης κάνναβης που καταναλώνεται στην ΕΕ προέρχεται από το Μαρόκο. Εισάγεται λαθραία

([27]) Βλέπε διάγραμμα 5 ΕΓ: Εξέλιξη της χρήσης κάνναβης στους νέους σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, όπως μετρήθηκε από έρευνες πληθυσμού.
([28]) Βλέπε πλαίσιο 3 ΕΓ: Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά.

Ερμηνεία των στοιχείων για τις κατασχέσεις και την αγορά

Ο αριθμός των κατασχέσεων ναρκωτικών σε μια χώρα θεωρείται συνήθως ως έμμεσος δείκτης της προσφοράς και διαθεσιμότητας των ναρκωτικών, αν και παρέχει ενδείξεις επίσης και για τις πηγές των υπηρεσιών επιβολής του νόμου, για τις προτεραιότητες και τις στρατηγικές, καθώς και για τα σημεία στα οποία οι διακινητές είναι ευάλωτοι έναντι του νόμου. Οι ποσότητες που κατάσχονται μπορεί να παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση από τον ένα χρόνο στον άλλο, π.χ. σε ένα χρόνο μερικές από τις κατασχέσεις μπορεί να αφορούν μεγάλες ποσότητες. Για το λόγο αυτό, ο αριθμός των κατασχέσεων θωρείται από πολλές χώρες ως καλύτερος δείκτης κατανόησης των τάσεων. Σε όλες τις χώρες, ο αριθμός των κατασχέσεων περιλαμβάνει σημαντικό ποσοστό μικρών κατασχέσεων από τη λιανική πώληση. Η προέλευση και ο προορισμός των ναρκωτικών που κατάσχονται, όταν είναι γνωστά, παρέχουν ενδείξεις για τις οδούς διακίνησης και τους τόπους παρασκευής. Η τιμή και η καθαρότητα των ναρκωτικών στη λιανική πώληση είναι στοιχεία γνωστά στα περισσότερα κράτη μέλη. Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά προέρχονται από πολλές διαφορετικές πηγές που δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμες ή αξιόπιστες και δυσχεραίνουν την ακριβή σύγκριση μεταξύ των χωρών.

μέσω της Ιβηρικής Χερσονήσου, ενώ οι Κάτω Χώρες αποτελούν σημαντικό κέντρο δευτερογενούς διανομής για περαιτέρω μεταφορά σε χώρες της ΕΕ (Bovenkerk and Hogewind, 2002, Εθνικές εκθέσεις, 2003).

Η φυτική κάνναβη προέρχεται από διάφορες χώρες από όλο τον κόσμο. Σε γενικές γραμμές, οι χώρες που αναφέρθηκαν συχνότερα ως χώρες προέλευσης σε παγκόσμιο επίπεδο το 2001 ήταν η Αλβανία, η Κολομβία, η Νότια Αφρική, η Ρωσική Ομοσπονδία, η Τζαμάικα και οι Κάτω Χώρες. Με εξαίρεση την Ευρώπη, η διακίνηση της φυτικής κάνναβης είναι κυρίως ενδοπεριφερειακή, δηλαδή παράγεται και καταναλώνεται τοπικά ή στις γείτονες χώρες (UNODC, 2003a). Οι ποσότητες φυτικής κάνναβης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ το 2002 αναφέρεται ότι προέρχονταν από διάφορες χώρες, κυρίως τις Κάτω Χώρες και την Αλβανία (CND, 2004· INCB, 2004a), αλλά και από την Ασία (Ταϊλάνδη), την Αφρική (Μαλάουι, Νότια Αφρική, Νιγηρία, Αγκόλα) και την Αμερική (Μεξικό, Τζαμάικα, ΗΠΑ) (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003).

Τοπική καλλιέργεια και παραγωγή κάνναβης παρατηρείται στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Μολονότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα κατασχεθέντα φυτά ενδέχεται να έχουν μεταφερθεί από άλλη χώρα, οι κατασχέσεις φυτών κάνναβης στην ΕΕ (βλέπε πίνακα 3) είναι δυνατόν να αποτελέσουν δείκτη της τοπικής καλλιέργειας κάνναβης. Στο Βέλγιο, η καλλιέργεια κάνναβης διαδόθηκε τα τελευταία χρόνια σε όλη τη χώρα. Στην Τσεχική Δημοκρατία, τα πρώτα δείγματα ευρείας κλίμακας υδροπονικής καλλιέργειας κάνναβης –στη θέση της οικιακής καλλιέργειας σε εξωτερικούς χώρους για προσωπική χρήση– εντοπίσθηκαν το 2002. Στην Εσθονία, ο αριθμός των ανακαλυφθεισών φυτειών κάνναβης αυξήθηκε το 2002, ενώ εντοπίσθηκαν φυτείες μεγάλης έκτασης. Στην Ουγγαρία, αναφέρεται ότι οι καλλιέργειες φυτών κάνναβης καλύπτουν συνεχώς όλο και μεγαλύτερες εκτάσεις. Στο σύνολο της ΕΕ, τα περισσότερα φυτά κάνναβης κατασχέθηκαν στην Ιταλία και ακολουθούν οι Κάτω Χώρες, όπου ο αριθμός των φυτών που κατάσχονται αυξήθηκε από το 1998. Αυτό οφείλεται, μεταξύ άλλων, και στην επιτυχή διυπηρεσιακή προσέγγιση σε τοπικό επίπεδο (δηλαδή στενή

Πίνακας 3: Κατασχέσεις φυτών κάνναβης στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία το 2001

Χώρα	Αριθμός κατασχέσεων	Κατασχεθείσες ποσότητες: αριθμός φυτών (σε kg όταν δεν είναι διαθέσιμος ο αριθμός φυτών)
Βέλγιο	μ.δ.	μ.δ.
Τσεχική Δημοκρατία (1)	μ.δ.	343
Δανία (1)	μ.δ.	230
Γερμανία	785	68 696
Εσθονία	24	6 043
Ελλάδα	μ.δ.	18 821
Ισπανία	μ.δ.	(3 907 kg)
Γαλλία	681	(41 kg)
Ιρλανδία	20	365
Ιταλία	μ.δ.	3 219 414
Κύπρος (1)	μ.δ.	274
Λεπονία (1)	μ.δ.	(72,7 kg)
Λιθουανία	μ.δ.	μ.δ.
Λουξεμβούργο	2	11
Ουγγαρία	μ.δ.	μ.δ.
Μάλτα	μ.δ.	μ.δ.
Κάτω Χώρες	μ.δ.	884 609
Αυστρία	120	(36 kg)
Πολωνία (1)	μ.δ.	2 550
Πορτογαλία	64	3 807
Σλοβενία	426	1 925
Σλοβακία (1)	μ.δ.	535
Φινλανδία	612	(16 kg)
Σουηδία	51	(3 kg)
Ηνωμένο Βασίλειο (2)	1 875	71 507
Νορβηγία	μ.δ.	(17 kg)

μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.
Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox με εξαίρεση:
(1) Interpol (2003), National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001, Interpol: Λυόν.
(2) Corkery, J. M., και Airs, J. (2003), Seizures of drugs in the UK 2001, Findings no. 202, RDS-Home Office: Λονδίνο.

συνεργασία μεταξύ των τοπικών αρχών, των επιχειρήσεων ηλεκτρισμού, των εφοριών κλπ.) στις Κάτω Χώρες. Εκτιμάται ότι, μολονότι το ήμισυ έως τα τρία τέταρτα περίπου των ποσοτήτων κάνναβης που καταναλώνονται στις Κάτω Χώρες παράγονται εντός της χώρας («nederwiet»), οι Κάτω Χώρες έχουν αρχίσει να χάνουν τη σημασία τους ως χώρα προέλευσης της κάνναβης για εξαγωγή και αρχίζουν να καθιερώνονται ως χώρα διαμετακόμισης της κάνναβης από το εξωτερικό, ιδίως καθώς αυξάνει η καλλιέργεια σε άλλες χώρες της ΕΕ.

Κατασχέσεις

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2002 κατασχέθηκαν συνολικά 1 039 τόνοι ρητίνης κάνναβης και 3 800 τόνοι φυτικής κάνναβης. Οι μεγαλύτερες ποσότητες κατασχεθείσας ρητίνης κάνναβης καταγράφηκαν και πάλι στην Ευρώπη και την Ασία, 70 και 23 % αντίστοιχα, ενώ φυτικής κάνναβης στην Αμερική (70 %) και στην Αφρική (19 %) (CND, 2004). Τόσο από την άποψη του αριθμού των κατασχέσεων όσο και των συνολικών κατασχεθεισών ποσοτήτων, η κάνναβη έρχεται πρώτη σε όλες τις χώρες της ΕΕ, με εξαίρεση τη Λεττονία, όπου μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κατασχέσεων ηρωίνης. Οι περισσότερες κατασχέσεις κάνναβης στην ΕΕ πραγματοποιήθηκαν από το Ηνωμένο Βασίλειο, ακολουθούμενο από την Ισπανία και τη Γαλλία ([29]). Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών, όσον αφορά τις ποσότητες, η Ισπανία αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ των συνολικών ποσοτήτων που κατασχέθηκαν στην ΕΕ. Σε επίπεδο ΕΕ, ο αριθμός των κατασχέσεων κάνναβης ([30]) εμφανίζει διακυμάνσεις με ανοδική τάση από το 1997, ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες ([31]) εμφανίζουν μείωση από το 1999. Ύστερα από την πτώση που παρατηρήθηκε το 2001, τόσο οι αριθμός όσο και οι ποσότητες των κατασχέσεων στην ΕΕ –βάσει των τάσεων στις χώρες όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία– αυξήθηκαν και πάλι το 2002.

Ορισμένες χώρες επένδυσαν σε νέες τεχνολογίες προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των δράσεων που στοχεύουν στην καταπολέμηση της διακίνησης κάνναβης. Για παράδειγμα, η Ισπανία ανέπτυξε πρόσφατα το ολοκληρωμένο σύστημα εξωτερικής παρακολούθησης (SIVE) –το οποίο λειτουργεί επί του παρόντος στην περιοχή Algeciras και σε μέρος των Κανάριων Νήσων– με σκοπό την υποβοήθηση του εντοπισμού σε πραγματικό χρόνο τόσο του λαθρεμπορίου κάνναβης όσο και της λαθρομετανάστευσης ([32]).

Τιμή και δραστικότητα

Το 2002, η μέση λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης στην ΕΕ κυμαινόταν από 2,7 EUR ανά γραμμάριο στην Ισπανία έως 21,5 EUR ανά γραμμάριο στη Νορβηγία, ενώ η τιμή της φυτικής κάνναβης κυμαινόταν από κάτι λιγότερο από 2 EUR ανά γραμμάριο στην Εσθονία και την Ισπανία έως 14 EUR ανά γραμμάριο στη Λεττονία ([33]). Κατά το χρονικό διάστημα 1997-2002, η μέση τιμή της ρητίνης κάνναβης παρέμεινε σταθερή ή σημείωσε μικρή πτώση στις περισσότερες χώρες της ΕΕ – με εξαίρεση το Λουξεμβούργο, όπου αναφέρθηκε μικρή αύξηση κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Το 2002, παρόμοια τάση αναφέρθηκε σε όλες τις χώρες εκτός από τη Γερμανία, τη Γαλλία, τη Λεττονία, τη Λιθουανία και τις Κάτω Χώρες, όπου η τιμή πώλησης της ρητίνης κάνναβης «στο δρόμο» αυξήθηκε. Στο ίδιο πενταετές διάστημα, η τιμή της φυτικής κάνναβης παρέμεινε επίσης σταθερή ή μειώθηκε στις περισσότερες χώρες, μολονότι κάποια αύξηση αναφέρθηκε στο Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, τη Λιθουανία και το Λουξεμβούργο. Το 2002, η τιμή της φυτικής κάνναβης αυξήθηκε στη Γερμανία, τη Λιθουανία και τη Λεττονία, ενώ παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε στα άλλα κράτη μέλη.

Η δραστικότητα των προϊόντων κάνναβης καθορίζεται από την περιεκτικότητά τους σε Δ°-τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που είναι το κύριο δραστικό συστατικό της (ΕΚΠΝΤ, 2004γ). Το 2002, οι χώρες στις οποίες υπάρχουν σχετικά στοιχεία ανέφεραν ότι τα προϊόντα κάνναβης –ρητίνη ([34]) και φυτική κάνναβη ([35])– σε επίπεδο λιανικής διακίνησης είχαν μέση περιεκτικότητα σε THC από <1 έως 15 %.

([29]) Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά πρέπει να επανελεγχθούν όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2002. Στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης το 2002 δεν υπάρχουν για την Ιταλία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και τη Σλοβενία· στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης όσο και για τις κατασχεθείσες ποσότητες κάνναβης το 2002 δεν υπάρχουν για την Κύπρο, τη Μάλτα, τις Κάτω Χώρες, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([30]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([31]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([32]) Βλέπε http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp

([33]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([34]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 15 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([35]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 16 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Κεφάλαιο 4

Διεγερτικά τύπου αμφεταμινών, LSD και άλλα συνθετικά ναρκωτικά

Στον παρόν κεφάλαιο εξετάζεται η χρήση διαφόρων ναρκωτικών συνθετικής παραγωγής. Ορισμένα εξ αυτών, όπως οι αμφεταμίνες, χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια στην Ευρώπη. Άλλα, όπως τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης, άρχισαν πρόσφατα να γίνονται δημοφιλή για τις ψυχοδραστικές τους ιδιότητες. Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται επίσης οι προσπάθειες εντοπισμού κάθε νεοεμφανιζόμενου συνθετικού ναρκωτικού στην Ευρώπη.

Αμφεταμίνες είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για την αμφεταμίνη, τη μεθαμφεταμίνη και ορισμένες άλλες λιγότερο γνωστές ουσίες, οι οποίες διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Από αυτές, η αμφεταμίνη είναι με μεγάλη διαφορά η ευρύτερα διαδεδομένη στην Ευρώπη. Παγκοσμίως, η χρήση μεθαμφεταμίνης αυξάνεται, προκαλώντας σοβαρές ανησυχίες, καθώς η ουσία αυτή συνδέεται με πολλά και σοβαρά προβλήματα υγείας. Προς το παρόν, σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη φαίνεται να παρατηρείται μόνο στην Τσεχική Δημοκρατία, μολονότι σποραδικές αναφορές δημιουργούν φόβους ότι η χρήση της ουσίας ενδέχεται να εξαπλώνεται και αλλού.

Τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης, που ορισμένες φορές αποκαλούνται επίσης «επαφιογενή» (entactogens), περιλαμβάνουν συνθετικές ουσίες χημικά συναφείς με τις αμφεταμίνες, αλλά διαφέρουν σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους. Η γνωστότερη ουσία της ομάδας αυτής είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα χάπια έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα.

Η συνολική επικράτηση της χρήσης έκστασης, αμφεταμινών και LSD στον γενικό πληθυσμό είναι χαμηλή, αλλά προσεκτικότερη εξέταση αποκαλύπτει ότι η επικράτηση στις ομάδες ατόμων νεαρότερης ηλικίας είναι πολύ μεγαλύτερη και ότι η χρήση των ναρκωτικών αυτών ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα ή/και σε ορισμένες ομάδες υποκουλτούρας.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Παραδοσιακά, οι έρευνες πληθυσμού δείχνουν ότι οι αμφεταμίνες είναι, μετά την κάνναβη, η παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα, μολονότι η συνολική επικράτηση είναι σαφώς χαμηλότερη (διάγραμμα 7). Ωστόσο, σε αρκετές χώρες στις οποίες διενεργήθηκαν επανειλημμένες έρευνες (π.χ. Γερμανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο), διαπιστώθηκε ότι η χρήση έκστασης έφτασε ή ξεπέρασε τη χρήση αμφεταμινών τα τελευταία χρόνια ([36]). Επιπλέον, σε ορισμένες άλλες χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία, Πορτογαλία), πρόσφατες έρευνες, οι οποίες ωστόσο δεν εντάσσονται σε σειρά ερευνών, παρέχουν ενδείξεις ότι η χρήση έκστασης είναι σχετικά υψηλή.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή στον γενικό ενήλικο πληθυσμό (ηλικίας 15-64 ετών) κυμαίνεται από 0,5 έως 6 % στα κράτη μέλη της ΕΕ, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ανέρχεται σε 12 %. Έκσταση έχει δοκιμάσει περίπου 0,5-7 % του πληθυσμού.

Η πρόσφατη χρήση (επικράτηση κατά τους 12 τελευταίους μήνες) αμφεταμινών ή έκστασης στους ενήλικους είναι γενικά μικρότερη από 1 %, αν και τα στοιχεία και για τις δύο ουσίες είναι κάπως υψηλότερα στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, την Ιρλανδία (έρευνα 1998) και το Ηνωμένο Βασίλειο· επιπλέον, η πρόσφατη χρήση αμφεταμινών είναι υψηλότερη του μέσου όρου στη Δανία, όπως και η πρόσφατη χρήση έκστασης στις Κάτω Χώρες.

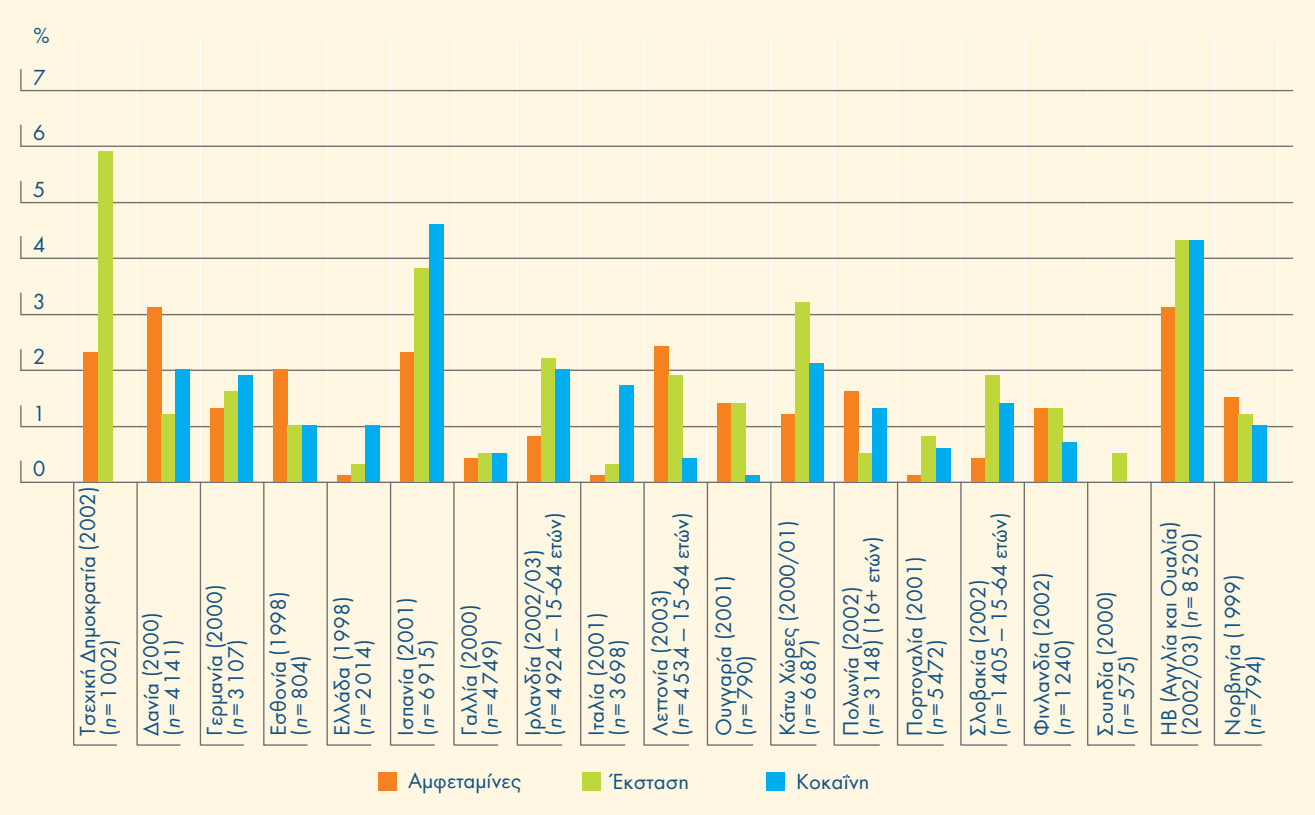
Στο σύνολο του πληθυσμού, η χρήση αμφεταμινών και έκστασης είναι κυρίως ένα φαινόμενο που αφορά τους νέους. Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών) κυμαίνεται από 2 έως 11 % και η επικράτηση πρόσφατης χρήσης από 0,5 έως 6 %. Στις εθνικές έρευνες αναφέρεται επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή 11-17 % στους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, και ποσοστά πρόσφατης χρήσης 5-13 % στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, την Ιρλανδία (1998), τη Λεττονία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα ποσοστά αυτά θα ήταν πιθανώς υψηλότερα εάν λαμβάνονταν υπόψη μόνον οι αστικοί πληθυσμοί (διάγραμμα 8).

Η χρήση έκστασης αυξήθηκε γενικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Μολονότι η χρήση της συνεχίζει μάλλον να αυξάνει στους νέους, η κλιμάκωσή της στον γενικό πληθυσμό φαίνεται να περιορίζεται, τουλάχιστον προς το παρόν.

Συγκριτικά, στην εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοικοκυριά το 2001 στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή στους ενήλικους (άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω) ήταν 4,3 %, ενώ 9 % ανέφερε χρήση διεγερτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή (συμπεριλαμβανομένου ποσοστού 5,3 % που ανέφερε ότι έκανε χρήση μεθαμφεταμίνης). Πρόσφατη χρήση έκστασης (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) ανέφερε το 1,3 % και πρόσφατη

([36]) Βλέπε διάγραμμα 6 ΕΓ: Εξέλιξη της πρόσφατης χρήσης (κατά το προηγούμενο έτος) αμφεταμινών και έκστασης στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών) στο Ηνωμένο Βασίλειο (British Crime Survey).

Διάγραμμα 7: Πρόσφατη χρήση (προηγούμενο έτος) αμφεταμινών, έκστασης και κοκαΐνης σε νέους (ηλικίας 15-34 ετών), όπως υπολογίστηκε από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα, εκτός από τη Γαλλία, όπου το μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε να εξεταστεί η χρήση στην έρευνα του 2002 και επομένως τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδώ προέρχονται από το 2000 (βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004).
Τα δείγματα (*n*) αναφέρονται στον αριθμό των συμμετεχόντων για την ηλικιακή ομάδα από 15 έως 34 ετών. Για τα μεγέθη των δειγμάτων με τον αριθμό των συμμετεχόντων για το σύνολο των ερευνών βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
Δεν ανταποκρίνονται όλα τα στοιχεία ακριβώς στο καθορισμένο ηλικιακό φάσμα του ΕΚΠΝΤ (Δανία και ΗΒ 16-34, Εσθονία, Ουγγαρία και Γερμανία 18-43). Οι διακυμάνσεις στο εύρος ηλικίας μπορεί να επηρεάζουν οριακά ορισμένες εθνικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες, τα εθνικά αριθμητικά στοιχεία υπολογίζονται εκ νέου, ώστε να προσαρμόζονται όσο το δυνατόν περισσότερο στους ορισμούς του ΕΚΠΝΤ.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις Reitox για το 2003, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακες σχετικά με έρευνες στον πληθυσμό στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

χρήση διεγερτικών το 1,4 % (συμπεριλαμβανομένου ποσοστού 0,7 % που ανέφερε τη χρήση μεθαμφεταμίνης) ([37]).

Έρευνες και μελέτες στους νέους

Τα συγκρίσιμα στοιχεία για τους νέους βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε σχολικές έρευνες που επικεντρώνονται σε 15χρονους και 16χρονους μαθητές.

Τα στοιχεία των σχολικών ερευνών για το 2001-02 δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές είναι σταθερή ή μειώνεται σε έξι κράτη μέλη (στο Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, την Ιταλία, την Ουγγαρία και τη Σουηδία). Η χρήση έκστασης σε όλη τη ζωή στις χώρες αυτές κυμαινόταν μεταξύ 1 και 4,7 % ([38]).

Αύξηση 1 % της επικράτησης της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές αναφέρθηκε στην Αγγλία (5 %). Η επικείμενη έκθεση του ευρωπαϊκού προγράμματος ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό (ESPAD) ([39]) θα παράσχει σημαντικά στοιχεία σχετικά με τις παρατηρούμενες τάσεις για περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ από το 1995 και το 1999.

Με εξαίρεση την Ουγγαρία, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν νέα στοιχεία για το 2001-02 ([40]).

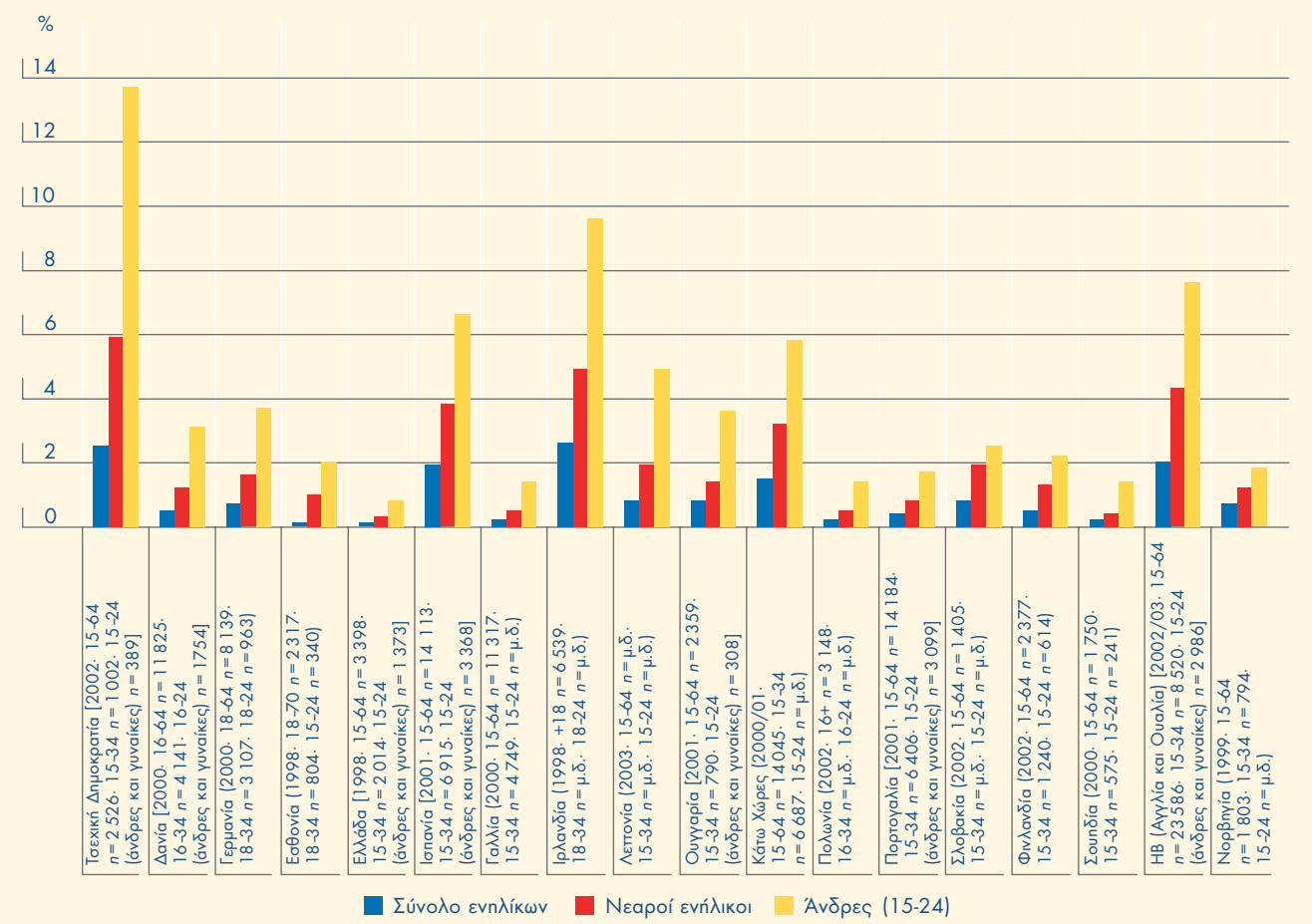
([37]) Συμπεράσματα της εθνικής έρευνας του 2002 για τη χρήση ναρκωτικών και τις στατιστικές που αφορούν την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies]. Διαθέσιμη στην ιστοθέση της SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64).

([38]) Βλέπε Επικράτηση-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([39]) Πλαίσιο 3 ΕΓ: Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά.

([40]) Βλέπε Επικράτηση-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Διάγραμμα 8: Πρόσφατη χρήση (προηγούμενο έτος) έκστασης σε όλους τους ενήλικους (15-64 ετών), τους νέους (15-34 ετών) και νεότερους άνδρες (15-24 ετών), όπως υπολογίστηκε από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα, εκτός από τη Γαλλία, όπου το μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε να εξεταστεί η χρήση στην έρευνα του 2002 και επομένως τα στοιχεία που παρουσιάζονται εδώ προέρχονται από το 2000. Δεν ανταποκρίνονται όλα τα στοιχεία ακριβώς στο καθορισμένο ηλικιακό φάσμα του ΕΚΠΝΤ (Δανία και ΗΒ 16-34, Εσθονία, Ουγγαρία και Γερμανία 18-43). Οι διακυμάνσεις στο εύρος ηλικίας μπορεί να επηρεάζουν οριακά ορισμένες εθνικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες, τα εθνικά αριθμητικά στοιχεία υπολογίζονται εκ νέου, ώστε να προσαρμόζονται όσο το δυνατόν περισσότερο στους ορισμούς του ΕΚΠΝΤ.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 3 και πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Τόσο η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή όσο και η εντατική χρήση διεγερτικών τύπου αμφεταμινών είναι γενικά υψηλότερες στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, με εξαίρεση στην Τσεχική Δημοκρατία, όπου τόσο η ESPAD όσο και οι σχολικές έρευνες της ΠΟΥ διαπίστωσαν υψηλότερη επικράτηση της χρήσης μεθαμφεταμινών σε όλη τη ζωή (κυρίως «pervitin») στα κορίτσια. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τα πορίσματα που αφορούν τους νέους που προσφεύγουν σε κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στην Τσεχική Δημοκρατία: περισσότεροι από τους μισούς εφήβους που προσφεύγουν σε θεραπεία για προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση διεγερτικών (κυρίως «pervitin») είναι γυναίκες, κάτι που δεν παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες άνω των 20 ετών, στις οποίες ο αριθμός των ανδρών που υποβάλλονται σε θεραπεία είναι διπλάσιος από εκείνον των γυναικών. Μέχρις στιγμής δεν έχει δοθεί κάποια εξήγηση για το «εφηβικό» αυτό φαινόμενο, το οποίο υποδηλώνει ωστόσο την ανάγκη προσεκτικής παρακολούθησης της κατάστασης όσον αφορά τις γυναίκες και τη χρήση διεγερτικών τύπου αμφεταμινών.

Πρόσφατες μελέτες στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι η χρήση έκστασης παραμένει πολύ πιο συνηθισμένη σε αυτούς που συχνάζουν σε (χορευτικά) πάρτι απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Deehan και Saville, 2003· Ter Bogt και Engels, 2004). Τα στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα της χρήσης έκστασης και τις ποσότητες που καταναλώνονται είναι περιορισμένα, αλλά οι διαθέσιμες πληροφορίες υποδηλώνουν ότι τα πρότυπα χρήσης εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία. Για παράδειγμα, έρευνα του 2001 σε θαμώνες πάρτι ρέιβ στις Κάτω Χώρες διαπίστωσε ότι περισσότεροι από τους μισούς (58 %) είχαν κάνει χρήση έκστασης στη διάρκεια του προηγούμενου μήνα. Εξ αυτών, το 17 % –που χαρακτηρίζονται ως «πρόσφατοι χρήστες έκστασης»– παραδέχθηκε ότι κάνει χρήση έκστασης «μερικές φορές την εβδομάδα» και 22 % μία φορά την

εβδομάδα. Ένας στους τρεις (32 %) έκανε χρήση έκστασης «μερικές φορές το μήνα». Όσον αφορά τις μελλοντικές τάσεις, η Ισπανία ανέφερε ότι η σχέση μεταξύ της χρήσης έκστασης και συγκεκριμένων ειδών μουσικής ή εκδηλώσεων φαίνεται να αποδυναμώνεται, και ότι η ουσία ίσως παύει σιγά σιγά να ταυτίζεται με συγκεκριμένες ομάδες.

Παρά τις ευρείες ανησυχίες σχετικά με το συνδυασμό διεγερτικών ουσιών και οδήγησης, τοξικολογική μελέτη σχετικά με τους θανάτους σε τροχαία ατυχήματα που διενεργήθηκε το 2002 στην Ισπανία εντόπισε έκσταση μόνο σε 0,4 % των 1 441 οδηγών που υποβλήθηκαν σε έλεγχο.

Θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση

Οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση είναι λιγοστοί σε σύγκριση με τους θανάτους που οφείλονται στα οπιούχα, προκαλούν ωστόσο σοβαρές ανησυχίες στο ευρύ κοινό, πιθανώς λόγω της νεαρής ηλικίας των θυμάτων και του απροσδόκητου της κατάληξης αυτής. Ο όρος «θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση» πρέπει να προσδιορισθεί σαφέστερα. Επί του παρόντος, μπορεί να σημαίνει ότι η ουσία αναφέρεται στο πιστοποιητικό θανάτου ή ότι εντοπίστηκε στην τοξικολογική ανάλυση (συχνά σε συνδυασμό με οπιούχα, αλκοόλ, κοκαΐνη ή άλλα ναρκωτικά).

Σύμφωνα με στοιχεία των εκθέσεων του δικτύου Reitox για το 2003, οι «θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση» είναι πολύ σπάνιοι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, και ακόμη πιο σπάνιοι είναι οι θάνατοι οι οποίοι φαίνεται να οφείλονται άμεσα στην έκσταση (δύο στην Αυστρία, δύο στη Γαλλία, ένας λόγω έκστασης μόνο, 19 στη Γερμανία, εκ των οποίων οκτώ αποδίδονται αποκλειστικά στην έκσταση, ένας στην Ελλάδα και δύο στο Άμστερνταμ, εκ των οποίων ένας σε συνδυασμό με αλκοόλ), αν και πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαδικασίες αναφοράς δεν είναι ομοιογενείς. Το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε 55 θανάτους που οφείλονται στην έκσταση το 2001, ενώ είχε αναφέρει 16 το 1998. Βρετανική έρευνα βασισμένη σε σειρά 202 περιστατικών που αναφέρθηκαν στο εθνικό πρόγραμμα για τους θανάτους που οφείλονται σε κατάχρηση ουσιών (National Programme on Substance Abuse Deaths) μεταξύ 1996 και 2002 διαπίστωσε επίσης αύξηση των θανάτων που συνδέονται με την έκσταση μεταξύ 1996-1997 (12 περιστατικά) και 2001-2002 (72 περιστατικά)· σε ποσοστό 17 % των περιστατικών, η έκσταση ήταν το μοναδικό ναρκωτικό που αναφέρθηκε (Schifano κ.ά., 2003). Ο σχετικά υψηλός αριθμός θανάτων που συνδέονται με την έκσταση στο Ηνωμένο Βασίλειο ενδεχομένως να οφείλεται σε πραγματικά υψηλότερη επικράτηση της χρήσης έκστασης αλλά και στις καλύτερες διαδικασίες παρακολούθησης και ανάλυσης.

Τα έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία μπορούν επίσης να θεωρηθούν δείκτης αιφνίδιων προβλημάτων υγείας που συνδέονται με τη χρήση ουσιών. Στην Ισπανία αναφέρθηκε μέτρια αύξηση των έκτακτων περιστατικών που συνδέονταν με την έκσταση και τις αμφεταμίνες από το 1996 έως το 2001 ([41]) ([42])· άλλες χώρες δεν συγκεντρώνουν συστηματικά εθνικά στοιχεία από τα έκτακτα περιστατικά και μέχρι σήμερα δεν έχει αναφερθεί παρόμοια αύξηση.

Βρετανική μελέτη που προέβη σε εκτίμηση του κινδύνου θανάτου από έκσταση, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των χρηστών, διαπίστωσε ένα ευρύ φάσμα (0,2-5,3 ανά 10 000 χρήστες) και τόνισε την αναγκαιότητα καλύτερων ορισμών τόσο για τους θανάτους που συνδέονται με την έκσταση όσο και για τους διερευνούμενους πληθυσμούς κινδύνου (Gore, 1999· Schifano κ.ά., 2003).

Ορισμένοι θάνατοι λόγω έκστασης μπορούν να αποφευχθούν με απλά μέτρα, όπως βελτίωση του εξαερισμού, παροχή νερού και προώθηση μιας ασφαλέστερης συμπεριφοράς μέσω της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Άλλες περιπτώσεις θανάτων φαίνεται να οφείλονται σε ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση στο ναρκωτικό. Τέτοιες απρόβλεπτες αντιδράσεις είναι δύσκολο να προβλεφθούν και οι δυνατότητες παρέμβασης, εκτός της ιατρικής υποστήριξης, είναι επομένως περιορισμένες.

Παρεμβάσεις σε χώρους ψυχαγωγίας

Η πρόληψη σε χώρους ψυχαγωγίας είναι πιθανώς η πλέον παγιωμένη ειδική μορφή επικεντρωμένης πρόληψης. Σε ορισμένα κράτη μέλη ([43]) υπάρχει εδώ και καιρό κατάλληλο υλικό και κατευθυντήριες γραμμές ενώ παρέχονται σχετικές υπηρεσίες. Παρατηρήθηκε μικρή αύξηση στις δράσεις πρόληψης, ιδίως στα νέα κράτη μέλη ([44]).

Οι παρεμβάσεις κυμαίνονται από μέτρα που έχουν στόχο την αποχή, όπως η σουηδική εκστρατεία με τίτλο «Υπάρχουν πολλοί λόγοι για να μη δοκιμάσεις ναρκωτικά» το καλοκαίρι του 2003 (στόχος της οποίας ήταν να ενισχυθεί η αποφασιστικότητα εκείνων που ήδη αντιτίθενται στα ναρκωτικά και να πεισθούν οι αμφιταλαντευόμενοι να επιλέξουν τον σωστό δρόμο) και ο εργαστηριακός έλεγχος για τη σύνθεση των χαπιών για χρήστες (pill-testing) σε ορισμένες χώρες (βλέπε μελέτη κατωτέρω) ([45]). Ωστόσο, πρόσφατα, οι διαρθρωμένες προσεγγίσεις κέρδισαν έδαφος σε αυξανόμενο αριθμό κρατών μελών, ιδίως στις βόρειες χώρες (κυρίως για το αλκοόλ) και την Ιταλία. Οι προσεγγίσεις αυτές βασίζονται στην ανάπτυξη κοινών στρατηγικών συνεργασίας μεταξύ εστιατορίων, κλαμπ και μπαρ, αστυνομίας, υπηρεσιών πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών, συνδικάτων εργαζομένων σε εστιατόρια και διοικητικών φορέων. Έμφαση δίδεται κυρίως σε ζητήματα ασφάλειας, παροχής πρώτων βοηθειών, επιτήρησης της χρήσης ναρκωτικών και πρόληψης έκτακτων περιστατικών και κρουσμάτων βίας. Το προσωπικό εκπαιδεύεται ώστε να εντοπίζει τις καταστάσεις κινδύνου και να παρεμβαίνει με επαγγελματικό τρόπο.

([41]) Στην Ισπανία, τα έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία λόγω αιφνίδιων αντιδράσεων σε ψυχοδραστικές ουσίες παρακολουθούνται, εδώ και αρκετά χρόνια, σε δείγμα νοσοκομείων σε όλη τη χώρα για διάστημα μίας εβδομάδας κάθε χρόνο. Οι «αναφορές» σε ουσίες καταγράφονται. Για μεθοδολογικές λεπτομέρειες, βλέπε την εθνική έκθεση του δικτύου Reitox για το 2003 (σσ. 34-36).

([42]) Βλέπε διάγραμμα 7 ΕΓ: Ποσοστά αναφορών σε κρούσματα έκτακτων περιστατικών στα νοσοκομεία λόγω αιφνίδιας αντίδρασης στα ναρκωτικά, Ισπανία 1996-2001.

([43]) Βλέπε διάγραμμα 8 ΕΓ: Σημασία που αποδίδουν τα κράτη μέλη σε προληπτικούς τρόπους αντιμετώπισης σε χώρους ψυχαγωγίας.

([44]) Βλέπε πίνακα 5 ΕΓ: Συνοπτικές παράμετροι πρόληψης σε χώρους ψυχαγωγίας.

([45]) Βλέπε επίσης διάγραμμα 8 ΕΓ: Σημασία που αποδίδουν τα κράτη μέλη σε προληπτικά μέτρα αντιμετώπισης σε χώρους ψυχαγωγίας.

Στη Δανία, ένα σχέδιο για την πρόληψη της έκστασης σε δύο «πρότυπες κομητείες» επικεντρώθηκε σε παρεμβάσεις πρόληψης σε επίπεδο δήμων (ανάπτυξη τοπικών σχεδίων δράσης και πολιτικών για τα ναρκωτικά), σε σχολεία και κολέγια και στα πάρτι. Οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν την εκπόνηση ενός «οδηγού μηδενικής ανοχής» στα ναρκωτικά για τους χώρους νυχτερινής διασκέδασης και τη δημιουργία μιας ιστοθέσης με ενημερωτικό υλικό. Παρασχέθηκε κατάρτιση σε διευθυντές και προσωπικό εστιατορίων σχετικά με την αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Σύμφωνα με τις πρώτες αναφορές, η προσφυγή σε κάποιες από τις υπηρεσίες που αφορούν ειδικά την έκσταση, π.χ. τηλεφωνική γραμμή και υπηρεσίες συμβουλευτικής, ήταν χαμηλή. Υπήρξαν λιγοστές εισαγωγές στα έκτακτα περιστατικά των νοσοκομείων ή σε θεραπευτικά ιδρύματα.

Πρόσφατη κοινή μελέτη Ολλανδών, Γερμανών και Αυστριακών (Benschop κ.ά, 2002) ([46]) ανέλυσε σε τρεις ευρωπαϊκές πόλεις (Άμστερνταμ, Αννόβερο και Βιέννη) τον αντίκτυπο των υπηρεσιών εργαστηριακού ελέγχου της σύνθεσης των χαπιών στη συμπεριφορά των χρηστών ναρκωτικών και την ευαισθητοποίηση των χρηστών έκστασης όσον αφορά τους συναφείς κινδύνους. Οι απαντήσεις στις τρεις πόλεις εμφάνιζαν εντυπωσιακές ομοιότητες: οι διαφορές μεταξύ αυτών που χρησιμοποιούν την υπηρεσία εργαστηριακού ελέγχου και αυτών που δεν τη χρησιμοποιούν ήταν μικρές. Η συνηθέστερη πηγή πληροφόρησης σχετικά με την έκσταση είναι οι συνομήλικοι, ενώ τα μέσα ενημέρωσης και τα περιοδικά «lifestyle» διαδραματίζουν μικρό μόνο ρόλο. Οι χρήστες ενημερώνουν τους φίλους τους σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου. Αυτός ο ανεπίσημος τρόπος διάδοσης πληροφοριών θεωρείται το κρυφό πλεονέκτημα του εργαστηριακού ελέγχου της σύνθεσης χαπιών: διευρύνει το φάσμα της πρόληψης των ναρκωτικών και διευκολύνει την επαφή με τις υπηρεσίες πρόληψης. Χρήστες και μη χρήστες φαίνεται να κινούνται σε διαφορετικά δίκτυα κοινωνικών επαφών και να μην επικοινωνούν μεταξύ τους, ακόμη και όταν παρίστανται στις ίδιες εκδηλώσεις (π.χ. πάρτι). Η μελέτη δεν εντόπισε καμία ένδειξη ότι ο εργαστηριακός έλεγχος χαπιών ενθαρρύνει τη χρήση έκστασης ή ότι μπορεί να διευρύνει τον κύκλο των χρηστών έκστασης.

Θεραπεία

Η χρήση διεγερτικών τύπου αμφεταμινών (ATS) σπάνια αποτελεί πρωταρχικό λόγο για την παρακολούθηση προγράμματος σε κέντρο θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις: 52 % των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία στην Τσεχική Δημοκρατία, 35,3 % στη Φινλανδία και 29 % στη Σουηδία αναφέρουν τα διεγερτικά τύπου αμφεταμινών ως πρωταρχικό λόγο προσφυγής σε θεραπεία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, οι περισσότερες αιτήσεις για θεραπεία προέρχονται από χρήστες «pervitin» ([47])· εξ αυτών περίπου το ένα τρίτο είναι έφηβοι (κάτω των 20 ετών), και περισσότεροι από τους μισούς έφηβους χρήστες είναι κορίτσια. Τόσο στη Σουηδία όσο και στη Φινλανδία, οι αμφεταμίνες ανέκαθεν κατείχαν σημαντική θέση στο εθνικό πρόβλημα των ναρκωτικών, πράγμα που εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα σε κάποιο βαθμό.

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ([48])

Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC, 2003α), η παραγωγή ATS –«συνθετικών ναρκωτικών συμπεριλαμβανομένων των χημικά συναφών αμφεταμινών, μεθαμφεταμινών και έκστασης»– είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, επειδή «ξεκινά με χημικές ουσίες άμεσα διαθέσιμες, σε εργαστήρια που μπορούν εύκολα να παραμείνουν κρυφά». Ωστόσο, η ετήσια παγκόσμια παραγωγή ATS εκτιμάται σε περίπου 520 τόνους (UNODC, 2003β). Οι παγκόσμιες κατασχέσεις ATS σημείωσαν ρεκόρ το 2000 με 46,2 τόνους και έκτοτε μειώθηκαν σε 25,7 τόνους το 2002 (CND, 2004).

Μεθαμφεταμίνη

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το σημαντικότερο διεγερτικό τύπου αμφεταμίνης (ATS) όσον αφορά τις παρασκευαζόμενες και διακινούμενες ποσότητες είναι η μεθαμφεταμίνη. Οι μεγαλύτερες ποσότητες κατάσχονται στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (Ταϊλάνδη, Κίνα), και ακολουθεί η Βόρεια Αμερική (UNODC, 2003α). Η παρασκευή μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη είναι πολύ μικρότερη: στο διάστημα 2000-2001, μόνο 2 % των παράνομων εργαστηρίων μεθαμφεταμίνης που εξαρθρώθηκαν παγκοσμίως βρίσκονταν στην Ευρώπη – κυρίως στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Ρωσική Ομοσπονδία και τη Σλοβακία. Στην ΕΕ, μικρής κλίμακας παρασκευή μεθαμφεταμίνης αναφέρθηκε επίσης στο Βέλγιο, τη Γερμανία, την Εσθονία, τη Γαλλία, τη Λεττονία, τη Λιθουανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (UNODC, 2003α, β). Στην Τσεχική Δημοκρατία, αναφορές για παρασκευή μεθαμφεταμίνης γίνονται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980· το μεγαλύτερο μέρος της προορίζεται για τοπική κατανάλωση, αν και κάποιες ποσότητες εξάγονται στη Γερμανία και την Αυστρία (UNODC, 2003α). Παρ' όλο που το ΕΚΠΝΤ δεν συγκεντρώνει συστηματικά στοιχεία για τις κατασχέσεις μεθαμφεταμίνης, σχετικές αναφορές για το 2002 έδωσαν η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Λιθουανία, η Νορβηγία και η Σουηδία.

Το 2002, με εξαίρεση ένα διάστημα στις αρχές του έτους όταν η τιμή αυξήθηκε λόγω έλλειψης της πρόδρομης ουσίας (εφεδρίνη), η μέση λιανική τιμή του «pervitin» στην Τσεχική Δημοκρατία παρέμεινε σχετικά σταθερή στα 32 EUR ανά γραμμάριο. Η μέση καθαρότητα σε επίπεδο λιανικής πώλησης αναφέρεται ότι είναι 40 %.

Αμφεταμίνη

Από τον αριθμό των εργαστηρίων που εξαρθρώθηκαν προκύπτει ότι η παγκόσμια παρασκευή αμφεταμίνης εξακολουθεί να βρίσκεται συγκεντρωμένη στην Ευρώπη. Το 2002, εργαστήρια παρασκευής αμφεταμίνης ανακαλύφθηκαν κυρίως στην Πολωνία και τις Κάτω Χώρες,

([46]) Στο EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) «Pervitin» είναι η τοπική ονομασία ενός είδους μεθαμφεταμίνης που παρασκευάζεται παράνομα στην Τσεχική Δημοκρατία. Χρησιμοποιείται εδώ και πολύ καιρό και η χρήση του είναι κυρίως ενέσιμη. Η παρασκευή του ενδέχεται να συνδέεται με τη νόμιμη βιομηχανία εφεδρίνης [UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines (Παγκόσμια έρευνα σχετικά με την έκσταση και τις αμφεταμίνες), 2003].

([48]) Βλέπε κεφάλαιο 3: Ερμηνεία των στοιχείων για τις κατασχέσεις και την αγορά (σ. 31).

καθώς και ορισμένα στη Γερμανία, την Εσθονία, τη Γαλλία και τη Λιθουανία ([49]) (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003· CND, 2004). Οι ποσότητες αμφεταμίνης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ το 2002 προέρχονταν κυρίως από τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία και σε μικρότερο βαθμό από το Βέλγιο, την Εσθονία και τη Λιθουανία.

Ομοίως, οι περισσότερες κατασχέσεις αμφεταμίνης πραγματοποιήθηκαν στη Δυτική Ευρώπη. Στην υποπεριφέρεια αυτή κατασχέθηκε 86 % του συνολικού όγκου αμφεταμίνης που κατασχέθηκε παγκοσμίως το 2002, ενώ η Ανατολική Ευρώπη αντιπροσωπεύει 10 % του όγκου και η Εγγύς και Μέση Ανατολή 3 % (CND, 2004). Κατά την τελευταία πενταετία, η χώρα της ΕΕ στην οποία κυρίως κατασχέθηκε αμφεταμίνη είναι το Ηνωμένο Βασίλειο ([50]). Σε επίπεδο ΕΕ, η ανοδική τάση του αριθμού των κατασχέσεων αμφεταμίνης ([51]) κορυφώθηκε το 1998, οι δε ποσότητες ([52]) κορυφώθηκαν το 1997. Με βάση τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, τόσο οι ποσότητες που κατασχέθηκαν όσο και ο αριθμός των κατασχέσεων φαίνεται να σημείωσαν νέα αύξηση από το 2000 και το 2001 αντίστοιχα ([53]). Το 2002, η μέση τιμή αγοράς της αμφεταμίνης από τους χρήστες κυμαινόταν από 11 EUR ανά γραμμάριο στην Ουγγαρία και την Εσθονία έως 37,5 EUR ανά γραμμάριο στη Νορβηγία ([54]). Κατά την τελευταία πενταετία, οι τιμές παρέμειναν σταθερές ή σημείωσαν πτώση στις περισσότερες από τις χώρες που μπόρεσαν να παράσχουν σχετικά στοιχεία.

Η μέση καθαρότητα της αμφεταμίνης σε επίπεδο λιανικής πώλησης το 2002 κυμαινόταν από 10 % (Γερμανία) έως 52 % (Νορβηγία), οι δε υψηλότερες καθαρότητες εντοπίζονταν, μετά τη Νορβηγία, στις χώρες της Βαλτικής – Εσθονία, Λεττονία, Λιθουανία και Φινλανδία. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί η Πορτογαλία, όπου η μέση καθαρότητα το 2002 ήταν κάτω του 1 %. Κατά την τελευταία πενταετία, η καθαρότητα της αμφεταμίνης παρέμεινε σταθερή ή σημείωσε πτώση σε όλες τις χώρες, μολονότι το 2002 αναφέρθηκε άνοδος στο Βέλγιο, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Έκσταση

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ευρώπη παραμένει το κυριότερο κέντρο παρασκευής έκστασης, αν και φαίνεται να υποχωρεί, καθώς η παρασκευή έκστασης επεκτείνεται και σε άλλα σημεία του πλανήτη, και ειδικότερα στη Βόρεια Αμερική και την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (UNODC, 2003α· CND, 2004). Στην Ευρώπη, οι μεγαλύτερες ποσότητες έκστασης παρασκευάζονται στις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο. Για παράδειγμα, στην Ευρώπη, στο διάστημα 1999-2001, περισσότερο από 63 % των κατασχέσεων πρόδρομων ουσιών της έκστασης πραγματοποιήθηκαν στις Κάτω Χώρες και 21 % στο Βέλγιο, ενώ από τα εργαστήρια παρασκευής έκστασης που εξαρθρώθηκαν στην ΕΕ 75 % βρίσκονταν στις Κάτω Χώρες, 14 % στο Βέλγιο, 6 % στο Ηνωμένο Βασίλειο και 4 % στη Γερμανία. Την εξάρθρωση εργαστηρίων παρασκευής έκστασης (ή/και εργαστηρίων παρασκευής ATS) ανέφεραν επίσης η Εσθονία, η Ισπανία, η Λεττονία, η Λιθουανία, η Ουγγαρία, η Πολωνία και η Νορβηγία κατά το διάστημα 1991-2001 (UNODC, 2003α). Το 2002, ανακαλύφθηκαν 54 εργαστήρια παρασκευής έκστασης σε παγκόσμιο επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων 18 στις Κάτω Χώρες ([55]), τρία στο Ηνωμένο Βασίλειο και από ένα στη Γαλλία και την Εσθονία (CND, 2004). Η έκσταση που κατασχέθηκε στην ΕΕ αναφέρεται ότι προέρχεται κυρίως από το Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες, αν και σε αρκετές εκθέσεις η Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται επίσης ως χώρες παρασκευής της ουσίας (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003).

Η διακίνηση έκστασης παραμένει συγκεντρωμένη σε πολύ μεγάλο βαθμό στη Δυτική Ευρώπη, μολονότι, όπως και η παρασκευή της, κατά τα τελευταία χρόνια έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο (UNODC, 2003α). Όσον αφορά τον όγκο των κατασχεθεισών ποσοτήτων, το 2002 η Δυτική Ευρώπη αντιπροσώπευε το 73 % και η Βόρεια Αμερική το 20 % (CND, 2004). Κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας, από τα κράτη μέλη της ΕΕ, το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η χώρα που κατάσχει μονίμως τις μεγαλύτερες ποσότητες έκστασης ([56]).

Ύστερα από την πτώση που παρατηρήθηκε το 1997, ο αριθμός των κατασχέσεων έκστασης ([57]) στην ΕΕ αυξήθηκε και πάλι ταχέως. Με βάση τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των κατασχέσεων έκστασης φαίνεται να μειώθηκε το 2002. Ωστόσο, αυτό πρέπει να εξακριβωθεί εκ νέου όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2002 – ιδίως από το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης ([58]) αυξήθηκαν ταχέως στο διάστημα από το 1997 έως το 2000 και σταθεροποιήθηκαν το 2001. Το 2002 αυξήθηκαν και πάλι στις περισσότερες από τις χώρες που υπέβαλαν στοιχεία.

([49]) Μολονότι δεν περιλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό, αρκετά παράνομα εργαστήρια παρασκευής αμφεταμίνης ανακαλύφθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, ένα παράνομο εργαστήριο παρασκευής αμφεταμίνης ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά στο Λουξεμβούργο στις αρχές του 2003.

([50]) Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμίνης το 2002 για το Βέλγιο, την Ιταλία, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων όσο και για τις ποσότητες αμφεταμίνης που κατασχέθηκαν το 2002 στην Ιρλανδία, την Κύπρο, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Πολωνία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([51]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([52]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([53]) Το στοιχείο αυτό πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002.

([54]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([55]) Από το σύνολο των 43 σημείων παρασκευής συνθετικών ναρκωτικών που αποκαλύφθηκαν στις Κάτω Χώρες το 2002, 18 αφορούσαν ειδικά την MDMA.

([56]) Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης το 2002 για το Βέλγιο, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης όσο και για τις ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν το 2002 στην Ιταλία, την Κύπρο, τη Μάλτα, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([57]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 9 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([58]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 10 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Το 2002, σύμφωνα με τις αναφορές, τα χάπια έκστασης κόστιζαν, κατά μέσον όρο, από 6 (Τσεχική Δημοκρατία) έως 20-25 EUR (Ιταλία, Φινλανδία) το καθένα ([59]). Ωστόσο, πολύ πρόσφατα (DrugScope, 2004) αναφέρθηκε ότι η τιμή των χαπιών έκστασης έχει μειωθεί σε 1,5 EUR σε ορισμένες περιοχές στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά την τελευταία πενταετία, η τιμή των χαπιών έκστασης μειώθηκε βαθμιαία στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Το 2002, η τάση αυτή συνεχίσθηκε σε όλες της χώρες εκτός από την Εσθονία, όπου η τιμή του χαπιού σημείωσε μικρή αύξηση.

