Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

ISSN 1830-0774

2004 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOS SĄJUNGOJE IR NORVEGIJOJE

LT

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras

2004 m. METINĖ ATASKAITA

NARKOTIKŲ PROBLEMA EUROPOS SĄJUNGOJE IR NORVEGIJOJE

Teisinė informacija

Šio Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) leidinio autorių teisės yra saugomos. ENNSC neprisiima jokios atsakomybės arba įsipareigojimų dėl bet kokių padarinių, atsiradusių naudojant šiame dokumente pateiktus duomenis. Šio leidinio turinys nebūtinai atitinka oficialias ENNSC partnerių, ES valstybių narių, taip pat – bet kurios Europos Sąjungos arba Europos Bendrijų institucijos ar agentūros nuomones.

Daug papildomos informacijos apie Europos Sąjungą yra internete, Europos serveryje **(http://europa.eu.int)**.

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

Informacija teikiama nemokamai telefonu:
00 800 6 7 8 9 10 11

Ši ataskaita skelbiama ispanų, čekų, danų, vokiečių, estų, graikų, anglų, prancūzų, italų, latvių, lietuvių, vengrų, olandų, lenkų, portugalų, slovakų, slovėnų, suomių, švedų ir norvegų kalbomis. Visi vertimai buvo atlikti Europos Sąjungos įstaigų vertimo centre.

Katalogo duomenys pateikiami šio leidinio pabaigoje.

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras, 2004

ISBN 92-9168-209-8

© Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2004
Perspausdinti leidžiama nurodžius šaltinį.

Printed in Belgium

IŠPAUSDINTA ANT BALTO NECHLORUOTO POPIERIAUS

Europos narkotikų ir narkomanijos
stebėsenos centras

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

Turinys

Pratarmė 5

Padėka 7

Įvadinė pastaba 7

Iš pirmo žvilgsnio: narkotikų problemos Europoje apžvalga 9

1 skyrius
Nauji pokyčiai politikoje ir įstatymuose 15

2 skyrius
Narkotikų prevencija: darbas su didžiausios rizikos grupėmis bendruomenėse 24

3 skyrius
Kanapės 28

4 skyrius
Amfetamino stimuliatoriai, LSD ir kiti sintetiniai narkotikai 34

5 skyrius
Kokainas ir krekas 44

6 skyrius
Heroino ir leidžiamų narkotikų vartojimas 50

7 skyrius
Gydymas: problemų turinčių asmenų poreikių tenkinimas 63

8 skyrius
Nusikalstamumo ir įkalinimo problemos 70

1 pasirinkta tema
Europos „nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ įvertinimas 75

2 pasirinkta tema
Dabartinės kanapių keliamos problemos: gydymo poreikio didėjimo Europoje suvokimas 82

3 pasirinkta tema
Sergamumas gretutinėmis ligomis 94

Nuorodos 105

Nacionaliniai „Reitox“ biurai 111

Pratarmė

Šioje metinėje Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) ataskaitoje pateikiami duomenys iš 25 valstybių narių ir Norvegijos. Pateikiama gausi informacija padeda ne tik geriau suprasti Europos piliečius ir jų bendruomenes jaudinančios narkotikų problemos mastą, bet taip pat suteikia mums galimybę pamąstyti apie politiką bei veiksmus, kuriuos valstybės narės sukūrė, kad galėtų priimti narkotikų vartojimo problemos mestą sudėtingą ir įvairialypį iššūkį.

Ryškūs dėl plėtros atsiradę skirtumai gali nustebinti tuos, kuriems teko susipažinti su ankstesnėmis ENNSC ataskaitomis. Siekiant atspindėti realybę daugelį mūsų prielaidų dėl narkotikų problemos krypties ir tendencijų reikia iš naujo peržiūrėti bei pritaikyti naujai sudėtingai ir dinamiškai situacijai, su kuria šiandien susiduria Europa.

Ne visos šalys gali pateikti informaciją visose srityse ir ne visi prieinami duomenys gali būti paprastai palyginti. Todėl pateikiame metodologines pastabas ir kviečiame skaitytoją atsižvelgti į įspėjimus, kuriuos reikia turėti omenyje darant išvadas. Nepaisant to, šiuo metu prieinama informacija apie narkotikų problemą Europoje yra svarbi ir vis patikimesnė. Ateityje mes tikimės pateikti išsamesnius duomenis, kurie bus valstybių narių dabar atliekamo darbo vaisius. Techninius duomenis suprantantis skaitytojas arba tie, kurie nori smulkiai žinoti kiekvieną šios ataskaitos aspektą, gali panagrinėti statistikos biuletenyje ir išplėstinėje šio leidinio versijoje internete pateiktas visų duomenų lenteles, paremiančias šią apžvalginę informaciją. Besidominčius tik glausta pokyčių apžvalga, maloniai kviečiame paskaityti skiltį „Iš pirmo žvilgsnio“, kurioje pateikiami ataskaitoje išsamiau nagrinėjami pagrindiniai pokyčiai.

Mums malonu patvirtinti faktą, jog šioje ataskaitoje pateikta informacija yra partnerystės produktas, priklausantis nuo mūsų partnerių „Reitox“ tinkle darbo bei mokslinių ekspertų, kurie daug prisidėjo prie nacionaliniu bei ES lygiu dirbančių grupių. Mūsų tęstinis darbas su Europos Komisija, kuri remia 2000–2004 m. Europos veiklos plano narkotikų srityje įvertinimą, dar labiau padidina informacijos gausą ataskaitoje.

Kai kurie apžvalgininkai visą dėmesį sutelkia į problemas, kurios gali atsirasti dėl didesnės Europos integracijos, ypač nusikalstamų organizuotų grupuočių sugebėjimas pasinaudoti sienų atvėrimu bei laisvu asmenų ir prekių judėjimu. Šioje ataskaitoje tokie iššūkiai taip pat minimi, bet kartu joje pranešama ir kita žinia. Mums, europiečiams, iškyla vis daugiau bendrų problemų narkotikų vartojimo srityje ir mes galime diskutuoti apie istorinę patirtį bei perspektyvas. Šioje ataskaitoje pateikti duomenys parodo mūsų valstybių narių bendrą įsipareigojimą rinkti palyginamą informaciją ir naudotis ja siekiant palengvinti geresnės politikos bei jos priemonių tobulinimą. Europos Sąjungos plėtra suteikia progą pasidalinti sėkmingo darbo patirtimi ir glaudžiai bendradarbiauti siekiant labiau koordinuotų veiksmų. Šiuo tikslu ENNSC įsipareigoja dirbti su valstybėmis narėmis ir siekiant surinkti diskusijoms reikalingus aukštos kokybės duomenis.

Marcel Reimen
ENNSC Valdančiosios tarybos pirmininkas

Georges Estievenart
ENNSC Direktorius

Padėka

Už pagalbą, suteiktą rengiant šią ataskaitą, ENNSC dėkoja:

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

Įvadinė pastaba

Ši metinė ataskaita pagrįsta informacija, kurią Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centrui nacionalinių ataskaitų forma pateikė ES valstybės narės bei Norvegija (dalyvaujanti ENNSC veikloje nuo 2001 m.). Čia pateikti statistiniai duomenys atspindi 2002 m. (arba paskutinių metų, kai buvo tiriama) situaciją. Apžvelgiant kovą su narkomanija ir kai kurias kitas pasirinktas temas galėjo būti naudojami ir naujesni duomenys.

„Reitox“ narkotikų informacijos biurų nacionalinės ataskaitos pateiktos ENNSC interneto svetainėje (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Išsami metinės ataskaitos versija internete pateikiama dvidešimčia kalbų tinklalapyje http://annualreport.emcdda.eu.int. Smulkesnė medžiaga, nurodyta išnašose su nuoroda OL, pateikiama tik internete. Šioje versijoje anglų kalba yra daugybė grafikų, lentelių ir kitos papildomos informacijos.

2004 m. ENNSC Statistikos biuletenyje pateiktos visos lentelės, kuriomis remiantis buvo atlikta statistinė analizė (http://statistics.emcdda.eu.int). Jame taip pat išsamiai aprašyta naudota metodologija.

Iš pirmo žvilgsnio: narkotikų problemos Europoje apžvalga

Šioje pratarmėje išskirti keli pagrindiniai pokyčiai, aprašyti ENNSC 2004 m. metinėje ataskaitoje apie narkotikų problemą Europoje. Norėdamas susidaryti tikslesnį vaizdą, skaitytojas turėtų perskaityti visą ataskaitą.

Politika ir teisės aktai

Veiksmų plano, parengto pagal 1998 m. Jungtinių Tautų specialiąją sesiją dėl pasaulinės narkotikų problemos (UNGASS), tarpinis įvertinimas – tai vienas svarbiausių ataskaitoje paminėtų patobulinimų politikos srityje. Be to, ENNSC prisideda prie ES veiklos plano narkotikų srityje (2000–2004 m.), kuris bus užbaigtas 2004 m., įvertinimo.

2003 m. birželio mėnesį Ministrų Taryba priėmė rekomendaciją dėl žalos sveikatai, susijusios su priklausomybe nuo narkotikų, prevencijos ir mažinimo. Pagrindinės sritys, kurioms taikoma ši rekomendacija, yra sveikatos apsauga ir rizikos mažinimas, tuo pat metu mažinant per kraują platinamų ligų plitimą tarp narkomanų (ŽIV, HCV ir TB), su narkotikais susijusių mirčių skaičiaus mažinimas ir tinkamų įvertinimo mechanizmų sukūrimas. 2003 m. Ministrų Taryba tai pat pasiekė politinį susitarimą pamatinio sprendimo dėl prekybos narkotikais klausimu. Šio susitarimo dėmesio centre – bausmių nustatymas ir veiksmų, susijusių su kriminalinėmis bei teroristinėmis organizacijomis, uždirbančiomis iš nelegalios prekybos narkotikais, taikymo srities išplėtimas.

2003 m. Europos Sąjungoje ir toliau buvo vykdoma kontrolė. Ministrų Taryba priėmė sprendimą, dėl naujiems sintetiniams narkotikams 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ir TMA-2 taikomų kontrolės priemonių.

2003 m. padidėjo šalių, kuriose kovos su narkotikais politika buvo vykdoma pagal bendrosios nacionalinės strategijos principus, skaičius. Kovos su narkotikų planai buvo priimti Danijoje, Vokietijoje, Lietuvoje ir Slovėnijoje. Kaip buvo numatyta, 2004 m. Estija ir Prancūzija prisijungs prie daugiau kaip trijų ketvirtadalių visų ES valstybių narių, kurios dirba pagal tokius principus. Nacionalinėms narkotikų prevencijos strategijoms bendra tai, kad jose įsipareigojama suderintai traktuoti paklausos ir pasiūlos klausimus bei aiškiai pripažinti koordinavimo svarbą.

Iš kovos su narkotikais politikos įvertinimų ateityje bus galima daug ko pasimokyti. 2003 m. valstybės narės atliko daugelio sričių, kaip antai naujų narkotikus reglamentuojančių įstatymų poveikis; įstatymų nuostatų dėl narkotikų turėjimo asmeniniam naudojimui, ypač dėl kanapių turėjimo, pakeitimo poveikis; priemonės, kuriomis vietos institucijoms suteikiama teisė kovoti su nelegalios prekybos narkotikais pardavimo vietomis arba viešosios tvarkos pažeidimais; projektai, skirti nurodyti asmenis, turinčius problemų su narkotikais, tačiau nepatenkančius į baudžiamosios teisės veikimo sritį; veiksmai, kuriais kovojama prieš nelegalios prekybos narkotikais ir pinigų plovimo veikas, ir klausimų stebėseną arba įvertinimus. Priemonės, kurių ėmėsi valstybės narės, siekdamos įvertinti nacionalines narkotikų prevencijos strategijas, pateiktos pasirinktoje temoje apie įvertinimą.

Dvi valstybės (Belgija ir Jungtinė Karalystė) pranešė, jog pakeitė teisinę kanapių klasifikaciją. Abiejose valstybėse probleminis kanapių vartojimas yra ypač stipriai reglamentuojamas įstatymais bei rekomendacijomis. Padaryti teisiniai pakeitimai apima nemažai svarbių aspektų, tačiau spauda jiems neskyrė daug dėmesio.

Kalbant apie būsimą veiklą ir tarptautinį bendradarbiavimą, tampa vis labiau aišku, jog būtina numatyti galias, kurios leistų konfiskuoti prekiautojų narkotikais ir nusikalstamų grupuočių turtą. Ispanija, Prancūzija, Airija ir Jungtinė Karalystė pranešė padariusios pažangą šioje srityje.

Daugelyje šalių lieka svarbi vairavimo apkvaitus nuo narkotikų ir kovos su šiuo reiškiniu problema. 2003 m. trys valstybės (Prancūzija, Austrija ir Suomija) atliko reikšmingų pakeitimų, siekdamos paaiškinti šios srities įstatymus arba juos sugriežtinti.

Narkotikų prevencija

Europos narkotikų prevencijas galima suskirstyti į kategorijas pagal tikslinę grupę. Jos gali būti nukreiptos bendrai į visą visuomenę (universalioji prevencija), į labiausiai pažeidžiamus asmenis (atrankinė) arba į individus (tikslinė). Labiausiai ištobulintais universaliosios prevencijos modeliais laikomos programos, nukreiptos į mokyklų populiaciją, – jos pagrįstos rimtais įrodymais, kurie leidžia numatyti programos turinį ir jos pateikimą. Kai kurios valstybės pranešė, jog ragina tobulinti mokyklinės

prevencijos programų nušvietimą ir pateikimą žiniasklaidoje. Tačiau dar daugelyje šalių reikia tobulinti universalios prevencijos darbo pateikimą visuomenei bei jos kokybę. Universalias prevencijas galima vykdyti ir už mokyklos ribų, tačiau to imtasi vos keliose valstybėse.

Nors prevencinio darbo, nukreipto į labiausiai pažeidžiamus asmenis, svarba pripažįstama vis labiau, šią tikslinės prevencijos rūšį būtina tobulinti.

Kanapės

Europos Sąjungoje kanapės yra dažniausiai vartojama nelegali narkotinė medžiaga, nors tarp šalių yra ryškių skirtumų. Neseniai atlikti 15-mečių moksleivių tyrimai parodė, jog paplitimas tarp šio amžiaus moksleivių, vartojusių medžiagą mažiausiai vieną kartą gyvenimą, dalis svyruoja nuo 10 % iki daugiau kaip 30 %. Didžiausias paplitimo rodiklis buvo tarp berniukų Jungtinėje Karalystėje (42,5 %). Nedidelė, tačiau pastovi (apie 15 %) 15-mečių moksleivių, kanapes vartojusių pastaraisiais metais, dalis, nurodo, jog tai darė 40 arba daugiau kartų. Toks intensyvus kanapių vartojimas kelia susirūpinimą, nes šiai moksleivių grupei tai gali turėti neigiamų pasekmių. Šis reiškinys ir faktas, jog Europoje padidėjo priklausomybės nuo kanapių gydymo paklausa, išsamiau aprašyti pasirinktoje temoje. Asmenų, vartojusių kanapes neseniai (pastaraisiais metais) rodikliai aukščiausi tarp jaunų žmonių (15–34 metų). Daugelyje šalių jie siekia nuo 5 % iki 20 %. Iš to matyti, kad kanapių vartojimas daugelyje šalių pakilo per 9-tą dešimtmetį, tačiau bent jau kai kuriuose valstybėse jis stabilizavosi.

Apibūdinant visuotinę kanapių preparatų gamybą, daugiau nei 30 valstybių minimos kaip Europoje konfiskuotų kanapių šaltiniai. Europoje yra didžiausia pasaulyje kanapių dervos rinka. Didžiausia kanapių dervos dalis kildinama iš Maroko, kuris šiuo metu yra pagrindinis šios narkotinės medžiagos formos šaltinis pasaulyje. Dabar kanapės auginamos daugelyje Europos valstybių, nors visose valstybėse, išskyrus Nyderlandus, vis dar dominuoja importuoti kanapių produktai. Į Europą importuojamų kanapių stiprumas jau daug metų yra gana stabilus. Intensyviais metodais užaugintos ES kanapės paprastai būna stipresnės, tačiau importuoti ir vietiniai produktai yra panašūs.

Amfetamino tipo stimuliatoriai (ATS), LSD ir kiti sintetiniai narkotikai

Istoriniu požiūriu amfetaminas Europoje buvo antras labiausiai paplitęs narkotikas po kanapių. Šis reiškinys tam tikrose valstybėse, ypač Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose, Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje, pastaruoju metu keičiasi. Neseniai atlikti tyrimai parodė, jog ekstazio vartojimas dabar lygus arba net viršija amfetamino vartojimą. Nepaisant šio padidėjimo, 2002 m. Europoje konfiskuota daugiausiai amfetamino pasaulyje (86 % pagal kiekį). Asmenų, vartojusių ekstazį mažiausiai vieną kartą gyvenime, dalis tarp suaugusiųjų paprastai svyruoja nuo 0,5 % iki 7 %. Šis rodiklis aukštesnis tarp jaunesnių vyrų. Čekijos Respublikoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje apskaičiuota, jog tarp 15–24 metų vyrų, nuo 11 % iki 17 % bent kartą vartojo ekstazį. Bendras ekstazio vartojimo padidėjimas, pastebėtas 9-ame dešimtmetyje, dabar stabilizavosi. Vos keliose valstybėse pastebima didėjimo tendencija. Konkrečių populiacijų tyrimai dar kartą parodė, jog ekstazio vartojimas labiau paplitęs tarp jaunų žmonių, besilankančių renginiuose, kurie vadinami „šokių renginiais/vakarėliais“, nors kai kurie duomenys leidžia manyti, jog tokia sąsaja gali silpnėti.

Mirtys nuo ekstazio yra retos lyginant su mirtimis nuo opiatų, tačiau bet kuriuo atveju šis reiškinys kelia visuomenės susirūpinimą. Šios temos apibrėžimo problemos bei dydis neleidžia atlikti tinkamos analizės. Praėjusiais metais ENNSC buvo pranešta apie maždaug 100 mirčių nuo ekstazio. Tačiau šį rodiklį reikėtų vertinti atsargiai, kadangi kai kurios šalys duomenų nepateikė, be to, kai turėta toksikologinės informacijos, neretai buvo užregistruotos ir kitos medžiagos. Maždaug du trečdaliai pranešimų apie mirtis nuo ekstazio ENNSC pasiekė iš Jungtinės Karalystės, kur pastebėta didėjimo tendencija. Neaišku, kiek šie duomenys atspindi ekstazio vartojimo didelį paplitimą ir lygį bei pranešimų praktikos skirtumus.

Valstybės narės toliau stengiasi stimuliatorių naudojimą pasilinksminimams įtraukti į prevencijos ir žalos mažinimo programas. Šios srities veiksmai daugiausiai pastebimi kai kuriose iš naujųjų valstybių narių. ATS vartojimas pagrindine gydymosi nuo priklausomybės priežastimi būna retai, išskyrus Švediją ir Suomiją, kuriose jau ilgai susiduriama su problemomis dėl chroniško amfetamino naudojimo, taip pat – Čekijos Respubliką, kur problemų kelia „pervitinas“ – vietinės kilmės metamfetaminas.

Nors metamfetamino vartojimas tampa vis didesne problema pasaulio mastu, Europoje šis narkotikas iki šiol buvo daugiau paplitęs tik Čekijoje. Tačiau pavienių pranešimų apie metamfetamino vartojimą gaunama ir iš kitų Europos valstybių. Galima daryti išvadą, kad didėja šio ypač žalingo narkotiko tolesnio plitimo laukas.

Kokainas

Neseniai atlikti tyrimai parodė, jog nuo 0,5 % iki 6 % suaugusiųjų yra kada nors vartoję kokainą (mažiausiai vieną kartą gyvenime). Jaunų žmonių (15–34 metų) mažiausiai vieną kartą vartojusių kokainą paprastai yra nuo 1 % iki 10 %. Dažniausiai maždaug pusė asmenų, kurie kada nors yra vartoję kokainą, prisipažįstą darę tai pastaraisiais metais. Vartojimo rodikliai aukštesni Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje – abiejose valstybėse neseniai (pastaraisiais metais) vartojusių asmenų dalis viršija 2 %, kai tuo tarpu daugelyje likusių valstybių šis rodiklis mažesnis kaip 1 %. Tai reiškia, jog neseniai kokainą vartojusių asmenų skaičius Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje panašus į JAV rodiklį, nors asmenų, vartojusių šią medžiagą bent kartą gyvenime, skaičius lieka mažesnis. Kokaino plitimo tendencijas nacionaliniu lygiu sekti sunku, tačiau turimi duomenys leidžia daryti išvadą, jog kokaino vartojimo pastaruoju metu rodiklis tarp jaunų žmonių yra pakilęs Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje. Remdamosi vietiniais arba kokybiniais šaltiniais, apie vartojimo augimą taip pat pranešė Graikija, Airija, Italija ir Austrija.

1997–2002 m. kokaino konfiskavimo atvejų skaičius išaugo visose valstybėse, išskyrus Vokietiją ir Italiją. Tendencijos, nustatytos pagal turimus duomenis, leidžia manyti, kad jei būtų atlikta dar viena pilnutinė analizė, ji dar kartą parodytų jog 2002 m. konfiskavimo atvejų ES lygiu padaugėjo. Taip pat pranešta apie per šį laikotarpį daugelyje šalių nukritusias kokaino kainas.

Kreko (kokaino pagrindo) rūkymas kol kas pastebimas tik kai kuriuose didesniuose Europos miestuose, kur šis reiškinys dažniausias tarp už visuomenės ribų esančių grupių. Pavyzdžiui, duomenys, gauti ištyrus asmenis, besilankančius patalpose, skirtose narkotikų vartojimui, parodė, jog kreko rūkymas ypač populiarus tarp sekso paslaugas teikiančių moterų. Nors šis reiškinys gana retas bendroje populiacijoje, kreko rūkymas ypač siejamas su padidinta rizika sveikatai ir socialinėmis problemomis.

Toksikologinė analizė rodo, jog kai kuriose šalyse mirties atvejais kokainas paprastai buvo vartojamas kartu su opiatais. Mirtys, kurių priežastimi laikomas kokainas be opiatų, yra gana retos, tačiau šis rodiklis gali didėti. Jungtinėje Karalystėje kokaino minėjimo dažnumas mirties liudijimuose nuo 1993 m. iki 2001 m. išaugo aštuonis kartus. Nyderlanduose mirčių nuo kokaino skaičius išaugo nuo 2 (1994 m.) iki 26 (2001 m.). Kokainas taip pat gali būti susijęs su mirtimis nuo širdies ir kraujagyslių veiklos sutrikimų, tačiau šie atvejai statistiniuose duomenyse atspindimi menkai.

Asmenys, turintys problemų dėl kokaino vartojimo, dažniausiai gydomi paprastai, nenaudojant farmakologinių priemonių. Šiuo metu atliekami darbai, kuriais siekiama padidinti farmakologinių intervencijų veiksmingumą, tačiau, išskyrus vaistų paskyrimą simptomų palengvinimui, nėra aiškių susitarimų dėl geros šios srities praktikos. Ypač rūpinimasis kreko vartotojais valdymas gydymo centrams gali sukelti naujų sunkumų.

Probleminis narkotikų vartojimas, heroino vartojimas ir leidžiami narkotikai

Heroino ir leidžiamų narkotikų vartojimas sudaro didžiąją ENNSC probleminio narkotikų vartojimo rodiklio dalį. Šis rodiklis yra sudėtinis matavimo vienetas, skirtas palengvinti didžia dalimi nematomos chroniško narkotikų vartojimo problemos įvertinimą. Probleminio narkotikų vartojimo dažnumas siekia nuo 2 iki 10 atvejų 1 000 suaugusių asmenų. Probleminio narkotikų vartojimo masto įvertinimai pastebimai skiriasi tarp valstybių ir jų viduje. Ypač aukšti Danijos, Italijos, Liuksemburgo, Portugalijos ir Jungtinės Karalystės rodikliai.

Problemiškų narkotikų vartotojų grupė tampa vis įvairesnė. Daugelyje šalių didžioji dalis asmenų, kurių narkotikų vartojimas laikytas problemišku, istoriškai buvo charakterizuojami pagal heroino vartojimą. Tačiau vis dažniau pasitaiko kelių narkotinių medžiagų ir stimuliatorių vartojimo atvejų. Nors įvertinti keblu, panašu, jog heroino vartojimas daugelyje šalių yra gana stabilus, o naujų asmenų įtraukimo į šį elgsenos modelį (dažnumo) rodiklis nukrito, lyginant jį su situacija devintajame dešimtmetyje. Ši analizė gali neatitikti padėties naujose ES valstybėse.

Europai priskiriama šiek tiek daugiau nei ketvirtadalis pasaulyje konfiskuoto heroino kiekio. Jokių aiškių tendencijų konfiskuojant heroiną ES pastebėta nebuvo. Panašu, jog šis rodiklis lieka gana stabilus. Konfiskuotų narkotikų kiekiu bei konfiskavimo atvejų skaičiumi iš šalių pirmauja Jungtinė Karalystė, nuo kurios kiek atsilikusi Ispanija.

Europos valstybėse pagaminamas ir tam tikras kiekis opiatų. Šis reiškinys siejamas su vietiniam vartojimui skirtų aguonų stiebų produktų gamyba. Pagal naujausius duomenis nepastebėta aiškių tendencijų, susijusių su heroino grynumu arba gatvėje pardavinėjamo heroino kaina.

Europoje pagrindine mirčių dėl nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo priežastimi lieka opiatai. Kiekvienais metais užregistruojama nuo 8 000 iki 9 000 mirtinų perdozavimų, tačiau šis skaičius nėra tikslus. Dažniausiai aukomis tampa jauni 25 iki šiek tiek virš 30 metų vyrai,

nors atrodo, kad amžiaus rodiklis kyla. Nors šiuo atžvilgiu pastebėti nemaži skirtumai tarp valstybių, bendras mirčių nuo narkotikų kiekis ES per devintą ir dešimtą dešimtmečius išaugo. 2000–2001 m. daug valstybių pranešė apie sumažėjusį mirčių nuo narkotikų skaičių. Taigi ES lygiu apskaičiuotas mažas, tačiau statistiškai reikšmingas mirties atvejų sumažėjimas (nuo 8 838 iki 8 306). Tačiau istoriniu požiūriu mirties atvejų skaičius išlieka aukštas.

Nerimą kelia pranešimai apie nelegalios prekybos fentaniliu pokyčius. Fentanilis yra sintetinis opiatas, kuris daugiau nei 100 kartų stipresnis už heroiną. Apie šio narkotiko konfiskavimą pranešta daugelyje šalių, besiribojančių su Baltijos jūra, ir Rusijoje. Estijos narkotikų rinkoje fentanilis, kaip heroino pakaitalas, pasirodė 2001 m. pabaigoje. Suomijoje didelė metilfentanilio siunta konfiskuota 2002 m.

Gydomų heroino vartotojų tyrimai leidžia manyti, jog rūkomų ir leidžiamų narkotikų mastas šalyse labai skiriasi. Tarp naujai besikreipusių dėl gydymo heroino vartotojų, mažiau nei pusė tvirtina besileidžiantys narkotikus. Kai kuriose valstybėse leidimasis tampa vis mažiau populiarus. Kitur, ypač (tačiau ne tik) naujose valstybėse narėse, leidžiami narkotikai tarp heroino vartotojų lieka įprastu reiškiniu. Bendras leidžiamų narkotikų paplitimo rodiklis svyruoja nuo dviejų iki šešių atvejų tūkstančiui suaugusiųjų.

Kai kuriose naujose ES valstybėse narėse bei kaimyninėse šalyse plinta ŽIV epidemija, nors paplitimo rodikliai ES valstybėse labai svyruoja. Vakarų Europoje pastebimas ŽIV paplitimo stabilizavimasis arba mažėjimas, tačiau grėsmę kelia nauji vietinės reikšmės proveržiai, kurių vis pasitaiko nuo devintojo dešimtmečio vidurio, ir aukšti užsikrėtimo rodikliai, nustatyti kai kuriose populiacijose.

Hepatito C (HCV) infekcijos rodiklis yra aukštas tarp leidžiamų narkotikų vartotojų Europoje. Tyrimai rodo, kad daugiau nei ketvirtadalis visų ištirtų leidžiamus narkotikus vartojančių asmenų turi šio viruso antikūnų. Kai kuriais atvejais pastebėtas tiesioginis ryšys tarp užsikrėtimo HCV ir ŽIV. Asmenų, vartojančių leidžiamus narkotikus (AVLN), užsikrėtimai hepatitu B Europoje taip pat dažni, nors nuo jo galima pasiskiepyti. Išskyrus kai kurias Baltijos jūros regiono šalis, tuberkuliozės paplitimas tarp AVLN ES lieka žemas, tačiau su ES besiribojančiose valstybėse infekcijos rodikliai yra aukšti.

Apskritai ES pastebėtas didesnis investavimas į AVLN skirtas adatų ir švirkštų keitimo programas (AŠKP). Estija ir Latvija išplėtė šios srities paslaugas, o AŠKP taip pat pristatyta Šiaurės Airijoje ir Flandrijoje (Belgija). Tačiau kai kuriose šalyse, kur programos jau įdiegtos, išdalytų švirkštų kiekis sumažėjo. Sumažėjimas gali būti susijęs su narkotikų leidimosi atvejų skaičiaus sumažėjimu. „Žemo slenksčio“ paslaugų srityje dėl narkomanų geresnės integracijos plėtojamos su išgyvenimu susijusios pagalbos paslaugos, kaip antai prieglaudos ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kurių darbo valandų grafikas lankstesnis. Trijose valstybėse narėse įrengtos patalpos narkotikų vartojimui. 2004 m. ENNSC paskelbė išsamų tyrimą apie šias įstaigas.

Priklausomybės nuo narkotikų gydymas

Daugelyje valstybių narių priklausomybės nuo narkotikų gydymas apima priklausomybės nuo opiatų arba kelių narkotikų rūšių (įskaitant opiatus) gydymą. Dominuojančiu šios grupės gydymo būdu išlieka gydymas pakaitalais, nors dešimtyje naujųjų valstybių narių galimybė taip gydytis yra ribota, o dažniausiai gydoma be narkotikų. Verta pastebėti, kad Čekijos Respublikoje, Suomijoje ir Švedijoje leidžiamų amfetaminų vartotojai sudaro didelę nuo priklausomybės besigydančiųjų dalį.

Duomenys apie asmenis, ieškančius pagalbos dėl su narkotikais susijusių problemų, leidžia manyti, jog jų problemos šiuo metu tapo įvairios. Pranešta ne tik apie leidžiamo ir kitokiais būdais vartojamo heroino, tačiau taip pat ir apie kelių rūšių narkotikų, stimuliatorių ir kanapių vartojimo vienu metu problemas. 2002 m. ENNSC gydymo poreikio rodiklis pirmąsyk parodė, jog 11 duomenis pateikusių valstybių kanapės pakeitė opiatus, kurie iki tol buvo dažniausi asmenų, besikreipusių į specialias gydymo įstaigas, pagrindiniai narkotikai. Besikeičiančios praktikos mastas, paslaugų teikimo išplėtimas arba besikreipiančiųjų pokyčiai išsamiai aptarti pasirinktoje temoje apie dabartines kanapių keliamas problemas.

Vis labiau pripažįstama, kad priklausomybės nuo narkotikų gydymo paslaugos (ypač skirtos už visuomenės ribų esančioms grupėms) turi būti integruotos į kitas sveikatos apsaugos institucijas. Efektyvus asmenų, kurie turi ne vien susijusių su narkotikais, bet ir psichikos problemų, gydymas gana sudėtingas. Šis klausimas aptariamas pasirinktoje temoje apie sergamumą gretutinėmis ligomis.

Kalėjimų problemos

Palyginus su bendrąja populiacija narkotikų vartotojų kalėjimuose yra pernelyg daug. Asmenų, bent kartą gyvenime vartojusių narkotikus skaičius tarp kalinių svyruoja nuo 22 % iki 86 % priklausomai nuo kalėjimo, jo užpildymo ir valstybės. Kadangi leidžiamų narkotikų paplitimas sąlyginai aukštas, kalėjimuose susidaro

infekcinių ligų plitimui palanki aplinka. Siekiant užkirsti kelią šių ligų plitimui, kalėjimuose buvo įvestas gydymas pakaitalais bei adatų ir švirkštų keitimo programos (AŠKP). Į narkomanijos padarinius sveikatai kalėjimuose vis labiau žiūrima nacionalinės sveikatos ir gerovės kontekste, nes galimybė naudotis paslaugomis yra apribota, o kalėjimo sveikatos priežiūros tarnybos izoliuotos nuo įprastos sveikatos apsaugos sistemos. Alternatyvos vietoj kalėjimo, įvestos atnaujinus baudžiamąją politiką, nukreipia narkomanus į iš dalies privalomą gydymą arba į bendruomenės tarnybą, tikintis, jog taip bus geriau patenkinti jų poreikiai.

1 skyrius

Nauji pokyčiai politikoje ir įstatymuose

Šiame skyriuje aprašomi nauji pokyčiai narkotikų politikoje visoje ES ir atskirose valstybėse narėse. Daugeliu atvejų čia pateikta 2003 m. sukaupta informacija. 2003 m. prasidėjo ES 2000–2004 m. veiklos plano narkotikų srityje antroji dalis. Be to, tais pačiais metais buvo nustatytas ir nacionalinės narkotikų prevencijos ir kontrolės strategijos kūrimo ir įgyvendinimo tarpinės peržiūros terminas, skirtas nacionalinėms valdžios institucijoms pagal Deklaraciją dėl narkotikų paklausos mažinimo principų, priimtą 1998 m. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos specialiojoje sesijoje (UNGASS) ([1]) dėl pasaulinės narkotikų problemos. Kadangi ES 2000–2004 m. veiklos planas baigiasi šiais metais, turime progą apžvelgti pažangą, padarytą vertinant šią veiklą. ENNSC šiame procese atlieka visavertį ir aktyvų vaidmenį, kuris, tikimasi, labai palengvins politikos formavimą narkotikų srityje. Žvelgiant iš šios perspektyvos, įstatyminių ir strateginių pokyčių įvertinimas nacionaliniais ir ES lygmenimis yra ypač svarbus.

Pokyčiai ES

2003 m. Europos lygiu buvo priimtos dvi naujos teisinės priemonės kovai su narkomanija. Viena iš jų skirta visuomenės sveikatos problemai spręsti, o kita – kovai su nelegalia prekyba narkotikais. 2003 m. ES lygmeniu buvo imtasi ir kovos su naujais sintetiniais narkotikais priemonių, įgyvendinti nauji koordinavimo veiksmai bei priemonės, taip pat apibrėžtas ENNSC vaidmuo.

Visuomenės sveikata

2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamentas ir Taryba patvirtino naują Bendrijos veiksmų programą dėl visuomenės sveikatos (2003–2008 m.), kuri apima tris bendrus uždavinius: informacijos apie sveikatą platinimą, greitą reakciją į sveikatai kylančius pavojus ir sveikatos gerinimą atkreipiant dėmesį į ją lemiančius veiksnius. Narkotikų srityje ypač svarbu platinti informaciją apie sveikatą bei ją gerinti.

2003 m. birželio mėn. Ministrų Taryba patvirtino rekomendaciją „Žalos sveikatai, susijusios su priklausomybe nuo narkotikų, prevencija ir mažinimas“. 2002 m. gegužės mėn. dokumentą išleisti paragino Europos Komisija. Šis tekstas yra didžiulis pasiekimas, kadangi tai yra pirmoji EK rekomendacija visuomenės sveikatos srityje, susijusi su narkotikais. Ja ypač siekiama sumažinti su priklausomybe nuo narkotikų susijusią žalą sveikatai ([2]). Daug valstybių narių jau įtraukė šiame dokumente paskelbtas išvadas į nacionalines savo narkotikų prevencijos strategijos programas.

Šiame dokumente siūlomi tokie tikslai:

- Siekdamos užtikrinti aukštą sveikatos apsaugos lygį valstybės narės turi skatinti priklausomybės nuo narkotikų prevenciją ir mažinti su šia priklausomybe susijusią riziką, taip pat – tobulinti bei įgyvendinti atitinkamas visuomenės sveikatos strategijos programas.
- Siekdamos ženkliai sumažinti su narkotikais susijusią žalą sveikatai (tokią kaip ŽIV, hepatito B ir C bei tuberkuliozės plitimas) ir mirčių dėl narkotikų vartojimo skaičių, valstybės narės turi įkurti rizikos mažinimu užsiimančias tarnybas bei infrastruktūrą, kuri būtų šių valstybių bendrosios narkotikų prevencijos ir gydymo politikos dalis.
- Valstybės narės turi sudaryti veiksmų planą, kuris padėtų nustatyti narkotikų prevencijos ir su narkotikais susijusių pavojų sveikatai mažinimo veiksmingumą.

Valstybės narės turėtų pranešti Komisijai apie šios rekomendacijos įgyvendinimą per dviejų metų laikotarpį nuo jos priėmimo ir vėliau gavus Komisijos užklausą. Taip bus galima stebėti rekomendacijos įgyvendinimą Bendrijos lygiu ir tuo pat metu imtis atitinkamų veiksmų, kurių prireiktų siekiant patenkinti ES narkotikų prevencijos veiksmų plano reikalavimus.

Be to, šioje rekomendacijoje Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras raginamas techniškai

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.
([2]) Dėl žalos mažinimo politikos vaidmens žiūrėti OL 1 lentelę „Žalos mažinimo vaidmuo“.

paremti Europos Komisiją rengiant ataskaitą, remiantis Europos veiklos planu narkotikų srityje, bei siekiant peržiūrėti ir atnaujinti šią rekomendaciją.

Prekyba narkotikais

Atsižvelgdama į Europos Tarybos specialiojo susitikimo Tamperėje (Suomija) 1999 m. išvadas ir ES narkotikų prevencijos strategiją bei veiklos planą narkotikų srityje, Europos Komisija Tarybai ir Europos Parlamentui pateikė pamatinio sprendimo pasiūlymą, kuriame nustatomi „minimalūs nurodymai dėl nusikalstamą veiką sudarančių elementų ir bausmių už neteisėtą narkotikų apyvartą". 2003 m. lapkričio mėn. Ministrų Taryba pasiekė politinį susitarimą dėl šio pirmo pamatinio sprendimo, susijusio su prekyba narkotikais. Šis pamatinis sprendimas laikomas pagrindine prekybos narkotikais kontrolės priemone, kadangi išsiplėtusioje ES bei jos valstybėse narėse bausmės už narkotikų platinimą ir susijusius nusikaltimus yra ypač svarbios.

Pagrindinis šio pamatinio sprendimo principas yra tai, kad valstybės narės kriminaliniais nusikaltimais turėtų pripažinti ne tik prekybą narkotikais, bet ir bandymą jais prekiauti, taip pat – kitų asmenų kurstymą, pagalbą arba raginimą prekiauti narkotikais. Priemonės, pateiktos šiame pamatiniame sprendime, taikomos prekiautojams narkotikais ir kriminalinėms bei teroristinėms organizacijoms, uždirbančioms iš nelegalios prekybos narkotikais ir taip siekiančioms finansuoti savo neteisėtą veiklą.

Pamatiniame sprendime numatytas sankcijų taikymas asmenims, kurie dalyvauja bet kuriame prekybos medžiagomis, aprašytomis Jungtinių Tautų konvencijose ir EK sprendimuose, etape: gamybos, siūlymo parduoti, gabenimo, skirstymo, laikymo arba įsigijimo siekiant prekiauti. Sprendime prašoma, kad valstybės užtikrintų, jog „už nusikalstamas veikas <...> būtų skiriama maksimali laisvės atėmimo bausmė nuo vienerių iki trejų metų" arba būtų skiriama laisvės atėmimo bausmė nuo 5 iki 10 metų, jei nusikalstama veika susijusi su dideliais narkotikų kiekiais arba narkotikais, darančiais daugiausia žalos sveikatai. Pamatinio sprendimo esmė yra tai, jog jis ES lygiu nustato bendrąjį prekybos narkotikais sąvokos apibrėžimą ir tuo pat metu nurodo už šią nusikalstamą veiką ES ribose rekomenduojamas bausmes. Siekiant susitarimo tarp valstybių narių teko atmesti nacionalinius apibrėžimų, nusakančių narkotikų naudojimą asmeniniams tikslams, skirtumus. Dėl šios priežasties nusikaltimai, susiję su asmeniniams tikslams vartojamais narkotikais, kaip juos reglamentuoja valstybių narių nacionaliniai įstatymai, į šį pamatinį sprendimą nėra įtraukti.

Pamatinis sprendimas įsigalioja jo paskelbimo *Europos Sąjungos oficialiajame leidinyje* dieną. Visų priemonių, kurios būtinos įgyvendinti šio teisės akto reikalavimus, valstybės narės privalės imtis per 18 mėnesių.

Nauji sintetiniai narkotikai

Toliau vykdydama savo užduotį kontroliuoti naujus sintetinius narkotikus, Ministrų Taryba 2003 m. lapkričio mėn. priėmė sprendimą dėl naujiems sintetiniams narkotikams 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ir TMA-2 taikomų kontrolės priemonių ir baudžiamųjų sankcijų. Šioms medžiagoms, kurios nebuvo aprašytos nė viename iš 1971 m. Jungtinių Tautų Konvencijos dėl psichotropinių medžiagų sąrašų, valstybėse narėse dabar galioja atitinkamos kontrolės priemonės ir taikomos atitinkamos bausmės.

2003 m. spalio mėn. Komisija Tarybos sprendimui pateikė projektą pakeisti 1997 m. Bendrųjų veiksmų aktą dėl keitimosi informacija apie naujus sintetinius narkotikus, jų pavojų įvertinimo ir kontrolės ([3]). Ši iniciatyva yra tiesiogiai susijusi su Bendrųjų veiksmų akto išorinio įvertinimo rezultatais, kurių ėmėsi Komisija, kaip nurodyta ES 2000–2004 m. veiklos plane narkotikų srityje. Pasiūlytas naujos teisinės priemonės tikslas – paaiškinti apibrėžimus ir procedūras. Jos taikymo sritis praplečiama ir apima visus naujus sintetinius ir panašius narkotikus.

Koordinavimas

2003 m. lapkričio mėn. Komisija taip pat priėmė Komunikatą dėl koordinavimo veiksmų ir priemonių narkotikų srityje Europos Sąjungoje. Komunikatas pagrįstas esamo pasirengimo koordinavimo ir jo mechanizmų valstybėse narėse tyrimo, organizuoto ENNSC kartu su Komisija, rezultatais ([4]). Komunikate patvirtinta, jog koordinavimas būtinas, jei ES ketina veiksmingai reaguoti į narkotikų reiškinio sudėtingumą ir jo padarinius.

ENNSC vaidmuo

2003 m. gruodžio mėn. Komisija pasiūlė iš naujo persvarstyti reglamentus, kuriuose apibrėžta ENNSC veikla. Pasiūlymas, kurį Taryba nagrinės 2004 m., apima keletą sričių, tarp kurių yra pataisos pagrindiniams reglamentams, pakeitimai, skirti sustiprinti ENNSC vaidmenį naujų narkotikų naudojimo modelių ir ES plėtros kontekste bei pataisos, kuriomis atsižvelgiama į ENNSC, kaip pagalbininko vertinant ES narkotikų prevencijos veiksmų planą, vaidmenį.

([3]) OL C 167, 1997 06 25, p. 1–3.
([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Nacionalinė politika

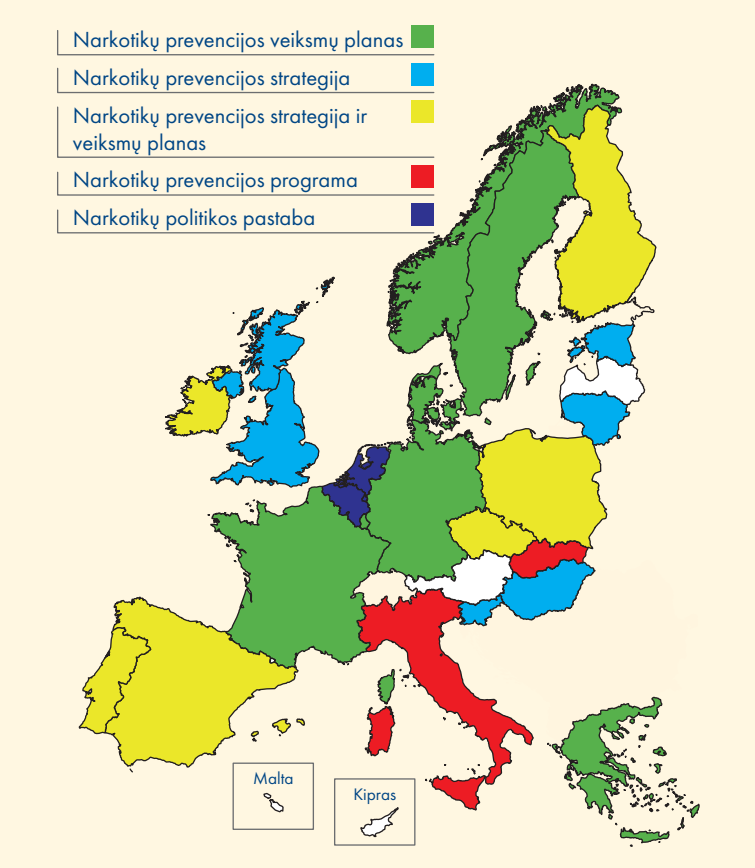
„Narkotikų prevencijos strategijos“ ([5])

Praėjusių metų metinėje ataskaitoje ir 2003 m. (1 paveikslėlis) pabrėžta, kad valstybės narės priima „Nacionalinę narkotikų prevencijos strategiją“ – kertinį ES narkotikų politikos akmenį. 2003 m. Danija, Vokietija, Lietuva ir Slovėnija priėmė narkotikų prevencijos planus bei programas. Tikimasi, kad 2004 m. Estija, Prancūzija ([6]) taip pat paseks šiuo pavyzdžiu ir tada 21-oje iš 25-ių valstybių narių bus vykdoma narkotikų prevencijos politika, pagrįsta visuotine nacionaline narkotikų prevencijos strategija (22-ose iš 26-ių, jei įskaitoma ir Norvegija) ([7]) ([8]).

Kadangi „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ buvo labai plačiai taikomos per sąlygiškai trumpą (1997–2004 m.) laiką ([9]) ir griežtai apibrėžtoje geografinėje teritorijoje, šį reiškinį valstybėse narėse galima palyginti ir taip susidaryti bendrą ES vaizdą.

Pirma, narkotikų prevencijos politika apima paklausos bei pasiūlos mažinimą ir vis dažniau yra grindžiama holistiniu požiūriu, dar vadinamu „subalansuotu požiūriu“ ([10]). Visi išanalizuoti dokumentai turi šį bruožą. Antra, vis svarbesnę reikšmę įgauna koordinavimas. Daugėja atvejų, kai nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos yra koordinuojamos iš centrinės būstinės (daugumoje ES šalių yra sukurtos nacionalinės koordinavimo agentūros ir nacionaliniai koordinatoriai ([11])) glaudžiai bendradarbiaujant su regioninėmis bei vietinėmis agentūromis. Trečia, didesnis dėmesys skiriamas intervencijai, įgyvendinimo stebėsenai bei vertinimui kaip įrankiams, kurie užtikrins sprendimus priimančių asmenų atsakingumą (žr. pasirinktą temą apie Įvertinimą, p. 75).

1 paveikslėlis: „Nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ įvairovė



NB: Skirtinguose nacionaliniuose dokumentuose teorinės skirties tarp narkotikų politikos, nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos (kurioje turėtų būti nurodyti bendrieji principai, taip pat – struktūra bei gairės) ir narkotikų prevencijos veiksmų plano (kuriuo strategija įgyvendinama ir kuriame apibrėžti tam tikri veiksmai) laikomasi ne visuomet. Atsižvelgdami į valstybių įvairovę, nacionalinius strateginius dokumentus mes aprašome taip, kaip jie pristatyti oficialiai, nemėgindami sujungti apibrėžimų arba lyginti.

Šaltinis: Valstybių narių nacionalinės strategijos.

([5]) Šia ataskaita nesiekiama suvienodinti apibrėžimų ir sąvokų, kadangi nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos struktūra ir turinys įvairiose šalyse labai skiriasi. Taigi pasakymas „nacionalinė narkotikų prevencijos strategija“ (kabutėse) reiškia bet kokį oficialų valstybės patvirtintą dokumentą, kuriame išdėstyti bendrieji principai ir konkretūs veiksmai/užduotys (kuriuos reikia pasiekti per nustatytą laiko tarpą) narkotikų kontrolės bei prevencijos srityje ir kuris oficialiai pristatytas kaip veiksmų planas, narkotikų kontrolės bei prevencijos planas ar pan. Daugiau informacijos rasite Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (*angl.* ENNSC) *Nacionalinių strategijų ir koordinavimo mechanizmų ataskaitoje* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Žr. OL 1 langelį „Neseniai priimtos „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“.

([7]) Norvegija, nors ir nėra ES narė, tačiau yra ENNSC narė. Tik keturios iš 25-ių šalių narių dar neturi vadinamosios nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos. Tai Kipras, Latvija, Malta ir Austrija. Kipras ir Latvija jau rengia narkotikų prevencijos strategiją. Austrijoje, nors ir nėra federalinės narkotikų prevencijos strategijos, kiekviena provincija turi savo planą.

([8]) Žr. OL 2 lentelę „Dabartinės „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ ES šalyse“.

([9]) Į šį laikotarpį reikia įtraukti ir Nyderlandų dokumentus apie narkotikų prevencijos politiką: „Narkotikų prevencijos politika Nyderlanduose: tęstinumas ir pasikeitimai“ (1995 m.) ir kitus įvairius vėlesnius dokumentus (*XTC 2001*, *Cocaine 2002* (Kokainas 2002); *Cannabis 2004* (Kanapės 2004)).

([10]) Subalansuoto požiūrio principai nustatyti 1998 m. politinėje UNGASS deklaracijoje: „integruotai sprendžiant narkotikų problemą tarp paklausos ir pasiūlos mažinimo turi būti vykdoma subalansuota abipusio rėmimo politika“. Šiame skyriuje nebandoma vertinti „subalansuoto požiūrio“ masto valstybėse narėse, o veikiau kalbama apie tai, kad jis susilaukia vis didesnio dėmesio.

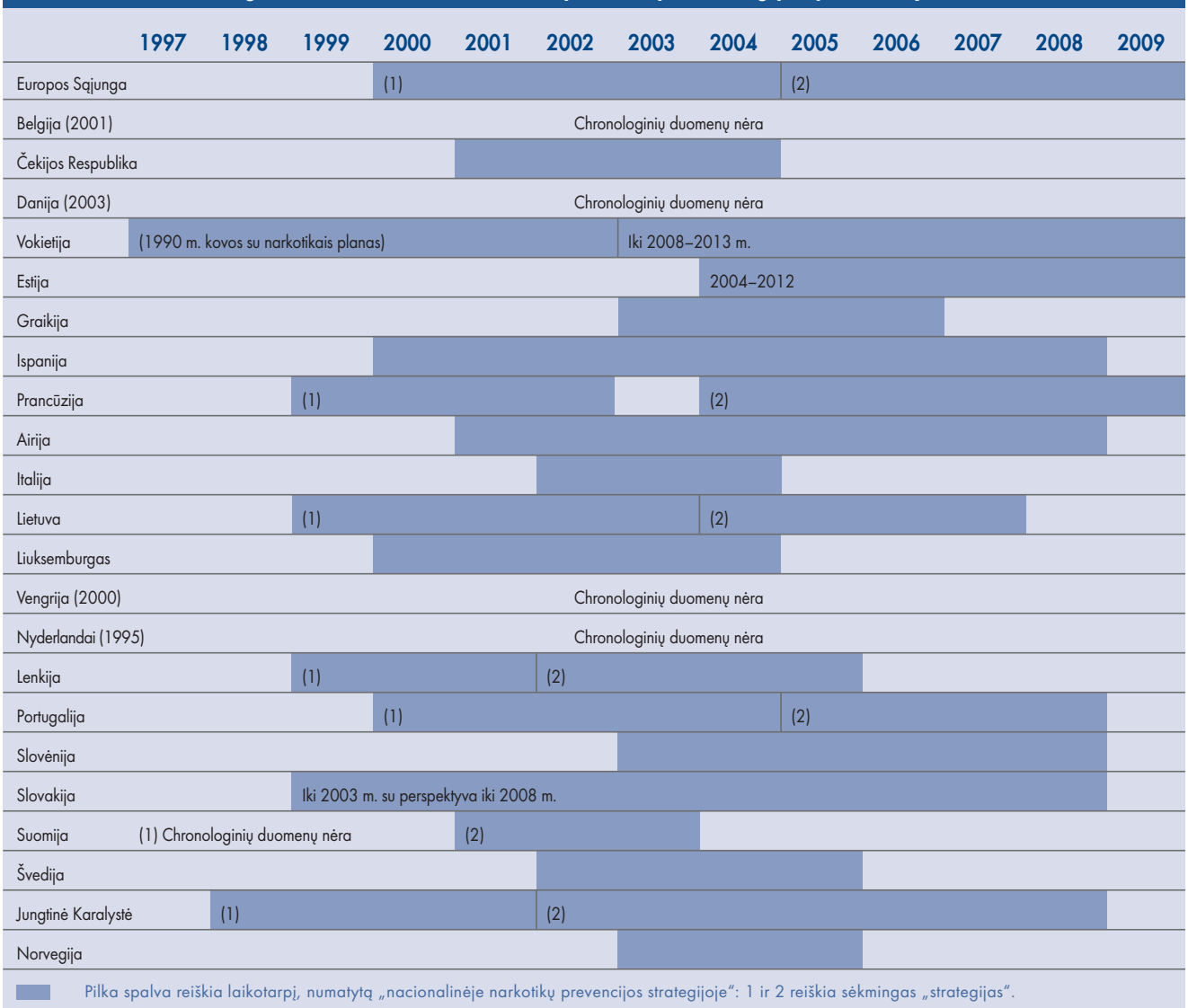
([11]) Daugiau informacijos žr. http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

Tačiau „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ labai skiriasi tiek struktūra, tiek turiniu. Pavyzdžiui, smarkiai skiriasi pateiktų detalių skaičius ir akcentuotų veiksmų bei tikslų pobūdis. Kai kuriuose dokumentuose nurodyta aiški numatytų veiksmų ir bendrojo įgyvendinimo modelio seka; kiti yra ne tokie išsamūs – juose pristatyti bendrieji tikslai, nesiejant jų su veiklos tikslais ar rodikliais. Skiriasi ir terminologija, naudojama narkotikų prevencijos politikos dokumentuose: kai kurios šalys priėmė veiklos planus, kitos – strategijas, o dar kitos turi įdiegtas programas. Iš tikrųjų skirtingi politiniai tikslai ir darbotvarkės gali sudaryti platų vaizdą, kuris, remiantis terminu „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ (1 paveikslėlis), apima daug įvairių veiklos būdų. Nors terminai „veiklos planas“, „programa“ ir „strategija“ naudojami pakaitomis ([12]), jie nebūtinai išreiškia politinių tikslų ar darbotvarkių skirtumus.

Kitas skirtingas valstybių narių bruožas yra nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos laikotarpis. Dauguma šalių pasirinko 3–5 metų laikotarpį, kitos strategiją įgyvendinti numatė per 8–10 metų, tuo tarpu dar kitos šalys iš vis nenurodo jokio laikotarpio (1 lentelė). Todėl reikėtų atsižvelgti į ryšį tarp „nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ ir ES veiklos plano narkotikų srityje.

Turinio skirtumai gali atskleisti skirtingus politinius tikslus ar skirtingas nacionalines narkotikų reiškinio ypatybes. Čia

1 lentelė: Chronologinis „nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ pasiskirstymas



([12]) Narkotikų prevencijos strategija gali būti apibrėžta kaip „vienijanti tema, apibrėžtumo, nuoseklumo ir kryptingumo struktūra“, o veiksmų planas – kaip „konkrečių veiksmų schema ar programa“ (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review* („Europos Sąjungos strategijos ir koordinavimas narkotikų srityje“; apžvalga), 2002 m. lapkričio mėn.: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

2 lentelė: „Legalūs narkotikai“ nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose

Valstybė	Alkoholis	Tabakas	Veiksmų planas dėl alkoholio ([1])
Belgija	●	●	Ne
Čekijos Respublika	●	●	Ne
Danija	n. d.	n. d.	Taip
Vokietija	●	●	Taip
Estija	○	○	Taip
Graikija	●	n. d.	Ne
Ispanija	●	●	Ne
Prancūzija	●	●	Taip
Airija	●	○	Taip
Italija	○	n. d.	Taip
Lietuva	n. d.	n. d.	Taip
Liuksemburgas	n. d.	n. d.	Ne
Vengrija	●	○	Taip
Nyderlandai	●	●	Taip
Lenkija	○	○	Taip
Portugalija	●	○	Taip
Slovėnija	○	○	Ne
Slovakija	●	●	Ne
Suomija	n. d.	n. d.	Taip
Švedija	n. d.	n. d.	Taip
Jungtinė Karalystė	○	○	Taip
Norvegija	●	●	Taip

● veiksmai numatyti; ○ medžiaga paminėta; n. d.: nėra duomenų.
([1]) PSO alkoholio duomenų bazė (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

aptariamos dvi svarbiausios skirtumų sritys: nurodytos narkotinės medžiagos ir pagrindiniai strategijų tikslai.

Nors paprastai nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos skirtos klasifikuotiems narkotikams, daug dokumentų apima ir vadinamuosius legalius narkotikus – alkoholį bei tabaką, ypač jei nagrinėjamos švietimo, prevencijos ar gydymo sritys (2 lentelė). Kai kuriose šalyse „legalių narkotikų“ svarstymas įgauna konkrečių veiksmų ir projektų pavidalą, tačiau kitose jie yra tik paminėti. Daugelis šalių, įtraukiančių alkoholį į savo „narkotikų prevencijos“ strategijas, turi nacionalinį veiksmų planą alkoholiui.

Nors visos šalys siekia tų pačių bendrų tikslų (paklausos, pasiūlos mažinimo ir pan.) ir ES 2000–2004 m. veiklos planas numato šešis bendruosius tikslus ([13]), būdai, kuriais numatoma siekti šių tikslų, skiriasi priklausomai nuo bendrų narkotikų politikos tikslų. Pagrindinis skirtumas yra tai, kad vienose šalyse siekiama „nepriklausomos nuo narkotikų visuomenės“, o kitose iškeltas tikslas sumažinti neigiamus narkotikų padarinius tiek individui, tiek visuomenei. Tačiau situacija nėra taip aiškiai apibrėžta, kaip buvo minėta pirmiau: daugumoje nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų šie du tikslai yra persipynę (netgi papildant juos kitais), suteikiant didesnę svarbą vienam ar kitam tikslui. Pasirinktasis tikslas (ir tai, kiek jam teikiama svarbos jo įgyvendinimo metu) nulemia „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ veiksmus.

Nemažai pastangų skirta šio proceso koordinavimui Europos mastu pripažįstant, kad skirtumai yra būtini vykdant konkrečias politines darbotvarkes, taip pat atsižvelgiant į vietinius ypatumus ir kultūras. Priimto vieningo ES koordinuoto požiūrio į narkotikus (ES narkotikų prevencijos strategija ir ES 2000–2004 m. veiklos planas), kuris buvo patvirtintas bei struktūrizuotas pastaraisiais metais, bus laikomasi ir toliau.

Kol kas lieka neaišku, kokia bus narkotikų prevencijos politikos ateities kryptis išsiplėtusioje ES ir tai, ar galiausiai 25-ios skirtingos nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos (neskaitant regioninių ir vietinių strategijų) bus sujungtos į vieną ES strategijoje. Tačiau tokie klausimai kaip priemonių, į kurias galėtų atsižvelgti valstybės narės (strategija, programa, veiklos planas), pobūdis, taip pat jų trukmė, pagrindiniai principai ir kriterijai bei pagrindiniai tikslai ir uždaviniai galėtų būti svarstomi kolegialiai ES valstybėse narėse.

Nacionalinė politika: įstatymų įvertinimas ([14])

Pastaruoju metu vyrauja tendencija įvertinti ar pateikti ataskaitą apie naujų įstatymų įvertinimą (ar jų pritaikymą ir (arba) poveikį). Narkotikų srityje galima stebėti ir įvertinti skirtingus narkotikų kontrolės įstatymų aspektus, įskaitant ir pagrindinį įstatymą, draudžiantį narkotikų vartojimą ar laikymą, skirtą kovoti su narkotikais susijusiais nusikaltimais, su jų nelegalia prekyba ir pinigų plovimu. Kai kuriose šalyse diegiami ir įvertinami bandomieji projektai prieš juos patvirtinant visoje šalyje.

([13]) 1) Per penkerius metus žymiai sumažinti narkotikų vartojimo plitimo, taip pat ir naujų vartotojų verbavimo atvejus, ypač tarp jaunesnių nei 18 metų asmenų; 2) per penkerius metus žymiai sumažinti narkotikų keliamą pavojų sveikatai (ŽIV, hepatitas, tuberkuliozė, pan.) ir narkotikų sukeltų mirčių skaičių; 3) žymiai padidinti sėkmingai išgydytų buvusių narkomanų skaičių; 4) per penkerius metus žymiai sumažinti galimybę įsigyti nelegalių narkotikų; 5) per penkerius metus žymiai sumažinti su narkotikais susijusių nusikaltimų skaičių; 6) per penkerius metus žymiai sumažinti pinigų plovimą ir nelegalią prekybą pirmtakais (prekursoriais).

([14]) Išsamesnę šios skilties versiją rasite OL 2 langelyje „Nacionalinė politika: įstatymų įvertinimas“.

Pavyzdžiui, nuo 1999 m. Belgija, Čekijos Respublika, Vokietija, Vengrija, Švedija ir Jungtinė Karalystė pranešė įgyvendinančios tam tikras pagrindinių teisinių nuostatų, kurios skirtos kovai su narkotikų vartojimu ir laikymu, įvairių aspektų stebėsenos ir įvertinimo būdus. Šie būdai leido padaryti svarbius pakeitimus Belgijos, Vengrijos ir Jungtinės Karalystės narkotikų srities teisės aktuose.

Nusikalstamumo reiškinio vertinimas buvo diskusijų ir įvertinimo pagrindinis taikinys. Iš daugelio įvertinimo iniciatyvų mes pabrėžiame dvi pagrindines panašias išvadas. Vengrija ir Švedija neseniai įvertino narkotikų vartojimo, kaip nusikaltimo, pasekmes. 1999 m. kovo mėn. Vengrijos Baudžiamajame kodekse buvo padaryta pataisa numatanti, kad narkotikų vartojimas yra nusikaltimas ir galimybė pasirinkti gydymą pradėta taikyti tik nusikaltėliams, kurie yra narkomanai. Tačiau vėlesni moksliniai tyrimai parodė, jog tikslas sumažinti piktnaudžiavimą narkotikais, jų vartojimą ar platinimą buvo nepasiektas. Žmonių, kurie bando narkotikus, skaičius ir užregistruotų nusikaltimų bei nusikaltėlių skaičius ir toliau auga. Be to, dėl įstatymų pataisų teisinė narkotikų klasifikacija ir teisinės procedūros tampa sudėtingesnės. Jos taip pat turi neigiamą poveikį narkotikų rinkos dalyvių elgesiui. Atliktų tyrimų autoriai padarė išvadą, kad bausmės buvo per griežtos ir nebuvo atsižvelgta į faktą, jog jauni žmonės tapo narkotikų vartotojais ne dėl to, kad jie yra nusikaltėliai, bet dėl aplinkybių. 2003 m. kovo 1 d., atšaukus ankstesnius pakeitimus bei atsižvelgus į tyrimų išvadas, buvo įgyvendinta nauja pataisa.

2000 m. Švedijoje Nacionalinė nusikalstamumo prevencijos taryba nustatė 1988 m. reglamento (sustiprinto 1993 m.), kuriame numatyta, jog paprastas narkotikų vartojimas yra nusikaltimas, pasekmes. Tyrimai parodė, jog šio reglamento priėmimas sukėlė didelį asmenų, sulaikytų dėl smulkių su narkotikais susijusių nusikaltimų, skaičiaus padidėjimą. Nors daugelis iš sulaikytųjų buvo gerai žinomi narkotikais piktnaudžiaujantys asmenys, kai kurie jauni žmonės anksčiau nebuvo žinomi vartotojai. Svarbi priežastis priimti reglamentą buvo tai, kad reikėjo nustatyti ką tik pradėjusius vartoti narkotikus jaunus žmones ir ataskaita parodė, kad tai buvo padaryta. Ataskaitoje taip pat svarstoma apie reglamento poveikį narkotikų rinkai (kuri greitai plėtėsi). Padaryta išvada, kad nėra aiškių įrodymų, jog narkotikų vartojimo įvardijimas kaip nusikalstamumas atbaidė jaunus žmones nuo narkotikų vartojimo.

Atsižvelgdama į kitas priemones, Jungtinė Karalystė atliko daugelio teisinių priemonių, kaip kovoti su nusikaltėliais narkotikų srityje, įvertinimus. Pavyzdžiui, atliko nusikaltimų įvykdymo priežasčių, su narkotikais susijusių teismų, siuntimų gydytis projektų tyrimą. Taip pat buvo įvertinti kiti kovos su nusikaltėliais narkotikų srityje metodai Vokietijoje (gydymas vietoj bausmės), Airijoje (siuntimas gydytis) ir Nyderlanduose (privalomas gydymas).

