



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

ISSN 1609-610X

ΕΚΘΕΣΗ 2003

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΡΒΗΓΙΑ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Νομικό σημείωμα

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

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

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

Ένας νέος αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης:

00 800 6 7 8 9 10 11

Η παρούσα έκθεση διατίθεται στα ισπανικά, δανικά, γερμανικά, ελληνικά, αγγλικά, γαλλικά, ιταλικά, ολλανδικά, πορτογαλικά, φινλανδικά, σουηδικά και νορβηγικά. Όλες οι μεταφράσεις έχουν γίνει από το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργανισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφικό δελτίο υπάρχει στο τέλος της παρούσας έκδοσης.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2003

ISBN 92-9168-158-X

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

Printed in Belgium

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Τηλ. (351) 218 11 30 00 • Φαξ (351) 218 13 17 11
E-mail: info@emcdda.eu.int • Διαδίκτυο: <http://www.emcdda.eu.int>

Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Ευχαριστίες και εισαγωγικό σημείωμα	7
Γενικές τάσεις και εξελίξεις	9
Τάσεις στην κατάσταση των ναρκωτικών	9
Εξελίξεις στους τρόπους αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών	11
<hr/>	
Κεφάλαιο 1 — Κατάσταση των ναρκωτικών	
Χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό	15
Προβληματική χρήση ναρκωτικών	19
Αίτηση θεραπείας	21
Συνδεόμενα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα	25
Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα των χρηστών ναρκωτικών	29
Συνδεόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα	34
Αγορές και διαθεσιμότητα ναρκωτικών	37
<hr/>	
Κεφάλαιο 2 — Τρόποι αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών	
Εξελίξεις των πολιτικών για τα ναρκωτικά σε εθνικό επίπεδο	43
Νομικές εξελίξεις	44
Εξελίξεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο	46
Πρόληψη	47
Τρόποι περιορισμού των επιβλαβών επιπτώσεων	48
Θεραπεία	51
Τρόποι αντιμετώπισης που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών στο πλαίσιο της ποινικής δικαιοσύνης	54
Μείωση της προσφοράς	56
<hr/>	
Κεφάλαιο 3 — Επιλεγμένα θέματα	
Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ στους νέους	59
Κοινωνικός αποκλεισμός και επανένταξη	67
Δημόσιες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών	72
<hr/>	
Βιβλιογραφία	77
<hr/>	
Εστιακά σημεία του Reitox	83



Πρόλογος

Με την παρούσα ετήσια έκθεση για το 2003, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) παρουσιάζει στην ΕΕ και στα κράτη μέλη της μία γενική επισκόπηση του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Η δημοσίευση της έκθεσης συμπίπτει με τη 10η επέτειο από την ίδρυση του ΕΚΠΝΤ (ιδρυτικός κανονισμός 1993) και είναι επίσης η τελευταία φορά που επικεντρωθήκαμε μόνο στις 16 χώρες που είναι σήμερα μέλη μας (15 κράτη μέλη και Νορβηγία). Φαίνεται επομένως ότι είναι η κατάλληλη ευκαιρία να εξετάσουμε εν συντομία τόσο τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί όσον αφορά το φαινόμενο των ναρκωτικών κατά τη διάρκεια αυτής της πρώτης περιόδου όσο και την πρόοδο που έχει σημειώσει το Κέντρο Παρακολούθησης στο πλαίσιο της αποστολής του να παράσχει στους φορείς χάραξης πολιτικής μία αξιόπιστη, ενημερωμένη και εμπειριστατωμένη παρουσίαση του εξελισσόμενου προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του φαινομένου των ναρκωτικών είναι η δυναμική φύση του. Είναι ιδιαίτερα σοβαρό το γεγονός ότι, ακόμη κι αν περιορίσουμε την προσοχή μας στο βραχύ διάστημα λειτουργίας του ΕΚΠΝΤ, οι διαφορές στις εξελίξεις που έχουν σημειωθεί, όσον αφορά τόσο τη φύση του προβλήματος των ναρκωτικών όσο και τους τρόπους αντιμετώπισης από τα κράτη μέλη, είναι σημαντικές. Τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών πάντοτε ποίκιλλαν μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, ιδίως ως προς την κλίμακα. Αυτό εξακολουθεί να ισχύει, όμως τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην έκθεση δείχνουν, ολοένα περισσότερο, ότι παρατηρούνται τάσεις που απεικονίζουν την παγκόσμια και ευρωπαϊκή φύση του θέματος. Κάποτε, οποιαδήποτε σύγκριση της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη θα διαπίστωνε περισσότερες διαφορές παρά ομοιότητες· αυτό δεν ισχύει πλέον. Παρότι η συνολική κατάσταση είναι σύνθετη και υπάρχουν σημαντικές τοπικές αποκλίσεις, εμφανίζονται επίσης ορισμένα πιο γενικά και κοινά πρότυπα όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών. Ολοένα περισσότερο καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι από πολλές απόψεις μοιραζόμαστε ως Ευρωπαίοι ένα κοινό πρόβλημα στον τομέα των ναρκωτικών αλλά, όπως πιστεύουμε, και μια κοινή ευθύνη να διδαχθούμε από τις κοινές εμπειρίες μας. Δεν είμαστε οι μόνοι που έχουμε καταλήξει σε αυτό το συμπέρασμα. Το πρόγραμμα δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά αναδεικνύει την πολιτική δέσμευση απέναντι στο ζήτημα αυτό και αναγνωρίζεται πλέον σχεδόν καθολικά ότι η πολιτική στον συγκεκριμένο τομέα θα πρέπει να βασίζεται σε μία σαφή κατανόηση της κατάστασης.

Την τελευταία δεκαετία δεν εξελίχθηκαν μόνο τα προβλήματα στον τομέα των ναρκωτικών, αλλά και η δυνατότητα αναφοράς σχετικών στοιχείων. Τα εύσημα γ' αυτό δεν απονέμονται μόνο στο ΕΚΠΝΤ, αλλά και στους πολυάριθμους αφοσιωμένους επαγγελματίες σε ολόκληρη την ΕΕ, οι οποίοι εργάστηκαν προσπαθώντας

να κατανοήσουν τη φύση του προβλήματος, να αναπτύξουν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης και να αξιολογήσουν με κριτικό πνεύμα τον αντίκτυπο του έργου τους. Πιστεύουμε, ωστόσο, ότι το ΕΚΠΝΤ έχει διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο, λειτουργώντας καταλυτικά στην ανάπτυξη μιας αξιόπιστης βάσης αποδεικτικών στοιχείων και παρέχοντας το απαραίτητο βήμα συζήτησης για τη συνεργασία και την πρόοδο σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Πριν από δέκα χρόνια, κανένας δεν μπορούσε να μιλήσει με σιγουριά ή απόλυτη αξιοπιστία για τη φύση της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Σήμερα, η παρούσα έκθεση αποδεικνύει ότι αυτό είναι περισσότερο δυνατό από ποτέ. Είμαστε πλέον καλύτερα προετοιμασμένοι και ενημερωμένοι ώστε να αντιμετωπίσουμε όχι μόνο το πρόβλημα των ναρκωτικών όπως εμφανίζεται σήμερα, αλλά και οποιοσδήποτε πιθανές απειλές που ενδέχεται να εμφανιστούν στο μέλλον. Θα θέλαμε εδώ να αναγνωρίσουμε τις σημαντικές επενδύσεις που έχουν γίνει τόσο στο πλαίσιο των κρατών μελών όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την ανάπτυξη των εργαλείων και της υποδομής για την παροχή αυτής της τεκμηριωμένης βάσης, και θα θέλαμε επίσης να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας, ειδικότερα, στα εστιακά σημεία του δικτύου Reitox.

Ελπίζουμε ότι η παρούσα έκθεση αποτελεί μία ολοκληρωμένη γενική επισκόπηση της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ευρώπη — περαιτέρω λεπτομερέστερα στοιχεία διατίθενται επίσης στην εκτεταμένη έκδοση του εγγράφου αυτού επί γραμμής. Πιστεύουμε ότι για το ΕΚΠΝΤ η παρούσα έκθεση σηματοδοτεί επίσης την επιτυχή ολοκλήρωση της πρώτης φάσης ανάπτυξης του έργου του οργανισμού και θα πρέπει πλέον να δούμε τις προκλήσεις που επιφυλάσσει το μέλλον. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται και η ανάγκη για συνεχή βελτίωση της διαθεσιμότητας, της ποιότητας και της συγκρισιμότητας του συνόλου των ευρωπαϊκών δεδομένων, και θα πρέπει επίσης να αναπτύξουμε τα συστήματα και την ικανότητά μας ώστε να διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά την αυξανόμενη βάση γνώσεων σχετικά με την κατάσταση των ναρκωτικών σε μία διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναμφίβολα, θα έχουμε συνεχώς μπροστά μας μία μεγαλύτερη, ολοένα πιο διαφοροποιημένη και σύνθετη εικόνα, την οποία θα καλούμαστε να καταγράφουμε. Μία βασική πρόκληση για τον οργανισμό θα παραμείνει η ανάγκη για πλήρη αξιοποίηση των πληροφοριών που είναι διαθέσιμες σε μας, ώστε να παρουσιάζουμε μία ανάλυση ενημερωμένη, έγκαιρη και κατάλληλη για τη χάραξη πολιτικής, η οποία θα αναδεικνύει την αξία της κοινοτικής προοπτικής και της εφαρμογής μιας εναρμονισμένης προσέγγισης.

Marcel Reimen

Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου ΕΚΠΝΤ

Georges Estievenart

Εκτελεστικός Διευθυντής, ΕΚΠΝΤ



Ευχαριστίες

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

- τους επικεφαλής των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Reitox και το προσωπικό τους·
- τις υπηρεσίες των κρατών μελών που συνέλεξαν ανεπεξέργαστα δεδομένα για την παρούσα έκθεση·
- τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και την Επιστημονική Επιτροπή του ΕΚΠΝΤ·
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης —και ιδίως την Οριζόντια Ομάδα Εργασίας για τα Ναρκωτικά— και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή·
- την Ομάδα Ρομπιδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, την Υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και την Εγκληματικότητα, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, την Eurorol, την Interpol, την Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων και το Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS·
- το Μεταφραστικό Κέντρο των Οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων·
- την Prepress Projects Ltd·
- την eLg Language Integration and Kaligram.

Εισαγωγικό σημείωμα

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ και η Νορβηγία (η οποία συμμετέχει στο έργο του ΕΚΠΝΤ από το 2001) μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στο κεφάλαιο 1, Κατάσταση των ναρκωτικών, της παρούσας έκθεσης αφορούν το έτος 2001 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία) και όσον αφορά τις εξελίξεις στον τομέα των τρόπων αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών και των επιλεγμένων θεμάτων το έτος 2002 ή και πιο πρόσφατες χρονικές περιόδους.

Οι εθνικές εκθέσεις των εστιακών σημείων του Reitox διατίθενται στη διεύθυνση:
http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Η εκτεταμένη έκδοση επί γραμμής της ετήσιας έκθεσης διατίθεται σε δώδεκα γλώσσες, στη διεύθυνση <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Η επιγραμμική αυτή έκδοση περιλαμβάνει πλήθος πρόσθετου υλικού και στατιστικών στοιχείων σε πίνακες, γραφικά και πλαίσια. Παρέχει επίσης περαιτέρω πληροφορίες για τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και συνδέσμους με τις πηγές δεδομένων, τις εκθέσεις και τα βασικά έγγραφα που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνταξη της έκθεσης.

Όλα τα στοιχεία, που περιλαμβάνονται στην έντυπη και στην επιγραμμική έκθεση, κατατάσσονται θεματικά επί γραμμής (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).



Γενικές τάσεις και εξελίξεις

Τάσεις στην κατάσταση των ναρκωτικών

Κάνναβη

Η κάνναβη εξακολουθεί να παραμένει το συχνότερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό στην ΕΕ, όπου πολλές χώρες αναφέρουν ποσοστά επικράτησης της χρήσης του σε όλη τη ζωή που υπερβαίνουν το 20 % του γενικού πληθυσμού. Μια συντηρητική εκτίμηση δείχνει ότι τουλάχιστον ένας στους πέντε ενήλικες στην ΕΕ έχει δοκιμάσει το ναρκωτικό αυτό.

Από τους δείκτες προκύπτει ότι η χρήση κάνναβης σημείωσε άνοδο στην ΕΕ, αν και σε ορισμένες χώρες φαίνεται να παραμένει στάσιμη, σε επίπεδα όμως που μπορούν να θεωρηθούν γενικώς ιστορικά υψηλά. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις σύγκλισης στα πρότυπα χρήσης, αν και τα ποσοστά διαφέρουν ακόμα σημαντικά: η Γαλλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ειδικότερα, αναφέρουν σχετικά υψηλά επίπεδα χρήσης, ενώ η Φινλανδία, η Σουηδία και η Πορτογαλία αναφέρουν συγκριτικά χαμηλά αριθμητικά στοιχεία. Σε όλες τις χώρες, οι εκτιμήσεις της επικράτησης της πρόσφατης χρήσης (επικράτηση περασμένου έτους) μεταξύ του ενήλικου πληθυσμού παραμένουν κάτω του 10 %. Όσον αφορά τους νεαρούς ενήλικες, τα ποσοστά χρήσης εμφανίζονται σημαντικά αυξημένα. Σε όλες τις χώρες, η επικράτηση της πρόσφατης χρήσης (περασμένο έτος) εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά στην ηλικιακή ομάδα των 15–25 χρόνων, όπου η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι άνω του 20 % αυτής της ηλικιακής ομάδας έχει κάνει χρήση κάνναβης τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Οι εκτιμήσεις για τη χρήση σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερες, καθώς οι περισσότερες χώρες αναφέρουν εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή μεταξύ 20 και 35 % στους νέους. Ο αριθμός των ατόμων που κάνουν χρήση κάνναβης σε συστηματική βάση είναι μικρός σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό (γενικά λιγότερο από 1 %), αν και παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα συστηματικής χρήσης μεταξύ των νεαρών ατόμων και ιδιαίτερα των ανδρών.

Ανησυχητική είναι και η τάση της αυξανόμενης συχνότητας με την οποία η κάνναβη αναφέρεται στο πλαίσιο του δείκτη αίτησης θεραπείας (ΔΑΘ). Σε πολλές χώρες, οι περισσότερες αναφορές μετά την ηρωίνη αφορούν πλέον την κάνναβη, ενώ παρατηρείται και σταθερή αύξηση των αιτήσεων για θεραπεία για αυτό το ναρκωτικό. Η ερμηνεία των εν λόγω στοιχείων χρειάζεται προσοχή, επειδή πολλοί παράγοντες φαίνεται να είναι σημαντικοί. Αυτό το ζήτημα εξετάζεται επί του παρόντος από μια τεχνική ομάδα εργασίας του ΕΚΠΝΤ και θα αποτελέσει το κύριο θέμα σχετικής δημοσίευσης το 2004.

Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, η πλειοψηφία των αναφορών για παραβάσεις του νόμου που αφορούν τα ναρκωτικά σχετίζονται με την κάνναβη. Οι κατασχέσεις κάνναβης εμφάνισαν αυξητική τάση την τελευταία

δεκαετία, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν σταθεροποιηθεί. Η Ευρώπη παραμένει διεθνώς η μεγαλύτερη αγορά ρητίνης κάνναβης, καθώς τα τρία τέταρτα της παγκόσμιας συνολικής ποσότητας ρητίνης κάνναβης κατάσχονται εντός των συνόρων της ΕΕ. Πολλές χώρες επίσης αναφέρουν ότι τα φυτά κάνναβης καλλιεργούνται εντός της ΕΕ. Η περιεκτικότητα σε THC (τετραϋδροκανναβινόλη), το κύριο δραστικό χημικό συστατικό της κάνναβης, διαφέρει σημαντικά στα δείγματα ποσοτήτων που πωλούνται στο δρόμο. Κατά μέσο όρο, η περιεκτικότητα σε THC της ρητίνης και του φυτού της κάνναβης είναι παρόμοια (5–14 και 5–11 % αντίστοιχα), αν και σε ορισμένα δείγματα και των δύο μορφών του ναρκωτικού διαπιστώθηκε πολύ υψηλή περιεκτικότητα σε THC.

Αμφεταμίνες και έκσταση (MDMA)

Η Ευρώπη παραμένει σημαντική περιοχή για την παραγωγή και τη χρήση αμφεταμινών και έκστασης, αλλά όχι μεθαμφεταμίνης. Μετά την κάνναβη, τα ναρκωτικά με τη μεγαλύτερη χρήση στις χώρες της ΕΕ είναι συνήθως είτε η έκσταση είτε η αμφεταμίνη και τα ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή μεταξύ του ενήλικου πληθυσμού κυμαίνονται γενικά από 0,5 έως 5 %. Στο παρελθόν, η επικράτηση της χρήσης αμφεταμίνης ήταν γενικά υψηλότερη από την επικράτηση της χρήσης έκστασης, αλλά αυτή η διαφορά είναι πλέον λιγότερο εμφανής. Στον σχολικό πληθυσμό, η δοκιμή τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή ναρκωτικών που λαμβάνονται με εισπνοή έρχεται μόλις δεύτερη μετά την κάνναβη και γενικά θεωρείται υψηλότερη από το ποσοστό δοκιμής με έκσταση ή αμφεταμίνες.

Όπως και με την κάνναβη, τα υψηλότερα ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή και πρόσφατης χρήσης παρατηρούνται μεταξύ νεαρών ενηλίκων. Ορισμένοι δείκτες υποδηλώνουν ότι η χρήση έκστασης συνέχισε να διαδίδεται μεταξύ ορισμένων τμημάτων της νεολαίας στις πόλεις της Ευρώπης. Σε ορισμένες μελέτες διαπιστώθηκαν πολύ υψηλά ποσοστά επικράτησης σε αυτές τις ομάδες, αν και στον ευρύτερο πληθυσμό δεν παρατηρήθηκε γενικώς αισθητή αύξηση στη χρήση του εν λόγω ναρκωτικού.

Οι αριθμοί των ατόμων που ακολούθησαν θεραπεία για αμφεταμίνες διαφέρει σημαντικά στην Ευρώπη: μόλις λιγότερο από το ένα τρίτο των χρηστών ναρκωτικών που τελούν υπό θεραπεία στη Σουηδία και τη Φινλανδία είναι χρήστες αμφεταμίνης, σε σύγκριση με 9 % περίπου στη Γερμανία και 3 % ή και λιγότερο σε όλες τις άλλες χώρες. Σχεδόν σε όλες τις χώρες τα ποσοστά της αίτησης θεραπείας που αφορούν την έκσταση είναι πολύ χαμηλά. Ένας μικρός αριθμός θανάτων στην Ευρώπη μπορεί να αποδοθεί άμεσα στη χρήση έκστασης, ενώ οι αριθμοί παραμένουν συνολικά χαμηλοί, ειδικά σε σύγκριση με τους θανάτους που συνδέονται με τα οπιούχα.

Παρά το γεγονός ότι παρουσιάστηκαν ορισμένες διακυμάνσεις τα τελευταία χρόνια και πιθανώς σημεία σταθεροποίησης σε ορισμένους τομείς, οι κατασχέσεις αμφεταμίνης και έκστασης (σε αριθμούς και ποσότητες) αυξήθηκαν σημαντικά στην ΕΕ κατά την τελευταία δεκαετία. Στη Φινλανδία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία, οι αμφεταμίνες είναι το δεύτερο κατά σειρά ναρκωτικό με τις συχνότερες κατασχέσεις (με πρώτη την κάνναβη).

Κοκαΐνη και κοκαΐνη/κρακ

Στοιχεία ερευνών δείχνουν αύξηση της χρήσης κοκαΐνης στο Ηνωμένο Βασίλειο και, σε μικρότερο βαθμό, στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ισπανία και τις Κάτω Χώρες. Η χρήση κοκαΐνης καθώς και η αύξηση που παρατηρείται αφορά κυρίως νεαρά άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές. Συνεπώς, τα εθνικά αριθμητικά στοιχεία ενδέχεται να απηχούν μόνο σε περιορισμένο βαθμό τις τοπικές τάσεις σε ορισμένες μεγάλες ευρωπαϊκές πόλεις.

Ορισμένοι δείκτες δείχνουν ότι είναι δικαιολογημένη η ανησυχία για τα επίπεδα χρήσης της κοκαΐνης και για τα προβλήματα που συνδέονται με αυτήν. Οι δείκτες αυτοί περιλαμβάνουν την αίτηση για θεραπεία, τοξικολογικά ευρήματα σε θύματα υπερβολικής δόσης, κατασχέσεις ναρκωτικών και μελέτες των πληθυσμών κινδύνου. Εκτός από μια μείωση που σημειώθηκε το 2000, ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης αυξάνεται σταθερά από το 1985. Παρομοίως, η ποσότητα της κατασχεθείσας κοκαΐνης παρουσίασε γενικά ανοδική τάση κατά την ίδια περίοδο, αν και τα αριθμητικά στοιχεία παρουσιάζουν διακυμάνσεις από το ένα έτος στο άλλο. Σχετικά υψηλά ποσοστά παρακολούθησης θεραπείας για χρήση κοκαΐνης αναφέρθηκαν από τις Κάτω Χώρες και την Ισπανία (30 και 19 % αντίστοιχα) και σε μικρότερο βαθμό από τη Γερμανία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο και το Ηνωμένο Βασίλειο (μεταξύ 6 και 7 %). Με εξαίρεση τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι περισσότερες αιτήσεις για θεραπεία φαίνεται να αφορούν τη χρήση κοκαΐνης σε σκόνη (υδροχλωρική κοκαΐνη) έναντι της κοκαΐνης σε μορφή κρακ (κοκαΐνη-βάση).

Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης/κρακ στην Ευρώπη φαίνεται να είναι σχετικά χαμηλή, αν και σποραδικές τοπικές αναφορές δείχνουν να υπάρχει πρόβλημα μεταξύ περιθωριακών ομάδων σε ορισμένες πόλεις. Καθώς η κοκαΐνη/κρακ συσχετίζεται ιδιαίτερα με την κακή υγεία και τις κοινωνικές επιπτώσεις, ακόμα και αν τα ποσοστά επικράτησης είναι χαμηλά, πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή σε κάθε εμφανιζόμενη τάση σε αυτόν τον τομέα, καθώς ακόμη και μια μικρή σχετικά αύξηση της χρήσης θα είχε ανησυχητικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία.

Ηρωίνη και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών ορίζεται ως η «ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή η μακροχρόνια /συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών». Παρόλο που είναι λίγοι σε αριθμό σε σχέση με τα συνολικά μεγέθη, οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών φέρουν αντιστρόφως ανάλογη ευθύνη για τα προβλήματα υγείας και τα κοινωνικά προβλήματα που

δημιουργούνται από την κατανάλωση ναρκωτικών. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, με εξαίρεση τη Σουηδία και τη Φινλανδία, όπου η επικράτηση της χρήσης αμφεταμίνης είναι μεγαλύτερη, η προβληματική χρήση ναρκωτικών εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από τη χρήση ηρωίνης, συχνά σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά. Καθώς οι εκτιμήσεις στον τομέα αυτό είναι δύσκολες και η ακρίβεια και η αξιοπιστία των εκτιμήσεων διαφέρει σημαντικά, απαιτείται προσοχή τόσο στην ερμηνεία των τάσεων όσο και στις συγκρίσεις μεταξύ χωρών.

Οι εθνικές εκτιμήσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών διαφέρουν μεταξύ δύο και δέκα περιπτώσεων ανά 1 000 ενηλίκους (ήτοι μεταξύ 0,2 και 1 %). Δεν μπορεί να παρατηρηθεί κοινή τάση στον αριθμό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην ΕΕ, αν και οι μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον στις μισές χώρες της ΕΕ παρουσιάστηκε αύξηση από τα μέσα της δεκαετίας του '90.

Περίπου οι μισοί από τους «προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών» στην ΕΕ είναι πιθανώς ενέσιμοι χρήστες, δηλαδή περίπου 500 000–750 000 από το 1–1,5 εκατ. προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που υπολογίζεται ότι υπάρχουν στην ΕΕ. Το ποσοστό των ενέσιμων χρηστών διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα και έχει μεταβληθεί με το πέρασμα του χρόνου, όπου τα επίπεδα ενέσιμης χρήσης σημείωσαν μείωση σε όλες σχεδόν τις χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, παρά τις ενδείξεις για πρόσφατη άνοδο. Οι εθνικές εκτιμήσεις σχετικά με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών διαφέρουν μεταξύ δύο και πέντε περιπτώσεων ανά 1 000 ενηλίκους (ή 0,2–0,5 %).

Παρά τη δραματική μείωση στην παραγωγή οπίου στο Αφγανιστάν το 2001, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι υπήρξε άμεσος αντίκτυπος στη διαθεσιμότητα της ηρωίνης στην παράνομη αγορά της Ευρώπης. Αυτό εξηγείται πιθανώς από την ύπαρξη αποθεμάτων του ναρκωτικού.

Ιός ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV), ηπατίτιδα C (HCV) και ηπατίτιδα B (HBV)

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί στην ΕΕ η εξάπλωση των ιών HIV, ηπατίτιδας C (HCV) και ηπατίτιδας B (HBV) που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών και δη με συμπεριφορές που αφορούν την ενέσιμη χρήση. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός του ιού HIV μεταξύ ενέσιμων χρηστών (XEN) διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, από 1 % περίπου στο Ηνωμένο Βασίλειο σε άνω του 30 % στην Ισπανία. Σε ορισμένες χώρες και περιφέρειες, ο επιπολασμός του HIV μεταξύ των XEN παραμένει πολύ υψηλός (πάνω από 25 %) από τα μέσα της δεκαετίας του '90. Αν και αυτά τα δεδομένα μπορεί να απηχούν τεκμηριωμένα επιδημικά στοιχεία, σε αυτές τις περιοχές οι ειδικές προσπάθειες πρόληψης παραμένουν σημαντικές, προκειμένου να αποφευχθούν περαιτέρω μολύνσεις.

Ενδεχομένως να είναι εσφαλμένο να στηρίζεται κανείς απολύτως σε εθνικά στοιχεία, τα οποία έδειξαν, γενικώς, μια αρκετά σταθερή κατάσταση σε όλη την ΕΕ, επειδή οι

τάσεις μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ περιφερειών και πόλεων. Αύξηση του επιπολασμού του HIV μεταξύ υποομάδων ΧΕΝ αναφέρθηκε πρόσφατα από περιφέρειες ή πόλεις στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες, στην Αυστρία, στην Πορτογαλία, στη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Αυτή η εικόνα παρουσιάζει διαφορές, καθώς σε ορισμένες από αυτές τις χώρες παρατηρήθηκε επίσης μείωση σε άλλες υποομάδες, ενώ σε άλλες χώρες ο επιπολασμός παρέμεινε σταθερός ή μειώθηκε.

Τα στοιχεία σχετικά με τις μολύνσεις από τον ιό HIV σε νεαρούς αλλά και σε νέους ΧΕΝ πιθανώς να αποτελούν καλύτερη ένδειξη των πρόσφατων μολύνσεων και πάντως δείχνουν ότι συνεχίζουν να εμφανίζονται κρούσματα μόλυνσης σε ορισμένες περιφέρειες. Η επίπτωση του AIDS μειώθηκε σε ολόκληρη την ΕΕ μετά την καθιέρωση αποτελεσματικότερων θεραπειών.

Η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας C μπορεί να δημιουργήσει χρόνια σοβαρά προβλήματα υγείας και η θεραπεία των περιπτώσεων που συνδέονται με μολύνσεις από τον ιό αναμένεται να επιβαρύνει σημαντικά τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C είναι ιδιαίτερα υψηλός μεταξύ ενέσιμων χρηστών ναρκωτικών και τα ποσοστά μόλυνσης κυμαίνονται μεταξύ 40 και 90 %. Στα στοιχεία γνωστοποίησης, στα οποία η κατηγορία κινδύνου είναι γνωστή, το 90 % των περιπτώσεων ηπατίτιδας C και το 40–80 % των περιπτώσεων ηπατίτιδας B σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Οι διαχρονικές τάσεις εμφανίζουν μεικτή εικόνα με αυξήσεις και μειώσεις που παρατηρούνται σε διαφορετικές περιφέρειες. Ο επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HCV μεταξύ νεαρών και νέων ΧΕΝ είναι γενικά υψηλός (40 % και άνω) και επιβεβαιώνει την υψηλή επίπτωση νέων μολύνσεων, καθώς τα άτομα που κάνουν ενέσιμη χρήση εξακολουθούν να προσβάλλονται από την ασθένεια ύστερα από σχετικά μικρά διαστήματα ενέσιμης χρήσης. Σε όλη την ΕΕ, περίπου το 20–60 % των ΧΕΝ έχουν αντισώματα κατά της ηπατίτιδας B, γεγονός που δείχνει το μεγάλο δυναμικό που υπάρχει στα προγράμματα εμβολιασμού για αυτή την ασθένεια που πλήττει τους ΧΕΝ.

Υπερβολικές δόσεις

Κάθε χρόνο καταγράφονται 7 000–9 000 αιφνίδιοι θάνατοι που σχετίζονται με τα ναρκωτικά στην ΕΕ. Η συνολική τάση στην ΕΕ συνέχισε να παρουσιάζει άνοδο τα τελευταία χρόνια, αν και με λιγότερο ραγδαίους ρυθμούς από ό,τι στη δεκαετία του '80 και στις αρχές τις δεκαετίας του '90 και εμφανίζει πιο περίπλοκη και αποκλίνουσα εικόνα σε εθνικό επίπεδο. Η πλειονότητα των θυμάτων είναι νεαρά άτομα που διανύουν τη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής τους, γεγονός που αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο κόστος για την κοινωνία, καθώς και απώλεια ζώων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις (συνήθως άνω του 80 %) στην τοξικολογική ανάλυση ανιχνεύονται οπιούχα, συχνά σε συνδυασμό με άλλες ουσίες (όπως οινόπνευμα, βενζοδιαζεπίνες ή κοκαΐνη). Μόνο κοκαΐνη ή έκσταση ανιχνεύεται σε μικρότερο αριθμό περιπτώσεων. Ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται ότι σχετίζονται με

τον αυξημένο κίνδυνο θανάτων από οπιούχα είναι η ενέσιμη χρήση, η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών, και ιδίως η παράλληλη χρήση οιοπνεύματος ή κατασταλτικών, η απώλεια ανοχής, καθώς και η έλλειψη επαφής με τις θεραπευτικές υπηρεσίες. Είναι γνωστό ότι η κατάλληλη και έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη πολλών μοιραίων περιστατικών υπερβολικής δόσης, ενισχύοντας την ανάγκη για παρεμβάσεις στον τομέα αυτό και ενθαρρύνοντας όσους γίνονται μάρτυρες περιστατικών υπερβολικής δόσης ναρκωτικών να ενεργούν με τον κατάλληλο τρόπο.

Εξελίξεις στους τρόπους αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών

Πολιτική της ΕΕ

Από τη μεσοπρόθεσμη αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2000–2004 που διενήργησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, προκύπτει ότι τα κράτη μέλη δίνουν προτεραιότητα στη μείωση της ζήτησης και εφαρμόζουν τις κατευθυντήριες γραμμές του σχεδίου δράσης. Ωστόσο, διαπιστώνεται η ανάγκη να καταβάλει η ΕΕ μεγαλύτερες προσπάθειες για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων πρόληψης. Ενώ αναγνωρίζονται οι επιτυχίες που έχουν επιτευχθεί, εντούτοις τονίζεται ότι πρέπει να γίνει ακόμη πολύ έργο, καθώς και να αναπτυχθούν συστήματα αξιολόγησης των εθνικών και ευρωπαϊκών δραστηριοτήτων.

Το 2002, κατά τη διάρκεια άσκησης της προεδρίας του Συμβουλίου από την Ισπανία και τη Δανία, εγκρίθηκαν ψηφίσματα με τα οποία τα κράτη μέλη αναλαμβάνουν μεγαλύτερη δέσμευση να επενδύσουν ακόμη περισσότερο σε προγράμματα πρόληψης κατά των ναρκωτικών στο πλαίσιο των σχολικών μαθημάτων, να ενισχύσουν τις προσπάθειές τους στην πρόληψη της ψυχαγωγικής χρήσης ναρκωτικών και να βελτιώσουν τη θεραπεία των χρηστών ναρκωτικών στις φυλακές. Τον Μάιο του 2002, η Επιτροπή υπέβαλε πρόταση σύστασης του Συμβουλίου, που εκπονήθηκε ύστερα από διαβουλεύσεις με το ΕΚΠΝΤ, σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των κινδύνων που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, στο πλαίσιο της στρατηγικής για τα ναρκωτικά της ΕΕ που έχει στόχο τον σημαντικό περιορισμό των βλαβών που προκαλούν τα ναρκωτικά στην υγεία, με την υιοθέτηση μέτρων τα οποία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη μείωση των κινδύνων.

Η πολιτική των κρατών μελών

Η τάση που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια να οργανωθεί η εθνική πολιτική για τα ναρκωτικά μέσω εθνικών σχεδίων δράσης και συντονισμένων συστημάτων συνεχίστηκε και το 2002. Η Σουηδία και η Νορβηγία και ορισμένες επαρχίες της Αυστρίας συμφώνησαν με άλλους εταίρους της ΕΕ στην έγκριση ενός συνεκτικού σχεδίου, προγράμματος ή και στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Συγχρόνως, όλο και περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν το πρόβλημα των ναρκωτικών και τις συνέπειές του και εκδηλώνουν ενδιαφέρον για την ακολουθούμενη εθνική πολιτική. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η μεγάλη πλειοψηφία του

κοινού εξακολουθεί να αντιτίθεται στη νομιμοποίηση της κάνναβης. Το χαμηλό ποσοστό υποστήριξης της νομιμοποίησης απηχεί πιθανώς την πεποίθηση ότι η κάνναβη είναι το ναρκωτικό «εισόδου» στη χρήση άλλων ουσιών. Ωστόσο, τα ποσοστά υποστήριξης διέφεραν στο θέμα της τροποποίησης των ποινών για τη χρήση κάνναβης υπό συγκεκριμένες συνθήκες.

Μια επισκόπηση των εξελίξεων στη χρήση ναρκωτικών και στους τρόπους αντιμετώπισής τους από το εκπαιδευτικό, υγειονομικό, κοινωνικό και ποινικό σύστημα δείχνει ότι τόσο τα προβλήματα όσο και οι προβληματικές ομάδες συχνά δεν είναι ευδιάκριτα. Οι εθνικές και τοπικές πολιτικές δείχνουν όλο και περισσότερο ότι υπάρχει συνειδητοποίηση του ύπουλου χαρακτήρα του φαινομένου και αυξάνουν, ως εκ τούτου, τη συνεργασία και τη διαφοροποίηση, καθιστώντας τα όρια μεταξύ των συστημάτων πιο διαπερατά και ευέλικτα.

Η πολιτική στον τομέα της υγείας, της εκπαίδευσης και της κοινωνίας καθίσταται όλο και πιο σημαντική για τη μείωση των προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά από κάθε άποψη και γίνεται ολοένα και πιο αποδεκτό ότι το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης δεν είναι πάντοτε σε θέση να χειρίζεται μόνο του το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών. Η σχέση μεταξύ της πολιτικής για τον κοινωνικό αποκλεισμό και του προβλήματος των ναρκωτικών είναι ισχυρότερη σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, από ό,τι σε άλλες. Αρκετές χώρες στην ΕΕ ενέκριναν νομοθετικές τροποποιήσεις για τη διευκόλυνση της θεραπείας και της αποκατάστασης των τοξικομανών, ενώ περαιτέρω νομοθετικές αλλαγές δημιούργησαν νέες δυνατότητες για έγκαιρες παρεμβάσεις σε νεαρούς πειραματικούς χρήστες ναρκωτικών. Η Δανία, η Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία αύξησαν τις επενδύσεις τους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Στο πλαίσιο της δέσμευσης που έχει αναληφθεί με το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά και με στόχο να παρασχεθούν ποικίλες και προσίτες δυνατότητες θεραπείας, ορισμένες χώρες, όπως π.χ. η Φινλανδία και η Ελλάδα, τροποποίησαν τα χρηματοδοτικά τους προγράμματα και τους κανονισμούς που αφορούν τη θεραπεία υποκατάστασης.

Σε ένα πλαίσιο αυξημένης ασφάλειας, ορισμένες χώρες ανέφεραν ότι θέσπισαν νομοθετικές αλλαγές για την καλύτερη παρακολούθηση των διακινητών και των χρηστών ναρκωτικών. Περιλαμβάνονται η παρακολούθηση των τηλεπικοινωνιών, η σωματική έρευνα και η ανίχνευση της κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών. Λοιπές νομικές αλλαγές έχουν ως στόχο την ελαχιστοποίηση των κοινωνικών επιπτώσεων από τη χρήση ναρκωτικών με τον αυστηρότερο έλεγχο της δημόσιας τάξης και τη διαφύλαξη της κοινής ησυχίας.

Παρεμβάσεις

Η πρόληψη σε σχολικές κοινότητες παραμένει στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων που απευθύνονται σε όλους τους νέους, κυρίως από την προεφηβική ηλικία και μετά. Αν και υπάρχει ευρεία βάση αποδείξεων, με την οποία προσδιορίζονται προσεγγίσεις που είναι

αποτελεσματικές, όπως η αλληλεπιδραστική διδασκαλία που εστιάζει στις προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες, λίγες μόνο χώρες, όπως η Ισπανία, η Ελλάδα και η Ιρλανδία, εφαρμόζουν συστηματικά τέτοια προγράμματα στο πλαίσιο των σχολικών μαθημάτων. Από τις υπόλοιπες χώρες, η Σουηδία και η Γαλλία παραδέχονται ότι η πρακτική πρόληψης των ναρκωτικών στα σχολεία δεν είναι εκσυγχρονισμένη αλλά πρόκειται συχνά για μια δράση επιλεκτική και μη επαγγελματική.

Εντούτοις, η αυξανόμενη ανησυχία ότι τα πιο ευάλωτα νεαρά άτομα δεν μπορούν να προσεγγιστούν στα σχολεία συνετέλεσε στο να αναπτυχθούν ειδικές δράσεις πρόληψης με στόχο τις ομάδες που δοκιμάζουν ναρκωτικά σε χώρους διασκέδασης, όπως οι ντίσκο, τα κλαμπ και οι μουσικές συναυλίες. Οι πλέον επιτυχείς προσεγγίσεις δείχνουν να είναι οι συνομήλικοι και η επιτόπια συμβουλευτική. Οι πρωτοβουλίες πρόληψης και οι έγκαιρες επεμβάσεις που απευθύνονται σε κοινωνικά αποκλεισμένους νέους και νεαρούς παραβάτες δείχνουν επίσης να είναι αποτελεσματικότερες όταν εφαρμόζονται με εξατομικευμένη μεθοδολογία. Θετικά αποτελέσματα αναφέρθηκαν σε σχέδια από τη Γερμανία, την Αυστρία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Παρά το γεγονός ότι οι ευάλωτες οικογένειες, όπου πιθανώς και οι γονείς είναι χρήστες, θεωρούνται υψηλού κινδύνου, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες για τέτοιες οικογένειες σπανίζουν.

Η ανταλλαγή συρίγγων αποτελεί πλέον καθιερωμένη μέθοδο για την πρόληψη της εξάπλωσης μολυσματικών νόσων από την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, αν και η διαθεσιμότητα και η κάλυψη αυτών των προγραμμάτων ποικίλλει και η πρόσβαση σε αποστειρωμένο εξοπλισμό παραμένει προβληματική. Μόνο στην Ισπανία λειτουργούν συστηματικά στις φυλακές υπηρεσίες ανταλλαγής συρίγγων. Τα ειδικά μέτρα πρόληψης της μετάδοσης της ηπατίτιδας Γ καθώς και ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Β θεωρούνται όλο και περισσότερο ως σημαντικά συμπληρωματικά μέτρα στην πρόληψη της μόλυνσης από τον ιό HIV. Η κατάρτιση στις πρώτες βοήθειες και η εκπαίδευση σε θέματα κινδύνων έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα κατάλληλες παρεμβάσεις για την πρόληψη μοιραίων υπερβολικών δόσεων. Μια άλλη σημαντική εξέλιξη είναι ότι η ιατρική περίθαλψη καθίσταται ολοένα και πιο διαθέσιμη στις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και ενσωματώνεται σε τοπικές υπηρεσίες για τα ναρκωτικά.

Η θεραπεία για τα ναρκωτικά εξακολουθεί σε μεγάλο βαθμό να είναι η ίδια με τη θεραπεία για τη χρήση οπιούχων ή για την πολλαπλή χρήση ναρκωτικών στην οποία περιλαμβάνονται τα οπιούχα, με εξαίρεση τη Σουηδία και τη Φινλανδία όπου η ενέσιμη χρήση αμφεταμίνης είναι ακόμα σημαντική. Οι πιο πρόσφατες εξελίξεις στην προβληματική χρήση ναρκωτικών, εν μέρει εκτός των οπιούχων και της ενέσιμης χρήσης, στάθηκαν μάλλον αφορμή να δημιουργηθούν νέοι τρόποι έγκαιρης παρέμβασης, όπως περιγράφηκε και ανωτέρω, παρά να αναμορφωθούν οι υφιστάμενες δομές θεραπείας για τα ναρκωτικά. Η θεραπεία υποκατάστασης έχει τον κυρίαρχο ρόλο, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει διαδοθεί και διαφοροποιηθεί αρκετά. Στην ΕΕ συνολικά, η διάδοσή της κατά την τελευταία πενταετία

υπολογίζεται σε 34 %, ενώ οι σημαντικότερες αυξήσεις αναφέρθηκαν από χώρες στις οποίες η παροχή της ήταν αρχικά περιορισμένη, όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Φινλανδία και η Νορβηγία. Η φροντίδα των χρόνιων, γηρασκόντων, άπορων χρηστών ναρκωτικών, οι οποίοι παρουσιάζουν συχνά ψυχιατρική συννοσηρότητα, αποτελεί σοβαρή πρόκληση για την πολιτική των ναρκωτικών, η οποία δεν έχει ακόμα βρει τις κατάλληλες λύσεις. Το ΕΚΠΝΤ θα εξετάσει περαιτέρω το θέμα αυτό τον ερχόμενο χρόνο.

Στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης σημειώνονται καινοτομίες με την καθιέρωση εναλλακτικών λύσεων αντί της φυλάκισης, όπου οι χρήστες ναρκωτικών παραπέμπονται σε οιονεί υποχρεωτική θεραπεία ή κοινωνική εργασία, θεωρώντας ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται καλύτερα από τέτοιες παρεμβάσεις. Οι εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης αποτρέπουν ειδικότερα τους νεαρούς χρήστες ναρκωτικών από το να έλθουν σε επαφή με τον εγκληματικό υπόκοσμο των φυλακών. Η ανάγκη εναλλακτικών λύσεων αντί της φυλάκισης προέκυψε επίσης λόγω του υπερβολικά μεγάλου αριθμού των φυλακισμένων. Η χρήση ναρκωτικών και οι φυλακισμένοι χρήστες αποτελούν ένα αυξανόμενο σημαντικό πρόβλημα που απαιτεί ευέλικτη αντιμετώπιση. Οι αρχές υγείας και πρόνοιας συμμετέχουν ολοένα και περισσότερο και αναλαμβάνουν ευθύνες για την παροχή υπηρεσιών στους φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών, αν και υπάρχουν ακόμα δυνατότητες για βελτιωμένη συνεργασία. Συχνά, μια θεραπεία καθιερωμένη στην υπόλοιπη κοινωνία δεν διατίθεται ή δεν υπάρχει στις φυλακές. Στις περισσότερες χώρες τα μέτρα μείωσης της βλάβης που παρέχονται στις φυλακές είναι σχετικά περιορισμένα.

Εξασφάλιση ποιότητας

Πολλές πρόσφατες μελέτες επικεντρώνονται στις καινοτόμες και αμφιλεγόμενες παρεμβάσεις, όπως είναι οι χώροι χρήσης, η συνταγογράφηση ηρώνης ή ο έλεγχος των χαπιών. Παρότι αυτές οι μορφές παρέμβασης παραμένουν αμφιλεγόμενες, οι αρμόδιοι για

τη λήψη αποφάσεων πρέπει να ενημερώνονται για τα αποτελέσματα παρόμοιων στρατηγικών, οι οποίες πρέπει να αποτελέσουν τη βάση για έναν πιο ενημερωμένο διάλογο.

Η ευρωπαϊκή έρευνα στο θέμα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και τη θεραπεία είναι ελλιπής. Όσον αφορά την πρόληψη, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως στοιχεία από βορειοαμερικανικές έρευνες. Εντούτοις, τόσο οι στόχοι όσο και το πλαίσιο της πρόληψης διαφέρουν σε σχέση με την ευρωπαϊκή κατάσταση. Παρ' όλα αυτά, κατέστη δυνατόν να αναπαραχθούν ορισμένες επιτυχείς προσεγγίσεις και τα εν λόγω στοιχεία λαμβάνονται υπόψη ολοένα και περισσότερο για τη χάραξη πολιτικής. Παρά το γεγονός ότι υφίσταται ένας σημαντικός όγκος γνώσης που βασίζεται σε έρευνες και τεκμηριωμένα στοιχεία όσον αφορά τη φαρμακευτικά υποβοηθούμενη θεραπεία, η οποία χρηματοδοτείται εν μέρει από τη φαρμακευτική βιομηχανία, οι εκτεταμένες εθνικές μελέτες αξιολόγησης μπορούν πολύ λίγο να φανούν χρήσιμες στο θέμα της βέλτιστης πρακτικής άλλων θεραπευτικών μεθόδων.

Η εφαρμογή των επιστημονικών στοιχείων στην πολιτική και την πρακτική χρειάζεται περαιτέρω βελτίωση. Υπάρχει άμεση ανάγκη για στενότερη συνεργασία και μεγαλύτερη αμοιβαία κατανόηση μεταξύ ερευνητών και υπευθύνων λήψης αποφάσεων. Λίγες μόνο χώρες επανεξετάζουν την πρακτική πρόληψης που εφαρμόζεται στα σχολεία βάσει επιστημονικών στοιχείων. Αν και η χρησιμότητά τους αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο στο θέμα της πρόληψης των μολυσματικών νόσων, φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις δεν λαμβάνεται επαρκώς υπόψη η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους τομείς της θεραπείας για τα ναρκωτικά και στις υπηρεσίες προς τους φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών. Τα επιστημονικά στοιχεία στον τομέα των εναλλακτικών μέτρων αντί της φυλάκισης είναι σε μεγάλο βαθμό ελλιπή. Εντούτοις, η θεσμοθέτηση της διασφάλισης της ποιότητας κερδίζει έδαφος στα κράτη μέλη με την καθιέρωση κατευθυντήριων γραμμών, προτύπων ποιότητας και συστημάτων πιστοποίησης.



Κεφάλαιο 1

Κατάσταση των ναρκωτικών

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά η κατάσταση της χρήσης και προσφοράς ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία, οι πρόσφατες εξελίξεις καθώς και οι εμφανιζόμενες τάσεις.

Χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Η διάθεση αξιόπιστων πληροφοριών σχετικά με την έκταση και τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών και την ηλικία πρώτης χρήσης στον γενικό πληθυσμό και στους νέους, καθώς και σχετικά με τα χαρακτηριστικά των χρηστών και την αντίληψη των κινδύνων, είναι σημαντική για τη χάραξη και αξιολόγηση πολιτικών για τα ναρκωτικά και πρωτοβουλιών πρόληψης. Η χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό υπολογίζεται μέσω μελετών, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις σχετικά με το ποσοστό του πληθυσμού που έχει κάνει κάποτε χρήση ναρκωτικών. Οι συνηθέστερες μετρήσεις αφορούν:

- οποιαδήποτε χρήση καθ' όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου (επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή), η οποία συχνά αναφέρεται επίσης ως «δοκιμή ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή»·
- οποιαδήποτε χρήση κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους (επικράτηση το τελευταίο δωδεκάμηνο), η οποία συχνά αναφέρεται επίσης ως «πρόσφατη χρήση»· και
- οποιαδήποτε χρήση κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα (επικράτηση τις τελευταίες 30 ημέρες), η οποία συχνά αναφέρεται επίσης ως «τρέχουσα χρήση».

Τα στοιχεία σχετικά με τη «δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή» είναι πάντοτε υψηλότερα σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες, καθώς στη συγκεκριμένη ομάδα περιλαμβάνονται όλοι εκείνοι που έχουν δοκιμάσει κάποτε ναρκωτικά, ανεξάρτητα από το πόσο παλιά συνέβη αυτό. Τα ποσοστά της «πρόσφατης χρήσης» είναι γενικά χαμηλότερα, αλλά απεικονίζουν καλύτερα την επικρατούσα κατάσταση. Η «τρέχουσα χρήση» μπορεί να παρέχει μια ένδειξη του αριθμού των ατόμων που κάνουν συστηματική χρήση, όμως τα ποσοστά είναι γενικά χαμηλά. Ο συνδυασμός των στοιχείων που αφορούν τη δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή και εκείνων που αφορούν την πρόσφατη ή την τρέχουσα χρήση μπορεί να παράσχει μια εικόνα των προτύπων χρήσης ναρκωτικών (π.χ. ποσοστά συνεχούς χρήσης).

Σε πολλές έρευνες εξετάζεται επίσης η ηλικία της χρήσης ναρκωτικών για πρώτη φορά, καθώς και η συχνότητα χρήσης, στοιχεία τα οποία βοηθούν να γίνουν εκτιμήσεις σχετικά με την επίπτωση και αποκαλύπτουν διαφορές στα πρότυπα χρήσης, όπως υψηλότερες δόσεις ή συχνότερη χρήση (που συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο). Επιπλέον, μπορούν να εντοπιστούν συσχετισμοί μεταξύ

της χρήσης ναρκωτικών και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, απόψεων και αντιλήψεων των κινδύνων, τρόπων ζωής, προβλημάτων υγείας κλπ.

Αρκετοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εξέταση των διαφορών που εμφανίζονται στα συνολικά εθνικά στοιχεία. Οι διαφορές αυτές μπορούν να αποδοθούν εν μέρει στο σχετικό μέγεθος του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού σε κάθε χώρα. Άλλες πηγές αποκλίσεων είναι οι παράγοντες που αφορούν τη γενιά (για παράδειγμα, η κοόρτη γεννήσεων στην οποία διαδόθηκε η χρήση ναρκωτικών) καθώς και το βαθμό σύγκλισης του τρόπου ζωής των νέων ανδρών και γυναικών. Το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο μπορεί επίσης να επηρεάσει την αναφορά στοιχείων χρήσης ναρκωτικών από τους ίδιους τους χρήστες. Τέλος, ζητήματα μεθοδολογίας, όπως σφάλματα στη δειγματοληψία αλλά και απουσία τρόπων αντιμετώπισης, μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Οι συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ των χωρών θα πρέπει να πραγματοποιούνται με προσοχή, ιδίως στις περιπτώσεις όπου οι διαφορές είναι μικρές, ενώ κατά τη χάραξη και αξιολόγηση της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, μεταξύ άλλων κριτηρίων, συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, κοόρτες γεννήσεων, το φύλο και ο τόπος διαμονής (δηλαδή αστική ή γεωργική περιοχή) του διερευνούμενου πληθυσμού.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό

Παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς που δυσχεραίνουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ερευνών μεταξύ των χωρών, μπορούν να προσδιοριστούν ορισμένα κοινά πρότυπα χρήσης ναρκωτικών σε ολόκληρη την ΕΕ. Τα βασικά αυτά πρότυπα έχουν παραμείνει σχετικά αμετάβλητα από την έκδοση της προηγούμενης ετήσιας έκθεσης.

Η κάνναβη εξακολουθεί να είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Η δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή παρουσιάζει πολύ υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με την πρόσφατη ή την τρέχουσα χρήση, γεγονός που δείχνει ότι η χρήση της κάνναβης τείνει να είναι περιστασιακή ή να σταματά έπειτα από κάποιο διάστημα ⁽³⁾. Η τρέχουσα χρήση ναρκωτικών δεν είναι συνήθης σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Ορισμένες χώρες αναφέρουν ένα μικρό ποσοστό ενηλίκων (0,5–1 %) οι οποίοι κάνουν χρήση της ουσίας σχεδόν καθημερινά και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ομάδα αυτή.

⁽¹⁾ Για περαιτέρω επεξηγήσεις βλέπε πλαίσιο 1 ΕΓ: Μεθοδολογία για την εκτίμηση της χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁾ Βλέπε τις κατευθυντήριες γραμμές του ΕΚΠΝΤ για τον βασικό δείκτη «επικράτηση και πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό — έρευνες στον πληθυσμό» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

⁽³⁾ Διάγραμμα 1 ΕΓ: Πρότυπα χρήσης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό — δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή έναντι τρέχουσας χρήσης (τελευταίες 30 ημέρες), εθνική έρευνα για την επικράτηση (της χρήσης ναρκωτικών) 2001 (Κάτω Χώρες) (έκδοση επί γραμμής).

Παράνομες ουσίες εκτός της κάνναβης χρησιμοποιούνται από πολύ μικρότερα ποσοστά του πληθυσμού, μολονότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών ⁽⁴⁾. Και σε αυτή την περίπτωση, η τακτική ή η διαρκής χρήση ναρκωτικών δεν είναι συνήθης — τα περισσότερα άτομα κάνουν χρήση για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα (δηλαδή η δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή παρουσιάζει σαφώς υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με την πρόσφατη χρήση) ⁽⁵⁾.

Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης παράνομων ουσιών παρατηρούνται στους νεαρούς ενήλικες (π.χ. 15–34 ετών), οι οποίοι παρουσιάζουν ποσοστά επικράτησης σχεδόν διπλάσια σε σύγκριση με το σύνολο των ενηλίκων. Σε όλες τις χώρες και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες οι άνδρες είναι πολύ πιθανότερο να έχουν κάνει κάποτε χρήση ναρκωτικών σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η χρήση ναρκωτικών είναι περισσότερο διαδεδομένη στις αστικές περιοχές, αν και είναι πιθανή μια εξάπλωση σε μικρότερες πόλεις και αγροτικές περιοχές.

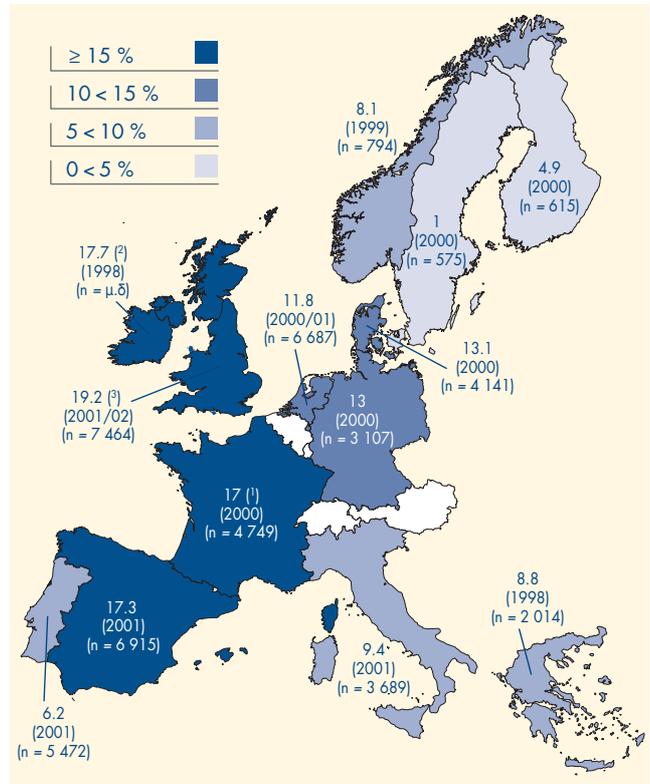
Η δοκιμή κάνναβης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται σύμφωνα με τις αναφορές από περίπου 7–10 % (Πορτογαλία και Φινλανδία) έως περίπου 30 % (Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο) του συνόλου του ενήλικου πληθυσμού, ενώ οι περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες αναφέρουν ποσοστά της τάξεως του 20–25 %. Τα αναφερόμενα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών εκτός της κάνναβης είναι 0,5–6 % για τις αμφεταμίνες (εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου το ποσοστό είναι 11 %) και 0,5–5 % για την κοκαΐνη και την έκσταση ⁽⁶⁾. Γενικά, ηρωίνη έχει δοκιμάσει ποσοστό κάτω του 1 % του πληθυσμού, αν και σε ορισμένες χώρες το ποσοστό των νέων ανδρών που αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει το ναρκωτικό ανέρχεται σε 2–3 %.

Πρόσφατη χρήση κάνναβης αναφέρεται σε ποσοστό 1–10 % του συνόλου των ενηλίκων, μολονότι στις περισσότερες χώρες (10) η επικράτηση κυμαίνεται μεταξύ 5 και 10 %. Πρόσφατη χρήση αμφεταμινών, κοκαΐνης ή έκστασης αναφέρεται γενικά σε ποσοστό κάτω του 1 % των ενηλίκων. Στην Ισπανία, στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά χρήσης όλων αυτών των ναρκωτικών είναι ελαφρώς υψηλότερα, ενώ στη Δανία και τη Νορβηγία η χρήση αμφεταμινών είναι σχετικά υψηλότερη και στις Κάτω Χώρες είναι συνθεότερη η χρήση έκστασης ⁽⁷⁾.

Η χρήση ναρκωτικών (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή και πρόσφατη χρήση) είναι υψηλότερη στους νεαρούς ενήλικες απ' ό,τι στο σύνολο του πληθυσμού. Πρόσφατη χρήση κάνναβης αναφέρεται στο 5–20 % των νεαρών ενηλίκων (Σουηδία 1–2 %), ενώ σημαντικός αριθμός χωρών (επτά) αναφέρουν ποσοστά μεταξύ 10 και 20 % (διάγραμμα 1). Πρόσφατη χρήση αμφεταμινών αναφέρεται σε γενικές γραμμές σε ποσοστό 0,6 %, κοκαΐνης από 0,5–4,5 % και έκστασης σε 0,5–5 % (διάγραμμα 2).

Συγκριτικά, στην εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοικοκυριά το 2001 στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετικά

Διάγραμμα 1: Πρόσφατη χρήση (τελευταίο δωδεκάμηνο) κάνναβης στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών) στις ευρωπαϊκές χώρες, όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πλέον πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα. Το μέγεθος των δειγμάτων (n) αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων που απάντησαν από την ηλικιακή ομάδα 15–34 ετών. Για λεπτομέρειες σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που απάντησαν σε ολόκληρη την έρευνα βλέπε στατιστικό πίνακα 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής). Ο πρότυπος ορισμός του ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικες αναφέρεται στην ηλικία των 15–34 ετών. Στη Δανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο οι νεαροί ενήλικες είναι ηλικίας 16–34 ετών και στη Γερμανία και την Ιρλανδία 18–34 ετών. Οι αποκλίσεις στο εύρος ηλικιών μπορεί, σε κάποιο μικρό βαθμό, να ευθύνονται για ορισμένες εθνικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες, τα στοιχεία επανυπολογίστηκαν σε εθνικό επίπεδο ώστε να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στην πρότυπη ηλικιακή ομάδα του ΕΚΠΝΤ.

- (¹) Η Γαλλία πραγματοποίησε μία νέα έρευνα το 2002 αλλά με ένα σημαντικό μικρότερο δείγμα (2 009 συμμετέχοντες). Βλέπε στατιστικό πίνακα 1: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή (ΕΟΖ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).
- (²) Στην Ιρλανδία, το δείγμα για ολόκληρη την έρευνα (18–64 ετών) περιλαμβάνει 6 539 άτομα.
- (³) Αγγλία και Ουαλία.
- Πηγές:* Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2002, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 1: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή (ΕΟΖ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

με τη χρήση ναρκωτικών, το 36,9 % των ενηλίκων (12 ετών και άνω) ανέφερε δοκιμή κάνναβης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την κοκαΐνη ήταν 12,3 % και για την έκσταση 3,6 %.

(⁴) Διάγραμμα 2 ΕΓ: Πρόσφατη χρήση (τελευταίο δωδεκάμηνο) κάνναβης, αμφεταμινών, έκστασης και κοκαΐνης στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών) σε ευρωπαϊκές χώρες, βάσει μετρήσεων στο πλαίσιο εθνικών ερευνών στον πληθυσμό (έκδοση επί γραμμής).

(⁵) Αυτό εκφράζεται ως «ποσοστό συνεχούς χρήσης», δηλαδή η αναλογία των ατόμων τα οποία, έχοντας κάνει χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους, έχουν επίσης κάνει χρήση κατά τη διάρκεια του τελευταίου δωδεκαμήνου ή των τελευταίων 30 ημερών.

(⁶) Βλέπε στατιστικό πίνακα 1: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή (ΕΟΖ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

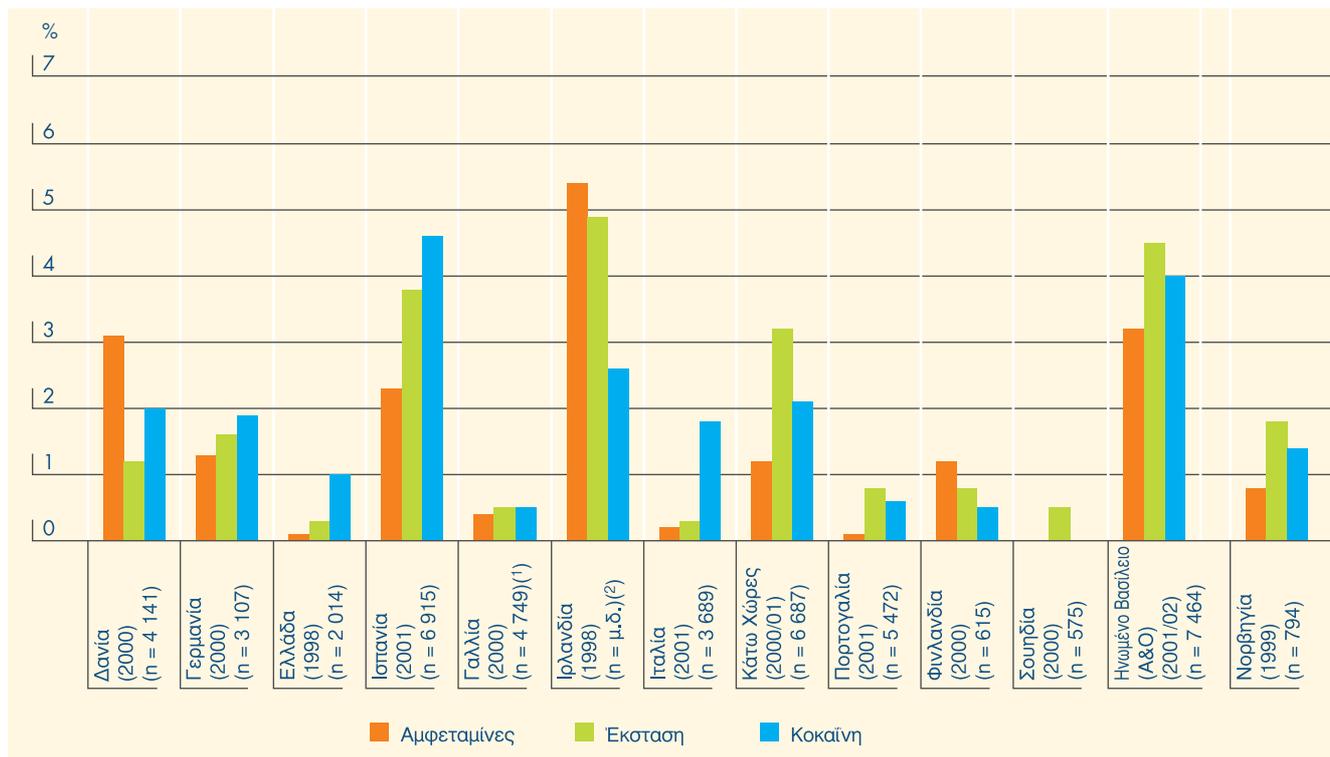
(⁷) Βλέπε στατιστικό πίνακα 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

Πρόσφατη (το τελευταίο δωδεκάμηνο) χρήση κάνναβης αναφέρθηκε από το 9,3 %, κοκαΐνης από το 1,9 % και έκστασης από το 1,4 % ⁽⁸⁾. Η δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή και η πρόσφατη χρήση κάνναβης παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά στις ΗΠΑ σε σύγκριση με οποιαδήποτε χώρα της ΕΕ. Το ίδιο ισχύει και για τη δοκιμή κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, ενώ η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης είναι υψηλότερη σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση την Ισπανία (2,6 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (2,0 %). Η χρήση έκστασης είναι υψηλότερη σε σύγκριση με όλες τις χώρες της ΕΕ εκτός της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, των Κάτω Χωρών και του Ηνωμένου Βασιλείου.

Τάσεις σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό

Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν σαφείς τάσεις που να ισχύουν στο σύνολο της ΕΕ. Συνεπείς σειρές ερευνών έχουν διεξαχθεί σε πολύ λίγες μόνο χώρες

Διάγραμμα 2: Πρόσφατη χρήση (τελευταίο δωδεκάμηνο) αμφεταμινών, έκστασης και κοκαΐνης στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών) στις ευρωπαϊκές χώρες, όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες στον πληθυσμό



Σημειώσεις: A&O, Αγγλία και Ουαλία.

Τα στοιχεία προέρχονται από την πιο πρόσφατη εθνική έρευνα που είναι διαθέσιμη σε κάθε χώρα. Το μέγεθος των δειγμάτων (n) αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων που απάντησαν από την ηλικιακή ομάδα 15–34 ετών. Για λεπτομέρειες σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που απάντησαν σε ολόκληρη την έρευνα βλέπε στατιστικό πίνακα 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής). Ο πρότυπος ορισμός του ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικες αναφέρεται στην ηλικία των 15–34 ετών. Στη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο οι νεαροί ενήλικες είναι ηλικίας 16–34 ετών και στη Γερμανία και την Ιρλανδία 18–34 ετών. Οι αποκλίσεις στο εύρος ηλικιών μπορεί, σε κάποιο μικρό βαθμό, να ευθύνονται για ορισμένες εθνικές διαφορές. Σε ορισμένες χώρες, τα στοιχεία επανυπολογίστηκαν σε εθνικό επίπεδο ώστε να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στην πρότυπη ηλικιακή ομάδα του ΕΚΠΝΤ.

⁽¹⁾ Η Γαλλία πραγματοποίησε μία νέα έρευνα το 2002 αλλά με ένα σημαντικά μικρότερο δείγμα (2 009 συμμετέχοντες). Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁾ Στην Ιρλανδία, το δείγμα για ολόκληρη την έρευνα (18–64 ετών) περιλαμβάνει 6 539 άτομα.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reith για το 2002, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁾ Πηγή: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm>). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το εύρος ηλικιών στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από το εύρος ηλικιών που αναφέρεται από το ΕΚΠΝΤ για έρευνες στην ΕΕ (15–64 ετών). Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία που αναφέρονται στην αμερικανική έρευνα τείνουν να είναι ελαφρώς χαμηλότερα απ' ό,τι θα ήταν εάν είχε χρησιμοποιηθεί το κοινοτικό εύρος ηλικιών λόγω του χαμηλού επιπέδου χρήσης ναρκωτικών στα άτομα ηλικίας 12 έως 15 ετών και, ειδικότερα, στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

αριθμό χωρών να αναφέρουν ποσοστό δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή 20–25 % και ποσοστό πρόσφατης χρήσης 5–10 %.

Παρά το γεγονός ότι πολλές χώρες αναφέρουν μια συνεχώς αυξανόμενη τάση όσον αφορά τη χρήση κάνναβης, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές χώρες (Ιρλανδία, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Φινλανδία, Σουηδία και Νορβηγία) αναφέρουν ότι, βάσει μελετών, η χρήση σταθεροποιείται στους μαθητές, στους στρατευμένους και τους εφήβους.

Οι ευρωπαϊκές τάσεις όσον αφορά τη χρήση άλλων ουσιών (π.χ. κοκαΐνης, έκστασης και αμφεταμινών) είναι πιο δύσκολο να προσδιοριστούν, εν μέρει διότι σε πολλές περιπτώσεις τα δείγματα των ερευνών είναι μικρά και εν μέρει λόγω της πολύ χαμηλότερης επικράτησης της χρήσης των συγκεκριμένων ναρκωτικών συνολικά. Επιπλέον, οι νέες τάσεις τείνουν να επικεντρώνονται σε επιλεγμένες ομάδες και είναι απαραίτητη μια εστιασμένη ανάλυση (π.χ. της χρήσης ναρκωτικών από νέους άνδρες στις αστικές περιοχές) προκειμένου να προσδιοριστούν οι τάσεις αυτές και να αξιολογηθεί το πραγματικό εύρος τους. Οι έρευνες θα πρέπει, εάν είναι δυνατόν, να συμπληρώνονται από στοχοθετημένες ανθρωπολογικές μελέτες.

Η χρήση έκστασης παρουσίασε σαφή αύξηση τη δεκαετία του 1990 (και φαίνεται να διαδίδεται διαρκώς) σε ορισμένες ομάδες νέων, όμως μόνο τέσσερις χώρες (Ισπανία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρουν ποσοστό πρόσφατης χρήσης (τελευταίο δωδεκάμηνο) στους νεαρούς ενήλικες άνω του 3 %.

Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι οι δείκτες χρήσης ναρκωτικών (αίτηση θεραπείας, κατασχέσεις, τοξικολογικά ευρήματα κατά τη νεκροψία) υποδεικνύουν πως η χρήση κοκαΐνης αυξάνεται σε ορισμένες χώρες. Παρότι στο σύνολο του πληθυσμού η χρήση κοκαΐνης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, η αύξηση της πρόσφατης χρήσης (τελευταίο δωδεκάμηνο) στους νέους φαίνεται ότι αποτελεί σταθερή διαπίστωση (1994–2000) στο Ηνωμένο Βασίλειο^(*) και πιθανότατα, σε μικρότερο βαθμό, στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ισπανία και τις Κάτω Χώρες. Άλλες χώρες ανέφεραν αυξήσεις (Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2001 ή 2002), βάσει τοπικών ή ποιοτικών πληροφοριών (Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία και Αυστρία). Το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να παρακολουθηθεί στενά, ιδίως στους νέους που ζουν σε αστικές περιοχές (διάγραμμα 3).

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για στατιστικούς πίνακες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

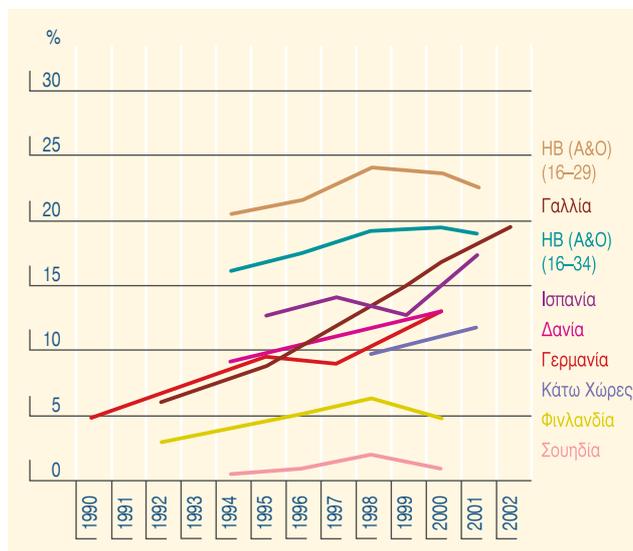
Στατιστικός πίνακας 1: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή (ΕΟΖ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία

Στατιστικός πίνακας 2: Επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών το τελευταίο δωδεκάμηνο (ΕΠΕ) σε πρόσφατες εθνικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία

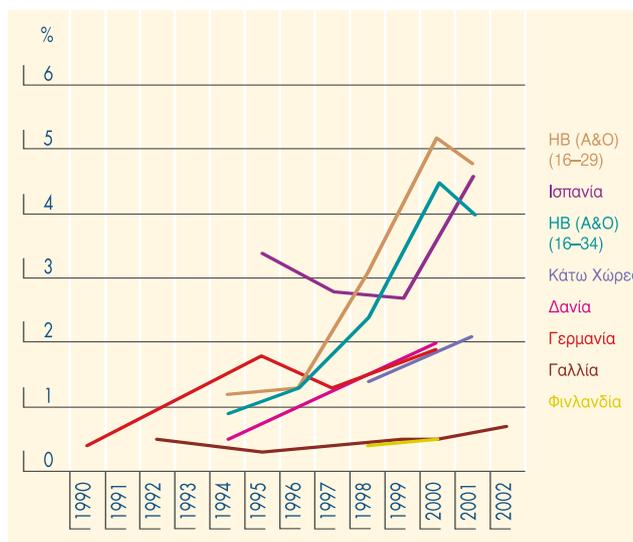
Στατιστικός πίνακας 3: Έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό — επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών

Διάγραμμα 3: Εξέλιξη της πρόσφατης (τελευταίο δωδεκάμηνο) χρήσης κάνναβης (Α) και κοκαΐνης (Β) στους νεαρούς ενήλικες (15–34 ετών) σε ορισμένες χώρες της ΕΕ

Διάγραμμα (Α): Εξέλιξη της χρήσης κάνναβης



Διάγραμμα (Β): Εξέλιξη της χρήσης κοκαΐνης



Σημειώσεις: Α&Ο, Αγγλία και Ουαλία.

Τα στοιχεία προέρχονται από την πιο πρόσφατη εθνική έρευνα που είναι διαθέσιμη σε κάθε χώρα. Τα στοιχεία και η μεθοδολογία για κάθε έρευνα παρουσιάζονται στον στατιστικό πίνακα 2 (έκδοση επί γραμμής).

Ο πρότυπος ορισμός του ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικες αναφέρεται στην ηλικία των 15–34 ετών. Στη Δανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο οι νεαροί ενήλικες είναι ηλικίας 16–34 ετών και στη Γερμανία και την Ιρλανδία 18–34 ετών. Στη Γαλλία το εύρος ηλικίας είναι 25–34 (1992) ή 18–39 (1995).

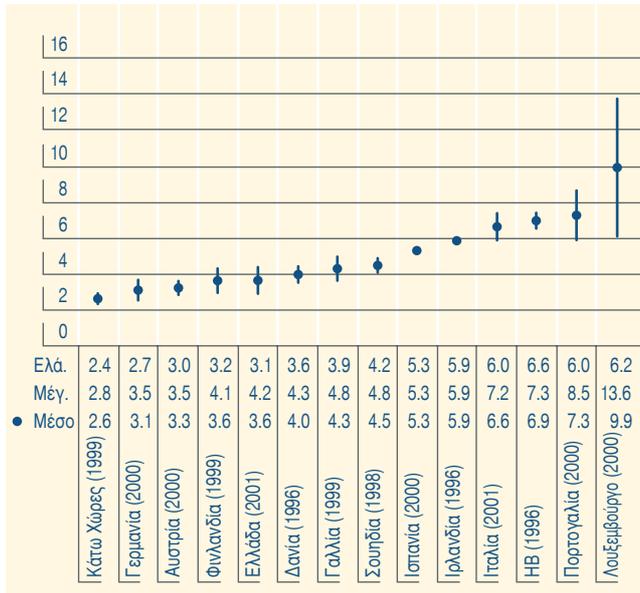
Το μέγεθος των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για κάθε έρευνα παρουσιάζεται στον στατιστικό πίνακα 2 (έκδοση επί γραμμής).

Στη Δανία, ο αριθμός για το 1994 αφορά τη χρήση «σκληρών ναρκωτικών».

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2002, από εκθέσεις ερευνών ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επιμέρους πηγές στον στατιστικό πίνακα 2 (έκδοση επί γραμμής).

(*) Παρά το γεγονός ότι, σύμφωνα με το Υπουργείο Εσωτερικών, φαίνεται να σταθεροποιείται (βλέπε διάγραμμα 3). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε άτομα ηλικίας 16–29 ετών στην Αγγλία και την Ουαλία διαπίστωσαν σημαντικές αλλαγές (της τάξεως του 5 %) μεταξύ 1996 και 1998 και μεταξύ 1998 και 2000. Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ 2000 και 2001/02 δεν ήταν σημαντικές.

Διάγραμμα 4: Εκτιμήσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών σε διάφορα κράτη μέλη της ΕΕ (επικράτηση της χρήσης το τελευταίο έτος ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών)



Σημειώσεις: Τα στοιχεία δείχνουν το συνδυασμένο εύρος διαφορετικών υπολογισμών στις χώρες. Μπορεί να βασίζονται σε διαφορετικές μεθόδους και πηγές δεδομένων και θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή (βλέπε στατιστικούς πίνακες επί γραμμής για συγκεκριμένες εκτιμήσεις και λεπτομέρειες). Η τελεία δείχνει το ενδιάμεσο σημείο του εύρους, ενώ η γραμμή αναπαριστά το εύρος αβεβαιότητας ή το διάστημα εμπιστοσύνης 95 %. Όσο μεγαλύτερη είναι η γραμμή αυτή τόσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των εκτιμήσεων για την επικράτηση (δεν διατίθεται για την Ισπανία ή την Ιρλανδία). Όλες οι εκτιμήσεις συμφωνούν με τον ορισμό του ΕΚΠΝΤ για την προβληματική χρήση ναρκωτικών. Η εκτίμηση της Σουηδίας έχει προσαρμοστεί ώστε να εντάσσεται στον ορισμό αυτό.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία μέσω του σχεδίου του ΕΚΠΝΤ: «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000» (Εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση), CT.00.RTX.23, Λισσαβόνα, ΕΚΠΝΤ, 2003. Συντονισμός από το Institut für Therapieforschung, Μόναχ.

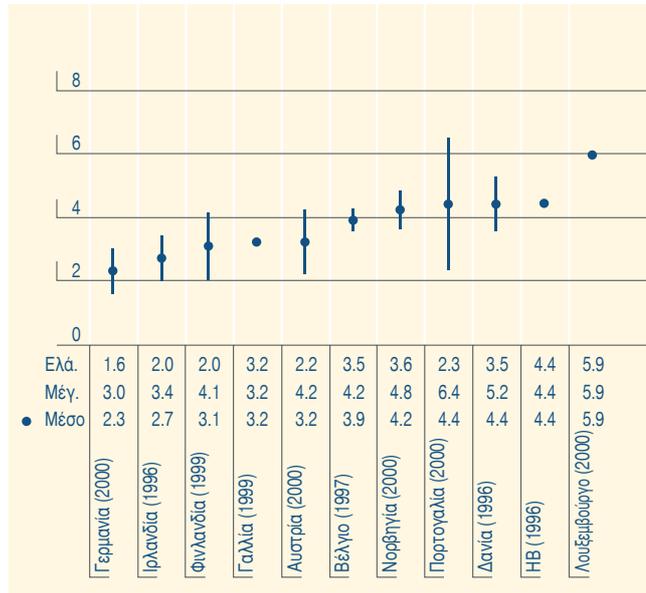
Προβληματική χρήση ναρκωτικών

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών ορίζεται ως η «ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή η μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης και/ή αμφεταμινών»⁽¹⁰⁾.

Εξετάζοντας την εγκυρότητα των σημερινών μεθόδων εκτίμησης, την ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των στοιχείων, δεν είναι πάντοτε δυνατή η αξιόπιστη ερμηνεία των τάσεων. Επιπλέον, καμία μέθοδος εκτίμησης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις χώρες με συγκρίσιμο τρόπο και συνεπώς οι συγκρίσεις μεταξύ χωρών θα πρέπει να πραγματοποιούνται με προσοχή.

Ορισμένες χώρες αναφέρουν αλλαγές στις εκτιμήσεις, οι οποίες υποδηλώνουν αύξηση της προβληματικής χρήσης από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Επί συνόλου 16 χωρών, οκτώ εκτιμούν ότι υπάρχει αύξηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (η Γερμανία, η Ισπανία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Φινλανδία και η Σουηδία) ή της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (Βέλγιο και Νορβηγία) κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, μολονότι η αύξηση που αναφέρεται στη Σουηδία σε

Διάγραμμα 5: Εκτιμήσεις σχετικά με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ (πλέον πρόσφατη ετήσια επικράτηση ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών)



Σημειώσεις: Τα στοιχεία δείχνουν το συνδυασμένο εύρος διαφορετικών υπολογισμών στις χώρες. Μπορεί να βασίζονται σε διαφορετικές μεθόδους και πηγές δεδομένων και θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή (βλέπε στατιστικούς πίνακες επί γραμμής για συγκεκριμένες εκτιμήσεις και λεπτομέρειες). Η τελεία δείχνει το ενδιάμεσο σημείο του εύρους, ενώ η γραμμή αναπαριστά το εύρος αβεβαιότητας ή το διάστημα εμπιστοσύνης 95 %. Όσο μεγαλύτερη είναι η γραμμή αυτή, τόσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των εκτιμήσεων επικράτησης (δεν διατίθεται για τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο ή το Ηνωμένο Βασίλειο).

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία μέσω του σχεδίου του ΕΚΠΝΤ: «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000» (Εθνικές εκτιμήσεις επικράτησης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση), CT.00.RTX.23, Λισσαβόνα, ΕΚΠΝΤ, 2003. Συντονισμός από το Institut für Therapieforschung, Μόναχο.

εθνικό επίπεδο δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται σε δύο τοπικές μελέτες⁽¹¹⁾.

Οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών κυμαίνονται στο σύνολό τους μεταξύ δύο και δέκα περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών (λαμβάνοντας τα διάμεσα σημεία του φάσματος των εκτιμήσεων). Τα υψηλότερα ποσοστά αναφέρονται στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (6–10 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών). Τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στη Γερμανία, στις Κάτω Χώρες και την Αυστρία, με περίπου τρεις περιπτώσεις προβληματικών χρηστών ναρκωτικών ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το Βέλγιο και τη Νορβηγία (διάγραμμα 4).

Στη Φινλανδία και τη Σουηδία η πλειονότητα των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών είναι κυρίως χρήστες αμφεταμινών (υπολογίζεται ένα ποσοστό 70–80 % στη Φινλανδία το 1999). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την κατάσταση που επικρατεί σε άλλες

⁽¹⁰⁾ Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε πλαίσιο 2 ΕΓ: Ορισμός και μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹⁾ Βλέπε πλαίσιο 3 ΕΓ: Τάσεις και πρότυπα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών κατά χώρα (έκδοση επί γραμμής).

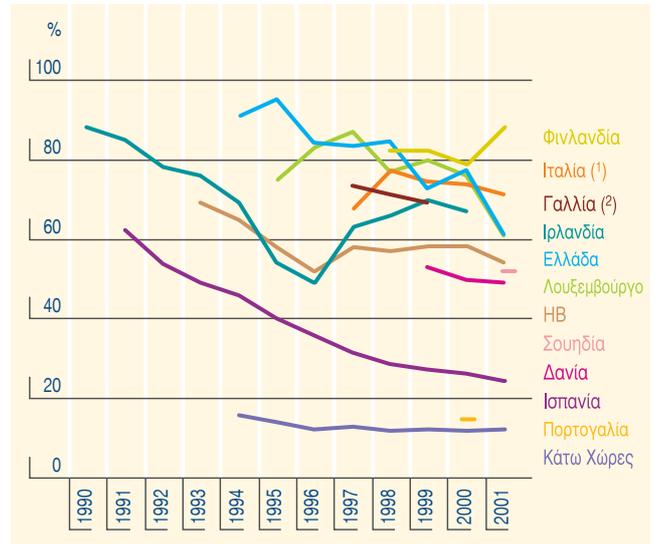
χώρες, όπου οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών είναι ως επί το πλείστον χρήστες κυρίως οπιούχων (και συχνά χρήστες πολλαπλών ουσιών). Στην Ισπανία, η κοκαΐνη έχει εξελιχθεί σε σημαντικό παράγοντα στα καταγεγραμμένα προβλήματα ναρκωτικών (στοιχεία θεραπείας και έκτακτων περιστατικών) και αυτό επιβεβαιώνεται από τις πρόσφατες εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση. Ορισμένες χώρες (Γερμανία, Κάτω Χώρες) αναφέρουν υψηλό ποσοστό επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης/κρακ στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, παρότι αυτό παρατηρείται κυρίως σε μεγάλες πόλεις και στα άτομα που κάνουν κυρίως χρήση οπιούχων.

Χωριστές εκτιμήσεις παρέχονται για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, μία υποκατηγορία της συνολικής προβληματικής χρήσης ναρκωτικών. Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται σε μεθόδους πολλαπλασιαστή και χρησιμοποιούν στοιχεία θνησιμότητας και ποσοστά μόλυνσης από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή της ηπατίτιδας C (HCV). Καθώς είναι δύσκολο να διαχωριστούν τα ποσοστά της τρέχουσας ενέσιμης χρήσης (τα οποία πιθανότατα αντιπροσωπεύονται καλύτερα από εκτιμήσεις που βασίζονται σε στοιχεία θνησιμότητας) από τα ποσοστά ενέσιμης χρήσης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή (από εκτιμήσεις για HIV/HCV), είναι δύσκολο να συγκριθούν οι εκτιμήσεις. Γενικά, οι εκτιμήσεις σχετικά με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών κυμαίνονται μεταξύ δύο και πέντε περιπτώσεων ανά 1 00 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για πέντε κράτη μέλη). Η εκτίμηση για το Λουξεμβούργο είναι η υψηλότερη, με σχεδόν έξι περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους. Οι εκτιμήσεις σχετικά με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών υποδεικνύουν τον πληθυσμό που διατρέχει κίνδυνο σοβαρών συνεπειών για την υγεία ή θανάτου συνδεδεμένου με τα ναρκωτικά (διάγραμμα 5).

Η ανάλυση του ποσοστού των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών μεταξύ των χρηστών ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών μεταξύ των χωρών και μεταβαλλόμενες τάσεις με την πάροδο του χρόνου (διάγραμμα 6). Σε ορισμένες χώρες, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών φαίνεται να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (Πορτογαλία, Κάτω Χώρες), ενώ σε άλλες χώρες τα επίπεδα ενέσιμης χρήσης στους χρήστες ηρωίνης που υποβάλλονται σε θεραπεία είναι υψηλά (Ελλάδα, Λουξεμβούργο). Σε όλες σχεδόν τις χώρες, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών μεταξύ των χρηστών που υποβάλλονται σε θεραπεία φαίνεται ότι μειώθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, αν και στοιχεία από ορισμένες χώρες υποδεικνύουν αυξήσεις από το 1996 ή και πιο πρόσφατα (Ιρλανδία, Φινλανδία), οι οποίες, εάν επιβεβαιωθούν, είναι ανησυχητικές και θα πρέπει να ληφθούν σχετικά μέτρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αναλογία των ενέσιμων χρηστών είχε πτωτική τάση μέχρι το 1996, αλλά σημείωσε αύξηση τον επόμενο χρόνο και έκτοτε παραμένει σταθερή.

Τα ίδια στοιχεία σχετικά με το ποσοστό της τρέχουσας ενέσιμης χρήσης στους χρήστες οπιούχων που υποβάλλονται σε θεραπεία, σταθμιζόμενα με βάση τις εκτιμήσεις σχετικά με τον απόλυτο αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών (βλέπε στατιστικό πίνακα 4),

Διάγραμμα 6: Τάσεις της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ, 1990–2001 (ποσοστό των χρηστών ηρωίνης υπό θεραπεία που κάνουν τρέχουσα ενέσιμη χρήση)



(1) Ιταλία: στοιχεία του τυποποιημένου πίνακα 04 (2002).

(2) Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τη Γαλλία για το έτος 1998· οι αριθμοί βασίζονται σε παρέκταση.

Τα στοιχεία αντιπροσωπεύουν αρκετές χιλιάδες περιπτώσεις ανά χώρα ετησίως και στις περισσότερες χώρες περιλαμβάνουν σχεδόν όλες τις περιπτώσεις ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε εθνικό επίπεδο.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία μέσω του σχεδίου του ΕΚΠΝΤ: «Treatment demand indicator» (Δείκτης αίτησης θεραπείας) (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

υποδεικνύουν ότι περίπου 60 % των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην ΕΕ κάνουν ενέσιμη χρήση, με μεγάλες όμως αποκλίσεις μεταξύ των χωρών (δεν εμφανίζονται). Εάν το ποσοστό της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην ΕΕ συνολικά κυμαίνεται μεταξύ τεσσάρων και έξι περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15–64 ετών, αυτό μεταφράζεται σε 1 έως 1,5 εκατ. προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, εκ των οποίων οι 600 000–900 000 είναι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών.

Πηγές πληροφοριών

Το 2002, όπως και το 2001, χρησιμοποιήθηκαν δύο πηγές πληροφοριών: το εκτενές πρωτόκολλο ΔΑΘ σε θεραπευτικά κέντρα όπου υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία και μία συνοπτική μορφή του πρωτοκόλλου ΔΑΘ, η οποία περιλαμβάνεται στους πίνακες που συγκεντρώνονται από το 1993. Προκειμένου να εξασφαλιστεί συνέπεια με τα προηγούμενα έτη και να είναι δυνατή η εξέταση των τάσεων με την πάροδο του χρόνου, σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη πηγή πληροφοριών. Ο αριθμός των περιπτώσεων που καλύπτονται για κάθε χώρα ανά πηγή δεδομένων αναφέρεται στην έκδοση επί γραμμής (1).

(1) Πίνακας 1 ΕΓ: Αριθμός περιπτώσεων που καλύπτονται ανά πηγή στοιχείων (έκδοση επί γραμμής).

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για στατιστικούς πίνακες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Στατιστικός πίνακας 4: Εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ, 1995–2001

Στατιστικός πίνακας 5: Εκτιμήσεις σχετικά με το ποσοστό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ, 1995–2001 (ποσοστό ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15 έως 64 ετών)

Αίτηση θεραπείας

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία (π.χ. τα κοινωνικά χαρακτηριστικά) και οι συμπεριφορές κατανάλωσης (π.χ. το ποσοστό των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ή των χρηστών οπιούχων) αποτελούν δυνητικούς δείκτες ευρύτερων τάσεων σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών. Τα στοιχεία σχετικά με τις αιτήσεις θεραπείας παρέχουν επίσης μία εικόνα της οργάνωσης των θεραπευτικών κέντρων στην Ευρώπη. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστούν στρεβλώσεις λόγω των διαφορετικών μεθόδων συλλογής πληροφοριών και των διαφόρων τύπων θεραπευτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στις διάφορες χώρες. Η συλλογή δεδομένων βασίστηκε για δεύτερη φορά σε ένα κοινό ευρωπαϊκό πρωτόκολλο (δείκτης αίτησης θεραπείας, ΔΑΘ) που περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με 150 000 ασθενείς περίπου ⁽¹²⁾.

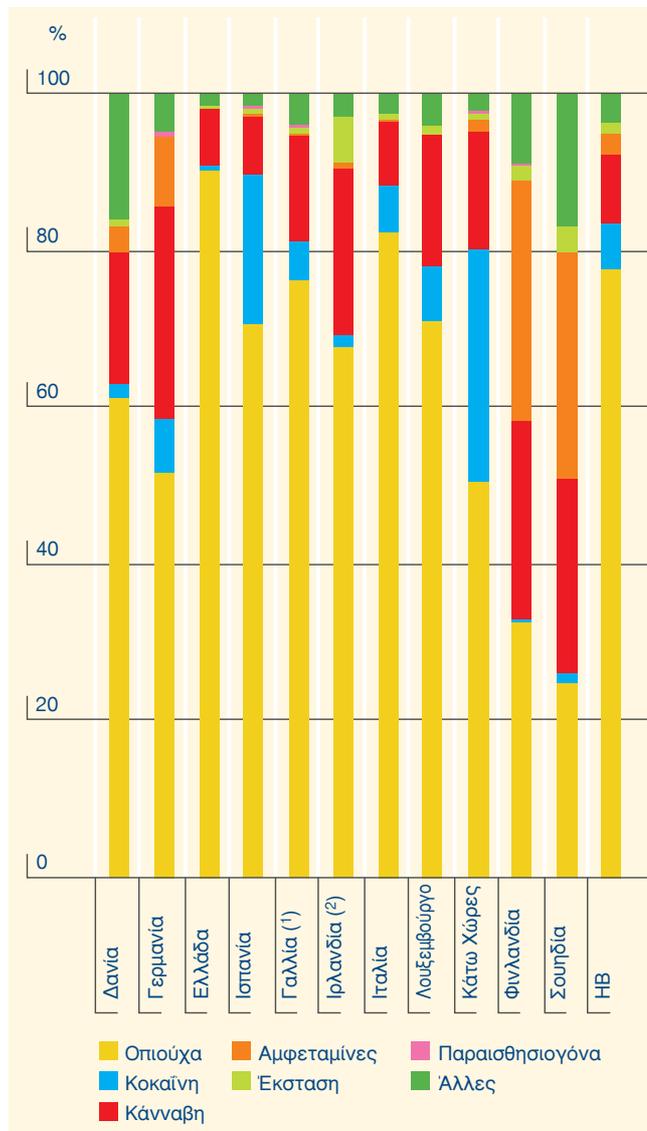
Ουσίες

Παρά τις διαφορές στις πολιτικές θεραπείας και τις πρακτικές καταγραφής, είναι δυνατόν να προσδιοριστούν τόσο κοινές όσο και αποκλίνουσες τάσεις στην Ευρώπη.

Όπως και κατά τα προηγούμενα έτη, για το 2001 όλες οι χώρες αναφέρουν αύξηση του συνολικού αριθμού των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών. Σύμφωνα με τις εθνικές εκθέσεις, υπάρχουν διάφοροι λόγοι γι' αυτό: βελτιωμένες μέθοδοι καταχώρισης (αναφέρονται περισσότερα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία), αυξημένη διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων θεραπείας (ιδίως για θεραπείες υποκατάστασης και υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης), διαφοροποίηση προγραμμάτων (υπάρχουν πλέον εξειδικευμένες υπηρεσίες για συγκεκριμένες ομάδες στόχους και διαφορετικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα υποκατάστασης, όπως βουπρενορφίνη καθώς και μεθαδόνη), αυξημένη διάρκεια θεραπείας των ατόμων που έχουν ήδη εισαχθεί και αύξηση του αριθμού των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία σε αγροτικές/μη αστικές περιοχές (Εθνικές εκθέσεις, 2002).

Οι χρήστες ναρκωτικών ζητούν θεραπεία κυρίως αυθόρμητα ή επειδή μέλη της οικογένειάς τους πιέζουν να το πράξουν¹³· οι υπόλοιπες πηγές παρότρυνσης αποτελούν πολύ μικρό μόνο ποσοστό των παραπομπών σε θεραπεία ⁽¹³⁾. Οι παραπομπές σε θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, για διάφορους λόγους: διαφορές στην κατανομή της χρήσης

Διάγραμμα 7: Το σύνολο των ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία — παρουσιαζόμενο ανά κύριο ναρκωτικό



Σημειώσεις: n = 300 414.

(1) Στοιχεία 1999.

(2) Στοιχεία 2000.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2002). Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 6: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

ουσιών, διαφορές στην εθνική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας καθώς και των κοινωνικών και δικαστικών υπηρεσιών, καθώς επίσης κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές. Για παράδειγμα, η αναλογία των ατόμων που παραπέμπονται σε θεραπεία από τα δικαστήρια, την αστυνομία ή άλλες δικαστικές αρχές είναι υψηλότερη στη Γερμανία, πιθανότατα λόγω του υψηλού ποσοστού χρηστών κάνναβης στη χώρα αυτή ⁽¹⁴⁾. Αντιθέτως, στη Σουηδία, η οποία διαθέτει ένα ιδιαίτερα συγκροτημένο σύστημα πρόνοιας, οι κοινωνικές υπηρεσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παραπομπή των

⁽¹²⁾ Μία πλήρης έκθεση σχετικά με το δείκτη αίτησης θεραπείας (Treatment Demand Indicator) διατίθεται επί γραμμής (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

⁽¹³⁾ Διάγραμμα 3 ΕΓ: Νεοεισαχθέντες σε θεραπεία ανά πηγή παραπομπής (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁴⁾ Για διάφορους λόγους (συμπεριλαμβανομένης, παραδείγματος χάριν, της επιβολής διοικητικών ποινών, όπως απαγόρευση οδήγησης), η αναλογία των χρηστών που παραπέμπονται σε θεραπεία από την ποινική δικαιοσύνη δεν αντιστοιχεί υποχρεωτικά στην αναλογία των παραβατών.

χρηστών ναρκωτικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, η οικογένεια αποτελεί κεντρικό θεσμό στην κοινωνία και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως πηγή παραπομπής (Εθνική έκθεση, 2002) ⁽¹⁵⁾.

Τα οπιούχα (ιδίως η ηρωίνη) εξακολουθούν να αποτελούν την κύρια ουσία κατάχρησης στο σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία στις περισσότερες χώρες (διάγραμμα 7). Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, μεταξύ 50 και 70 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία είναι χρήστες ηρωίνης, όμως το ποσοστό αυτό ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των χωρών. Τα κράτη μέλη της ΕΕ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις ομάδες ανάλογα με το ποσοστό στο οποίο η χρήση οπιούχων αποτελεί την αιτία των παραπομπών σε θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης:

- κάτω του 50 % (Φινλανδία, Σουηδία)·
- 50–70 % (Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες)·
- 70–80 % (Ισπανία, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο)· και
- πάνω από 80 % (Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία) ⁽¹⁶⁾.

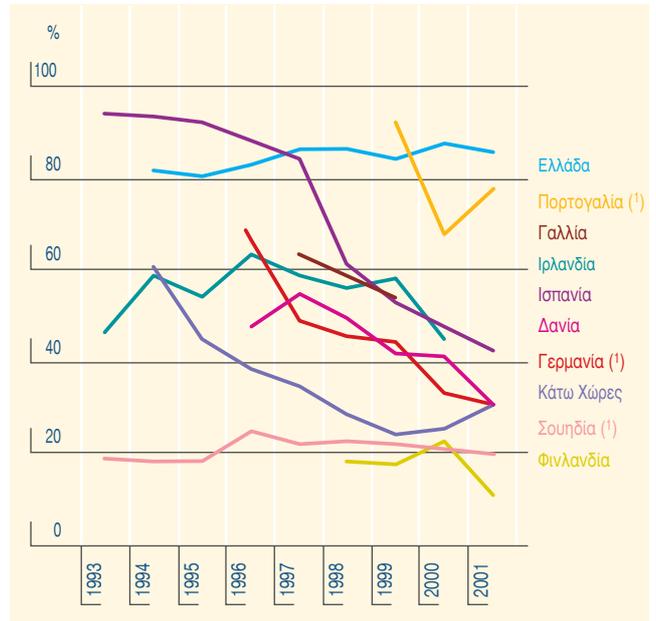
Φαίνεται ότι τα άτομα που προσέρχονται σε θεραπευτικά κέντρα εξωτερικής παραμονής τείνουν να είναι πιο διαφοροποιημένα από τους χρήστες που προσφεύγουν σε άλλες θεραπευτικές υπηρεσίες ⁽¹⁷⁾ είτε διότι οι κλινικές αυτές εξειδικεύονται σε συγκεκριμένα προβλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά είτε διότι οι εν λόγω κλινικές έχουν αναπτυχθεί ανταποκρινόμενες στην αίτηση για θεραπεία διαφόρων τύπων κατάχρησης ναρκωτικών (όπως κάνναβης ή κοκαΐνης) (Molinae κ.ά., 2002).

Σε πολλές χώρες, η κάνναβη παρουσιάζει αμέσως μετά την ηρωίνη τον μεγαλύτερο αριθμό χρηστών που ζητούν θεραπεία και το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στους νεοεισερχόμενους (24,7 % του συνολικού αριθμού των νεοεισαχθέντων είναι χρήστες κάνναβης) ⁽¹⁸⁾· τα άτομα που ζητούν θεραπεία από τη χρήση κάνναβης παρακολουθούν κυρίως προγράμματα σε κλινικές εξωτερικής παραμονής και θεραπείας με νοσηλεία ⁽¹⁹⁾. Συχνά η κάνναβη χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες ουσίες και ως δευτερεύον ναρκωτικό ⁽²⁰⁾. Το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία από τη χρήση κάνναβης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών: από 7,3 % στην Ελλάδα έως 27,2 % στη Γερμανία (διάγραμμα 7).

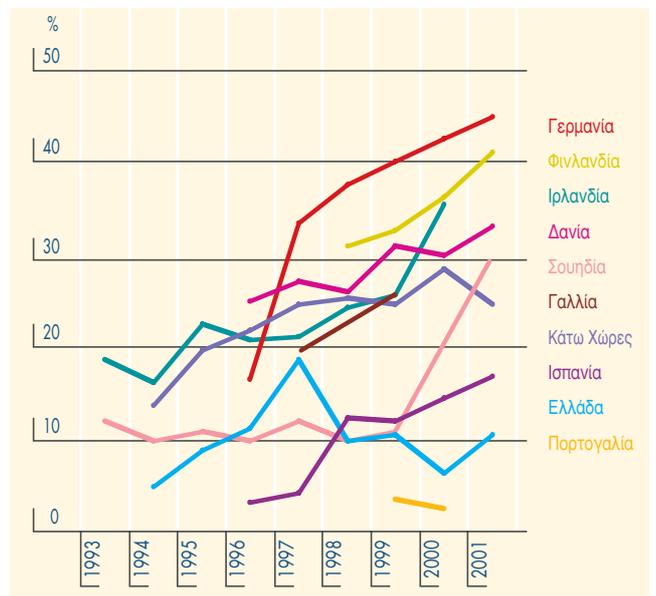
Η Ισπανία (19 %) και οι Κάτω Χώρες (29,9 %) παραμένουν οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που ζητούν θεραπεία από τη χρήση κοκαΐνης ως κύριου ναρκωτικού. Τα ποσοστά σε άλλες χώρες είναι χαμηλότερα — από 0,8 % στην Ελλάδα έως 7 % στο Λουξεμβούργο. Σε μία ειδική μελέτη για τα δεδομένα θεραπείας που πραγματοποιήθηκε στις Κάτω Χώρες διαπιστώθηκε ότι οι δύο μεγαλύτερες ομάδες ατόμων που ζητούν θεραπεία από τη χρήση κοκαΐνης τα τελευταία έτη είναι χρήστες κοκαΐνης-βάσης/κρακ και

Διάγραμμα 8: Νεοεισαχθέντες για θεραπεία για (Α) χρήση ηρωίνης/οπιούχων ή (Β) χρήση κάνναβης

Διάγραμμα (Α): Χρήση ηρωίνης/οπιούχων



Διάγραμμα (Β): Χρήση κάνναβης



Σημειώσεις: Δεν διατίθενται στοιχεία για το Βέλγιο, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Βλέπε στατιστικό πίνακα 7 για τον αριθμό των περιπτώσεων (έκδοση επί γραμμής).

(1) Η ηρωίνη περιλαμβάνει όλα τα οπιούχα.
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2002). Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 7: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για πρώτη φορά για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ.

⁽¹⁵⁾ Διάγραμμα 4 ΕΓ: Πηγή παραπομπής στους νεοεισαχθέντες σε ορισμένες χώρες (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 6: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής)· και στατιστικό πίνακα 7: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για πρώτη φορά για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁷⁾ Διάγραμμα 5 ΕΓ: Κύριο ναρκωτικό στο σύνολο των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά τύπο κέντρου (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁸⁾ Διάγραμμα 6 ΕΓ: Κατανομή των νεοεισαχθέντων και όλων των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά κύριο ναρκωτικό (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁹⁾ Διάγραμμα 5 ΕΓ: Κύριο ναρκωτικό στο σύνολο των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά τύπο κέντρου (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁰⁾ Διάγραμμα 7 ΕΓ: Περισσότερο χρησιμοποιούμενα δευτερεύοντα ναρκωτικά στο σύνολο των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία (έκδοση επί γραμμής).

εκείνοι που κάνουν χρήση κοκαΐνης σε συνδυασμό με ηρωίνη ή μεθαδόνη. Οι περιπτώσεις των ατόμων που κάνουν χρήση κοκαΐνης-βάσης ή κρακ ενδεχομένως να αποτελέσουν πρόκληση για τις θεραπευτικές υπηρεσίες, καθώς η κοκαΐνη-βάσης κρακ συνδέεται με υψηλό βαθμό εξάρτησης και προβλήματα, και τα άτομα που τη χρησιμοποιούν, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με ηρωίνη, συνήθως δεν είναι επαρκώς κοινωνικά ενταγμένα άτομα. (Μοί και van Vlaanderen, 2002).

Η ομάδα ναρκωτικών ουσιών για την οποία η αίτηση θεραπείας παρουσιάζει τις μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των χωρών είναι οι αμφεταμίνες, με το ποσοστό των αιτήσεων που αναλογεί στους χρήστες αμφεταμινών να ανέρχεται σε 3 % στη Δανία, 8,7 % στη Γερμανία, 1,5 % στις Κάτω Χώρες, 31,1 % στη Φινλανδία, 29 % στη Σουηδία, 2,7 % στο Ηνωμένο Βασίλειο και λιγότερο από 1 % στις άλλες χώρες.

Η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών εμφανίζεται ολοένα περισσότερο στα στοιχεία θεραπείας. Σε όλες τις χώρες, πάνω από το 50 % του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία κάνουν χρήση τουλάχιστον ενός ακόμη ναρκωτικού πέραν του βασικού, κυρίως κάνναβης (18,4 %) ή κοκαΐνης (19 %). Οι συχνότερα αναφερόμενοι συνδυασμοί ουσιών είναι ηρωίνη με κοκαΐνη ή κάνναβη και κοκαΐνη με αλκοόλ ή κάνναβη (Εθνικές εκθέσεις, 2002).

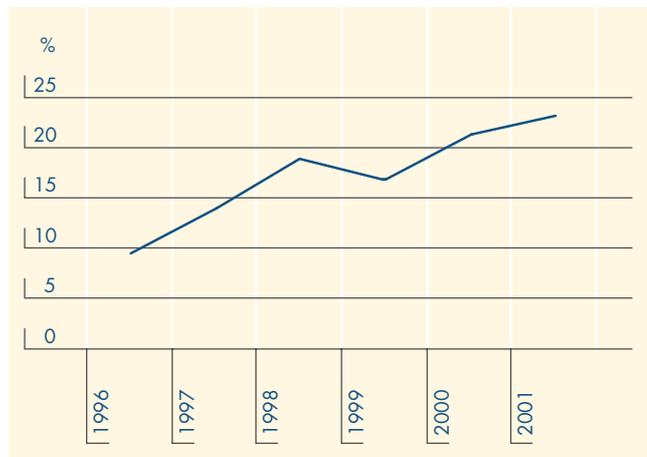
Τάσεις

Στις ευρωπαϊκές χώρες αναφέρονται κοινές τάσεις όσον αφορά τις αιτήσεις για θεραπεία από τη χρήση ηρωίνης και κάνναβης: η χρήση ηρωίνης φαίνεται να είναι σταθερή ή να μειώνεται σε όλες τις χώρες, ενώ η χρήση κάνναβης αυξάνεται σχεδόν παντού, ιδίως στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία (διάγραμμα 8).