Σε σύγκριση με πριν από πέντε χρόνια, η περιεκτικότητα σε αμφεταμίνες των χαπιών που πωλούνται ως έκσταση φαίνεται να μειώθηκε, ενώ εντοπίζονται ολοένα και περισσότερο έκσταση και ουσίες παρόμοιες με την έκσταση. Σε όλες τις χώρες της ΕΕ το 2002, οι μόνες ψυχοδραστικές ουσίες που εντοπίσθηκαν στα περισσότερα χάπια που πωλούνται ως έκσταση και αναλύθηκαν ήταν έκσταση (MDMA) και ουσίες παρόμοιες με την έκσταση (MDEA, MDA). Στο Βέλγιο, τη Δανία, τη Γερμανία, τη Λιθουανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία τα χάπια αυτά αντιπροσώπευαν περισσότερο από 95 % του συνολικού αριθμού χαπιών έκστασης που αναλύθηκαν. Η περιεκτικότητα σε MDMA των χαπιών έκστασης διαφέρει σημαντικά από παρτίδα σε παρτίδα (ακόμη και μεταξύ αυτών με το ίδιο λογότυπο), εντός της ίδιας χώρας και μεταξύ των χωρών. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ το 2002, η μέση περιεκτικότητα σε δραστική ουσία (MDMA) ανά χάπι αναφέρθηκε ότι κυμαινόταν μεταξύ 60 και 80 mg, ενώ στην Ουγγαρία και τη Νορβηγία το εύρος ήταν μεγαλύτερο.

LSD

Το LSD παρασκευάζεται και διακινείται σε πολύ μικρότερο βαθμό απ' ό,τι άλλα συνθετικά ναρκωτικά, όπως τα ATS. Οι κατασχέσεις LSD σε παγκόσμιο επίπεδο μειώθηκαν κατά 73 % μεταξύ 2000 και 2001. Το 2001, οι χώρες που κατάσχεσαν τον μεγαλύτερο αριθμό χαπιών ήταν οι ΗΠΑ, η Ισπανία και οι Κάτω Χώρες (UNODC, 2003α). Έως το 2000, η χώρα της ΕΕ με τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων LSD ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά ξεπεράστηκε πλέον από τη Γερμανία ([60]). Κατά την τελευταία πενταετία, στην ΕΕ, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων LSD ([61]) όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες ([62]) εμφάνισαν σταθερή πτώση – με εξαίρεση τη σταθεροποίηση που παρατηρήθηκε το 2000. Στην ΕΕ το 2002, η μέση τιμή αγοράς ενός χαπιού LSD από χρήστη κυμαινόταν από 5 EUR στο Ηνωμένο Βασίλειο έως περισσότερα από 20 EUR στην Ιταλία ([63]).

Διεθνής δράση κατά της διακίνησης συνθετικών ναρκωτικών

Η Επιτροπή, σε συνεργασία με την Europol, συνέταξε τον Δεκέμβριο του 2003 μια έκθεση για τη σημερινή κατάσταση των σημαντικότερων πολυμερών σχεδίων σχετικά με τη χαρτογράφηση των δικτύων διανομής και της πείρας που έχει αποκτηθεί σε αυτό τον τομέα σε επίπεδο Ένωσης, στα κράτη μέλη και στις υποψήφιες χώρες. Στα βασικότερα σχέδια που παρουσιάζονται στην έκθεση περιλαμβάνεται η καθολική δράση κατά των συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρώπη (CASE), η οποία συνδυάζει την ιατροδικαστική έρευνα για τα χαρακτηριστικά της αμφεταμίνης, την οποία διεξήγαγε το εθνικό εργαστήριο ιατροδικαστικής της Σουηδίας (SKL), και τη συγκέντρωση σε ευρωπαϊκό επίπεδο στοιχείων επιβολής του νόμου με σκοπό τον εντοπισμό των σημείων παρασκευής συνθετικών ναρκωτικών και των εγκληματικών οργανώσεων που ενέχονται στην παρασκευή και διακίνησή τους, καθώς και την έναρξη εγκληματολογικών ερευνών. Το σχέδιο υποστηρίζεται από το αρχείο εργασίας προς ανάλυση CASE της Europol. Στο πλαίσιο άλλου σχεδίου με την ονομασία Σύστημα Σύγκρισης Παράνομων Εργαστηρίων (EILCS), επίσης της Europol, γίνεται ταύτιση φωτογραφικών και τεχνικών στοιχείων από χώρους παρασκευής συνθετικών ναρκωτικών σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, δίνοντας τη δυνατότητα με αυτό τον τρόπο να διερευνηθούν οι σύνδεσμοι μεταξύ των διαφορετικών σημείων παρασκευής, του κατασχόμενου εξοπλισμού και των μεσολαβητών που προμήθευσαν αυτό τον εξοπλισμό.

Επιπλέον, το σύστημα λογοτύπων για την έκσταση (EELS) της Europol εκδίδει ετησίως κατάλογο των λογοτύπων, ο οποίος διανέμεται σε όλες τις αρμόδιες υπηρεσίες επιβολής του νόμου παγκοσμίως. Το EELS συνεργάζεται στενά με το κεντρικό πρόγραμμα ανάλυσης της έκστασης (CAPE) που διεξάγεται από τις ομοσπονδιακές αστυνομικές αρχές της Γερμανίας.

Η Interpol ξεκίνησε ένα σχέδιο επικεντρωμένο στις ομάδες οργανωμένου εγκλήματος που παρασκευάζουν και εμπορεύονται συνθετικά ναρκωτικά. Το σχέδιο SYDRUG συγκεντρώνει και συνδέει μεταξύ τους επιχειρησιακά στοιχεία, κατά τρόπο ώστε να καθίσταται δυνατή η διεξαγωγή πολυεθνικών επιχειρήσεων ([64]). Οι τάσεις δείχνουν ότι η έκσταση εισάγεται στη Βόρεια Αμερική, τη Νοτιοανατολική Ασία και την Ωκεανία από τη Δυτική Ευρώπη (Interpol, 2002).

Καθίσταται ολοένα και προφανέστερο ότι υπάρχουν σύνδεσμοι μεταξύ των δικτύων που διακινούν παράνομα ναρκωτικά και εκείνων που διακινούν πρόδρομες ουσίες. Τον Ιανουάριο του 2003 ξεκίνησαν επιχειρησιακές δραστηριότητες υπό την αιγίδα του Project Prism, μιας διεθνούς πρωτοβουλίας για την αντιμετώπιση της εκτροπής των κυριότερων πρόδρομων ουσιών που απαιτούνται για την παράνομη παρασκευή ATS. Ολοένα και συχνότερα οι διακινητές χρησιμοποιούν φαρμακευτικά σκευάσματα για την εξεύρεση πρόδρομων ουσιών (INCB, 2004β).

([59]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([60]) Η κατάσταση πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων LSD το 2002 στην Ισπανία, την Ιταλία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία και τις Κάτω Χώρες· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων LSD όσο και για τις ποσότητες LSD που κατασχέθηκαν το 2002 στο Βέλγιο, την Ιρλανδία, την Κύπρο, τη Μάλτα, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([61]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([62]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 12 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([63]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([64]) SYDRUG, Interpol's global project on synthetic drugs (Παγκόσμιο σχέδιο της Interpol για τα συνθετικά ναρκωτικά), Λυόν, Απρίλιος 2003.

Νέα συνθετικά ναρκωτικά που υπόκεινται σε έλεγχο στο πλαίσιο της κοινής δράσης

Το διάστημα 1998 έως 2002 διενεργήθηκε εκτίμηση κινδύνου για πέντε νέα συνθετικά ναρκωτικά στο πλαίσιο της κοινής δράσης (MBDB, 4-MTA, GHB, κεταμίνη και PMMA). Το 2003, η επιστημονική επιτροπή του ΕΚΠΝΤ, σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες που όρισαν τα κράτη μέλη και εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Europol και του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Αξιολόγηση των Φαρμακευτικών Προϊόντων (EMEA), διενήργησε εκτίμηση κινδύνου για τέσσερα νέα συνθετικά ναρκωτικά: 2C-I (2,5-διμεθοξυ-4-ιωδοφαιναιθυλαμίνη), 2C-T-2 (2,5-διμεθοξυ-4-αιθυλοθειοφαιναιθυλαμίνη), 2C-T-7 (2,5- διμεθοξυ-4-(η)-προπυλοθειοφαιναιθυλαμίνη) και TMA-2 (2,4,5-τριμεθοξυαμφεταμίνη) ([1]). Αποτέλεσμα της αξιολόγησης αυτής ήταν η έγκριση από το Συμβούλιο, στις 27 Νοεμβρίου 2003, της απόφασης ([2]) να υποβληθούν οι τέσσερις ουσίες σε μέτρα ελέγχου και ποινικές κυρώσεις στις 15 χώρες της ΕΕ.

Η επιστημονική εκτίμηση κινδύνου για τα νέα συνθετικά ναρκωτικά είναι εξαιρετικά δύσκολη, εξαιτίας των περιορισμένων επιστημονικών δεδομένων που αξιολογούνται από ομοτίμους. Ωστόσο, ως βάση για τη διενέργεια των εκτιμήσεων λαμβάνονται οι πληροφορίες που αντλούνται από μελέτες που διεξάγονται σε ζώα σχετικά με την τοξική δράση (π.χ. της TMA-2), η κατ' αναλογία εξέταση εν μέρει συναφών σκευασμάτων καθώς και στοιχεία από άλλες πηγές πληροφόρησης, όπως αναφορές για μεμονωμένους χρήστες, μέσα μαζικής ενημέρωσης, ανεπίσημες δημοσιεύεις.

([1]) Οι εκθέσεις εκτίμησης κινδύνων διατίθενται στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Απόφαση 2003/847/ΔΕΥ του Συμβουλίου, της 27ης Νοεμβρίου 2003, σχετικά με μέτρα ελέγχου και ποινικές κυρώσεις όσον αφορά τα νέα συνθετικά ναρκωτικά 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 και TMA-2.

Πληροφορίες του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης

Η κοινή δράση ([65]), σε συνδυασμό με το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης (EWS), θεσπίσθηκαν για τον εντοπισμό νέων συνθετικών ναρκωτικών ([66]), την εκτίμηση των κινδύνων τους και την υιοθέτηση μιας διαδικασίας λήψης αποφάσεων για τον έλεγχό τους. Τα νέα συνθετικά ναρκωτικά εξακολουθούν να αποτελούν πολύ μικρό τμήμα της συνολικής αγοράς συνθετικών ναρκωτικών, στην οποία κυριαρχούν το MDMA (έκσταση), οι αμφεταμίνες και το LSD. Παρά την επιτυχία της κοινής δράσης όσον αφορά τον εντοπισμό νέων συνθετικών ναρκωτικών, αξίζει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα στοιχεία σχετικά με τις νέες ενώσεις προέρχονται από κράτη μέλη που διαθέτουν υψηλές ικανότητες ανάλυσης και αναφοράς, από άποψη τόσο ιατροδικαστικών και τοξικολογικών εργαστηρίων όσο και επιχειρησιακών δικτύων παροχής στοιχείων. Ως εκ τούτου, η επακόλουθη περιγραφή της κατάστασης ενδέχεται να απηχεί περισσότερο τη λειτουργία των εθνικών συστημάτων έγκαιρης προειδοποίησης σχετικά με τα νέα συνθετικά ναρκωτικά παρά την πραγματική κατάσταση στην ευρωπαϊκή αγορά ναρκωτικών.

Ναρκωτικά που παρακολουθούνται από το EWS

Το 2003, οι εννέα ουσίες που υποβάλλονταν σε εκτίμηση κινδύνου από το 1998 παρακολουθήθηκαν σταθερά στο πλαίσιο του EWS: MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB και κεταμίνη, καθώς και οι εξής φαιναιθυλαμίνες: 2C-I, 2C-T-2 και 2C-T-7, και TMA-2. Επίσης, παρακολουθήθηκαν ορισμένες ουσίες για τις οποίες το ΕΚΠΝΤ απέκτησε πληροφορίες – μεταξύ των οποίων μια ομάδα τρυπταμινών (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT και 5-MeO-τρυπταμίνη) και πιπεραζινών (BZP και TFMPP) ([67]).

Το 2003, τόσο η Ισπανία όσο και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν κατασχέσεις μικρών ποσοτήτων MBDB από την αστυνομία. Η ουσία 4-MTA, η οποία το 1999 έγινε αντικείμενο ελέγχου στο πλαίσιο της κοινής δράσης, φαίνεται να έχει εξαφανιστεί από την αγορά, καθώς δεν αναφέρθηκε καμία κατάσχεση τα τελευταία χρόνια. Μία κατάσχεση PMMA πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, ενώ μία κατάσχεση στη Δανία αφορούσε χάπια που περιείχαν τόσο PMMA όσο και PMA. Στο Βέλγιο, ένα εργαστήριο ανέφερε ότι βρέθηκε δείγμα ούρων θετικό για PMMA, και επιπλέον οι τοξικολογικές αναλύσεις ενός ατόμου που είχε υποστεί τοξίκωση, οι οποίες γνωστοποιήθηκαν από τα έκτακτα περιστατικά νοσοκομείου, αφορούσαν PMA (σε συνδυασμό με MDA και MDMA). Φαίνεται ότι οι τρεις αυτές ουσίες – MBDB, 4-MTA και PMMA– δεν είναι πλέον δημοφιλείς στους χρήστες συνθετικών ναρκωτικών.

Όσον αφορά τα ναρκωτικά της ομάδας των τρυπταμινών, οι περισσότερες κατασχέσεις πραγματοποιήθηκαν στη Σουηδία και τη Φινλανδία. Ωστόσο, τόσο η Γαλλία όσο και η Δανία ανέφεραν ότι εντόπισαν δείγματα 5MeO-DiPT. Πολλές ενώσεις τρυπταμίνης δεν ελέγχονται σε διεθνές ή εθνικό επίπεδο, και επομένως είναι δυνατόν να παρασκευασθούν από εμπορικά εργαστήρια και να πωλούνται στο Διαδίκτυο ως «χημικές ουσίες έρευνας» (κυρίως από εταιρείες των Ηνωμένων Πολιτειών). Επιπλέον, συνταγές για την παρασκευή όλων σχεδόν των νέων και «παλαιών» συνθετικών ναρκωτικών είναι ευρέως διαδεδομένες στο Διαδίκτυο.

Η ουσία BZP, η οποία εντοπίζεται συχνά σε συνδυασμό με την ουσία TFMPP, αναφέρεται ολοένα και συχνότερα από τη Σουηδία, αλλά έχει εντοπισθεί επίσης στο Βέλγιο, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και τη Φινλανδία.

Από τις φαιναιθυλαμίνες για τις οποίες διενεργήθηκε εκτίμηση κινδύνου το 2003, η 2C-I, η οποία πωλείται συχνά σε χάπια με το λογότυπο «i», φαίνεται να γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής – μερικές μικρές κατασχέσεις αναφέρθηκαν από τη Φινλανδία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και η ουσία εντοπίσθηκε στη Γαλλία, την Ισπανία και τις Κάτω Χώρες. Επιπλέον, 2C-H (ένωση η οποία είναι μη δραστική στον άνθρωπο, αλλά αποτελεί πρόδρομο ουσία των 2C-I,

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346

([66]) Η κοινή δράση του 1997 σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των κινδύνων και τον έλεγχο των νέων συνθετικών ναρκωτικών (ΕΕ L 167 της 25.6.1997) ορίζει τα νέα συνθετικά ναρκωτικά ως αυτά που σήμερα δεν περιλαμβάνονται μεν σε κανένα παράρτημα της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971, αλλά απειλούν τη δημόσια υγεία εξίσου σοβαρά με τις ουσίες που απαριθμούνται στα παραρτήματα I και II αυτής και έχουν περιορισμένη θεραπευτική αξία. Αφορά τα τελικά προϊόντα και όχι τις προδρόμους ουσίες.

([67]) Οι περισσότερες από τις νέες ουσίες που αναφέρονται είναι πολύ καινούργιες στην αγορά και δεν έχουν ακόμη λαϊκές ονομασίες (ονομασίες της πιάτσας).

2C-C και 2C-B) κατασχέθηκε σε σχετικά μεγάλες ποσότητες στη Φινλανδία και τις Κάτω Χώρες, και υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία στις Κάτω Χώρες η ουσία θα αποτελούσε πρόδρομη ουσία για την παρασκευή 2C-I.

Συνθετικά ναρκωτικά με δυνατότητες περαιτέρω εξάπλωσης

Όπως προβλέπουν το ευρωπαϊκό EWS και η εκτίμηση κινδύνου που διενεργήθηκε από την επιστημονική επιτροπή του ΕΚΠΝΤ στο πλαίσιο της κοινής δράσης, το GHB και η κεταμίνη είναι δύο συνθετικά ναρκωτικά ([68]) με δυνατότητες σημαντικής περαιτέρω εξάπλωσης σε χώρους ψυχαγωγίας.

GHB

Η απόφαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών να θέσει υπό έλεγχο το GHB τον Μάρτιο του 2001 εφαρμόστηκε από τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2003, κατασχέσεις GHB (συνήθως σε υγρή μορφή) από την αστυνομία ή τα τελωνεία αναφέρθηκαν στο Βέλγιο, τη Δανία, την Εσθονία, την Ισπανία, τη Γαλλία, τη Φινλανδία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Οι αναφερόμενες τάσεις όσον αφορά το GHB είναι αντιφατικές. Η Σουηδία ανέφερε μείωση των κατασχέσεων GHB το 2003, ενώ η Νορβηγία ανέφερε σημαντική αύξηση και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν ανέφερε καμία μεταβολή. Οι Κάτω Χώρες επίσης δεν ανέφεραν καμία μεταβολή στον αριθμό των δειγμάτων GHB που παραδόθηκαν στο σύστημα παρακολούθησης για την πληροφόρηση σχετικά με τα ναρκωτικά (DIMS), μολονότι το Εθνικό Κέντρο Δηλητηρίων των Κάτω Χωρών ανέφερε μικρή αύξηση στον αριθμό των αιτήσεων παροχής πληροφοριών σχετικά με το GHB. Η Εσθονία ανέφερε σημαντική αύξηση της διαθεσιμότητας GHB. Οι Κάτω Χώρες και το Βέλγιο ανέφεραν ότι έλαβαν έναν μικρό αριθμό δειγμάτων GHB σε μορφή σκόνης.

Η Νορβηγία και η Σουηδία ανέφεραν αξιοσημείωτες αυξήσεις στις κατασχέσεις πρόδρομων χημικών ουσιών του GHB –GBL (γάμα βουτυρολακτόνη) και BD (1,4-βουτανοδιόλη) ([69])–, οι οποίες έχουν πολλές χρήσεις σε διάφορες βιομηχανικές διεργασίες και επομένως είναι ευρέως διαδομένες (και οι δύο μετατρέπονται γρήγορα σε GHB μετά από κατάποση). Η Νορβηγία και η Σουηδία ανέφεραν ότι οι πρόδρομες ουσίες του GHB μπορούσαν ευκολότερα να ανευρεθούν στη μαύρη αγορά το 2003 απ' ό,τι τα προηγούμενα χρόνια.

Στις έρευνες για τα ναρκωτικά που διενεργούνται σε ψυχαγωγικά νυχτερινά κέντρα και χορευτικούς χώρους περιλαμβάνονται ολοένα και συχνότερα ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση GHB. Στη Γερμανία, το ομοσπονδιακό γραφείο εγκληματολογικών ερευνών (BKA) ανέφερε αυξανόμενη χρήση GHB ([70]), ενώ στο Άμστερνταμ, σύμφωνα με τη μελέτη του 2002 του Antenna Amsterdam ([71]), το GHB εξακολουθεί να χρησιμοποιείται σε όλο σχεδόν το δίκτυο των κλαμπ· ωστόσο, οι χρήστες που παρακολουθούν στενά τις τάσεις φαίνεται να ενδιαφέρονται λιγότερο για την ουσία αυτή απ' ό,τι πριν από ένα χρόνο και η εξάπλωση του GHB φαίνεται να έχει σταματήσει. Στην Αυστρία, στο πλαίσιο μελέτης για τον εργαστηριακό έλεγχο των χαπιών, διαπιστώθηκε ότι η επικράτηση της χρήσης GHB σε όλη τη ζωή σε δείγμα 225 νεαρών ατόμων που συμμετείχαν σε ρέιβ πάρτι στη Βιέννη ήταν 12,6 % (Benschop κ.ά., 2002).

Κατά τη διάρκεια του 2003, GHB εντοπίσθηκε σε ανθρώπινα δείγματα στο Βέλγιο, τη Σουηδία και τη Νορβηγία και σε δείγματα από άτομα που είχαν υποστεί τοξίκωση και από ασθενείς των έκτακτων περιστατικών σε νοσοκομεία στην Ισπανία (Βαρκελόνη) και τις Κάτω Χώρες. Ο αριθμός των κλήσεων για παροχή πρώτων βοηθειών σε σχέση με το GHB στο Άμστερνταμ δεν μεταβλήθηκε από το 2001 έως το 2002 (λίγο περισσότερο από 60 περιστατικά κάθε χρόνο).

Κεταμίνη

Κατασχέσεις ή/και εντοπισμός κεταμίνης σε ανθρώπινα δείγματα αναφέρθηκαν από το Βέλγιο, την Ελλάδα, την Ισπανία, τη Γαλλία, τη Φινλανδία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία το 2003. Στην Αυστρία, οι Benschop κ.ά. (2002) διαπίστωσαν επικράτηση της χρήσης κεταμίνης σε όλη τη ζωή ύψους 11,7 % στο δείγμα των 225 νεαρών ατόμων που συμμετείχαν σε ρέιβ πάρτι στη Βιέννη. Εμπόδιο στην πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης της κεταμίνης συνιστά το γεγονός ότι η ουσία χορηγείται νόμιμα ως κτηνιατρικό φάρμακο και επομένως φαίνεται να είναι εύκολα διαθέσιμη μέσω εκτροπής της νόμιμης παρασκευής της.

Κίνδυνοι για την υγεία από τα νέα πρότυπα χρήσης

Το 2003, το EWS παρέσχε τη δυνατότητα στα κράτη μέλη της ΕΕ να ανταλλάξουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με ορισμένες ελεγχόμενες ουσίες που ενδέχεται να εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία μέσω των νέων προτύπων χρήσης τους. Για παράδειγμα, οι χώρες της ΕΕ έλαβαν έγκαιρη προειδοποίηση σχετικά με χάπια με υψηλή δόση MDMA βάσει πληροφοριών από το Βέλγιο, τη Γαλλία και την Europol, και σχετικά με χάπια που πωλούνταν ως έκσταση, αλλά περιείχαν άλλες επικίνδυνες ουσίες όπως DOB (2,5-διμεθοξυ-4-βρωμοαμφεταμίνη) ύστερα από πληροφορίες που παρέσχε η Ιρλανδία.

([68]) Υπό τη στενή έννοια, καμία από τις δύο ουσίες δεν αποτελεί νέο συνθετικό ναρκωτικό σύμφωνα με την κοινή δράση του 1997, αλλά παρακολουθούνται και οι δύο μετά τη διενεργηθείσα εκτίμηση κινδύνου.

([69]) Εκθέσεις προόδου του δικτύου Reitox σχετικά με το σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης για το 2003.

([70]) Όπ. π.

([71]) Το Antenna Amsterdam είναι ένα σύστημα παρακολούθησης πολλαπλών μεθόδων με στόχο τον προσδιορισμό και την ερμηνεία νέων τάσεων και εξελίξεων όσον αφορά τη χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών και τυχερών παιχνιδιών στους νέους στο Άμστερνταμ, καθώς και την ενημέρωση και τη βελτίωση της πρόληψης των ναρκωτικών.

Κεφάλαιο 5

Κοκαΐνη και κρακ

Εισαγωγή

Οι χρήστες κοκαΐνης θεωρούνται γενικώς είτε ότι είναι εύποροι, ακολουθούν τη μόδα και είναι κοινωνικά ενταγμένοι είτε ότι είναι περιθωριοποιημένοι, άποροι και κοινωνικά αποκλεισμένοι, όπου το κάπνισμα της κοκαΐνης συνδέεται ιδιαίτερα με την προβληματική χρήση. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συγκέντρωση της χρήσης που παρουσιάζεται σε συγκεκριμένες υποομάδες και γεωγραφικές περιοχές δείχνει ότι τα συνολικά εθνικά στοιχεία μάλλον απεικονίζουν σε πολύ μικρό βαθμό τις τάσεις που μπορεί να είναι σημαντικές στις κοινότητες ή τους πληθυσμούς στις οποίες εμφανίζονται. Ωστόσο, αυξάνονται οι ανησυχίες για το ότι η χρήση κοκαΐνης μπορεί να εξαπλωθεί ακόμη περισσότερο στην Ευρώπη και ότι οι χρήστες αυτού του ναρκωτικού ποικίλλουν κοινωνικά όλο και περισσότερο.

Επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης

Έρευνες στον γενικό πληθυσμό

Σύμφωνα με πρόσφατες εθνικές έρευνες του πληθυσμού, 0,5 έως 6 % του ενήλικου πληθυσμού παραδέχεται ότι έχει δοκιμάσει κοκαΐνη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή), με την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Πρόσφατη χρήση κοκαΐνης (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) αναφέρεται γενικά σε λιγότερο από 1 % των ενηλίκων, μολονότι στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά πρόσφατης επικράτησης υπερβαίνουν το 2 %. Τα ποσοστά αυτά είναι προφανώς χαμηλότερα από τα συγκρίσιμα ποσοστά για την κάνναβη, αν και τα επίπεδα χρήσης στους νεαρότερους ενήλικους μπορεί να είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά του μέσου όρου του πληθυσμού.

Στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 1 έως 10 %. Γενικά, τα ποσοστά επικράτησης της πρόσφατης χρήσης βρίσκονται περίπου στο ήμισυ εκείνων της χρήσης σε όλη τη ζωή, ενώ η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ποσοστά άνω του 4 %.

Στον γενικό πληθυσμό, η χρήση κοκαΐνης είτε σταματά ύστερα από ένα διάστημα πειραματισμού από τους νεαρούς ενήλικους είτε είναι περιστασιακή και συμβαίνει κυρίως τα σαββατοκύριακα και σε χώρους ψυχαγωγίας (μπαρ και ντίσκο).

Οι έρευνες εντοπίζουν επιλεγμένες ομάδες στις οποίες η χρήση κοκαΐνης είναι υψηλότερη απ' ό,τι στο σύνολο του πληθυσμού. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες σε πέντε χώρες (Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) διαπίστωσαν ότι, στους άνδρες ηλικίας 15 έως 24 ετών, αναφέρεται δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή από ποσοστό 5 έως 13 %, ενώ η πρόσφατη χρήση στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να ανέρχεται σε 5-7 %. Είναι πιθανό τα επίπεδα χρήσης να είναι σημαντικά υψηλότερα σε αστικές περιοχές. Επιπλέον, εστιασμένες (μη αντιπροσωπευτικές) έρευνες σε θαμώνες των κλαμπ αναφέρουν ποσοστά επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη ζωή μεταξύ 40 και 60 % (ΕΚΠΝΤ, 2001).

Συγκριτικά, εκτός Ευρώπης, στην εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοικοκυριά το 2002 στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών, 14,4 % των ενηλίκων (άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω) ανέφερε χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή, ποσοστό υψηλότερο από το αντίστοιχο οποιασδήποτε ευρωπαϊκής χώρας. Πρόσφατη χρήση κοκαΐνης (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) ανέφερε το 2,5 %, ποσοστό που επίσης είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο οποιασδήποτε ευρωπαϊκής χώρας, εξαιρουμένης της Ισπανίας (2,6 %) ([72]). Στους άνδρες ηλικίας 18-25 ετών, η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη ζωή στις ΗΠΑ το 2002 ήταν 18,1 % και η επικράτηση πρόσφατης χρήσης ήταν 8,4 %.

Τάσεις στη χρήση κοκαΐνης

Οι τάσεις όσον αφορά τη χρήση κοκαΐνης είναι δύσκολο να εντοπισθούν σε εθνικό επίπεδο, επειδή οι συστηματικές σειρές εθνικών ερευνών σπανίζουν και σε ορισμένες περιπτώσεις το μέγεθος των δειγμάτων είναι μικρό. Οι συστηματικές σειρές ερευνών θα διευκολύνουν τον καλύτερο προσδιορισμό των τάσεων, ιδίως επικεντρώνοντας την ανάλυση και τη δειγματοληψία σε επιλεγμένες ομάδες, όπως αυτή των νεαρών ανδρών σε αστικές περιοχές.

([72]) Συμπεράσματα της εθνικής έρευνας του 2002 για τη χρήση ναρκωτικών και τις στατιστικές που αφορούν την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies]. Διαθέσιμη στην ιστοθέση της SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64). Είναι πιθανό, εάν τα στοιχεία των ΗΠΑ αναφέρονταν στο ηλικιακό εύρος των 15-64 ετών, όπως στην ΕΕ, τα ποσοστά να ήταν υψηλότερα.

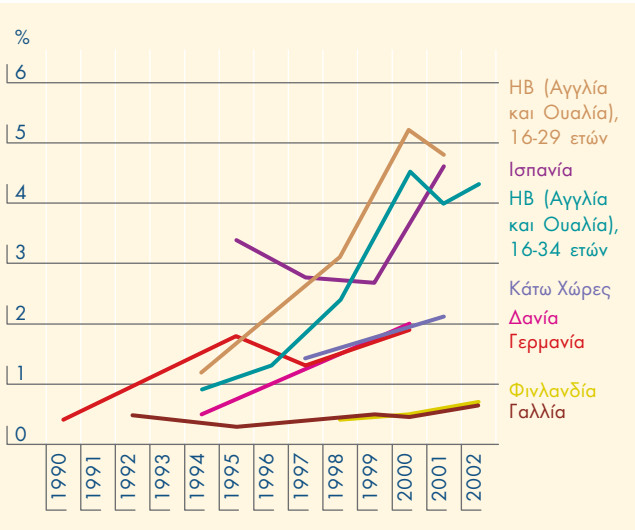
Γενικός πληθυσμός

Η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης στους νέους φαίνεται να αυξήθηκε σταθερά στο Ηνωμένο Βασίλειο έως το 2002 ([73]) και πιθανώς, σε μικρότερο βαθμό, στη Δανία, τη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες και την Ισπανία (διάγραμμα 9). Άλλες χώρες, στις πρόσφατες εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox (2001-2003), ανέφεραν αυξήσεις βάσει τοπικών ή ποιοτικών πληροφοριών (Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία και Αυστρία).

Μαθητικός πληθυσμός

Η Ισπανία είναι το μόνο κράτος μέλος που ανέφερε νέα στοιχεία, τα οποία δείχνουν πρόσφατη αύξηση της επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης για όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές, με ποσοστό που ανήλθε σε 5,9 % το 2002 από 4,1 % το 2000 ([74]). Στην Ιταλία δεν αναφέρθηκε αύξηση στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές αλλά σε μαθητές μεγαλύτερης ηλικίας.

Διάγραμμα 9: Επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης (προηγούμενο έτος) σε νεαρούς ενήλικους σε ορισμένες χώρες της ΕΕ όπως υπολογίστηκε από έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα. Για τα αριθμητικά στοιχεία και τη μεθοδολογία για κάθε έρευνα, βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
Για τους νεαρούς ενήλικους, το εύρος ηλικίας του ΕΚΠΝΤ είναι από 15 έως 34 ετών (Δανία και ΗΒ από 16, Γερμανία από 18, Γαλλία 1992: 25-34· και 1995: 18-39).
Τα μεγέθη των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για την ηλικιακή ομάδα 15-34 ετών για κάθε χώρα και έτος παρουσιάζονται στην Έρευνα ΓΠ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
Στη Δανία, τα αριθμητικά στοιχεία του 1994 αφορούν «σκληρά ναρκωτικά».

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις Reitox για το 2003, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε μεμονωμένες πηγές στους επιδημιολογικούς πίνακες σχετικά με έρευνες στον πληθυσμό στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Άλλοι δείκτες

Οι αυξήσεις των δεικτών χρήσης κοκαΐνης [αίτηση για θεραπεία ([75]), χρήση υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης στον τομέα των ναρκωτικών, αριθμός έκτακτων περιστατικών στα νοσοκομεία, κατασχέσεις από την αστυνομία, τοξικολογικά ευρήματα κατά τη νεκροψία] σε ορισμένες χώρες προκαλούν ανησυχία.

Στο σύνολο της ΕΕ, οι θεραπείες που συνδέονται με την κοκαΐνη φαίνεται να αυξάνουν και σε ορισμένες χώρες η αύξηση είναι ιδιαίτερα έντονη. Η κοκαΐνη είναι η δεύτερη συχνότερα αναφερόμενη ουσία στις αναφορές θεραπείας στις Κάτω Χώρες και την Ισπανία (35 % και 26 % των συνολικών αιτήσεων αντίστοιχα). Στην Ευρώπη, οι περισσότερες αιτήσεις για θεραπεία φαίνεται να συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης σε σκόνη (συνήθως υδροχλωρικής κοκαΐνης).

Συνολικά, τα σκευάσματα κοκαΐνης για κάπνισμα συνδέονται ιδιαίτερα με προβληματικά πρότυπα χρήσης. Η χρήση κρακ, ως νέο ή διογκούμενο πρόβλημα σε συγκεκριμένες πόλεις ή περιοχές, αναφέρθηκε στη Γερμανία, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία, τις Κάτω Χώρες, την Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Πρότυπα χρήσης

Γενικά, στους νεαρούς που κάνουν χρήση για ψυχαγωγικούς σκοπούς, η χρήση κοκαΐνης είναι ελαφριά και η συνεχής χρήση της είναι πολύ σπάνια. Επίσης, οι αναφορές από ορισμένες χώρες (Γερμανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Αυστρία και Ηνωμένο Βασίλειο) παρέχουν ενδείξεις ότι, ακόμη και στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών που προσφεύγουν σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, τα πρότυπα χρήσης κοκαΐνης και κρακ διαφέρουν πολύ μεταξύ των ατόμων που αρχίζουν θεραπεία, αλλά και με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα της χρήσης κοκαΐνης και κρακ και σχετικά με τις ποσότητες που καταναλώνονται είναι πολύ περιορισμένα. Μελέτες σχετικές με αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης δείχνουν ότι η χρήση κοκαΐνης για κάπνισμα είναι ιδιαίτερα υψηλή στις γυναίκες που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ και προσφεύγουν στις υπηρεσίες αυτές (Stöver, 2001· Zurhold κ.ά., 2001).

Τρόποι χρήσης

Για την καλύτερη κατανόηση των κινδύνων για την υγεία και την παροχή δεικτών χρήσης απαιτείται περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τους τρόπους χρήσης της κοκαΐνης. Η υδροχλωρική κοκαΐνη (κοκαΐνη σε σκόνη) συνήθως εισπνέεται από τη μύτη (η ενέσιμη χρήση της είναι σπανιότερη), ενώ το κρακ καπνίζεται σε πίπες που θερμαίνονται και η freebase κοκαΐνης προσλαμβάνεται εισπνέοντας τους ατμούς που παράγονται κατά τη θέρμανση της ουσίας, συνήθως σε αλουμινόχαρτο πάνω από φλόγα. Υπάρχουν επίσης αναφορές σύμφωνα με τις οποίες η κοκαΐνη καπνίζεται σε τσιγάρο (τσιγαριλίκι).

([73]) Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας του 2001/2002 δείχνουν ότι αυτή η αυξητική τάση στο σύνολο των ενηλίκων και στους νεαρούς ενήλικους φαίνεται να σταθεροποιείται (βλέπε διάγραμμα 7). Σύμφωνα με το Υπουργείο Εσωτερικών, οι αυξήσεις στη χρήση κοκαΐνης μεταξύ 1996 και 1998 και μεταξύ 1998 και 2000 ήταν στατιστικά σημαντικές, σε επίπεδο 5 %. Ωστόσο, δεν υπήρξε σημαντική αύξηση μεταξύ 2000 και 2001-2002.

([74]) Βλέπε Επικράτηση-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([75]) Βλέπε διάγραμμα 20 και TDI πίνακας 10 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Ωστόσο, εργαζόμενοι σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι, όταν συνδυάζεται με τη χρήση ηρωίνης, η χρήση του κρακ είναι ορισμένες φορές ενέσιμη. Το κρακ, όπως η καφέ ηρωίνη, είναι αδιάλυτη ουσία και πρέπει να αναμιχθεί με οξύ για να προσλάβει τη δραστική μορφή διαλυτού άλατος ([76]).

Η συχνότητα του καπνίσματος ως συνήθους τρόπου χρήσης της κοκαΐνης, με τη μορφή είτε κρακ είτε freebase (διαφορετικά σκευάσματα που μπορούν να θεωρηθούν φαρμακολογικά ισοδύναμα), μειώθηκε το 2002 σε σύγκριση με το 2000.

Θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη

Οι θάνατοι που οφείλονται σε τοξίκωση από κοκαΐνη, αμφεταμίνες ή έκσταση, ελλείψει στοιχείων για τη χρήση οπιούχων, δεν φαίνεται να αποτελούν σύνηθες φαινόμενο στην Ευρώπη.

Ωστόσο, είναι πιθανό ότι οι τρέχουσες στατιστικές δεν καταγράφουν σωστά τους θανάτους που συνδέονται με την κοκαΐνη και τα σχετικά στοιχεία υποβάλλονται υπό διάφορες μορφές. Σε ορισμένες χώρες, η κοκαΐνη σε συνδυασμό με οπιούχα αναφέρεται ως το αίτιο μεγάλου ποσοστού των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά (Πορτογαλία 22 %, Ισπανία 46 %). Το ποσοστό αυτό ενδέχεται να είναι εξίσου υψηλό σε άλλες χώρες, αλλά συνήθως τα συστήματα αναφοράς αποδίδουν τους θανάτους μόνο στα οπιούχα, όταν διαπιστώνεται η παρουσία τους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο αριθμός «αναφορών» στην κοκαΐνη σε πιστοποιητικά θανάτου οκταπλασιάστηκε κατά το διάστημα 1993-2001. Επίσης, στις Κάτω Χώρες ο αριθμός των θανάτων που αποδίδονται στην κοκαΐνη αυξήθηκε από δύο το 1994 σε 26 το 2001. Το ποσοστό των θανάτων που συνδέονται με ναρκωτικά και αποδίδονται αποκλειστικά στην κοκαΐνη, χωρίς την παρουσία οπιούχων, κυμαίνεται από 1 έως 10 %, αλλά οι απόλυτοι αριθμοί είναι μικροί.

Η κοκαΐνη ενδέχεται να συμβάλλει σημαντικά στους θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα (αρρυθμίες, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικές αιμορραγίες), ιδίως σε χρήστες που εμφανίζουν προδιάθεση (π.χ. ανεύρυσμα στον εγκέφαλο, υποκλινικές καρδιακές παθήσεις). Πολλές από τις περιπτώσεις αυτές ενδέχεται να περάσουν απαρατήρητες λόγω άγνοιας ή/και λόγω των ιδιαιτεροτήτων της κοινωνικής θέσης των θυμάτων σε σχέση με τους χρήστες οπιούχων.

Μια ένδειξη σχετικά με τους δυνητικούς κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης προέρχεται από την Ισπανία ([77]), όπου, κατά το διάστημα 1999-2001, η κοκαΐνη αναφερόταν σε 44-49 % των έκτακτων εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω αιφνίδιας αντίδρασης σε ναρκωτικά· σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων αυτών, η χρήση της κοκαΐνης ήταν μέσω καπνίσματος ή ενέσιμη. Στη Βαρκελόνη, η ετήσια συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τα έκτακτα περιστατικά των νοσοκομείων σε όλα τα κύρια νοσοκομεία της πόλης για μεγάλο χρονικό διάστημα παρέχει τη δυνατότητα σχηματισμού μιας συνολικής εικόνας των εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω αντιδράσεων στα ναρκωτικά (διάγραμμα 10).

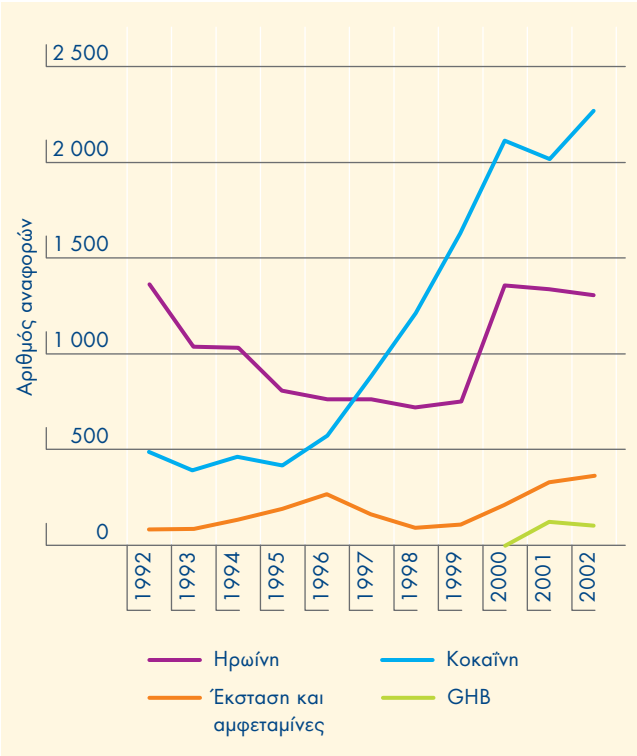
Εκτός από τα προβλήματα υγείας που συνδέονται άμεσα με την κοκαΐνη, εκφράζεται μια αυξανόμενη ανησυχία σχετικά με ορισμένες ουσίες μίξης που χρησιμοποιούνται και που μπορεί να κρύβουν επιπλέον κινδύνους για την υγεία. Για παράδειγμα, η φενακετίνη αναφέρεται συχνά ως ουσία νόθευσης σε δείγματα σκόνης κοκαΐνης που κατάσχονται. Η ουσία αυτή συνδέεται με διαταραχές του ήπατος, των νεφρών και του αίματος, καθώς και με τον καρκίνο.

Τρόποι αντιμετώπισης

Θεραπεία προβληματικής χρήσης κοκαΐνης

Η θεραπεία της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης πραγματοποιείται συνήθως σε χώρους που δεν ειδικεύονται στη συγκεκριμένη ουσία, δηλαδή μαζί με τη θεραπεία για χρήση άλλων παράνομων (ή νόμιμων) ναρκωτικών. Οι θεραπευτικές επιλογές περιορίζονται γενικά σε μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην

Διάγραμμα 10: Αριθμός αναφορών για ναρκωτικά σε έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία κατά τύπο ναρκωτικής ουσίας, Βαρκελόνη, 1992-2002



Σημειώσεις: Σε ένα έκτακτο περιστατικό σε νοσοκομείο μπορεί να γίνεται αναφορά σε αρκετές ουσίες.

Πηγές: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona*, 2002, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([76]) The UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), Drug Abuse Trends: Crack, τεύχος 24, σ. 13.

([77]) Στην Ισπανία, τα έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία λόγω αιφνίδιων αντιδράσεων σε ψυχοδραστικές ουσίες παρακολουθούνται, εδώ και αρκετά χρόνια, σε δείγμα νοσοκομείων σε όλη τη χώρα για διάστημα μίας εβδομάδας κάθε χρόνο. Οι «αναφορές» σε ουσίες καταγράφονται. Για μεθοδολογικές λεπτομέρειες, βλέπε την εθνική έκθεση του δικτύου Reitox για το 2003 (σσ. 34-36).

τροποποίηση της εθιστικής συμπεριφοράς ανεξάρτητα από το ή τα συγκεκριμένα ναρκωτικά που χρησιμοποιούνται. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν παρεμβάσεις χαμηλής έντασης, όπως συμβουλευτική, εισαγωγή σε νοσοκομείο, και παρεμβάσεις υψηλής έντασης, όπως μακροχρόνια θεραπεία εσωτερικής παραμονής. Ενδέχεται επίσης να προσφέρονται εναλλακτικές θεραπείες, όπως βελονισμός (Seivewright κ.ά., 2000).

Όσον αφορά τη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη, δεν υπάρχει παγιωμένη φαρμακευτική θεραπεία για την προβληματική χρήση κοκαΐνης. Οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες για τους χρήστες κοκαΐνης είναι περιορισμένες και έχουν ελάχιστα, ή και καθόλου, αποδεδειγμένα αποτελέσματα. Δύο συστηματικές επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την κλινική χρήση είτε του αντισπασμωδικού καρμπαμαζεπίνη είτε αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη (Lima κ.ά., 2004α, β).

Το περιορισμένο φάσμα θεραπευτικών παρεμβάσεων σχεδιασμένων ειδικά για προβληματικούς χρήστες κοκαΐνης θα διευρυνθεί με ορισμένες πρωτοβουλίες που στοχεύουν σε αυτή την ομάδα χρηστών. Στις Κάτω Χώρες, τέθηκε πρόσφατα σε λειτουργία μια ιστοθέση για άτομα εξαρτημένα από την κοκαΐνη, και στο Ηνωμένο Βασίλειο οι υπηρεσίες επεκτάθηκαν την άνοιξη του 2003 με την ανάπτυξη νέων φορέων, σε συνδυασμό με νέα καθοδήγηση και βελτίωση της κατάρτισης. Στην Αυστρία, οι θεραπευτικές υπηρεσίες επεξεργάζονται τρόπους προσαρμογής των υπηρεσιών στις ανάγκες των προβληματικών χρηστών κοκαΐνης.

Άλλες επιπτώσεις για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες αντιμετώπισης της κοκαΐνης

Οι παρατηρήσεις σε εγκαταστάσεις επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών δείχνουν ότι τα έκτακτα περιστατικά που συνδέονται με την κοκαΐνη χαρακτηρίζονται από ακραία νευρικότητα και συχνή παράνοια, καταστάσεις τις οποίες το προσωπικό δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει (ΕΚΠΝΤ, 2004α). Η αύξηση του εμπορίου κρακ συνδέεται με την αυξημένη επιθετικότητα μεταξύ χρηστών και εμπόρων (Stöver, 2001).

Ο βαθμός στον οποίο τα προβλήματα αποτελούν άμεση συνέπεια της ίδιας της χρήσης κοκαΐνης που καπνίζεται ή συνδέονται με τη συχνότητα και την ποσότητα της χρήσης της ή με προϋπάρχοντα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα καθώς και με προβλήματα ναρκωτικών δεν είναι σαφής. Στους τρόπους αντιμετώπισης περιλαμβάνονται ειδικά σχεδιασμένο ενημερωτικό υλικό για τους κινδύνους και την ασφαλέστερη χρήση, αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης, «χώροι κατευνασμού» και ξενώνες που λειτουργούν την ημέρα όπου οι χρήστες μπορούν να αποσυρθούν και να ηρεμήσουν, αλλά και κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής (Stöver, 2001).

Ανησυχίες έχουν εκφρασθεί σχετικά με τον δυνητικό κίνδυνο που διατρέχουν νεαροί χρήστες ναρκωτικών οι οποίοι προσφεύγουν σε χώρους θεραπείας κυρίως για προβλήματα που συνδέονται με την κάνναβη και εκεί έρχονται σε επαφή με τη συμπεριφορά και τα προβλήματα των χρηστών κοκαΐνης (Neale και Robertson, 2004).

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ([78])

Παραγωγή και διακίνηση

Η Κολομβία είναι με μεγάλη διαφορά η σημαντικότερη χώρα προέλευσης παράνομης κοκαΐνης στον κόσμο, ακολουθούμενη από το Περού και τη Βολιβία (UNODC, 2003α). Η παγκόσμια παραγωγή κοκαΐνης το 2002 εκτιμήθηκε σε 800 μετρικούς τόνους, εκ των οποίων 72 % προερχόταν από την Κολομβία, 20 % από το Περού και 8 % από τη Βολιβία. Το μεγαλύτερο μέρος της κοκαΐνης που κατάσχεται στην Ευρώπη έχει φτάσει κατευθείαν από τη Νότια Αμερική (κυρίως την Κολομβία) ή μέσω της Κεντρικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Ωστόσο, το 2002, μέρος της κοκαΐνης που διακινήθηκε στην Ευρώπη πέρασε από τη Βραζιλία (και από εκεί στην Πορτογαλία) ή από τις ΗΠΑ (και από εκεί στην Ιταλία). Τα κύρια σημεία εισόδου στην ΕΕ είναι η Ισπανία, η Πορτογαλία και οι Κάτω Χώρες, και σε μικρότερο βαθμό η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003· UNODC, 2003α· INCB, 2004α).

Κατασχέσεις

Σύμφωνα με την Επιτροπή Ναρκωτικών Ουσιών (CND, 2004), η κοκαΐνη είναι η τρίτη περισσότερο διακινούμενη ουσία στον κόσμο μετά τη φυτική κάνναβη και τη ρητίνη κάνναβης. Όσον αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες, το 2002 οι μεγαλύτερες ποσότητες κοκαΐνης διακινήθηκαν και πάλι στην Αμερική και την Ευρώπη. Στην Ευρώπη κατασχέθηκε 13,5 % της ποσότητας κοκαΐνης που κατασχέθηκε σε όλο τον κόσμο (CND, 2004). Εντός της Ευρώπης, οι περισσότερες κατασχέσεις κοκαΐνης πραγματοποιούνται σε κράτη της Δυτικής Ευρώπης. Μεταξύ 1997 και 2002 η Ισπανία ήταν διαρκώς η χώρα της ΕΕ με το υψηλότερο επίπεδο κατασχέσεων κοκαΐνης. Το 2001 και το 2002 ([79]), αντιπροσώπευε περισσότερο από το ήμισυ τόσο του συνολικού αριθμού κατασχέσεων όσο και των συνολικά κατασχεθεισών ποσοτήτων.

Κατά το διάστημα 1997-2002, ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης ([80]) αυξήθηκε σε όλες τις χώρες, εκτός από τη Γερμανία και την Ιταλία. Με βάση τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, φαίνεται πιθανό να επιβεβαιωθεί το 2002 αύξηση των κατασχέσεων κοκαΐνης στην ΕΕ.

([78]) Βλέπε κεφάλαιο 3: Ερμηνεία των στοιχείων για τις κατασχέσεις και την αγορά (σ. 31).

([79]) Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης το 2002 για το Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες και τη Σλοβενία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης όσο και για τις ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν το 2002 για την Ιρλανδία, την Κύπρο, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Πολωνία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([80]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Στη διάρκεια της ίδιας πενταετίας, οι ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν ([81]) εμφάνισαν διακύμανση, αλλά με ανοδική τάση. Αφού έφτασαν σε ύψος ρεκόρ το 2001, οι ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ μειώθηκαν σημαντικά το 2002 ([82]) – κυρίως λόγω της μείωσης των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν από την Ισπανία (και την Πορτογαλία) σε σύγκριση με το 2001, μολονότι ορισμένες χώρες (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Νορβηγία) ανέφεραν μεγάλες αυξήσεις στις ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν. Η μείωση των ποσοτήτων κοκαΐνης που κατασχέθηκαν το 2002 στην Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και την Πορτογαλία, σε συνδυασμό με την αύξηση που ανέφεραν η Γαλλία, η Γερμανία και η Ιταλία, φανερώνει ίσως μια αλλαγή στη σχετική σημασία των παγιωμένων σημείων εισόδου που χρησιμοποιούν οι διακινητές για την κοκαΐνη με προορισμό την Ευρώπη (CND, 2004). Σχετικά με αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι στις αρχές του 2002, οι Κάτω Χώρες έλαβαν ριζικά μέτρα για τη συγκράτηση της αυξανόμενης ροής εισόδου των διακινητών κοκαΐνης από την Καραϊβική στο αεροδρόμιο Σχίπχολ και πράγματι ο αριθμός των διακινητών που συνελήφθησαν μειώθηκε δραματικά.

Μολονότι ορισμένες χώρες της ΕΕ ανέφεραν κατασχέσεις κρακ, ενίοτε δεν διακρίνονται από τις κατασχέσεις κοκαΐνης. Επομένως, οι τάσεις κατάσχεσης κοκαΐνης που προαναφέρθηκαν είναι πιθανό να περιλαμβάνουν και κρακ.

Διεθνής δράση κατά της διακίνησης κοκαΐνης

Η διακίνηση κοκαΐνης εξακολουθεί να ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από κολομβιανούς εγκληματίες. Ωστόσο, ομάδες από την Αλβανία και την Αφρική εμπλέκονται επίσης στη διανομή της ουσίας. Η επιχείρηση «Τραμπολίνο» της Interpol ανακάλυψε λαθρεμπόριο κοκαΐνης από τη Βενεζουέλα και την Κολομβία στο Κουρασάο. Η επιχείρηση αυτή είχε ως αποτέλεσμα τον εντοπισμό αρκετών σημαντικών οργανώσεων διακίνησης που λειτουργούσαν με βάση την Καραϊβική σε κάθε σημείο του κόσμου (Interpol, 2002). Κατά τη διάρκεια του 2003, πραγματοποιήθηκαν κατά μήκος των ακτών του Ατλαντικού στην Ευρώπη ορισμένες πολύ σημαντικές θαλάσσιες επιχειρήσεις για την αντιμετώπιση του λαθρεμπορίου κοκαΐνης. Κατασχέθηκαν 29 τόνοι κοκαΐνης. Οι περισσότερες από τις επιχειρήσεις αυτές διεξήχθησαν από τις ισπανικές αρχές.

Η επιχείρηση «Purple», ένα διεθνές πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1999 για τον εντοπισμό υπερμαγγανικού καλίου (που χρησιμοποιείται στην παράνομη παρασκευή κοκαΐνης), συνεχίστηκε με επιτυχία. Κατά τη διάρκεια του 2003, αποτράπηκε η εκτροπή σχεδόν 900 τόνων της χημικής αυτής ουσίας για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών.

Το 2002, η ΠΟΤ (Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων) και η Interpol ξεκίνησαν μια κοινή πρωτοβουλία, την επιχείρηση «Άνδεις», με στόχο να διευκολυνθούν οι εθνικές τελωνειακές και αστυνομικές αρχές στην ανταλλαγή και την ανάλυση πληροφοριών που θα συμβάλουν στον εντοπισμό παράνομων φορτίων πρόδρομων χημικών ουσιών στη Χιλή, τη Βολιβία, την Κολομβία, την Αργεντινή και το Περού (ΠΟΤ, 2003).

Τιμή και καθαρότητα

Η μέση λιανική τιμή ([83]) της κοκαΐνης διέφερε σημαντικά στο σύνολο της ΕΕ το 2002, κυμαινόμενη από 38 EUR ανά γραμμάριο στην Πορτογαλία έως 175 EUR ανά γραμμάριο στη Νορβηγία. Μεταξύ 1997 και 2002, η μέση λιανική τιμή της κοκαΐνης παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Παρόμοιες διαπιστώσεις αναφέρθηκαν το 2002, με εξαίρεση την Τσεχική Δημοκρατία και τη Λιθουανία, όπου οι τιμές αυξήθηκαν σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Σε σύγκριση με την ηρωίνη, η μέση καθαρότητα της κοκαΐνης σε επίπεδο χρήστη είναι υψηλή, κυμαινόμενη το 2002 από 28 % στην Εσθονία έως 68 % στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Νορβηγία. Μεταξύ 1997 και 2002, η μέση καθαρότητα της κοκαΐνης μειώθηκε στις περισσότερες χώρες της ΕΕ που ανέφεραν διαχρονικά δεδομένα τάσεων. Το 2002, η καθαρότητα της κοκαΐνης συνέχισε να μειώνεται στις περισσότερες χώρες, εκτός από εκείνες που ανέφεραν την υψηλότερη μέση καθαρότητα, όπως το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, το Λουξεμβούργο και η Νορβηγία, όπου καταγράφηκε άνοδος της μέσης καθαρότητας της κοκαΐνης.

([81]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([82]) Το στοιχείο αυτό πρέπει να συγκριθεί με στοιχεία του 2002, όταν θα είναι διαθέσιμα.
([83]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Κεφάλαιο 6

Ηρωίνη και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Προβληματική χρήση ουσιών

Η συστηματική και διαρκής χρήση ηρωίνης, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και, σε ορισμένες χώρες, η εντατική χρήση διεγερτικών αποτελούν την αιτία σημαντικού ποσοστού των προβλημάτων υγείας και των κοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπεριφορά είναι μικρός σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό, αλλά ο αντίκτυπος της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών είναι σημαντικός. Για την κατανόηση της έκτασης του προβλήματος και για την παρακολούθηση των τάσεων σε βάθος χρόνου, το ΕΚΠΝΤ συνεργάζεται με κράτη μέλη για τον νέο προσδιορισμό της έννοιας της «προβληματικής χρήσης ναρκωτικών» και την ανάπτυξη στρατηγικών για την εκτίμηση τόσο της έκτασης όσο και του αντίκτυπου του προβλήματος.

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών ορίζεται για λειτουργικούς σκοπούς ως η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή η μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών ([84]). Οι διαφορές στους ορισμούς και οι μεθοδολογικές αβεβαιότητες σημαίνουν ότι είναι δύσκολο να υπάρξουν αξιόπιστες εκτιμήσεις στον τομέα αυτό και ότι η ερμηνεία των διαφορών μεταξύ χωρών και σε βάθος χρόνου πρέπει να πραγματοποιείται με προσοχή.

Επικράτηση

Οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών κυμαίνονται μεταξύ δύο και δέκα περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών (λαμβάνοντας τα διάμεσα σημεία του φάσματος των εκτιμήσεων) ή έως 1 % του ενήλικου πληθυσμού ([85]). Η προβληματική χρήση ναρκωτικών αφορά σε δυσανάλογα μεγάλο βαθμό ορισμένες γεωγραφικές περιοχές, όπως τα φτωχά γκέτο των πόλεων, και συγκεκριμένες ομάδες, ιδίως τους νεαρούς άνδρες, με αποτέλεσμα η προβληματική χρήση να φαίνεται ιδιαίτερα έντονη σε ορισμένες κοινότητες. Τους μεγαλύτερους αριθμούς, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, αναφέρουν η Δανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (6-10 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών), ενώ χαμηλότερα ποσοστά αναφέρουν η Γερμανία, η Ελλάδα, οι Κάτω Χώρες, η Πολωνία και η Φινλανδία (<4 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών· βλέπε διάγραμμα 11). Στις νέες χώρες μέλη της ΕΕ, τεκμηριωμένες εκτιμήσεις υπάρχουν μόνο στην Τσεχική Δημοκρατία, την Πολωνία και τη Σλοβενία, όπου τα ποσοστά βρίσκονται χαμηλά ή στο μέσον του φάσματος, στο 4,9, 1,9 και 5,3 ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών αντίστοιχα.