Nyderlandai taip pat naudoja įvertinimo priemones, norėdami nustatyti neseniai priimtų įstatymų, skirtų kovai su narkotikų platinimu (platintojų sulaikymu) ir pinigų plovimu (prisidengiant viešosiomis sutartimis), veiksmingumą. Švedijoje vyriausybinių institucijų direktyvos apima specialius prašymus vyriausybei įvertinti organizaciją ir kovos su narkotikais politiką. Įvertinimo priemonės taip pat buvo naudojamos siekiant pagerinti vietinės kovos su narkotikais priemones ir užkirsti kelią kenkti visuomenei. Pavyzdžiui, Airijoje buvo atliekamas vietinių atsako priemonių koordinavimas, Nyderlanduose buvo bandoma uždaryti pardavimo taškus valdžios pagalba, o Vokietijoje – atimti galimybę perlaikyti teises.

Įvertinimas vis labiau pripažįstamas kaip svarbi priemonė kovai su narkotikų problema visais aspektais. Tokie įstatymų įvertinimai padeda vertinti jų įgyvendinimą ir veiksmingumą. Iš esmės per įvertinimą stengiamasi palaikyti politikos priemonių vertę. Kol kas noras pakeisti politiką, paremtą įvertinimo rezultatais (kaip atsitiko Vengrijoje), rodo pasitikėjimą, kurio dažnai trūkdavo, įrodymais paremtais tyrimais. Ši sveikintina tendencija įvertinimo srityje bendrai reiškia didesnę atsakomybę viešajam administravimui ir didesnį pasitikėjimą tokiomis privataus sektoriaus koncepcijomis, kaip veiklos tikslai ir išlaidų efektyvumas.

Nacionalinės įstatymų leidybos pokyčiai

Kanapių prevencijos įstatymai

Praėjusiais metais kanapės buvo perklasifikuotos dviejose šalyse ir abiem atvejais tai sulaukė nemažo, tačiau ne visuomet tikslaus žiniasklaidos dėmesio. Belgijoje priimti įstatymai – dekretas ir baudžiamoji direktyva – sukėlė tam tikrų pokyčių teisinėje bazėje, kurių svarbiausias – kanapių produktus skirti į kitokią teisinę kategoriją nei kitus narkotikus. Buvo numatyti nauji teisės pažeidimo atvejai; kai suaugęs asmuo įstatymams nusižengia pirmą kartą laikydamas kanapes asmeniniam naudojimui, tačiau nepažeidžia viešosios tvarkos ar nekelia kitų problemų, jis yra baudžiamas pinigine bauda ir įtraukiamas į policijos įskaitą. Baudžiamojoje direktyvoje asmeniniam naudojimui numatytas maksimalus trijų gramų kanapių kiekis arba vienas augalas. Tačiau pažeidus viešąją tvarką gali būti skiriama nuo trijų mėnesių iki vienerių metų bausmė įkalinimo įstaigoje ir (arba) 5 000–500 000 eurų bauda, o jei yra sunkinančių aplinkybių, pavyzdžiui, laikant

kanapes šeimoje, kur yra nepilnamečių, taikomos dar griežtesnės bausmės.

Jungtinėje Karalystėje kanapės ir jų derivatai buvo perkelti iš B klasės ir atitinkamai iš A klasės į C klasę pagal britų klasifikacijos sistemą. Tai lėmė, kad maksimali bauda už kanapių laikymą asmeniniam naudojimui buvo sumažinta nuo penkerių iki dviejų metų kalėjimo, tačiau čia aiškiai pabrėžiama, kad bet koks kanapių laikymas yra kriminalinis nusikaltimas. Kitos dvi aplinkybės – maksimali bausmė už kanapių laikymą ketinant jas platinti ir tai, kad kanapių laikymas yra nusikaltimas, už kurį numatomas areštas, liko nepakitusios dėl kitų tuo pačiu metu atliekamų teisinių veiksmų. Tačiau Aukščiausiųjų policijos pareigūnų asociacijos (*Association of Chief Police Officers*) gairėse numatyta, kad, suimti už kanapių laikymą galima tik tam tikromis aplinkybėmis, t. y. kai rūkoma viešoje vietoje ar nepilnamečių akivaizdoje. Asmenys iki 18 metų taip pat gali būti suimti ir nusiųsti gydytis.

Tiek Belgija, tiek Jungtinė Karalystė tiksliai numato problemiško kanapių vartojimo atvejus savo teisės aktuose, kurie šioje ataskaitoje bus nagrinėjami vėliau.

Kova su pinigų plovimu

Tikslių pajamų gaunamų pasaulyje iš nelegalios prekybos narkotikais apskaičiuoti šiuo metu neįmanoma, kadangi trūksta patikimų duomenų. Tačiau Europolas (2002) skelbia, jog šios apimtys sudaro 2–5 % pasaulio valstybių bendrojo vidaus produkto. Nelegali prekyba narkotikais tebėra didžiausias plaunamų pinigų šaltinis. Tarptautinį pinigų plovimo mechanizmą visuomet lydi nelegalus arba neįprastas tarpvalstybinis kapitalo arba prekių, pvz., aukso, platinos arba deimantų, judėjimas (WCO, 2003c).

Tarybos direktyvos 91/308/EEB dėl finansų sistemos apsaugos nuo jos panaudojimo pinigų plovimui pataisos daug išsamiau apibrėžia pinigų plovimą pagal platesnę pagrindinių nusikaltimų sritį.

Nuo 2002 m. sausio mėn. išplėstas Europolo mandatas šiai organizacijai suteikia kompetenciją nagrinėti visas pinigų plovimo operacijas, kurios kaip pagrindiniai nusikaltimai išvardytos Europolo konvencijos 2 priede (Europolas, 2002).

Interpolo pastangomis buvo sukurtas ekspertų iš visų valstybių narių tinklas, todėl informacija apie pinigų plovimą gali būti keičiamasi greičiau ir efektyviau (Interpolas, 2002). Muitinių veiklos sustiprinimo tinklas (*Customs Enforcement Network,* CEN) yra elektroninė informacijos bei ryšio sistema, parengta Pasaulinės muitų organizacijos ir pradėjusi veikti 2000 m. birželio mėn. Nuo 2003 m. birželio mėn. šia sistema jau naudojosi daugiau kaip 700 vartotojų iš 130 valstybių, buvo atlikta per 700 valiutos konfiskavimų. 2002–2003 m. kovodama su pinigų plovimu FATF (Finansinių veiksmų darbo grupė) stipriai pažengė į priekį. FATF sėkmingai peržiūrėjo 40 rekomendacijų (FATF, 2003a). Ypač daug dėmesio buvo skirta kovai su piktnaudžiavimu alternatyvių pinigų perlaidų sistemomis (FATF, 2003b).

Turto konfiskavimas

Praėjusiais metais nemažai šalių priėmė įstatymų pataisas, numatančias nelegalių prekeivių turto konfiskavimą ar lėšų, gaunamų iš tokio pobūdžio veiklos, valdymą. Airijoje Kriminalinio turto biuro (*Criminal Assets Bureau,* CAB) iniciatyva dirbama kartu su „Garda“ nacionaliniu narkotikų skyriumi (*Garda National Drugs Unit,* GNDU) siekiant nustatyti vietinių narkotikų platintojų turtą ir juo pasirūpinti. Jungtinėje Karalystėje remiantis 2003 m. nusikalstamu būdu įgytų pajamų įstatymu (*Proceeds of Crime Act*) įsteigta Pajamų išieškojimo agentūra (*Assets Recovery Agency*), o pagal naujus įstatymus policininkams ir muitininkams suteikiama teisė sulaikyti bei apieškoti įtariamąjį. Įstatyme numatytos priemonės, padedančios tyrėjams atsekti nusikalstamu būdu įgytas pajamas ir ištirti pinigų plovimą. Škotijoje padidinti vykdomosios valdžios ir baudžiamųjų organizacijų įgaliojimai, kurie leido joms efektyviau išieškoti lėšas tiek baudžiamųjų, tiek ir civilinių bylų atveju.

2003 m. Ispanijoje priimtas naujas įstatymas, reglamentuojantis konfiskuotas nelegalios prekybos narkotikais lėšas, pakeitė 1995 m. priimtą tokio pat pobūdžio įstatymą. Naujuoju įstatymu siekiama paspartinti dokumentų, reikalingų konfiskuotų prekių identifikavimui ir buvimo vietos nustatymui, persiuntimo procesą ir išaiškinti konfiskuotų lėšų gavėjų ratą, įtraukiant tarptautines ir viršvalstybines institucijas bei užsienio šalių vyriausybes. Nyderlanduose konfiskavimo įstatymų analize, kuri buvo atlikta praėjus 10 metų nuo jų priėmimo, bandyta nustatyti 52 stambių nusikaltėlių organizacijų turto, perduoto teismui per nurodytą laikotarpį, prigimtį ir dydį. Tyrimo išvadose teigiama, kad galima buvo konfiskuoti tik 10 % neteisėtai įgytų pinigų, tačiau įrodyti, kiek tiksliai pinigų buvo neteisėtai įgyta, vis dar labai sunku. Tyrėjai rekomendavo pagerinti finansinių nusikaltimų srities ekspertizę. Prancūzijoje, įvertinus tai, kad 1995 m. įkurtas Narkotikų politikos fondas nesurinko pakankamai pajamų, 2002 m. išleistas Nusikaltimų ir nuosprendžių atidėjimo reikalų departamento aplinkraštis, kuriame nustatyta tiksli veiklos instrukcija bei organizuota tolimesnė konfiskuotų nelegalios prekybos narkotikais ar pinigų plovimo lėšų naudojimo priežiūra.

Narkotikai ir vairavimas

Trys ES valstybės priėmė reikšmingas įstatymų pataisas dėl vairavimo pavartojus narkotikų. 2003 m. Austrijoje buvo priimta 21-oji Kelių eismo taisyklių įstatymo pataisa, kuria policininkams leista reikalauti iš vairuotojų kraujo mėginio testui, jei įtariama, kad nesugebėjimą tinkamai vairuoti nulėmė narkotikų vartojimas. Baudos, jei testas teigiamas, ir padariniai, jei vairuotojas atsisako duoti kraujo mėginį, yra tokie pat kaip ir vairuojant išgėrus. Be to, pagal šio įstatymo reikalavimus jei testas yra teigiamas, jis nenurodomas policijos ataskaitoje kaip Įstatymo dėl narkotinių medžiagų pažeidimas, o apie tai yra informuojamos tik atitinkamo rajono sveikatos įstaigos.

Prancūzijoje 2003 m. vasario mėn. priimtame naujame įstatyme yra atskiras straipsnis, pagal kurį vairavimas pavartojus medžiagų ar augalų, priskiriamų narkotikams, yra vertinamas kaip teisės pažeidimas, o vairuotojus, patekusius į kelių eismo įvykius, kuriuose buvo žmonių aukų, privaloma tikrinti. Žymiai griežtesnės bausmės yra skiriamos tuo atveju, jei narkotikai buvo vartoti kartu su alkoholiu. Be to, vairuotojai, pakliuvę į kelių eismo įvykį, kuriame buvo sužaloti žmonės, turi būti reguliariai tikrinami įtarus juos narkotikų vartojimu. Žandarmerijai ir policijai taip pat leidžiama atsitiktinai tikrinti vairuotojus.

Suomijoje iš naujo peržiūrėtame Baudžiamojo kodekso 23-ame skyriuje numatyta, kad bet kurio vairuojančio asmens kraujyje aptikus aktyvių narkotinių medžiagų ar jų metabolinių derivatų, jis yra kaltinamas vairavimu išgėrus, išskyrus tuos atvejus, kai ši medžiaga vartota gydytojo nurodymu. Tačiau jei vairuotojas nesugeba tinkamai vairuoti, jis bus kaltinamas vairavimu išgėrus, neatsižvelgiant į tai, ar medžiaga buvo gydytojo paskirta, ar ne. Jei vairavimo įgūdžiai yra tiek pablogėję, kad vairuotojas pradeda kelti grėsmę aplinkinių sveikatai, skiriama bauda nuo 60-ies dienos baudos vienetų iki įkalinimo dvejiems metams už vairavimą išgėrus sunkinančiomis aplinkybėmis.

2003 m. birželio mėn. Europos teisinė narkotikų duomenų bazė (*European Legal Database on Drugs,* ELDD) paskelbė 16-os šalių įstatymų dėl vairavimo pavartojus narkotikų lyginamąjį tyrimą ([15]), kuris aiškiai parodė, jog visose šalyse vairavimas pavartojus narkotikų yra vertinamas kaip teisės pažeidimas, tačiau jose pastebėta didelė policijai suteiktų galių tikrinti vairuotojus, narkotinių medžiagų klasifikacijos bei taikomų sankcijų įvairovė. 2000 m. liepos mėn. ENNSC pristatė šį tyrimą Europos Tarybos Pompidou grupės seminare „Kelių eismas ir psichiką veikiančios medžiagos“.

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

2 skyrius

Narkotikų prevencija: darbas su didžiausios rizikos grupėmis bendruomenėse

Narkotikų prevencijos priemonių tikslas – sumažinti vartojančių narkotines medžiagas asmenų skaičių ar dažniau atidėti narkotikų vartojimą iki vėlesnio amžiaus (realesnis tikslas), taip sumažinant narkotikų problemos mastą (Rhodes ir kt., 2003). Narkotikų prevencija – tai informavimas apie narkotikus ir jų keliamą pavojų. Iš tiesų šis konkretus, su narkotikais tiesiogiai susijęs elementas sudaro tik mažą narkotikų prevencijos dalį. Veiksmingose strategijose derinamas informavimas apie narkotines medžiagas su elgsenos bei mąstymo (teisingos vertybių sistemos) formavimo metodais, kurie tam tikra prasme užkerta kelią narkotikų vartojimui (Flay, 2000).

Narkotikų prevencija klasifikuojama pagal tikslines grupes. Bendroji prevencija taikoma bendrosioms (paprastai jauno amžiaus) žmonių grupėms, pvz., mokyklos bendruomenei, o ne konkrečioms rizikos grupėms, tuo tarpu atrankinė prevencija skirta pažeidžiamoms grupėms, o tikslinė prevencija – pažeidžiamiems individams. Nors mokyklose vykdoma narkotikų prevencija dažnai yra politinis prioritetas, vis dar ginčytina, ar ji yra svarbiausia visos prevencijos dalis. Kadangi narkotikų prevencijai skirtos lėšos yra ribotos, o kai kuriose šalyse jos dar ir sumažėjo (pvz., Prancūzijoje narkotikų prevencijos biudžetas (valstybės subsidijos) sumažėjo nuo 15 milijonų eurų 2001 m. iki 11 milijonų eurų 2002 m.), tampa vis svarbiau, kad narkotikų prevencija būtų aukštos kokybės ir pagrįsta tvirtais įrodymais. Atsižvelgiant į visuomenės sveikatos poreikius, planuojant ir diegiant narkotikų prevencijos politiką reikia stengtis, kad esminė rentabili bendrosios prevencijos dalis (*prêt-à-porter*) pasiektų didelę tikslinę žmonių grupę. Vėliau šią prevencijos politiką turi sustiprinti intensyvesnė, konkrečiam atvejui pritaikyta, pažeidžiamoms grupėms skirta intervencija ([16]).

Bendroji prevencija

Šiuolaikinių narkotikų prevencijos strategijų principai ir turinys, ypač mokykloms skirtos bendrosios narkotikų prevencijos programos, yra pagrįstos moksliniais faktais. Pamatuotas ilgalaikis poveikis, net jei ir mažas (Stothard ir Ashton, 2000), yra žymus pasiekimas, ypač jei jis nustatomas didelėse asmenų grupėse. Pagrindiniai principai – kas veikia ir kas neveikia – jau yra griežtai apibrėžti. Veiksmingas yra interaktyvus mokymas (įtraukiant tos pačios socialinės padėties asmenis) (Tobler ir Stratton, 1997), vertybių sistemos koregavimas (Flay, 2000), subalansuotas ir jaunų žmonių socialinę tikrovę atitinkantis socialinių įgūdžių ugdymas bei informacija apie narkotines medžiagas (Hansen, 1992; Dusenbury ir Falco, 1995; Paglia ir Room, 1999; Tobler ir kt., 2000; Tobler, 2001). Praktikoje kai kuriose valstybėse narėse atsakingi už šią politiką asmenys bei šios srities specialistai ir toliau teikia pirmenybę būdams, kurie nėra labai veiksmingi, pavyzdžiui, emocinis ugdymas (pvz., savigarbos kėlimas), informacijos teikimas (suvokimo plėtimas) ir svarstymas.

Veiksniai, lemiantys sėkmingą mokykloms skirtos narkotikų prevencijos skleidimą ([17]) yra šie: griežtas nustatyto mokymosi plano laikymasis, kai už tai yra atsakingi tinkamai parengti mokytojai; aiškiai apibrėžtas turinys; aprūpinimas vadovėliais ir mokymo priemonėmis. Be to, narkotikų prevencija turi būti įtraukta į bendrąją mokyklos politiką dėl narkotikų ir sveikos gyvensenos skatinimą (Paglia ir Room, 1999; Chinman ir kt., 2004). Tačiau tikrovėje gali būti išskirtos trys skirtingos strategijos, kurios tik retais atvejais naudojamos visos drauge. Pagal pirmąją strategiją narkotikų prevencija organizuojama didelėmis nacionalinėmis programomis (Čekijos Respublikoje, Airijoje, Lietuvoje ir Nyderlanduose) ar keletu patvirtintų programų (Graikijoje Ispanijoje, Vengrijoje ir Švedijoje). Pagal kitą strategiją pagrindinis dėmesys skiriamas mokytojų rengimui (prancūziškai kalbančioje Belgijos dalyje, kai kuriose Vokietijos ir Austrijos dalyse, Jungtinėje Karalystėje) darant prielaidą, kad mokytojai įtrauks prevencijos idėjas į kasdieninius mokyklos užsiėmimus. Galiausiai kai kurios kitos šalys (pvz., Portugalija, Suomija) pasirinko sveiką gyvenseną skatinančių mokyklų tinklų steigimą. Tik Airijoje ir Ispanijoje visi trys aukščiau minėti požiūriai derinami visoje šalyje ([18]).

Bendrąja narkotikų prevencija už mokyklos ribų ([19]) paprastai siekiama paveikti jaunuolius šiais trimis būdais:

([16]) Žr. OL 1 paveikslėlį „Nacionaliniai planai, patikslinantys prevencijos turinį ir strategiją“.
([17]) Žr. OL 2 paveikslėlį „Narkotikų prevencijos mokykloje skleidimo būdai“.
([18]) Žr. OL 3 lentelę „Narkotikų prevencijos mokykloje pagrindiniai kriterijai“.
([19]) Žr. OL 3 paveikslėlį „Narkotikų prevencija jaunimui už mokyklos ribų“.

pasiūlant alternatyvų laisvalaikio leidimo būdą – darbą jaunimui, nuotykius ar kūrybinę veiklą (Graikijoje, Ispanijoje, Latvijoje, Liuksemburge ir Jungtinėje Karalystėje); kviečiant sportuoti ar leisti laiką sporto klubuose, taip siekiant integruoti jaunuolius į saugias grupes, turinčias savo taisykles, elgsenos normas bei nuostatas (Vokietijoje, Italijoje ir Suomijoje); ar naudojant socialinių paslaugų centro metodus (Danijoje, Austrijoje, Lenkijoje, Portugalijoje ir Norvegijoje). Prevencinis darbas už mokyklos ribų suteikia didžiulę galimybę nustatyti, kurie jaunuoliai priklauso rizikos grupėms, bei nukreipti veiksmus į pažeidžiamas grupes, tačiau šia galimybe pasinaudota tik kai kuriose iš valstybių narių (Airijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose, Austrijoje ir Jungtinėje Karalystėje).

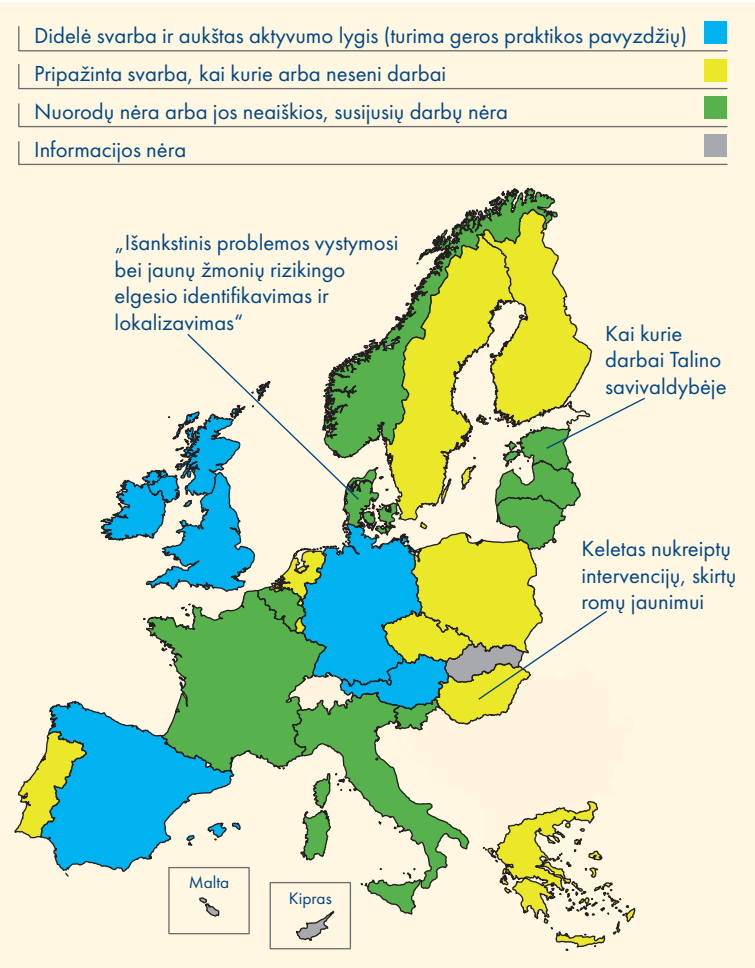
Atrankinė prevencija

Priešingai nei bendrosiose prevencijos programose, kuriomis keliami plataus masto ir mažo poveikio uždaviniai, atrankinės prevencijos politikoje didelis dėmesys kreipiamas į lengvai pažeidžiamus individus ar grupes. Atrankinėje prevencijoje naudojami jau atlikti (geriausiai tiktų vietiniai) tyrimai apie rizikos faktorius, pažeidžiamas grupes ir problemišką kaimynystę – atvejus, kai yra didžiausia rizika pradėti svaigintis narkotikais. Kai kuriose šalyse, pavyzdžiui, Suomijoje ir Švedijoje, atrankinė prevencija susilaukia vis didesnio susidomėjimo, nes pagausėjo pramogų metu kanapių bei alkoholio vartojimo atvejų (žr. 3 skyrių), tačiau ši prevencija kol kas taikoma tik keliose valstybėse narėse (2 paveikslėlis), dažniausiai tose, kurios jau turi bendrosios prevencijos strategijų politiką. Tvirta teorinė bazė ir geras įvertinimo mechanizmas yra labai svarbūs tam, kad tikslinių grupių ar sričių atranka būtų pagrįsta tyrimų duomenimis, o intervencijų tikslai būtų tinkamai apibrėžti ir tarpusavyje susiję. Pavyzdžiui, Vengrijoje keleto intervencijų metu dėmesys buvo sutelktas į romų bendruomenes, poveikiui naudojant to paties amžiaus grupės ir socialinio sluoksnio grupinį metodą. Narkotikų prevencija pramogų metu yra išskirta kaip atskiras atrankinės prevencijos pogrupis ir yra aprašyta 4 skyriuje.

Pažanga išsiplėtusioje Europos Sąjungoje

Graikijoje, Portugalijoje bei Švedijoje prevencijos politikoje atsirado šiuolaikinių sąvokų ir įsivyravo aiškesnės struktūros, pvz., mokyklų prevencija yra geriau apibrėžta nei anksčiau. Darželiuose ir pradinėse mokyklose atsirado programos vaikams, ypač tai būdinga Graikijai bei Austrijai.

2 paveikslėlis: Valstybės narės, kurių strategijose paminėta ir įgyvendinama atrankinė (t. y. nukreipta į pažeidžiamas populiacijas arba regionus) prevencija



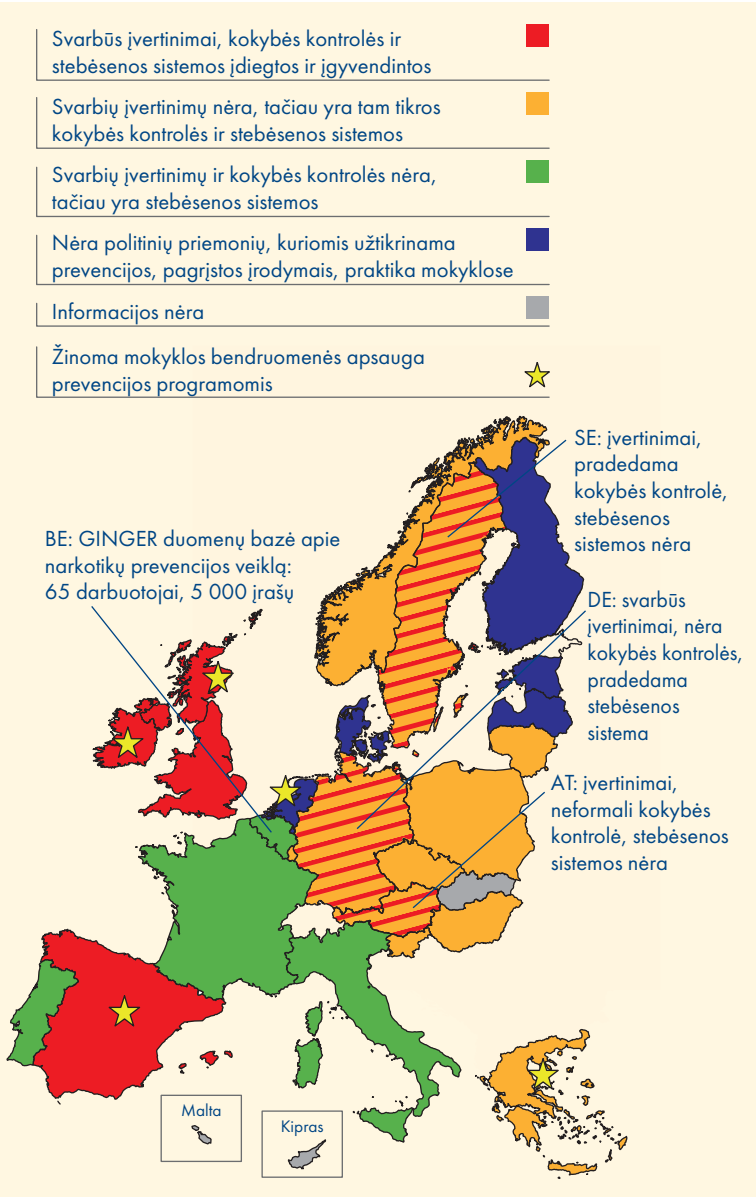
Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos ir „Ataskaita apie atrankinę prevenciją ES teritorijoje“ (http://www.emcdda.eu.int//?nnodeid=1569).

Valstybių narių prevencijos politika, kuri yra pavaldi kokybės kontrolės sistemoms (3 paveikslėlis) paprastai taip pat yra aukštesnio struktūrinio lygmens (pvz., skleidimas naudojant sudėtingas programas ([20])) bei joje skiriama daugiau dėmesio atrankinei prevencijai (žr. 2 paveikslėlį). Lyginant Europos prevencijos politiką esminiai veiksniai yra kokybė (faktai pagrįsti sąvokomis), struktūra (kaip ir kas vykdo skleidimą) ir mastas (aprėptos populiacijos dydis).

Kokybės kontrolės sistemos ir standartai veikia Čekijos Respublikoje, Lietuvoje, Slovėnijoje ir Švedijoje, o tuo tarpu Vokietijoje ir Portugalijoje jau veikia ar kuriamos naujos prevencijos intervencijų stebėsenos sistemos. Vis dažniau yra apibrėžiamos ir nacionalinėse strategijose rekomenduojamos konkrečios prevencijos intervencijos sudedamos dalys, pavyzdžiui, socialinių ir sprendimo priėmimo įgūdžių skatinimas bei savigarbos didinimas Lietuvoje ir Švedijoje.

([20]) Žr. OL 1 paveikslėlį „Nacionaliniai planai, patikslinantys prevencijos turinį ir strategiją“.

3 paveikslėlis: Valstybės narės, kuriose prevencijos mokyklose kokybės kontrolė, stebėsena ir vertinimas laikomi prioritetiniais dalykais ir yra atliekami



Šaltinis: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos.

Mokyklų prevencijų mastas, kuris išreiškiamas ta moksleivių dalimi, kuri patyrė bendrąją prevenciją, gali būti pamatuotas tik esant programomis pagrįstai prevencijai. Kai kurios strategijos (Ispanijos, Airijos ir Jungtinės Karalystės) kelia uždavinį vykdyti plataus masto prevenciją.

Visose Ispanijos autonominėse srityse (*Comunidades Autónomas*) mokyklų bendruomenių, susidūrusių su patvirtintomis ir rekomenduojamomis prevencijos programomis, santykis vis didėja, o kitose valstybėse narėse (Čekijos Respublikoje, Graikijoje ir Norvegijoje) mastas buvo nustatytas neseniai. Dėl šių pokyčių daugelyje valstybių narių narkotikų prevencijos padėtis pamažu gerėja. Anksčiau situacija šiose valstybėse buvo apibūdinta kaip „nekoncentruota (būdingos nekonkrečios intervencijos ir tinkamos prevencinės agitacinės medžiagos trūkumas), nemotyvuota (blogas specialistų, dirbančių šioje srityje, parengimas), mažos iniciatyvos ir įvertinimo (nekokybiški tyrimai ir vertinimo procedūrų trūkumas), mažo tęstinumo (dažnos tik tam tikram tikslui skirtos intervencijos) ir žemo koordinavimo bei dalyvavimo laipsnio (atliktos veiklos koordinavimo trūkumas)“ (Portugalijos nacionalinė ataskaita).

... ir pažangos trūkumas

Kai kuriose valstybėse narėse pažanga yra labai lėta ir vis dar dominuoja nepagrįstos faktais sąvokos. Tokia situacija yra dėl nepaslankumo, kadangi ypač daug dėmesio teikiama medicinos ir žalingų įpročių požiūriams, neįvertinama socialinės įtakos svarba ir per daug dėmesio kreipiama asmeniniams kintamiesiems. Be to, kai kuriose šalyse standartų nebuvimas reiškia, kad prevencija yra tik vietos sveikatos specialistų ar mokytojų kompetencija, žmonių, kurių žinios apie faktais pagrįstą prevenciją yra neišsamios, o prevencijos klausimas yra populiarių nuomonių ar įsitikinimų lygmens. O kai kuriose valstybėse narėse (pvz., Danijoje, Estijoje, Prancūzijoje, Latvijoje, tam tikrose Belgijos dalyse, Vokietijoje ir Italijoje) narkotikų prevencija mokyklose daugeliu atvejų grindžiama informacinių bukletų skleidimu, atsitiktiniais seminarais, įvairiais renginiais, parodomis, susitikimais, paskaitomis ar specialistų apsilankymu.

Turima įrodymų, nors ir ribotų (Flay, 2000), kad sėkminga narkotikų prevencija mokyklose turi būti sveikos gyvensenos mokymo plano ir mokyklos politikos narkotikų atžvilgiu dalimi. Be to, vykdant prevenciją reikia atsižvelgti į socialinio gyvenimo aspektus ir bendruomenę (Paglia ir Room, 1999). Tačiau pernelyg dažnas tokių frazių kaip „sveikos gyvensenos skatinimas“, „holistiniai požiūriai“ ir „vientisa prevencija“ vartojimas dažnai slepia prevencijos politikos trūkumus ir parodo ribotą įsipareigojimą faktais grįstai prevencijai. Iki šiol nebuvo jokios žymios pažangos šeimos prevencijos nuo narkotikų srityje. Būdama bendrosios prevencijos dalimi, šeima paremta prevencija apsiriboja tėvų vakarais ar grupėmis (pvz., Vokietijoje, Graikijoje ir Švedijoje), o tuo tarpu Ispanijoje, Airijoje, Lenkijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje ([21]) ji yra atrankinės prevencijos dalis (t. y. didžiausią dėmesį skiria į rizikos grupę patenkančioms šeimoms).

([21]) Žr. OL 4 lentelę „Pagrindinių prevencijos kriterijų santrauka“.

3 skyrius

Kanapės

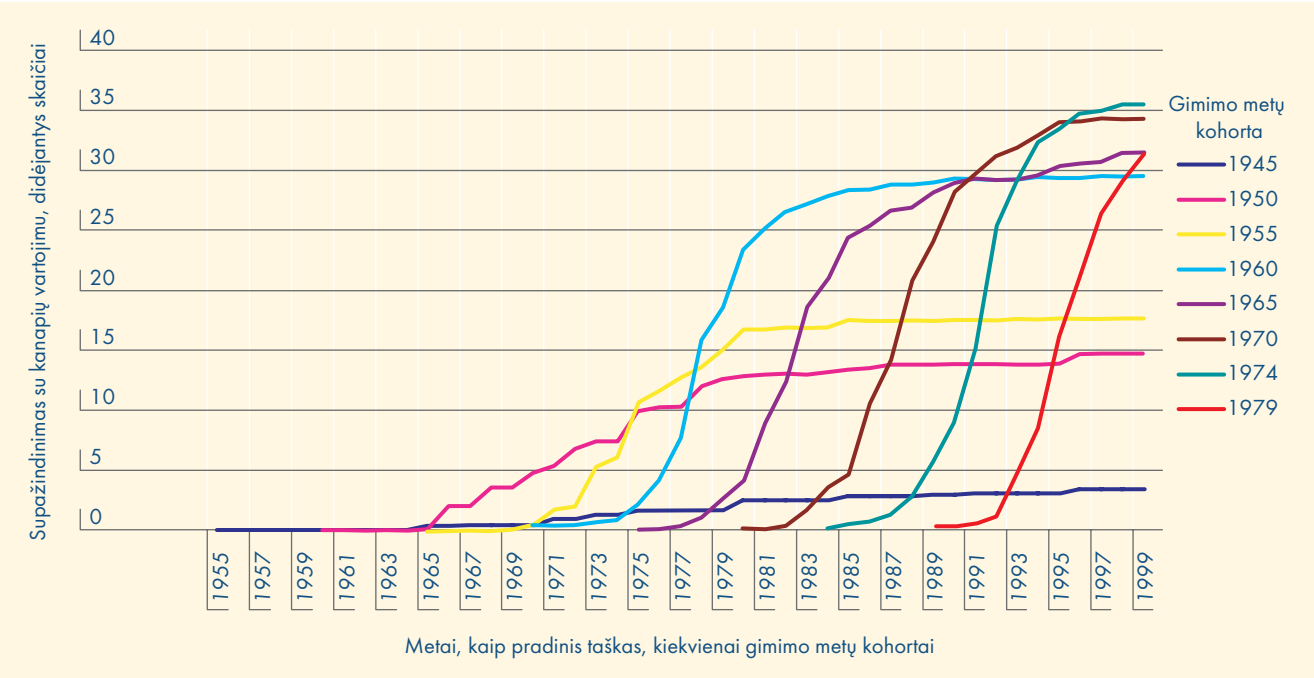
Visose ES šalyse kanapės yra dažniausiai vartojama nelegali narkotinė medžiaga, nors tarp šalių yra žymių skirtumų. Kai kuriose šalyse kanapės tarp jaunimo paplito praeito amžiaus aštuntajame dešimtmetyje, o kitose ES šalyse praeito amžiaus aštuntajame ir devintajame dešimtmečiuose (4 paveikslėlis – pavyzdys iš Ispanijos). Labai paplitęs narkotikų vartojimas yra gana naujas reiškinys naujose ES valstybėse narėse.

Paplitimas ir vartojimo ypatybės

Narkotikų vartojimas visuomenėje nustatomas atliekant tyrimus, kurie pateikia rezultatus, parodančius narkotikus apibrėžtu laikotarpiu vartojusią gyventojų dalį ([22]). Pastarųjų metų gyventojų tyrimas parodė, kad didelė Europos suaugusių gyventojų dalis (15–64 metų amžiaus grupėje) bent kartą vartojo narkotines medžiagas. Belgijoje, Estijoje, Vengrijoje ir Portugalijoje narkotines medžiagas vartojo 5–10 %, o Danijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje 24–31 % suaugusiųjų. Šiuos skaičius galima palyginti su 2002 m. Jungtinės Amerikos Valstijose atliktu nacionalinių namų ūkių narkotikų vartojimo tyrimu. Nustatyta, kad 40 % suaugusiųjų (12-os metų ir vyresnių) teigė bent kartą vartoję kanapes ar marihuaną, o 11 % vartojo narkotines medžiagas per ankstesnius 12 mėnesių (SAMHSA, 2002) ([23]).

Tyrimai parodė, kad kanapių vartojimas yra paplitęs tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų), o ypač tarp žmonių nuo

4 paveikslėlis: Supažindinimo su kanapių vartojimu plitimo pokyčiai pagal pasirinktų gimimo metų kohortą – Ispanijos pavyzdys



NB: Duomenys paremti 1997 m. nacionaliniu narkotikų tyrimu (*n* = 12 515; 15–64 metų amžiaus asmenys) ir 1999 m. nacionalinis narkotikų tyrimas (*n* = 12 488; 15–65 metų amžiaus asmenys).
Gimimo metų kohortos pasirinktos tik tuo atveju, jei nėra didelių skirtumų tarp tyrimų ir imčių vienerių metų gimimo kohortai.

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

([22]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenyje gyventojų stebėjimo metodologines pastabas.

([23]) Atkreipkite dėmesį į tai, kad amžiaus intervalas JAV vykdytoje apklausoje (12-os metų ir vyresni) yra platesnis nei ENNSC atliktoje apklausoje ES šalyse (15–64 metų).

20-ies iki 30-ies metų. Kanapes dažniau vartoja vyriškos nei moteriškos lyties asmenys. Nacionaliniai tyrimai taip pat parodė, kad kanapės yra dažniau vartojamos miestuose ar tose teritorijose, kuriose gyventojų tankumas didelis. Kai kurie minėti nacionaliniai skirtumai gali iš dalies atskleisti urbanizacijos lygmenų skirtumus.

Penkiolikamečių ar šešiolikamečių moksleivių, galinčių lengvai ar labai lengvai gauti kanapių, skaičius yra žymiai didesnis nei asmenų, vartojančių kanapes ilgą laiką ([24]), tačiau abiem atvejais įtakos turi geografiniai skirtumai. Skirtumai tarp šalių yra labai ryškūs. Neseniai atlikti penkiolikamečių moksleivių tyrimai parodė, kad kanapių vartojimo paplitimas nurodytoje amžiaus grupėje kinta nuo mažiau nei 10 % Graikijoje, Maltoje, Švedijoje ir Norvegijoje iki daugiau nei 30 % Čekijos Respublikoje, Ispanijoje, Prancūzijoje ir Jungtinėje Karalystėje ([25]). Daugiausiai vartojimo atvejų nustatyta Anglijoje: tarp berniukų (42,5 %), šiek tiek mažiau tarp mergaičių (38 %). Vartojančių kanapes berniukų ir mergaičių skaičius taip pat kinta ir kitose šalyse, o šiaurės Europoje pastebėta mažesnė kanapių vartojimo tendencija. Pavyzdžiui, kanapių paplitimas nurodytoje amžiau grupėje tarp berniukų sudaro 7,7 %, o tarp mergaičių – 6,6 %, kai tuo tarpu Graikijoje atitinkamai 8 % ir 2,7 %.

Daugelis kanapių vartojimo atvejų yra atsitiktiniai arba vėl pradedama jas vartoti praėjus ilgesniam laikui. Daugelyje ES šalių tik 20–40 % visų suaugusiųjų, kurie yra anksčiau išbandę kanapes, vartojo jas per pastaruosius 12 mėnesių ir tik 1–10 % prisipažįsta vartoję kanapes per pastarąsias 30 dienų.

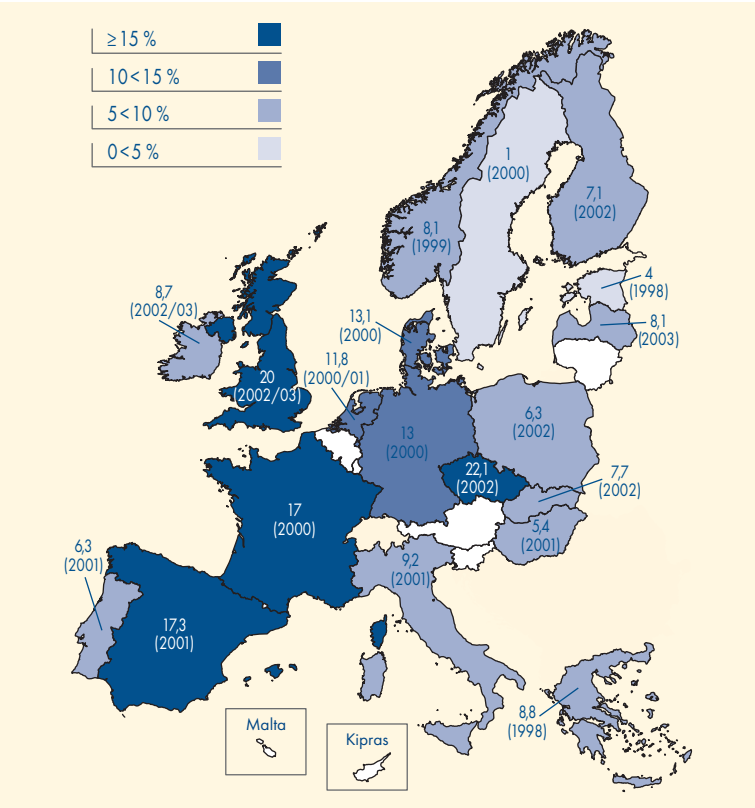
Kanapių vartojimo per pastaruosius 12 mėnesių skaičius yra didesnis tarp jaunų suaugusių (15–34 metų) nei bendrojoje suaugusių populiacijoje ir daugelyje šalių atitinkamai skiriasi nuo 5 % iki 20 % (5 paveikslėlis).

Pastebėtas mažas, bet svarbus ir nekintantis ES penkiolikamečių moksleivių skaičius (apie 15 %), kurie teigė vartoję kanapes 40 ir daugiau kartų per praėjusius metus (taip vadinami „užkietėję“ vartotojai).
6 paveikslėlyje matyti, kad vyriškos lyties moksleiviai yra du kartus labiau linkę būti „užkietėjusiais“ vartotojais nei moteriškos lyties moksleivės. Tarp vyriškos lyties moksleivių „užkietėjusių“ vartotojų skaičius kinta atitinkamai nuo mažiau nei 1 % daugelyje su Baltijos jūra besiribojančių valstybių (Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Suomijoje ir Švedijoje) bei Maltoje, iki 5–10 % Belgijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Slovėnijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Anksčiau minėtą procentą atitinka 0–4,6 % moteriškos lyties moksleivių. Mastas, parodantis, kiek „užkietėjęs“ vartojimas turi įtakos sveikatos problemų rimtumui ir padidėjęs gydymo poreikis išanalizuotas specialiame leidinyje „Šiuolaikinės kanapių keliamos problemos“ (p. 82) ([26]).

Tendencijos

Ilgalaikių nuolatinių ES šalyse atliekamų tyrimų trūkumas riboja vyraujančių tendencijų nustatymo galimybes. Tačiau skirtingi tyrimai (nacionaliniai, vietos, šauktinių ir mokyklų) parodė, kad kanapių vartojimas praeito amžiaus

5 paveikslėlis: Neseniai (per pastaruosius metus) kanapes vartojusių asmenų dalis tarp jaunų (15–34 metų) žmonių ES šalyse, apskaičiuota pagal nacionalines apklausas

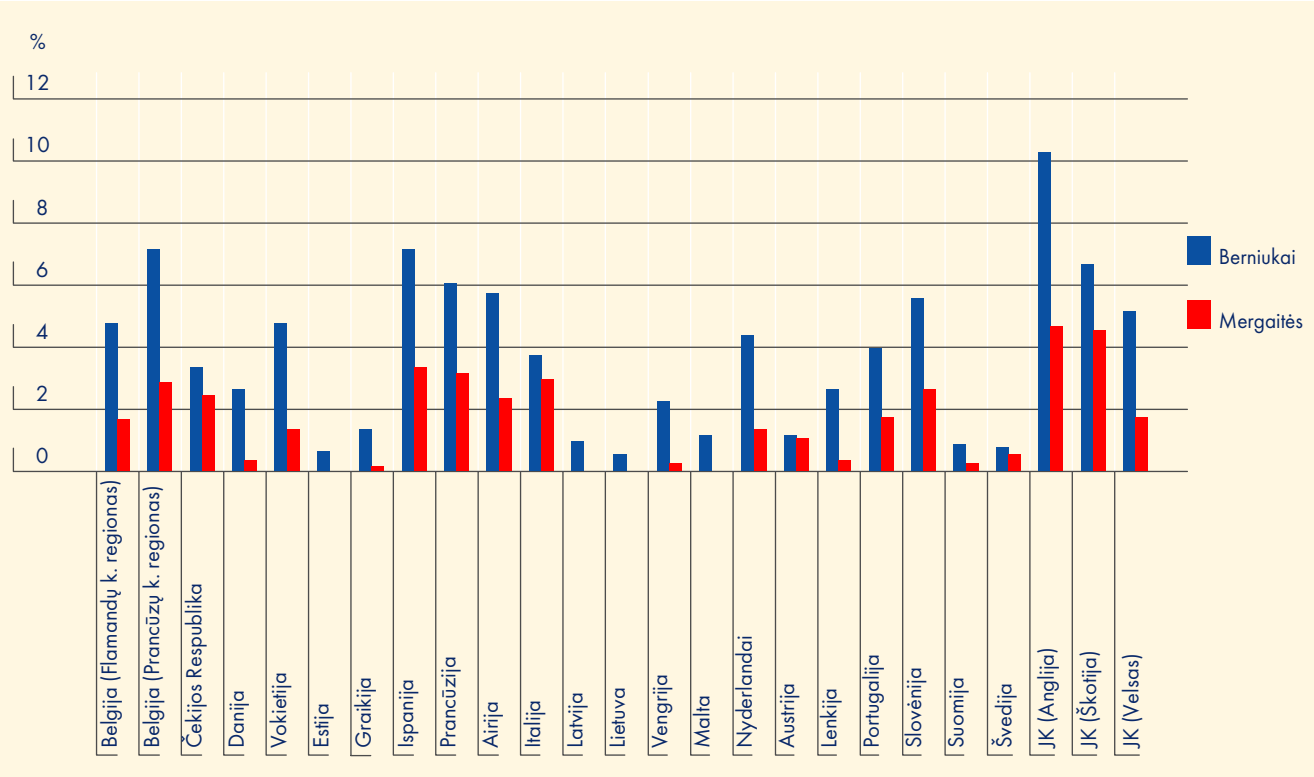


NB: Duomenys gauti iš naujausių nacionalinių tyrimų, atliktų kiekvienoje valstybėje, išskyrus Prancūziją, kur mažas imties dydis neleido remtis 2002 m. apklausa, todėl čia pateikti 2000 m. duomenys.
Apie atitinkamų amžiaus grupių respondentų kiekį – žr. „Bendros populiacijos tyrimo“ 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.
Ne visi duomenys tiksliai atitinka standartinę ENNSC nustatytą amžiaus grupę (Danijoje ir JK – 16–34 m., Estijoje, Vengrijoje ir Vokietijoje – nuo 18 iki 34metų). Amžiaus skirtumai gali turėti nedidelės įtakos kai kuriems nacionaliniams skirtumams. Kai kuriose šalyse duomenys buvo perskaičiuoti nacionaliniu lygiu, tokiu būdu siekiant kiek įmanoma labiau atspindėti standartinę ENNSC amžiaus grupę.

Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, parengtos pagal tyrimų ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Taip pat žr. populiacijos tyrimų lenteles 2004 m. Statistikos biuletenyje.

([24]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 2 lentelę „Paplitimas“.
([25]) Ibid.
([26]) Taip pat žr. OL 4 paveikslėlį „Santykinis kanapių vartojimo dažnumas tarp penkiolikamečių moksleivių, vartojusių kanapes pastaraisiais metais“.

6 paveikslėlis: „Sunkiojo“ kanapių vartojimo paplitimas tarp 15 metų amžiaus moksleivių pagal lytį 2001–2002 m.



NB: „Sunkiu“ kanapių vartojimu laikomas vartojimas 40 arba daugiau kartų per pastaruosius metus. Vokietija: tik regioninė imtis. Portugalija: ribotas palyginamumas dėl apklaustųjų ūgio bei amžiaus.
Šaltinis: Currie ir kt. (2004) *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey.*

dešimtajame dešimtmetyje žymiai išaugo beveik visose ES šalyse, ypač tarp jaunimo. Kai kuriais atvejais vartojimo skaičius išaugo po to, kai praeito amžiaus devintajame dešimtmetyje šie rodikliai buvo sumažėję ([27]).

Nors daugelis šalių praneša, kad pastaraisiais metais kanapių vartojama vis daugiau, tačiau keturios kitos šalys (Nyderlandai, Suomija, Švedija ir Norvegija) savo ataskaitose teigia, kad per 2–4 pastaruosius metus kanapių vartojimo pobūdis tarp moksleivių, šauktinių ar paauglių stabilizavosi.

Pasirodysiančiose 2003 m. Europos mokyklų tyrimų projekto apie narkotinių medžiagų vartojimą (*angl.* ESPAD) išvadose pateikiamas smulkesnis vyraujančių tarp ES moksleivių ([28]).

Peršasi tokia išvada: pramogų metu ir atsitiktiniai kanapių vartojimo atvejai žymiai išaugo praeito amžiaus dešimtajame dešimtmetyje daugelyje Europos valstybių, tačiau dabar situacija pradeda stabilizuotis, bent jau kai kuriose šalyse. Dabartinis kanapių vartojimas taip pat išaugo, ypač tarp jaunimo.

Konfiskavimas ir rinkos duomenys

2002 m. kanapės ir toliau išliko plačiausiai gaminamu ir nelegaliai prekiaujamu narkotiku pasaulyje. Tačiau atsižvelgiant į visuotinį kanapių gamybos paplitimą ir trūkstant stebėsenos sistemų, labai sunku įvertinti, kokie yra kanapių gamybos mastai (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Gamyba ir prekyba

Pastaraisiais metais Marokas tapo pagrindiniu kanapių dervos tiekėju pasaulyje, kiti du stambūs šaltiniai – Afganistanas ir Pakistanas. Taip pat kanapes tiekia kitos centrinės Azijos šalys, Rusija, Libanas ir Albanija (UNODC, 2003a). 2002 m. Marokas ir toliau liko šalimi, kurioje kanapių dervos pagaminama daugiausiai, jam nedaug nusileido Albanija ir Indija. Be to, dar buvo paminėta 31 narkotikus tiekianti šalis, ir tai patvirtina faktą, kad prekyba yra paplitusi, o tiekiančių kanapes šalių skaičius yra didelis (CND, 2004). 2003 m. JT Narkotikų ir nusikaltimų tarnyba (UNODC) kartu su Maroko vyriausybe atliko pirmąjį kanapių gamybos Maroke tyrimą. Šis tyrimas parodė, jog 27 % ariamos

([27]) Žr. OL 5 paveikslėlį „Jaunų žmonių kanapių vartojimo tendencijų kitimas pagal visuomenės apklausos duomenis kai kuriose ES šalyse“.
([28]) Žr. OL 3 langelį „Europos mokyklų tyrimų projektas apie alkoholį ir kitus narkotikus“.

Rinkos duomenų bei konfiskavimo aiškinimas

Narkotikų konfiskavimo atvejų skaičius šalyje netiesiogiai laikomas indikatoriumi, kokia yra narkotikų pasiūla, galimybė jų įsigyti, be to, tai taip pat atspindi teisėsaugos šaltinius, prioritetus ir strategijas bei galimybes suvaldyti prekiautojus. Kiekvienais metais konfiskuotų narkotikų kiekis gali labai skirtis, pavyzdžiui, jei vienais metais konfiskuojama nedaug. Dėl šios priežasties daugelis šalių mano, jog konfiskavimų skaičius yra geresnis tendencijų indikatorius. Visose šalyse konfiskavimo atvejų didžioji dalis yra maži konfiskavimai, kai prekiaujama mažais kiekiais. Konfiskuotų narkotikų kilmė bei keliavimo kryptys gali nurodyti prekiavimo kelius ir gaminimo vietas. Beveik visos valstybės narės pateikia duomenų apie narkotikų grynumą mažmeniniu lygiu ir kainą. Tačiau duomenis, ateinančus iš įvairių šaltinių, kurie ne visada yra palyginami ar patikimi, sunku tiksliai palyginti tarp šalių.

žemės Rifo regione buvo skirta kanapių auginimui, o tai reiškia, kad iš tokio ploto 2003 m. pagaminta 3 080 metrinių tonų kanapių dervos (UNODC ir Maroko Vyriausybė, 2003 m.). Didžioji dalis Maroke pagamintos kanapių dervos suvartojama ES; daugiausia ji kotrabandos būdu gabenama per Iberijos pusiasalį, o Nyderlandai yra antras svarbus tolesnio platinimo ES šalyse centras (Bovenkerk ir Hogewind, 2002; Nacionalinės ataskaitos, 2003).

Kanapių žolė auginama daugelyje pasaulio šalių. Apskritai didžiausios paminėtos šalys augintojos 2001 m. buvo Albanija, Kolumbija, Pietų Afrika, Rusijos Federacija, Jamaika ir Nyderlandai. Kanapių žolės prekyba daugiausia yra tarpregioninė, t. y. ji auginama ir vartojama tose pačiose vietovėse arba kaimyninėse šalyse (UNODC, 2003a). Pranešama, kad 2002 m. ES konfiskuota kanapių žolė buvo išauginta įvairiose šalyse, tačiau daugiausiai Nyderlanduose ir Albanijoje (CND, 2004; INCB, 2004a), taip pat Azijoje (Tailande), Afrikoje (Malavyje, Pietų Afrikoje, Nigerijoje, Angoloje) ir Amerikoje (Meksikoje, Jamaikoje, JAV) („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2003).

Daugumoje ES šalių vyksta vietinis kanapių auginimas ir gamyba. Nors kai kuriais atvejais konfiskuoti augalai galėjo būti gabenami iš vienos šalies į kitą, tačiau ES konfiskuotas kanapių žolės kiekis gali būti naudojamas kaip vietinių kanapių auginimo rodiklis (žr. 3 lentelę). Kanapių auginimas pastaraisiais metais paplito visoje Belgijoje. 2002 m. duomenimis Čekijos Respublikoje didelio masto hidroponinis kanapių auginimas pakeitė vietines „asmeniniam naudojimui“ lauke auginamas kanapes. 2002 m. Estijoje rasta daugiau kanapių plantacijų nei ankstesniais metais, o kai kurios jų buvo ypač didelės. Vengrijos ataskaitose taip pat pranešama, kad kanapės auginamos vis didesnėje teritorijoje. ES daugiausiai džiovintų kanapių konfiskuojama Italijoje, po to Nyderlanduose, kur konfiskuojamų augalų skaičius vis auga nuo 1998 m. Pastarieji duomenys – tai įvairių

3 lentelė: Kanapių konfiskavimo apimtys ES valstybėse ir Norvegijoje 2001 m.

Valstybė	Konfiskavimo atvejų skaičius	Konfiskuoti kiekiai: augalų kiekis (kilogramai, jei augalų skaičius nežinomas)
Belgija	n. d.	n. d.
Čekijos Respublika (1)	n. d.	343
Danija (1)	n. d.	230
Vokietija	785	68 696
Estija	24	6 043
Graikija	n. d.	18 821
Ispanija	n. d.	(3 907 kg)
Prancūzija	681	(41 kg)
Airija	20	365
Italija	n. d.	3 219 414
Kipras (1)	n. d.	274
Latvija (1)	n. d.	(72,7 kg)
Lietuva	n. d.	n. d.
Liuksemburgas	2	11
Vengrija	n. d.	n. d.
Malta	n. d.	n. d.
Nyderlandai	n. d.	884 609
Austrija	120	(36 kg)
Lenkija (1)	n. d.	2 550
Portugalija	64	3 807
Slovėnija	426	1 925
Slovakija (1)	n. d.	535
Suomija	612	(16 kg)
Švedija	51	(3 kg)
Jungtinė Karalystė (2)	1 875	71 507
Norvegija	n. d.	(17 kg)

n. d.: nėra duomenų.
Šaltiniai: nacionaliniai „Reitox“ biurai; išskyrus:
(1) Interpolas (2003 m.), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001* (Nacionalinė nelegalios prekybos narkotine produkcija ir jos vartojimo 2001 m. statistika), Interpolas: Lionas.
(2) Corkery J. M. ir Airs J. (2003 m.), *Seizures of drugs in the UK 2001* (Narkotikų konfiskavimas JK 2001 m.), Išvadų Nr. 202, *RDS-Home Office:* Londonas.

tarnybų integralaus sėkmingo darbo pasekmė vietiniu lygiu (pvz., glaudus vietinių valdžios institucijų, elektros bendrovių, mokesčių skyrių ir t. t. bendradarbiavimas). Nustatyta, kad nors pusė trijų ketvirtadalių visų Nyderlanduose suvartojamų kanapių yra vietinės kilmės („nederwiet"), tačiau Nyderlandai vis labiau praranda savo reikšmę kaip kanapių eksporto į kitas šalis šaltinis ir vis dažniau minima kaip tranzitinė valstybė gabenant užsienyje pagamintas kanapes į kitas šalis, ypač po to, kai kitose ES šalyse padidėjo kanapių gamyba.

Konfiskavimas

2002 m. visame pasaulyje buvo konfiskuota 1 039 tonos kanapių dervos ir 3 800 tonų kanapių žolės. Europoje ir Azijoje buvo konfiskuotas didžiausias kiekis kanapių dervos, atitinkamai 70 % ir 23 %, kai tuo tarpu Amerikoje (70 %) ir Afrikoje (19 %) daugiausiai konfiskuota kanapių žolės (CND, 2004). Pagal konfiskavimo atvejų skaičių ir bendrą konfiskuotą kiekį kanapės yra labiausiai konfiskuojamas narkotikas visose ES šalyse, išskyrus Latviją, kur konfiskuoto heroino kiekis didesnis už kanapių kiekį. Daugiausiai užfiksuotų kanapių konfiskavimo atvejų yra Jungtinėje Karalystėje, Ispanijoje ir Prancūzijoje ([29]). Tačiau per pastaruosius penkerius metus pagal konfiskuoto kanapių kiekio rodiklį Ispanijoje buvo konfiskuota daugiau nei pusė viso konfiskuoto ES kanapių kiekio. ES vyrauja tokios tendencijos: kanapių konfiskavimo atvejų skaičius ([30]) svyruoja, tačiau kreivė kyla aukštyn nuo 1997 metų, kai tuo tarpu konfiskuotų kanapių kiekio ([31]) kreivė svyra žemyn nuo 1999 metų. 2001 m. ES sumažėjus tiek kanapių konfiskavimo skaičiui, tiek jų kiekiui (remtasi turimais šalių duomenimis), 2002 m. kreivės vėl pakilo.

Kai kurios šalys įdiegė naujas technologines sistemas, siekdamos pagerinti veiklos, kovojant prieš nelegalią prekybą kanapėmis, veiksmingumą. Pavyzdžiui, Ispanija neseniai sukūrė Integruotą išorinio stebėjimo sistemą (SIVE), dabar jau veikiančią Alžyro regione ir kai kuriose Kanarų salose. Ši sistema skirta aptikti kanapių kontrabandos ir nelegalios imigracijos atvejus ([32]).

Kaina ir stiprumas

2002 m. vidutinė kanapių dervos pardavimo kaina svyravo nuo 2,7 euro už gramą Ispanijoje iki 21,5 euro už gramą Norvegijoje, o džiovintų kanapių – nuo 2 eurų už gramą Estijoje ir Ispanijoje iki 14 eurų už gramą Latvijoje ([33]). 1997–2002 m. daugelyje ES šalių kanapių dervos kainos nekito ar net šiek tiek sumažėjo, išskyrus Liuksemburgą, kur tuo metu kainos nežymiai išaugo. 2002 m. panašios tendencijos vyravo visose kitose šalyse išskyrus Vokietiją, Prancūziją, Latviją, Lietuvą ir Nyderlandus, kuriose gatvėje prekiaujamų kanapių dervos kaina išaugo. Per tą patį penkerių metų laikotarpį džiovintų kanapių kaina nekito ar šiek tiek sumažėjo daugelyje šalių, išskyrus Belgiją, Čekijos Respubliką, Lietuvą ir Liuksemburgą, kur kaina nežymiai išaugo. 2002 m. džiovintų kanapių kaina išaugo Vokietijoje, Lietuvoje ir Latvijoje, o kitose valstybėse narėse kainos nekilo ar net šiek tiek nukrito.

Kanapių produktų stiprumas nustatomas pagal jų pirminę aktyvią sudedamąją medžiagą Δ^9–tetra-hidrokanabinolį (THC) (ENNSC, 2004c). 2002 m. pagal pateiktus šalių duomenis, kanapių produktuose – dervoje ([34]) ir džiovintose kanapėse ([35]) – aptiktas vidutinis tetrahidrokanabinolio kiekis svyravo nuo mažiau nei 1 % iki 15 %.

([29]) Ši situacija turi būti iš naujo įvertinta vos tik gavus 2002 m. duomenis. 2002 m. Italijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Slovėnijoje trūko duomenų apie konfiskuotų kanapių atvejus; 2002 m. Kipre, Maltoje, Nyderlanduose, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje trūko duomenų apie konfiskuotų kanapių atvejus ir jų kiekį.
([30]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Rinkos".
([31]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 2 lentelę „Rinkos".
([32]) Žr. http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.
([33]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos".
([34]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 15 lentelę „Rinkos".
([35]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 16 lentelę „Rinkos".

4 skyrius

Amfetamino tipo stimuliatoriai, LSD ir kiti sintetiniai narkotikai

Šiame skyriuje aptariami įvairūs sintetiniu būdu pagaminti narkotikai. Kai kurie jų, pavyzdžiui, amfetaminai turi ilgą vartojimo Europoje istoriją. Kiti – ekstazio grupės narkotikai, tik neseniai pradėti vartoti dėl psichotropinių savybių. Taip pat šiame skyriuje aptariami bet kokie Europoje naujai atsiradę sintetiniai narkotikai.

Amfetaminai yra bendrinis amfetamino, metamfetamino ir nemažai kitų mažiau žinomų medžiagų, stimuliuojančių centrinę nervų sistemą, pavadinimas. Iš aukščiau išvardytų narkotikų, amfetaminas yra labiausiai paplitęs visoje Europoje. Metamfetamino vartojimo atvejų daugėja visame pasaulyje, o tai kelia rimtą susirūpinimą, nes vartojant šį narkotiką kyla daug rimtų sveikatos problemų. Dabar Europoje metamfetamino vartojimas paplitęs Čekijos Respublikoje, nors pavienių vartojimo atvejų aptinkama ir kitose šalyse.

Ekstazio narkotikų grupė, dar vadinama entaktogenais, sudaryta iš sintetinių medžiagų, kurios chemine sudėtimi primena amfetaminus, tačiau nuo jų skiriasi savo poveikiu. Geriausiai ekstazio grupėje yra žinomas 3,4-metilendioksi-metamfetaminas (MDMA), tačiau ekstazio tabletėse kartais randami ir kiti panašaus pobūdžio analogai.

Bendras ekstazio, amfetamino ir LSD vartojimo atvejų skaičius tarp gyventojų yra nedidelis, tačiau atidžiau pažvelgus galima pastebėti, kad jaunesnio amžiaus grupėse jis didėja. Be to, šie narkotikai yra ypač dažnai vartojami kai kuriuose socialiniuose sluoksniuose ir (arba) tam tikrose už visuomenės ribų esančiose grupėse.

Paplitimas ir vartojimo ypatybės

Paprastai populiariausiais nelegaliais narkotikais po kanapių išlieka amfetaminai, nors jų bendras vartojimo atvejų skaičius yra žymiai mažesnis (7 paveikslėlis). Tačiau keliose šalyse, kur tokio pobūdžio tyrimai atlikti keletą kartų (pvz., Vokietijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose, Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje), buvo pastebėta, kad pastaraisiais metais ekstazio vartojimo atvejų skaičius pasivijo ar net pralenkė atitinkamus amfetamino vartojimo rodiklius ([36]). Be to, kai kuriose kitose šalyse (Čekijos Respublikoje, Airijoje ir Portugalijoje) neseniai atlikti tyrimai (nors jie ir nebuvo pasikartojantys) parodė, kad gausėja ekstazio vartojimo atvejų.

Neseniai atliktų tyrimų duomenimis, ES valstybėse narėse amfetamino paplitimas bendrosios suaugusiųjų populiacijos (15–64 metų) amžiaus grupėje sudarė 0,5–6 %, išskyrus Jungtinę Karalystę, kur tokių asmenų skaičius išaugo iki 12 %. Ekstazį išbandė apie 0,5–7 % visų gyventojų.

Neseniai vartojusių (per paskutinius 12 mėnesių) amfetaminą ar ekstazį bendras suaugusiųjų skaičius yra truputį mažesnis nei 1 %, išskyrus Čekijos Respubliką, Ispaniją, Airiją (1998 m. tyrimas) ir Jungtinę Karalystę, kuriose abiem atvejais narkotines medžiagas vartojusių asmenų skaičius yra didesnis. Be to, neseniai vartojusių amfetaminą asmenų skaičius viršija vidurkį Danijoje ir Norvegijoje, o vartojusiųjų ekstazį – Nyderlanduose.