Οι πιθανοί λόγοι για την εμφανή μείωση του αριθμού των χρηστών ηρωίνης θα μπορούσε να είναι το τέλος της επιδημικής χρήσης ηρωίνης που εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η επακόλουθη μείωση των αιτήσεων θεραπείας, ο κορεσμός των θεραπευτικών υπηρεσιών για χρήστες ηρωίνης και η αυξημένη διαφοροποίηση των προγραμμάτων θεραπείας, στο πλαίσιο των οποίων διατίθενται πλέον περισσότερες μονάδες για χρήστες άλλων ναρκωτικών (συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης).

Η αυξητική τάση αίτησης θεραπείας από τη χρήση κάνναβης (διάγραμμα 9) θα μπορούσε να οφείλεται σε αρκετές αιτίες: αυξανόμενη επικράτηση της συστηματικής χρήσης κάνναβης, αύξηση του αριθμού των περιπτώσεων που αναφέρονται από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, παράγοντες της αγοράς (όπως μεγαλύτερη διαθεσιμότητα ή χαμηλότερες τιμές) και αύξηση του αριθμού των εφήβων με κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα οι οποίοι δεν μπορούν να βρουν άλλες κατάλληλες υπηρεσίες. Η αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία από τη χρήση κάνναβης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα μεγάλη σε ορισμένες χώρες, όπου τα στοιχεία επικράτησης, οι κατασχέσεις κάνναβης, τα αδικήματα που συνδέονται με τη χρήση κάνναβης και η αίτηση

Διάγραμμα 9: Τάσεις σχετικά με τις αιτήσεις θεραπείας από τη χρήση κάνναβης, 1996–2001



Σημείωση: Έγκυρο % σταθμισμένο βάσει του αριθμού των ατόμων που ζητούν θεραπεία ανά χώρα. Νεοεισαχθέντες μόνον. «N» αλλάζει κάθε χρόνο από 31 143 σε 56 394. Περισσότερες λεπτομέρειες στον πίνακα 1 ΕΓ (έκδοση επί γραμμής).

Πηγή: Εθνικές Εκθέσεις Reitox (1996 έως 2001).

θεραπείας από τη χρήση κάνναβης ακολουθούν παράλληλες τροχιές (Εθνικές εκθέσεις, 2002). Η έρευνα που βρίσκεται σε εξέλιξη στη Γερμανία εστιάζει στις ομάδες που παραπέμπονται σε θεραπευτικές υπηρεσίες από το σύστημα της δικαιοσύνης και/ή από κοινωνικές υπηρεσίες για τη χρήση κάνναβης: τα πρώτα αποτελέσματα φαίνεται να δείχνουν ότι ορισμένοι νεαροί χρήστες κάνναβης πληρούν τα κριτήρια εξάρτησης σύμφωνα με τους κώδικες της διεθνούς ταξινόμησης νόσων ICD-10 (R. Simon, προσωπική ανακοίνωση, 2002).

Οι τάσεις όσον αφορά τη χρήση κοκαΐνης⁽²¹⁾ και άλλων ουσιών είναι λιγότερο ομοιογενείς μεταξύ των χωρών: στην Ισπανία και στις Κάτω Χώρες η κατακόρυφη αύξηση που παρατηρήθηκε τα προηγούμενα έτη φαίνεται να υποχωρεί καθώς η αίτηση για θεραπεία είναι πλέον σταθερή ή αρχίζει να αυξάνεται ελαφρώς, κυρίως στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία.

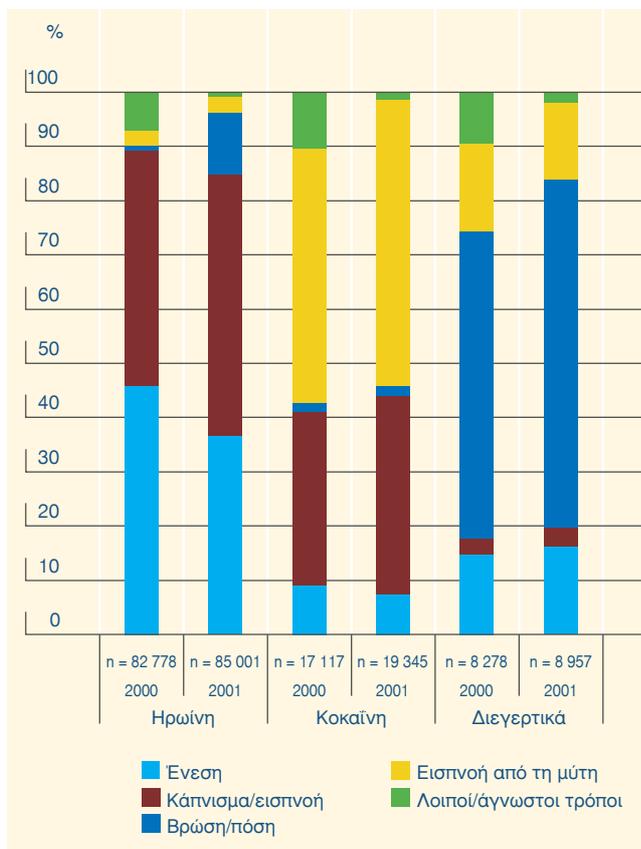
Πρότυπα και τρόποι χρήσης

Κατά κύριο λόγο, οι χρήστες παίρνουν για πρώτη φορά ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας (μεταξύ 15 και 29 ετών και ιδίως από τις ηλικίες των 15 έως 19). Ωστόσο, η ηλικία πρώτης χρήσης διαφέρει ανάλογα με την ουσία: 33,6 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία ξεκίνησαν τη χρήση κάνναβης πριν από την ηλικία των 15 ετών και 56,3 % μεταξύ 15 και 19 ετών, ενώ το 63,3 % έκαναν χρήση διεγερτικών για πρώτη φορά στην ίδια ηλικία (15 έως 19). Αντιθέτως, η ηλικία πρώτης χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης φαίνεται να είναι μεγαλύτερη (πάνω από το 40 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία έκαναν χρήση ηρωίνης ή κοκαΐνης για πρώτη φορά σε ηλικία μεταξύ 20 και 29 ετών, ενώ υπάρχει επίσης μία ομάδα που έκανε για πρώτη φορά χρήση μετά την ηλικία αυτή)⁽²²⁾.

⁽²¹⁾ Διάγραμμα 8 ΕΓ: Νεοεισαχθέντες σε θεραπεία για τη χρήση κοκαΐνης (έκδοση επί γραμμής).

⁽²²⁾ Διάγραμμα 10 ΕΓ: Ηλικία χρήσης του κύριου ναρκωτικού για πρώτη φορά στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία (έκδοση επί γραμμής).

Διάγραμμα 10: Τρόπος χρήσης στο σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία σε επίπεδο ΕΕ



Σημείωση: Έγκυρο %.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τη Γαλλία, την Ιρλανδία, την Αυστρία και την Πορτογαλία για το 2000 ή για το Βέλγιο, τη Γαλλία, την Ιταλία και την Πορτογαλία για το 2001.

Πηγή: Ετήσιες εκθέσεις δικτύου Reitox (2001, 2002). Στοιχεία ΔΑΘ (2000, 2001) από θεραπευτικά κέντρα εξωτερικής παραμονής.

Οι χρήστες ηρωίνης, κοκαΐνης και κάνναβης που ζητούν θεραπεία, εάν έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών τις τελευταίες 30 ημέρες, συνήθως τα ελάμβαναν σε καθημερινή βάση, ενώ τα διεγερτικά συνήθως χρησιμοποιούνται 2–6 φορές την εβδομάδα ⁽²³⁾.

Οι τρόποι χρήσης των κυριότερων ναρκωτικών που αναφέρονται συχνότερα είναι η ένεση και το κάπνισμα για την ηρωίνη, το σνιφάρισμα ή το κάπνισμα/εισπνοή για την κοκαΐνη και η βρώση/πόση για τα διεγερτικά (διάγραμμα 10). Λαμβάνοντας υπόψη τους μεθοδολογικούς περιορισμούς [το δείγμα δεν ήταν ακριβώς το ίδιο όπως κατά το προηγούμενο έτος (2001) και υπήρχαν λιγότερα άγνωστα στοιχεία το 2001], αναφέρεται μία αλλαγή στα πρότυπα χρήσης το 2001: λιγότερα άτομα που ζητούν θεραπεία έκαναν ενέσιμη χρήση ηρωίνης και περισσότερα εισέπνεαν ή κάπνιζαν κοκαΐνη. Οι πιθανοί λόγοι θα μπορούσαν να συνδέονται με παράγοντες της αγοράς, ιδίως την τιμή και τη διαθεσιμότητα ηρωίνης και κρακ/κοκαΐνης για κάπνισμα,

αλλά και με την επίδραση των προγραμμάτων πρόληψης και μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων (ΕΚΠΝΤ, 2002α: εθνικές εκθέσεις, 2002).

Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Τα άτομα που εισάγονται για θεραπεία τείνουν να είναι άνδρες ηλικίας 20 έως 40 ετών. Η μέση ηλικία είναι τα 29,8 έτη γενικά και τα 26,9 έτη για τα άτομα που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά. Η Γερμανία, η Ιρλανδία και η Φινλανδία έχουν τον νεαρότερο υπό θεραπεία πληθυσμό, ενώ η Ισπανία, η Ιταλία και οι Κάτω Χώρες έχουν τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα που ζητούν θεραπεία ⁽²⁴⁾. Η κατανομή ανά ηλικία των ατόμων που ζητούν θεραπεία φαίνεται να συσχετίζεται με τον τύπο ουσίας που χρησιμοποιείται — γενικά, οι χρήστες κάνναβης είναι νεαρότεροι σε ηλικία, ενώ οι χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών κάνναβης εντοπίζεται στη Γερμανία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών κοκαΐνης και ηρωίνης παρατηρείται στην Ισπανία και την Ιταλία αντίστοιχα. Το υψηλό ποσοστό των νεαρών χρηστών ναρκωτικών στη Φινλανδία μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από το ότι η κουλτούρα ναρκωτικών δημιουργήθηκε σχετικά πρόσφατα στη χώρα αυτή. Η κατανομή κατά φύλο ποικίλλει με αναλογία ανδρών/γυναικών από 2:1 έως 6:1 ⁽²⁵⁾. Η υψηλότερη αναλογία ανδρών μπορεί να αντικατοπτρίζει γενικώς υψηλότερα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών μεταξύ ανδρών ή να επηρεάζεται από τη διαφορετική πρόσβαση σε υπηρεσίες (ΕΚΠΝΤ, 2002α). Παρόμοια πρότυπα τείνουν να παρατηρούνται στις νότιες ή στις βόρειες χώρες (π.χ. η αναλογία των ανδρών χρηστών είναι υψηλότερη στις νότιες χώρες). Αυτό οφείλεται σε μια διαφορά στα πρότυπα χρήσης ουσιών μεταξύ νοτίων και βορείων χωρών (οι νότιες χώρες έχουν μεγαλύτερη αναλογία χρηστών ηρωίνης, οι οποίοι είναι κυρίως άνδρες) καθώς και σε πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές.

Γενικά, οι κοινωνικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν τα άτομα που ζητούν θεραπεία, π.χ. η εκπαίδευση, το επίπεδο διαβίωσης και η εργασιακή κατάσταση, επιδεινώνονται σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό σε διάφορες περιοχές ⁽²⁶⁾.

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για στατιστικούς πίνακες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Στατιστικός πίνακας 6: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 7: Χαρακτηριστικά ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία για πρώτη φορά για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 8: Χαρακτηριστικά γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 9: Χαρακτηριστικά ανδρών που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ

⁽²³⁾ Διάγραμμα 9 ΕΓ: Συχνότητα χρήσης του κύριου ναρκωτικού στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία (τελευταίες 30 ημέρες πριν από την έναρξη θεραπείας) (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁴⁾ Πίνακας 2 ΕΓ: Μέση ηλικία των ατόμων που εισάγονται για θεραπεία (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁵⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 8: Χαρακτηριστικά γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ και στατιστικό πίνακα 9: Χαρακτηριστικά ανδρών που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁶⁾ Βλέπε την ενότητα «Κοινωνικός αποκλεισμός και επανένταξη», σ. 67.

Συνδεδόμενα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα ⁽²⁷⁾

Επιπολασμός και τάσεις σχετικά με τον ιό HIV και το AIDS

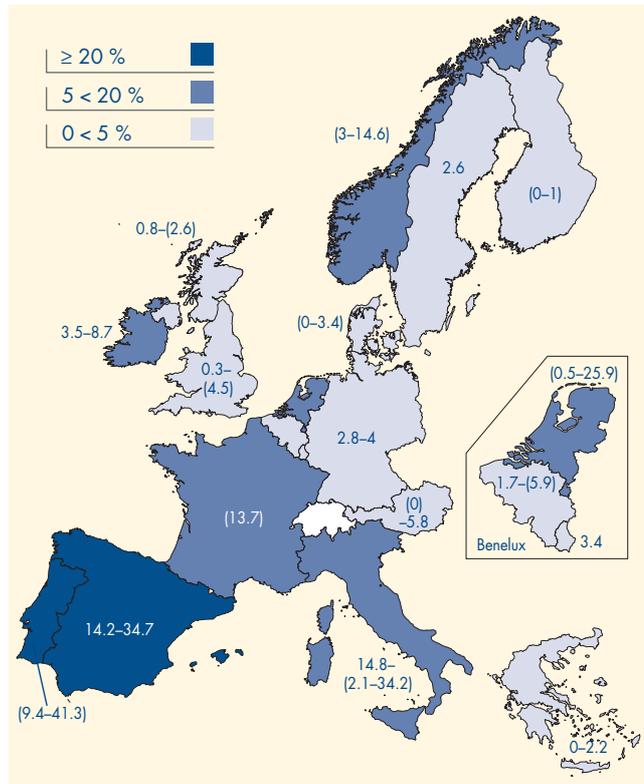
Τα λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών έχουν σημαντικό αντίκτυπο από άποψη οικονομικού και κοινωνικού κόστους που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών, ακόμα και στις χώρες όπου ο επιπολασμός του HIV είναι χαμηλός (Postma κ.ά., 2001· Godfrey κ.ά., 2002). Η πρόληψη των νοσημάτων αυτών μπορεί να επιτευχθεί με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη μετάδοση της ασθένειας στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN), με τη διάθεση καθαρών συριγγών (Hurley κ.ά., 1997· Commonwealth of Australia, 2002), καθώς και με τον εμβολιασμό για τον ιό της ηπατίτιδας Α και Β. Διατίθεται πλέον αποτελεσματική θεραπεία για τις μολύνσεις από τους ιούς HIV και ΗCV και, καθώς ο επιπολασμός των μολύνσεων είναι συχνά πολύ υψηλός στους XEN, οι πολιτικές που στοχεύουν στην πρόληψη και τη θεραπεία των μολύνσεων είναι από τις πιο αποτελεσματικές ως προς το κόστος στον τομέα των ναρκωτικών.

Το ΕΚΠΝΤ παρακολουθεί συστηματικά τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV και της ηπατίτιδας Β και C στους XEN στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ενοποιημένα στοιχεία επιπολασμού (συνολικά και κατά υποομάδες) συγκεντρώνονται από διάφορους χώρους ρουτίνας (π.χ. θεραπευτικές μονάδες για τα ναρκωτικά ή προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, φυλακές) καθώς και από ειδικές μελέτες ⁽²⁸⁾. Αν και εξακολουθεί να είναι δύσκολη η σύγκριση των στοιχείων επειδή προέρχονται από ποικίλες πηγές, ωστόσο τα στοιχεία αυτά μας δίνουν μια γενική αίσθηση των διαφορών μεταξύ χωρών, περιφερειών και χώρων. Το πιο σημαντικό είναι ότι η παρακολούθηση των τάσεων σε βάθος χρόνου, ιδίως όσον αφορά τον επιπολασμό στα νεαρά άτομα και στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, παρέχει κρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τη διάδοση των μολύνσεων στους XEN αλλά και για την επιτυχία των μέτρων πρόληψης. Ο πιο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να βελτιωθεί η ποιότητα και η συγκρισιμότητα των στοιχείων που προέρχονται από υφιστάμενες πηγές ρουτίνας και να εκπονηθούν πραγματικά συγκρίσιμες τοπικές ευρωπαϊκές μελέτες οροθετικού επιπολασμού στους XEN.

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι ο επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV στους XEN ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό τόσο μεταξύ των χωρών όσο και στο εσωτερικό τους. Τα επίπεδα μόλυνσης που αναφέρονται από διάφορες πηγές κυμαίνονται από περίπου 1 % στο Ηνωμένο Βασίλειο (έρευνες και μη συσχετιζόμενες ανώνυμες εξετάσεις) έως πάνω από 30 % στην Ισπανία (διαγνωστικές εξετάσεις ρουτίνας στο πλαίσιο της θεραπείας από ναρκωτικά), αλλά είναι γενικά

σταθερά ⁽²⁹⁾. Η συνολική εικόνα δεν έχει αλλάξει τα τελευταία έτη (διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV στους XEN στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία



Σημειώσεις: Τα στοιχεία στις παρενθέσεις είναι τοπικά. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών τύπων πηγών και λόγω της χρήσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, τοπικών στοιχείων ή στοιχείων που προέρχονται από προσωπικές αναφορές. Το χρώμα για κάθε χώρα υποδηλώνει το διάμεσο του φάσματος των εκτιμήσεων επιπολασμού από διάφορες πηγές στοιχείων.

Ο συνοπτικός αυτός χάρτης έχει σκοπό να παρέχει μια γενική εικόνα του επιπολασμού του HIV μεταξύ των XEN στην ΕΕ. Τα στοιχεία που αναφέρονται εδώ είναι των τελευταίων ετών. Στοιχεία από δείγματα χωρίς πληροφορίες για την κατάσταση των XEN δεν περιλήφθηκαν. Αν και, κατ' αυτόν τον τρόπο, μπορεί να αποκλεισθούν πηγές που βελτιώνουν σαφώς τη γενίκευση (π.χ. εθνικά στοιχεία, εξωθεραπευτικά στοιχεία), συνδυάστηκαν στοιχεία από περισσότερα του ενός έτη. Τα στοιχεία για την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Νορβηγία περιορίζονται στον επιπολασμό του HIV μεταξύ XEN που υποβάλλονται σε θεραπεία και δεν είναι αντιπροσωπευτικά για τον επιπολασμό του HIV μεταξύ XEN που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία. Τα προβλήματα υγείας είναι σε ορισμένες χώρες ή πόλεις κριτήριο επιλογής για την ένταξη σε θεραπεία από τα ναρκωτικά (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ρώμη). Επειδή υπάρχουν όμως μεγάλες λίστες αναμονής ή ειδικά προγράμματα για τους XEN που έχουν μολυνθεί με τον ιό, ενδέχεται ο επιπολασμός να παρουσιάζει ανοδική στρέβλωση. Ο επιπολασμός στον παρόντα χάρτη δεν πρέπει να συγκρίνεται με προηγούμενες εκδόσεις για να διαπιστωθούν οι αλλαγές σε βάθος χρόνου, καθώς οι πηγές που έχουν περιληφθεί διαφέρουν ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των στοιχείων. Για τις χρονικές τάσεις, λεπτομέρειες επί της μεθοδολογίας και για τις πηγές, βλέπε στατιστικό πίνακα 12: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV (ποσοστό μολυσμένων ατόμων) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία και πλαίσιο 6 ΕΓ: Πηγές στοιχείων — επιπολασμός (έκδοση επί γραμμής).

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reifox. Για πλήρεις λεπτομέρειες και πρωτογενείς πηγές βλέπε στατιστικό πίνακα 10: Συνοπτικός πίνακας σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και στατιστικός πίνακας 12 (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁷⁾ Το θέμα αυτό αναλύεται περαιτέρω στο κεφάλαιο 3 της ετήσιας έκθεσης 2001, Επιλεγμένα θέματα — Συνδεδόμενα με τα ναρκωτικά λοιμώδη νοσήματα, η οποία διατίθεται στη διεύθυνση (<http://ar2001.emcdda.eu.int>).

⁽²⁸⁾ Βλέπε την ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml) για περισσότερα στοιχεία σχετικά με μεθόδους και κατευθυντήριες γραμμές.

⁽²⁹⁾ Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα στοιχεία αυτά καθώς και για τις πρωτότυπες πηγές, βλέπε στατιστικό πίνακα 10: Συνοπτικός πίνακας σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και στατιστικό πίνακα 12: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV (ποσοστό μολυσμένων ατόμων) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και στη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

Σε ορισμένες χώρες και περιφέρειες ο επιπολασμός του HIV παραμένει εξαιρετικά υψηλός στους ΧΕΝ από το 1995. Παρόλο που στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό αντικατοπτρίζει παλαιές επιδημίες, οι ειδικές προσπάθειες πρόληψης είναι πολύ σημαντικές (π.χ. προσπάθειες για την πρόληψη της μετάδοσης σε νέους ΧΕΝ, σε σεξουαλικούς συντρόφους ΧΕΝ και από τη μητέρα στο παιδί). Ο επιπολασμός ανερχόταν σε ποσοστό άνω του 25 % σε ορισμένες περιφέρειες και πόλεις ⁽³⁰⁾.

Οι τάσεις σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη χάραξη και την αξιολόγηση πολιτικής. Περισσότερες δράσεις απαιτούνται στις περιπτώσεις όπου οι τάσεις υποδηλώνουν αύξηση των επιπέδων μόλυνσης, ενώ πιθανώς να μην είναι απαραίτητες εάν τα επίπεδα μόλυνσης παρουσιάζουν μείωση. Ωστόσο, ακόμη και στις περιοχές όπου ο επιπολασμός παραμένει σταθερός ή μειώνεται, είναι πιθανό να εξακολουθούν να εμφανίζονται νέα κρούσματα. Τα τελευταία έτη, αυξήσεις στη μετάδοση του ιού HIV σε (υποομάδες) ΧΕΝ έχουν εμφανιστεί σε περιφέρειες ή πόλεις της Ισπανίας, της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, των Κάτω Χωρών, της Αυστρίας, της Πορτογαλίας, της Φινλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, παρότι σε ορισμένες από αυτές τις χώρες έχουν επίσης καταγραφεί μεγάλες μειώσεις ⁽³¹⁾. Τα στοιχεία από την Ιταλία δείχνουν ότι σε χώρες με σημαντικό αριθμό κρουσμάτων μόλυνσης, ο εθνικός μέσος όρος έχει περιορισμένη αξία, ενώ η ανάλυση των στοιχείων ανά μικρότερες περιφέρειες ή πόλεις είναι σημαντική για την αξιολόγηση της επιτυχίας της πρόληψης ⁽³²⁾. Ωστόσο, λίγες χώρες είναι ακόμα σε θέση να παράσχουν εθνικά στοιχεία με ανάλυση ανά περιφέρεια. Για να διευκολυνθεί η ανίχνευση των τάσεων σε βάθος χρόνου, τα στοιχεία επιπολασμού θα πρέπει, ει δυνατόν, να συμπληρώνονται από γνωστοποιήσεις κρουσμάτων που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα. Τα στοιχεία γνωστοποιημένων κρουσμάτων, αν και δεν είναι ακόμη διαθέσιμα για τις χώρες που παρουσιάζουν τον υψηλότερο επιπολασμό και ενώ εξαρτώνται ακόμη κατά πολύ από τα πρότυπα εξέτασης, βοήθησαν στο να εντοπιστεί νέα αύξηση του ρυθμού μετάδοσης στη Φινλανδία. Πρόσφατα, η Πορτογαλία άρχισε να παρέχει στοιχεία γνωστοποιημένων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV, τα οποία αποκαλύπτουν πολύ υψηλότερα ποσοστά ανά εκατομμύριο κατοίκους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες που ανέφεραν στοιχεία ⁽³³⁾.

Ο επιπολασμός του HIV στους νεαρούς ΧΕΝ μπορεί να δώσει περαιτέρω στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης, καθώς η μόλυνση στα νεαρά άτομα είναι συνήθως πιο πρόσφατη σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού των ΧΕΝ. Μολονότι

τα μεγέθη των δειγμάτων είναι μικρά, τα στοιχεία αυτά υποδεικνύουν την εμφάνιση μολύνσεων σε νεαρούς ΧΕΝ σε αρκετές περιφέρειες τα τελευταία έτη ⁽³⁴⁾.

Για ορισμένες χώρες διατίθενται πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV σε νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Αυτός είναι ένας πολύ καλύτερος δείκτης για τα πρόσφατα κρούσματα μετάδοσης του HIV και μπορεί να δείξει την επίπτωση της μόλυνσης από τον HIV, παρέχοντας με τον τρόπο αυτό σαφέστερες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης. Υποθέτοντας ότι ενέσιμοι χρήστες οι οποίοι κάνουν χρήση για λιγότερο από δύο χρόνια, έχουν κάνει χρήση, κατά μέσο όρο, επί ένα χρόνο, μπορούμε να έχουμε μια εκτίμηση της επίπτωσης βάσει του επιπολασμού στην ομάδα αυτή. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η επίπτωση ανά 100 ανθρωποέτη έκθεσης στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (διαστήματα εμπιστοσύνης 95 %) μπορεί να ποικίλλει από 0–3,7 στην Αγγλία και την Ουαλία (0/122, 1998), έως 0,8–11,4 στη φλαμανδική κοινότητα του Βελγίου (3/77, 1998–1999) και 4,4–14,5 στην Κοϊμπρα, Πορτογαλία (12/127, 1999–2000), και 4,4–15,5 στη Γαλλία (11/111, βάσει αναφορών των ίδιων των συμμετεχόντων σε προγράμματα ανταλλαγής συριγγών σχετικά με την οροκατάστασή τους, 1998) ⁽³⁵⁾. Ωστόσο, τα στοιχεία από το Βέλγιο, τη Γαλλία και την Πορτογαλία προέρχονται από εξετάσεις ρουτίνας και μπορεί να είναι επηρεασμένα λόγω μεροληπτικής επιλογής. (Τα στοιχεία για την Πορτογαλία ενδεχομένως να είναι υπερεκτιμημένα εξαιτίας των κριτηρίων επιλογής των μονάδων αποτοξίνωσης, οι οποίες δίνουν προτεραιότητα στους προβληματικούς και/ή στους οροθετικούς χρήστες ναρκωτικών.)

Τα στοιχεία που αφορούν το AIDS παρέχουν λίγες πληροφορίες ή δυνατότητες παρακολούθησης των τάσεων σχετικά με τα νέα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV, λόγω του μεγάλου χρόνου επώασης του HIV πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων του AIDS και λόγω των σημαντικών βελτιώσεων στη θεραπεία του HIV που καθυστερούν την εκδήλωση του AIDS. Ωστόσο, η επίπτωση του AIDS εξακολουθεί να αντικατοπτρίζει τις τάσεις όσον αφορά το βάρος της ασθένειας από τη μόλυνση με τον ιό HIV στις διάφορες χώρες. Η επίπτωση του AIDS παρουσιάζει μείωση στις περισσότερες χώρες από το 1996 περίπου ως αποτέλεσμα των βελτιωμένων θεραπειών για τη μόλυνση από τον ιό HIV και πιθανότατα ως αποτέλεσμα των χαμηλότερων ποσοστών μετάδοσης τη δεκαετία του 1990. Στην Πορτογαλία, τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι η επίπτωση του AIDS στους ΧΕΝ μειώνεται από το 1999 ⁽³⁶⁾. Ενδεχομένως αυτό να σημαίνει ότι γίνονται εισαγωγές για θεραπεία του HIV, σύμφωνα με αναφορές του συστήματος θεραπείας για τα ναρκωτικά.

⁽³⁰⁾ Βλέπε πλαίσιο 4 ΕΓ: Περιοχές με υψηλό επιπολασμό του HIV, αυξήσεις και μειώσεις στη μετάδοση του ιού HIV στους ΧΕΝ σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, επιπολασμός του HIV στους νεαρούς ΧΕΝ (έκδοση επί γραμμής).

⁽³¹⁾ Βλέπε πλαίσιο 4 ΕΓ (έκδοση επί γραμμής).

⁽³²⁾ Βλέπε διάγραμμα 11 ΕΓ: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV στους ιταλούς ΧΕΝ υπό θεραπεία, ανά περιφέρεια (έκδοση επί γραμμής).

⁽³³⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 15: Κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV που διαγνώστηκαν πρόσφατα στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽³⁴⁾ Βλέπε πλαίσιο 4 ΕΓ: Περιοχές με υψηλό επιπολασμό του HIV, αυξήσεις και μειώσεις στη μετάδοση του ιού HIV στους ΧΕΝ σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, επιπολασμός του HIV στους νεαρούς ΧΕΝ (έκδοση επί γραμμής).

⁽³⁵⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 15: Κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV που διαγνώστηκαν πρόσφατα στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽³⁶⁾ Διάγραμμα 12 ΕΓ: Επίπτωση του AIDS σε σχέση με τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

Επιπολασμός και τάσεις σχετικά με τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας C

Υπάρχουν λιγότερα άμεσα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HCV και, όπου υπάρχουν, υπόκεινται στους ίδιους περιορισμούς που χαρακτηρίζουν και τα στοιχεία για τον HIV. Ωστόσο, η συνολική εικόνα είναι επίσης σαφής — ο επιπολασμός του HCV είναι εξαιρετικά υψηλός σε όλες τις χώρες και σε όλους τους χώρους, με τα ποσοστά μετάδοσης να κυμαίνονται μεταξύ 40 και 90 % στις διάφορες χώρες και υποομάδες XEN (διάγραμμα 12).

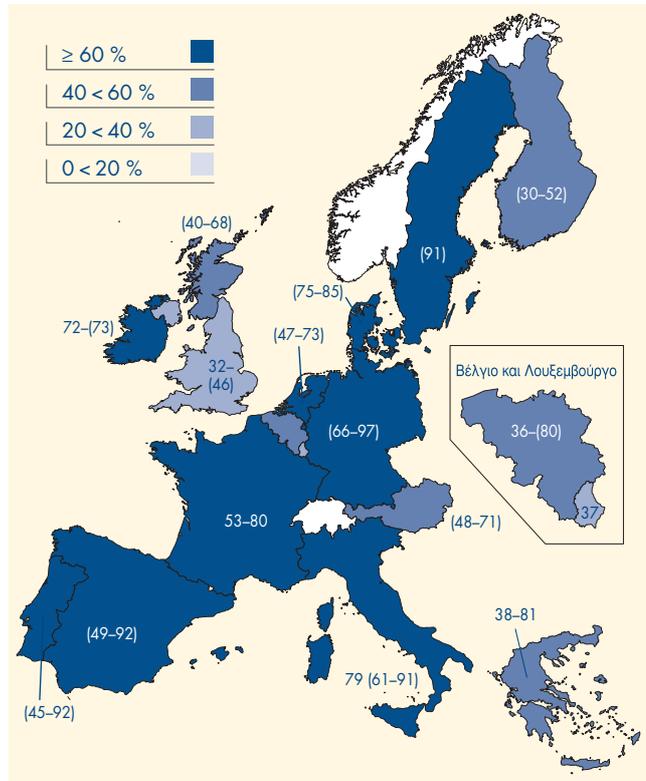
Παρόλο που όλα τα στοιχεία επιπολασμού δείχνουν πολύ υψηλά επίπεδα μόλυνσης, το φάσμα επιπολασμού εξακολουθεί να είναι μεγάλο. Όσον αφορά τον ιό HIV, αυτό μπορεί να απηχεί εν μέρει τους διαφορετικούς μηχανισμούς επιλογής στις διάφορες πηγές στοιχείων και οι συγκρίσεις θα πρέπει να γίνονται με προσοχή. Το 2000 και το 2001, επίπεδα άνω του 75 % αναφέρθηκαν για την Αμβέρσα στο Βέλγιο (80 % των XEN υπό θεραπεία για ναρκωτικά και σε υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, 2001), τη Φρανκφούρτη και το Βερολίνο στη Γερμανία (82–90 % σε μία υπηρεσία άμεσης πρόσβασης και δύο φυλακές), τη Βόρεια Ελλάδα και την Ελλάδα σε εθνικό επίπεδο (83 % των XEN σε προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη), τις ιταλικές περιφέρειες Πεδεμόντο, Τρεντίνο, Φριούλι-Βενέτσια Τζούλια, Λιγουρία, Εμίλια-Ρομάνια, Βασιλικάτα και Σαρδηνία και τις πόλεις του Τρέντο και του Μπολζάνο (άτομα υπό θεραπεία), καθώς και τη Λισσαβόνα και ορισμένες μικρότερες πόλεις της Πορτογαλίας (σε άτομα υπό θεραπεία) ⁽³⁷⁾.

Οι τάσεις του επιπολασμού του HCV μπορούν να αποτελέσουν έναν πολύ πιο ευαίσθητο δείκτη, σε σύγκριση με τις τάσεις του ιού HIV, για τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου σε σχέση με την ενδοφλέβια χρήση (π.χ. κοινή χρήση συριγγών ή άλλων συνέργων) και για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης. Ο ιός HCV είναι πιο μολυσματικός σε σύγκριση με τον HIV και μπορεί να μεταδοθεί ευκολότερα μέσω των συνέργων ενέσιμης χρήσης εκτός των συριγγών, όπως το βαμβάκι, τα κουτάλια και το νερό (αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό μέσω της σεξουαλικής επαφής). Στις διάφορες περιφέρειες παρατηρούνται τόσο αυξήσεις όσο και μειώσεις ⁽³⁸⁾.

Στο μέτρο όπου είναι διαθέσιμα, τα στοιχεία που προέρχονται από προγράμματα θεραπείας δείχνουν ότι ο επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HCV στους XEN ηλικίας κάτω των 25 ετών κυμαίνεται από 12 % στο Τάμπερε της Φινλανδίας (2001), έως περίπου 60 % στο Δουβλίνο, στην Ιρλανδία (1997) και την Ιταλία (1999). Ο επιπολασμός στους νεαρούς XEN φαίνεται να μειώνεται στο Βέλγιο και στην Ελλάδα και να αυξάνεται στην Αγγλία και την Ουαλία (1998–2001).

Πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HCV στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (όσους κάνουν ενέσιμη χρήση για διάστημα μικρότερο των δύο ετών) δεν είναι ακόμη διαθέσιμες από τις περισσότερες πηγές. Όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, υποδηλώνουν γενικά ότι ο επιπολασμός είναι

Διάγραμμα 12: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους XEN στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία



Σημειώσεις: Τα στοιχεία στις παρενθέσεις είναι τοπικά.

Οι διαφορές μεταξύ των χωρών θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών τύπων πηγών και της χρήσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, τοπικών στοιχείων ή εξετάσεων σιέλου, που υποεκτιμούν τον επιπολασμό. Το χρώμα για μια χώρα υποδηλώνει το διάμεσο του εύρους των εκτιμήσεων για τον επιπολασμό, που προέρχονται από διάφορες πηγές στοιχείων.

Ο συνοπτικός αυτός χάρτης έχει σκοπό να παρέχει μια γενική εικόνα του επιπολασμού του HIV μεταξύ των XEN στην ΕΕ. Τα στοιχεία που αναφέρονται εδώ είναι των τελευταίων ετών. Δεν περιλήφθηκαν στοιχεία από δείγματα χωρίς πληροφορίες για την κατάσταση των XEN καθώς και αποτελέσματα εξετάσεων που προέρχονταν από προσωπικές αναφορές. Αν και, κατ' αυτόν τον τρόπο, μπορεί να αποκλείστηκαν πηγές που βελτιώνουν σαφώς τη γενίκευση (π.χ. εθνικά στοιχεία, εξωθεραπευτικά στοιχεία), συνδυάστηκαν στοιχεία από περισσότερα του ενός έτη. Τα στοιχεία για την Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο περιορίζονται στους XEN τροφίμους φυλακών, ενώ τα στοιχεία για την Ιταλία περιορίζονται στον επιπολασμό του HIV στους XEN που υποβάλλονται σε θεραπεία και δεν είναι αντιπροσωπευτικά για τον επιπολασμό του HIV μεταξύ XEN που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία. Τα προβλήματα υγείας είναι σε ορισμένες χώρες ή πόλεις κριτήριο επιλογής για την έναρξη σε θεραπεία από τα ναρκωτικά (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ρώμη). Επειδή υπάρχουν όμως μεγάλες λίστες αναμονής ή ειδικά προγράμματα για τους XEN που έχουν μολυνθεί με τον ιό, ενδέχεται ο επιπολασμός να παρουσιάζει ανοδική στρέβλωση. Ο επιπολασμός στον παρόντα χάρτη δεν πρέπει να συγκρίνεται με προηγούμενες εκδόσεις για να διαπιστωθούν οι αλλαγές σε βάθος χρόνου, καθώς οι πηγές που έχουν περιληφθεί διαφέρουν ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των στοιχείων. Για τις χρονικές τάσεις, λεπτομέρειες επί της μεθοδολογίας και για τις πηγές, βλέπε στατιστικό πίνακα 16 και πλαίσιο 6 ΕΓ.

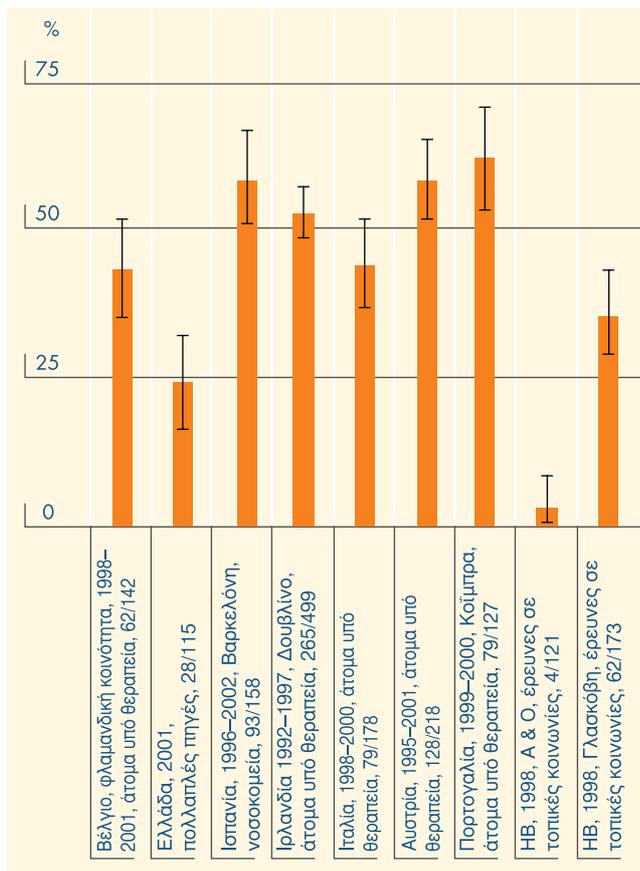
Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitho. Για πρωτογενείς πηγές βλέπε στατιστικό πίνακα 16: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

ιδιαίτερα υψηλός: 40 % ή και περισσότερο — αν και το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αναφέρει χαμηλότερα ποσοστά (διάγραμμα 13).

⁽³⁷⁾ Πλαίσιο 5 ΕΓ: Τάσεις του επιπολασμού και των γνωστοποιήσεων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C (έκδοση επί γραμμής).

⁽³⁸⁾ Βλέπε πλαίσιο 5 ΕΓ (έκδοση επί γραμμής).

Διάγραμμα 13: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους ΧΕΝ που κάνουν ενέσιμη χρήση για διάστημα μικρότερο των δύο ετών



Σημειώσεις: Οι ακγύλες υποδεικνύουν το διάστημα εμπιστοσύνης 95 %.

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reixox. Για πρωτογενείς πηγές βλέπε στατιστικό πίνακα 18: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

Επιπολασμός και τάσεις σχετικά με τη μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β

Η παρουσία αντισωμάτων ενός ιού στο αίμα δείχνει ότι κάποιος έχει κάποτε μολυνθεί ή εμβολιαστεί κατά του ιού αυτού. Σε αντίθεση με τον HIV και τον HCV, υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο κατά του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV). Έτσι, στην περίπτωση του HBV, το ποσοστό των ΧΕΝ που δεν έχουν αντισώματα (aHBs ή aHBc) κατά του ιού συνιστά δυνητικά τον πληθυσμό που θα μπορούσε να εμβολιαστεί και αποτελεί επίσης σημαντικό δείκτη για την ανάγκη εφαρμογής ενός προγράμματος εμβολιασμού. Στην ΕΕ υπάρχουν μεγαλύτερες αποκλίσεις στο ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών που έχουν (οποιοδήποτε είδος) αντισώματα κατά του ιού HBV σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν αντισώματα κατά του ιού HCV. Σε ολόκληρη την ΕΕ, περίπου 20–60 % των ΧΕΝ έχουν αντισώματα κατά της ηπατίτιδας Β, γεγονός που δείχνει ότι υπάρχει μεγάλο δυναμικό για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού για τους ΧΕΝ (40–80 %).

Η τρέχουσα μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας Β, όπως δείχνει η παρουσία στο αίμα ενός ορολογικού δείκτη που

ονομάζεται HbsAg, μπορεί να είναι είτε πρόσφατη είτε χρόνια. Τα υψηλά επίπεδα τρέχουσας μόλυνσης υποδηλώνουν υψηλό κίνδυνο στο μέλλον για σοβαρές, μακροχρόνιες επιπλοκές και ευρεία μετάδοση σε τρίτους, εξαιτίας επικίνδυνων συμπεριφορών που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ή σεξουαλικών επαφών χωρίς προφυλάξεις. Ο επιπολασμός της τρέχουσας μόλυνσης από τον ιό HBV καταγράφεται σε λίγες μόνο χώρες, αλλά φαίνεται ότι διαφέρει σε μεγάλο βαθμό και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι υψηλός.

Γνωστοποιημένα κρούσματα ηπατίτιδας Β και C

Στοιχεία γνωστοποίησης κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HBV και HCV είναι διαθέσιμα για ορισμένες χώρες. Παρόλο που οι ορισμοί διαφέρουν και δεν επιτρέπουν άμεσες συγκρίσεις, οι τάσεις που εκδηλώνονται σε βάθος χρόνου μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες. Τα αναφερόμενα κρούσματα ηπατίτιδας C φαίνεται να μειώνονται με την πάροδο του χρόνου στη Δανία, στη Φινλανδία και τη Σουηδία, ενώ οι αντίστοιχοι αριθμοί έχουν αυξηθεί στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Όσον αφορά την ηπατίτιδα Β, μείωση έχει παρατηρηθεί επίσης στη Δανία και τη Φινλανδία, ενώ ο αριθμός των κρουσμάτων έχει αυξηθεί στη Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι αυξητικές τάσεις ενδεχομένως να οφείλονται στην αύξηση των ελέγχων. Το ποσοστό των συνολικών κρουσμάτων στους ΧΕΝ είναι πολύ υψηλό (περίπου 90 % για τον HCV και 40–70 % για τον HBV) στις περισσότερες χώρες και δείχνει ότι η πλειονότητα των λοιμώξεων με HBV και σχεδόν το σύνολο των λοιμώξεων με HCV στην ΕΕ οφείλεται στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ⁽³⁹⁾.

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Πλαίσιο 6 ΕΓ: Πηγές στοιχείων — επιπολασμός (για τους στατιστικούς πίνακες 10–14, 16–20)

Πλαίσιο 7 ΕΓ: Πηγές στοιχείων — γνωστοποιήσεις (για τους στατιστικούς πίνακες 21 και 22)

Στατιστικός πίνακας 10: Συνοπτικός πίνακας σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 11: Συνοπτικός πίνακας σχετικά με τον επιπολασμό της μόλυνσης από τον ιό HCV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 12: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV (ποσοστό μολυσμένων ατόμων) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία

Στατιστικός πίνακας 13: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 25 ετών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 14: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό HIV στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 15: Κρούσματα μόλυνσης από τον ιό HIV που διαγνώστηκαν πρόσφατα στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία

Στατιστικός πίνακας 16: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 17: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 25 ετών στην ΕΕ

⁽³⁹⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 21: Γνωστοποιημένα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ· και στατιστικό πίνακα 22: Γνωστοποιημένα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

Στατιστικός πίνακας 18: Επιπολασμός της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους νέους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 19: Επιπολασμός της τρέχουσας μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B (HbsAg) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 20: Επιπολασμός αντισωμάτων κατά του ιού της ηπατίτιδας B στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 21: Γνωστοποιημένα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Στατιστικός πίνακας 22: Γνωστοποιημένα κρούσματα μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας B στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία

Στατιστικός πίνακας 23: Επίπτωση της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην ΕΕ

Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι και θνησιμότητα των χρηστών ναρκωτικών ⁽⁴⁰⁾

Οι εθνικές στατιστικές σχετικά με τους «θανάτους από ναρκωτικά» αναφέρονται συνήθως σε αιφνίδιους θανάτους άμεσα συνδεδεμένους με τη χρήση ναρκωτικών ή με τη λήψη «υπερβολικών δόσεων», μολονότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών ⁽⁴¹⁾. Ο βασικός δείκτης του ΕΚΠΝΤ «συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι» ορίζεται επίσης με βάση τους θανάτους αυτούς ⁽⁴²⁾. Η ανάπτυξη του βασικού δείκτη έδωσε το έναυσμα για τη διενέργεια εργασιών σε διάφορα κράτη μέλη με σκοπό τη βελτίωση των διαδικασιών αναφοράς θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά.

Οι άμεσες συγκρίσεις εθνικών στατιστικών θα πρέπει και πάλι να πραγματοποιούνται με προσοχή λόγω των διαφορών που υπάρχουν στους ορισμούς, καθώς και στην ποιότητα και την κάλυψη των αναφορών. Ωστόσο, εάν σε μια χώρα εφαρμόζονται συνεπείς μέθοδοι αναφοράς σε βάθος χρόνου, ο αριθμός των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων μπορεί να αποτελέσει έναν χρήσιμο δείκτη των τάσεων των σοβαρών μορφών χρήσης ναρκωτικών, ιδίως όταν αναλύεται σε συνδυασμό με άλλους δείκτες.

Η λήψη υπερβολικής δόσης ναρκωτικών αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου στα νεαρά άτομα, ιδίως στους νέους άνδρες, στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Οι θάνατοι από AIDS και άλλες αιτίες (βία, ατυχήματα κλπ.) αντιπροσωπεύουν ένα επιπλέον ποσοστό θνησιμότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά, με σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών και πόλεων. Γενικά, οι θάνατοι αυτοί αναφέρονται από διάφορες πηγές στοιχείων.

Οι συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και στους χρήστες οπιούχων είναι πολύ υψηλότεροι απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό και η προβληματική χρήση ναρκωτικών αποτελεί σημαντική αιτία θανάτων στους νεαρούς ενήλικες στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη δεκαετία του 1990 σε ορισμένες πόλεις της ΕΕ (Γλασκόβη, Μαδρίτη, Ρώμη) διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό θανάτων στους νεαρούς ενήλικες θα μπορούσε να αποδοθεί στην προβληματική χρήση ναρκωτικών (ιδίως στην ενέσιμη χρήση οπιούχων). Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των θανάτων από AIDS μειώνεται, οι θάνατοι από υπερβολική δόση ναρκωτικών παραμένουν σταθεροί ή εξακολουθούν να αυξάνονται και θα πρέπει να πραγματοποιηθούν νέες μελέτες για την παροχή νεότερων πληροφοριών σχετικά με τη θνησιμότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά σε άλλες πόλεις.

Συνέπειες των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων

Τα τελευταία δέκα έτη, ο ετήσιος αριθμός αιφνίδιων θανάτων από ναρκωτικά που αναφέρεται στις χώρες της ΕΕ συνολικά κυμαίνεται μεταξύ 7 000 και 9 000 ⁽⁴³⁾. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελούν ελάχιστες εκτιμήσεις καθώς είναι πιθανό στις περισσότερες χώρες ο αριθμός των γνωστοποιούμενων θανάτων να υπολείπεται σε κάποιο βαθμό του πραγματικού (σε ορισμένες περιπτώσεις σε σημαντικό βαθμό). Τα περισσότερα θύματα είναι νεαρά άτομα και, επιπλέον, πολλοί από τους θανάτους αυτούς θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.

Παρότι υπάρχουν ορισμένες ενθαρρυντικές ενδείξεις στασιμότητας ή μείωσης του αριθμού των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ (και σε άλλα μέρη του κόσμου) οι θάνατοι από υπερβολική δόση εξακολουθούν να αυξάνονται.

Παράγοντες κινδύνου

Στο αίμα των περισσότερων θυμάτων από υπερβολική δόση παράνομων ουσιών ανιχνεύονται οπιούχα, μολονότι οι συγκεντρώσεις που εντοπίζονται στις τοξικολογικές εξετάσεις ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό και συχνά εμφανίζονται επίσης και άλλες ουσίες ⁽⁴⁴⁾.

Είναι γνωστοί αρκετοί παράγοντες κινδύνου για τις υπερβολικές δόσεις οπιούχων: ενέσιμη χρήση, παράλληλη χρήση άλλων κατασταλτικών ουσιών (π.χ. αλκοόλ ή βενζοδιαζεπίνες), έλλειψη ανοχής μετά από περίοδο αποχής (π.χ. μετά την αποφυλάκιση ή την έξοδο από ένα πρόγραμμα θεραπείας), ενέσιμη χρήση σε δημόσιους χώρους (που μπορεί να συνδέεται με τη χρήση

⁽⁴⁰⁾ Πλαίσιο 8 ΕΓ: Μεθοδολογία και ορισμοί που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των θανάτων και της θνησιμότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁴¹⁾ Πλαίσιο 9 ΕΓ: Ορισμοί του «συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου» στα κράτη μέλη της ΕΕ, όπως χρησιμοποιήθηκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ και αναφέρθηκαν στις εθνικές εκθέσεις (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁴²⁾ Πλαίσιο 10 ΕΓ: Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι — ορισμός του ΕΚΠΝΤ (έκδοση επί γραμμής). Βλέπε επίσης το πρωτόκολλο του ΕΚΠΝΤ για τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους (EMCDDA protocol for drug-related death) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

⁽⁴³⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 24: Αριθμός «συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων» που έχουν καταγραφεί σε χώρες της ΕΕ (σύμφωνα με τους εθνικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται για την αναφορά περιπτώσεων στο ΕΚΠΝΤ), 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁴⁴⁾ Διάγραμμα 13 ΕΓ: Ποσοστό συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων με ή χωρίς την παρουσία οπιούχων στις χώρες της ΕΕ το 2000–2001· και στατιστικός πίνακας 25: Σύνοψη των χαρακτηριστικών των θυμάτων συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στις χώρες της ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

μη ελεγχμένων ναρκωτικών), μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από οπιούχες ουσίες, μεγαλύτερη ηλικία (ίσως ως αποτέλεσμα παράλληλων παθήσεων του ήπατος ή αναπνευστικών παθήσεων) και πιθανώς απροσδόκητες αλλαγές στην καθαρότητα (αν και οι μελέτες παρουσιάζουν αποκλίνοντα αποτελέσματα). Επιπλέον, οι περισσότερες περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης συμβαίνουν παρουσία άλλων χρηστών και συνήθως ο θάνατος δεν είναι άμεσος, υπάρχει, δηλαδή, χρόνος για παρέμβαση. Ωστόσο, τα άτομα που είναι μάρτυρες των περιστατικών, δυστυχώς, συχνά δεν είναι σε θέση ή δεν είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων ή του φόβου επέμβασης της αστυνομίας.

Το γεγονός ότι οι παράγοντες κινδύνου είναι ευρέως γνωστοί και ότι ο θάνατος δεν είναι άμεσος σημαίνει ότι είναι δυνατό να αποφευχθεί σημαντικό ποσοστό υπερβολικών δόσεων ναρκωτικών ή τουλάχιστον να αποφευχθεί το θανάσιμο αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις και, γι' αυτό, θα πρέπει να ασκηθούν πιέσεις για την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων, ιδίως στους μεγαλύτερους σε ηλικία χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και σε εκείνους που έχουν χάσει την ανοχή τους στα ναρκωτικά ύστερα από περίοδο σχετικής αποχής.