Μολονότι υπήρξαν σημαντικές βελτιώσεις στις τεχνικές εκτίμησης, η έλλειψη αξιόπιστων και συστηματικών ιστορικών στοιχείων δυσχεραίνει την εκτίμηση των τάσεων της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Οι αναφορές ορισμένων χωρών για μεταβολή των εκτιμήσεων, βάσει στοιχείων άλλων δεικτών, υποδηλώνουν ότι σημειώνεται αύξηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Υπάρχουν εκτιμήσεις από 19 χώρες, εκ των οποίων εννέα αναφέρουν αύξηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από τα μέσα ή τα τέλη της δεκαετίας του 1990, ήτοι το Βέλγιο, η Δανία, η Γερμανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Φινλανδία, η Σουηδία (μεταξύ 1992 και 1998), το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία. Η αύξηση που παρατηρήθηκε στο Βέλγιο, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία βασίζεται σε εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Μολονότι τα νέα κράτη μέλη δεν διαθέτουν χρονοσειρές εθνικών εκτιμήσεων, υπάρχουν στοιχεία που παρέχουν ενδείξεις ότι οι τάσεις ποικίλλουν. Στην Τσεχική Δημοκρατία, από αρκετούς δείκτες προκύπτει ότι η προβληματική χρήση ναρκωτικών σταθεροποιήθηκε από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, ενώ στην Εσθονία παρατηρήθηκαν μεγάλες αυξήσεις σε ορισμένους δείκτες προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Επειδή οι χώρες που βρίσκονται σε κοινωνική και οικονομική μετάβαση είναι δυνητικά ευάλωτες σε προβλήματα ναρκωτικών, είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν επειγόντως υπηρεσίες παρακολούθησης στα νέα κράτη μέλη.

Πρότυπα και έκταση χρήσης

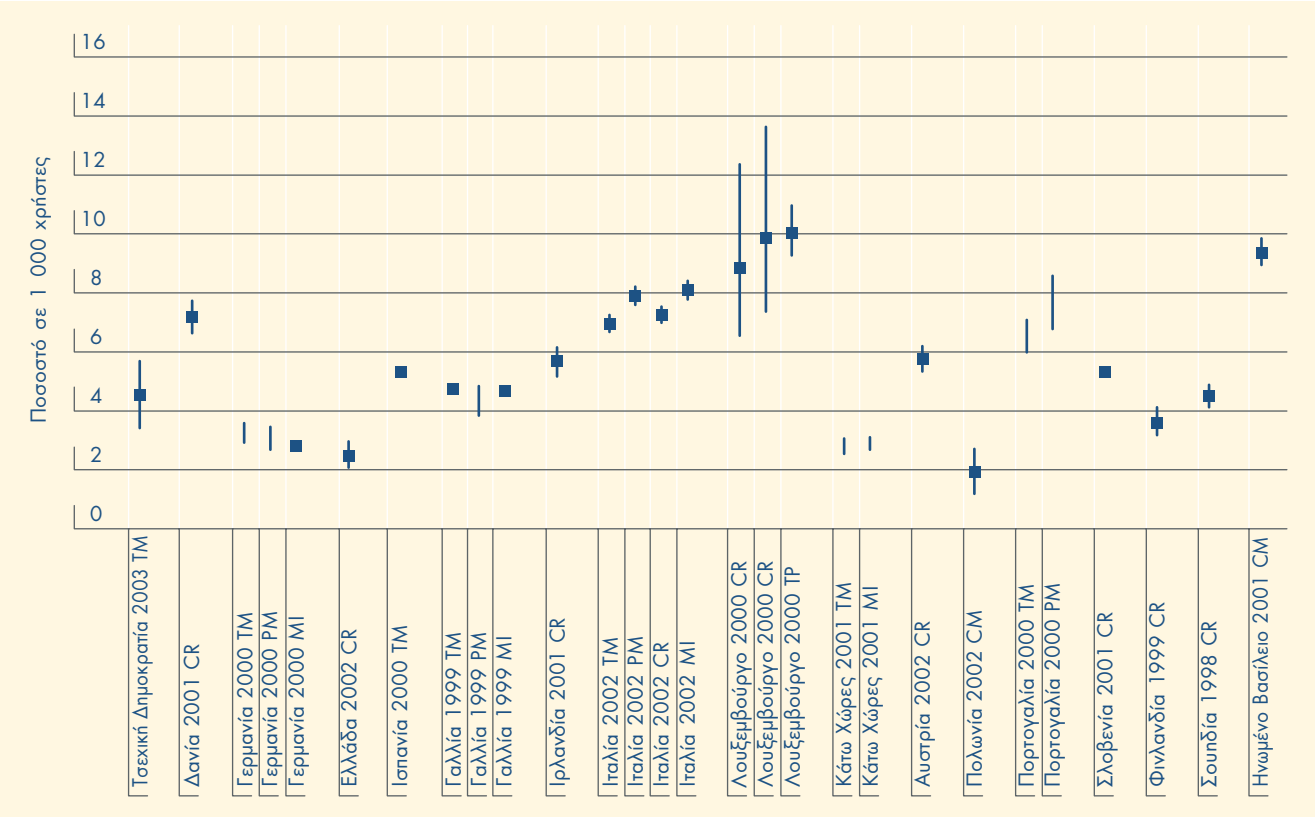
Η προβληματική χρήση ναρκωτικών είναι δυνατόν να υποδιαιρεθεί σε σημαντικές ομάδες. Μια γενική διάκριση μπορεί να γίνει μεταξύ της χρήσης ηρωίνης, η οποία αντιπροσωπεύει ιστορικά το μεγαλύτερο μέρος της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, και της προβληματικής χρήσης διεγερτικών, η οποία κυριαρχεί στη Φινλανδία και τη Σουηδία, όπου η πλειονότητα των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών είναι κυρίως χρήστες αμφεταμινών. Ομοίως, στην Τσεχική Δημοκρατία, οι χρήστες μεθαμφεταμίνης ανέκαθεν αποτελούσαν σημαντικό ποσοστό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών.

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών φαίνεται να ποικίλλει ολοένα και περισσότερο, και το ΕΚΠΝΤ εξετάζει επί του παρόντος κατά πόσον ο ευρωπαϊκός λειτουργικός ορισμός πρέπει να επανεξετασθεί ενόψει του μεταβαλλόμενου φαινομένου των ναρκωτικών. Για παράδειγμα, τα προβλήματα της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών έγιναν βαθμιαία σημαντικότερα στις περισσότερες χώρες, ενώ ορισμένες χώρες στις οποίες τα προβλήματα των οπιούχων ανέκαθεν

([84]) Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε Μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([85]) Βλέπε Επικράτηση-πίνακας 3 και Επικράτηση-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Διάγραμμα 11: Εκτιμώμενο ποσοστό προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (ποσοστό ανά 1 000 χρήστες ηλικίας 15-64 ετών)



Σημειώσεις: CR = Capture-recapture (μοντέλο εκτίμησης πληθυσμών capture-recapture)· TM = Treatment multiplier (πολλαπλασιαστής θεραπείας)· PM = Police multiplier (πολλαπλασιαστής αστυνομικών στοιχείων)· MI = Multivariate indicator (πολυμεταβλητός δείκτης)· TP = Truncated Poisson (κόλουρος κατανομή Poisson)· CM = Combined methods (συνδυασμένες μέθοδοι).
Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές εξαιτίας των διαφορετικών μεθόδων και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε Επικράτηση-πίνακας 3 και πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004. Οι εκτιμήσεις της Σουηδίας προσαρμόστηκαν ώστε να είναι συμβατές με τον ορισμό της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών του ΕΚΠΝΤ. Στις εκτιμήσεις της Ισπανίας δεν περιλαμβάνεται η προβληματική χρήση κοκαΐνης· υψηλότερες εκτιμήσεις διατίθενται στην Επικράτηση-πίνακας 3 και πίνακας 4, στις οποίες λαμβάνεται υπόψη η ομάδα αυτή, χωρίς όμως να είναι το ίδιο αξιόπιστες.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία. Βλέπε επίσης σχέδιο του ΕΚΠΝΤ *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, Λισσαβόνα, ΕΚΠΝΤ, 2003. Συντονίζεται από το Institut für Therapieforschung, Μόναχο (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

κυριαρχούσαν αναφέρουν πλέον αλλαγές προς την κατεύθυνση της χρήσης άλλων ουσιών. Στην Ισπανία, οι εκτιμήσεις σχετικά με τους προβληματικούς χρήστες οπιούχων δείχνουν μείωση, ενώ στα προβλήματα ναρκωτικών που συνδέονται με την κοκαΐνη παρατηρείται αύξηση. Εντούτοις, διαχρονικά δεδομένα σχετικά με τις τάσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών που να περιλαμβάνουν και την προβληματική χρήση κοκαΐνης δεν υπάρχουν. Η Γερμανία και οι Κάτω Χώρες αναφέρουν αυξανόμενο ποσοστό χρηστών κρακ στον πληθυσμό των προβληματικών χρηστών, αν και η συνολική εκτίμηση για τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στις Κάτω Χώρες δεν παρουσιάζει μεταβολή.

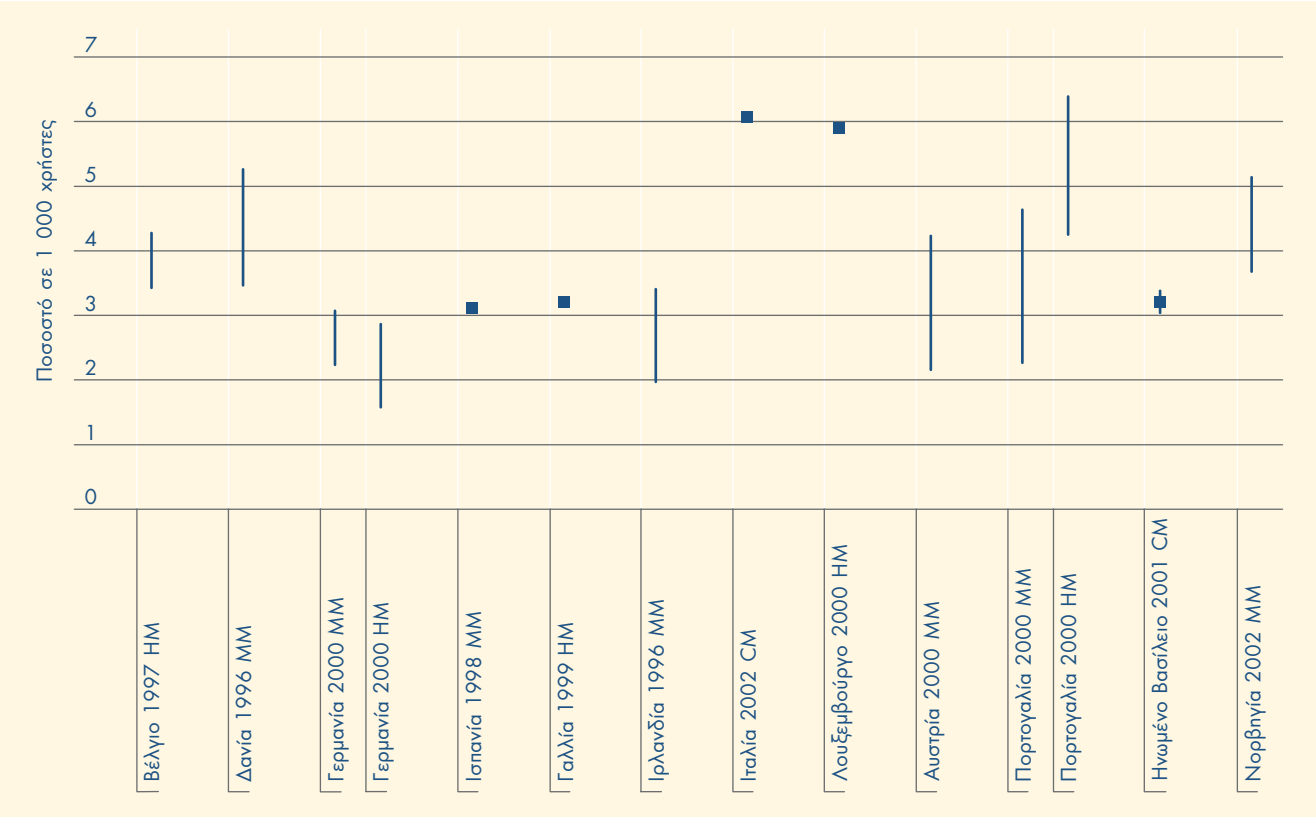
Ο σταθμισμένος μέσος όρος της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην ΕΕ κυμαίνεται πιθανώς μεταξύ τεσσάρων και επτά περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, δηλαδή 1,2-2,1 εκατ. προβληματικών χρηστών στην ΕΕ μετά τη διεύρυνση, εκ των οποίων περίπου 850 000 έως 1,3 εκατ. είναι ενεργοί χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλείς και πρέπει να επανεξετασθούν όταν θα είναι διαθέσιμα περισσότερα στοιχεία από τα νέα κράτη μέλη.

Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να υποστούν αρνητικές συνέπειες, και για το λόγο αυτόν είναι σημαντικό να εξετάζεται η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών χωριστά, ως βασική κατηγορία προβληματικής χρήσης ναρκωτικών.

Οι εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πραγματοποιούνται με τη χρήση έμμεσων μεθόδων (μεθόδων τεχνικών ή με πολλαπλασιαστή) βάσει στοιχείων που αφορούν τη θνησιμότητα ή τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή τις λοιμώξεις από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV). Και πάλι, η ποιότητα των στοιχείων και τα μεθοδολογικά ζητήματα εγείρουν προβλήματα ερμηνείας· για παράδειγμα, στις εκτιμήσεις αυτές είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ της πρόσφατης ενέσιμης χρήσης και της ενέσιμης χρήσης σε όλη τη ζωή, και οι

Διάγραμμα 12: Εκτιμώμενο ποσοστό της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (ποσοστό ανά 1 000 χρήστες ηλικίας 15-64 ετών)



Σημειώσεις: ΜΜ = πολλαπλασιαστής θνησιμότητας· ΗΜ = πολλαπλασιαστής HIV· ΣΜ = συνδυασμένες μέθοδοι για την εκτίμηση των ΧΕΝ.
Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές εξαιτίας των διαφορετικών μεθόδων και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Οι πολλαπλασιαστές θνησιμότητας και HIV θεωρείται ότι δίνουν εκτιμήσεις για τους (τρέχοντες κυρίως) χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, οι οποίοι αποτελούν μέρος μόνο της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Οι άλλες μέθοδοι θεωρείται ότι δίνουν εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση ναρκωτικών. Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε Επικράτηση-πίνακας 3 και πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία. Βλέπε επίσης σχέδιο του ΕΚΠΝΤ *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000,* CT.00.RTX.23, Λισσαβόνα, ΕΚΠΝΤ, 2003. Συντονίζεται από το Institut für Therapieforschung, Μόναχο (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

συγκρίσεις μεταξύ χωρών πρέπει να γίνονται με προσοχή. Οι διαθέσιμες εθνικές εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών κυμαίνονται μεταξύ δύο και έξι περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών (διάγραμμα 12).

Από την ανάλυση των ποσοστών ενέσιμης χρήσης στους χρήστες ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία προκύπτουν έντονες διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά την επικράτηση της πρόσφατης ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών καθώς και τις διαφορετικές τάσεις σε βάθος χρόνου ([86]). Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι λιγότερο από το ήμισυ (43 %) αυτών που υποβάλλονται σε θεραπεία για χρήση ναρκωτικών για πρώτη φορά αναφέρουν πρόσφατη ενέσιμη χρήση σε σύγκριση με δύο στους τρεις (62 %) του συνόλου των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία (σταθμισμένοι μέσοι όροι). Σε ορισμένες χώρες (Ισπανία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία), ενέσιμη χρήση φαίνεται να κάνει σχετικά μικρό ποσοστό των χρηστών ηρωίνης, ενώ σε άλλες χώρες (Τσεχική Δημοκρατία, Σλοβενία, Φινλανδία) η ενέσιμη χρήση ηρωίνης παραμένει ο κανόνας. Σε αρκετά «παλαιά» μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών φαίνεται να μειώθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Ωστόσο, ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι σε ορισμένες άλλες χώρες (Γερμανία, Ιρλανδία, Φινλανδία) η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών φαίνεται να μην παρουσιάζει μείωση αλλά αντιθέτως τάση αύξησης, ενώ στα νέα κράτη μέλη, τουλάχιστον εκεί όπου υπάρχουν στοιχεία, όλοι σχεδόν οι χρήστες ηρωίνης φαίνεται να κάνουν ενέσιμη χρήση της ουσίας.

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ([87])

Παραγωγή, διακίνηση και κατασχέσεις οπιούχων

Το μεγαλύτερο μέρος του παράνομου οπίου και της παράνομης ηρωίνης προέρχεται από λιγοστές χώρες (UNODC, 2003α). Η παγκόσμια παραγωγή παράνομου οπίου το 2002 εκτιμάται σε περίπου 4 500 μετρικούς τόνους, εκ των οποίων 76 % προερχόταν από το Αφγανιστάν· από το υπόλοιπο το μεγαλύτερο μέρος προήλθε από τη Νοτιοανατολική Ασία, με ποσοστά περίπου 18 % από τη Μιανμάρ και 3 % από το Λάος. Η παγκόσμια παραγωγή

([86]) Βλέπε διάγραμμα 9 ΕΓ: Τάσεις στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

([87]) Βλέπε κεφάλαιο 3: Ερμηνεία των στοιχείων για τις κατασχέσεις και την αγορά (σ. 30).

οπίου παρέμεινε σταθερή κατά την τελευταία πενταετία, με εξαίρεση το 2001, όταν η απαγόρευση της καλλιέργειας της οπιούχου παπαρούνας που επέβαλε το καθεστώς των Ταλιμπάν στο Αφγανιστάν είχε ως αποτέλεσμα εντυπωσιακή, αλλά βραχύβια, πτώση της παραγωγής.

Η ηρωίνη που χρησιμοποιείται στην ΕΕ παράγεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν ή κατά μήκος των οδών διακίνησης του οπίου, ειδικότερα στην Τουρκία (UNODC, 2003a), και εισάγεται στην Ευρώπη από δύο σημαντικές οδούς διακίνησης. Η ιστορικά σημαντική βαλκανική οδός εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο λαθρεμπόριο ηρωίνης. Η μεταφορά γίνεται μέσω Πακιστάν, Ιράν και Τουρκίας και στη συνέχεια η οδός χωρίζεται σε ένα νότιο παρακλάδι που διέρχεται την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (ΠΓΔΜ), την Αλβανία, μέρος της Ιταλίας, τη Σερβία, το Μαυροβούνιο και τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, και σε ένα βόρειο παρακλάδι μέσω Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Ουγγαρίας και Αυστρίας. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η ηρωίνη εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη ολοένα και συχνότερα από τον λεγόμενο «δρόμο του μεταξιού» μέσω της Κεντρικής Ασίας, της Κασπίας θάλασσας και της Ρωσικής Ομοσπονδίας (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003· UNODC, 2003a· CND, 2004· INCB, 2004a). Μολονότι αυτές είναι οι σημαντικότερες οδοί, κατασχέσεις έχουν πραγματοποιηθεί περιστασιακά και αλλού, ακόμη και σε ορισμένες χώρες της Αφρικής και την Κολομβία.

Εκτός από την εισαγόμενη ηρωίνη, ορισμένες οπιούχες ουσίες παράγονται στην ΕΕ. Πρόκειται κυρίως για περιορισμένη παρασκευή προϊόντων παπαρούνας «κατ' οίκον» (π.χ. συμπυκνώματα παπαρούνας από το άλεσμα μίσχων και ανθέων παπαρούνας) σε ορισμένες ανατολικές χώρες της ΕΕ, όπως η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Λιθουανία και η Πολωνία. Σύμφωνα με ορισμένα στοιχεία, αυτά τα παρασκευαζόμενα «κατ' οίκον» προϊόντα έχουν αρχίσει να αντικαθίστανται την παράνομη αγορά από εισαγόμενη ηρωίνη.

Από άποψη όγκου, το 2002, η Ασία (52,5 %) και η Ευρώπη (28,1 %) εξακολούθησαν να αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της ηρωίνης που κατασχέθηκε παγκοσμίως (CND, 2004), οι δε κατασχέσεις ηρωίνης στην Ευρώπη πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε δυτικές χώρες. Από το 1998, το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η χώρα της ΕΕ με τον μεγαλύτερο αριθμό και τη μεγαλύτερη ποσότητα κατασχέσεων ηρωίνης, ακολουθούμενο από την Ισπανία ([88]). Το 2001, το Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποίησε το ένα τρίτο του συνολικού αριθμού κατασχέσεων ηρωίνης συγκεντρώνοντας το 40 % της συνολικής ποσότητας κατασχεθείσας ηρωίνης στην ΕΕ.

Οι ποσότητες κατασχεθείσας ηρωίνης ([89]) στην ΕΕ παρέμειναν σταθερές έως το 1998 και στη συνέχεια σημείωσαν αύξηση το 1999 και το 2000. Με βάση τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η συνολική ποσότητα ηρωίνης που κατασχέθηκε στην ΕΕ φαίνεται να παρέμεινε σταθερή από το 2000 ([90]), αν και ο αριθμός των κατασχέσεων ηρωίνης το 2002 μειώθηκε σε όλες τις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ([91]).

Ανησυχητική εξέλιξη αποτελούν οι πρόσφατες αναφορές σε διακίνηση φαιντανύλης, ενός συνθετικού οπιούχου που είναι έως 100 φορές ισχυρότερο από την ηρωίνη ([92]). Πρόσφατα, αναφέρθηκαν κατασχέσεις σε μερικές χώρες της Βαλτικής και στη Ρωσική Ομοσπονδία. Στη Σουηδία πραγματοποιήθηκαν δύο κατασχέσεις φαιντανύλης το 2002 και 23 το 2003. Στην Εσθονία, η φαιντανύλη και η μεθυλφαιντανύλη έκαναν την εμφάνισή τους στις αγορές των ναρκωτικών ως ουσίες υποκατάστασης της ηρωίνης στα τέλη του 2001, με αποτέλεσμα 68 κατασχέσεις φαιντανύλης και έντεκα κατασχέσεις μεθυλφαιντανύλης το 2002. Στη Φινλανδία, κατασχέθηκε το 2002 μεγάλο φορτίο 3-μεθυλφαιντανύλης προοριζόμενο για χονδρική πώληση. Στη Λιθουανία, εντοπίσθηκε φαιντανύλη σε έξι κατασχέσεις το 2002. Το Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών [INCB (2004a)] ανέφερε πρόσφατα την κατάσχεση 41 κιλών φαιντανύλης στην Ουκρανία και την εξάρθρωση τριών εργαστηρίων, όπου παρασκευαζόταν συνθετικά η ουσία. Σημαντική αύξηση της φαιντανύλης στην ευρωπαϊκή αγορά ναρκωτικών θα ήταν πολύ ανησυχητική, καθώς η εν λόγω ουσία δύναται να προκαλέσει πληθώρα προβλημάτων. Αυτό τονίζεται σε εκθέσεις των χωρών της Βαλτικής των τελευταίων δύο ετών σχετικά με θανάτους από υπερβολική δόση ναρκωτικών, όπου οι τοξικολογικές αναλύσεις διαπίστωσαν την παρουσία φαιντανύλης, συχνά σε συνδυασμό με ηρωίνη. Απαιτείται προσοχή καθώς η ουσία είναι δυνατόν να μην αναφέρεται, ιδίως εάν αναμειγνύεται με παράνομη ηρωίνη για την αύξηση της συνολικής της δραστικότητας. Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένες ανεπίσημες αναφορές σχετικά με τη χρήση εκτραπέντων προϊόντων φαιντανύλης· για παράδειγμα, στην Ελλάδα αναφέρθηκαν περιπτώσεις χρηστών ναρκωτικών που εξήγαν φαιντανύλη από αναλγητικά έμπλαστρα Durogesic®.

Η βουπρενορφίνη —οπιοειδές φάρμακο— φαίνεται να εμφανίζεται στη μαύρη αγορά ορισμένων χωρών της ΕΕ, όπως η Τσεχική Δημοκρατία, όπου το Subutex® εμφανίστηκε το 2002, και το Ηνωμένο Βασίλειο όπου αναφέρθηκαν κατασχέσεις τα τρία τελευταία χρόνια. Η Φινλανδία ανέφερε σημαντικές κατασχέσεις Subutex® το 2001 και το 2002 και η Νορβηγία ανέφερε μία μεγάλη κατάσχεση Temgesic® το 2002. Αυτό δεν εκπλήσσει ιδιαίτερα, καθώς η συνταγογράφηση βουπρενορφίνης αυξήθηκε σημαντικά σε πολλές χώρες. Ωστόσο, η σύνθεση της ουσίας είναι τέτοια ώστε να εμφανίζει μικρές δυνατότητες κατάχρησης, επομένως οι αναφορές αυτές χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Διεθνής δράση κατά της διακίνησης ηρωίνης

Η παγκόσμια συνεργασία αυξήθηκε προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πρόκληση της αυξημένης παραγωγής

([88]) Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2002. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης το 2002 για το Βέλγιο, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης όσο και για τις ποσότητες ηρωίνης που κατασχέθηκαν το 2002 για την Ιρλανδία, την Κύπρο, τη Μάλτα, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

([89]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([90]) Το στοιχείο αυτό πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία του 2002.

([91]) Όπ. π.

([92]) Αν η φαιντανύλη ληφθεί από χρήστη που πιστεύει ότι πρόκειται για ηρωίνη, ο κίνδυνος τοξικότητας είναι πολύ υψηλός.

ηρωίνης από το Αφγανιστάν (Europol, 2003). Από το 2002, το σχέδιο της Interpol NEHRO ([93]) επικεντρώνεται σε μια νέα οδό διακίνησης της ηρωίνης μεταξύ της Κεντρικής Ασίας και της Δυτικής Ευρώπης (Interpol, 2002· Europol, 2003). Η Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων (ΠΟΤ) ξεκίνησε επίσης την επιχείρηση «Ταμερλάνος», με σκοπό την ολοκλήρωση της επιβολής του νόμου με τη συμμετοχή των τελωνειακών και αστυνομικών αρχών και της συνοριοφυλακής σε όλες τις χώρες από τις οποίες διέρχεται ή με τις οποίες συνορεύει ο δρόμος του μεταξιού (ΠΟΤ, 2003α).

Κατά τη διάρκεια του 2003, η επιχείρηση «Topaz», διεθνές πρόγραμμα για την πρόληψη της εκτροπής οξικού ανυδρίτη, σημαντικής χημικής ουσίας που χρησιμοποιείται για την παρασκευή ηρωίνης, εντόπισε δίκτυα διακίνησης και εικονικές εταιρείες που συμμετείχαν στην εκτροπή του προϊόντος στην Ευρώπη. Στην επιχείρηση συμμετέχουν το Αφγανιστάν και άλλες ασιατικές χώρες. Η επιχείρηση «Topaz» είναι μία από τις πολλές διεθνώς συντονισμένες δραστηριότητες που στοχεύουν στις πρόδρομες χημικές ουσίες που είναι αναγκαίες για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών, καθώς και στα ίδια τα ναρκωτικά.

Τιμή και καθαρότητα της ηρωίνης

Στην Ευρώπη, η ηρωίνη εμφανίζεται με δύο μορφές: τη συνηθέστερα διαθέσιμη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης) και τη λιγότερο συνηθισμένη και πιο ακριβή λευκή ηρωίνη (άλας), που συνήθως προέρχεται από τη Νοτιοανατολική Ασία. Το 2002, στην ΕΕ, η μέση τιμή της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» αναφέρθηκε ότι κυμαινόταν μεταξύ 29 EUR ανά γραμμάριο στην Ουγγαρία και 161 EUR ανά γραμμάριο στη Σουηδία, ενώ η τιμή της λευκής ηρωίνης κυμαινόταν από 32 (Ουγγαρία) έως 213 (Σουηδία) EUR ανά γραμμάριο ([94]). Η διαφορά στην τιμή είναι πιθανό να απηχεί την καθαρότητα της πωλούμενης ουσίας. Στη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας, η μέση τιμή λιανικής πώλησης τόσο της καφέ όσο και της λευκής ηρωίνης παρέμεινε σταθερή ή μειώθηκε στις χώρες για τις οποίες αναφέρθηκαν στοιχεία, με εξαίρεση την Τσεχική Δημοκρατία, όπου αναφέρθηκε ότι οι τιμές αυξήθηκαν. Το 2002, η μέση τιμή της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» μειώθηκε σε έξι από τις συνολικά εννέα χώρες της ΕΕ που παρείχαν στοιχεία, ενώ η πλειονότητα των χωρών (τέσσερις εκ των έξι) ανέφερε αύξηση της μέσης τιμής της λευκής ηρωίνης.

Το 2002, η μέση καθαρότητα της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» στην ΕΕ κυμαινόταν από 10 % στο Λουξεμβούργο έως 43 % στην Ισπανία, ενώ η μέση καθαρότητα της λευκής ηρωίνης κυμαινόταν από 7 % στην Εσθονία και τη Φινλανδία έως 75 % στη Νορβηγία. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας, η καθαρότητα της ηρωίνης μειώθηκε ή παρέμεινε σταθερή στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Το 2001, η καθαρότητα της καφέ ηρωίνης αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες που ανέφεραν σχετικά στοιχεία (επτά εκ των δέκα), αλλά η τάση αυτή αναστράφηκε το 2002, έτος κατά το οποίο αναφέρθηκε σημαντική πτώση της μέσης καθαρότητας σε πέντε (από επτά) χώρες: Δανία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Νορβηγία. Η μέση καθαρότητα της λευκής ηρωίνης «στο δρόμο» μειώθηκε τόσο το 2001 όσο και το 2002, αλλά διαχρονικά στοιχεία όσον αφορά τις τάσεις είναι διαθέσιμα μόνο για τρεις χώρες (Δανία, Εσθονία, Φινλανδία).

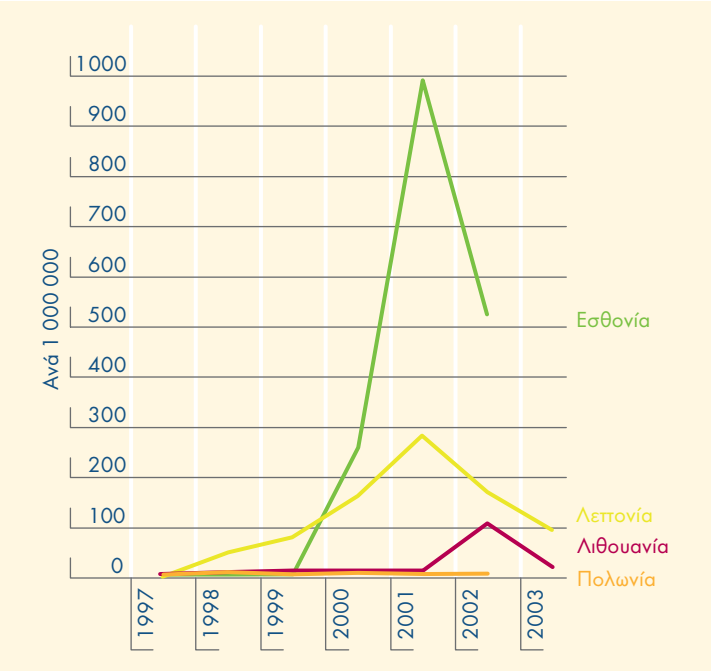
Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Ιός HIV

Η επιδημία του HIV εξαπλώνεται ταχέως σε ορισμένες από τις νέες χώρες μέλη της ΕΕ και τους γείτονές τους. Η Εσθονία, η Λεττονία, η Ρωσία και η Ουκρανία συγκαταλέγονται στις χώρες με την ταχύτερη ανάπτυξη της επιδημίας του HIV στον κόσμο. Τα ποσοστά επιπολασμού διαφέρουν σημαντικά στις άλλες νέες χώρες της ΕΕ, και ορισμένες εξακολουθούν να διατρέχουν κίνδυνο παρόμοιων επιδημικών εκρήξεων. Από τις «παλαιές» χώρες μέλη της ΕΕ, ορισμένες που είχαν καταφέρει μέχρι σήμερα να αποφύγουν μεγάλες επιδημίες του HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (ΧΕΝ) εμφανίζουν πλέον ενδείξεις αυξημένου κινδύνου.

Η ανάλυση των στοιχείων περιπτώσεων που αναφέρθηκαν παρέχει ενδείξεις ότι η επίπτωση του ιού HIV ανήλθε στο υψηλότερο επίπεδο στην Εσθονία και τη Λιθουανία το 2001 (991 και 281 κρούσματα ανά εκατ. κατοίκους αντίστοιχα), και ακολούθησε πτώση το 2002, σε επίπεδα τα οποία παραμένουν ωστόσο πολύ υψηλά (525 και 170 κρούσματα ανά εκατ. κατοίκους ετησίως) (διάγραμμα 13) (EuroHIV, 2004). Πιθανοί λόγοι για την παρατηρούμενη μείωση είναι τα σφάλματα στις αναφορές, ο κορεσμός των ΧΕΝ υψηλού κινδύνου ή/και η αλλαγή συμπεριφοράς. Από τις νέες χώρες μέλη της ΕΕ, η Εσθονία (6,2-13 %), η Λεττονία (6,6-14,6 %) και η Πολωνία (6,8-9,1 %) ανέφεραν τον υψηλότερο

Διάγραμμα 13: Αναφορές κρουσμάτων του ιού HIV που διαγνώστηκαν πρόσφατα σε ΧΕΝ ανά εκατ. σε μερικά νέα κράτη μέλη της ΕΕ



Πηγές: Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS (EuroHIV).

([93]) Βορειοευρωπαϊκή οδός διακίνησης της ηρωίνης.

([94]) Βλέπε Αγορές-πίνακας 14 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

επιπολασμό σε διαφορετικά εθνικά δείγματα ΧΕΝ που ελέγχθηκαν το διάστημα 2001-2003, ενώ τοπικό ρεκόρ 41 % (σε δείγμα 964 ΧΕΝ), 22 % (σε δείγμα 205 ΧΕΝ) και 29,7 % (σε δείγμα 165 ΧΕΝ) διαπιστώθηκε αντιστοίχως στις τρεις αυτές χώρες. Στην Εσθονία, στοιχεία για τον επιπολασμό του HIV από πολλαπλές πηγές δείχνουν να επιβεβαιώνουν μια πρόσφατη μείωση στους ΧΕΝ που ελέγχθηκαν (6,2 % το 2002 σε δείγμα 1 186 ΧΕΝ σε εθνικό επίπεδο, από 13 % σε δείγμα 2 078 το 2001). Στη Λεττονία, τα εθνικά στοιχεία από τα κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων δείχνουν επίσης μείωση του επιπολασμού στους ΧΕΝ που εξετάστηκαν (13,7 % το 2001 σε 6,6 % το 2003). Ωστόσο, στοιχεία από άλλες εθνικές πηγές (νοσοκομεία και στοιχεία συλλήψεων: 7,8 % το 2000 σε 14,6 % το 2002) και από τοπικές πηγές (διάφορα σημεία στην περιοχή της Ρίγας και του Τουκούμ: 18,3 % το 2000 σε 22 % το 2003) δείχνουν συνεχή αύξηση του επιπολασμού σε άλλα δείγματα εξετασθέντων ΧΕΝ. Στη Λιθουανία, το 2002 σημειώθηκε μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων του ιού HIV που αναφέρθηκαν πρόσφατα, λόγω σημαντικής επιδημικής έκρηξης σε φυλακή· ωστόσο, ο επιπολασμός στους ΧΕΝ παραμένει χαμηλός (το 2002 και το 2003: 1 % σε δείγμα 2 831 και 2,4 % σε δείγμα 1 112 ΧΕΝ από διαφορετικά περιβάλλοντα σε εθνικό επίπεδο, και 0,6 % σε δείγμα 641 ΧΕΝ και 0,4 % σε δείγμα 235 ΧΕΝ που συμμετείχαν σε πρόγραμμα ανταλλαγής συρίγγων στο Βίλνιους, αντίστοιχα). Η επιδημική έκρηξη στη φυλακή αποδεικνύει αφενός τον επείγοντα χαρακτήρα της εφαρμογής μέτρων πρόληψης στη χώρα αυτή και σε άλλες περιοχές όπου ο επιπολασμός στους ΧΕΝ είναι ακόμη χαμηλός και αφετέρου τον σημαντικό ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι φυλακές στη διάδοση του ιού HIV στους ΧΕΝ (Dolan, 1997-98· Dolan κ.ά., 2003).

Στην Πολωνία, τα εθνικά στοιχεία για τον επιπολασμό που προέρχονται από εργαστήρια του συστήματος δημόσιας υγείας παρέχουν ενδείξεις για μείωση του επιπολασμού στους ΧΕΝ, από 10,7 % (σε δείγμα 3 106 ΧΕΝ) το 2000 σε 6,8 % (σε δείγμα 2 626 ΧΕΝ) το 2002. Η μείωση αυτή συμφωνεί με την τάση των κρουσμάτων που αναφέρθηκαν πρόσφατα στους ΧΕΝ, ο αριθμός των οποίων μειώθηκε από το υψηλό ποσοστό του 8,6 ανά εκατ. κατοίκους το 2000 σε 5,1 και 6,9 το 2001 και το 2002 αντίστοιχα. Στοιχεία σχετικά με τον τοπικό επιπολασμό, ωστόσο, υποδηλώνουν επίσης υψηλό ποσοστό επιπολασμού στην περιοχή Πομόρσκι το 2002 (30 % σε δείγμα 165 ΧΕΝ υπό θεραπεία και στο δρόμο· 15 % από τα 69 άτομα του δείγματος στο δρόμο), αν και πρέπει να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός που παρατηρείται στους ΧΕΝ υπό θεραπεία μπορεί να οδηγεί σε υπερβολική εκτίμηση του επιπολασμού στο σύνολο των ΧΕΝ. Στις άλλες νέες χώρες της ΕΕ, ο επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ παρέμεινε πολύ χαμηλός το 2000-2001, παρόλο που στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα στοιχεία. Ο επιπολασμός του ιού HIV ήταν κατά μέσο όρο κάτω του 1 % στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία, ποσοστό παρόμοιο με αυτό που διαπιστώθηκε στις γειτονικές και υποψήφιες χώρες της ΕΕ Ρουμανία και Βουλγαρία (ΕΚΠΝΤ, 2003α). Μολονότι οι χώρες αυτές απέφυγαν μέχρι σήμερα επιδημίες του ιού HIV στους ΧΕΝ, η αυξητική τάση στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ενδέχεται να προκαλέσει αύξηση του επιπολασμού της μόλυνσης από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας στο εγγύς μέλλον, εάν δεν ληφθούν επαρκή μέτρα πρόληψης (βλέπε ενότητα σχετικά με τη μείωση των λοιμώξεων που συνδέονται με τα ναρκωτικά σ' αυτό το κεφάλαιο).

Στα «παλαιά» 15 μέλη της ΕΕ, η επιδημία του HIV στους ΧΕΝ φαίνεται να έχει σε μεγάλο βαθμό σταθεροποιηθεί ή να μειώνεται σύμφωνα με τα στοιχεία για τα αναφερθέντα κρούσματα του ιού HIV, με ποσοστά που το 2002 κυμαίνονταν από 1,3 νέα κρούσματα ανά εκατ. κατοίκους στην Ελλάδα σε 115,7 στην Πορτογαλία (όπου υπήρξε μείωση σε 88,4 το 2003) (EuroHIV, 2004). Ωστόσο, επειδή η εθνική αναφορά κρουσμάτων δεν έχει παγιωθεί στις χώρες με τις μεγαλύτερες επιδημίες που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, τα διαχρονικά δεδομένα τάσεων από τις αναφορές κρουσμάτων ενδέχεται να είναι παραπλανητικά σε επίπεδο ΕΕ ενώ τα στοιχεία σχετικά με τον οροθετικό επιπολασμό στους ΧΕΝ αποτελούν σημαντική συμπληρωματική πληροφορία. Τα διαθέσιμα στοιχεία για τον επιπολασμό σε εθνικό επίπεδο αφήνουν να διαφανούν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ, αλλά και στο εσωτερικό, των χωρών: από 0,1 % στη Φινλανδία (στοιχεία από προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων) έως 9,7-35 % στους χρήστες ναρκωτικών σε διάφορα εθνικά δείγματα στην Ισπανία (2001-2003) (διάγραμμα 14). Ο επιπολασμός στους εξετασθέντες ΧΕΝ παραμένει γενικά σταθερός ή εμφανίζει μείωση ([95]), μολονότι η σταθεροποίηση του επιπολασμού δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει πλέον μετάδοση του ιού, ενώ σε ορισμένες χώρες παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 σε τοπικό ή περιφερειακό επίπεδο. Επιπλέον, σε ορισμένες περιοχές, στις οποίες αναφέρθηκαν προηγουμένως αυξήσεις, δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα στοιχεία. Η αυξητική τάση του επιπολασμού υποδηλώνει ότι τα μέτρα πρόληψης σε αυτές τις περιοχές είναι ενδεχομένως ανεπαρκή, ακόμη και σε ορισμένες περιοχές όπου οι επιδημίες εμφανίστηκαν εδώ και καιρό. Η συνεχιζόμενη μετάδοση του ιού στους ΧΕΝ σε αρκετές περιοχές αποδεικνύεται περαιτέρω από τον υψηλό επιπολασμό στους νεαρούς (ηλικίας κάτω των 25 ετών) και στους ΧΕΝ που ξεκινούν τη χρήση (που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών λιγότερο από δύο χρόνια) (ΕΚΠΝΤ, 2003β) ([96]). Εκεί όπου ο επιπολασμός του ιού HIV παραμένει υψηλός στους ΧΕΝ, είναι σημαντικές οι συνεχείς προσπάθειες πρόληψης για την αποφυγή της μετάδοσης σε ΧΕΝ που ξεκινούν τη χρήση, σε σεξουαλικούς συντρόφους ΧΕΝ και από τη μητέρα στο παιδί.

Ηπατίτιδα Β και C και άλλες λοιμώξεις

Ο επιπολασμός αντισώματος ηπατίτιδας Β (6-85 %) και ηπατίτιδας C (HCV) (17-95 %) στους ΧΕΝ στην ΕΕ είναι γενικά εξαιρετικά υψηλός, γεγονός που υποδηλώνει μεγάλη αναγκαιότητα θεραπείας και πρόληψης (διάγραμμα 15). Ο επιπολασμός του HCV είναι χαμηλότερος (25-33 %) σε ορισμένες χώρες όπου ο επιπολασμός του ιού HIV είναι επίσης χαμηλός (κυρίως σε μερικές από τις νέες χώρες: Ουγγαρία, Σλοβενία, Σλοβακία), γεγονός που υποδηλώνει ότι η συμπεριφορά υψηλού κινδύνου δεν είναι πολύ διαδεδομένη στις χώρες αυτές. Αυτό σημαίνει ότι ενδέχεται

([95]) Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα στοιχεία αυτά και για τις πρωτότυπες πηγές, βλέπε Λοιμώδη νοσήματα-πίνακας 1 και Λοιμώδη νοσήματα-πίνακας 8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([96]) Όπ. π.

Διάγραμμα 14: Επιπολασμός (%) της μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών – μελέτες με εθνικό ή τοπικό εύρος κάλυψης 2001-2003

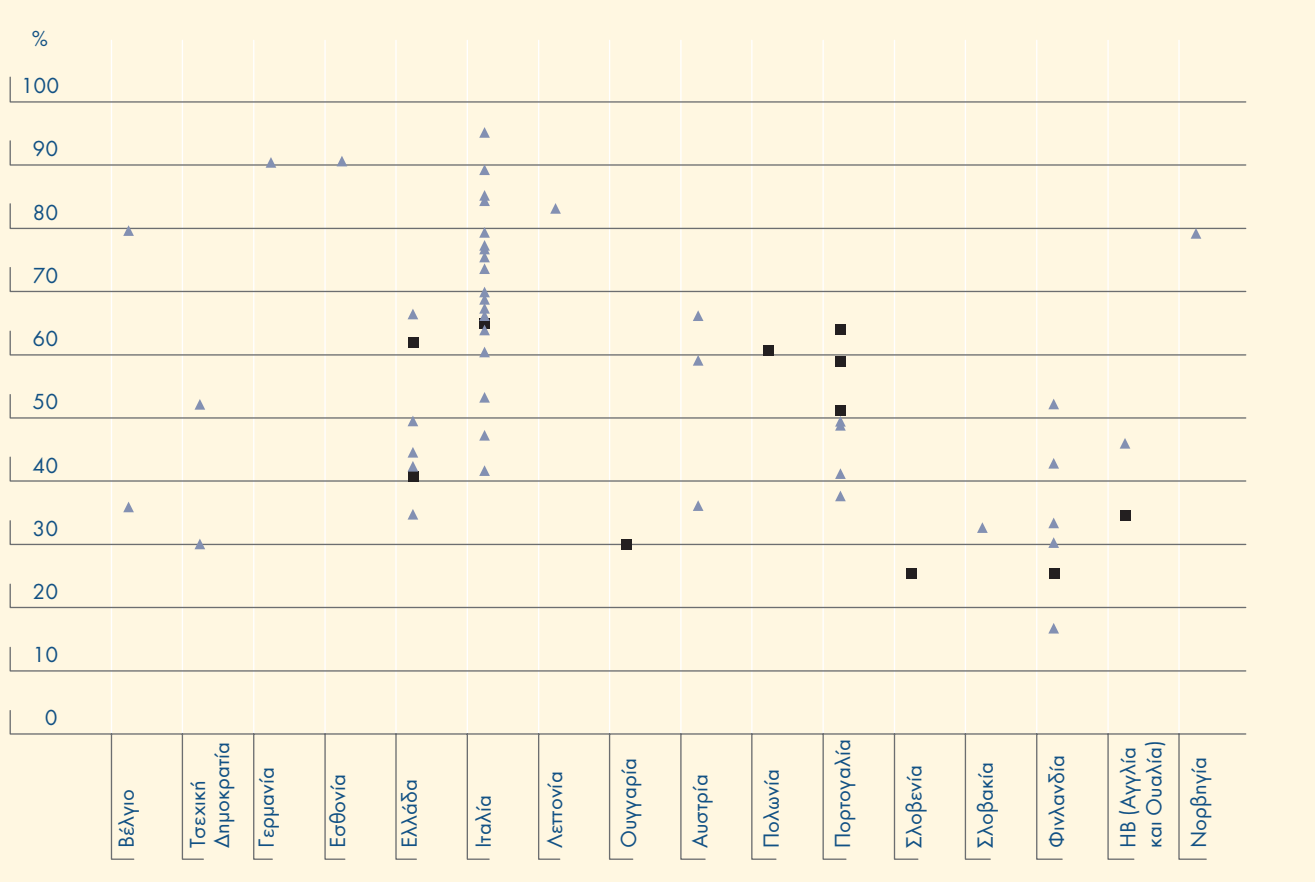
Σημειώσεις: ■ = δείγματα με εθνικό εύρος κάλυψης· ▲ δείγματα με τοπικό/περιφερειακό εύρος κάλυψης.
Οι διαφορές μεταξύ των χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών πλαισίων και/ή μεθόδων μελετών. Οι εθνικές στρατηγικές δειγματοληψίας ποικίλλουν.
Τα στοιχεία για την Πορτογαλία και την Ιταλία περιλαμβάνουν χρήστες μη ενέσιμων ναρκωτικών και ως εκ τούτου ενδεχομένως να υποεκτιμούν τον επιπολασμό στους ΧΕΝ (αναλογία μη ΧΕΝ στα δείγματα: Ιταλία: 5-10 %, Πορτογαλία: δεν υπάρχουν στοιχεία). Για τη Γαλλία αυτό ισχύει για μέρος του δείγματος.
Τα στοιχεία για τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ουγγαρία, την Πορτογαλία και τη Σλοβακία περιορίζονται στον επιπολασμό του ιού HIV σε ΧΕΝ που ακολουθούν θεραπεία και δεν είναι αντιπροσωπευτικά του επιπολασμού του ιού HIV σε ΧΕΝ που δεν ακολουθούν θεραπεία.
Τα στοιχεία για τη Γερμανία και το Λουξεμβούργο, και μέρος των στοιχείων για το Βέλγιο και τη Γαλλία, βασίζονται σε αποτελέσματα ελέγχου αυθόρμητων αναφορών και είναι λιγότερο αξιόπιστα από τους τεκμηριωμένους κλινικά ελέγχους.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox. Για πρωτογενείς πηγές, λεπτομερή στοιχεία μελετών και δεδομένα πριν από το 2001 βλέπε Μολυσματικές ασθένειες-πίνακας 8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

να είναι ακόμη πιθανή η πρόληψη της εξάπλωσης των νοσημάτων αυτών μέσω παρεμβάσεων για τη μείωση της βλάβης (βλέπε κατωτέρω).

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών είναι δυνατόν να αποτελεί την οδό για τη μετάδοση πολλών άλλων λοιμωδών νοσημάτων· για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια εκδηλώθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο επιδημικές εκρήξεις τετάνου συνδεόμενου με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και αλλαντίαση πληγών, πιθανώς σε σχέση με μολυσμένη ηρωίνη ή/και συγκεκριμένες πρακτικές ενέσιμης χρήσης (Hope κ.ά., 2004). Ο επιπολασμός της φυματίωσης στους ΧΕΝ στην ΕΕ φαίνεται να είναι γενικά χαμηλός και δεν παρουσιάζει αύξηση, με εξαίρεση ίσως τις χώρες της Βαλτικής (Migliori και Centis, 2002). Ωστόσο, τις γειτονικές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης καθίσταται ολοένα και σοβαρότερο πρόβλημα λόγω της αυξημένης αντοχής της στη θεραπεία και του πολύ υψηλού επιπολασμού της στους φυλακισμένους, πολλοί εκ των οποίων είναι χρήστες ναρκωτικών. Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις αποτελούν τόσο δείκτη σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου όσο και παράγοντα κινδύνου για μόλυνση από τον ιό HIV (Estebanez κ.ά., 2001). Επί του παρόντος, ο επιπολασμός σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων αυξάνει ταχέως σε αρκετές χώρες της ΕΕ, κυρίως στους ομοφυλόφιλους. Στους χρήστες ναρκωτικών, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι πολύ συνηθισμένες σε ορισμένες χώρες, π.χ. την Ιρλανδία και την Ιταλία (Giuliani και Suligoi, 2004), ενώ σε άλλες (π.χ. Σουηδία και Νορβηγία) αναφέρονται σπάνια· ωστόσο, στις περισσότερες

Διάγραμμα 15: Επιπολασμός του ιού HCV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών – μελέτες με εθνικό ή τοπικό εύρος κάλυψης 2001-2002



Σημειώσεις: ■ = δείγματα με εθνικό εύρος κάλυψης· ▲ = δείγματα με τοπικό/περιφερειακό εύρος κάλυψης.
Οι διαφορές μεταξύ των χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών πλαισίων και/ή μεθόδων μελετών. Οι εθνικές στρατηγικές δειγματοληψίας ποικίλλουν.
Τα στοιχεία για την Πορτογαλία και την Ιταλία περιλαμβάνουν χρήστες μη ενέσιμων ναρκωτικών και ως εκ τούτου ενδεχομένως να υποεκτιμούν τον επιπολασμό στους ΧΕΝ (αναλογία μη ΧΕΝ στα δείγματα: Ιταλία: 5-10 %, Πορτογαλία: δεν υπάρχουν στοιχεία). Για την Τσεχική Δημοκρατία αυτό ισχύει για ένα από τα δείγματα.
Τα στοιχεία για την Αγγλία και την Ουαλία και μέρος των στοιχείων για τη Φινλανδία βασίζονται σε εξετάσεις σιέλου που υποεκτιμούν τον επιπολασμό του ιού HCV.
Τα στοιχεία για το Βέλγιο, την Ιταλία, την Ουγγαρία, την Πορτογαλία, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία περιορίζονται στον επιπολασμό του ιού HCV σε ΧΕΝ που ακολουθούν θεραπεία και δεν είναι αντιπροσωπευτικά του επιπολασμού του ιού HCV σε ΧΕΝ που δεν ακολουθούν θεραπεία.
Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox. Για πρωτογενείς πηγές, λεπτομερή στοιχεία μελετών και δεδομένα πριν από το 2001 βλέπε Μολυσματικές ασθένειες-πίνακας 11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

χώρες δεν φαίνεται να υπάρχουν δεδομένα παρακολούθησης ειδικά για τους χρήστες ναρκωτικών. Προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα παρακολούθησης για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις ως δείκτης σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου στους ΧΕΝ, με σκοπό την εκτίμηση των πιθανοτήτων σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HIV (Wiessing και Kretzschmar, 2003), είναι σημαντικό να διαχωρίζονται οι ΧΕΝ ώστε να καθιστούν δυνατή την παρακολούθηση των τάσεων, ιδίως στην ομάδα αυτή. Γενικά, η επιδημιολογική κατάσταση των λοιμωδών νοσημάτων στους ΧΕΝ είναι σοβαρή. Επομένως, απαιτείται η συστηματική διενέργεια εξετάσεων των χρηστών κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και η εξασφάλιση επαρκών πόρων για πρόληψη και θεραπεία.

Μείωση των λοιμώξεων που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Από το 2001, υπήρξε περαιτέρω αύξηση στον αριθμό και στη γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής συρίγγων και βελονών σε αρκετά κράτη μέλη ([97]). Ειδικότερα, στην Εσθονία και τη Λεττονία παρατηρείται ταχεία επέκταση νέων υπηρεσιών, με την υποστήριξη τοπικών, εθνικών και διεθνών επιδοτήσεων για την αντιμετώπιση σημαντικών επιδημιών του ιού HIV. Στη Σκοτία, ο αριθμός των συρίγγων που ανταλλάχθηκαν σχεδόν τριπλασιάσθηκε στο διάστημα μεταξύ 1997 και 2002, και αναμένονται περαιτέρω αυξήσεις αφότου ο μέγιστος αριθμός συρίγγων αυξήθηκε σε 60 ανά επίσκεψη χρήστη, διευκολύνοντας την ανταλλαγή μεταξύ συνομηλίκων. Καλύπτοντας τις εναπομείνασες γεωγραφικές διαφορές στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, προγράμματα

([97]) Βλέπε πίνακα 6 ΕΓ: Παροχή και είδη προγραμμάτων ανταλλαγής συρίγγων και βελονών, συμμετοχή φαρμακείων, αριθμός διανεμηθεισών/πωληθεισών συρίγγων.

ανταλλαγής συρίγγων και βελονών έχουν πλέον θεσπισθεί και στη Βόρεια Ιρλανδία (στα φαρμακεία) και τη Φλάνδρα (Βέλγιο). Ωστόσο, στη Σουηδία, οι συζητήσεις σχετικά με την επέκταση των προγραμμάτων ανταλλαγής συρίγγων και βελονών βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη.

Όπου πραγματοποιήθηκαν μελέτες σχετικά με την πρόσβαση σε σύριγγες, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αγορά από τα φαρμακεία είναι ο συνηθέστερος τρόπος προμήθειας εξοπλισμού για ενέσιμη χρήση ναρκωτικών (π.χ. 30-45 % των συμμετεχόντων σε προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων και βελονών στο Βέλγιο, 32 % στο Λουξεμβούργο και 30-40 % στην Ουγγαρία). Σε τέσσερις χώρες, τα φαρμακεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανταλλαγή ή την παροχή συρίγγων: στην Ισπανία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο τα φαρμακεία ανταλλάσσουν τις σύριγγες δωρεάν, και στη Γαλλία τα επιδοτούμενα από το κράτος «stérikits» πωλούνται κυρίως σε φαρμακεία. Ως αποτέλεσμα της συμμετοχής των φαρμακείων, οι τέσσερις αυτές χώρες έχουν επιτύχει καλή γεωγραφική κάλυψη των σημείων ανταλλαγής βελονών. Στις άλλες χώρες, οι χρήστες ναρκωτικών αναγκάζονται να αγοράζουν τις σύριγγες (και άλλα σύνεργα), και η υψηλή τιμή τους σε ορισμένες χώρες είναι ένα ζήτημα που προβληματίζει ([98]).

Η Γαλλία και η Πορτογαλία αναφέρουν ότι ο αριθμός των συρίγγων που αποκτώνται από φαρμακεία μειώνεται. Στη Γαλλία, η πώληση συρίγγων μειώθηκε κατά 45 % στο διάστημα μεταξύ 1999 και 2002 από 16,5 σε εννέα εκατ. Οι μειώσεις αυτές δεν αντισταθμίστηκαν από αυξημένη δραστηριότητα στα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων και βελονών. Στις πιθανές εξηγήσεις για το φαινόμενο αυτό συγκαταλέγονται η αύξηση των μη ενέσιμων τρόπων χρήσης ναρκωτικών, η αυξημένη πρόσβαση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών σε θεραπείες υποκατάστασης ή ακόμη τα αυξημένα επίπεδα κοινής χρήσης συρίγγων (Emmanuelli, 2003).