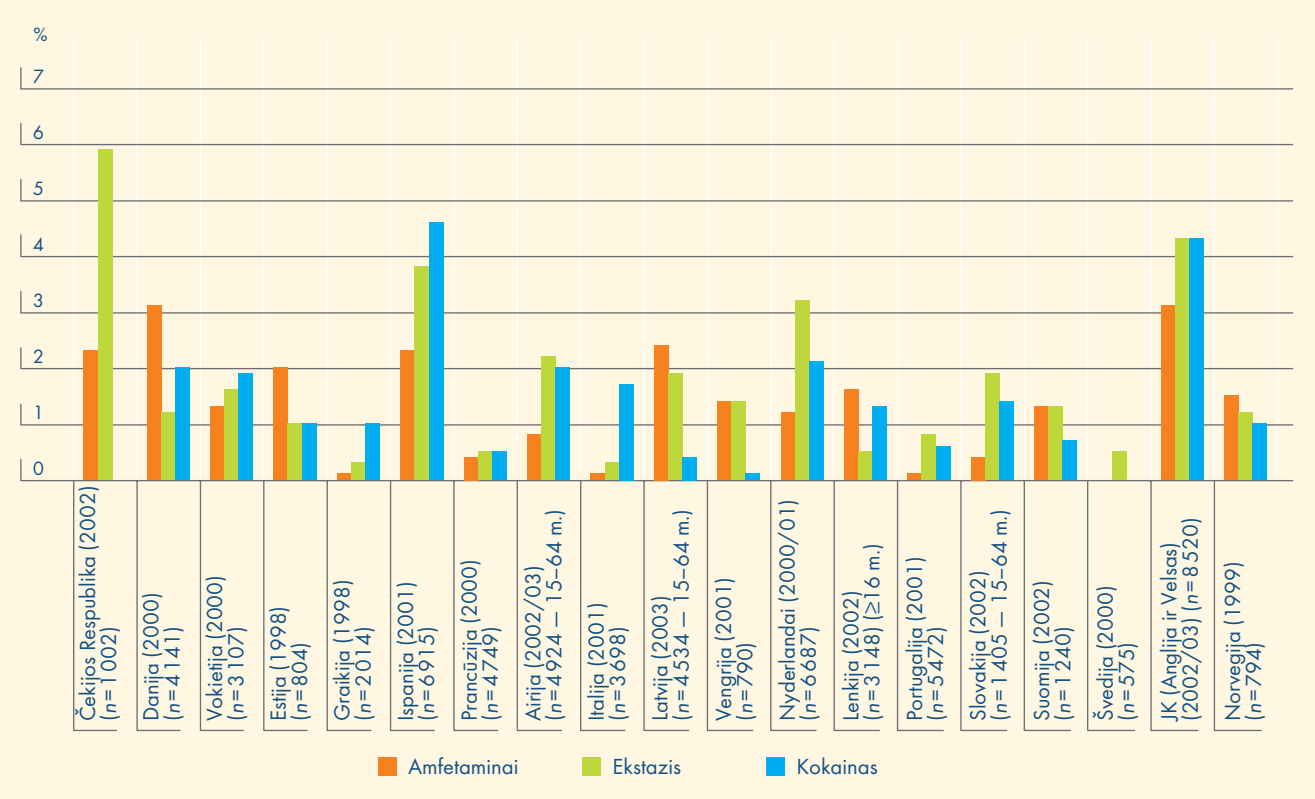
Imant visą gyventojų skaičių, amfetamino ir ekstazio vartojimo reiškinys yra daugiausiai paplitęs tarp jaunimo. Narkotikų paplitimas jaunų suaugusių (15–34 metų) amžiaus grupėje kinta nuo 2 iki 11 %, o neseniai vartojusiųjų – nuo 0,5 iki 6 %. Nacionaliniuose tyrimuose pažymima, kad ilgą laiką vartojančių ekstazį vyriškos lyties suaugusių asmenų (15–24 metų) skaičius Čekijos Respublikoje, Ispanijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje sudaro 11–17 %, o neseniai vartojusiųjų asmenų skaičius Čekijos Respublikoje, Ispanijoje, Airijoje (1998 m.), Latvijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje kinta nuo 5 iki 13 %. Šie skaičiai būtų didesni, jei būtų tiriami tik miesto gyventojai (8 paveikslėlis).

Ekstazio vartojimas ženkliai padidėjo praeito šimtmečio dešimtajame dešimtmetyje. Nors tarp jaunimo vartojimo atvejų skaičius gali dar ir didėti, tačiau bendrojoje populiacijoje jis yra ribotas, bent jau šiuo metu.

Palyginimui pateikiamas 2001 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktas nacionalinių namų ūkių tyrimas apie narkotikų vartojimą parodė, kad ekstazio paplitimas jaunų suaugusių (nuo 12-os metų ir vyresnių) amžiaus grupėje sudaro 4,3 %, o 9 % teigė bent kartą vartoję stimuliatorius (įskaitant 5,3 % asmenų, vartojusių metamfetaminą).

([36]) Žr. OL 6 paveikslėlį „Jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) amfetamino ir ekstazio vartojimo kitimas per paskutinius vienerius metus Jungtinėje Karalystėje (Britų nusikaltimų tyrimo duomenys)".

7 paveikslėlis: Amfetaminų, ekstazio ir kokaino vartojimas neseniai (per pastaruosius metus) tarp jaunų (15–34 metų amžiaus) žmonių ES šalyse, apskaičiuotas remiantis nacionalinių apklausų duomenimis



NB: Duomenys gauti iš naujausių nacionalinių tyrimų, atliktų kiekvienoje valstybėje, išskyrus Prancūziją, kur mažas imties dydis neleido remtis 2002 m. apklausa, todėl čia pateikti 2000 m. duomenys (žr. „Bendros populiacijos tyrimo" 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje).
Imtys (*n*) nurodo 15–34 metų amžiaus grupės respondentų skaičių. Viso tyrimo imčių dydžius su respondentų skaičiais žr. „Bendros populiacijos tyrimo" 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.
Ne visi duomenys tiksliai atitinka standartinę ENNSC nustatytą amžiaus grupę (Danijoje ir JK – 16–34 m., Estijoje, Vengrijoje ir Vokietijoje – 18–34metų). Amžiaus skirtumai gali turėti nedidelės įtakos kai kuriems nacionaliniams skirtumams. Kai kuriose šalyse duomenys buvo perskaičiuoti nacionaliniu lygiu, tokiu būdu siekiant kiek įmanoma labiau atspindėti standartinę ENNSC amžiaus grupę.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos, parengtos pagal tyrimų ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Taip pat žr. populiacijos tyrimų lenteles 2004 m. Statistikos biuletenyje.

Neseniai (per paskutinius 12 mėnesių) ekstazį vartojo 1,3 %, o stimuliatorius – 1,4 % suaugusiųjų (įskaitant 0,7 % vartojusių metamfetaminą) ([37]).

Jaunimo apklausos ir tyrimai

Norint palyginti narkotikų vartojimo atvejus tarp jaunimo, naudojamasi mokyklose atliktų tyrimų, kurių metų apklausiami penkiolikamečiai ir šešiolikamečiai moksleiviai, duomenimis.

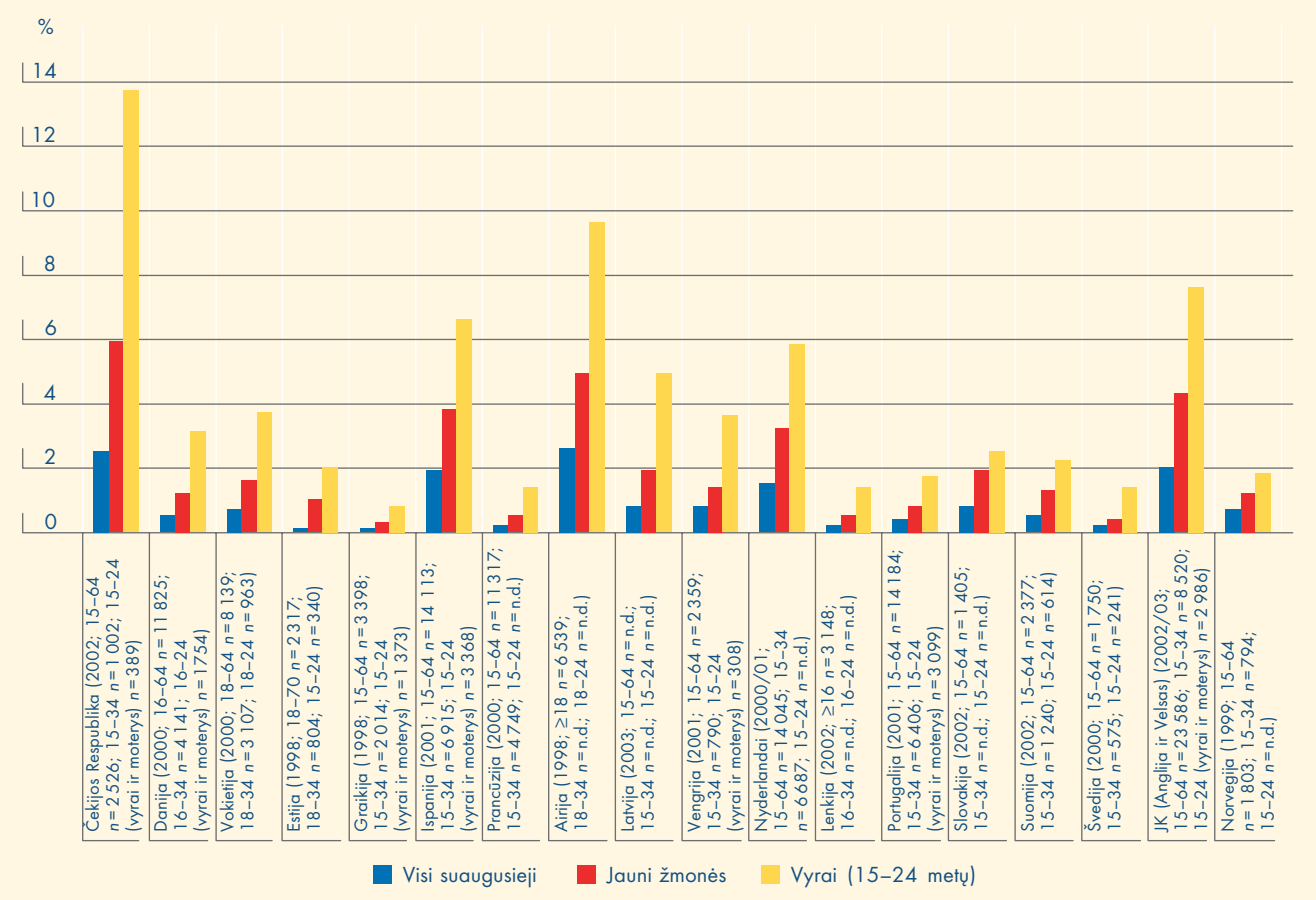
Nauji 2001–2002 m. atliktų tyrimų duomenys parodė, kad ekstazio paplitimo penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių amžiaus grupėje skaičius yra nekintantis ar net mažėja šešiose valstybėse narėse (Belgijos prancūziškai kalbančioje bendruomenėje, Čekijos Respublikoje, Ispanijoje, Italijoje, Vengrijoje ir Švedijoje). Ekstazio paplitimas nurodytoje amžiaus grupėje kinta nuo 1 % iki 4,7 % ([38]).

Nustatytas tik 1 % ekstazio paplitimo padidėjimas penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių amžiaus grupėje Anglijoje (5 %). Pasirodysianti Europos mokyklų tyrimo projekto apie narkotinių medžiagų vartojimą (ESPAD) ataskaita ([39]) suteiks daugiau įdomių ir kryptingų duomenų apie ES valstybių narių situaciją 1995–1999 m.

Pagal 2001–2002 metų duomenis ([40]) amfetamino paplitimas penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių

([37]) 2002 m. JAV atlikto nacionalinio tyrimo apie narkotikų vartojimą ir sveikatą statistikos rezultatai (Piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichikos sveikatos tarnybos administracija (SAMHSA) Taikomųjų tyrimų centras). Juos galima rasti SAMHSA tinklalapyje (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Atkreipkite dėmesį, kad JAV atliktame tyrime amžiaus grupė (nuo 12-os metų ir vyresni) yra platesnė nei ENNSC pateiktuose ES tyrimuose (15–64 metų).
([38]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Paplitimas".
([39]) Žr. OL 3 langelį „Europos mokyklų tyrimų projektas apie alkoholį ir kitus narkotikus".
([40]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Paplitimas".

8 paveikslėlis: Ekstazio vartojimas (per pastaruosius metus) tarp visų suaugusių (15–64 metų), jaunų (15–34 metų) žmonių ir vyrų (15–24 metų) kai kuriose ES šalyse, apskaičiuotas remiantis nacionalinių apklausų duomenimis



NB: Duomenys gauti iš naujausių nacionalinių tyrimų, atliktų kiekvienoje valstybėje, išskyrus Prancūziją, kur mažas imties dydis neleido remtis 2002 m. apklausa, todėl čia pateikti 2000 m. duomenys.
Ne visi duomenys tiksliai atitinka standartinę ENNSC nustatytą amžiaus grupę (Danijoje ir JK – 16–34 m., Estijoje, Vengrijoje ir Vokietijoje – 18–34metų). Amžiaus skirtumai gali turėti nedidelės įtakos kai kuriems nacionaliniams skirtumams. Kai kuriose šalyse duomenys buvo perskaičiuoti nacionaliniu lygiu, tokiu būdu siekiant kiek įmanoma labiau atspindėti standartinę ENNSC amžiaus grupę.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, parengtos pagal populiacijų tyrimų ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Žr. „Bendros populiacijos tyrimo“ 3 lent. ir 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.

amžiaus grupėje liko nepakitęs ar net sumažėjo visose šalyse, išskyrus Vengriją.

Tiek paplitimas amžiaus grupėje, tiek intensyvus amfetaminų klasės stimuliatorių vartojimas labiau būdingas vyriškos nei moteriškos lyties asmenims, išskyrus Čekijos Respubliką, kur ESPAD ir WHO duomenimis metamfetamino (dažniausiai „pervitino“) paplitimas tarp mergaičių nurodytoje amžiaus grupėje yra didesnis.

Tai patvirtina jaunimo, lankančio Čekijos Respublikos narkomanų reabilitacijos centrus, pateiktus duomenis: daugiau nei pusė, besigydančių nuo stimuliatorių (dažniausiai „pervitino“) priklausomybės, paauglių yra moteriškos lyties asmenys, o 20-ies ir daugiau metų grupėje stimuliatorius vartojančių vyriškos lyties asmenų yra dvigubai daugiau nei moteriškos lyties asmenų. Kol kas dar nėra jokio tokių vartojimo tendencijų paaiškinimo, tačiau ši situacija skatina atidžiai stebėti moteris ir jų polinkį vartoti amfetaminų grupės stimuliatorius.

Neseniai Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje atlikti tyrimai parodė, kad ekstazio vartojimo atvejai dažniau pastebimi tarp asmenų, lankančių (šokių) vakarėlius, nei tarp bendrajai populiacijai priskirtų asmenų (Deehan ir Saville, 2003; Ter Bogt ir Engels, 2004). Duomenys apie ekstazio vartojimo atvejų dažnumą ir jų vartojimo kiekį yra gana skurdūs, tačiau iš turimos informacijos galima padaryti išvadą, kad vartojimo būdai labai skiriasi. Pavyzdžiui, 2001 m. Nyderlanduose atliktas reivo vakarėlių tyrimas parodė, kad daugiau nei pusė asmenų (58 %) per pastarąjį mėnesį vartojo ekstazį. Iš jų – 17 % – apibūdinamų kaip „šiuo metu ekstazį vartojantys asmenys“ – prisipažino vartojantys ekstazį „kelis kartus per savaitę“, o 22 % – kartą per savaitę. Vienas iš trijų respondentų (32 %) vartojo ekstazį „kelis kartus per

mėnesį". Ispanija savo ataskaitoje pranešė mananti, kad ateityje ryšys tarp ekstazį vartojimo ir specifinės muzikos ar renginių silpnės, o narkotikai nebebus tokie svarbūs identifikuojant konkrečias grupes.

Nepaisant vyraujančio susirūpinimo dėl stimuliuojančių narkotikų vartojimo vairuojant, 2002 m. Ispanijoje atliktas toksikologinis autoįvykių sukeltų mirčių tyrimas parodė, kad ekstazį vartojo tik 0,4 % iš visų 1 441 tirto vairuotojo.

Mirtys dėl ekstazio vartojimo

Mirtys dėl ekstazio vartojimo yra retos lyginant jas su opiatų sukeltomis mirtimis, tačiau situacija kelia susirūpinimą, nes aukos yra jauno amžiaus, o mirčių atvejai visiškai netikėti. Reikėtų aiškiau apibrėžti terminą „mirtys dėl ekstazio vartojimo". Šiuo atveju terminas apibūdina tai, kad narkotinė medžiaga buvo paminėta mirties liudijime arba ji buvo rasta atlikus toksikologinę analizę (dažnai ekstazis randamas kartu su opiatais, alkoholiu, kokainu ir kitais narkotikais).

2003 m. „Reitox" ataskaitose nurodyti duomenys parodo, kad „mirtys dėl ekstazio vartojimo" yra labai retas reiškinys ES šalyse, o atvejai, kai ekstazis buvo tiesiogine mirties priežastimi yra dar retesni (2 perdozavimo atvejai Austrijoje, 2 Prancūzijoje, 19 Vokietijoje, iš kurių aštuoni buvo vien tik ekstazio perdozavimo atvejai, vienas Graikijoje ir du Amsterdame, iš kurių vienas siejamas ir su alkoholio vartojimu), nors reikia pripažinti, kad procedūrinės ataskaitų aplinkybės nėra tapačios. 2001 m. Jungtinėje Karalystėje užfiksuoti 55 mirčių atvejai, kai mirusiųjų organizmuose buvo aptikta ekstazio, tuo tarpu 1998 m. nustatyta 16 tokių mirčių atvejų. Britų atliktame tyrime naudotasi 1996–2002 metų Nacionalinės programos apie narkotinių medžiagų piktnaudžiavimo sukeltas mirtis duomenimis. Atlikus 202-ų atvejų analizę nustatyta, kad pagausėjo mirčių dėl ekstazio vartojimo: nuo 12-os atvejų 1996–1997 m. iki 72-ų 2001–2002 m., iš jų 17 % atvejų, kai ekstazis buvo tiesioginė mirties priežastis (Schifano ir kt., 2003). Santykinai didelis mirčių dėl ekstazio vartojimo Jungtinėje Karalystėje skaičius gali būti dėl pakankamai didelio ekstazio vartojimo paplitimo, bet taip pat ir dėl tobulesnių stebėsenos ir analizės procedūrų.

Skubioji stacionarinė medicinos pagalba taip pat gali būti rodiklis, parodantis opias sveikatos problemas, kylančias dėl narkotinių medžiagų vartojimo. 1996–2001 m. ([41]) ([42]) Ispanijoje dėl ekstazio ir amfetaminų vartojimo pastebėtas vidutinis skubiosios stacionarinės medicininės pagalbos poreikio padidėjimas; kitos šalys nerenka sistemingų nacionalinių duomenų apie tai ir panašus padidėjimas nenustatytas.

Britų atliktu tyrimu buvo siekiama nustatyti ryšį tarp ekstazio vartotojų skaičiaus ir mirties rizikos dėl ekstazio vartojimo. Jo rezultatai parodė labai platų pasiskirstymo diapazoną (0,2–5,3/10 000 vartotojų), o tai reiškia, kad būtina tiksliau apibrėžti tiek mirties atvejus dėl ekstazio vartojimo, tiek pasirenkamas rizikos grupes (Gore, 1999; Schifano ir kt., 2003).

Mirčių dėl ekstazio vartojimo galima būtų išvengti, imantis sąlygiškai nesudėtingų priemonių: pagerinant ventiliaciją, pasirūpinant tinkamu vandens tiekimu bei skatinant sveikatos švietimo programą. Kitos mirtys, atrodo, įvyksta dėl nestandartinės organizmo reakcijos į narkotikus. Sunku užkirsti kelią tokioms nenumatytoms reakcijoms ir kitokių, nei medicininė pagalba, intervencijų galimybės yra ribotos.

Pramogų metu vykdomos intervencijos

Pramogų metu vykdoma prevencija yra, matyt, labiausiai paplitusi atrankinės prevencijos forma. Kai kuriose valstybėse narėse ([43]) jau kurį laiką yra numatytas šios prevencijos turinys, gairės ir paslaugos. Pastebėtas nežymus prevencinės veiklos padidėjimas, ypač naujose valstybėse narėse ([44]).

Intervencijos rūšys būna labai įvairios – nuo priemonių, raginančių visiškai atsisakyti narkotinių medžiagų, tokia, pavyzdžiui, yra 2003 m. vasarą įvykusi švedų kampanija „Yra daug priežasčių nepradėti vartoti narkotikų" (jos tikslai buvo sutvirtinti nusistačiusiųjų prieš narkotikus nuomonę ir įtikinti abejojančius pasirinkti tinkamą kelią) iki atvejų, kai keliose šalyse yra tikrinama narkotinių tablečių kokybė (žr. toliau pateiktą tyrimą) ([45]). Pastaruoju metu vis didesnėje valstybių narių dalyje pradėjo vyrauti struktūrinis požiūris, ypač Šiaurės šalyse (alkoholio vartojimas) ir Italijoje. Šiose šalyse vykdomos bendros narkotikų prevencijos strategijos į bendrą darbą įtraukiant restoranus, klubus, barus, policiją, narkotikų prevencijos tarnybas, restoranų darbuotojų profsąjungas ir administraciją. Didžiausias dėmesys skiriamas saugumo problemoms, pirmajai pagalbai, narkotikų platinimo sekimui ir nelaimingų atsitikimų bei prievartos atvejams. Personalas yra mokomas, kaip reikia identifikuoti grėsmę keliančias situacijas ir kaip tinkamai įsikišti iškilus pavojui.

Danijoje atlikto ekstazio prevencijos projekto dviejose „eksperimentiniuose regionuose" metu didžiausias

([41]) Ispanijoje jau keletą metų vieną savaitę per metus pasirinktoje šalies ligoninių imtyje stebimi skubiosios stacionarinės medicinos pagalbos, suteiktos dėl stipraus psichotropinių narkotinių medžiagų poveikio, atvejai. „Pranešimai" apie narkotines medžiagas fiksuojami. Smulkesnę informaciją apie metodologiją žr. 2003 m. „Reitox" nacionalinėje ataskaitoje (p. 34–36).

([42]) Žr. OL 7 paveikslėlį „Skubios hospitalizacijos dėl ūmios reakcijos į narkotikus fiksuotų pranešimų dalis. Ispanija 1996–2001 m".

([43]) Žr. OL 8 paveikslėlį „Valstybių narių prevencinėms priemonėms pasilinksminimo vietose suteikta svarba".

([44]) Žr. OL 5 lentelę „Pramogų metu vykdomos prevencijos kriterijų apžvalga".

([45]) Taip pat žr. OL 8 paveikslėlį „Valstybių narių prevencinėms priemonėms pasilinksminimo vietose suteikta svarba".

dėmesys buvo skirtas prevencijos intervencijai savivaldybės lygmeniu (formuluojant vietos veiksmų planus ir narkotikų politiką), mokyklose, kolegijose ir vakarėliuose. Intervencijų metu buvo numatyta išleisti „netolerancijos vadovą" narkotikų vartojimui naktinio pasilinksminimo vietose bei sukurti tinklalapį, kuriame būtų esminė informacija apie narkotikus. Restoranų personalas ir vadovai buvo mokomi, kaip elgtis narkotikų vartojimo atvejais. Pirminiai duomenys parodė, kad naudojimosi kai kurių ekstazį vartojantiems asmenims skirtų tarnybų (pvz., pagalbos telefono linijų ar konsultavimo tarnybų) paslaugomis lygis buvo žemas. Užfiksuoti tik keli priėmimai į skubios medicininės pagalbos skyrius ar kitas gydymo įstaigas.

Neseniai atliktame bendrame olandų, vokiečių ir austrų tyrime (Benschop ir kt., 2002) ([46]) analizuota, kokį poveikį tablečių tikrinimo paslauga turi narkotikus vartojančių asmenų elgesiui ir jų realios narkotinių medžiagų vartojimo grėsmės suvokimui. Tyrimas buvo atliktas trijuose Europos miestuose (Amsterdame, Hanoveryje ir Vienoje). Respondentų atsakymai šiuose trijuose miestuose buvo nepaprastai panašūs: skirtumai tarp besinaudojančių tablečių tikrinimo paslaugomis ir tų, kurie jomis nesinaudoja buvo labai nežymūs. Labiausiai paplitęs informacijos apie narkotikus sklidimo būdas yra tarp to paties amžiaus grupės ir socialinės padėties asmenų, o žiniasklaidos ir gyvenimo būdo žurnalų vaidmuo yra labai nežymus. Vartotojai informuoja savo draugus apie testo rezultatus. Šis neformalus informacijos sklidimas yra laikomas tablečių tikrinimo privalumu: tai praplečia narkotikų prevencijos tinklo ribas ir palengvina kontaktą su prevencinėmis tarnybomis. Narkotikus vartojantys ir jų nevartojantys asmenys turi griežtai nusistovėjusius socialinius ryšius ir tarpusavyje nebendrauja, netgi tuo atveju, jei abiejų grupių asmenys eina į tą patį renginį (pvz., vakarėlį). Tyrimo rezultatai nesuteikė jokių duomenų, kad tablečių tikrinimas skatina ekstazio vartojimą ar kad tokio pobūdžio veikla plečia vartojančiųjų ekstazį gretas.

Gydymas

Asmenys, vartojantys amfetaminų grupės stimuliatorius (ATS), retais atvejais nurodo juos kaip pagrindinę priežastį, dėl kurios nusprendė lankytis narkomanų reabilitacijos centre. Tačiau yra kelios žymios išimtys: 52 % vartojusiųjų narkotikus Čekijos Respublikoje, 35,3 % Suomijoje ir 29 % Švedijoje nurodo ATS pirmine priežastimi, dėl kurios nusprendė gydytis. Čekijos Respublikoje dažniausiai gydomi asmenys nuo „pervitino" ([47]) priklausomybės, kurių maždaug trečdalis yra paaugliai (mažiau nei 20-ies metų), o daugiau nei pusė besigydančių paauglių yra moteriškos lyties asmenys. Tiek Švedijoje, tiek Suomijoje amfetaminai visą laiką buvo svarbūs nacionalinės narkotikų problemos veiksniai; tam tikra prasme tą patį galima tvirtinti ir dabar.

Konfiskavimas ir rinkos duomenys ([48])

JT narkotikų ir nusikaltimų prevencijos biuro (UNODC, 2003a) duomenimis, ATS – „sintetinių narkotikų, įskaitant ir panašių savo chemine sudėtimi amfetamino, metamfetamino ir ekstazio", gamybos mastą yra sunku įvertinti, kadangi „gamyba vyksta nesunkiai paslepiamose laboratorijose bei naudojant lengvai gaunamus cheminius preparatus". Tačiau yra apytikriai apskaičiuota, kad bendras metinis ATS produkcijos kiekis sudaro maždaug 520 tonų (UNODC, 2003b). Didžiausias 2000 m. užfiksuotas ATS kiekis buvo 46,2 tonos ir nuo tada konfiskuoto ATS kiekis sumažėjo iki 25,7 tonų 2002 m. (CND, 2004).

Metamfetaminai

Tarptautiniu mastu metamfetaminai yra svarbiausi ATS, jei vertinsime juos pagal kiekį, gamybą ir nelegalią prekybą. Didžiausi jų kiekiai sulaikyti Rytų ir Pietryčių Azijoje (Tailande, Kinijoje) bei Šiaurės Amerikoje (UNODC, 2003a). Metamfetaminų gamyba Europoje yra žymiai mažesnio masto reiškinys: 2000–2001 m. tik 2 % visų sunaikintų nelegalių pasaulio laboratorijų atvejų teko Europai – daugiausia jų būta Čekijos Respublikoje, Rusijoje ir Slovakijoje. ES smulkesni metamfetamino gamybos atvejai užfiksuoti Belgijoje, Vokietijoje, Estijoje, Prancūzijoje, Latvijoje, Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje (UNODC, 2003a, b). Čekijos Respublikoje metamfetaminas gaminamas jau nuo praeito šimtmečio devintojo dešimtmečio pradžios. Jis daugiausiai skirtas vietiniam vartojimui, tačiau dalis jo kontrabandos būdu gabenama į Vokietiją ar Austriją (UNODC, 2003a). Nors metamfetaminų konfiskavimo atvejų duomenų ENNSC sistemingai nerenka, Čekija, Estija, Lietuva, Norvegija ir Švedija pranešė 2002 m. vykdžiusios tokius konfiskavimus.

2002 m., išskyrus trumpą periodą metų pradžioje, kai kainos išaugo dėl jo prekursoriaus (efedrino) trūkumo, vidutinė mažmeninė „pervitino" kaina Čekijos Respublikoje išliko santykinai stabili – 32 eurai už gramą. Vidutinis šio narkotiko grynumas mažmeninėje prekyboje buvo 40 %.

Amfetaminai

Pagal uždarytų laboratorijų skaičių tarptautinio masto amfetamino gamyba išlieka sutelkta Europoje. 2002 m. amfetamino gamybos laboratorijos buvo likviduotos

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

([47]) „Pervitinas" – tai Čekijos Respublikoje nelegaliai gaminamos metamfetamino rūšies pavadinimas. Šis narkotikas daugiausia yra leidžiamas ir turi ilgą vartojimo istoriją. Jo gamyba gali būti susijusi su legalia efedrino gamyba (*UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines*, 2003).

([48]) Žr. 3 skyrių, „Rinkos duomenų bei konfiskavimo aiškinimas" (p. 31).

Lenkijoje ir Nyderlanduose, taip pat keletas jų – Vokietijoje, Estijoje, Prancūzijoje ir Lietuvoje ([49]) („Reitox" nacionalinės ataskaitos, 2003; CND, 2004). Didžiausios amfetamino kilmės šalys 2002 m. buvo Lenkija ir Nyderlandai, šiek tiek mažiau atvejų užfiksuota Belgijoje, Estijoje ir Lietuvoje.

Daugiausiai amfetamino konfiskuota Vakarų Europoje. Šiame regione konfiskuotas amfetamino kiekis sudaro 86 % viso pasaulyje konfiskuoto amfetamino, o atitinkamai Rytų Europoje – 10 %, Artimuosiuose ir Viduriniuose Rytuose – 3 % (CND, 2004). ES per pastaruosius penkerius metus daugiausiai amfetamino buvo konfiskuota Jungtinėje Karalystėje ([50]). Daugiausiai amfetamino konfiskavimo atvejų nustatyta 1998 m. ([51]), o didžiausi jo kiekiai buvo konfiskuoti 1997 m. ([52]). Po to iki 2000 m. tiek konfiskavimo atvejų, tiek jo konfiskuoto kiekio skaičius mažėjo. Pagal pateiktus šalių duomenis tiek konfiskuoto amfetamino kiekis, tiek konfiskavimo atvejų skaičius vėl pradėjo augti nuo 2000 m. ir 2001 m. ([53]). 2002 m. vidutinė amfetamino kaina svyravo nuo 11 eurų už gramą Vengrijoje ir Estijoje iki 37,5 euro už gramą Norvegijoje ([54]). Visose šalyse, kurios galėjo pateikti tokius duomenis, kainos per pastaruosius penkerius metus išliko nepakitusios arba nukrito.

2002 m. vidutinis amfetamino grynumas mažmeninėje prekyboje svyravo nuo 10 % (Vokietijoje) iki 52 % (Norvegijoje). Didžiausias šio narkotiko grynumas, remiantis Norvegija, nustatytas šalyse, kurios ribojasi su Baltijos jūra – Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje ir Suomijoje. Ypatingai išsiskirianti šalis yra Portugalija, kurioje vidutinis amfetamino grynumas 2002 m. buvo mažesnis nei 1 %. Per pastaruosius penkerius metus amfetamino grynumas nepakito arba sumažėjo visose šalyse, nors Belgija, Estija ir Jungtinė Karalystė pranešė apie grynumo padidėjimą.

Ekstazis

Tarptautiniu mastu Europa išlieka pagrindiniu ekstazio gamybos centru, nors atrodo, kad sąlyginai jos įtaka mažėja, ekstazio gamybai persikeliant į kitas pasaulio dalis, ypač Šiaurės Ameriką bei Rytų ir Pietryčių Aziją (UNODC, 2003a; CND, 2004). Europoje daugiausia ekstazio pagaminama Nyderlanduose ir Belgijoje. Pavyzdžiui, 1999–2001 m. Europoje daugiau nei 63 % konfiskuotų ekstazio prekursorių buvo pagaminta Nyderlanduose, 21 % Belgijoje, o likviduotų ekstazio gamybos laboratorijų ES skaičius sudarė – 75 % Nyderlanduose, 14 % Belgijoje, 6 % Jungtinėje Karalystėje ir 4 % Vokietijoje. Apie 1991–2001 m. likviduotas ekstazio laboratorijas (ir (arba) ATS laboratorijas) pranešė ir Estija, Ispanija, Latvija, Lietuva, Vengrija, Lenkija ir Norvegija (UNODC, 2003a). 2002 m. pasaulyje buvo aptiktos 54-ios ekstazio gamybos laboratorijos, iš kurių 18 aptikta Nyderlanduose ([55]), 3 – Jungtinėje Karalystėje ir po vieną Prancūzijoje bei Estijoje (CND, 2004). Pranešama, kad konfiskuotas ES ekstazis kilęs daugiausiai iš Belgijos ir Nyderlandų, nors keliose ataskaitose Estija ir Jungtinė Karalystė nurodytos kaip ekstazio gamintojos („Reitox" nacionalinės ataskaitos, 2003).

Nelegali ekstazio prekyba yra vis dar sutelkta Vakarų Europoje, nors, kaip ir gamybos atveju, pastaraisiais metais ji paplito visame pasaulyje (UNODC, 2003a). Pagal konfiskavimio apimtį 2002 m. Vakarų Europoje konfiskuota 73 %, o Šiaurės Amerikoje – 20 % (CND, 2004). Per pastaruosius penkerius metus Jungtinėje Karalystėje ekstazio konfiskuota daugiausiai iš visų ES šalių ([56]).

Po 1997 m. užfiksuoto ekstazio konfiskavimo sumažėjimo ([57]), konfiskuoto ES ekstazio skaičius smarkiai išaugo. Pagal turimus šalių duomenis, 2002 m. sumažėjo užfiksuotų ekstazio konfiskavimo atvejų, tačiau šie duomenys turi būti patikslinti trūkstamais 2002 metų duomenimis, ypač iš Jungtinės Karalystės, kai tik jie bus gauti. Analizuojant konfiskuoto ekstazio kiekius ([58]) galima pamatyti tokias tendencijas: konfiskuoto ekstazio kiekis 1997–2000 m. smarkiai išaugo, o 2001 m. tapo stabilus. 2002 m. konfiskuoto ekstazio kiekis vėl išaugo daugelyje ataskaitas pateikusių šalių.

Pranešama, kad 2002 m. vidutinė ekstazio tablečių kaina svyravo nuo 6 eurų (Čekijos Respublikoje) iki 20–25 eurų

([49]) Nors Jungtinė Karalystė ir nėra įtraukta į šį sąrašą, tačiau pastaraisias metais joje buvo aptikta keletas nelegalių amfetamino gamybos laboratorijų. Be to, 2003 metų pradžioje Liuksemburge pirmą kartą aptikta slapta amfetamino laboratorija.

([50]) Ši situacija turi būti iš naujo įvertinta vos tik gavus 2002 metų JK duomenis. 2002 m. Belgijoje, Italijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje nebuvo duomenų apie konfiskuoto amfetamino atvejus; 2002 m. Airijoje, Kipre, Vengrijoje, Maltoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje trūko duomenų tiek apie konfiskuoto amfetamino atvejus, tiek apie jo kiekį.

([51]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 7 lentelę „Rinkos".

([52]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 8 lentelę „Rinkos".

([53]) Tai turėtų būti sutikrinta su trūkstamais 2002 m. duomenimis, kai tik jie bus gauti.

([54]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos".

([55]) 2002 m. iš visų 43 žinomų sintetinių narkotikų gamybos vietų Nyderlanduose 18 turėtų būti susijusios su MDMA.

([56]) Ši situacija turi būti iš naujo įvertinta vos tik gavus 2002 metų JK duomenis. 2002 m. Belgijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ir Lenkijoje trūko duomenų apie konfiskuoto ekstazio atvejus; 2002 m. Italijoje, Kipre, Maltoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje trūko duomenų tiek apie konfiskuoto ekstazio atvejus, tiek apie jos kiekį.

([57]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 9 lentelę „Rinkos".

([58]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 10 lentelę „Rinkos".

už vienetą (Italijoje ir Suomijoje) ([59]). Tačiau visiškai neseniai (DrugScope, 2004) kai kuriose Jungtinės Karalystės vietose ekstazio tablečių kaina siekė 1,5 euro. Per pastaruosius penkerius metus daugelyje ES šalių pastebėta ekstazio tablečių kainos mažėjimo tendencija. 2002 m. ši tendencija vyravo visose šalyse, išskyrus Estiją, kur ekstazio tablečių kaina nežymiai padidėjo.

Jei palygintume prieš penkerius metus buvusią situaciją, parduodamų tablečių, turinčių savo sudėtyje amfetamino, skaičius sumažėjo, o parduodamų ekstazio ir ekstazio grupės narkotinių medžiagų skaičius žymiai išaugo. 2002 m. ES šalyse parduotose ir tirtose ekstazio tabletėse vienintelės rastos psichotropinės medžiagos buvo ekstazio (MDMA) arba ekstazio grupės narkotinės medžiagos (MDEA ir MDA). Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Lietuvoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje tokios tabletės sudarė daugiau nei 95 % visų tirtų ekstazio tablečių. MDMA sudėtis ekstazio tabletėse smarkiai kinta ir vienos šalies vidaus rinkoje pagamintoje tablečių partijoje (netgi tarp tų, kurių prekiniai ženklai (*logo*) yra vienodi) ir tarp skirtingų šalių rinkų. 2002 m. daugelyje ES šalių vidutinis aktyviosios medžiagos (MDMA) kiekis svyravo nuo 60 mg iki 80 mg, nors Vengrijoje ir Norvegijoje šis diapazonas buvo platesnis.

LSD

LSD yra gaminama ir nelegaliai prekiaujama mažesniu mastu nei bet kokiais kitais sintetiniais, kaip antai ATS, narkotikais. Tarptautiniu mastu LSD konfiskavimo dydis 2000–2001 m. nukrito iki 73 % 2001 m. JAV, Ispanijoje ir Nyderlanduose buvo užfiksuotas didžiausias skaičius konfiskuotų LSD vienetų (UNODC, 2003a). Iki 2000 m. Jungtinėje Karalystėje buvo užfiksuotas didžiausias LSD konfiskavimo atvejų skaičius, tačiau dabar pagal šį rodiklį Jungtinę Karalystę pralenkė Vokietija ([60]). Per pastaruosius penkerius metus ES šalyse tiek LSD konfiskavimo atvejų skaičius ([61]), tiek konfiskuotas LSD kiekis ([62]) – išskyrus 2000 m. stabilizaciją – vienodai mažėjo. 2002 m. vidutinė kaina už LSD vienetą svyravo nuo 5 eurų Jungtinėje Karalystėje iki 20 eurų Italijoje ([63]).

Tarptautiniai kovos su nelegalia sintetinių narkotikų prekyba veiksmai

2003 m. gruodžio mėn. Komisija, bendradarbiaudama su Europolu, paruošė ataskaitą, parodančią esamą daugelio daugiašalių projektų, susijusių su platinimo tinklų žemėlapių sudarymu ir patirtimi šioje srityje Europos lygiu, padėtį valstybėse narėse bei šalyse kandidatėse. Pagrindiniai projektai pristatyti ataskaitoje apima „Visapusiškos veiklos prieš sintetinius narkotikus Europoje“ (*Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe,* CASE) projektą, kuriuo derinamas amfetamino teisminis profiliavimas, nustatytas Švedijos nacionalinė kaltės įrodymų laboratorijos (*Swedish National Laboratory of Forensic Science*, SKL), ir teisėsaugos duomenų palyginimas ES lygiu, kad būtų galima nustatyti sintetinių narkotikų gaminimo vietas ir nusikalstamas organizacijas, dalyvaujančias gaminant ir parduodant sintetinius narkotikus bei inicijuoti nusikaltimų tyrimus. Projektas paremtas Europolo analitinio darbo byla CASE. Kitas projektas, pavadintas „Europolo nelegalių laboratorijų palyginimo sistema“ (*Europolas Illicit Laboratory Comparison System,* EILCS) lygina fotografuotą ir techninę informaciją iš sintetinių narkotikų gamybos vietų visoje Europos Sąjungoje, o tai leidžia ištirti ryšius tarp skirtingų gamybos vietų, paiimtos įrangos ir jos dalių.

Be to, Europolo *Ecstasy Logo System* (EELS) leidžia metinį emblemų katalogą, kuris yra platinamas visoms atitinkamoms teisėsaugos agetūroms. EELS glaudžiai bendradarbiavo su Vokietijos federalinės kriminalinės policijos tarnybos vykdoma „Centrine analizės programa *Ecstasy*“ (CAPE) *(Central analysis programme Ecstasy,* CAPE).

Interpolas inicijavo projektą, nukreiptą prieš organizuotas nusikaltėlių grupes, kurios gamina ir prekiauja sintetiniais narkotikais. SYDRUG projektas renka ir susieja tarpusavyje operatyvinius duomenis, kurie vėliau panaudojami bendrose daugelio šalių operacijose ([64]). Pastebimas ekstazio kontrabandos dėsningumas gabenti jį iš Vakarų Europos į Šiaurės Ameriką, Pietryčių Aziją ir Okeanijos šalis (Interpolas, 2002).

Tampa vis aiškiau, kad egzistuoja ryšys tarp nelegalios narkotikų prekybos tinklų ir prekursorių kontrabandos tinklų. 2003 m. sausio mėn. pradėta operatyvinė veikla, pavadinta „Prizmės projektu“ (*Project Prism*). Tai tarptautinė iniciatyva, kuria siekiama, kad pagrindiniai prekursoriai, reikalingi nelegaliai ATS gamybai, nepasiektų adresato. Nelegalūs prekeiviai narkotikais vis dažniau kaip prekursorių šaltinį naudoja farmacinius preparatus (INCB, 2004b).

([59]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos“.
([60]) Ši situacija turi būti įvertinta peržiūrėjus 2002 metų JK pateiktus duomenis. 2002 m. trūko duomenų apie LSD konfiskavimo atvejus Ispanijoje, Italijoje, Lietuvoje, Vengrijoje ir Nyderlanduose; trūko duomenų tiek apie LSD konfiskavimo atvejus, tiek apie konfiskuotą LSD kiekį Belgijoje, Airijoje, Kipre, Maltoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje.
([61]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 11 lentelę „Rinkos“.
([62]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 12 lentelę „Rinkos“.
([63]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos“.
([64]) SYDRUG, Interpolo visuotinis projektas apie sintetinius narkotikus, Lionas, 2003 m. balandžio mėn.

Ankstyvojo įspėjimo sistemos informacija

Bendrieji veiksmai ([65]) buvo sukurti kartu su ankstyvojo įspėjimo sistema (*early-warning system*, EWS) siekiant identifikuoti naujus sintetinius narkotikus ([66]), įvertinti jų keliamą grėsmę sveikatai ir rasti tokį problemų sprendimo būdą, kuris padėtų kontroliuoti susiklosčiusią situaciją. Nauji sintetiniai narkotikai vis dar sudaro mažą visos sintetinių narkotikų rinkos dalį, kurioje dominuoja MDMA (ekstazis), amfetaminai ir LSD. Nepaisant Bendrųjų veiksmų sėkmės identifikuojant naujus sintetinius narkotikus, svarbu pažymėti tai, kad dauguma naujų junginių sukuriami tose valstybėse narėse, kuriose gerai išvystytos analitinės ir pranešimo galimybės, t. y. teismo ekspertizės bei toksikologijos laboratorijos ir duomenų teikėjų operaciniai tinklai. Taigi esantis situacijos apibūdinimas gali atskleisti nacionalinių ankstyvųjų įspėjimo sistemų veiklą, o ne tikrąją Europos narkotikų rinkos padėtį.

Nauji sintetiniai narkotikai, kontroliuojami Bendraisiais veiksmais

Remiantis Bendraisiais veiksmais, 1998–2002 m. buvo atliktas penkių naujų sintetinių narkotikų rizikos įvertinimas (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamino ir PMMA). 2003 m. ENNSC Mokslinis komitetas, padedamas ekspertų, pasiūlytų valstybių narių ir Europos Komisijos atstovų, Europolo ir Europos vaistų agentūros (EMEA), atliko rizikos, susijusios su naujaisiais sintetiniais narkotikais – 2C-I (2,5-dimetoksi-4-jodfenetilamino), 2C-T-2 (2,5-dimetoksi-4-etiltiofenetilamino), 2C-T-7 (2,5-dimetoksi-4-(n)-propiltiofenetilamino) ir TMA-2 (2,4,5-trimetoksiamfetamino) ([1]), – įvertinimą. Pagal šio tyrimo rezultatus 2003 m. lapkričio mėn. Taryba priėmė sprendimą ([2]), kuriuo 15-oje ES valstybių šioms keturioms medžiagoms nustatytos kontrolės priemonės ir baudžiamosios sankcijos.

Specifinis naujų narkotikų rizikos įvertinimas yra labai sudėtingas dėl ribotų mokslinių duomenų. Tačiau įvertinimai atliekami remiantis informacija, kuri grindžiama gyvūnų tyrimais dėl toksinio poveikio (pvz., TMA-2 tyrimas), analogijos pagrindu tirtomis susijusiomis medžiagomis bei kitų informacijos šaltinių, kaip individualios vartotojų ataskaitos, žiniasklaida ir neoficialūs leidiniai, įrodymais.

([1]) Rizikos įvertinimo ataskaitos pateiktos ENNSC interneto svetainėje (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).
([2]) 2003 m. lapkričio 27 d. Tarybos sprendimas 2003/847/TVR dėl naujų sintetinių narkotikų 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 ir TMA-2 kontrolės priemonių ir baudžiamųjų sankcijų.

Ankstyvojo įspėjimo sistemos (EWS) stebimi narkotikai

Siekiant įvertinti devynių narkotinių medžiagų nuo 1998 m. keliamą grėsmę, jos 2003 m. buvo nuolat stebimos ankstyvojo įspėjimo sistemoje (EWS). Šios medžiagos tai – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB, ir ketaminas – taip pat ir tokie fenetilaminai: 2C-I, 2C-T-2 ir 2C-T-7 bei TMA-2. Be to, dar yra stebima kita medžiagų grupė, apie kurią ENNSC turi informacijos – tai triptaminų grupė (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT ir 5-MeO-triptaminas) bei piperazinai (BZP ir TFMPP) ([67]).

2003 m. tiek Ispanijoje, tiek Jungtinėje Karalystėje policija konfiskavo nedidelį kiekį MBDB. 4-MTA, kuris 1999 m. buvo įtrauktas į Bendrųjų veiksmų pagrindu kontroliuojamų narkotinių medžiagų sąrašą, atrodo, dingo iš rinkos, kadangi pastaraisiais metais nebuvo užfiksuota jo konfiskavimo atvejų. Vienas konfiskavimo atvejis nustatytas Švedijoje, kai tuo tarpu Danijoje konfiskuotų tablečių sudėtyje buvo ir PMMA, ir PMA. Belgijoje viena laboratorija pranešė apie teigiamą PMMA šlapimo testą. Be to, skubiosios medicinos pagalbos darbuotojas, atliekantis toksikologinį tyrimą apsinuodijusiam asmeniui, aptiko PMA (kartu su MDA ir MDMA). Panašu, kad visos trys narkotinės medžiagos – MBDB, 4-MTA ir PMMA – nėra populiarios tarp asmenų, vartojančių sintetinius narkotikus.

Nagrinėjant triptamino narkotikų grupę nustatyta, kad daugiausiai šios narkotinės medžiagos konfiskavimo atvejų nustatyta Švedijoje ir Suomijoje. Tačiau tiek Prancūzija, tiek Danija ataskaitoje nurodė aptikusios 5MeO-DiPT pavyzdžių. Daugelis triptamino junginių nėra kontroliuojami tarptautiniu ar nacionaliniu lygiu ir todėl gali būti gaminami komercinėse laboratorijose ir parduodami internetu kaip „tyrimui skirtos medžiagos“ (daugiausiai tarp JAV įmonių). Be to, beveik visų naujai atsiradusių ir „senų“ sintetinių narkotikų sintezės instrukcijos lengvai randamos internete.

Švedijoje pagausėjo BZP, kuris dažnai aptinkamas kartu su TFMPP. Ši narkotinė medžiaga taip pat buvo aptikta Belgijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose ir Suomijoje.

Iš fenetilaminų 2003 m. įvertintų kaip pavojų sveikatai keliančios medžiagos, atrodo populiarėja tik 2C-I, kuris yra dažnai parduodamas tabletėmis, pavadintomis „i“, –

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.
([66]) 1997 m. Bedrieji veiksmai dėl keitimosi informacija apie naujus sintetinius narkotikus, jų kontrolės ir pavojų įvertinimą (OL L 167, 1997 06 25) sintetinius narkotikus apibrėžia kaip naujus sintetinius narkotikus, kurie šiuo metu nėra išvardyti kuriame nors iš 1971 m. Jungtinių Tautų konvencijos dėl psichotropinių medžiagų priedėlių, keliantys palyginti rimtą pavojų visuomenės sveikatai, kaip ir medžiagos, išvardytos jos I arba II priedėliuose, bei kurie turi ribotą gydomąją vertę. Jis yra susijęs su galutiniais produktais, o ne su narkotinių ar psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais). Šis apibrėžimas parodo esminį skirtumą tarp prekursorių ir galutinio produkto.
([67]) Dauguma naujų narkotinių medžiagų yra dar visiškai naujos ir neturi populiarių (gatvės) pavadinimų.

Suomija, Švedija ir Jungtinė Karalystė pranešė apie nedidelį 2C-I konfiskuotą skaičių, taip pat šis narkotikas buvo aptiktas Prancūzijoje, Ispanijoje ir Nyderlanduose. Be to, Suomijoje ir Nyderlanduose buvo konfiskuotas sąlyginai didelis 2C-H (junginys, neturintis poveikio žmonėms, tačiau jis naudojamas kaip 2C-I, 2C-C ir 2C-B prekursorius) kiekis ir turima duomenų, kad pastarąją medžiagą ketinta naudoti kaip prekursorių 2C-I gamyboje.

Tolesnio sintetinių narkotikų plitimo galimybė

Kaip ir buvo tikėtasi, pagal Europos EWS ir ENNSC Mokslinio komiteto atliktą rizikos įvertinimą, remiantis Bendraisiais veiksmais, GHB ir ketaminas – tai du sintetiniai narkotikai ([68]), turintys potencialią galimybę labai smarkiai plisti pramogų vietose.

GHB

2001 m. kovo mėn. JT priimtas sprendimas – kontroliuoti GHB plitimą – buvo įgyvendintas daugelyje ES valstybių narių. 2003 m. Belgijos, Danijos, Estijos, Ispanijos, Prancūzijos, Suomijos, Švedijos ir Norvegijos policija ir muitinės savo ataskaitose nurodė konfiskuoto GHB (paprastai skysto pavidalo) atvejus. Užfiksuotos įvairios GHB plitimo tendencijos. 2003 m. Švedija nurodė, kad šalyje sumažėjo konfiskuoto GHB atvejų, kai tuo tarpu Norvegijoje užfiksuotas žymus padidėjimas, o Jungtinėje Karalystėje situacija nepakito. Nyderlandai pranešė neaptikę jokių pokyčių tam tikrame GHB, kurie buvo pristatyti Narkotikų informacijos ir stebėsenos sistemai (DIMS), mėginių skaičiuje, nors Nyderlandų nacionaliniame apsinuodijimų centre užfiksuotas padidėjęs informacijos apie GHB poreikis. Estijoje žymiai pagausėjo GHB įsigijimo atvejų skaičius. Nyderlandai ir Belgija pranešė, kad gavo mažą kiekį GHB pavyzdžių miltelių forma.

Norvegijoje ir Švedijoje nustatytas žymus GHB cheminių preparatų prekursorių – GBL (gama-butirolaktono) ir BD (1,4-butanediolio) ([69]) – konfiskavimo atvejų padidėjimas. Šios narkotinės medžiagos plačiai naudojamos įvairiuose pramonės procesuose ir todėl yra lengvai gaunamos (prarijus abi lengvai skaidomos į GHB). Norvegijos ir Švedijos ataskaitose pranešta, kad 2003 m. yra lengviau nei ankstesniais metais gauti GHB prekursorių juodojoje rinkoje.

Apklausose apie narkotikus, atliekamose naktinio gyvenimo pramogų vietose ir šokių klubuose, vis dažniau įtraukiami klausimai apie GHB vartojimą. Vokietijoje Federalinė kriminalinių nusikaltimų tarnyba (*Federal Office of Criminal Investigation*, BKA) užfiksavo, kad auga GHB vartojimas ([70]), kai tuo tarpu Amsterdame, 2002 m. atlikto „Antenna Amsterdam" ([71]) tyrimo duomenimis, „GHB vis dar vartojamas beveik visuose klubuose; tačiau įsivyravo nauja tendencija – GHB tapo mažiau populiarus nei prieš metus, o jo plitimas, atrodo, sustojo". Austrijoje ištyrus 225 jaunų žmonių, lankančių Vienos reivo vakarėlius, imtį, atliktas tablečių testavimo tyrimas parodė, kad šių narkotikų paplitimas nurodytoje amžiaus grupėje sudaro 12,6 % (Benschop ir kt., 2002).

2003 m. GHB buvo aptiktas žmonių kraujo mėginiuose Belgijoje, Švedijoje ir Norvegijoje bei apsinuodijusiųjų ir skubiosios medicinos pagalbos darbuotojų apžiūrėtų asmenų kraujo mėginiuose Ispanijoje (Barselonoje) bei Nyderlanduose. 2001–2002 m. Amsterdame užfiksuotų apsinuodijimų GHB, kada reikalinga skubioji stacionarinė medicinos pagalba, skaičius nekito, t. y. 60 atvejų per metus.

Ketaminas

2003 m. Belgijoje, Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Suomijoje, Švedijoje ir Jungtinėje Karalystėje užfiksuoti ketamino konfiskavimo atvejai ir (arba) jo buvo aptikta žmogaus kraujo mėginiuose. Austrijoje (Benschop ir kt., 2002), ištyrus 225 jaunų žmonių, lankančių Vienos reivo vakarėlius, imtį, ketamino paplitimas nurodytoje amžiaus grupėje sudaro 11,7 %. Pagrindine kliūtimi siekiant sustabdyti ketamino plitimą nurodyta tai, kad šie narkotikai yra patentuoti kaip veterinariniai vaistai ir todėl jie nesunkiai įsigyjami esant nemažai teisėtos produkcijos įvairovei.

Sveikatai kylanti rizika dėl naujų narkotikų vartojimo ypatybių

2003 m. ankstyvojo įspėjimo sistema (EWS) paskatino ES valstybes nares apsikeisti vertinga informacija apie kai kurias naujas narkotinių medžiagų vartojimo ypatybes, kurios gali rimtai pakenkti sveikatai. Pavyzdžiui, gavus informaciją iš Belgijos, Prancūzijos bei Europolo, ES valstybės buvo iškart įspėtos apie didelės koncentracijos MDMA tabletes, o gavus informaciją iš Airijos – apie tabletes, parduodamas kaip ekstazis, bet turinčias savo sudėtyje tokių pavojingų medžiagų kaip DOB (2,5-dimetoksi-4-bromoamfetamino).

([68]) Griežtai vertinant pagal 1997 m. Bendruosius veiksmus nei vienas iš jų nėra naujas narkotikas, bet jie abu stebimi siekiant įvertinti keliamą riziką.
([69]) 2003 m. „Reitox" ankstyvojo įspėjimo sistemos pažangos ataskaitos.
([70]) Ibid.
([71]) „Antenna Amsterdam" taiko daug metodų savo stebėsenos veikloje ir siekia identifikuoti bei aiškinti naujas legalių ir nelegalių narkotikų vartojimo ir azartinių žaidimų tendencijas bei pokyčius tarp jaunų Amsterdamo žmonių. Kitas jos tikslas – atnaujinti ir pagerinti narkotikų prevencijos mechanizmus.

5 skyrius

Kokainas ir krekas

Įvadas

Manoma, kad kokainą vartojantys asmenys yra arba labai turtingi, stilingi ir socialiai integruoti, arba, atvirkščiai, nustumti į visuomenės pašalę, skurstantys ir socialiai išskirti. Kokaino rūkymas ypatingai siejamas su problemišku narkotikų vartojimu. Svarbu pažymėti, jog narkotikų vartojimas tam tikrose subgrupėse ir tam tikrose geografinėse srityse reiškia, jog nacionaliniai duomenys vargu ar atspindi tendencijas, kurios gali būti svarbios visuomenės grupėms ar populiacijos daliai, kurioje tai vyksta. Tačiau šiuo metu vis labiau baiminamasi, kad kokaino vartojimas plinta Europoje ir kad tokie narkomanai priklauso vis įvairesnėms socialinėms grupėms.

Kokaino vartojimo paplitimas

Bendrosios populiacijos tyrimai

Neseniai atliktų nacionalinių tyrimų duomenimis, nuo 0,5 % iki 6 % suaugusiųjų pripažįsta bent kartą vartoję kokainą (t. y. paplitimas amžiaus grupėje). Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje užfiksuotas didžiausias bent kartą kokainą vartojusių asmenų skaičius. Bendras visų neseniai (per paskutinius 12 mėnesių) kokainą vartojusių asmenų skaičius sudaro mažiau nei 1 %, kai tuo tarpu Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje – daugiau nei 2 %. Šie skaičiai yra žymiai mažesni, jei palyginsime juos su kanapių vartojimo duomenimis, tačiau kokainą vartojančių jaunų suaugusiųjų skaičius yra žymiai didesnis už bendrą populiacijos vidurkį.

Tarp jaunų suaugusiųjų (15–34 metų) kokaino paplitimas amžiaus grupėje svyruoja nuo 1 % iki 10 %. Paprastai dabartinis kokaino vartojimo stažas sudaro beveik pusę viso narkotikų vartojimo stažo. Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje minėtas rodiklis yra daugiau kaip 4 %.

Bendrojoje populiacijoje tarp jaunų suaugusiųjų vyrauja tendencija nutraukti kokaino vartojimą po kurio laiko arba jį vartoti tik savaitgaliais ar pramogų metu (baruose ir diskotekose).

Tyrimų metu išskirtos grupės, kuriose kokaino vartojimas yra didesnis už bendrąjį populiacijos vidurkį. Pavyzdžiui, neseniai atlikti penkių šalių (Danijos, Vokietijos, Ispanijos, Nyderlandų ir Jungtinės Karalystės) tyrimai parodė, kad paplitimas amžiaus grupėje tarp vyriškos lyties 15–24 metų asmenų yra 5–13 %, kai tuo tarpu Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje nurodyti 5–7 %. Tikėtina, kad kokaino vartojimas žymiai labiau paplitęs miesto vietovėse. Be to, analizuojant klubų lankytojų pateiktus atsakymus pastebėta 40–60 % kokaino vartojimo paplitimo atvejų nurodytoje amžiaus grupėje (ENNSC, 2001).

Šiuos skaičius galima palyginti su 2002 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktu nacionalinių namų ūkių narkotikų vartojimo tyrimo rezultatais. Nustatyta, kad 14,4 % suaugusiųjų (12-os metų ir vyresnių) teigė ilgą laiką vartoję kokainą, o tai yra didesnis procentas nei Europoje. Neseniai (per paskutinius 12 mėnesių) kokainą vartojo 2,5 %, o tai yra taip pat didesnis vartojimo procentas nei visose Europos šalyse, išskyrus Ispaniją (2,6 %) ([72]). 2002 m. JAV vyriškos lyties 18–25 metų asmenų kokaino vartojimo paplitimas nurodytoje amžiaus grupėje buvo 18,1 %, o neseniai vartojusiųjų – 8,4 %.

Kokaino vartojimo tendencijos

Nacionaliniu mastu yra sunku nustatyti kokaino vartojimo tendencijas, kadangi trūksta išsamių pasikartojančių nacionalinių tyrimų, o kai kuriais atvejais imtys yra mažos. Išsamūs pasikartojantys tyrimai padėtų lengviau identifikuoti vyraujančias kokaino vartojimo tendencijas, ypač jei didelis dėmesys būtų skiriamas pasirinktoms jaunų vyriškos lyties atstovų grupėms miesto teritorijose.

([72]) 2002 m. JAV atlikto nacionalinio tyrimo apie narkotikų vartojimą ir sveikatą statistikos rezultatai (Piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichikos sveikatos tarnybos administracija (SAMHSA) Taikomųjų tyrimų centras). Juos galima rasti SAMHSA tinklalapyje (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Atkreipkite dėmesį į tai, kad JAV atliktame tyrime amžiaus grupė (nuo 12-os metų ir vyresni) yra platesnė nei ENNSC pateiktuose ES tyrimuose (15–64 metų). Tikėtina, kad skaičiai būtų didesni, jei JAV, kaip ir ES, būtų tirta 15–64 metų amžiaus grupė.

Bendroji populiacija

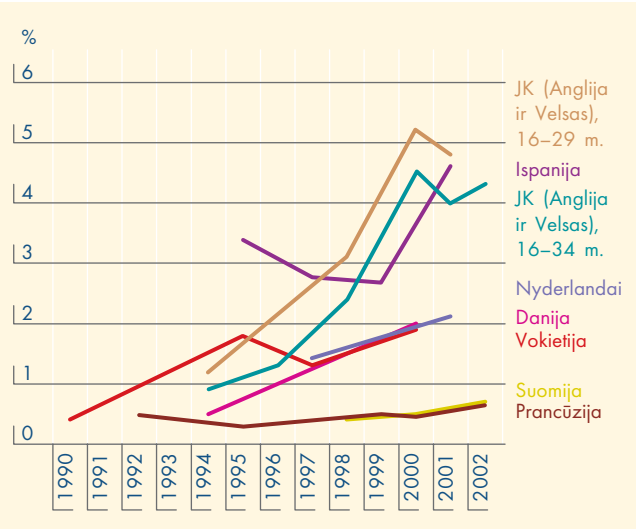
Iki 2002 metų Jungtinėje Karalystėje nuolat didėjo neseniai kokainą vartojusių jaunų žmonių skaičius ([73]), o Danijoje, Vokietijoje, Nyderlanduose ir Ispanijoje (9 paveikslėlis) šis skaičius didėjo šiek tiek lėčiau.

Kitos šalys neseniai pristatytose „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose (2001–2003 m.) nurodė kokaino vartojimo didėjimą, o duomenis pateikė pagal vietos ar kokybinę informaciją (Graikija, Airija, Italija ir Austrija).

Mokyklos populiacija

Ispanija yra vienintelė iš visų valstybių narių pateikusi naujus duomenis, kuriuose pastebimas neseniai įvykęs kokaino vartojimo paplitimo padidėjimas penkiolikamečių ir šešiolikamečių moksleivių amžiaus grupėje nuo 4,1 % 2000 m. iki 5,9 % 2002 m. ([74]). Italijoje tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių kokaino vartojimo padidėjimas nebuvo pastebėtas, tačiau tai vyksta vyresnio amžiaus moksleivių tarpe.

9 paveikslėlis: Kokaino vartojimo plitimas tarp jaunų žmonių (per pastaruosius metus) kai kuriose ES šalyse, apskaičiuotas pagal populiacijos apklausas



NB: Duomenys iš nacionalinių tyrimų, pateiktų kiekvienoje valstybėje. Kiekvieno tyrimo skaičiavimai ir metodologija – žr. „Bendros populiacijos tyrimo“ 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.
Standartinis ENNSC nustatytas jaunų žmonių amžius yra 15–34 metai (Danijoje ir JK – nuo 16 m., Vokietijoje –18 m., Prancūzijoje (1992 m.: 25–34 m. ir 1995 m.: 18–39 m.).
Kiekvienos valstybės ir metų 15–34 metų grupės imties dydžius (respondentai) žr. „Bendros populiacijos tyrimo“ 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.
Danijoje 1994 metų skaičiavimai atitinka „sunkiųjų narkotikų“ duomenis.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, parengtos pagal tyrimų ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Atskiri šaltiniai – žr. populiacijos tyrimų epidemiologines lenteles 2004 m. Statistikos biuletenyje.

Kiti rodikliai

Kai kuriose šalyse susirūpinimą sukėlė kokaino vartojimo rodiklių padidėjimas (gydymo poreikis ([75])), naudojimasis tarnybų teikiamomis paslaugomis, kai kyla problemų dėl priprantamų narkotikų, skubiosios stacionarios medicininės pagalbos atvejų, policijos įvykdytų konfiskavimo atvejų, toksikologinių aukų tyrimų duomenų padidėjimas.