Χαρακτηριστικά των θυμάτων

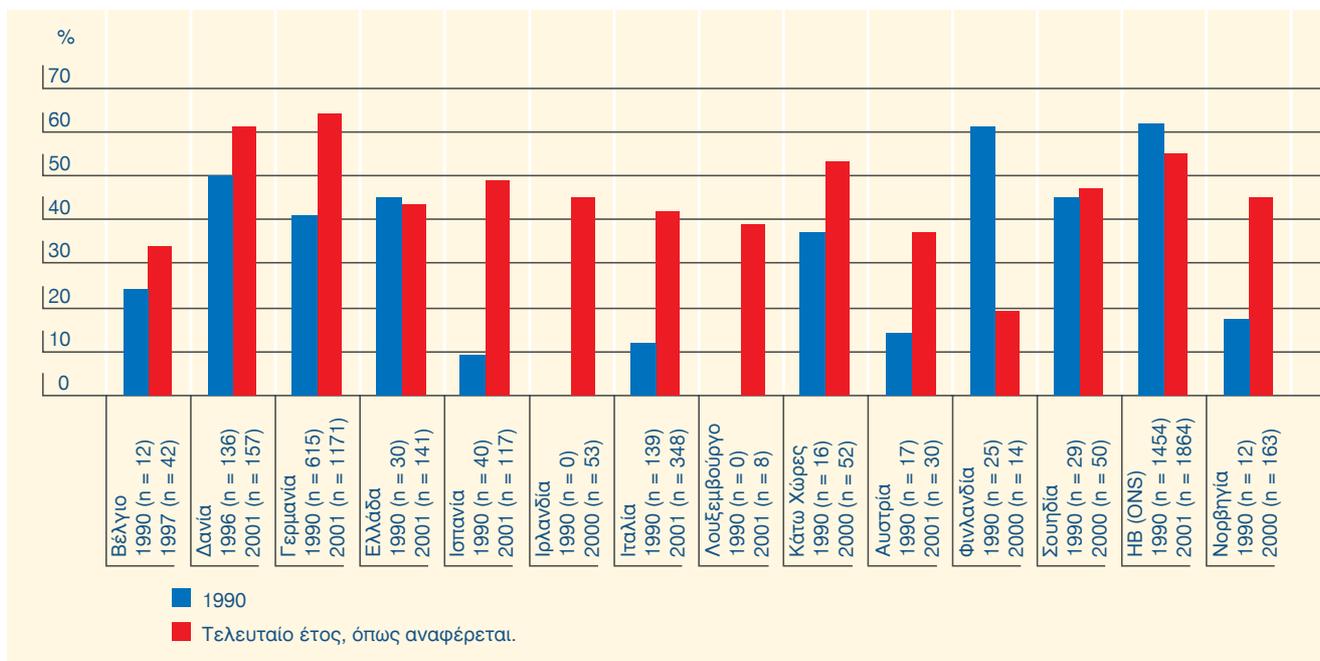
Η πλειονότητα (80–90 %) των θυμάτων λόγω υπερβολικής δόσης στις περισσότερες χώρες της ΕΕ είναι άνδρες (εύρος 69–90%)⁽⁴⁵⁾. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την

υψηλή αναλογία των ανδρών στους τοξικομανείς που κάνουν χρήση οπιούχων, καθώς ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος θανάτου από υπερβολική δόση είναι παρόμοιος για τους άνδρες και τις γυναίκες. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η αναλογία των ανδρών στα θύματα λόγω υπερβολικής δόσης είναι υψηλότερη από την αναλογία των ανδρών στα άτομα που εισάγονται για θεραπεία. Τα περισσότερα θύματα βρίσκονται στο τέλος της δεύτερης δεκαετίας ή στην τρίτη δεκαετία της ζωής τους και έχουν κάνει χρήση οπιούχων για αρκετά χρόνια. Στις χώρες της ΕΕ, η μέση ηλικία των θυμάτων των οποίων ο θάνατος συνδέεται με τα ναρκωτικά κυμαίνεται από 30,2 έως 40 έτη και στις περισσότερες χώρες η ηλικία των θυμάτων τείνει να αυξάνεται (διάγραμμα 14). Η ίδια τάση αναφέρεται επίσης από χώρες εκτός της Ευρώπης. Ωστόσο, στη Φινλανδία και, σε μικρότερο βαθμό, στο Ηνωμένο Βασίλειο υπήρξε αύξηση στο ποσοστό των νεαρών σε ηλικία θυμάτων —διαπίστωση στην οποία θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή καθώς μπορεί να υποδηλώνει αυξημένη επίπτωση της ενέσιμης χρήσης ή της χρήσης οπιούχων τα τελευταία έτη— ενώ στην Ελλάδα και τη Σουηδία δεν διαπιστώθηκε παρόμοια αυξητική τάση στην ηλικία των θυμάτων.

Θάνατοι που οφείλονται σε ουσίες άλλες εκτός των οπιούχων

Οι θάνατοι που οφείλονται στη λήψη υπερβολικής δόσης κοκαΐνης, αμφεταμινών ή έκστασης χωρίς την

Διάγραμμα 14: Αλλαγές στο ποσοστό των θυμάτων ηλικίας άνω των 35 ετών στους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους στις χώρες της ΕΕ από το 1990⁽¹⁾ έως το 2000–2001



⁽¹⁾ Δανία, 1996. Τα έτη που παρουσιάζονται είναι αυτά που έχουν την απαραίτητη κατανομή ή αυτά για τα οποία ήταν δυνατή μια συγκριτική ανάλυση (ίδια κατανομή ηλικιών). Για ορισμένες χώρες το ηλικιακό εύρος διαφέρει μεταξύ των ετών (Ελλάδα: 1990, ≥ 31⁺ και 2001, ≥ 30⁺; Γερμανία: 1990 και 2001, ≥ 30). Στην Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο το ποσοστό των θυμάτων ηλικίας άνω των 35 ετών το 1990 ήταν 0 %.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2002, από γενικά λεξιαρχεία θανάτου ή ειδικά μητρώα (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά). Με βάση τους εθνικούς ορισμούς που παρουσιάζονται στο πλαίσιο 9 ΕΓ: Ορισμοί του «συνδεόμενου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου» στα κράτη μέλη της ΕΕ, όπως χρησιμοποιήθηκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ και αναφέρθηκαν στις εθνικές εκθέσεις (έκδοση επί γραμμής). Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 25: Σύνοψη των χαρακτηριστικών των θυμάτων συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στις χώρες της ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁴⁵⁾ Διάγραμμα 14 ΕΓ: Ποσοστό ανδρών και γυναικών στα θύματα συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στις χώρες της ΕΕ το 2000–2001.

παρουσία οπιούχων δεν είναι συχνοί στην Ευρώπη. Ωστόσο, αρκετές χώρες (Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) έχουν αναφέρει σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο αύξηση του αριθμού των θυμάτων στα οποία διαπιστώθηκε ότι έχει γίνει χρήση κοκαΐνης, γενικά μαζί με άλλες ουσίες, μολονότι οι σχετικές πληροφορίες αναφέρονται από ετερόκλητες πηγές. Ορισμένες χώρες (π.χ. Ισπανία και Πορτογαλία) ανέφεραν συχνά παρουσία κοκαΐνης στα θύματα από υπερβολική δόση οπιούχων. Επιπλέον, η κοκαΐνη μπορεί να συμβάλει στο θάνατο από καρδιαγγειακές παθήσεις, οπότε οι θάνατοι αυτοί ενδέχεται να μην καταγραφούν ως συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά.

Παρότι οι θάνατοι που συνδέονται με τη χρήση έκστασης δημιουργούν σημαντική δημόσια ανησυχία, είναι σχετικά σπάνιοι σε σύγκριση με τους θανάτους που συνδέονται με τη χρήση οπιούχων παρά το γεγονός ότι η χρήση έκστασης είναι πολύ πιο συνηθισμένη. Ο αριθμός των κρουσμάτων που, βάσει τοξικολογικής εξέτασης, αποδεικνύονται θετικά για έκσταση έχει αυξηθεί, καθώς η χρήση έκστασης καθίσταται όλο και πιο δημοφιλής, αλλά συχνά διαπιστώνεται παρουσία και άλλων ουσιών και δεν είναι σαφές εάν ο θάνατος μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στην έκσταση. Οι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι που συνδέονται με τη χρήση έκστασης θα πρέπει να αξιολογηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια. Μολονότι οι αρνητικές αντιδράσεις στην έκσταση φαίνεται να είναι απρόβλεπτες, ορισμένοι θάνατοι θα μπορούσαν να προληφθούν με τη λήψη σχετικά απλών μέτρων (π.χ. παροχή νερού) σε κλαμπ χορού, καθώς και με την καλύτερη εκπαίδευση σε θέματα υγείας.

Παρότι γενικά δίδεται λιγότερη προσοχή στους θανάτους που συνδέονται με την κατάχρηση πτητικών ουσιών, στις χώρες όπου διατίθενται σχετικές πληροφορίες ο αριθμός των θανάτων αυτών δεν είναι καθόλου αμελητέος. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, την περίοδο 1992–2000, οι θάνατοι αυτοί ανέρχονταν σε 64–85 περιπτώσεις ετησίως, ενώ τα περισσότερα θύματα είναι πολύ νεαρά σε ηλικία (Field-Smith et al., 2002). Η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τους θανάτους αυτούς θα πρέπει να βελτιωθεί σε άλλες χώρες.

Η έρευνα δείχνει σαφώς ότι η θεραπεία υποκατάστασης μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από υπερβολική δόση στα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα. Ωστόσο, σε αρκετές χώρες και πόλεις της ΕΕ έχει ανιχνευθεί μεθαδόνη σε σημαντικό αριθμό θυμάτων των οποίων ο θάνατος συνδέεται με τα ναρκωτικά. Σε αρκετές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι ο θάνατος είναι πιθανότερο να συνδέεται με παράνομη παρά με συνταγογραφημένη χρήση, ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος είναι υψηλότερος στις αρχικές φάσεις της υποκατάστασης με μεθαδόνη. Οι διαπιστώσεις αυτές υποδεικνύουν ότι είναι αναγκαίο να διασφαλίζονται τα πρότυπα ποιότητας των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά αιφνίδιους θανάτους

Οι τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, ακόμη και μεταξύ περιφερειών ή πόλεων μέσα στην ίδια χώρα. Έχοντας υπόψη αυτούς τους περιορισμούς, θα μπορούσαν να παρουσιαστούν ορισμένες γενικές τάσεις για τις χώρες της ΕΕ. Σημαντική αύξηση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 (διάγραμμα 15 Α). Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1990–2000 η γενική αυξητική τάση συνεχίστηκε, αν και σε χαμηλότερο ρυθμό. Το 2000, σε ολόκληρη την ΕΕ αναφέρθηκαν 8 731 συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά αιφνίδιοι θάνατοι έναντι 6 394 το 1990 (αύξηση 36,5 %) (διάγραμμα 15 Β) ⁽⁴⁶⁾.

Η γενική αυτή τάση μπορεί να απηχεί την ταχεία εξάπλωση της ενέσιμης χρήσης ηρωίνης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Οι πρόσφατες τάσεις ενδεχομένως συνδέονται με την εμφανή σταθεροποίηση της επικράτησης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε ορισμένες χώρες, με τη μείωση της ενέσιμης χρήσης σε άλλες και, πιθανότατα, με την αύξηση της διαθεσιμότητας θεραπείας — συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων υποκατάστασης. Από την άλλη πλευρά, η ανοδική τάση της ηλικίας των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των θανάτων.

Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι στην ΕΕ υπάρχουν διαφορετικές και, ορισμένες φορές, αποκλίνουσες εθνικές τάσεις ⁽⁴⁷⁾. Πολλές χώρες της ΕΕ εξακολουθούν να αναφέρουν έως σήμερα ή μέχρι πολύ πρόσφατα αυξησεις στον αριθμό των θανάτων από ναρκωτικά, ενώ ορισμένες άλλες αναφέρουν σταθεροποίηση ή μείωση. Οι αλλαγές στις διαδικασίες αναφοράς αλλά και στην ποιότητα των αναφορών θα πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε υπόψη κατά την ερμηνεία των εθνικών ή τοπικών τάσεων.

Αρκετές χώρες ανέφεραν σταθεροποίηση ή πτωτική τάση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990. Η Γαλλία και η Ισπανία παρουσίασαν εμφανώς σταθερή φθίνουσα τάση. Παρότι οι διαπιστώσεις αυτές ενδέχεται να υπόκεινται στους περιορισμούς της ελλιπούς αναφοράς (στην περίπτωση της Γαλλίας) ή της περιορισμένης κάλυψης (μόνο πέντε μεγάλες πόλεις στην Ισπανία), είναι σημαντικό να διερευνηθούν περαιτέρω οι λόγοι των τάσεων αυτών. Οι αλλαγές στον τρόπο χρήσης της ηρωίνης και η σημαντική επέκταση των προγραμμάτων θεραπείας (ιδίως της θεραπείας υποκατάστασης) είναι πιθανό να επηρεάζουν τις τάσεις αυτές ⁽⁴⁸⁾. Σε άλλες χώρες (Γερμανία, Ιταλία και Αυστρία), ο αριθμός των θανάτων από ναρκωτικά σημείωσε διακυμάνσεις τα τελευταία έτη και, ως εκ τούτου, παρότι

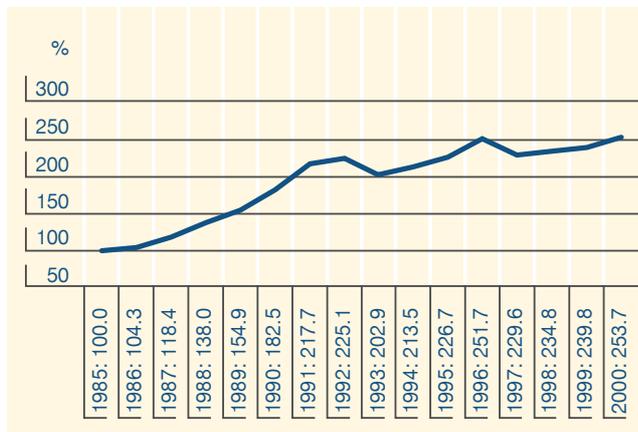
⁽⁴⁶⁾ Σημειώνεται ότι αριθμοί και τάσεις σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους για το σύνολο της ΕΕ διατίθενται μόνο έως το 2000. Εννέα χώρες ανέφεραν στοιχεία για το 2001, όμως κατά το χρόνο συγκέντρωσης των στοιχείων (φθινόπωρο 2002) επτά χώρες διέθεταν στοιχεία μόνο για το 2000. Όπου ήταν δυνατόν χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες για το 2001 για τις χώρες που ανέφεραν σχετικά στοιχεία.

⁽⁴⁷⁾ Διάγραμμα 15 ΕΓ: Τάσεις των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων σε χώρες της ΕΕ, 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁴⁸⁾ Βλέπε ετήσια έκθεση ΕΚΠΝΤ (2002α, σ. 17), διάγραμμα 10 (Τρόπος χρήσης της ηρωίνης στην Ισπανία) και την ενότητα «Θεραπεία» (σ. 51) και πίνακα 3 (Εξέλιξη της θεραπείας υποκατάστασης στα 15 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία) της παρούσας έκθεσης.

Διάγραμμα 15: Τάσεις των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στην ΕΕ, 1985–2000 (%)

Διάγραμμα (Α): Γενική ιστορική τάση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στην ΕΕ, 1985–2000 (έτος βάσης: 1985 = 100 %)



Διάγραμμα (Β): Γενική τάση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στην ΕΕ, 1990–2000 (έτος βάσης: 1990 = 100 %)



(¹) Μικρός αριθμός χωρών δεν παρέχει στοιχεία για ορισμένα έτη (βλέπε στατιστικό πίνακα 24: Αριθμός «συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων» που έχουν καταγραφεί σε χώρες της ΕΕ (σύμφωνα με τους εθνικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται για την αναφορά περιπτώσεων στο ΕΚΠΝΤ), 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής). Για να διορθωθεί αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος υπολογισμού που ορίζεται στο σχέδιο CT99.RTX.04, ΕΚΠΝΤ (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf).

Δέκα χώρες παρέχουν πληροφορίες για το 2001 και έξι όχι. Ο δείκτης για το 2001 δεν έχει υπολογιστεί. Οι τάσεις για τις χώρες που παρέχουν στοιχεία παρουσιάζονται στο διάγραμμα 15 ΕΓ: Τάσεις των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων σε χώρες της ΕΕ, 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής). Οι αριθμοί των περιπτώσεων ανά χώρα ετησίως παρουσιάζονται στον στατιστικό πίνακα 24.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox για το 2002, από γενικά ληξιαρχεία θανάτου ή ειδικά μητρώα (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά). Με βάση τους εθνικούς ορισμούς που παρουσιάζονται στο πλαίσιο 9 ΕΓ: Ορισμοί του «συνδεόμενου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου» στα κράτη μέλη της ΕΕ, όπως χρησιμοποιήθηκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ και αναφέρθηκαν στις εθνικές εκθέσεις (έκδοση επί γραμμής).

ο αριθμός των θανάτων από ναρκωτικά φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί, αν και σε υψηλό επίπεδο, δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι μετά από μία πτωτική τάση διάρκειας δύο ή τριών ετών δεν θα ακολουθήσει αύξηση.

Ωστόσο, ορισμένες χώρες ανέφεραν σημαντικές ανοδικές τάσεις κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990 (π.χ. Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Φινλανδία και Νορβηγία), οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε ορισμένες περιπτώσεις στο βελτιωμένο σύστημα αναφοράς. Στην Πορτογαλία, η τάση αυτή αναστράφηκε το 2000 και το ίδιο φαίνεται ότι συνέβη και στη Φινλανδία το 2001. Οι αυξήσεις αυτές θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την όψιμη εξάπλωση της χρήσης ηρωίνης στις συγκεκριμένες χώρες, αν και μπορεί να έχουν διαδραματίσει κάποιο ρόλο και τα βελτιωμένα συστήματα αναφοράς σε ορισμένες περιπτώσεις.

Το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσίασε, μέχρι το 2000, μια σταθερή, αν και μέτρια, αυξανόμενη τάση σχετικά με τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά αιφνίδιους θανάτους, σύμφωνα με τον παραδοσιακό ορισμό (που περιλαμβάνει ορισμένες περιπτώσεις θανάτων που συνδέονται με τη λήψη φαρμάκων: Υπηρεσία Εθνικών Στατιστικών). Αν όμως εξεταστούν ανεξάρτητα οι περιπτώσεις χρήσης ηρωίνης–μορφίνης, τότε η ανοδική τάση παρουσιάζεται ακόμη εντονότερα: πενταπλάσια αύξηση το 2000 σε σύγκριση με το 1993 στην Αγγλία και την Ουαλία (Griffiths, 2003) (⁴⁹).

Τέλος, σε ορισμένες χώρες οι τάσεις είναι λιγότερο σαφείς ή οι αλλαγές είναι δύσκολο να ερμηνευθούν

λόγω αλλαγών στη διεθνή ταξινόμηση νόσων (δέκατη αντί της ένατης έκδοσης), αλλαγών στους εθνικούς ορισμούς ή λόγω του μικρού αριθμού των περιλαμβανόμενων περιπτώσεων.

Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις γενικής μείωσης σε επίπεδο ΕΕ τονίζει ότι οι βλάβες που προκαλούνται στην υγεία και συνδέονται με τα ναρκωτικά σε μεγάλο βαθμό δεν έχουν αντιμετωπιστεί και τονίζει την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους, καθώς και για κατάλληλα στοχοθετημένες παρεμβάσεις.

Συνολική θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών

Οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών αντιπροσωπεύουν ποσοστό μικρότερο του 1 % του ενήλικου πληθυσμού της ΕΕ, όμως η συγκέντρωση προβλημάτων υγείας και κοινωνικών προβλημάτων σε αυτή τη μικρή ομάδα του πληθυσμού είναι σημαντική.

Μελέτες κοόρτης σχετικά με τη θνησιμότητα δείχνουν ότι η θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών είναι έως και 20 φορές υψηλότερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας. Σε μεγάλο βαθμό, αυτή η υψηλή θνησιμότητα μπορεί να αποδοθεί στην τυχαία λήψη υπερβολικής δόσης, όμως άλλα αίτια είναι επίσης το AIDS και άλλα λοιμώδη νοσήματα, ατυχήματα και αυτοκτονίες. Η λήψη υπερβολικής δόσης και οι θάνατοι από τυχαία αίτια ευθύνονται για ένα

(⁴⁹) Ο «ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά» που αναπτύχθηκε πρόσφατα επικεντρώνεται στις ουσίες κατάχρησης (ναρκωτικές ουσίες που ελέγχονται βάσει του νόμου περί χρήσης ναρκωτικών του 1971 αλλά όχι σε θανάτους που συνδέονται έμμεσα με τα ναρκωτικά, όπως οι θάνατοι από AIDS) και είναι σχετικά παρόμοιος με τον ορισμό του ΕΚΠΝΤ. Χρησιμοποιώντας τον ορισμό της στρατηγικής για τα ναρκωτικά, ο αριθμός των αναφερόμενων περιπτώσεων σχεδόν διπλασιάστηκε στην Αγγλία και στην Ουαλία μεταξύ 1993 (864) και 2001 (1 623). Με την εφαρμογή του ορισμού του ΕΚΠΝΤ παρουσιάζονται 1 606 περιπτώσεις στην Αγγλία και την Ουαλία το 2000 και 1 443 το 2001.

σημαντικό μέρος της θνησιμότητας αυτής σε περιοχές όπου ο επιπολασμός του HIV στους χρήστες ναρκωτικών είναι χαμηλός, ενώ το AIDS διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε χώρες με υψηλό επιπολασμό του HIV που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών.

Η θνησιμότητα στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών είναι δύο έως τέσσερις φορές υψηλότερη από εκείνη που καταγράφεται στους χρήστες μη ενέσιμων ναρκωτικών, ενώ (μέχρι πρόσφατα) η θνησιμότητα των χρηστών ναρκωτικών που είχαν μολυνθεί από τον ιό HIV ήταν δύο έως έξι φορές υψηλότερη από εκείνη των μη μολυσμένων χρηστών. Με τις πρόσφατες βελτιώσεις που έχουν σημειωθεί στη θεραπεία για τον ιό HIV η διαφορά αυτή ενδέχεται να παρουσιάζει μείωση.

Τάσεις σχετικά με τη θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών

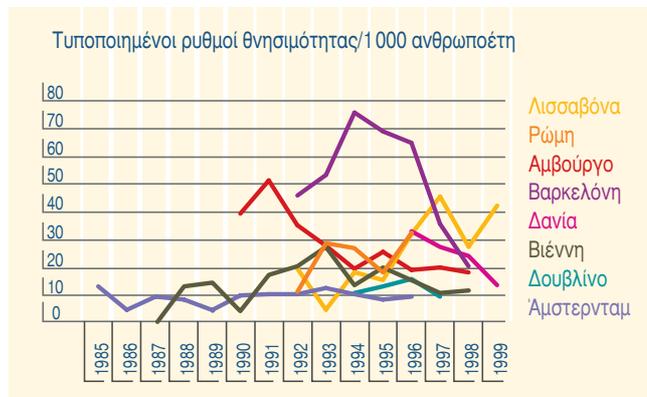
Η πολυτοπική μελέτη που συντόνισε το ΕΚΠΝΤ⁽⁵⁰⁾ καταδεικνύει τις διαφορές στα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας και στην κατανομή των αιτιών θανάτου μεταξύ των διαφόρων τόπων που συμμετείχαν σε αυτή. Η μελέτη αποκαλύπτει επίσης σχετικές αλλαγές με την πάροδο των ετών τόσο στη συνολική θνησιμότητα όσο και στη θνησιμότητα που οφείλεται σε συγκεκριμένα αίτια⁽⁵¹⁾.

Η Βαρκελώνη παρουσίασε τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ενώ η Βιέννη και το Δουβλίνο τα χαμηλότερα. Σε αρκετά μέρη τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζουν μείωση από τις αρχές ή τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Στη Βαρκελώνη τα ποσοστά ήταν ιδιαίτερα υψηλά μεταξύ του 1992 και του 1996, ενώ ακολούθησε μία απότομη μείωση τα τελευταία έτη, κυρίως λόγω της μείωσης της θνησιμότητας λόγω AIDS. Στη Λισσαβόνα, τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονταν μέχρι πρόσφατα (διάγραμμα 16).

Οι άμεσες συγκρίσεις στους διάφορους τόπους πρέπει να γίνονται με προσοχή, καθώς υπάρχουν διαφορές στην τυπολογία των θεραπευτικών κέντρων όπου χρησιμοποιούνται κοόρτες, αν και τείνουν να αντιπροσωπεύουν τους συνήθεις τύπους διαθέσιμης θεραπείας. Ωστόσο, η τυποποίηση των ποσοστών θνησιμότητας κατά ηλικία και φύλο μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο μέτρο της επίδρασης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στη θνησιμότητα σε διάφορες χώρες.

Η ανάλυση των τυποποιημένων δεικτών θνησιμότητας (ΤΔΘ)⁽⁵²⁾ από κοόρτες που εγγράφηκαν στην πολυτοπική μελέτη έδειξε ότι στην Βαρκελώνη ο κίνδυνος θανάτου σε άνδρες και γυναίκες προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών ήταν, αντίστοιχα, 24 και 64 φορές υψηλότερος απ' ό,τι στα άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου στον γενικό πληθυσμό της Ισπανίας. Στη Λισσαβόνα, στο Αμβούργο και τη Ρώμη ο κίνδυνος θανάτου στις γυναίκες που χαρακτηρίζονται ως προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών ήταν 30 έως 40 φορές υψηλότερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Οι

Διάγραμμα 16: Συνολική θνησιμότητα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών σε διάφορες πόλεις ή χώρες της ΕΕ



Σημειώσεις: Τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας, άνδρες και γυναίκες. Θνησιμότητα για κάθε αιτία σε κοόρτες χρηστών οπιοΐων ναρκωτικών που εισήχθησαν σε θεραπευτικά κέντρα.

Υπάρχουν κάποιες διαφορές στην τυπολογία των χώρων εισαγωγής για θεραπεία (θεραπευτικά κέντρα), καθώς και στους τρόπους θεραπείας στους διάφορους χώρους, αν και οι χώροι και οι τρόποι θεραπείας τείνουν να αντιπροσωπεύουν κοινούς τύπους θεραπείας διαθέσιμης σε κάθε χώρα και επομένως οι κοόρτες τείνουν να είναι αντιπροσωπευτικές του πληθυσμού που κάνει χρήση της θεραπείας ανά χώρα. Για λεπτομερέστερες πληροφορίες βλέπε στατιστικό πίνακα 26: Κοόρτες θνησιμότητας που συμμετέχουν στο πολυτοπικό σχέδιο του ΕΚΠΝΤ — χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και αποτελέσματα (έκδοση επί γραμμής).

Στην πολυτοπική μελέτη του ΕΚΠΝΤ περιλήφθηκε μια συνηθισμένη κοόρτη [βλ. χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στον στατιστικό πίνακα 26 και Bargagli *et al.* (2002)]. Αναβλήθηκε η παρουσίαση των περαιτέρω αποτελεσμάτων από την κοόρτη αυτή, προκειμένου οι αρμόδιοι στη Σουηδία να εξετάσουν τα στοιχεία για την κοόρτη και να διενεργήσουν διεξοδικότερη ανάλυση των στοιχείων.

Πηγές: Σχέδια ΕΚΠΝΤ CT.99.EP.07 και CT.00.EP.13, «Mortality of drug users in the EU» (Θνησιμότητα των χρηστών ναρκωτικών στην ΕΕ), με συντονισμό από την Υπηρεσία Επιδημιολογίας, Υγειονομική Αρχή Ρώμης.

υψηλοί ΤΔΘ μεταξύ γυναικών προβληματικών χρηστών ναρκωτικών μπορούν να εξηγηθούν ως ένα βαθμό από το χαμηλό βασικό ποσοστό θνησιμότητας που παρουσιάζουν οι νεαρές γυναίκες στον γενικό πληθυσμό.

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Πλαίσιο 9 ΕΓ: Ορισμοί του «συνδεδεμένου με τα ναρκωτικά αιφνίδιου θανάτου» στα κράτη μέλη της ΕΕ, όπως χρησιμοποιήθηκαν στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ και αναφέρθηκαν στις εθνικές εκθέσεις

Πλαίσιο 10 ΕΓ: Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι — ορισμός του ΕΚΠΝΤ

Στατιστικός πίνακας 24: Αριθμός «συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων» που έχουν καταγραφεί σε χώρες της ΕΕ (σύμφωνα με τους εθνικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται για την αναφορά περιπτώσεων στο ΕΚΠΝΤ), 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 25: Σύνοψη των χαρακτηριστικών των θυμάτων συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά αιφνίδιων θανάτων στις χώρες της ΕΕ

⁽⁵⁰⁾ Σχέδια ΕΚΠΝΤ CT.99.EP και CT.00.EP.13, *Mortality of drug users in the EU*, με συντονισμό από την Υπηρεσία Επιδημιολογίας, Υγειονομική Αρχή Ρώμης (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

⁽⁵¹⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 26: Κοόρτες θνησιμότητας που συμμετέχουν στο πολυτοπικό σχέδιο του ΕΚΠΝΤ — χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και αποτελέσματα (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁵²⁾ Οι ΤΔΘ υπολογίζουν την υπερβάλλουσα θνησιμότητα (αριθμός φορών) των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών σε σύγκριση με άτομα ίδιας ηλικίας και φύλου στον γενικό πληθυσμό.

Στατιστικός πίνακας 26: Κόορτεις θνησιμότητας που συμμετέχουν στο πολυτοπικό σχέδιο του ΕΚΠΝΤ — χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και αποτελέσματα

- (Α) Χαρακτηριστικά χρηστών οπιούχων που καταγράφηκαν στις κούρτεις ανά τόπο
- (Β) Τυποποιημένοι δείκτες θνησιμότητας (ΤΔΘ) ανά φύλο και τόπο μελέτης
- (Γ) Κατανομή αιτιών θανάτου στους συμμετέχοντες των κοορτών

Χρήση ναρκωτικών και εγκληματικότητα: ορισμένα στοιχεία ⁽¹⁾

Αρκετές πηγές δείχνουν ότι η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών που υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν έρθει σε επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 2000) καθώς και στην Αγγλία και την Ουαλία (Bennett, 2000) σε άτομα που έχουν κατηγορηθεί για εγκλήματα και άτομα που έχουν καταδικαστεί σε φυλάκιση δείχνουν ότι οι χρήστες ναρκωτικών είναι πολύ πιθανότερο να έχουν διαπράξει διάφορους τύπους εγκλημάτων σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είναι χρήστες ναρκωτικών. Τα εγκλήματα κατά της περιουσίας εντοπίζονται γενικά ως ο κύριος τύπος εγκλήματος που διαπράττεται από χρήστες ναρκωτικών (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 2000· Bennett, 2000· Meijer κ.ά., 2002).

Όσον αφορά τη σύνδεση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικότητας, μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον πληθυσμό των κρατουμένων στην Ιρλανδία (Hannon κ.ά., 2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι 51 % των ανδρών και 69 % των γυναικών ισχυρίστηκαν ότι ήταν υπό την επήρεια ναρκωτικών όταν διέπραξαν το έγκλημα για το οποίο φυλακίστηκαν. Σε άλλη μελέτη (Millar κ.ά., 1998) σε ύποπτους για διάπραξη αδικήματος εφήβους στην Ιρλανδία εκτιμάται ότι το 42 % των περιπτώσεων συνδεόταν με τη χρήση αλκοόλ, 17 % με τη χρήση ναρκωτικών και 4 % και με τα δύο· το αλκοόλ τείνει να συνδέεται περαιτέρω με αδικήματα κατά της δημόσιας τάξης, ενώ τα ναρκωτικά συνδέονται συχνότερα με ληστείες.

Παρά το ενδιαφέρον που παρουσιάζουν, τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να θεωρηθούν περισσότερο ως ένα παράδειγμα παρά ως αντιπροσωπευτικά στοιχεία της σχέσης μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικότητας: πρώτον, διότι προέρχονται από μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε συγκεκριμένους πληθυσμούς· δεύτερον, διότι είναι πιθανό να ποικίλουν σε σημαντικό βαθμό ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό· και, τρίτον, διότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστεί μία σύνδεση —ιδίως αιτιώδους συνάφειας— μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικότητας.

⁽¹⁾ Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο πλαίσιο διατέθηκαν προς το ΕΚΠΝΤ από την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο στις εθνικές εκθέσεις τους για το 2002.

Συνδεδεμένη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα

Η εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά μπορεί να θεωρηθεί ότι περιλαμβάνει ποινικά αδικήματα που συνιστούν παραβίαση της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια παράνομων ουσιών, εγκλήματα που διαπράττονται από χρήστες για τη συντήρηση της συνήθειας λήψης ναρκωτικών (κυρίως εγκλήματα κατά της περιουσίας και εμπόριο ναρκωτικών), καθώς και οργανωμένα εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών (συγκρούσεις για έλεγχο περιοχών, δωροδοκία αξιωματούχων κλπ.). Εκτός των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, τα τακτικά διαθέσιμα στοιχεία δεν παρέχουν πληροφορίες σχετικά με αυτές τις κατηγορίες και, όταν υπάρχουν, προέρχονται από ειδικές τοπικές μελέτες και δεν επιτρέπουν παρεκτάσεις.

Αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών

Οι «αναφορές» ⁽⁵³⁾ αδικημάτων που εμπίπτουν στην εθνική νομοθεσία περί ναρκωτικών (χρήση, κατοχή, διακίνηση κλπ.) απηχούν τις διαφορές στη νομοθεσία αλλά και τους διάφορους τρόπους με τους οποίους επιβάλλεται και εφαρμόζεται η νομοθεσία, καθώς επίσης τις προτεραιότητες και τους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων από τις αρχές της ποινικής δικαιοσύνης. Επίσης, τα συστήματα πληροφοριών σχετικά με αδικήματα/παραβάτες της νομοθεσίας περί ναρκωτικών ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής, τους ορισμούς και τις στατιστικές μονάδες. Οι διαφορές αυτές δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες για τη σύγκριση των στοιχείων που προέρχονται από διάφορες χώρες της ΕΕ. Για το λόγο αυτό, όπου είναι δυνατόν συγκρίνονται τάσεις παρά απόλυτοι αριθμοί.

Στην πλειονότητά τους, τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά συνδέονται με τη χρήση ή την κατοχή ναρκωτικών προς χρήση ⁽⁵⁴⁾ — από 39 % στην Πορτογαλία επί του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά ⁽⁵⁵⁾ έως 89 % στην Αυστρία. Στην Ισπανία, στην Ιταλία και τις Κάτω Χώρες, όπου η χρήση ναρκωτικών δεν αποτελεί ποινικό αδίκημα, όλα τα αδικήματα περί ναρκωτικών αφορούν το εμπόριο και τη διακίνησή τους. Τέλος, το Λουξεμβούργο και η Νορβηγία ⁽⁵⁶⁾ ανέφεραν τον υψηλότερο αριθμό αδικημάτων που αφορούν τη χρήση/εμπόριο και τη διακίνηση ναρκωτικών.

Το 2001 η κάνναβη παρέμεινε το ναρκωτικό που σχετίζεται συχνότερα με αδικήματα που εμπίπτουν στη

⁽⁵³⁾ Ο όρος «αναφορές» για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών καλύπτει διάφορες έννοιες που ποικίλλουν μεταξύ των χωρών (αναφορές της αστυνομίας για ύποπτους παραβάτες της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, επιβολή ποινών για αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών κλπ.). Για τον ακριβή ορισμό σε κάθε χώρα ανατρέξτε στο πλαίσιο 11 ΕΓ: Ορισμοί των «αναφορών αδικημάτων που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών» στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής). (Στις προηγούμενες ετήσιες εκθέσεις χρησιμοποιήθηκε ο όρος «συλλήψεις».)

⁽⁵⁴⁾ Στατιστικός πίνακας 27: Τύποι αδικημάτων που συνηθέστερα σχετίζονται με «αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁵⁵⁾ Στην Πορτογαλία, η χρήση ναρκωτικών έχει αποποινικοποιηθεί από τον Ιούλιο του 2001. Ως αποτέλεσμα, το ποσοστό των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών ήταν χαμηλότερο το 2001 σε σύγκριση με το 2000, όπου το ποσοστό ήταν 55 %.

⁽⁵⁶⁾ Στη Νορβηγία δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός μεταξύ «εμπορίου/διακίνησης ναρκωτικών» μόνο και «χρήσης/εμπορίου ναρκωτικών και διακίνησης». Τα υπόλοιπα αδικήματα περί τα ναρκωτικά αφορούν μόνον τη «χρήση ναρκωτικών».

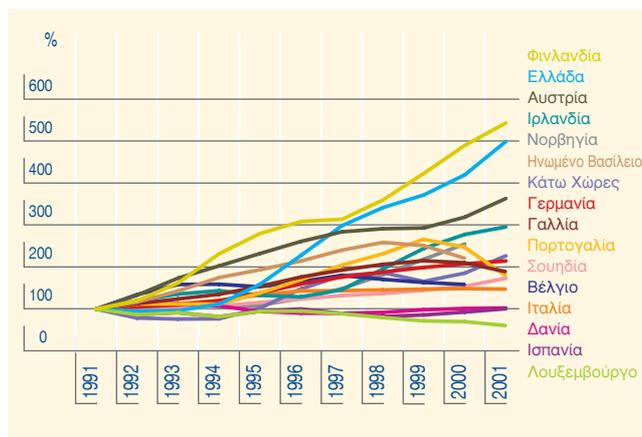
νομοθεσία περί ναρκωτικών — αντιπροσωπεύοντας το 34 % των αναφορών για ναρκωτικά στην Πορτογαλία και τη Σουηδία και με υψηλό ποσοστό 86 % στη Γαλλία. Στο Λουξεμβούργο, η ηρωίνη είναι η συνηθέστερα εμφανιζόμενη ουσία, ενώ στις Κάτω Χώρες τα περισσότερα αδικήματα περί τα ναρκωτικά σχετίζονται με τα «σκληρά ναρκωτικά» (ναρκωτικά εκτός από την κάνναβη και τα παράγωγά της) ⁽⁵⁷⁾.

Τάσεις

Στο σύνολο της ΕΕ, οι «αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά σημειώνουν σταθερή αύξηση τη δεκαεπταετία από το 1985 έως το 2001 ⁽⁵⁸⁾: το ποσοστό έχει τετραπλασιαστεί στην ΕΕ συνολικά, έχει σχεδόν διπλασιαστεί στη Δανία, στο Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες, ενώ έχει υπερεξαπλασιαστεί στην Ιρλανδία και τη Φινλανδία.

Τα τελευταία τρία έτη για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά «αναφορών» αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Διάγραμμα 17: «Αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1991–2001 — κινητοί μέσοι όροι τριετίας με έτος βάσης (1991 = 100)



Σημειώσεις: Για τους ορισμούς των αναφορών των αδικημάτων περί ναρκωτικών, παρακαλείσθε να ανατρέξετε στον στατιστικό πίνακα 29: Αριθμός «αναφορών» αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής). Έχουν εισαχθεί πραγματικές τιμές για όλες τις χώρες για το 2001, για το Βέλγιο για το 1995 και 1997, για την Ισπανία για το 1996 και για το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία για το 2000, δεδομένου ότι τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν τον υπολογισμό κινητών μέσων όρων σε αυτές τις περιπτώσεις. Η σειρά διακόπτεται για το Βέλγιο το 1996 (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία).

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

Οι υψηλότερες αυξήσεις αναφέρθηκαν από την Ιρλανδία, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία. Ωστόσο, το 2001 η Δανία, η Γαλλία, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο και η Πορτογαλία ⁽⁵⁹⁾ ανέφεραν μείωση του αριθμού των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά «αναφορών» ⁽⁶⁰⁾ (διάγραμμα 17).

Σε όλες τις χώρες για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες, το ποσοστό των αδικημάτων που συνδέονται με τη χρήση/κατοχή για χρήση ναρκωτικών επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε γενικά μεταξύ του 1996 και του 1999–2000 ⁽⁶¹⁾. Έκτοτε, οι τάσεις διαφοροποιούνται, καθώς παρατηρείται συνεχής ανοδική τάση στη Γαλλία, στη Γερμανία και τη Νορβηγία και μείωση στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία, στην Πορτογαλία και τη Σουηδία και σταθεροποίηση στο Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁶²⁾.

Σε δέκα κράτη μέλη της ΕΕ, τα διαθέσιμα στοιχεία καθιστούν δυνατό τον προσδιορισμό τάσεων όσον αφορά τα ναρκωτικά που εμφανίζονται στις αναφορές αδικημάτων περί ναρκωτικών για την περίοδο 1996–2001. Την περίοδο αυτή, το ποσοστό των αδικημάτων που συνδέονται με την κάνναβη επί του συνόλου των αδικημάτων περί ναρκωτικών γενικά αυξήθηκε στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ιταλία, στο Λουξεμβούργο, στην Πορτογαλία και την Ισπανία, παρέμεινε σταθερό στη Σουηδία και μειώθηκε στην Ιρλανδία, στην Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁶³⁾. Το 2001 σημαντικές αυξήσεις αναφέρθηκαν στην Ισπανία, στο Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία ⁽⁶⁴⁾.

Την ίδια πενταετία, το ποσοστό των αναφορών αδικημάτων που συνδέονται με την ηρωίνη μειώθηκε σε όλα τα κράτη μέλη για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου τα σχετικά αδικήματα σημειώνουν αύξηση σε ετήσια βάση από το 1996 ⁽⁶⁵⁾. Η αντίθετη τάση παρατηρείται στα αδικήματα που συνδέονται με την κοκαΐνη, με το ποσοστό τους να αυξάνεται σε όλες τις χώρες με εξαίρεση τη Γερμανία και την Πορτογαλία ⁽⁶⁶⁾.

Χρήση ναρκωτικών στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης: κρατούμενοι

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

⁽⁵⁷⁾ Στατιστικός πίνακας 28: Τα ναρκωτικά που συνηθέστερα εμφανίζονται σε «αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁵⁸⁾ Στατιστικός πίνακας 29: Αριθμός «αναφορών» αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1985–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁵⁹⁾ Η μείωση στην Πορτογαλία οφείλεται κυρίως στην αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών από τον Ιούλιο του 2001.

⁽⁶⁰⁾ Κατά την περίοδο σύνταξης της παρούσας έκθεσης, δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το 2001 από το Βέλγιο, τη Νορβηγία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽⁶¹⁾ Βλέπε διάγραμμα 16 ΕΓ: Ποσοστό «αναφορών» για αδικήματα χρήσης/κατοχής επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, 1996–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁶²⁾ Μέχρι το 2000, καθώς κατά την περίοδο σύνταξης της παρούσας έκθεσης δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το 2001 για το Ηνωμένο Βασίλειο.

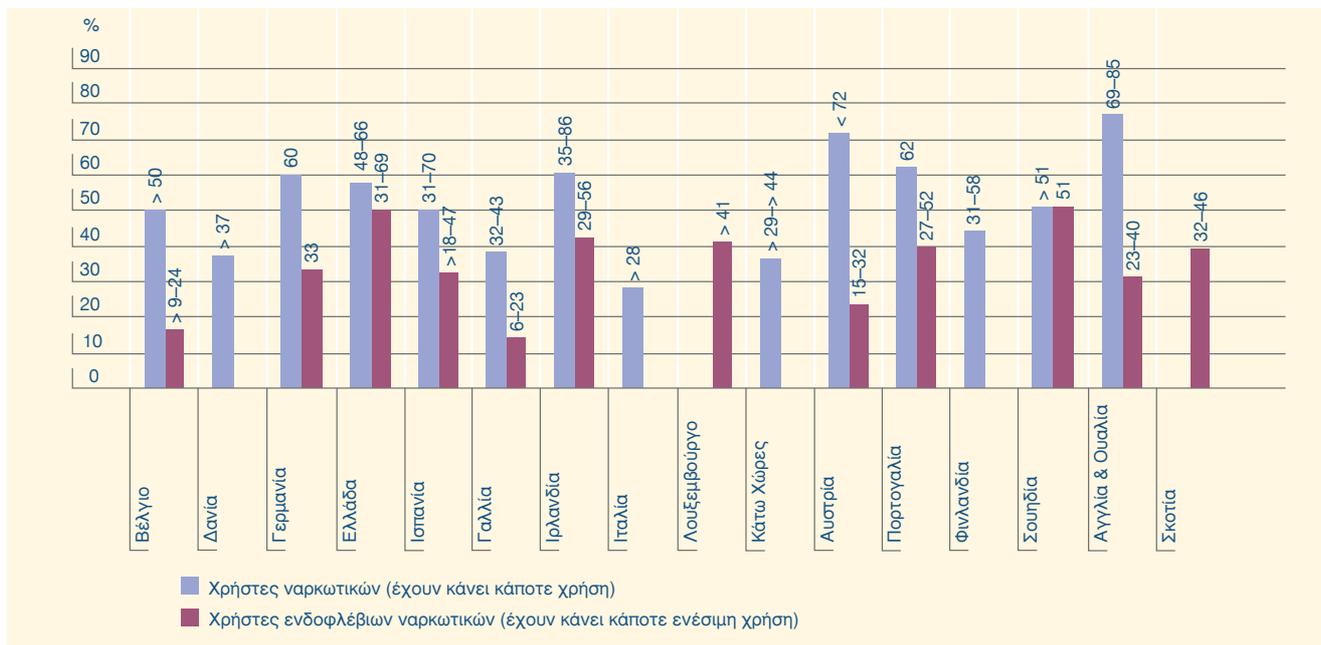
⁽⁶³⁾ Μέχρι το 2000, καθώς κατά την περίοδο σύνταξης της παρούσας έκθεσης δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το 2001 για το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽⁶⁴⁾ Βλέπε διάγραμμα 17 ΕΓ: Ποσοστό αναφορών για αδικήματα συνδεόμενα με την κάνναβη επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, 1996–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁶⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα 18 ΕΓ: Ποσοστό αναφορών για αδικήματα που συνδέονται με ηρωίνη επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, 1996–2001 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁶⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα 19 ΕΓ: Ποσοστό αναφορών για αδικήματα που συνδέονται με κοκαΐνη επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών, 1996–2001 (έκδοση επί γραμμής).

Διάγραμμα 18: Εκτιμήσεις της επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή στους φυλακισμένους χρήστες ναρκωτικών στην ΕΕ



Σημειώσεις: Όποτε είναι δυνατόν, τα στοιχεία αναφέρονται σε ενήλικες φυλακισμένους, αν και ορισμένα στοιχεία μπορεί να περιλαμβάνουν επίσης νεαρούς παραβάτες. Οι τιμές που παρουσιάζονται στο διάγραμμα προκύπτουν από τα ακόλουθα στοιχεία. Απαιτείται προσοχή στις συγκρίσεις, καθώς οι ορισμοί, οι περίοδοι αναφοράς και οι μεθοδολογίες ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ ερευνών και χωρών. Τα περισσότερα στοιχεία προέρχονται από τοπικές ειδικές μελέτες (μη συγκρίσιμες). Για επιπλέον πληροφορίες σχετικά με κάθε έρευνα, βλέπε στατιστικό πίνακα 30: Ποσοστό χρηστών ναρκωτικών στους κρατούμενους στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία.

Βέλγιο

■ 50 % χρήση ναρκωτικών τον τελευταίο μήνα πριν από τη φυλακή, 1999 (n=246)
 ■ 9 % συστηματική ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1999 (n = 246)· 24 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 115).

Δανία

■ 37 % επαναληπτική χρήση ναρκωτικών το τελευταίο εξάμηνο πριν από τη φυλακή, 2001 (n = 3 445).

Γερμανία

■ 60 % χρήστες ναρκωτικών, 1996 (n = 16)
 ■ 33 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 437)

Ελλάδα

■ 48 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή (n = 136), 2000· 66 % χρήση ηρωίνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 1995 (n = 544).
 ■ 34 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1996 (n=861), 31 % ενέσιμοι χρήστες, 1995 (n = 1 183); 69 % ενέσιμη χρήση πριν από τη φυλακή, 1995 (n = 544).

Ισπανία

■ 43 % χρήση κάνναβης τον τελευταίο μήνα πριν από τη φυλακή, 2000 (n = 5.028)· 31 % χρήση κοκαΐνης τον τελευταίο μήνα πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 2.223)· 70 % (γυναίκες) χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή (περιλαμβάνεται και το αλκοόλ), 1998 (n = 356)· 35 % (γυναίκες) συστηματική χρήση ναρκωτικών (περιλαμβάνεται και το αλκοόλ), 1998 (n = 356)· 56 % χρήστες ναρκωτικών, 1998 (n = 1 011).
 ■ 18 % ενέσιμη χρήση ηρωίνης τον τελευταίο μήνα πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 2 223)· 47 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 101).

Γαλλία

■ 43 % χρήση ναρκωτικών το τελευταίο έτος πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 1 212)· 32 % συστηματική χρήση ναρκωτικών το τελευταίο έτος πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 8 728)· 35 % χρήση κάνναβης το τελευταίο έτος πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 960).
 ■ 12 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 1 212)· 9 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών το τελευταίο έτος πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 1 212)· 6 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών το τελευταίο έτος πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 8 728)· 14 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 960)· 23 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 1996 (n = 574).

Ιρλανδία

■ 35 % χρήση ηρωίνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1999 (n = 607)· 52 % χρήση ηρωίνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1998 (n = 1 205)· 70 % χρήση ηρωίνης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1997 (n = μ.δ.)· 86 % (άνδρες) χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1996 (n = 108).

■ 29 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1999 (n = 607)· 43 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1998 (n = 1 205)· 56 % (άνδρες) ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1996 (n = 108).

Ιταλία

■ 28 % εξάρτηση από ουσίες τουλάχιστον μία φορά στη ζωή πριν από τη φυλακή, 2001 (n = 55 275)

Λουξεμβούργο

■ 41 % τακτικοί χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, 1998 (n = 362), 32 % τακτική ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1998 (n = 362)

Κάτω Χώρες

■ 29 % με προβλήματα τοξικομανίας, 1997 (n = 528)· 44 % τοξικομανείς, 1997 (n = 319).

Αυστρία

■ 72 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή (σε μία φυλακή ειδικευμένη στα αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά), 1994 (n = 307)
 ■ 26 % (άνδρες) και 32 % (γυναίκες) ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1999 (n = 143 και 69 αντίστοιχα)· 15 % χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, 1996 (βάσει εκτιμήσεων από εμπειρογνώμονες).

Πορτογαλία

■ 62 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή, 2001 (n = 2 057)
 ■ 27 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 2001 (n = 2 057)· 52 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 535).

Φινλανδία

■ 58 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή, 2001 (n = 825)· 31 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή, 1995 (n = μ.δ.)

Σουηδία

■ 51 % ενέσιμη ή καθημερινή χρήση ναρκωτικών τον τελευταίο χρόνο πριν από τη φυλακή, 2000 (n = 3 352)
 ■ 51 % ενέσιμη ή καθημερινή χρήση ναρκωτικών τον τελευταίο χρόνο πριν από τη φυλακή, 2000 (n = 3 352)

Αγγλία και Ουαλία

■ 84 % (γυναίκες) χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 2001 (n = 301)· 69-85 % χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 1997 (n = 3 140).
 ■ 38 % (γυναίκες) ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή πριν από τη φυλακή, 2001 (n = 301)· 24 % (άνδρες) και 29 % (γυναίκες) ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1997-1998 (n = 2 769 και 407 αντίστοιχα)· 23-40 % ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1997 (n = 3 139).

Σκωτία

■ 32 % (άνδρες) και 46 % (γυναίκες) ενέσιμη χρήση ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, 1991-1996 (n = 2 286 και 132 αντίστοιχα).

Πηγές:

Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox. Βλέπε επίσης στατιστικό πίνακα 30: Ποσοστό χρηστών ναρκωτικών στους κρατούμενους στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

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

Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι, σε σύγκριση με την ευρύτερη κοινότητα, οι χρήστες ναρκωτικών υπερ-εκπροσωπούνται στον πληθυσμό των φυλακών⁽⁶⁷⁾. Στην ΕΕ το ποσοστό των τροφίμων φυλακών που ανέφεραν ότι κάποτε έκαναν χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας κυμαίνεται, ανάλογα με τη φυλακή και τη χώρα, μεταξύ 29 και 86 % (άνω του 50 % στις περισσότερες μελέτες) (διάγραμμα 18). Όπως και στην ευρύτερη κοινότητα, η κάνναβη είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία, αλλά αρκετές μελέτες δείχνουν επίσης υψηλά επίπεδα χρήσης ηρωίνης (50 % των τροφίμων ή και περισσότερο σε ορισμένες περιπτώσεις).

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, το ποσοστό των κρατουμένων που αναφέρουν πιο συστηματική και/ή επιβλαβή χρήση, όπως ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, κυμαίνεται μεταξύ 6–69 % του πληθυσμού των κρατουμένων. Ειδικότερα, διάφορες μελέτες στην ΕΕ δείχνουν ότι περίπου το ένα τρίτο των ενηλίκων ανδρών κρατουμένων είναι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (Bird και Rotily, 2002).

Οι περισσότεροι χρήστες ναρκωτικών σταματούν ή περιορίζουν τη χρήση μετά τη φυλάκισή τους. Ωστόσο, ορισμένοι εξακολουθούν να κάνουν χρήση ναρκωτικών, ενώ άλλοι ξεκινούν για πρώτη φορά μετά τον εγκλεισμό τους. Χρήση ναρκωτικών στη φυλακή αναφέρεται από το 12–60 % των τροφίμων και συστηματική χρήση ναρκωτικών από το 10–42 %. Μεταξύ 3 και 34 % του πληθυσμού των φυλακισμένων έκαναν κάποτε ενέσιμη χρήση κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους στη φυλακή⁽⁶⁸⁾.