Τα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων και βελονών είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν μέσω αρκετών διαφορετικών μεθόδων: από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, φαρμακεία και υπηρεσίες υγείας και παροχής κοινωνικών υπηρεσιών εν γένει, καθώς και μέσω κινητών σημείων ανταλλαγής (όπως ειδικά εξοπλισμένα λεωφορεία ή από εργαζομένους υπηρεσιών εκτός δομών) και ειδικών μηχανημάτων. Σε αρκετά νέα κράτη μέλη ιδίως (Τσεχική Δημοκρατία, Πολωνία, Σλοβενία και Βουλγαρία), αλλά και στο Βέλγιο, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η εργασία εκτός δομών με συνομηλίκους διαδραματίζει ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στην παροχή αποστειρωμένων συνέργων στους χρήστες ναρκωτικών (McVeigh κ.ά., 2003).

Εξελίξεις στη θεραπεία λοιμώξεων που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Τα υψηλά ποσοστά λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) που παρουσιάζονται στους χρήστες ναρκωτικών δημιουργούν ιδιαίτερη ανησυχία στους επαγγελματίες της υγείας. Ποσοστό 60-80 % των ατόμων που προσβάλλονται από τον ιό αποκτούν χρόνια πάθηση που οδηγεί σε ηπατική νόσο τελικού σταδίου σε 20 % των κρουσμάτων, ενώ η πρόσβαση των χρηστών ναρκωτικών σε θεραπεία για την ηπατίτιδα C είναι πολύ περιορισμένη. Στον δικτυακό τόπο του ΕΚΠΝΤ διατίθενται ηλεκτρονικά ένα δελτίο ενημέρωσης για θέματα πολιτικής και μια επιστημονική μονογραφία για την ηπατίτιδα C (ΕΚΠΝΤ, 2003γ· ΕΚΠΝΤ, 2004δ) ([99]).

Η κατάσταση σχετικά με τους χρήστες ναρκωτικών και την πρόσβασή τους σε ηπατική θεραπεία πρέπει να βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες. Δεδομένου ότι οι οδηγίες που αφορούν θέματα θεραπείας θεωρούνται ως σημαντικό εργαλείο για το συντονισμό της παροχής ιατρικής αγωγής, το ΕΚΠΝΤ διενήργησε ανάλυση σχετικά με τις οδηγίες για τη θεραπεία της λοίμωξης από τον ιό HCV στους χρήστες ναρκωτικών στις 15 «παλαιές» χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία το 2003/2004 ([100]). Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε πολλές χώρες γινόταν ήδη επανεξέταση των εθνικών οδηγιών η οποία λάμβανε υπόψη τις βελτιωμένες θεραπευτικές δυνατότητες και τα σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα που είχαν. Σε ορισμένες αναθεωρημένες οδηγίες γινόταν ρητή αναφορά στην έρευνα με την οποία τεκμηριωνόταν το όφελος που προκύπτει για τους χρήστες ναρκωτικών όταν η αγωγή χορηγείται από πολυεπιστημονικές ομάδες ηπατολόγων και εξειδικευμένων επιστημόνων στον κλάδο της χρήσης ναρκωτικών.

Το Διεθνές Ταμείο για την καταπολέμηση του HIV/AIDS, της φυματίωσης και της ελονοσίας (GFATM) πρόκειται να διαθέσει ειδική χρηματοδότηση για την παροχή αντιρετροϊικής θεραπείας σε ασθενείς στην Εσθονία και την υποψήφια για ένταξη στην ΕΕ Βουλγαρία. Ο προβλεπόμενος αριθμός των ατόμων στα οποία θα χορηγηθεί αντιρετροϊική θεραπεία είναι 500 στην Εσθονία και 200 στη Βουλγαρία (Γραμματεία GFATM, 2004).

Νέες τάσεις στην παροχή υπηρεσιών

Οι κύριες τάσεις στην παροχή υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης για τους χρήστες ναρκωτικών, οι οποίες επικεντρώθηκαν αρχικά στην ανταλλαγή συρίγγων και βελονών, περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση, σε μεγαλύτερο βαθμό, των υπηρεσιών αυτών μαζί με άλλες υπηρεσίες «επιβίωσης», όπως για παράδειγμα ξενώνες, υπηρεσίες ιατρικές και υγείας, καθώς και την επέκταση του ωραρίου εργασίας το βράδυ, κατά τη διάρκεια της νύχτας και το σαββατοκύριακο.

Οι ολλανδικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών, έχοντας μπροστά τους έναν διαρκώς μεγαλύτερο αριθμό χαοτικών χρηστών ναρκωτικών που δεν έδειχναν καμία διάθεση να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες αυτές, στρέφονται σε μια προσπάθεια πειθούς με «φιλικό» τρόπο, ώστε να καταφέρουν να προσελκύσουν χρήστες ναρκωτικών οι οποίοι συνήθως είναι απρόσιτοι και να τους εντάξουν σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Η προσέγγιση αυτή – που καλείται «προσεταιριστική» φροντίδα– παρέχει δυναμικές υπηρεσίες υγείας εκτός δομών σε μια ευπαθή ομάδα ανθρώπων με πολλαπλά προβλήματα, οι οποίοι παρά την κρίσιμη κατάστασή τους που απειλεί πολύ σοβαρά την ποιότητα ζωής τους δεν απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περίθαλψης (Roeg κ.ά., 2004).

Η επαφή με τους χρήστες ναρκωτικών και τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο είναι θεμελιώδης για τη μετάδοση μηνυμάτων εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και την πρόληψη βλαβών της υγείας που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Αυτό επιτεύχθηκε σε υψηλό βαθμό στην Τσεχική Δημοκρατία, όπου

([98]) Βλέπε πίνακα 7 ΕΓ: Τιμές ευρέως χρησιμοποιούμενων τύπων σύριγγας (με βελόνα) σε ευρώ.

([99]) Πλαίσιο 4 ΕΓ: Βασικά θέματα ηπατίτιδας C στα οποία παρουσιάζονται οι διαπιστώσεις τριών πρόσφατων δημοσιεύσεων του ΕΚΠΝΤ για την ηπατίτιδα C.

([100]) Ανάλυση των οδηγιών για τη θεραπεία της λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C σε σχέση με την προσβασιμότητα των χρηστών ναρκωτικών σε θεραπεία.

ένα πυκνό δίκτυο 93 υπηρεσιών διασκορπισμένων σε όλη τη χώρα προσέγγισε περισσότερους από 22 000 μεμονωμένους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών το 2002 – περισσότερο από το ήμισυ του εκτιμώμενου πληθυσμού προβληματικών χρηστών ναρκωτικών (εθνική έκθεση της Τσεχικής Δημοκρατίας, 2003, σ. 35).

Αρκετές άλλες χώρες αναγνωρίζουν το ρόλο των υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης ως πλατφόρμας για την παροχή βασικής ιατρικής περίθαλψης, όπως για τη θεραπεία πληγών και αποστημάτων (π.χ. οι «επιτόπιοι σταθμοί περίθαλψης» στη Νορβηγία). Στη Φινλανδία, οι ιατρικές υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, που ονομάζονται «κέντρα συμβουλευτικής στον τομέα της υγείας», διενεργούν με επιτυχία εκστρατείες εξετάσεων και εμβολιασμού. Η ευκαιρία ιατρικής περίθαλψης είναι ελκυστική ακόμη και για τους χρήστες ναρκωτικών οι οποίοι δύσκολα προσεγγίζονται διαφορετικά, ενώ η επαφή με το ιατρικό προσωπικό –πέρα από τις ευκαιρίες που παρέχει η ανταλλαγή συρίγγων και βελονών– δίνει τη δυνατότητα απόκτησης πληροφοριών και παραπομπής σε υπηρεσίες π.χ. συμβουλευτικές σε θέματα που αφορούν τον ιό HIV και τον έλεγχο οροθετικότητας, την ιατρική περίθαλψη και τη θεραπεία απεξάρτησης (ΕΚΠΝΤ, 2004α).

Η αναγκαιότητα υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης είναι μεγαλύτερη σε χώρες με «παλαιότερες» επιδημίες, όπου οι μακροχρόνιοι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα υγείας και είναι περισσότερο περιθωριοποιημένοι και κοινωνικά αποκλεισμένοι. Το αυξανόμενο φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενδέχεται επίσης να απηχεί μια μεγαλύτερη εξάρτηση της συγκεκριμένης ομάδας από αυτές τις υπηρεσίες.

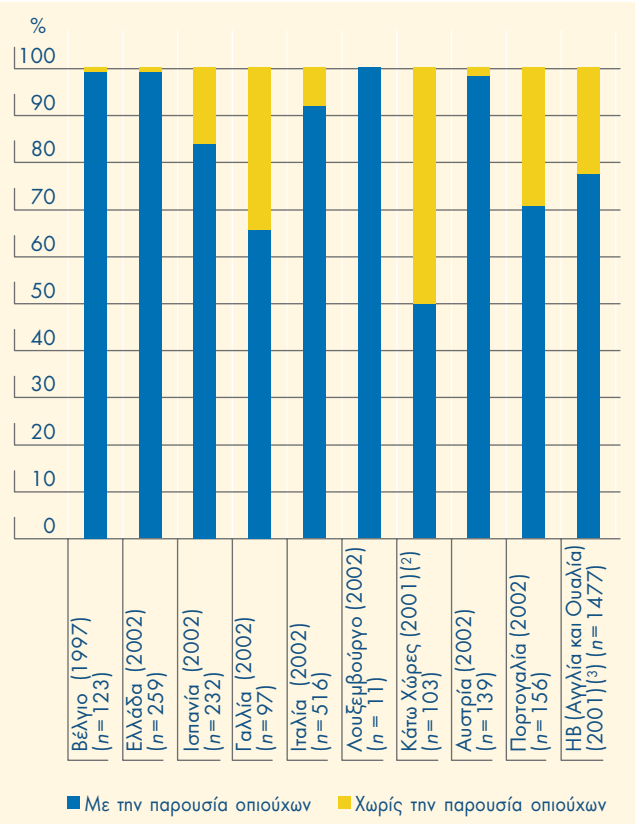
Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι ([101])

Οπιούχα ανιχνεύονται στις περισσότερες περιπτώσεις «συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων» ([102]), οφειλόμενων σε παράνομες ουσίες, οι οποίες αναφέρονται στην ΕΕ, μολονότι σε πολλές περιπτώσεις κατά την τοξικολογική εξέταση εντοπίζονται και άλλες ουσίες (διάγραμμα 16) ([103]).

Μεταξύ 1995 και 2001, οι χώρες της ΕΕ ανέφεραν κάθε χρόνο 8 000-9 000 θανάτους από υπερβολική δόση ναρκωτικών ([104]). Τα στοιχεία αυτά μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούν ελάχιστες εκτιμήσεις, καθώς είναι πιθανό στις περισσότερες χώρες ο αριθμός των γνωστοποιούμενων θανάτων να υπολείπεται σε κάποιο βαθμό του πραγματικού. Η πλειονότητα των θυμάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών είναι νεαροί άνδρες (70-93 %) στο τέλος της τρίτης δεκαετίας ή στην τέταρτη δεκαετία της ζωής τους, ο δε μέσος όρος ηλικίας κυμαίνεται μεταξύ 31 και 40 ετών. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, παρατηρείται μια τάση γήρανσης των θυμάτων, γεγονός που υποδηλώνει γήρανση της κοορτής ([105]). Στη Φινλανδία και σε μικρότερο βαθμό στην Ελλάδα και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν παρατηρείται τέτοια τάση, διαπίστωση που απαιτεί προσοχή καθώς ενδέχεται να υποδηλώνει αυξημένη επίπτωση ενέσιμης χρήσης ή χρήσης οπιούχων τα τελευταία χρόνια (διάγραμμα 17).

Υπάρχουν τακτικές αναφορές από διάφορες χώρες της ΕΕ σχετικά με θύματα συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων

Διάγραμμα 16: Ποσοστό συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων με ή χωρίς την παρουσία οπιούχων σε μερικές χώρες της ΕΕ το 2001-02 ([1])



([1]) Ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες.
([2]) Στις Κάτω Χώρες, ορισμένες περιπτώσεις «χωρίς οπιούχα» αφορούν «άλλα μη καθοριζόμενα ναρκωτικά» ή «άλλα μη καθοριζόμενα ψυχοδυσλληπτικά», και επομένως θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν περιπτώσεις χρήσης οπιούχων και περιπτώσεις που οφείλονται σε κοκαΐνη.
([3]) Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι τοξικολογικές πληροφορίες βασίζονται στο μητρώο np-SAD (St George's Hospital Medical School) βάσει εκθέσεων ιατροδικαστών. Αναφέρονται περιπτώσεις με ένα τουλάχιστον οπιοειδές· ενδεχομένως να υπάρχει μερική αλληλεπικάλυψη και το συνολικό ποσοστό να είναι χαμηλότερο.

Σημειώσεις: Σε ορισμένες χώρες, οι «εθνικοί ορισμοί» για τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους περιλαμβάνουν έναν μικρό αριθμό περιπτώσεων θανάτων που συνδέονται έμμεσα με τη χρήση ναρκωτικών.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003, από εθνικά ληξιαρχικά στοιχεία θανάτων ή ειδικά μητρώα (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά). Με βάση τους εθνικούς ορισμούς που παρουσιάζονται στις μεθοδολογικές σημειώσεις με τίτλο «Ορισμοί του συνδεόμενου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου στα κράτη μέλη της ΕΕ». Βλέπε επίσης Θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([101]) Για επισκόπηση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, βλέπε «Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα των χρηστών ναρκωτικών» στην περυσινή Ετήσια Έκθεση (ΕΚΠΝΤ, 2003β).

([102]) Βλέπε Μεθοδολογικές σημειώσεις «Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι – ορισμός ΕΚΠΝΤ» στο δελτίο στατιστικών στοιχείων. Βλέπε το πρωτόκολλο του ΕΚΠΝΤ για τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).

([103]) Βλέπε Θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([104]) Βλέπε Θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά-πίνακας 2 και Θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά-πίνακας 3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

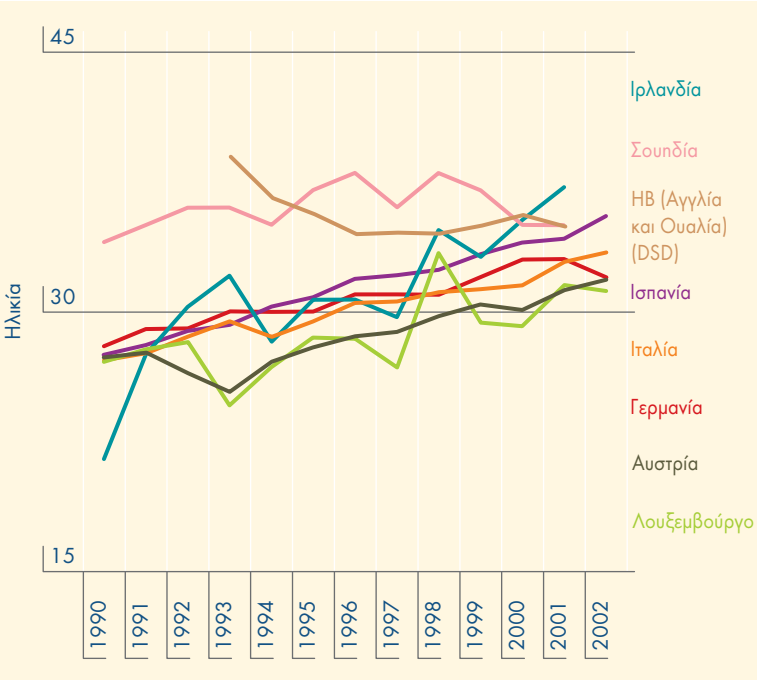
([105]) Βλέπε διάγραμμα 10 ΕΓ: Εξέλιξη του ποσοστού των ατόμων ηλικίας άνω των 35 ετών στους αιφνίδιους θανάτους που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ από το 1990 έως το 2001-02.

στα οποία εντοπίζεται μεθαδόνη. Όπως κάθε οπιούχος ουσία, η μεθαδόνη είναι δυνητικά τοξική ουσία, αλλά η έρευνα δείχνει σαφώς ότι η θεραπεία υποκατάστασης μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από υπερβολική δόση στα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα. Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι ο θάνατος είναι πιθανότερο να συνδέεται με παράνομη παρά με συνταγογραφημένη χρήση μεθαδόνης, ενώ άλλες διαπίστωσαν υψηλότερο κίνδυνο κατά τα αρχικά στάδια της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν την αναγκαιότητα διασφάλισης προτύπων ποιότητας για τα προγράμματα υποκατάστασης.

Τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά αιφνίδιους θανάτους

Οι τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Ωστόσο θα

Διάγραμμα 17: Μέση ηλικία θυμάτων σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, 1990-2002



Σημειώσεις: Στο διάγραμμα παρουσιάζονται χώρες που υπέβαλαν στοιχεία για τη μέση ηλικία των θυμάτων τα περισσότερα από τα χρόνια της περιόδου που καλύπτεται.
Βλέπε επίσης διάγραμμα 10 ΕΓ: Εξέλιξη του ποσοστού των ατόμων ηλικίας άνω των 35 ετών στους θανάτους που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ από το 1990 έως το 2001-2002.
Οι πληροφορίες βασίζονται σε εθνικούς ορισμούς όπως αυτοί παρουσιάζονται στις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους εθνικούς ορισμούς του συνδεόμενου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου. Στην Αγγλία και την Ουαλία χρησιμοποιείται ο «ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά» (DSD) (δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004).
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003, από εθνικά ληξιαρχικά στοιχεία θανάτων ή ειδικά μητρώα (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά).

μπορούσαν να παρουσιαστούν ορισμένες γενικές τάσεις για τις χώρες της ΕΕ. Γενική και σημαντική αύξηση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ([106]). Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1990-2000, παρά τις μειώσεις που καταγράφηκαν σε ορισμένες χώρες, η γενική αυξητική τάση συνεχίσθηκε, αν και σε χαμηλότερο ρυθμό. Το 2000, αναφέρθηκαν 8 838 θάνατοι έναντι 6 284 το 1990 (αύξηση 40 %).

Μεταξύ 2000 και 2001-2002, πολλές χώρες της ΕΕ ανέφεραν μείωση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις (Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία και Πορτογαλία) ήταν στατιστικά σημαντική. Στη Νορβηγία, οι αστυνομικές αρχές ανέφεραν σημαντική μείωση στους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους το 2002. Σε επίπεδο ΕΕ παρατηρήθηκε γενική μείωση μεταξύ 2000 (8 838 περιστατικά) και 2001 (8 306 περιστατικά), η οποία συνιστά περιορισμένη, αλλά στατιστικά σημαντική, μείωση (6 %) (διάγραμμα 18) ([107]).

Αυξημένη τάση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων ενδέχεται να αναμένεται στα νέα κράτη μέλη ή στις υποψήφιες χώρες. Επί του παρόντος, η ποιότητα των πληροφοριών σχετικά με συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους σε ορισμένες από αυτές τις χώρες είναι πολύ χαμηλή και οι παρατηρούμενες τάσεις πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Η Εσθονία και η Σλοβενία εμφανίζουν αυξητική τάση, ενώ δεν παρατηρείται συγκεκριμένη τάση στη Βουλγαρία και την Τσεχική Δημοκρατία.

Παρά τους ευνοϊκούς παράγοντες, όπως υποχώρηση της χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών σε αρκετές χώρες και αύξηση της παρεχόμενης θεραπείας, η μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων που παρατηρείται τα δύο τελευταία χρόνια είναι χαμηλή (ανύπαρκτη σε ορισμένες χώρες) και τα τρέχοντα αριθμητικά στοιχεία, εξεταζόμενα με μακροπρόθεσμη προοπτική, παραμένουν υψηλά.

Συνολική θνησιμότητα στους χρήστες οπιούχων

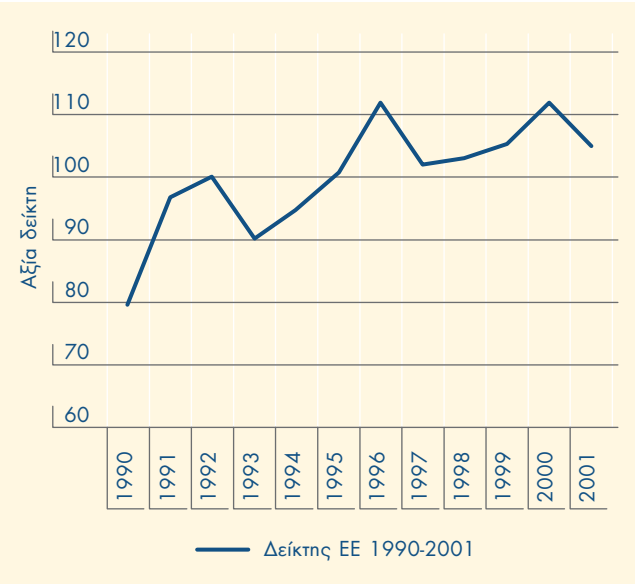
Μελέτες κοορτής σχετικά με τη θνησιμότητα δείχνουν ότι η θνησιμότητα στους χρήστες οπιούχων είναι έως και 20 φορές υψηλότερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας. Το ΕΚΠΝΤ συντονίζει ένα συνεργατικό σχέδιο κοορτών θνησιμότητας σε οκτώ χώρες, τα προκαταρκτικά αποτελέσματα του οποίου παρουσιάστηκαν σε προηγούμενες εκθέσεις του ΕΚΠΝΤ. Διενεργούνται περαιτέρω αναλύσεις, με την προσθήκη κοορτών από τη Γαλλία και τη Σκοτία. Τα αποτελέσματα αναμένεται να παρουσιαστούν σε μελλοντικές ετήσιες εκθέσεις.

Μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έχουν αυξηθεί οι γνώσεις σχετικά με τους κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες κινδύνου, τους κινδύνους θανάτου συνδεόμενου με τα ναρκωτικά και τις περιστάσεις υπό τις οποίες είναι πιθανό να επέλθει ένας τέτοιος θάνατος, ιδίως με τη θανάσιμη υπερβολική δόση ηρωίνης (π.χ. Best κ.ά., 2000·

([106]) Βλέπε διάγραμμα 11 ΕΓ: Μακροπρόθεσμες τάσεις στην ΕΕ σχετικά με τους άμεσα συνδεόμενους με τη χρήση ναρκωτικών αιφνίδιους θανάτους (1985-2001).
([107]) Βλέπε επίσης διάγραμμα 12 ΕΓ: Τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά αιφνίδιους θανάτους στις διάφορες χώρες της ΕΕ και στο σύνολο της ΕΕ 1985-2001. Για το Ηνωμένο Βασίλειο βλέπε επίσης τις «Μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους εθνικούς ορισμούς των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων» (δελτίο στατιστικών στοιχείων), «Ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά» και «Παραδοσιακός ορισμός της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας». Ο ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά παράγει εκτιμήσεις οι οποίες συνδέονται πολύ στενά με τον πρότυπο ευρωπαϊκό ορισμό του ΕΚΠΝΤ («Επιλογή Β»).

Διάγραμμα 18: Μεταβολές στον αριθμό των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων – Σύνολο ΕΕ και Νορβηγίας 1990-2001 (Δείκτης με βάση το 100 για τον μέσο όρο για το διάστημα 1990-2001)



Σημειώσεις: Λόγω έλλειψης στοιχείων, ο δείκτης για το 2002 δεν έχει υπολογιστεί. Οι τάσεις για κάθε χώρα παρουσιάζονται στο διάγραμμα 11 ΕΓ. Στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των περιπτώσεων ανά χώρα παρουσιάζονται στους Θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά-πίνακας 2 και πίνακας 3 (δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004).
Στο Ηνωμένο Βασίλειο, χρησιμοποιούνται τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ONS) διότι καλύπτουν μεγαλύτερη χρονική περίοδο.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003, από εθνικά ληξιαρχικά στοιχεία θανάτων ή ειδικά μητρώα (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά). Βασίζονται σε εθνικούς ορισμούς όπως αυτοί παρουσιάζονται στις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους εθνικούς ορισμούς του συνδεόμενου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου (δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004).

2001· Origer και Delucci, 2002). Τα πορίσματα των σχετικών ερευνών αφήνουν να διαφανούν οι σημαντικές δυνατότητες των ιατρικών και εκπαιδευτικών μεθόδων να συμβάλουν στη μείωση του αριθμού των θανάτων. Η μείωση των θανάτων που οφείλονται σε υπερβολική δόση ναρκωτικών που παρατηρήθηκε πρόσφατα σε αρκετές χώρες (Γαλλία, Ισπανία) αποδίδεται στην αυξημένη διαθεσιμότητα της θεραπείας υποκατάστασης (π.χ. στη Γαλλία: εθνική έκθεση 2002, 2003) καθώς και σε αλλαγές στον τρόπο χορήγησης, με μείωση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (ΕΚΠΝΤ, 2004β).

Η μείωση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων αποτελεί στόχο σε ευρωπαϊκό επίπεδο (στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2000-2004, στόχος 2), καθώς και σε αυξανόμενο αριθμό εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά στα κράτη μέλη ([108]).

Η διάδοση πληροφοριών και εκπαιδευτικού υλικού στους χρήστες ναρκωτικών και στα κοινωνικά τους δίκτυα σχετικά με τους κινδύνους και τη διαχείριση της λήψης υπερβολικής δόσης ναρκωτικών (ενημερωτικά δελτία, αφίσες, φυλλάδια ή βίντεο) αποτελεί συνήθη πρακτική στα περισσότερα «παλαιά» κράτη μέλη, αλλά δεν είναι συνηθισμένη στα νέα. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης βάσει αποδεικτικών στοιχείων, όπως η παρέμβαση συνομηλίκων σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών που συνδέονται με τα ναρκωτικά και η ενθάρρυνση της κλήσης ασθενοφόρων από τους χρήστες ναρκωτικών που ενδέχεται να είναι παρόντες σε λήψη υπερβολικής δόσης ναρκωτικών, αναφέρονται από αρκετές χώρες, αλλά δεν υπάρχουν συστηματικές πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο παροχής τέτοιων μαθημάτων. Η διανομή ενός ανταγωνιστή οπιούχων (ναλοξόνη) στους χρήστες ναρκωτικών είναι ένα από τα μέτρα που λαμβάνονται ή εξετάζονται σε ορισμένες χώρες για τη μείωση των θανάτων που οφείλονται σε υπερβολική δόση ([109]).

Σε ορισμένες χώρες, υπάρχουν εγκαταστάσεις επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών για χρήστες που συχνάζουν σε πιάτσες ναρκωτικών και διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να πάρουν υπερβολική δόση: τέτοιες υπηρεσίες υπάρχουν στη Γερμανία, την Ισπανία και τις Κάτω Χώρες, και προετοιμάζονται στο Λουξεμβούργο, τη Σλοβενία και τη Νορβηγία. Εάν η κάλυψη είναι επαρκής, οι αίθουσες αυτές μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στις πόλεις.

Ένα σχέδιο βασισμένο σε υπηρεσίες έκτακτων περιστατικών στην Αυστρία απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών που λαμβάνουν συχνά υπερβολική δόση ναρκωτικών ([110]).

Αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης

«Αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών», δηλαδή εγκαταστάσεις στις οποίες οι καταγεγραμμένοι χρήστες ναρκωτικών μπορούν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά σε συνθήκες υγιεινής, υπό την επίβλεψη ειδικευμένου προσωπικού και χωρίς το φόβο της σύλληψης, λειτουργούν σε τριάντα εννέα ευρωπαϊκές πόλεις. Στην έκθεση του ΕΚΠΝΤ με τίτλο *European report on drug consumption rooms*) (Ευρωπαϊκή έκθεση για τις αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών) (ΕΚΠΝΤ, 2004α) περιγράφεται τι είναι οι αίθουσες χρήσης, γιατί και πώς προέκυψαν, οι συγκεκριμένες ομάδες στόχοι για τις οποίες προορίζονται οι εγκαταστάσεις, οι στόχοι και η λειτουργία τους. Στην έκθεση συνοψίζονται τα διαθέσιμα στοιχεία.

Ως άκρως εξειδικευμένες υπηρεσίες, ενταγμένες στο ευρύτερο δίκτυο των υπηρεσιών για τους χρήστες ναρκωτικών, οι αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης βασίζονται στη συναίνεση και την ενεργή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, των αστυνομικών αρχών και των αρχών αυτοδιοίκησης. Στην έκθεση διαπιστώνεται η επιτυχία των χώρων αυτών ως προς τη δημιουργία επαφών με μια εξαιρετικά προβληματική ομάδα χρηστών και την προώθηση της πρόσβασής τους στην αναγκαία πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, καθώς και τις κοινωνικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Η πρόσβαση που παρέχεται σε καθαρά σύνεργα ενέσεων και το επιτηρούμενο περιβάλλον στο οποίο γίνεται η χρήση συμβάλλουν στη μείωση των κινδύνων νοσηρότητας και θανάτου, καθώς και στη μείωση της όχλησης του κοινού που προκαλεί η χρήση ναρκωτικών σε δημόσιους χώρους.

([108]) Βλέπε πίνακα 8 ΕΓ: Στρατηγικές και επιλεγμένα μέτρα για τη μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα 25 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία.
([109]) Όπ.π.
([110]) Βλέπε υπεύθυνο επικοινωνίας του σχεδίου EDDRA στην Αυστρία στη βάση δεδομένων EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Κεφάλαιο 7

Θεραπεία: κάλυψη των αναγκών των προβληματικών χρηστών

Πολλοί προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών μπορούν να ωφεληθούν απευθυνόμενοι σε κάποια υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα παρέχεται ευρύ φάσμα επιλογών θεραπείας που διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα με την ιστορία και τις παραδόσεις της καθώς και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που χρειάζεται βοήθεια. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνοψίζονται στη συνέχεια. Το εύρος των διαθέσιμων επιλογών θεραπείας διαφέρει από χώρα σε χώρα και, σε γενικές γραμμές, είναι μικρότερο στα νέα κράτη μέλη. Ωστόσο, γίνονται συνεχείς επενδύσεις για την αύξηση των υπηρεσιών του τομέα αυτού και φαίνεται να υπάρχει βελτίωση των παρεχόμενων ευκαιριών στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ναρκωτικών.

Μια νέα εξέλιξη στον τομέα αυτόν είναι η χρήση των δυνατοτήτων επικοινωνίας που προσφέρει η νέα τεχνολογία, όπως το Διαδίκτυο, για τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους χρήστες ναρκωτικών. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο ρόλο του Διαδικτύου στην προβολή της χρήσης παράνομων ναρκωτικών και είναι θετικό το γεγονός ότι ορισμένες χώρες, όπως οι Κάτω Χώρες και η Φινλανδία, έλαβαν πρωτοβουλίες για τη διερεύνηση των δυνατοτήτων αξιοποίησης του μέσου αυτού για τη βελτίωση των διαθέσιμων επιλογών πληροφόρησης και θεραπείας. Στις σχετικές δραστηριότητες περιλαμβάνονται η εκμετάλλευση των δυνατοτήτων άμεσης επικοινωνίας που παρέχουν το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και η κινητή τηλεφωνία, καθώς και η διερεύνηση της δυνατότητας αξιοποίησης της ηλεκτρονικής συμβουλευτικής και των υπηρεσιών SMS (σύντομων γραπτών μηνυμάτων) προς όφελος των χρηστών ναρκωτικών.

Γενική τάση σε ολόκληρη την επικράτεια της ΕΕ είναι η στροφή από τη θεραπεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα προς κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων με τη μορφή κοινότητας. Η εξέλιξη αυτή είναι λιγότερο εμφανής στα νέα κράτη μέλη όπου προγράμματα θεραπείας εξακολουθούν να παρέχουν κατά κύριο λόγο τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Εσθονία, Λεττονία, Λιθουανία, Σλοβενία), αν και αυτό αλλάζει σταδιακά σε ορισμένες χώρες – για παράδειγμα στην Τσεχική Δημοκρατία παρέχονται και οι δύο επιλογές.

Χαρακτηριστικά των διαφόρων τύπων θεραπευτικών υπηρεσιών

Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα

Η θεραπεία χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών (στεγνά θεραπευτικά προγράμματα) περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για την επίτευξη μακρόχρονης αποχής από τα ναρκωτικά. Παραδοσιακά, τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα είναι εσωτερικής διαμονής και διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα, π.χ. σε θεραπευτικές κοινότητες. Σήμερα, χρησιμοποιούν συχνά και την κοινότητα ως βάση. Φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση για την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων. Τα φάρμακα αυτά συνήθως είναι αντικαταθλιπτικά ή/και βενζοδιαζεπίνες, αν και σε ορισμένες θεραπευτικές κοινότητες δεν παρέχονται τέτοιες φαρμακευτικές ουσίες ([111]).

Η θεραπεία με ιατρική υποστήριξη παρέχεται συνήθως μόνο σε χρήστες οπιοειδών, ενώ σε γενικές γραμμές τα στεγνά προγράμματα είναι η μόνη επιλογή θεραπείας για χρήστες μη οπιοειδών ουσιών.

Θεραπεία με ιατρική υποστήριξη

Η θεραπεία απεξάρτησης με ιατρική υποστήριξη περιλαμβάνει τόσο θεραπεία υποκατάστασης με αγωνιστές όσο και με ανταγωνιστές. Η φαρμακευτική παρέμβαση του είδους αυτού περιλαμβάνει συνήθως χρήση ναλτρεξόνης (ανταγωνιστής) ή ενός από τους ακόλουθους οπιοειδείς αγωνιστές: μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, διυδροκωδεΐνη, ηρωίνη, μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης.

Η μεθαδόνη παραμένει η συχνότερα συνταγογραφούμενη ουσία υποκατάστασης στη διευρυμένη ΕΕ, αν και τα τελευταία χρόνια οι θεραπευτικές επιλογές έχουν αυξηθεί. Το 2002 όλα τα «παλαιά» κράτη μέλη εκτός από τις Κάτω Χώρες και την Ιρλανδία (όπου χρησιμοποιείται μόνο για λόγους αποτοξίνωσης) ([112]) ανέφεραν τη χρήση βουπρενορφίνης. Άλλες ουσίες υποκατάστασης, όπως η διυδροκωδεΐνη (Βέλγιο, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Αυστρία), η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης (Αυστρία) και η ηρωίνη (Γερμανία, Κάτω Χώρες, Ηνωμένο Βασίλειο) χρησιμοποιούνται σε μικρότερο βαθμό ή στο πλαίσιο ιατρικών δοκιμών (Springer, 2003a) ([113]).

Σε απόλυτους αριθμούς, η θεραπεία υποκατάστασης είναι πλέον η συχνότερη μορφή εξειδικευμένης θεραπείας απεξάρτησης για χρήστες οπιούχων στην ΕΕ. Περισσότερα από 400 000 άτομα λαμβάνουν θεραπεία του είδους αυτού. Ωστόσο, με την εξαίρεση της Σλοβενίας, η συγκεκριμένη μορφή παρέμβασης παρέχεται σε σημαντικά μικρότερο βαθμό στα νέα κράτη μέλη της

([111]) Βλέπε διάγραμμα 13 ΕΓ: Στεγνά προγράμματα θεραπείας εσωτερικής διαμονής.

([112]) Στην Ιρλανδία η βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται μόνο στη θεραπεία των συμπτωμάτων στέρησης.

([113]) Βλέπε πίνακα 9 ΕΓ: Χρησιμοποιούμενες ουσίες υποκατάστασης στα κράτη μέλη της ΕΕ.

ΕΕ, όπου κυριαρχούν διάφορες μορφές στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων ([114]).

Δυνατότητα πρόσβασης και κριτήρια υποδοχής σε θεραπεία υποκατάστασης

Τα κριτήρια υποδοχής σε προγράμματα υποκατάστασης συνεχίζουν να γίνονται ολοένα και λιγότερο περιοριστικά. Παλαιότερα, τα κριτήρια υποδοχής ήταν συχνά ιδιαίτερα αυστηρά. Πρόσβαση σε θεραπεία του είδους αυτού είχαν μόνον άτομα που κρινόταν ότι αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα χρόνια προβλήματα. Σήμερα, πρόσβαση σε θεραπεία υποκατάστασης έχουν κυρίως άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών με ιστορικό προβληματικής χρήσης ναρκωτικών ενός-δύο ετών (π.χ. Βέλγιο, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες). Τα περισσότερα νέα κράτη μέλη αναφέρουν υψηλότερα όρια, π.χ. ελάχιστη ηλικία 20 ετών και ιστορικό πέντε χρόνων προβληματικής χρήσης ναρκωτικών τουλάχιστον (π.χ. Εσθονία και Λεττονία), αν και στη Σλοβενία επιτρέπεται η παροχή θεραπείας υποκατάστασης σε χρήστες ναρκωτικών ήδη από την ηλικία των 16 ετών. Σχετικά αυστηρά κριτήρια υποδοχής ισχύουν επίσης στην Ελλάδα, τη Φινλανδία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία, όπου η ελάχιστη ηλικία εισαγωγής στα προγράμματα κυμαίνεται από τα 20 έως τα 25 έτη ενώ απαιτείται ύπαρξη ιστορικού προβληματικής χρήσης 4-5 ετών.

Παρά την αύξηση των διαθέσιμων προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης, αρκετές χώρες αναφέρουν ότι η ζήτηση εξακολουθεί να είναι μεγαλύτερη από την προσφορά. Το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, η Ελλάδα, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Ιρλανδία, η Σουηδία και η Νορβηγία αναφέρουν ότι υπάρχουν λίστες αναμονής. Η πρόσβαση μπορεί επίσης να περιορίζεται από τον τρόπο οργάνωσης των θεραπευτικών υπηρεσιών, π.χ. στη Λιθουανία οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν τα φάρμακα που λαμβάνουν, γεγονός που μειώνει την προσέλευση.

Καθιέρωση της θεραπείας υποκατάστασης

Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων κρατών μελών σχετικά με το χρόνο καθιέρωσης της θεραπείας υποκατάστασης. Ορισμένα κράτη μέλη θέσπισαν προγράμματα υποκατάστασης με τη χορήγηση μεθαδόνης ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές της δεκαετίας του 1970, ενώ σε άλλες χώρες η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας διαδόθηκε τη δεκαετία του 1990 (Βέλγιο, Ελλάδα, Γαλλία, Νορβηγία). Η θεραπεία υποκατάστασης συνιστά σχετικά πρόσφατη εξέλιξη στα περισσότερα από τα νέα κράτη μέλη. Στις περισσότερες από τις χώρες αυτές προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης άρχισαν να παρέχονται κατά τη δεκαετία του 1990, ενώ το πρώτο πρόγραμμα του είδους αυτού στην Εσθονία ξεκίνησε μόλις το 2001. Εξαίρεση αποτελεί η Σλοβενία όπου είχαν αρχίσει να λειτουργούν ανάλογα προγράμματα από το 1990 ([115]).

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη στη διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης

Μολονότι αποτελεί κοινό τόπο ότι η θεραπεία υποκατάστασης πρέπει να συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική υποστήριξη, αυτή κάθε άλλο παρά αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπείας. Στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες, η έλλειψη πόρων περιορίζει την παροχή επαρκούς ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Στη Νορβηγία, αν και θεωρητικά κάθε άτομο που εντάσσεται σε πρόγραμμα θεραπείας υποκατάστασης πρέπει να παρακολουθείται από κοινωνικό λειτουργό, οι πόροι συχνά δεν επαρκούν και αυτό δεν εφαρμόζεται στην πράξη. Δανική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα τα οποία λαμβάνουν μεθαδόνη, χωρίς παράλληλα να τους παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη, κάνουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό χρήση δευτερεύοντος ναρκωτικού απ' ό,τι τα άτομα στα οποία παρέχεται τέτοια υποστήριξη. Σήμερα βρίσκονται σε εξέλιξη έρευνες σχετικά με τη δυνατότητα βελτίωσης των αποτελεσμάτων της θεραπείας μέσω της ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης (Pedersen, 2001). Ο Ιρλανδικός Σύλλογος Γενικών Ιατρών (Irish College of General Practitioners) εξέδωσε κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία υποκατάστασης που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία (2003), στις οποίες τονίζεται η ανάγκη της παράλληλης παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Η χρησιμότητα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται ωστόσο και από την αναγνώριση της αξίας της θεραπείας του είδους αυτού από τα ίδια τα άτομα που εντάσσονται στα προγράμματα υποκατάστασης. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι οι εισαχθέντες στα προγράμματα μεθαδόνης χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ενώ στη Λεττονία λίγοι ασθενείς είναι πρόθυμοι να δεχθούν υποστήριξη του είδους αυτού.

Διασφάλιση ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας της θεραπείας μπορεί να ορισθεί ως μια συστηματική προσπάθεια παρακολούθησης, τεκμηρίωσης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πέντε είναι οι μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας που γίνονται γενικά αποδεκτοί στην ΕΕ: πιστοποίηση των θεραπευτικών υπηρεσιών, πρότυπα θεραπείας, κατάρτιση προσωπικού, παρακολούθηση των ατόμων υπό θεραπεία και των αποτελεσμάτων και, τέλος, αξιολόγηση του ποσοστού παραμονής, των αποτελεσμάτων, της ικανοποίησης, της εξόδου από τα προγράμματα κλπ. (διάγραμμα 19).

Οι πιο πρόσφατες εξελίξεις όσον αφορά τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων είναι η συμπερίληψή της στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά (Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Σουηδία) ή η θέσπιση ελάχιστων απαιτήσεων για τις υπηρεσίες αυτές (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο). Η πιστοποίηση των θεραπευτικών υπηρεσιών αποτελεί μηχανισμό διασφάλισης ποιότητας σε αρκετές χώρες (Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο), αν και ορισμένες παραδέχονται ότι απαιτούνται περαιτέρω βελτιώσεις (Τσεχική Δημοκρατία, Κάτω Χώρες). Πολλές χώρες αναφέρουν αύξηση των προγραμμάτων κατάρτισης του προσωπικού, αν και δεν παρακολουθείται πάντοτε συστηματικά το εύρος και το αντικείμενο της κατάρτισης. Συστηματική αξιολόγηση σε ευρεία κλίμακα των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων συναντάται αρκετά σπάνια, και συγκεκριμένα μόνο στη Δανία, την Ιταλία,

([114]) Βλέπε διάγραμμα 14 ΕΓ: Επικράτηση της θεραπείας υποκατάστασης ή των στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων στη χρήση οπιούχων.

([115]) Βλέπε διάγραμμα 15 ΕΓ: Καθιέρωση της θεραπείας μεθαδόνης στην ΕΕ.

τη Λεττονία, το Λουξεμβούργο, την Πολωνία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία.

Κοινωνική επανένταξη

Τρεις είναι οι άξονες της κοινωνικής επανένταξης: (1) στέγη, (2) εκπαίδευση και (3) απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση. Η στέγη είναι προαπαιτούμενο για μια σταθερή ζωή και στόχος των παρεμβάσεων είναι η παροχή στέγης στους χρήστες ναρκωτικών (πρώην και νυν) ή/και η επιδότηση του ενοικίου τους. Το μορφωτικό επίπεδο των περισσότερων χρηστών ναρκωτικών είναι σχετικά χαμηλό και γενικά θα επωφελούνταν από την αναβάθμιση των δεξιοτήτων τους γραφής, ανάγνωσης και αριθμητικής, καθώς και από την απόκτηση άλλων δεξιοτήτων. Τέλος, στόχος των πρωτοβουλιών στους τομείς της απασχόλησης και της επαγγελματικής κατάρτισης είναι η επίτευξη της κοινωνικής ανεξαρτησίας των συμμετεχόντων, μέσω της ενσωμάτωσής τους στην αγορά εργασίας είτε με την εύρεση απασχόλησης –ή και με την επιδότηση της θέσης– είτε με την παροχή εξειδικευμένης κατάρτισης.

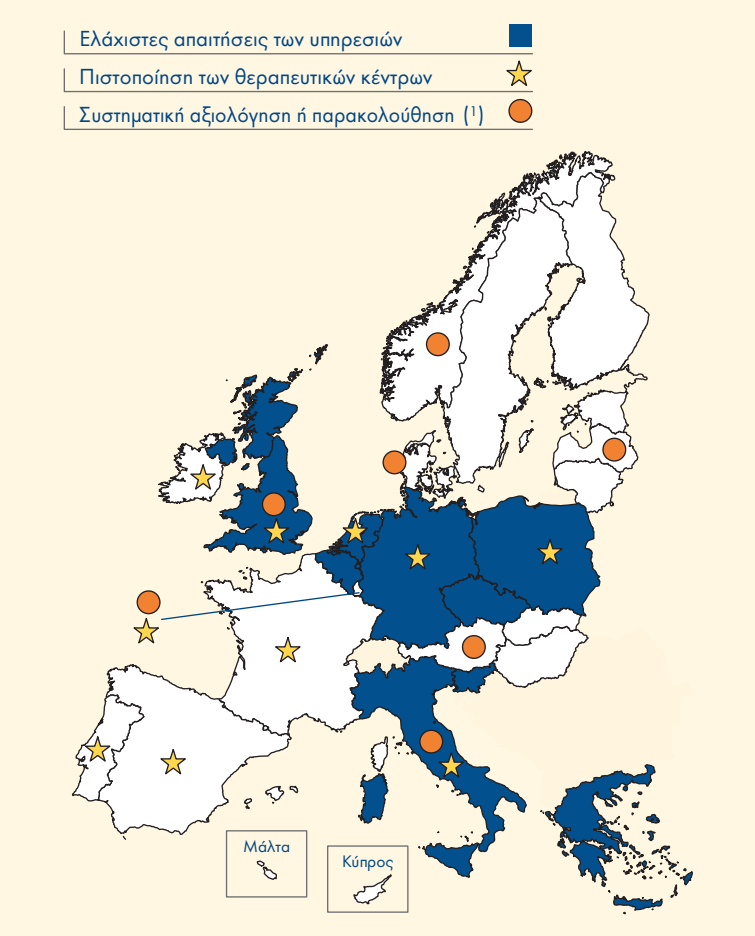
Η κοινωνική επανένταξη αποτελεί λιγότερο καθιερωμένη μέθοδο αντιμετώπισης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από την προσέγγιση της θεραπείας και κατά συνέπεια είναι πιο αποσπασματική η παρακολούθηση και η υποβολή εκθέσεων στον τομέα αυτόν. Ορισμένα κράτη μέλη αναφέρουν ότι απαιτείται να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στον τομέα αυτόν και περισσότεροι οικονομικοί πόροι (Γερμανία, Εσθονία, Φινλανδία). Σε ορισμένες χώρες, ωστόσο, εκδηλώνεται αυξημένο πολιτικό ενδιαφέρον για την κοινωνική επανένταξη, είτε μέσω της ενσωμάτωσής της σε εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά είτε μέσω της αύξησης της χρηματοδότησης στον τομέα αυτόν (Ελλάδα, Ιρλανδία, Αγγλία και Ουαλία) ([116]).

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία

Από τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που ζητούν θεραπεία για την απεξάρτησή τους από τα ναρκωτικά προκύπτουν οι γενικές τάσεις όσον αφορά την προβληματική χρήση ναρκωτικών, την οργάνωση των μονάδων θεραπείας στην Ευρώπη και τη συμμετοχή σε αυτές. Ο δείκτης αίτησης θεραπείας (ΔΑΘ) του ΕΚΠΝΤ αποτελεί ενιαίο μέσο καταγραφής του αριθμού και των χαρακτηριστικών των ατόμων που απευθύνονται σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Αν και τα δεδομένα του ΔΑΘ θεωρείται σε γενικές γραμμές ότι παρέχουν μια αρκετά αξιόπιστη και χρήσιμη εικόνα των χαρακτηριστικών των ατόμων που απευθύνονται σε εξειδικευμένες μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων, τα γενικά συμπεράσματα σε σχέση με τα άτομα που απευθύνονται σε όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρέπει να εξάγονται για τεχνικούς λόγους με ιδιαίτερη προσοχή.

Η γενική εικόνα που προκύπτει από τα πρόσφατα δεδομένα του ΔΑΘ και τις εθνικές εκθέσεις εξακολουθεί να εκφράζει την παρατηρούμενη τάση αύξησης τα τελευταία χρόνια του συνολικού αριθμού των ατόμων που προσφεύγουν σε θεραπευτικές υπηρεσίες. Όμως, παρά τη συνολική αύξηση

Διάγραμμα 19: Διασφάλιση ποιότητας της θεραπείας απεξάρτησης από τα ναρκωτικά



(1) Κεντρικό μητρώο ή βάση δεδομένων για την παρακολούθηση ατόμων υπό θεραπεία και/ή της παροχής θεραπείας.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox.

του αριθμού των ατόμων που χρησιμοποιούν θεραπευτικές υπηρεσίες, ο αριθμός των νέων αιτήσεων για θεραπεία, δηλαδή των ατόμων που εισάγονται για πρώτη φορά σε θεραπευτικές μονάδες, φαίνεται σχετικά σταθερός ([117]). Η αύξηση της συνολικής ζήτησης οφείλεται σε σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων η βελτίωση του εύρους κάλυψης του συστήματος υποβολής στοιχείων κυρίως και η αύξηση των διαθέσιμων θεραπευτικών προγραμμάτων ([118]).

Χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν θεραπεία

Τόσο οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων όσο και τα άτομα που απευθύνονται σε αυτές βρίσκονται συνήθως στο κέντρο των πόλεων και σε αστικά κέντρα, όπου το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι πιο οξύ και συνδυάζεται με σειρά άλλων κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας, τα οποία απαντώνται συχνότερα σε περιθωριοποιημένες και μειονεκτούσες κοινότητες.

([116]) Βλέπε διάγραμμα 16 ΕΓ: Επισκόπηση των υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης.
([117]) Βλέπε διάγραμμα 17 ΕΓ: Ετήσιος αριθμός των ατόμων που εισάγονται για πρώτη φορά σε θεραπευτικές μονάδες απεξάρτησης σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ.
([118]) Βλέπε Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 1 και Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Τα περισσότερα άτομα που εισάγονται για ειδική θεραπεία απεξάρτησης διανύουν συνήθως την τρίτη ή βρίσκονται στις αρχές της τέταρτης δεκαετίας της ζωής τους. Η μέση ηλικία των ατόμων που εισάγονται για πρώτη φορά για θεραπεία είναι μόλις τα 26 έτη. Ωστόσο, η ηλικιακή κατανομή των ατόμων που ζητούν θεραπεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν είναι ομοιόμορφη και εμφανίζει κορυφώσεις στα άτομα ηλικίας άνω των 39 και κάτω των 20 ετών. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι προβληματικοί χρήστες οπιούχων και κοκαΐνης είναι συνήθως ηλικίας μεγαλύτερης του μέσου όρου, ενώ εκείνοι που ζητούν θεραπεία για απεξάρτηση από τη χρήση κάνναβης ή διεγερτικών ναρκωτικών πλην της κοκαΐνης είναι συνήθως νεότεροι ([119]). Έτσι, στις χώρες όπου παρατηρείται αξιοσημείωτη αύξηση των ατόμων που ζητούν θεραπεία λόγω προβληματικής χρήσης κάνναβης, όπως στη Δανία, τη Γερμανία και τη Φινλανδία, τα άτομα που εισάγονται στα προγράμματα θεραπείας είναι συνήθως νεότερα από τα αντίστοιχα άτομα σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και οι Κάτω Χώρες, όπου κυριαρχούν τα προβλήματα που αφορούν τη χρήση ηρωίνης ή κοκαΐνης. Η ιστορική εξέλιξη του προβλήματος των ναρκωτικών διαδραματίζει επίσης ρόλο όσον αφορά τον προσδιορισμό της ηλικίας του πληθυσμού που δέχεται θεραπεία. Για παράδειγμα, στη Φινλανδία, τα άτομα που ζητούν θεραπεία είναι σχετικά νεαρής ηλικίας, γεγονός που δείχνει ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι αρκετά πρόσφατο σε σχέση με άλλες χώρες. Παρόμοια αποτελέσματα αναμένονται σε πολλά από τα νέα κράτη μέλη, όπου επίσης το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί σχετικά νέο φαινόμενο, αν και το πρόβλημα της χρήσης ηρωίνης είναι το κυρίαρχο μεταξύ εκείνων που ζητούν θεραπεία από τα ναρκωτικά ([120]).

Μολονότι η χρήση ναρκωτικών μοιάζει να αφορά κατά κύριο λόγο τους άνδρες σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, η αναλογία ανδρών-γυναικών χρηστών παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις από χώρα σε χώρα και κυμαίνεται από 3:1 έως 6:1. Οι διαφορές που παρατηρούνται από χώρα σε χώρα οφείλονται και στην περίπτωση αυτή στο διαφορετικό είδος του ναρκωτικού, στις διαφορές μεταξύ των περιφερειών (το υψηλότερο ποσοστό γυναικών χρηστών ναρκωτικών απαντάται στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης και στα νέα κράτη μέλη) και στις ηλικίες των ατόμων που ζητούν θεραπεία.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην πλειονότητά τους τα άτομα που ζητούν θεραπεία για απεξάρτηση από την ηρωίνη, την κοκαΐνη και τα υπνωτικά ή τα κατασταλτικά κάνουν χρήση αυτών των ναρκωτικών ουσιών σε καθημερινή βάση, ενώ η συχνότητα χρήσης ποικίλλει όσον αφορά τα υπόλοιπα ναρκωτικά. Το ζήτημα αυτό εξετάζεται λεπτομερέστερα στο επιλεγμένο θέμα με τίτλο «Συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με τη χρήση της κάνναβης» (σ. 82).

Τα περισσότερα άτομα υπό θεραπεία αναφέρουν ότι ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών κατά την εφηβεία – συνήθως μεταξύ 15 και 19 ετών. Ωστόσο, σημαντική είναι η διαφορά όσον αφορά την έναρξη χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης, όπου σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, 20-30 % των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία ξεκινούν τη χρήση των ναρκωτικών αυτών στην ηλικία των 25 ετών και άνω ([121]).

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα υπό θεραπεία προέρχονται σε δυσανάλογα μεγάλο βαθμό από κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτούσες ομάδες. Άνω του 50 % των ατόμων υπό θεραπεία δεν έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ([122]). Η αναλογία των ατόμων χωρίς σταθερή απασχόληση είναι ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με το γενικό ποσοστό ανεργίας: σε ορισμένες χώρες, περισσότεροι από τους μισούς χρήστες υπό θεραπεία είναι άνεργοι ([123]). Οι συνθήκες στέγασης είναι επίσης συχνά επισφαλείς: το 15 % περίπου των ατόμων υπό θεραπεία ζει σε κοινωνικά ιδρύματα ή δεν διαθέτει σταθερό κατάλυμα ([124]). Στο σημείο αυτό πρέπει να υπενθυμιστεί ότι καθαυτή η έλλειψη στέγης μπορεί να περιορίσει τη δυνατότητα αξιοποίησης ευκαιριών θεραπείας και ότι η έλλειψη στέγης μπορεί να επιδεινώσει τόσο τα προβλήματα ναρκωτικών όσο και τις συνέπειές τους (ΕΚΠΝΤ, 2003β, σ. 65).

Τα άτομα υπό θεραπεία που διαθέτουν σταθερό κατάλυμα ζουν κατά το ένα τρίτο μόνα, κατά το ένα τρίτο με τους γονείς τους και κατά το ένα τρίτο με σύντροφο ή άλλα άτομα. Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10 % ζουν με παιδιά. Στοιχεία αποδεικνύουν ότι τα παιδιά χρηστών ναρκωτικών είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν σειρά προβλημάτων. Τα προβλήματα ναρκωτικών καθιστούν επίσης ιδιαίτερα δύσκολη την εκπλήρωση των γονεϊκών καθηκόντων (Murphy-Lawless, 2002).

Ουσίες χρήσης

Στον ΔΑΘ καταγράφεται τόσο η κύρια ουσία κατάχρησης από την οποία ζητεί να απεξαρτηθεί ο χρήστης όσο και η δευτερεύουσα ουσία χρήσης, εάν υπάρχει. Οι τρεις ουσίες που καταγράφονται συχνότερα είτε ως ο βασικός λόγος για τον οποίο ζητείται θεραπεία είτε ως δευτερεύουσες ουσίες χρήσης είναι τα οπιούχα, η κοκαΐνη και η κάνναβη (διάγραμμα 20).

Δεν είναι εύκολο να καταγραφούν με σαφήνεια οι ουσίες χρήσης που οδηγούν τους χρήστες σε θεραπεία απεξάρτησης, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι οι χρήστες ναρκωτικών συνήθως κάνουν χρήση σειράς ψυχοδραστικών ουσιών. Συχνά, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί σε ποιο βαθμό τα προβλήματα ενός ατόμου σχετίζονται με κάποια συγκεκριμένη ουσία. Σε όλες τις χώρες η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο στα άτομα υπό θεραπεία, και περίπου το 40 έως 80 % του συνόλου των

([119]) Βλέπε Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([120]) Βλέπε Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

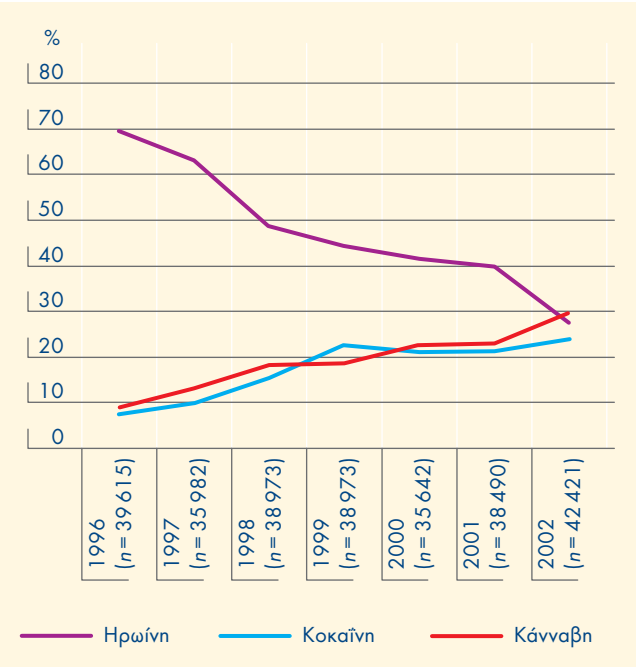
([121]) Βλέπε διάγραμμα 18 ΕΓ: Ηλικία πρώτης χρήσης ανά κύρια ουσία κατάχρησης και Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([122]) Βλέπε διάγραμμα 19 ΕΓ: Σύνολο ατόμων υπό θεραπεία κατά επίπεδο εκπαίδευσης και Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([123]) Βλέπε διάγραμμα 20 ΕΓ: Σύνολο ατόμων υπό θεραπεία σύμφωνα με την εργασιακή τους κατάσταση και Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([124]) Βλέπε διάγραμμα 21 ΕΓ: Συνθήκες διαβίωσης (πού διαμένουν) στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία και συνθήκες διαβίωσης (με ποιον) στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία.