Europoje didėja kokaino vartojimo padarinių gydymo atvejų skaičius, o kai kuriose šalyse jis yra ypač aiškus. Nyderlanduose bei Ispanijoje kokainas yra antras dažniausiai gydytojų ataskaitose nurodytas narkotikas (atitinkamai 35 % ir 26 %). Europoje didžiausią paklausą turi asmenų, vartojusių kokaino miltelius (paprastai kokaino hidrochloridą), gydymas.

Pasaulyje rūkomo kokaino preparatų vartojimas priskiriamas ypač problemiškiems narkotikų vartojimo atvejams. Vokietija, Graikija, Ispanija, Prancūzija, Airija ir Nyderlandai savo ataskaitose kreko vartojimą nurodė kaip kylančią ar didėjančią problemą konkrečiuose šių šalių miestuose ar regionuose.

Vartojimo ypatybės

Apskritai pramogų metu tarp jaunų žmonių kokaino vartojimas nėra paplitęs, o pakartotinis vartojimas yra labai retas reiškinys. Kai kurių šalių (Vokietijos, Ispanijos, Nyderlandų, Austrijos ir Jungtinės Karalystės) ataskaitose nurodyta, kad netgi tarp problemiškų narkotikus vartojančių asmenų, besinaudojančių gydymo nuo narkotikų ir greit priprantamų narkotikų tarnybos teikiamomis paslaugomis, kokaino ir kreko vartojimo atvejai labai skiriasi tiek šiuos narkotikus vartojančių asmenų, tiek laiko atžvilgiu. Tačiau duomenys apie kokaino ir kreko vartojimo dažnumą ar jų suvartojamą kiekį yra labai riboti. Patalpų, skirtų narkotikams vartoti, tyrimai parodė, kad rūkomuoju kokainu dažniausiai svaiginasi moteriškos lyties darbuotojos (Stöver, 2001; Zurhold ir kt., 2001).

Vartojimo būdai

Reikia turėti daugiau ir išsamesnės informacijos apie kokaino vartojimo būdus, norint geriau suprasti sveikatai keliamą pavojų ir vartojimo požymius. Kokaino hidrochloridas (miltelių pavidalo kokainas) dažniausiai yra

([73]) Nors 2001–2002 metų tyrimų duomenimis didėjanti visų suaugusiųjų ir jaunų suaugusiųjų vartojimo tendencija, atrodo, stabilizavosi (žr. 7 paveikslėlį). Vidaus reikalų ministerijos duomenimis 1996–1998 m. ir 1998–2000 m. kokaino vartojimo atvejų skaičius žymiai padidėjo (esant 5 % paklaidai). Tačiau 2000 m. ir 2001–2002 m. žymaus padidėjimo nebuvo.
([74]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Paplitimas“.
([75]) Žr. 20 paveikslėlį ir 2004 m. Statistikos biuletenio „GPR“ 10 lentelę.

įtraukiamas per nosį ir tik retesniais atvejais vartojamas intraveniniu būdu, kai tuo tarpu krekas yra rūkomas pakaitintomis pypkėmis, o išgrynintas kokainas yra vartojamas kvėpuojant garais, atsirandančiais kaitinant narkotiką, paprastai virš ugnies alavo folijoje. Taip pat nurodyti atvejai, kada kokainas buvo rūkomas cigaretėmis individualiai ar dalinantis.

Tačiau Jungtinės Karalystės narkomanų reabilitacijos centrų darbuotojai praneša, kad heroiną vartojantys asmenys kreką leidžiasi. Krekas kaip ir rudasis heroinas yra netirpus, todėl jis turi būti maišomas su rūgštimi, kad įgautų aktyvios tirpios druskos pavidalą ([76]).

2002 m. palyginus su 2000 m. kokaino vartojimas jį rūkant kreko ar išgryninto kokaino pavidale (šie skirtingi preparatai gali būti laikomi farmakologiniais ekvivalentais) sumažėjo.

Kokaino sukeltos mirtys

Europai nebūdingi tokie mirčių atvejai, kada mirštama apsisvaiginus vien tik kokainu, amfetaminais ar ekstaziu, nesant duomenų apie opiatų vartojimo atvejus.

Tačiau dabartinėje statistikoje netinkamai registruojami kokaino sukeltų mirčių atvejai ir tokio pobūdžio informacija pateikiama skirtingomis formomis. Kai kuriose šalyse daugelio su narkotikais susijusių mirčių priežastimi yra kokainas, randamas kraujyje kartu su opiatais (Portugalijoje – 22 %, Ispanijoje – 46 %). Šis skaičius gali būti toks pat didelis ir kitose šalyse, tačiau pranešama, kad mirčių priežastimi yra opiatai, jei tik jų randama kraujyje. 1993–2001 m. Jungtinėje Karalystėje aštuonis kartus padaugėjo kokaino sukeltų mirčių atvejų. O Nyderlanduose mirčių skaičius, kurių priežastimi yra kokainas išaugo nuo dviejų 1994 m. iki 26-ių 2001 m. Mirčių nuo narkotikų skaičius, kai kokaino vartojimas nurodytas vienintele mirties priežastimi (opiatų nerasta), išaugo 1–10 %, nors absoliutūs skaičiai yra maži.

Dėl atsiradusių širdies ir kraujagyslių problemų, kokaino vartojimas gali labai padidinti mirties tikimybę (aritmijos, miokardo infarkto, cerebralinio kraujavimo), ypač tam linkusiems asmenims (pvz., sergantiems cerebraline aneurizma arba turintiems subklinikinių širdies defektų). Daugelis šių atvejų gali būti nepastebėti dėl to, kad nėra pakankamai žinių ir (arba) dėl to, kad šių aukų socialinės aplinkybės skiriasi nuo opiatų vartotojų.

Ispanijoje nustatyta potenciali kokaino vartojimo grėsmė ([77]). Šioje šalyje 1999–2001 m. guldomų į ligoninę apsinuodijusių kokainu pacientų skaičius, esant stipriai reakcijai į narkotikus, sudarė 44–49 % visų skubiosios stacionarinės medicinos pagalbos atvejų; daugeliu šių atvejų kokainas buvo rūkomas arba jį buvo leidžiamasi. Barselonoje visose pagrindinėse miesto ligoninėse atliktų skubiosios stacionarinės medicinos pagalbos tyrimų duomenys parodė, kad padidėjo guldymo į ligoninę dėl reakcijos į narkotikus atvejų skaičius (10 paveikslėlis).

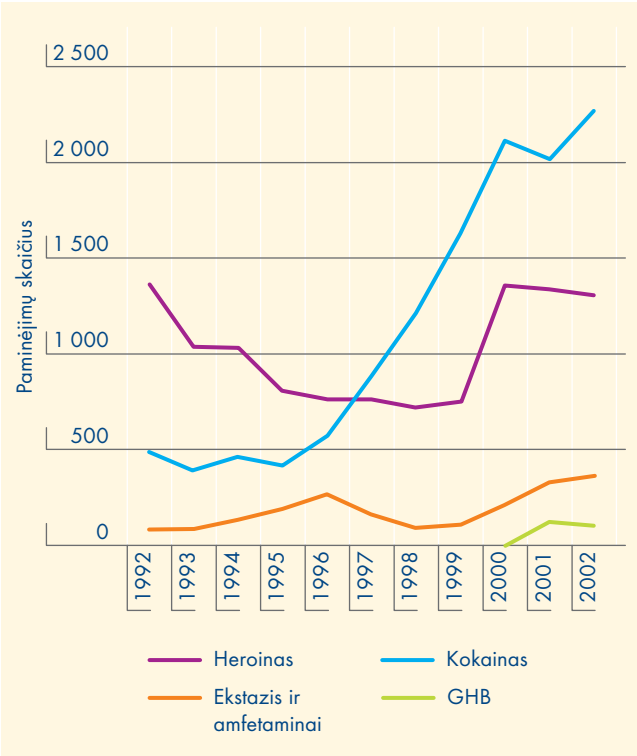
Kalbant apie sveikatą, kai jos problemos tiesiogiai susijusios su kokaino vartojimu, vis daugiau nerimaujama, jog skiedžiamosios medžiagos gali sukelti vėlesnių sveikatos problemų. Pavyzdžiui, teigiama, kad sulaikytuose pavyzdžiuose fenacetinas yra bendra priemaiša. Ši medžiaga siejama su kepenų, inkstų ir kraujo sutrikimais, įskaitant ir vėžį.

Atsakomieji veiksmai

Problemiškų kokaino vartotojų gydymas

Problemiški kokaino vartotojai paprastai yra gydomi ne specialiai tam sukurtoje aplinkoje, o kartu su pacientais,

10 paveikslėlis: Narkotikų paminėjimas kritiškais atvejais (pagal narkotikų tipus) ligoninėse, Barselona, 1992–2002 m.



NB: Viename kritinio atvejo ligoninėje epizode gali būti paminėtos kelios medžiagos.
Šaltinis: *Sistema d'Informació de Droges de Barcelona* (2003), *La Salut a Barcelona*, 2002, Barselona: *Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.*

([76]) *UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit* (2003), *Drug Abuse Trends: Crack Issue 24*, p. 13.
([77]) Ispanijoje jau keletą metų vieną savaitę per metus pasirinktoje šalies ligoninių imtyje stebimi skubiosios stacionarinės medicinos pagalbos teikimo atvejai, kai yra stiprus psichotropinių narkotinių medžiagų poveikis. „Pranešimai" apie narkotines medžiagas fiksuojami. Metodologines detales žr. 2003 m. „Reitox" nacionalinėje ataskaitoje (p. 34–36).

kurie gydomi nuo kitų nelegalių (ar legalių) narkotikų priklausomybės. Nefarmakologinio pobūdžio intervencijos, kurių metu siekiama pakeisti žalingus įpročius, nepriklausomai nuo to, kokia narkotinė medžiaga buvo vartojama, labai riboja gydymo būdo pasirinkimą. Į tokią intervenciją įtrauktos žemiau nurodytos mažo intensyvumo intervencijos – konsultavimas, guldymas į ligoninę ir aukšto intensyvumo intervencijos – ilgalaikis stacionarus gydymas. Taip pat gali būti siūlomi alternatyvūs gydymo būdai, pavyzdžiui, akupunktūra (Seivewright ir kt., 2000).

Medicininio gydymo požiūriu, problemiškų kokaino vartotojų gydymas neturi gerai pagrįstos farmakologinės schemos. Kokaino vartotojams skirtas tik ribotas farmakologinis gydymas, kuris, kaip įrodyta, turi nedidelį (jei iš vis turi) teigiamą poveikį. Dviejų nuoseklių literatūros apžvalgų duomenimis, nėra įrodymų, patvirtinančių, kad teigiamą poveikį gydymo nuo kokaino priklausomybės metu daro skiriamas konvulsijas stabdantis karbamazepinas ar antidepresantai (Lima ir kt., 2004a, b).

Ribotas būtent problemiškiems kokaino vartotojams numatytas gydymo intervencijų spektras bus papildytas šiai vartotojų grupei skirtomis priemonėmis. Nyderlanduose neseniai sukurtas tinklalapis, skirtas kokainu piktnaudžiaujantiems asmenims, o 2003 m. pavasarį Jungtinėje Karalystėje išsiplėtė teikiamų paslaugų asortimentas. Buvo įsteigtos naujos agentūros, kuriose suteikiama galimybė konsultuotis su aukštesnės kvalifikacijos specialistais. Austrijoje taip pat bandoma gydymo paslaugas pritaikyti problemiškų kokaino vartotojų poreikiams.

Kitos išvados apie kokaino vartotojų gydymą

Stebėjimai prižiūrimose narkotikų vartojimo vietose rodo, kad suteikiant skubiąją pagalbą kokainą vartojusiems asmenims ligoninės personalas, pastebėjęs ypač didelį neramumą ar paranoją, nežino kaip elgtis (ENNSC, 2004a). Taip pat užfiksuotas didesnis agresijos tarp vartotojų ir kreką pardavinėjančių narkotikų prekeivių atvejų skaičius (Stöver, 2001).

Kol kas dar nenustatyta, kiek tiesiogiai problemų kelia įvairių rūkomojo kokaino formų vartojimas, kiek tai yra susiję su kokaino vartojimo atvejų dažnumu bei jo kiekiu ir kiek tai lemia jau egzistuojančias socialines, psichologines ar narkotikų keliamas problemas. Atsakomuosius veiksmus sudaro konkrečiam atvejui parengta informacija apie kokaino keliamą pavojų, jo saugesnį vartojimą, stebimas narkotikų vartojimo patalpas, „poilsio kambarius“ ir „dienos centrus“, kur vartotojai gali ramiai niekieno netrukdomi leisti laiką, taip pat ir apie ambulatorinį gydymą (Stöver, 2001).

Susirūpinta dėl potencialios rizikos, kuri atsiranda, kai jaunas narkotikų vartotojas, atvykęs gydytis dėl problemų, susijusių su kanapių vartojimu, susiduria su kokaino vartotojų elgsena ir problemomis (Neale ir Robertson, 2004).

Konfiskavimas ir rinkos informacija ([78])

Gamyba ir nelegali prekyba

Kolumbija šiuo metu yra didžiausias nelegalios prekybos koka šaltinis pasaulyje, po to seka Peru ir Bolivija (UNODC, 2003a). 2002 m. užfiksuotas bendrasis kokaino gamybos kiekis sudarė 800 metrinių tonų, kurių 72 % rasta Kolumbijoje, 20 % Peru ir 8 % Bolivijoje. Didžiausias Europoje konfiskuoto kokaino kiekis patenka į šį žemyną iš Pietų Amerikos (ypač Kolumbijos), Centrinės Amerikos ar Karibų šalių. Tačiau 2002 m. tam tikras nelegaliai Europoje parduotas kokaino kiekis buvo gabenamas per Braziliją (o iš čia į Portugaliją) ar per JAV (o iš čia į Italiją). Pagrindinės šalys, iš kurių kokainas patenka į ES, yra Ispanija, Portugalija ir Nyderlandai, šiek tiek mažesni kiekiai patenka iš Prancūzijos ir Jungtinės Karalystės („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Konfiskavimo mastai

Narkotikų komisijos (CND, 2004) duomenimis, nelegali kokaino prekyba užima trečią vietą pasaulyje po džiovintų kanapių ir kanapių dervos. 2002 m. pagal konfiskuotą kokaino kiekį, svarbiausios nelegalios prekybos kokainu zonos ir toliau išliko Pietų ir Šiaurės Amerika bei Europa. Pastarojoje užfiksuotas 13,5 % visame pasaulyje konfiskuoto kokaino kiekis (CND, 2004). Europoje daugiausiai kokaino konfiskuota vakarų valstybėse. 1997–2002 m. Ispanija ir toliau išliko šalimi, kurioje užfiksuotas didžiausias konfiskuoto kokaino atvejų skaičius tarp ES valstybių. 2001 m. ir 2002 m. ([79]) Ispanijoje buvo užfiksuota daugiau nei pusė bendro ES valstybėse konfiskuoto kokaino atvejų, kurių metu konfiskuota ir daugiau nei pusė bendro ES valstybėse konfiskuoto kokaino kiekio.

1997–2002 m. konfiskuoto kokaino atvejų skaičius ([80]) išaugo visose šalyse, išskyrus Vokietiją ir Italiją. Remiantis

([78]) Žr. 3 skyrių, „Rinkos duomenų bei konfiskavimo aiškinimas“, p. 31.

([79]) Ši situacija turi būti iš naujo įvertinta vos tik gavus 2002 m. JK duomenis. 2002 m. trūko duomenų apie kokaino konfiskavimo atvejus Belgijoje, Italijoje, Nyderlanduose ir Slovėnijoje; 2002 m. trūko duomenų tiek apie kokaino konfiskavimo atvejus, tiek apie konfiskuotą kokaino kiekį Airijoje, Kipre, Maltoje, Lenkijoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

([80]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 5 lentelę „Rinkos“.

šalių, iš kurių gauti duomenys, narkotikų plitimo tendencijomis, 2002 m. ES padidėjęs konfiskuoto kokaino atvejų skaičius, atrodo, yra pagrįstas.

Per tą patį penkerių metų laikotarpį konfiskuoto kokaino kiekis ([81]) svyravo ir tokį jo kitimą atspindi didėjimo tendencija. 2001 m. užfiksavus rekordiškai didelį konfiskuoto kokaino kiekį, ES 2002 m. žymiai sumažėjo konfiskuoto kokaino kiekis ([82]). Veikiausiai taip atsitiko sumažėjus konfiskuotam kokaino kiekiui Ispanijoje (ir Portugalijoje) lyginant su 2001 m., nors kai kuriose šalyse (Vokietijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Norvegijoje) užfiksuotas žymus konfiskuoto kokaino kiekio padidėjimas. 2002 m. Ispanijoje, Nyderlanduose ir Portugalijoje, kaip ir Prancūzijoje, Vokietijoje ir Italijoje nustatytas Europai skirto kokaino padidėjimas (CND, 2004). Kalbant apie tai reiktų pažymėti, jog nuo 2002 m. Nyderlandai ėmėsi radikalių priemonių siekdami sumažinti didėjantį kokaino siuntų srautą iš Karibų salų į Schiphol oro uostą, nes jų sulaikoma vis mažiau.

Nors kai kurios ES šalys pranešė apie konfiskuoto kreko atvejus, tačiau kartais kreko konfiskavimo atvejai nėra išskirti iš kokaino konfiskavimo atvejų skaičiaus. Todėl ataskaitose apie konfiskuotą kokaino kiekį gali būti nurodytas ir konfiskuoto kreko kiekis.

Tarptautinė veikla prieš nelegalią prekybą kokainu

Nelegali prekyba kokainu yra daugiausiai Kolumbijos nusikaltėlių rankose. Tačiau Albanijos ir Afrikos grupuotės taip pat užsiima šios narkotinės medžiagos platinimu. Interpolo vykdyta operacija „Batutas“ (*Trampoline*) atskleidė, kad kokainas kontrabandos būdu gabenamas iš Venesuelos ir Kolumbijos. Ši operacija baigėsi sėkmingai atskleidus keletos svarbiausių nelegalios prekybos narkotikais organizacijų, vadovaujančių praktiškai kiekvienam pasaulio regionui iš Karibų, veiklą (Interpolas, 2002). 2003 m. buvo suplanuota keletas labai svarbių operacijų jūroje siekiant sustabdyti nelegalią kokaino kontrabandą Atlanto vandenyno pakrantėje prie Europos. Buvo konfiskuota beveik 29 tonos narkotikų. Daugumą šių operacijų vykdė Ispanijos vyriausybė.

1999 m. pradėjusi veikti tarptautinė programa – operacija „Violetinė spalva“ (*Operation Purple*), kurios tikslas – nustatyti kalio permanganato (naudojamo nelegalioje kokaino gamyboje) gavimo būdus, buvo sėkminga. 2003 m. buvo konfiskuota beveik 900 tonų šios medžiagos ir ji nebenaudota nelegalios narkotikų gamybos procese.

2002 m. Pasaulinė muitų organizacija (WCO) ir Interpolas pradėjo naują bendrą projektą – operacija „Andai“ (*Operation Andes*), kurios metu nacionalinės muitinės ir policijos valdžios organai privalėjo keistis informacija ir ją analizuoti, taip siekiant nustatyti nelegalias prekursorių cheminių preparatų siuntas Čilėje, Bolivijoje, Kolumbijoje, Argentinoje ir Peru (WCO, 2003).

Kaina ir grynumas

2002 m. vidutinė kokaino kaina ([83]) ES mažmeninėje prekyboje buvo labai skirtinga – nuo 38 eurų už gramą Portugalijoje iki 175 eurų už gramą Norvegijoje. 1997–2002 m. vidutinė mažmeninė kokaino kaina nekito ar nukrito visose ES šalyse. Panašūs duomenys pateikti ir 2002 m., išskyrus Čekijos Respubliką ir Lietuvą, kur kainos palyginus su praeitais metais išaugo.

Palyginus su heroinu, vartotojus pasiekusio kokaino vidutinis grynumas yra aukštas. Vidutinis grynumas 2002 m. svyravo nuo 28 % Estijoje iki 68 % Čekijos Respublikoje ir Norvegijoje. 1997–2002 m. daugelyje ES šalių vyravo vidutinio kokaino grynumo mažėjimo tendencija. 2002 m. kokaino grynumas ir toliau mažėjo daugelyje šalių, išskyrus tas, kurios nurodė aukščiausius vidutinius kokaino grynumo rodiklius, t. y. Belgiją, Čekijos Respubliką, Liuksemburgą ir Norvegiją. Jose nustatytas vidutinio kokaino grynumo didėjimas.

([81]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 6 lentelę „Rinkos“.
([82]) Tai turėtų būti sutikrinta su trūkstamais 2002 m. duomenimis, kai tik jie bus gauti.
([83]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos“.

6 skyrius

Heroino ir leidžiamų narkotikų vartojimas

Problemiškas narkotikų vartojimas

Dėl nuolatinio ir nepertraukiamo heroino vartojimo, narkotikų leidimosi ir kai kuriose šalyse populiaraus stimuliatorių vartojimo Europoje ženkliai paaštrėjo su narkotikais susijusios sveikatos ir socialinės problemos. Nors bendras tokio elgesio individų skaičius yra nedidelis lyginant jį su bendrąja populiacija, tačiau narkotikų vartojimo problemų poveikis yra aiškiai įuntamas. Siekdama padėti suprasti šios problemos mastą ir suteikti galimybę stebėti jos tendencijas, ENNSC kartu su valstybėmis narėmis bando apibrėžti sąvoką „problemiškas narkotikų vartojimas“ ir išplėtoti strategijas, kurios padėtų įvertinti šios problemos mastą ir poveikį.

Darbinis problemiško narkotikų vartojimo apibrėžimas yra toks: „leidžiamų narkotikų vartojimas ar ilgalaikis/nuolatinis opiatų, kokaino ir (arba) amfetaminų vartojimas“ ([84]). Apibrėžimų įvairovė ir metodologinis netikrumas rodo, kad gauti patikimus duomenis šioje srityje yra sunku, o vertinant skirtumus tarp šalių ar skirtingų laikotarpių duomenis reikia būti atidiems.

Paplitimas

Apskaičiuota, kad problemiško narkotikų vartojimo paplitimas svyruoja nuo 2-ų iki 10-ies atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus grupės individų (remtasi skaičiavimų viduriniaisiais taškais), o tai sudaro iki 1 % visų suaugusių gyventojų ([85]). Geografiniu bei socialiniu požiūriu, problemiškas narkotikų vartojimas pasiskirstęs neproporcingai. Ši problema labai aktuali skurdžiuose miestų rajonuose, taip pat tam tikrose žmonių grupėse – ypač tarp jaunų vyrų. Visa tai kai kuriose bendruomenėse labai paaštrina problemiško narkotikų vartojimo situaciją. Danijoje, Italijoje, Liuksemburge, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje šie skaičiai yra didesni (6–10 atvejų tūkstančiui gyventojų, kurių amžius 15–64 metai). Mažesni šios problemos mastai yra Vokietijoje, Graikijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje ir Suomijoje (mažiau nei 4 atvejai tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų; žr. 11 paveikslėlį). Iš naujų ES šalių išsamius duomenis pateikia tik Čekijos Respublika, Lenkija ir Slovėnija, kuriose ši problema pasireiškia vidutiniškai – atitinkamai 4,9, 1,9 ir 5,3 atvejų tūkstančiui 15–64 metų gyventojų.

Nors įvertinimo metodai labai patobulėjo, tačiau patikimų ir nuoseklių istorinių duomenų trūkumas apsunkina padėtį prireikus įvertinti problemiško narkotikų vartojimo tendencijas. Kai kurių šalių pateikti pasikeitę šios problemos rodikliai, kuriuos papildė kitokio pobūdžio duomenys, leidžia daryti prielaidą, kad nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio vidurio problemiško narkotikų vartojimo atvejų padaugėjo. Duomenys gauti iš 19-os šalių, iš kurių 9 nurodo, kad nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio vidurio ši problema paaštrėjo. Tai – Belgija, Danija, Vokietija, Ispanija, Italija, Liuksemburgas, Austrija, Suomija, Švedija (1992–1998 m.), Jungtinė Karalystė ir Norvegija. Belgijoje, ir Norvegijoje problema paaštrėjo dėl intraveninio narkotikų vartojimo. Nors naujos ES valstybės narės nepateikia longitudinių tyrimų duomenų, tačiau pagal tam tikrus požymius matyti, kad problemiško narkotikų vartojimo tendencijos yra skirtingos. Čekijos Respublikoje keletas rodiklių rodo, kad nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio pabaigos problemiško narkotikų vartojimo situacija stabilizavosi, kai tuo tarpu Estijoje nustatytas ženklus keleto rodiklių padidėjimas. Žinant, kad šalims įžengus į socialinių ir ekonominių pokyčių kelią narkotikų problemos gali labai paaštrėti, naujose valstybėse narėse būtina kuo skubiau išplėtoti stebėjimo sistemas.

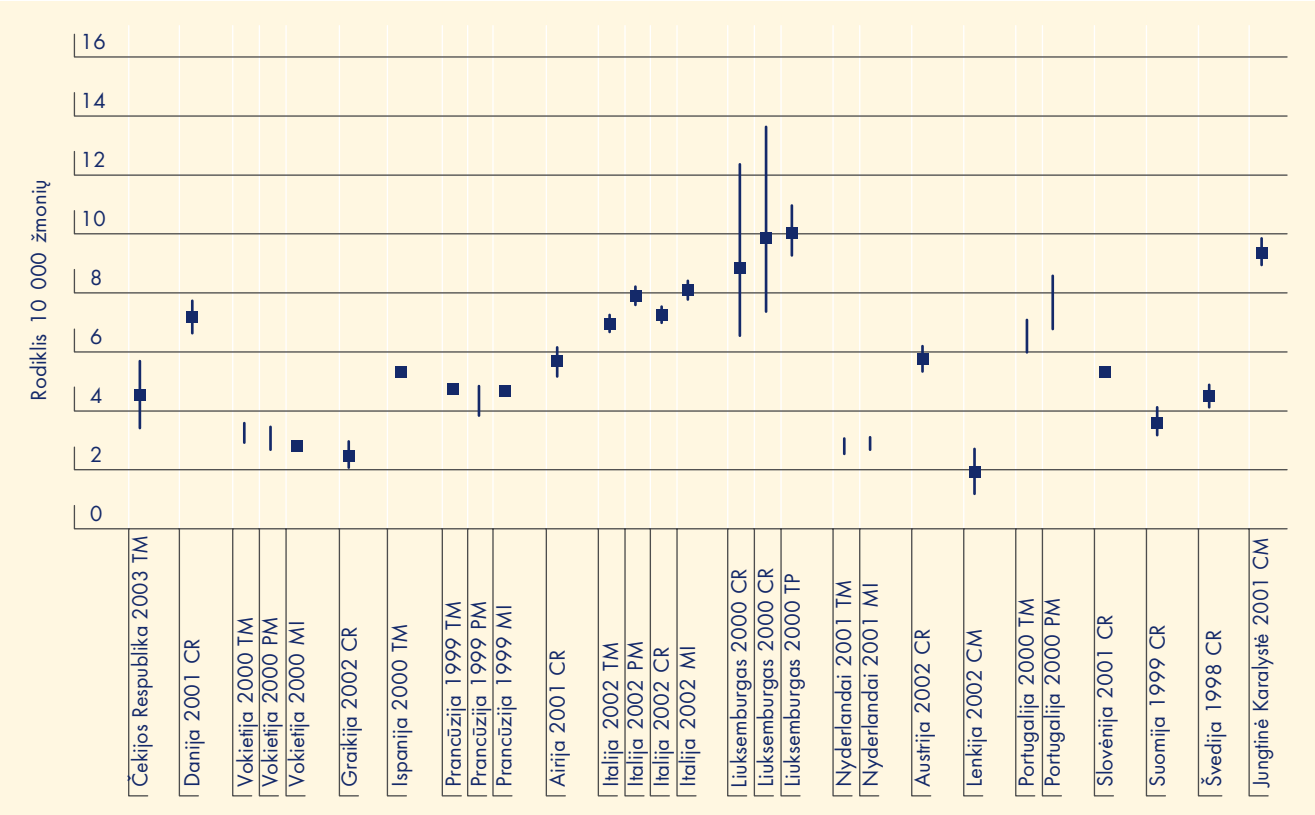
Vartojimo būdai ir mastas

Problemiški narkotikų vartojimo atvejai gali būti keleto rūšių. Jie skirstomi į heroino vartojimo atvejus, kurie istoriškai sudaro didžiausią problemiško narkotikų vartojimo atvejų dalį daugelyje ES šalių ir į stimuliatorių vartojimo atvejus, vyraujančius Suomijoje ir Švedijoje, kur dauguma problemiškų narkotikų vartotojų yra visų pirma amfetamino vartotojai. Panaši situacija ir Čekijos Respublikoje, kur metamfetamino vartotojai paprastai sudaro svarbią problemiškų narkotikų vartotojų dalį.

Problemiškas narkotikų vartojimas turi tendenciją įgauti naujas formas, todėl ENNSC šiuo metu sprendžia

([84]) Plačiau žr. 2004 m. Statistikos biuletenio problemiško narkotikų vartojimo metodologines pastabas.
([85]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 3 lentelę „Paplitimas“ ir 4 lentelę „Paplitimas“.

11 paveikslėlis: Probleminio narkotikų vartojimo masto rodiklis (tūkstančiui žmonių 15–64 m. amžiaus grupėje)



NB: CR = *Capture-recapture*; TM = *Treatment Multiplier*; PM = *Police Multiplier*; MI = *Multivariate Indicator*; TP = *Truncated Poisson*; CM = *Combined Methods*. Tikslinės grupės gali nežymiai skirtis dėl vartojamų skirtingų metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Daugiau informacijos – žr. 3 lent. „Paplitimas" ir 4 lent. „Paplitimas" 2004 m. Statistikos biuletenyje. Švedijos įvertinimas buvo priderintas prie ENNSC probleminio narkotikų vartojimo apibrėžimo. Į Ispanijos įvertinimą neįtrauktas probleminis kokaino vartojimas; aukštesnis įvertinimas pateiktas 3 lent. „Paplitimas" ir 4 lent. „Paplitimas", kur dėmesys skiriamas būtent šiai grupei, bet aklai pasitikėti negalima.

Šaltiniai: Nacionaliniai narkotikų informacijos biurai. Taip pat žr. ENNSC projektą *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union*, 1995–2000 („Nacionaliniai probleminio narkotikų vartojimo paplitimo įvertinimai Europos Sąjungoje 1995–2000 m."), CT.00.RTX.23, Lisabona, ENNSC, 2003. Projektą koordinavo „Institut für Therapieforschung", Miunchenas (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

klausimą ar nereikėtų atnaujinti Europoje naudojamo darbinio apibrėžimo, kadangi kinta narkotikų vartojimo pobūdis. Pavyzdžiui, daugelyje šalių aštrėja problemos, susijusios su kelių narkotikų naudojimu vienu metu, tuo tarpu tose šalyse, kuriose istoriškai dominavo opiatai, dabar pradėti vartoti kiti narkotikai.

Ispanijoje, nors mažėja problemiško opiatų vartojimų atvejų, tačiau pastebimas kokaino vartojimo atvejų bei su jais susijusių problemų pagausėjimas. Tačiau tikslių duomenų apie ilgalaikes narkotikų vartojimo tendencijas, kurios apima problemišką kokaino vartojimą, nėra. Vokietija ir Nyderlandai praneša apie problemiškų narkotikų vartotojų grupėje padidėjusią kreko vartotojų dalį, nors bendras problemiškų narkotikų vartotojų skaičius Nyderlanduose lieka nepakitęs.

ES svertinis problemiškų narkotikų vartotojų vidurkis tikriausiai yra tarp keturių ir septynių atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų, o tai sudaro 1,2–2,1 milijono problemiškų narkotikų vartotojų išsiplėtusioje ES, iš jų aktyvūs leidžiamų narkotikų vartotojai sudaro maždaug nuo 850 000 iki 1,3 milijono. Deja, šie skaičiai toli gražu neatspindi tikrosios padėties ir jie turės būti koreguojami gavus daugiau informacijos iš naujųjų valstybių narių.

Leidžiamų narkotikų vartojimas

Leidžiamus narkotikus vartojantys asmenys labai smarkiai rizikuoja patirti nepageidaujamas narkotikų vartojimo pasekmes, todėl leidžiamų narkotikų vartojimą, kaip būdą, kuriuo naudojasi pagrindinė problemiško narkotikų vartotojų kategorija, reikia aptarti atskirai.

Duomenys apie leidžiamų narkotikų vartojimą yra gaunami naudojant netiesioginius (techninius, dauginamuosius) metodus, pagrįstus mirtingumo rodikliais, žmogaus imunodeficito atvejų rodikliais ar hepatito C viruso (HCV) susirgimo atvejų rodikliais. Tačiau duomenų

12 paveikslėlis: Leidžiamų narkotikų vartojimo masto rodiklis (tūkstančiui žmonių 15–64 m. amžiaus grupėje)

NB: *MM = Mortality Multiplier; HM = HIV multiplier; CM = Combined Methods for injecting drug use (IDU) estimation.*
Tikslinės grupės gali nežymiai skirtis dėl vartojamų skirtingų metodų ir duomenų šaltinių, todėl lyginti reikėtų atsargiai. Mirtingumas bei *HIV Multipliers* yra reikalingi tam, kad būtų galima įvertinti injekcinius narkotikus, kurie yra tik viena narkotikų vartojimo problemos pusė. Kiti metodai reikalingi narkotikų vartojimo problemai įvertinti. Smulkesnės informacijos ieškokite „Paplitimo" 3 lent. ir 4 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.

Šaltiniai: Nacionaliniai narkotikų informacijos biurai. Taip pat žr. ENNSC projektą *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000* („Nacionaliniai probleminio narkotikų vartojimo paplitimo įvertinimai Europos Sąjungoje 1995–2000 m."), CT.00.RTX.23, Lisabona, ENNSC, 2003. Projektą koordinavo „Institut für Therapieforschung", Miunchenas (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

kokybė bei metodologinės problemos leidžia skirtingai interpretuoti duomenis. Pavyzdžiui, pagal šiuos duomenis sunku nustatyti skirtumą tarp dabartinio ir nuolatinio vartojimo atvejų, todėl reikia labai atsargiai lyginti tarpusavyje atskirų šalių duomenis. Turimi leidžiamų narkotikų vartojimo duomenys tarp šalių svyruoja nuo dviejų iki šešių atvejų tūkstančiui 15–64 metų amžiaus gyventojų (12 paveikslėlis).

Gydomų heroino vartotojų leidimosi rodiklių analizė rodo, kad šalys skiriasi šiuo metu naudojamų leidžiamų narkotikų paplitimu bei tendencijomis laiko atžvilgiu ([86]). Turimi duomenys rodo, kad mažiau negu pusė (43 %) pirmą kartą gydomų nuo heroino vartojimo asmenų teigia paskutiniu metu vartoję leidžiamus narkotikus, kai tuo tarpu ši kategorija tarp visų gydomų (vertinant pagal svertinį vidurkį) nuo narkotikų asmenų sudaro du iš trijų (62 %). Kai kuriose šalyse (Ispanijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje) palyginus maža heroino vartotojų dalis jį leidžiasi, tačiau kitose šalyse (Čekijos Respublikoje, Slovėnijoje ir Suomijoje) manoma, kad leistis heroiną yra normalu. Pagal turimus duomenis keliose ilgametėse ES šalyse leidžiamų narkotikų vartojimas dešimtajame praėjusio šimtmečio dešimtmetyje tarsi yra sumažėjęs. Tačiau nerimą kelia tai, kad kai kuriose kitose šalyse (Vokietijoje, Airijoje ir Suomijoje) leidžiamų narkotikų vartojimas ne tik nesumažėjo, bet atrodo vėl pradeda augti, o naujose valstybėse narėse – tose, kuriose yra tokie duomenys – beveik visi heroino vartotojai jį leidžiasi.

Konfiskavimas ir rinkos informacija ([87])

Opiatų gamyba, nelegali prekyba ir konfiskavimas

Daugiausiai nelegalaus opiumo ir heroino į pasaulio rinką patenka iš keleto šalių (UNODC, 2003a). Bendras nelegalaus opiumo gamybos kiekis 2002 m. sudarė apie 4 500 metrinių tonų, iš kurių 76 % buvo pagaminta Afganistane. Likusioji dalis pagaminta Pietryčių Azijoje: 18 % Mianmare ir 3 % Laose. Bendroji opiumo gamybos

([86]) Žr. OL 9 pav. „Leidžiamų narkotikų vartojimo tendencijos".
([87]) Žr. 3 skyrių „Rinkos ir konfiskavimo aiškinimas" (p. 31).

apimtis nekito per paskutinius penkerius metus, nors 2001 m. Talibano režimo draudimas Afganistane auginti daržines aguonas buvo sukėlęs žymų, tačiau trumpalaikį gamybos nuosmukį.

Didžioji dalis ES suvartojamo heroino yra gaminama Afganistane ar prie opiumo kontrabandos kelių, ypač Turkijoje (UNODC, 2003a). Opiumas į Europą patenka dviem pagrindiniais nelegalios opiumo prekybos keliais. Istoriškai svarbus Balkanų kelias ir toliau išlieka pagrindiniu nelegalios prekybos heroinu keliu. Jis eina per Pakistaną, Iraną ir Turkiją, po to skyla į pietinę atšaką, kuri driekiasi per anksčiau Jugoslavijos Respublikai priklausiusią Makedoniją (FYROM), Albaniją, dalį Italijos, Serbiją, Juodkalniją bei Bosniją ir Hercegoviną, o šiaurinė atšaka eina per Bulgariją, Rumuniją, Vengriją ir Austriją. Nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio vidurio vis daugiau heroino pasiekia Europą „šilko keliu", kuris eina per Centrinę Aziją, Kaspijos jūrą ir Rusijos Federaciją („Reitox" nacionalinės ataskaitos, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Nors šie keliai yra patys svarbiausi, tačiau pasitaiko, kad heroinas konfiskuojamas ir kitur, pavyzdžiui, Afrikos šalyse ar Kolumbijoje.

Be importuojamo heroino, kai kurie opiatai taip pat yra gaminami ir ES. Tai nedidelės apimties namuose ruošiamų aguonų produktų gamyba (pvz., aguonų koncentratas iš susmulkintų aguonų galvučių ir stiebelių) keliose Rytų Europos šalyse: Čekijos Respublikoje, Estijoje, Lietuvoje ir Lenkijoje. Pagal kai kuriuos pranešimus šiuos namuose pagamintus produktus įvodojoje rinkoje keičia importuojamas heroinas.

Pagal konfiskuotą heroino kiekį 2002 m. pirmavo Azija (52,5 %) ir Europa (28,1 %) (CND, 2004). Europoje daugiausiai heroino konfiskuota vakarų valstybėse. Nuo 1998 m. daugiausiai užfiksuotų heroino konfiskavimo atvejų ir didžiausias konfiskuoto heroino kiekis buvo Jungtinėje Karalystėje, po to Ispanijoje ([88]). 2001 m. Jungtinėje Karalystėje buvo konfiskuota trečdalis visų heroino konfiskavimo atvejų ir 40 % viso ES konfiskuoto heroino kiekio.

ES konfiskuoto heroino kiekis ([89]) nekito iki 1998 m., o 1999 ir 2000 m. padidėjo. Pagal šalių, pateikusių duomenis, tendencijas bendras ES konfiskuoto heroino kiekis nekito nuo 2000 m. ([90]), nors 2002 m. visose duomenis pateikusiose šalyse heroino konfiskavimo atvejų sumažėjo ([91]).

Nerimą kelia paskutiniu metu pasirodę pranešimai apie nelegalią prekybą fentaniliu. Fentanilis – tai sintetinis opiatas, iki šimto kartų veiksmingesnis už heroiną ([92]). Paskutiniu metu kelios su Baltijos jūra ir Rusijos Federacija besiribojančios šalys pranešė apie fentanilio konfiskavimo atvejus. Švedijoje 2002 m. užfiksuoti du, o 2003 m. – 23 jo konfiskavimo atvejai. 2001 metų pabaigoje Estijoje fentanilis ir metilfentanilis narkotikų rinkoje buvo vartoti kaip heroino pakaitalai, o 2002 m. šioje šalyje užfiksuota 68 fentanilio ir 11 metilfentanilio konfiskavimo atvejų. Suomijoje didžiausia 3-metilfentanilio didmeninės prekybos siunta sulaikyta 2002 m. Lietuvoje 2002 m. buvo nustatyti šeši fentanilio konfiskavimo atvejai. INCB (2004a) pranešė apie neseniai Ukrainoje konfiskuotą 41 kg fentanilio ir apie tris likviduotas laboratorijas kuriose jis buvo sintetinamas. Ženklus fentanilio paplitimas Europos narkotikų rinkoje kelia didelį susirūpinimą, kadangi jo vartojimas susijęs su didelėmis problemomis. Tai ypač aiškiai matyti paskutinių dviejų metų pranešimuose iš Baltijos šalių apie mirties atvejus dėl narkotikų perdozavimo. Atlikus toksikologinius tyrimus nustatyta, kad dažnai su heroinu buvo vartotas ir fentanilis. Šioje situacijoje reikia neprarasti budrumo, kadangi fentanilis gali likti nepastebėtas ypač tada, kada jis maišomas su nelegaliu heroinu, siekiant sustiprinti pastarojo veiksmingumą. Be to, būta kelių komiškų šalutinių fentanilio produktų vartojimo pavyzdžių. Pavyzdžiui, Graikijoje narkotikų vartotojai bandė išgauti fentanilį iš nuskausminančių *Durogesic*® pleistrų.

Buprenorfinas – farmakologinis opioidas – jau irgi randamas kai kurių šalių, pavyzdžiui, Čekijos Respublikos įvodojoje rinkoje, kur 2002 m. kai kuriose vietovėse buvo rasta preparato *Subutex*® ir Jungtinėje Karalystėje pastaruosius tris metus jo konfiskuojama. 2001–2002 m. Suomijoje užfiksuota daug *Subutex*® konfiskavimo atvejų, o 2002 m. Norvegijoje pranešta apie didelio masto *Temgesic*® konfiskavimą. Iš dalies tai nestebina, nes buprenorfino skyrimas pagal receptą daugelyje šalių yra padidėjęs. Tačiau šio vaisto farmakologinė formulė sudaryta taip, kad nebūtų galima juo piktnaudžiauti, taigi šiuos pranešimus reikėtų papildomai ištirti.

Tarptautiniai veiksmai prieš nelegalią prekybą heroinu

Siekiant užkirsti kelią padidėjusiai heroino gamybai Afganistane imta aktyviau bendradarbiauti tarptautiniu

([88]) Nors ši situacija turi būti iš naujo įvertinta vos tik gavus trūkstamus 2002 m. duomenis. 2002 m. duomenų apie heroino konfiskavimo atvejus trūko Belgijoje, Italijoje, Vengrijoje, Nyderlanduose ar Lenkijoje; 2002 m. duomenų tiek apie heroino konfiskavimo atvejus, tiek apie jo kiekį trūko Airijoje, Kipre, Maltoje, Slovakijoje ir Jungtinėje Karalystėje.

([89]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 4 lentelę „Rinkos".

([90]) Ši informacija turėtų būti patikrinta vos tik gavus trūkstamus 2002 m. duomenis.

([91]) Ibid.

([92]) Jei fentanilis buvo suvartotas atsitiktinai, jį sumaišius su heroinu apsinuodijimo rizika būtų labai didelė.

mastu (Europolas, 2003). Nuo 2002 metų Interpolas pagal projektą NEHRO ([93]) sutelkė dėmesį į naują heroino kontrabandos kelią tarp Centrinės Azijos ir Vakarų Europos. (Interpolas, 2002; Europolas, 2003). Pasaulinė muitų organizacija (WCO) irgi pradėjo operaciją „Tramdytojas" (*Operation Tamerlane*), kuria siekta suvienyti visų šalių per kurias eina „šilko kelias" ar kurios su juo ribojasi, pajėgas – muitines, policiją ir pasieniečius (WCO, 2003a).

2003 m. operacijos „Topazas" (*Operation Topaz*) – tarptautinė programa skirta sustabdyti acto rūgšties anhidrido – svarbaus cheminio preparato naudojamo heroino gamyboje – nukreipimą narkotikų gamybai – metu buvo atskleisti nelegalios prekybos narkotikais tinklai ir pagrindinės kompanijos, užsiimančios šio produkto nukreipimu narkotikų gamybai Europoje. Afganistanas ir kitos Azijos šalys įsijungė į šią operaciją. Operacija „Topazas" yra viena iš keleto tarptautiniu mastu vykdomų operacijų, kurių metu dėmesys sutelkiamas į nelegaliai narkotikų gamybai reikalingus cheminius prekursorius bei į pačias narkotines medžiagas.

Heroino kaina ir grynumas

Europoje aptinkamas dviejų rūšių heroinas: labiausiai paplitęs rudasis heroinas (be priemaišų, gryna formulė) ir mažiau populiarus bei žymiai brangesnis baltasis heroinas (druskos pavidalo), kuris dažniausiai kilęs iš Pietryčių Azijos. 2002 m. ES vidutinė gatvėje parduodamo rudojo heroino kaina svyravo nuo 29 eurų už gramą Vengrijoje iki 161 euro už gramą Švedijoje, kai tuo tarpu baltojo heroino kaina buvo nuo 32 (Vengrijoje) iki 213 eurų už gramą (Švedijoje) ([94]). Toks kainų skirtumas atspindi parduodamo narkotiko grynumą. Per paskutinius penkerius metus tiek rudojo, tiek baltojo heroino vidutinė mažmeninė kaina nekito arba mažėjo duomenis pateikusiose šalyse, išskyrus Čekijoje, kur užfiksuotas kainų padidėjimas. 2002 m. vidutinė gatvėje parduodamo rudojo heroino kaina nukrito šešiose iš devynių ataskaitas pateikusių ES šalių, kai tuo tarpu baltojo heroino vidutinė kaina daugelyje šalių (keturiose iš šešių) pakilo.

2002 m. vidutinis rudojo gatvėje parduodamo heroino grynumas buvo nuo 10 % Liuksemburge iki 43 % Ispanijoje, kai tuo tarpu vidutinis baltojo heroino grynumo vidurkis svyravo nuo 7 % Estijoje ir Suomijoje iki 75 % Norvegijoje. Daugelyje ES šalių heroino grynumas per pastaruosius penkerius metus sumažėjo arba išliko toks pats. 2001 m. rudojo heroino grynumas padidėjo daugelyje apie jį duomenis pateikusių šalių (7-iose iš 10-ies), tačiau ši tendencija pasikeitė 2002 m., kada duomenis apie žymiai sumažėjusį vidutinį grynumą pristatė penkios valstybės (iš septynių): Danija, Liuksemburgas, Portugalija ir Jungtinė Karalystė ir Norvegija. Vidutinis gatvėje parduodamo baltojo heroino grynumas sumažėjo 2001 m. ir 2002 m., tačiau ilgalaikio stebėjimo duomenys gauti tik iš trijų šalių (Danijos, Estijos ir Suomijos).

Narkotikų sukeltos infekcinės ligos

ŽIV

ŽIV epidemija šiuo metu greitai plinta kai kuriose naujose ES valstybėse ir kaimyninėse šalyse. Dabar Estija, Latvija, Rusija ir Ukraina pasižymi sparčiausiai plintančia ŽIV epidemija pasaulyje. Kitose naujose ES valstybėse ŽIV paplitimo rodikliai labai skiriasi, o keletoje jų vis dar gresia panašaus protrūkio galimybė. Kai kuriose „senosiose" ES šalyse, kurios iki šiol išvengė didelės ŽIV epidemijos tarp asmenų, vartojančių leidžiamus narkotikus (AVLN), dabar matomi pirmieji padidėjusios grėsmės požymiai.

Išsamiai išanalizavus duomenis apie naujai užsikrėtusius asmenis matome, kad 2001 m. Estijoje ir Latvijoje buvo užregistruotas maksimalus naujų ŽIV užsikrėtimo atvejų skaičius, atitinkamai 991 ir 281 asmenys milijonui gyventojų. Nors 2002 m. šis skaičius sumažėjo iki 525 ir 170 asmenų milijonui gyventojų per metus (13 paveikslėlis) (EuroHIV, 2004), tačiau tai vis tiek labai aukštas rodiklis. Nurodomos galimos šio sumažėjimo priežastys, naudojami įrankiai, AVLN aukščiausios rizikos grupės nustatymas ir (arba) narkotikus vartojančių asmenų elgsenos pasikeitimai. Kai kuriose naujose ES valstybėse paplitimas yra didelis, kaip buvo nustatyta ištyrus AVLN 2001–2003 m.: Estijoje (6,2–13 %), Latvijoje (6,6–14,6 %) ir Lenkijoje (6,8–9,1 %). Įvairių šaltinių duomenys rodo, kad 2002 m. Estijoje žymiai sumažėjo ŽIV paplitimas tarp ištirtų AVLN (6,2 % iš valstybės mastu tirtų 1 186 AVLN, kai tuo tarpu 2001 m. atitinkamai buvo 13 % iš 2 078 imties).

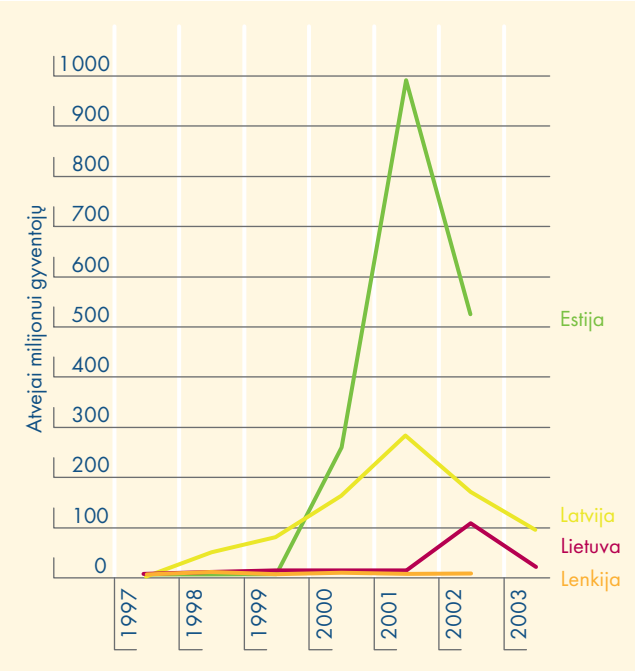
Latvijos nacionaliniai duomenys iš narkomanijos gydymo centrų taip pat rodo paplitimo sumažėjimą tarp ištirtų AVLN (nuo 13,7 % 2001 m. iki 6,6 % 2003 m.), tačiau duomenys iš kitų nacionalinių šaltinių (ligoninių ir areštavimo duomenų: nuo 7,8 % 2000 m. iki 14,6 % 2003 m.) ir vietinių šaltinių (daugybė nustatymų Rygoje ir Tukumyje: nuo 18,3 % 2000 m. iki 22 % 2003 m.) rodo, kad paplitimas tarp ištirtų AVLN toliau auga. 2002 m. Lietuvoje padidėjo naujai užfiksuotų ŽIV atvejų skaičius dėl smarkaus šios ligos protrūkio kalėjime, tačiau ŽIV paplitimas tarp AVLN vis tiek išlieka nedidelis (2002–2003 m.: 1 % iš 2 831 AVLN ir 2,4 % iš 1 112 AVLN daugybėje pasirinkimų nacionaliniu lygiu ir atitinkamai 0,6 % iš 641 AVLN ir 0,4 % iš 235 AVNL

([93]) Šiaurės Europos heroino kelias.
([94]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 14 lentelę „Rinkos".

Vilniuje dalyvavusių adatų keitimo programoje). ŽIV protrūkis kalėjime rodo, kad Lietuvoje kaip ir kituose regionuose, kur ŽIV paplitimas tarp AVLN dar yra nedidelis, reikia skubiai įgyvendinti prevencijos priemones tarp AVLN. Šis įvykis taip pat atkreipia dėmesį į tai, kad kalėjimų vaidmuo ŽIV plitimui tarp AVLN yra labai svarbus (Dolan, 1997–1998; Dolan ir kt., 2003).

Lenkijoje visuomenės sveikatos laboratorijų pateikti duomenys apie nacionalinį ŽIV paplitimo mastą rodo, kad 2002 m. ŽIV paplitimas tarp AVLN sumažėjo nuo 10,7 % (iš 3 106) 2000 m. iki 6,8 % (iš 2 626). Šis mažėjimas atitinka naujai pastebėtas tendencijas tarp AVLN, kurios rodo sumažėjimą nuo 2000 m. užfiksuoto rodiklio 8,6 milijonui gyventojų iki 5,1 užfiksuoto 2001 m. ir 6,9 2002 m. Pagal vietinio paplitimo duomenis Pomorsko rajone 2002 m. užfiksuotas aukštas paplitimo rodiklis (30 % iš 165 besigydančių AVLN bei sutiktų gatvėje; 15 % iš 69 vien tik iš sutiktų gatvėje), tačiau čia reikėtų atkreipti dėmesį, kad ŽIV paplitimo rodiklis tarp besigydančių AVLN gali būti aukštesnis už bendrą visų AVLN rodiklį. Kitose naujose ES valstybėse ŽIV paplitimas tarp AVLN 2000–2001 m. buvo labai žemas, nors daugeliu atvejų trūksta vėlesnių šios situacijos duomenų. ŽIV paplitimas buvo mažesnis nei 1 % Čekijos Respublikoje, Slovėnijoje ir Slovakijoje, panašiai kaip ir jų kaimyninėse šalyse – ES valstybėse kandidatėse –

13 paveikslėlis: Naujai diagnozuotų ŽIV infekcijų tarp AVLN skaičius milijonui gyventojų kai kuriose naujose ES valstybėse narėse



Šaltinis: Europos AIDS epidemiologinės stebėsenos centras (EuroHIV).

Rumunijoje ir Bulgarijoje (ENNSC, 2003a). Nors šios šalys iki šiol vis dar išvengė ŽIV epidemijos tarp AVLN, tačiau, jei nebus imtasi reikiamų prevencijos priemonių, vis didėjantis narkotikų vartojimas gali paskatinti ŽIV infekcijos ir hepatito paplitimą artimiausioje ateityje (žr. šio skyriaus skiltį „Su narkotikų vartojimu susijusių infekcijų mažinimas“).

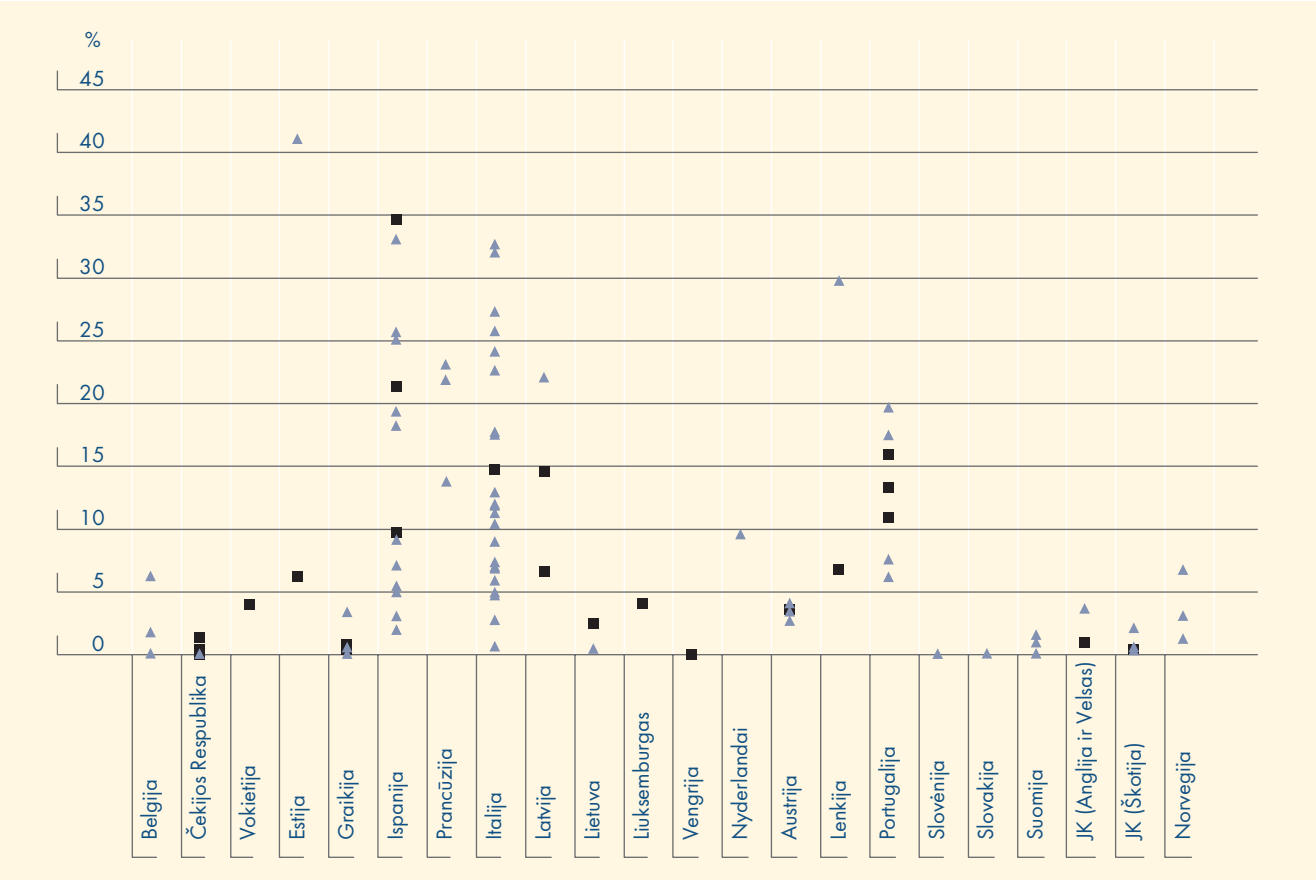
Pagal 15 ES valstybių narių pranešimus apie ŽIV atvejus atrodo, kad beveik visur Vakarų Europoje ŽIV epidemija tarp AVLN jau stabilizavosi arba mažėja. Jos mastai 2002 m. svyravo nuo 1,3 naujų atvejų milijonui gyventojų Graikijoje iki 115,7 atvejų Portugalijoje (paskutinis sumažėjimas iki 88,4 atvejų 2003 m.) (EuroHIV, 2004). Tačiau, ilgalaikės tendencijos nustatytos pagal pranešimus apie ŽIV atvejus ES mastu gali būti klaidinančios, kadangi iš tų šalių, kuriose epidemiologinė situacija tarp AVLN yra sudėtingiausia, nacionaliniu mastu nėra pateikti duomenys. Esant tokiai situacijai būtina papildomai turėti ir AVLN serologinių tyrimų duomenis. Turimi ŽIV paplitimo nacionaliniame lygmenyje duomenys rodo, kad tarp šalių ir pačiose šalyse yra dideli skirtumai: nuo maždaug 1 % Suomijoje (pagal adatų keitimo programos duomenis) iki 9,7–35 % narkotikų vartotojų nacionalinėse vietovėse Ispanijoje (2001–2003 m.) (14 paveikslėlis). Apskritai ŽIV paplitimas tarp AVLN yra stabilus ar mažėjantis ([95]), nors stabilus ŽIV paplitimas nereiškia, kad liga yra daugiau neperduodama, nes kai kuriose šalyse nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio pastebėtas ŽIV plitimo padidėjimas vietiniu ir regioniniu mastu. Be to, kai kuriose vietovėse, kur buvo užfiksuotas ŽIV suaktyvėjimas nėra naujausių duomenų. ŽIV paplitimo padidėjimas rodo, kad prevencijos priemonės tose vietovėse yra nepakankamos, netgi tose vietose, kur jau seniai nustatyta epidemija. Kai kuriose vietovėse didelį ŽIV paplitimą rodo nuolatiniai ligos perdavimo atvejai tarp jaunimo (jaunesnių nei 25 metų) ir naujų AVLN (tų, kurie leidžiamus narkotikus vartojo mažiau nei dvejus metus) (ENNSC, 2003b) ([96]). Tose vietose, kur ŽIV paplitimas tarp AVLN išlieka didelis, labai svarbus yra prevencijos pastovumas, nes tik taip galima užkirsti kelią ligos perdavimui naujiems AVLN, jų seksualiniams partneriams bei motinos – vaikui.

Hepatitas B ir C bei kitos infekcijos

ES hepatito B viruso (HBV) antikūnio paplitimas (6–85 %) ir hepatito C viruso (HCV) antikūnio paplitimas (17–95 %) tarp AVLN apskritai yra labai aukštas, o tai rodo, kad gydymo ir prevencijos poreikis yra taip pat didelis (15 paveikslėlis). HCV paplitimas yra mažesnis (25–33 %) kai kuriose iš tų šalių, kuriose ŽIV paplitimas taip pat yra nedidelis (tiksliau kai kuriose naujose ES

([95]) Plačiau žr. pirminiuose šaltiniuose, žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Infekcinės ligos“ ir 8 lentelę „Infekcinės ligos“.
([96]) Ibid.

14 paveikslėlis: ŽIV infekcijos paplitimo tarp AVLN – nacionalinės ar vietinės apimties tyrimai 2001–2003 m.



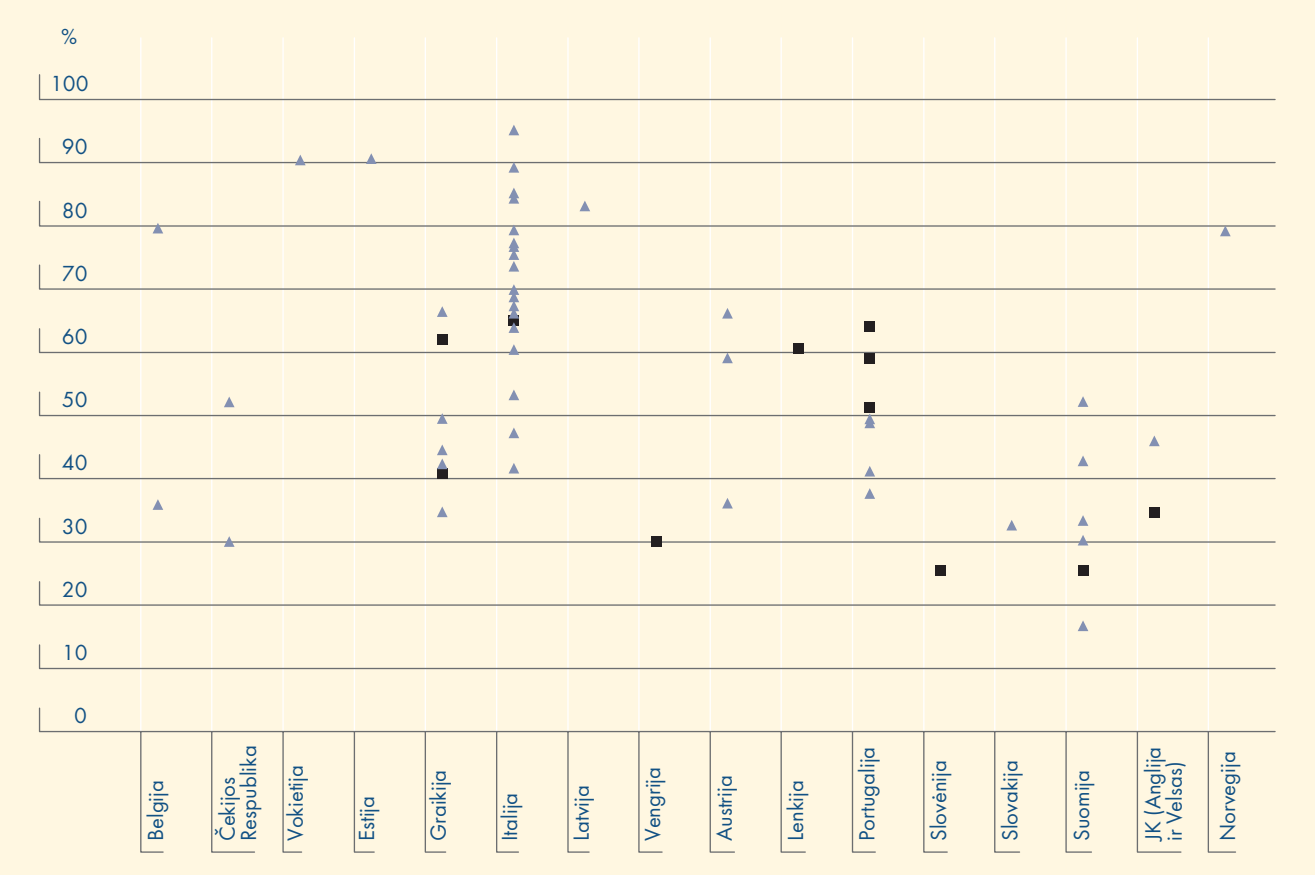
NB: ■ = nacionalinio lygio imtys; ▲ = vietinio/regioninio lygio imtys.
Skirtumai tarp šalių turėtų būti interpretuojami atsargiai dėl skirtingų vartojamų metodų ar tyrimų bei nacionalinių imčių strategijų.
Portugalijos bei Italijos duomenys apima ne tik AVLN, todėl paplitimas atspindimas netiksliai (ne AVLN dalis imtyse: Italijoje 5–10 %, Portugalijoje nenustatyta). Prancūzijos duomenyse taip pat yra tokių atvejų kai kuriose imtyse.
Vokietijos, Italijos, Vengrijos, Portugalijos ir Slovakijos duomenys apsiriboja ŽIV paplitimu tarp AVLN, kurie gydosi, dėl to neatspindimas ŽIV paplitimas tarp AVLN, kurie nesigydo.
Vokietijos, Liuksemburgo bei dalis Belgijos ir Prancūzijos duomenų paremti paprastų testų rezultatais, kurie yra mažiau patikimi nei kliniškai atlikti testai.
Šaltinis: nacionaliniai „Reitox" biurai. Pirminius šaltinius, tyrimų detales ir duomenis iki 2001 m. žr. 8 lent. „Infekcinės ligos" 2004 m. Statistikos biuletenyje.

valstybėse narėse: Vengrijoje, Slovėnijoje, Slovakijoje), todėl galima teigti, kad didelės rizikos elgsena šioms šalims dar nėra būdinga. Visa tai reiškia, kad profilaktinėmis intervencijos priemonėmis šioms ligoms vis dar galima užkirsti kelią (žr. toliau).