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για στατιστικούς πίνακες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Στατιστικός πίνακας 27: Τύποι αδικημάτων που συνηθέστερα σχετίζονται με «αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία
 Στατιστικός πίνακας 28: Τα ναρκωτικά που συνηθέστερα εμφανίζονται σε «αναφορές» αδικημάτων περί τα ναρκωτικά στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία
 Στατιστικός πίνακας 29: Αριθμός «αναφορών» αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1985–2001
 Στατιστικός πίνακας 30: Ποσοστό χρηστών ναρκωτικών στους κρατουμένους στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία

Αγορές και διαθεσιμότητα ναρκωτικών

Ο αριθμός των κατασχέσεων ναρκωτικών σε μία χώρα θεωρείται συνήθως ως έμμεσος δείκτης της προσφοράς και διαθεσιμότητας ναρκωτικών, αν και εκφράζει επίσης πηγές, προτεραιότητες και στρατηγικές επιβολής του νόμου, καθώς και το ευάλωτο των διακινητών ναρκωτικών έναντι της επιβολής του νόμου. Οι κατασχέσεις ποσότητας⁽⁶⁹⁾ μπορεί να παρουσιάζουν μεγαλύτερες διακυμάνσεις από έτος σε έτος, για παράδειγμα εάν κάποιο έτος ορισμένες από τις κατασχέσεις είναι ιδιαίτερα μεγάλες. Για το λόγο αυτό, ο αριθμός των κατασχέσεων⁽⁷⁰⁾ θεωρείται συνήθως από ορισμένες χώρες καλύτερος δείκτης των τάσεων⁽⁷¹⁾. Αυτό συμβαίνει διότι σε όλες τις χώρες ο αριθμός των κατασχέσεων περιλαμβάνει ένα μεγάλο ποσοστό κατασχέσεων μικρών ποσοτήτων σε επίπεδο λιανικής πώλησης⁽⁷²⁾. Όπου είναι γνωστά, η προέλευση και ο προορισμός των ναρκωτικών που κατάσχονται μπορούν να αποκαλύψουν τις οδούς διακίνησης και τις περιοχές παραγωγής. Η τιμή και η καθαρότητα των ναρκωτικών σε επίπεδο λιανικής πώλησης αναφέρονται από τα περισσότερα κράτη μέλη. Ωστόσο, τα στοιχεία προέρχονται από ευρύ φάσμα διαφορετικών πηγών, οι οποίες δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμες ή αξιόπιστες, γεγονός το οποίο καθιστά δυσχερή τη διενέργεια συγκρίσεων με ακρίβεια μεταξύ χωρών.

Εξαιτίας του ότι, κατά το χρόνο σύνταξης της παρούσας έκθεσης, δεν υπήρχαν στοιχεία για τις κατασχέσεις του 2001⁽⁷³⁾ από το Βέλγιο, την Ιταλία, τις

Διαθεσιμότητα ναρκωτικών σε άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών

Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (EORG, 2002) που πραγματοποιήθηκε το 2002 σχετικά με τη στάση απέναντι στα ναρκωτικά και τις απόψεις των νέων στα κράτη μέλη της ΕΕ παρέχει στοιχεία σχετικά με την έκθεση στην κάνναβη και τις αντιλήψεις για τη διαθεσιμότητα παράνομων ουσιών. Στο σύνολο της ΕΕ, το 65 % των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ισχυρίζονται ότι γνωρίζουν ανθρώπους που κάνουν χρήση κάνναβης, ενώ στο 46 % έχει ήδη προσφερθεί κάνναβη. Ανάλογα με τη χώρα, 34–69 % (55 %)⁽¹⁾ θεωρούν ότι είναι εύκολο να προμηθευτούν ναρκωτικά κοντά στο σχολείο/κολέγιο που φοιτούν, 39–71 % (62 %) κοντά στο μέρος όπου μένουν, 46–90 % (72 %) σε παμπ/κλαμπ και 49–90 % (76 %) σε πάρτι.

(1) Τα στοιχεία εντός παρενθέσεων αναφέρονται στον κοινοτικό μέσο όρο.

⁽⁶⁷⁾ Βλέπε στατιστικό πίνακα 30: Ποσοστό χρηστών ναρκωτικών στους κρατουμένους στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁶⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα 20 ΕΓ: Εκτιμήσεις των επιπέδων χρήσης ναρκωτικών στις φυλακές στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁶⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα 21 ΕΓ: Ποσότητες ναρκωτικών που κατασχέθηκαν στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έτος βάσης, 1996 = 100), 1996–2000· και διάγραμμα 22 ΕΓ: Ποσότητες κάνναβης, κοκαΐνης, ηρωίνης και αμφεταμινών που κατασχέθηκαν στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1985–2000 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα 23 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία (έτος βάσης, 1996 = 100), 1996–2000· και διάγραμμα 24 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων κάνναβης, ηρωίνης, κοκαΐνης, αμφεταμινών, έκστασης και LSD στις χώρες της ΕΕ και τη Νορβηγία, 1985–2000 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷¹⁾ Απαιτείται προσοχή κατά την ανάλυση των τάσεων σε επίπεδο ΕΕ, δεδομένου ότι οι σειρές ξεκινούν σε διαφορετικά έτη στις διάφορες χώρες. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε στατιστικούς πίνακες 31–43 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷²⁾ Βλέπε διάγραμμα 25 ΕΓ: Ποσότητες και αριθμοί κατασχέσεων ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ (έτος βάσης 1996 = 100), 1996–2000 (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷³⁾ Για την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το 2001 σχετικά με τους αριθμούς κατασχέσεων. Για το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπάρχουν στοιχεία για το 2001 σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων και τις κατασχεθείσες ποσότητες.

Πίνακας 1: Κατασχέσεις ναρκωτικών στις χώρες της ΕΕ και στη Νορβηγία, 2001

Χώρα	Αμφεταμίνες		Κοκαΐνη		Κάνναβη		Ηρωίνη		LSD		Έκσταση	
	Αριθμός	Ποσότητα (kg)	Αριθμός	Ποσότητα (δόσεις)	Αριθμός	Ποσότητα (δισκία)						
Βέλγιο	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.								
Δανία	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Γερμανία (1)	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Ελλάδα (2) (3)	μ.δ.	0.078	μ.δ.	297	μ.δ.	11 926	μ.δ.	330	μ.δ.	577	μ.δ.	58 845
Ισπανία (4)	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	μ.δ.	26 535	11 947	860 164
Γαλλία	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Ιρλανδία (5) (6)	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Ιταλία	μ.δ.	0.6	μ.δ.	1 808	μ.δ.	53 078	μ.δ.	2 005	μ.δ.	1 139	μ.δ.	μ.δ.
Λουξεμβούργο	7	0.0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Κάτω Χώρες (7) (8) (9)	μ.δ.	579	μ.δ.	8 389	μ.δ.	33 419	μ.δ.	739	μ.δ.	28 731	μ.δ.	3 684 505
Αυστρία	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Πορτογαλία (10) (11) (12)	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Φινλανδία (13)	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Σουηδία	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Ηνωμένο Βασίλειο	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.								
Νορβηγία	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Σύνολο	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.								

Σημειώσεις: μ.δ., μη διαθέσιμα στοιχεία.

(1) Τα στοιχεία για τις αμφεταμίνες περιλαμβάνουν επίσης τις μεταμφεταμίνες.

(2) Το 2001 κατασχέθηκε επίσης μικρός αριθμός χαπιών αμφεταμινών.

(3) Επίσης το 2001 κατασχέθηκε ένα χάπι LSD.

(4) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 11 026 χάπια αμφεταμινών.

(5) Το 2001 έγιναν 23 κατασχέσεις και κατασχέθηκαν επίσης 0,975 kg μεθυλαμφεταμινών.

(6) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 10 χάπια LSD.

(7) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 20 592 χάπια αμφεταμινών.

(8) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 884 609 «φυτά nederwiet» (κάνναβη).

(9) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 113 γραμμάρια έκστασης.

(10) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 25 χάπια αμφεταμινών.

(11) Ο αριθμός των κατασχέσεων ηρωίνης περιλαμβάνει επίσης κατασχέσεις ηρωίνης σε υγρή μορφή.

(12) Το 2001 κατασχέθηκαν επίσης 100 γραμμάρια έκστασης.

(13) Ο αριθμός των κατασχέσεων κάνναβης περιλαμβάνει μόνο χασίς.

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox.

Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, οι αναλύσεις σχετικά με την κατάσταση το 2001 και τις τάσεις που διαμορφώθηκαν μέχρι τότε είναι ελλιπείς. Στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία το 2001 παρέχονται λεπτομερώς στον πίνακα 1. Στο κείμενο που ακολουθεί, οι τάσεις μεταξύ 2000 και 2001 έχουν συναχθεί από την εξέλιξη των συνολικών στοιχείων για την ΕΕ, τα οποία έχουν υπολογιστεί μόνον βάσει των χωρών για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία και για τα δύο έτη.

Σύμφωνα με την Ευροpol, οι στατιστικές σε παγκόσμιο επίπεδο δείχνουν συγκέντρωση των κατασχέσεων ναρκωτικών, καθώς περίπου το 75 % των κατασχέσεων κάθε είδους παράνομων ουσιών παγκοσμίως σημειώνεται σε λίγες μόνο χώρες. Σε αυτές περιλαμβάνονται η Ισπανία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο όσον αφορά τη διακίνηση ρητίνης κάνναβης, και επίσης το

Μαρόκο και το Πακιστάν· η Ισπανία όσον αφορά τη διακίνηση κοκαΐνης, μαζί με τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Κολομβία, το Μεξικό και τον Παναμά· και τέλος οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο όσον αφορά τη διακίνηση συνθετικών ναρκωτικών, μαζί με τις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ταϊλάνδη και την Κίνα (74).

Κάνναβη

Σε όλα τα κράτη μέλη οι κατασχέσεις αφορούν κυρίως την κάνναβη, εκτός της Πορτογαλίας όπου κυριαρχούν οι κατασχέσεις ηρωίνης. Από το 1996, η Ισπανία κατέχει τις μεγαλύτερες ποσότητες κάνναβης, πάνω από το ήμισυ της συνολικής ποσότητας που κατάσχεται στην ΕΕ. Έως το 2000 το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε υψηλότερο αριθμό κατασχέσεων κάνναβης από την Ισπανία, αλλά κατά μέσο όρο αυτές αφορούσαν μικρότερες ποσότητες (75).

(74) Περαιτέρω πληροφορίες από την Ευροpol παρουσιάζονται στο πλαίσιο 12 ΕΓ: Διακίνηση ναρκωτικών στην ΕΕ.

(75) Αυτό θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

Το 2001 το Μαρόκο παρέμεινε η σημαντικότερη χώρα παραγωγής της ρητίνης κάνναβης που κατασχέθηκε στην ΕΕ. Η κάνναβη μπορεί να διακινηθεί παράνομα απευθείας από το Μαρόκο, όμως σε πολλές περιπτώσεις διοχετεύεται μέσω της Ιβηρικής Χερσονήσου. Το λαθρεμπόριο ρητίνης κάνναβης ξεκινά επίσης από τις σκανδιναβικές χώρες και τις χώρες της Βαλτικής προς τη Φινλανδία και από την Αλβανία στην Ιταλία και την Ελλάδα. Τα περισσότερα φυτά κάνναβης που έχουν κατασχεθεί στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στη Γαλλία, στο Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες προέρχονται από τις Κάτω Χώρες ⁽⁷⁶⁾. Η Γαλλία αναφέρει επιπλέον ως πηγές προσφοράς του φυτού της κάνναβης τη δική της επικράτεια, το Βέλγιο και την Ιταλία. Το φυτό της κάνναβης φτάνει επίσης στην Ελλάδα και την Ιταλία από την Αλβανία και στην Πορτογαλία από την Αγκόλα. Τοπική παραγωγή κάνναβης αναφέρεται στα περισσότερα κράτη μέλη.

Σύμφωνα με αναφορές, το 2001 η λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης κυμαινόταν, κατά μέσο όρο, μεταξύ 2,3 (Ηνωμένο Βασίλειο) και 26,6 ευρώ (Νορβηγία) ανά γραμμάριο και για τα φύλλα κάνναβης μεταξύ 1,9 (Ισπανία) και 8 ευρώ (Βέλγιο, Σουηδία), κατά μέσο όρο, ανά γραμμάριο. Η περιεκτικότητα του δραστικού συστατικού, της τετραϋδροκανναβινόλης (THC) στη ρητίνη κάνναβης κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 5 και 14 %, παρόλο που το 2001 αναφέρθηκαν στην ΕΕ δείγματα στα οποία η περιεκτικότητα σε THC κυμαινόταν μεταξύ 0,15–39 %. Η μέση περιεκτικότητα σε THC στα φύλλα κάνναβης είναι παρόμοια, περίπου 5–11 %, αν και στη Νορβηγία είναι συνήθως χαμηλότερη (1–3 %), ενώ μπορεί να φθάσει και το 34 % σε ορισμένα δείγματα στη Γερμανία.

Τάσεις

Ο αριθμός των κατασχέσεων κάνναβης ⁽⁷⁷⁾ αυξανόταν σταθερά στην ΕΕ από το 1985, φαίνεται όμως ότι από το 1999 έχει σταθεροποιηθεί. Το 2001 οι κατασχέσεις κάνναβης αυξήθηκαν στη Δανία, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία, στη Φινλανδία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία. Αύξηση από το 1985 σημειώνεται επίσης στις κατασχεθείσες ποσότητες ⁽⁷⁸⁾, οι οποίες όμως από το 1995 έχουν σταθεροποιηθεί.

Η λιανική τιμή της κάνναβης παραμένει γενικά σταθερή στην ΕΕ, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο αναφέρει πτωτική τάση τα τελευταία τέσσερα έτη. Το 2001 η τιμή αυξήθηκε στο Βέλγιο, στη Γαλλία, στο Λουξεμβούργο, στις Κάτω Χώρες (φύλλα) και τη Νορβηγία (ρητίνη). Το 2001 η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν αύξηση στην καθαρότητα της ρητίνης και των φύλλων κάνναβης που πωλούνται «στο δρόμο». Η καθαρότητα της ρητίνης κάνναβης αυξήθηκε επίσης στο Βέλγιο και την Ιταλία.

Ηρωίνη

Το 2000 κατασχέθηκαν στην ΕΕ σχεδόν εννέα τόνοι ηρωίνης, εκ των οποίων πάνω από το ένα τρίτο

κατασχέθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η ηρωίνη που κατασχέθηκε στην ΕΕ προέρχεται κυρίως από το Αφγανιστάν (και το Πακιστάν) και ακολουθούν οι χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας, μέσω του Ιράν, της Τουρκίας και της βαλκανικής οδού. Ωστόσο, αναφέρεται αυξημένη διακίνηση μέσω της Ανατολικής Ευρώπης (Ρωσία, Εσθονία, Λευκορωσία, Βοσνία) και των χωρών της Κεντρικής Ασίας από την πρώην ΕΣΣΔ.

Όσον αφορά τη διακίνηση ναρκωτικών «στο δρόμο», οι τιμές της ηρωίνης κυμαίνονταν το 2001, κατά μέσο όρο, από 31 έως 194 ευρώ ανά γραμμάριο στο σύνολο της ΕΕ. Οι υψηλότερες τιμές αναφέρονται στις σκανδιναβικές χώρες και στην Ιρλανδία. Η καθαρότητα της ηρωίνης (λευκής ή καφέ) κυμαίνεται από 14 έως 48 %, όμως το 2001 η Νορβηγία ανέφερε υψηλότερη μέση καθαρότητα για τη λευκή ηρωίνη.

Τάσεις

Σε επίπεδο ΕΕ, οι κατασχέσεις ηρωίνης ⁽⁷⁹⁾ παρουσίαζαν αύξηση έως το 1991–1992 και στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν. Το 2001 μείωση σημειώθηκε στη Δανία, στη Γερμανία, στη Γαλλία, στο Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία. Σε σύγκριση με την κατάσταση το 1985, οι ποσότητες που κατάσχονται ⁽⁸⁰⁾ σε επίπεδο ΕΕ αυξάνονται. Παρουσίασαν σταθεροποίηση κατά την περίοδο 1991–1998, όμως έκτοτε σημειώνουν και πάλι αύξηση. Το 2001 οι περισσότερες χώρες ανέφεραν αύξηση των ποσοτήτων ηρωίνης που κατασχέθηκαν. Σύμφωνα με την Eurorol, η εντυπωσιακή μείωση της παραγωγής οπίου στο Αφγανιστάν το 2001 δεν μεταφράστηκε σε αντίστοιχο βαθμό διαθεσιμότητας της ηρωίνης στην αγορά ναρκωτικών της ΕΕ, πιθανώς λόγω των τεράστιων αποθεμάτων οπίου και ηρωίνης που συγκεντρώθηκαν μετά τη συγκομιδή ρεκόρ του 1999 και του 2000.

Η τιμή της ηρωίνης «στο δρόμο» είναι γενικά σταθερή ή παρουσιάζει μείωση, παρόλο που το 2001 αναφέρθηκε αύξηση στο Βέλγιο (καφέ ηρωίνη) και τη Δανία. Βάσει των αναφορών, η καθαρότητα της ηρωίνης είναι σταθερή ή μειώνεται σε όλες τις χώρες, αν και πρόσφατα η καθαρότητα της καφέ ηρωίνης αυξήθηκε στο Βέλγιο, στη Δανία, στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Κοκαΐνη

Η Ισπανία παραμένει η χώρα της ΕΕ με το υψηλότερο επίπεδο κατασχέσεων κοκαΐνης, οι οποίες στο 2001 αντιπροσώπευαν πάνω από το ήμισυ ⁽⁸¹⁾ του συνόλου της ΕΕ όσον αφορά τόσο τον αριθμό των κατασχέσεων όσο και των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν. Η κοκαΐνη που κατασχέθηκε στην Ευρώπη προέρχεται από τη Λατινική Αμερική (κυρίως από τις χώρες των Άνδεων, όπως το Περού και η Κολομβία, επίσης όμως και από το Εκουαδόρ), απευθείας ή μέσω της Κεντρικής Αμερικής, της Ισπανίας και/ή των Κάτω Χωρών. Παρότι ορισμένες χώρες της ΕΕ αναφέρουν την Ισπανία ως χώρα

⁽⁷⁶⁾ Όπως αναφέρεται στις εθνικές εκθέσεις αυτών των χωρών.

⁽⁷⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα 26 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων κάνναβης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα 27 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες κάνναβης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁷⁹⁾ Διάγραμμα 28 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων ηρωίνης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁰⁾ Διάγραμμα 29 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸¹⁾ Παρόλο που αυτό θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του 2001 όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

διαμετακόμισης της κοκαΐνης στην ΕΕ, οι ισπανικές αρχές αναφέρουν ότι δεν υπήρξε κανένα στοιχείο αποστολής μεγάλου φορτίου κοκαΐνης στην Ισπανία στο πλαίσιο διεθνούς διακίνησης. Σύμφωνα με την Eurorol, περίπου 200 τόνοι κοκαΐνης εισέρχονται στην ΕΕ κάθε χρόνο μέσω θαλάσσιων και αεροπορικών μεταφορών, οι οποίες διευκολύνονται από την παρουσία μεγάλων λιμανιών και αεροδρομίων ⁽⁸²⁾.

Η τιμή λιανικής πώλησης της κοκαΐνης κυμαίνονταν το 2001 από 47 έως 187 ευρώ ανά γραμμάριο, κατά μέσο όρο. Οι χαμηλότερες τιμές συναντώνται στην Ισπανία και οι υψηλότερες στη Φινλανδία και τη Νορβηγία. Η καθαρότητα της κοκαΐνης είναι γενικά υψηλή, μεταξύ 45 και 80 % στις περισσότερες χώρες, εκτός της Ιρλανδίας, όπου το 2001 αναφέρθηκε χαμηλότερη μέση καθαρότητα (23 %).

Τάσεις

Ο συνολικός αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης ⁽⁸³⁾ στην ΕΕ αυξάνεται σταθερά από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 —εκτός από μία μείωση το 2000— και φαίνεται ότι εξακολουθεί να αυξάνεται το 2001 ⁽⁸⁴⁾. Οι κατασχεθείσες ποσότητες κοκαΐνης ⁽⁸⁵⁾ παρουσίαζαν επίσης διακυμάνσεις στο πλαίσιο μιας γενικής ανοδικής τάσης μεταξύ 1985 και 2001. Το 2001 αναφέρθηκε σημαντική αύξηση — κυρίως λόγω μεγάλης αύξησης της συνολικής ποσότητας κοκαΐνης που κατασχέθηκε από την Ισπανία.

Οι τιμές της κοκαΐνης «στο δρόμο» έχουν σταθεροποιηθεί ή μειώνονται σε όλες τις χώρες τα τελευταία έτη, όμως το 2001 αυξήθηκαν στη Νορβηγία. Η καθαρότητα της κοκαΐνης παραμένει γενικά σταθερή ή μειώνεται σε όλα τα κράτη μέλη, αν και αυξήσεις αναφέρθηκαν το 2001 από τη Δανία, τη Γερμανία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Συνθετικά ναρκωτικά: αμφεταμίνες, έκσταση και LSD

Στη Φινλανδία, στη Σουηδία και τη Νορβηγία, οι αμφεταμίνες είναι το δεύτερο κατά σειρά ναρκωτικό με τις συχνότερες κατασχέσεις (με πρώτη την κάνναβη). Η έκσταση είναι το δεύτερο σε κατασχέσεις ναρκωτικό στην Ιρλανδία. Την τελευταία πενταετία οι μεγαλύτερες ποσότητες αμφεταμινών και έκστασης κατασχέθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁸⁶⁾.

Σύμφωνα με την Eurorol ⁽⁸⁷⁾, ο αριθμός των χώρων παραγωγής συνθετικών ναρκωτικών που ανακαλύπτονται κάθε χρόνο στην ΕΕ είναι σταθερά περίπου 50–70. Ωστόσο, μολονότι ο αριθμός των εγκαταστάσεων παραγωγής παραμένει σχετικά σταθερός, η πρόοδος στη μεθοδολογία, η ολοένα μεγαλύτερη εξέλιξη του

εξοπλισμού παραγωγής και η αυξανόμενη ανάμιξη ειδικών έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή ενίσχυση της αποδοτικότητας και του δυναμικού παραγωγής. Προς το παρόν, οι Κάτω Χώρες, και σε μικρότερο βαθμό το Βέλγιο, αποτελούν σημαντικό χώρο παραγωγής έκστασης, αμφεταμινών και συναφών ναρκωτικών, όμως παραγωγή αναφέρεται επίσης και σε άλλα κράτη μέλη (Ισπανία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο) και στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Λιθουανία, Πολωνία), καθώς και στην Ταϊλάνδη. Σύμφωνα με την Eurorol, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση παραμένει η κύρια πηγή «έκστασης», η παραγωγή εξαπλώνεται παγκοσμίως καθώς ανακαλύπτονται εγκαταστάσεις στη Νοτιοανατολική Ασία, την Κίνα, τη Βόρεια Αμερική, τη Νότια Αφρική και τη Νότια Αμερική.

Σύμφωνα με αναφορές, η τιμή των αμφεταμινών κυμαίνεται μεταξύ 12 και 40 ευρώ ανά γραμμάριο, κατά μέσο όρο, ενώ τα χάπια έκστασης κοστίζουν μεταξύ 6 και 20 ευρώ έκαστο (κατά μέσο όρο). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2001, τα συνθετικά ναρκωτικά είναι φθηνότερα στο Βέλγιο και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η καθαρότητα των αμφεταμινών παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, από 2 % στην Ιρλανδία έως 52 % στη Νορβηγία. Τα περισσότερα χάπια που πωλούνται ως έκσταση περιέχουν στην πραγματικότητα έκσταση ή ουσίες παρόμοιες με την έκσταση (MDMA, MDEA, MDA), σε ποσοστό που κυμαίνεται από 58 % των χαπιών που αναλύθηκαν στη Φινλανδία έως 99 % στη Γερμανία, στην Ισπανία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία και 100 % στην Πορτογαλία. Ποσοστό 2–20 % των χαπιών περιέχουν αμφεταμίνες (ή μεταμφεταμίνες), αλλά μπορεί να βρεθούν επίσης και διάφορες άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA και PMMA).

Τάσεις

Οι κατασχέσεις αμφεταμινών —τόσο σε αριθμό ⁽⁸⁸⁾ όσο και σε ποσότητες ⁽⁸⁹⁾— παρουσίασαν άνοδο σε ολόκληρη την ΕΕ μεταξύ 1985 και 1998 ή 1999. Ο αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών μειώθηκε το 1999 και το 2000, κυρίως λόγω της μείωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά παρουσίασε και πάλι εμφανή αύξηση το 2001 σε επίπεδο ΕΕ ⁽⁹⁰⁾. Οι κατασχεθείσες ποσότητες μειώθηκαν μεταξύ 1998 και 2000, σημείωσαν όμως και πάλι αύξηση το 2001 στις περισσότερες χώρες ⁽⁹¹⁾.

Οι κατασχέσεις έκστασης ⁽⁹²⁾ σημειώνουν αύξηση στο μεγαλύτερο μέρος της ΕΕ από το 1985 —με εξαίρεση το 1997 και 1998— με αισθητή άνοδο το 2001, ιδίως στην Ισπανία, η οποία ανέφερε 11 947 κατασχέσεις έκστασης το 2001 (έναντι 3 750 το 2000). Οι κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης ⁽⁹³⁾ ακολούθησαν την ίδια ανοδική

⁽⁸²⁾ Περαιτέρω πληροφορίες από την Eurorol παρέχονται στο πλαίσιο 13 ΕΓ: Διακίνηση κοκαΐνης (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸³⁾ Βλέπε διάγραμμα 30 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων κοκαΐνης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁴⁾ Αυτό θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του 2001 όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

⁽⁸⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα 31 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες κοκαΐνης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁶⁾ Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου για το 2001 όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

⁽⁸⁷⁾ Περαιτέρω πληροφορίες από την Eurorol παρέχονται στο πλαίσιο 14 ΕΓ: Διακίνηση συνθετικών ναρκωτικών (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα 32 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων αμφεταμινών, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁸⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα 33 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες αμφεταμινών, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁹⁰⁾ Η τάση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του 2001 (ιδίως για το Ηνωμένο Βασίλειο) όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

⁽⁹¹⁾ Η τάση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του 2001 (ιδίως για το Ηνωμένο Βασίλειο) όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.

⁽⁹²⁾ Βλέπε διάγραμμα 34 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων έκστασης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁹³⁾ Βλέπε διάγραμμα 35 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

τάση από το 1985 έως το 1993, οπότε σταθεροποιήθηκαν. Ωστόσο, το 1996 σημειώθηκε το υψηλότερο επίπεδο κατασχέσεων ποσοτήτων, οι οποίες άρχισαν και πάλι να παρουσιάζουν αύξηση το 1999. Σε επίπεδο ΕΕ, ο αριθμός των κατασχθέντων χαπιών έκστασης φαίνεται να παρουσιάζει σταθεροποίηση το 2001, όμως η τάση αυτή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί περαιτέρω από τα στοιχεία του Ηνωμένου Βασιλείου που είναι η χώρα όπου πραγματοποιούνται οι βασικότερες κατασχέσεις έκστασης στην ΕΕ. Οι κατασχέσεις LSD δεν είναι τόσο συχνές. Σε επίπεδο ΕΕ, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων ⁽⁹⁴⁾ όσο και οι ποσότητες ⁽⁹⁵⁾ παρουσίασαν άνοδο έως το 1993, σημειώνοντας όμως πτώση έκτοτε ⁽⁹⁶⁾, εκτός από μία ελαφρά αύξηση το 2000.

Έπειτα από σημαντική μείωση τη δεκαετία του 1990, οι τιμές των αμφεταμινών και της έκστασης έχουν σταθεροποιηθεί στην ΕΕ. Ωστόσο, το 2001 η Νορβηγία ανέφερε σημαντική αύξηση της τιμής των αμφεταμινών που πωλούνται «στο δρόμο». Η μέση τιμή των χαπιών έκστασης μειώθηκε το 2001 στις περισσότερες χώρες. Το 2001 το ποσοστό των χαπιών που περιέχουν έκσταση ή ουσίες παρόμοιες με την έκσταση αυξήθηκε στο Βέλγιο, στη Δανία, στην Πορτογαλία και την Ισπανία, ενώ το ποσοστό εκείνων που περιέχουν αμφεταμίνες (και μεταμφεταμίνες) μειώθηκε. Η Φινλανδία ανέφερε το αντίστροφο, καθώς και ένα υψηλό ποσοστό χαπιών που περιέχουν βουπρενορφίνη (23 %).

Βλέπε <http://annualreport.emcdda.eu.int> για στατιστικούς πίνακες σχετικά με την παρούσα ενότητα:

Στατιστικός πίνακας 31: Αριθμός κατασχέσεων και κατασχεθείσες ποσότητες (σύνολο ναρκωτικών ουσιών), 2001

Στατιστικός πίνακας 32: Αριθμός κατασχέσεων αμφεταμινών, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 33: Αριθμός κατασχέσεων κάνναβης, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 34: Αριθμός κατασχέσεων κοκαΐνης, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 35: Αριθμός κατασχέσεων έκστασης, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 36: Αριθμός κατασχέσεων ηρωίνης, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 37: Αριθμός κατασχέσεων LSD, 1985–2001

Στατιστικός πίνακας 38: Κατασχεθείσες ποσότητες αμφεταμινών, 1985–2001 (κιλά)

Στατιστικός πίνακας 39: Κατασχεθείσες ποσότητες κάνναβης 1985–2001 (κιλά)

Στατιστικός πίνακας 40: Κατασχεθείσες ποσότητες κοκαΐνης, 1985–2001 (κιλά)

Στατιστικός πίνακας 41: Κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης, 1985–2001 (χάπια)

Στατιστικός πίνακας 42: Κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης, 1985–2001 (κιλά)

Στατιστικός πίνακας 43: Κατασχεθείσες ποσότητες LSD, 1985–2001 (δόσεις)

⁽⁹⁴⁾ Βλέπε διάγραμμα 36 ΕΓ: Αριθμός κατασχέσεων LSD, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁹⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα 37 ΕΓ: Κατασχεθείσες ποσότητες LSD, 1996–2001 (δείκτες) (έκδοση επί γραμμής).

⁽⁹⁶⁾ Η τάση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί με βάση τα στοιχεία του 2001 όταν αυτά θα είναι διαθέσιμα.



Κεφάλαιο 2

Τρόποι αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών

Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει μια επισκόπηση των εξελίξεων σχετικά με τις πολιτικές και στρατηγικές αντιμετώπισης των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο ΕΕ. Περιγράφονται επίσης οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών στους τομείς της εκπαίδευσης, της υγείας, της κοινωνικής μέριμνας και της ποινικής δικαιοσύνης καθώς και η μείωση της προσφοράς.

Εξελίξεις των πολιτικών για τα ναρκωτικά σε εθνικό επίπεδο

Αναδιοργάνωση των συστημάτων συντονισμού για τα ναρκωτικά

Η τάση που παρατηρήθηκε τα τελευταία έτη για οργάνωση των εθνικών πολιτικών για τα ναρκωτικά μέσω εθνικών σχεδίων δράσης και συντονισμένων συστημάτων συνεχίστηκε το 2002⁽⁹⁷⁾. Η Γερμανία, η Ιταλία, ορισμένες επαρχίες της Αυστρίας, η Σουηδία και η Νορβηγία ακολούθησαν άλλους κοινοτικούς εταίρους στην υιοθέτηση ενός συνεκτικού σχεδίου, προγράμματος ή στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ο τομέας αυτός υπόκειται σε συχνές αλλαγές. Συχνά, οι αλλαγές στην κυβέρνηση έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή της στρατηγικής για τα ναρκωτικά ή της οργάνωσης των αρμόδιων για τα ναρκωτικά φορέων.

Στην Πορτογαλία, η νέα κυβέρνηση που ανέλαβε καθήκοντα το 2002 προχώρησε στη συγχώνευση του πορτογαλικού Ινστιτούτου για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (IPDT) και της Υπηρεσίας για την Πρόληψη και τη Θεραπεία της Τοξικομανίας (SPTT), δημιουργώντας το IDT (Instituto da Droga e da Toxicoddependência) και μετέφερε την αρμοδιότητα για τον νέο φορέα από την προεδρία του Συμβουλίου στο Υπουργείο Υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά την επανεκλογή της το 2001, η κυβέρνηση παρουσίασε μία εκσυγχρονισμένη στρατηγική για τα ναρκωτικά τον Δεκέμβριο του 2002 για την Αγγλία και ξεκίνησε επίσης σε κάποιο βαθμό μια αναδιοργάνωση στο πλαίσιο τοπικών συνεργασιών για τη μείωση της εγκληματικότητας. Το 2000, αναδιοργανώθηκαν οι ομάδες δράσης κατά των ναρκωτικών, προκειμένου να υπάρχει συμμόρφωση με τα σύνορα των τοπικών αρχών. Στη Νορβηγία, η Κεντρική Διοίκηση Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων αναδιοργανώθηκε ώστε να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη γνώση και στην εμπειρία ως βάση για στρατηγικό σχεδιασμό και ανάπτυξη της πολιτικής για τα ναρκωτικά, ενώ στην Ιρλανδία η νέα κυβέρνηση (2002) ανέθεσε την ευθύνη της εθνικής στρατηγικής κατά των ναρκωτικών 2001–2008 στο νεοπαγές υπουργείο «Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs». Διορίστηκε υφυπουργός υπεύθυνος για την εθνική στρατηγική κατά των ναρκωτικών και για θέματα αυτοδιοίκησης και ιδίως για τη στέγαση και την αστική ανάπτυξη, τα οποία στην

Ιρλανδία θεωρούνται αλληλένδετα ζητήματα. Επιπλέον, η κυβέρνηση πρόβαλε πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση της τοξικομανίας και της εγκληματικότητας, καθώς και για την αναβάθμιση μειονεκτουσών κοινοτήτων με στόχο την «ανάπτυξη μιας κοινωνίας πρόνοιας». Στην Αυστρία, στο πλαίσιο του Υπουργείου Εσωτερικών δημιουργήθηκε η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία κατά του Εγκλήματος, με σκοπό να διασφαλιστεί καλύτερος συντονισμός για την πάταξη της εγκληματικότητας. Επιπλέον, και για πρώτη φορά στην Αυστρία, διατέθηκε προσωπικό για τον Ομοσπονδιακό Συντονισμό κατά των Ναρκωτικών, με κύρια αρμοδιότητα το συντονισμό της πολιτικής κατά των ναρκωτικών σε ομοσπονδιακό επίπεδο.

Το ΕΚΠΝΤ παρακολουθεί συνεχώς αυτές τις τάσεις, τα πρότυπα και τις αλλαγές και τον Δεκέμβριο του 2002 δημοσίευσε επί γραμμής μια συγκριτική μελέτη των στρατηγικών και του συντονισμού στον τομέα των ναρκωτικών⁽⁹⁸⁾.

Η αντίληψη του κοινού σχετικά με τα ναρκωτικά και την πολιτική κατά των ναρκωτικών

Το ευρύ κοινό ευαισθητοποιείται ολοένα και περισσότερο σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και τις επιπτώσεις της και εκφράζει ενδιαφέρον για την εθνική πολιτική κατά των ναρκωτικών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών και δημοσκοπήσεων δείχνουν ότι η στάση απέναντι στα ναρκωτικά δεν είναι ενιαία σε ολόκληρη την ΕΕ.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Voralberg της Αυστρίας, διαπιστώθηκε ότι το 63 % των σπουδαστών και το 40–45 % των ενηλίκων είναι αντίθετοι με την τιμωρία της χρήσης κάνναβης από άτομα άνω των 18 ετών. Στη Βιέννη, το 78 % των ατόμων που ερωτήθηκαν εξέφρασαν την άποψη ότι η χρήση κάνναβης πρέπει να απαγορεύεται, αλλά υποστήριξαν την αποποινικοποίηση για τους τοξικομανείς, αποτελώντας μεγάλο ποσοστό του 86 % που συμφώνησε ότι οι τοξικομανείς θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία και όχι τιμωρία. Σε, άλλη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία το 2002 από το Centro de Investigaciones Sociológicas, διαπιστώθηκε ότι τα ναρκωτικά και το αλκοόλ θεωρούνται ως ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, μετά την ανεργία και την τρομοκρατία, αλλά πριν από την εγκληματικότητα και την έλλειψη ασφάλειας των πολιτών. Στη Γαλλία, το ποσοστό των ατόμων που τάσσονται υπέρ της ανοιχτής πώλησης κάνναβης αυξήθηκε από 17 % το 1999 σε 24 %

⁽⁹⁷⁾ Η παρούσα έκθεση εστιάζει στις νέες εξελίξεις. Πληρέστερη εικόνα των εθνικών στρατηγικών και του συντονισμού στον τομέα των ναρκωτικών παρέχεται στην ιστοσελίδα http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁸⁾ Διατίθεται στη διεύθυνση http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

το 2002, και σχεδόν τα δύο τρίτα των Γάλλων (Beck κ.ά., 2002) θεωρούν ότι δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί ο στόχος ενός κόσμου χωρίς ναρκωτικά. Ωστόσο, τα μισά από τα άτομα που απάντησαν θεωρούν ότι η πειραματική χρήση κάνναβης είναι επικίνδυνη, τα δύο τρίτα των ατόμων που ερωτήθηκαν πιστεύουν στη θεωρία ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί μία «πύλη» που οδηγεί στη χρήση άλλων ναρκωτικών⁽⁹⁹⁾ και το 65 % τάσσεται κατά της αποποινικοποίησης της κάνναβης ακόμα και υπό ορισμένους όρους (ενώ το 88 % τάσσεται κατά της αποποινικοποίησης της χρήσης ηρωίνης). Στην Ιρλανδία, μια έρευνα της στάσης απέναντι στη χρήση κάνναβης, η οποία πραγματοποιήθηκε από την Lansdowne Market Research σε εθνικό επίπεδο και συνίστατο σε προσωπικές συνεντεύξεις με αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων ηλικίας 15 ετών και άνω, έδειξε ότι οι απόψεις ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό. Ενώ σχεδόν τα δύο τρίτα του δείγματος που ήταν σε ηλικία με εκλογικό δικαίωμα (18 ετών και άνω) εξέφρασαν την άποψη ότι η κάνναβη πρέπει να επιτρέπεται για ιατρικούς λόγους (υπό την προϋπόθεση ότι θα έχει αποδειχθεί το ιατρικό όφελος), μία μειονότητα μόνο (1 στους 7) τάχθηκε υπέρ της πλήρους νομιμοποίησης. Το χαμηλό επίπεδο υποστήριξης της νομιμοποίησης πιθανότατα απηχεί το γεγονός ότι η κάνναβη θεωρείται ως η ουσία που λειτουργεί ως «πύλη» εισόδου στη χρήση άλλων ναρκωτικών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μεταφορά της κάνναβης από τον πίνακα Β των ναρκωτικών στον πίνακα Γ προκάλεσε ευρείες συζητήσεις, στο πλαίσιο των οποίων ορισμένοι ήταν υπέρ και άλλοι κατά της μεταφοράς.

Νομικές εξελίξεις

Οι νομικές εξελίξεις κατά την περίοδο αναφοράς σημειώθηκαν στους τομείς της βελτίωσης των συνθηκών θεραπείας και αποκατάστασης για τους τοξικομανείς, της παρακολούθησης των διακινητών και των χρηστών από το κράτος και της ισχυρότερης δράσης κατά των παραβάσεων που αφορούν τη δημόσια τάξη και των οχλήσεων που προκαλούν τα ναρκωτικά «στο δρόμο».

Θεραπεία και αποκατάσταση

Το προηγούμενο έτος, αρκετές χώρες στην ΕΕ εισήγαγαν νομοθετικές αλλαγές για τη διευκόλυνση της θεραπείας και της αποκατάστασης των τοξικομανών. Στο Λουξεμβούργο καθιερώθηκε με εθνικό διάταγμα το νομικό πλαίσιο για τη θεραπεία υποκατάστασης σε εθνικό επίπεδο, με σύστημα χορήγησης άδειας στους ιατρούς, κριτήρια υποδοχής των ασθενών, καθώς και επιτροπή εποπτείας του προγράμματος. Στην Ελλάδα εφαρμόστηκε στο κρατικό γενικό νοσοκομείο της Ρόδου ένα πιλοτικό πρόγραμμα που επιτρέπει την υποκατάσταση με βουπρενορφίνη. Στη Φινλανδία, οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση οπιούχων δικαιούνται να λαμβάνουν θεραπεία αποτοξίνωσης και υποκατάστασης, η οποία συμπληρώνεται από θεραπεία συντήρησης, και ως αποτέλεσμα έχει αυξηθεί ο αριθμός των μονάδων που αξιολογούν την ανάγκη για θεραπευτική αγωγή και την παρέχουν σε τοξικομανείς. Επίσης, στη Γερμανία, αφότου τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του περασμένου έτους το ένατο βιβλίο του γερμανικού κώδικα κοινωνικής

ασφάλισης, οι τοξικομανείς απολαμβάνουν περισσότερα δικαιώματα και η νομοθεσία ορίζει σαφέστερα πώς και πότε τα συστήματα ασφάλισης υγείας θα πρέπει να καλύπτουν την αποτοξίνωση και τα συστήματα συνταξιοδοτικής ασφάλισης να καλύπτουν την αποκατάσταση.

Τον Απρίλιο του 2002, το κοινοβούλιο της Δανίας αποφάσισε να καταργήσει τις νομικές διατάξεις, οι οποίες, αν και δεν είχαν εφαρμοστεί ποτέ, επέτρεπαν από τις αρχές των κομητειών την κράτηση τοξικομανών που παρακολουθούν προγράμματα θεραπείας. Επίσης, τον Ιούνιο του περασμένου έτους ένα υπουργικό διάταγμα στην Ιταλία, ακολουθώντας το εθνικό σχέδιο για τα ναρκωτικά και με στόχο τη βελτίωση της θεραπείας με αποχή, παραχώρησε στις ιδιωτικές θεραπευτικές υπηρεσίες το δικαίωμα να πιστοποιούν την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Το αποτέλεσμα ήταν τα θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης να μπορούν να δέχονται τροφίμους απευθείας από οποιοδήποτε μέρος της χώρας και, με το δικαίωμα έκδοσης πιστοποιητικού εξάρτησης, να ζητούν από την τοπική SerT (υπηρεσία κατά της τοξικομανίας) στην οποία υπάγεται ένας χρήστης ναρκωτικών να καλύπτει τα έξοδα της παρεχόμενης θεραπείας. Ωστόσο, σύμφωνα με μια τροποποίηση του ιταλικού συντάγματος με την οποία η αρμοδιότητα για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια μεταφέρθηκε από την κεντρική διοίκηση στις περιφερειακές διοικήσεις, το συνταγματικό δικαστήριο έκρινε το διάταγμα αντισυνταγματικό, δεδομένου ότι αφορούσε ένα θέμα για το οποίο αρμόδιες ήταν οι περιφέρειες. Στη Νορβηγία, το 2002 το κράτος ανέλαβε την ιδιοκτησία και την επιχειρησιακή ευθύνη λειτουργίας των νοσοκομείων, ενώ την ευθύνη για τις υπηρεσίες υγείας άμεσης πρόσβασης και την αποκατάσταση των τοξικομανών με ιατρική υποστήριξη ανέλαβε το Υπουργείο Υγείας. Η κομητειακή ευθύνη για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας για την τοξικομανία θα μεταφερθεί πιθανότατα στο κράτος το 2004. Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων πρότεινε η κομητειακή ευθύνη για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για την τοξικομανία να μεταφερθεί στους δήμους μέχρι το 2004. Ο στόχος είναι να παρασχεθεί στους χρήστες σκληρών ναρκωτικών ένα σύστημα πρόνοιας και θεραπείας πιο ολοκληρωμένο και συνεκτικό.

Στην Αυστρία, υπάρχει ένα πρόβλημα όσον αφορά την παροχή των μέτρων υγείας που προβλέπονται από το άρθρο 11 του νόμου περί ναρκωτικών ουσιών. Επισήμως, οι προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην εξάλειψη της (οργανωμένης) διακίνησης ναρκωτικών, ωστόσο όμως ένα μεγάλο ποσοστό των αδικημάτων αφορούν τη χρήση κάνναβης, για την οποία συνήθως οι επαρχιακές υγειονομικές αρχές, βάσει του άρθρου 11, επιβάλλουν τη λήψη μέτρων υγείας. Ως αποτέλεσμα, τα θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους για την κάλυψη της ζήτησης και δεν μπορούν να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους.

Παρακολούθηση των διακινητών ναρκωτικών

Σε ένα πλαίσιο αυξημένης ασφάλειας, ορισμένες χώρες ανέφεραν ότι θέσπισαν νομικές αλλαγές για την

⁽⁹⁹⁾ Σύμφωνα με το «φαινόμενο της πύλης» ή τη σχετική θεωρία, υπάρχει μια διαδοχική πρόοδος στη χρήση ναρκωτικών. Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε ODCCP (2000).

καλύτερη παρακολούθηση των διακινητών και των χρηστών ναρκωτικών. Στη Δανία, τον Ιούνιο του 2002, τέθηκε σε ισχύ ένας νόμος που απαιτεί από τους παροχείς τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών να καταγράφουν και να αποθηκεύουν για διάστημα ενός έτους οποιαδήποτε δεδομένα τηλεπικοινωνιών και επικοινωνίας μέσω Διαδικτύου, τα οποία ενδέχεται να αποδειχθούν συναφή με έρευνες που διεξάγονται από την αστυνομία. Εφόσον εξασφαλίσει ένταλμα δικαστηρίου, η αστυνομία μπορεί πλέον να χρησιμοποιεί προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών ή άλλο εξοπλισμό για την ανάγνωση μη δημόσιων δεδομένων που διατηρούνται σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Ομοίως, στην Πορτογαλία, τον Ιανουάριο του 2002, ψηφίστηκε ένας νόμος με τον οποίο θεσπίζεται η λήψη ειδικών μέτρων (στους τομείς της συγκέντρωσης αποδεικτικών στοιχείων, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και της κατάσχεσης περιουσιακών στοιχείων) που βοηθούν στην καταπολέμηση του οργανωμένου οικονομικού εγκλήματος και άλλων σοβαρών μορφών εγκληματικότητας, συμπεριλαμβανομένης της διακίνησης ναρκωτικών. Στη Φινλανδία, μια τροποποίηση του νόμου για την αστυνομία επεκτείνει τα δικαιώματα της αστυνομίας να εξασφαλίζει πληροφορίες μέσω των τηλεπικοινωνιών (π.χ. εάν υπάρχουν υποψίες για εγκλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά) και να προβαίνει σε παρακολούθηση με τη χρήση τεχνολογίας. Το 2002, η κυβέρνηση προώθησε επίσης τον νόμο περί καταναγκαστικών μέσων, με τον οποίο επεκτείνονται τα μέσα τηλεπληρήρησης και επικοινωνιών παρακολούθησης, αν και οι λεπτομέρειες δεν έχουν ακόμη καθοριστεί.

Τον Ιανουάριο του 2002, πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στον κώδικα ποινικής δικονομίας των Κάτω Χωρών, οι οποίες επιτρέπουν, πέραν της έρευνας των σωματικών κοιλοτήτων, τη χρήση ακτινογραφιών και υπερηχογραφημάτων για οποιοδήποτε άτομο υπάρχουν υποψίες ότι έχει καταπιεί μικρές συσκευασίες ναρκωτικών, υπό την προϋπόθεση ότι οι διαδικασίες αυτές εφαρμόζονται από ιατρό. Επίσης, έχουν αυξηθεί οι τεχνικές ανίχνευσης των χρηστών ναρκωτικών και το περασμένο καλοκαίρι διευρύνθηκε το πιλοτικό πρόγραμμα ελέγχων του Ηνωμένου Βασιλείου για τα ναρκωτικά στην Αγγλία και την Ουαλία. Το πρόγραμμα αυτό επιτρέπει τη λήψη δειγμάτων από ενήλικες που κρατούνται από την αστυνομία και κατηγορούνται για κάποιο αδίκημα που δικαιολογεί τη διεξαγωγή εξετάσεων (κυρίως εγκλήματα κατά της περιουσίας και αδικήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά) με σκοπό την εξέτασή τους για ηρωίνη και κοκαΐνη. Τα άτομα των οποίων οι εξετάσεις είναι θετικές έχουν τη δυνατότητα να συμβουλευθούν έναν υπεύθυνο προγράμματος σύλληψης-παραπομπής προκειμένου να αξιολογηθούν για θεραπεία και τα αποτελέσματα των εξετάσεων για ναρκωτικά παρυσιάζονται στο δικαστήριο για να βοηθήσουν στην έκδοση αποφάσεων αποφυλάκισης με εγγύηση και αποφάσεων επιβολής ποινών. Οι πρώτες διαπιστώσεις του πιλοτικού προγράμματος δημοσιεύτηκαν τον Μάρτιο του 2003. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο έλεγχος για ναρκωτικά εφόσον συντρέχει αδίκημα θα επεκταθεί στη διάρκεια του 2003 σε 30 αστυνομικές υπηρεσίες για σοβαρές μορφές εγκληματικότητας (Police Basic Command Units) (αστυνομικά τμήματα εντός της αστυνομικής δικαιοδοσίας).

Μέτρα για τον περιορισμό των αδικημάτων διατάραξης της δημόσιας τάξης/όχλησης του κοινού

Το τελευταίο έτος, ορισμένα κράτη μέλη έχουν θεσπίσει νομοθετικές διατάξεις με στόχο την ελαχιστοποίηση του κοινωνικού αντίκτυπου της χρήσης ναρκωτικών με αυστηρότερο έλεγχο των περιπτώσεων διατάραξης της δημόσιας τάξης και όχλησης του κοινού.

Στην Ιρλανδία, ο νόμος περί ποινικής δικαιοσύνης (δημόσιας τάξης) του 2002 θεσπίστηκε, προκειμένου να ενισχύσει το νόμο του 1994 περί δημόσιας τάξης. Για τα άτομα που καταδικάζονται για αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο του 1994 περί διατάραξης της δημόσιας τάξης, συμπεριλαμβανομένης της δηλητηρίασης (από χρήση ναρκωτικών) δημοσίως και τα οποία θα μπορούσαν ενδεχομένως να θέσουν σε κίνδυνο τους εαυτούς τους ή άλλους, μπορεί να εκδοθεί ένταλμα αποκλεισμού που να τους απαγορεύει να εισέρχονται ή να παραμένουν σε ορισμένους χώρους, στους οποίους περιλαμβάνονται καταστήματα με άδεια πώλησης οινοπνευματωδών ποτών, χορευτικά κέντρα ή καταστήματα όπου σερβίρεται φαγητό.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ενότητα 8 του νόμου περί χρήσης ναρκωτικών, η οποία αναφέρεται σε μεμονωμένα άτομα που καταλαμβάνουν ορισμένους τύπους εγκαταστάσεων, καθώς και στους υπευθύνους για τη διαχείρισή τους, τροποποιήθηκε ώστε να περιλαμβάνει την παράνομη χρήση οποιασδήποτε ελεγχόμενης ναρκωτικής ουσίας (κατά το παρελθόν αναφερόταν μόνο στο κάπνισμα κάνναβης ή οπίου), με σκοπό να ισχύσει και για τους χώρους κατανάλωσης κρακ. Εντούτοις, το πεδίο εφαρμογής αυτών των διατάξεων είναι εξαιρετικά ευρύ και η κυβέρνηση αποφάσισε στη συνέχεια ότι οι προτάσεις για την ενότητα 8 ενδεχομένως να μην επαρκούν για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Ως εκ τούτου, επιχειρεί τώρα την καθιέρωση νέας νομοθεσίας στο πνεύμα του νομοσχεδίου περί αντικοινωνικής συμπεριφοράς, το οποίο στοχεύει κυρίως τις εγκαταστάσεις και όχι τα άτομα και θα δώσει τη δυνατότητα στην αστυνομία, σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές, να κλείνουν τους χώρους κατανάλωσης κρακ σε 48 ώρες. Συνεπώς, το Ηνωμένο Βασίλειο δεν προτίθεται προς το παρόν να εφαρμόσει την τροποποίηση της ενότητας 8 (δ), αν και κάτι τέτοιο δεν αποκλείεται, στην περίπτωση που τα επόμενα δύο χρόνια αποδειχθεί ότι οι ποινές που προβλέπονται στο νομοσχέδιο περί αντικοινωνικής συμπεριφοράς δεν είναι απολύτως αποτελεσματικές.

Στις Κάτω Χώρες, ο νόμος Victoria του 1997 παρέχει στους δημάρχους των πόλεων την εξουσία να κλείνουν χώρους όπου η χρήση ή η διακίνηση ναρκωτικών προκαλεί όχληση του κοινού. Ωστόσο, καθώς το κλείσιμο κτιρίων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εμφάνιση και την κοινωνική δομή μιας γειτονιάς, ο νέος νόμος Victor του Μαΐου 2002 δίνει τη δυνατότητα στους δήμους να επανεκχωρούν, σε τρίτους, χώρους οι οποίοι έχουν κλείσει, π.χ. επιτρέποντας την είσοδο νέων ενοίκων. Στην πόλη του Venlo, ένα τετραετές πιλοτικό σχέδιο με τη συμμετοχή της αστυνομίας, εισαγγελέων και της κυβέρνησης στοχεύει στη μείωση των οχλήσεων που προκαλούνται από πολλούς ναρκω-τουρίστες που αγοράζουν κάνναβη σε coffee shops που δεν διαθέτουν άδεια. Επίσης, τον Ιούλιο του 2002, ο δήμαρχος του Ρότερνταμ, ασκώντας τις εξουσίες που παρέχει ο

νόμος περί δήμων, επέβαλε ο ίδιος εξάμηνη απαγόρευση σε 50 περίπου τοξικομανείς που ενοχλούσαν τους κατοίκους μιας τοπικής γειτονιάς. Ωστόσο, το περιφερειακό δικαστήριο αποφάσισε ότι, παρόλο που ο δήμαρχος δικαιούταν να πατάξει την όχληση, η εξάμηνη απαγόρευση ήταν πολύ μεγάλη και αδικαιολόγητη· παρά το γεγονός αυτό, η πόλη του Ρόττερνταμ σκοπεύει να συνεχίσει την πολιτική απαγόρευσης.