Διάγραμμα 20: Ποσοστό ατόμων που προσφεύγουν για πρώτη φορά σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη, την κοκαΐνη και την κάνναβη, 1996-2002



Σημειώσεις: Οι χώρες που παρέχουν στοιχεία κάθε χρόνο είναι οι εξής: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI και SE (ελλείπουν στοιχεία από τη FI για το διάστημα 1996/97 και από τη SE για το 2000).
Τα στοιχεία αθροίζονται από τις χώρες που τα παρέχουν κάθε χρόνο.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003.

ατόμων υπό θεραπεία αναφέρει χρήση τουλάχιστον μίας ακόμη δευτερεύουσας ουσίας. Για πολλούς η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών είναι συνηθισμένη και τα προβλήματα αλκοολισμού που συχνά τη συνοδεύουν περιπλέκουν ακόμη περισσότερο τη θεραπεία. Είναι ανησυχητική η τάση αύξησης σε πολλές χώρες του αριθμού των ατόμων που κάνουν χρήση πολλαπλών ουσιών.

Οπιούχα

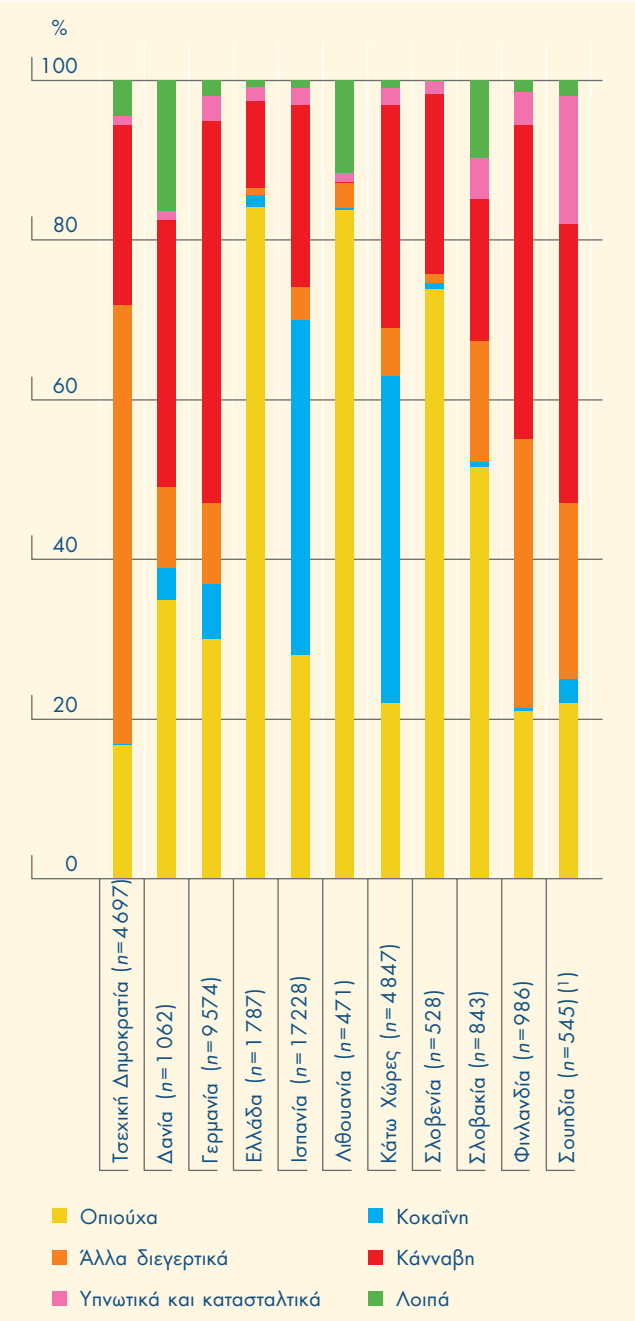
Στις περισσότερες χώρες τα οπιούχα (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία· συνήθως οι χρήστες οπιούχων αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεταξύ 40 και 90 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία. Ωστόσο, οι χώρες της ΕΕ μπορούν να διακριθούν σε γενικές γραμμές σε τρεις ομάδες ανάλογα με το ποσοστό των χρηστών ηρωίνης μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία:

- κάτω του 40 % – Τσεχική Δημοκρατία, Ουγγαρία, Φινλανδία, Σουηδία·
- 40-70 % – Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία·
- άνω του 70 % – Ελλάδα, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο.

Κάνναβη

Η κάνναβη είναι το δεύτερο συχνότερα αναφερόμενο ναρκωτικό στις εκθέσεις σχετικά με τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία. Αυτό ισχύει ιδίως για τα άτομα που εισάγονται για πρώτη φορά για θεραπεία (διάγραμμα 21), ένα τρίτο περίπου εκ των οποίων (29,5 %) δηλώνει ως κύρια ουσία

Διάγραμμα 21: Άτομα που εισάγονται για πρώτη φορά για θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά το 2002: κατανομή κατά διαφορετικές κύριες ουσίες κατάχρησης



(1) Μόνο θεραπεία εξωτερικής παραμονής.
Σημειώσεις: Συνολικός αριθμός περιπτώσεων: 42 568.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003.

κατάχρησης την κάνναβη. Το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία από τη χρήση κάνναβης παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις από χώρα σε χώρα ([125]). Οι αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης αναλύονται ενδελεχέστερα σε άλλο σημείο (σ. 82) της έκθεσης.

Κοκαΐνη

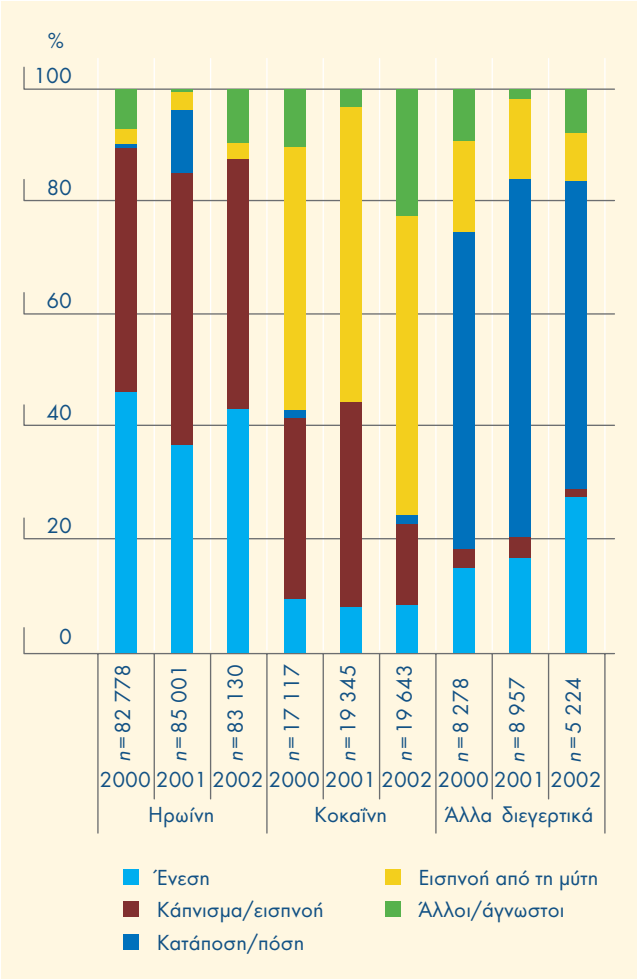
Η κοκαΐνη είναι το τρίτο συχνότερα αναφερόμενο ναρκωτικό από τα άτομα που αρχίζουν θεραπεία, αλλά με μεγάλες αποκλίσεις από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, οι αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση κοκαΐνης είναι ελάχιστες έως και μηδενικές στα νέα κράτη μέλη. Στις περισσότερες από τις άλλες χώρες, η κοκαΐνη ως κύρια ουσία κατάχρησης αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 10 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία, αν και το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στα άτομα που προσφεύγουν για πρώτη φορά σε θεραπεία, φθάνοντας το 25 %.

Κάτω του 8 % των ατόμων υπό θεραπεία από τη χρήση κοκαΐνης ανέφερε την ενέσιμη χρήση ως βασικό τρόπο χρήσης της ουσίας.

Άλλες διεγερτικές ουσίες

Διεγερτικές ουσίες πλην της κοκαΐνης σπάνια αναφέρονται ως βασικός λόγος θεραπείας απεξάρτησης από τα ναρκωτικά, με την εξαίρεση της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Φινλανδίας και της Σουηδίας, όπου αποτελούν την κύρια ουσία κατάχρησης σε ποσοστό που κυμαίνεται από το ένα τέταρτο έως άνω του 50 % όλων των αιτήσεων για θεραπεία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, άνω του 50 % των καταγεγραμμένων αιτήσεων για θεραπεία αφορά τη χρήση μεθαμφεταμίνης ως κύριας ουσίας κατάχρησης. Σε άλλες χώρες, η χρήση διεγερτικών ουσιών ως βασική αιτία προσφυγής σε θεραπεία είναι λιγότερο συχνή, αλλά αναφέρεται από το 10 % των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία στη Σλοβακία, από το 7 % στη Γερμανία, από το 6 % στη Δανία και από το 5 % στην Ουγγαρία. Σε όλες τις άλλες χώρες τα ποσοστά είναι ακόμη χαμηλότερα. Τα στοιχεία για το 2002 δείχνουν επίσης αύξηση του αριθμού των χρηστών διεγερτικών ουσιών που ανέφεραν ενέσιμη χρήση, από 14 % το 2000 σε 27 % το 2002, αν και η ομάδα αυτή εξακολουθεί να είναι σχετικά μικρή σε απόλυτους αριθμούς (διάγραμμα 22).

Διάγραμμα 22: Κατανομή τρόπου χρήσης ηρωίνης, κοκαΐνης και άλλων διεγερτικών στους χρήστες που ακολουθούν θεραπεία εξωτερικής παραμονής: 2000-02



Σημειώσεις: Διαθέσιμα στοιχεία για DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE και UK (δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το 2002 για την Ιρλανδία). Παρουσιάζονται οι αριθμοί βάσης από τον συνολικό αριθμό ατόμων που δήλωσαν τον τρόπο χρήσης.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2001, 2002, 2003)· στοιχεία ΔΑΘ (2000, 2001, 2002) από θεραπευτικά κέντρα εξωτερικής παραμονής.

([125]) Βλέπε Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 10 και Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία-πίνακας 11 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Κεφάλαιο 8

Εγκληματικότητα και φυλάκιση

Εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Η εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά περιλαμβάνει τις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες εγκλημάτων:

- *Εγκλήματα ψυχοφαρμακευτικής αιτιολογίας*: εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια ψυχοδραστικής ουσίας.
- *Εγκλήματα με οικονομικό κίνητρο*: εγκλήματα που διαπράττονται για την εξασφάλιση χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών (ή για την εξασφάλιση των ίδιων των ναρκωτικών).
- *Συστημικά εγκλήματα*: εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών και αποτελούν μέρος της παράνομης δραστηριότητας της διακίνησης και της πώλησης ναρκωτικών.
- *Αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών*: εγκλήματα που διαπράττονται κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών (και άλλων σχετικών νόμων).

Δεν υπάρχουν συστηματικά στοιχεία σχετικά με τις τρεις πρώτες κατηγορίες εγκλημάτων στην ΕΕ, και αυτά που υπάρχουν προέρχονται από ειδικές τοπικές μελέτες που δεν διενεργούνται τακτικά και από τις οποίες είναι δύσκολο να εξαχθούν γενικά συμπεράσματα.

Οι «αναφορές» ([126]) αδικημάτων που εμπίπτουν στην εθνική νομοθεσία περί ναρκωτικών (χρήση, κατοχή, εμπορία, διακίνηση κλπ.) απηχούν τις διαφορές στη νομοθεσία αλλά και τους διάφορους τρόπους με τους οποίους επιβάλλεται και εφαρμόζεται η νομοθεσία, καθώς επίσης τις προτεραιότητες και τους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων από τις αρχές της ποινικής δικαιοσύνης. Επίσης, τα συστήματα πληροφοριών σχετικά με αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής και αναφοράς, δηλαδή ποια στοιχεία καταγράφονται πότε και με ποιον τρόπο. Οι διαφορές αυτές καθιστούν δυσχερή τη διενέργεια συγκρίσεων μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Το διάστημα 1997-2002, ο αριθμός των «αναφορών» περί αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Η αύξηση αυτή ήταν ιδιαίτερα αξιοσημείωτη (αύξηση κατά 100 % ή και περισσότερο) στην Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, την Πολωνία, τη Σλοβενία και τη Νορβηγία. Ωστόσο, οι «αναφορές» περί αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών μειώθηκαν το 2001 και το 2002 στην Ιταλία και την Πορτογαλία ([127]) και το 2002 στην Εσθονία ([128]), την Ιρλανδία, τη Λεττονία, τη Σλοβενία και τη Φινλανδία.

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ η πλειονότητα των αδικημάτων που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών σχετίζεται με τη χρήση ή την κατοχή για χρήση ναρκωτικών ([129]), σε ποσοστό που κυμαίνεται από 52 % επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στη Φινλανδία έως 90 % στην Αυστρία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, το 90 % των αδικημάτων που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών αφορά εμπορία ή διακίνηση ναρκωτικών, ενώ στην Ιταλία και την Ισπανία –όπου η χρήση και η κατοχή για χρήση ναρκωτικών δεν αποτελούν ποινικά αδικήματα– όλα τα αδικήματα περί ναρκωτικών αφορούν την εμπορία και τη διακίνησή τους. Τέλος, στο Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία και τη Νορβηγία ([130]), η πλειονότητα των αδικημάτων αφορά τόσο χρήση/εμπορία ναρκωτικών όσο και διακίνηση.

Σε όλες τις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με την εξαίρεση της Πορτογαλίας, το ποσοστό των αδικημάτων που αφορούν χρήση/κατοχή για χρήση ναρκωτικών επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε κατά την πενταετία 1997-2002 ([131]). Ο ρυθμός αύξησης ήταν σε γενικές γραμμές αργός, με τις σημαντικότερες ανοδικές τάσεις να καταγράφονται στο Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και τη Σλοβενία, και στην Ιρλανδία μέχρι το 2001. Στην Πορτογαλία, το ποσοστό των αδικημάτων που

([126]) Ο όρος «αναφορές» για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών τίθεται εντός εισαγωγικών γιατί καλύπτει διαφορετικές έννοιες στις διάφορες χώρες (αναφορές της αστυνομίας για ύποπτους παραβάτες της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, επιβολή ποινών για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών κλπ.). Για τον ακριβή ορισμό για κάθε χώρα ανατρέξτε στις Μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους ορισμούς των «αναφορών» για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004. (Έως το 2001 στις ετήσιες εκθέσεις χρησιμοποιούνταν ο όρος «συλλήψεις».)

([127]) Η μείωση των «αναφορών» για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στην Πορτογαλία οφείλεται στην αποποινικοποίηση, τον Ιούλιο του 2001, της χρήσης/κατοχής για χρήση ναρκωτικών.

([128]) Η μείωση των «αναφορών» για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στην Εσθονία οφείλεται στην αποποινικοποίηση, τον Σεπτέμβριο του 2002, της κατ' εξακολούθηση χρήσης ναρκωτικών και της κατοχής μικροποσοτήτων για προσωπική χρήση.

([129]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([130]) Στη Νορβηγία δεν γίνεται διάκριση μεταξύ «εμπορίας/διακίνησης ναρκωτικών» και «χρήσης/εμπορίας και διακίνησης ναρκωτικών». Τα υπόλοιπα αδικήματα περί τα ναρκωτικά αφορούν μόνο τη «χρήση ναρκωτικών».

([131]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Πίνακας 4: Ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία

Χώρα	Σημειώσεις	Έτος	Ποσοστό (%)		
			Κάνναβη	Ηρωίνη	Κοκαΐνη
Βέλγιο		2002	67	8	7
Τσεχική Δημοκρατία	(2)	2002	37	8	1
Δανία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Γερμανία	(2) (3)	2002	56	17	9
Εσθονία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Ελλάδα			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Ισπανία	(1) (4)	2002	52	7	33
Γαλλία	(2)	2002	87	5	3
Ιρλανδία	(2)	2002	65	9	6
Ιταλία	(1) (4)	2002	42	27	28
Κύπρος			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Λεττονία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Λιθουανία	(1)	2002	10	15	1
Λουξεμβούργο	(1)	2002	28	51	21
Ουγγαρία	(2)	2002	66	16	2
Μάλτα			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Κάτω Χώρες	(2) (5)	2002	37	58	
Αυστρία	(1)	2002	58	11	11
Πολωνία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Πορτογαλία	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Σλοβενία	(1)	2002	82	10	2
Σλοβακία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Φινλανδία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.
Σουηδία	(1) (7)	2001	34	7	2
Ηνωμένο Βασίλειο	(1)	2000	69	12	5
Νορβηγία			μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.

Σημειώσεις: Για τον ακριβή ορισμό που ισχύει για κάθε χώρα, βλέπε τις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους ορισμούς των «αναφερόμενων» αδικημάτων περί ναρκωτικών στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.
(1) Επί του συνόλου των αναφερόμενων ναρκωτικών (μεμονωμένα ή μη).
(2) Επί των κύριων ναρκωτικών.
(3) Επί του συνόλου των αδικημάτων ανά ναρκωτικό (για ορισμένα αδικήματα δεν υπάρχει διαχωρισμός ανά ναρκωτικό).
(4) Επί του συνόλου των αδικημάτων για εμπόριο/διακίνηση ναρκωτικών (εφόσον τα αδικήματα για χρήση/κατοχή για χρήση ναρκωτικών δεν ποινικοποιούνται).
(5) Τα στοιχεία του πίνακα για την ηρωίνη αφορούν τα «σκληρά ναρκωτικά» (οριζόμενα ως ναρκωτικά τα οποία εγκυμονούν απαράδεκτους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η έκσταση, το LSD). Ορισμένα αδικήματα έχουν σχέση και με κάνναβη και με σκληρά ναρκωτικά και δεν συμπεριλήφθηκαν στον πίνακα αυτόν. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι το συνολικό ποσοστό είναι μικρότερο του 100 %.
(6) Το ποσοστό αυτό είναι υποεκτιμημένο καθώς αντιπροσωπεύει αδικήματα που αφορούν κάθε ναρκωτικό χωριστά, π.χ. μόνον την κάνναβη (δεν περιλαμβάνει αδικήματα για «κάνναβη συν άλλα ναρκωτικά»).
(7) Επί του συνόλου των ατόμων που τους έχει επιβληθεί ποινή από τον εισαγγελέα στο πλαίσιο συνοπτικής διαδικασίας ή έχουν καταδικαστεί από δικαστήριο.
Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία.

συνδέονται με τη χρήση άρχισε να παρουσιάζει μείωση το 2000, ένα χρόνο πριν από την αποποινικοποίηση (τον Ιούλιο του 2001) της χρήσης και της κατοχής για χρήση ναρκωτικών ([132]).

Στα περισσότερα κράτη μέλη, η κάνναβη αποτελεί το παράνομο ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά (πίνακας 4). Στις χώρες όπου συμβαίνει αυτό, τα αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη αντιπροσωπεύουν το 34 % (Σουηδία) έως το 87 % (Γαλλία) του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά. Η ηρωίνη αποτελεί το συχνότερα αναφερόμενο ναρκωτικό στη Λιθουανία και το Λουξεμβούργο, όπου αντιπροσωπεύει αντίστοιχα το 15 % και το 51 % του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά, ενώ στις Κάτω Χώρες τα περισσότερα αδικήματα περί τα ναρκωτικά σχετίζονται με τα «σκληρά ναρκωτικά» ([133]). Η σχετική αναλογία των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά σε σχέση με συγκεκριμένα ναρκωτικά επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται οι επιχειρησιακές προτεραιότητες των υπηρεσιών επιβολής του νόμου και οι ρητές ή μη αποφάσεις στρατηγικής για την πολλαπλή αντιμετώπιση διαφορετικών ειδών αδικημάτων περί τα ναρκωτικά.

Από το 1997, το ποσοστό των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά που αφορά την κάνναβη αυξάνεται στη Γερμανία, την Ισπανία, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Ουγγαρία και την Πορτογαλία, ενώ παραμένει στα ίδια επίπεδα στο Βέλγιο, την Ιταλία, τη Λιθουανία, τις Κάτω Χώρες, τη Σλοβενία και τη Σουηδία. Στην Αυστρία, το ποσοστό των αδικημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη επί του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά παρουσίαζε αυξητική τάση έως το 1999, αλλά μειώνεται έκτοτε ([134]).

Το ίδιο διάστημα, το ποσοστό των αδικημάτων που σχετίζονται με την ηρωίνη παρουσίασε μείωση σε όλες τις χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ([135]), με την εξαίρεση της Ουγγαρίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου παρουσίασε αύξηση ([136]), και της Λιθουανίας, όπου παρουσιάζει διακυμάνσεις από το 2000 ([137]). Αντίστροφη είναι η τάση που παρατηρείται σε σχέση με τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη, τα οποία παρουσίασαν αύξηση, ως ποσοστό επί του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά, από το 1997 σε όλες τις χώρες που παρέχουν στοιχεία, με την εξαίρεση της Γερμανίας, της Λιθουανίας, του Λουξεμβούργου και της Ουγγαρίας, που ανέφεραν πτωτικές τάσεις ([138]).

Χρήστες ναρκωτικών και φυλακή

Κρατούμενοι χρήστες ναρκωτικών

Οι τακτικές πληροφορίες που είναι διαθέσιμες σε εθνικό επίπεδο σχετικά με το είδος και τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στους κρατούμενους είναι σπάνιες. Τα περισσότερα από τα στοιχεία που διατίθενται στην ΕΕ προέρχονται από ειδικές μελέτες που πραγματοποιούνται σε τοπικό επίπεδο με τη χρήση

([132]) Ο νόμος για την αποποινικοποίηση της χρήσης και της κατοχής για χρήση ναρκωτικών εγκρίθηκε τον Νοέμβριο του 2000 και τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του 2001.
([133]) Στις Κάτω Χώρες, τα «σκληρά ναρκωτικά» ορίζονται ως ναρκωτικά τα οποία εγκυμονούν απαράδεκτους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η έκσταση και το LSD.
([134]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([135]) Οι ακόλουθες χώρες παρείχαν στοιχεία για την κατανομή των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά ανά ναρκωτικό σε βάθος χρόνου: Βέλγιο, Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες (μόνο για την κάνναβη και τα «σκληρά ναρκωτικά»), Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο (μόνο μέχρι το 2000).
([136]) Στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν διαθέσιμα μόνον έως το 2000.
([137]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 6 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([138]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

δειγμάτων κρατουμένων τα οποία ποικίλλουν σημαντικά ως προς το μέγεθος και τα κριτήρια επιλογής. Επιπλέον, οι φυλακές στις οποίες διεξάγονται μελέτες συχνά δεν είναι αντιπροσωπευτικές του σωφρονιστικού συστήματος συνολικά και η έλλειψη επαναλαμβανόμενων ερευνών αποτρέπει την ανάλυση των τάσεων στις περισσότερες χώρες. Οι παράγοντες αυτοί καθιστούν δυσχερή την παρέκταση των αποτελεσμάτων.

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι χρήστες ναρκωτικών υπερ-εκπροσωπούνται στον πληθυσμό των φυλακών. Η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή στους κρατούμενους ποικίλλει σημαντικά, από 22 έως 86 %, μεταξύ πληθυσμών κρατουμένων, σωφρονιστικών ιδρυμάτων και χωρών ([139]). Όπως συμβαίνει και στον γενικό πληθυσμό, η κάνναβη είναι το συχνότερα αναφερόμενο παράνομο ναρκωτικό, με ποσοστά επικράτησης σε όλη τη ζωή στους κρατούμενους μεταξύ 11 και 86 %. Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης (και κρακ) σε όλη τη ζωή των κρατουμένων κυμαίνεται από 5 έως 57 % και της ηρωίνης από 5 έως 66 %.

Στην ΕΕ, η επικράτηση της συστηματικής χρήσης ναρκωτικών ή της εξάρτησης πριν από τη φυλάκιση κυμαίνεται από 8 έως 73 % ([140]).

Φυλακές: πρόκληση για τη δημόσια υγεία

Παρ' όλο που οι περισσότεροι κρατούμενοι θεωρούν τη φυλάκισή τους ως ευκαιρία για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών, αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί στην πράξη (Long κ.ά., 2004). Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών μειώνει ή σταματά τη χρήση ναρκωτικών κατά την έναρξη της φυλάκισης. Όμως, ορισμένοι κρατούμενοι συνεχίζουν τη χρήση και άλλοι αρχίζουν να κάνουν χρήση κατά τη διάρκεια της κράτησής τους. Μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό 8-60 % των κρατουμένων αναφέρει ότι έκανε χρήση ναρκωτικών στη φυλακή και 10-36 % αναφέρει συστηματική χρήση ναρκωτικών ([141]).

Η πρόσβαση πολλών κρατουμένων σε υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη. Οι επαγγελματίες της υγείας που εργάζονται σε φυλακές έχουν ελάχιστη επαφή με το υπάρχον σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, συχνά δεν έχουν πρόσβαση σε περαιτέρω επιμόρφωση, γεγονός που επιδεινώνει την απομόνωση των υπηρεσιών υγείας των φυλακών. Τα προβλήματα αυτά είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν, όπως αποδεικνύει το παράδειγμα της Ιρλανδίας όπου, παρά τις προσπάθειες των σωφρονιστικών αρχών και του υγειονομικού προσωπικού για βελτίωση της πρόσβασης των χρηστών ναρκωτικών σε υπηρεσίες θεραπείας και υγειονομικής περίθαλψης, δεν επιτεύχθηκε σημαντική βελτίωση.

Παρατηρείται μια τάση μεταβίβασης της ευθύνης για τις υπηρεσίες υγείας των φυλακών από το σωφρονιστικό σύστημα στο εθνικό σύστημα υγείας. Στην Ισπανία, νόμος που τέθηκε πρόσφατα σε ισχύ (Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud – νόμος περί της συνοχής και της ποιότητας του εθνικού συστήματος υγείας) αποσκοπεί στην προώθηση της ενοποίησης του συστήματος υγείας των φυλακών και του δημόσιου συστήματος υγείας. Στην Εσθονία, στόχος του Υπουργείου Δικαιοσύνης σε συνεργασία με το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων είναι η ενσωμάτωση του συστήματος υγείας των φυλακών στο γενικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πριν από το 2006. Στη Γαλλία, η σχετική αρμοδιότητα μεταβιβάσθηκε στο Υπουργείο Υγείας ήδη από το 1994. Στην Ιταλία, οι τοπικές υπηρεσίες υγείας είναι υπεύθυνες για την υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων από το 2000. Στην Αγγλία και την Ουαλία η υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και της Γενικής Συνέλευσης της Ουαλίας αντιστοίχως (στις ιδιωτικές φυλακές, η αρμοδιότητα ανήκει και για τις δύο περιοχές στο Υπουργείο Εσωτερικών). Έως το 2006, οι υπηρεσίες υγείας σε όλες τις κρατικές φυλακές στην Αγγλία θα ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ([142]).

Λοιμώδη νοσήματα στις φυλακές και πρόληψη

Η επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή των κρατουμένων κυμαίνεται σύμφωνα με τα αναφερόμενα στοιχεία μεταξύ 15 και 50 %. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ποσοστά που ξεκινούν από 1 και φθάνουν έως και 69 %.

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία, προκύπτει ότι οι νεαροί παραβάτες είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν ενέσιμη χρήση σε σχέση με τους ενήλικους και στον πληθυσμό των κρατουμένων οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν ενέσιμη χρήση σε σχέση με τους άνδρες ([143]). Βάσει διαφόρων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην ΕΕ, οι Bird και Rotily (2002) απέδειξαν ότι περίπου το ένα τρίτο των ενήλικων ανδρών κρατουμένων κάνει χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Σύμφωνα με στοιχεία που παρείχαν τα εστιακά σημεία του δικτύου Reitox, ποσοστό 0,2 έως 34 % των κρατουμένων ([144]) κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της κράτησής του. Δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης σε αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης και με τα προβλήματα υγιεινής που δημιουργεί η πρακτική της κοινής χρήσης των συνέργων από τους κρατούμενους καθώς και σχετικά με το ενδεχόμενο της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, εάν τα προβλήματα αυτά δεν αντιμετωπιστούν.

Οι φυλακές αποτελούν τόπο υψηλού κινδύνου για τη διάδοση τέτοιων νοσημάτων. Στις πρακτικές που έχει αποδειχθεί ότι συντελούν στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων περιλαμβάνονται η θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και η προμήθεια προφυλακτικών, η θεραπεία υποκατάστασης, προγράμματα εμβολιασμού και προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων.

Αυξάνονται τα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης στις φυλακές. Στο Βέλγιο, τη Δανία, την Ισπανία, την Αυστρία και τη Σλοβενία, θεραπεία υποκατάστασης παρέχεται σε όλες τις φυλακές. Το Βέλγιο, η Δανία, το Λουξεμβούργο και η Νορβηγία επιτρέπουν στους κρατούμενους να ξεκινήσουν θεραπεία υποκατάστασης κατά τη διάρκεια της κράτησής τους. Στην Ιταλία, η έναρξη της θεραπείας υποκατάστασης συνήθως απευθύνεται στους προσωρινά κρατούμενους. Στα περισσότερα ομόσπονδα κρατίδια της Γερμανίας, στις Κάτω Χώρες, στη Σλοβενία και σε φυλακές μεγάλων πόλεων στην Ιταλία επιτρέπεται η συνταγογράφηση θεραπείας υποκατάστασης σε σταδιακά μειούμενες δόσεις έως ότου επιτευχθεί η αποχή. Στο

([139]) Βλέπε Φυλακές-πίνακας 1 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([140]) Βλέπε Φυλακές-παράρτημα στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([141]) Βλέπε Φυλακές-πίνακας 3 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([142]) Βλέπε πίνακα 10 ΕΓ: Πρόσφατες στρατηγικές, υπουργικές αποφάσεις και πρότυπα υπηρεσιών σχετικά με τα ναρκωτικά στη φυλακή στην ΕΕ και τη Νορβηγία.
([143]) Βλέπε Φυλακές-πίνακας 2 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([144]) Βλέπε Φυλακές-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

Ηνωμένο Βασίλειο τα προγράμματα συντήρησης θεωρούνται καταλληλότερα κυρίως για προσωρινά κρατούμενους και κρατούμενους που εκτίουν ποινές μικρής διάρκειας.

Η Εθνική Επιτροπή Ανοσοποίησης (National Immunisation Committee) της Ιρλανδίας πρότεινε το 2002 πρόγραμμα εμβολιασμού κατά του ιού της ηπατίτιδας Β, προσαρμοσμένο ειδικά για τους κρατούμενους. Ο εμβολιασμός περιλαμβάνει τη χορήγηση μιας ένεσης την εβδομάδα επί τρεις διαδοχικές εβδομάδες και μία ενισχυτική ένεση έπειτα από δώδεκα μήνες και παρέχει προστασία σε ποσοστό 99 % σε διάστημα 13 μηνών (Zuckerman, 2003).

Η επισκόπηση 14 διεθνών μελετών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ανταλλαγής βελονών και συρίγγων σε φυλακές κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα αυτά αφενός είναι εφικτά και αφετέρου οδηγούν πράγματι σε περιορισμό τόσο των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου όσο και της μετάδοσης ασθενειών που μεταδίδονται μέσω μολυσμένου αίματος, χωρίς να έχουν παρατηρηθεί αρνητικές συνέπειες, όπως τυχαίος τραυματισμός με τις βελόνες ή χρήση των βελονών ως όπλου κατά του προσωπικού της φυλακής ή άλλων κρατουμένων (Dolan κ.ά., 2003). Το 2002, προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων εφαρμόσθηκαν σε 27 σωφρονιστικά καταστήματα στην Ισπανία και διανεμήθηκαν 12 970 σύριγγες χωρίς να αναφερθεί κανένα επεισόδιο.

Σε αντίθεση με την Ισπανία, όπου όλο και περισσότερες φυλακές παρέχουν προγράμματα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων, τα ανάλογα προγράμματα διακόπηκαν στα γερμανικά ομόσπονδα κρατίδια του Αμβούργου και της Κάτω Σαξονίας (Stöver και Nelles, 2003). Συνεχίζεται, ωστόσο ένα πρόγραμμα ανταλλαγής βελονών και συρίγγων σε μία γερμανική γυναικεία φυλακή (Βερολίνο) (Weilandt, προσωπική ανακοίνωση, 2004). Στη φυλακή Josefstadt, στη Βιέννη, προετοιμάζεται πιλοτικό πρόγραμμα και το Λουξεμβούργο πρόκειται να αρχίσει να διανέμει σύνεργα ενέσιμης χρήσης σε χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές στο πλαίσιο του προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης ([145]).

Εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης για παραβάτες που κάνουν χρήση ναρκωτικών

Τα εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης θα αποτελέσουν το αντικείμενο επιλεγμένου θέματος στην ετήσια έκθεση του επόμενου έτους, στην οποία θα περιέχεται αναλυτική επισκόπηση των μέτρων αυτών στην ΕΕ. Στην παρούσα ετήσια έκθεση θα αναλυθεί μια συγκεκριμένη πτυχή των εναλλακτικών ποινών για χρήστες ναρκωτικών.

Νέες πρωτοβουλίες: σύσταση δικαστηρίων για υποθέσεις ναρκωτικών και μεσολάβηση μεταξύ θύματος και παραβάτη

Τα δικαστήρια για υποθέσεις ναρκωτικών αποτελούν μέρος των νέων δομών που αναπτύχθηκαν σε ορισμένες χώρες για την εκδίκαση μη βίαιων αδικημάτων που διαπράττονται από χρήστες ναρκωτικών. Σκοπός τους είναι η καθυστέρηση της έκτισης της ποινής και η εμπλοκή στη διαδικασία προσώπων που συνήθως δεν διαδραματίζουν ρόλο στη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων (δικαστές, εισαγγελείς και άλλοι φορείς επιβολής του νόμου). Στόχος είναι να αποτραπεί η υποτροπή της παραβατικής συμπεριφοράς και η χρήση ναρκωτικών, μέσω της θεραπείας του χρήστη και της πίεσης που ασκεί το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Δικαστήρια για υποθέσεις ναρκωτικών ιδρύθηκαν στην Ιρλανδία και τη Σκοτία, των οποίων τα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης βασίζονται στο αγγλοσαξονικό δίκαιο. Στις λοιπές χώρες της ΕΕ, δεν υπάρχουν δικαστήρια για υποθέσεις ναρκωτικών με την αυστηρή έννοια του όρου, αλλά έχουν αναπτυχθεί παρόμοιες πρωτοβουλίες.

Στο γερμανικό ομόσπονδο κρατίδιο Βάδη-Βυρτεμβέργη, θεσπίσθηκε το 2003 πρόγραμμα αντιμετώπισης της παραβατικότητας των ανηλίκων (Διέξοδος – Way out), το οποίο παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με τα δικαστήρια υποθέσεων ναρκωτικών, καθώς και στην περίπτωση αυτή υπάρχει σύμπραξη της αστυνομίας, της εισαγγελίας, του δικαστικού σώματος, των υπηρεσιών δικαστικής επιτήρησης, των συμβουλευτικών υπηρεσιών για τα ναρκωτικά και των κύριων ενδιαφερόμενων φορέων τριών περιφερειών πρωτοδικείων (Baudis, 2004). Ακόμη, στο Μιλάνο, στο πρόγραμμα «Η θεραπεία αξίζει τον κόπο» συμμετέχει το κεντρικό δικαστήριο σε στενή συνεργασία με τις τοπικές υπηρεσίες κατά της ουσιοεξάρτησης και τις υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο του προγράμματος αυτού, οι παραβάτες χρήστες ναρκωτικών παραπέμπονται για θεραπεία αμέσως μόλις τους επιβληθεί η ποινή.

Από την αξιολόγηση του δικαστηρίου υποθέσεων ναρκωτικών του Δουβλίνου (Farrell, 2002) προέκυψε ότι υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις πως το συγκεκριμένο δικαστήριο θα περιόριζε τις δαπάνες του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης σε βάθος χρόνου. Το Υπουργείο Δικαιοσύνης επέκτεινε την περιοχή δικαιοδοσίας του συγκεκριμένου δικαστηρίου.

Μελέτη που διεξήγαγε η Ομάδα Pompidou το 2003 σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις στο θέμα των δικαστηρίων υποθέσεων ναρκωτικών και την αποτελεσματικότητά τους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η θέσπιση ενός δικαστηρίου με στόχο την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά πρέπει να βασίζεται σε αποδεδειγμένη ανάγκη και προϋποθέτει την ύπαρξη πολιτικής υποστήριξης, μηχανισμών διυπηρεσιακής συνεργασίας και επαρκούς εγγυημένης διαρθρωτικής/οικονομικής υποστήριξης για διάστημα τουλάχιστον πέντε ετών (Moyle, 2003).

Η αποκαταστατική δικαιοσύνη χρησιμοποιείται ολοένα και συχνότερα για την επιτάχυνση των ποινικών διαδικασιών κατά μη βίαιων παραβατών (σημαντικό ποσοστό των οποίων αποτελούν οι χρήστες ναρκωτικών). Η προσέγγιση αυτή εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον χάρη στη μείωση του κόστους της εκδίκασης πταισματικών παραβάσεων από υπερφορτωμένα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης. Μια από τις σημαντικότερες εξελίξεις αφορά την εξωδικαστική μεσολάβηση. Στόχος του συστήματος αυτού είναι η επίλυση διαφορών μεταξύ θυμάτων και παραβατών και η διευθέτηση συγκρούσεων σε σχέση με ποινικές διαδικασίες.

Στις Κάτω Χώρες η αστυνομία παρέχει σε ανήλικους παραβάτες ηλικίας 12-18 ετών που συλλαμβάνονται για πρώτη φορά τη δυνατότητα της αποκατάστασης της βλάβης που προκάλεσαν μέσω της μεσολάβησης. Στην Τσεχική Δημοκρατία θεσπίσθηκε το 2000 υπηρεσία δικαστικής επιτήρησης και μεσολάβησης, η οποία απευθύνεται κυρίως σε ανήλικους και χρήστες ναρκωτικών. Κατέγραψε 29 291 υποθέσεις το 2002, εκ των οποίων οι 765 αφορούσαν αδικήματα σχετικά με τα ναρκωτικά.

([145]) Βλέπε πίνακα 11 ΕΓ: Κοινωνικοϋγειονομικές υπηρεσίες για χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές της ΕΕ το 2002.

Επιλεγμένο θέμα 1

Αξιολόγηση των «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά» στην Ευρώπη

Προσεγγίσεις της αξιολόγησης των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά

Πολλές χώρες ενέκριναν πρόσφατα «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» ([146]). Η παρούσα ενότητα εστιάζει στα σχέδια αξιολόγησης των στρατηγικών αυτών, κάτι που για πρώτη φορά καθίσταται δυνατόν να πραγματοποιηθεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο χάρη στις προσπάθειες που κατέβαλαν το έτος που πέρασε τα εθνικά εστιακά σημεία. Οι εν λόγω προσπάθειες συνέβαλαν στην αποσαφήνιση της συχνά ομιχλώδους έννοιας της αξιολόγησης, όπως αναφέρεται στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά.

Τα μέτρα αξιολόγησης των ευρωπαϊκών «εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά» μπορούν να διακριθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: (1) μέτρα παρακολούθησης, δηλαδή τακτική συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με το φαινόμενο των ναρκωτικών, καθώς και τρόποι αντιμετώπισης και παρεμβάσεις· (2) μέτρα αξιολόγησης της εφαρμογής, δηλαδή αξιολόγηση της προστιθέμενης αξίας από την εφαρμογή των πρωτοβουλιών και από την κατανομή των πόρων που προβλέπονται στη στρατηγική για τα ναρκωτικά· και (3) μέτρα αξιολόγησης του αντίκτυπου (τα οποία ονομάζονται συνήθως μέτρα εκτίμησης της αποτελεσματικότητας), δηλαδή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (βραχυπρόθεσμες συνέπειες) και του αντίκτυπου ([147]) (μακροπρόθεσμες συνέπειες) επί του φαινομένου των ναρκωτικών ως αποτέλεσμα (τουλάχιστον εν μέρει) της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά (διάγραμμα 23) ([148]).

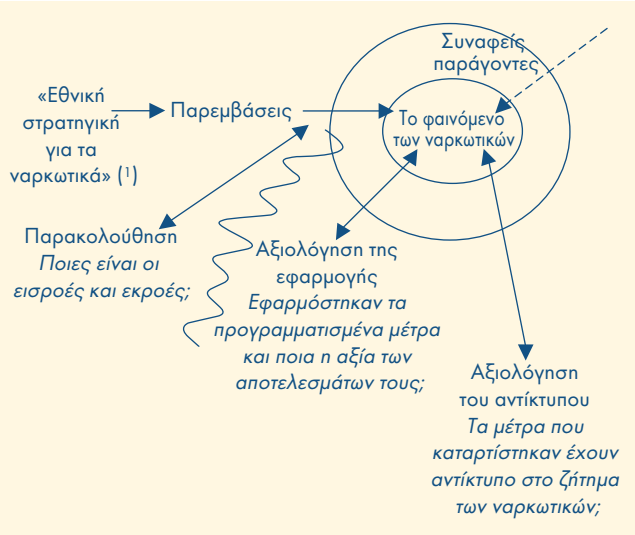
Από την άποψη της προσέγγισης που υιοθετούν για την αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά, οι χώρες διακρίνονται κατά κύριο λόγο σε χώρες που παρακολουθούν τη στρατηγική για τα ναρκωτικά και σε χώρες που αξιολογούν την εφαρμογή ή/και τον αντίκτυπό της.

Οι έννοιες της παρακολούθησης και της αξιολόγησης δεν διακρίνονται πάντοτε σαφώς στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά, οπότε είναι σημαντικό να γίνει κατανοητή η διαφορά. Η παρακολούθηση είναι μια συνεχής και συστηματική διαδικασία που οδηγεί στη συγκέντρωση σε τακτά χρονικά διαστήματα ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων για το φαινόμενο των ναρκωτικών και τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπισή του. Μπορεί να παρέχει τακτικά στοιχεία σχετικά με τις υλοποιούμενες δραστηριότητες (δηλαδή σχετικά με τις εισροές: τι είδους και πόσοι πόροι χρησιμοποιήθηκαν, και σχετικά με τις εκροές: τι είδους μέτρα υλοποιήθηκαν, για πόσο χρονικό διάστημα και από ποιον).

Ωστόσο, η παρακολούθηση συνήθως δεν παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον αντίκτυπο της στρατηγικής, ούτε παρέχει απαντήσεις όσον αφορά το γιατί μια δραστηριότητα επιτυγχάνει ή όχι τους στόχους της. Το σύστημα παρακολούθησης μπορεί γενικά να παρέχει πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη των διαφορετικών πτυχών του φαινομένου των ναρκωτικών και με τα διάφορα μέτρα που εφαρμόζονται για την καταπολέμηση του προβλήματος, αλλά σε γενικές γραμμές δεν μπορεί να καθορίσει εάν οι εν λόγω αλλαγές αποτελούν ή όχι άμεση συνέπεια των μέτρων που εφαρμόσθηκαν (αιτιώδης συνάφεια).

Το ζήτημα της αιτιώδους σχέσης και άλλα περίπλοκα επιστημονικά ερωτήματα αντιμετωπίζονται μέσω της αξιολόγησης (πίνακας 5), που σημαίνει «κρίση σχετικά με την αξία μιας κρατικής παρέμβασης» (στην περίπτωση αυτή μιας εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά) «βάσει κριτηρίων» (συνάφεια, αποτελεσματικότητα, αντίκτυπος) «και σαφώς προσδιορισμένων προτύπων» (ποιότητα, ποσότητα) (πηγή: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1999), και που, συνήθως,

Διάγραμμα 23: Επίπεδα αξιολόγησης σε «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά»



(1) Ο όρος «στρατηγική για τα ναρκωτικά» περιλαμβάνει επίσης οποιαδήποτε συναφή σχέδια δράσης που απορρέουν από τη στρατηγική.

([146]) Ο ορισμός της δίδεται στο κεφάλαιο 1, σ. 17.

([147]) Για λόγους απλούστευσης, η έκφραση «αξιολόγηση του αντίκτυπου» θα σημαίνει, στο πλαίσιο της παρούσας ενότητας, τόσο αξιολόγηση του αντίκτυπου όσο και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, δύο επιστημονικές έννοιες με αρκετές διαφορές, μεταξύ των οποίων γίνεται συνήθως διάκριση στη σχετική βιβλιογραφία.

([148]) Μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση θα περιλάμβανε επίσης αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, δηλαδή του κόστους έναντι του οποίου επέρχονται τα αποτελέσματα και ο αντίκτυπος. Ωστόσο σχετικά στοιχεία υπήρχαν μόνο για την Ισπανία (βλέπε κατωτέρω).

Πίνακας 5: Συνήθεις όροι αξιολόγησης (μέθοδοι αξιολόγησης για διαρθρωτικής φύσεως δράση)

Γενική αξιολόγηση	Αξιολόγηση μιας παρέμβασης στο σύνολό της.
Συνοχή	Ο βαθμός στον οποίο δεν παρατηρούνται αντιφάσεις στη λογική των παρεμβάσεων/οι στόχοι μιας παρέμβασης δεν είναι αντίθετοι προς παρόμοιους στόχους άλλων παρεμβάσεων.
Συνάφεια	Ο βαθμός στον οποίο οι στόχοι μιας παρέμβασης είναι συναφείς προς τις ανάγκες, τα προβλήματα και τα ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν.
Συνεκτικότητα	Ο βαθμός στον οποίο οι θετικές/αρνητικές συνέπειες σε άλλους τομείς οικονομικής, κοινωνικής ή περιβαλλοντικής πολιτικής μεγιστοποιούνται/ελαχιστοποιούνται.
Χρησιμότητα	Ο βαθμός στον οποίο τα αποτελέσματα είναι αντίστοιχα των αναγκών, των προβλημάτων και των ζητημάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν.
Αποτελεσματικότητα	Ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι στόχοι που έχουν ορισθεί.
Αποδοτικότητα	Ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα με λογικό κόστος.
Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας	Εργαλείο αξιολόγησης για τη διατύπωση κρίσεων σχετικά με την αποδοτικότητα.
Ανάλυση κόστους-οφέλους	Εργαλείο αξιολόγησης για τη διατύπωση κρίσεων σχετικά με τα πλεονεκτήματα της παρέμβασης από τη σκοπιά του συνόλου της ενδιαφερόμενης ομάδας και βάσει της χρηματικής αξίας που αποδίδεται σε όλες τις συνέπειες της παρέμβασης.
Αποτέλεσμα	Αυτό που χρηματοδοτείται και επιτυγχάνεται (ή παγιώνεται) με τα χρήματα που διατίθενται σε μια παρέμβαση.
Αντίκτυπος	Συνέπεια που επηρεάζει τους άμεσους αποδέκτες μετά το τέλος της συμμετοχής τους σε μια παρέμβαση, ή μετά την ολοκλήρωση μιας δημόσιας εγκατάστασης, ή αλλιώς έμμεση συνέπεια που επηρεάζει άλλους αποδέκτες είτε θετικά είτε αρνητικά.

Πηγές: Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1999.

προϋποθέτει αναλυτικές μελέτες. Δύο είναι λοιπόν τα συνιστώντα στοιχεία της αξιολόγησης: (1) αποδείξεις σχετικά με την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της εφαρμογής μιας πολιτικής και των αλλαγών που επήλθαν στο εξεταζόμενο φαινόμενο, οι οποίες βασίζονται σε δεδομένα καλής ποιότητας, τα οποία έχουν δηλαδή συλλεχθεί με επιστημονικές μεθόδους (παρακολούθηση και ενδελεχείς μελέτες)· και (2) κριτική αξιολόγηση του αντίκτυπου, που τελικά πρέπει να συνδεθεί με τη λήψη αποφάσεων.

Στην πράξη, η έννοια της «αξιολόγησης» συνδέεται άρρηκτα με την «παρακολούθηση», αλλά, παρόλο που σε ορισμένα έγγραφα οι δύο όροι χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν έχουν το ίδιο νόημα (αν και η παρακολούθηση αποτελεί φυσικά μέρος της αξιολόγησης).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αναθεωρημένη εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά δημοσιεύθηκε το 2002, ύστερα από εκτενή επανεξέταση η οποία έλαβε υπόψη τις αξιολογήσεις που είχαν διενεργηθεί βάσει στοιχείων καθώς και τις συνιστώσες της προσφοράς και της ζήτησης. Η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά «παρακολουθείται», «ελέγχεται» και πραγματοποιείται «εκτίμηση της απόδοσής της», αλλά δεν «αξιολογείται» (εθνικές εκθέσεις του Ηνωμένου Βασιλείου, σ. 106). Στη Νορβηγία, ένας από τους στόχους του νέου σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ είναι η δημιουργία συστήματος μέτρησης της προόδου προς την επίτευξη των στόχων και επιμέρους στόχων του σχεδίου (εθνική έκθεση Νορβηγίας, σ. 65). Στην Τσεχική Δημοκρατία, η εθνική στρατηγική για την πολιτική ναρκωτικών 2001-2004 ορίζει στόχους, σκοπούς και δείκτες προόδου, καθώς και εργαλεία αξιολόγησης της απόδοσης για κάθε πυλώνα της στρατηγικής. Παρακολουθείται τακτικά η πραγματοποίηση των επιμέρους δραστηριοτήτων, αλλά δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμη συστηματική αξιολόγηση της στρατηγικής συνολικά σύμφωνα με τους καθορισμένους δείκτες προόδου και τα καθορισμένα εργαλεία αξιολόγησης. Αυτό εν μέρει οφείλεται στο διόλου ευκαταφρόνητο κόστος των εξωτερικών αξιολογήσεων (εθνική έκθεση Τσεχικής Δημοκρατίας, σ. 114). Το νέο σχέδιο δράσης της Δανίας προβλέπει διαρκή «αξιολόγηση» συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (εθνική έκθεση Δανίας, σ. 67). Στην Ουγγαρία και στην Πολωνία, οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά προβλέπουν σύστημα παρακολούθησης των επιμέρους δραστηριοτήτων (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox), ενώ στη Σλοβενία δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής κανενός είδους αξιολόγηση, παρόλο που η νέα εθνική στρατηγική προβλέπει «τακτική αξιολόγηση της εφαρμογής» (εθνική έκθεση Σλοβενίας, σ. 61). Στη Λιθουανία, η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά (2004-2008) θα υλοποιηθεί «ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες της χώρας» (εθνική έκθεση Λιθουανίας, σ. 35). Και στην Εσθονία, η νέα εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά «περιλαμβάνει δραστηριότητες παρακολούθησης και αξιολόγησης και ορίζει δείκτες απόδοσης» (εθνική έκθεση Εσθονίας, σ. 86).

Στη Φινλανδία και στη Σουηδία (εθνική έκθεση Φινλανδίας, σ. 113· εθνική έκθεση Σουηδίας, σσ. 75-76), οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην παρακολούθηση της υλοποίησης της στρατηγικής παρά στην αξιολόγηση του αντίκτυπού της. Στη Σουηδία, ο

συντονιστής στον τομέα των ναρκωτικών, που διορίστηκε το 2002, είναι υπεύθυνος για την εξασφάλιση της παρακολούθησης του εθνικού σχεδίου δράσης (σε ετήσιες εκθέσεις). Και στη Φινλανδία σχεδιάζεται να πραγματοποιηθεί έρευνα προκειμένου να ορισθούν ορισμένα σημεία αναφοράς βάσει των οποίων οι φορείς που ασχολούνται με το πρόβλημα των ναρκωτικών θα παρακολουθούν και θα αξιολογούν τις δραστηριότητές τους. Το εθνικό εστιακό σημείο του Λουξεμβούργου αναφέρει ότι τα αποτελέσματα του σχεδίου για την περίοδο 2000-2004 θα αξιολογηθούν το 2005 προκειμένου να αναπτυχθούν νέες στρατηγικές (εθνική έκθεση Λουξεμβούργου, σ. 94). Στη Γερμανία, το σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ 2002 επιχειρεί για πρώτη φορά να θέσει επιχειρησιακούς στόχους και κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της επιτυχίας ή της αποτυχίας των παρεμβάσεων (εθνική έκθεση Γερμανίας, σ. 101), ενώ στην Ιταλία, το τριετές πρόγραμμα 2002-2004 προωθεί την αξιολόγηση στον τομέα της πρόληψης και της κοινωνικής επανένταξης.

Στις χώρες που υποβάλλουν αξιολόγηση είτε της εφαρμογής της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά είτε της αποτελεσματικότητάς της περιλαμβάνονται η Ελλάδα, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία (πίνακας 6). Οι στρατηγικές της Ισπανίας και της Ελλάδας αναφέρονται σε «αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας». Στην Ισπανία, η εννεαετής εθνική στρατηγική προβλέπει ενδιάμεση αξιολόγηση της εφαρμογής της συνολικά και της εφαρμογής των επιμέρους τμημάτων της το 2003 και το 2008. Στόχος είναι η «βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των κρατικών πολιτικών» (εθνική έκθεση Ισπανίας, σ. 85), μέσω της εκτίμησης της ποιότητας και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ομοίως, στην Ελλάδα, το νέο σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά του 2002 αναφέρεται σε μελλοντική εξωτερική αξιολόγηση της συνολικής αποτελεσματικότητας των πολιτικών που εφαρμόζονται, η οποία θα βασίζεται σε ευρωπαϊκούς και διεθνείς δείκτες (εθνική έκθεση Ελλάδας, σ. 110).

Στη Γαλλία, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά προβλέπουν συνολική ([149]) και τομεακή αξιολόγηση, σε ορισμένες περιπτώσεις δε αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας (εθνική έκθεση Ιρλανδίας). Ωστόσο, από τα στοιχεία που υποβλήθηκαν προκύπτει ότι οι πραγματοποιηθείσες μέχρι στιγμής αξιολογήσεις αποτελούν μάλλον εκτίμηση του βαθμού εφαρμογής παρά της αποτελεσματικότητας της στρατηγικής. Στη Γαλλία, η αξιολόγηση του τριετούς σχεδίου δράσης 1999-2002 [που πραγματοποιήθηκε από το γαλλικό παρατηρητήριο ναρκωτικών και τοξικομανίας (OFDT) από το 2000 έως το 2003] περιλάμβανε τόσο «συνολική αξιολόγηση» όσο και αξιολόγηση πέντε προγραμμάτων προτεραιότητας ([150]). Ωστόσο η αξιολόγηση δεν περιλάμβανε εκτίμηση του αντίκτυπου των μέτρων στο φαινόμενο των ναρκωτικών συνολικά. Επρόκειτο ουσιαστικά για εκτίμηση της προόδου έναντι της οποίας εκτιμήθηκε η επίτευξη των επιχειρησιακών στόχων. Στην Ιρλανδία, η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά προβλέπει ανεξάρτητη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συνολικού πλαισίου έως τα τέλη του 2004 (National Drugs Strategy 2001-2008: Building on Experience, σ. 111). Ωστόσο, όπως προκύπτει, η αξιολόγηση δεν θα περιλαμβάνει εξέταση του βαθμού στον οποίο εφαρμόστηκε η στρατηγική για τα ναρκωτικά και της επίτευξης των στρατηγικών της στόχων, αλλά μια συνολική εκτίμηση του αντίκτυπου της στρατηγικής στο φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών. Η στρατηγική της Πορτογαλίας για τα ναρκωτικά προβλέπει ανεξάρτητη εξωτερική αξιολόγηση της συνολικής και της τομεακής εφαρμογής της (εθνική έκθεση Πορτογαλίας, σ. 65). Προβλέπεται επίσης διαδικασία εσωτερικής αξιολόγησης.