Leidžiamų narkotikų vartojimas gali būti ir daugelio kitų infekcinių ligų plitimo keliu; pavyzdžiui, paskutiniais metais Jungtinėje Karalystėje nustatytų AVLN stabligės ir žaizdų botulizmo atvejų priežastimi galėjo būti užkrėstas heroinas ir (arba) konkretūs švirkštimosi būdai (Hope ir kt., 2004). Bendras tuberkuliozės (TB) paplitimas ES tarp AVLN yra nedidelis ir neturi tendencijos augti, išskyrus, galbūt, Baltijos valstybes (Migliori ir Centis, 2002). Tačiau kaimyninėse Rytų Europos šalyse ši liga pradeda kelti vis daugiau problemų dėl kelių priežasčių: tuberkuliozė tampa atspari gydymui, taip pat ji labai paplitusi tarp kalinių, kurių dauguma vartoja narkotikus.

Lytiniu keliu plintančios infekcijos (LPI) gali būti aukšto rizikos laipsnio lytinės elgsenos rodikliu bei ŽIV infekcijos rizikos veiksniu (Estebanez ir kt., 2001 m.). Šiuo metu LPI paplitimas ženkliai didėja keletoje ES valstybių, daugiausiai tarp homoseksualių vyrų. Tarp narkotikų vartotojų LPI yra labai dažnos kai kuriose šalyse, pvz., Airijoje ir Italijoje (Giuliani ir Suligoi, 2004), bet kitose (pvz., Švedijoje ir Norvegijoje) apie jas mažai pranešama. Deja, daugelyje šalių stebėjimų duomenyse nėra atskiro punkto apie narkotikus vartojančius asmenis. Iš tiesų, jei LPI stebėjimo duomenys naudingi kaip didelės rizikos seksualinės elgsenos, atveriančios kelią ŽIV perdavimui lytiniu būdu (Wiessing ir Kretzschmar, 2003 m.) tarp AVLN rodiklis, tai tada reikia, kad šie duomenys leistų numatyti tendencijas, ypač tarp AVLN. Bendrai vertinant infekcinių ligų epidemiologinė situacija tarp AVLN yra rimta. Tokia padėtis reikalauja, kad narkotikų vartotojai būtų sistemingai tikrinami visais atvejais, kai tik jie patenka į sveikatos

15 paveikslėlis: Hepatito C viruso (HVC) paplitimas tarp AVLN – nacionalinės ir vietinės apimties tyrimai 2001–2002 m.



NB: ■ = nacionalinio lygio imtys; ▲ = vietinio/regioninio lygio imtys.
Skirtumai tarp šalių turėtų būti interpretuojami atsargiai dėl skirtingų vartojamų metodų ar tyrimų bei nacionalinių imčių strategijų.
Portugalijos bei Italijos duomenys apima ne tik AVLN, todėl paplitimas atspindimas netiksliai (ne AVLN dalis imtyse: Italijoje 5–10 %, Portugalijoje nenustatyta). Čekijos Respublikos duomenyse taip pat yra tokių atvejų kai kuriose imtyse.
Anglijos, Velso bei dalis Suomijos duomenų paremti seilių testų rezultatais, kurie yra mažiau patikimi nei kliniškai atlikti testai.
Belgijos, Italijos, Vengrijos, Portugalijos, Slovėnijos ir Slovakijos duomenys apsiriboja HCV paplitimu tarp AVLN, kurie gydosi, dėl to neatspindimas HCV paplitimas tarp AVLN, kurie nesigydo.
Šaltiniai: nacionaliniai „Reitox" biurai. Pirminius šaltinius, tyrimų detales ir duomenis iki 2001 m. žr. 11 lent. „Infekcinės ligos" 2004 m. Statistikos biuletenyje.

tarnybų akiratį. Be to, būtina užtikrinti, kad prevencijai ir gydymui netrūktų lėšų.

Su narkotikų vartojimu susijusių infekcijų mažinimas

Nuo 2001 m. keletoje valstybių narių žymiai didėja adatų ir švirkštų keitimo programų (AŠKP) skaičius ir jų geografinio paplitimo mastas ([97]). Ypač tai žymu Estijoje ir Latvijoje, kur dėl smarkiai paplitusios ŽIV epidemijos vyksta sparti, vietinėmis, nacionalinėmis ir tarptautinėmis lėšomis remiama, naujų paslaugų plėtra. Škotijoje 1997–2002 m. pakeistų švirkštų skaičius išaugo beveik tris kartus ir prognozuojamas tolimesnis šio skaičiaus didėjimas po to, kai leistinas maksimalus vieno apsilankymo pas gydytoją metu pakeistų švirkštų skaičius išaugo iki 60-ies, tokiu būdu sudarant palankias sąlygas narkotikus vartojantiems asmenims padėti savo draugams apsirūpinti švirkštais. Siekiant sumažinti Vakarų Europos šalių geografinius skirtumus, AŠKP taip pat pradėtos ir Šiaurės Airijoje (tam panaudojant vaistines) ir Flandrijoje (Belgijoje), o Švedijoje vis dar vyksta diskusijos dėl AŠKP.

Šalyse, kuriose buvo atlikti švirkštų įsigijimo tyrimai, rezultatai parodė, kad norint susileisti narkotikus švirkštų pirkimas vaistinėse yra pats įprasčiausias jų įsigijimo šaltinis (pvz., 30–45 % AŠKP dalyvių Belgijoje, 32 % Liuksemburge ir 30–40 % Vengrijoje). Šiose keturiose šalyse vaistinės yra ypač svarbios keičiant švirkštus ar jais aprūpinant: Ispanijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje vaistinėse galima pasikeisti švirkštus nemokamai, o Prancūzijoje valstybės subsidijuojami „stérikits" dažniausiai parduodami vaistinėse. Vykdant AŠKP, pasinaudojusios vaistinių paslaugomis, šios keturios šalys sugebėjo geografiniu požiūriu labai gerai išdėstyti

([97]) Žr. OL 6 lentelę „Adatų ir švirkštų keitimo programų (AŠKP) aprūpinimas ir tipai, vaistinių dalyvavimas programoje, išduotų/parduotų švirkštų skaičius".

švirkštų keitimo punktus. Nerimą kelia tai, kad kitose šalyse narkotikų vartotojai turi pirkti brangiai kainuojančius švirkštus (ir kitus reikmenis) ([98]).

Prancūzija ir Portugalija praneša apie vaistinėse įsigytų švirkštų skaičiaus mažėjimą. Prancūzijoje švirkštų pardavimas 1999–2002 m. sumažėjo 45 % (nuo 16,5 iki 9 mln. vnt.). Šio sumažėjimo neatsvėrė net ir suaktyvėjusi AŠKP veikla. Tokią situaciją galima būtų paaiškinti tuo, kad pagausėjo neintraveniniu būdu vartojamų narkotikų, padidėjo galimybė gydytis pakaitalais, o gal net ir išaugusiu adatos dalinimosi atvejų skaičiumi (Emmanuelli, 2003).

AŠKP gali būti įdiegiamos daugybe skirtingų metodų: naudojantis „žemo slenksčio" narkotikų agentūromis, vaistinėmis, visuomenės sveikatos ir socialinių paslaugų įstaigomis ir netgi mobiliais keitimo punktais (atitinkamai įrengtuose autobusuose ar per paslaugų centro darbuotojus), o taip pat specialiais automatais. Keliose naujose valstybėse narėse (ypač Čekijos Respublikoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Bulgarijoje) bei Belgijoje, Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje patys AVLN grupės nariai tampa socialiniais darbuotojais, kurie atlieka vis svarbesnį vaidmenį tiekiant narkotikų vartotojams sterilius reikmenis (McVeigh ir kt., 2003).

Su narkotikais susijusių infekcijų gydymo pokyčiai

Aukšti hepatito C viruso (HCV) infekcijos rodikliai tarp narkotikų vartotojų yra didėjantis sveikatos srities profesionalų rūpestis. 60–80 % žmonių, gaunančių virusą, tampa chroniškai užkrėsti, kas baigiasi 20 % iš visų atvejų paskutine kepenų ligos stadija. Bet galimybė narkotikų vartotojams gauti gydymą hepatitui C yra menka. Politikos apžvalgą bei mokslinę monografiją galima rasti internete ENNSC tinklalapyje (ENNSC, 2003c; ENNSC, 2004d) ([99]).

Daugelyje šalių narkotikų vartotojams vis dar sunku gauti gydymą dėl kepenų ligų ir situaciją reiktų pagerinti. Kadangi gydymo rekomendacijos laikomos svarbia medicininio gydymo valdymo priemone, ENNSC atliko rekomendacijų HCV gydymui analizę tarp narkotikų vartotojų 15 „senų" ES šalių ir Norvegijoje 2003–2004 m. ([100]). Tyrimas parodė, kad daugelyje šalių rekomendacijos buvo peržiūrimos, atsižvelgiant į patobulinto gydymo pasirinkimą ir į geresnius rezultatus. Kai kurie naujų rekomendacijų dokumentai nukreipti į tyrimus, kurie parodė, jog naudos buvo daugiau, jei narkotikų vartotojų gydymą atliko interdisciplininės hepatologistų komandos ir narkotikų problemos specialistai.

Visuotinis AIDS, tuberkuliozės ir maliarijos fondas (GFATM) turi tikslingai skirti lėšas Estijai ir kandidatei į ES Bulgarijai tam, kad šiose šalyse būtų galima organizuoti gydymą nuo retrovirusinių infekcijų. Potencialus tokių pacientų skaičius Estijoje – 500, o Bulgarijoje – 200 (GFATM Secretariat, 2004).

Naujos paslaugų teikimo tendencijos

„Žemo slenksčio" paslaugų teikimas narkotikų vartotojams iš pradžių buvo sutelktas į adatų ir švirkštų keitimą, tačiau dabar ši veikla vis glaudžiau persipina su kitomis orientuotomis į išlikimą paslaugomis, tokiomis kaip pastogės suteikimo, sveikatos priežiūros ir medicininėmis paslaugomis, taip pat yra ilginamos darbo valandos vakarais, naktimis bei savaitgaliais.

Susidurdama su vis didesniu atsitiktinių narkotikų vartotojų skaičiumi, kurie mažai kreipiasi į pagalbos tarnybas, Olandijos narkotikų tarnybos grįžta prie minties, jog reikia užmegzti ryšius su narkotikų vartotojais, kuriems reikia gydymo. Šis projektas, kuris dar vadinamas „interferenciniu" gydymu, teikia pagalbos ir sveikatos stiprinimo paslaugas lengvai pažeidžiamoms žmonių grupėms su daugybe problemų, kurie sudaro pavojingą situaciją, kuri kelia grėsmę jų gyvenimo kokybei nesinaudojant reguliariai sveikatos gerinimo paslaugomis (Roeg ir kt., 2004).

Norint užkirsti kelią narkotikų daromai sveikatos žalai bei informuoti narkotikų vartotojus apie sveikatos švietimą būtinas sąlytis su narkotikus vartojančiais asmenimis ar su tais, kurie priklauso rizikos grupei. Tai jau pasiekta Čekijos Respublikoje, kurioje 2002 m. veikęs didelis 93 paslaugų tinklas pasiekė daugiau nei 22 000 asmenines problemas turinčių narkotikų vartotojų, t. y. daugiau nei puse problemiškų narkotikų vartotojų populiacijos (Čekijos Respublikos nacionalinė ataskaita, 2003, p. 35).

Kai kurios kitos šalys pripažįsta, kad „žemo slenksčio" paslauga yra tarsi pakyla, nuo kurios galima pradėti teikti pagrindinę medicininę priežiūrą, tokią kaip žaizdų ir abscesų gydymas, kaip tai daroma Norvegijos „lauko slaugos" stotyse. Suomijoje „žemo slenksčio" medicininės paslaugos, vadinamos „sveikatos patarimų centrais", sėkmingai vykdo apklausas ir skiepijimo kampanijas. Galimybė gauti medicinos priežiūros paslaugas yra patraukli netgi tiems vartotojams, kuriuos kitais būdais yra sunku pasiekti, o kontakto su medicinos personalu metu atsiranda proga, daug geresnė negu adatų ir švirkštų keitimo metu, sužinoti apie tokias paslaugas, kaip ŽIV psichologinė konsultacija ir pasitikrinimas, medicininė priežiūra ir gydymas nuo narkotikų (ENNSC, 2004a).

„Žemo slenksčio" paslaugų poreikis daug didesnis tose šalyse, kuriose epidemiologinė situacija yra „senesnė", kur ilgą laiką leidžiamus narkotikus vartoję asmenys jau

([98]) Žr. OL 7 lentelę „Dažniausiai naudojamų švirkštų tipų (su adata) kainos eurais".
([99]) OL 4 langelis „Hepatito C pagrindinės problemos pristato neseniai ENNSC paskelbtų trijų leidinių apie hepatitą C išvadas".
([100]) Hepatito C viruso infekcijos gydymo rekomendacijos atsižvelgiant į galimybę gydytis narkotikų vartotojams.

turi sveikatos problemų ir yra labiau marginalizuoti bei socialiai atskirti: išsiplėtęs paslaugų ratas taip pat gali atspindėti didesnę šios asmenų grupės priklausomybę nuo tokio pobūdžio paslaugų teikimo.

Su narkotikų vartojimu susijusios mirtys ([101])

Pagal pateiktą informaciją apie nelegalius narkotikus ES šalyse, opiatai randami daugeliu „su narkotikų vartojimu susijusių mirčių“ atvejų ([102]), nors nustatyta nemažai atvejų, kada atlikus toksikologinį tyrimą taip pat buvo rastos ir kitos narkotinės medžiagos (16 paveikslėlis) ([103]).

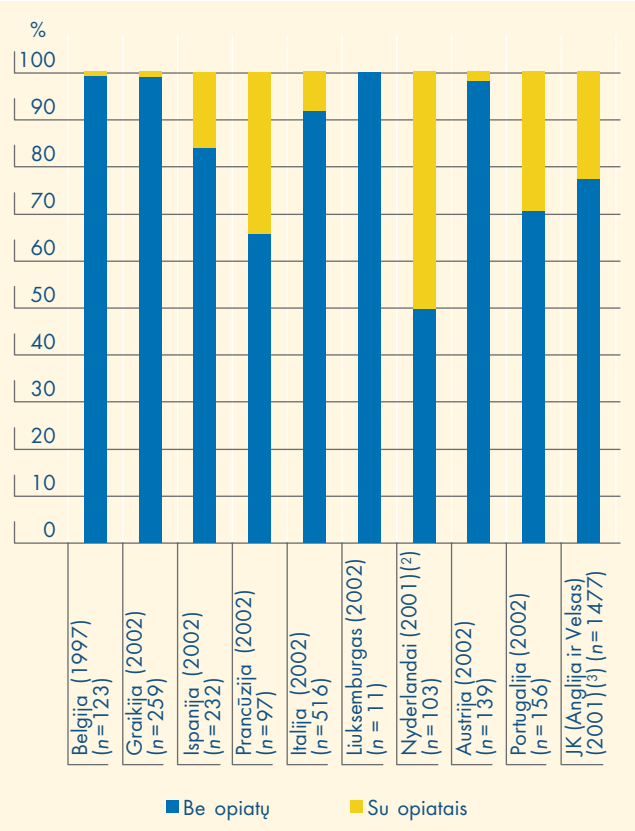
1995–2000 m. ES šalyse buvo užfiksuojama po 8 000–9 000 mirties dėl narkotikų perdozavimo atvejų per metus ([104]). Šie skaičiai neatspindi realios situacijos, kuri yra grėsmingesnė, nes daugelio šalių pateikti duomenys nėra tikslūs. Dauguma perdozavimo aukų yra jauni dvidešimtmečiai, trisdešimtmečiai vyrai (70–93 %), kurių amžiaus vidurkis yra tarp 31 ir 40 metų. Daugelyje ES šalių vyrauja vyresnio amžiaus aukų tendencija – pasireiškia taip vadinamas „kohortos senėjimo efektas“ ([105]). Nei Suomijoje, nei Graikijoje bei Jungtinėje Karalystėje tokia tendencija nėra aiški ir tai skatina atlikti kruopštesnius tyrimus, kadangi šis faktas galėtų reikšti padidėjusį leidžiamų narkotikų ar opiatų vartojimo atvejų skaičių per pastaruosius metus (17 paveikslėlis).

Iš įvairių ES šalių nuolat pranešama apie mirties dėl narkotikų atvejų aukas, kurioms nustatytas metadono vartojimas. Kaip ir bet kuris opiatas, metadonas yra labai toksiška medžiaga, tačiau tyrimai aiškiai parodė, kad jį vartojant gydymo programoje, tarp programos dalyvių sumažėja perdozavimo narkotikais rizika. Keletas tyrimų parodė, kad metadono sukeltos mirtys veikiau jau buvo nelegalaus, o ne gydytojo paskirto vartojimo pasekmė. Taip pat pagal kelių tyrimų duomenis metadono keliama grėsmė yra didesnė pirmaisiais gydymo metadonu programos etapais. Šie tyrimai parodė, kad reikia užtikrinti gydymo metadonu kokybės standartus.

Ūmių mirčių, tiesiogiai susijusių su narkotikų vartojimu, tendencijos

Nors su narkotikų vartojimu susijusių mirčių tendencijos yra skirtingos įvairiose šalyse, tačiau galima rasti ir bendrų šių

16 paveikslėlis: Su narkotikais susijusių mirčių dalis, kai buvo rasta opiatų ar kai jų nerasta, kai kuriose ES valstybėse narėse 2001–2002 m. ([1])

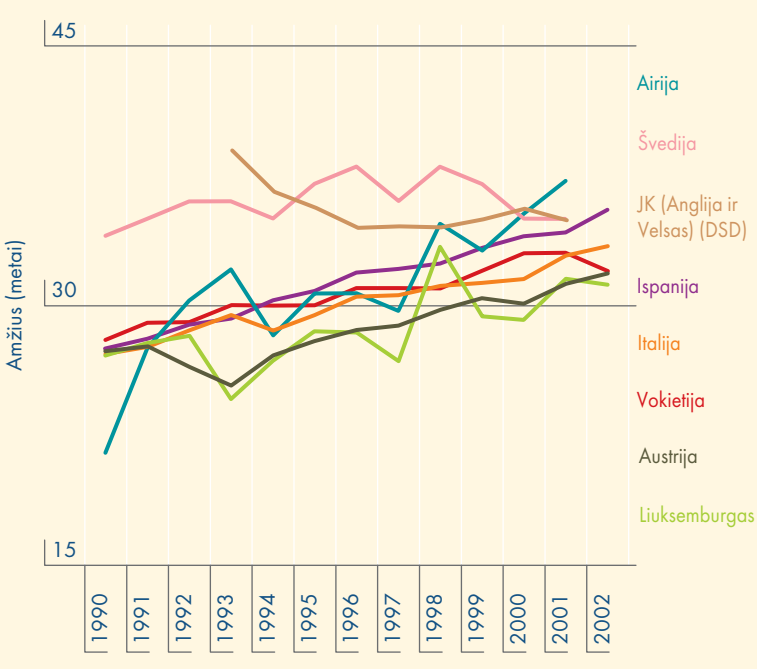


([1]) Arba vėlesni metai, apie kuriuos turima informacijos.
([2]) Nyderlanduose kai kurie atvejai „be opiatų“ nurodo į „kitus ir nenurodytus narkotikus“ arba „kitus ir nenurodytus psichodisleptikus“, tarp kurių gali būti ir atvejų su opiatais, ir atvejų su kokainu.
([3]) Jungtinėje Karalystėje toksikologinė informacija pagrįsta np-SAD (Šv. Džordžo ligoninės medicinos mokykla) informacija, kuri savo ruožtu paremta koronerių išvadomis. Įtraukti atvejai, kur opioidai paminėti bent vieną kartą; įmanomi persidengimai ir bendras santykis gali būti mažesnis.
NB: Kai kuriose šalyse su narkotikais susijusių mirčių „nacionaliniai apibrėžimai“ apima ribotą skaičių atvejų, kai mirtys nėra tiesiogiai susijusios su narkotikų vartojimu.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, paimtos iš nacionalinių mirtingumo ar specialiųjų registrų (teismo medicinos arba policijos). Pagrįstos nacionaliniais apibrėžimais, kaip tai nurodyta metodologinėse pastabose – „Staigių su narkotikais susijusių mirčių valstybėse narėse apibrėžimas“. Taip pat žr. „Su narkotikais susijusios mirtys“, 1 lent. 2004 m. Statistikos biuletenyje.

mirčių tendencijų. Bendras ženklus su narkotikų vartojimu susijusių mirties atvejų skaičiaus padidėjimas buvo pastebėtas praeito šimtmečio devintajame dešimtmetyje ir dešimtojo dešimtmečio pradžioje ([106]). 1990–2000 m., nepaisant tokio pobūdžio mirties atvejų sumažėjimo, kai

([101]) Su narkotikais susijusių mirties atvejų apžvalgą žr. „Su narkotikais susiję mirties atvejai ir narkotikų vartotojų mirtingumas“ praėjusių metų Metinėje ataskaitoje (ENNSC, 2003b).
([102]) Žr. metodologines pastabas „Drug-related deaths — ENNSC definition“ Statistiniame biuletenyje. Žr. ENNSC protokolą dėl su narkotikų vartojimu susijusių mirčių (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Nark. mirtys“.
([104]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 2 lentelę „Nark. mirtys“ ir 3 lentelę „Nark. mirtys“.
([105]) Žr. OL 10 paveikslėlį „Vyresnių nei 35 metų asmenų proporcijos tarp su narkotikais susijusių mirties atvejų aukų kitimas ES šalyse nuo 1990 iki 2001–2002 m“.
([106]) Žr. OL 11 paveikslėlį „Ilgalaikė ES staigių mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu, tendencija (1985–2001 m.)“.

17 paveikslėlis: Narkotikų aukų amžiaus vidurkis kai kuriose ES šalyse 1990–2002 m.



NB: Skaičiumi atspindimos šalys, kurios pranešė vidutinį aukų amžių didžiojoje nurodyto laikotarpio dalyje.
Taip pat žr. OL 10 paveikslėlį: Asmenų, vyresnių kaip 35 metų, dalies kitimas tarp su narkotikais susijusių mirčių atvejų ES šalyse nuo 1990 m. iki 2001–2002 m.
Informacija pagrįsta nacionaliniais apibrėžimais, kaip tai nurodyta metodologinėse pastabose apie staigias su narkotikais susijusias mirtis. Anglijoje ir Velse naudojamas „Narkotikų strategijos apibrėžimas" (2004 m. Statistikos biuletenis).
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos, paimtos iš nacionalinių mirtingumo ar specialiųjų registrų (teismo medicinos arba policijos).

kuriose šalyse, bendrasis mirties susijusios su narkotikų vartojimu atvejų skaičius nors ir lėčiau, bet pamažu augo. 2000 m. buvo užfiksuoti 8 838 mirties atvejai, kai tuo tarpu 1990 m. – 6 284 (40 % padidėjimas).

2000, 2001 ir 2002 m. daugelis ES šalių pranešė apie su narkotikais susijusių mirties atvejų sumažėjimą, kuris kai kuriose šalyse (Vokietijoje, Graikijoje, Airijoje, Italijoje ir Portugalijoje) pasiekė statistiškai reikšmingą ribą. Norvegijoje policija taip pat konstatavo, jog sumažėjo su narkotikais susijusių mirčių skaičius. Europos mastu 2000 ir 2001 m. buvo bendras mirties atvejų susijusių su narkotikų vartojimu sumažėjimas, atitinkamai 8 838 ir 8 306 atvejai. Tai rodo kuklų, tačiau statistiškai reikšmingą, sumažėjimą (6 %) (18 paveikslėlis) ([107]).

Naujose ES valstybėse narėse ar šalyse kandidatėse galima tikėtis, kad su narkotikų vartojimu susijusių mirties atvejų skaičius turės tendenciją didėti. Šiuo metu kai kurių šių šalių pateikiama informacija apie su narkotikų vartojimu susijusius mirties atvejus yra labai ribota ir stebimas tendencijas reikėtų interpretuoti atsargiai. Estijoje ir Slovėnijoje matoma didėjimo tendencija, kai tuo tarpu Bulgarijoje ir Čekijos Respublikoje tendencija nėra aiški.

Nepaisant palankių veiksnių – injekcijų atsisakymas tarp opiatų vartotojų tam tikrose šalyse, leidžiamų narkotikų vartojimo paplitimo sumažėjimo ir suaktyvėjusio gydymo proceso, per paskutinius du metus su narkotikų vartojimu susijusių nustatytų mirties atvejų skaičius sumažėjo nežymiai (kai kuriose šalyse visai nesumažėjo), o ilgalaikės perspektyvos požiūriu, dabartiniai rodikliai išlieka aukšti.

Bendrasis mirtingumas tarp opiatų vartotojų

Kohortos mirtingumo tyrimai parodė, kad jaunų opiatų vartotojų mirtingumas yra iki 20 kartų didesnis nei bendrosios to paties amžiaus populiacijos. ENNSC koordinuoja bendrą mirtingumo kohortos projektą aštuoniose valstybėse, o preliminarūs rezultatai jau apteikti ankstesnėse ENNSC ataskaitose. Duomenys jau su turimais Prancūzijos ir Škotijos kohortų rezultatais yra toliau analizuojami. Rezultatus tikimasi pateikti būsimosiose metinėse ataskaitose.

Mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu, sumažėjimas

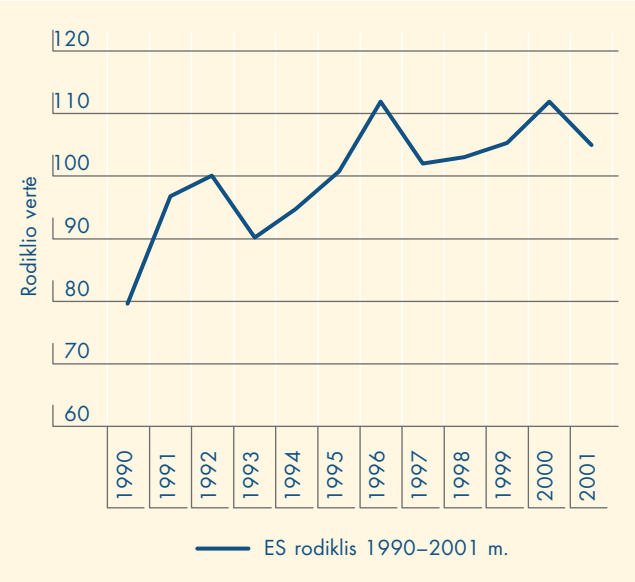
Žinios apie socialinius ir asmeninius rizikos veiksnius, su narkotikais susijusios mirties riziką bei apie tas aplinkybes, kurioms esant yra didelė tokios mirties tikimybė, ypač mirtinai perdozavus heroino yra kaupiamos nuo praeito šimtmečio dešimtojo dešimtmečio vidurio (pvz., Best ir kt., 2000; 2001; Origer ir Delucci, 2002), o tyrimų rezultatai rodo, kad pasitelkus mediciną ir švietimą galima žymiai sumažinti mirties atvejų skaičių. Pastaruoju metu keliose šalyse pastebėtas mirties atvejų dėl perdozavimo sumažėjimas siejamas su padidėjusiu vykdomų programų, kurių metu naudojami narkotikų pakaitalai, skaičiumi (pvz., Prancūzijoje: nacionalinė ataskaita 2002, 2003), taip pat ir su pakitusiu vartojimo būdu – leidžiamų narkotikų vartojimo sumažėjimu (ENNSC, 2004b).

Europoje siekiama sumažinti mirties atvejų, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičių (ES 2000–2004 m. Narkotikų strategijos 2 tikslas). Šis siekis atsikartoja ir daugelio valstybių narių narkotikų prevencijos strategijos dokumentuose ([108]).

([107]) Taip pat žr. OL 12 paveikslėlį „Staigių mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu, tendencijos skirtingose ES šalyse ir visoje ES (1985–2001 m.)". JK duomenis taip pat žiūrėkite „Metodologinėse pastabose apie nacionalinius su narkotikais susijusių mirčių apibrėžimus" (Statistiniame biuletenyje): „Narkotikų strategijos apibrėžimas" ir „OSD tradicinis apibrėžimas" (OSD – Onkologinė slaugos draugija). Narkotikų prevencijos strategijos apibrėžime pateikti vertinimai labai glaudžiai susiję su ENNSC Standartiniu Europos apibrėžimu („Rinkinys B").

([108]) Žr. OL 8 lentelę „Strategijos ir pasirinktos priemonės, siekiant sumažinti su narkotikų vartojimu susijusių mirties atvejų skaičių 25 ES valstybėse narėse ir Norvegijoje".

18 paveikslėlis: Staigių mirčių, susijusių su narkotikų vartojimu, skaičiaus pasikeitimas ES valstybėse ir Norvegijoje 1990–2001 m. (Suvidurkinta vidutiniškai 100-ui per 1990–2001 m. laikotorpį.)



NB: Dėl duomenų trūkumo 2002 m. rodiklis neapskaičiuotas. Tendencijas kiekvienoje šalyje galima rasti OL 11 paveikslėlyje. Atvejų šalyje kiekis pateiktas „Su narkotikais susijusios mirtys" 2 lent. ir 3 lent. (2004 m. Statistikos biuletenyje).
Jungtinėje Karalystėje buvo naudoti duomenys, kuriuos pateikė Nacionalinė statistikos tarnyba (ONS). Šie duomenys buvo pasirinkti, kadangi jais aprašytas ilgesnis periodas.

Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos, paimtos iš bendrųjų mirtingumo ar specialiųjų registrų (teismo medicinos arba policijos). Pagrįsta nacionaliniais apibrėžimais, kaip tai nurodyta metodologinėse pastabose apie staigias su narkotikais susijusias mirtis (2004 m. Statistikos biuletenis).

Daugelyje senųjų valstybių narių narkotikų vartotojams ir jų socialinei aplinkai yra platinama informacija ir švietėjiška medžiaga apie perdozavimo riziką ir būtinus veiksmus perdozavus (lankstinukai, plakatai, brošiūros ir vaizdajuostės), tačiau tokio pobūdžio informacijos skleidimas dar nėra įprastas reiškinys naujosiose valstybėse narėse. Kaip rodo tyrimai, kai kuriose šalyse naudojami kiti veiksmai, pavyzdžiui, to paties amžiaus ir socialinės padėties asmenų intervencija narkotikų vartojimo kritiniais atvejais ir narkotikų vartotojų, kurie gali būti liudininkais perdozavimo narkotikais atveju, skatinimas skambinti skubiosios pagalbos tarnyboms, tačiau vis dar trūksta nuoseklių duomenų apie tai, kokiu mastu organizuojami tokie švietėjiški kursai. Manoma, kad opiato antagonisto (naloksono) skyrimas yra viena iš priemonių, kaip sumažinti mirčių nuo perdozavimo skaičių ([109]) (ENNSC, 2003a).

Kai kuriose šalyse benamiams narkotikų vartotojams, kurie priskiriami didelės perdozavimo rizikos grupei, suteikiama galimybė vartoti narkotikus tam skirtose prižiūrimose viešose vietose. Tokios paslaugos teikiamos Vokietijoje, Ispanijoje ir Nyderlanduose, o Liuksemburge, Slovėnijoje ir Norvegijoje jas ruošiamasi teikti. Esant pakankamai tokių vietų, miestuose būtų galima sumažinti mirties atvejų, susijusių su perdozavimu, skaičių.

Austrijos skubiosios medicinos pagalbos įstaigos įgyvendina projektą, skirtą dažnai perdozuojantiems narkotikų vartotojams ([110]).

Patalpos, skirtos narkotikams vartoti

39 Europos miestuose įrengtos „patalpos, skirtos narkotikams vartoti", t. y. tokios patalpos, kuriose pripažinti narkomanais asmenys gali vartoti narkotines medžiagas higieniškomis sąlygomis. Čia juos prižiūri kvalifikuoti specialistai, o narkomanai gali nebijoti arešto. *Europos ataskaitoje dėl patalpų, skirtų narkotikams vartoti* (ENNSC, 2004a) aprašyti tokių patalpų tipai, jų įrengimo priežastys, tikslinės grupės ir keliami specifiniai tikslai. Ataskaitoje taip pat pateikta informacija apie šių patalpų veikimą. Joje apibendrinami turimi faktai apie tokių įstaigų privalumus.

Patalpos skirtos narkotikams vartoti yra paremtos susitarimu ir aktyviu bendradarbiavimu tarp sveikatos darbuotojų, policijos, vietinių valdžios organų ir bendruomenių. Tai yra labai specializuotos paslaugos, integruotos į didelį paslaugų narkotikų vartotojams tinklą. Ataskaitoje parodyta, kad tokios patalpos yra naudingos ieškant kontaktų su labai problematinėmis narkotikų vartotojų grupėmis ir skatinant galimybes suteikti jiems pirminę sveikatos priežiūros pagalbą bei socialines ir gydymo paslaugas. Teikiant prieigą prie švarios leidimosi įrangos ir prie prižiūrimos aplinkos narkotikų vartojimui, sumažinami gretutinių ligų ir mirštamumo pavojai bei kenkimas visuomenei, kai narkotikai vartojami viešai.

([109]) Žr. OL 8 lentelę „Strategijos ir pasirinktos priemonės, siekiant sumažinti su narkotikų vartojimu susijusių mirties atvejų skaičių 25 ES valstybėse narėse ir Norvegijoje".

([110]) Žr. Austrijos EDDRA projekto kontaktą EDDRA duomenų bazėje (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

7 skyrius

Gydymas: problemų turinčių asmenų poreikių tenkinimas

Daugeliui, kurie turi problemų dėl narkotikų vartojimo, yra naudinga užmegzti kontaktą su gydymo įstaiga. Europos bendrijoje yra plati įvairių gydymo būdų pasirinkimo galimybė. Gydymo būdai atskleidžia nacionalinę ir istorinę padėtį, o taip pat ir skirtingus populiacijų, kurioms reikia suteikti pagalbą, bruožus. Jų santrauka pateikta žemiau. Gydymo galimybės tarp šalių skiriasi, o naujose valstybėse narėse jos dar nepakankamai išplėtotos. Tačiau apskritai vyksta šio sektoriaus plėtra, kuri pasižymi tuo, kad turintiems problemų asmenims suteikiama daugiau galimybių.

Naujas šios srities pasiekimas – naujų technologijų komunikacijos potencialo naudojimas, kaip, pvz., internetas, siekiant išplėsti narkotikų vartotojų gaunamą paslaugų mastą. Interneto, kaip nelegalių narkotikų vartojimo propagavimo šaltinio, vaidmuo buvo gerai įvertintas. Todėl tai, kad kai kurios šalys, pavyzdžiui, Nyderlandai ir Suomija, nusprendė išsiaiškinti šios terpės galimybes perduodant teigiamą informaciją bei propaguojant teikiamas paslaugas yra pozityvus reiškinys. Internete vykdomoje veikloje buvo pasinaudota elektroninio pašto ir mobiliųjų telefonų suteiktomis tiesioginio ryšio galimybėmis bei buvo stebima, kiek elektroninio konsultavimo ir SMS (tekstinės) paslaugos yra naudingos narkotikų vartotojams.

ES vyrauja bendra tendencija, kad su narkotikų vartojimu susijusios gydymo paslaugos iš ligoninių persikėlė į bendruomenės gydymo centrus. Šis pokytis dar kol kas silpniau įuntamas naujosiose valstybėse narėse, kur psichiatrinės ligoninės vis dar išlieka pagrindine įstaiga, kurioje teikiamos gydymo nuo narkotikų paslaugos (Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje ir Slovėnijoje), nors ši situacija kai kuriose šalyse jau keičiasi, pavyzdžiui, Čekijos Respublikoje pagalba teikiama tiek bendruomenės gydymo centruose, tiek psichiatrinėse ligoninėse.

Gydymo paslaugų ypatybės

Gydymas be narkotikų

Gydymo be narkotikų procese, siekiant pasiekti ilgalaikę abstinenciją nuo narkotikų, taikomi psichologiniai socialiniai ir mokomieji metodai. Paprastai gydymas be narkotikų buvo ilgalaikis ir susijęs su gyvenamąja vieta. Šiandien jis dažnai susijęs ir su visa bendruomene. Vaistai gali būti vartojami tik norint palengvinti atpratimo simptomus. Paprastai tokiais atvejais apsiribojama antidepresantų ir (arba) benzodiazepinų vartojimu, nors kai kuriose terapinėse bendruomenėse nevartojami jokie narkotikai ([111]).

Kadangi gydymas medikamentais dažniausiai teikiamas tik opiatų vartotojams, tai kitokių narkotikų vartotojams gydymas be narkotikų yra vienintelė galima terapinė pagalba.

Gydymas medikamentais

Gydymas medikamentais gali būti taikomas pakeičiant narkotikus agonistais arba antagonistais. Paprastai tokio pobūdžio farmakologinėje intervencijoje naudojamas naltreksonas (antagonistas) ar vienas iš toliau išvardytų agonistų: metadonas, buprenorfinas, dihidrokodeinas (heroinas) ar lėtai išsiskiriantis morfinas.

Išsiplėtusioje ES metadonas išlieka dažniausiai skiriamu narkotikų pakaitalu. Tačiau paskutiniais metais gydymo pasirinkimo galimybės išsiplėtė. 2002 m. visos tuometinės valstybės narės pranešė naudojusios buprenorfiną, išskyrus Nyderlandus ir Airiją (kur jis vartojamas tik detoksifikacijai) ([112]). Jis buvo vartojamas ir Čekijos Respublikoje. Kiti pakaitalai, kaip antai dihidrokodeinas (Belgijoje, Vokietijoje, Liuksemburge ir Austrijoje) ir lėtai išsiskiriantis morfinas (Austrijoje) bei heroinas (Vokietijoje, Nyderlanduose ir Jungtinėje Karalystėje) naudojami ne taip dažnai arba kaip medicininių tyrimų dalis (Springer, 2003a) ([113]).

Pagal absoliučius rodiklius gydymas narkotikų pakaitalais tapo labiausiai paplitusia specializuoto narkotikų gydymo ES forma. Daugiau kaip 400 000 asmenų buvo skirtas tokio pobūdžio gydymas. Tačiau išskyrus Slovėniją, ši intervencijos forma yra mažiau populiari naujose ES valstybėse narėse, kur vyrauja gydymo be narkotikų metodai ([114]).

([111]) Žr. OL 13 paveikslėlį „Ligoninėse taikomi gydymo be narkotikų metodai“.
([112]) Airijoje buprenorfinas naudojamas tik atpratimui.
([113]) Žr. OL 9 lentelę „ES valstybėse narėse taikyti pakaitalai“.
([114]) Žr. OL 14 paveikslėlį „Gydymo pakaitalais ar gydymo be narkotikų dominavimas kalbant apie opiatų vartojimą“.

Gydymo pakaitalais paslaugų teikimo kriterijai

Tendencija lengvinti priėmimo sąlygas, kai gydomasi pakaitalais ir toliau nekinta. Anksčiau priėmimo kriterijai dažnai būdavo labai griežti, gydymas būdavo taikomas tik tiems, kurie turėdavo labai įsisenėjusias problemas. Dabar priėmimas gydymui pakaitalais bendru atveju taikomas turintiems 18 ar daugiau metų ar daugiau kaip 1–2 metų probleminio narkotikų vartojimo stažą (pvz., Belgijoje, Airijoje ir Nyderlanduose). Dauguma naujų valstybių narių praneša apie griežtesnius reikalavimus keliamus norintiems gydytis asmenims, pvz., asmenys turi būti mažiausiai 20 metų ir probleminio narkotikų vartojimo laikotarpis turi būti ne trumpesnis kaip penkeri metai (pvz., Estijoje ir Latvijoje), nors Slovėnijoje leidžiama gydytis pakaitalais nuo 16 metų. Gana griežti kriterijai nustatyti Graikijoje, Suomijoje, Švedijoje ir Norvegijoje – minimalus amžius 20–25 metai ir 4–5 metų probleminio narkotikų vartojimo stažas.

Nepaisant padidėjusių galimybių gydytis pakaitalais, daug šalių praneša, kad poreikis vis dar pranoksta pasiūlą, apie laukiančiųjų gydytis sąrašus pranešama iš Belgijos, Čekijos Respublikos, Graikijos, Estijos, Vengrijos, Airijos, Švedijos ir Norvegijos. Galimybes pasinaudoti šiuo gydymu gali apriboti ir vaistų skyrimo būdas, pavyzdžiui, Lietuvoje pacientai patys turi sumokėti už medikamentus, o tai sumažina šios paslaugos teikimo mastą.

Gydymo pakaitalais pradžia

Laikas, kada buvo pradėtas taikyti gydymo pakaitalais metodas visose ES valstybėse narėse labai skiriasi. Kai kurios valstybės narės metadono gydymo programą pradėjo taikyti praeito šimtmečio septintojo dešimtmečio pabaigoje ar aštuntojo dešimtmečio pradžioje, kai tuo tarpu kitose šalyse šis gydymo būdas plačiai paplito tik dešimtajame dešimtmetyje (Belgijoje, Graikijoje, Prancūzijoje ir Norvegijoje). Gydymas pakaitalais palyginti nesenas reiškinys ir daugelyje naujųjų ES valstybių narių. Dauguma šalių pradėjo taikyti gydymą pakaitalais praeito šimtmečio dešimtajame dešimtmetyje, o Estija tik 2001 m. Šioje srityje išsiskiria Slovėnija, kurioje toks gydymas pradėtas nuo 1990 m. ([115]).

Psichologinė socialinė parama gydant pakaitalais

Nors bendrai priimta, kad gydymą pakaitalais turi papildyti psichologinė socialinė parama, tačiau pastarasis gydymo metodas dažnai nėra įprastinė gydymo dalis. Čekijos Respublikoje, Vokietijoje ir Nyderlanduose išteklių trūkumas užkerta kelią tinkamos psichologinės socialinės paramos teikimui. Norvegijoje, nors teoriškai kiekvienam klientui, gydant jį pakaitalais, turi būti skiriamas socialinis konsultantas, tačiau iš tikrųjų ne visada yra tokia galimybė. Vieno Danijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad metadono programoje dalyvavę ir negavę po to jokios psichologinės socialinės paramos klientai pakartotinai pradeda vartoti narkotikus žymiai dažniau nei tie, kuriems buvo suteikta psichologinė socialinė parama. Tolimesniais tyrimais bandoma išsiaiškinti ar plataus masto psichologinė socialinė parama gali pagerinti gydymo rezultatus (Pedersen, 2001). Airijos Bendrosios praktikos gydytojų kolegija, remdamasi tyrimų rezultatais, patvirtino gydymo pakaitalais gaires (2003 m.), kuriose pabrėžiama psichologinio socialinio komponento reikšmė.

Tačiau psichologinės socialinės paramos veiksmingumas taip pat priklauso nuo to, kaip vartotojai vertina tokio pobūdžio gydymo naudą. Nustatyta, kad Graikijoje gydymo metadonu programos pacientai dažnai naudojasi psichologine socialine konsultacija, kai tuo tarpu Latvijoje tik keli pacientai norėjo tokio pobūdžio pagalbos.

Kokybės užtikrinimas

Gydymo kokybės užtikrinimas gali būti apibrėžiamas kaip „sistemingos pastangos stebėti, aprašyti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę“. ES dažniausiai naudojami penki kokybės užtikrinimo mechanizmai: gydymo paslaugų akreditavimas, gydymo standartų nustatymas, personalo mokymo, pacientų ir rezultatų stebėsena ir, galiausiai, susilaikymo nuo narkotikų vartojimo, pasiektų rezultatų, pacientų teigiamos nuomonės bei baigto gydymo kurso ir pan. rodiklių įvertinimas (19 paveikslėlis).

Gydymo nuo narkotikų priklausomybės paslaugų kokybės užtikrinimo srityje atsirado naujų pokyčių: ši sritis buvo įtraukta į nacionalines narkotikų strategijas (Graikijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje ir Švedijoje) arba buvo nustatyti minimalūs tokių paslaugų reikalavimai (Belgijoje, Čekijos Respublikoje, Vokietijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Jungtinėje Karalystėje). Gydymo paslaugų akreditacija kai kuriose šalyse veikia kaip kokybės užtikrinimo mechanizmas (Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Lenkijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje), nors kai kurios šalys pripažįsta, kad ją dar reikia baigti diegti (Čekijos Respublikoje ir Nyderlanduose). Daugelis šalių praneša apie aktyvesnį personalo mokymą, tačiau tikrasis mastas ir apimtis ne visada yra nuosekliai stebimi. Sistemingas, plataus masto gydymo nuo narkotikų paslaugų įvertinimas dar yra retas reiškinys. Jis aptinkamas tik Danijoje, Italijoje, Latvijoje, Liuksemburge, Lenkijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Norvegijoje.

([115]) Žr. OL 15 paveikslėlį „Gydymo metadonu pradžia ES“.

Socialinė reintegracija

Egzistuoja trys socialinės reintegracijos „ramsčiai“: 1) apgyvendinimas; 2) švietimas ir 3) įdarbinimas bei profesinis mokymas. Apgyvendinimas yra būtina stabilaus gyvenimo sąlyga, o intervencijomis siekiama narkotikų vartotojams (buvusiems ar esamiems) suteikti gyvenamąją vietą ir (arba) subsidijuoti nuomą. Daugumos narkotikus vartojančių asmenų išsilavinimas yra žemas ir jiems būtų naudinga kelti savo raštingumo lygį, tobulinti skaičiavimo ar kitokius sugebėjimus. Galiausiai, įdarbinimas ar profesinis mokymas turi tikslą, kad narkotikus vartojantis (-ęs) asmuo taptų socialiai nepriklausomas, įsilietų į darbo rinką. Jam padedama rasti darbą, kartais net iš dalies jį subsidijuojant arba asmuo išmokomas konkrečių darbo įgūdžių.

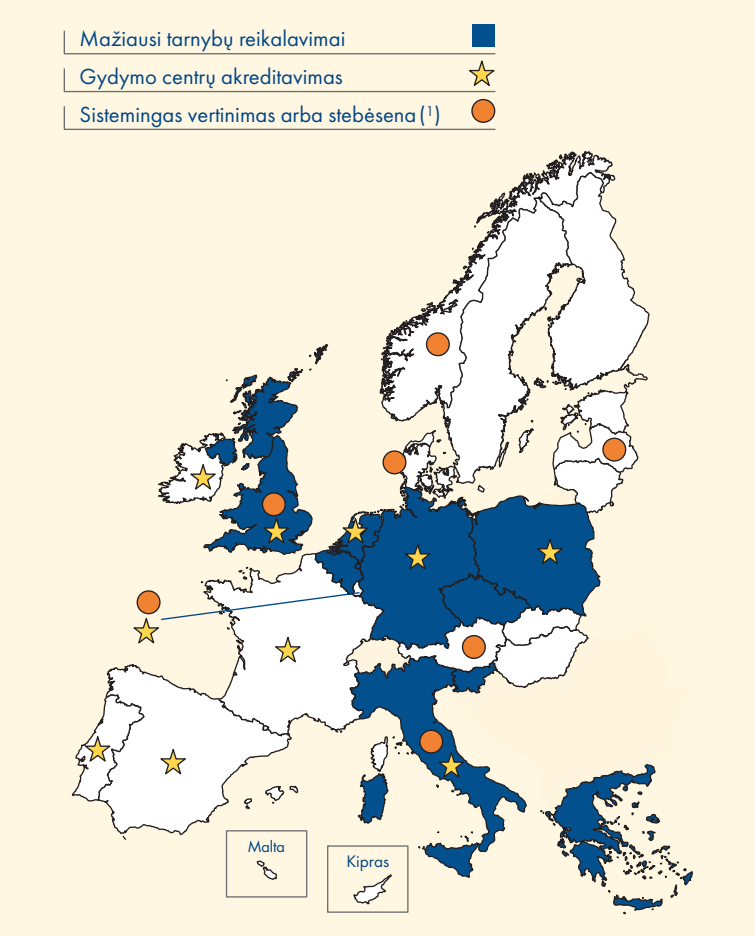
Socialinė reintegracija yra mažiau paplitusi kovos su problemiškų narkotikų vartojimu veikla nei gydymas, o šios srities stebėsena ir ataskaitos taip pat turi žymiai daugiau spragų. Kai kurios valstybės narės praneša, kad šiai sričiai reikia skirti daugiau dėmesio ir finansinės paramos (Vokietija, Estija ir Suomija). Tačiau kai kuriose šalyse socialinė reintegracija susilaukia vis didesnio valstybės dėmesio: ji įtraukiama į nacionalines narkotikų prevencijos strategijas, taip pat jai skiriama ir finansinė parama (Graikijoje, Airijoje, Anglijoje ir Velse) ([116]).

Duomenys apie gydymo poreikį

Duomenys apie asmenų, kurie nori gydytis nuo problemiško narkotikų vartojimo, skaičių yra naudingi nustatant bendrąsias problemiško narkotikų vartojimo tendencijas. Taip pat jie yra aktualūs formuojant bendrą Europos gydymo institucijų veiklos organizavimo ir užmojų vaizdą. ENNSC gydymo poreikio rodiklis (GPR) suvienodina pranešimų struktūrą apie pacientų, nusiųstų gydytis nuo narkotikų priklausomybės į gydymo įstaigas, skaičių ir savybes. Nors GPR duomenys ir teikia logiškai pagrįstą bei naudingą pacientų, nusiųstų į atitinkamas narkotikų prevencijos tarnybas apibūdinimą, tačiau dėl daugelio techninių priežasčių reikia atsargiai ekstrapoliuoti rezultatus visiems tokių paslaugų naudotojams.

Bendra situacija, kurią atskleidė paskutinieji GPR duomenys ir nacionaliniai pranešimai rodo, kad pastaraisiais metais didėja tendencija naudotis gydymo paslaugomis. Nepaisant išaugusio bendro besigydančių asmenų skaičiaus, naujo gydymosi poreikio, t. y. asmenų, pirmą kartą besikreipiančių gydytis, skaičius išlieka palyginti stabilus ([117]). Bendrojo poreikio padidėjimą galima būtų paaiškinti kelių veiksnių tarpusavio sąveika,

19 paveikslėlis: Su narkomanija susijusio gydymo kokybės užtikrinimas



(1) Centrinis registras arba duomenų bazė, kurioje yra duomenys apie pacientus ir (arba) numatytą gydymą.
Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos.

tarp kurių yra pačios pranešimų sistemos tobulėjimas bei tam tikra gydymo prieinamumo plėtra ([118]).

Asmenų, kuriems reikalingas gydymas nuo narkotikų, bruožai

Tiek narkotikų tarnybos, tiek narkotikus vartojantys asmenys turi tendenciją telktis gausiai apgyvendintuose didmiesčių rajonuose ir miestų vietovėse, kuriose narkotikų vartojimo keliamos problemos persipina su kitomis socialinėmis ir sveikatos problemoms. Šios problemos būdingesnės marginalinėms bei apleistoms bendruomenėms.

Dauguma pacientų pradeda lankytis specializuoto gydymo įstaigose dvidešimtaisiais–trisdešimtaisiais savo gyvenimo metais, o pirmą kartą atėjusių į tokio pobūdžio

([116]) Žr. OL 16 paveikslėlį „Socialinės reintegracijos apžvalga“.
([117]) Žr. OL 17 paveikslėlį „Naujų pacientų, besinaudojančių gydymo nuo narkotikų paslaugomis, skaičius kai kuriose ES valstybėse narėse“.
([118]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“ ir 2 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.

gydymo įstaigas vidutinis amžius yra 26 metai. Tačiau peržvelgus amžiaus pasiskirstymo kreivę Europos duomenų imtyje matome, kad amžiaus pasiskirstymas nėra vienodas: užfiksuotas aiškus augimas tarp vyresnių nei 39 metų ar jaunesnių nei 20 metų asmenų. Pagrindine priežastimi, kad amžiaus pasiskirstymo kreivė yra būtent tokio pobūdžio, yra tai, kad problemiškų opiatų ar kokaino vartotojų amžius yra didesnis už vidurkį, o tie, kuriems reikalingas gydymas nuo kanapių ar kitų narkotikų stimuliatorių (išskyrus kokainą) paprastai yra jaunesni ([119]). Taigi šalyse, kuriose nustatytas ženklus pacientų, kurie į gydymo įstaigas kreipėsi dėl problemiško kanapių vartojimo, skaičiaus padidėjimas, pavyzdžiui, Danijoje, Vokietijoje ir Suomijoje, pacientai paprastai yra jaunesni nei Graikijoje, Ispanijoje bei Nyderlanduose, kur vyrauja heroino ir kokaino problemos. Tokia istoriškai susiklosčiusi problemiško narkotikų vartojimo situacija taip pat yra svarbi įvertinant besigydančiųjų populiacijos amžių. Pavyzdžiui, Suomijoje pacientai yra sąlygiškai jaunesni, o tai rodo, kad narkotikų vartojimo problema yra palyginus nauja. Panašių tendencijų galima tikėtis daugelyje naujų valstybių narių, kuriose narkotikų vartojimo problema yra sąlyginai naujas istorinis reiškinys, nors ten tarp norinčių gydytis nuo narkotikų priklausomybės dominuoja heroino vartojimo problemos ([120]).

Nors visose Europos šalyse narkotikų vartojimas dažniausiai paplitęs tarp vyriškos lyties asmenų, tačiau narkotikus vartojančių vyrų ir moterų santykis tarp šalių yra nevienodas; jis kinta nuo 3:1 iki 6:1. Šalys skiriasi narkotikų vartojimo pobūdžiu ir geografija (daugiausiai narkotikus vartojančių moteriškos lyties asmenų yra šiaurės Europos šalyse ir naujose valstybėse narėse) bei pacientų amžiumi.

Įdomu pažymėti, kad daugelis heroiną, kokainą, haliucinogenus ar raminamuosius vartojusių pacientų, kurie kreipėsi į gydymo įstaigas, vartojo šiuos narkotikus kiekvieną dieną, kai tuo tarpu kitų narkotikų vartojimo dažnumas nėra vienodas. Ši tema plačiau aptarta specialiame tam skirtame leidinyje „Dabartinės kanapių vartojimo problemos“ (p. 66).

Daugelis besigydančių pacientų teigia pradėję vartoti narkotikus būdami suaugę – dažniausiai tarp 15 ir 19 metų. Tačiau visiškai kitokia situacija yra heroino ir kokaino vartojimo atveju, kur pirmą kartą šiuos narkotikus vartojo du penktadaliai (20–30 %) 25 metų ar vyresnio amžiaus pacientų ([121]).

Socialinė demografija

Pagal demografinę situaciją matyti, kad nuo narkotikų gydomi asmenys yra neproporcingai socialiai ir ekonomiškai apleisti. Daugiau nei pusė pacientų neturi vidurinio išsilavinimo ([122]). Lyginant su bendru nedarbo rodikliu, jų nedarbo rodiklis yra neproporcingai aukštas: kai kuriose šalyse daugiau nei pusė narkotikų vartotojų, besilankančių gydymo įstaigose, neturi darbo ([123]). Gyvenimo sąlygos taip pat nesaugios: apie 15 % visų besigydančių asmenų gyvena socialinėse institucijose ar neturi nuolatinės gyvenimo vietos ([124]). Be to, reikia neužmiršti, kad būdami benamiais, asmenys apriboja savo galimybes gydytis, o buvimo benamiais situacija padidina narkotikų vartojimo keliamas problemas ir jų pasekmes (ENNSC, 2003b, p. 65).

Iš asmenų, kurie turi nuolatinę gyvenamąją vietą, trečdalis gyvena vieni, kitas trečdalis – su tėvais, o likusieji su partneriu ar kitais asmenimis. Daugiau nei 10 % gyvena su vaikais. Duomenys rodo, kad narkotikų vartotojų vaikai gali susidurti su įvairiais sunkumais. Narkotikų keliamos problemos labai trukdo tinkamai rūpintis vaikais (Murphy-Lawless, 2002).

Vartojami narkotikai

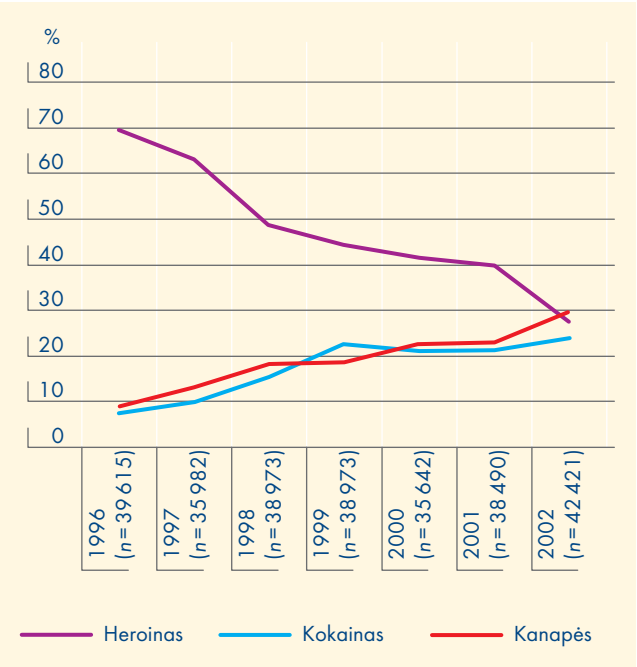
GPR registruoja ir pagrindinį narkotiką, nuo kurio kreipiamasi gydytis, ir taip pat kitus naudojamus (jei tokių yra) narkotikus. Opiatai, kokainas bei kanapės – trys narkotinės medžiagos, kurios dažniausiai nurodomos kaip pirminė ar antrinė gydymosi nuo narkotikų priklausomybės priežastis (20 paveiklėlis).

Labai sunku susidaryti aiškų vaizdą, dėl kokių narkotikų vartojimo kreipiamasi gydytis, kadangi narkotikų vartotojai paprastai svaiginasi įvairiomis psichiką veikiančiomis medžiagomis. Dažnai labai sunku nustatyti, kokiu mastu individo narkotikų vartojimo problemos susijusios su kokia nors viena konkrečia medžiaga. Visose šalyse tarp pacientų paplitęs keleto narkotinių medžiagų vartojimas, o 40–80 % visų pacientų teigia bent kartą vartoję antrinius narkotikus.

Gydymą apsunkina tai, kad daugelis individų turi su keletu narkotinių medžiagų vartojimu susijusių problemų, kurias padidina dar ir alkoholio vartojimo problemos. Susirūpinimą kelia tai, kad daugelyje šalių didėja vienu metu keletą narkotinių medžiagų vartojančių asmenų skaičius.

([119]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 5 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.
([120]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 4 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.
([121]) Žr. OL 18 paveikslėlį „Amžius ir pirmą kartą vartotas pagrindinis narkotikas“ ir 2004 m. Statistikos biuletenio 5 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.
([122]) Žr. OL 19 paveikslėlį „Pacientų skirstymas pagal išsilavinimą“ ir 2004 m. Statistikos biuletenio 6 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.
([123]) Žr. OL 20 paveikslėlį „Pacientų skirstymas pagal darbą“ ir 2004 m. Statistikos biuletenio 7 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis“.
([124]) Žr. OL 21 paveikslėlį „Visų pacientų gyvenimo sąlygos (kur) ir visų pacientų gyvenimo sąlygos (su kuo)“.

20 paveikslėlis: Nauji įstaigų, gydančių nuo narkomanijos, pacientai, tvirtinę, jog daugiausiai vartojo heroiną, kokainą ir kanapes, 1996–2002 m.



NB: Valstybės, teikiančios duomenis kiekvienais metais: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI ir SE (FI nepateikė duomenų 1996–1997 m., o SE – 2000 m.)
Statistika pateikta pagal šalių duomenis kiekvieniems metams.
Šaltinis: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos.

Opiatai

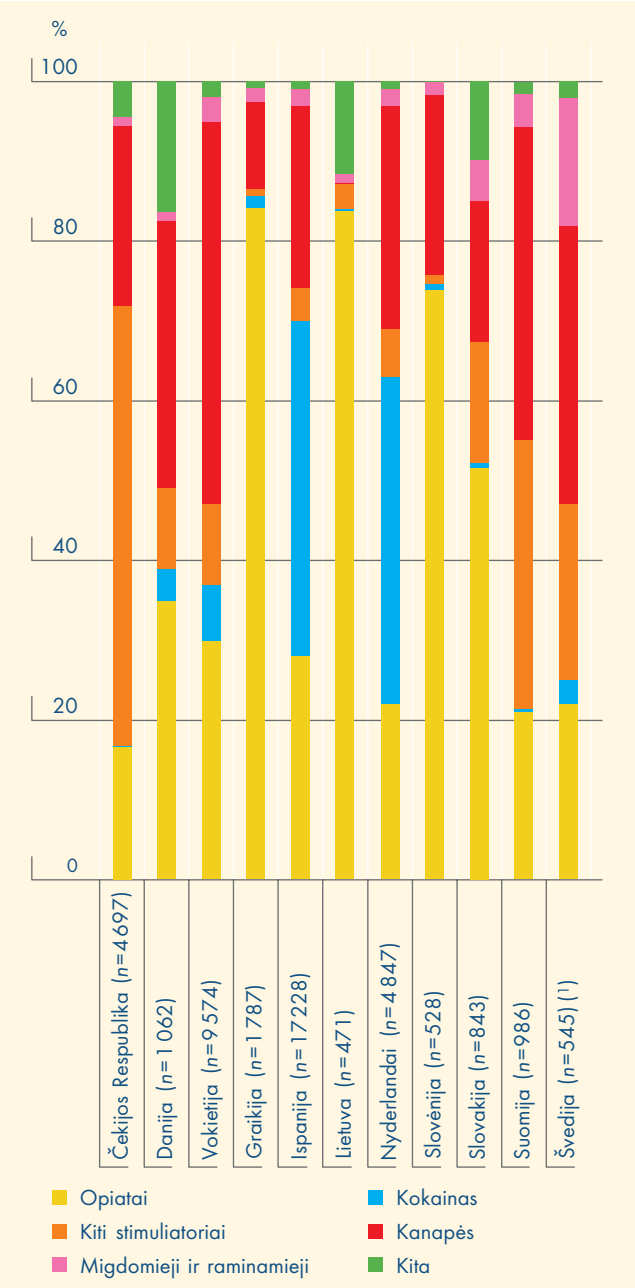
Daugelyje šalių opiatai (dažniausiai heroinas) yra priežastis dėl kurios narkomanai kreipiasi į gydymo įstaigas ir paprastai tai sudaro 40–90 % viso gydymo poreikio. Tačiau ES šalys gali būti padalintos į tris dideles grupes pagal populiacijos, gydomos nuo heroino vartojimo, mastą:

- iki 40 % – Čekijos Respublika, Vengrija, Suomija ir Švedija;
- 40–70 % – Danija, Vokietija, Ispanija, Nyderlandai ir Slovakija;
- daugiau kaip 70 % – Graikija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Slovėnija ir Jungtinė Karalystė.

Kanapės

Pranešimuose apie pradėjusius gydytis asmenis, kanapės yra antras dažniausiai nurodytas narkotikas. Tai ypač būdinga naujiems pacientams (21 paveikslėlis), iš kurių beveik trečdalis (29,5 %) užregistruoti dėl kanapių, kaip pagrindinio problemiško narkotiko, vartojimo. Šalys žymiai skiriasi pagal tai, kiek asmenų nori gydytis nuo kanapių vartojimo priklausomybės ([125]). Gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikis yra plačiai aptartas kitoje (p. 82) šios ataskaitos dalyje.

21 paveikslėlis: Nuo narkomanijos 2002 m. gydęsi nauji pacientai: paskirstymas pagal skirtingus pagrindinius vartotus narkotikus



NB: Bendras atvejų skaičius: 42 568.
(1) Tik ambulatoriškai gydyti.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos.

([125]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 10 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis" ir 11 lentelę „Gydymo poreikio rodiklis".

Kokainas

Kokainas yra trečias dažniausiai nurodytas narkotikas ataskaitose apie pradėjusius gydytis asmenis. Tačiau gydymosi nuo jo priklausomybės poreikis įvairiose šalyse skiriasi. Pavyzdžiui, naujose ES valstybėse narėse gydymosi nuo kokaino priklausomybės poreikis yra labai mažas arba jo iš vis nėra. Daugelyje kitų šalių kokainas nurodytas pirmine priežastimi dėl kurios kreipiamasi gydytis ir tai sudaro mažiau nei 10 % viso gydymosi poreikio, tačiau tarp naujų pacientų procentas yra aukštesnis – maždaug 25 %.