Στη Δανία, τον Ιούνιο του 2001, τέθηκε σε ισχύ ένας νόμος που απαγορεύει την επίσκεψη σε ορισμένους χώρους. Στόχος του νόμου είναι να αποτελέσει μία αποτελεσματικότερη παρέμβαση για τα κλαμπ κάνναβης και άλλους τύπους οργανωμένου εγκλήματος που διαπράττεται σε χώρους και προκαλεί ανησυχία στους γείτονες. Ο νόμος δίνει τη δυνατότητα στην αστυνομία, κατόπιν προειδοποίησης, να εκδίδει ασφαλιστικά μέτρα τρίμηνης διάρκειας κατά του ιδιοκτήτη των χώρων αυτών, απαγορεύοντας την είσοδο ή την παραμονή επισκεπτών στους συγκεκριμένους χώρους. Η παραβίαση των ασφαλιστικών μέτρων τιμωρείται με πρόστιμο, ενώ επανειλημμένες παραβιάσεις επισύρουν ποινή φυλάκισης έως τέσσερις μήνες.

Εξελίξεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Τον Νοέμβριο του 2002, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με τη μεσοπρόθεσμη αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2002–2004) ⁽¹⁰⁰⁾. Σκοπός της μεσοπρόθεσμης αξιολόγησης ήταν η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο είχαν επιτευχθεί οι δραστηριότητες που καθορίζονται στο σχέδιο δράσης. Καθώς το σχέδιο δράσης της ΕΕ περιλαμβάνει δράσεις που πρέπει να αναληφθούν από τα κράτη μέλη, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΕΚΠΝΤ και την Ευροπόλ, η μεσοπρόθεσμη αξιολόγηση βασίστηκε σε συμπληρωματικά εργαλεία, στα οποία περιλαμβάνονται οι απαντήσεις των κρατών μελών σε ένα ερωτηματολόγιο και ένας πίνακας παρακολούθησης των επιτευγμάτων της Επιτροπής, του ΕΚΠΝΤ και της Ευροπόλ. Συμπληρωματικά προστέθηκαν και τα αποτελέσματα εκ μέρους ομοτίμων της αξιολόγησης των συστημάτων επιβολής του νόμου στα κράτη μέλη, καθώς και πληροφορίες για πρωτοβουλίες που αφορούν τα ναρκωτικά σε επίπεδο ΕΕ. Η ανακοίνωση περιλαμβάνει επιτεύγματα σε κάθε τομέα του σχεδίου δράσης της ΕΕ και τονίζει τους τομείς όπου απαιτείται πρόοδος σε κάθε επίπεδο.

Ενώ αναγνωρίζει τα επιτεύγματα, η Επιτροπή τόνισε ότι απαιτείται ακόμα πολύ έργο, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης συστημάτων αξιολόγησης εθνικών και κοινοτικών δραστηριοτήτων. Τόνισε επίσης την ανάγκη στενής συνεργασίας με τις υποψήφιες χώρες προκειμένου να διασφαλιστεί η μελλοντική τους συμβολή στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά. Στο έγγραφο παρουσιάζονται οι μεθοδολογικές βάσεις για την τελική αξιολόγηση. Ειδικότερα, η Επιτροπή προτείνει τη διαδικασία αξιολόγησης να πραγματοποιηθεί με την υποστήριξη μιας διευθύνουσας ομάδας, στην οποία θα

συμμετέχουν εκπρόσωποι της Επιτροπής, του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, της προεδρίας του Συμβουλίου, της Ευροπόλ και του ΕΚΠΝΤ. Η ομάδα αυτή θα βοηθήσει στη δημιουργία του τελικού πλαισίου αξιολόγησης. Ως μέρος της τελικής αξιολόγησης, το ΕΚΠΝΤ θα συγκρίνει τα στοιχεία που θα είναι διαθέσιμα το 2004 στον τομέα των ναρκωτικών με τα αρχικά στοιχεία του 1999, τα οποία συγκέντρωσε σε συνεργασία με την Ευροπόλ. Το ΕΚΠΝΤ θα βοηθήσει επίσης την Επιτροπή στην πραγματοποίηση μιας δεύτερης μελέτης του Ευρωβαρόμετρου σχετικά με τις αντιλήψεις των νέων και τα ναρκωτικά και στην ενημέρωση του πίνακα παρακολούθησης των δραστηριοτήτων του ΕΚΠΝΤ. Πρέπει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με μία ειδική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου με τίτλο «Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs» (Στάσεις και απόψεις των νέων στην Ευρωπαϊκή Ένωση σχετικά με τα ναρκωτικά) (2002) ⁽¹⁰¹⁾, οι δύο πιο αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη είναι η λήψη αυστηρότερων μέτρων εναντίον των εμπόρων και διακινητών ναρκωτικών (υποστηρίζεται από το 59,1 % του δείγματος, ΕΕ-15) και η παροχή βελτιωμένων θεραπευτικών υπηρεσιών και αποκατάστασης για τους χρήστες ναρκωτικών (υποστηρίζεται από το 53,2 %, ΕΕ-15) ⁽¹⁰²⁾.

Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε επίσης σχέδιο εφαρμογής για την ανάληψη δράσεων κατά των συνθετικών ναρκωτικών, το οποίο καθορίζει σειρά θεμάτων σχετικά με την προσφορά των συνθετικών ναρκωτικών που πρέπει να εξετάσει η Ευρωπαϊκή Ένωση τα επόμενα χρόνια. Το σχέδιο προτείνει δράσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που διαπιστώνονται και καθορίζει αρμόδια όργανα για την υλοποίηση του έργου εντός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος.

Στις 28 Φεβρουαρίου 2002, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε μία απόφαση σχετικά με τα μέτρα ελέγχου και τις ποινικές κυρώσεις για ένα νέο συνθετικό ναρκωτικό, το PMMA. Το PMMA δεν περιλαμβάνεται επί του παρόντος σε κανένα από τα χρονοδιαγράμματα της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971, όμως ως αποτέλεσμα της απόφασης αυτής το PMMA υπόκειται πλέον σε μέτρα ελέγχου και ποινικές διατάξεις στα κράτη μέλη ⁽¹⁰³⁾.

Άλλη μία σημαντική εξέλιξη είναι η απόφαση αριθ. 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 23ης Σεπτεμβρίου 2002, που θεσπίζει ένα πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003–2008) ⁽¹⁰⁴⁾. Οι στόχοι του προγράμματος είναι:

- βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας·
- ενίσχυση της ικανότητας ταχείας και συντονισμένης αντίδρασης όταν η υγεία απειλείται·
- προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών μέσω της αντιμετώπισης των καθοριστικών παραγόντων της υγείας σε όλες τις πολιτικές και δραστηριότητες.

⁽¹⁰⁰⁾ COM(2002) 599 τελικό.

⁽¹⁰¹⁾ Βλέπε http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

⁽¹⁰²⁾ Στάσεις και απόψεις νέων ηλικίας 15–24 ετών σε ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό της ΕΕ.

⁽¹⁰³⁾ 2002/188/ΔΕΥ: Απόφαση του Συμβουλίου της 28ης Φεβρουαρίου 2002 όσον αφορά τα μέτρα ελέγχου και τις ποινικές κυρώσεις σχετικά με το νέο συνθετικό ναρκωτικό PMMA (ΕΕ L 63 της 6.3.2002, σ. 14). Πρόταση απόφασης του Συμβουλίου που προσδιορίζει το PMMA ως νέο συνθετικό ναρκωτικό, το οποίο πρέπει να υπόκειται σε μέτρα ελέγχου και σε ποινικές διατάξεις [COM(2001) 734 τελικό].

⁽¹⁰⁴⁾ Απόφαση αριθ. 1786/2002/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Σεπτεμβρίου 2002 για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003–2008) (ΕΕ L 271 της 9.10.2002, σ. 1-12).

Το πρόγραμμα αυτό, μεταξύ άλλων, θα υποστηρίξει την εφαρμογή συστημάτων και δράσεων παρακολούθησης και ταχείας αντίδρασης στον τομέα των καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Και στους δύο τομείς πρέπει να δοθεί η δυνατότητα παρακολούθησης των πρωτοβουλιών που έχουν αναληφθεί από τους άμεσα ενδιαφερόμενους στα κράτη μέλη στο πλαίσιο του προγράμματος κοινοτικής δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας και της δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1996–2000 που επεκτάθηκε μέχρι το 2002).

Το 2002, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέβαλε επίσης ορισμένες προτάσεις, οι οποίες συζητήθηκαν από το Συμβούλιο κατά τη διάρκεια της περιόδου αναφοράς (Μάρτιος 2003) και οι οποίες αφορούν τον τομέα των ναρκωτικών: η μία αφορά τον περιορισμό των κινδύνων που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά και η άλλη αφορά τις πρόδρομες ουσίες για τα ναρκωτικά ⁽¹⁰⁵⁾. Τον Δεκέμβριο, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα κατέληξε σε συμφωνία με τη Δημοκρατία της Τουρκίας σχετικά με τις πρόδρομες και τις χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνά για την παράνομη παραγωγή ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών ⁽¹⁰⁶⁾.

Πρόληψη

Η πρόληψη συχνά διακρίνεται σε «καθολική» πρόληψη (η οποία απευθύνεται σε παιδιά και νέους γενικά και υποδηλώνει ένα στόχο μη χρήσης ναρκωτικών) και σε «στοχοθετημένη» ή «ενδεικνυόμενη» πρόληψη (η οποία απευθύνεται σε ειδικές ομάδες υψηλού κινδύνου). Η δεύτερη αναλύεται στο κεφάλαιο 3 (σ. 65). Το σχολείο είναι το προτιμώμενο περιβάλλον για την εφαρμογή παρεμβάσεων καθολικής πρόληψης, καθώς το περιβάλλον αυτό εγγυάται μακροπρόθεσμη και συνεχή πρόσβαση σε μεγάλους πληθυσμούς νέων ατόμων. Ένα πρόσφατο ερευνητικό έργο για τις ορθές πρακτικές όσον αφορά την πρόληψη στα σχολεία, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ⁽¹⁰⁷⁾, κατέληξε στην κατάρτιση συστάσεων σχετικά με τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία και σχετικά με τα απαραίτητα πλαίσια: σχολική πολιτική και σχολικό περιβάλλον. Υπάρχει μια ευρεία βάση αποδείξεων από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι οποίες προσδιορίζουν προσεγγίσεις που είναι δυνητικά ελπιδοφόρες ή έχει επιβεβαιωθεί ότι είναι αποτελεσματικές ⁽¹⁰⁸⁾.

Σε όλα τα κράτη μέλη, η πρόληψη περιλαμβάνεται στα σχολικά προγράμματα σπουδών, υπό το πνεύμα ότι το θέμα «ναρκωτικά» πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, όμως αυτό μπορεί απλά να σημαίνει την παροχή πληροφοριών από καθηγητές ή αστυνομικούς σχετικά με τα ναρκωτικά και τους κινδύνους. Οι καθαρά ενημερωτικές και μη διαρθρωμένες προσεγγίσεις έχει

διαπιστωθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικές (Hansen, 1992· Tobler, 2001). Λίγα μόνο κράτη μέλη διαθέτουν εθνικά σχέδια πρόληψης στα σχολεία όπου περιγράφεται λεπτομερώς το πεδίο εφαρμογής των δράσεων που πρόκειται να διεξαχθούν (και που θα πρέπει να αποφεύγονται) και από ποιον ⁽¹⁰⁹⁾. Ωστόσο, άλλες χώρες προτιμούν την ανάπτυξη σχεδίων σε επίπεδο δήμων ή διαμερισμάτων, στα οποία ενσωματώνεται η πρόληψη στα σχολεία ⁽¹¹⁰⁾. Ακόμα λιγότερα κράτη μέλη έχουν σαφή πρότυπα σχετικά με το περιεχόμενο της πρόληψης στα σχολεία (υποχρεωτικά μόνο στην Ιρλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο) ⁽¹¹¹⁾. Ωστόσο, οι χώρες της ΕΕ αρχίζουν να αναγνωρίζουν ότι είναι αναγκαίο να προβλέψουν μέτρα πρόληψης υψηλής ποιότητας αντί απλώς να επαναλαμβάνουν τη σπουδαιότητα της πρόληψης στις εθνικές τους στρατηγικές. Η Σουηδία είναι μία από τις λίγες χώρες που παραδέχονται ότι η πρόληψη στα σχολεία «συχνά οργανώνεται με βάση μεθόδους τις οποίες η έρευνα έχει δείξει ότι φέρνουν ελάχιστα ή καθόλου αποτελέσματα, ενώ σπάνια έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικές μέθοδοι» (Skolverket, 2000) και ότι η έλλειψη ελέγχου ποιότητας οδήγησε σε μία κατάσταση «όπου οποιοσδήποτε διευθυντής σχολείου μπορούσε να αποφασίσει τον τρόπο διεξαγωγής της εκπαίδευσης για τα ναρκωτικά». Τώρα, ολόκληρη η στρατηγική επαναπροσανατολίζεται και εστιάζει σε «τακτικά προγράμματα βασισμένα σε αξιολογημένες, αποτελεσματικές μεθόδους». Ομοίως, στη Γαλλία «η σχετική σιωπή ... στα νομοθετικά κανονιστικά κείμενα και η πρώτη ανάμειξη ενώσεων ... οδήγησαν στην ύπαρξη πολυάριθμων ενεργών συμμετεχόντων στην πρόληψη, ... χωρίς να επιβληθεί ή να ενθαρρυνθεί ιδιαίτερα οποιοδήποτε μοντέλο ή θεωρία δράσης» (Εθνική έκθεση Γαλλίας). Στην πραγματικότητα, η περιγραφή αυτή θα μπορούσε να αναφέρεται σε πολύ περισσότερα κράτη μέλη. Αντιθέτως, η Ισπανία, η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν αναπτύξει έναν σαφή ποιοτικό έλεγχο και προσανατολισμό βάσει στοιχείων στις πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζουν και σκοπεύουν να ενισχύσουν περαιτέρω την εστίαση αυτή ⁽¹¹²⁾. Επιπλέον, σήμερα εισάγονται στην Πορτογαλία αυστηρότερες απαιτήσεις ποιότητας.

Ολοένα μεγαλύτερη σημασία αποκτά η συστηματική καταγραφή και τεκμηρίωση προγραμμάτων ως ακρογωνιαίος λίθος για τη βελτίωση της ποιότητας ⁽¹¹³⁾: πρόσφατα, η Δανία, η Γερμανία και η Πορτογαλία έχουν καταρτίσει πιλοτικά σχέδια για την ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης παρόμοιων με εκείνα που υπάρχουν ήδη στο Βέλγιο, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι παρεμβάσεις με συγκεκριμένο πρόγραμμα (δηλαδή επίσημα προγράμματα πρόληψης με λεπτομερές περιεχόμενο και παρουσίαση των συνεδριών) είναι,

⁽¹⁰⁵⁾ Πρόταση σύστασης του Συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των κινδύνων που συνδέονται με την τοξικομανία [COM(2002) 201 τελικό]. Πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου περί των πρόδρομων ουσιών των ναρκωτικών [COM(2002) 494 τελικό, ΕΕ C 20 E της 28.1.2003, σ. 160–170].

⁽¹⁰⁶⁾ Συμφωνία μεταξύ της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και της Δημοκρατίας της Τουρκίας για τις πρόδρομες και τις χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνά στην παράνομη παρασκευή ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών (ΕΕ L 64 της 7.3.2003, σ. 30–35).

⁽¹⁰⁷⁾ Βλέπε <http://www.school-and-drugs.org>.

⁽¹⁰⁸⁾ Βλέπε *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* αριθ. 5 στη διεύθυνση http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_EL.pdf.

⁽¹⁰⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα 38 ΕΓ: Εθνικά προγράμματα για πρόληψη στα σχολεία (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα 39 ΕΓ: Οργάνωση της πρόληψης (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹¹⁾ Βλέπε πίνακα 3 ΕΓ: Γενική επισκόπηση των πολιτικών και των πλαισίων για την πρόληψη (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹²⁾ Βλέπε *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* αριθ. 5 στη διεύθυνση http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_EL.pdf.

⁽¹¹³⁾ Βλέπε *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* αριθ. 5 στη διεύθυνση http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_EL.pdf.

σύμφωνα με τις υπάρχουσες γνώσεις (Tobler, 2001), ο πιο χρήσιμος τρόπος παροχής αποτελεσματικής πρόληψης με ελεγχόμενο τρόπο που επιτρέπει επίσης αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας (καλή παροχή) όσο και της έκβασης (θετικά αποτελέσματα). Το ποσοστό των σχολείων που καλύπτονται από τέτοιες παρεμβάσεις είναι σχετικά χαμηλό σε ορισμένα κράτη μέλη είτε διότι δεν υπάρχουν τα απαραίτητα συστήματα πληροφόρησης (Γερμανία, Ιταλία) είτε διότι προτιμάται μια αντιμετώπιση της πρόληψης χωρίς πρόγραμμα στην καθημερινή σχολική ζωή (Αυστρία και Φινλανδία) ⁽¹¹⁴⁾ ⁽¹¹⁵⁾.

Επειδή είναι μία σχετικά καλά προσδιορισμένη έννοια, η πρόληψη στα σχολεία είναι ο πιο προσίτος τομέας για την καταγραφή και ποσοτικοποίηση της κάλυψης της πρόσβασης από την άποψη αυτή, τα συστήματα πληροφόρησης στην ΕΕ αρχίζουν να αποφέρουν αποτελέσματα, ενώ όσον αφορά τις πληροφορίες σε άλλους σημαντικούς τομείς εξακολουθεί να είναι αναγκαία η διάρθρωση και η βελτίωσή τους ⁽¹¹⁶⁾.

Η πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, από την άλλη πλευρά, είναι μία ιδιαίτερα ετερογενής έννοια εν μέρει διότι είναι, εξ ορισμού, αποκεντρωμένη. Το μόνο κοινό χαρακτηριστικό σε ολόκληρη την Ευρώπη είναι το ίδιο το περιβάλλον: η «τοπική κοινωνία». Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν γενικές δραστηριότητες (όπως εκπαίδευση προσωπικού και εκπαίδευση εκπαιδευτών), διαρθρωτικά μέτρα (ανάπτυξη τοπικών πολιτικών και δικτύων καθώς και συμμετοχή των υπευθύνων λήψης αποφάσεων) και συγκεκριμένες δράσεις, όπως η δημιουργία τοπικών κέντρων για την πρόληψη της τοξικομανίας και της περιθωριοποίησης (Γαλλία) ή οι περιπολίες γονέων/«night ravens» (Δανία, Σουηδία και Νορβηγία) ⁽¹¹⁷⁾. Οι παρεμβάσεις δεν οργανώνονται απαραίτητα από ομάδες των τοπικών κοινωνιών, αλλά —όπως για παράδειγμα στο Λουξεμβούργο— η διαχείρισή τους μπορεί να αναλαμβάνεται εκ των άνω προς τα κάτω από έναν εθνικό φορέα υπεύθυνο για την προώθηση σχεδίων, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων ευαισθητοποίησης για τα ναρκωτικά. Συχνά, τέτοιου είδους παρεμβάσεις δεν διαθέτουν μία σταθερή βάση ή κάποιο σαφή στόχο· μόνο στην Ελλάδα εφαρμόζεται κάποιοι είδους διαδικασία παρακολούθησης των στόχων και της δομής των προγραμμάτων σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών. Με εξαίρεση το Λουξεμβούργο και την Ιρλανδία, δεν έχει αναφερθεί η διεξαγωγή σημαντικών αξιολογήσεων.

Η πρόληψη στην οικογένεια, παρά το γεγονός ότι αναφέρεται συχνά ως βασικό στοιχείο των εθνικών στρατηγικών, φαίνεται να αναπτύσσεται σε ανομοιογενή, ενστικτώδη και αυτοσχέδια βάση, χωρίς καμία ιδιαίτερη εμπειρία ή βάσει αποδεικτικών στοιχείων. Ένα στοιχείο που εμφανίζεται συχνά είναι η εκπαίδευση των γονέων για την ανάπτυξη γονεϊκών δεξιοτήτων και/ή τη διάδοση πληροφοριών (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Πορτογαλία και Νορβηγία). Μόνο η Ιρλανδία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο εφαρμόζουν εστιασμένα προγράμματα, τα οποία απευθύνονται σε οικογένειες που

διατρέχουν κίνδυνο και επικεντρώνονται σε κοινωνικά μειονεκτούσες γειτονιές. Ωστόσο, η Ισπανία έχει εκδώσει μια συστηματική και εκτενή επισκόπηση των πρακτικών πρόληψης στην οικογένεια ⁽¹¹⁸⁾, ενώ η Ελλάδα έχει επίσης αναπτύξει οικογενειακά σχέδια που διακρίνονται από καλή οργάνωση και τεκμηρίωση σε εθνικό επίπεδο.

Μέχρι σήμερα, δεν έχει καταστεί δυνατό να συγκριθούν τα ποσά που δαπανώνται για την πρόληψη στα διάφορα κράτη μέλη, ακόμη κι αν η σύγκριση αυτή επικεντρωθεί μόνο στους πόρους που διατίθενται για σχέδια πρόληψης στα σχολεία.

Οι εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης, παρά την περιορισμένη βάση αποδείξεων που υπάρχει όσον αφορά την επίδρασή τους στις συμπεριφορές χρήσης όταν οι εκστρατείες αυτές εφαρμόζονται μεμονωμένα (Paglia και Room, 1999), και παρά το σημαντικό τους κόστος, συχνά εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικούς πυλώνες των στρατηγικών πρόληψης.

Τρόποι περιορισμού των επιβλαβών επιπτώσεων

Τα μέτρα για την ελαχιστοποίηση των επιβλαβών επιπτώσεων στην υγεία που συνδέονται με τα ναρκωτικά, η μείωση των θανάτων και ο περιορισμός της όχλησης του κοινού ⁽¹¹⁹⁾ αποτελούν αναπόσπαστο μέρος πολλών εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά και σαφή προτεραιότητα πολιτικής στις περισσότερες χώρες ⁽¹²⁰⁾. Η εφαρμογή δραστηριοτήτων μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων περιγράφεται από τα εθνικά εστιακά σημεία ως «πολύ σημαντική», «καίριας σημασίας», «θεμελιώδης», «προτεραιότητα» ή «βασική πτυχή της εθνικής μας στρατηγικής για τα ναρκωτικά».

Τα προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, οι πρωτοβουλίες εκτός δομών και οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης εξακολουθούν να επεκτείνονται, και σε αρκετές χώρες έχουν διαφοροποιηθεί ώστε να περιλαμβάνουν βασική ιατρική περίθαλψη, εμβολιασμό, εκπαίδευση σχετικά με την «ασφαλέστερη χρήση», περίθαλψη έκτακτων περιστατικών λήψης υπερβολικής δόσης, μαθήματα πρώτων βοηθειών για χρήστες ναρκωτικών ή αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης. Ο πίνακας 2 παρουσιάζει μία γενική επισκόπηση επιλεγμένων πρωτοβουλιών μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία. Η αυξημένη γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών συγκαταλέγεται μεταξύ των σημαντικότερων μέτρων για τη μείωση των κρουσμάτων μετάδοσης νοσημάτων που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Άλλες παρεμβάσεις είναι γενικά λιγότερο διαδεδομένες και παρουσιάζονται εδώ ως «δείκτες» του προσανατολισμού των μεθόδων με τις οποίες οι υπηρεσίες στον τομέα των ναρκωτικών αντιμετωπίζουν τις βασικές ανάγκες περιθωριοποιημένων χρηστών ναρκωτικών σε θέματα υγείας. Σε όλες τις χώρες, οι πρωτοβουλίες θεραπείας από τα ναρκωτικά, ιδίως τα προγράμματα υποκατάστασης, συμβάλλουν

⁽¹¹⁴⁾ Βλέπε *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* αριθ. 5 στη διεύθυνση http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_EL.pdf.

⁽¹¹⁵⁾ Βλέπε πίνακα 4 ΕΓ: Κύριες ποσοτικές παράμετροι των προγραμμάτων πρόληψης (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹⁶⁾ Βλέπε πίνακα 5 ΕΓ: Προγράμματα πρόληψης σε σχολεία και νηπιαγωγεία (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹¹⁷⁾ Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους «night ravens», βλέπε σ. 66.

⁽¹¹⁸⁾ http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Βλέπε ετήσια έκθεση ΕΚΠΝΤ 2002, *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο* αριθ. 4, ΕΚΠΝΤβ και σύσταση του Συμβουλίου σχετικά με την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με την τοξικομανία (Cordroque 32).

⁽¹²⁰⁾ Βλέπε πίνακα 6 ΕΓ: Ο ρόλος της μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων (έκδοση επί γραμμής).

Πίνακας 2: Γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών (ΠΑΣ) και διαθεσιμότητα άλλων επιλεγμένων υπηρεσιών υγείας για χρήστες ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία

Χώρα	Γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών ⁽¹⁾	Ιατρική περίθαλψη άμεσης πρόσβασης ⁽²⁾	Εκπαίδευση για ασφαλέστερη χρήση ⁽³⁾	Μαθήματα πρώτων βοηθειών για χρήστες ναρκωτικών ⁽⁴⁾	Αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών	Χορήγηση ηρωίνης με συνταγή
Βέλγιο	> 40 χώροι, μεγάλες πόλεις		Ναι	Ναι		Δοκιμαστική εφαρμογή υπό συζήτηση
Δανία	10 από τις 14 κομητείες		Ναι	Ναι		
Γερμανία	Σχεδόν σε όλες τις πόλεις	Ναι	Ναι	Ναι	20 εγκαταστάσεις σε 11 πόλεις	Τριετής ιατρική μελέτη ξεκίνησε το 2002
Ελλάδα	Αθήνα	Ναι	Ναι	Ναι		
Ισπανία	18 από τις 19 περιφέρειες, φυλακές	Ναι	Ναι	Ναι	2 εγκαταστάσεις	Δοκιμαστική εφαρμογή στην Ανδαλουσία και Καταλονία
Γαλλία	87 από τα 100 διαμερίσματα	Ναι	Ναι	Ναι		
Ιρλανδία	20 χώροι και εγκαταστάσεις εκτός δομών, κυρίως στην περιοχή του Δουβλίνου	Ναι				
Ιταλία	Δημόσιες υπηρεσίες SerT και μη κυβερνητικές οργανώσεις σε «πολλές πόλεις»: μηχανήματα σε μικρότερες αστικές περιοχές	Ναι		Ναι		
Λουξεμβούργο	Εξειδικευμένες υπηρεσίες σε τρεις μεγάλες πόλεις: μηχανήματα σε πέντε πόλεις	Ναι	Ναι	Ναι	1 (προγραμματίζεται)	Έχει δημιουργηθεί το νομικό πλαίσιο
Κάτω Χώρες	>95 % των μεγάλων πόλεων	Ναι	Ναι	Ναι	21 αίθουσες σε 11 πόλεις	Ολοκληρώθηκε τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή: 300 άτομα συνεχίζουν τη θεραπεία
Αυστρία	13 πόλεις στις περισσότερες επαρχίες	Ναι	Ναι	Ναι		
Πορτογαλία	Εθνική κάλυψη μέσω προγραμμάτων σε φαρμακεία: υπό εξέλιξη δίκτυο ΠΑΣ/εκτός δομών	Ναι	Ναι	Ναι	Νομικά εφικτό, δεν προβλέπεται	
Φινλανδία	Πάνω από το 70 % των πόλεων > 50 000 κατοίκων, πέντε μικρότερες πόλεις	Ναι	Ναι	Ναι		
Σουηδία	Μάλμε και Lund			Ναι (σε ΠΑΣ)		
Ηνωμένο Βασίλειο	Μεγάλα προγράμματα στις περισσότερες πόλεις της Αγγλίας και της Σκωτίας: εισαγωγή ΠΑΣ στη Βόρεια Ιρλανδία το 2001		Ναι	Ναι	Η πρόταση της Ειδικής Επιτροπής Εσωτερικών Υποθέσεων δεν υποστηρίχθηκε από τον υπουργό εσωτερικών	Περιορισμένη, υπό εξέλιξη χορήγηση ηρωίνης με συνταγή. Προτάθηκε επέκταση της εφαρμογής από την Ειδική Επιτροπή (με την οποία συμφώνησε κατ' αρχήν η κυβέρνηση)
Νορβηγία	Όσλο, από το 1988 και στους περισσότερους μεγάλους δήμους	Ναι	Ναι			

⁽¹⁾ Βλέπε πίνακα 7 ΕΓ: Παροχή και είδη προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών (ΠΑΣ), συμμετοχή φαρμακείων, αριθμός συριγγών που διανεμήθηκαν/πωλήθηκαν (έκδοση επί γραμμής).

⁽²⁾ Τουλάχιστον μία υπηρεσία ιατρικής περίθαλψης άμεσης πρόσβασης.

⁽³⁾ Τουλάχιστον μία υπηρεσία παρέχει τακτικά μαθήματα κατάρτισης για ασφαλέστερη χρήση.

⁽⁴⁾ Τακτικά μαθήματα πρώτων βοηθειών για χρήστες ναρκωτικών τουλάχιστον σε μία πόλη.

Σημ:

Βλέπε πίνακα 11 ΕΓ: Στρατηγικές και επιλεγμένα μέτρα για τη μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία.

επίσης σημαντικά στη μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων για την υγεία που συνδέονται με τα ναρκωτικά.

Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων

Προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων υπάρχουν σε όλες τις χώρες, όμως η κάλυψη είναι πολύ περιορισμένη στη Σουηδία και την Ελλάδα. Στη Σουηδία πρόσφατα υποβλήθηκε πρόταση να συνεχιστούν τα δύο υπάρχοντα προγράμματα και να επεκταθούν τα προγράμματα ανταλλαγής βελονών σε ολόκληρη τη χώρα. Σε πολλές χώρες, η δυνατότητα πρόσβασης σε αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης έχει βελτιωθεί σημαντικά και έχει επιτευχθεί καλύτερη κάλυψη των αγροτικών περιοχών μέσω της εγκατάστασης αυτόματων μηχανημάτων πώλησης και της συμμετοχής φαρμακοποιών ⁽¹²¹⁾.

HIV

Υπηρεσίες εθελοντικής συμβουλευτικής και εξετάσεων (ΕΣΕ) για τον ιό HIV διατίθενται συνήθως σε όλες τις χώρες της ΕΕ και τις περισσότερες φορές παρέχονται δωρεάν ⁽¹²²⁾. Έχουν αυξηθεί οι προσπάθειες προσέγγισης «δυσπρόσιτων» χρηστών ναρκωτικών και ενθάρρυνσής τους να κάνουν χρήση της ΕΣΕ μέσω νέων υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης και εργασιών εκτός δομών, μολονότι σε αρκετές χώρες η διαθεσιμότητα δωρεάν εξετάσεων με πλήρη ανωνυμία είναι περιορισμένη.

Συνδυαστική αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART) ⁽¹²³⁾ παρέχεται από συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες της ΕΕ, παρατηρούνται όμως σοβαρά προβλήματα πρόσβασης και συμμόρφωσης από τους χρήστες ναρκωτικών που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV. Οι ενεργοί χρήστες ναρκωτικών δεν καλύπτονται επαρκώς από τη θεραπεία για τον HIV, ιδίως όσοι είναι άστεγοι ή έχουν ασαφή τρόπο ζωής. Περαιτέρω εμπόδια είναι η στάση των φορέων παροχής θεραπείας και η έλλειψη πληροφόρησης των χρηστών ναρκωτικών σχετικά με τη θεαματική μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που επιτυγχάνεται μέσω της θεραπείας. Ορισμένες χώρες (π.χ. Βέλγιο, Γερμανία, Αυστρία, Πορτογαλία και Φινλανδία) έχουν εφαρμόσει καινοτόμους προσεγγίσεις, όπως την παροχή θεραπείας για τον ιό HIV σε υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και σε κέντρα άμεσης πρόσβασης, ή με αλλαγή των χορηγούμενων φαρμάκων ώστε να ταιριάζουν με τον τρόπο ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία. Εντούτοις, η βελτίωση του ποσοστού εισαγωγών για θεραπεία και η επιτυχής έκβαση αυτής εξακολουθούν να αποτελούν πρόκληση.

Ηπατίτιδα Β

Σε ορισμένες χώρες εφαρμόζονται σήμερα εκστρατείες δωρεάν εμβολιασμού κατά του ιού της ηπατίτιδας Β ⁽¹²⁴⁾. Επίσης, παρατηρείται ότι οι υπηρεσίες στον τομέα των ναρκωτικών προβαίνουν σε πιο προληπτικές προσφορές εμβολιασμού και καταβάλλουν προσπάθειες ώστε να

καταστεί ο εμβολιασμός διαθέσιμος στους χρήστες ναρκωτικών μέσω σημείων επαφής για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Πιλοτικά προγράμματα στη Γερμανία, στις Κάτω Χώρες και την Αυστρία αποδεικνύονται επιτυχή όσον αφορά την αύξηση των ποσοστών ανοσοποίησης. Για τους χρήστες ναρκωτικών συνιστάται συνδυασμένος εμβολιασμός κατά των ιών της ηπατίτιδας Α και Β (BAG, 1997).

Μολονότι ο εμβολιασμός διατίθεται και καλύπτεται από τα συστήματα υγείας στις περισσότερες χώρες, τα αναφερόμενα ποσοστά ανοσοποίησης είναι χαμηλά.

Οι χρήστες ναρκωτικών είναι πιθανόν να μην παραμείνουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα σε επαφή με μια θεραπευτική υπηρεσία ώστε να ολοκληρώσουν τη σειρά εμβολιασμών και να πετύχουν πλήρη ανοσοποίηση. Ορισμένες λύσεις που δοκιμάζονται είναι η χορήγηση εμβολίων σε διαφορετικές υπηρεσίες, η εφαρμογή ταχύρυθμων προγραμμάτων χορήγησης δόσης και η εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων εύκολης πρόσβασης.

Ηπατίτιδα C

Θεραπεία για την ηπατίτιδα C προσφέρεται σε όλες τις χώρες, όμως στην πράξη η πρόσβαση είναι δύσκολη για τους χρήστες ναρκωτικών (Wiessing, 2001). Οι ισχύουσες κατευθυντήριες γραμμές αναφέρουν ότι οι χρήστες ναρκωτικών δεν θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία έως ότου αρχίσουν να απέχουν από τα ναρκωτικά ή είναι σταθεροί στη λήψη ουσίας υποκατάστασης από το στόμα για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους, λόγω του κινδύνου αναμόλυνσης στους ενεργούς χρήστες. Πολλές χώρες αναφέρουν περιορισμένη πρόσβαση σε θεραπεία ή περιορισμένη συμμόρφωση με αυτή ⁽¹²⁵⁾. Στις νέες δυνατότητες που παρέχονται για τη βελτίωση του ποσοστού εισαγωγών για θεραπεία και της συμμόρφωσης των χρηστών ναρκωτικών με τη θεραπεία περιλαμβάνεται η θεραπεία με PEG-ιντερφερόνη, η οποία περιλαμβάνει ένα λιγότερο απαιτητικό σύστημα χορήγησης, καθώς και η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών θεραπείας βάσει αποδεικτικών στοιχείων.

Ο αριθμός των εθνικών σχεδίων δράσης για τον περιορισμό της μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας C είναι περιορισμένος. Σε αρκετές χώρες εφαρμόζεται εκπαίδευση για ασφαλέστερη χρήση και πραγματοποιούνται εκστρατείες πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης για τους χρήστες ναρκωτικών. Ορισμένες χώρες αναφέρουν την εφαρμογή προγραμμάτων στις φυλακές για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα, καθώς και προσπάθειες για βελτίωση των γνώσεων σχετικά με την πρόληψη της ηπατίτιδας C στους επαγγελματίες που εργάζονται με χρήστες ναρκωτικών.

⁽¹²¹⁾ Βλέπε πίνακα 7 ΕΓ: Παροχή και είδη προγραμμάτων ανταλλαγής συρίγγων (ΠΑΣ), συμμετοχή φαρμακείων, αριθμός συρίγγων που διανεμήθηκαν/πωλήθηκαν (στοιχεία για το 2001 παρέχονται στον πίνακα 8 ΕΓ της ετήσιας έκθεσης 2002 στη διεύθυνση: <http://ar2002.emcdda.eu.int/el/popups/oltab08-el.htm>).

⁽¹²²⁾ Βλέπε πίνακα 8 ΕΓ: Παροχή εθελοντικής συμβουλευτικής και εξετάσεων (ΕΣΕ) και θεραπεία για τον ιό HIV (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹²³⁾ Ιδιαίτερα δραστική αντιρετροϊκή θεραπεία.

⁽¹²⁴⁾ Βλέπε πίνακα 9 ΕΓ: Παροχή εμβολιασμού κατά του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹²⁵⁾ Βλέπε πίνακα 10 ΕΓ: Θεραπεία για χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) που έχουν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας C (έκδοση επί γραμμής).

Μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων

Περίπου 8 000 αιφνίδιοι θάνατοι συνδεδόμενοι με τα ναρκωτικά καταγράφονται κάθε χρόνο σε ολόκληρη την ΕΕ και τη Νορβηγία, και αφορούν κατά κύριο λόγο τους νέους. Το κόστος των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων και την κοινωνία καθίσταται ακόμα πιο εμφανές εάν εκφραστεί σε όρους «χαμένων ετών ζωής»⁽¹²⁶⁾. Έτσι, το κόστος των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στην Αγγλία και την Ουαλία το 1995 ανερχόταν στο 70 % του αντίστοιχου κόστους θανάτων σε τροχαία ατυχήματα (ACMD, 2000).

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν σημαντικές δυνατότητες μείωσης του αριθμού των θανάτων μέσω ιατρικών και εκπαιδευτικών προσεγγίσεων⁽¹²⁷⁾. Η αυξημένη διαθεσιμότητα θεραπειών υποκατάστασης, η οποία έχει σημαντικό προστατευτικό αποτέλεσμα στη θνησιμότητα (ΠΟΥ, 1998), έχει διαπιστωθεί ότι συσχετίζεται με τη μείωση των θανάτων από υπερβολική δόση στη Γαλλία και την Ισπανία, αν και τα φθίνοντα ποσοστά ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών στην Ισπανία ενδέχεται να έχουν επίσης συμβάλει σημαντικά (ΕΚΠΝΤ, 2002α). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για χρήστες ναρκωτικών, τα οποία αποσκοπούν στον εντοπισμό των κινδύνων, στην αναγνώριση ενδείξεων υπερβολικής δόσης και την ορθή αντιμετώπιση, έχουν αποφέρει θετικά αποτελέσματα αυξάνοντας την ικανότητα των χρηστών ναρκωτικών να παρέχουν βοήθεια σε περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης των οποίων είναι μάρτυρες.

Οι τοπικές στρατηγικές για τη μείωση των θανάτων από λήψη υπερβολικής δόσης στο Όσλο, την Κοπεγχάγη, το Άμστερνταμ και την Φραγκφούρτη αποτέλεσαν το θέμα μιας μελέτης στην οποία διαπιστώθηκε ότι, παρόλο που τα υφιστάμενα επίπεδα και πρότυπα χρήσης ναρκωτικών θέτουν όρια στο τι μπορεί να επιτευχθεί, οι τοπικές πολιτικές σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του αριθμού των θανάτων (Reinås κ.ά., 2002).

Η μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων, η οποία αποτελεί βασικό σκοπό του στόχου 2 της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2000–2004), λαμβάνεται ολοένα πιο σοβαρά υπόψη ως επιτεύξιμος στόχος. Ορίζεται ως προτεραιότητα στις νέες εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά της Γερμανίας, της Ελλάδας, της Ιρλανδίας, του Λουξεμβούργου, της Πορτογαλίας, της Φινλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Αναφέρονται επίσης τοπικές στρατηγικές για τη μείωση των θανάτων από υπερβολική δόση⁽¹²⁸⁾.

Πηγές πληροφόρησης σχετικά με την πρόληψη της λήψης υπερβολικών δόσεων διατίθενται στις περισσότερες χώρες. Εκπαίδευση σε βασικές μεθόδους ανάνηψης για χρήστες

ναρκωτικών προσφέρεται από υπηρεσίες στον τομέα των ναρκωτικών και της υγείας, αν και η γεωγραφική κάλυψη αυτών των μαθημάτων πρώτων βοηθειών συχνά περιορίζεται σε μεγάλα αστικά κέντρα⁽¹²⁹⁾.

Η διανομή ενός ανταγωνιστή των οπιούχων, της ναλοξόνης, είναι ένα μέτρο που λαμβάνεται σε ορισμένες χώρες με στόχο τη μείωση της λήψης υπερβολικών δόσεων ηρωίνης (Sporer, 2003). Στην Ιταλία, ένας σημαντικός αριθμός Unità de Strada (υπηρεσίες για τα ναρκωτικά «στο δρόμο») παρέχει στους χρήστες ναρκωτικών ναλοξόνη, η οποία μπορεί να χορηγηθεί υπό μορφή ενδιάμεσου έκτακτου μέτρου, ενώ ο χρήστης αναμένει να λάβει ιατρική βοήθεια. Σε μία πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Βερολίνο σχετικά με το συνδυασμό της εκπαίδευσης στην παροχή πρώτων βοηθειών με τη διανομή ναλοξόνης διαπιστώθηκε αυξημένη ικανότητα επαρκούς αντίδρασης σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης που συνδέονται με τα ναρκωτικά και ιατρικά δικαιολογημένη χρήση του ανταγωνιστή στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων (93 %) (Dettmer, 2002). Η ίδια μελέτη κατέδειξε επίσης την καταλληλότητα της ναλοξόνης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που εμφανίζονται σε οικιακά περιβάλλοντα.

Οι θάνατοι από λήψη υπερβολικής δόσης σε δημόσιους χώρους είναι ιδιαίτερα ανησυχητικοί σε ευρωπαϊκές πόλεις που διαθέτουν μεγάλους χώρους δημόσιας χρήσης ναρκωτικών. Σε ορισμένες γερμανικές και ισπανικές πόλεις έχει ξεκινήσει η δημιουργία επιτηρούμενων εγκαταστάσεων χρήσης, οι οποίες απευθύνονται στους συχνά περιθωριοποιημένους πληθυσμούς που συχνάζουν σε χώρους δημόσιας χρήσης ναρκωτικών. Επιτηρούμενες αίθουσες χρήσης υπάρχουν επίσης στις Κάτω Χώρες. Μεταξύ άλλων υπηρεσιών, παρέχουν άμεση περίθαλψη έκτακτης ανάγκης σε περιπτώσεις λήψης υπερβολικής δόσης. Μια μελέτη των αιθουσών χρήσης στη Γερμανία (Poschadel κ.ά., 2003) διαπίστωσε ότι συμβάλουν σημαντικά στη μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων σε επίπεδο πόλεων και βελτιώνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείας για προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών τους οποίους δεν μπορούν να προσεγγίσουν άλλες υπηρεσίες.

Θεραπεία

Η φαρμακευτικά υποβοηθούμενη θεραπεία και η θεραπεία με αποχή από τα ναρκωτικά (στεγνή θεραπεία) είναι οι δύο βασικές μέθοδοι θεραπείας που συνδέονται με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Η φαρμακευτικά υποβοηθούμενη θεραπεία παρέχεται σχεδόν αποκλειστικά σε θεραπευτικές υπηρεσίες εξωτερικής παραμονής, ενώ η στεγνή θεραπεία μπορεί

⁽¹²⁶⁾ Χαμένα έτη ζωής: με βάση την ηλικία έως την οποία κάθε άτομο αναμένεται ότι θα είχε ζήσει εάν δεν είχε πεθάνει εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών (ACMD, 2000, σ. 56).

⁽¹²⁷⁾ Έχουν ερευνηθεί τοξικολογικές πτυχές, κοινωνικές και προσωπικές μεταβλητές και κίνδυνοι, καθώς και οι περιστάσεις κάτω από τις οποίες σημειώνονται οι θάνατοι αλλά και οι μη θανάσιμες λήψεις υπερβολικής δόσης, και τέλος στρατηγικές πρόληψης, π.χ. Varescon-Pousson κ.ά. (1997), Hariga κ.ά. (1998), Seaman κ.ά. (1998), Vivillalbi και Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari κ.ά. (2001), Lepère κ.ά. (2001), Brugal κ.ά. (2002), Buster (2002), Kraus και Püschel (2002), Origer και Delucci (2002) και Pant και Dettmer (2002).

⁽¹²⁸⁾ Πίνακας 11 ΕΓ: Στρατηγικές και επιλεγμένα μέτρα για τη μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹²⁹⁾ Πίνακας 11 ΕΓ: Στρατηγικές και επιλεγμένα μέτρα για τη μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

Πίνακας 3: Εξέλιξη της θεραπείας υποκατάστασης στα 15 κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία

	Εκτιμώμενος αριθμός ατόμων σε θεραπεία υποκατάστασης, όπως αναφέρεται ⁽¹⁾		Μεταβολή (%)
	1997/1998	2001/2002	
Βέλγιο	6 617	7 000	5.8
Δανία	4 298	4 937	14.9
Γερμανία ⁽²⁾	45 300	49 300	8.8
Ελλάδα	400	1 060	165.0
Ισπανία	51 000	78 806	54.5
Γαλλία	53 281	85 757	61.0
Ιρλανδία	2 859	5 865	105.1
Ιταλία	77 537	86 778	11.9
Λουξεμβούργο ⁽³⁾	931	1 007	8.2
Κάτω Χώρες	13 500	13 500	0
Αυστρία	2 966	5 364	80.8
Πορτογαλία	2 324	12 863	453.5
Φινλανδία	200	400	100.0
Σουηδία	600	621	3.5
Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁴⁾	28 776	35 500	23.4
Νορβηγία	204	1 853	808.3
Σύνολο	290 793	390 611	34.3

⁽¹⁾ Για ορισμένες χώρες, οι αριθμοί αναφέρονται σε εισαχθέντες για θεραπεία, για άλλες χώρες αναφέρονται στις εκτιμώμενες θέσεις θεραπείας.
⁽²⁾ Στην περίπτωση της Γερμανίας στα στοιχεία περιλαμβάνονται επίσης οι ασθενείς που λαμβάνουν διδροκωδεΐνη, οι οποίοι υπολογίζονται ότι ανέρχονται σε περίπου 8 800 ασθενείς το 1998 και 3 700 ασθενείς το 2000.
⁽³⁾ Το 1998 και το 2001 καταγράφηκαν αντίστοιχα 186 και 156 εισαχθέντες στο κρατικό πρόγραμμα μεθαδόνης, ενώ 745 και 849 έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης από γενικούς ιατρούς.
⁽⁴⁾ Μόνο Αγγλία και Ουαλία.
 Πηγές: ΕΚΠΝΤ, ετήσια έκθεση 1998 (με στοιχεία από το 1997 ή από παλαιότερες εθνικές εκθέσεις) και εθνικές εκθέσεις 2001 και 2002. Παράλληλη συνταγογράφηση ηρωίνης

να παρέχεται κατ' οίκον ή σε θεραπευτικές υπηρεσίες εξωτερικής παραμονής. Στην ΕΕ, στην πράξη, για μακροχρόνια θεραπεία χρησιμοποιούνται μόνο ουσίες που είναι αγωνιστές (π.χ. μεθαδόνη) ή συνδυασμός ανταγωνιστών/αγωνιστών (π.χ. βουπρενορφίνη), ενώ στην αποτοξίνωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανταγωνιστές (π.χ. ναλοξόνη).

Φαρμακευτικά υποδοθηούμενη θεραπεία

Η μεθαδόνη είναι κατ' εξοχήν η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης. Η βουπρενορφίνη, η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης στη Γαλλία εδώ και χρόνια, χορηγείται επίσης με συνταγή από ιδιώτες ιατρούς στην Πορτογαλία και το Λουξεμβούργο. Η Σουηδία προετοιμάζει τη

θέσπιση περιορισμών στη συνταγογράφηση βουπρενορφίνης, ενώ στη Φινλανδία η παράνομη κατάχρηση βουπρενορφίνης έχει προκαλέσει αιτήσεις θεραπείας, ενώ έχουν αναφερθεί μερικοί θάνατοι από κατάχρηση βουπρενορφίνης και κατασταλτικών ουσιών. Σήμερα, η βουπρενορφίνη χρησιμοποιείται σε πολύ μικρότερο βαθμό από τη μεθαδόνη στο Βέλγιο, στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στην Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης είναι διαθέσιμες εδώ και μερικά χρόνια (Farell κ.ά., 1996, 2000) και είναι πλέον δυνατή η παρακολούθηση των εξελίξεων στον τομέα αυτό. Στον πίνακα 3 συγκρίνονται πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία υποκατάστασης, σύμφωνα με στοιχεία από την ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ 1998 και τις τελευταίες πληροφορίες που έχουν διαθέσει τα κράτη μέλη. Ο πίνακας 3 δείχνει ότι έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση στη συνολική διαθεσιμότητα φαρμακευτικά υποβοηθούμενης θεραπείας. Η συνολική αύξηση σε επίπεδο ΕΕ είναι περίπου 34 % μέσα σε πέντε έτη περίπου.

Παράλληλη συνταγογράφηση ηρωίνης

Οι Κάτω Χώρες έχουν ήδη πραγματοποιήσει μία δοκιμή με ιατρική παράλληλη συνταγογράφηση ηρωίνης και παρουσίασαν τα πορίσματα τον Φεβρουάριο του 2002 (<http://www.ccbh.nl>: Κεντρική Επιτροπή για τη Θεραπεία Ηρωινομανών, 2002). Τα άτομα που έγιναν δεκτά στη δοκιμή έλαβαν τόσο μεθαδόνη όσο και ηρωίνη. Η αξιολόγηση έδειξε ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα είχαν σημαντικά οφέλη στην υγεία τους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η οποία έλαβε μόνο θεραπεία με μεθαδόνη.

Από τον Μάρτιο του 2002 έως τον Φεβρουάριο του 2003 οι γερμανικές πόλεις της Βόννης, της Κολωνίας, της Φραγκφούρτης, του Αμβούργου, του Αννόβερου, της Καρλσρούης και του Μονάχου εφάρμοσαν ένα πρόγραμμα θεραπείας με υποστηρικτική χρήση ηρωίνης στο πλαίσιο μιας επιστημονικής τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής. Στη δοκιμή αυτή έγιναν δεκτά συνολικά 1 120 άτομα, τα οποία θα υποβληθούν σε προσεκτική παρακολούθηση και αξιολόγηση από το Κέντρο Διεπιστημονικής Έρευνας της Τοξικομανίας στο Αμβούργο (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), για δύο περιόδους μελέτης διάρκειας δώδεκα μηνών η καθεμία (<http://www.heroinstudie.de/>).

Στην Ισπανία, οι αυτόνομες περιφέρειες της Καταλονίας και της Ανδαλουσίας προετοιμάζουν την εφαρμογή δοκιμών παράλληλης συνταγογράφησης ηρωίνης. Στη Βαρκελώνη (Καταλονία) η συνολική κοόρτη της μελέτης θα περιλαμβάνει 180 άνδρες ηλικίας 18–45 ετών. Η συνταγογραφούμενη ηρωίνη θα προορίζεται για χορήγηση από το στόμα.

Στο Λουξεμβούργο, ένα διάταγμα της 30ής Ιανουαρίου 2002 επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας δοκιμής συνταγογράφησης ηρωίνης στο πλαίσιο πιλοτικού προγράμματος που διαχειρίζεται η Διεύθυνση Υγείας.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ηρωίνη χορηγείται με συνταγή από γενικούς ιατρούς σε έναν υπολογιζόμενο αριθμό 500 ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία.

Στεγνά προγράμματα θεραπείας

Η θεραπεία με αποχή από τα ναρκωτικά (στεγνή θεραπεία) περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για την επίτευξη μακρόχρονης αποχής από τα ναρκωτικά.

Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη στεγνή θεραπεία δεν επιτρέπουν ποσοτική σύγκριση, εν μέρει διότι προέρχονται τόσο από κέντρα που απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες παράνομων ναρκωτικών ουσιών, αλλά και από κέντρα που στοχεύουν στη θεραπεία εξαρτήσεων γενικά, δηλαδή στη θεραπεία από τον αλκοολισμό και άλλες μορφές κατάχρησης, και εν μέρει διότι η «θεραπεία» δεν ορίζεται άμεσα (π.χ. ως ένας ελάχιστος αριθμός συνεδριών) και δεν μπορεί να μετρηθεί σε ποσοτικοποιήσιμες μονάδες, για παράδειγμα καταχωρημένες συνταγές, όπως στην περίπτωση της φαρμακευτικά υποβοηθούμενης θεραπείας.

Υπάρχει μια τάση διαχωρισμού Βορρά–Νότου όσον αφορά την παροχή θεραπείας: η θεραπεία παρέχεται κυρίως μέσω εξειδικευμένων υπηρεσιών για τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών στο νότιο τμήμα της Ευρώπης και μέσω γενικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης στον Βορρά (με εξαίρεση τη Δανία). Μία εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι βόρειες χώρες (εκτός της Δανίας) έχουν πιο μακρά ιστορία εφαρμογής στεγνής θεραπείας για τους αλκοολικούς απ' ό,τι οι νότιες χώρες. Ίσως όταν άρχισε να αναπτύσσεται η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, οι ήδη υπάρχουσες εγκαταστάσεις θεραπείας προσαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση των αναγκών αυτής της συγκεκριμένης ομάδας εντός των εγκαταστάσεων. Αντιστρόφως, οι υπόλοιπες χώρες δεν διέθεταν το ίδιο δίκτυο εγκαταστάσεων θεραπείας και για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν **συμπληρωματικές** εξειδικευμένες υπηρεσίες για τους χρήστες παράνομων ναρκωτικών ουσιών ⁽¹³⁰⁾.