Στα κράτη μέλη τα οποία δεν διαθέτουν «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» υπό τη στενή έννοια του όρου, δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στη συνολική αξιολόγηση τα τελευταία χρόνια, ακόμη και σε χώρες με παράδοση στην αξιολόγηση επιμέρους προγραμμάτων καταπολέμησης των ναρκωτικών. Στις Κάτω Χώρες, για παράδειγμα, όπου η έρευνα, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση αποτελούσαν ανέκαθεν μέρος της πολιτικής για τα ναρκωτικά, εγκρίθηκε νέα «κρατική στρατηγική καθοδήγησης» (2002) με στόχο την παροχή κατευθυντήριων γραμμών για την αξιολόγηση της απόδοσης στους κρατικούς φορείς (περιλαμβανομένων των φορέων του τομέα της υγείας και του τομέα της καταπολέμησης των ναρκωτικών) (εθνική έκθεση Κάτω Χωρών, σσ. 83-84). Στην Αυστρία, αν και η παρακολούθηση στον τομέα της καταπολέμησης των ναρκωτικών έχει παρουσιάσει σημαντική βελτίωση τα τελευταία χρόνια, ούτε

Πίνακας 6: Χαρακτηριστικά ορισμένων αξιολογήσεων εθνικών στρατηγικών

	«Εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά»	Πεδίο αξιολόγησης	Στόχος της αξιολόγησης	Όροι αξιολόγησης
Ελλάδα	Σχέδιο δράσης 2002-2006	Γενικό και ειδικό	Αποτελεσματικότητα	Κανένας
Ισπανία	Εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά, 2000-2008	Γενικό και ειδικό	Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα	2003-2008
Γαλλία	Τριετές σχέδιο για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και την πρόληψη της εξάρτησης, 1999-2001	Γενικό και ειδικό	Υλοποίηση	2002
Ιρλανδία	Εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά, 2001-2008: «Αξιοποίηση της εμπειρίας»	Γενικό και ειδικό	Υλοποίηση	2004-2008
Πορτογαλία	Εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση των ναρκωτικών 1999· σχέδιο δράσης 2000-2004	Γενικό και ειδικό	Υλοποίηση	2004

([149]) Συνολική αξιολόγηση: αξιολόγηση μιας παρέμβασης στο σύνολό της (πίνακας 5).

([150]) 1) Οι περιφερειακές συμφωνίες σχετικά με τους στόχους στους τομείς της υγείας και της δικαιοσύνης, 2) η διυπουργική πολιτική για την επαγγελματική κατάρτιση, 3) τα περιφερειακά προγράμματα για την πρόληψη της τοξικομανίας, 4) πιλοτικά προγράμματα εκτός δομών για την προσέγγιση ατόμων που παρουσιάζουν εθιστική συμπεριφορά από εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας και 5) προγράμματα μείωσης του κινδύνου στο 18ο διαμέρισμα του Παρισιού.

τα σχέδια των επαρχιών (με την εξαίρεση προκαταρκτικών αξιολογήσεων στην επαρχία Vorarlberg) ούτε η συνολική πολιτική για τα ναρκωτικά έχουν αποτελέσει αντικείμενο αξιολόγησης (εθνική έκθεση Αυστρίας, σ. 63). Όσον αφορά τις υπόλοιπες χώρες (Κύπρος, Λεττονία, Μάλτα και Σλοβακία, καθώς και τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και την Τουρκία), τα διαθέσιμα στοιχεία (όπου υπάρχουν) δεν επαρκούν για την παρουσίαση μιας συνολικής εικόνας της αξιολόγησης των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά.

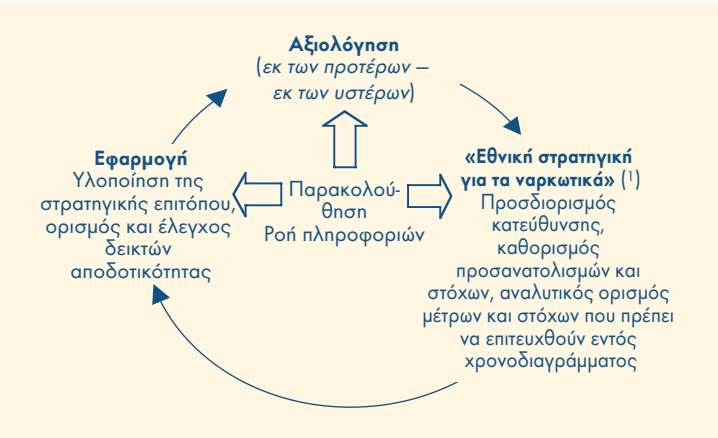
Αξιολογήσεις: «εκ των προτέρων», «ενδιάμεσες» και «εκ των υστέρων»

Στον οδηγό για την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2003) προσδιορίζονται τέσσερις βασικοί λόγοι για τη διενέργεια αξιολογήσεων: οι αξιολογήσεις συμβάλλουν (1) στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων, (2) στη βελτίωση της ποιότητας των παρεμβάσεων, (3) στην αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων (δηλαδή στην αποδοτικότητα) και (4) στην υποβολή εκθέσεων σχετικά με τα επιτεύγματα της παρέμβασης (δηλαδή στην υποχρέωση λογοδοσίας). Ο ίδιος οδηγός περιγράφει τρία στάδια αξιολόγησης: εκ των προτέρων, ενδιάμεση και εκ των υστέρων.

Η εκ των προτέρων αξιολόγηση πραγματοποιείται πριν από τη δρομολόγηση μιας παρέμβασης, με σκοπό την εκτίμηση της ανάγκης για ανάληψη δράσης ή για τον καθορισμό της βάσης της. Η εκ των προτέρων αξιολόγηση αναφέρεται στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά στο πλαίσιο αναθεωρητικών διαδικασιών που διεξάγονται από κοινοβουλευτικές επιτροπές ή από κρατικές επιτροπές ή υπηρεσίες στις οποίες ανατίθενται οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά (Βέλγιο, Γερμανία, Ισπανία, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία).

Η ενδιάμεση αξιολόγηση αναφέρεται στις «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» της Ισπανίας, της Ιρλανδίας και της Πορτογαλίας ως εργαλείο για την προσαρμογή των παρεμβάσεων και των στόχων κατά τη διάρκεια της υλοποίησής τους. Η προσέγγιση της προσαρμογής των παρεμβάσεων στη διάρκεια της υλοποίησης δεν απαντάται μόνο στις χώρες στις οποίες προβλέπεται ολοκληρωμένη διαδικασία αξιολόγησης. Αναφέρεται και από χώρες που αναπτύσσουν συστήματα παρακολούθησης, όπου χρησιμοποιείται για τη συγκέντρωση αξιόπιστων πληροφοριών που συμβάλλουν στην προσαρμογή και τη διαμόρφωση μελλοντικών δράσεων. Πρόκειται στην ουσία για αξιολόγηση της αξίας μιας παρέμβασης που χαρακτηρίζει συνήθως δραστηριότητες αξιολόγησης. Και στην περίπτωση αυτή η παρακολούθηση και η αξιολόγηση χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

Διάγραμμα 24: Η αξιολόγηση ως κυκλική διαδικασία



(1) Ο όρος «στρατηγική για τα ναρκωτικά» περιλαμβάνει επίσης οποιαδήποτε συναφή σχέδια δράσης που απορρέουν από τη στρατηγική.

Η εκ των υστέρων αξιολόγηση καλύπτει ολόκληρη την περίοδο της παρέμβασης, με ιδιαίτερη έμφαση συνήθως στα τελικά αποτελέσματα, με στόχο την αξιοποίηση των διδαγμάτων σε μελλοντικές παρεμβάσεις. Τέτοιου είδους δραστηριότητα αναφέρεται στη Γαλλία, όπου στόχος της τελικής αξιολόγησης του γαλλικού σχεδίου δράσης ήταν η αναθεώρηση των παρεμβάσεων και των στόχων στο πλαίσιο ενός νέου σχεδίου για τα ναρκωτικά, και προτείνεται να εφαρμοσθεί από το 2008 στην Ισπανία, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία.

Στον τομέα των ναρκωτικών, στόχος της διαδικασίας αξιολόγησης είναι πάντοτε η βελτίωση της ποιότητας των υλοποιούμενων παρεμβάσεων και ο σχεδιασμός νέων. Ωστόσο, όταν μια στρατηγική για τα ναρκωτικά διαδέχεται μιαν άλλη, η εκ των προτέρων και η εκ των υστέρων αξιολόγηση συμπίπτουν, οδηγώντας σε έναν κύκλο αξιολογήσεων, στο πλαίσιο του οποίου τα τελικά αποτελέσματα της προηγούμενης στρατηγικής αξιοποιούνται για την εκπόνηση της επόμενης (διάγραμμα 24).

Παράγοντες που συμμετέχουν στην αξιολόγηση

Άλλο βασικό ζήτημα που καλύπτουν οι «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» είναι κατά πόσο οι υπεύθυνοι γα την αξιολόγηση πρέπει να προέρχονται από το εσωτερικό του αρμόδιου οργανισμού ή να είναι εξωτερικοί φορείς. Συναντούμε παραδείγματα και των δύο ειδών αξιολόγησης, που παρουσιάζουν και τα δύο πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Οι εσωτερικοί αξιολογητές γνωρίζουν καλύτερα τις δομές και τους μηχανισμούς επικοινωνίας του οργανισμού, είναι εξοικειωμένοι τόσο με τον οργανισμό όσο και με το αντικείμενο της αξιολόγησης και έχουν άμεση πρόσβαση στις πηγές στοιχείων. Από την άλλη, οι εσωτερικοί αξιολογητές μπορεί να έχουν την τάση να δικαιολογούν τυχόν αποτυχίες επίτευξης των στόχων και να είναι λιγότερο πρόθυμοι να υποβάλουν παρατηρήσεις ή να προτείνουν αλλαγές που μπορεί να θεωρηθούν ως απειλή για τον οργανισμό. Αντίθετα, οι εξωτερικοί αξιολογητές παρέχουν γενικά πιο αντικειμενική και αξιόπιστη κρίση, καθώς δεν συνδέονται με τον οργανισμό, αλλά ενδέχεται να συναντήσουν περισσότερες δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση σε πηγές πληροφόρησης, και ελλοχεύει ο κίνδυνος να επιχειρήσουν να ικανοποιήσουν τον πελάτη τους παρουσιάζοντας τα θετικότερα δυνατά αποτελέσματα.

Επιπλέον, η εξωτερική αξιολόγηση είναι συνήθως δαπανηρή υπόθεση. Η επιλογή επομένως πρέπει να γίνει μεταξύ, αφενός, της καλύτερης κατανόησης της κατάστασης και της δυνατότητας πρόσβασης στα απαραίτητα στοιχεία και, αφετέρου, της μεγαλύτερης αντικειμενικότητας και της μεγαλύτερης εμπειρογνωμοσύνης στη διαδικασία αξιολόγησης.

Τα περισσότερα κράτη μέλη φαίνεται ότι προκρίνουν μια μεικτή προσέγγιση: στην Ιρλανδία, η ενδιάμεση αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά θα πραγματοποιηθεί το 2005 από εξωτερικούς συμβούλους υπό την καθοδήγηση μιας διατομεακής ομάδας. Στην Πορτογαλία, προσωπικό του οργανισμού και εξωτερικοί σύμβουλοι θα συνεργαστούν στο πλαίσιο της αξιολόγησης του σχεδίου δράσης 2000-2004. Στη Γαλλία εξωτερικοί αξιολογητές και προσωπικό του OFDT πραγματοποίησαν διαφορετικές πτυχές της διαδικασίας αξιολόγησης του τριετούς σχεδίου δράσης. Στην Ισπανία, η ενδιάμεση αξιολόγηση (2004) πραγματοποιείται από προσωπικό του εθνικού σχεδίου για τα ναρκωτικά (PNSD), ενώ το ελληνικό σχέδιο προβλέπει εξωτερική αξιολόγηση. Στη Σουηδία, το εθνικό ινστιτούτο δημόσιας υγείας θα αξιολογήσει την πολιτική στον τομέα της δημόσιας υγείας βάσει της μέτρησης διαφόρων μεταβλητών που αφορούν τον τρόπο ζωής. Ένας από τους στόχους της πολιτικής (στόχος υπ' αριθ. 11) είναι η μείωση της κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ, η εξάλειψη των παράνομων ναρκωτικών και της φαρμακοδιέγερσης από την κοινωνία και ο περιορισμός των κοινωνικών επιπτώσεων των τυχερών παιχνιδιών.

Σε όλες τις χώρες στις οποίες πραγματοποιείται αξιολόγηση, αρμόδια για την οργάνωση και την υλοποίηση της αξιολόγησης φαίνεται ότι είναι η εθνική συντονιστική υπηρεσία: η Διυπουργική Αποστολή (MILDT) στη Γαλλία, το Εθνικό Σχέδιο για τα Ναρκωτικά (PNSD) στην Ισπανία, το Ινστιτούτο Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (IDT) στην Πορτογαλία, η Διεύθυνση Ναρκωτικών στην Ιρλανδία, η Υπηρεσία Συντονισμού για τα Ναρκωτικά στη Σουηδία και, σύμφωνα με τη «στρατηγική» που ανακοίνωσε το Βέλγιο για το 2001, η Γενική Ομάδα για τα Ναρκωτικά, όταν αρχίσει να λειτουργεί. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών αυτών, υπεύθυνα για την παροχή των πληροφοριών και των δεδομένων που απαιτούνται για την αξιολόγηση και ορισμένες φορές αρμόδια και για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης είναι τα κέντρα παρακολούθησης των ναρκωτικών, τα οποία συνήθως συμπίπτουν με τα εθνικά εστιακά σημεία του δικτύου Reitox.

Στόχοι και δείκτες

Συχνά εγείρεται το ερώτημα σε ποιο βαθμό μπορούν να μετρηθούν τα αποτελέσματα δράσεων που υλοποιούνται στο πλαίσιο μιας «εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά». Πράγματι, τόσο οι διεθνείς όσο και οι «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» αναφέρονται σε πολύ «γενικούς στόχους», όπως η «μείωση των κινδύνων για τους χρήστες ναρκωτικών» ή «η επίτευξη μιας κοινωνίας χωρίς ναρκωτικά», καθώς και σε «επιχειρησιακούς στόχους», όπως η «αύξηση του αριθμού των θέσεων θεραπείας» ή η «ίδρυση συντονιστικής υπηρεσίας για τα ναρκωτικά». Τόσο οι «γενικοί» όσο και οι «επιχειρησιακοί» στόχοι θα επιτυγχάνονταν ευκολότερα εάν εξειδικεύονταν με τη θέσπιση και επιμέρους στόχων. Οι πρώτοι είναι σημαντικοί καθώς αποτελούν τη βάση της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, θέτοντας τις κατευθύνσεις, αλλά είναι δύσκολο να μετρηθούν. Οι τελευταίοι αφορούν την υλοποίηση πρωτοβουλιών βάσει ποιοτικών και ποσοτικών κριτηρίων και είναι ευκολότερο να ποσοτικοποιηθούν.

Εμπειρογνώμονες και επαγγελματίες προειδοποιούν ότι, προκειμένου μια στρατηγική να αξιολογηθεί επιστημονικά, οι στόχοι πρέπει να διατυπώνονται με σαφήνεια, να είναι μετρήσιμοι, να διακρίνουν αλλά και να συνδέουν τους «γενικούς» και τους «επιχειρησιακούς» στόχους. Οι «επιχειρησιακοί στόχοι» πρέπει μάλιστα να αντιμετωπίζονται ως μέσο επίτευξης των «γενικών στόχων». Πρέπει επίσης να θεσπίζονται δείκτες απόδοσης για τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης των στόχων. Προς το παρόν ελάχιστες μόνο εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά μπορούν να περιληφθούν στην κατηγορία αυτή.

Αποδοτικότητα

Ελάχιστες είναι οι εθνικές στρατηγικές που δίνουν έμφαση στην ανάλυση κόστους-οφέλους ή κόστους-αποδοτικότητας, με την εξαίρεση της ισπανικής στρατηγικής που προβλέπει ότι η αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής θα επιχειρήσει επίσης να μετρήσει την αποδοτικότητα της κρατικής πολιτικής. Οι προϋπολογισμοί και οι δαπάνες απασχολούν γενικά τις κρατικές διοικήσεις, αλλά στον τομέα των ναρκωτικών (όπως αναφέρεται στην τελευταία ετήσια έκθεση, ΕΚΠΝΤ, 2003β) παρατηρείται γενική έλλειψη ενημέρωσης για το κόστος των κρατικών παρεμβάσεων στον τομέα αυτόν. Η ανάλυση του είδους αυτού θεωρείται γενικά περιθωριακή και περιλαμβάνεται σε ελάχιστες ερευνητικές δραστηριότητες.

Περιορισμοί στην αξιολόγηση

Είναι ευρύτερα αποδεκτό στο πλαίσιο της επιστημονικής κοινότητας ότι είναι δύσκολο να προσδιορισθεί εάν κάποια πολιτική καταπολέμησης των ναρκωτικών είναι αποτελεσματική ή όχι. Εμπειρογνώμονες και επαγγελματίες προειδοποιούν για τις δυσκολίες της αξιολόγησης του αντίκτυπου μιας κρατικής πολιτικής: πρέπει να ληφθούν υπόψη «στρώματα πολυπλοκότητας» και «σειρά αιτιωδών σχέσεων». Μπορεί πράγματι να αποδειχθεί ιδιαίτερα δύσκολος ο εντοπισμός αιτιώδους σχέσης μεταξύ μιας πολιτικής για τα ναρκωτικά και των αποτελεσμάτων και του αντίκτυπού της λόγω της πληθώρας των παρεμβάσεων και των επιδράσεων που πρέπει να μετρηθούν και των πιθανών εξωτερικών παραγόντων (παράγοντες σύγχυσης) που συνδιαμορφώνουν την κατάσταση (για παράδειγμα κοινωνικοοικονομικοί όροι, υποκουλτούρες). Ορισμένες έρευνες παρέχουν ενδείξεις ότι η εξέλιξη του φαινομένου των ναρκωτικών μπορεί να εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από παράγοντες συμπεριφοράς και από κοινωνικούς παράγοντες παρά από παρεμβάσεις πολιτικής.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η χρήση ναρκωτικών συνιστά αδίκημα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο για τη

συγκέντρωση στοιχείων, η οποία αποτελεί βασικό εργαλείο κάθε διαδικασίας αξιολόγησης, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τεκμηριωθούν σημαντικές πτυχές του φαινομένου των ναρκωτικών. Επομένως, πρέπει να καταρτίζονται με μεγάλη προσοχή οι διαδικασίες αξιολόγησης στον τομέα των ναρκωτικών και τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων πρέπει να ερμηνεύονται με μεγάλη προσοχή.

Συμπέρασμα

Βάσει των δεδομένων που έχουν εξεταστεί, φαίνεται ότι οι «εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά» αντιμετωπίζουν γενικά την αξιολόγηση ως διαδικασία μέτρησης της εφαρμογής –μέτρηση της προόδου, των επιτευγμάτων, των αποτυχιών– και διατύπωσης ορισμένων κριτικών παρατηρήσεων, και όχι ως διαδικασία αξιολόγησης του αντίκτυπου της στρατηγικής στο φαινόμενο των ναρκωτικών συνολικά. Αυτό το συμπέρασμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Οι περισσότερες από τις χώρες που αντιμετωπίζουν εδώ και δεκαετίες το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι πλέον σε θέση (ή επιθυμούν) να αναπτύξουν, μέσω συστημάτων παρακολούθησης, μια βάση για τη μέτρηση του φαινομένου των ναρκωτικών και των αποτελεσμάτων των προσπαθειών τους. Επομένως, οι πολιτικές για τα ναρκωτικά μπορούν σήμερα να θεωρηθούν πιο υπεύθυνες από ποτέ, κάτι που από μόνο του αποτελεί σημαντικό επίτευγμα.

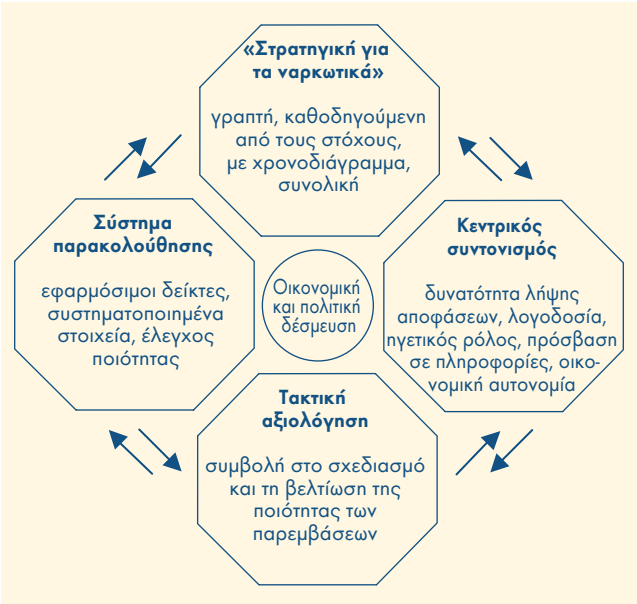
Ορισμένες χώρες έχουν κάνει ένα βήμα παραπέρα, ανακοινώνοντας ότι, επιπλέον της ανάπτυξης συστημάτων παρακολούθησης, θα πραγματοποιήσουν αξιολόγηση της υλοποίησης της «εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά», κάτι που σημαίνει πραγματοποίηση επιστημονικής μελέτης για την αξιολόγηση της αξίας της στρατηγικής συνολικά ή μέρους αυτής. Μέχρι σήμερα ωστόσο δεν υπάρχουν ενδείξεις πραγματοποίησης επιστημονικής αξιολόγησης του αντίκτυπου των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά συνολικά.

Γενικά, οι χώρες που έχουν πιο διαρθρωμένη προσέγγιση της πολιτικής για τα ναρκωτικά, δηλαδή οι χώρες που διαθέτουν γραπτή, προσανατολισμένη στην επίτευξη στόχων, ολοκληρωμένη «εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά» και κεντρικό συντονιστικό μηχανισμό με εθνικό συντονιστή και αξιόπιστο σύστημα παρακολούθησης, αναφέρουν πιο εξελιγμένες διαδικασίες αξιολόγησης (διάγραμμα 25).

Φαίνεται ότι η ύπαρξη πιο διαρθρωμένης προσέγγισης, που ούτως ή άλλως είναι ένδειξη οικονομικής και πολιτικής δέσμευσης, αποτελεί προϋπόθεση μιας πιο εξελιγμένης προσέγγισης της αξιολόγησης της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Η υπόθεση αυτή πρέπει φυσικά να επιβεβαιωθεί με περαιτέρω έρευνα.

Η διάδοση της παρακολούθησης και της αξιολόγησης συνέβαλε στην αύξηση των γνώσεων για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην ΕΕ και κατά συνέπεια έχουν δημιουργηθεί οι προϋποθέσεις για τη λήψη πιο ενημερωμένων αποφάσεων. Η αξιολόγηση αναγνωρίζεται πλέον από τις στρατηγικές για τα ναρκωτικά ως στοιχείο που συμβάλλει σημαντικά στην υποχρέωση λογοδοσίας, την αποδοτικότητα και την οικονομική πειθαρχία. Πολλά σχέδια και συγκεκριμένες παρεμβάσεις στον τομέα των ναρκωτικών προβλέπουν ήδη το στοιχείο της αξιολόγησης, και, εάν αυτό επεκταθεί σε όλες τις μείζονος σημασίας πολιτικές παρέμβασης, θα καταστεί δυνατή η μέτρηση της αποδοτικότητας των ευρωπαϊκών εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά.

Διάγραμμα 25: Κύρια χαρακτηριστικά της διαρθρωμένης προσέγγισης για την κατάρτιση πολιτικής για τα ναρκωτικά



Επιλεγμένο θέμα 2

Συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με τη χρήση της κάνναβης: γιατί αυξάνονται οι αιτήσεις για θεραπεία στην Ευρώπη

Εισαγωγή

Ο όρος κάνναβη χρησιμοποιείται για να περιγράψει διάφορα προϊόντα που προέρχονται από το φυτό κάνναβη (Cannabis sativa L.), ετήσιο φυτό, ενδημικό της Κεντρικής Ασίας, το οποίο σήμερα καλλιεργείται σε πολλά σημεία του πλανήτη με εύκρατο και τροπικό κλίμα. Οι πολυάριθμες ποικιλίες της Cannabis sativa παρουσιάζουν αντίστοιχα ευρύ φάσμα διαφορετικών βιολογικών και χημικών χαρακτηριστικών. Στην ευρωπαϊκή αγορά ναρκωτικών απαντώνται τρία είδη κάνναβης: η «φυτική κάνναβη» (μαριχουάνα), που παράγεται από αποξηραμένα άνθη, στελέχη και φύλλα του φυτού· η «ρητίνη της κάνναβης» (χασίς), που παράγεται από τις ρητινώδεις εκκρίσεις καφέ ή μαύρου χρώματος του άνθους του φυτού που αποξηραίνονται και πωλούνται συνήθως σε μορφή πλακιδίων αλλά και σε μορφή σκόνης· και το σπανιότερο είδος, το «χασισέλαιο», το οποίο είναι ένα παχύρρευστο κολλώδες υγρό.

Η χρήση της κάνναβης είναι ευρύτατα διαδεδομένη εδώ και πολλούς αιώνες, κατά καιρούς δε, διάφορες κοινωνίες χρησιμοποίησαν τις κλωστικές ίνες της κάνναβης ως πρώτη ύλη για την κατασκευή ενδυμάτων και σχοινιών· τη χρησιμοποίησαν επίσης σε διάφορες θρησκευτικές τελετουργίες, ως φυτικό φάρμακο και ως εθιστική ουσία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κάνναβη αποτελεί στις μέρες μας το παράνομο ναρκωτικό που παράγεται, διακινείται και καταναλώνεται συχνότερα (UNODC, 2003a). Ωστόσο, παρά τη μακρόχρονη χρήση της και τη δημοτικότητά της, οι γνώσεις μας σχετικά με τον αντίκτυπο της χρήσης κάνναβης στη δημόσια υγεία εξακολουθούν να είναι περιορισμένες. Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται οι ενδείξεις πιθανής σύνδεσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης, ιδίως της εντατικής χρήσης κάνναβης, και σειράς προβλημάτων υγείας και κοινωνικών προβλημάτων. Ανησυχία προκαλεί επίσης το γεγονός ότι ολοένα και περισσότεροι χρήστες κάνναβης προσφεύγουν στη βοήθεια εξειδικευμένων υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Ωστόσο, δεν είναι σαφής η έκταση και η φύση των προβλημάτων των πληθυσμών χρηστών κάνναβης στην Ευρώπη. Αδιευκρίνιστος παραμένει επίσης ο βαθμός στον οποίο η αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία που δείχνουν τα στατιστικά στοιχεία αποτελεί απόρροια των αλλαγών στις πρακτικές αναφοράς και καταγραφής περιστατικών ή αντίθετα της πραγματικής αύξησης των ατόμων που καταφεύγουν σε θεραπεία. Για να απαντήσουμε στα ερωτήματα αυτά πρέπει να θέσουμε τις αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης στο ευρύτερο πλαίσιο των μεταβαλλόμενων προτύπων κατανάλωσης στην Ευρώπη, της εξέλιξης και της ανάπτυξης συστημάτων αναφοράς, αλλά και της μεταβαλλόμενης φύσης του ίδιου του ναρκωτικού. Αυτά είναι τα ζητήματα που εξετάζονται σε αυτό το επιλεγμένο θέμα για τα «συγκεκριμένα προβλήματα σχετικά με τη χρήση της κάνναβης», στόχος του οποίου είναι να συμβάλει σε έναν πιο ενημερωμένο διάλογο για τον πιθανό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία του συνηθέστερα χρησιμοποιούμενου παράνομου ναρκωτικού.

Το νομοθετικό πλαίσιο: το νομικό καθεστώς της κάνναβης στην Ευρώπη

Το ζήτημα των κυρώσεων που πρέπει να επιβάλλονται στους χρήστες κάνναβης εξακολουθεί να προκαλεί αντιπαραθέσεις στην ΕΕ ([151]), και οι προσεγγίσεις που υιοθετούν τα διάφορα κράτη μέλη παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις.

Τα προϊόντα της κάνναβης ταξινομούνται ως ναρκωτικές ουσίες στα παραρτήματα I και IV της Ενιαίας Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά του 1961 ([152]). Η σύμβαση προβλέπει τη θέσπιση μέτρων προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι πολλές και ποικίλες δραστηριότητες – περιλαμβανομένης της κατοχής ναρκωτικών ουσιών– συνιστούν ποινικά κολάσιμες πράξεις. Τα κράτη μέλη, ωστόσο, οφείλουν να ερμηνεύουν και να εφαρμόζουν τις διατάξεις της σύμβασης λαμβανομένων υπόψη των ιδιαίτερων συνθηκών τους, και το άρθρο 36.1.β καθιστά δυνατή τη θέσπιση μέτρων θεραπείας, εκπαίδευσης, φροντίδας μετά την απεξάρτηση, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι τα αδικήματα που συνδέονται με την κάνναβη τυγχάνουν διαφορετικής μεταχείρισης στα διάφορα κράτη της ΕΕ. Ορισμένες χώρες έχουν εκδώσει οδηγίες προς τις εισαγγελικές αρχές ή νόμους για την αντιμετώπιση ορισμένων αδικημάτων που συνδέονται με την κάνναβη και συχνά συνιστούν ή προβλέπουν διαφορετική νομική αντιμετώπιση αδικημάτων μείζονος και ήσσονος σημασίας. Σε ορισμένες χώρες μάλιστα παρατηρείται μια τάση εφαρμογής μέτρων θεραπείας εναλλακτικά προς την ποινική δίωξη σε περιπτώσεις χρήσης και κατοχής μικρών ποσοτήτων ναρκωτικών και εφόσον δεν συντρέχουν επιβαρυντικές περιστάσεις. Επιπλέον, η ποινική νομοθεσία μπορεί να προβλέπει, στην περίπτωση της προβληματικής χρήσης, αναστολή (προαιρετική ή υποχρεωτική) της ποινικής δίωξης υπό την προϋπόθεση ότι ο παραβάτης θα υποβληθεί σε θεραπεία ή θα δεχθεί συμβουλευτικές υπηρεσίες. Αν και αυτές οι εναλλακτικές λύσεις συνήθως ισχύουν για τους χρήστες κάθε είδους ναρκωτικών ουσιών, ως αποτέλεσμα των αλλαγών που συντελέσθηκαν το τελευταίο έτος, στους νόμους ή τις κατευθυντήριες γραμμές του Βελγίου και του

([151]) Βλέπε την ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Νομικής Βάσης Δεδομένων για τα Ναρκωτικά (ELDD) (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) Βλέπε http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

Ηνωμένου Βασιλείου περιέχεται πλέον συγκεκριμένη αναφορά στους προβληματικούς χρήστες κάνναβης με στόχο να τους κατευθύνουν στην αναζήτηση βοήθειας.

Σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα καθώς και προβλήματα ανάπτυξης που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης ([153])

Οι εθνικές εκθέσεις των κρατών μελών επισημαίνουν ότι η αύξηση του αριθμού των αιτήσεων για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης απηχεί κατά πάσα πιθανότητα την αύξηση των προβλημάτων που συνδέονται γενικά με την εντατική χρήση κάνναβης. Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι σε μεγάλο βαθμό υπάρχει έλλειψη συστηματικών και συγκρίσιμων στοιχείων σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρήστες κάνναβης. Η επιστημονική βάση γνώσεων στον τομέα αυτό βρίσκεται ακόμη στο στάδιο της ανάπτυξης, αλλά ήδη παρέχει ολοένα και πιο πειστικά αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τη σύνδεση της χρήσης κάνναβης με σειρά προβλημάτων, αν και δεν είναι πάντοτε σαφής η φύση της αιτιώδους σχέσης. Μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης διατίθεται επί γραμμής (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ των αιφνίδιων (βραχύχρονων) επιδράσεων της κάνναβης και των μακροχρόνιων ή χρόνιων επιδράσεων. Αναφέρονται τόσο θετικές όσο και αρνητικές αιφνίδιες επιδράσεις. Στις αρνητικές επιδράσεις περιλαμβάνονται η ελλειμματική προσοχή και συγκέντρωση, επιπτώσεις στην κινητική λειτουργία (ανακλαστικά, συντονισμός κινήσεων), προβλήματα στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, νευρικότητα, κρίσεις πανικού και κατάθλιψη. Στις θετικές επιδράσεις περιλαμβάνονται τα αισθήματα ευφορίας και χαλάρωσης και η αυξημένη κοινωνικότητα. Οι αιφνίδιες επιδράσεις του ναρκωτικού που προκαλούν τη μεγαλύτερη ανησυχία είναι οι παροδικές ψυχώσεις ή οι κρίσεις πανικού που προκαλούνται από τη χρήση, ο αυξημένος κίνδυνος πρόκλησης ατυχημάτων, ιδίως κατά την οδήγηση ή την εργασία σε επικίνδυνα περιβάλλοντα εργασίας και, στους νέους, οι επιπτώσεις στη σχολική επίδοση (Hall κ.ά., 2001).

Η κατανόηση των χρόνιων επιδράσεων της χρήσης κάνναβης είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση, μεταξύ άλλων και γιατί είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ των επιδράσεων της κάνναβης και των επιδράσεων της χρόνιας χρήσης άλλων παράνομων ναρκωτικών, καπνού και αλκοόλ. Ωστόσο, στις βασικές ανησυχίες στον τομέα αυτόν περιλαμβάνονται ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων και άλλων ασθενειών του αναπνευστικού συστήματος καθώς και σύνδεση με την ανάπτυξη μακροχρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, της ψύχωσης και της σχιζοφρένειας. Ένα πρόσθετο πρόβλημα που προκαλεί η χρόνια χρήση είναι η πιθανή εκδήλωση εξαρτημένης συμπεριφοράς. Σε επισκόπηση που διατίθεται επί γραμμής, ερευνάται ο βαθμός στον οποίο αποδεδειγμένα η χρήση κάνναβης αποτελεί παράγοντα κινδύνου, αιτία, ή απλώς συνδέεται με πιο περίπλοκη σχέση με τα προβλήματα αυτά.

Στα περισσότερα κράτη μέλη, η κάνναβη είναι το παράνομο ναρκωτικό το οποίο συνηθέστερα αφορούν τα αναφερόμενα αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, γεγονός που δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς η κάνναβη είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό ([154]). Ωστόσο, σε αντίθεση με τα ισχύοντα για άλλα ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη, δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και άλλων τύπων παραβατικότητας.

Η χρήση κάνναβης και η ποσοτικοποίηση των προβλημάτων

Αν και τα διεθνώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν χρήσιμη καθοδήγηση για τους ορισμούς της επιβλαβούς χρήσης ναρκωτικών, της κατάχρησης και της εξάρτησης, τα πράγματα περιπλέκονται όταν το πρόβλημα της χρήσης κάνναβης εξετάζεται υπό το πρίσμα των διαθέσιμων στοιχείων για την κατάσταση στην Ευρώπη ([155]). Συγκεκριμένα, παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις σε βασικά ζητήματα μετρήσεων. Για παράδειγμα, δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τον ορισμό όρων όπως «εντατική χρήση», «συστηματική χρήση» και «προβληματική χρήση», γεγονός που δυσχεραίνει τη σύγκριση των πορισμάτων των διαφορετικών μελετών. Επιπλέον, μόνο στο πλαίσιο ερευνητικών προσπαθειών έχει γίνει προσπάθεια μέτρησης της «εξάρτησης» ή της «κατάχρησης» σύμφωνα με τους ορισμούς της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD) ή του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM) στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού. Δεν υπάρχουν τυποποιημένα εργαλεία που θα επέτρεπαν την αξιόπιστη σύγκριση στοιχείων διαφορετικών μελετών ή στοιχείων για διαφορετικούς πληθυσμούς.

Εργασίες στον τομέα αυτό βρίσκονται, ωστόσο, σε εξέλιξη. Για παράδειγμα, μια γαλλική έρευνα που βρίσκεται σε εξέλιξη στοχεύει να ορίσει καλύτερα την προβληματική χρήση και να αναπτύξει συγκεκριμένα εργαλεία για τη μέτρηση της συχνότητας χρήσης, του διαφαινόμενου κινδύνου και των επιπτώσεων στην ψυχική και τη σωματική υγεία (Beck, 2003).

Μέχρι σήμερα, ο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενος τρόπος μέτρησης της έντασης της χρήσης είναι ο αριθμός των ημερών κατά τις οποίες έγινε χρήση του ναρκωτικού εντός καθορισμένης περιόδου. Η καθημερινή ή η σχεδόν καθημερινή χρήση κάνναβης εκλαμβάνεται συνήθως ως ένδειξη «εντατικής χρήσης». Μολονότι η καθημερινή χρήση κάνναβης δεν σημαίνει απαραίτητα εξάρτηση, είναι πιθανό ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που κάνουν καθημερινά χρήση κάνναβης να πληρούν σε μεγάλο βαθμό τις

([153]) Το πρώτο εξάμηνο του 2005 θα δημοσιευθεί μονογραφία σχετικά με τη χρήση κάνναβης και τα προβλήματα που συνδέονται με αυτή. Περισσότερες πληροφορίες για τις επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στην ψυχική και σωματική υγεία παρουσιάζονται στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ.

([154]) Βλέπε Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα-πίνακας 5 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([155]) Για ορισμούς των όρων «εξάρτηση» και «επιβλαβής χρήση» ανατρέξτε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων, 10η έκδοση (ICD-10, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), κατηγορίες F10 έως F19: ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Συχνά χρησιμοποιείται επίσης το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (τέταρτη έκδοση) [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), American Psychiatric Association], που χρησιμοποιεί τις έννοιες «εξάρτηση» και «κατάχρηση».

προϋποθέσεις της εξάρτησης ή της κατάχρησης των τυποποιημένων διαγνωστικών κριτηρίων (ICD-10, DSM-IV). Επειδή η συχνότητα της χρήσης μπορεί να μετρηθεί με σχετική ευκολία και να εναρμονισθούν οι σχετικές αναφορές στα ερωτηματολόγια, περιέχεται ως μέτρο στις κατευθυντήριες γραμμές του ΕΚΠΝΤ για το Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο. Εννέα χώρες υποβάλλουν στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα χρήσης κάνναβης βάσει του εντύπου αυτού ([156]).

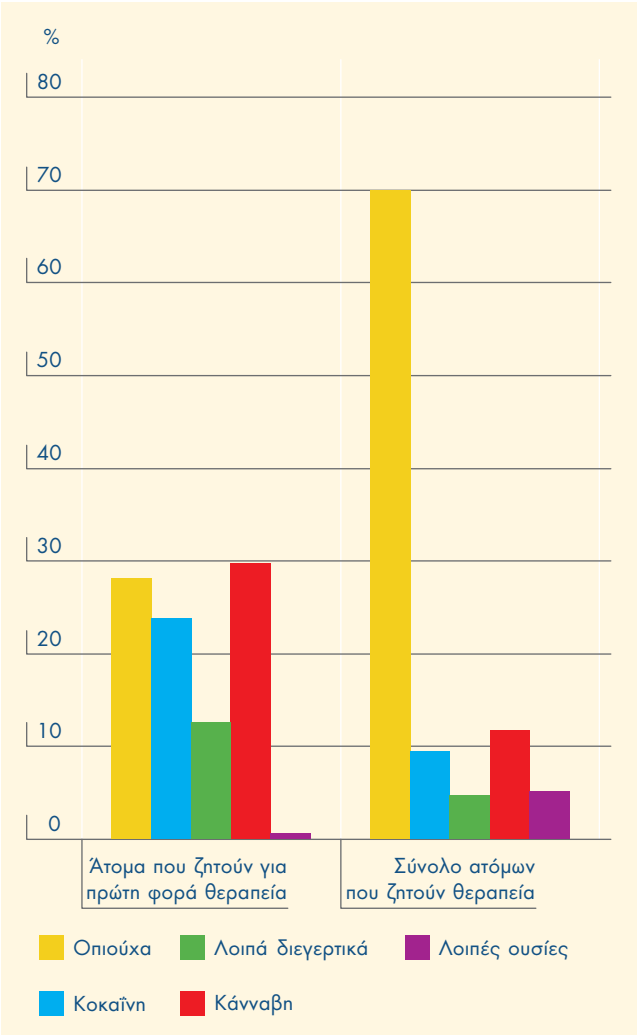
Τάσεις στις αιτήσεις για θεραπεία λόγω προβληματικής χρήσης κάνναβης

Η κάνναβη είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο παράνομο ναρκωτικό στην Ευρώπη, αλλά μικρό μόνο ποσοστό των ατόμων που έχουν κάνει χρήση κάνναβης ζητούν θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές χώρες η κάνναβη αποτελεί πλέον τη δεύτερη συχνότερα αναφερόμενη κύρια ουσία κατάχρησης για την οποία οι χρήστες προσφεύγουν σε εξειδικευμένη θεραπεία. Σύμφωνα με στοιχεία του ΔΑΘ (δείκτης αίτησης θεραπείας) (βλέπε σ. 65), τα οποία συλλέγονται από κάθε είδους εξειδικευμένες θεραπευτικές υπηρεσίες, το 12 % περίπου του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία και το 30 % των νεοεισαχθέντων για θεραπεία δηλώνει πλέον ως κύριο πρόβλημα τη χρήση κάνναβης (διάγραμμα 26).

Το ποσοστό των νεοεισαχθέντων για θεραπεία (δηλαδή ατόμων χωρίς ιστορικό θεραπείας) που ζητεί θεραπεία για χρήση κάνναβης ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα, και κυμαίνεται από σχεδόν μηδέν τοις εκατό στη Λιθουανία έως 48 % στη Γερμανία, αλλά σε γενικές γραμμές υπερβαίνει το ένα πέμπτο των νεοεισαχθέντων σε θεραπεία (20 %) (διάγραμμα 27). Εντούτοις, δεν παρέχουν όλες οι χώρες στοιχεία σχετικά με τις νέες αιτήσεις για θεραπεία και σε μεγάλα σύνολα δεδομένων που αφορούν όλες τις αιτήσεις για θεραπεία τα προβλήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης δεν είναι εμφανή.

Από το 1996 έως το 2002, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΔΑΘ για χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία τάσεων, ο αριθμός των νεοεισαχθέντων σε θεραπεία για χρήση κάνναβης ως κύριας ουσίας κατάχρησης αυξήθηκε από 3 713 σε 12 493. Το 2002, τα άτομα αυτά αντιπροσώπευαν ποσοστό 29 % κατά μέσο όρο σε έντεκα χώρες επί του συνόλου των νεοεισαχθέντων για θεραπεία, σε σχέση με ποσοστό 9 % το 1996 (βλέπε διάγραμμα 20 για πηγές στοιχείων). Μολονότι όλες αυτές οι χώρες, με την εξαίρεση της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου ([157]), αναφέρουν αύξηση του αριθμού των νεοεισαχθέντων σε θεραπεία για χρήση κάνναβης ως ποσοστού επί του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία, το μέγεθος της αύξησης κυμαίνεται από 6 % στις Κάτω Χώρες έως 31 % στη Γερμανία. Πληροφορίες που περιέχονται στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox δείχνουν ότι ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης ως κύριας ουσίας κατάχρησης παρουσιάζει αύξηση και σε ορισμένα από τα νέα κράτη μέλη (διάγραμμα 28). Πρόσφατη έρευνα του εθνικού συστήματος πληροφοριών για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά των Κάτω

Διάγραμμα 26: Κύρια ουσία κατάχρησης σύμφωνα με αναφορές ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία και στο σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία, το 2002



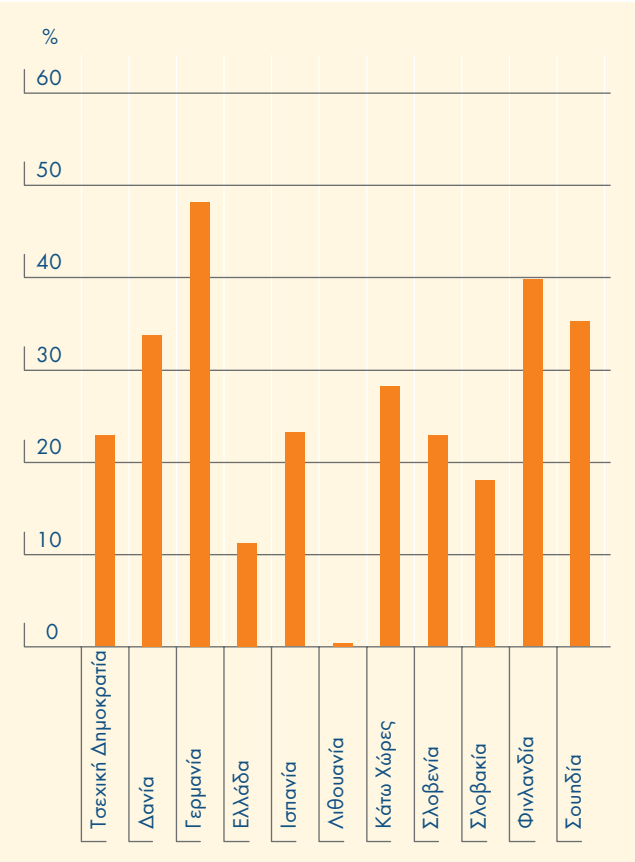
Σημειώσεις: *n* = 42 568 (άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία), 351 372 (σύνολο ατόμων που ζητούν θεραπεία).
Χώρες που παρέχουν στοιχεία (άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Χώρες που παρέχουν στοιχεία (σύνολο ατόμων που ζητούν θεραπεία): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.
Στάθμιση με βάση τον αριθμό των ατόμων που ζητούν θεραπεία ανά χώρα.
Πηγές: Εθνική έκθεση δικτύου Reitox για το 2003.

Χωρών (LADIS) σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση κάνναβης έδειξε ότι ποσοστό 29 % των νεοεισαχθέντων για θεραπεία το 2002 καταγράφηκε ότι αντιμετώπιζε προβλήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης και ότι ο αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης ήταν μικρός αλλά αυξανόμενος κάθε χρόνο. Στην έκθεση σημειωνόταν επίσης ότι, δεδομένης της διάδοσης της χρήσης κάνναβης στις Κάτω Χώρες, το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία, αν και σημειώνει αύξηση, εξακολουθεί να παραμένει σχετικά χαμηλό.

([156]) Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λεττονία, Κάτω Χώρες και Πορτογαλία. Τα στοιχεία για τη Φινλανδία δεν παρουσιάζονται λόγω του μικρού αριθμού των χρηστών του τελευταίου μήνα στην έρευνά τους (35). Για τον αριθμό των περιστατικών και τα ποσοστά για κάθε χώρα, βλέπε Έρευνα ΓΠ-πίνακας 7 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([157]) Στοιχεία για νεοεισαχθέντες σε θεραπεία δεν υπάρχουν για το Ηνωμένο Βασίλειο και οι πληροφορίες αναφέρονται στις εθνικές εκθέσεις.

Διάγραμμα 27: Η κάνναβη ως κύρια ουσία κατάχρησης σύμφωνα με αναφορές ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία το 2002



Σημειώσεις: Συνολικός αριθμός περιπτώσεων: 42 421.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003.

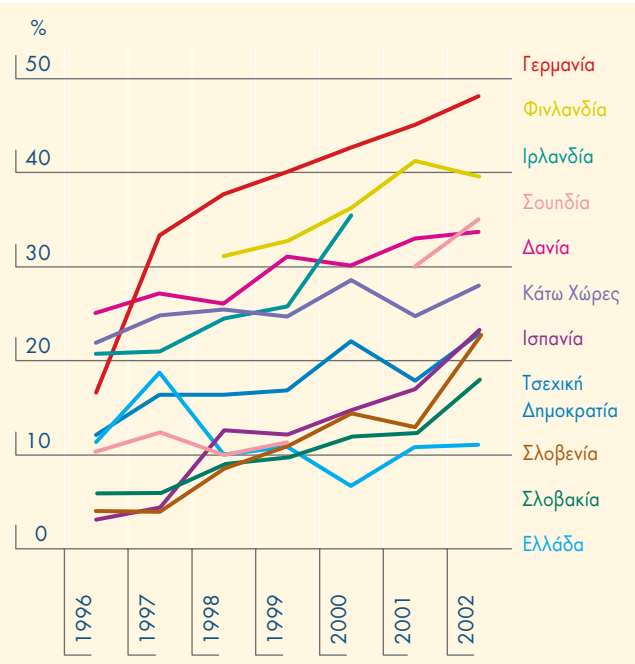
Ωστόσο, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί κατά την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων από τα ενοποιημένα ευρωπαϊκά στοιχεία. Οριζόντια στοιχεία σχετικά με τις νέες αιτήσεις για θεραπεία υπάρχουν μόνο για έντεκα χώρες. Στο σημείο αυτό πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι η αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία για χρήση κάνναβης που προκύπτει από τα στοιχεία ΔΑΘ οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στα στοιχεία από την Ισπανία και τη Γερμανία, χώρες όπου παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα μεγάλες αυξήσεις στις αναφορές προβλημάτων σχετικά με την κάνναβη. Συνολικά, η Ισπανία αντιπροσωπεύει το 50 % περίπου του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία.

Αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία για προβλήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης δεν παρατηρείται μόνο στην Ευρώπη. Στις ΗΠΑ, όπου χρησιμοποιείται διαφορετικό σύστημα καταγραφής των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά ([158]), οι περιπτώσεις ένταξης σε θεραπεία για χρήση μαριχουάνας αυξήθηκαν από περίπου 20 000 το 1992 σε περίπου 90 000 το 2000 (SAMHSA, 2001· ΕΚΠΝΤ, 2003δ).

Κατά την εξέταση των συνεπειών της αύξησης των αιτήσεων για θεραπεία ανακύπτουν τα ακόλουθα βασικά ερωτήματα:

- Η αύξηση αυτή αντιστοιχεί σε αύξηση του αριθμού των ατόμων με σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με το γεγονός ότι κάνουν χρήση κάνναβης; Εάν ναι:
  - Αυτό οφείλεται στην αύξηση της τακτικής συστηματικής χρήσης κάνναβης;
  - Μήπως οφείλεται και σε άλλους παράγοντες, όπως η πιθανή αύξηση της δραστικότητας της κάνναβης;
- Μήπως η αύξηση αυτή μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες ανεξάρτητους από την αυξημένη ανάγκη για θεραπεία, όπως:
  - βελτιώσεις στην κάλυψη του συστήματος αναφοράς σχετικά με τα προγράμματα θεραπείας·
  - αύξηση των διαθέσιμων τύπων μονάδων θεραπείας και ιδίως των εξειδικευμένων υπηρεσιών θεραπείας εφήβων και νέων (εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox, 2003)·

Διάγραμμα 28: Τάσεις στη χρήση κάνναβης ως κύριας ουσίας κατάχρησης σύμφωνα με αναφορές ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία: 1996-2002



Σημειώσεις: Θεραπεία σε συνολικούς αριθμούς (% επί του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία).
Μέση τάση (%) στις χώρες.
Στη Σουηδία, τα στοιχεία για την περίοδο 1996 έως 1999 προέρχονται από νοσηλεία σε νοσοκομεία: ο αριθμός των περιπτώσεων κάνναβης είναι επομένως σχετικά χαμηλός σε σύγκριση με άλλα έτη.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003.

([158]) Στις ΗΠΑ καταγράφονται οι περιπτώσεις ένταξης σε θεραπεία και όχι τα άτομα. Επιπλέον, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στην Ευρώπη, στις ουσίες κατάχρησης περιλαμβάνεται και το αλκοόλ. Βλέπε ιστοθέση SAMHSA (http://www.samhsa.gov). Πρέπει να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Αυστραλία χρησιμοποιείται ο όρος «μαριχουάνα» επειδή ο όρος «χασίς» (ρητίνη της κάνναβης) δεν είναι διαδεδομένος.

– αλλαγές στον τρόπο μεταχείρισης της χρήσης κάνναβης από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, το σχολικό σύστημα ή από υπηρεσίες που βοηθούν τους νέους, με αύξηση των παραπομπών σε θεραπεία ατόμων που δεν θα ζητούσαν οικειοθελώς βοήθεια.

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό σε ποιο βαθμό επηρεάζει καθένας από τους παράγοντες αυτούς την ένταξη σε θεραπεία. Πρέπει καταρχάς να εξετασθούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων που προσφεύγουν σε θεραπεία και ως κύριο πρόβλημα των οποίων καταγράφεται η χρήση κάνναβης. Η ανάλυση αυτή βασίζεται στα στοιχεία σχετικά με τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπείας εξωτερικής παραμονής ή σε προγράμματα κινητών μονάδων θεραπείας.

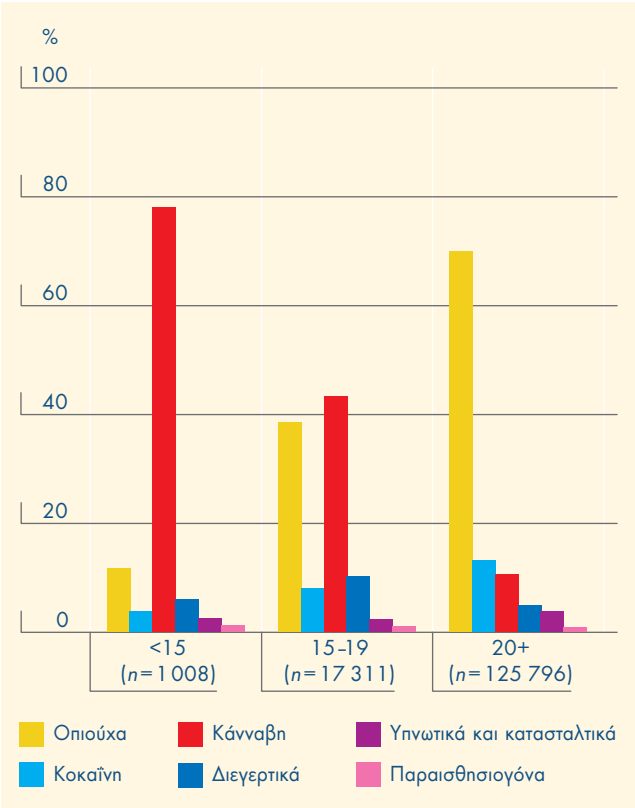
Άτομα υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης: χαρακτηριστικά και πρότυπα χρήσης

Υπάρχει σειρά επιλογών για την καταγραφή της πηγής παραπομπής των χρηστών ναρκωτικών που εισάγονται για θεραπεία. Γίνεται διάκριση μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών που απευθύνονται μόνοι τους σε μονάδα θεραπείας και εκείνων που παραπέμπονται για θεραπεία από άλλες υπηρεσίες, όπως κοινωνικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης. Οι περισσότεροι χρήστες κάνναβης υπό θεραπεία οδηγήθηκαν στη θεραπεία από το φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, από κοινωνικές υπηρεσίες ή από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Σε σύγκριση με τους χρήστες άλλων ναρκωτικών, είναι μικρότερο το ποσοστό των χρηστών κάνναβης που έλαβαν οι ίδιοι την πρωτοβουλία να ζητήσουν θεραπεία ([159]). Παρόμοια είναι η κατάσταση και στις ΗΠΑ και τον Καναδά, όπου οι αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση μαριχουάνας ως κύριου ναρκωτικού σε μεγάλο βαθμό δεν αποτελούν προσωπική επιλογή (ΕΚΠΝΤ, 2003δ).

Μια σημαντική διαφορά μεταξύ των πηγών παραπομπής είναι ότι τα άτομα που παραπέμπονται σε θεραπεία από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή από κοινωνικές υπηρεσίες (συχνά σχολεία) είναι συνήθως νεότερης ηλικίας, είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση και άλλων ναρκωτικών πέρα από την κάνναβη και είναι καλύτερα ενταγμένα στην κοινωνία, ενώ οι χρήστες κάνναβης που παραπέμπονται από τις δικαστικές αρχές ή ζητούν οικειοθελώς βοήθεια είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας και συχνά κάνουν χρήση και άλλων ναρκωτικών εκτός από την κάνναβη (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003). Στη Γερμανία και τη Φινλανδία, όπου καταγράφονται τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που κάνουν κυρίως χρήση κάνναβης, οι δικαστικές αρχές και τα σχολεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παραπομπή χρηστών κάνναβης.

Οι νεοεισαχθέντες για θεραπεία χρήστες κάνναβης είναι κατά κύριο λόγο νέοι, άνδρες (83 %), ηλικίας 22-23 ετών κατά μέσο όρο, ενώ στην περίπτωση άλλων ναρκωτικών το ποσοστό των ανδρών χρηστών υπό θεραπεία είναι οριακά χαμηλότερο και η ηλικία κατά μέσο όρο υψηλότερη. Το κύριο ναρκωτικό για το οποίο ζητεί θεραπεία το 80 % περίπου των νεοεισαχθέντων για θεραπεία που ταξινομούνται ως «πολύ νεαρά άτομα» (κάτω των 15 ετών) και το 40 % των ατόμων

Διάγραμμα 29: Κατανομή κύριας ουσίας κατάχρησης σύμφωνα με αναφορές ατόμων που ακολουθούν θεραπεία εξωτερικής παραμονής, κατά ηλικιακή ομάδα: 2002



Σημειώσεις: Σύνολο ατόμων. Χώρες που παρέχουν στοιχεία: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
Οι άνδρες από τη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αντιπροσωπεύουν 56 % του συνόλου των ατόμων κάτω των 20 ετών που ακολουθούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη. Οι άνδρες από την Ισπανία αντιπροσωπεύουν ποσοστό 17 %.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003· ΔΑΘ θεραπευτικών κέντρων εξωτερικής παραμονής.

ηλικίας 15-19 ετών είναι η κάνναβη (διάγραμμα 29) ([160]). Στις ομάδες αυτές εξακολουθούν να υπερτερούν οι άνδρες, αλλά περιλαμβάνεται σημαντικά υψηλότερο ποσοστό γυναικών απ' ό,τι στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία. Οι διαφορές στην κατανομή ανά ηλικία και φύλο ανά χώρα αντιστοιχούν σε γενικές γραμμές στα πρότυπα που ισχύουν επί του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία.