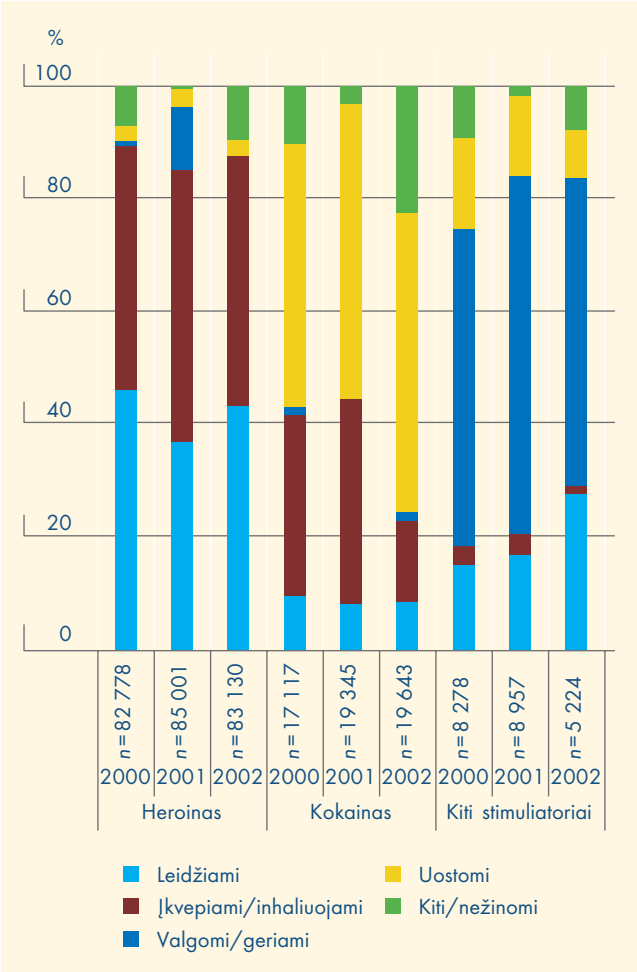
Mažiau nei 8 % nusprendusių gydytis pacientų teigė paprastai vartoję leidžiamą kokainą.

Kiti stimuliatoriai

Kiti stimuliatoriai, o ne kokainas, gana retai nurodomi pirmine kreipimosi į gydymosi įstaigas priežastimi, išskyrus Čekijos Respubliką, Suomiją ir Švediją, kur gydymo nuo stimuliatorių priklausomybės poreikis sudaro nuo ketvirtadalio iki daugiau kaip pusės viso gydymo nuo narkotinių medžiagų priklausomybės poreikio. Čekijos Respublikoje pirmine gydymosi priežastimi nurodytas metamfetaminas sudaro 50 % gydymo poreikio paklausos.

Kitose šalyse stimuliatorių vartojimas nėra dažna priežastis dėl kurios gydomasi nuo narkotikų priklausomybės, tačiau stimuliatorius pirmine priežastimi nurodė 10 % pradėjusiųjų gydytis Slovakijoje, 7 % Vokietijoje, 6 % Danijoje ir 5 % Vengrijoje. Visose likusiose šalyse procentas yra mažesnis. 2002 m. duomenys taip pat parodė padidėjusį stimuliatorių vartotojų, vartojusių leidžiamus stimuliatorius, skaičių – nuo 14 % 2000 m. iki 27 % 2002 m., nors ši grupė išlieka sąlyginai maža lyginant su bendrosiomis kitų narkotikų vartojimo tendencijomis (22 paveikslėlis).

22 paveikslėlis: Heroino, kokaino ir kitų stimuliatorių vartojimo būdų pasiskirstymas tarp visų nuo narkomanijos besigydančių pacientų pagal ambulatorinio gydymo įstaigų duomenis: 2000–2002 m.



NB: Duomenys iš DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE ir UK (2002 m. duomenų iš Airijos nebuvo).
Pateikti pagrindiniai skaičiai iš visų duomenų apie vartojimo būdus.

Šaltiniai: „Reitox“ nacionalinės ataskaitos (2001 m., 2002 m., 2003 m.); GPR duomenys (2000 m., 2001 m., 2002 m.) iš ambulatorinio gydymo centrų.

8 skyrius

Nusikalstamumo ir įkalinimo problemos

Su narkotikais susiję nusikaltimai

Su narkotikų vartojimu susiję nusikaltimai yra skirstomi į keturias grupes:

- Psichofarmakologiniai nusikaltimai: nusikaltimai, kuriuos atliko apsvaigę nuo psichotropinių medžiagų asmenys.
- Nusikaltimai, padaryti dėl ekonominių priežasčių: nusikaltimai, kuriuos atlieka asmenys, norėdami gauti pinigų (arba narkotikų), savo narkotikų vartojimo poreikiui tenkinti.
- Sisteminiai nusikaltimai: nusikaltimai atlikti nelegalioje prekybos narkotikais rinkoje ir esantys nelegalaus narkotikų platinimo ar tiekimo verslo dalimi.
- Narkotikus reglamentuojančių įstatymų pažeidimai: nusikaltimai, kuriais pažeidžiami narkotikus reglamentuojantys (ar panašaus pobūdžio) įstatymai.

ES trūksta duomenų apie tris pirmąsias su narkotikų vartojimu susijusias nusikaltimų kategorijas. Turimi duomenys gauti iš atsitiktinių nenuosekliai atliekamų vietinių tyrimų,todėl ekstrapoliavimui jie netinkami.

„Ataskaitose" ([126]) apie su narkotikais susijusius įstatymų pažeidimus (vartojimas, laikymas, platinimas, nelegali prekyba ir pan.) pastebimi nacionalinių įstatymų skirtumai, taip pat skirtingi įstatymų taikymo ir vykdymo būdai bei skirtingas teisėsaugos institucijų prioritetų ir išteklių paskirstymas tam tikrų nusikaltimų atveju. Be to, tarp šalių ypač ryškūs narkotikų įstatymų pažeidimo informavimo sistemų skirtumai, ypač dideli skirtumai pastebėti pranešant apie padarytus nusikaltimus ir juos fiksuojant, t. y. kas, kada ir kaip užregistruojama. Dėl šių skirtumų gana sudėtinga palyginti esamą padėtį tarp ES šalių.

1997–2002 m. daugelyje ES šalių padidėjo „ataskaitų" apie su narkotikais susijusius įstatymų pažeidimus. Toks padidėjimas buvo ypač ryškus (dvigubai ir daugiau) Čekijos Respublikoje, Estijoje, Lietuvoje, Vengrijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir Norvegijoje. Tačiau 2001 ir 2002 m. šių „ataskaitų" skaičius sumažėjo Italijoje ir Portugalijoje ([127]), o 2002 m. – Estijoje ([128]), Airijoje, Latvijoje, Slovėnijoje ir Suomijoje.

Daugelyje ES valstybių narių dauguma su narkotikais susijusių įstatymų pažeidimų yra siejami su narkotikų vartojimu ar jų laikymu vartojimo tikslams ([129]). Tokių įstatymų pažeidimų skaičius kinta nuo 52 % visų su narkotikais susijusių įstatymų pažeidimų Suomijoje iki 90 % Austrijoje. Čekijos Respublikoje 90 % visų su narkotikais susijusių nusikaltimų yra siejami su narkotikų platinimu ar nelegalia prekyba, kai tuo tarpu Italijoje ir Ispanijoje – kur narkotikų vartojimas ir laikymas naudojimo tikslams nėra kriminaliniai nusikaltimai – visi su narkotikais susiję įstatymų pažeidimai siejami su narkotinių medžiagų platinimu ar nelegalia prekyba. Liuksemburge, Portugalijoje ir Norvegijoje ([130]) dauguma tokio pobūdžio nusikaltimų siejami tiek su narkotikų vartojimu/platinimu, tiek su nelegalia prekyba narkotikais.

Visose duomenis pateikusiose šalyse, išskyrus Portugaliją, visų su narkotikais susijusių įstatymų pažeidimų (nusikaltimų, susijusių su narkotikų vartojimu/laikymu) skaičius per paskutinius penkerius metus 1997–2002 m. ([131]) išaugo. Bendras tokių nusikaltimų skaičius augo lėtai, tačiau Belgijoje, Liuksemburge, Slovėnijoje ir Airijoje šis augimas nuo 2001 m. buvo spartesnis. Portugalijoje su narkotikų vartojimu susijusių nusikaltimų skaičius ėmė mažėti 2000 m., t. y. vieneri metai prieš tai, kada narkotikų vartojimo ir laikymo

([126]) Narkotikų įstatymų pažeidimams taikomas terminas „ataskaitos" rašomas kabutėse, nes jis nusako skirtingas sąvokas vartojamas skirtingose šalyse (policijos pranešimai apie įtariamus narkotikų įstatymų pažeidėjus, nuobaudas už narkotikų įstatymų pažeidimus ir pan.). Kiekvienoje šalyje naudojamą tikslų apibrėžimą galima rasti 2004 m. Statistikos biuletenio metodologinėse pastabose dėl „ataskaitų" apibrėžimų, taikomų narkotikų įstatymų pažeidimams. (Iki 2001 m. metinėse ataskaitose buvo naudojamas terminas „areštas".)

([127]) „Ataskaitų" apie narkotikų įstatymų pažeidimus Portugalijoje skaičius sumažėjo dėl to, kad 2001 m. liepos mėn. ten buvo priimtas nutarimas, kad narkotikų vartojimas/laikymas vartojimo tikslams nėra kriminalinis nusikaltimas.

([128]) „Ataskaitų" apie narkotikų įstatymų pažeidimus Estijoje skaičius sumažėjo dėl to, jog nuo 2002 m. rugsėjo mėn. pakartotinis narkotikų vartojimas ar jų mažo kiekio laikymas asmeniniam naudojimui nėra nusikaltimas.

([129]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 2 lent. „Su narkotikais susiję nusikaltimai".

([130]) Norvegijoje nėra skirtumo tarp sąvokų „narkotikų platinimas/nelegali prekyba" ir „narkotikų vartojimas/platinimas ir nelegali prekyba". Likusieji narkotikų įstatymų pažeidimai yra siejami vien tik su „narkotikų vartojimu".

([131]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 4 lent. „Su narkotikais susiję nusikaltimai".

naudojimo tikslams įstatymo pažeidimas buvo išbrauktas iš kriminalinių nusikaltimų sąrašo (2001 m. liepos mėn.) ([132]).

Daugelyje valstybių narių dažniausiai nusikaltimų ataskaitose nurodytas nelegalus narkotikas yra kanapės (4 lentelė). Šalyse, kurioms būdinga anksčiau minėta situacija, su kanapėmis susiję nusikaltimai sudaro nuo 34 % (Švedijoje) iki 87 % (Prancūzijoje) visų su narkotikais susijusių nusikaltimų. Lietuvoje ir Liuksemburge su narkotikais susijusiuose įstatymų pažeidimuose daugiausiai vyrauja heroinas – atitinkamai 15 % ir 51 %, kai tuo tarpu Nyderlanduose paplitę nusikaltimai susiję su „stipriaisiais narkotikais“ ([133]).

Narkotikų įstatymų pažeidimų skaičiui, susijusiam su tam tikru specialiu narkotiku, įtaką daro įvairūs faktoriai, įskaitant teisėsaugos pareigūnų operacinius prioritetus ir aiškius ar numanomus stateginius sprendimus skirtingiems tikslams ar narkotikų įstatymų pažeidimų nustatymo tikslams.

Nuo 1997 m. Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Liuksemburge, Vengrijoje ir Portugalijoje išaugo su kanapėmis susijusių nusikaltimų skaičius, kai tuo tarpu Belgijoje, Italijoje, Lietuvoje, Nyderlanduose, Slovėnijoje ir Švedijoje jis išliko nepakitęs. Austrijoje su kanapėmis susijusių nusikaltimų skaičius lyginant jį su visu su narkotikais susijusių nusikaltimų skaičiumi didėjo iki 1999 m., tačiau po to ėmė mažėti ([134]).

Per tą patį laikotarpį visose duomenis pateikusiose ES šalyse su heroinu susijusių nusikaltimų skaičius sumažėjo ([135]), išskyrus Vengriją ir Jungtinę Karalystę, kuriose jis išaugo ([136]) ir Lietuvą, kurioje šis skaičius nuo 2000 m. svyruoja ([137]). Priešingos yra su kokainu susijusių nusikaltimų tendencijos. Tokio pobūdžio nusikaltimų skaičius lyginant jį su bendruoju su narkotikais susijusių nusikaltimų skaičiumi nuo 1997 m. auga visose duomenis pateikusiose šalyse, išskyrus Vokietiją, Lietuvą, Liuksemburgą ir Vengriją, kurios praneša apie su kokainu susijusių nusikaltimų mažėjimo tendencijas ([138]).

Narkotikų vartotojai ir kalėjimas

Kalintys narkotikų vartotojai

Nacionaliniu mastu pateikiama mažai informacijos apie tai, kokiais būdais ir kokius narkotikus vartoja kaliniai. Dauguma ES turimų duomenų gauti iš atsitiktinių vietinio pobūdžio tyrimų, kuriuose naudotos kalinių imtys labai

4 lentelė: Dažniausiai „ataskaitose“ apie su narkotikais susijusius nusikaltimus ES valstybėse ir Norvegijoje paminėti narkotikai

Valstybė	Pastabos	Metai	Dalis (%)		
			Kanapės	Heroinas	Kokainas
Belgija		2002	67	8	7
Čekijos Respublika	(2)	2002	37	8	1
Danija			n. d.	n. d.	n. d.
Vokietija	(2) (3)	2002	56	17	9
Estija			n. d.	n. d.	n. d.
Graikija			n. d.	n. d.	n. d.
Ispanija	(1) (4)	2002	52	7	33
Prancūzija	(2)	2002	87	5	3
Airija	(2)	2002	65	9	6
Italija	(1) (4)	2002	42	27	28
Kipras			n. d.	n. d.	n. d.
Latvija			n. d.	n. d.	n. d.
Lietuva	(1)	2002	10	15	1
Liuksemburgas	(1)	2002	28	51	21
Vengrija	(2)	2002	66	16	2
Malta			n. d.	n. d.	n. d.
Nyderlandai	(2) (5)	2002	37	58	
Austrija	(1)	2002	58	11	11
Lenkija			n. d.	n. d.	n. d.
Portugalija	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovėnija	(1)	2002	82	10	2
Slovakija			n. d.	n. d.	n. d.
Suomija			n. d.	n. d.	n. d.
Švedija	(1) (7)	2001	34	7	2
Jungtinė Karalystė	(1)	2000	69	12	5
Norvegija			n. d.	n. d.	n. d.

NB: Tikslūs apibrėžimai kiekvienai valstybei pateikti 2004 m. Statistikos biuletenio metodologinėse pastabose dėl „ataskaitų“ apie su narkotikais susijusius įstatymų pažeidimus.
n. d.: Nėra duomenų.
(1) Tarp visų paminėtų narkotikų (vienintelis arba ne).
(2) Tarp pagrindinių narkotikų.
(3) Tarp visų nusikaltimų, paskirstytų pagal narkotiką (kai kurių nusikaltimų atveju paskirstymo pagal narkotiką nėra).
(4) Tarp nusikaltimų, susijusių su prekyba narkotikais (kadangi narkotikų vartojimas/turėjimas nelaikomas nusikaltimu).
(5) Duomenys apie „heroiną “ atspindi „sunkiuosius narkotikus“ (kurie apibrėžti kaip keliantys didelį pavojų visuomenės sveikatai, kaip pvz., heroinas, kokainas, ekstazis, LSD). Su kai kuriais nusikaltimais susijusios ir kanapės, ir „sunkieji narkotikai“ – šie nusikaltimai neįtraukti. Dėl to suma gali būti mažesnė nei 100%.
(6) Ši dalis yra įvertinta pernelyg mažai, kadangi ji nurodo nusikaltimus, susijusius su pavieniais narkotikais, pvz., nusikaltimus, susijusius tik su kanapėmis (į ją nėra įtraukti nusikaltimai susiję su „kanapėmis + kitais narkotikais“).
(7) Tarp asmenų, nuteistų teismo arba kuriems kaltintojas paskyrė supaprastintą baudą.
Šaltinis: Nacionaliniai narkotikų informacijos biurai.

([132]) Įstatymas, kuriuo narkotikų vartojimas ir laikymas naudijimo tikslams nustojo būti kriminaliniu nusikaltimu buvo priimtas 2000 m. lapkričio mėn. ir įsigaliojo 2001 m. liepos mėn.
([133]) Nyderlanduose „stipriems narkotikams“ priskiriami heroinas, kokainas, amfetaminas, ekstazis ir LSD.
([134]) 2004 m. Statistikos biuletenio 5 lent. „Nusikaltimai“.
([135]) Šalys, pateikusios ilgalaikę pažeidimų, susijusių su narkotikais (atskirų narkotikų) analizę yra šios: Belgija, Vokietija, Ispanija, Prancūzija, Airija, Italija, Lietuva, Liuksemburgas, Vengrija ir Nyderlandai (tiktai dėl kanapių ir „stipriųjų narkotikų“), Austrija, Portugalija, Slovėnija, Švedija ir Jungtinė Karalystė (tik iki 2000 m.).
([136]) Duomenys iš Jungtinės Karalystės tik iki 2000 m.
([137]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 6 lent. „Su narkotikais susiję nusikaltimai“.
([138]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 7 lent. „Su narkotikais susiję nusikaltimai“.

skiriasi savo dyžiu ir atrankos procedūromis. Be to, tiriami kaliniai kartais neatspindi visos kalėjimo sistemos situacijos, o pakartotinių tyrimų duomenų trūkumas daugelyje šalių apsunkina vyraujančių tendencijų nustatymo procesą. Dėl šių veiksnių labai sudėtinga atlikti duomenų ekstrapoliaciją.

Lyginant su bendrąja narkotikų vartotojų populiacija, kalinčių narkotikų vartotojų populiacija yra neproporcingai didelė. Narkotikų vartojimo paplitimo rodikliai kalinių tarpe labai skiriasi tarp kalėjimų, sulaikymo centrų bei šalių ir kinta nuo 22 % iki 86 % ([139]). Kaip ir bendrojoje populiacijoje, kanapės yra ataskaitose apie kalinius dažniausiai paminėtas narkotikas, kurio paplitimas sudaro nuo 11 % iki 86 % kokaino (ir kreko) paplitimas tarp kalinių sudaro 5–57 %, o heroino – nuo 5 iki 66 %.

ES nuolatinis narkotikų vartojimo paplitimas ar priklausomybė nuo narkotikų prieš įkalinimą kinta nuo 8 % iki 73 % ([140]).

Kalėjimai: iššūkis visuomenės sveikatai

Nors kai kurie kaliniai mano, kad jų įkalinimas tai galimybė atkreipti dėmesį į jų narkotikų problemas, iš tiesų praktikoje tai sunkiai įgyvendinama (Long ir kt., 2004). Dauguma narkotikų vartotojų patekę į kalėjimą vartoja narkotikus rečiau ar net iš viso nustoja juos vartoti. Tačiau kai kurie kaliniai ir toliau vartoja narkotikus, o tam tikra dalis pradeda vartoti narkotikus kalėjime. Turimų tyrimų duomenys rodo, kad 8–60 % kalinių teigė kalėjime vartoję narkotikus, o 10–36 % sakė juos vartoję nuolat ([141]).

Medicinos paslaugos daugumai kalinių yra ribotos. Kalėjimuose dirbantys medicinos specialistai turi nedaug ryšių su įprasta sveikatos apsaugos sistema, be to, jiems dažnai nesuteikiama galimybė kelti kvalifikaciją, o tai tik dar labiau izoliuoja kalėjimų sveikatos apsaugos sistemą. Šias problemas sunku įveikti. Pavyzdžiui, Airijoje, nors kalėjimų valdžia ir medicinos personalas stengėsi padidinti gydymo galimybes ir pagerinti medicinos paslaugas narkotikų vartotojams, tačiau apie situacijos pagerėjimą duomenų nėra.

Atsakomybę už kalėjimuose teikiamų medicinos paslaugų kokybę vis dažniau prisiima nacionalinė sveikatos sistema, o ne baudžiamosios sferos institucijos. Neseniai Ispanijoje įsigaliojusiu įstatymu „Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (Įstatymas dėl nacionalinės sveikatos sistemos sanglaudos) siekiama tenkinti kalėjimų ir visuomenės sveikatos sistemų sąveikos poreikį. Estijoje Teisingumo ministerija kartu su Socialinių reikalų ministerija kelia uždavinį iki 2006 m. integruoti kalėjimų sveikatos priežiūrą į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą. Prancūzijoje ši atsakomybė buvo perduota Sveikatos Ministerijai jau 1994 m. Italijoje vietos sveikatos tarnybos yra atsakingos už kalinių priežiūrą ir gydymą nuo 2000 m. Anglijoje ir Velse sveikatos priežiūra yra Sveikatos Departamento žinioje ir atitinkamai Nacionalinės Velso asamblėjos žinioje (privataus sektoriaus kalėjimai yra abiejų regionų Vidaus reikalų ministerijos žinioje). Iki 2006 m. visuose valstybiniuose Anglijos kalėjimuose sveikatos priežiūra taps Nacionalinių sveikatos paslaugų dalimi ([142]).

Kalėjimuose plintančios infekcinės ligos ir būdai joms sustabdyti

Kaip pranešama, leidžiamų narkotikų vartojimo kalėjimuose paplitimas sudaro nuo 15 % iki 50 %, tačiau kai kuriuose tyrimuose nurodytas rodiklis yra tik 1 % arba net 69 %.

Tais atvejais, kada galima gauti lyginamuosius duomenis, matyti, kad leidžiami narkotikai yra mažiau paplitę tarp jaunų pažeidėjų nei tarp suaugusiųjų. Taip pat moterys yra labiau linkusios leistis narkotikus nei vyrai ([143]). Pagal keleto ES atliktų tyrimų duomenis, Bird ir Rotily (2002), maždaug vienas trečdalis suaugusių vyriškos lyties kalinių vartoja leidžiamus narkotikus. Pagal turimus nacionalinius „Reitox" tinklo biurų duomenis 0,2–34 % kalinių ([144]) vartojo leidžiamus narkotikus kalėjime. Tokia situacija verčia susirūpinti kalinių vartojamų švirkštimosi instrumentų sterilumu ir jų dalinimosi metodų higieniškumu. Nesiėmus priemonių, infekcinių susirgimų plitimo tikimybė yra labai didelė.

Kalėjimų aplinka yra didelės rizikos zona tokių ligų plitimui. Metodai, kurie pasiteisino mažinant infekcinių susirgimų plitimą yra lytiškai plintančių ligų gydymas, aprūpinimas prezervatyvais, gydymas pakaitalais, skiepijimo bei adatų ir švirkštų keitimo programos.

Gydymas pakaitalais vis dažniau taikomas kalėjimuose. Belgijoje, Danijoje, Ispanijoje, Austrijoje ir Slovėnijoje gydymas pakaitalais taikomas visuose kalėjimuose. Belgijoje, Danijoje, Liuksemburge ir Norvegijoje kaliniams leidžiama pradėti gydytis pakaitalais jiems esant įkalinimo įstaigoje. Daugumoje Vokietijos žemių, Nyderlanduose ir Slovėnijoje skiriamas gydymas pakaitalais pamažu mažinant dozę iki pasiekiama visiška abstinencija. Jungtinėje Karalystėje tokios gydymo programos taikomos daugiausiai tardymo laikotarpiu ar tiems kaliniams, kuriems skirtos trumpos bausmės.

([139]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 1 lent. „Nusikaltimai".
([140]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio priedą „Nusikaltimai".
([141]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 3 lent. „Nusikaltimai".
([142]) Žr. OL 10 lent. „Naujausios kalėjimuose naudojamos narkotikų prevencijos strategijos, ministerijų direktyvos bei paslaugų standartai ES ir Norvegijoje".
([143]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 2 lent. „Kalėjimas".
([144]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 4 lent. „Kalėjimas".

2002 m. Airijos Nacionalinis imunizacijos komitetas rekomendavo konkrečią kaliniams pritaikytą skiepijimo nuo hepatito B schemą. Ją sudaro trys vienas po kito einantys skiepai (tris savaites), o po to dar kartą skiepijama po 12 mėnesių. Ši schema per 13 mėnesių užtikrina 99 % apsaugą (Zuckerman, 2003).

Išanalizavus 14 tarptautinių tyrimų, kurie gilinosi į adatų ir švirkštų keitimo programos veiksmingumą kalėjimo sąlygomis, buvo padaryta išvada, kad tokios programos yra galimos. Taip pat nustatyta, kad vykdant tokią programą sumažėja rizikingos elgsenos pavojus bei apsikrėtimo per kraują perduodamais virusais atvejų skaičius. Šios programos metu neužfiksuota jokių neigiamų jos padarinių, tokių kaip atsitiktinis susižalojimas su adata ar tyčinis adatos kaip ginklo naudojimas prieš kalėjimo personalą ar kitus kalinius (Dolan ir kt., 2003). 2002 m. Ispanijoje adatų ir švirkštų keitimo programos buvo taikytos 27-iose pataisos įstaigose. Per programos taikymo laikotarpį buvo išdalyta 12 970 švirkštų ir nenustatyta jokių su tuo susijusių incidentų.

Nors Ispanijoje vis daugiau kalėjimų taiko adatų ir švirkštų keitimo programas, Vokietijos Hamburgo ir Žemosios Saksonijos žemėse tokios programos buvo nutrauktos (Stöver ir Nelles, 2003). Tačiau Vokietijoje (Berlyne) vis dar taikoma adatų ir švirkštų keitimo programa viename moterų kalėjime (Weilandt, privatus pokalbis, 2004). Josefstadt kalėjime, Vienoje, rengiamas eksperimentinis projektas, o Liuksemburge pagal sveikatos priežiūros programą ketinama kalėjimuose esančius priklausomus nuo narkotikų asmenis aprūpinti reikiamais instrumentais narkotikų leidimuisi ([145]).

Narkotikus vartojantiems pažeidėjams – alternatyva vietoj kalėjimo

Kitų metų ataskaitoje alternatyva kalėjimui bus pasirinktąja tema. Iki to laiko turės būti pateikta išsami ir kruopšti tokių priemonių ES analizė. Šių metų ataskaitoje bus nagrinėjami konkretūs alternatyvių bausmių narkotikų vartotojams taikymo atvejai.

Naujos iniciatyvos: teismai narkotikų vartotojams ir tarpininkavimas tarp aukos bei pažeidėjo

Teismai narkotikų vartotojams yra kai kuriose šalyse įsteigtos naujos struktūros dalis. Jų paskirtis – rūpintis tais narkotikų vartotojais, kurie padarė nesmurtinius nusikaltimus. Šios įstaigos gali atidėti bausmę, ir jos pasitelkia asmenis, kurie paprastai nėra įsitraukę į gydymą nuo narkotikų (teisėjus, prokurorus ir kitus už įstatymų laikymąsi atsakingus pareigūnus). Šios veiklos idėja yra pasinaudojant gydymu ir teisėsaugos sistemos autoritetu neleisti pažeidėjui grįžti atgal į teisiamųjų suolą ar vėl pradėti vartoti narkotikus. Teismai narkotikų vartotojams jau įsteigti Airijoje ir Škotijoje, kur baudžiamosios sistemos grindžiamos bendraisiais įstatymais. Kitose ES šalyse, kurios turi civilinį kodeksą, teismai narkotikų vartotojams, griežtai tariant, net neegzistuoja, bet panašaus pobūdžio veikla vykdoma.

Vokietijos Baden-Vurtemberge 2003 m. buvo pradėtas panašus projektas „Išeities paieška“, kuriuo imta rūpintis nepilnamečių pažeidėjų reikalais. Jis atsirado bendromis policijos, valstybės finansuojamų advokatų, teisėjų, lygtinio nuteisimo ir konsultavimo dėl narkotikų vartojimo tarnybų bei trijų apygardos teismų, kurie atliko pagrindinį vaidmenį, pastangomis (Baudis, 2004). Panašiai ir Milane, programoje „Išgijimas vertas pastangų“, dalyvavo centrinis teismas kartu su vietos narkotikų priklausomybės ir sveikatos tarnybomis. Nusikaltimus padarę priklausomi nuo narkotikų asmenys yra siunčiami gydytis pagal šią programą nuosprendžio paskelbimo dieną.

Įvertinus Dublino teismų narkotikų vartotojams veiklą (Farrell, 2002) nustatyta, kad šis metodas yra rentabilus ir veiksmingiau mažina recidyvizmą bei priklausomybę nuo narkotikų nei tradiciniai baudžiamosios teisės metodai. Teisingumo ministerija išplėtė narkotikų vartotojų teismo jurisdikcijos ribas Dublino regione.

2003 m. „Pompidou grupė“ atliko Tarptautinių teismų narkotikų vartotojams pokyčių ir jų veiksmingumo apžvalgą. Ji padarė išvadą, kad specialių terapinės paskirties teismų narkotikų vartotojams įdiegimas turi būti pagrįstas aiškiu poreikiu ir tokio pobūdžio įstaigoms turi būti skiriama politinė parama, turi būti aiškus šioje veikloje dalyvaujančių įstaigų tarpusavio bendradarbiavimas ir atitinkama struktūrinė/finansinė parama mažiausiai penkeriems metams (Moyle, 2003).

Reabilitacinė teisėsauga vis dažniau taikoma norint paspartinti nesmurtinių pažeidėjų (iš kurių didelį skaičių sudaro narkotikų vartotojai) baudžiamąsias procedūras. Tai atitinka ir visuomenės interesus mažinti smulkių nusikaltimų nagrinėjimo kaštus jau ir taip darbais apkrautoje teisėsaugos sistemoje. Vienas iš svarbesnių pasiekimų – tarpininkavimas už teismo ribų. Šia sistema bandoma išspręsti aukų ir pažeidėjų ginčus ir nuslopinti konfliktus, taikant atitinkamas baudžiamąsias procedūras.

Nyderlanduose pirmą kartą prasižengusiems įstatymui 12–18 metų asmenims tarpininkaujant siūloma atitaisyti jų nusikaltimo padarytą žalą. Čekijos Respublikoje 2000 m. buvo įkurta Lygtinio nuteisimo ir tarpininkavimo paslaugų tarnyba, besirūpinanti daugiausia nepilnamečiais ir narkotikų vartotojais. 2002 m. joje užregistruota 29 291 atvejis, iš jų – 765 su narkotikais susiję pažeidimai.

([145]) Žr. OL 11 lent. „Socialinės sveikatos paslaugos, skirtos narkotikų vartotojams ES kalėjimuose 2002 metais“.

1 pasirinkta tema

Europos „nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ įvertinimas

Nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų efektyvumo įvertinimo būdai

Neseniai daugelis šalių priėmė „nacionalines narkotikų prevencijos strategijas“ ([146]). Šiame skyriuje bus nagrinėjamas minėtų strategijų įvertinimo planavimas. Šiais metais tuo tikslu pirmą kartą Europos mastu pradėjo dirbti nacionaliniai biurai. Šis darbas padeda išsiaiškinti „nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ įvertinimo kriterijus, kurie ne visada yra savaime aiškūs ar tiksliai apibrėžti.

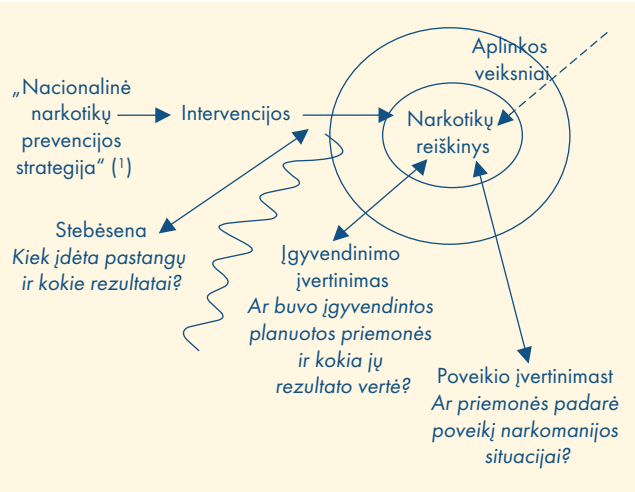
Europos „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ įvertinimo priemonės gali būti skirstomos į tris tokio pobūdžio veiksmus: 1) stebėseną, reiškiančią nuolatinį duomenų apie narkotikų reiškinį, su juo susijusius veiksmus ir intervencijas, rinkimą; 2) įdiegimo kokybės vertinimą, t. y. įdiegtų iniciatyvų ir skirtų išteklių, numatytų nacionalinėje narkotikų prevencijos strategijoje, paskirstymo kokybinį verbtinimą ir 3) poveikio įvertinimą (dažniau vadinamą efektyvumo vertinimu), t. y. kritišką nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos įgyvendinimo rezultatų (trumpalaikių padarinių) ir poveikio ([147]) (ilgalaikių padarinių) vertinimą (poveikis vertinamas netgi tada, kai narkotikų, kaip reiškinio, pokyčiai atsiranda ne vien tik dėl nacionalinės narkotikų prevencijos politikos įtakos) (23 paveikslėlis) ([148]).

Pagrindinis skirtumas tarp šalyse vykdomo nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos įvertinimo metodų yra tai, kad vienos šalys atlieka narkotikų prevencijos strategijų stebėseną, o kitos numato, koks galėtų būti įgyvendinamų priemonių ir (arba) poveikio įvertinimas.

Stebėsenos ir įvertinimo sąvokos nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose ne visada aiškiai atskirtos, todėl yra svarbu suprasti tarp jų esantį skirtumą. Stebėsena – tai nuolatinis ir sisteminis procesas, dėl kurio nuolat gaunami kiekybiniai ir kokybiniai duomenys apie narkotikus kaip reiškinį bei apie intervencijas, kurios buvo panaudotos siekiant šį reiškinį įveikti. Stebėsena gali nuolatos teikti grįžtamąjį ryšį apie priemonių įgyvendinimą (t. y. apie sąnaudas: kokie buvo panaudoti ištekliai; ir apie rezultatus: kokios priemonės įgyvendintos, per kiek laiko ir kas tai atliko). Deja, stebėsena neteikia informacijos apie strategijos poveikį, o taip pat neatsako į klausimus, kodėl viena ar kita priemonė neįgyvendino jai iškeltų tikslų. Nors stebėsenos sistema dažnai gali teikti informaciją apie narkotikų reiškinio įvairių aspektų kitimą ir apie kovai su šiuo reiškiniu naudojamas priemones, tačiau iš esmės stebėsena nepajėgi nustatyti, ar stebimi pokyčiai yra tiesioginis įgyvendintų priemonių padarinys (ar yra priežastingumo ryšys).

Priežastingumo ryšio ir kitas sudėtingas mokslines problemas galima išspręsti pasitelkus įvertinimą (5 lentelė), kuris reiškia „visuomenės intervencijos kokybės kritišką vertinimą“ (šiuo atveju tai nacionalinė narkotikų prevencijos strategija), „grindžiamą kriterijais“ (relevantiškumo, efektyvumo, poveikio) „ir tiksliais

23 paveikslėlis: „Nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų“ įvertinimo lygmenys



(1) Terminas „narkotikų prevencijos strategija“ taip pat apima bet kokius veiksmų planus, pagrįstus strategijoje.

([146]) Apibrėžta 1 skyriuje, p. 17.

([147]) Kad būtų paprasčiau, čia vartosime posakį „poveikio vertinimas“ kalbėdami tiek apie rezultatus, tiek apie poveikį. Tai dvi skirtingos mokslinės sąvokos, kurios skirtingai naudojamos atitinkamoje literatūroje.

([148]) Išsamų vertinimą taip pat sudaro efektyvumo įvertinimas, kuriuo matuojamos išlaidos, padarytos siekiant rezultatų ir poveikio. Tačiau tik Ispanija pateikė šiuos duomenis (žr. toliau).

5 lentelė: Bendrai vartojami vertinimo terminai (struktūrinio pobūdžio veiksmų vertinimo metodai)

Bendrasis įvertinimas	Intervencijos įvertinimas per visą jos apimtį
Darnumas	Laipsnis, iki kurio intervencijos logika yra neprieštaringa/intervencija neprieštarauja kitoms intervencijoms, kurių tikslai panašūs
Tinkamumas	Laipsnis, iki kurio intervencijos tikslai yra tinkami sprendžiamiems reikalams, problemoms ir klausimams
Nuoseklumas	Laipsnis, iki kurio didinami/mažinami teigiami/neigiami pasklidimai į ekonominės, socialinės arba aplinkos politikos sritis
Naudingumas	Laipsnis, iki kurio efektai atitinka sprendžiamus reikalus, problemas ir klausimus
Veiksmingumas	Laipsnis, iki kurio pasiekiami nustatyti tikslai
Efektyvumas	Laipsnis, iki kurio pageidaujami efektai pasiekiami priimtinais kaštais
Efektyvumo analizė	Įvertinimo būdas, kuriuo įvertinamas efektyvumas
Naudingumo analizė	Įvertinimo būdas, skirtas intervencijos privalumams įvertinti visos tikslinės grupės požiūriu. Vertinama pagal piniginę vertę, priskirtą visiems intervencijos padariniams
Veiksmai	Dalykai, kurie buvo finansuojami ir atlikti (arba sukonkretinti) už lėšas, skirtas intervencijai
Poveikis	Padariniai, veikiantys tiesioginius adresatus pasibaigus jų dalyvavimui intervencijoje, arba baigus visuomeninės įstaigos gydymo kursą, arba netiesioginis padarinys, veikiantis kitus adresatus, kurie gali būti laimėję arba pralaimėję

Šaltiniai: Europas Komisija, 1999.

standartais“ (kokybės, kiekybės) (apibrėžimas paimtas iš Europos Komisijos, 1999). Įvertinimo metodas neatsiejamai susijęs su nuodugniais tyrimais. Taigi įvertinimo metodo užduotis susideda iš dviejų dalių: 1) naudojant moksline metodologija (stebėsena ir išsamiais tyrimais) pagrįstus kokybiškus duomenis įrodomas priežastingumas tarp strategijos įgyvendinimo ir tiriamo reiškinio pokyčių; ir 2) poveikis įvertinamas kritiškai ir vėliau šis įvertinimas tampa neatsiejama sprendimų priėmimo dalimi.

Praktikoje „įvertinimo“ sąvoka neatsiejamai susijusi su „stebėsena“, tačiau nors kai kuriuose dokumentuose šie du terminai naudojami kaip sinonimai, reikia nepamiršti, kad stebėsena nėra tapati įvertinimui (nors, be jokios abejonės, stebėsena yra viena iš įvertinimo dalių).

Jungtinėje Karalystėje 2002 m. buvo paskelbta Atnaujinta nacionalinė narkotikų strategija. Tai įvyko po to, kai apžvalgoje buvo atsižvelgta į įrodymų svarbą, įskaitant jų įvertinimus bei reikalingumą. Jungtinėje Karalystėje vykdoma Nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos „stebėsena“, „sekimas“ ir „įgyvendinimo valdymas“, bet jokiu būdu ne „įvertinimas“ (Jungtinės Karalystės nacionalinė ataskaita, p. 106). Norvegijoje naujuoju Narkotikų ir alkoholio veiksmų planu siekiama sukurti tokią matavimo sistemą, kuri parodytų, kaip sekasi įgyvendinti šio plano tikslus ir uždavinius (Norvegijos nacionalinė ataskaita, p. 65). Čekijos Respublikos 2001–2004 m. Nacionalinės narkotikų prevencijos politikos strategijose apibrėžti kiekvienos esminės strategijos dalies bendrieji tikslai, tikslai, uždaviniai, sėkmės rodikliai ir veiksmingumo įvertinimo įrankiai. Užduočių vykdymas nuolat stebimas; tačiau strategija dar nėra sistemingai įvertinama pagal nustatytus sėkmės rodiklius ir įvertinimo įrankius. Viena iš priežasčių gali būti tai, kad išorinis įvertinimas yra labai brangus (Čekijos Respublikos nacionalinė ataskaita, p. 114). Naujajame Danijos Veiksmų plane numatyta, kad nemažai konkrečių priemonių bus reguliariai „įvertinamos“ (Danijos nacionalinė ataskaita, p. 67). Vengrijos ir Lenkijos nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose numatyta sistema, kuri užtikrina užduočių įvykdymo kontrolę („Reitox“ nacionalinės ataskaitos), o Slovėnijoje, nors jos naujojoje Nacionalinėje strategijoje yra „numatytas reguliarus įgyvendinimo įvertinimas“, iki šiol dar joks įvertinimas nebuvo atliktas (Slovėnijos nacionalinė atskaita, p. 61). Lietuvoje nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos (Lietuvos narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės 2004–2008 m. strategija) įgyvendinimas bus vykdomas „pagal šalies finansines galimybes“ (Lietuvos nacionalinė ataskaita, p. 35). Estijoje naujoji nacionalinė narkotikų prevencijos strategija „apima stebėseną ir įvertinimą bei apibrėžia vykdymo rodiklius“ (Estijos nacionalinė ataskaita, p. 86).

Suomijoje ir Švedijoje (Suomijos nacionalinė ataskaita, p.113; Švedijos nacionalinė ataskaita, p. 75–76) nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose labiau pabrėžiama strategijos įgyvendinimo stebėsena negu jos poveikio įvertinimas. Švedijoje 2002 m. paskirtas narkotikų politikos koordinatorius, kuris yra atsakingas už tikslų nacionalinių veiksmų plano įgyvendinimą (metinėse ataskaitose). Taip pat ir Suomijoje planuojama pradėti tyrimą, kuris padėtų narkotikų administraciniams organams

sudaryti savo veiklos stebėsenos ir vertinimo gaires. Liuksemburgo nacionalinis padalinys praneša, kad 2000–2004 m. plano rezultatai bus įvertinti 2005 m. tam, kad būtų galima parengti tolimesnes ateities strategijas (Liuksemburgo nacionalinė ataskaita, p. 94). Vokietijoje į 2002 m. Veiksmų planą kovai su narkotikais ir priklausomybe pirmą kartą bandyta įtraukti uždavinius ir kriterijus, kurie padėtų išsiaiškinti intervencijų veiksmingumą (Vokietijos nacionalinė ataskaita, p. 101). Tuo tarpu Italijos trimetė 2002–2004 m. programa skatina vertinimą prevencijos srityje bei socialinę integraciją.

Tarp šalių, kurios pateikia nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos įgyvendinimo ar veiksmingumo įvertinimą, yra Graikija, Ispanija, Prancūzija, Airija ir Portugalija (6 lentelė). Ispanijos ir Graikijos strategijose kalbama apie „efektyvumo įvertinimą“. Ispanijos 9-metėje nacionalinėje strategijoje numatytas bendrasis jos įgyvendinimo įvertinimas ir tarpinis įgyvendinimo atskiruose sektoriuose įvertinimas 2003 m. ir 2008 m. Matuojant teikiamų paslaugų kokybę ir kiekybę siekiama „pagerinti valstybės veiksmų efektyvumą ir našumą“ (Ispanijos nacionalinė ataskaita, p. 85). Panašiai ir Graikijoje, naujajame 2002 m. narkotikų prevencijos veiksmų plane, užsimenama, kad ateityje galėtų būti vykdomas išorinis, pagrįstas Europos Sąjungos ir tarptautiniais kriterijais visuotinio narkotikų politikos įgyvendinimo efektyvumo įvertinimas (Graikijos nacionalinė ataskaita, p. 110).

Prancūzijoje, Airijoje ir Portugalijoje nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose raginama vykdyti bendrąjį ([149]) ir atskirų sektorių įvertinimą, kai kuriais atvejais vertinti efektyvumą (Airijos nacionalinė ataskaita). Tačiau gauti duomenys rodo, kad iki šiol atlikti įvertinimai yra kritiškas strategijų įgyvendinimo, o ne jų veiksmingumo vertinimas. Prancūzijoje 1999–2002 m. Trijų metų veiksmų plano vertinimas (kurį 2000–2003 m. atliko *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies* (OFDT)) apėmė ir „bendrąjį“, ir penkių prioritetinių programų įvertinimą ([150]). Įvertinimas nutrūko priartėjus prie priemonių, panaudotų bendrajai narkotikų situacijai gerinti, poveikio vertinimo. Taigi iš esmės tai buvo kovai su narkotikais naudojamų priemonių įgyvendinimo ir išteklių panaudojimo vertinimas. Airijos nacionalinėje narkotikų prevencijos strategijoje raginama „iki 2004 m. pabaigos atlikti nepriklausomą visos sistemos veiksmingumo įvertinimą“ (Nacionalinė narkotikų prevencijos strategija 2001–2008 m.: Mokymasis iš patirties, p. 111). Tačiau atrodo, kad teks rasti kompromisą ne dėl bendrojo strategijų poveikio narkotikų vartojimui įvertinimo atlikimo, bet aiškinantis, kaip sekasi įgyvendinti narkotikų prevencijos strategijas ir ar jos pasiekė savo strateginius tikslus. Portugalijos narkotikų prevencijos strategijoje numatytas „bendras strategijos ir atskirų jos sektorių nepriklausomas įvertinimas“ (Portugalijos nacionalinė ataskaita, p. 65). Taip pat pranešama apie vidinį vertinimo procesą.

Tose valstybėse narėse, kurios neturi, *sensu stricto*, „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ bendrasis įvertinimas pastaraisiais metais nesusilaukė didelio dėmesio netgi ten, kur įprasta įvertinti konkrečių narkotikų prevencijos projektus. Pavyzdžiui, Nyderlanduose, kur tyrimai, stebėsena ir įvertinimas yra įprasta narkotikų prevencijos politikos dalis, naujoje (2002 m.) „Vyriausybinėje strategijoje“ keliamas uždavinys suteikti veiklos gaires valstybinėms administracinėms įstaigoms (įskaitant ir tas, kurios rūpinasi sveikatos apsauga ir narkotikų prevencija) (Nyderlandų nacionalinė ataskaita, p. 83–84). Taip pat ir Austrijoje, nors ten pastaraisiais metais labai pagerėjo narkotikų situacijos stebėsena, nei provincijų planai (išskyrus Vorarlbergą, kur buvo atliktas preliminarus vertinimas), nei bendroji narkotikų prevencijos

6 lentelė: Kai kurių nacionalinių strategijų vertinimų charakteristikos

	„Nacionalinė narkotikų prevencijos strategija“	Vertinimo apimtis	Vertinimo tikslas	Vertinimo trukmė
Graikija	2002–2006 m. veiksmų planas	Bendroji ir specifinė	Veiksmingumas	Nėra
Ispanija	2000–2008 m. Nacionalinė narkotikų prevencijos strategija	Bendroji ir specifinė	Veiksmingumas ir efektyvumas	2003–2008
Prancūzija	1999–2001 m. Trejų metų narkotikų prevencijos ir priklausomybių prevencijos planas	Bendroji ir specifinė	Įgyvendinimas	2002
Airija	2001–2008 m. Nacionalinė narkotikų prevencijos strategija: „Mokymasis iš patirties“	Bendroji ir specifinė	Įgyvendinimas	2004–2008
Portugalija	1999 m. Nacionalinė narkotikų prevencijos strategija; 2000–2004 m. Veiksmų planas	Bendroji ir specifinė	Įgyvendinimas	2004

([149]) Bendrasis vertinimas: visų intervencijos aspektų vertinimas (5 lentelė).

([150]) 1) Regioniniai susitarimai dėl tikslų sveikatos ir teisėsaugos srityse, 2) ministerijų drauge vykdoma politika profesinio mokymo srityje, 3) priklausomybės prevencijos regioninės politikos programos, 4) specializuotų įstaigų vykdomi socialinių paslaugų eksperimentai, siekiant suteikti bendrąją pagalbą priklausomybę turintiems žmonėms ir 5) rizikos mažinimo programos 18-ajame Paryžiaus rajone.

politika nebuvo įvertinti (Austrijos nacionalinė ataskaita, p. 63). Iš likusių šalių (Kipro, Latvijos, Maltos ir Slovakijos, o taip pat Bulgarijos, Rumunijos ir Turkijos) nėra gauta pakankamai informacijos apie nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų (jei tokios iš viso egzistuoja) įvertinimą.

Įvertinimas: *ex-ante*, tarpinis ir *ex-post*

ES veiklos vertinimo vadove (Europos Komisija, 2003) nurodytos keturios priežastys, dėl kurių reikia vykdyti įvertinimą siekiant: 1) padėti rengti intervencijas; 2) pagerinti intervencijų kokybę; 3) padėti veiksmingai paskirstyti išteklius (veiksmingumas); 4) pranešti apie intervencijos rezultatus (atskaitomybė). Tame pačiame vadove aprašytos trys įvertinimo stadijos: pradinė (*ex-ante*), tarpinė ir galutinė (*ex-post*).

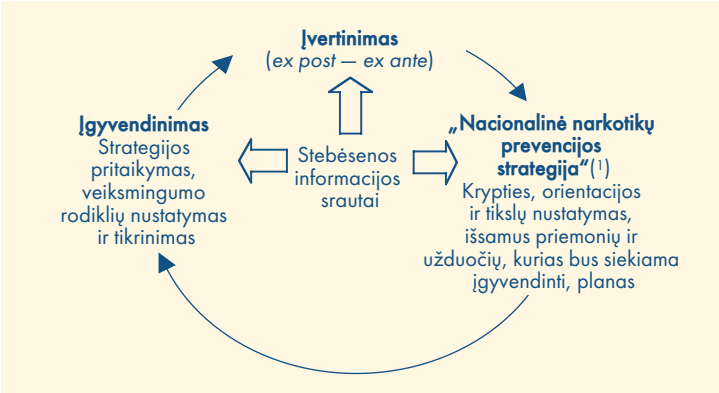
Manoma, kad *ex-ante* įvertinimas turi būti atliekamas prieš diegiant naują intervenciją, norint įvertinti jos poreikį. Nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose *ex-ante* įvertinimas ne visada aiškiai nurodytas; dažnai vietoj jo parlamentinių komisijų ar vyriausybės departamentų atlikti tyrimai pateikiami kaip nacionalinių narkotikų prevencijos strategijos pagrindas (Belgijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Airijoje, Portugalijoje ir Švedijoje).

Ispanijos, Airijos ir Portugalijos nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose tarpinis įvertinimas apibūdintas kaip intervencijų ir tikslų koregavimo veiklos „eigoje“ įrankis. Toks koregavimas veiklos „eigoje“ būdingas ne tik šalims, kurios pasirinko tinkamą įvertinimo procesą. Apie jo naudojimą taip pat praneša įdiegusios stebėsenos sistemas šalys, kuriose šio pobūdžio įvertinimas naudojamas norint gauti patikimą informaciją, kuri padėtų koreguoti ar pertvarkyti ateities veiksmus. Tai reikštų kokybinį apibūdinimą, kuris labiau būdingas vertinimo veiklai. Taigi ir čia stebėsena ir vertinimas taikomi pakaitomis.

Ex-post įvertinimas taikomas visam intervencijos laikotarpiui, dažniausiai itin susitelkiant į galutinius intervencijos rezultatus ir taip siekiant sukaupti patirties ateičiai. Apie tokią veiklą pranešė Prancūzija, kur Prancūzijos veiksmų plano galutinis įvertinimas buvo atliktas siekiant peržiūrėti naujo Narkotikų prevencijos plano intervencijas ir tikslus. 2008 m. Ispanijai, Airijai ir Portugalijai taip pat rekomenduota atlikti tokį įvertinimą.

Narkotikų srityje vertinimo procesu visada siekiama pagerinti esamų intervencijų kokybę bei patobulinti naujų kūrimą. Tačiau galima daryti prielaidą, kad narkotikų prevencijos strategijos atsiranda viena po kitos, *ex-ante* ir *ex-post* įvertinimai susilieja virsdami ciklišku procesu,

24 paveikslėlis: Proceso cikliškumo įvertinimas



(1) Terminas „narkotikų prevencijos strategija“ taip pat apima bet kokius veiksmų planus, pagrįstus strategijoje.

kuriame galutiniai buvusios strategijos rezultatai naudojami būsimosios kūrimui (24 paveikslėlis).

Įvertinimo veikėjai

Dar viena aktuali problema, aptinkama „nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose“, yra klausimas: ar už įvertinimą atsakingi asmenys turi būti tos organizacijos atžvilgiu „iš vidaus“ ar „iš išorės“. Galima rasti abiejų tipų pavyzdžių ir kiekvienas jų turi savo privalumų ir trūkumų.

Vidiniai vertintojai geriau išmano struktūrinius ir ryšių mechanizmus, yra susipažinę su organizacija ir vertinamu dalyku bei greitai randa reikiamus duomenų šaltinius. Tačiau jie labiau linkę pateisinti nesėkmingą veiklą ir ne taip noriai reiškia pastabas ar siūlo keitimus, kurie galėtų būti suprasti kaip keliantys tai organizacijai pavojų. Ir priešingai, išorinių vertintojų požiūris turėtų būti objektyvesnis ir patikimesnis, bet jiems gali būti sunkiau pasiekti informacijos šaltinius ir jie taip pat gali susigundyti patenkinti užsakovą, pateikdami pačius geriausius rezultatus. Be to, išorinis įvertinimas dažniausiai yra brangesnis. Taigi tenka rinktis tarp geresnio situacijos supratimo bei galimybės gauti objektyvius duomenis ir didesnio objektyvumo bei įvertinimo profesionalumo.

Atrodo, kad daugelis valstybių narių teikia pirmenybę mišriam metodui: Airijoje nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos tarpinį įvertinimą 2005-aisiais atliks kviestiniai konsultantai, kuriems vadovaus tarpsektorinė valdymo grupė; Portugalijoje 2000–2004 m. Veiksmų plano įvertinimą atliks vidaus personalas kartu su konsultantais iš išorės; o Prancūzijoje įvairiais Trijų metų veiksmų plano aspektais rūpinasi kviestiniai vertintojai kartu su vidiniu OFDT personalu. Ispanijoje šiuo metu tarpinį įvertinimą (2004 m.) atlieka Nacionalinio narkotikų

plano (PNSD) personalas, o Graikijos planui numatytas išorinis įvertinimas. Švedijos nacionalinis visuomenės sveikatos institutas, nustatydamas keletą gyvenimo būdo kintamųjų, įvertins visuomenės sveikatos politiką. Vienu iš šios politikos keliamų uždavinių (Nr. 11) siekiama sumažinti tabako ir alkoholio vartojimą, sukurti laisvą nuo nelegalių narkotikų ir kvaišalų visuomenę bei sumažinti besaikių azartinių lošimų daromą žalą.

Kaip matyti, visose šalyse, kuriose atliekamas įvertinimas, nacionalinė koordinavimo agentūra yra institucija, atsakanti už jo organizavimą ir vykdymą: Tarpministerinė misija (MILDT) Prancūzijoje, PNSD Ispanijoje, Narkotikų ir narkomanijos institutas (IDT) Portugalijoje, Narkotikų direktoratas Airijoje, Narkotikų koordinavimo tarnyba Švedijoje ir, kaip skelbta 2001 m., Generalinis narkotikų padalinys Belgijoje. Visų šių agentūrų sudėtyje yra stebėsenos centrai, kurie dažniausiai yra ne kas kita kaip nacionaliniai „Reitox“ biurai ir kurie yra atsakingi už reikalingos vertinimui informacijos ir duomenų tiekimą, o kartais ir už techninius vertinimo klausimus.

Tikslai ir rodikliai

Dažnai keliamas klausimas, kaip galima pamatuoti „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijų“ įgyvendintų priemonių veiksmingumą. Iš tiesų ir tarptautinėse, ir „nacionalinėse narkotikų prevencijos strategijose“ kalbama apie „bendruosius tikslus“, tokius kaip „narkotikus vartojančių asmenų patiriamos rizikos mažinimas“ ar „laisva nuo narkotikų visuomenė“, ir „darbinius tikslus“, tokius kaip „gydymui skirtų vietų skaičiaus didinimas“ ar „narkotikų prevencijos koordinavimo agentūros įkūrimas“. Ir „bendriesiems“, ir „darbiniams“ tikslams būtų naudinga, jei būtų apibrėžti konkretūs siekiai. Anksčiau minėti („bendrieji“) tikslai svarbūs kaip nacionalinės narkotikų prevencijos politikos pagrindas, pvz., „žalos mažinimas“ ar „laisva nuo narkotikų visuomenė“: jie nurodo kryptį, tačiau juos sunku pamatuoti. Kiti minėti („darbiniai“) tikslai priklauso nuo kokybinių ir kiekybinių iniciatyvų pateikimo, o tai reiškia, kad jie turėtų būti lengviau pamatuojami.

Ekspertai ir profesionalai įspėja, kad norint moksliškai pamatuoti strategijas, būtina aiškiai ir nedviprasmiškai suformuluoti tikslus taip, kad juos būtų galima pamatuoti, pažymėti ir susieti „bendruosius“ ir „darbinius tikslus“. Iš tiesų, „darbiniai tikslai“ turi būti skirti sutvirtinti „bendruosius tikslus“. Tada turi būti nustatomi vykdymo vertinimo rodikliai tam, kad galima būtų pamatuoti ar tikslai pasiekti. Šiuo metu šiai kategorijai galima priskirti tik kelias nacionalines narkotikų prevencijos strategijas.

Efektyvumas

Mažai yra nacionalinių strategijų, kuriose būtų išsamiai aprašyta kaštų rentabilumo ar kaštų veiksmingumo analizė, išskyrus Ispanijos strategiją – joje nurodyta, kad analizuojant nacionalinę strategiją taip pat siekiama įvertinti ir valstybinės politikos efektyvumą. Nors biudžetais bei kaštais rūpinasi valstybinės administracijos, tačiau narkotikų srityje (kaip nurodyta Metinėje ataskaitoje, ENNSC, 2003b) trūksta bendro supratimo apie valstybinių intervencijų šioje srityje bendruosius kaštus. Manoma, kad tokios rūšies analizė yra nereikšminga ir ji įtraukta tik į keletą tyrimų.

Įvertinimo apribojimai

Mokslininkų visuotinai pripažinta, kad labai sunku nustatyti, ar narkotikų prevencijos politika yra veiksminga. Ekspertai ir profesionalai įspėja dėl sunkumų, kurie iškyla vertinant valstybinės politikos poveikį: „būtina įvertinti „sudėtingumo sluoksnius“ ir „daugybę priežasties ir pasekmės ryšių“. Iš tiesų dėl intervencijų įvairovės ir matuojamo jų poveikio pobūdžio gali būti labai sunku aptikti priežastinį ryšį tarp narkotikų prevencijos politikos ir jos išdavų bei poveikio. Taip pat daug sunkumų sukelia tai, kad tikrovėje veikia daug išorinių (trikdančių) faktorių, tokių kaip socialinės ekonominės sąlygos, subkultūros. Kai kurie tyrimai rodo, kad narkotikai kaip reiškinys yra labiau nulemtas elgsenos ir visuomeninių faktorių negu narkotikų prevencijos politikos intervencijų.

Be to, nelegali narkotikų vartojimo prigimtis gali tapti rimta kliūtimi renkant duomenis, kurie yra esminis bet kokio įvertinimo įrankis, o tai neleidžia atskleisti daugelio narkotikų reiškinio aspektų. Taigi įvertinimą narkotikų intervencijos srityje būtina labai atidžiai apgalvoti, o jo rezultatus interpretuoti apdairiai.

Išvada

Apžvelgus turimus duomenis matyti, kad „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ dažniausiai įvertinamos ne tam, kad būtų įvertintas bendrasis narkotikų prevencijos strategijos poveikis, bet norint pamatuoti, kaip ji įgyvendinama, t. y. kokia yra pažanga, pasiekimai ar netgi nesėkmės, ir galiausiai apie tai susidaryti nuomonę. Ši išvada yra svarbi. Daug šalių, kurios jau daugelį dešimtmečių turi narkotikų problemą, dabar jau gali (arba nori), pasinaudodamos stebėsenos sistemomis, pagrįsti narkotikų kaip reiškinio apimties matavimus bei įvertinti savo pastangų veiksmingumą. Taigi narkotikų prevencijos

politika tampa labiau atskaitinga, o tai jau savaime yra svarbus pasiekimas.

Kelios šalys pasiekė dar daugiau šioje srityje pranešdamos, kad kartu su stebėsenos sistemų kūrimu jos atliks ir „nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos“ įgyvendinimo įvertinimą, t. y. jos teigia, kad atliks mokslinius tyrimus siekdamos įvertinti visos strategijos ar jos dalies vertingumą. Deja, iki šiol dar nėra jokių mokslinio nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų poveikio įvertinimo požymių.

Šalyse, kurių požiūris į narkotikų prevencijos politiką yra struktūriškesnis, t. y. tose, kurios turi suformuluotą, bendrąją „nacionalinę narkotikų prevencijos strategiją“ su iškeltais tikslais, centralizuotą koordinavimo mechanizmą ir galiausiai nacionalinį koordinatorių bei įspūdingą stebėsenos sistemą, vertinimo procesas yra daug tobulesnis (25 paveikslėlis). Galima teigti, kad struktūriškesnis požiūris, kuris jau savaime yra finansinio ir politinio įsipareigojimo požymis, yra tobulesnio nacionalinės narkotikų prevencijos strategijos vertinimo būtina sąlyga. Žinoma, šią hipotezę dar reikia patvirtinti tolesniais tyrimais.

Stebėsenos ir įvertinimo praktikos plėtra padėjo geriau suprasti narkotikų problemą ES, o tai leido geriau paruošti dirvą tolesniems moksliškai pagrįstiems sprendimams. Šiuo metu įvertinimas jau tvirtai pripažintas narkotikų prevencijos strategijų atskaitomybės, veiklos ir finansinio apdairumo šiuolaikinis kritinis elementas. Narkotikų srityje jau daug projektų ir konkrečių intervencijų turi vertinimo elementų. Kai šis elementas apims visas svarbiausias strategijas, Europos nacionalinių narkotikų prevencijos strategijų veiksmingumo matavimas palaipsniui taps tobulesnis.

2 pasirinkta tema

Dabartinės kanapių keliamos problemos: gydymo poreikio didėjimo Europoje suvokimas

Įvadas

Terminas „kanapės“ naudojamas apibūdinti įvairiems kanapių ar Indijos kanapių (*Cannabis sativa* L.) produktams. Indijos kanapės yra vienamečiai iš Centrinės Azijos kilę augalai, nors dabar jau auginami daugelyje vidutinių ar tropinių klimato zonų visame pasaulyje. Kanapių biologinės ir cheminės charakteristikos labai skiriasi dėl didelės *Cannabis sativa* įvairovės. Europos narkotikų rinkoje randami trys nelegaliai parduodami kanapių produktai: „džiovintos kanapės“ – tai džiovinti žiedai, stiebeliai ir lapai; „kanapių derva“ – sudžiovinti rudos ar juodos dervos pavidalo syvai, kurie randami augalų žieduose; paprastai jie parduodami supresuoti kubeliais, tačiau kartais aptinkami ir milteliais; ir mažiausiai paplitęs produktas –„kanapių aliejus“, kuris yra lipnus klampus skystis.

Kanapės turi ilgą vartojimo istoriją. Kartais jas įvairios visuomenės naudojo kaip svarbų pluošto drabužiams ar virvėms šaltinį, kaip pagalbinę priemonę religiniuose ritualuose, kaip vaistažoles ar svaiginamąjį gėrimą. Šiuo metu kanapės yra dažniausiai gaminamas, nelegaliai parduodamas ir vartojamas pasaulyje nelegalus narkotikas (UNODC, 2003a). Nors kanapės jau labai seniai vartojamos ir yra populiarios dabar, tačiau žmonės mažai žino apie jų poveikį sveikatai. Paskutiniu metu daugėja įrodymų, kad yra ryšys tarp kanapių vartojimo, o ypač tarp intensyvaus kanapių vartojimo ir iškilusių daugybės sveikatos ir socialinių problemų. Taip pat susirūpinimą kelia ir aiškus narkotikų vartotojų, kuriems reikia narkotikų tarnybose dirbančių specialistų pagalbos, skaičiaus didėjimas. Tačiau vis dar neaiškus Europos kanapių vartotojų populiacijų problemų mastas ir jų pobūdis. Taip pat išlieka neaišku, kiek statistinė informacija apie didėjantį narkotikų vartotojų poreikį gydytis išreiškia pačių pranešimų ir duomenų rinkimo praktikos pokyčius ir kiek tai susiję su individų, kuriems reikalinga pagalba, skaičiaus padidėjimu. Norint atsakyti į iškilusius klausimus reikia plačiau pažvelgti į gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikį, t. y. įvertinti kintančius narkotikų vartojimo būdus Europoje, pranešimo sistemų evoliuciją bei pokyčius ir netgi atsižvelgti į besikeičiančias pačių narkotikų savybes. Klausimų nagrinėjamų šioje pasirinktoje temoje dėl kanapių problemos tikslas yra, kad diskusija apie šio dažniausiai pasitaikančio nelegalaus narkotiko vartojimo potencialų poveikį visuomenės sveikatai taptų moksliškesnė.

Įstatyminė bazė: juridinis kanapių statusas Europoje

Kokios turėtų būti skiriamos bausmės kanapes vartojantiems asmenims, vis dar lieka ginčytinas klausimas Europoje ([151]), o valstybėse narėse vyrauja labai skirtingas požiūris į šį klausimą.

Pagal 1961 m. vienintelės Jungtinių Tautų narkotikų konvencijos I ir IV sąrašus kanapių ekstraktai yra priskirti narkotinėms medžiagoms ([152]). Konvencijoje reikalaujama imtis priemonių, kad būtų baudžiama už įvairaus pobūdžio nusikalstamą veiklą – įskaitant ir narkotinių medžiagų laikymą. Tačiau valstybės narės turi interpretuoti konvenciją ir taikyti joje numatytus punktus atsižvelgdamos į savo situaciją, nes 36.1.b straipsnis suteikia laisvę pasirinkti „gydymą, švietimą, sveikstančiojo priežiūrą, reabilitaciją ir socialinę reintegraciją“.