Πρότυπα και ποιότητα θεραπείας

Η δημιουργία συστημάτων διαπίστευσης, η καθιέρωση προτύπων ποιότητας, η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, η κατάρτιση προσωπικού, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση αποτελούν παραδείγματα μέτρων που στοχεύουν στη διασφάλιση ενός ορισμένου τυποποιημένου και ποιοτικού επιπέδου θεραπείας σχετικά με τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες.

Συστήματα διαπίστευσης ή πιστοποίησης αναφέρονται από τη Γερμανία, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, την Αυστρία και την Πορτογαλία και υποδηλώνουν ότι ένας εξουσιοδοτημένος ανεξάρτητος εξωτερικός φορέας παρακολουθεί τις υπηρεσίες ώστε να διασφαλίζει ότι πληρούν προκαθορισμένες συγκεκριμένες απαιτήσεις. Σε ορισμένες χώρες, π.χ. Γαλλία και Λουξεμβούργο, οι φορείς παροχής θεραπείας πρέπει να διαθέτουν πιστοποίηση ή διαπίστευση προκειμένου να λαμβάνουν χρηματοδότηση για θεραπεία. Σε άλλες χώρες, η λήψη εθνικής πιστοποίησης είναι εφικτή αλλά προαιρετική, μολονότι η δυνατότητα εξασφάλισης πιστοποίησης

σύμφωνα με διεθνή πρότυπα, όπως το ISO, διατίθεται σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή της θεραπείας με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας αναφέρονται από πολλά κράτη μέλη, όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Αυστρία και η Φινλανδία. Ωστόσο, ο βαθμός χρήσης και εφαρμογής τους καθώς και η φύση τους ποικίλλουν. Οι κατευθυντήριες γραμμές μπορεί να είναι μη δεσμευτικές συμβουλές, οι οποίες διατίθενται ευρέως, ή εν μέρει δεσμευτικές αρχές που θα πρέπει να τηρούνται προκειμένου να εξετάζεται το ενδεχόμενο χρηματοδότησης. Σε επίπεδο ΕΕ, μη δεσμευτικές κατευθυντήριες γραμμές για την παροχή θεραπείας με μεθαδόνη έχουν αναπτυχθεί και διατίθενται στη γερμανική, στην αγγλική, στη γαλλική και την ισπανική γλώσσα ⁽¹³¹⁾.

Κατάρτιση του προσωπικού διατίθεται σε όλα τα κράτη μέλη, αν και κανένα κράτος μέλος δεν αναφέρει την εφαρμογή συστηματικής εκπαίδευσης του προσωπικού παροχής θεραπείας σε εθνικό επίπεδο. Η διαθεσιμότητα, η πολυμορφία και το επίπεδο της κατάρτισης ποικίλλουν ευρέως σε ολόκληρη την ΕΕ, και το ίδιο ισχύει για τη συμμετοχή των αρχών που είναι αρμόδιες για τη θεραπεία στην οργάνωση τέτοιων δραστηριοτήτων.

Αξιολόγηση και έρευνα της θεραπείας

Αξιολόγηση και έρευνα της θεραπείας από τα ναρκωτικά, η οποία λαμβάνει διάφορες μορφές, αναφέρεται από όλες τις χώρες. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών είναι μικρής κλίμακας και διεξάγονται σε θεσμικό ή τοπικό επίπεδο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο μια έρευνα των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην Αγγλία και την Ουαλία, με αποτελέσματα που καλύπτουν διάστημα πέντε ετών ⁽¹³²⁾. Η μελέτη VEdette της Ιταλίας, η οποία περιλαμβάνει σχεδόν 12 000 συμμετέχοντες σε 118 κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής (SerT), βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη και μέχρι σήμερα διατίθενται μόνον κάποια πρώτα αποτελέσματα. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η μέση ημερήσια δόση μεθαδόνης ήταν 40 mg και μόνο το 10 % των συμμετεχόντων λάμβαναν 60 mg περισσότερα, την απαιτούμενη δόση σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία. Τα ετήσια ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας για τη στεγνή θεραπεία και τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ήταν 52 και 35 % αντίστοιχα. Φαίνεται επίσης ότι η χορήγηση υψηλότερων δόσεων μεθαδόνης μειώνει τον κίνδυνο εγκατάλειψης της θεραπείας. Η μελέτη επιβεβαίωσε επίσης ότι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση είναι αποτελεσματική ⁽¹³³⁾. Η δανική μελέτη DANRIS ⁽¹³⁴⁾, η οποία ξεκίνησε τον Μάιο του 2000, έχει στόχο να παρακολουθήσει τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητά της περίπου σε 40 θεραπευτικά κέντρα νοσηλείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το πρόγραμμα Treat 2000, το οποίο χρηματοδοτείται εν μέρει από το πέμπτο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα, στοχεύει στην ανάλυση και τη σύγκριση των συστημάτων υγιεινομικής περίθαλψης και της αποτελεσματικότητάς τους όσον αφορά την αντιμετώπιση περιπτώσεων τοξικομανών που κάνουν χρήση οπιοειδών σε έξι ευρωπαϊκές περιφέρειες.

⁽¹³⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα 40 ΕΓ: Προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών σε στεγνά προγράμματα θεραπείας (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹³¹⁾ Βλέπε κατευθυντήριες γραμμές στην ιστοθέση Euromethwork στη διεύθυνση <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>.

⁽¹³²⁾ <http://www.ntors.org.uk>.

⁽¹³³⁾ <http://www.studio-vedette.it/publicazioni.htm>.

⁽¹³⁴⁾ <http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp>.

Πίνακας 4: Διαθεσιμότητα κοινωνικο-υγειονομικών υπηρεσιών για χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές της ΕΕ ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Ποσοστό φυλακών που παρέχουν τις υπηρεσίες	Με προσανατολισμό στην αποχή			Θεραπεία υποκατάστασης	Με προσανατολισμό στη μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων				
	Αποτοξίνωση	Μονάδες στεγνής θεραπείας	Θεραπευτικές κοινότητες στη φυλακή		Εξετάσεις αίματος	Προγράμματα εμβολιασμού	Παροχή απολυμαντικών	Ανταλλαγή συρίγγων	Παροχή προφυλακτικών
Όλες	Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Σουηδία			Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Αυστρία, Πορτογαλία	Βέλγιο, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Σουηδία	Δανία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, Πορτογαλία	Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Αυστρία, Πορτογαλία, Νορβηγία		Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Αυστρία, Πορτογαλία, Σουηδία, Νορβηγία
Πάνω από τις μισές	Ιρλανδία, Φινλανδία, ΗΒ	Φινλανδία, ΗΒ		Λουξεμβούργο	Φινλανδία	Φινλανδία, ΗΒ	Φινλανδία		Λουξεμβούργο, Φινλανδία, ΗΒ
Λιγότερες από τις μισές	Ελλάδα, Ιταλία, Νορβηγία	Δανία, Κάτω Χώρες, Βέλγιο, Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Αυστρία, Πορτογαλία, Σουηδία, Νορβηγία	Βέλγιο, Δανία, Ισπανία, Ελλάδα, Αυστρία, Πορτογαλία, Φινλανδία, Νορβηγία	Ιρλανδία, Ιταλία, Φινλανδία, ΗΒ			ΗΒ	Γερμανία, Ισπανία	
Κανένα		Ιταλία, Γαλλία, Λουξεμβούργο	Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Σουηδία, ΗΒ	Ελλάδα, Κάτω Χώρες, Σουηδία	Δανία, ΗΒ, Νορβηγία	Βέλγιο, Κάτω Χώρες, Σουηδία	Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Σουηδία	Βέλγιο, Δανία, Ελλάδα, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία, Φινλανδία, Σουηδία, ΗΒ, Νορβηγία	Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Κάτω Χώρες

(¹) Δεν διατίθενται στοιχεία από τη Γερμανία λόγω της ομοσπονδιακής δομής του συστήματος δικαιοσύνης.

(²) Μία εκτεταμένη έκδοση του πίνακα αυτού διατίθεται ως πίνακας 13 ΕΓ: Παρεμβάσεις για χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές (έκδοση επί γραμμής).

Πηγή: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2002).

Τρόποι αντιμετώπισης που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών στο πλαίσιο της ποινικής δικαιοσύνης

Πλαίσιο πολιτικής

Η τοξικομανία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παράβαση της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά καθώς και

σε πταισματικές παραβάσεις κατά της περιουσίας. Ένα υψηλό ποσοστό χρηστών ναρκωτικών συλλαμβάνονται, και πολλοί φυλακίζονται. Επιπλέον, ορισμένοι κρατούμενοι ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών ενώ βρίσκονται στη φυλακή. Οι παρατηρήσεις αυτές λαμβάνονται υπόψη στα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ και τη Νορβηγία. Οι περισσότερες χώρες της ΕΕ εστιάζουν στις στρατηγικές τους για τα ναρκωτικά, μεταξύ άλλων, και στη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών που είναι αρμόδιες για τους τοξικομανείς στις φυλακές.

Έχει διαπιστωθεί η ανάγκη για ευέλικτα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης λόγω του αυξανόμενου αριθμού των φυλακισμένων χρηστών ναρκωτικών και του συνεπακόλουθου μεγάλου αριθμού κρατουμένων στις φυλακές. Η αντίληψη ότι το περιβάλλον των φυλακών ενδέχεται να μην είναι το πλέον κατάλληλο για τους χρήστες ναρκωτικών έχει ως αποτέλεσμα την επέκταση εναλλακτικών μέτρων έναντι της επιβολής καταδικαστικών ποινών και της φυλάκισης. Η συνεργασία με τις δομές της ποινικής δικαιοσύνης, ειδικότερα τις φυλακές και τις υπηρεσίες δικαστικής επιτήρησης, καθώς και μεταξύ αυτών και των δομών στον τομέα της υγείας θεωρείται γενικά ότι χρειάζεται βελτίωση και για το λόγο αυτό αναπτύσσονται κατάλληλα μέτρα ⁽¹³⁵⁾.

Ψυχοκοινωνικές και υγειονομικές παρεμβάσεις στις φυλακές

Στις φυλακές, οι υπηρεσίες που απευθύνονται στους τροφίμους που κάνουν χρήση ναρκωτικών επεκτείνονται. Οι περισσότερες χώρες οι οποίες παρέχουν γενικά θεραπεία αποτοξίνωσης στις φυλακές παρέχουν επίσης μέτρα για τη μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων στην υγεία (πίνακας 4). Ωστόσο, μία ανάλυση των προγραμμάτων στις φυλακές που περιλαμβάνεται στην EDDRA (Ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις δράσεις στον τομέα της μείωσης της ζήτησης των ναρκωτικών) ⁽¹³⁶⁾ διαπίστωσε ότι ο κυρίαρχος στόχος των παρεμβάσεων δεν συνδέεται με την υγεία αλλά με τη μείωση της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά ⁽¹³⁷⁾.

Γενικά, σε οποιαδήποτε επιμέρους χώρα, ειδικές υπηρεσίες υπάρχουν είτε σχεδόν σε όλες τις φυλακές είτε σχεδόν σε καμία. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα μέτρα μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων, όπως φαίνεται στον πίνακα 4. Εξετάσεις αίματος και προγράμματα εμβολιασμού, καθώς και παροχή απολυμαντικών και προφυλακτικών διατίθενται σχεδόν σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα στα δύο τρίτα περίπου των χωρών, όμως απουσιάζουν εντελώς στο ένα τρίτο σχεδόν των κρατών μελών. Αυτό απηχεί τον κρίσιμο ρόλο των εθνικών πολιτικών στον καθορισμό της διαθεσιμότητας υπηρεσιών στις φυλακές. Ωστόσο, πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε πολιτικής σε εθνικό επίπεδο, πραγματοποιείται συνήθως δοκιμαστική εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων σε κάθε φυλακή.

Η αποτοξίνωση είναι το μέτρο που παρέχεται περισσότερο καθολικά. Διατίθεται σχεδόν σε όλες τις φυλακές σε εννέα χώρες και λιγότερο ευρέως μόνο σε τρεις χώρες, την Ελλάδα (στοιχεία του 2001), την Ιταλία και τη Νορβηγία. Η ανταλλαγή συρίγγων είναι η λιγότερο συνήθης από τις παρεμβάσεις που διερευνήθηκαν: προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων

διατίθενται μόνο στην Ισπανία (11 από 68 φυλακές) και τη Γερμανία (τέσσερις από 222 φυλακές). Η δυνατότητα πρόσβασης σε θεραπεία υποκατάστασης ακολουθεί το πρότυπο της διαθεσιμότητάς της σε περιβάλλοντα τοπικών κοινωνιών (εκτός των Κάτω Χωρών) και διατίθεται σχεδόν σε όλες τις φυλακές σε έξι κράτη μέλη. Οι υπόλοιπες χώρες την προσφέρουν σε πολύ μικρό αριθμό σωφρονιστικών ιδρυμάτων ή και καθόλου ⁽¹³⁸⁾.

Εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 έχει διαδοθεί στα κράτη μέλη της ΕΕ η εφαρμογή σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών εναλλακτικών μέτρων αντί της φυλάκισης ⁽¹³⁹⁾, τα οποία απευθύνονται στους παραβάτες που κάνουν χρήση ναρκωτικών ⁽¹⁴⁰⁾. Τα εναλλακτικά αυτά μέτρα έχουν αναπτυχθεί σε ένα εκτεταμένο πλαίσιο καινοτομιών στην πολιτική του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, της οποίας τα υπόλοιπα βασικά στοιχεία είναι η διαμεσολάβηση και η αποκατάσταση (δηλαδή μία τάση προς υπηρεσίες σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών). Κατά βάση, οι εναλλακτικές επιλογές συνίστανται στην παροχή θεραπείας από τα ναρκωτικά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικότητας (Stevens κ.ά., 2003). Η θεραπεία θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση της εγκληματικότητας εάν απευθύνεται στους μακροχρόνιους χρήστες ναρκωτικών, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την πλειονότητα των πταισματικών παραβάσεων. Επιπλέον, οι ποινές φυλάκισης έχει αποδειχθεί ότι είναι αναποτελεσματικές ως αποτρεπτικό μέτρο για τις πταισματικές παραβάσεις (Brochu, 1999).

Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι προσεγγίσεις οιονεί υποχρεωτικής θεραπείας είναι επιτυχείς. Η έρευνα σε ευρωπαϊκό επίπεδο τείνει να εκφράζει μεγαλύτερο σκεπτικισμό στο θέμα αυτό σε σύγκριση με την αμερικανική έρευνα, η οποία από τη δεκαετία του 1970 έχει αναφέρει θετικά πορίσματα. Απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών σχετικά με τη διαδικασία και τα αποτελέσματα, και η έρευνα αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μελέτες. Ωστόσο, η αξιολόγηση ενός δανικού προγράμματος, το οποίο επιτρέπει στους παραβάτες να εκτίουν την ποινή τους σε ειδικό ίδρυμα θεραπείας στη φυλακή, διαπίστωσε ότι το ποσοστό εγκληματικότητας μειώθηκε, ιδίως όταν η εναλλακτική επιλογή έναντι της φυλάκισης προσφερόταν σε εγκληματίες μακρόχρονης δράσης (Εθνική έκθεση Δανίας, 2002). Στο πρόγραμμα Triple Ex στη Χάγη, μία θεραπεία αναγκαστικού τύπου, διαπιστώθηκε ότι η πιο μακρόχρονη διάρκεια θεραπείας συνδέεται με μειωμένο ποσοστό υποτροπής (Vermeulen κ.ά., 1999).

⁽¹³⁵⁾ Βλέπε πίνακα 12 ΕΓ: Πρόσφατες στρατηγικές, υπουργικές αποφάσεις και υπηρεσιακές προδιαγραφές για τα ναρκωτικά στη φυλακή στην ΕΕ και τη Νορβηγία (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹³⁶⁾ <http://emcdda.eddra.eu.int>.

⁽¹³⁷⁾ ΕΚΠΙΝΤ Criminal justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU — an analysis of police station, court and prison-based programmes (Παρεμβάσεις για τη μείωση της ζήτησης και των επιβλαβών επιπτώσεων των ναρκωτικών στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης στην ΕΕ — Μία ανάλυση προγραμμάτων σε αστυνομικά τμήματα, δικαστήρια και φυλακές) (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

⁽¹³⁸⁾ Βλέπε πίνακα 13 ΕΓ: Παρεμβάσεις για χρήστες ναρκωτικών στις φυλακές (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹³⁹⁾ Διάγραμμα 41 ΕΓ: Εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης — εννοιολογικό πλαίσιο (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁴⁰⁾ Βλέπε πίνακα 14 ΕΓ: Εναλλακτικά μέτρα αντί της φυλάκισης για παραβάτες που κάνουν χρήση ναρκωτικών — μία συγκριτική περιγραφή για την ΕΕ (έκδοση επί γραμμής).

Πολλοί από τους παράγοντες που έχει εντοπιστεί ότι οδηγούν σε αποτυχία τα εναλλακτικά μέτρα έναντι της τιμωρίας συνδέονται με την έλλειψη συντονισμού στους διάφορους εμπλεκόμενους τομείς, δηλαδή τη δικαιοσύνη, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Συνήθως, οι αξιολογήσεις αποκαλύπτουν την ύπαρξη κενών στη χρηματοδότηση της θεραπείας ⁽¹⁴¹⁾, έλλειψη οποιασδήποτε σαφούς οριοθέτησης μεταξύ των ρόλων των δικαστών και του προσωπικού θεραπείας σχετικά με το ποιος θα πρέπει να καθορίζει τον καλύτερο τύπο θεραπείας, και ανεπαρκείς θεραπευτικές υπηρεσίες σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών ⁽¹⁴²⁾ (ΕΚΠΝΤ, 2003α). Μία αξιολόγηση της εντολής παροχής υπηρεσίας σε επίπεδο τοπικών κοινοτήτων, ένα από τα εργαλεία που διαθέτει το ιρλανδικό νομικό σύστημα για να κατευθύνει τους χρήστες ναρκωτικών από τις φυλακές σε εναλλακτικές μορφές τιμωρίας, δείχνει ότι η επίσημη και η ανεπίσημη συνεργασία μεταξύ της δικαιοσύνης, των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας έχει κρίσιμη σημασία για την επιτυχία (Expert Group on The Probation and Welfare Services, 1999).

Τα συστήματα δικαιοσύνης στα κράτη μέλη έχουν σχεδιάσει ειδικά μέτρα που απευθύνονται στους νεαρούς χρήστες ναρκωτικών και περιλαμβάνουν έγκαιρες παρεμβάσεις και εναλλακτικές δυνατότητες αντί της δίωξης. Οι έγκαιρες παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη της εγκληματικότητας από τα πρώτα στάδια εκδήλωσής της. Ένα από τα μέτρα που συνήθως εφαρμόζεται σε όλα τα κράτη μέλη είναι η αποφυγή ή η καθυστέρηση της πρώτης ποινής φυλάκισης και η ώθηση των νέων από το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης σε ένα εναλλακτικό πρόγραμμα κοινωνικό και υγείας. Στην Πορτογαλία, οι επιτροπές για την πρόληψη των τοξικομανιών είναι ένα παράδειγμα δομής που καθιερώθηκε για την εφαρμογή εναλλακτικών μέτρων αντί της δίωξης. Οι επιτροπές συγκροτήθηκαν όταν αποποινικοποιήθηκε η κατοχή ναρκωτικών για προσωπική χρήση το 2001. Η αξιολόγηση που διενεργήθηκε ένα χρόνο μετά έδειξε θετικά αποτελέσματα στην πρόληψη για την εκδήλωση προβλημάτων ναρκωτικών, ενώ μειώθηκε ο χρόνος μεταξύ της έναρξης προβληματικής χρήσης ναρκωτικών και της προσφυγής σε θεραπευτικά ιδρύματα (Ετήσια Έκθεση Πορτογαλίας, 2002).

Μείωση της προσφοράς

Μέτρα απαγόρευσης

Σύμφωνα με την «Έκθεση της Europol για το οργανωμένο έγκλημα» (Europol's organized crime report), η παραγωγή και διακίνηση ναρκωτικών παραμένει μία από τις κύριες δραστηριότητες των ομάδων εγκληματικής δράσης στην ΕΕ. Κανένας άλλος τομέας του οργανωμένου εγκλήματος δεν αποφέρει τέτοια τεράστια κέρδη ⁽¹⁴³⁾.

Σύμφωνα με την έκθεση «Interpol at work 2001», η ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας έχει οδηγήσει στη διεξαγωγή ορισμένων συναφών επιχειρήσεων επιβολής του νόμου. Για παράδειγμα, το Project Exit, το οποίο βασίζεται στην ανταλλαγή πληροφοριών, οδήγησε σε μεγάλης κλίμακας κατασχέσεις έκστασης στην Ευρώπη. Επιπλέον, εντοπίστηκαν σημαντικές αποστολές λαθρεμπορίου από ευρωπαϊκά αεροδρόμια προς τη Βόρεια Αμερική. Το πρόγραμμα ανταλλαγής δεδομένων για τα ναρκωτικά (Drug Data Sharing Program), στο οποίο συμμετέχει η Ιντερπόλ, το UNDCP (πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον έλεγχο των ναρκωτικών) και η ΠΟΤ (Παγκόσμια Οργάνωση Τελωνείων), εξακολούθησε με την ανταλλαγή πληροφοριών να διαδραματίζει κείμενο ρόλο στην καταπολέμηση του λαθρεμπορίου συνθετικών ναρκωτικών.

Μέτρα κατά της νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες

Η Ευροπόλ εκτιμά ότι το εμπόριο κοκαΐνης αποφέρει δισεκατομμύρια ευρώ εντός της ΕΕ. Οι μέθοδοι νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες περιλαμβάνουν τόσο φυσικές όσο και ηλεκτρονικές χρηματικές συναλλαγές. Εξακολουθεί να είναι δύσκολο να συνδεθούν οι χρηματικές συναλλαγές με τις σχετικές επιχειρηματικές συναλλαγές ναρκωτικών. Η Ιντερπόλ έχει αναπτύξει σημαντικά εργαλεία για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων συστημάτων νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες. Το 2001 παρουσιάστηκαν εξειδικευμένες μελέτες ώστε να δοθεί η δυνατότητα σε όσους διεξάγουν έρευνες να γνωρίσουν καλύτερα τα συστήματα αυτά ⁽¹⁴⁴⁾ ⁽¹⁴⁵⁾.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση 2001–2002 της Ομάδας Διεθνούς Χρηματοοικονομικής Δράσης (FATF) ⁽¹⁴⁶⁾, επτά κράτη μέλη της ΕΕ έχουν συμμορφωθεί πλήρως με τις 28 από τις 40 συστάσεις της, οι οποίες απαιτούν την ανάληψη ειδικών εθνικών δράσεων· οι υπόλοιπες χώρες δεν συμμορφώνονται πλήρως ⁽¹⁴⁷⁾.

Μέτρα κατά της εκτροπής των χημικών προϊόντων που τελούν υπό έλεγχο

Στην έκθεσή του για το 2002, το Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB) με θέμα τα «Χημικά προϊόντα υπό έλεγχο» αναφέρει ότι οι περισσότερες εξαγωγικές χώρες παρέχουν πλέον στοιχεία εξαγωγών, δυστυχώς όμως η Γαλλία, η οποία κατά το παρελθόν παρείχε ολοκληρωμένα στοιχεία σχετικά με τις εξαγωγές ελεγχόμενων ουσιών, δεν παρείχε σχετικά στοιχεία για το 2001. Οι περισσότερες εξαγωγικές χώρες υπέβαλαν στοιχεία σχετικά με τις πρόδρομες ουσίες που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή διεγερτικών τύπου αμφεταμινών. Στοιχεία σχετικά με τις εξαγωγές νορεφεδρίνης, τα οποία για πρώτη φορά

⁽¹⁴¹⁾ Η αξιολόγηση ενός σουηδικού σχεδίου εναλλακτικών λύσεων έναντι της φυλάκισης κατέδειξε έλλειψη οικονομικών πηγών για την κάλυψη της θεραπείας στο τέλος της περιόδου της ποινής (Εθνική έκθεση Σουηδίας, 2003).

⁽¹⁴²⁾ http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.

⁽¹⁴³⁾ Περισσότερες λεπτομέρειες παρέχονται στο πλαίσιο 15 ΕΓ: Μέτρα απαγόρευσης (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁴⁴⁾ <http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp>.

⁽¹⁴⁵⁾ Περαιτέρω λεπτομέρειες παρέχονται στο πλαίσιο 16 ΕΓ: Μέτρα κατά της νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁴⁶⁾ http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.

⁽¹⁴⁷⁾ Πλαίσιο 17 ΕΓ: Επίπεδο συμμόρφωσης (FATF) (έκδοση επί γραμμής).

συμπεριλήφθηκαν το 2000 στον πίνακα Ι της έκθεσης του INCB (απαιτείται εκ των προτέρων κοινοποίηση των εξαγωγών), διατέθηκαν από τη Δανία, την Ισπανία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, στοιχεία υπέβαλαν οι περισσότερες χώρες της ΕΕ που παράγουν P-2-P και σαφρόλη⁽¹⁴⁸⁾. Οι κυβερνήσεις εξακολούθησαν να σημειώνουν επιτυχίες όσον αφορά την πρόληψη της εκτροπής υπερμαγγανικού καλίου⁽¹⁴⁹⁾, το οποίο χρησιμοποιείται για την παράνομη παραγωγή κοκαΐνης, ιδίως μέσω της επιχείρησης «Purple». Το 2001, ο αριθμός των αποστολών και ο όγκος του εμπορίου που παρατηρήθηκε μειώθηκαν⁽¹⁵⁰⁾.

Επτά παράνομα εργαστήρια παρασκευής υπερμαγγανικού καλίου εξαρθρώθηκαν στην Κολομβία από τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2002, στο πλαίσιο της επιχείρησης «Purple». Καθώς η εκτροπή του υπερμαγγανικού καλίου από το νόμιμο εμπόριο γίνεται όλο και πιο δύσκολη, οι παρασκευαστές κοκαΐνης επιχειρούν να το παρασκευάσουν οι ίδιοι.

Η διεθνής επιχείρηση «Toraz», η οποία παρακολουθεί τη διακίνηση του οξικού ανυδρίτη⁽¹⁵¹⁾, εξακολουθεί να λειτουργεί ικανοποιητικά από την άποψη τόσο της διεθνούς παρακολούθησης νόμιμων αποστολών όσο και των ερευνών επιβολής του νόμου για τον εντοπισμό της προέλευσης αποστολών χημικών προϊόντων που κατάσχονται ή των οποίων η διακίνηση διακόπτεται. Μεταξύ Ιανουαρίου και Νοεμβρίου 2002, αναφέρθηκαν 2 800 αποστολές εξαγωγών, οι οποίες αφορούσαν σχεδόν 300 000 τόνους οξικού ανυδρίτη. Το Βέλγιο και οι Κάτω Χώρες, από όπου προερχόταν η πλειονότητα των αποστολών, βοήθησαν ιδιαίτερα να διασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία του διεθνούς προγράμματος παρακολούθησης. Οι περισσότερες συναλλαγές λαμβάνουν χώρα μεταξύ κρατών μελών της ΕΕ, και συνολικά το 92 % των παρακολουθούμενων αποστολών αναφέρθηκαν από κράτη μέλη της ΕΕ. Η συγκέντρωση

του νόμιμου εμπορίου στην ΕΕ και η επιτυχία των διαδικασιών ελέγχου της επιχείρησης Toraz οδήγησαν σε μία επανεξέταση της κατάστασης προκειμένου να ανευρεθεί μία βιώσιμη εναλλακτική λύση αντί της παρακολούθησης κάθε μέρους αποστολής εντός της ΕΕ.

Η Europol πιστεύει ότι ένα ποσοστό έως 90 % της ηρώνης που κατάσχεται στις αγορές της ΕΕ προέρχεται από τη νοτιοδυτική Ασία (Αφγανιστάν). Παρά τις προσπάθειες για την εξάλειψη της καλλιέργειας οπίου, η παραγωγή πιστεύεται ότι το 2002 ανήλθε σε 3 400 μετρικούς τόνους. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ένα μέρος του οξικού ανυδρίτη εκτρέπεται από τα νόμιμα κανάλια εφοδιασμού και διοχετεύεται παράνομα στο Αφγανιστάν, συστάθηκε μία διεθνής ομάδα δράσης από τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες για την παροχή τεχνικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της διακίνησης στην περιφέρεια αυτή.

Κατά τη διάρκεια του 2001 κατασχέθηκαν πάνω από 200 τόνοι οξικού ανυδρίτη. Πρόκειται για τη μεγαλύτερη ποσότητα που έχει αναφερθεί ποτέ μέσα σε ένα έτος. Η μεγαλύτερη κατάσχεση αναφέρθηκε από το Ηνωμένο Βασίλειο, όταν αποκαλύφθηκε μία προσπάθεια εκτροπής 70 τόνων στη Γιουγκοσλαβία. Άλλες ευρωπαϊκές χώρες που ανέφεραν κατασχέσεις οξικού ανυδρίτη ήταν το Βέλγιο, η Γερμανία, η Ιταλία και η Σλοβενία.

Προκειμένου να βοηθήσει ώστε να αποτραπεί η εκτροπή χημικών πρόδρομων ουσιών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή διεγερτικών τύπου αμφεταμινών, όπως η εφεδρίνη, η νορεφεδρίνη και το 3,4-MDP-2-P, το INCB, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τις Ηνωμένες Πολιτείες, συμφώνησε για την έναρξη ενός εθελοντικού διεθνούς σχεδίου, του Project Prism, για να βοηθήσει τις κυβερνήσεις να επιτύχουν το στόχο αυτό⁽¹⁵²⁾⁽¹⁵³⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Πλαίσιο 18 ΕΓ: Μέτρα κατά της εκτροπής ελεγχόμενων χημικών ουσιών (INCB) (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁴⁹⁾ Το υπερμαγγανικό κάλιο είναι μία νόμιμη ένωση, η οποία αποτελεί σημαντικό αντιδραστήριο στην αναλυτική και συνθετική οργανική χημεία· χρησιμοποιείται σε εφαρμογές λεύκανσης, απολυμαντικά και αντιβακτηριακούς και αντιμυκητιακούς παράγοντες. Χρησιμοποιείται επίσης σε διεργασίες καθαρισμού νερού.

⁽¹⁵⁰⁾ Πλαίσιο 19 ΕΓ: Επιχείρηση Purple (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁵¹⁾ Ο οξικός ανυδρίτης είναι ένας παράγοντας ακετυλίωσης και αφυδάτωσης που χρησιμοποιείται στη χημική και τη φαρμακευτική βιομηχανία για την παραγωγή οξικής κυτταρίνης, σε παράγοντες κολαρίσματος υφασμάτων και ενεργοποιητές ψυχρής λεύκανσης, για μέταλλα στίλβωσης, καθώς και στην παραγωγή υγρών φρένων, βαφών και εκρηκτικών.

⁽¹⁵²⁾ http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.

⁽¹⁵³⁾ Πλαίσιο 20 ΕΓ: INCB (έκδοση επί γραμμής).



Κεφάλαιο 3

Επιλεγμένα θέματα

Το κεφάλαιο αυτό προβάλλει ιδιαίτερα τρία συγκεκριμένα θέματα που αφορούν το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη: χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από τους νέους, κοινωνικός αποκλεισμός και επανένταξη, και δημόσιες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών.

Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ στους νέους

Οι νέοι βρίσκονται συχνά στην πρώτη γραμμή των κοινωνικών αλλαγών, και οι ανοδικές τάσεις στη χρήση αλκοόλ και παράνομων ναρκωτικών ουσιών από τους νέους αποτελεί μία σημαντική κοινωνική εξέλιξη στην ΕΕ. Η προσθήκη του αλκοόλ σ' αυτή την ενότητα της έκθεσης αποτελεί νέο στοιχείο και έχει προκύψει από τις ανησυχίες που υπάρχουν σχετικά με τα σύνθετα πρότυπα χρήσης ουσιών και της σχετικής εξάρτησης, τις επιβλαβείς επιπτώσεις για την υγεία και την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτά τα πρότυπα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποτελούν μία ιδιαίτερη πρόκληση για τους φορείς χάραξης πολιτικής, ώστε να αναπτύξουν ένα επαρκώς ευρύ και έγκαιρο φάσμα τρόπων αντιμετώπισης για αποτελεσματική δράση.

Η ίδια η ΕΕ έχει θέσει ένα στόχο να μειώσει σημαντικά, μέσα σε μία περίοδο πέντε ετών, την επικράτηση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών, καθώς και τη μύηση νέων χρηστών, ειδικότερα στα νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών, και να αναπτύξει καινοτόμες προσεγγίσεις για την πρόληψη (COR 32).

Στο υλικό που μελετήθηκε για τη σύνταξη του παρόντος κεφαλαίου περιλαμβάνονται οι εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox, καθώς και στοιχεία ερευνών στον πληθυσμό. Τα συγκρίσιμα στοιχεία για τους νέους βασίζονται κατά κύριο λόγο στις εκθέσεις του ευρωπαϊκού προγράμματος ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό (ESPAD) από το 1995 και το 1999 (ESPAD, 1999), το οποίο καλύπτει μαθητές σχολείων ηλικίας 15 έως 16 ετών και στο οποίο συμμετείχαν εννέα κράτη μέλη. Τα στοιχεία από τις Κάτω Χώρες που περιλαμβάνονται στις έρευνες του ESPAD δεν είναι αυστηρά συγκρίσιμα με εκείνα που διατίθενται από άλλα συμμετέχοντα κράτη μέλη. Επίσης, ως υλικό αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν δημοσιευμένες έρευνες, γκριζα βιβλιογραφία⁽¹⁵⁴⁾ και κυβερνητικές εκδόσεις για τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από τους νέους (ιδίως από τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο).

Επικράτηση, συμπεριφορές και τάσεις

Επικράτηση

Με εξαίρεση τον καπνό και την καφεΐνη, το αλκοόλ είναι η ψυχοδραστική ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο από τους νέους σε ολόκληρη την ΕΕ. Το ποσοστό των

μαθητών ηλικίας 15 έως 16 ετών που έχουν μεθύσει κάποτε στη ζωή τους κυμαίνεται από 36 % στην Πορτογαλία έως 89 % στη Δανία⁽¹⁵⁵⁾ (διάγραμμα 19)⁽¹⁵⁶⁾. Η πλειονότητα των νεαρών ατόμων στην ΕΕ δεν έχουν χρησιμοποιήσει ποτέ παράνομες ναρκωτικές ουσίες, όμως, στα άτομα που έχουν κάνει χρήση τέτοιων ουσιών, η κάνναβη είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό, ενώ ακολουθούν οι εισπνεόμενες/διαλυτικές ουσίες⁽¹⁵⁷⁾. Σύμφωνα με την έρευνα ESPAD του 1999, στην Ελλάδα και τη Σουηδία, η δοκιμή εισπνεόμενων/διαλυτικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή είναι ίση ή υψηλότερη από τη δοκιμή κάνναβης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15 έως 16 ετών⁽¹⁵⁸⁾.

Οι εθνικές έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό δεν μετρούν την προβληματική χρήση ουσιών στους νέους, αλλά αποτελούν μία πολύ χρήσιμη πηγή για την αξιολόγηση της πειραματικής χρήσης ναρκωτικών και των συμπεριφορών των νέων. Με βάση τις εκθέσεις του δικτύου Reitox και τα στοιχεία του ESPAD 1999, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή ήταν χαμηλότερη στην Πορτογαλία (8 %), στη Σουηδία (8 %), στην Ελλάδα (9 %) και τη Φινλανδία (10 %). Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή ήταν υψηλότερη στη Γαλλία (35 %), στο Ηνωμένο Βασίλειο (35 %) και την Ιρλανδία (32 %), ενώ ακολουθεί η Ισπανία (30 %). Τα μεγέθη των δειγμάτων που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες του μαθητικού πληθυσμού παρουσιάζονται στον στατιστικό πίνακα 3⁽¹⁵⁹⁾. Η δυνατότητα αυστηρής σύγκρισης των στοιχείων στον πίνακα αυτό είναι περιορισμένη, καθώς δεν χρησιμοποιούν όλα τα κράτη μέλη τις ίδιες μεθόδους έρευνας στον μαθητικό πληθυσμό.

Στους μαθητές ηλικίας 15 έως 16 ετών, γενικά, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης εισπνεόμενων ουσιών, ηρεμιστικών και υπνωτικών (χωρίς συνταγή ιατρού) σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερη από τη χρήση διεγερτικών και παραισθησιογόνων ουσιών. Οι μαθητές των σχολείων που κάνουν πειραματική χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης αποτελούν σχετικά σπάνιες περιπτώσεις σε ολόκληρη την ΕΕ, με τη χρήση των ναρκωτικών αυτών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή να κυμαίνεται από 0 έως 4 % (στατιστικός πίνακας 3).

Οι περισσότεροι νέοι που έχουν δοκιμάσει κάνναβη θα έχουν επίσης κάποια εμπειρία αλκοόλ και καπνού. Τα νεαρά άτομα που κάνουν χρήση έκστασης, αμφεταμινών,

⁽¹⁵⁴⁾ Ορίζεται ως «ένα έγγραφο το οποίο δεν έχει δημοσιευθεί σε κάποια επιθεώρηση με σχολιασμό από ομοτίμους». Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε επιθεώρηση δικτύου QED (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ Με βάση τις απαντήσεις ότι έχουν «μεθύσει πίνοντας οιοπονευματώδη ποτά».

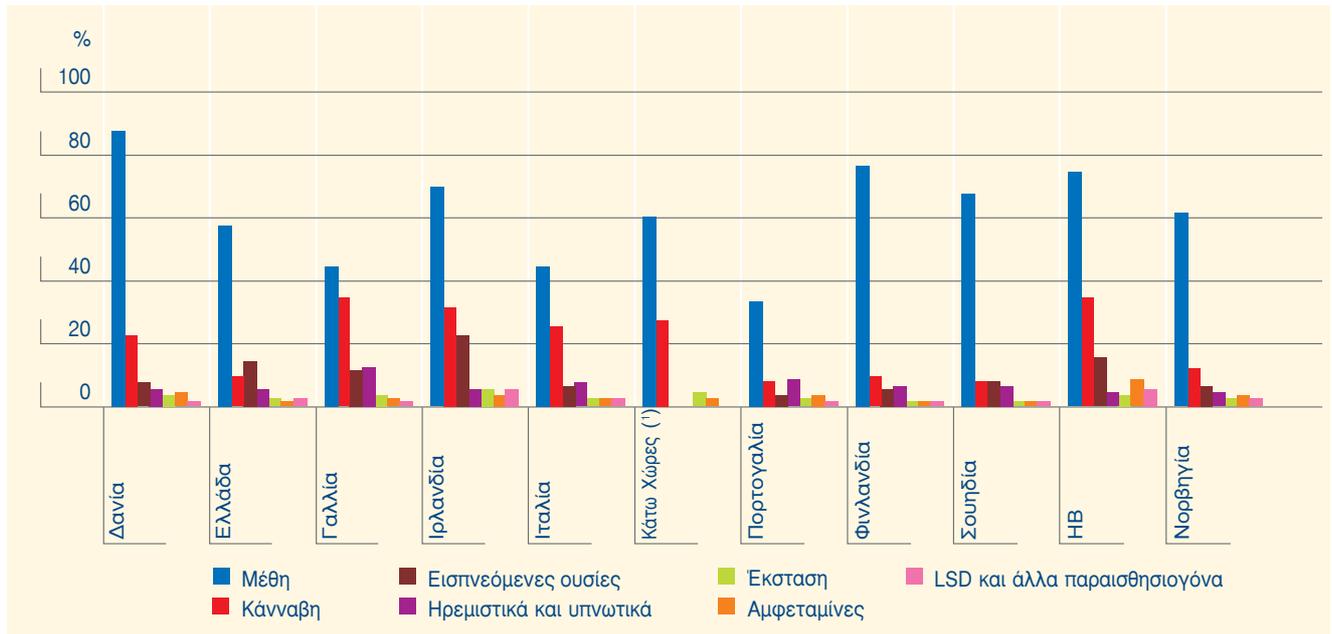
⁽¹⁵⁶⁾ Διάγραμμα 42 ΕΓ: Σύγκριση της υπερβολικής χρήσης αλκοόλ με τη χρήση κάνναβης τις τελευταίες 30 ημέρες.

⁽¹⁵⁷⁾ Με βάση τις απαντήσεις στην ερώτηση «έχω εισπνεύσει μία ουσία (κόλλα, αερολύματα κλπ.) για να φτιαχτώ».

⁽¹⁵⁸⁾ Στατιστικός πίνακας 3: Έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό — επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁵⁹⁾ Στατιστικός πίνακας 3: Έρευνες στον μαθητικό κόσμο — επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους μαθητές ηλικίας 15–16 ετών (έκδοση επί γραμμής).

Διάγραμμα 19: Επικράτηση της μέθης και της χρήσης παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή (μαθητές 15 έως 16 ετών)



(*) Περιορισμένη συγκρισιμότητα.
 Πηγή: ESPAD School Survey Project (1999).

κοκαΐνης και παραισθησιογόνων τείνουν να αποτελούν χωριστή ομάδα και ανήκουν σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Οι σχέσεις στη χρήση διαφόρων ναρκωτικών ουσιών παρουσιάζονται στον πίνακα 15 ΕΓ (έκδοση επί γραμμής) που βασίζεται σε στοιχεία μιας ισπανικής έρευνας στον μαθητικό πληθυσμό (Observatorio Español sobre Drogas, 2002) ⁽¹⁶⁰⁾. Μία σημαντική πρόκληση είναι η αντιμετώπιση του σύνθετου χαρακτήρα και της ιδιομορφίας των διαφόρων προτύπων χρήσης ναρκωτικών (Calafat κ.ά., 1999· Parker και Eggington, 2002· Smit κ.ά., 2002).

Ένα υψηλότερο επίπεδο χρήσης ναρκωτικών στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες παρατηρείται εντονότερα στους πληθυσμούς ενηλίκων παρά στους μαθητές σχολείων. Ωστόσο, στους μαθητές των σχολείων, οι διαφορές ανάμεσα στα φύλα είναι μεγαλύτερες στην Ελλάδα, στη Γαλλία, στην Ιταλία και την Πορτογαλία. Εξαιρεση αποτελεί το ότι η χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών χωρίς συνταγή ιατρού και αλκοόλ μαζί με «χάπια» είναι γενικά υψηλότερη στα κορίτσια.

Διακυμάνσεις όσον αφορά την επικράτηση εμφανίζονται επίσης μεταξύ των περιφερειών εντός των κρατών μελών. Στη Γερμανία, το χάσμα μεταξύ Ανατολικών και Δυτικών μειώνεται ταχύτερα στους μαθητές απ' ό,τι στους ενήλικες. Άλλες πτυχές της επικράτησης των ναρκωτικών, όπως η διάδοση της κάνναβης στις αγροτικές περιοχές, είναι ίδιες με αυτές που παρατηρούνται στους πληθυσμούς μεγαλύτερης ηλικίας.

Συμπεριφορές

Οι συμπεριφορές σε σχέση με τα διάφορα ναρκωτικά μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη της μελλοντικής επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών. Το 1999, η αποδοκιμασία του να μεθά κανείς μία φορά την εβδομάδα παρουσίαζε μεγάλες διακυμάνσεις, από ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό στη Δανία (32 %) έως ένα υψηλό ποσοστό στην Ιταλία (80 %). Η αποδοκιμασία της πειραματικής χρήσης κάνναβης παρουσίαζε μικρότερες αποκλίσεις και ήταν χαμηλότερη στη Γαλλία (42 %) και υψηλότερη στην Πορτογαλία (79 %) και στη Σουηδία (78 %) ⁽¹⁶¹⁾. Οι συμπεριφορές αυτές βοηθούν στην πρόβλεψη των τάσεων, ωστόσο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες. Σε όλα τα κράτη μέλη, η αποδοκιμασία και οι αντιλήψεις σχετικά με τους «μεγαλύτερους κινδύνους» που συνδέονται με την πειραματική χρήση ναρκωτικών, όπως η έκσταση, η κοκαΐνη και η ηρωίνη ήταν γενικά πολύ υψηλότερες στους μαθητές σχολείων ηλικίας 15 έως 16 ετών. Η αποδοκιμασία για τη δοκιμή έκστασης κυμαινόταν από 71 % στην Ελλάδα έως 90 % στη Δανία.

Τάσεις

Μεγαλώνει η ανησυχία σχετικά με τα αυξημένα επίπεδα μέθης και υπερβολικής χρήσης αλκοόλ για ψυχαγωγικούς σκοπούς ⁽¹⁶²⁾. Μεταξύ 1995 και 1999, σημαντικές αυξήσεις της μέθης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή σημειώθηκαν στην Ελλάδα και τη Νορβηγία (διάγραμμα 20). Αυστηρά συγκρίσιμα στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ δεν διατίθενται για τα κράτη μέλη που δεν συμμετέχουν στις έρευνες του ESPAD, όμως

⁽¹⁶⁰⁾ Βλέπε πίνακα 15 ΕΓ: Σχέση της κατανάλωσης διαφόρων ουσιών σε ισπανούς μαθητές σχολείων (14–18 ετών) (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶¹⁾ Βλέπε διάγραμμα 43 ΕΓ: Ποσοστό μαθητών 15 έως 16 ετών που αποδοκιάζουν τη μέθη σε σύγκριση με τη δοκιμή κάνναβης και έκστασης (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶²⁾ Διάγραμμα 44 ΕΓ: Μεταβολές στην κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών στη σειρά κατά τις τελευταίες 30 ημέρες.

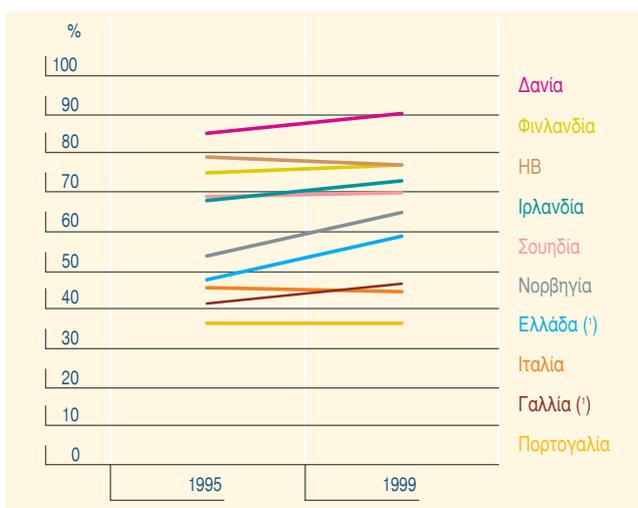
στοιχεία τάσεων από την Γερμανία (1973–2001) και την Ισπανία (1994–2000) δείχνουν πρόσφατη μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ από νεαρά άτομα (Bunderszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002, Observatorio Esparol sobre Drogas, 2002). Ωστόσο, είναι πιθανόν να μειώνεται η συνολική κατανάλωση και να αυξάνονται τα πρότυπα υπερβολικής χρήσης.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή αυξήθηκε σε τέτοιο επίπεδο, ώστε θα μπορούσε να περιγραφεί ως διαδεδομένη σε έναν αριθμό κρατών μελών. Ωστόσο, έως το 1999 η χρήση κάνναβης στα νεαρά άτομα στην Ιρλανδία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο είχε μειωθεί. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η επικράτηση είχε φτάσει σε επίπεδα κορεσμού στις χώρες αυτές, με τάση σταθεροποίησης σε επίπεδα γύρω στα 30 %.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις σταθεροποίησης της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα από αυτά της κάνναβης. Στην περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, η μειωμένη επικράτηση της χρήσης κάνναβης και έκστασης σε όλη τη ζωή συνοδεύτηκε από μείωση της διαπιστωμένης διαθεσιμότητας ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ και από αύξηση της αποδοκimasίας ⁽¹⁶⁵⁾. Το 1999, το υψηλότερο ποσοστό των μαθητών που θεωρούσαν μεγάλο τον κίνδυνο που συνδέεται με τη δοκιμή έκστασης μία ή δύο φορές σημειώθηκε στα δύο κράτη μέλη (Ιρλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο) στα οποία η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή ήταν επίσης η υψηλότερη ⁽¹⁶⁶⁾, ενώ μεγάλη ήταν και η δημοσιότητα που είχε δοθεί από τα μέσα ενημέρωσης για έναν σχετικά μικρό αριθμό θανάτων που συνδέονταν με τη χρήση της ουσίας αυτής. Η κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης, σε συνδυασμό με μία αυξανόμενη αρνητική εικόνα, φαίνεται ότι επηρέασε

Διάγραμμα 20: Επικράτηση σε όλη τη ζωή για (Α) μέθη, (Β) χρήση κάνναβης και (Γ) χρήση έκστασης (μαθητές 15 έως 16 ετών)

Διάγραμμα (Α): Μέθη



(¹) Τα στοιχεία του 1995 για τη Γαλλία και την Ελλάδα βασίζονται σε έρευνες του 1993.
Πηγή: Σχέδιο έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό ESPAD (1995 και 1999).

⁽¹⁶³⁾ Με βάση τις απαντήσεις ότι το ναρκωτικό είναι «πολύ εύκολο» ή «αρκετά εύκολο» να εξασφαλιστεί όταν είναι επιθυμητό.

⁽¹⁶⁴⁾ Διάγραμμα 45 ΕΓ: Μεταβολές στις αντιλήψεις για τη διαθεσιμότητα της (Α) κάνναβης και (Β) έκστασης (έκδοση επί γραμμής).

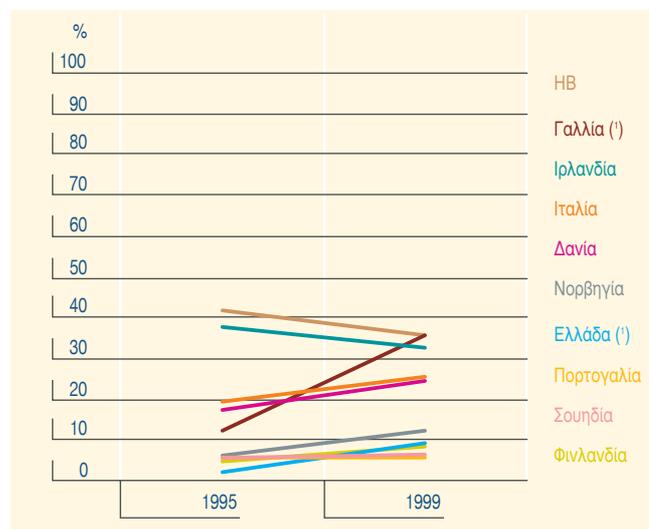
⁽¹⁶⁵⁾ Διάγραμμα 46 ΕΓ: Μεταβολή στο ποσοστό των νέων ηλικίας 15 έως 16 ετών που αποδοκimasίζουν (Α) τη μέθη μία φορά εβδομαδιαίως ή (Β) τη δοκιμή κάνναβης μία ή δύο φορές ή (Γ) τη δοκιμή έκστασης μία ή δύο φορές (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶⁶⁾ Διάγραμμα 47 ΕΓ: Ποσοστό των μαθητών ηλικίας 15 έως 16 ετών που θεωρούν ότι υπάρχει «μεγάλος κίνδυνος» σε σχέση με τη χρήση έκστασης μία ή δύο φορές και την επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή (έκδοση επί γραμμής).

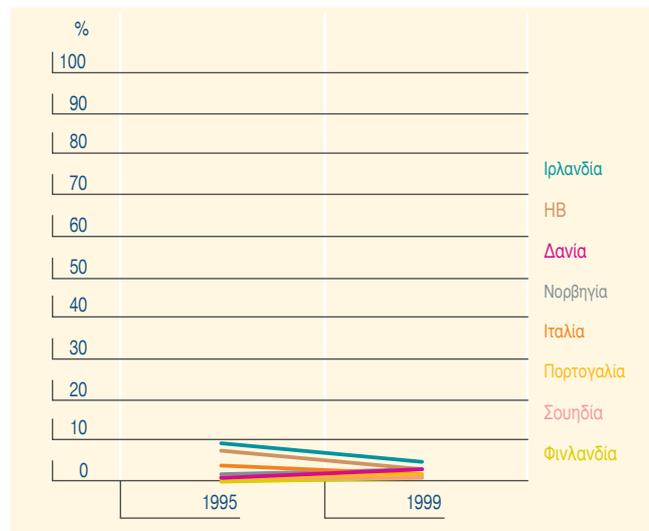
πτωτικά την τάση επικράτησης της χρήσης έκστασης σε αυτά τα δύο κράτη μέλη.