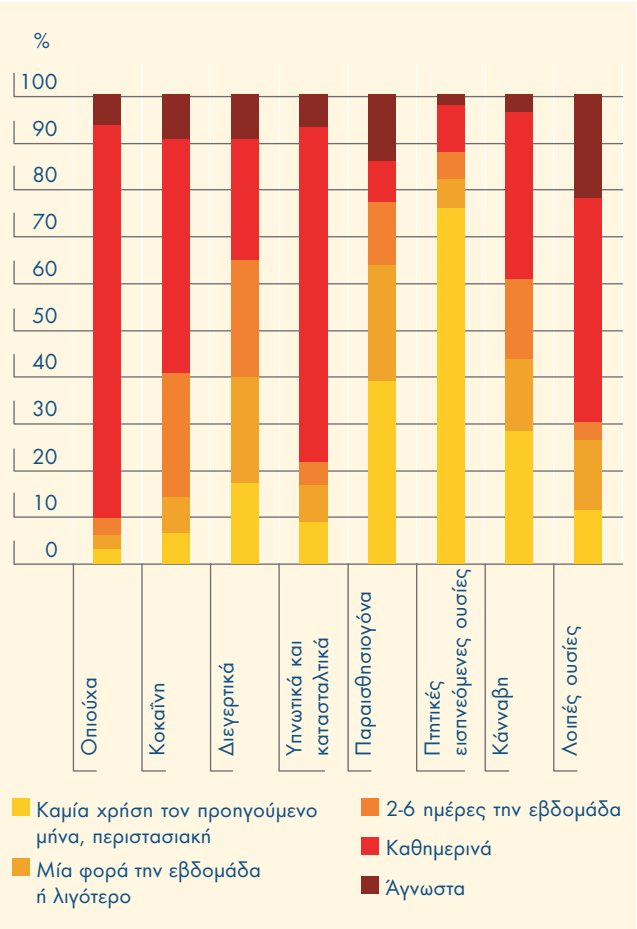
Η σχετικά νεαρή ηλικία των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (45 %) βρίσκεται ακόμη σε κάποιο στάδιο εκπαίδευσης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων υπό θεραπεία για προβληματική χρήση άλλων ναρκωτικών είναι μόλις 8 %. Ένα πρόσθετο 24 % των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης έχει σταθερή απασχόληση, ποσοστό ίσο με αυτό των ανέργων ([161]), κάτι που έρχεται σε έντονη αντίθεση με τα στοιχεία για τους υπό θεραπεία χρήστες άλλων ναρκωτικών, όπως η ηρωίνη. Επιπλέον, τα άτομα υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης αναφέρουν σε πολύ

([159]) Βλέπε διάγραμμα 22 ΕΓ: Πηγή παραπομπής στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία: για όλα τα ναρκωτικά και για την κάνναβη.
([160]) Βλέπε επίσης ΔΑΘ-πίνακας 4 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.
([161]) Βλέπε διάγραμμα 23 ΕΓ: Εργασιακή κατάσταση των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης και στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία.

μεγαλύτερο ποσοστό ότι διαθέτουν σταθερή στέγη από εκείνους που βρίσκονται υπό θεραπεία για προβληματική χρήση άλλων ναρκωτικών ([162]), γεγονός που δείχνει ότι πρόκειται σε μεγάλο βαθμό για νεαρά άτομα, σπουδαστές και άτομα που ζουν με τους γονείς τους.

Καταγράφονται μεγάλες διαφορές στα πρότυπα χρήσης των ατόμων υπό θεραπεία εξωτερικής παραμονής για χρήση κυρίως κάνναβης, τα οποία διαφέρουν σημαντικά από τα αντίστοιχα πρότυπα χρήσης άλλων ειδών ναρκωτικών, ιδίως των οπιούχων (διάγραμμα 30). Από τα άτομα υπό θεραπεία για χρήση κυρίως κάνναβης το 2002, μόνον το 36 % έκανε καθημερινά χρήση του ναρκωτικού και μόνον το 17 % έκανε χρήση του ναρκωτικού συχνότερα από μία φορά την εβδομάδα (2-6 φορές την εβδομάδα). Το 15 % έκανε χρήση του ναρκωτικού μία φορά την εβδομάδα ή σπανιότερα και το

Διάγραμμα 30: Κατανομή συχνότητας χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης σύμφωνα με αναφορές ατόμων που ακολουθούν θεραπεία εξωτερικής παραμονής, το 2002



Σημειώσεις: *n* = 109 699 (σύνολο ατόμων). Χώρες που παρέχουν στοιχεία: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – όλα τα είδη θεραπευτικών κέντρων).

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003· ΔΑΘ θεραπευτικών κέντρων εξωτερικής παραμονής.

28 % ήταν περιστασιακοί χρήστες ή δεν είχαν κάνει χρήση κάνναβης εντός του τελευταίου μήνα. Αντίθετα, ποσοστό 84 % των χρηστών οπιούχων υπό θεραπεία κάνουν χρήση σε καθημερινή βάση.

Το ποσοστό των ατόμων υπό θεραπεία εξωτερικής παραμονής που κάνει χρήση κάνναβης σε καθημερινή βάση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Τα υψηλότερα ποσοστά χρηστών κάνναβης σε καθημερινή βάση καταγράφονται στις Κάτω Χώρες (80 %) και τη Δανία (76 %), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό περιστασιακών χρηστών καταγράφεται στη Γερμανία (41 %) ([163]).

Όσο νεαρότερη είναι η ηλικία πρώτης χρήσης τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στο μέλλον (Kraus κ.ά., 2003). Στην Ευρώπη, το 28 % του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης το 2002 ξεκίνησε τη χρήση πριν από την ηλικία των 15 ετών, και η πλειονότητα (ποσοστό 89 %) πριν από την ηλικία των 20 ετών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους χρήστες οπιούχων είναι 9 και 42,8 % και για τους χρήστες κοκαΐνης 6 και 26,5 %.

Οι περισσότερες χώρες αναφέρουν ότι τα άτομα υπό θεραπεία κυρίως για προβλήματα χρήσης κάνναβης συχνά εμφανίζουν πρότυπα πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών. Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην ακολουθούμενη μέθοδο καταγραφής των περιστατικών, για παράδειγμα, εάν άτομα υπό θεραπεία με προβλήματα πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών καταγράφονται, για λόγους διευκόλυνσης, ως χρήστες κυρίως κάνναβης. Ωστόσο, δεν υπάρχουν ποσοτικά στοιχεία σχετικά με το ποσοστό των χρηστών πολλαπλών ναρκωτικών επί του συνόλου των ατόμων υπό θεραπεία. Καταγράφονται διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία που κάνουν χρήση αποκλειστικά κάνναβης και εκείνων που κάνουν χρήση κάνναβης σε συνδυασμό με άλλο ναρκωτικό (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003): τα άτομα της πρώτης κατηγορίας είναι συνήθως νεότερης ηλικίας και καλύτερα ενταγμένα στην κοινωνία (είναι πιθανότερο να έχουν απασχόληση και υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν ή να έχουν εγκαταλείψει το σχολείο) σε σχέση με τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας. Οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες δευτερεύουσες ουσίες από άτομα που κάνουν κυρίως χρήση κάνναβης είναι το αλκοόλ (32,9 %) και τα διεγερτικά (25 %) ([164]), αν και τα ποσοστά παρουσιάζουν αποκλίσεις από χώρα σε χώρα.

Ένα ποσοστό των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης παραδέχεται ότι κάνει χρήση και άλλων ενέσιμων ναρκωτικών και ορισμένοι παραδέχονται δοκιμή ενέσιμης χρήσης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή παρότι δεν κάνουν χρήση άλλου ναρκωτικού πλην της κάνναβης. Για παράδειγμα, το 2002 στην Ελλάδα, αν και το 14,7 % των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης με καταγεγραμμένη χρήση και δευτερεύοντος ναρκωτικού είχε κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικού εντός των προηγούμενων 30 ημερών, το 25,4 % όλων των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης δήλωσε δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε

([162]) Βλέπε διάγραμμα 24 ΕΓ: Συνθήκες διαβίωσης των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης και στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία.

([163]) Βλέπε διάγραμμα 25 ΕΓ: Συχνότητα χρήσης κάνναβης κατά χώρα.

([164]) Βλέπε διάγραμμα 26 ΕΓ: Δευτερεύον ναρκωτικό που χρησιμοποιείται συνηθέστερα στο σύνολο των χρηστών κάνναβης υπό θεραπεία κατά χώρα και ΔΑΘ-πίνακας 9 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

όλη τη ζωή ενέσιμης χρήσης άλλης ουσίας (εθνική έκθεση Ελλάδας, 2003). Παρομοίως, τα στοιχεία για την Τσεχική Δημοκρατία (εθνική έκθεση) δείχνουν ότι σε ορισμένους χώρους θεραπείας έως και το ήμισυ των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης κάνει επίσης ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Τάσεις στις αιτήσεις για θεραπεία: μεταβαλλόμενοι παράγοντες

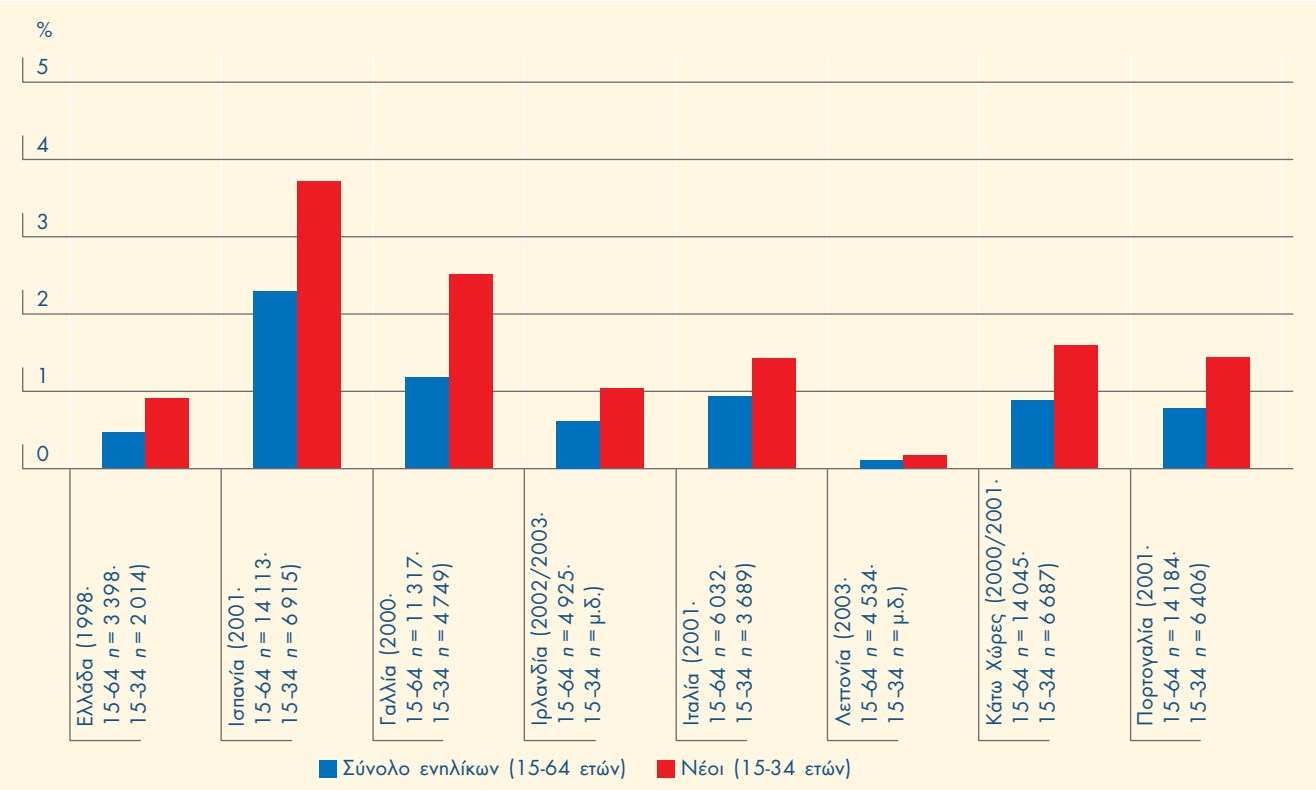
Το φαινόμενο της αύξησης των αιτήσεων για θεραπεία για χρήση κυρίως κάνναβης πρέπει να εξετασθεί στο πλαίσιο των αλλαγών που έχουν επέλθει στα χαρακτηριστικά και τα πρότυπα χρήσης. Μεταξύ του 2000 και του 2002, στις χώρες που υποβάλλουν στοιχεία, ο συνολικός αριθμός παραπομπών από τις δικαστικές αρχές, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και τις κοινωνικές υπηρεσίες παρουσίασε σημαντική αύξηση, κατά 103, 81 και 136 % αντίστοιχα ([165]). Δεν εντοπίσθηκαν σχετικές διαφορές μεταξύ των χωρών, με την εξαίρεση ότι στη Γερμανία το ποσοστό των παραπομπών από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης παρουσίασε επίσης αύξηση (από 21,7 σε 26,7 %).

Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τις τάσεις στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης, αν και ορισμένες εθνικές εκθέσεις (Τσεχική Δημοκρατία, Γαλλία και Λουξεμβούργο) περιγράφουν αύξηση του αριθμού των υπό θεραπεία ατόμων που αντιμετωπίζουν εκπαιδευτικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Μεταξύ του 2001 και του 2002, το ποσοστό των καθημερινών χρηστών μεταξύ των χρηστών κάνναβης αυξήθηκε από 31,7 σε 39,2 % ([166])· ορισμένες χώρες αναφέρουν ότι το ποσοστό των καθημερινών χρηστών είναι υψηλότερο στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα υπό θεραπεία (άνω των 20 ετών).

Η κάνναβη στον γενικό πληθυσμό: από την πειραματική στην καθημερινή χρήση

Όπως περιγράφεται ανωτέρω, μολονότι η χρήση κάνναβης σημείωσε σημαντική αύξηση σε όλες σχεδόν τις χώρες τη δεκαετία του 1990 και παρότι η κάνναβη είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό, η χρήση της παραμένει σε πολύ μεγάλο βαθμό περιστασιακή ή μικρής διάρκειας. Μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης προβληματικής

Διάγραμμα 31: Ποσοστό «καθημερινών ή σχεδόν καθημερινών χρηστών» στο σύνολο των ενηλίκων και στους νέους σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, όπως υπολογίστηκαν από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: Καθημερινοί ή σχεδόν καθημερινοί χρήστες = χρήση για 20 ημέρες ή περισσότερο κατά το μήνα που προηγήθηκε της συνέντευξης.
Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα.
Το ηλικιακό εύρος για όλους τους ενήλικους είναι από 15 έως 64 ετών (Ιταλία 44 έτη) και για τους νεαρούς ενήλικους από 15 έως 34 ετών. Διακυμάνσεις στο εύρος ηλικίας ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα μικρές διαφορές μεταξύ των χωρών.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2003, από εκθέσεις ερευνών στον πληθυσμό ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης Τυποποιημένοι επιδημιολογικοί πίνακες στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

([165]) Βλέπε διάγραμμα 27 ΕΓ: Πηγή παραπομπής στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία, 2000-2002.

([166]) Βλέπε διάγραμμα 28 ΕΓ: Συχνότητα χρήσης στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία για χρήση κάνναβης και ΔΑΘ-πίνακας 8 στο δελτίο στατιστικών στοιχείων 2004.

χρήσης ή εθισμού για τα άτομα που κάνουν χρήση του ναρκωτικού εντατικά, αλλά στον τομέα αυτόν τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επαρκούν για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων, αν και είναι γνωστό ότι οι πρόσφατοι χρήστες (χρήση στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών) είναι ως επί το πλείστον νέοι άνδρες, κάτοικοι αστικών περιοχών.

Η «χρήση στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών» αποτελεί ένδειξη πρόσφατης χρήσης και καλύπτει τα άτομα που κάνουν εντατική χρήση του ναρκωτικού. Σε πρόσφατες έρευνες, εάν εξαιρεθεί η Σουηδία (0,1 %), το 1-7 % του συνόλου των ενηλίκων και το 3-12 % των νέων ενηλίκων αναφέρουν ότι έκαναν χρήση του ναρκωτικού στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Ωστόσο, καταγράφονται διαφορές μεταξύ των χωρών και η «πρόσφατη χρήση» είναι συνηθέστερη στην Τσεχική Δημοκρατία, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις χώρες όπου είναι δυνατή η ανάλυση των τάσεων της πρόσφατης χρήσης σε βάθος χρόνου, καταγράφεται αύξηση, αν και όχι δραματική.

Για εννέα χώρες –Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λεττονία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία και Φινλανδία (δεν παρουσιάζονται)– υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που να επιτρέπουν την εξέταση της συχνότητας χρήσης κάνναβης στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Με μία εξαίρεση (Λεττονία), περίπου το ένα τέταρτο (19-33 %) των ατόμων που έκαναν χρήση κάνναβης εντός του τελευταίου μήνα έκανε χρήση σε καθημερινή ή σχεδόν σε καθημερινή βάση ([167]) ([168]). Στις χώρες αυτές, οι καθημερινοί χρήστες αντιπροσώπευαν 0,5-2,3 % του συνολικού πληθυσμού ([169]) και 0,9-3,7 % των νέων ενηλίκων (15-34 ετών) (διάγραμμα 31). Η πλειονότητα (76-92 %) εκείνων που παραδέχονται ότι έκαναν χρήση κάνναβης τον περασμένο μήνα ήταν μεταξύ 15 και 34 ετών και, επομένως, σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία συγκεντρώνονται και οι καθημερινοί χρήστες. Επιπλέον, οι καθημερινοί χρήστες είναι στην πλειονότητά τους άνδρες, αν και το ποσοστό αυτό ποικίλλει από 62 % στις Κάτω Χώρες έως 92 % στην Ελλάδα.

Από τα δεδομένα αυτά μπορεί να εξαχθεί ένα γενικό συμπέρασμα σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που κάνουν χρήση κάνναβης εντατικά στην Ευρώπη. Εάν υποτεθεί ότι περίπου το 1 % του πληθυσμού κάνει χρήση κάνναβης σε καθημερινή βάση, τότε σε μια χώρα με 25 εκατ. κατοίκους (ηλικίας 15-64 ετών) υπάρχουν 250 000 καθημερινοί χρήστες κάνναβης. Στην ΕΕ με συνολικό πληθυσμό ατόμων ηλικίας 15-64 ετών 302 εκατ., ο αριθμός των καθημερινών χρηστών υπολογίζεται σε περίπου τρία εκατ.

Ακόμη και στους νέους ενήλικους, το ποσοστό εντατικής χρήσης κάνναβης ποικίλλει μεταξύ των ηλικιακών κοορτών και γενικά είναι υψηλότερο στις νεότερης ηλικίας ομάδες. Στην έρευνα του μαθητικού πληθυσμού του 2002 στην Ισπανία, το 3,6 % των μαθητών ηλικίας 14-18 ετών δήλωσε ότι κάνει καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά χρήση (ανήκουν δηλαδή στην κορυφή του φάσματος των νέων ενηλίκων ηλικίας 15-34 ετών). Και στην ετήσια γαλλική έρευνα στα άτομα 17 έως 19 ετών (Escapad), το ποσοστό καθημερινής χρήσης κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες ήταν ακόμη υψηλότερο, φτάνοντας το 9,2 % για τα αγόρια και το 3,3 % για τα κορίτσια (Beck and Legleye, 2003).

Οι επιπτώσεις της εξάρτησης από την κάνναβη ή της κατάχρησης κάνναβης φαίνεται να είναι λιγότερο σοβαρές σε σχέση με τις επιπτώσεις άλλων ναρκωτικών. Οι περισσότεροι εντατικοί χρήστες κάνναβης φαίνεται ότι είναι σχετικά ενταγμένοι νέοι, που κινδυνεύουν περισσότερο από άλλα κοινωνικά προβλήματα (τροχαία ατυχήματα, εγκατάλειψη του σχολείου ή διαταραγμένη οικογενειακή ζωή) παρά από εμπλοκή σε περαιτέρω εγκληματικές δραστηριότητες, και οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι ανάλογες και να μη δημιουργούν περαιτέρω προβλήματα ή αποκλεισμό.

Ζητήματα δραστικότητας και δόσης της κάνναβης

Εικάζεται ότι η αύξηση της δραστικότητας της κάνναβης ευθύνεται εν μέρει για τα αυξημένα προβλήματα και, κατά συνέπεια, για την αύξηση των εισαγωγών για θεραπεία. Η κατανόηση των ζητημάτων που σχετίζονται με τη δραστικότητα της κάνναβης, τη δόση που καταναλώνει ο χρήστης και τα βραχυπρόθεσμα και χρόνια προβλήματα που προκαλεί η χρήση περιλαμβάνει αρκετά πολύπλοκα θέματα. Το ΕΚΠΝΤ πραγματοποίησε ειδική μελέτη των διαθέσιμων επιστημονικών δεδομένων για τη δραστικότητα της κάνναβης, τα βασικότερα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στη σελίδα 90.

Η δραστικότητα της κάνναβης αποτελεί έναν από τους παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό της δόσης που θα λάβει κάποιος εντός δεδομένης χρονικής περιόδου (Hall κ.ά., 2001). Ο τρόπος χρήσης, ο τρόπος καπνίσματος, η ποσότητα κάνναβης που χρησιμοποιείται σε κάθε χρήση και η συχνότητα χρήσης είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες, αν όχι και σημαντικότεροι για τον υπολογισμό του επιπέδου έκθεσης του χρήστη. Κάνναβη υψηλής δραστικότητας ήταν πάντοτε διαθέσιμη σε κάποιο βαθμό και ο σχετικός προβληματισμός δεν είναι κάτι νέο. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν είναι ακόμη κατανοητό εάν οι χρήστες κάνναβης μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους για να επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα από τη δόση που έχουν πάρει. Συνεπώς, κατά πόσο η υψηλή δραστικότητα κάνναβης οδηγεί υποχρεωτικά σε υψηλές δόσεις είναι κάτι που πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης

Προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων που ζητούν βοήθεια για

([167]) Στην παρούσα ενότητα, τα στοιχεία αφορούν «χρήση 20 ή περισσότερες ημέρες στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών», που εκφράζεται επίσης ως «καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση». Το Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο προβλέπει τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τον ακριβή αριθμό ημερών χρήσης, αλλά, για την αναφορά εθνικών στοιχείων, η συχνότητα χρήσης κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες, η υψηλότερη εκ των οποίων αφορά χρήση «20 ή περισσότερες ημέρες».

([168]) Βλέπε διάγραμμα 29 ΕΓ: Ποσοστό καθημερινής (ή σχεδόν καθημερινής) χρήσης κάνναβης από ενήλικους (15-64 ετών) το μήνα που προηγήθηκε.

([169]) Το γινόμενο του ποσοστού των ατόμων που έκανε «χρήση στη διάρκεια του τελευταίου μήνα» επί του ποσοστού των «καθημερινών ή σχεδόν καθημερινών χρηστών», δηλαδή 6 % (επικράτηση τον τελευταίο μήνα) × 25 % (ποσοστό εκείνων που έκαναν χρήση «20 ή περισσότερες φορές») = 1,5 %.

Δραστικότητα της κάνναβης (πηγή: ΕΚΠΝΤ, 2004γ)

1. Οι χώρες της ΕΕ κατατάσσονται σε δύο διακριτές κατηγορίες: στις χώρες όπου χρησιμοποιείται περισσότερο φυτική κάνναβη και σε αυτές όπου καταναλώνεται κυρίως ρητίνη κάνναβης. Μεταξύ των χωρών για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες, η ρητίνη κάνναβης χρησιμοποιείται περισσότερο στη Γερμανία, την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ η φυτική κάνναβη χρησιμοποιείται περισσότερο στο Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τις Κάτω Χώρες και την Αυστρία.

2. Καμία ανοδική τάση δεν παρατηρήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα στη δραστικότητα της φυτικής κάνναβης ή της ρητίνης κάνναβης που εισάγεται στην Ευρώπη. Σε όλες τις χώρες της ΕΕ με εξαίρεση ενδεχομένως τις Κάτω Χώρες, το μεγαλύτερο μέρος της κάνναβης που καταναλώνεται είναι εισαγόμενη, μολονότι προς το παρόν δεν υπάρχουν συστηματικά στοιχεία για τη διαθεσιμότητα φυτικής κάνναβης εγχώριας παραγωγής.

3. Η καλλιέργεια κάνναβης σε εσωτερικούς χώρους είναι ένα φαινόμενο που απαντάται σε κάποια έκταση σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Στις Κάτω Χώρες εκτιμάται ότι η κάνναβη που προέρχεται από καλλιέργεια σε εσωτερικούς χώρους αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ της κάνναβης που καταναλώνεται. Στις περισσότερες χώρες όμως τα εισαγόμενα προϊόντα έχουν μεγαλύτερη σημασία.

4. Η φυτική κάνναβη που καλλιεργείται σε εσωτερικούς χώρους με τη χρήση εντατικών μεθόδων καλλιέργειας (π.χ. υδροπονικά συστήματα με τεχνητό φωτισμό, πολλαπλασιασμός με μοσχεύματα και ελεγχόμενη διάρκεια της ημέρας) έχει συνήθως μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) σε σχέση με την εισαγόμενη κάνναβη. Αν και το φάσμα δραστικότητας της φυτικής κάνναβης που καλλιεργείται σε εσωτερικούς χώρους μπορεί να συμπίπτει με αυτό της εισαγόμενης κάνναβης, η μέση δραστικότητα της κάνναβης εγχώριας παραγωγής μπορεί να είναι δύο ή τρεις φορές μεγαλύτερη.

5. Η συνολική αύξηση της δραστικότητας κάνναβης που αναφέρθηκε σε ορισμένες χώρες μπορεί να οφείλεται εξ ολοκλήρου σε αύξηση του ποσοστού της κάνναβης εγχώριας παραγωγής που καταναλώνεται.

6. Λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με το μερίδιο αγοράς των διαφόρων προϊόντων κάνναβης, η δραστικότητα παρέμεινε σχετικά σταθερή σε όλες σχεδόν τις χώρες για πολλά χρόνια, περίπου στο 6-8 %. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι Κάτω Χώρες, όπου η δραστικότητα είχε φθάσει, έως το 2001, το 16 %.

7. Στις Κάτω Χώρες, η τοπικά παραγόμενη ρητίνη κάνναβης έχει ιδιαίτερα υψηλή περιεκτικότητα σε THC, αλλά η εν λόγω ουσία δεν χρησιμοποιείται ακόμη ευρέως στη χώρα αυτή και είναι σχεδόν άγνωστη στις υπόλοιπες χώρες.

8. Δηλώσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ότι η δραστικότητα της κάνναβης αυξήθηκε κατά δέκα ή περισσότερες φορές τις τελευταίες δεκαετίες δεν υποστηρίζονται από στοιχεία ούτε από τις ΗΠΑ ούτε από την Ευρώπη. Η μεγαλύτερη αύξηση στη δραστικότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα φαίνεται να παρατηρήθηκε στις ΗΠΑ, αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πριν από το 1980 η δραστικότητα της κάνναβης στις ΗΠΑ ήταν χαμηλή βάσει των ευρωπαϊκών προτύπων.

9. Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι οι μικρές αλλαγές στα επίπεδα της THC οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη σχετικά πρόσφατη εμφάνιση στην αγορά κάνναβης που καλλιεργείται εντατικά σε σπίτια, στην ΕΕ. Επίσης, σημειώνεται ότι η περιεκτικότητα των προϊόντων κάνναβης σε THC ποικίλλει σε πολύ μεγάλο βαθμό. Υπάρχει σαφής ανάγκη πληροφοριών για την ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης τα οποία θα μπορούν να εκτιμούν το μερίδιο αγοράς των διαφόρων προϊόντων κάνναβης και να εντοπίζουν αλλαγές που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου. Προς το παρόν, υπάρχει σημαντική έλλειψη τέτοιου είδους πληροφοριών.

10. Στη μελέτη προσδιορίζονται αρκετοί σημαντικοί τομείς που χρήζουν προσοχής ώστε να αξιολογηθούν σωστά ζητήματα που αφορούν τη δραστικότητα της κάνναβης. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ύπαρξη συμφωνίας για την ονοματολογία των προϊόντων κάνναβης, η βελτίωση της παρακολούθησης των πληροφοριών που αφορούν την αγορά, η βελτίωση των προτύπων εργαστηριακής ανάλυσης και συλλογής και παρουσίασης των δεδομένων σε ευρωπαϊκό επίπεδο, μελέτες για τη διερεύνηση στην Ευρώπη της σχέσης μεταξύ δραστικότητας, καπνίσματος και επιπέδων THC/μεταβολίτη στο αίμα, και η ανάγκη διερεύνησης του βαθμού στον οποίο η κάνναβη υψηλής δραστικότητας επηρεάζει την έκθεση των χρηστών σε μεγαλύτερη δόση, καθώς και η πιθανή σχέση της με προβλήματα υγείας. Σημειώνεται ότι αξίζει να εξετασθεί η σχέση κόστους/οφέλους των διαφορετικών μέτρων με τα οποία αντιμετωπίζονται τα διάφορα προϊόντα κάνναβης.

προβληματική χρήση κάνναβης αποτελεί η κατανόηση των αναγκών τους. Από την ανάλυση των αιτήσεων για θεραπεία και στοιχείων άλλων δεικτών προκύπτει ότι τόσο οι χρήστες κάνναβης που παραπέμφθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα όσο και οι χρήστες κάνναβης συνολικά αποτελούν μια ανομοιογενή πληθυσμιακή ομάδα, με ανάγκες που ποικίλλουν. Κατά συνέπεια απαιτείται σύνολο παρεμβάσεων, από δραστηριότητες πρόληψης και μείωσης του κινδύνου έως δραστηριότητες παροχής θεραπείας μέσω επίσημων δομών. Στο σημείο αυτό ανακύπτει ενδεχομένως το ερώτημα εάν είναι σωστό να παραπέμπονται σε ειδικευμένα κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων νέοι που κάνουν περιστασιακή χρήση κάνναβης. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο οργάνωσης των θεραπευτικών κέντρων και από το κατά πόσο οι περιστασιακοί χρήστες κάνναβης έρχονται σε επαφή με χρόνιους χρήστες άλλων ουσιών. Η αναζήτηση κατάλληλων τρόπων παραπομπής σε θεραπεία ατόμων με διαφορετικά πρότυπα χρήσης κάνναβης αποτελεί ζήτημα που πρέπει να εξετασθεί με ιδιαίτερη προσοχή στο μέλλον.

Λίγες είναι οι πρωτοβουλίες πρόληψης που σχεδιάσθηκαν ειδικά ενόψει της αύξησης της χρήσης κάνναβης από τους

νέους, καθώς σπάνια οι προληπτικές παρεμβάσεις αφορούν συγκεκριμένες ουσίες. Ορισμένα κράτη μέλη, ωστόσο, αναφέρουν πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα αυτόν, απόρροια της υιοθέτησης δύο βασικών στρατηγικών: (1) επισήμανση του κινδύνου να βρεθούν ενώπιον του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης οι νέοι που κάνουν χρήση κάνναβης· και (2) προσπάθεια μεταστροφής της αντίληψης ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί αποδεκτή πρακτική, μέσω εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης που απευθύνονται στο ευρύ κοινό ή σε συγκεκριμένες ομάδες.

Στη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο θεσπίσθηκαν μέτρα για τη μείωση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών που προκύπτουν για όσους διαπράττουν για πρώτη φορά το αδίκημα της χρήσης κάνναβης και είναι έφηβοι. Πρόσφατο παράδειγμα (από το 2000 και έπειτα) αποτελεί το πρόγραμμα FRED στη Γερμανία, το οποίο εφαρμόζεται σήμερα σε οκτώ ομοσπονδιακά κρατίδια και παρέχει στους νεαρούς χρήστες έγκαιρη παρέμβαση σύντομης διάρκειας σε εθελοντική βάση ([170]). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ομάδες Νεαρών Παραβατών (Youth Offending Teams) εργάζονται με παρόμοιο τρόπο. Μετά τις αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης ορισμένων πτυχών της χρήσης κάνναβης από την ποινική δικαιοσύνη και την αναταξινόμηση της ουσίας (μεταφορά από τον πίνακα Β στον πίνακα Γ), παράπτωμα συνιστά η κατοχή και όχι η χρήση. Στην περίπτωση κατοχής ο παραβάτης λαμβάνει προειδοποίηση. Έχει θεσπιστεί ειδική διαδικασία για την επίδοση προειδοποίησης σε νεαρά άτομα (κάτω των 18 ετών). Το Ηνωμένο Βασίλειο δρομολόγησε επίσης μια εκστρατεία στα μέσα ενημέρωσης για να αποδειχθεί ο αρνητικός και παράνομος χαρακτήρας της χρήσης κάνναβης.

Μια άλλη πρόσφατη πρωτοβουλία περιλάμβανε την επέκταση της εκστρατείας πρόληψης σε καφέ («coffee shops»), όπου διατίθενται μικρές ποσότητες κάνναβης. Η παρέμβαση αυτή περιλαμβάνει μαθήματα και τη χορήγηση ενός εγχειριδίου στους ιδιοκτήτες των καφέ, προκειμένου να προληφθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά στους χώρους αυτούς. Το εγχειρίδιο παρέχει πληροφόρηση σχετικά με την κάνναβη, τη νομοθεσία περί τα ναρκωτικά, τις ψυχιατρικές διαταραχές, την παροχή πρώτων βοηθειών, την επιχειρηματικότητα και τις εκπαιδευτικές δεξιότητες. Στις Κάτω Χώρες, υπάρχει παράδοση εξατομικευμένων και άμεσων προσεγγίσεων για τη χρήση κάνναβης, όπως φαίνεται από το πρόγραμμα Hash and Weed Week ([171]), κατά την οποία άτομα που κάνουν βαριά χρήση κάνναβης πραγματοποιούν ομαδικές συναντήσεις και συζητούν τις συνέπειες της εντατικής χρήσης και των δυνατοτήτων αλλαγής της συμπεριφοράς.

Σε κάποιο βαθμό, οι προσεγγίσεις αυτές αποσκοπούν στη μείωση της βλάβης, αλλά είναι επίσης προσανατολισμένες στην πρόληψη. Ωστόσο, παρά τη γνωστή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των αναπνευστικών προβλημάτων και την αυξανόμενη ανησυχία όσον αφορά τον αρνητικό αντίκτυπο για την υγεία της εντατικής χρήσης κάνναβης, οι παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση της βλάβης που συνδέεται με τη χρήση κάνναβης παραμένουν ελάχιστα ανεπτυγμένες σε σύγκριση με εκείνες που στοχεύουν τους χρήστες άλλων ουσιών.

Οι επιλογές θεραπείας που είναι διαθέσιμες για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης προσφέρονται κυρίως σε θεραπευτικά κέντρα που παρέχουν περίθαλψη σε άτομα εξαρτημένα από νόμιμες ή παράνομες ουσίες ή άτομα με άλλου είδους εθιστικές συμπεριφορές. Ορισμένες χώρες (Δανία, Γερμανία, Ελλάδα, Γαλλία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σουηδία και Νορβηγία) αναφέρουν υπηρεσίες σχεδιασμένες για χρήστες κάνναβης, αλλά γενικά η εξειδικευμένη περίθαλψη του είδους αυτού φαίνεται να είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Σε πολλές χώρες, οι θεραπευτικές υπηρεσίες για τους προβληματικούς χρήστες κάνναβης είναι ενταγμένες σε υπηρεσίες για τη θεραπεία γενικών προβλημάτων χρήσης ναρκωτικών (Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβενία και Νορβηγία).

Ως επί το πλείστον, τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη υποβάλλονται σε θεραπεία μαζί με τους προβληματικούς χρήστες άλλων παράνομων ναρκωτικών, συνήθως οπιοειδών. Καθώς πολλά από αυτά τα εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων έχουν σχεδιαστεί για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ενός συχνά χαώδους και περιθωριοποιημένου πληθυσμού, η καταλληλότητά τους για άτομα με λιγότερο έντονες ανάγκες, όπως είναι οι περισσότεροι χρήστες κάνναβης, είναι αμφισβητήσιμη. Οι θεραπευτικές υπηρεσίες στα κράτη μέλη γνωρίζουν τα προβλήματα αυτά, και ορισμένες χώρες παρατηρούν, στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox, ότι μπορεί να είναι αντιπαραγωγική και μειονεκτική η συνύπαρξη προβληματικών χρηστών κάνναβης και προβληματικών χρηστών ηρωίνης ή χρηστών πολλαπλών ουσιών, και αναφέρουν το στοιχείο αυτό ως έναν από τους λόγους για τους οποίους οι χρήστες κάνναβης δεν πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία εσωτερικής παραμονής. Είναι ευκολότερο να σχεδιάζονται προγράμματα ειδικά για χρήστες κάνναβης σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής. Στην εθνική έκθεση της Αυστρίας αναφέρεται ότι η περίθαλψη εσωτερικής παραμονής, εφόσον είναι απαραίτητη, είναι προτιμότερο να λαμβάνει χώρα σε ένα γενικό τμήμα εφηβικής ψυχιατρικής παρά σε μια ειδική μονάδα για τα ναρκωτικά. Στις πρόσφατες καινοτομίες που ανέφεραν τα κράτη μέλη για την αντιμετώπιση των αναγκών των χρηστών κάνναβης συγκαταλέγονται ένα «εγχειρίδιο γνωστικής θεραπείας» για τους χρόνιους χρήστες κάνναβης, το οποίο εκπονήθηκε στη Σουηδία, μια ιστοθέση αυτοβοήθειας στο Διαδίκτυο για τους προβληματικούς χρήστες κάνναβης που δημιουργήθηκε στις Κάτω Χώρες και η καθιέρωση θεραπείας με βελονισμό στη Φινλανδία.

Συμπεράσματα

Στόχος της επισκόπησης αυτής είναι να τοποθετηθεί η παρατηρηθείσα αύξηση στις αναφερόμενες αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης σε ένα ευρύτερο αναλυτικό πλαίσιο. Στην προσπάθεια αυτή είναι προφανές ότι παραμένουν αναπάντητα πολλά σημαντικά ερωτήματα, τα οποία είναι θεμελιώδη για μια ενημερωμένη συζήτηση σχετικά με την εφαρμοστέα πολιτική στο αμφιλεγόμενο αυτό θέμα. Είναι επίσης προφανές ότι τα διαθέσιμα αποδεικτικά

([170]) Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το συγκεκριμένο και με άλλα προγράμματα πρόληψης περιέχει η βάση δεδομένων EDDRA του ΕΚΠΝΤ (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385

στοιχεία δεν δικαιολογούν τις κινδυνολογικές τοποθετήσεις, αλλά δεν αποτελούν επίσης λόγο για εφησυχασμό.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης αντιπροσωπεύουν ένα μη αμελητέο ποσοστό των αιτήσεων για θεραπεία στις εξειδικευμένες υπηρεσίες ορισμένων χωρών και αποτελούν σημαντική υποομάδα εντός του ευρύτερου πληθυσμού που υποβάλλεται σε θεραπεία. Πρόκειται κυρίως για νεαρούς άνδρες, συνήθως περίπου 20 ετών, εκ των οποίων οι περισσότεροι άρχισαν να κάνουν χρήση της ουσίας σε ηλικία 16 ή 17 ετών.

Τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης εμφανίζουν διαφορετικά πρότυπα χρήσης από εκείνα που κάνουν χρήση άλλων ουσιών· επιπλέον, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία από τη χρήση κάνναβης. Το προφίλ των διαφορετικών υποομάδων χρηστών κάνναβης που υποβάλλονται σε θεραπεία είναι πιθανό να έχει άμεση σχέση με την κατανόηση των αναγκών τους και, ως εκ τούτου, με την εξεύρεση των κατάλληλων τρόπων αντιμετώπισης. Σημαντικές παράμετροι είναι, στην προκειμένη περίπτωση, η συχνότητα χρήσης, η τρέχουσα και προηγούμενη χρήση άλλων ουσιών και η πηγή παραπομπής. Γενικά, συνοψίζοντας τα στοιχεία των εθνικών εκθέσεων και του ΔΑΘ, διακρίνονται δύο σαφείς κατηγορίες ατόμων που εισάγονται για θεραπεία:

- νεότεροι χρήστες, συχνά μαθητές, που παραπέμπονται σε θεραπευτικές υπηρεσίες από την οικογένεια ή το σχολείο και κάνουν αποκλειστικά χρήση κάνναβης ή μερικές φορές μαζί με αλκοόλ ή διεγερτικά·
- χρήστες πολλαπλών ουσιών, που είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία και λιγότερο κοινωνικά ενταγμένοι, οι οποίοι παραπέμπονται σε θεραπεία συχνότερα από τις αρχές επιβολής του νόμου ή από υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, και εμφανίζουν αλληλοεπικάλυψη με τον πληθυσμό των χρόνιων χρηστών ναρκωτικών.

Επιπλέον, υπάρχουν κάποια στοιχεία για μία ακόμη ομάδα που παραπέμπεται σε θεραπεία από τις αρχές επιβολής του νόμου, τα μέλη της οποίας δεν κάνουν χρήση άλλων ναρκωτικών και φαίνεται να είναι περιστασιακοί μόνο χρήστες κάνναβης.

Εξετάζοντας τις μεταβολές στα χαρακτηριστικά των αιτήσεων για θεραπεία κυρίως από τη χρήση κάνναβης σε βάθος χρόνου, οι διαθέσιμες πληροφορίες οδηγούν στις εξής διαπιστώσεις:

- σε ορισμένες χώρες, αύξηση του αριθμού των παραπομπών από την ποινική δικαιοσύνη·
- αύξηση των παραπομπών από την οικογένεια και άλλα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης (οικογένεια, φίλοι, κοινωνικές υπηρεσίες, σχολείο)·
- αυξημένο ποσοστό εντατικής (καθημερινής) χρήσης κάνναβης, μολονότι οι καθημερινοί χρήστες παραμένουν μειονότητα·
- αυξημένα επίπεδα κοινωνικών και εκπαιδευτικών προβλημάτων σε ορισμένες χώρες, μολονότι τα στοιχεία στον τομέα αυτόν είναι ελλιπή.

Εξετάζοντας την αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία, παρατηρούμε ότι οι αλλαγές στην πρακτική παραπομπής έχουν αντίκτυπο και ότι σημαντικό ποσοστό των ατόμων που παραπέμπονται σε θεραπεία φαίνεται να μην κάνουν εντατική χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες τουλάχιστον, σημαντικός αριθμός αιτήσεων για θεραπεία προέρχεται από άτομα που κάνουν εντατική χρήση κάνναβης. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ομάδα αυτή παραμένουν σε μεγάλο βαθμό άγνωστα, με αποτέλεσμα να επείγει η έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα. Η διαπίστωση ότι η πλειονότητα των αιτήσεων για θεραπεία που υποβάλλονται από πολύ νεαρά άτομα αφορά τη χρήση κάνναβης δείχνει ότι απαιτείται ειδική εξέταση των αναγκών, των τρόπων παραπομπής και των τρόπων αντιμετώπισης του προβλήματος στην ομάδα αυτή.

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρισθεί ότι η υποβολή αίτησης για θεραπεία δεν αποτελεί άμεσο δείκτη της κλίμακας και της φύσης των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης. Στοιχεία από έρευνες στον γενικό πληθυσμό υποδηλώνουν ότι, σε σύγκριση με την περιστασιακή χρήση, η εντατική χρήση κάνναβης είναι σχετικά ασυνήθιστη. Ωστόσο, η διαδεδομένη χρήση της κάνναβης σημαίνει ότι σημαντικός αριθμός ατόμων ενδέχεται να κάνει εντατική χρήση της ουσίας – τουλάχιστον για κάποιο διάστημα στη ζωή τους.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η εντατική χρήση ενδέχεται να αφορά μεταξύ 0,5 και 2 % του ενήλικου πληθυσμού και μεταξύ 1 και 3 % των νεαρών ενηλίκων. Η επικράτηση στους νεαρούς άνδρες είναι πιθανό να είναι σημαντικά υψηλότερη. Από τα στοιχεία της έρευνας είναι δύσκολο να συναχθεί σαφής εικόνα του αριθμού των χρηστών που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση κάνναβης ή που αποκτούν εξάρτηση από την κάνναβη. Μολονότι οι συνέπειες της εξάρτησης από την κάνναβη ή της κατάχρησης της κάνναβης είναι λιγότερο σοβαρές από εκείνες που συνδέονται με άλλα ναρκωτικά, η κατάσταση αυτή μπορεί παρ' όλα αυτά να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία λόγω της κλίμακας της χρήσης και του γεγονότος ότι οι περισσότεροι χρήστες είναι νεαρής ηλικίας και ενδέχεται να κάνουν εντατική χρήση της κάνναβης κατά τη διάρκεια σημαντικών σταδίων της ανάπτυξής τους ή σε περιόδους που μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Στις κοινωνικά μειονεκτούσες οικογένειες ή κοινότητες, η εξάρτηση από την κάνναβη ή η κατάχρηση της κάνναβης ενδέχεται να συνδυάζεται με προσωπικά προβλήματα, με αρνητικές συνέπειες στην εκπαίδευση ή στις ευκαιρίες απασχόλησης.

Εν κατακλείδι, η αναγκαιότητα διεξαγωγής ερευνών παραμένει επιτακτική για την κατανόηση της σχέσης μεταξύ αφενός των διαφορετικών προτύπων χρήσης κάνναβης και αφετέρου της ανάπτυξης προβλημάτων. Κατά πόσον οι χρήστες κάνναβης αντιμετωπίζουν προβλήματα, καθώς και η φύση αυτών των προβλημάτων είναι θέματα σε μεγάλο βαθμό αδιερεύνητα. Απαιτούνται μεθοδολογικά εργαλεία για την εκτίμηση των προβλημάτων σε επίπεδο πληθυσμού. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν προαπαιτούμενο για την ανάπτυξη, τη στοχοθέτηση και την εφαρμογή αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης της χρήσης κάνναβης στην Ευρώπη στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας.

Επιλεγμένο θέμα 3

Συννοσηρότητα

Εισαγωγή

Η συνύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών, η οποία ονομάζεται κοινώς συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση, δεν αποτελεί νέο φαινόμενο. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια το θέμα κέρδισε έδαφος στις συζητήσεις πολιτικού επιπέδου και επαγγελματιών, καθώς έγινε προφανές ότι αφορά μεγάλο, και πιθανώς διογκούμενο, αριθμό ατόμων. Στο κεφάλαιο αυτό θα δοθεί έμφαση στη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας και χρήσης παράνομων ναρκωτικών. Στην πραγματικότητα, συχνά αρμόζει να αναφερόμαστε σε πολλαπλή νοσηρότητα, καθώς τα συγκεκριμένα άτομα πάσχουν επίσης συχνά από σωματικές ασθένειες, π.χ. μόλυνση από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή της ηπατίτιδας C, καθώς και από κοινωνικές διαταραχές, όπως οικογενειακά προβλήματα, ανεργία, εγκλεισμός σε φυλακή ή έλλειψη στέγης. Οι υπηρεσίες περίθαλψης και θεραπείας δεν διαθέτουν συνήθως τον κατάλληλο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των αναγκών διάγνωσης και θεραπείας της ομάδας αυτής, και ως εκ τούτου παραμελούν ή/και δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν το σύνολο των προβλημάτων των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία. Το αποτέλεσμα θα μπορούσε να παρομοιασθεί με την εικόνα μιας «περιστρεφόμενης πόρτας», όπου άτομα που έχουν μεγάλη ανάγκη θεραπείας παραπέμπονται από τη μία υπηρεσία στην άλλη, ενώ στο μεταξύ η κατάστασή τους επιδεινώνεται.

Σημειώνεται ότι η ειδική σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των ψυχιατρικών διαταραχών εξετάζεται διεξοδικότερα στο επιλεγμένο θέμα που αφορά την κάνναβη (σ. 82).

Ορισμός

Η συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (ΠΟΥ, 1995). Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), άτομο με διπλή διάγνωση είναι εκείνο «για το οποίο έγινε διάγνωση προβλήματος κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικής ουσίας επιπλέον κάποιας άλλης διάγνωσης, συνήθως ψυχιατρικής ασθένειας, π.χ. μανιοκατάθλιψη, σχιζοφρένεια» (UNODCCP, 2000). Με άλλα λόγια, η συννοσηρότητα στο πλαίσιο αυτό αναφέρεται στην πρόσκαιρη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών της προσωπικότητας, εκ των οποίων η μία είναι η προβληματική χρήση ουσίας.

Αιτιολογία

Η προσπάθεια καθορισμού της αιτιολογίας της συννοσηρότητας οδηγεί σε αδιέξοδο: ποια από τις διαταραχές εμφανίστηκε πρώτη; Οι υπάρχουσες έρευνες σχετικά με την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών δεν καταλήγουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Τα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής και των προβλημάτων που οφείλονται στην ουσιοεξάρτηση αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται.

Από ερευνητικά στοιχεία προκύπτουν ενδείξεις ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοια προβλήματα (π.χ. Kessler κ.ά., 2001· Bakken κ.ά., 2003)· ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές ενδέχεται επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ναρκωτικών (π.χ. για την κατάθλιψη: McIntosh και Ritson, 2001) ή να εκδηλωθούν παράλληλα.

Η χρήση ναρκωτικών μπορεί επίσης να εκληφθεί ως στοιχείο ή σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας διαταραχής της προσωπικότητας, καθώς και ως προσπάθεια αυτοθεραπείας (π.χ. Williams κ.ά., 1990· Murray κ.ά., 2003). Το γεγονός ότι η χρήση της ουσίας μετριάζει τα ενοχλητικά συμπτώματα ενθαρρύνει την ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης. Όταν σταματήσει η χρήση της ουσίας, π.χ. με την αποτοξίνωση ή τη θεραπεία υποκατάστασης, τα συμπτώματα ενδέχεται να επανεμφανιστούν. Αιφνίδιες ψυχώσεις οφειλόμενες στη χρήση ναρκωτικών εμφανίζονται κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης, αμφεταμινών και παραισθησιογόνων, αλλά συνήθως υποχωρούν σχετικά γρήγορα. Ωστόσο, ενδέχεται να είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων που οφείλονται σε τοξίκωση από χρήση ναρκωτικών και μη συναφών ψυχωτικών επεισοδίων.

Ο Krausz (1996) προτείνει τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης:

- κύρια διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, με επακόλουθη (διπλή) διάγνωση κατάχρησης ουσίας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία·
- κύρια διάγνωση μιας εξάρτησης από ναρκωτική ουσία με ψυχιατρικές επιπλοκές που οδηγούν σε ψυχική νόσο·
- ταυτόχρονη διάγνωση κατάχρησης ουσίας και ψυχιατρικών διαταραχών·

- διπλή διάγνωση κατάχρησης ουσίας και μανιοκατάθλιψης, οι οποίες οφείλονται αμφότερες σε βαθύτερη τραυματική εμπειρία, π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Ομοίως, στη σουηδική εθνική έκθεση γίνεται διάκριση μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών που πάσχουν από συννοσηρότητα και ατόμων εξαρτημένων από τα ναρκωτικά με διαταραχές της προσωπικότητας, οι οποίες επιδεινώνονται από τη χρήση ναρκωτικών και δεν διαγιγνώσκονται πάντοτε σωστά.

Ο Morel (1999) διακρίνει τις μη ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε χρήστες ναρκωτικών από τις επιπλοκές που συνδέονται ειδικά με τη χρήση ναρκωτικών. Στις διαταραχές που παρατηρούνται συχνά σε χρήστες ναρκωτικών περιλαμβάνονται οι εξής:

- αγχώδεις-καταθλιπτικές διαταραχές·
- διαταραχές του ύπνου, οφειλόμενες σε κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή ψύχωση·
- επιθετική και βίαιη συμπεριφορά, η οποία υποδηλώνει αντικοινωνικές, ψυχοπαθητικές, σχιζοφρενικές ή παρανοϊκές διαταραχές της προσωπικότητας.

Στα προβλήματα που συνδέονται ειδικά με τη χρήση ναρκωτικών περιλαμβάνονται τα εξής:

- φαρμακευτικές ψυχώσεις οφειλόμενες σε παραισθησιογόνα ή αμφεταμίνες·
- συγχυτικά σύνδρομα.

Πρόσφατες νευροψυχολογικές και νευροβιολογικές μελέτες καθώς και η εμφάνιση τεχνικών που καθιστούν δυνατή την οπτικοποίηση των λειτουργιών του εγκεφάλου επέτρεψαν να διατυπωθούν υποθέσεις σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ψυχικών και σωματικών τραυμάτων, ανάπτυξης του εγκεφάλου, συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών, του στρες και της νοητικής ανάπτυξης. Το «σύστημα ανταμοιβής» είναι καθοριστικό στην ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης, η οποία συνδέεται με δομικές αλλαγές και προσαρμογή του εγκεφάλου σε μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο (Nestler, 2001).

Άλλες θεωρίες συνδέουν συγκεκριμένα ναρκωτικά με συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές, π.χ. έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η χρήση ηρωίνης μειώνει το στρες, μετριάζει τον πόνο και εξαφανίζει τις απειλητικές φωνές σε σχιζοφρενείς και σε ασθενείς που πάσχουν από οριακή σχιζοφρένεια· ωστόσο, ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες δεν κάνουν χρήση ηρωίνης. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κοκαΐνη βελτιώνει τις καταθλιπτικές καταστάσεις, αίρει τις συμπεριφορικές αναστολές και επιτρέπει στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες να αποβάλουν τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Η κάνναβη ανακουφίζει την ένταση και η έκσταση μειώνει τις κοινωνικές αναστολές (Verheul, 2001· Berthel, 2003).

Στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας του 2002 εξετάζεται συγκεκριμένα η κατάθλιψη στους χρήστες ναρκωτικών, με βάση τα αποτελέσματα αρκετών μελετών. Η έκθεση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, ιδίως οπιούχων και βενζοδιαζεπινών, και των υψηλών ποσοστών κατάθλιψης. Στη Γερμανία διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ διαταραχών χρήσης ουσιών, κατάθλιψης και αυτοκτονιών και διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει σημαντικά στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή (Bronisch και Wittchen, 1998). Είναι πιθανό ορισμένα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη να προβαίνουν σε αυτοθεραπεία με οπιούχα και βενζοδιαζεπίνες: τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα απεξάρτησης εμφανίζουν χαμηλότερες επιδόσεις όσον αφορά την κατάθλιψη από τα άτομα που προσφεύγουν σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης (Rooney κ.ά., 1999) ή από αυτά που βρίσκονται στην αρχή της θεραπείας (McIntosh και Ritson, 2001).

Μελέτη που διενεργήθηκε στη Νορβηγία (n = 2 359) διαπίστωσε ότι υψηλό ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών αντιμετώπισε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής και νεανικής του ηλικίας. Συγκεκριμένα, 70 % είχε αντιμετωπίσει μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα στο σχολείο, 38 % υπήρξε θύμα εκφοβισμού και 21 % είχε υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Lauritzen κ.ά., 1997). Οι γυναίκες χρήστες ναρκωτικών που εμφάνιζαν ψυχιατρική συννοσηρότητα υπήρξαν συχνά θύματα τραυματικής σεξουαλικής κακοποίησης (π.χ. Beutel, 1999).

Διάγνωση

Οι εξετάσεις ρουτίνας για ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας δεν περιλαμβάνονται πάντοτε στις τυποποιημένες διαδικασίες διάγνωσης που πραγματοποιούνται στην αρχή της θεραπείας σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Με εξαίρεση ορισμένες ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένες ή/και εξειδικευμένες υπηρεσίες, τα ψυχικά συμπτώματα και οι ψυχικές διαταραχές σπάνια διερευνώνται από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων.

Εν πάση περιπτώσει, είναι γνωστό ότι η διάγνωση της συννοσηρότητας είναι πολύ δύσκολη. Η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί κυριαρχούν συχνά στην κλινική εικόνα και παραποιούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα που ελάχιστα διαφέρουν από εκείνα των ψυχιατρικών διαταραχών (Berthel, 2003), ενώ το σύνδρομο στέρησης ή η οξεία τοξίκωση μπορούν να μιμηθούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών (Liappas, 2001). Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν εγγενή συμπτώματα του κύκλου της τοξίκωσης-στέρησης· συμπτώματα που μετριάζονταν λόγω της χρήσης των ουσιών εμφανίζονται κατά την αποχή ή τη θεραπεία υποκατάστασης.

Οι πρόοδοι στη μεθοδολογία συνέβαλαν επίσης στη βελτίωση της διάγνωσης τόσο των ψυχιατρικών διαταραχών όσο και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Υπάρχουν σήμερα πολλά τυποποιημένα και έγκυρα εργαλεία για τη μέτρηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των διαταραχών της προσωπικότητας, καθώς και διάφορα εργαλεία που εκτιμούν το επίπεδο των προτύπων χρήσης ναρκωτικών και της ουσιοεξάρτησης. Ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) είναι ένα πολυλειτουργικό εργαλείο που μπορεί να

χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση, το σχεδιασμό της θεραπείας και την παρακολούθηση, καθώς και για την έρευνα. Ο ASI είναι πολυδιάστατος και μετρά παλαιότερα και τρέχοντα προβλήματα σε επτά τομείς: κατάσταση της υγείας, απασχόληση και ανεξαρτησία, χρήση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών, νομικό καθεστώς, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, και ψυχιατρικά συμπτώματα (Krausz, 1999a· Öjehagen και Schaar, 2003). Ο δείκτης έχει τυποποιηθεί και μεταφραστεί από τα αγγλικά στις περισσότερες ευρωπαϊκές γλώσσες (EuroASI) ([172]). Το Ίδρυμα Trimbos ανέπτυξε και δοκίμασε πρωτόκολλα για τη διάγνωση και τη θεραπεία εξαρτημένων χρηστών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα (ADHD) (Eland και Van de Glint, 2001).