Tai reiškia, kad Europoje yra skirtingai traktuojami su kanapėmis susiję pažeidimai. Kai kuriose šalyse išleistos baudžiamosios nuostatos ar teisės kodeksai, kuriuose nurodyta, kaip reikia elgtis atitinkamais su kanapėmis susijusių nusikaltimų atvejais. Be to, dažnai pateikiamas skirtingas teisinis traktavimas apie tai, kokie pažeidimai yra apibūdinami kaip nesunkūs, o kokie – sunkesnio pobūdžio. Kai kuriose šalyse vis dažniau terapinės priemonės yra taikomos vietoj baudžiamųjų tais atvejais, kada baudžiama už mažo kiekio narkotikų laikymą ar jų vartojimą, nesant sunkinančių aplinkybių. Be to, pagal baudžiamuosius kodeksus problemiškam narkotikų vartotojui bausmės vykdymas gali būti atidėtas (pasirinktinai ar priverstinai), jei pažeidėjas įsipareigoja gydytis ar naudotis konsultacinių tarnybų paslaugomis. Nors šios alternatyvios bausmės paprastai skiriamos

([151]) Žr. Europos Teisėsaugos narkotikų duomenų bazės (ELDD) tinklalapį (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).
([152]) Žr. http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

visiems narkotikų vartotojams, tačiau dėl praėjusiais metais įvykusių pokyčių, Belgijos ir Jungtinės Karalystės įstatymuose numatytos konkrečios problemiškiems narkotikų vartotojams skirtos bausmės siekiant juos nusiųsti gydytis.

Su kanapių vartojimu susijusios fizinės, psichologinės ir asmenybės ugdymo problemos ([153])

Nacionalinės valstybių narių ataskaitos rodo, kad padidėjęs gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikis galbūt išreiškia išaugusių problemų mastą, ypač tų, kurios kyla dėl intensyvaus kanapių vartojimo. Tačiau reikia pažymėti, kad daugeliu atvejų trūksta sisteminių ir tarpusavyje lygintinų duomenų apie problemas, kurios kyla kanapių vartotojams. Pagrindinės moksliniais tyrimais pagrįstos šios srities žinios dar tik kaupiamos, tačiau jau dabar atsiranda vis daugiau nenuginčijamų įrodymų, kad tarp kanapių vartojimo ir dėl to kylančių problemų yra ryšys, nors priežastinio ryšio prigimtis ne visada aiški. Dėl kanapių vartojimo atsiradusių problemų literatūros apžvalga pateikta internete (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Svarbu atskirti ūmų (trumpalaikį) kanapių poveikį nuo ilgalaikio arba chroniško šio narkotiko poveikio. Nustatytas įvairus tiek neigiamas, tiek teigiamas kanapių poveikis. Neigiamas poveikis: neišlaikomas dėmesys, sunku susikaupti, neigiamas motorinių funkcijų poveikis (refleksų, koordinacijos), trumpalaikės atminties problemos, nerimas, panikos priepuoliai ar depresija. Teigiamas poveikis: euforija, atsipalaidavimas ir padidėjęs komunikabilumas. Ūmus narkotiko poveikis, kuris kelia didžiausią susirūpinimą yra trumpalaikė narkotikų sukelta psichozė, ūmūs panikos priepuoliai, padidėjusi nelaimingų atsitikimų rizika, ypač vairuojant ar pavojingoje darbo aplinkoje, o tarp jaunų žmonių įuntamas neigiamas poveikis mokymuisi (Hall ir kt., 2001 m.).

Chronišką kanapių poveikį yra žymiai sunkiau suprasti dėl keleto priežasčių. Viena iš priežasčių – sunku atskirti kanapių poveikį nuo chroniško kitų nelegaliai vartojamų narkotikų, tabako ir alkoholio poveikio. Tačiau didžiausią susirūpinimą kelia padidėjusi rizika susirgti plaučių vėžiu ir kitomis kvėpavimo takų ligomis bei iškylančios ilgalaikės psichikos sveikatos problemos – su depresija susijusios ligos, psichozė ir šizofrenija. Papildomą rūpestį kelia ir tai, kad chroniškas narkotikų vartojimas yra galima priklausomybės narkotinėms medžiagoms atsiradimo priežastis. Įrodymus, kad kanapių vartojimas yra rizikos, priežastingumo veiksnys ar kaip nors kitaip susijęs su šiomis problemomis, galima rasti internete esančioje apžvalgoje.

Daugelyje valstybių narių kanapės yra dažniausiai narkotikų įstatymų pažeidimų pranešimuose paminėtas nelegalus narkotikas, tačiau tai nestebina, nes žinoma, kad tai yra ir dažniausiai vartojamas narkotikas ([154]). Tačiau skirtingai nei kitų narkotikų, pavyzdžiui, heroino, atveju nėra aiškaus ryšio tarp kanapių vartojimo ir kito pobūdžio pažeidimų.

Kanapių vartojimas ir problemų masto nustatymas

Nors visuotinai priimti tarptautiniai diagnostiniai kriterijai yra naudingi apibrėžiant narkotikų vartojimo žalą, piktnaudžiavimą ir priklausomybę, tačiau iškyla problemų, kai kanapės yra vertinamos pagal turimus Europos duomenis ([155]). Ypač dideli skirtumai įuntami pagrindinių masto nustatymo klausimų srityje. Pavyzdžiui, vis dar nesutariama dėl tokių terminų kaip „intensyvus vartojimas“, „reguliarus vartojimas“ bei „problemiškas vartojimas“ ir tai apsunkina skirtingų tyrimų duomenų palyginimo procesą. Be to, tik apklausose buvo bandyta pamatuoti populiacijos „priklausomybę“ ar „piktnaudžiavimą narkotikais“ pagal ISD ar DSM apibrėžimus. Šioje srityje dabar taip pat trūksta standartizuotų įrankių skirtingų tyrimų ar skirtingų populiacijų duomenų įtikinamam palyginimui.

Tačiau jau šiek tiek nuveikta šioje srityje. Pavyzdžiui, dabartinio Prancūzijoje atliekamo tyrimo tikslas – tiksliau apibrėžti problemišką vartojimą ir sukurti konkrečius instrumentus, skirtus vartojimo dažnumui matuoti, suvokiamai rizikai bei psichologiniam ir fiziniam poveikiui įvertinti (Beck, 2003).

Iki šiol labiausiai paplitęs vartojimo intensyvumo matas buvo dienų per tam tikrą laikotarpį, kuriomis vartoti narkotikai, skaičius. Kasdienis ar beveik kasdienis kanapių vartojimas paprastai pasitelkiamas kaip „intensyvaus vartojimo“ rodiklis. Nors ne visada kasdienis kanapių vartojimas reiškia priklausomybę, tikėtina, kad nemaža dalis kasdien kanapes vartojančių asmenų pagal

([153]) Speciali monografija apie kanapių vartojimą ir su juo susijusias problemas bus išleista pirmoje 2005 m. pusėje. Konkrečią informaciją apie kanapių vartojimo poveikį sveikatai ir jų fizinį poveikį galima rasti ENNSC tinklalapyje.

([154]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenio 5 lent. „Nusikaltimai“.

([155]) Terminų „priklausomybė“ ir „kenksmingas vartojimas“ ieškokite *International Classification of Diseases*, 10-ajame leidime (ICD-10, Pasaulio sveikatos organizacija), kodai F10–F19: psichikos ir elgesio sutrikimai, atsiradę dėl psichotropinių medžiagų vartojimo. Taip pat dažnai naudojamasi ir *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (IV leidimas) (DSM-IV, Amerikos psichiatrų asociacija), kuriame naudojamos „priklausomybės“ ir „piktnaudžiavimo“ sąvokos.

standartinius diagnostinius kriterijus (ICD-10, DSM-IV) būtų vertinami kaip turintys priklausomybę arba piktnaudžiaujantys narkotikais. Kadangi vartojimo dažnumą sąlygiškai nėra sunku pamatuoti ir šis terminas vienodai apibūdinamas klausimynuose, tai šis matas yra įtrauktas į ENNSC sudarytas Europos pavyzdinio klausimyno gaires. Devynios šalys šiuo metu naudojasi šia forma pateikdamos duomenis apie kanapių vartojimo dažnumą ([156]).

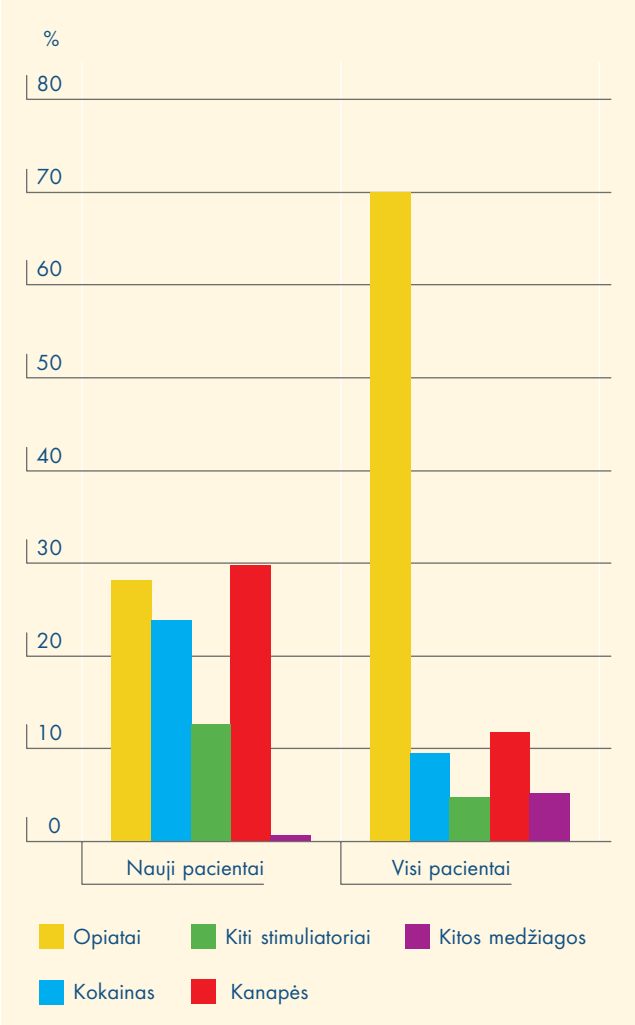
Su kanapėmis susijusio gydymo poreikio tendencijos

Kanapės yra dažniausiai Europoje vartojamas nelegalus narkotikas, bet tik maža dalis jas vartojančių asmenų nori gydytis. Nepaisant to, daugelyje šalių dabar kanapės yra antras dažniausiai nurodomas narkotikas, dėl kurio žmonės yra gydomi. Pagal GPR (gydymo poreikio rodiklio) duomenis (žr. p. 65), surinktus iš visų specializuotų gydymo įstaigų, maždaug 12 % visų pacientų ir 30 % pirmą kartą gydomų asmenų pagrindine priežastimi nurodė kanapių vartojimą (26 paveikslėlis).

Pirmą kartą pareiškusių norą gydytis nuo kanapių priklausomybės pacientų skaičius labai skiriasi tarp šalių; nuo beveik nulio Lietuvoje iki beveik pusės (48 %) Vokietijoje, bet apskritai šis skaičius yra šiek tiek didesnis nei viena penktoji (20 %) (27 paveikslėlis). Tačiau ne visos šalys gali pateikti duomenis apie naują gydymo poreikį, o jei imsime visus gydymo prašančius narkomanus, kanapių problema ne tokia akivaizdi.

Turimais šalių GPR duomenimis 1996–2002 m. pirmą kartą besikreipusių gydytis nuo kanapių priklausomybės asmenų, kurie pagrindine priežastimi nurodė kanapių vartojimą, skaičius išaugo nuo 3 713 iki 12 493. 2002 m. duomenimis, kuriuos pateikė 11 šalių, tokie pacientai vidutiniškai sudarė 29 % visų pirmą kartą besikreipusių asmenų, 1996 m. šis procentas sudarė 9 % (duomenų šaltiniai: žr. 20 paveikslėlį). Nors visos šios šalys, išskyrus Graikiją ir Jungtinę Karalystę ([157]), praneša apie padidėjusį pirmą kartą besikreipusių gydytis nuo kanapių priklausomybės asmenų skaičių, jei lygintume jį su visais pirmą kartą gydytis nuo narkotikų priklausomybės besikreipusiais asmenimis, tačiau padidėjimo reikšmė kito nuo 6 % Nyderlanduose iki 31 % Vokietijoje. „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose esamais duomenimis taip pat didėja ir asmenų, besigydančių nuo narkotikų priklausomybės ir pagrindine priežastimi nurodžiusių kanapių vartojimą, skaičius kai kuriose naujose valstybėse narėse (28 paveikslėlis). Neseniai sudarytoje gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikio apžvalgoje, kurią atliko Nyderlandų nacionalinė alkoholio ir narkotikų informacijos sistema (LADIS), nurodyta, kad 2002 m. 29 % pirmą kartą besikreipusių gydytis teigė turintys su kanapių vartojimu susijusių problemų. Be to, šių asmenų skaičius buvo nedidelis, bet kasmet nuolat didėjantis. Ataskaitoje taip pat pažymėta, kad atsižvelgiant į kanapių vartojimo mastą Nyderlanduose, pareiškusiųjų norą gydytis skaičius nors ir didėja, tačiau vis dar yra sąlygiškai nedidelis.

26 paveikslėlis: Nauji ir visi pacientai, gydęsi nuo pagrindinio narkotiko priklausomybės 2002 m.

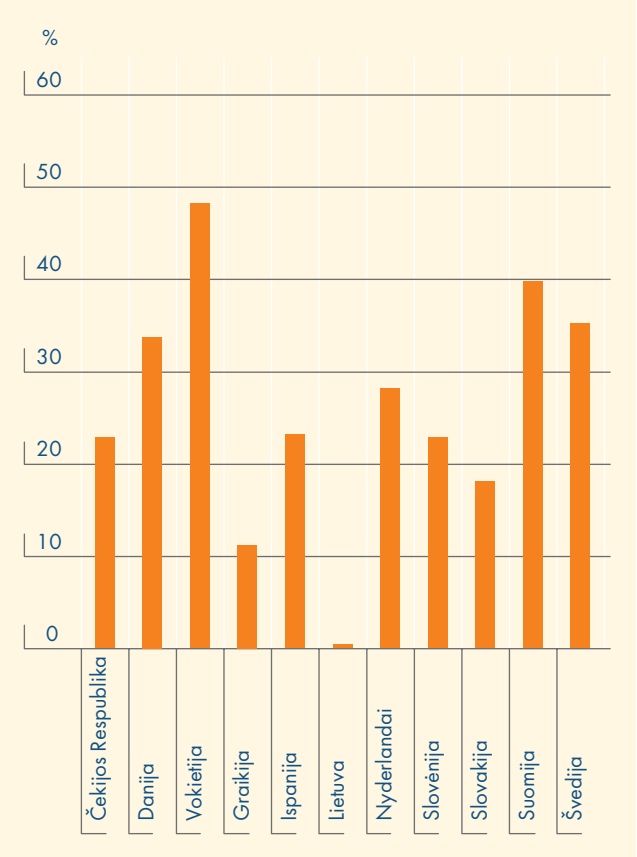


NB: n = 42 568 (nauji pacientai), 351 372 (visi pacientai).
Duomenis pateikusios šalys (nauji pacientai): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Duomenis pateikusios šalys (visi pacientai): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Apskaičiuota pagal pacientų skaičių šalyje.
Šaltinis: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos.

([156]) Graikija, Ispanija, Prancūzija, Airija, Italija, Latvija, Nyderlandai ir Portugalija. Suomijos duomenys nepateikti dėl mažo jų tyrime dalyvavusių praėjusio mėnesio vartotojų skaičiaus (35). Kiekvienos šalies atvejų skaičius ir procentai pateikti 2004 m. Statistikos biuletenio 7 lent. „Bendros populiacijos tyrimai“.

([157]) Nėra duomenų apie naujus pacientus Jungtinėje Karalystėje, o informacija pateikta nacionalinėse ataskaitose.

27 paveikslėlis: Nauji pacientai, pageidavę gydytis priklausomybę nuo pagrindinio narkotiko – kanapių 2002 m.



NB: Bendras atvejų kiekis: 42 421.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos.

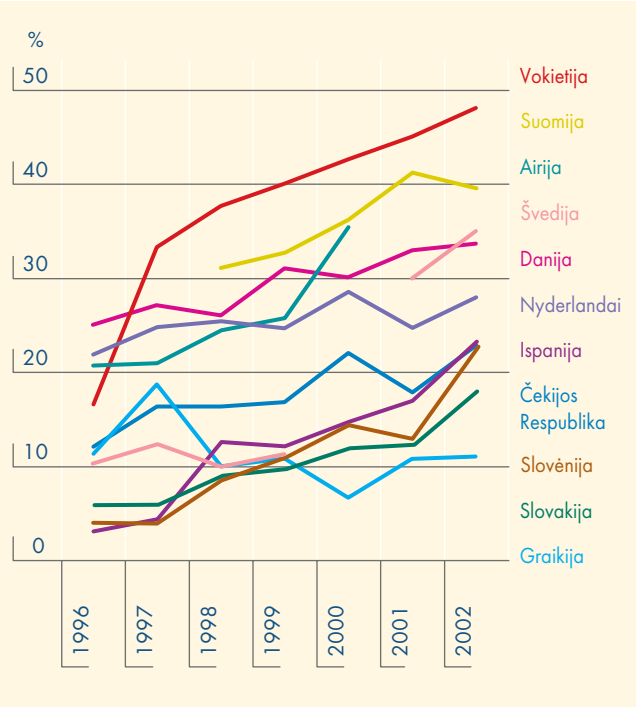
Reikia atkreipti dėmesį, kad būtina labai atsargiai pasirinkti apibendrinimo mastą, kai naudojami Europos bendrosios duomenų bazės duomenys. Naujo gydymo poreikio longitudiniai duomenys gauti tik iš 11-os šalių. Taip pat svarbu pažymėti, kad priklausomybės nuo kanapių gydymo poreikio padidėjimui, kurį išreiškia GPR duomenys, didelę įtaką turėjo duomenys iš Ispanijos ir Vokietijos – šalių, kuriose užfiksuotas ypač didelis pranešimų apie kanapes, kaip pagrindinį problemų šaltinį, kiekis. Be to, vertinant ES mastu, Ispanijos duomenys sudaro apie 50 % visų pranėštų gydymosi poreikio atvejų.

Ne vien tik Europoje padidėjo gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikis. JAV, kur naudojama skirtinga gydymo nuo narkotikų registravimo sistema ([158]), priimtų gydytis nuo marihuanos priklausomybės skaičius išaugo nuo maždaug 20 000 1992 m. iki beveik 90 000 2000-aisiais (SAMHSA, 2001; EMCDDA, 2003d).

Analizuojant padidėjusio gydymo nuo kanapių priklausomybės poreikio išvadas iškyla šie klausimai:

- Ar šie rezultatai išreiškia padidėjusį fizinių ir psichologinių problemų turinčių žmonių, kurie savo problemas sieja su kanapių vartojimu, skaičių? Jei taip, tai:
  - ar tai susiję su išaugusiu reguliariu ir intensyviu kanapių vartojimu?
  - ar tai reiškia kitų veiksnių, pavyzdžiui, galimo kanapių veiksmingumo padidėjimą?
- Ar šis padidėjimas gali būti paaiškinamas nesusijusiais su išaugusiu pagalbos poreikiu veiksniais? Tokiais kaip:
  - gydymo informacinės sistemos kokybės pagerėjimas;
  - esamų gydymo įstaigų rūšių plėtra, o ypač suaugusiems ir jauniems žmonėms skirtų konkrečių gydymo paslaugų plėtra („Reitox" nacionalinės ataskaitos, 2003);
  - pasikeitę kanapių vartojimo problemų sprendimo būdai teisėsaugos sistemoje, mokyklose ar jaunimo reikalais besirūpinančiose įstaigose bei išaugęs asmenų, kuriems buvo padėta apsispręsti kreiptis dėl gydymo, skaičius.

28 paveikslėlis: Nauji pacientai, pageidavę gydytis priklausomybę nuo pagrindinio narkotiko – kanapių: 1996–2002 m.



NB: Išreikšta absoliučiais dydžiais (% visų pacientų).
Priklausomybės atvejų vidurkis (%) šalyje.
1996–1999 m. Švedijos duomenys paimti iš ligoninių ataskaitų: kanapių, kaip pagrindinio narkotiko, atvejų skaičius yra sąlyginai mažas palyginus su kitais metais.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox" nacionalinės ataskaitos.

([158]) JAV registruojami priėmimo atvejai, o ne individai. Be to, skirtingai nei Europoje, alkoholis įtrauktas į medžiagų, kuriomis piktnaudžiaujama, sąrašą. Žr. SAMHSA tinklalapį (http://www.samhsa.gov); atkreipkite dėmesį, kad JAV, Kanadoje ir Australijoje naudojama terminas „marihuana", kadangi terminas „hašišas" (kanapių derva) nėra bendras.

Labai svarbu suprasti, kiek šie veiksniai veikia dalyvavimą gydymo procese. Pirmiausiai reikia išnagrinėti atėjusiųjų gydytis asmenų, kurie pagrindine gydymosi priežastimi nurodė kanapių vartojimą, savybes. Ši analizė pagrįsta lankiusių ambulatorinio gydymo įstaigas asmenų duomenimis.

Kanapes vartojantys pacientai: savybės ir vartojimo ypatybės

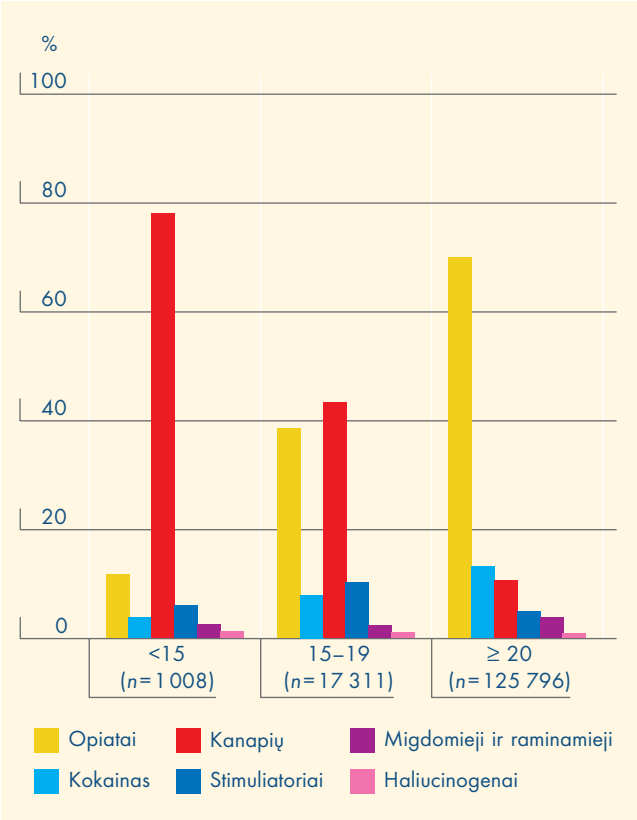
Pradedančių gydytis narkotikų vartotojų ir jų nukreipusio šaltinio registracijai naudojama daug standartinių būdų. Narkotikų vartotojai skirstomi į tuos, kurie patys kreipėsi dėl gydymo, ir tuos, kuriuos gydytis nusiuntė kitos, pavyzdžiui, socialinės ar teisėsaugos įstaigos. Daugumą kanapių vartotojų gydytis paskatino šeima arba draugai, socialinės tarnybos ar teisėsaugos sistema. Kanapių vartotojai rečiau kreipiasi į gydymo įstaigas patys nei kitus narkotikus vartojantys asmenys ([159]). Panašios tendencijos vyrauja JAV ir Kanadoje, kur gydymasis nuo marihuanos priklausomybės, kai ji nurodyta pagrindine priežastimi dėl kurios nuspręsta gydytis, dažniausiai inicijuoja ne patys narkotikų vartotojai, o kiti asmenys (EMCCDA, 2003d).

Reikia paminėti svarbų siuntimo gydytis atvejų skirtumą. Asmenys, kuriuos paskatina gydytis šeimos nariai ar socialinės tarnybos (dažniausiai mokyklose), paprastai yra jaunesni ir mažai tikėtina, kad jie be kanapių vartoja kokius nors kitus narkotikus. Be to, šie asmenys labiau integravęsi visuomenėje, tuo tarpu teisinių tarnybų nusiųsti gydytis asmenys, kitaip vadinami savarankiškai besikreipiančiais, yra vyresni ir dažniau vartoja ne tik kanapes, bet ir kitus narkotikus („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2003). Vokietijoje ir Suomijoje, kur yra didžiausias kanapių vartojimą kaip pagrindinę priežastį nurodžiusių asmenų skaičius, teisinės institucijos ir mokyklos yra labai svarbios siunčiant kanapių vartotojus gydytis.

Pirmą kartą besikreipiantys gydytis nuo kanapių priklausomybės dažniausiai yra jauni, vidutiniškai 22–23 metų vyriškos lyties asmenys (83 %), o kitų narkotikų vartojimo atvejais vyriškos lyties asmenų skaičius yra nežymiai mažesnis, o amžiaus vidurkis didesnis. Pagrindine gydymosi priežastimi nurodę kanapių vartojimą ir pirmą kartą į gydymo įstaigas kreipęsi asmenys paprastai priskiriami „labai jaunų“ kategorijai (iki 15 metų). Ši grupė sudaro beveik 80 %, kiti – 15–19 metų asmenys – sudaro 40 % visų pirmą kartą dėl anksčiau minėtos priklausomybės į gydymo įstaigas besikreipusių asmenų (29 paveikslėlis) ([160]). Šiose grupėse taip pat dominuoja vyriškos lyties asmenys, tačiau moteriškos lyties asmenų skaičius yra didesnis nei moteriškos lyties asmenų skaičius bendrojoje pacientų grupėje. Amžiaus ir lyties skirtumai įvairiose šalyse atitinka tuos pačius visiems pacientams būdingus elgsenos modelius.

Tai, jog kanapes vartojantys pacientai yra labai jauni, rodo faktas, kad didelė jų dalis (45 %) vis dar mokosi, palyginus tik su 8 % tokių pacientų, gydomų nuo kitų narkotikų vartojimo. 24 % gydomų nuo kanapių asmenų turi nuolatinį darbą; tai atitinka tokį pat procentą bedarbių ([161]). Tai visiškai priešinga situacija nei heroiną vartojančių pacientų atveju. Be to, kanapes vartojantys asmenys dažniau turi nuolatinę gyvenamąją vietą nei dėl kitų narkotikų vartojimo gydomi asmenys ([162]), tai irgi gali

29 paveikslėlis: Ambulatoriškai nuo pagrindinio narkotiko besigydančių asmenų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes: 2002 m.



NB: Visi pacientai. Duomenis teikiančios valstybės: DK, DE, EL, ES, LU, HU, SE, FI, UK.
Danijoje ir Jungtinėje Karalystėje iš visų pacientų besigydančių dėl priklausomybės nuo kanapių 56% yra jaunesni nei 20 m. vyrai, o Ispanijoje – 17%.
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos. TDI ambulatorinio gydymo centrai.

([159]) Žr. OL, 22 paveikslėlį „Siuntimo gydytis šaltiniai visiems pacientams: pagal visus narkotikus ir kanapes“.
([160]) Žr. 2004 m. Statistikos biuletenį, 4 lent. „Gydymo poreikio rodiklis“.
([161]) Žr. OL, 23 paveikslėlį „Kanapes vartojančių ir visų pacientų darbo padėtis“.
([162]) Žr. OL, 24 paveikslėlį „Kanapes vartojančių ir visų pacientų gyvenimo sąlygos“.

reikšti, kad kanapes vartojantys asmenys yra jauni žmonės, studentai arba gyvenantys su tėvais.

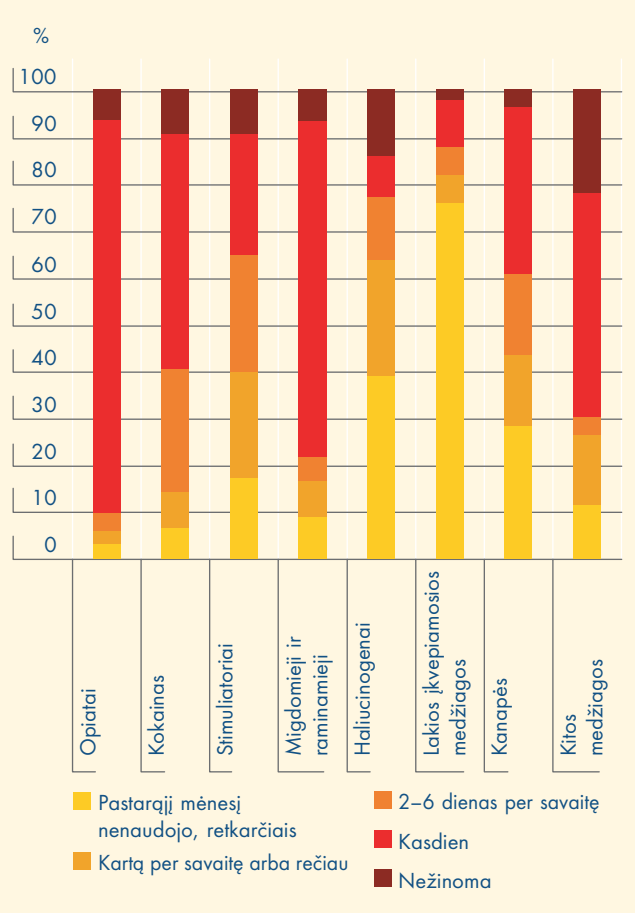
Ambulatoriškai gydomų pacientų, kurie pagrindine priežastimi nurodė kanapių vartojimą, kanapių vartojimo būdai labai skiriasi nuo kitų narkotikų, ypač opiatų vartojimo būdų (30 paveikslėlis). 2002 m. tik 36 % asmenų, pagrindine priežastimi nurodžiusių kanapių vartojimą, šį narkotiką vartojo kasdien ir tik 17 % vartojo kanapes dažniau nei kartą per savaitę (2–6 kartus per savaitę); 15 % vartojo šį narkotiką vieną kartą ar rečiau nei kartą per savaitę, o 28 % kanapes vartojo retkarčiais ar nebuvo jų vartoję per paskutinį mėnesį. Priešingai, 84 % besigydančių opiatų vartotojų nurodė opiatus vartoję kasdien.

Ambulatoriškai besigydančių, kanapes vartojančių pacientų skaičius įvairiose šalyse skirtingas. Daugiausiai kasdien kanapes vartojančių asmenų yra Nyderlanduose (80 %) ir Danijoje (76 %), tuo tarpu didžiausias atsitiktinių vartotojų skaičius yra Vokietijoje (41 %) ([163]).

Kuo jaunesniame amžiuje pradedamos vartoti kanapės, tuo didesnė rizika ateityje turėti su narkotikų vartojimu susijusių problemų (Kraus et al., 2003). Europoje 28 % visų 2002 m. nuo kanapių priklausomybės besigydžiusių vartotojų pradėjo vartoti šį narkotiką nesulaukę 15 metų, o dauguma (80 %) – neturėdami 20-ies metų. Atitinkami opiatų vartotojų skaičiai yra 8,9 % ir 42,8 %, o kokaino – 6 % ir 26,5 %.

Daugelyje šalių nustatyta, kad besigydantiems pacientams, pagrindine priežastimi nurodžiusiems kanapių vartojimą, būdinga vartoti ir kitus narkotikus. Tai gali reikšti pranešimo stereotipiškumą, pavyzdžiui, patogiau pacientus, turinčius su kelių narkotikų vartojimu susijusių problemų, registruoti kaip vartotojus, kurie pagrindine priežastimi nurodė kanapių vartojimą. Tačiau nėra kiekybinių duomenų apie tai, kokį visų narkotikus vartojančių pacientų procentą sudaro asmenys, vartojantys keletą narkotikų vienu metu. Tarpusavyje skiriasi tie pacientai, kurie vartoja vien tik kanapes, ir tie, kurie kartu su kanapėmis vartoja dar ir kitą narkotiką („Reitox“ nacionalinės ataskaitos, 2003): pirmąją grupę paprastai sudaro jaunesni ir geriau socialiai integruoti (labiau tikėtina, kad tai yra dirbantys ir pasiekę aukštąjį išsilavinimą asmenys; be to, jie rečiau iškrenta ar yra pašalinami iš mokymo įstaigų) nei antrosios grupės asmenys. Dažniausiai kartu su kanapėmis yra vartojamos šios narkotinės medžiagos: alkoholis (32,9 %) ir stimuliatoriai (25 %) ([164]), nors toks vartojimo būdo pasiskirstymas tarp šalių skiriasi.

30 paveikslėlis: Ambulatoriškai besigydančių visų pacientų pagrindinio narkotiko vartojimo dažnumo pasiskirtymas 2002 m.



NB: n = 109 699 (visi klientai). Duomenis teikiančios valstybės: CZ, DK, DE, EL, LU, HU, SE, FI, UK (CZ – visų tipų gydymo centrai).
Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos; TDI ambulatorinio gydymo centrai.

Kai kurie besigydantys kanapių vartotojai pripažįsta vartoję ir kitus leidžiamus narkotikus, o kai kurie nurodo visą laiką vartoję leidžiamus narkotikus, nors dabar nevartoja jokių kitų, išskyrus kanapes. Pavyzdžiui, Graikijoje 2002 m. 14,7 % kanapes vartojusių pacientų, kuriems nustatytas ir kitų narkotikų vartojimas, per paskutines 30 dienų vartojo leidžiamus narkotikus, tačiau 25,4 % visų kanapes vartojančių pacientų pranešė visą laiką vartoję ir kitą leidžiamą narkotinę medžiagą. Tai parodo, kad narkotikų chroniškų vartotojų populiacija neturi griežtai apibrėžtų ribų (Graikijos nacionalinė ataskaita, 2003). Panaši situacija nurodyta ir Čekijos Respublikos nacionalinėje ataskaitoje. Kai kuriose gydymo įstaigose iki 50 % kanapes vartojančių asmenų vartoja ir leidžiamus narkotikus.

([163]) Žr. OL, 25 paveikslėlį „Kanapių vartojimo dažnumas pagal šalis“.
([164]) Žr. OL, 26 paveikslėlį „Dažniausiai vartojamas visų nuo kanapių priklausomybės gydomų pacientų antrinis narkotikas“ ir 2004 m. Statistikos biuletenio 9 lent. „Gydymo poreikio rodiklis“.

Gydymo poreikio tendencijos: kintantys veiksniai

Asmenų, kurie pagrindine priežastimi nurodė kanapių vartojimą, gydymo poreikio didėjimą reikia nagrinėti atsižvelgiant į pakitusias asmenų savybes ir narkotikų vartojimo būdus. 2000–2002 m. duomenis pateikusiose šalyse žymiai išaugo teisinių institucijų, šeimos, draugų ir socialinių tarnybų nusiųstų gydytis asmenų skaičius, atitinkamai 103 %, 81 % ir 136 % ([165]). Tarp šalių nebuvo rasta jokių svarbių skirtumų, išskyrus Vokietiją, kur teisinės sistemos nusiųstų gydytis asmenų skaičius padidėjo nuo 21,7 iki 26,7 %.

Nėra jokių nenuginčijamų duomenų apie kanapių vartotojų socialines ir demografines savybes, nors kai kuriose nacionalinėse atskaitose (Čekijos Respublikoje, Prancūzijoje ir Liuksemburge) nurodyta, kad kanapes vartojantys asmenys turi vis daugiau švietimo, socialinių ir psichologinių problemų. 2001–2002 m. išaugo kasdien kanapes vartojančių pacientų skaičius: nuo 31,7 iki 39,2 % ([166]); kai kurių šalių ataskaitose nurodyta, kad kasdienis kanapių vartojimas paplitęs tarp vyresnio amžiaus asmenų (20 ir daugiau metų).

Kanapių vartojimas bendrojoje populiacijoje: eksperimentinis ir reguliarus vartojimas

Kaip buvo minėta aukščiau, nors praėjusio amžiaus paskutiniame dešimtmetyje kanapių vartojimas ženkliai išaugo beveik visose šalyse, tačiau paprastai kanapės vartojamos atsitiktinai ar trumpą laiko tarpą. Tikėtina, kad labiausiai tapti priklausomais arba susidurti su problemomis rizikuoja tie asmenys, kurie vartoja narkotikus intensyviai, tačiau būtent šioje srityje labiausiai trūksta informacijos, nors žinoma, kad neseniai (per paskutines 30 dienų) narkotikus vartoję asmenys dažniausiai esti miesto vietovėse gyvenantys jauni vyriškos lyties asmenys.

Dabartinį vartojimą parodo „vartojimo per paskutines 30 dienų“ rodiklis, kuris išreiškia ir intensyviai vartojančių asmenų skaičių. Neseniai atliktų tyrimų duomenimis, jei nekreipsime dėmesio į Švedijos duomenis (0,1 %), 1–7 % suaugusiųjų ir 3–12 % jaunų suaugusiųjų teigė vartoję narkotikus per paskutines 30 dienų. Tačiau tarp šalių matomi skirtumai ir dabartinis vartojimo rodiklis yra didžiausias Čekijos Respublikoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje ir Jungtinėje Karalystėje. Šalyse, kuriose ilgesnį laiką galima buvo stebėti tendencijas tarp neseniai narkotikus vartojusių asmenų, nustatytas tokio pobūdžio narkotikų vartojimo padidėjimas, nors ir nelabai didelis.

Tik devynios šalys pateikė kruopščią duomenų analizę apie kanapių vartojimo per paskutines 30 dienų dažnumą – Graikija, Ispanija, Prancūzija, Airija, Italija, Latvija, Nyderlandai, Portugalija ir Suomija (nepateikta). Išskyrus Latviją, beveik vienas ketvirtadalis (19–33 %) vartojusiųjų kanapes per paskutinį mėnesį jas vartojo kasdien ar beveik kasdien ([167]) ([168]). Šiose šalyse kasdien kanapes vartojantys asmenys sudaro 0,5–2,3 % visos populiacijos ([169]) ir 0,9–3,7 % jaunų suaugusiųjų (15–34 metai) (31 paveikslėlis). Dauguma vartojusiųjų (76–92 %) kanapes per paskutinį mėnesį buvo 15–34 metų asmenys, kaip ir kasdien kanapes vartojantys asmenys. Be to, kasdien kanapes vartojantys dažniausiai yra vyriškos lyties asmenys, nors jų skaičius kinta nuo 62 % Nyderlanduose iki 92 % Graikijoje.

Iš šių duomenų galima susidaryti apytikrį vaizdą apie Europoje intensyviai kanapes vartojančių žmonių skaičių. Darant prielaidą, kad maždaug 1 % gyventojų kanapes vartoja kiekvieną dieną, tai šalyje, kurioje yra 25 mln. gyventojų (15–64 metų), bus 250 000 kasdien kanapes vartojančių asmenų. Visoje Europoje, kurioje bendras 15–64 metų gyventojų skaičius sudaro 302 milijonus, kanapių vartojimo paplitimas būtų apie 3 milijonus.

Netgi tarp jaunų suaugusiųjų intensyvus kanapių vartojimas skiriasi amžiaus kohortose. Nustatyta, kad jis yra didesnis tarp jaunesnių asmenų. 2002 m. Ispanijoje atlikto tyrimo mokyklose duomenimis 3,6 % keturiolikmečių – aštuoniolikmečių moksleivių teigė kasdien arba beveik kasdien vartoję kanapes (t. y. jaunų suaugusiųjų 15–34 metų amžiaus grupėje jie yra aukščiausioje skalės dalyje). O Prancūzijoje metus trukusio septyniolikmečių – devyniolikmečių tyrimo duomenimis (Escapad) kasdien ar beveik kasdien per 30 paskutinių praėjusių dienų kanapes vartojančių asmenų procentas buvo dar didesnis, t. y. 9,2 % berniukų ir 3,3 % mergaičių (Beck ir Legleye, 2003).

Kanapių priklausomybės ar piktnaudžiavimo jomis padariniai yra švelnesni nei kitų narkotikų vartojimo atvejais. Intensyviausiai kanapes vartojantys asmenys yra sąlygiškai į visuomenę integravęsi jauni žmonės, turintys

([165]) Žr. OL, 27 paveikslėlį „Siuntimo gydytis šaltiniai visiems pacientams, 2000–2002 m.“

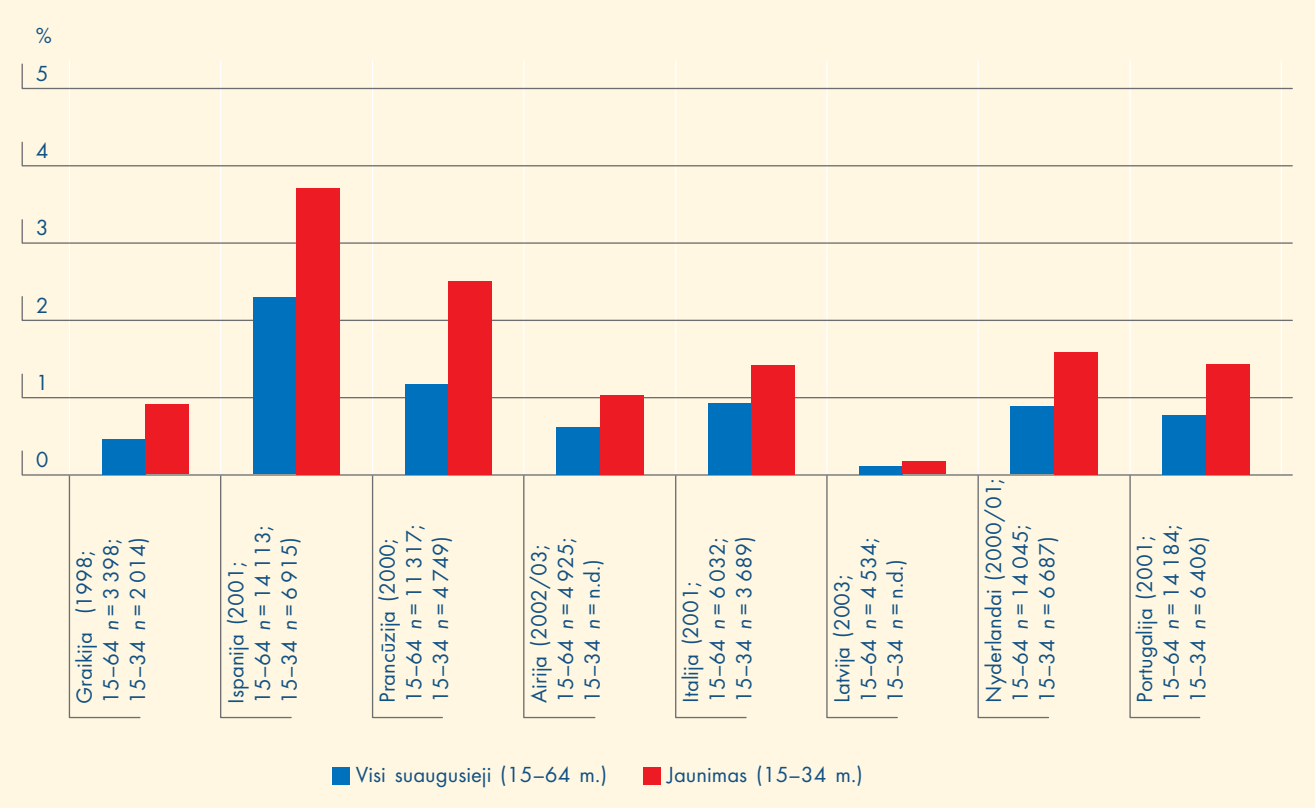
([166]) Žr. OL, 28 paveikslėlį „Vartojimo dažnumas tarp visų nuo kanapių priklausomybės gydomų pacientų“ ir 2004 m. Statistikos biuletenio 8 lent. „Gydymo poreikio rodiklis“.

([167]) Šioje dalyje informacija, pateikta kaip „vartojimas 20 ar daugiau dienų per paskutines 30 dienų“, taip pat gali būti išreikšta kaip „kasdieninis ar beveik kasdieninis vartojimas“. Europos pavyzdiniame klausimyne pateiktas tikslus vartojimo dienų skaičius, bet pranešant nacionalinius skaičius, vartojimo dažnumas buvo suskirstytas į keturias atskiras kategorijas, iš kurių aukščiausia yra „20 dienų ar daugiau“.

([168]) Žr. OL, 29 paveikslėlį „Praėjusį mėnesį kasdien ar beveik kasdien kanapes vartojusių skaičius suaugusiųjų (15–64 m.) grupėje“.

([169]) „Praėjusio mėnesio vartotojų“ dalis padauginta iš „kasdien ar beveik kasdien vartojančių asmenų“ dalies, t. y. 6 % (praėjusio mėnesio paplitimas) × 25 % (dalis, kurie vartoja „20 kartų ar daugiau“) = 1,5 %.

31 paveikslėlis: „Kasdien arba beveik kasdien kanapes vartojančių asmenų“ dalis iš visų suaugusiųjų ir jaunimo kai kuriose ES šalyse, apskaičiuota pagal nacionalinius tyrimus



NB: Kasdien arba beveik kasdien kanapes vartojantys asmenys, t. y. 20 dienų per mėnesį prieš apklausą.
Duomenys gauti iš naujausių nacionalinių tyrimų, atliktų kiekvienoje valstybėje.
Visų suaugusiųjų amžiaus intervalas yra 15–64 metai (Italijoje – 44 metai), o jaunų žmonių – 15–34 metai. Dėl amžiaus grupių skirtumų gali būti skirtumų tarp šalių.

Šaltiniai: 2003 m. „Reitox“ nacionalinės ataskaitos, parengtos pagal populiacijos tyrimų ataskaitas arba mokslinius straipsnius. Taip pat žr. „Standartinės epidemiologinės lentelės“ 2004 m. Statistikos biuletenyje.

didesnį kitų, o ne nusikalstamos veiklos, socialinių problemų rizikos laipsnį (eismo įvykių, nesugebėjimo pabaigti mokslą ar nesėkmingo šeimyninio gyvenimo), todėl intervencijas reikia atitinkamai parinkti ir nesukelti tolesnių problemų ar socialinio atskyrimo.

Kanapių poveikio stiprumas ir jų dozavimas

Spėjama, kad kanapių poveikio padidėjimas iš dalies yra atsiradusių problemų priežastis ir galiausiai dėl to padidėjo besikreipiančiųjų gydytis skaičius. Suprantant, kokios problemos yra susijusios su kanapių poveikio stiprumu, doze, kurią gauna individualus vartotojas, ir kaip ji gali nulemti ūmias ir chroniškas sveikatos problemas, iškyla daug sudėtingų klausimų. ENNSC, norėdamas ištirti mokslinius duomenis apie kanapių poveikio stiprumą, atliko specialų tyrimą. Pagrindiniai šio tyrimo rezultatai pateikti 90 puslapyje.

Kanapių poveikio stiprumas yra vienintelis veiksnys, pagal kurį apskaičiuojama per tam tikrą laiką individui reikalinga dozė (Hall ir kt., 2001). Vartojimo būdas, rūkymo metodas, suvartotų kanapių kiekis per vieną sesiją ir kiek kartų rūkoma yra vienodai svarbu, jei norima įvertinti vartojimo mastą. Visada buvo randama stipraus poveikio kanapių ir kilęs susirūpinimas šiuo klausimu nėra naujas. Taip pat svarbu pažymėti, jog nesuprantama, jei kanapių vartotojai pakeičia elgesį, siekdami laukto dozės efekto. Dėl to reikalingas tolesnis asmenų masto, kuriems reikalingas didelio stiprumo kanapės, t. y. didesnių dozių, tyrimas.

Asmenų, turinčių su kanapių vartojimu susijusių problemų, poreikių tenkinimas

Norint suteikti tinkamą paramą asmenims, ieškantiems pagalbos dėl kanapių vartojimo, visų pirma reikia suprasti jų poreikius. Gydymo poreikio analizė ir kiti rodikliai rodo, kad tiek gydytis norintys kanapių vartotojai, tiek apskritai visi kanapių vartotojai sudaro heterogeninę populiaciją su atitinkamai skirtingais poreikiais. Tai rodo, kad yra būtinas

Kanapių stiprumas (*šaltinis:* ENNSC, 2004c)

1 ES šalys skirstomos į dvi atskiras grupes priklausomai nuo to, kuris iš kanapių gaminių naudojamas dažniausiai – džiovintos kanapės ar kanapių derva. Iš valstybių pateiktos informacijos matyti, kad kanapių derva dažnesnė Vokietijoje, Airijoje, Portugalijoje ir Jungtinėje Karalystėje, o džiovintos kanapės populiaresnės Belgijoje, Čekijos Respublikoje, Estijoje, Nyderlanduose ir Austrijoje.

2 Į Europą įvežamų džiovintų kanapių ir kanapių dervos stiprumas nekito ilgą laiką. Manoma, jog didžioji dalis suvartotų kanapių visose ES šalyse yra įvežama, išskyrus galbūt Nyderlandus, nors informacijos apie vietinį kanapių auginimą stinga.

3 Kanapės patalpose nedideliais kiekiais auginamos visose Europos valstybėse. Apskaičiuota, jog Nyderlanduose tokios kanapės sudaro daugiau kaip pusę visų suvartotų kanapių kiekio, bet daugelyje šalių daugiau produktų įvežama.

4 Patalpose intensyviais metodais (pvz., hidroponinės sistemos su dirbtiniu apšvietimu, veisimas gyvašakėmis ir dienos trukmės kontroliavimas) auginamose kanapėse THK koncentracija paprastai būna didesnė, nei importuotuose narkotikuose. Stiprumo padidėjimas, apie kurį praneša kai kurios valstybės, gali būti kildinamas beveik vien iš padidėjusios vietinių kanapių derliaus dalies. Vidutinis vietinių kanapių stiprumas gali būti du arba tris kartus didesnis, nei importuotų kanapių, nors ir abu dydžiai iš dalies sutampa ir ne visų hidroponiniu būdu užaugintų kanapių stiprumas didelis.

5 Bendras kanapių stiprumo padidėjimas kai kuriose šalyse yra visiškai susijęs su namuose užaugintų suvartojamų kanapių kiekio dalies padidėjimu.

6 Atsižvelgiant į turimą informaciją apie skirtingų kanapių gaminių rinkos pasiskirstymą, beveik visose šalyse efektyvus kanapių stiprumas sąlyginai stabilus jau daug metų – apytiksliai 6–8 %. Vienintelė išimtis yra Nyderlandai, kur 2001 metais stiprumo rodiklis pasiekė 16 %.

7 Nyderlanduose pagamintoje kanapių dervoje THK koncentracija yra ypač didelė, tačiau tokia medžiaga šioje valstybėje nėra labai paplitusi, o kitose šalyse – beveik nežinoma.

8 Populiariosiose visuomenės informacijos priemonėse buvo pasirodę teiginių, jog per pastaruosius dešimtmečius kanapių stiprumas padidėjo 10 ar net daugiau kartų. Duomenimis iš JAV ar Europos šie teiginiai nepagrindžiami. Labiausiai stiprumas padidėjo JAV, tačiau šiuo atveju reikia įvertinti ir faktą, kad ankstesnis kanapių stiprumas JAV Europos atžvilgiu buvo palyginti žemas, ypač prieš 1980 m.

9 Galutinė tyrimo išvada skelbia, jog nežymūs pasikeitimai THK koncentracijoje, pastebėti kai kuriose valstybėse, yra sąlygoti neseno ES teritorijoje intensyviais metodais išaugintų kanapių kiekio padidėjimo. Be to, pastebėta, kad kanapių gaminiuose THK koncentracija labai skiriasi. Akivaizdu, jog būtina sukurti stebėsenos sistemas, kuriomis būtų įmanoma įvertinti skirtingų kanapių gaminių rinkos pasiskirstymą ir stebėti pasikeitimus laiko atžvilgiu. Šiuo metu tokios informacijos labai trūksta.

10 Tyrime nurodytas tam tikras svarbių sričių kiekis, kurioms reikalingas dėmesys, jei siekiama tinkamai įvertinti kanapių stiprumo problemas. Tarp jų – nomenklatūros ir kanapių gaminių laboratorinės analizės patobulinimai, tyrimai, kuriais siekiama nustatyti ryšį tarp rūkymo įpročių, stiprumo ir THK/metabolitų lygių kraujyje, pagerinta rinkos informacijos stebėsena, laboratorijų analitinių standartų gerinimas, taip pat poreikis suvokti mastus, iki kurių stiprumas nulemia kanapių vartotojų asmeninių dozių dydžius, lyginant su kitais veiksniais. Pabrėžta, jog skirtingo reagavimo į skirtingus kanapių gaminius kaštai ir nauda nusipelno aptarimo.

paramos tęstinumas tiek prevencijos ir rizikos mažinimo veikloje, tiek formalioje gydymo veikloje. Vis dar nerimą kelia klausimas, ar yra tikslinga tik atsitiktinėmis progomis kanapes vartojančius asmenis siųsti į specialius gydymo nuo narkotikų priklausomybės centrus. Atsakymas į šį klausimą labai priklauso nuo to, kokios yra teikiamos paslaugos ir kiek pacientai kontaktuoja su chroniškais kitų narkotinių medžiagų vartotojais. Vis dėlto tinkamų gydymo būdų parinkimas vartotojams, turintiems skirtingus kanapių vartojimo įpročius, lieka svarbi tema, kurią dar reikia svarstyti.

Prevencijos programose beveik nėra iniciatyvų, tiesiogiai skirtų jaunų žmonių kanapių vartojimo padidėjimui įveikti, kadangi prevencijos programos retai kada skirtos vienai konkrečiai narkotinei medžiagai. Tačiau kai kurios valstybės narės pranešė apie naujus šios srities pokyčius – priimtas dvi pagrindines strategijas: 1) akcentuota pavojaus galimybė, kad kanapes vartojantys jauni žmonės pateks į baudžiamosios sistemos akiratį; ir 2) per visuomenės informavimo priemones ir tikslines žiniasklaidos kampanijas bandoma įteigti, kad kanapių vartojimas nėra visuomenėje priimtas norminis elgesys.

Vokietijoje, Graikijoje, Airijoje, Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje buvo imtasi priemonių norint sumažinti pirmą kartą paauglių įvykdytų su kanapių vartojimu susijusių pažeidimų psichologinius ir socialinius padarinius. Nesenas (nuo 2000 m. ir vėliau) tokių priemonių pavyzdys – FRED programa Vokietijoje, kuri dabar vykdoma aštuoniose žemėse. Ji suteikia galimybę jauniems narkotikų vartotojams trumpą laiką savanoriškai pasinaudoti intervencijos priemonėmis ([170]). Jungtinėje Karalystėje panašiai dirbama su jaunųjų pažeidėjų grupėmis. Teisėsaugos sistemoje atsiradus su kanapių vartojimo aspektais susijusių pokyčių ir iš naujo suklasifikavus narkotikus (iš B klasės į C klasę), laikymas, ne vartojimas tapo nusikaltimu. Dėl laikymo duodamas įspėjimas. Jaunuoliams įspėti yra sugalvotas specialus procesas (pvz. tiems, kuriems mažiau nei 18 m.). Jungtinėje Karalystėje taip pat imtasi žiniasklaidos kampanijos, per kurią norėta įtikinti, kad kanapių vartojimas yra neigiamas ir neteisėtas elgesys.

Kita neseniai pradėta veikla – prevencijos kampanija, orientuota į „kavos parduotuves“, kur galima įsigyti nedidelį kanapių kiekį. Ši intervencija vykdoma organizuojant kursus kavos parduotuvių savininkams bei išspausdinant jiems skirtą instrukciją, taip siekiant užkirsti kelią šiose įstaigose kylančioms su narkotikais susijusioms problemoms. Instrukcijoje pateikta informacija apie kanapes, su narkotikais susijusius įstatymus, psichinius sutrikimus, pirmąją pagalbą, verslininkystę ir mokymo įgūdžius. Nyderlandai pasižymi asmeniniu ir tiesioginiu kanapių vartojimo problemų sprendimo būdu, pavyzdžiui, „Hash and Weed Week“ („Hašišo ir žolės savaitė“) ([171]), kai „užkietėję“ narkotikų vartotojai lanko grupės susitikimus, kuriuose aptariamos intensyvaus narkotikų vartojimo padariniai ir elgsenos pasikeitimo galimybės.

Tam tikru mastu šiuose metoduose pastebimi ir žalos mažinimo bei į prevenciją orientuoti metodai. Tačiau nepaisant gerai žinomo ryšio tarp rūkymo ir kvėpavimo takų problemų bei didėjančio susirūpinimo dėl neigiamo poveikio sveikatai, kurį sukelia intensyvus kanapių vartojimas, kanapių vartojimo žalą mažinančios intervencijos yra netobulos, jei lyginsime jas su kitų narkotikų vartotojams skirtomis intervencijomis.

Asmenys, turintys problemų dėl kanapių vartojimo, gydymo pobūdį gali pasirinkti dažniausiai tik gydymo centruose, kurie siūlo paslaugas priklausantiems nuo legalių ar nelegalių narkotikų ar kokią kitą priklausomybę turintiems asmenims. Kai kuriose šalyse (Danijoje, Vokietijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose, Austrijoje, Švedijoje ir Norvegijoje) teikiamos specialios paslaugos kanapes vartojantiems asmenims, bet apskritai tokio pobūdžio specialistų pagalba yra labai ribota. Daugelyje šalių gydymo nuo problemiško kanapių vartojimo tarnybos veikia įstaigose, kuriose gydoma nuo bendro pobūdžio narkotikų problemų (Belgijoje, Čekijos Respublikoje, Danijoje, Vokietijoje, Ispanijoje, Prancūzijoje, Airijoje, Italijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Austrijoje, Portugalijoje, Slovėnijoje ir Norvegijoje).

Daugeliu atvejų su kanapių vartojimu susijusių problemų turintys asmenys yra gydomi kartu su pacientais, kurie turi problemų dėl kitų nelegalių narkotikų, dažniausiai opiatų, vartojimo. Kadangi daugumos specializuotų gydymo nuo narkotikų centrų paskirtis – tenkinti chaotiškos ir atstumtos populiacijos dalies individų poreikius, tai šių centrų tinkamumas gydytis šiek tiek mažesnes problemas turintiems asmenims, kokie dažniausiai ir yra kanapių vartotojai, yra ginčytinas. Valstybių narių gydymo tarnybos žino apie šias problemas, o nemažai šalių „Reitox“ nacionalinėse ataskaitose nurodė, kad kartu gydant kanapes, heroiną ar įvairius narkotikus vartojančius asmenis gaunamas priešingas rezultatas. Be to, toks gydymas nurodytas kaip viena iš priežasčių, kodėl kanapių vartotojams nereikėtų skirti stacionaraus gydymo. Lengviau yra sudaryti specialias ambulatorinio pobūdžio programas kanapes vartojantiems asmenims. Austrijos nacionalinėje ataskaitoje nurodyta, kad stacionarus gydymas, jei to reikia, turėtų vykti bendrajame paauglių psichiatrijos, o ne specialiajame narkotikų skyriuje. Dabartinės valstybių narių pasiūlytos naujovės, skirtos tenkinti kanapių vartotojų poreikius yra šios: „pažintinis gydymo vadovas“ chroniškiems kanapių vartotojams Švedijoje, interneto savipagalbos puslapis problemų dėl kanapių vartojimo turintiems asmenims Nyderlanduose ir akupunktūros gydymo metodo taikymas Suomijoje.

Išvados

Šios apžvalgos tikslas – giliau pažvelgti į padidėjusį gydymo, susijusio su kanapių vartojimu, poreikį. Tačiau aišku, kad lieka neatsakyta į daug svarbių klausimų, kurie diskutuojant šia prieštaringa tema yra esminiai. Taip pat aišku, kad turimi įrodymai nepateisina panikos kėlėjų požiūrio ir taip pat nėra nusiraminimo priežastis.

Kai kuriose šalyse specialiose įstaigose besilankantys žmonės, turintys su kanapių vartojimu susijusių problemų, sudaro nemenką viso gydymosi poreikio dalį, be to, jie sudaro reikšmingą didesnės gydymo populiacijos pogrupį. Dauguma jų jauni, maždaug dvidešimties metų vyriškos

([170]) Daugiau informacijos apie šią ir kitas prevencijos programas galima rasti Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro EDDRA duomenų bazėje (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

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

lyties asmenys, kurie pradėjo vartoti narkotikus sulaukę 16 ar 17 metų.

Kanapių vartotojų įpročiai žymiai skiriasi nuo kitas narkotines medžiagas vartojančių asmenų įpročių; be to, kanapių vartotojai labai skiriasi ir tarpusavyje. Tai, kad gydomi kanapių vartotojai yra suskirstomi į atskirus pogrupius, tikriausiai yra tiesiogiai susiję su jų poreikių supratimu ir atitinkamu tų poreikių tenkinimu. Parenkant tinkamą gydymą labai svarbu įvertinti šiuos kriterijus: vartojimo dažnumą, dabartinį ir ankstesnį kitų narkotikų vartojimą bei pacientą atsiuntusią įstaigą. Bendrąja prasme, apibendrinant nacionalinių ataskaitų ir GPD duomenis, galima išskirti du aiškius pacientų tipus:

- jaunesni vartotojai, dažnai moksleiviai, kuriuos į gydymosi įstaigas nusiunčia šeima ar mokykloje dirbantys specialistai. Šiai grupei būdinga vartoti vien tik kanapes arba kartais jos yra vartojamos kartu su alkoholiu ar kitais stimuliatoriais;
- kelis narkotikus vienu metu vartojantys asmenys, kurie paprastai yra vyresni ir mažiau integravęsi į visuomenę. Juos į gydymo įstaigas siunčia teisės institucijos ar sveikatos bei socialinės tarnybos. Ši grupė yra susijusi su chroniškų narkotikų vartotojų populiacija.

Be to, turima šiek tiek duomenų apie kitą grupę, kurios individus siunčia gydytis teisės institucijos. Jie nevartoja kitų narkotikų, o kanapes vartoja tik atsitiktiniais atvejais.

Mąstant apie gydymo dėl kanapių vartojimo poreikio pokyčius per tam tikrą laiką, galima teigti, kad:

- kai kuriose šalyse padidėjo teisingumo sistemos gydymui siųstų asmenų skaičius;
- padidėjo šeimos ir kitų socialinės paramos sistemų (šeimos, draugų, socialinių tarnybų ir mokyklų) gydymui siųstų asmenų skaičius;
- padidėjo intensyvaus (kasdieninio) kanapių vartojimo atvejų skaičius, nors kasdieniniai vartotojai vis dar sudaro mažą dalį;
- kai kuriose šalyse kyla socialinių ir švietimo sistemų problemų mastas, nors duomenų iš šios srities labai trūksta.

Nagrinėjant gydymo poreikio padidėjimą matoma, kad siuntimo gydytis pokyčiai turi įtakos, ir paaiškėja, kad nemaža dalis nusiųstų gydytis asmenų nėra intensyvūs narkotikų vartotojai. Nepaisant to, bent jau kai kuriose šalyse įuntamas didelis tų asmenų, kurie intensyviai vartoja kanapes, poreikis gydytis. Šiai asmenų grupei kylančios problemos vis dar sunkiai suprantamos; be to, šioje srityje reikia skubiai atlikti tyrimus. Faktas, jog dauguma asmenų, jaučiančių poreikį gydytis nuo kanapių priklausomybės, yra labai jauni žmonės, rodo, kad reikia įvertinti konkrečius šios grupės poreikius, siuntimo gydytis būdus ir pritaikyti jiems tinkamas priemones.

Taip pat svarbu pripažinti, kad gydymosi poreikis nėra tiesioginis dėl kanapių vartojimo kilusių problemų masto ir prigimties rodiklis. Bendrosios populiacijos tyrimo duomenys rodo, kad intensyvaus kanapių vartojimo atvejai yra sąlyginai nedažni, jei lyginsime juos su atsitiktiniu kanapių vartojimu. Tačiau plačiai paplitęs kanapių vartojimas rodo, kad daug žmonių gali šį narkotiką vartoti intensyviai – bent jau tam tikrą savo gyvenimo dalį.

Duomenys taip pat rodo, kad intensyvus vartojimas būdingas 0,5–2 % suaugusiųjų populiacijos narių ir 1–3 % jaunų suaugusiųjų. Paplitimas tarp jaunų vyriškos lyties asmenų yra ženkliai didesnis. Iš tyrimo duomenų sunku suprasti, kiek vartotojų turi problemų dėl kanapių vartojimo ir kiek jų yra priklausomi. Nors kanapių priklausomybės ar piktnaudžiavimo jomis poveikis yra žymiai mažesnis nei kitų narkotikų vartojimo atvejais, tačiau ši problema vis dėlto daro didelį poveikį visuomenės sveikatai dėl kanapių vartojimo masto ir dėl to, kad dažniausiai kanapių poveikį jaučia jauni asmenys, kurie intensyviai gali vartoti kanapes asmenybei svarbiomis vystymosi stadijomis ar tada, kai yra ypač pažeidžiami. Socialiai apleistose šeimose ar bendruomenėse priklausomybė nuo kanapių ir piktnaudžiavimas jomis gali sukelti problemų individui ir pakenkti jo išsilavinimo ir darbo galimybėms.

Apibendrinant reikėtų pasakyti, kad vis dar labai trūksta tyrimų, kurie padėtų suprasti santykį tarp skirtingų kanapių vartojimo būdų ir problemų atsiradimo. Vis dar sunkiai suprantamas kanapių vartojimo sukeliamų problemų mastas ir šių problemų prigimtis. Reikalingi ir metodologiniai įrankiai, kurie padėtų įvertinti populiacijoje esančias problemas. Tokio pobūdžio informacija yra būtina sąlyga norint vystyti, tikslingai nukreipti ir įgyvendinti veiksmingas visuomenės sveikatos priemones, susijusias su kanapių vartojimo Europoje prevencija.

3 pasirinkta tema

Sergamumas gretutinėmis ligomis

Įvadas

Sergamumas gretutinėmis ligomis, kitaip – dviguba diagnozė, kada sergant psichikos liga kartu yra piktnaudžiaujama ir narkotinėmis medžiagomis, nėra naujas reiškinys. Tačiau pastaraisiais metais šį klausimą vis dažniau svarsto politikai ir specialistai, kadangi darosi aišku, jog nuo šio reiškinio kenčia vis daugiau žmonių, taip pat aiškėja jo plitimo tendencija. Šiame skyriuje pagrindinis dėmesys bus skiriamas vienu metu pasireiškiantiems psichikos ir asmenybės sutrikimams bei nelegalių narkotikų vartojimui. Iš tikrųjų reikėtų kalbėti ne vien apie dvigubą diagnozę, bet apie sergamumą daugybinėmis gretimomis ligomis, kadangi turintys sveikatos sutrikimų individai dažnai kenčia ir nuo somatinių ligų, pavyzdžiui, žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ar hepatito C viruso infekcijos, taip pat susiduria ir su socialinėmis problemomis – šeimyninėmis, nedarbo, įkalinimo ar būsto. Slaugos bei gydymo tarnybos paprastai nėra pasiruošusios tinkamai tenkinti šios grupės diagnozės ir gydymo poreikių, dažnai paciento problemos yra ignoruojamos arba nesugebama įvertinti paciento sveikatos būklės. Šios situacijos padarinys yra „bereikalingas durų varstymas“, kai individai, kuriems reikalingas neatidėliotinas gydymas, yra siuntinėjami iš vienos tarnybos į kitą, o jų būklė tuo metu vis blogėja.

Atkreipkite dėmesį, kad priklausomybė tarp kanapių vartojimo ir psichiatrinių sutrikimų plačiau nagrinėjama pasirinktoje temoje apie kanapes (p. 82).

Apibrėžimas

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sergamumą gretutinėmis ligomis (dvigubą diagnozę) apibrėžia kaip reiškinį, kai „psichotropinėmis medžiagomis piktnaudžiaujantis individas tuo pat metu kenčia ir nuo psichikos sutrikimų“ (WHO, 1995). Pagal Jungtinių tautų nusikaltimų ir narkotikų valdybą (UNODC), asmuo, kuriam nustatyta dviguba diagnozė – tai „asmuo, kuriam diagnozuota alkoholio ar piktnaudžiavimo narkotikais priklausomybė bei kartu nustatyta kokia nors kita, dažniausiai psichiatrinė, diagnozė, pvz., nuotaikos sutrikimai, šizofrenija“ (UNODCCP, 2000). Kitaip tariant, sergamumas gretutinėmis ligomis čia reiškia, kad laikinai vienu metu pasireiškia du ar daugiau psichikos ar asmenybės sutrikimų, vienas tokių – problemiškas narkotinių medžiagų vartojimas.

Etiologija

Norint apibrėžti sergamumo gretutinėmis ligomis etiologiją pakliūvama į uždarą ratą kaip klausimo apie vištą ir kiaušinį atveju: kas atsirado pirmiau? Atlikti priežastinių ryšių tarp psichikos sutrikimų ir piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis tyrimai yra nevienareikšmiai. Psichikos sutrikimo simptomai ir priklausomybės problemos susiję tarpusavyje ir daro abipusį poveikį.

Tyrimais nustatyta, kad psichikos ir asmenybės sutrikimai paprastai prasideda anksčiau negu piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis sutrikimas, t. y. jie padidina individų imlumą tokioms problemoms (pvz., Kessler ir kt., 2001; Bakken ir kt., 2003); tačiau psichikos sutrikimus taip pat gali pagilinti ir narkotikų vartojimas (pvz., depresijos atveju: McIntosh ir Ritson, 2001) arba jie gali egzistuoti lygiagrečiai.

Narkotikų vartojimas gali būti psichikos arba asmenybės sutrikimo dalis ar simptomas, pasireiškiantis mėginimu gydytis pačiam (pvz., Williams ir kt., 1990; Murray ir kt., 2003). Tai, kad narkotinių medžiagų vartojimas palengvina sielvarto simptomus, tik labiau skatina priklausomybės atsiradimą. Nutraukus narkotikų vartojimą, t. y. nutraukimo periodu ar taikant pakaitinį gydymą, simptomai gali atsirasti iš naujo. Ūmios narkotikų sukeltos psichozės ypač būdingos kokaino, amfetaminų ir haliucinogenų vartotojams ir praeina palyginti greitai. Tačiau gali būti labai sunku atskirti narkotinių medžiagų sukeltus apsvaigimo simptomus nuo su tuo nesusijusių psichozės atvejų.

Krausz (1996) pasiūlė keturias dvigubos diagnozės kategorijas:

- pirminė psichikos ligos diagnozė su vėliau diagnozuotu neigiamai psichikos sveikatą veikiančiu piktnaudžiavimu narkotinėmis medžiagomis (dviguba diagnozė);

- pirminė priklausomybės nuo narkotikų diagnozė su psichiatrinėmis komplikacijomis, kurios sukelia psichikos ligas;
- vienu metu diagnozuoti piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir psichiatriniai sutrikimai;
- dviguba piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis ir nuotaikos sutrikimo diagnozė atsiradusi po sunkaus išgyvenimo, pavyzdžiui, potrauminio streso.

Be to, ir Švedijos nacionalinėje ataskaitoje taip pat išskirti psichiatrijos pacientai, kenčiantys nuo gretimų susirgimų, ir nuo narkotikų priklausomi pacientai, turintys asmenybės sutrikimų, kurių būklę apsunkina narkotikų vartojimas ir kuriems ne visada nustatoma teisinga diagnozė.

Morel (1999) atskiria nebūdingus narkotikų priklausomybę turintiems asmenims psichikos sutrikimus nuo būdingų narkotikų vartojimui komplikacijų. Tarp narkotikų vartotojų dažniausiai pasitaikantys sutrikimai yra šie:

- nerimo ir depresinio pobūdžio sutrikimai;
- dėl depresijos, nerimo sutrikimų ar psichozės atsirandantys miego sutrikimai;
- agresyvus ar smurtinis elgesys, parodantis antisocialius, psichopatinius, šizofreninius ar paranoidinius asmenybės sutrikimus.

Būdingos narkotikų vartojimo problemos yra šios:

- farmakologinės psichozės, kurias sukelia haliucinogeniniai narkotikai ar amfetaminai;
- pasimetimo/sutrikimo sindromai.

Šiuolaikiniai neuropsichologiniai ir neurobiologiniai tyrimai bei nauji metodai, leidžiantys pamatyti smegenyse vykstančius procesus, sudaro galimybę iškelti hipotezes apie sąveiką tarp psichikos ir fizinių traumų, smegenų vystymosi, narkotikų poveikio, streso ir psichikos pokyčių. Atpildo mechanizmas yra svarbiausia priklausomybės vystymosi sąlyga, o priklausomybė yra susijusi su struktūriniais smegenų pokyčiais ir jų prisitaikymu mikro ir makro lygiuose (Nestler, 2001).

Kitose teorijose konkrečių narkotikų vartojimas siejamas su atitinkamais psichikos sutrikimais, t. y. teigiama, kad sergantiems šizofrenija ligoniams heroinas galėtų sumažinti stresą, palengvinti skausmą ir pašalinti grasinančius balsus; tačiau ūmiomis psichikos ligomis sergantys pacientai heroino nevartoja. Manoma, kad kokainas galėtų palengvinti depresinę būseną, sudaryti sąlygas elgesio dizinhibicijai (slopinimo panaikinimui – *vert. past.*) ir leisti narciziškoms asmenybėms pasijusti didingoms. Kanapės galėtų sumažinti įtampą, o ekstazis – palengvinti socialinį susivaržymą (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

2002 m. Airijos nacionalinėje ataskaitoje ypač didelis dėmesys buvo skirtas narkotikų vartotojų depresijos analizei, kuri buvo pagrįsta kelių tyrimų duomenimis. Ataskaitoje teigiama, kad yra stiprus ryšys tarp problemiško narkotikų vartojimo, ypač opiatų bei benzodiazepinų, ir aukštų depresijos rodiklių. Vokietija atliko tyrimus ryšiui tarp vertės sutrikimų, depresijos ir savižudybės nustatyti ir nustatė, jog depresinių sutrikimų turintys asmenys labiau linkę į savižudybę (Bronisch ir Wittchen, 1998). Gali būti, kad kai kurie depresija sergantys pacientai gali patys gydytis vartodami opiatus ar benzodiazepinus: gydymo programose dalyvaujančių pacientų depresijos rodikliai yra žemesni nei dalyvaujančių žemo slenksčio paslaugų programose (Rooney ir kt., 1999) ar neseniai pradėjusių gydytis pacientų rodikliai (McIntosh ir Ritson, 2001).

Norvegijoje atliktas tyrimas (imties dydis n = 2 359) parodė, kad didelė narkotikų vartotojų dalis vaikystėje ir jaunystėje šeimoje turėjo rimtų problemų. Septyniasdešimt procentų pacientų mokykloje turėjo mokymosi ir elgesio problemų, 38 % buvo priekabiavimo aukos ir 21 % vaikystėje ar paauglystėje gydėsi nuo psichikos susirgimų (Lauritzen ir kt., 1997). Moteriškos lyties narkotikų vartotojai, kuriems nustatytas gretutinis psichikos susirgimas, dažnai patirdavo seksualinę prievartą (pvz., Beutel, 1999).

Diagnozė

Prieš pradedant gydymą narkotikų tarnybos ne visada atlieka įprastas psichikos ir asmenybės sutrikimų diagnozavimo procedūras. Išskyrus kai kurias ypač sąmoningas ir (arba) specializuotas tarnybas, kurios įvertina psichikos simptomus ir sutrikimus, daugelyje kitų gydymo nuo narkotikų tarnybų anksčiau paminėti sveikatos sutrikimai retai tikrinami.

Bet kuriuo atveju gerai žinoma, kad sergamumą gretutinėmis ligomis yra ypač sunku diagnozuoti. Narkotikų priklausomybės sukeltas griaunamasis elgesys dažnai nustelbia klinikinius psichikos simptomus. Be to, piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis gali sukelti psichikos simptomus, kuriuos labai sunku atskirti nuo tikrų psichikos sutrikimų (Berthel, 2003), kai tuo tarpu nustojus vartoti narkotines medžiagas ar esant ūmiai intoksikacijai taip pat gali būti imituotas bet kuris anksčiau paminėtas sutrikimas (Liappas, 2001). Depresija ir nerimas gali būti neatskiriama intoksikacijos ir nutraukimo ciklo dalis; simptomai, kurie buvo susilpnėję vartojant narkotikus, vėl atsiranda nutraukus jų vartojimą ar taikant pakaitinį gydymą.

Metodologijos pažanga taip pat pagerino tiek psichikos, tiek narkotinių medžiagų vartojimo sukeltų sutrikimų diagnozavimą. Psichikos simptomams ir asmenybės sutrikimams matuoti dabar yra daug standartinių validžių instrumentų. Taip pat yra ir instrumentų, skirtų įvertinti narkotikų vartojimo būdą bei priklausomybės dydį. Priklausomybės dydžio indeksas (PDI) yra daug funkcijų atliekantis instrumentas, kuris gali būti naudojamas nustatant diagnozes, planuojant gydymą bei tolimesnę priežiūrą, taip pat atliekant tyrimus. PDI privalumai yra šie: jis daugiamatis, juo galima įvertinti buvusias ir dabartines problemas septyniose srityse: sveikatos būklę, užimtumą bei savarankiškumą, alkoholio vartojimą, narkotikų vartojimą, juridinį statusą, šeimą bei socialinius santykius ir psichikos simptomus (Krausz, 1999a; Öjehagen ir Schaar, 2003). Jis standartizuotas ir yra išverstas iš anglų į daugelį kitų Europos kalbų (EuroASI) ([172]). Trimbos institute sukurtos ir išbandytos priklausomybę turinčių asmenų, kurie turi dėmesio ir aktyvumo sutrikimų (ADHD), diagnozės ir gydymo taisyklės (Eland ir Van de Glint, 2001).

Paplitimas

Atlikta daug tyrimų, skirtų matuoti psichikos ir asmenybės sutrikimų paplitimą ir narkotikų vartojimo būdus bendrojoje populiacijoje, tarp psichikos sutrikimus turinčių pacientų bei tarp narkotikų vartotojų, kurie naudojasi ar nesinaudoja gydymo tarnybų paslaugomis. Tiek pagal gautus skaičius, tiek pagal diagnozių pobūdį rezultatai labai skyrėsi priklausomai nuo to, kokia populiacija buvo pasirinkta, nuo taikytų imties metodų, diagnostinių sugebėjimų, kompetencijos, naudotų diagnostinių instrumentų validumo ir patikimumo bei tyrimo trukmės.

Apžvelgę įvairius tyrimus Uchtenhagen ir Zeiglgänsberger (2000) padarė išvadą, kad narkotikų vartotojams dažniausiai diagnozuojami asmenybės sutrikimai, kurie sudaro 50–90 %, rečiau – emociniai (20–60 %) ir psichoziniai sutrikimai (20 %). Nuo 10 % iki 50 % pacientų nustatytas daugiau nei vienas psichikos ar asmenybės gretutinis sutrikimas.

Tarptautinių tyrimų apžvalgoje apie priklausomų nuo narkotikų asmenų psichopatologiją Fridell (1991, 1996) pateikiamas narkotikų priklausomybei būdingų gretutinių susirgimų klinikinis vaizdas, kurį patvirtino ir jo paties Švedijos Lundo mieste atlikti tyrimai. Buvo išskirtos trys pagrindinės sutrikimų grupės: asmenybės sutrikimai (65–85 %), depresija ar nerimo būsena (30–50 %) ir psichozės (15 %). Verheul (2001) išanalizavęs šešis gydomų nuo narkotikų priklausomybės asmenų tyrimus nustatė, kad būdingiausi asmenybės sutrikimai yra šie: antisocialiniai (23 %), ribiniai (18 %) ir paranoidiniai (10 %).

Daugelis narkotikų specialistų mano, kad priklausomybė nuo narkotikų vis dažniau pasitaiko kartu su psichikos sutrikimais, nors kai kurie specialistai tvirtina, jog šiems rodikliams turi įtakos tai, kad dabar šia tema yra daugiau informacijos, pasikeitė diagnozavimas, psichikos ligų klasifikavimas ir (arba) sveikatos apsaugos sistema yra restruktūrizuota. Suomijoje pagal Stacionarinį gydymą baigusių asmenų registrą gydymo ciklų skaičius diagnozavus narkotikų priklausomybę kartu su psichikos sutrikimais padidėjo nuo 441 atvejų 1987 m. iki 2 130 atvejų 2001 m. Gydymo ciklų skaičius diagnozavus opiatų vartojimą kartu su psichikos sutrikimais padidėjo trigubai nuo 1996 m. Tai atitinka ir padidėjusį narkotikų vartojimą, nors nėra nustatyta jokio tiesioginio priežastinio ryšio. Pirmą kartą priimtų gydytis į stacionarias psichikos gydymo įstaigas narkotikų vartotojų skaičius Airijoje nuo 1990 iki 2001 m. išaugo beveik keturis kartus.

Ispanijos nacionalinėje ataskaitoje nurodyta, kad pastebėtas sergamumas gretutinėmis ligomis gali iš dalies būti ir dėl padidėjusios priklausomybės nuo psichostimuliatorių.

Sergamumo gretutinėmis ligomis paplitimas gydymo aplinkoje

7 lentelėje pateikti nacionalinėse ataskaitose esantys kai kurių sergamumo gretutinėmis ligomis tyrimų, atliktų įvairiose valstybių narių gydymo ir psichiatrinėse įstaigose, rezultatai. Duomenis apie piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis psichiatrinėse įstaigose gauti yra sudėtingiau nei gauti duomenis apie psichikos sutrikimus narkotikų priklausomybės gydymo centruose. Nors šioje apžvalgoje pateiktų tyrimų negalima tarpusavyje lyginti, tačiau jie atspindi bendrą ES šalių situaciją. Tirtos populiacijos, pasirinkti diagnostiniai kriterijai, naudoti instrumentai ir diagnozės laikas labai skiriasi. Dėl aukščiau paminėtų priežasčių daugeliu atveju diagnozė būna neišsami.

Graikijoje ir Prancūzijoje atlikus palyginamąjį tyrimą nustatyta, kad nors bendras psichopatologinių susirgimų skaičius abiejose šalyse gana panašus, tačiau psichopatologiniai požymiai skiriasi: emocinių sutrikimų paplitimas buvo didesnis Graikijos imtyje (19 % lyginant su 7 % Prancūzijoje), taip pat ir antisocialios asmenybės požymiai buvo labiau paplitę Graikijos imtyje (20 %, o Prancūzijoje 7 %). Autoriai šiuos skirtumus siejo su mažesniu narkotikų vartojimo paplitimu Graikijoje: „kuo labiau visuomenėje ribojamas nepriimtinas elgesys, tuo labiau tikėtina, kad antisocialiems individams jis bus būdingas“ (Kokkevi ir Facy, 1995).

([172]) Žr. ENNSC Vertinimo instrumentų banką (http://eib.emcdda.eu.int/eib.emcdda.eu.int).

7 lentelė: Sergamumas gretutinėmis ligomis valstybių gydymo įstaigose įvairiose ES šalyse

Valstybė	Įstaiga/aplinka	Populiacija	*n*	Sergamumo gretutinėmis ligomis paplitimas (%)	Diagnozės	Šaltinis
Belgija	Psichiatrijos ligoninės ir psichiatrinės tarnybos bendro pobūdžio ligoninėse	Priėmimas dėl su narkotikais susijusių (1996–99)	18 920	86	Šizofrenikas, paranojikas, šizotipinis sutrikimas: 86 % Depresija: 50 % Asmenybės sutrikimai: 43 %	Minimalių psichiatrijos duomenų bazė ([1])
Čekijos Respublika	Reabilitacinės grupės	Gyvenantieji pacientai (2001–02)	200	35	Asmenybės sutrikimai: 14 % Depresija: 7 % Neurotiniai susirgimai: 6 % Mitybos sutrikimai: 5 %	Čekijos nacionalinė ataskaita ([1])
Vokietija	Gydymo centrai	Asmenys, priklausantys nuo opiatų	272	55	Stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai: 43 % Emociniai sutrikimai: 32 % Fobijos: 32 % Depresijos epizodai: 16 %	Krausz (1999b) ([1])
Graikija	Kalėjimai ir gydymo įstaigos	Asmenys, priklausantys nuo opioidų	176	86	Nerimas: 32 % Emociniai sutrikimai: 25 % Šizofrenija: 6 %	Kokkevi ir Stefanis (1995) ([1])
Ispanija	Metadono tarnybos	Asmenys, priklausantys nuo opiatų	150	n. d.	Ribinė būsena: 7 % Antisocialiniai sutrikimai: 6 % Socialinė fobija: 6 % Depresija: 5 %	Ispanijos nacionalinė ataskaita ([1])
Prancūzija	Metadono tarnybos	Asmenys, priklausantys nuo opiatų	3 936	n. d.	Nerimas: 4 % Depresija: 3 % Elgesio sutrikimai: 3 % Mitybos sutrikimai: 2 %	Facy (1999) ([1])
Airija	Stacionarios psichiatrijos tarnybos	Pirmieji priėmimai su diagnoze dėl priklausomybės nuo narkotikų (1996–2001 m.)	1 874	26	Depresija: 21 % Šizofrenija ir kitos psichozės: 11 % Asmenybės sutrikimai: 19 %	Nacionalinė psichiatrijos stacionarų ataskaitų sistema ([1])
Italija	Psichikos sveikatos tarnybos	Narkomanai visą gyvenimą	58	> 22	Nuotaikos sutrikimai: 22 % Nerimas: 21 % Šizofrenija: 16 %	Siliquini ir kt. (2002) ([1])
Liuksemburgas	Specializuotos narkomanijos gydymo tarnybos	Pacientai, anksčiau susidūrę su psichiatrijos tarnybomis, neskaitant detoksikacijos (1996–2002 m.)	380	32	n. d.	AST/RELIS (2002) ([1])
Nyderlandai	Olandijos gyventojai	Priklausantys nuo narkotikų 18–64 metų amžiaus asmenys (1996)	n. d.	n. d.	Depresija: 29 % Socialinė fobija: 29 % Bipoliai sutrikimai: 24 % Distimija: 22 %	Ravelli ir kt. (1998) ([1])
Austrija	Skirtinos gydymo tarnybos (apžvalga)	Narkotikus vartojantys asmenys	n. d.	41–96	Asmenybės sutrikimai, antisocialiniai sutrikimai, ribinė būsena, narcisizmas.	Austrijos nacionalinė ataskaita ([1])
Portugalija	„Xabregas CAT“ gydymo centras	Narkotikus vartojantys asmenys	596	> 73	Neįveikiamo persekiojimo sutrikimas: 73 % Depresija: 72 % Somatizacija: 60 % Paranoidinis mąstymas: 58 %	Portugalijos nacionalinė ataskaita ([1])
Suomija	Ligoninės	Su narkotikais susijęs gydymas ligoninėse (2002 m.)	2 180	29	Paranoidinis mąstymas: 58 % Psichoziniai sutrikimai: 32 % Nuotaikos sutrikimai: 28 % Neurotiniai sutrikimai: 10 % Asmenybės sutirkimai: 29 %	Pacientų paleidimo iš ligoninės registras
Švedija	Lundo universiteto ligoninė	Pacientai detoksikacijos skyriuje (1977–95 m.)	1 052	83	Antisocialiniai sutrikimai: 23 % Bet kuri psichozė: 14 % Depresiniai sutrikimai: 11 %	Fridell (1996) ([1])
Jungtinė Karalystė	Bendruome-nės ir psichiatrinės priklausomybės gydymo tarnybos	Priklausantys nuo narkotikų pacientai, 90 % priklausantys nuo opiatų	1 075	> 33	Psichoziškumas Nerimas Depresija Paranoja	Marsden ir kt. (2000) ([1])

NB: Duomenys paskelbti šioje lentelėje yra iš skirtingų laikotarpių (pvz., paskutinių metų diagnozės).
n. d.: Nėra duomenų.
([1]) Daugiau informacijos apie šį tyrimą galite rasti internete Metinėje ataskaitoje 12 lent. OL: Sergamumo gretutinėmis ligomis šalių lentelės

Norvegijoje atliktame tyrime buvo tirti lyčių skirtumai tarp vienu metu vartojančių kelias narkotines medžiagas asmenų (iš kurių 85 % buvo heroino vartotojai) ir vien tik alkoholį vartojančių asmenų. Imtyje didelė dalis subjektų turėjo psichikos ir asmenybės sutrikimų (93 %). Apskritai moterims dažniau nei vyrams buvo būdinga gili depresija, paprastoji fobija ir ribiniai asmenybės sutrikimai. Antisocialiniai asmenybės sutrikimai buvo labiau būdingi tarp vyriškos lyties kelias narkotines medžiagas vienu metu vartojančių asmenų (Landheim ir kt., 2003).

Paplitimas kalėjimuose ir priverstinis gydymas

Kalėjimo populiacijai reikia skirti ypatingą dėmesį. Psichikos sutrikimų paplitimas, kaip ir narkotikų vartojimo paplitimas, yra žymiai didesnis kalėjimo populiacijoje nei apskritai bendrojoje populiacijoje. Airijoje atliktų tyrimų metu nustatyta, kad 48 % vyriškos lyties ir 75 % moteriškos lyties kalinių turi psichikos sutrikimų, o tarp kalinčių asmenų 72 % vyrų ir 83 % moterų teigia vartojantys narkotikus (Hannon ir kt., 2000). 1999 m. Vienos policijos kardomajame kalėjime 23 % problemiškų narkotikų vartotojų turėjo psichikos problemų (Dialog, 2000). Didelė dalis narkotikų vartotojų atlikę bausmę vėl pradėdavo vartoti narkotikus; be to, pripažįstama, kad įkalinimas pagilina psichikos sveikatos problemas. Griežtojo režimo kalėjimuose situacija dar blogesnė.

Švedijoje nustatyta, kad 72–84 % suaugusiųjų, kuriems buvo skirtas privalomas gydymas nuo narkotikų, ne tik piktnaudžiauja narkotinėmis medžiagomis, bet turi ir psichikos problemų (Gerdner, 2004). Iš 46 narkotinėmis medžiagomis piktnaudžiaujančių mergaičių, kurios buvo priverstinai gydomos vaikų ir jaunimo priverstinio gydymo centre, dviem trečdaliams buvo nustatyta psichiatrinė diagnozė ar asmenybės sutrikimai (Jansson ir Fridell, 2003).

Sergamumo gretutinėmis ligomis gydymo kliūtys

Viena iš pagrindinių kliūčių diagnozuojant ir gydant sergamumą gretimomis ligomis yra ta, kad psichiatrijos srities personalas paprastai turi mažai žinių, kaip gydyti priklausomybę nuo narkotikų, o priklausomybės nuo narkotikų gydymo personalas – mažai informacijos apie psichiatriją. Šių dviejų specialybių paradigmos yra gana skirtingos: viena jų remiasi medicinos ir mokslo disciplinomis, kita – psichosocialiniais metodais ir teorijomis. Be to, psichikos sveikatos tarnybos paprastai siekia užtikrinti individo ir visuomenės saugumą, tuo tarpu su priklausomybe kovojančios tarnybos tikisi, kad pacientai bus suinteresuoti gydytis. Skirtingi išeities taškai dažnai trukdo susidaryti bendrą integruotą šios daugialypės problemos vaizdą.

Kaip kad buvo minėta anksčiau, tiek psichiatrijos srityje dirbantis personalas, tiek nuo piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis gydančios tarnybos nuolatos klysta diagnozuojant gretutinius susirgimus. Kada dvigubą diagnozę turintys pacientai pareiškia norą gydytis, jų ūmūs psichikos sindromai dažnai klaidingai įvertinami, kaip ir dėl narkotinių medžiagų vartojimo atsiradę simptomai, ir atvirkščiai; reiškiniai, atsirandantys nutraukus vartojimą ar apsvaigus nuo narkotinių medžiagų, yra įvertinami kaip psichikos ligos. Labai dažnai psichikos sveikatos darbuotojai yra linkę sergančius gretimomis ligomis asmenis siųsti į priklausomybės centrus, o priklausomybės centrų darbuotojai nedelsdami siunčia šiuos pacientus atgal ar atvirkščiai. Priežiūros tęstinumas tokiomis sąlygomis neįmanomas. Netgi tais atvejais, kada diagnozuojamas sergamumas gretimomis ligomis, gydant tokį ligonį dažnai į tai neatsižvelgiama (Krausz ir kt., 1999). Tokia pati situacija yra ir tada, kai psichiatrijos tarnybos pacientams diagnozuojamas piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis – ten šie pacientai nėra gydomi nuo priklausomybės narkotikams (Weaver ir kt., 2003). Darant tokius apibendrinimus, žinoma, negalima neatsižvelgti į tai, kad kai kurios psichiatrijos ir narkotikų tarnybos pasiekia labai gerų rezultatų gydydamos pacientus, kuriems diagnozuotas sergamumas gretimomis ligomis.

Be to, narkotikų vartotojai, juos atpažinus, dažnai sutinkami priešiškai psichiatrijos tarnybose ir juos gali atsisakyti priimti gydyti, taip gali nutikti ir nuolat narkotines medžiagas vartojantiems ar gydomiems pakaitalais asmenims. Taip pat vartotojams gali būti nutrauktas gydymas nuo narkotikų priklausomybės, jei jie turi psichikos problemų. Pavyzdžiui, Ispanijoje dauguma psichiatrijos tarnybų neteikia paslaugų piktnaudžiaujantiems narkotinėmis medžiagomis asmenims, o personalas neturi reikiamų žinių. Austrijoje atlikus tyrimą paaiškėjo, kad tik nedaugelis psichoterapeutų yra linkę priimti gydytis priklausomus nuo narkotikų asmenis (Springer, 2003). Italijos atskaitoje nurodyta, kad nėra aiškių taisyklių, nustatančių, kada reikia siųsti gydytis pacientus iš narkotikų priklausomybės tarnybų į psichikos sveikatos tarnybas; be to, psichikos sveikatos tarnybos prieštarauja tokiai veiklai, nes turi mažai kompetencijos. Norvegijoje sunku nustatyti atvejus, kada žemo slenksčio narkotikų tarnybos siuntė asmenis psichiatriniam gydymui.

Graikijoje 54 % gydymo nuo narkotikų priklausomybės programų atsisakoma gydyti narkotikų vartotojus, turinčius psichikos sutrikimų. Slovėnijoje ir kitose šalyse gydant pagal gyvenamąją vietą ir taikant programą be narkotikų, būtina priėmimo sąlyga yra ta, kad pacientai nevartotų jokių narkotikų. Pacientams, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, tai yra rimta kliūtis, kadangi visiška abstinencija reikalauja nutraukti bet kokį kitą gydymą, o tai ne visada įmanoma.

Gydymo struktūros

Tarptautinėje literatūroje aprašyti trys gretutinių ligų gydymo modeliai:

1. *Nuoseklus ar serijinis gydymas.* Psichikos sutrikimai ir piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis gydomi vienas po kito, o tarnybos tarpusavyje mažai bendrauja. Pacientai pirmiausia yra gydomi dėl didžiausių problemų, o užbaigus šį gydymo etapą, gydomi kiti sveikatos sutrikimai. Tačiau vadovaujantis šiuo modeliu pacientai gali būti siunčiami iš vienos tarnybos į kitą, o jų gydymo poreikiai taip ir lieka nepatenkinti.

2. *Lygiagretus gydymas.* Vienu metu gydomi du skirtingi sutrikimai, o narkotikų ir psichikos sveikatos tarnybos teikdamos paslaugas veikia kartu. Dažnai šiuo atveju taikomi skirtingi terapijos metodai ir gali atsitikti taip, kad psichiatrinis gydymo modelis gali konfliktuoti su psichologiniu-socialiniu gydymo nuo narkotikų paslaugų pobūdžiu.

3. *Integruotas gydymas.* Gydoma psichiatrijos įstaigose ar įstaigose, kuriose teikiamas priklausomybės nuo narkotikų gydymas. Taip pat gydymas gali būti teikiamas pagal specialią sergamumo gretutinėmis ligomis programą ar tokio pobūdžio tarnybose. Vengiama siuntimo iš vienos gydymo įstaigos į kitą. Gydant taikomos motyvacinės ir elgsenos intervencijos, recidyvų prevencija, farmakologinė terapija ir socialiniai metodai (Abdulrahim, 2001).

Tikrovėje gydymą nuo gretutinių ligų ES, kaip kad nurodyta nacionalinėse ataskaitose, nėra taip paprasta suskirstyti į šias tris grupes. Integruotą gydymą galima vertinti kaip siektiną tobulą modelį, tačiau jis dar yra gana retas. Atitinkami tyrimai dažnai atliekami ne Europoje. Australijos Nacionalinio pacientų, sergančių gretutinėmis ligomis, projekto (*Commonwealth Department for Health and Ageing,* 2003) literatūros analizė leidžia teigti, kad gretutinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūros ir gydymo paslaugų teikimo metodai nėra nei nuosekliai tyrinėti, nei kruopščiai įvertinti. Iš dalies taip yra todėl, kad sunku tirti žmones, kurie vienu metu serga psichikos liga ir piktnaudžiauja narkotikais; be kitų priežasčių nurodomas ir nepastovus jų gyvenimo būdas. Kita literatūros apžvalga leidžia daryti išvadą, kad integruotas gydymas žmonėms, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, duoda gerų rezultatų tiek gydant psichikos sutrikimus, tiek ir priklausomybę nuo narkotikų (Drake ir kt., 1998). Tik viename tyrime buvo lyginti integruotas ir lygiagretus gydymai, tačiau nenustatyta reikšminio skirtumo, o integruotas ir nuoseklus gydymai nebuvo iš viso lyginti.

Nuoseklus gydymas

Kai kurie specialistai Danijoje (Andreason, 2002), Jungtinėje Karalystėje (*Department of Health*, 2002a) ir Norvegijoje (*Sosial- og helsedepartementet*, 1999) mano, kad gydymo įstaigose, bent jau tose, kurios skirtos rimtų psichikos problemų turintiems ir narkotinėmis medžiagomis piktnaudžiaujantiems asmenims, turėtų būti teikiama psichiatrų ir galbūt kviestinių narkotikų specialistų pagalba. Danijoje egzistuoja formalūs ryšiai tarp psichiatrinių ligoninių ir vietos narkotikų tarnybų. Liuksemburge ir Norvegijoje psichiatrinės tarnybos ėmėsi tam tikrų priemonių, kad pradėtų gydyti individus, kuriems diagnozuota ankstyva šizofrenijos stadija ir kurie turi rimtų piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis problemų, nes tyrimai parodė, jog ankstyvas gydymas gerina prognozę.

Čekijos Respublikos nacionalinėje ataskaitoje teigiama, kad priklausomybės nuo narkotikų problemos paprastai turėtų būti sprendžiamos skubiau nei psichikos problemos, kadangi psichikos sutrikimus gydyti daug sunkiau, kai priklausomybė iškreipia įprastą klinikinį vaizdą. Vis dėlto dabar 10–20 % Čekijoje besigydančių nuo narkotikų priklausomybės pacientų vartoja ir psichiatro paskirtus vaistus, o tai būtų buvę neįtikėtina prieš kelerius metus. Graikijoje nuo narkotikų priklausomybės gydomi pacientai taip pat labai retai gauna ir vaistus, skirtus psichikos simptomams gydyti. Tačiau Graikijos teisėsaugos sistemoje vyrauja nuomonė, kad psichikos sutrikimai yra dažnesni nei priklausomybė nuo narkotikų, todėl gretutinėmis ligomis sergantys pažeidėjai gydomi psichiatrinėse ligoninėse, kurios yra kalėjimuose arba bendruomenėje (K. Matsa, privatus pokalbis, 2004). Ispanijoje narkomanais rūpinasi narkotikų vartotojų gydymo sistemos specialistai, o į psichiatrines įstaigas jie siunčiami tik tuomet, kai sutrikimai yra labai rimti ir todėl juos reikia hospitalizuoti.

Kai kurie specialistai ilgą laiką manė, kad gydant priklausomybę nuo narkotikų reikia vengti farmakologinės terapijos, kadangi gali kilti jungtinės priklausomybės (pvz., nuo heroino benzodiazepinų) grėsmė, tačiau ši nuomonė jau keičiasi (pvz., Popov, 2003). Kai kuriais atvejais pastebima tendencija skirti psicho-farmakologinį gydymą visiems narkotikų vartotojams; iš dalies taip atsitinka dėl to, kad trūksta laiko atlikti būtinus tyrimus. Austrijos nacionalinėje ataskaitoje nurodyta, kad narkotikų vartotojų nedrausmingumas apsunkina psichikos sutrikimų farmakologinį gydymą. Be to, jei nėra tinkamos priežiūros, vienu metu vartojant narkotines medžiagas ir vaistus gali atsirasti sąveika tarp nelegalių bei paskirtų vaistų arba paskirtų vaistų poveikis bus neutralizuojamas.

8 lentelė: Integruoto gydymo paslaugos įvairiose Europos valstybėse

Valstybė	Integruoto gydymo paslaugos
Belgija	Integruotų paslaugų vystymas įgyvendinamumo tyrimo stadijoje
Vokietija	Pirmosios iniciatyvos – prieš 20 metų. Integruoto gydymo naudingumas vis dar nėra pakankamas
Graikija	Viena integruota programa pradėta 1995 m. Ji suteikia dvi skirtingas gydymo galimybes, priklausomai nuo psichiatrinio sutrikimo sunkumo. Rezultatai buvo teigiami
Ispanija	2002 m. 185 centrai rūpinosi 4 803 asmenimis sergančiais gretutinėmis ligomis. Viena specializuota integruota įstaiga Katalonijoje ir viena reabilitacinė grupė Kantabrijoje, skirtos gretutinėmis ligomis sergantiems pacientams, kuriems reikia psichiatrinio gydymo
Nyderlandai	Du specializuoti stacionarų integruoto gydymo skyriai. Vyksta proceso įvertinimas, taip siekiant sukurti geriausią praktiką
Austrija	Bendradarbiavimas tarp narkotikų tarnybos ir gretutinių psichiatrijos ligoninių; dalis ligoninės psichologų dirba narkomanijos gydymo įstaigoje. Pacientai paliekami narkomanijos gydymo įstaigose ir nukreipiami į psichiatrijos ligoninę tik tada, jei psichiatriniai simptomai tampa pernelyg sunkūs
Jungtinė Karalystė	Keletas integruotų tarnybų skirtingų bendruomenių aplinkose. Paskirti keli narkologijos ir psichiatrijos specialistai, dirbantys priklausomybės ligų centruose arba psichikos sveikatos komandose
Norvegija	Vienas integruotas projektas, prijungtas prie Oslo psichiatrijos centro. Tolesni tyrimai ir vertinimas iki dvejų metų, sutelkiant dėmesį ties pagrindiniais poreikiais – būstu, darbu, socialinėmis garantijomis ir socialiniais ryšiais

Lygiagretus gydymas

Nėra įprasta, kad gydant lygiagrečiai atsakomybe už vieną pacientą dalytųsi ir psichikos sveikatos, ir narkotikų tarnybos. Tačiau vietos darbo grupėse yra ir narkotikų, ir psichikos sveikatos tarnybų atstovų, kurie svarbūs kaip tarpininkai keičiantis informacija, bendradarbiaujant ir užmezgant kontaktus. Prancūzijoje, Italijoje ir Nyderlanduose oficialiai priimti įstatymai ar protokolai įpareigoja narkotikų tarnybas palaikyti glaudžius santykius ir pageidautina, kad jų atstovai sudarytų formalų susitarimą su psichiatrinėmis įstaigomis dėl pacientų siuntimo gydytis procedūrų ir keitimosi klinikine informacija (Olin ir Plaisait, 2003). Tačiau daugiau nei pusė olandų pacientų, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, mano, kad tokie susitarimai neturės poveikio geresnei priežiūrai (Van Rooijen, 2001).

Liuksemburge ir Austrijoje gydymo nuo priklausomybės nuo narkotikų įstaigų personalas gali ir toliau sekti savo pacientus, nusiųstus į psichiatrines ligonines. Jungtinės Karalystės gairėse pabrėžiama, kad tiek narkotikų priklausomybės, tiek psichikos priežiūros tarnybų specialistai turėtų dalyvauti planuojant pacientų, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, priežiūrą, taip siekiant išsiaiškinti gydymo prioritetus (Sveikatos departamentas, 2002a).

Integruotas gydymas

Pagal šį modelį viena specialistų komanda gydo abu sutrikimus. Tai didelis privalumas, nes pacientas nesusiduria su dviem skirtingais nurodymais. Kai kuriose šalyse kelių sutrikimų gydymą kontroliuoja atskiros administracinės (pvz., Ispanijoje) ar skirtingos finansinės sistemos (pvz., Vokietijoje), o tai labai apsunkina tokią integraciją.

Daugelyje šalių yra tik kelios specializuotos integruotos programos ar skyriai pacientams, sergantiems gretutinėmis ligomis, o paklausa visiškai neatitinka pasiūlos. Tai atsispindi 8-oje lentelėje, kurioje pateikta turima informacija.

Dažniausiai integruotas gydymo metodas įgyvendinamas įdarbinant psichiatrus priklausomybės nuo narkotikų gydymo tarnybose ir (arba) narkotikų tarnybų darbuotojus psichikos sveikatos tarnybose.

Toks sprendimas labai tinka mažesniems regionams, kur steigti specializuotas, integruotas klinikas nėra perspektyvus sprendimas. Nuo 2002 m. Ispanijoje priklausomybės nuo narkotikų tarnybose dirbantys bendrosios praktikos gydytojai gali įsigyti „psichiatrijos specialisto“ kvalifikaciją, jei tik išlaiko egzaminą ir turi oficialiai patvirtintus įrašus apie jų patirtį su turinčiais psichikos sutrikimų pacientais. Portugalijoje bent vienas gydymo centro, kuris siekia gauti akreditaciją bei gydymo sertifikatą, darbuotojas turi būti psichiatrijos specialistas. Tačiau ne visi psichiatrijos specialistai, dirbantys priklausomybės nuo narkotikų gydymo centruose, turi specialistui būtinų žinių ir patirties, todėl gali būti reikalingas tolimesnis jų mokymas.

Gydymo vadyba

Gydymo vadyba – gydymo koordinavimas, kuriuo siekiama užtikrinti individualų nuoseklų ar serijinį gydymą bei padėti pacientui susiorientuoti gydymo sistemoje – ES vis dar retai taikoma. Prancūzijoje bendradarbiaujama tarp gydymo nuo narkotikų priklausomybės ir psichiatrijos

tarnybų, siekiant bendrai organizuoti pacientų priėmimą į gydymo įstaigas ir bendrai spręsti apie pacientų, kuriems diagnozuoti psichikos sutrikimai ir priklausomybė nuo narkotikų, gydymo metodus; tačiau toks bendradarbiavimas dažnai taikomas tik konkrečiais atvejais. Liuksemburge, taip pat ir Nyderlanduose specialistai pripažino, kad gydymo vadyba yra pats veiksmingiausias metodas gydant pacientus, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, tačiau jis atima daug laiko ir pastangų bei reikalauja specialaus darbuotojų pasiruošimo. Tačiau dabar kai kuriose šalyse diegiamas gydymo vadybos tipas vadinamas „įtaigiu bendruomenės gydymu“ (žr. toliau).

Gydymo metodai ir jų taikymas

Gydant gretutinius susirgimus susiduriama su įvairiomis problemomis, ypač daug pastangų reikalaujama iš personalo ir dažnai nematyti apčiuopiamų rezultatų. Pacientus sunku valdyti dėl jų griaunamojo ir agresyvaus socialinio elgesio, ypač tuos, kurių asmenybės sutrikimai yra „dramatiškesni“, ir dėl pacientų emocinio nestabilumo. Priešinimasis ar nesugebėjimas paklusti gydymo taisyklėms ir reikalavimams, pavyzdžiui, lankytis pas gydytoją ar vartoti vaistus, yra įprastas reiškinys, o dėl to atsiradusį nusivylimą gydymu dar pagilina nenusisekę asmeniniai santykiai. Sėkmingų išgijimo atvejų yra nedaug, o nebaigusių gydymo pacientų skaičius didelis, todėl gydymas užima daug laiko ir pastangų bei nuvilia personalą, kuris irgi dažnai būna nekantrus, užgniaužia agresiją ar jaučia išsekimo simptomus. Trūkstant tolimesnių gydymo procedūrų ir tolimesnės priežiūros pradedama vėl vartoti narkotikus, psichikos sutrikimai ir piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis dažnai tampa chroniški. Iš kitos pusės, pacientai daug kartų patyrė neigiamą paramos tarnybų reakciją ir dėl to gali būti nelinkę ar vengti gydytis.

Nepaisant sudėtingumo specialistai nuolat ieško ir plėtoja veiksmingesnius gydymo metodus. Nuolatinės diskusijos tarp atskirų tarnybų bei intensyvus bendradarbiavimas galėtų padėti išvengti personalo abipusio supratimo trūkumo. Tokie susitikimai visiems dalyvaujantiesiems suteikia daugiau informacijos apie pacientus ir padeda pasirinkti geriausią priežiūros taktiką ir strategiją. Gydymo kokybė yra svarbiausias veiksnys siekiant teigiamų rezultatų.

Kaip ir daugelyje su narkotikų vartojimu susijusių sričių, taip ir sergamumo gretutinėmis ligomis srityje apskaita, vertinimas ir tyrimai yra labai apleisti. Turimi duomenys toli gražu neparodo, kuris gydymo būdas yra sėkmingiausias. Cochrane grupė apžvelgė psichosocialinio gydymo programas (Ley ir kt., 2003). Ši medžiaga buvo gana ribota: šeši tyrimai, iš kurių keturi labai mažos apimties, be to, visi jie buvo nekokybiškai parengti ir aprašyti. Pagrindinė išvada – „nėra jokių įtikinamų įrodymų, kurie parodytų kokios nors piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis programos, skirtos sergantiems rimtais psichikos sutrikimais, pranašumą lyginant su įprasta priežiūra“. Išvadose teigiama, kad „sunkiais psichikos sutrikimais sergantiems pacientams naujų specializuotų programų diegimas turi būti pagrįstas gerai parengtais ir kontroliuojamais klinikiniais tyrimais“.

Plačioje tarptautinių piktnaudžiavimo alkoholiu ir narkotinėmis medžiagomis tyrimų apžvalgoje nurodyta, kad tik aštuoni atsitiktinės imties tyrimai nagrinėjo nuo narkotikų priklausomų asmenų ūmius psichikos sutrikimus (Jansson ir Fridell, 2003). Iš gydymo programos pasitraukė labai daug asmenų dar netgi jai neprasidėjus. Trumpalaikis stebėjimas parodė, kad gydant pagal gyvenamąją vietą, ypač terapinėse bendruomenėse, pagerėjo gyvenimo kokybė ir sumažėjo piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis atvejų, bet ne psichikos sutrikimų simptomų.

Kai kurie bruožai tinka visoms gydymo situacijoms. Toliau pateiktos įvairiose šalyse paskelbtų atsitiktinės imties tyrimų apžvalgų ir meta-analizių rekomendacijos apie gydymą nuo narkotikų priklausomybės (Berglund ir kt., 2003):

1. Reikia nuolat siekti, kad keistųsi narkotikų vartojimo įpročiai.
2. Intervencijos privalo turėti aiškią struktūrą.
3. Intervencijos turi trukti pakankamai ilgai, kad būtų įuntamas jų poveikis.
4. Intervencijos turėtų trukti mažiausiai tris mėnesius ar net ilgiau.

Dviguba diagnozė įtraukta į Jungtinės Karalystės Sveikatos departamento gaires (Department of Health, 2002b) ir į tyrimų projektus bei literatūros apžvalgas (pvz., Crawford, 2001). Tačiau daugiausiai tyrimų duomenų gauta iš Šiaurės Amerikos, o Jungtinėje Karalystėje pateiktos Crawfordo santraukos sudaro tik 10 %.

Nyderlanduose atlikus tarptautinių tyrimų apžvalgą nustatyta, kad įtaigus bendruomenės gydymas yra veiksmingas gydymo vadybos modelis, kuriame yra struktūriniai (atvejų nagrinėjimo, komandinio darbo ir bendradarbiavimo su kitais sveikatos specialistais), organizaciniai (aiškių atrankos kriterijų, riboto naujų pacientų priėmimo ir 24-ių valandų krizių intervencijos) ir turinio (kasdieninių situacijų paramos ir priežiūros, aktyvaus metodo bei dažnų kontaktų) aspektai (Wolf ir kt., 2002). Jungtinės Karalystės Birmingemo mieste įtaigaus bendruomenės gydymo komandos yra mokomos

naudojant gydymo nurodymų vadovus bei taikant pažintinį ir elgesio gydymą. Komandos vykdo intervencijas, kurių metu joms teikiama pagalba, o jų darbas vertinamas pagal eigą ir rezultatus (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). Norvegijoje šiuo metu veikia kelios bandomosios integruotos komandos, užsiimančios įtaigiu bendruomenių gydymu.

Žemiau pateiktoje apžvalgoje yra „Reitox" nacionalinių biurų duomenys apie geriausią gydymo patirtį:

- Tęstinis 219-os opiatų priklausomybę turinčių asmenų gydymo Hamburgo narkotikų tarnybose tyrimas parodė, kad heroino ir kokaino vartojimas per pastaruosius dvejus metus sumažėjo. 47 % – tai teigiamas pokytis psichiatrinių sutrikimų srityje (Krausz ir kt., 1999).
- Italijoje atliktas tyrimas parodė, kad gydant pagal metadono programą pacientus, turinčius tiek aiškių, tiek nežymių psichikos simptomų, gydymo rezultatai nelabai skyrėsi, jei vertintume pagal susilaikymo ar heroino vartojimo kriterijus. Tačiau atrodo, kad pacientams, kurių psichikos sutrikimai labiau išreikšti, reikalingos didesnės nei vidutinės metadono dozės (Pani ir kt., 2003).
- Dialektinė elgesio terapija ([173]) yra gydymo būdas, kuris labiausiai tinka priklausomoms nuo narkotikų moterims, turinčioms aiškių ribinių asmenybės sutrikimų ir (arba) kurios yra linkusios žudytis. Tačiau duomenis apie tai pateikia tik keli tyrimai. Nyderlanduose atliktas kontroliuojamas dialektinės elgsenos terapijos tyrimas parodė, kad tiek eksperimentinėje, tiek grupėje, kuri gydyta „įprastu būdu", pastebėtas savęs žalojimo elgesio epizodų sumažėjimas. Eksperimentinėje grupėje pastebėtas žymus alkoholio vartojimo sumažėjimas, tačiau narkotikų vartojimo įpročių pokyčių nepastebėta (Van den Bosch ir kt., 2001).
- Švedijoje atliktas tyrimas, kurio metu buvo pakartotinai naudojamas ASI klausimynas, parodė, kad gydymui taikant ilgalaikį kokybės valdymo modelį, praėjus dvejiems metams po gydymo pabaigos, 46 % pacientų buvo abstinentai. Pagal ASI klausimyną pacientai, kuriems buvo nustatyta dviguba diagnozė, turėjo labiau išreikštus problemų požymius nei pacientai, kuriems nebuvo diagnozuota psichozė. Apskritai asmenybės bruožai ir simptomai nedaug pasikeitė, tačiau daugumos tęstinės priežiūros pacientų gyvenimo kokybė pagerėjo ir gyvenimas tapo stabilesnis (Jonsson, 2001).
- Jungtinėje Karalystėje Barrowclough ir kt. (2001) nustatė, kad motyvuoto pašnekesio, kognityvinės ir elgesio terapijos ir šeimos intervencijos derinimas padėjo pacientams, kurie sirgo šizofrenija ar turėjo piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis sutrikimų.
- Apžvelgus Norvegijos pacientų, sergančių gretutinėmis ligomis, tyrimus, nustatyta, kad agresyvų ir impulsyvų elgesį geriausia gydyti naudojant konfrontacinę struktūrinę grupės terapiją, kai ji derinama su šeimos terapija. Sergantiems depresija ar jaučiantiems nerimą pacientams naudingesnė buvo individuali ir palaikanti grupinė psichoterapija (Vaglum, 1996).

Tyrimai

Neseniai pradėtas dvigubos diagnozės tiriamasis projektas pagal Europos komisijos Penktąją struktūros tyrimų ir pokyčių programą. Šiame perspektyviame, daugelyje centrų vykdomame tyrime dalyvauja Danija, Prancūzija, Lenkija, Škotija, Anglija ir Suomija. Juo siekiama aprašyti pacientams, kuriems nustatyta dviguba diagnozė, skirtas paslaugas septyniose Europos psichiatrinėse įstaigose ir palyginti per 12 mėnesių nustatytus sergamumo bei tokių paslaugų naudojimosi rodiklius tarp dvigubos diagnozės ir vienos diagnozės pacientų. Išvadose bus nagrinėjama priklausomybės stiprumas, psichikos simptomai, paklusimas gydytis, psichosocialinis elgesys, socialiniai tinklai, atkritimas ir mirtingumas. Rezultatus tikimasi gauti 2005 m. ([174]).

Mokymas

Daugelyje šalių mokant gydytojus ir medicinos seseris suteikiama mažai žinių apie priklausomybę nuo narkotikų, dar mažiau apie sergamumą gretutinėmis ligomis. Italijoje pradėta dažniau kartu mokyti psichikos sveikatos ir narkotikų gydymo srityse dirbantį personalą. Nyderlanduose Trimbos institute organizuojami kursai tiek priklausomybės nuo narkotikų, tiek psichikos sveikatos įstaigų specialistams, kurie dalyvauja gydant pacientus, sergančius gretutinėmis ligomis. Kitos šalys praneša apie kvalifikacijos kėlimo kursus, tačiau jie retai rengiami, dažnai žemo lygio.

Jungtinėje Karalystėje Karališkasis psichiatrijos koledžas pradėjo analizuoti įvairių specialistų grupių iš psichikos sveikatos ir narkotikų tarnybų mokymo poreikius (Mears ir kt., 2001). 55 % dalyvių teigė, kad jie nebuvo tinkamai parengti darbui su pacientais sergančiais gretutinėmis ligomis ir išreiškė norą toliau mokytis.

([173]) Dialektinė elgesio terapija (DET) – tai plataus masto kognityvinių ir elgesio terapijos strategijų taikymas sprendžiant ribinio asmenybės sutrikimo (RAS) problemas bei savižudybės epizodus.

([174]) Žr. http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Nuorodos

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service, London.

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, Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. ir Vaglum, P. (2003), 'Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance independent mental disorders?', *Alcohol and Alcoholism* 38, p. 54–9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. ir kt. (2001), 'Randomised controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia', *American Journal of Psychiatry* 158, p. 1706–13.

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, Milan, 5–7 February 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), Escapad, OFDT, Paris.

Beck, F. ir Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*, Escapad 2002, OFDT, Paris.

Benschop, A., Rabes, M. ir Korf, D. (2002), *Pill testing — ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Berglund, M. ir kt. (ed.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley, London.

Berthel, T. (2003), ‚Psychiatrische Komorbidität', in: Beubler, E., Haltmayer, H. ir Springer, A. (eds.) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienna.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. ir kt. (2000), 'Overdosing on opiates. Thematic review. Part I — causes', *Drug and Alcohol Findings*, Issue 4, p. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. ir kt. (2001), 'Overdosing on opiates. Thematic review. Part II — prevention', *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, p. 4–18.

Beutel, M. (1999), 'Sucht und sexueller Missbrauch', *Psychotherapeut* 44, p. 313–9.

Bird, S. ir Rotily, M. (2002), 'Inside methodologies for counting bloodborne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons', *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. ir Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.

Bronisch, T. ir Wittchen, H.-U. (1998), 'Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen', *Suizidprophylaxe* 1, p. 22–26.

Chinman, M., Imm, P. ir Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Monica.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, United Nations, Economic and Social Council, Vienna.

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', Commonwealth of Australia, Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists, London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. ir kt. (2004), 'Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study', international report from the 2001/02 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No 4, WHO Europe, Geneva.

Deehan, A. ir 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 (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health, London.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services*, full report for consultation, Department of Health, London.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog — Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Vienna.

Dolan, K. (1997–98), 'Evidence about HIV transmission in prisons', *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3–4, p. 32–8.

Dolan, K., Rutter, S. ir Wodak, A. D. (2003), 'Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development', *Addiction* 98, p. 153–8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. ir kt. (1998), 'Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders', *Schizophrenia Bulletin* 24, p. 589–608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Jan./Feb. 2004.

Dusenbury, L. ir Falco, M. (1995), 'Eleven components of effective drug abuse prevention curricula', *Journal of School Health* 65, p. 420–5.

Eland, A. ir Van de Glint, G. (2001), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut, Utrecht.

ENNSC (2001), 'Cocaine and crack (special issue)', In *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2003b), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2003c), 'Hepatitis C: a hidden epidemic', *Drugs in focus No 11*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — meeting with international organisations*, 24 June 2003, Lisbon (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

ENNSC (2004a) *European report on drug consumption rooms*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2004b), 'Deaths', *Drugs in focus No 13*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2004c), 'An overview of cannabis potency in Europe', *EMCDDA Insights 6*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

ENNSC (2004d), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Emmanuelli, J. (2003), 'Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv', in: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. ir kt. (eds.), *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, p. 263–7, OFDT, Paris.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D. ir kt. (2001), 'Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid', *European Journal of Epidemiology* 17, p. 573–80.

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.

Europolas (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol, The Hague.

Europolas (2003), *European Union organised crime report*, Europol, The Hague.

Europos Komisija (1999), *Evaluating socioeconomic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Europos Komisija (2003), *Evaluating EU activities — a practical guide for Commission services*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK, Paris.

Farrell, M. (2002), *Final evaluation of the pilot drug court*, Courts Service, Dublin.

FATF (2003a), *Annual report 2002–03* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF, Paris.

Flay, B. (2000), 'Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change', *Addictive Behaviours* 25, p. 861–6.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996), 'Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare', *SoS-rapport* 1996, 14, Socialstyrelsen, Stockholm.

Gerdner, A. (2004), 'Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittillsvarande studier', Bilaga 4 till LVM-utredningen, *SOU*, 2004, 3, *Tvång och förändring — Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*, Socialdepartementet, Stockholm.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. ir 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), p. 79–84.

Gore, S. M. (1999), 'Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin', *Lancet* 354, p. 1265–6.

Hall, W., Degenhardt, L. ir Lynskey, M (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series No 44, second edition, Commonwealth of Australia, Canberra.

Hannon, F., Keleher, C. ir Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prison population*, Stationery Office, Dublin.

Hansen, W. (1992), 'School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum', 1980–90, *Health Education Research 7*, p. 403–30.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S. ir kt. (2000), *The 1999 ESPAD report: The European school survey project on alcohol and other drugs*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. ir kt. (2004), 'Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002', *Eurosurveillance Weekly* 8 (4), 22 January 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, United Nations, INCB, New York.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, United Nations, INCB, New York (http://www.incb.org).

Interpolas (2002), *Activities report*, Interpol, Lyons.

Jansson, I. ir Fridell, M. (2003), 'Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden', *SiSrapport* 1/03, Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

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', 1–2 May 2003, Barcelona.

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. ir kt. (2001), 'Mentalsubstance co-morbidities in the ICPE surveys', *Psychiatrica Fennica* 32, p. 62–79.

Kokkevi, A. ir Facy, F. (1995), 'Personality traits and psychopathology in drug addiction', *European Addiction Research* 1, p. 194–8.

Kokkevi, A. ir Stefanis, C. (1995), 'Drug abuse and psychiatric comorbidity', *Comprehensive Psychiatry* 36, p. 329–37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. ir kt. (2003), 'Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age?' (report).

Krausz, M. (1996), 'Old problems — new perspectives', *European Addiction Research* 2, p. 1–2.

Krausz, M. (1999a), 'Editorial. Addiction and mental health', *European Addiction Research* 5, p. 53–4.

Krausz, M. (1999b), 'Komorbidität — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen', in: Bellebaum, Jellinek, C. ir Westermann, B. (eds.), *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, p. 100–14, Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. ir Degkwitz, p. (1999), 'Psychiatric co-morbidity in opiate addicts', *European Addiction Research* 5, p. 55–62.

Landheim, A. S., Bakken, K. ir Vaglum, P. (2003), 'Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among polysubstance abusers and pure alcoholics', *European Addiction Research* 9, p. 8–17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. ir Arner, O. (1997), 'A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings', *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, p. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. ir Siegfried, N. (2003), 'Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse', Cochrane Review, *The Cochrane Library*, Issue 4, Wiley, Chichester, United Kingdom.

Liappas, J. (2001), 'Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem', *Itaca* 6, p. 9–22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. ir Farrell, M. (2004a), 'Carbamazepine for cocaine dependence', Cochrane Review, *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O. ir Farrell, M. (2004b), 'Antidepressants for cocaine dependence', Cochrane Review, *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. ir Begley, C. (2004), 'Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons', *International Journal of Drug Policy*, spausdinama.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. ir kt. (2000), 'Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence', intake data from the national treatment outcome study, *British Journal of Psychiatry* 176, p. 285–9.

McIntosh, C. ir Ritson, B. (2001), 'Treating depression complicated by substance misuse', *Advances in Psychiatric Treatment* 7, p. 357–64.

McVeigh, J., Beynon, C. ir 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, p. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. ir kt. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists, London.

Migliori, G. B. ir Centis, R. (2002), 'Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries', *Monaldi Archive of Chest Diseases* 57, p. 285–90.

Morel, A. (1999), 'Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie', *Interventions* 72, p. 35–40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group drug court project, Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press, Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. ir Johnson, S. (2003), 'What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?' in: Murray, R., Jones, P., Susser, E. ir kt. (eds.), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge.

Neale, J. ir Robertson, M. (2004), 'Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11 (1), p. 79–90.

Nestler, E. J. (2001), 'Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction', *Nature Reviews Neuroscience* 2 (2):119–28.

Öjehagen, A. ir 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', in: Carrà, G. and Clerici, M. (eds.) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext, Paris.

Olin, N. ir Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat, Paris.

Origer, A. ir 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, Luxembourg.

Paglia, A. ir Room, R. (1999), 'Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations', *Journal of Primary Prevention* 20 (1), p. 3–50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G. ir kt. (2003), 'Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence', *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, p. 23–36.

Pedersen, M. U. (2001), *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder*, Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Ārhus.

Popov, P. (2003), 'Alkohol', kn.: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti — mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR — NMC, Prague.

Ravelli, A., Bijl, R. V. ir 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, p. 531–44.

„Reitox" nacionalinės ataskaitos (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernjndez, C. ir kt. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, p. 303–29.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. ir Garretsen, H. F. L. (2004), 'When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style', *Drugs and Alcohol Today,* Vol. 4, spausdinama.

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. ir kt. (1999), 'Co-abuse of opiates and benzodiazepines', *Irish Journal of Medical Science* 168, p. 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 finding* (http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. ir kt. (2003), 'Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002', *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, p. 519–24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. ir kt. (2000), 'Cocaine misuse treatment in England', *International Journal of Drug Policy* 11, p. 203–15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. ir Faggiano, F. (2002), 'Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo', in: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte — Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, Turin.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment*, Treatment monitoring conference, EMCDDA, Lisbon.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte, in: Beubler, E., Haltmayer, H. ir Springer, A. (eds.) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienna.

Stothard, B. ir Ashton, M. (2000), 'Education's uncertain saviour', *Drug and Alcohol Findings* 3, p. 4–7, 16–20.

Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*, Endbericht, Institute for Drugs Research (BISDRO), University of Bremen, Bremen.

Stöver, H. ir Nelles, J. (2003), 'Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons', *International Journal of Drug Policy* 14, p. 437–44.

Ter Bogt, T. ir Engels, R. C. M. E. (2004), 'Party style: notice for and effects of MDMA at rave parties', *Substance Use and Misuse, spausdinama.*

Tobler, N. (2001), 'Prevention is a two-way process', *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, p. 25–7.

Tobler, N. ir Stratton H. H. (1997), 'Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research', *Journal of Primary Prevention* 18 (1), p. 71–128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. ir Ochshorn, P. (2000), 'School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis', *Journal of Primary Prevention* 20: p. 275–336.

Uchtenhagen, U. ir Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management,* Urban & Fischer Verlag, Munich.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC and Government of Morocco (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, United Nations, New York.

Vaglum, P. (1996), 'Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies', *Psychiatric Fennica* 27, 55–67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. ir Van den Brink, W. (2001), 'Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates', *Journal of Personality Disorders* 15, p. 416–24.

Van Rooijen, M. (2001), 'Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek', *Psy* 5, p. 24–8.

Verheul, R. (2001), 'Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders', *European Psychiatry* 16, p. 274–82.

WCO (2003a), *Drug routes from central Asia to Europe* (available on the WCO website: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*, WCO, Brussels.

WCO (2003c), *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. ir kt. (2003), 'Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services', *British Journal of Psychiatry* 183, p. 304–12.

WHO (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO, Geneva.

Wiessing, L. ir Kretzschmar, M. (2003), 'Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic?', *International Journal of Drugs Policy* 14, p. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J. J. ir Kinsella, A. (1990), 'Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance', *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, p. 45–6.

Wolf, J., Mensink, C. ir Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht.

Zuckerman, J. (2003), 'The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations', *Drugs* 63, p. 1779–84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. ir Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*, Lambertus, Freiburg.

Nacionaliniai „Reitox“ biurai

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-01119 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (370-5) 266 14 00 — Fax (370-5) 266 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

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, 2004

2004 m. metinė ataskaita: narkotikų problema Europos Sąjungoje ir Norvegijoje

Liuksemburgas: Europos Bendrijų oficialiųjų leidinių biuras
2004 — 113 p. — 21 × 29,7 cm
ISBN 92-9168-209-8

PARDAVIMAS IR PRENUMERATA

Oficialiųjų leidinių biuro leidžiamų mokamų leidinių galima įsigyti mūsų pardavimo kioskuose visame pasaulyje.

Kaip galima įsigyti konkrečių leidinių?

Gavę pardavimo kioskų sąrašą, išsirinkite jus dominantį ir susisiekę su juo pateikite užsakymą.

Kaip gauti pardavimo kioskų sąrašą?

- Žiūrėkite Oficialiųjų leidinių biuro svetainę internete: http://publications.eu.int/
- Pateikite prašymą faksu (352) 2929-42758 ir gausite atspausdintą sąrašą.

16 17 5 TD-AC-04-001-LT-C

Apie ENNSC

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) yra viena iš Europos Sąjungos decentralizuotų agentūrų. Agentūra buvo įsteigta 1993 m., jos būstinė yra Lisabonoje. Ši agentūra yra pagrindinis išsamių duomenų apie narkotikus ir apie narkomaniją šaltinis Europoje.

ENNSC renka, analizuoja ir platina objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Vykdydamas tokią veiklą, Centras sudaro įrodymais pagrįstą vaizdą apie narkotikų reiškinį Europos lygiu.

Centro leidiniai yra pirminis informacijos šaltinis plačiai auditorijai, įskaitant politikos formuotojus ir jų patarėjus; profesionalus ir mokslininkus, dirbančius narkotikų srityje. Be to, informacija pateikiama žiniasklaidai ir plačiajai visuomenei.

Metinėje ataskaitoje pateiktas bendrasis ENNSC įspūdis apie narkotikų reiškinį ES valstybėse narėse bei Norvegijoje. Ši ataskaita yra pagrindinis žinynas tiems, kurie nori sužinoti naujausius su narkomanija susijusius Europos duomenis.

Leidinių biuras
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-209-8
9 789291 682096