Επικράτηση

Έχουν διενεργηθεί πολλές μελέτες για να μετρηθούν η επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών της προσωπικότητας όπως και τα πρότυπα της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό καθώς και στους ψυχιατρικούς ασθενείς και τους χρήστες ναρκωτικών εντός και εκτός θεραπευτικών υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία, από την άποψη τόσο των αριθμών όσο και των διαγνώσεων, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και την επιλογή του πληθυσμού, τις μεθόδους δειγματοληψίας, τις διαγνωστικές δεξιότητες και ικανότητες, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των χρησιμοποιηθέντων διαγνωστικών εργαλείων και το χρονικό διάστημα που καλύπτει η μελέτη.

Σε επισκόπηση διαφορετικών μελετών, οι Uchtenhagen και Zeiglgänsberger (2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνηθέστερη ψυχιατρική διάγνωση στους χρήστες ναρκωτικών είναι η διαταραχή της προσωπικότητας, η οποία αφορά 50-90 % των χρηστών, ακολουθούμενη από τη συναισθηματική διαταραχή (20-60 %) και τις ψυχωτικές διαταραχές (20 %). Ποσοστό που κυμαίνεται από 10 έως 50 % των ασθενών εμφανίζει περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές της προσωπικότητας.

Σε επισκόπηση διεθνών μελετών σχετικά με την ψυχοπαθολογία εξαρτημένων από τα ναρκωτικά ατόμων, ο Fridell (1991, 1996) σκιαγραφεί μια κλινική εικόνα συννοσηρότητας στην ουσιοεξάρτηση, η οποία επιβεβαιώνεται από τις δικές του μελέτες στο Lund της Σουηδίας. Εντοπίζονται τρεις κύριες ομάδες διαταραχών: διαταραχές της προσωπικότητας (65-85 %), καταθλιπτικές και αγχώδεις καταστάσεις (30-50 %) και ψυχώσεις (15 %). Στην επισκόπηση έξι μελετών χρηστών ναρκωτικών υπό θεραπεία, ο Verheul (2001) διαπίστωσε ιδιαίτερη επικράτηση αντικοινωνικών (23 %), οριακών (18 %) και παρανοϊκών (10 %) διαταραχών της προσωπικότητας.

Πολλοί επαγγελματίες της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων πιστεύουν ότι η επικράτηση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά σε συνδυασμό με ψυχικές διαταραχές εμφανίζει αύξηση, μολονότι ορισμένοι ισχυρίζονται ότι αυτό οφείλεται στη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση απέναντι στο θέμα αυτό ή/και σε αλλαγές στη διάγνωση και την ταξινόμηση των ψυχιατρικών νόσων ή/και στην αναδιάρθρωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Στη Φινλανδία, σύμφωνα με το μητρώο εξιτηρίων, ο αριθμός των περιόδων θεραπείας που αφορούν ταυτόχρονα προβλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξήθηκε από 441 το 1987 σε 2 130 το 2001. Οι περίοδοι θεραπείας για χρήση οπιούχων σε συνδυασμό με ψυχιατρικές διαταραχές τριπλασιάστηκαν από το 1996. Το στοιχείο αυτό συμφωνεί με την αύξηση της χρήσης ναρκωτικών, μολονότι δεν υποδηλώνεται καμία άμεση αιτιώδης συνάφεια. Στην Ιρλανδία, το ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών που εισάχθηκαν για πρώτη φορά σε ψυχιατρικά κέντρα νοσηλείας σχεδόν τετραπλασιάστηκε μεταξύ 1990 και 2001.

Στην εθνική έκθεση της Ισπανίας αναφέρεται ότι η παρατηρούμενη αύξηση της συννοσηρότητας ενδέχεται να οφείλεται εν μέρει σε αύξηση της εξάρτησης από ψυχοδιεγερτικές ουσίες.

Επικράτηση της συννοσηρότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες

Στον πίνακα 7 παρατίθενται μελέτες συννοσηρότητας σε διαφορετικές μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και ψυχιατρικά κέντρα στα κράτη μέλη, όπως παρουσιάζονται στις εθνικές εκθέσεις. Τα στοιχεία για τις διαταραχές χρήσης ουσιών στα ψυχιατρικά κέντρα δεν είναι τόσο εύκολα διαθέσιμα όσο τα στοιχεία για τις ψυχιατρικές διαταραχές σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Μολονότι οι μελέτες που παρουσιάζονται στην επισκόπηση αυτή δεν είναι συγκρίσιμες, παρέχουν ενδείξεις σχετικά με την κατάσταση στις χώρες της ΕΕ. Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στους εξεταζόμενους πληθυσμούς, στα επιλεχθέντα διαγνωστικά κριτήρια, στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και στο χρόνο της διάγνωσης. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, η υποδιάγνωση θεωρείται πιθανή σε πολλές περιπτώσεις.

Συγκριτική μελέτη στην Ελλάδα και τη Γαλλία διαπίστωσε ότι, παρόλο που τα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογικών καταστάσεων στους χρήστες οπιούχων υπό θεραπεία εμφανίζουν μεγάλη ομοιότητα στις δύο χώρες, τα ψυχοπαθολογικά πρότυπα διαφέρουν: η επικράτηση συναισθηματικών διαταραχών ήταν υψηλότερη στους γάλλους απ' ό,τι στους έλληνες χρήστες ναρκωτικών (19 έναντι 7 %), ενώ η επικράτηση προτύπων αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στο ελληνικό δείγμα (20 έναντι 7 %). Οι συγγραφείς αποδίδουν τις διαφορές αυτές στη χαμηλότερη επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα: «όσο πιο περιορισμένη είναι η έκταση της κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς τόσο πιο πιθανό είναι να εμπλέκονται σε αυτήν άτομα με κοινωνικά αποκλίνουσα συμπεριφορά» (Kokkevi και Facy, 1995).

Νορβηγική μελέτη εξέτασε τις διαφορές φύλου μεταξύ χρηστών πολλαπλών ουσιών (εκ των οποίων 85 % ήταν χρήστες ηρωίνης) και αλκοολικών που δεν έκαναν χρήση άλλων ουσιών. Το δείγμα περιλάμβανε πολύ μεγάλο ποσοστό ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας (93 %). Γενικά, οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης, ειδικής φοβίας και οριακής διαταραχής της προσωπικότητας από τους άνδρες. Η συνύπαρξη μιας διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες χρήστες πολλαπλών ουσιών (Landheim κ.ά., 2003).

([172]) Βλέπε ΕΚΠΝΤ – Τράπεζα Εργαλείων Αξιολόγησης (Evaluation Instrument Bank) (http://eib.emcdda.eu.int).

Πίνακας 7: Επιπολασμός συννοσηρότητας σε θεραπευτικά περιβάλλοντα σε διάφορες χώρες της ΕΕ

Χώρα	Περιβάλλον	Πληθυσμός	*n*	Επιπολασμός συννοσηρότητας (%)	Διαγνώσεις	Πηγή
Βέλγιο	Ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικές υπηρεσίες σε γενικά νοσοκομεία	Εισαγωγές για προβληματική χρήση ναρκωτικών (1996-1999)	18 920	86	Σχιζοειδής, παρανοειδής, σχιζότυπη διαταραχή: 86 % Κατάθλιψη: 50 % Διαταραχές προσωπικότητας: 43 %	Βάση δεδομένων ελάχιστων ψυχιατρικών στοιχείων ([1])
Τσεχική Δημοκρατία	Θεραπευτικές κοινότητες	Νοσηλευόμενοι (2001-2002)	200	35	Διαταραχές προσωπικότητας: 14 % Κατάθλιψη: 7 % Νευρωτικές διαταραχές: 6 % Διαταραχές λήψης τροφής: 5 %	Εθνική έκθεση Τσεχικής Δημοκρατίας ([1])
Γερμανία	Θεραπευτικά κέντρα	Χρήστες ναρκωτικών που κάνουν χρήση οπιούχων	272	55	Αγχώδεις και σωματόμορφες διαταραχές: 43 % Συναισθηματικές διαταραχές: 32 % Φοβίες: 32 % Περιστατικά κατάθλιψης: 16 %	Krausz (1999, β) ([1])
Ελλάδα	Φυλακή και θεραπευτικές υπηρεσίες	Άνδρες εξαρτημένοι από οπιοειδή	176	86	Άγχος: 32 % Συναισθηματικές διαταραχές: 25 % Σχιζοφρένεια: 6 %	Κοκκέβη και Στεφανής (1995) ([1])
Ισπανία	Πρόγραμμα μεθαδόνης	Άτομα εξαρτημένα από οπιούχα	150	μ.δ.	Οριακή διαταραχή: 7 % Αντικοινωνική διαταραχή: 6 % Κοινωνική φοβία: 6 % Κατάθλιψη: 5 %	Εθνική έκθεση Ισπανίας ([1])
Γαλλία	Πρόγραμμα μεθαδόνης	Άτομα εξαρτημένα από οπιούχα	3 936	μ.δ.	Άγχος: 4 % Κατάθλιψη: 3 % Διαταραχές συμπεριφοράς: 3 % Διαταραχές λήψης τροφής: 2 %	Facy (1999) ([1])
Ιρλανδία	Ψυχιατρικές υπηρεσίες εσωτερικής παραμονής για έκτακτα περιστατικά	Εισαγωγές για πρώτη φορά με διάγνωση εξάρτησης από ναρκωτικά (1996-2001)	1 874	26	Κατάθλιψη: 21 % Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις: 11 % Διαταραχή προσωπικότητας: 19 %	Εθνικό σύστημα υποβολής εκθέσεων για νοσηλευόμενους με ψυχιατρικά προβλήματα ([1])
Ιταλία	Υπηρεσίες ψυχικής υγείας	Χρήστες ναρκωτικών διά βίου	58	> 22	Διαταραχές διάθεσης: 22 % Άγχος: 21 % Σχιζοφρένεια: 16 %	Siliquini κ.ά. (2002) ([1])
Λουξεμβούργο	Ειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων	Ασθενείς στους οποίους είχαν προηγουμένως παρασχεθεί ψυχιατρικές υπηρεσίες με εξαίρεση την αποτοξίνωση (1996-2002)	380	32	μ.δ.	AST/RELIS (2002) ([1])
Κάτω Χώρες	Ολλανδικός πληθυσμός	Χρήστες ναρκωτικών ηλικίας 18-64 (1996)	μ.δ.	μ.δ.	Κατάθλιψη: 29 % Κοινωνική φοβία: 29 % Διπολική διαταραχή: 24 % Δυσθυμία: 22 %	Ravelli κ.ά. (1998) ([1])
Αυστρία	Διάφορες θεραπευτικές υπηρεσίες (επισκόπηση)	Χρήστες που υποβάλλονται σε θεραπεία	μ.δ.	41-96	Διαταραχές προσωπικότητας, αντικοινωνικές διαταραχές, οριακές διαταραχές, ναρκισσισμός	Εθνική έκθεση Αυστρίας ([1])
Πορτογαλία	Θεραπευτικό κέντρο CAT στο Xabregas	Χρήστες που υποβάλλονται σε θεραπεία	596	> 73	Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή: 73 % Κατάθλιψη: 72 % Σωματοποίηση: 60 % Παρανοειδής ιδεασμός: 58 %	Εθνική έκθεση Πορτογαλίας ([1])
Φινλανδία	Νοσοκομεία	Περίοδοι νοσοκομειακής νοσηλείας σε σχέση με ναρκωτικά	2 180	29	Παρανοειδής ιδεασμός: 58 % Ψυχωτικές διαταραχές: 32 % Μανιοκατάθλιψη: 28 % Νευρωτικές διαταραχές: 10 % Διαταραχές της προσωπικότητας: 29 %	Νοσοκομειακό μητρώο εξιτηρίων ασθενών
Σουηδία	Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, Lund	Ασθενείς σε πτέρυγα αποτοξίνωσης (1977-1995)	1 052	83	Αντικοινωνική συμπεριφορά: 23 % Οποιαδήποτε ψύχωση: 14 % Καταθλιπτική διαταραχή: 11 %	Fridell (1996) ([1])
Ηνωμένο Βασίλειο	Παροχή υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων σε κοινότητα ή εσωτερικής διαμονής	Χρήστες ναρκωτικών ασθενείς, 90 % εξαρτημένοι από οπιούχα	1 075	> 33	Ψυχωτισμός Άγχος Κατάθλιψη Παράνοια	Marsden κ.ά. (2000) ([1])

Σημείωση: Τα στοιχεία του παρόντος πίνακα αναφέρονται σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια (π.χ. διάγνωση για όλη τη ζωή ή το περασμένο έτος).
μ.δ.: μη διαθέσιμα στοιχεία.
([1]) Περισσότερες πληροφορίες για αυτή τη μελέτη μπορείτε να βρείτε στην ετήσια έκθεση που διατίθεται ηλεκτρονικά, στον πίνακα 12 ΕΓ: Πίνακες θνησιμότητας κατά χώρα.

Επικράτηση — φυλακές και υποχρεωτική θεραπεία

Ο πληθυσμός των φυλακών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η επικράτηση ψυχιατρικών διαταραχών, όπως και η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών, είναι πολύ υψηλότερη στον πληθυσμό των φυλακών απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με στοιχεία της Ιρλανδίας, 48 % των ανδρών και 75 % των γυναικών κρατουμένων εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές, ενώ 72 % των ανδρών και 83 % των γυναικών κρατουμένων αναφέρουν δοκιμή ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή (Hannon κ.ά., 2000). Το 1999, 23 % των προβληματικών χρηστών που κρατήθηκαν σε σωφρονιστικό ίδρυμα της αστυνομίας της Βιέννης εμφάνιζε ψυχιατρικά προβλήματα (Dialog, 2000). Το ποσοστό υποτροπής στους χρήστες ναρκωτικών που εξέτισαν ποινές φυλάκισης είναι υψηλό. Εξάλλου, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι η φυλάκιση είναι δυνατόν να συμβάλει στην επιδείνωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η κατάσταση είναι ακόμη πιο δραματική στις φυλακές όπου εκτίονται ποινές μεγάλης διάρκειας και τις φυλακές υψίστης ασφαλείας.

Στη Σουηδία, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ 72 και 84 % των ενηλίκων που υποβάλλονταν σε υποχρεωτική θεραπεία απεξάρτησης έπασχαν από ψυχιατρικά προβλήματα, πέραν του γεγονότος ότι ήταν χρήστες ναρκωτικών (Gerdner, 2004). Από τις 46 εξαρτημένες από ουσίες νεαρές γυναίκες που υποβάλλονταν σε υποχρεωτική θεραπεία για παιδιά και νέους, τα δύο τρίτα είχαν διαγνωσθεί με ψυχιατρικά προβλήματα ή διαταραχές της προσωπικότητας (Jansson και Fridell, 2003).

Εμπόδια στη θεραπεία της συννοσηρότητας

Ένα από τα κύρια εμπόδια στη διάγνωση και τη θεραπεία της συννοσηρότητας είναι το γεγονός ότι το ψυχιατρικό προσωπικό διαθέτει συνήθως λιγοστές γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων και το ειδικευμένο στη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων προσωπικό έχει γενικά λιγοστές γνώσεις ψυχιατρικής. Τα παραδείγματα των δύο ειδικοτήτων είναι πολύ διαφορετικά: η μία βασίζεται στις επιστήμες της ιατρικής και της φυσικοχημείας, η άλλη σε ψυχοκοινωνικές μεθόδους και θεωρίες. Επιπλέον, η φιλοσοφία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συνήθως προσανατολίζεται κυρίως στη διαφύλαξη της ασφάλειας των ατόμων και του κοινού, ενώ οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων προσδοκούν να ενθαρρυνθούν οι ενδιαφερόμενοι σε κάποιο βαθμό για να συμμετάσχουν σε προγράμματα θεραπείας. Αυτά τα διαφορετικά σημεία εκκίνησης εμποδίζουν συχνά μια ολιστική και ενιαία αντίληψη του θέματος.

Όπως προαναφέρθηκε, τόσο οι ψυχιατρικές ομάδες όσο και οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων αποτυγχάνουν συχνά να εντοπίσουν σημαντικό αριθμό ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα. Όταν οι ασθενείς με διπλή διάγνωση ζητούν θεραπεία, τα αιφνίδια ψυχιατρικά σύνδρομα που παρουσιάζουν εκλαμβάνονται συχνά εσφαλμένα ως συμπτώματα που οφείλονται στη χρήση ουσιών ή, αντίθετα, συμπτώματα στέρησης ή τοξίκωσης ερμηνεύονται εσφαλμένα ως ψυχιατρικές νόσοι. Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες του τομέα ψυχικής υγείας έχουν την τάση να στέλνουν τα άτομα που εμφανίζουν συννοσηρότητα για θεραπεία απεξάρτησης, και οι θεραπευτές με τη σειρά τους να τα ξαναστέλνουν αμέσως πίσω — ή το αντίθετο. Η συνέχεια της περίθαλψης είναι αδύνατη υπό τις περιστάσεις αυτές. Ακόμη και όταν διαγιγνώσκεται συννοσηρότητα, αυτή συνήθως δεν εξετάζεται περαιτέρω στις επακόλουθες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Krausz κ.ά., 1999). Το ίδιο ισχύει για τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με προβλήματα χρήσης ουσιών κατά την ψυχιατρική θεραπεία, οι οποίοι συνήθως δεν υποβάλλονται σε παρεμβάσεις κατά των ουσιοεξαρτήσεων (Weaver κ.ά., 2003). Βεβαίως, οι γενικεύσεις αυτές δεν αποκλείουν το γεγονός ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων να επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα.

Επιπλέον, όταν εντοπίζονται, οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζονται συχνά με καχυποψία από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και ενδέχεται να μη γίνουν δεκτοί από αυτές, και το ίδιο μπορεί να συμβεί σε χρήστες που είναι σταθεροί στη λήψη ουσίας υποκατάστασης. Ομοίως, ενδιαφερόμενοι μπορεί να αποκλεισθούν από θεραπεία απεξάρτησης λόγω των ψυχικών προβλημάτων τους. Στην Ισπανία, για παράδειγμα, οι περισσότερες ψυχιατρικές υπηρεσίες αποκλείουν τους ασθενείς με διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, το δε προσωπικό τους δεν διαθέτει κατάλληλη κατάρτιση. Μελέτη σε αυστριακούς ψυχοθεραπευτές έδειξε ότι μόνον ορισμένοι εξ αυτών είναι πρόθυμοι να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς χρήστες ναρκωτικών (Springer, 2003). Σύμφωνα με στοιχεία από την Ιταλία, δεν υπάρχουν σαφείς κανόνες για την παραπομπή των ενδιαφερομένων από τις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και οι τελευταίες δείχνουν απροθυμία στην υποδοχή τους λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων. Στη Νορβηγία, αναφέρεται ότι είναι δύσκολη η παραπομπή από υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης σε κέντρα ψυχιατρικής θεραπείας.

Στην Ελλάδα, 54 % των θεραπευτικών προγραμμάτων δεν δέχονται χρήστες ναρκωτικών με ψυχιατρικές διαταραχές. Στα στεγνά προγράμματα θεραπείας εσωτερικής παραμονής στη Σλοβενία, και σε άλλες χώρες, τα προγράμματα θεραπείας απαιτούν από τους ασθενείς να μην κάνουν χρήση ουσιών ως προϋπόθεση για την εισαγωγή τους. Στην περίπτωση των ασθενών με διπλή διάγνωση, η προϋπόθεση αυτή αποτελεί σοβαρό εμπόδιο, καθώς η πλήρης αποχή απαιτεί τη διακοπή άλλων θεραπειών, κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό.

Θεραπευτικές δομές

Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται τρία μοντέλα παροχής υπηρεσιών για τη θεραπεία της συννοσηρότητας:

1. *Διαδοχική θεραπεία.* Οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών θεραπεύονται διαδοχικά και η επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών είναι ελάχιστη. Συνήθως, οι ασθενείς υποβάλλονται σε θεραπεία για τα σοβαρότερα προβλήματα πρώτα και, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία αυτή, υποβάλλονται σε θεραπεία για τα υπόλοιπα

προβλήματά τους. Ωστόσο, το μοντέλο αυτό ενδέχεται επίσης να έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή παραπομπή των ασθενών σε διάφορες υπηρεσίες, χωρίς να μπορεί καμία υπηρεσία να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους.

2. *Παράλληλη θεραπεία.* Η θεραπεία των δύο διαφορετικών διαταραχών πραγματοποιείται ταυτόχρονα. Οι υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται για την ταυτόχρονη παροχή υπηρεσιών. Οι ανάγκες των δύο θεραπειών αντιμετωπίζονται συχνά με διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και το ιατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τον ψυχοκοινωνικό προσανατολισμό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων.

3. *Ολοκληρωμένη θεραπεία.* Η θεραπεία παρέχεται σε ψυχιατρική υπηρεσία ή υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή στο πλαίσιο ειδικής υπηρεσίας ή προγράμματος συννοσηρότητας. Η διασταυρούμενη παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες αποφεύγεται. Οι θεραπείες περιλαμβάνουν παρωθητικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις, πρόληψη της υποτροπής, φαρμακοθεραπεία και κοινωνικές προσεγγίσεις (Abdulrahim, 2001).

Η πραγματικότητα της θεραπείας της συννοσηρότητας στην ΕΕ, όπως περιγράφεται στις εθνικές εκθέσεις, δεν είναι εύκολο να κατηγοριοποιηθεί στις τρεις προαναφερθείσες ομάδες. Η ολοκληρωμένη θεραπεία θεωρείται το ιδανικό μοντέλο, αλλά ως πρότυπο είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Η σχετική έρευνα συνήθως προέρχεται από χώρες εκτός της Ευρώπης. Κατόπιν επισκόπησης της βιβλιογραφίας, το Εθνικό Σχέδιο της Αυστραλίας για τη συννοσηρότητα (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι προσεγγίσεις όσον αφορά το χειρισμό και την περίθαλψη των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά ούτε έχουν αξιολογηθεί με αυστηρότητα, εν μέρει επειδή είναι δύσκολο να μελετηθούν άνθρωποι στους οποίους συνυπάρχουν ψυχικές νόσοι και διαταραχές χρήσης ουσιών, μεταξύ άλλων λόγω του ασταθούς τρόπου ζωής τους. Μια άλλη επισκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η ολοκληρωμένη θεραπεία για τα άτομα με διπλή διάγνωση είναι επωφελής τόσο για την ψυχική υγεία όσο και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων χρήσης ουσιών (Drake κ.ά, 1998). Μία μόνον μελέτη συνέκρινε την ολοκληρωμένη και την παράλληλη προσέγγιση, χωρίς όμως να διαπιστώσει οποιαδήποτε σημαντική διαφορά. Καμία μελέτη δεν συνέκρινε την ολοκληρωμένη και τη διαδοχική προσέγγιση.

Διαδοχική θεραπεία

Ορισμένοι ειδικοί, για παράδειγμα στη Δανία (Andreason, 2002), το Ηνωμένο Βασίλειο (Department of Health, 2002a) και τη Νορβηγία (Sosial- og helsedepartementet 1999), πιστεύουν ότι οι θεραπευτικές υπηρεσίες, τουλάχιστον για αυτούς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους και αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών, πρέπει να βασίζονται στην ψυχιατρική, πιθανώς με τη συμμετοχή εξωτερικών θεραπευτών ειδικών σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων. Στη Δανία, έχουν επισημοποιηθεί οι δεσμοί μεταξύ ψυχιατρικών νοσοκομείων και τοπικών υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Στο Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία, λήφθηκαν ειδικά μέτρα από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες για την περίθαλψη ατόμων που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της σχιζοφρένειας, πολλά από τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρήσης ουσιών, καθώς η έρευνα υποδεικνύει ότι η έγκαιρη θεραπεία βελτιώνει την πρόγνωση.

Στην εθνική έκθεση της Τσεχικής Δημοκρατίας διατυπώνεται η άποψη ότι τα προβλήματα ουσιοεξάρτησης πρέπει συνήθως να θεωρούνται πιο επείγοντα από τα ψυχικά προβλήματα, καθώς είναι πιο δύσκολο να θεραπευθούν οι ψυχιατρικές διαταραχές όταν η ουσιοεξάρτηση διαστρεβλώνει την κλινική εικόνα. Ωστόσο, επί του παρόντος, 10-20 % των Τσέχων που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης λαμβάνουν φάρμακα που τους έχουν χορηγηθεί με συνταγή από ψυχίατρο, κάτι που θα θεωρούνταν αδιανόητο πριν από μερικά χρόνια. Στην Ελλάδα, επίσης, η χορήγηση φαρμάκων για ψυχιατρικά συμπτώματα είναι εξαιρετικά σπάνια στα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία απεξάρτησης. Ωστόσο, βάσει της ελληνικής ποινικής νομοθεσίας, οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται ότι υπερισχύουν της εξάρτησης, και οι παραβάτες που εμφανίζουν συννοσηρότητα εισάγονται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο είτε μέσα σε σωφρονιστικό κατάστημα είτε εκτός. (Κ. Μάτσα, προσωπική ανακοίνωση, 2004.) Στην Ισπανία, οι χρήστες ναρκωτικών περιθάλπονται συνήθως στο πλαίσιο του συστήματος θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και οι παραπομπές σε ψυχιατρικές υπηρεσίες γίνονται μόνον όταν οι διαταραχές είναι τόσο σοβαρές ώστε να είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Εδώ και καιρό ορισμένοι επαγγελματίες πιστεύουν ότι κάθε φαρμακοθεραπεία πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα εξαρτημένα από τα ναρκωτικά, λόγω του κινδύνου συνδυασμένης εξάρτησης, π.χ. από ηρωίνη και βενζοδιαζεπίνες, αλλά η άποψη αυτή αρχίζει να αμφισβητείται (π.χ. Ρορον, 2003). Σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει τάση χορήγησης με συνταγή ψυχοφαρμακευτικών θεραπειών αδιακρίτως σε χρήστες ναρκωτικών, εν μέρει λόγω έλλειψης χρόνου διενέργειας των απαραίτητων ερευνών. Στην εθνική έκθεση της Αυστρίας επισημαίνεται ότι η χαμηλή συμμόρφωση των χρηστών ναρκωτικών με τη θεραπεία δυσχεραίνει τη φαρμακευτική θεραπεία ψυχιατρικών νόσων και, επιπλέον, η συνδυασμένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και φαρμάκων ενδέχεται, εάν δεν υπάρχει κατάλληλη επιτήρηση, να έχει ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεις μεταξύ παράνομων και συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή εξουδετέρωση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Παράλληλη θεραπεία

Η ανάληψη κοινής ευθύνης για έναν ασθενή από μια υπηρεσία ψυχικής υγείας και μια υπηρεσία θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων στο πλαίσιο του μοντέλου παράλληλης θεραπείας φαίνεται να σπανίζει στην πράξη. Ωστόσο, οι τοπικές ομάδες εργασίας, στις οποίες συμμετέχουν εκπρόσωποι τόσο των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων όσο και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελούν συχνά σημαντικό μέσο ανταλλαγής απόψεων, συνεργασίας και δικτύωσης. Στη Γαλλία, την Ιταλία και τις

Πίνακας 8: Ολοκληρωμένες υπηρεσίες θεραπείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες

Χώρα	Ολοκληρωμένες υπηρεσίες θεραπείας
Βέλγιο	Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών βρίσκεται στη φάση μελέτης σκοπιμότητας.
Γερμανία	Πρώτες πρωτοβουλίες πριν από 20 χρόνια. Δεν διατίθεται ακόμη επαρκής ολοκληρωμένη θεραπεία.
Ελλάδα	Το 1995 ξεκίνησε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα το οποίο παρέχει δύο διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές, ανάλογα με τη σοβαρότητα της ψυχιατρικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα είναι θετικά.
Ισπανία	Το 2003 υπήρχαν 185 κέντρα για 4 803 ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα. Μία ειδικευμένη ολοκληρωμένη μονάδα στην Καταλονία και μία θεραπευτική κοινότητα στην Κανταβρία για ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα και χρειάζονται νοσηλεία.
Κάτω Χώρες	Δύο ειδικευμένες ολοκληρωμένες θεραπευτικές πτέρυγες εσωτερικής παραμονής. Συνεχίζεται η διαδικασία αξιολόγησης για την ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών.
Αυστρία	Συνεργασία μεταξύ υπηρεσίας θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και κοντινού ψυχιατρικού νοσοκομείου· ορισμένοι από τους ψυχολόγους του νοσοκομείου εργάζονται στις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Οι χρήστες ναρκωτικών ακολουθούν θεραπεία απεξάρτησης και παραπέμπονται στο νοσοκομείο μόνο όταν τα ψυχιατρικά συμπτώματα γίνουν πολύ σοβαρά.
Ηνωμένο Βασίλειο	Αρκετές ολοκληρωμένες υπηρεσίες σε διάφορα περιβάλλοντα τοπικών κοινωνιών. Διορίζονται αρκετοί ιατροί για άτομα με διπλή διάγνωση, οι οποίοι απασχολούνται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή σε ομάδες ψυχικής υγείας.
Νορβηγία	Εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος σε ψυχιατρικό κέντρο στο Όσλο. Παρακολούθηση και αξιολόγηση για διάστημα έως δύο έτη με έμφαση σε βασικές ανάγκες όπως στέγαση, εργασία, κοινωνικές παροχές και κοινωνικές σχέσεις.

Κάτω Χώρες επίσημοι κανονισμοί ή πρωτόκολλα επιβάλλουν στις υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων να διατηρούν στενή επαφή και, κατά προτίμηση, να συνάπτουν επίσημες περιφερειακές συμφωνίες με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες σχετικά με τις διαδικασίες παραπομπής και την ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών (Olin και Plaisait, 2003). Ωστόσο, περισσότεροι από το ήμισυ των ασθενών με διπλή διάγνωση στις Κάτω Χώρες πιστεύουν ότι οι συμφωνίες αυτές δεν έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης (Van Rooijen, 2001).

Στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία, το προσωπικό των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ενδέχεται να παρακολουθεί τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι κατευθυντήριες γραμμές στο Ηνωμένο Βασίλειο τονίζουν ότι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να συμμετέχουν στον προγραμματισμό της παρεχόμενης περίθαλψης σε περιπτώσεις διπλής διάγνωσης, προκειμένου να ιεραρχούνται οι τρόποι περίθαλψης (Department of Health, 2002a).

Ολοκληρωμένη θεραπεία

Βάσει του μοντέλου αυτού, μία ομάδα αναλαμβάνει τη θεραπεία και των δύο διαταραχών. Το πλεονέκτημα του μοντέλου αυτού είναι ότι ο ασθενής δεν έρχεται αντιμέτωπος με δύο αντιφατικά μηνύματα. Σε ορισμένες χώρες, τα διαφορετικά διοικητικά συστήματα (π.χ. Ισπανία) ή τα διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης (π.χ. Γερμανία) δυσχεραίνουν την παροχή ολοκληρωμένης θεραπείας.

Στις περισσότερες χώρες τα ειδικευμένα ολοκληρωμένα προγράμματα ή οι μονάδες για τους ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα είναι λιγοστά, η δε διαθεσιμότητα δεν μπορεί να καλύψει τη ζήτηση, όπως αποδεικνύεται από τον πίνακα 8, που περιέχει τις διαθέσιμες πληροφορίες.

Ο συνηθέστερος τρόπος εφαρμογής ενός μοντέλου ολοκληρωμένης θεραπείας είναι η απασχόληση ψυχιάτρων σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή/και επαγγελματιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτή είναι ενδεχομένως η πιο πρακτική λύση, σε μικρότερες περιοχές όπου οι εξειδικευμένες κλινικές ολοκληρωμένης θεραπείας δεν αποτελούν βιώσιμη λύση. Στην Ισπανία, από το 2002, οι γενικοί ιατροί που εργάζονται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων μπορούν να αποκτήσουν τον τίτλο του «ειδικού στην ψυχιατρική», εάν επιτύχουν σε εξετάσεις και διαθέτουν τεκμηριωμένη πείρα εργασίας με ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Στην Πορτογαλία, για τη διαπίστευση και την πιστοποίηση ενός θεραπευτικού κέντρου, είναι υποχρεωτικό στο προσωπικό του να περιλαμβάνεται ένας τουλάχιστον ψυχίατρος. Ωστόσο, δεν διαθέτουν όλοι οι ψυχίατροι που εργάζονται σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων τις ειδικές γνώσεις και την κατάρτιση που είναι αναγκαίες για τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών, με αποτέλεσμα να απαιτείται ενδεχομένως περαιτέρω ειδική κατάρτιση.

Διαχείριση κατά περίπτωση

Η διαχείριση κατά περίπτωση, ως μέθοδος συντονισμού της θεραπείας των ασθενών, ώστε να διασφαλίζεται εξατομικευμένη διαδοχική ή παράλληλη περίθαλψη, και ως μέθοδος παροχής συνδρομής στους ασθενείς ώστε να βρουν το δρόμο τους στο λαβύρινθο του θεραπευτικού συστήματος, φαίνεται να σπανίζει στην ΕΕ. Η Γαλλία αναφέρει ότι θεσπίζεται συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων και των ψυχιατρικών υπηρεσιών με στόχο την οργάνωση κοινών εισαγωγών και την κοινή διαχείριση των περιπτώσεων για τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχιατρικά προβλήματα και προβλήματα εξάρτησης· ωστόσο, η συνεργασία αυτή περιορίζεται συχνά σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Στο Λουξεμβούργο καθώς και τις Κάτω Χώρες, οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν πλέον

ότι η διαχείριση κατά περίπτωση είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των ασθενών με διπλή διάγνωση, είναι όμως δαπανηρή και χρονοβόρα και απαιτεί ειδικές επαγγελματικές δεξιότητες. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, εφαρμόζεται ένα είδος διαχείρισης κατά περίπτωση, γνωστό με την ονομασία «δυναμική θεραπεία κοινότητας» (assertive community treatment) (βλέπε κατωτέρω).

Θεραπευτικές μέθοδοι και βέλτιστες πρακτικές

Η θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν συννοσηρότητα χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα, γεννά τεράστιες απαιτήσεις από το προσωπικό και συχνά δεν επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Συχνά ο χειρισμός των ασθενών είναι δύσκολος λόγω της διαταραγμένης και επιθετικής κοινωνικής συμπεριφοράς τους, ιδίως όταν πάσχουν από τις εντονότερες μορφές διαταραχών της προσωπικότητας, και λόγω της συναισθηματικής αστάθειάς τους. Η αντίσταση ή η μη συμμόρφωση προς τους κανόνες και τις απαιτήσεις της θεραπείας, για παράδειγμα τήρηση των ραντεβού ή λήψη των φαρμάκων, είναι σύνηθες φαινόμενο, και η απογοήτευση που προκαλεί η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από τις μη ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι γενικά χαμηλά και τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας υψηλά, γεγονός που καθιστά τη θεραπεία χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς και απογοητευτική για το προσωπικό, το οποίο, όπως είναι αναμενόμενο, νιώθει συχνά αισθήματα ανυπομονησίας και καταπιεσμένης επιθετικότητας και εμφανίζει συμπτώματα εξάντλησης. Η απουσία διαδικασιών παρακολούθησης και παρεπόμενης περίθαλψης έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά υποτροπής, και συχνά τόσο οι ψυχικές διαταραχές όσο και οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ουσιών γίνονται χρόνιες. Εξάλλου, οι ασθενείς έχουν συχνά αρνητικές εμπειρίες από τις υπηρεσίες υποστήριξης και, ως εκ τούτου, ενδέχεται να μην επιθυμούν να υποβληθούν σε θεραπεία.

Παρά τις δυσκολίες αυτές, οι επαγγελματίες αναζητούν συνεχώς και αναπτύσσουν αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις. Οι τακτικές διεπιστημονικές συζητήσεις περιπτώσεων και η εντατική συνεργασία μπορούν να αντισταθμίσουν την αμοιβαία έλλειψη κατανόησης των προβλημάτων από το προσωπικό. Πρωτοβουλίες του είδους αυτού παρέχουν σε όλους τους συμμετέχοντες αναλυτικότερες πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς και διευκολύνουν την ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών ή στρατηγικών περίθαλψης. Για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων καθοριστικότερος παράγοντας είναι η ποιότητα της θεραπείας.

Όπως και σε πολλούς άλλους τομείς που συνδέονται με τα ναρκωτικά, η τεκμηρίωση, η αξιολόγηση και η έρευνα στον τομέα της θεραπείας της συννοσηρότητας είναι θλιβερές. Η βάση αποδείξεων όσον αφορά το είδος θεραπείας που κρίνεται αποτελεσματικότερη είναι ασαφής. Η οργάνωση Cochrane Collaboration προέβη σε επισκόπηση ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών προγραμμάτων (Ley κ.ά., 2003). Το υλικό της επισκόπησης ήταν περιορισμένο: έξι μελέτες, εκ των οποίων οι τέσσερις ήταν μικρές σε έκταση και όλες ήταν γενικά χαμηλής ποιότητας όσον αφορά το σχεδιασμό και την αναφορά στοιχείων. Το κύριο πόρισμα ήταν ότι «δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να αποδεικνύουν την ύπαρξη πλεονεκτήματος οποιουδήποτε προγράμματος για την κατάχρηση ουσιών για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους έναντι της αξίας της συνήθους περίθαλψης». Το συμπέρασμα ήταν ότι «η καθιέρωση νέων εξειδικευμένων υπηρεσιών για την κατάχρηση ουσιών για άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους πρέπει να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο απλών, καλά σχεδιασμένων και ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών».

Ευρεία επισκόπηση της διεθνούς έρευνας σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά εντόπισε μόνον οκτώ τυχαιοποιημένες μελέτες σχετικά με τη θεραπεία χρηστών ναρκωτικών με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Jansson και Fridell, 2003). Τα ποσοστά εγκατάλειψης ήταν εξαιρετικά υψηλά, ακόμη και πριν από την έναρξη της θεραπείας. Η βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση απέδειξε ότι η θεραπεία εσωτερικής παραμονής, ιδίως σε θεραπευτικές κοινότητες, είχε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης και τη χρήση των ουσιών, όχι όμως και όσον αφορά τα ψυχιατρικά συμπτώματα.

Ορισμένα χαρακτηριστικά απαντώνται σε όλες τις καταστάσεις θεραπείας. Οι συστάσεις που παρατίθενται στη συνέχεια προέρχονται από επισκοπήσεις και μεταναλύσεις διεθνών τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης (Berglund κ.ά., 2003):

1. Πρέπει να υπάρχει συνεχής επικέντρωση στην αλλαγή των συνηθειών λήψης ναρκωτικών.
2. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι καλύτερα διαρθρωμένες.
3. Οι παρεμβάσεις πρέπει να έχουν αρκετά μεγάλη διάρκεια προκειμένου να έχουν αντίκτυπο.
4. Η παρέμβαση πρέπει να έχει διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών, και κατά προτίμηση μεγαλύτερη.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κατευθυντήριες γραμμές του Υπουργείου Υγείας (Department of Health, 2002β) καθώς και τα ερευνητικά σχέδια και οι επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας (π.χ. Crawford, 2001) αναβάθμισαν τη σημασία της διπλής διάγνωσης. Ωστόσο, η βάση αποδείξεων προέρχεται κυρίως από τη Βόρεια Αμερική, και λιγότερο από 10 % του υλικού που επισκόπησε η Crawford προέρχεται από μελέτες που διενεργήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Σύμφωνα με ολλανδική επισκόπηση διεθνών μελετών, δυνητικά αποτελεσματικό μοντέλο διαχείρισης κατά περίπτωση είναι τα προγράμματα δυναμικής θεραπείας κοινότητας (assertive community treatment), τα οποία περιλαμβάνουν διαρθρωτικές πτυχές (φόρτος, ομαδική εργασία, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας) και οργανωτικές πτυχές (σαφή κριτήρια ένταξης, περιορισμένη υποδοχή νέων ασθενών, παρεμβάσεις αντιμετώπισης κρίσεων σε 24ωρη βάση) και πτυχές σχετικές με το περιεχόμενο (παροχή υποστήριξης και περίθαλψης σε καθημερινές καταστάσεις, ενεργητική προσέγγιση, συχνές επαφές) (Wolf κ.ά., 2002). Στο Birmingham, στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ομάδες προσωπικού των εν λόγω προγραμμάτων καταρτίζονται βάσει εγχειριδίου σχετικά με την

ολοκληρωμένη γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία. Στις ομάδες προσωπικού παρέχεται συνεχής υποστήριξη κατά την παρέμβασή τους, η οποία αξιολογείται όσον αφορά τόσο τη διαδικασία όσο και το αποτέλεσμα (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Στη Νορβηγία, λειτουργούν δοκιμαστικά μερικές τέτοιες ομάδες προσωπικού.

Η επισκόπηση που ακολουθεί περιέχει στοιχεία βέλτιστων πρακτικών που ανέφεραν τα εθνικά εστιακά σημεία του δικτύου Reitox:

- Μελέτη παρακολούθησης 219 εξαρτημένων από οπιούχα χρηστών ναρκωτικών υπό θεραπεία σε υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων του Αμβούργου έδειξε μείωση της χρήσης ηρωίνης σε διάστημα δύο ετών. Επίσης, 47 % των ασθενών εμφάνισε βελτίωση όσον αφορά τις ψυχιατρικές διαταραχές (Krausz κ.ά., 1999).
- Ιταλική μελέτη διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη δεν διέφεραν σημαντικά στους ασθενείς με σοβαρά ή ήπια ψυχιατρικά συμπτώματα, όσον αφορά είτε την παραμονή στο πρόγραμμα είτε τη χρήση ηρωίνης. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με σοβαρότερες ψυχιατρικές διαταραχές χρειάζονταν υψηλότερες μέσες δόσεις μεθαδόνης (Pani κ.ά., 2003).
- Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία ([173]) είναι μια εναλλακτική λύση, η οποία φαίνεται ιδιαίτερα κατάλληλη για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών και πάσχουν από σοβαρές οριακές διαταραχές της προσωπικότητας ή/και εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις. Ωστόσο, οι αποδείξεις περιορίζονται σε μερικές μόνο μελέτες. Μια ολλανδική ελεγχόμενη δοκιμή της διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας διαπίστωσε ότι τόσο η πειραματική ομάδα όσο και η ομάδα που υποβλήθηκε σε συνήθη θεραπεία ωφελήθηκαν εμφανίζοντας μειωμένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η πειραματική ομάδα εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στη χρήση ναρκωτικών (Van den Bosch κ.ά., 2001).
- Σε σουηδική μελέτη, η επανειλημμένη χορήγηση του ερωτηματολογίου του Δείκτη Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας, στο πλαίσιο μοντέλου διαρκούς διαχείρισης της ποιότητας, έδειξε ότι σε διετή παρακολούθηση μετά την έξοδο από πρόγραμμα απεξάρτησης 46 % των ασθενών απείχαν από τη χρήση ουσιών. Οι ασθενείς με διπλή διάγνωση εμφάνιζαν σοβαρότερο προφίλ προβλημάτων βάσει του ASI από τους ασθενείς που δεν έπασχαν από ψύχωση. Γενικά, υπήρχαν μικρές αλλαγές στο προφίλ προσωπικότητας και τα συμπτώματα, αλλά για πολλούς ασθενείς η ποιότητα ζωής είχε βελτιωθεί και η κατάσταση της ζωής τους ήταν σταθερότερη κατά την παρακολούθηση (Jonsson, 2001).
- Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Barrowclough κ.ά. (2001) διαπίστωσαν ότι ο συνδυασμός παρωθητικών συνεντεύξεων, γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας και οικογενειακών παρεμβάσεων είχε ως αποτέλεσμα βελτιώσεις σε ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια και διαταραχές οφειλόμενες στην κατάχρηση ουσιών.
- Επισκόπηση νορβηγικών θεραπευτικών μελετών σε ασθενείς που εμφάνιζαν συννοσηρότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επιθετική, παρορμητική συμπεριφορά μπορούσε να θεραπευθεί καλύτερα με διαρθρωμένη ομαδική θεραπεία αντιπαράθεσης ασθενών σε συνδυασμό με οικογενειακή θεραπεία. Οι ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη ή άγχος ωφελήθηκαν περισσότερο από την ατομική ψυχοθεραπεία και την υποστηρικτική ομαδική θεραπεία (Vaglum, 1996).

Έρευνα

Πρόσφατα ξεκίνησε ένα ερευνητικό σχέδιο για τη διπλή διάγνωση, το οποίο εντάσσεται στο πέμπτο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα και ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Στόχος αυτής της μελέτης πολλαπλών κέντρων, η οποία περιλαμβάνει τη Δανία, τη Γαλλία, την Πολωνία, τη Σκοτία, την Αγγλία και τη Φινλανδία, είναι η περιγραφή της παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς με διπλή διάγνωση σε επτά ευρωπαϊκά ψυχιατρικά κέντρα και η σύγκριση, σε διάστημα 12 μηνών, της νοσηρότητας και της χρήσης των υπηρεσιών μεταξύ ασθενών με διπλή διάγνωση και ασθενών με απλή διάγνωση. Τα αποτελέσματα που θα μελετηθούν θα περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα της ουσιοεξάρτησης, τα ψυχιατρικά συμπτώματα, τη συμμόρφωση προς τη θεραπεία, την ψυχοκοινωνική λειτουργία, το κοινωνικό δίκτυο, την υποτροπή και τη θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα αναμένονται το 2005 ([174]).

Κατάρτιση

Στις περισσότερες χώρες, οι ιατροί και οι νοσοκόμοι λαμβάνουν ελάχιστη κατάρτιση σχετικά με τις ουσιοεξαρτήσεις και ακόμη λιγότερη σχετικά με τη συννοσηρότητα. Στην Ιταλία, έχει αυξηθεί η κοινή κατάρτιση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και εκείνων της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Στις Κάτω Χώρες, το ίδρυμα Trimbos οργανώνει μαθήματα κατάρτισης για τους επαγγελματίες τόσο της ψυχικής υγείας όσο και της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων που ασχολούνται με τη θεραπεία ασθενών με διπλή διάγνωση. Άλλες χώρες αναφέρουν συνεχή κατάρτιση και μαθήματα, αλλά η εφαρμογή είναι τυχαία και αποσπασματική.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο Σύλλογος Ψυχιάτρων (Royal College of Psychiatry) διεξήγαγε ανάλυση των αναγκών κατάρτισης (Mears κ.ά., 2001) σε διάφορες ομάδες επαγγελματιών, από υπηρεσίες τόσο ψυχικής υγείας όσο και θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Ποσοστό 55 % από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν νιώθουν κατάλληλα προετοιμασμένοι για να εργασθούν με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα και εξέφρασαν την ανάγκη περαιτέρω κατάρτισης.

([173]) Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (dialectical behaviour therapy – DBT) αποτελεί εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος γνωστικών και συμπεριφορικών θεραπευτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων οριακής διαταραχής της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

([174]) Βλέπε http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Βιβλιογραφία

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: Λονδίνο.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Λουξεμβούργο.

Bakken, K., Landheim, S. και Vaglum, P. (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?, *Alcohol and Alcoholism* 38: σσ. 54-59.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. κ.ά. (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, σσ. 1706-1713.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Μιλάνο, 5-7 Φεβρουαρίου 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (σχέδιο έκθεσης), Escapad, OFDT, Παρίσι.

Beck, F. και Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*, Escapad 2002, OFDT, Παρίσι.

Benschop, A., Rabes, M. και Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Άμστερνταμ.

Berglund, M. κ.ά. (επιμ.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: Λονδίνο.

Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. Στο: Beubler, E., Haltmayer, H. και Springer, A. (επιμ.), *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Βιέννη.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. κ.ά. (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, τεύχος 4, σσ. 4-20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. κ.ά. (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, τεύχος 5, σσ. 4-18.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, σσ. 313-319.

Bird, S. και Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. και Hogewind, W. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Ουτρέχτη.

Bronisch, T. και Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, σσ. 22-26.

Chinman, M., Imm, P. και Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Σάντα Μόνικα.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Ηνωμένα Έθνη, Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο: Βιέννη.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National co-morbidity project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας: Καμπέρα.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ("dual diagnosis"): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: Λονδίνο.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. κ.ά. (2004), Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 4, Γενεύη: ΠΟΥ Ευρώπη.

Deehan, A. και Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South-East of England*, Home Office online report 43/03.

Department of Health (2002α), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Υπουργείο Υγείας: Λονδίνο.

Department of Health (2002β), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services*. Full report for consultation, Υπουργείο Υγείας: Λονδίνο.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Βιέννη.

Dolan, K. (1997-98), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, σσ. 32-38.

Dolan, K., Rutter, S. και Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, σσ. 153-158.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. κ.ά. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, σσ. 589-608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Ιαν./Φεβ. 2004.

Dusenbury, L. και Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, σσ. 420-425.

Eland, A. και Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut: Ουτρέχτη.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2001), *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2003α), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union.* Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2003β), *Ετήσια έκθεση 2003: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία,* Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2003γ), *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο αριθ. 11: Ηπατίτιδα C: Η αφανής επιδημία*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2003δ), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Λισσαβόνα, 24 Ιουνίου 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004α), *European report on drug consumption rooms.* Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004β), *Drugs in focus no. 13: Deaths.* Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (2004γ), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

EMCDDA (2004δ), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας: Λισσαβόνα.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. Στο: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. κ.ά. (επιμ.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, τέταρτη εθνική έκθεση του δικτύου TREND*, σσ. 263-267. OFDT: Παρίσι.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. κ.ά. (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, σσ. 573-580.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS surveillance in Europe.* End-year report, 2003, No. 70. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

European Commission (1999), *Evaluating socioeconomic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

European Commission (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Χάγη.

Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol: Χάγη.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Παρίσι.

Farrell, M. (2002), *Final evaluation of the pilot drug court*, Courts Service: Δουβλίνο.

FATF (2003α), *Annual report 2002-2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003β), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Παρίσι.

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, σσ. 861-866.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Στοκχόλμη.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Στοκχόλμη.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier.* Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU, 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Στοκχόλμη.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. και Suligoi, B. (2004), Italian STI surveillance working group. Differences between non-national and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31 (2), σσ. 79-84.

Gore, S. M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, σσ. 1265-1266.

Hall, W., Degenhardt, L. και Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Σειρά μονογραφιών αριθ. 44, 2η έκδοση, Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας: Καμπέρα.

Hannon F., Keleher, C., και Friel, S. (2000) *General healthcare study of the Irish prison population*, Stationery Office: Δουβλίνο.

Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research* 7, σσ. 403-430.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. κ.ά., (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European school survey project on alcohol and other drugs.* Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και τα άλλα Ναρκωτικά (CAN) και Συμβούλιο της Ευρώπης, Ομάδα Pompidou.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. κ.ά. (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly 8 (4): 22 Ιανουαρίου 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004α), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Ηνωμένα Έθνη, INCB: Νέα Υόρκη.

INCB (2004β), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Ηνωμένα Έθνη, INCB: Νέα Υόρκη (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Λυόν.

Jansson, I. και Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Στοκχόλμη.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), Innovations in the treatment of addiction, Βαρκελόνη, 1-2 Μαΐου 2003.

Jonsson, S. (2001), Långstorps vård- och behandllingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi: Lund.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. κ.ά. (2001), Mental-substance co-morbidities in the ICPE surveys, *Psychiatrica Fennica* 32, σσ. 62-79.

Kokkevi, A. και Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, σσ. 194-198.

Kokkevi, A. και Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric co-morbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, σσ. 329-337.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. κ.ά. (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (έκθεση).

Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, σσ. 1-2.

Krausz, M. (1999α), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, σσ. 53-54.

Krausz, M. (1999β), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. Στο: Bellebaum, Jellinek, C. και Westermann, B. (επιμ.), *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, σσ. 100-114. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. και Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, σσ. 55-62.

Landheim, A. S., Bakken, K. και Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, σσ. 8-17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. και Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, σσ. 43-63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. και Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library,* τεύχος 4, Wiley: Chichester, HB.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, σσ. 9-22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. και Farrell, M. (2004α), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, τεύχος 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., Farrell, M. (2004β), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, τεύχος 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. και Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, υπό εκτύπωση.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. κ.ά. (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the national treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, σσ. 285-289.

McIntosh, C. και Ritson, B. (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, σσ. 357-364.

McVeigh, J., Beynon, C. και Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency-based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, σσ. 399-405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. κ.ά. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: Λονδίνο.

Migliori, G. B. και Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, σσ. 285-290.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, σσ. 35-40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group drug court project: Στρασβούργο.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Δουβλίνο.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. και Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? Στο: Murray, R., Jones, P., Susser, E. κ.ά. (επιμ.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Καίμπριτζ.

Neale, J. και Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11 (1), σσ. 79-90.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2 (2):119-128.

Öjehagen, A. και Schaar, I. (2003), Mentally ill substance abusers in Sweden: a five-year follow-up of a multi-site study of cooperation between psychiatric services and social authorities. Στο: Carrà, G. και Clerici, M. (επιμ.), *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Παρίσι.

Olin, N. και Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites.* Sénat: Παρίσι.

Origer, A. και Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000),* Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Λουξεμβούργο.

Paglia, A. και Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20 (1), σσ. 3-50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. κ.ά. (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, σσ. 23-36.

Pedersen, M. U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Άρχους.

Popov, P. (2003), Alkohol. Στο: Kalina, K. a spol. (επιμ.), *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR – NMC, Πράγα.

Ravelli, A., Bijl, R. V. και Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (Nemesis). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, σσ. 531-544.

Reitox national reports (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. κ.ά. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, σσ. 303-329.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. και Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today,* Vol. 4 (υπό εκτύπωση).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. κ.ά. (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168: σσ. 36-41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 national household survey on drug abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#nhsdainfo).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. κ.ά. (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, σσ. 519-524.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. κ.ά. (2000), Cocaine misuse treatment in England. *International Journal of Drug Policy* 11, σσ. 203-215.

Siliquini, R., Zeppegno, P. και Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo. Στο: Faggiano, F. (επιμ.), *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze: Τορίνο.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003α), *Different types of medically assisted treatment.* Συνέδριο για την παρακολούθηση της θεραπείας, ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.

Springer, A. (2003β), Psychotherapeutische Aspekte. Στο: Beubler, E., Haltmayer, H. και Springer, A. (επιμ.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Βιέννη.

Stothard, B. και Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, σσ. 4-7, 16-20.

Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Ινστιτούτο έρευνας για τα ναρκωτικά (BISDRO), Πανεπιστήμιο της Βρέμης: Βρέμη.

Stöver, H. και Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, σσ. 437-444.

Ter Bogt, T. και Engels, R. C. M. E. (2004), Party style: notice for and effects of MDMA at rave parties. *Substance Use and Misuse* (υπό εκτύπωση).

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Τεύχος 5, σσ. 25-27.

Tobler, N. και Stratton, H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18 (1), σσ. 71-128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. και Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: σσ. 275-336.

Uchtenhagen, U. και Zeiglgänsberger, W.(2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: Μόναχο.

UNODC (2003α), *Global illicit drug trends 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC (2003β), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.

UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα: Βιέννη.

UNODCCP (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, Ηνωμένα Έθνη: Νέα Υόρκη.

Vaglum, P. (1996), Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies. *Psychiatric Fennica* 27: σσ. 55-67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. και Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, σσ. 416-424.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy* 5, σσ. 24-28.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, σσ. 274-282.

WCO (ΠΟΤ) (2003α), *Drug routes from Central Asia to Europe* (διατίθεται στην ιστοθέση της WCO: http://www.wcoomd.org).

WCO (ΠΟΤ) (2003β), An integrated international response to drug smuggling. WCO: Βρυξέλλες.

WCO (ΠΟΤ) (2003γ), *World money laundering report*, τόμος 4, τεύχος 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. κ.ά. (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, σσ. 304-312.

WHO (ΠΟΥ) (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, ΠΟΥ: Γενεύη.

Wiessing, L. και Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, σσ. 99-102.

Williams, H., O'Connor, J. J. και Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, σσ. 45-46.

Wolf, J., Mensink, C. και Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect.* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Ουτρέχτη.

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, σσ. 1779-1784.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. και Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten.* Lambertus: Φράιμπουργκ.

Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Ετήσια έκθεση 2004 — Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
2004 – 113 σ. – 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-198-9

ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Οι επί πληρωμή εκδόσεις της Υπηρεσίας Εκδόσεων διατίθενται μέσω ενός παγκόσμιου δικτύου αντιπροσώπων πωλήσεων.

Ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε για να αποκτήσετε κάποια έκδοση;

Αφού προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων, επιλέξτε τον αντιπρόσωπο που σας ενδιαφέρει και επικοινωνήστε μαζί του για να δώσετε παραγγελία.

Πώς θα προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων;

- Συμβουλευθείτε τον ιστοχώρο της Υπηρεσίας Εκδόσεων http://publications.eu.int/
- Ή ζητήστε τον κατάλογο μέσω φαξ στον αριθμό (352) 29 29-42758 και θα τον λάβετε σε έντυπη μορφή

16 17 5 TD-AC-04-001-GR-C

Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισσαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό, παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του Κέντρου αποτελούν κατεξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επαγγελματίες και ερευνητές που εργάζονται στον τομέα των ναρκωτικών και, πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στα κράτη μέλη και τη Νορβηγία και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.

Υπηρεσία Εκδόσεων
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-198-9
9 789291 681983