Οι νέοι κρίνουν ο ένας τον άλλον με βάση την εικόνα, το στιλ και την κατοχή συμβόλων κοινωνικής θέσης. Τα σύμβολα αυτά, στα οποία μπορεί να περιλαμβάνονται τα ναρκωτικά, αλλάζουν συνεχώς. Η σημερινή αρνητική εικόνα των χρηστών ηρωίνης και η εύκολη δυνατότητα πρόσβασης σε άλλα ναρκωτικά αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τις τρέχουσες επιλογές ναρκωτικών (FitzGerald κ.ά., 2003). Μία πρόσφατη ανάλυση των στίχων που αναφέρονται στα ναρκωτικά στη δημοφιλή αγγλόφωνη μουσική από τη δεκαετία του 1960 έχει δείξει ότι οι μουσικοί σήμερα επικρίνουν περισσότερο σε

Διάγραμμα (Β): Χρήση κάνναβης



Διάγραμμα (Γ): Χρήση έκστασης



σχέση με το παρελθόν τις επιβλαβείς συνέπειες της κάνναβης ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας σε 878 νεαρά άτομα ηλικίας έως 19 ετών, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δέκα πόλεις της ΕΕ, δείχνουν μια πιθανή τάση της αστικής επικρατούσας κουλτούρας για μειωμένη χρήση αμφεταμινών και έκστασης και αυξανόμενη χρήση κοκαΐνης. Το δείγμα αυτό δεν ήταν επαρκώς αντιπροσωπευτικό ή αρκετά μεγάλο σε αριθμό, ώστε να επιτρέψει τη συναγωγή οριστικών συμπερασμάτων. Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε επίσης ότι οι συμμετέχοντες δαπανούν περισσότερα χρήματα σε αλκοόλ απ' ό,τι σε ναρκωτικά ή σε οποιαδήποτε άλλη κατηγορία ψυχαγωγικής κατανάλωσης, όπως η είσοδος σε ντισκοτέκ, κλαμπ ή κινηματογράφους, η χρήση κινητών τηλεφώνων και καπνού (Calafat κ.ά., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Σχεδόν όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρουν εντεινόμενη ανησυχία σχετικά με την πιθανώς αυξανόμενη αγορά κοκαΐνης και βάσης/κρακ για τους νέους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών. Περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τις τάσεις της διαθεσιμότητας παρουσιάζονται στη σ. 37.

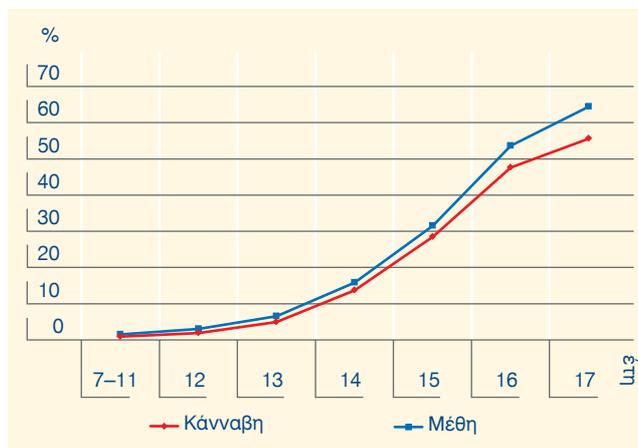
Έναρξη χρήσης, πρότυπα και παράγοντες κινδύνου

Γενικά, η πιθανότητα για τα νεαρά άτομα ηλικίας 12–18 ετών να μεθύσουν ή να τους προσφερθεί κάνναβη ή οποιαδήποτε άλλη παράνομη ναρκωτική ουσία, καθώς και η προθυμία τους να δοκιμάσουν ναρκωτικά αυξάνονται κατακόρυφα με την ηλικία. Αυτό απεικονίζεται εδώ στα στοιχεία της γαλλικής έρευνας ESCAPAD (Beck, 2001). Το διάγραμμα 21 Α δείχνει ότι, στα αγόρια ηλικίας 13 και 14 ετών, το ποσοστό που είχε εμπειρία μέθης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή ήταν 15,9 % και το ποσοστό που είχε κάνει πειραματική χρήση κάνναβης ήταν 13,8 %. Στους νέους ηλικίας 17 έως 18 ετών είχε αυξηθεί σε 64,5 και 55,7 % αντίστοιχα.

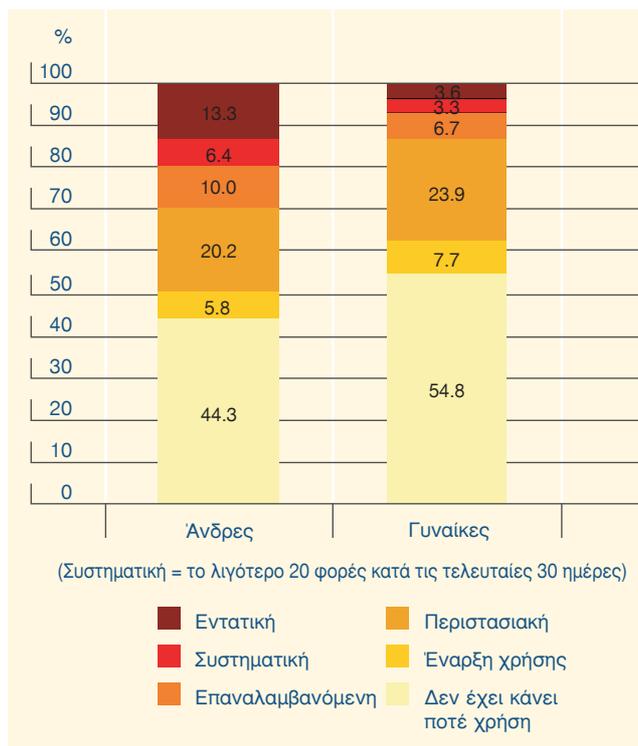
Σε πρόσφατη έρευνα στον πληθυσμό των νεαρών ατόμων στην ΕΕ, η «περιέργεια» αναφέρθηκε ως η κύρια αιτία δοκιμής ναρκωτικών (EORG, 2002). Από τα άτομα που πειραματίζονται με τα ναρκωτικά, η πλειονότητα δεν συνεχίζει τη χρήση τους σε συστηματική βάση. Σε μία μικρή αλλά σημαντική μειοότητα η χρήση κλιμακώνεται σε εντατικά επίπεδα. Αυτό απεικονίζεται στο διάγραμμα 21 Β, το οποίο παρουσιάζει την κατανομή της χρήσης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό των ατόμων ηλικίας 18 ετών στη Γαλλία. Έρευνες στον γενικό πληθυσμό δείχνουν ότι η δοκιμή παράνομων ναρκωτικών ουσιών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή είναι σημαντικά υψηλότερη από την πρόσφατη ή τρέχουσα χρήση ⁽¹⁶⁹⁾. Οι συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα πρότυπα χρήσης στους συστηματικούς χρήστες ναρκωτικών είναι λιγότερο ανεπτυγμένες σε σύγκριση με τον τομέα της έρευνας για το αλκοόλ. Αυτό περιορίζει την κατανόηση των προτύπων χρήσης ναρκωτικών και, κατά συνέπεια, την ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

Διάγραμμα 21: Χρήση κάνναβης στα άτομα ηλικίας 17 έως 18 ετών το 2001. (Α) Ηλικία έναρξης της χρήσης. (Β) Επίπεδο χρήσης

Διάγραμμα (Α): Ηλικία έναρξης της μέθης και της χρήσης κάνναβης για τα αγόρια ηλικίας 17 έως 18 ετών στη Γαλλία το 2001



Διάγραμμα (Β): Επίπεδο χρήσης κάνναβης στην ηλικία των 17 έως 18 ετών στη Γαλλία το 2001



Πηγές: ESCAPAD (2001), OFDT. Εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Ο ορισμός της «προβληματικής χρήσης κάνναβης» διερευνάται σε ορισμένα κράτη μέλη και έχει αναφερθεί ότι τα άτομα που έχουν κάνει χρήση κάνναβης είκοσι ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου

⁽¹⁶⁷⁾ Διάγραμμα 48 ΕΓ: Ποσοστό θετικών εικόνων στη σύγχρονη δημοφιλή μουσική, δεκαετία 1960 έως δεκαετία 1990 (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶⁸⁾ Διάγραμμα 49 ΕΓ: Ποσό σε ευρώ που δαπανούσαν κάθε Σαββατοκύριακο νέοι ηλικίας 13 έως 19 ετών σε δέκα πόλεις της ΕΕ το 2001–2002 (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁶⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα 1 ΕΓ: Πρότυπα χρήσης κάνναβης στον γενικό πληθυσμό — δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή έναντι τρέχουσας χρήσης (τελευταίες 30 ημέρες), Εθνική έρευνα για την επικράτηση (της χρήσης ναρκωτικών) 2001 (Κάτω Χώρες).

μήνα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβληματικό πρότυπο χρήσης (Beck, 2001· εθνική έκθεση Κάτω Χωρών). Με βάση τον ορισμό αυτό, ένα στα πέντε άτομα στις Κάτω Χώρες που έχουν κάνει χρήση κάνναβης τον τελευταίο μήνα μπορούν να ταξινομηθούν στην κατηγορία που «διατρέχει κίνδυνο». Σύμφωνα με το διάγραμμα 21 Β, στη Γαλλία το 13,3 % των ανδρών ηλικίας 18 ετών, έναντι μόλις 3,6 % των γυναικών ηλικίας 18 ετών, εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία που «διατρέχει κίνδυνο».

Μια σημαντική ανησυχία σχετικά με την πειραματική χρήση κάνναβης αφορά το «φαινόμενο της πύλης»⁽¹⁷⁰⁾. Ωστόσο, η σύνδεση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών είναι σύνθετη και δεν μπορεί να περιοριστεί σε ένα απλό μοντέλο αιτιώδους συνάφειας. Ένα εναλλακτικό μοντέλο «κοινού παράγοντα» δείχνει πώς οι συσχετισμοί μεταξύ της χρήσης κάνναβης και των σκληρών ναρκωτικών οφείλονται σε μία σειρά κοινών παραγόντων κινδύνου, στους οποίους περιλαμβάνεται ο ευάλωτος χαρακτήρας και η πρόσβαση σε ναρκωτικά, καθώς και η ροπή προς τη χρήση ναρκωτικών. Τα πορίσματα από μελέτες κοόρτης δείχνουν ότι η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών σπάνια αποτελεί την πρώτη ένδειξη προβλήματος στους εφήβους. Η χρήση αλκοόλ, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο και η εγκληματικότητα συχνά εμφανίζονται σε νεαρότερη ηλικία από τη χρήση κάνναβης⁽¹⁷¹⁾. Οι έφηβοι σπάνια κάνουν χρήση παράνομων ουσιών χωρίς παράλληλη έκθεση σε άλλους χρήστες παράνομων ουσιών και πιστεύουν ότι τα δυνητικά οφέλη της χρήσης υπερτερούν του δυνητικού κόστους (Engineer κ.ά., 2003). Οι ενδείξεις για το «φαινόμενο της πύλης» μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι η κάνναβη φέρνει τους χρήστες σε επαφή με μία παράνομη αγορά, γεγονός το οποίο αυξάνει την πρόσβαση σε άλλα παράνομα ναρκωτικά και αποτελεί μία πλατφόρμα αποδοχής της χρήσης άλλων παράνομων ναρκωτικών (Grant και Dawson, 1997· Petraitis κ.ά., 1998· Adalbjarnardottir και Rafnsson, 2002· Brook κ.ά., 2002· Morral κ.ά., 2002· Parker και Eggington, 2002· Pudney, 2002· Shillington και Clapp, 2002).

Στις Κάτω Χώρες, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νεαρούς το 1999 διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των νεαρών χρηστών κάνναβης αγόρασαν την κάνναβη από φίλους (46 %) και από coffee shops (37 %) (De Zwart κ.ά., 2000).

Ο προσδιορισμός του φάσματος των παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν τόσο την έναρξη όσο και την κλιμάκωση της χρήσης ναρκωτικών σε έναν εξαιρετικά ετερόκλητο πληθυσμό εφήβων αποτελεί μία προσέγγιση η οποία αρχίζει να εφαρμόζεται ολοένα περισσότερο. Οι παράγοντες αυτοί εκτείνονται διαδοχικά από μεμονωμένους σε αυτούς της τοπικής κοινωνίας και του μακροπεριβάλλοντος και πιθανότατα διαφέρουν ως προς την ψυχαγωγική και την προβληματική χρήση ναρκωτικών.

Παράγοντες κινδύνου

Έρευνες σε ομάδες-στόχους έχουν δείξει ότι συγκεκριμένες ομάδες νέων ατόμων παρουσιάζουν πολύ

υψηλότερα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών από τα ποσοστά που διαπιστώνονται στον γενικό εθνικό πληθυσμό. Πρόκειται συχνά για νεαρά άτομα που έχουν αποκλειστεί από το σχολείο ή απουσιάζουν αδικαιολόγητα από αυτό, έχουν διαπράξει κάποιο έγκλημα, είναι άστεγα ή έχουν εγκαταλείψει τα σπίτια τους, καθώς και άτομα των οποίων τα αδέρφια είναι χρήστες ναρκωτικών (Lloyd, 1998· Swadi, 1999· Goulden και Sondhi, 2001· Hammersley κ.ά., 2003). Στην έρευνα για τον τρόπο ζωής των νέων στο Ηνωμένο Βασίλειο 1998/1999 διαπιστώθηκε ότι η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών ήταν σημαντικά υψηλότερη σε αυτές τις ευάλωτες ομάδες στο Ηνωμένο Βασίλειο⁽¹⁷²⁾. Το μέγεθος αυτών των ευάλωτων ομάδων σε εθνικό επίπεδο υποδηλώνει ότι οι τρέχουσες έρευνες στα σχολεία υποτιμούν το μέγεθος της επικράτησης των ναρκωτικών καθώς δεν εντοπίζουν τους πληθυσμούς εφήβων υψηλού κινδύνου που δεν βρίσκονται στο σχολικό περιβάλλον. Τα συγκρίσιμα στοιχεία σε επίπεδο ΕΕ σχετικά με τις «ευάλωτες ομάδες» νέων ατόμων είναι σήμερα σπάνια. Τα νεαρά άτομα που βγαίνουν το βράδυ και συχνάζουν σε συγκεκριμένους χώρους χορευτικής μουσικής αποτελούν άλλη μία ευάλωτη ομάδα. Οι συνδέσεις μεταξύ συγκεκριμένων τύπων κουλτούρας των νέων και ναρκωτικών έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς, και μάλιστα πιο πρόσφατα σε σχέση με τη διάδοση της χρήσης έκστασης (MDMA) (Griffiths κ.ά., 1997· Springer κ.ά., 1999). Σε χώρους όπου παίζεται τέκνο χορευτική μουσική, η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 12,5 % (Αθήνα) έως 85 % (Λονδίνο), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό νεαρών ενηλίκων είναι 1 % (Ελλάδα) και 8 % (Ηνωμένο Βασίλειο) αντίστοιχα (ΕΚΠΝΤ, 2002α).

Τοπική κοινωνία

Τα τελευταία χρόνια δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς καθοριστικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του φυσικού περιβάλλοντος (Sprooner κ.ά., 2001· Lupton κ.ά., 2002). Τα προβλήματα ναρκωτικών συγκεντρώνονται συνήθως σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές και χώρους στέγασης. Για παράδειγμα, η εθνική έκθεση της Ιρλανδίας αναφέρει ότι παιδιά σε ομάδες εστιασμένης συζήτησης αφηγήθηκαν τακτικές συναντήσεις με χρήστες ναρκωτικών και ανέφεραν συχνά την παρουσία συνέργων χρήσης ναρκωτικών σε σκάλες και μπαλκόνια. Οι γονείς που ζουν στις περιοχές αυτές εξέφρασαν έντονη αγωνία σχετικά με το υψηλό επίπεδο έκθεσης των παιδιών τους στα ναρκωτικά (O'Higgins, 1999).

Θάνατοι και έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία

Οι θάνατοι που συνδέονται με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στους νέους ηλικίας κάτω των 20 ετών είναι σχετικά σπάνιοι. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 ο αριθμός των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα νεαρά άτομα στην ΕΕ συνολικά σημείωσε σταθερή αύξηση. Μεταξύ 1990 και 2000 καταγράφηκαν συνολικά στην ΕΕ 3 103 θάνατοι νεαρών ατόμων⁽¹⁷³⁾. Εάν υπολογιστούν τα χαμένα χρόνια από το προσδόκιμο

⁽¹⁷⁰⁾ Αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτή καθαυτή η χρήση κάνναβης αυξάνει τον κίνδυνο έναρξης χρήσης σκληρών ναρκωτικών.

⁽¹⁷¹⁾ Διάγραμμα 50 ΕΓ: Ποσοστό μαθητών 15 έως 16 ετών που έχουν μεθύσει ή δοκιμάσει κάνναβη σε ηλικία 13 ετών ή μικρότερη (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁷²⁾ Διάγραμμα 51 ΕΓ: Σύγκριση της χρήσης οποιουδήποτε ναρκωτικού σε ευάλωτες ομάδες (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁷³⁾ Διάγραμμα 52 ΕΓ: Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά αιφνίδιοι θάνατοι που αναφέρθηκαν στην ΕΕ στα νεαρά άτομα ηλικίας έως 19 ετών (έκδοση επί γραμμής).

ζωής⁽¹⁷⁴⁾, η συγκριτική απώλεια για το θάνατο ενός νεαρού ατόμου είναι υψηλότερη σε σύγκριση με ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας. Λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους συνδεδεμένους με τα ναρκωτικά θανάτους παρουσιάζονται στις σσ. 29–33. Το Ηνωμένο Βασίλειο είναι το μοναδικό κράτος μέλος που αναφέρει θανάτους οι οποίοι συνδέονται ειδικά με την εισπνοή πτητικών ουσιών. Μέσα σε μία δεκαετία σημειώθηκαν 1 707 θάνατοι που συνδέονται ειδικά με αυτό το φαινόμενο. Οι περισσότεροι από αυτούς τους θανάτους αφορούσαν άτομα ηλικίας μεταξύ 15 και 19 ετών (Field-Smith κ.ά., 2002). Παρά την προσοχή που έχουν δώσει τα μέσα ενημέρωσης στους θανάτους που συνδέονται με τη χρήση έκστασης, οι εισπνεόμενες ουσίες είναι πιθανόν να συνιστούν μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία των εφήβων απ' ό,τι η χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών.

Δεν υπάρχουν σταθερά συλλεγόμενα στοιχεία στην ΕΕ σχετικά με τα έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία που συνδέονται με τα ναρκωτικά λόγω της κρυφής φύσης της χρήσης παράνομων ναρκωτικών, της συνδυασμένης χρήσης αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών και της έλλειψης τοξικολογικών αναλύσεων (Tait κ.ά., 2002). Τα περιορισμένα στοιχεία που υπάρχουν διαθέσιμα δείχνουν ότι το αλκοόλ σε ορισμένα κράτη μέλη επιβαρύνει περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας απ' ό,τι η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Η ΠΟΕ εκτιμά ότι στις ανεπτυγμένες χώρες το αλκοόλ ευθύνεται για το 10–11 % του συνόλου των ασθενειών και των θανάτων ετησίως (Rehn κ.ά., 2001). Για παράδειγμα, μία δανική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νεαρά άτομα το 2001 διαπίστωσε ότι λιγότερα άτομα ηλικίας 17 ετών ανέφεραν ότι έλαβαν νοσοκομειακή περίθαλψη για προβλήματα συνδεδεμένα με ναρκωτικά απ' ό,τι για προβλήματα συνδεδεμένα με το αλκοόλ (Εθνική έκθεση Δανίας). Στην Ιρλανδία, μία περιφερειακή μελέτη ιστορικών περιστατικών σε νοσοκομεία σε μία περίοδο τριών μηνών διαπίστωσε ότι σχεδόν το σύνολο των 55 εισαγωγών σε νοσοκομεία νεαρών ατόμων ηλικίας 10–18 ετών συνδέονταν είτε μόνο με την κατανάλωση αλκοόλ είτε με εκούσιες αυτο-δηλητηριάσεις (Mid-Western Health Board, 2002· αναφορά στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας).

Νομική αντιμετώπιση και συστάσεις

Σχεδόν σε όλα τα κράτη μέλη, η διαθεσιμότητα αλκοόλ ελέγχεται μέσω κρατικού μονοπωλίου ή μέσω ενός συστήματος χορήγησης αδειών. Προσπάθειες ελέγχου της διαθεσιμότητας αλκοόλ στους νέους έχουν γίνει στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ με την εφαρμογή ορίων ηλικίας (συνήθως έως τα 16 ή τα 18 έτη) για την εκτός και εντός καταστημάτων πώληση αλκοόλ. Η Πορτογαλία εισήγαγε όρια ηλικίας σχετικά πρόσφατα, τον Ιανουάριο του 2002. Οι περιορισμοί όσον αφορά τη διαφήμιση αλκοόλ ποικίλλουν, από πλήρη απαγόρευση έως την εφαρμογή εθελοντικών διαφημιστικών κωδίκων ή πλήρη απουσία περιορισμών (Rehn κ.ά., 2001· Bye, 2002). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πώληση ανταλλακτικών επαναπλήρωσης για αναπτήρες σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών απαγορεύτηκε από τους Κανονισμούς (Ασφάλειας) Ανταλλακτικών Επαναπλήρωσης

Αναπτήρων το 1999 (Field-Smith κ.ά., 2002). Ως αποτέλεσμα της νομοθεσίας αυτής, σε συνδυασμό με ενημερωτικές εκστρατείες απευθυνόμενες σε γονείς, θεωρείται ότι έχει επιτευχθεί μείωση των θανάτων. Στις Κάτω Χώρες δεν επιτρέπεται η αγορά κάνναβης από άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών. Υπάρχουν ορισμένες αποκλίσεις στη νομοθεσία, ενώ λίγα είναι γνωστά σχετικά με το τι γίνεται στην πράξη. Ένα παράδειγμα μιας νέας πρωτοβουλίας για την αντιμετώπιση των σχετικών θεμάτων στην πράξη εντοπίζεται στη Γερμανία, η οποία θέσπισε πρόσφατα τον νόμο του «χυμού μήλου», ο οποίος υποχρεώνει τα μπαρ να προσφέρουν τουλάχιστον ένα μη οινοπνευματώδες ποτό σε τιμή φθηνότερη από το φθηνότερο οινοπνευματώδες ποτό (εθνικές εκθέσεις της Γερμανίας και των Κάτω Χωρών). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι καταστηματαρχές λιανικής έχουν ξεκινήσει ένα νέο πρόγραμμα, με την υποστήριξη της κυβέρνησης, το οποίο προβλέπει την παροχή ειδικής «κάρτας εισόδου» για τους νεαρούς πελάτες, ώστε να βοηθήσουν στην επιβολή των ορίων ηλικίας για την αγορά αλκοόλ και πτητικών ουσιών (Ειδήσεις BBC).

Τα τελευταία έτη, οι Κάτω Χώρες έχουν ενισχύσει τους ελέγχους στα coffee shops. Καταστήματα τέτοιου τύπου που πωλούσαν κάνναβη κοντά σε σχολεία έχουν κλείσει. Η διαφήμιση προϊόντων κάνναβης απαγορεύεται και τα τελευταία χρόνια ο αυστηρότερος έλεγχος των coffee shops έχει οδηγήσει στη σημαντική μείωση του αριθμού των πελατών ηλικίας κάτω των 18 ετών (Εθνική έκθεση Κάτω Χωρών). Στη Δανία, στην Κοπεγχάγη η αστυνομία έκλεισε περίπου 50 κλαμπ κάνναβης μετά την εφαρμογή ενός νόμου που απαγορεύει την είσοδο επισκεπτών σε συγκεκριμένους χώρους (δανική εθνική έκθεση).

Στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναλήφθηκαν πρόσφατα πρωτοβουλίες για τη μείωση των προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στους νέους. Για παράδειγμα, το νομοσχέδιο για τα παιδιά (1999) στην Ιρλανδία αναθέτει την ευθύνη ελέγχου των παιδιών στους γονείς. Στις κυρώσεις που επιβάλλονται στους γονείς περιλαμβάνεται η παρακολούθηση θεραπείας από τους ίδιους για την κατάχρηση ουσιών, αλλά και η εκπαίδευσή τους για την απόκτηση γονεϊκών δεξιοτήτων. Στα παιδιά τα οποία θεωρούνται ανεξέλεγκτα μπορεί να επιβληθεί απαγόρευση εξόδου από το σπίτι το βράδυ. Επίσης, στην Ιρλανδία πραγματοποιούνται από την αστυνομία δύο πρωτοβουλίες για τη δημόσια τάξη. Η επιχείρηση Onche εστιάζει στην κατανάλωση οινοπνευματωδών, στη χρήση παράνομων ναρκωτικών και στην πώληση αλκοόλ σε ανήλικους και η επιχείρηση Encounter επικεντρώνεται στην αντικοινωνική συμπεριφορά στους δρόμους καθώς και σε καταστήματα, νυχτερινά κλαμπ και καταστήματα φαστ-φουντ που έχουν άδεια πώλησης οινοπνευματωδών ποτών. Για περαιτέρω λεπτομέρειες σχετικά με θέματα νομικής αντιμετώπισης, βλέπε σ. 44.

Ευρύ φάσμα αναγκών και τρόπων αντιμετώπισης

Ένας σημαντικός στόχος της ΕΕ για την αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών και της κατανάλωσης αλκοόλ είναι να πραγματοποιηθούν κατάλληλες παρεμβάσεις που θα έχουν τον πιο αποτελεσματικό αντίκτυπο. Η

⁽¹⁷⁴⁾ Ο τρέχων μέσος όρος προσδόκιμου ζωής στην ΕΕ είναι τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες.

κύρια έμφαση δίδεται σε πέντε ευρείες, και ορισμένες φορές αλληλεπικαλυπτόμενες, ομάδες-στόχους για στρατηγικές παρέμβασης: 1) νεαρά άτομα σχολικής ηλικίας, 2) νέους που κάνουν πειραματική και ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών, 3) νεαρά άτομα σε κοινωνικά μειονεκτούσες περιοχές, 4) νεαρούς παραβάτες και 5) νεαρά άτομα που έχουν ανάγκη θεραπείας από τα ναρκωτικά ⁽¹⁷⁵⁾.

Νεαρά άτομα σχολικής ηλικίας

Η πρόληψη στα σχολεία είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται ευρέως για τον στόχο αυτό. Λεπτομέρειες παρουσιάζονται στη σ. 47.

Σε επίπεδο σχολικής πολιτικής, αρκετά κράτη μέλη έχουν εκδώσει συστάσεις σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης περιστατικών που αφορούν ναρκωτικά και μαθητές που κάνουν χρήση ναρκωτικών. Στη Γαλλία, δίδεται μεγάλη έμφαση στα «Σημεία αναφοράς για την πρόληψη της συμπεριφοράς μαθητών που διατρέχουν κίνδυνο στα σχολεία» και στην επίλυση των προβλημάτων μέσω της στοχοθετημένης συμβουλευτικής. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού των σχολείων για την αντιμετώπιση της παραβατικής συμπεριφοράς των νέων. Στην Αυστρία και τη Γερμανία, τα προγράμματα STEP-by-STEP ⁽¹⁷⁶⁾ βοηθούν τους καθηγητές των σχολείων να εντοπίσουν και να παρέμβουν σε περιπτώσεις μαθητών που κάνουν χρήση ναρκωτικών. Στη Νορβηγία, για τον ίδιο σκοπό έχει εκδοθεί ένα εγχειρίδιο.

Η Συμβουλευτική Υπηρεσία Πρόληψης των Ναρκωτικών του Ηνωμένου Βασιλείου αξιολόγησε ένα πρόγραμμα πρόληψης των ναρκωτικών, το οποίο απευθύνεται σε νέους που έχουν αποκλειστεί από το σχολείο, και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σαφής ανάγκη για προγράμματα κατά των ναρκωτικών, όμως οι σύντομες περίοδοι εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά είναι ανεπαρκείς. Πολλά νεαρά άτομα στα οποία απευθύνεται το πρόγραμμα έκαναν ήδη χρήση ναρκωτικών, γεγονός που υποδεικνύει ότι τα προγράμματα θα πρέπει να εφαρμόζονται σε νεαρότερη ηλικία και ότι θα πρέπει να υπάρχει σαφής εντοπισμός και αντιμετώπιση των προβλημάτων. Το νέο εθνικό πλαίσιο πρόληψης στην Πορτογαλία προβλέπει τη διάθεση 400 000 ευρώ για την εφαρμογή εναλλακτικών σχολικών προγραμμάτων και πρώιμης επαγγελματικής κατάρτισης για τους μαθητές που εγκαταλείπουν το σχολείο. Τέτοια προγράμματα εφαρμόζονται σχεδόν σε όλες τις αυτόνομες κοινότητες της Ισπανίας. Στην Ελλάδα, οι έγκαιρες παρεμβάσεις στοχεύουν σε εφήβους χρήστες ναρκωτικών και στις οικογένειές τους (οικογενειακή θεραπεία), καθώς και σε εφήβους που έχουν προβλήματα με το νόμο.

Νεαροί πειραματικοί και ψυχαγωγικοί χρήστες ναρκωτικών στην τοπική κοινωνία

Οι δυννητικές επιβλαβείς συνέπειες που προκαλεί το αλκοόλ και η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών στη ζωή ενός μικρού αλλά σημαντικού ποσοστού του

πληθυσμού των νέων αναγνωρίζονται ολοένα περισσότερο. Ένας από τους βασικούς στόχους για αποτελεσματικότερη δράση είναι οι ευάλωτες ομάδες των νέων που καταναλώνουν αλκοόλ και πειραματίζονται με ναρκωτικά για ψυχαγωγικούς σκοπούς, ενώ δεν γνωρίζουν ή δεν μπορούν να ελέγξουν τους κινδύνους που συνδέονται με τα πρότυπα χρήσης ουσιών τα οποία εφαρμόζουν (λήψη υπερβολικής δόσης, ατυχήματα, εγκληματική συμπεριφορά, βία, έλλειψη ικανότητας για μελέτη ή εργασία, σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι και μακροπρόθεσμες βλάβες στο σκώτι/εγκέφαλο κλπ.) (Boys κ.ά., 1999· Parker και Egginton, 2002). Η ανησυχία σχετικά με τα μεταβαλλόμενα πρότυπα χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών για ψυχαγωγικούς σκοπούς αυξάνεται στην ΕΕ, ιδίως σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία των γυναικών. Ψυχαγωγικοί χώροι όπως μπαρ, ντισκοτέκ, αθλητικοί όμιλοι και λέσχες για νέους φαίνεται ότι αποτελούν κατάλληλα περιβάλλοντα για την πρόληψη των ναρκωτικών, καθώς εξασφαλίζουν την επαφή με μεγάλο αριθμό νέων ανθρώπων, πολλοί από τους οποίους κάνουν χρήση ναρκωτικών ή κινδυνεύουν να ξεκινήσουν ⁽¹⁷⁷⁾. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για μεθοδολογική τεκμηρίωση και ενδελεχή αξιολόγηση των παρεμβάσεων στο περιβάλλον αυτό.

Στη Γαλλία, το 2001, τουλάχιστον το 30 % των διαμερισμάτων εφαρμόζαν προληπτικές δράσεις ή παρείχαν πρώτες βοήθειες σε εκδηλώσεις χορού. Στην Ιρλανδία, σε μια περιοχή της περιφερειακής υγειονομικής αρχής, στόχος του προγράμματος «The sound decisions» (Οι υγιείς αποφάσεις) ⁽¹⁷⁸⁾ είναι το προσωπικό και οι θαμώνες των νυχτερινών κέντρων διασκέδασης. Ωστόσο, στο Λουξεμβούργο δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο για τις παρεμβάσεις των υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα των ναρκωτικών.

Στις Κάτω Χώρες οργανώνονται μαθήματα κατάρτισης εκπαιδευτών για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιστατικά χρήσης ναρκωτικών σε χώρους ψυχαγωγίας.

Η ολλανδική πρωτοβουλία «Εξοδο διασκέδασης και ναρκωτικά» περιλαμβάνει παρεμβάσεις για διάφορους χώρους εκτός του σχολείου όπου οι νέοι κάνουν χρήση ναρκωτικών, όπως coffee shops, ντισκοτέκ, πάρτι και κλαμπ, καθώς και χώρους όπου διοργανώνονται σημαντικές μουσικές εκδηλώσεις.

Αρκετά είναι τα προγράμματα που προσεγγίζουν χρήστες ναρκωτικών σε χώρους όπου παίζεται μουσική με σκοπό την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το προσωπικό του προγράμματος μετακινείται σε διάφορες εκδηλώσεις μέσα σε ένα τροχόσπιτο, παρέχοντας μια ήσυχη ατμόσφαιρα για άτυπη παροχή συμβουλών. Η δημιουργία ειδικών γραμμών τηλεφωνικής υποστήριξης ή ιστοθεσέων ⁽¹⁷⁹⁾ μπορούν να αποτελέσουν συμπληρωματικά στοιχεία.

Γενική επισκόπηση και ανάλυση παραδειγμάτων πρόληψης σε χώρους διεξαγωγής πάρτι πραγματοποιήθηκε με βάση τα προγράμματα που

⁽¹⁷⁵⁾ Διάγραμμα 53 ΕΓ: Επιλεκτική πρόληψη — στόχοι παρεμβάσεων (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁷⁶⁾ Βλέπε EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuestnProg_ID=36.

⁽¹⁷⁷⁾ Διάγραμμα 54 ΕΓ: Πρόληψη σε ομάδες-στόχους σε περιβάλλοντα ψυχαγωγίας (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁷⁸⁾ Βλέπε http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuestnProg_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Βλέπε <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

περιλαμβάνονται στη βάση EDDRA⁽¹⁸⁰⁾. Γενική επισκόπηση των προγραμμάτων και των πολιτικών που βρίσκονται σε εξέλιξη παρέχεται σε σειρά πινάκων επί γραμμής⁽¹⁸¹⁾.

Η παροχή ειδικών υπηρεσιών επιτόπιας συμβουλευτικής και επιτόπιου ελέγχου χαπιών σε εκδηλώσεις ρέιβ είναι —σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που χρηματοδοτήθηκε από την Επιτροπή— αποτελεσματική όσον αφορά την προσέγγιση των νέων οι οποίοι, αν και κάνουν ήδη συστηματική χρήση ναρκωτικών, δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ως χρήστες ναρκωτικών και δεν θα απευθύνονταν σε επίσημες υπηρεσίες παροχής βοήθειας στον τομέα των ναρκωτικών. Στο πλαίσιο της μελέτης διαπιστώθηκε επίσης ότι ο έλεγχος χαπιών δεν επηρεάζει αρνητικά την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης που προσανατολίζονται στην αποχή⁽¹⁸²⁾. Στην Αυστρία και την Ισπανία οι υπηρεσίες αυτές έχουν επεκταθεί, ενώ στις Κάτω Χώρες περιορίζονται σε υπηρεσίες με υψηλά πρότυπα μεθοδολογικής ακρίβειας.

Μία άλλη σειρά παρεμβάσεων περιλαμβάνει συνομηλικούς, ομάδες αυτοβοήθειας και εναλλακτικές λύσεις έναντι της χρήσης ναρκωτικών, όπως παροχή πληροφόρησης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, καθώς και συμμετοχή σε πολιτιστικές ή αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. σε θερινές κατασκηνώσεις στην Ελλάδα). Στην Ισπανία, εναλλακτικά προγράμματα ψυχαγωγίας διατίθενται εδώ και μερικά χρόνια σε ολόκληρη τη χώρα.

Στη Νορβηγία, στη Σουηδία και τη Δανία, οι «night ravens» είναι εθελοντές ενήλικες που πραγματοποιούν περιπολίες στους δρόμους στο κέντρο της πόλης το απόγευμα και το βράδυ τα σαββατοκύριακα. Αποστολή τους είναι να κάνουν την παρουσία τους αισθητή και να είναι διαθέσιμοι για τους νέους. Η ιδέα είναι ότι με αυτόν τον τρόπο θα μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσης βίας και πρόκλησης βλαβών.

Νέοι σε κοινωνικά μειονεκτούσες γειτονιές

Στη Σουηδία, η Επιτροπή Ναρκωτικών πραγματοποίησε επισκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας για τους προληπτικούς τρόπους αντιμετώπισης (Narkotikakommissionen, 2000), και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι απαιτείται η λήψη τριών τύπων πρωτοβουλιών: ειδικές πρωτοβουλίες που απευθύνονται στα φτωχότερα άτομα, γενικές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και πρωτοβουλίες με στόχο την παροχή βοήθειας σε ευάλωτες οικογένειες.

Η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι τα μόνα κράτη μέλη που έχουν οριοθετήσει συγκεκριμένες περιοχές με σκοπό την παροχή ειδικών προγραμμάτων στις περιοχές αυτές. Το Ταμείο Εγκαταστάσεων και Υπηρεσιών για Νέους (Young People's Facilities and Services Fund — YPFSSF) της Ιρλανδίας έχει ως στόχο να προσελκύσει νέους που «διατρέχουν κίνδυνο» σε μειονεκτούσες περιοχές σε εγκαταστάσεις και δραστηριότητες που τους απομακρύνουν από τους κινδύνους χρήσης ουσιών. Στο

Ηνωμένο Βασίλειο, ο φορέας Positive Futures δραστηριοποιείται σε 57 μειονεκτούσες περιοχές αποτρέποντας τα ευάλωτα νεαρά άτομα από τη χρήση ναρκωτικών και την εγκληματικότητα μέσω της συμμετοχής τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, καθώς δείχνουν μείωση της εγκληματικής δραστηριότητας και της αδικαιολόγητης απουσίας από το σχολείο και βελτίωση της ευαισθητοποίησης σε επίπεδο τοπικών κοινωνιών. Η Health Action Zones (HAZ) αποτελούν συμπράξεις πολλαπλών φορέων σε ορισμένες από τις πλέον μειονεκτούσες περιοχές στην Αγγλία και στόχος τους είναι η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας με σκοπό να καλύψουν ένα ευρύ φάσμα ευάλωτων νεαρών ατόμων που θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών (130 προγράμματα και πρωτοβουλίες στις 26 HAZ). Οι Connexions είναι μία υπηρεσία παροχής υποστήριξης και συμβουλών στο Ηνωμένο Βασίλειο για νέους ηλικίας 13–19 ετών, στις δραστηριότητες της οποίας περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων ο εντοπισμός νεαρών ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο και η παραπομπή τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες στον τομέα των ναρκωτικών. Το 2002 λειτουργούσαν 27 συμπράξεις, ενώ άλλες 20 αναμενόταν να λειτουργήσουν έως το 2003.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όλες οι ομάδες δράσης κατά των ναρκωτικών (DAT) αξιολόγησαν το 2001 τις ανάγκες των νέων και τους ζητήθηκε, μέσω των προγραμμάτων νέων κατά της κατάχρησης ουσιών (Young People Substance Misuse Plans, YPSMPS), να σχεδιάσουν υπηρεσίες για νέους που θα περιλαμβάνουν από καθολικές υπηρεσίες πρόληψης μέχρι θεραπευτικές υπηρεσίες για την κατάχρηση ουσιών, με βάση τις ανάγκες που υπάρχουν σε τοπικό επίπεδο.

Στην Αυστρία, κινητά κέντρα που απευθύνονται σε νεαρά άτομα στους δρόμους συνεργάζονται στενά με άλλες συναφείς οργανώσεις για την παροχή βοήθειας σε εφήβους που κάνουν χρήση ναρκωτικών και νεαρούς ενήλικες σε πρώιμο στάδιο. Αναμένεται ότι η γεωγραφική κάλυψη των κέντρων αυτών θα αυξηθεί στο μέλλον⁽¹⁸³⁾.

Στη Φινλανδία, οι καφετέριες Walkers για νέους⁽¹⁸⁴⁾ παρέχουν έγκαιρη παρέμβαση και λειτουργούν σήμερα σε 24 περιοχές. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν εκπαιδευμένοι ενήλικες εθελοντές που υποστηρίζονται από επαγγελματίες του τομέα της συμβουλευτικής για νέους. Γίνεται προσπάθεια οι καφετέριες για νέους να εξελιχθούν σε ασφαλείς τόπους συναντήσεων. Ομοίως, σε περιοχή της περιφερειακής υγειονομικής αρχής της Ιρλανδίας, λειτουργούν τα Health Advice Cafés (καφετέριες παροχής συμβουλών σε θέματα υγείας) που έχουν ως στόχο τη συνδυασμένη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών πρόληψης και άμεσης πρόσβασης για νέους.

Στη Νορβηγία, οι περισσότεροι μεγάλοι δήμοι διαθέτουν υπηρεσίες εκτός δομών. Στόχος τους είναι να συμπεριλάβουν διάφορες παρεμβάσεις πρόληψης

⁽¹⁸⁰⁾ Βλέπε http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Πίνακας 16 ΕΓ: Κύριες ποσοτικές παράμετροι της πρόληψης σε ψυχαγωγικούς χώρους· πίνακας 17 ΕΓ: Έργο/πρόληψη εκτός δομών σε ψυχαγωγικούς χώρους· και πίνακας 18 ΕΓ: Γενική επισκόπηση των πολιτικών και των πλαισίων για την πρόληψη σε ψυχαγωγικούς χώρους (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁸²⁾ Βλέπε http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuestnProg_ID=2828.

⁽¹⁸³⁾ Βλέπε στη διεύθυνση http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuestnProg_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Βλέπε http://www.asemanlapsset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.

απευθυνόμενες σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και νέους, καθώς και παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής και παραπομπή σε υπηρεσίες υποστήριξης και θεραπείας.

Νεαροί παραβάτες

Ορισμένα κράτη μέλη παρέχουν στοχοθετημένα προγράμματα υποστήριξης, κατάρτισης και εργασίας εκτός δομών για νέους που θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο, όπως οι νεαροί παραβάτες. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα που είχαν ορισμένες από αυτές τις πρωτοβουλίες ήταν η μείωση του αριθμού των νέων για τους οποίους εκδίδονται ποινικές καταδικαστικές αποφάσεις.

Υπάρχουν παρεμβάσεις που παρέχουν εναλλακτικές λύσεις έναντι των στρατηγικών επιβολής του νόμου και τιμωρίας, με στόχο την αποτροπή ή τη μείωση του αριθμού των νεαρών ατόμων που καταλήγουν σε μία ζωή εγκληματικής δραστηριότητας, με ανεπανόρθωτες συνέπειες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ομάδες Νεαρών Παραβατών (Youth Offending Teams — YOT) περιλαμβάνουν επαγγελματίες του τομέα των ναρκωτικών οι οποίοι αξιολογούν τις περιπτώσεις νεαρών παραβατών όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών και, όποτε το κρίνουν κατάλληλο, προσφέρουν παρεμβάσεις προκειμένου να αποτρέψουν περαιτέρω χρήση. Το πρόγραμμα Αλληλεγγύη των Νέων (MSF) στο Λουξεμβούργο λειτουργεί σε παρόμοια βάση σε στενή συνεργασία με δικαστές ανηλίκων και αρμόδιους φορείς επιβολής του νόμου.

Το πρόγραμμα FRED στη Γερμανία στοχεύει στην εφαρμογή έγκαιρων παρεμβάσεων σε χρήστες ναρκωτικών οι οποίοι ενημερώνονται πρώτα ⁽¹⁸⁵⁾. Προγράμματα επιβολής του νόμου στη Φινλανδία λειτουργούν με βάση τις ίδιες αρχές.

Νέοι που ζητούν τη βοήθεια θεραπευτικών υπηρεσιών

Η αίτηση θεραπείας από τα ναρκωτικά αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και της σοβαρής ανάγκης που υπάρχει. Το 2001 στην ΕΕ οι νέοι ηλικίας έως 19 ετών αντιπροσώπευαν σχεδόν το 10 % των συνολικών αναφερόμενων αιτήσεων για εξειδικευμένη θεραπεία από τα ναρκωτικά. Από αυτούς, περισσότεροι από τους μισούς λάμβαναν θεραπεία για τη χρήση κάνναβης ως κύριου ναρκωτικού. Σχεδόν το ένα τέταρτο λάμβανε θεραπεία για προβλήματα που αφορούσαν τη χρήση οπιούχων, ενώ οι υπόλοιποι κατανέμονταν ομοιόμορφα μεταξύ της θεραπείας για χρήση κοκαΐνης και άλλων διεγερτικών ναρκωτικών. Ωστόσο, υπάρχουν αποκλίσεις σε εθνικό επίπεδο: για παράδειγμα, στην Ιρλανδία το ποσοστό των νεαρών ατόμων που λαμβάνει θεραπεία είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα της ΕΕ. Η θεραπεία ατόμων ηλικίας κάτω των 18 ετών είναι πιο περίπλοκη εξαιτίας της γονικής συναίνεσης που απαιτείται αλλά και του προβληματισμού που υπάρχει για τη χορήγηση συνταγογραφούμενων ναρκωτικών υποκατάστασης, δεδομένου ότι η έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις των ναρκωτικών αυτών στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι ελλιπής. Τα περισσότερα νεαρά άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για σοβαρά προβλήματα ναρκωτικών παρακολουθούν προγράμματα στα καθιερωμένα θεραπευτικά περιβάλλοντα.

Σε ορισμένες χώρες έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένες θεραπευτικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες υπάρχει μία μικρή κλινική που απευθύνεται σε νέους ηλικίας 13 έως 18 ετών. Στη Φινλανδία, δίδεται ιδιαίτερη έμφαση σε μία διαδικασία διαρκούς και εντατικής ψυχοκοινωνικής θεραπείας παράλληλα με την απαραίτητη θεραπεία σε σχετικές μονάδες. Με βάση τις πληροφορίες για το 1999, υπήρχαν έξι θεραπευτικές μονάδες για νεαρούς χρήστες ναρκωτικών, συνολικής δυναμικότητας 40 κλινών. Επιπλέον, υπήρχαν σε αναμορφωτήρια τρεις μονάδες εξειδικευμένες στη θεραπεία από τα ναρκωτικά, οι οποίες διέθεταν συνολικά 23 κλίνες. Στο Λουξεμβούργο υπάρχει ένα εξειδικευμένο κέντρο όπου το 43 % των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία σε αυτό είναι ηλικίας κάτω των 16 ετών. Στην Ελλάδα, εφαρμόζονται έγκαιρες παρεμβάσεις οι οποίες απευθύνονται σε εφήβους χρήστες ναρκωτικών και στις οικογένειές τους (οικογενειακή θεραπεία) καθώς και σε εφήβους που έχουν προβλήματα με τη δικαιοσύνη.

Στη Σουηδία, τα νεαρά άτομα ηλικίας μεταξύ 12 και 21 ετών που αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συχνά σε συνδυασμό με στοιχεία εγκληματικής συμπεριφοράς και χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, μπορούν να σταλούν σε ιδρύματα για θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Οι μέθοδοι θεραπείας περιλαμβάνουν θεραπεία σχετικά με το περιβάλλον, τη λειτουργική οικογένεια, γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία και, όσον αφορά τη χρήση ουσιών, τη μέθοδο των δώδεκα σταδίων. Στους νεαρούς παραβάτες, ως εναλλακτική λύση έναντι της φυλακής, θα παρέχεται περίθαλψη σύμφωνα με το νόμο περί περίθαλψης νεαρών ατόμων (ειδικές διατάξεις) σε κλειστές θεραπευτικές μονάδες περίθαλψης νέων ⁽¹⁸⁶⁾. Για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους θεραπείας βλέπε σ. 51.

Κοινωνικός αποκλεισμός και επανένταξη

Ορισμοί και έννοιες

Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα για την κοινωνική αβεβαιότητα και ένταξη («Social precarity and integration») ⁽¹⁸⁷⁾, το ποσοστό του ευρωπαϊκού πληθυσμού που διατρέχει κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρώπη κυμαίνεται από 9 έως 22 % (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2001). Οι άνθρωποι θεωρούνται κοινωνικά αποκλεισμένοι εάν «αποτρέπεται η πλήρης συμμετοχή τους στην οικονομική, κοινωνική και πολιτική ζωή και/ή όταν η πρόσβασή τους σε εισοδήματα και άλλους πόρους (προσωπικούς, οικογενειακούς και πολιτισμικούς) είναι τόσο ανεπαρκής, ώστε να τους αποκλείει από το να απολαμβάνουν ένα επίπεδο διαβίωσης που θεωρείται αποδεκτό από την κοινωνία στην οποία ζουν» (Gallie και Paugam, 2002).

Έτσι, ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να οριστεί ως ένας συνδυασμός της έλλειψης οικονομικών πόρων, της κοινωνικής απομόνωσης και της περιορισμένης πρόσβασης σε κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα: πρόκειται για μία σχετική έννοια μέσα σε κάθε κοινωνία (CEIES, 1999) και αντιπροσωπεύει μία προοδευτική

⁽¹⁸⁵⁾ Βλέπε EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

⁽¹⁸⁶⁾ Βλέπε <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Έρευνα Ευρωπαϊκού μετρου 56.1 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf).

συσσώρευση κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων με την πάροδο του χρόνου. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι τα προβλήματα που αφορούν την εργασία, το επίπεδο εκπαίδευσης και διαβίωσης, την υγεία, την εθνικότητα, τη χρήση ναρκωτικών, τις διαφορές μεταξύ των φύλων και τη βία (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, 2001· εθνικές εκθέσεις, 2002).

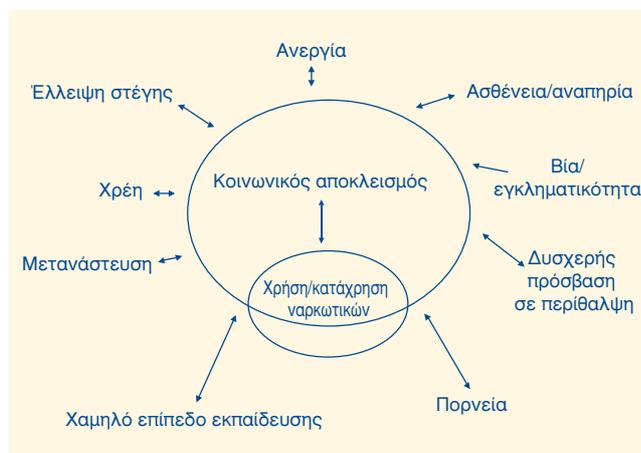
Η χρήση ναρκωτικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ως συνέπεια ή ως αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού (Carpentier, 2002): η χρήση ναρκωτικών μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης, όμως από την άλλη μεριά οι διαδικασίες κοινωνικής περιθωριοποίησης μπορούν να αποτελέσουν αιτία για την έναρξη της χρήσης ναρκωτικών. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μία σχέση αιτιώδους συνάφειας διότι «ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ισχύει για όλους τους χρήστες ναρκωτικών» (Tomas, 2001).

Λαμβάνοντας υπόψη τους σύνθετους αυτούς συσχετισμούς, μπορεί να αναλυθεί η χρήση ναρκωτικών στους κοινωνικά αποκλεισμένους πληθυσμούς και να μελετηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός στους τοξικομανείς (διάγραμμα 22).

Πρότυπα και επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών που παρατηρούνται στον κοινωνικά αποκλεισμένο πληθυσμό

Στη βιβλιογραφία και στην έρευνα οι πληθυσμοί που συνήθως θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού είναι οι ακόλουθοι: κρατούμενοι, μετανάστες ⁽¹⁸⁸⁾, άστεγοι, άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ και ευάλωτα νεαρά άτομα. Λόγω της έλλειψης πηγών πληροφοριών και συγκρίσιμων δεδομένων σε ολόκληρη την Ευρώπη, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τυχόν αποκλίσεις και μεθοδολογικοί περιορισμοί στις πληροφορίες που

Διάγραμμα 22: Σχέση μεταξύ κοινωνικού αποκλεισμού και χρήσης ναρκωτικών



παρουσιάζονται σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και τα πρότυπα χρήσης στις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.

Η σχέση μεταξύ της φυλάκισης και της χρήσης ναρκωτικών δείχνει ότι είναι αρκετά στενή (βλέπε επίσης σ. 35). Ένα μεγάλο ποσοστό των κρατουμένων είναι χρήστες ναρκωτικών πριν από τη φυλάκισή τους και ο λόγος της φυλάκισης συχνά συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, ορισμένα άτομα ακολουθούν την αντίθετη πορεία, γίνονται δηλαδή χρήστες ναρκωτικών μετά τη φυλάκισή τους για διάπραξη εγκλημάτων. Μελέτες δείχνουν ότι ένα ποσοστό μεταξύ 3 και 26 % των χρηστών ναρκωτικών στις φυλακές της Ευρώπης ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών στη φυλακή και ένα ποσοστό μεταξύ 0,4 και 21 % των κρατουμένων ΧΕΝ κάνουν για πρώτη φορά ενέσιμη χρήση στη φυλακή. Η χρήση ναρκωτικών στη φυλακή είναι πολύ συνηθισμένη: ένα ποσοστό έως και 54 % των τροφίμων των φυλακών αναφέρουν χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της φυλάκισής τους, ενώ ένα ποσοστό έως 34 % αναφέρουν ενέσιμη χρήση στη φυλακή (Stoever, 2001· ΕΚΠΝΤ, 2002a).

Η σχέση μεταξύ των «εθνοτικών ομάδων μαύρων και μειονοτήτων» και της χρήσης ναρκωτικών είναι λιγότερο σαφής, καθώς οι διαθέσιμες πληροφορίες είναι περιορισμένες. Δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι η χρήση ναρκωτικών είναι υψηλότερη στους μετανάστες απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε συγκεκριμένες μειονοτικές εθνοτικές ομάδες έχουν διαπιστώσει υψηλότερο ποσοστό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στις ομάδες αυτές σε σύγκριση με τους γενικούς πληθυσμούς, όπως στους Ingrian στη Φινλανδία (1–2 % εκτιμάται ότι είναι χρήστες ναρκωτικών και ιδίως ηρωίνης), στους Κούρδους στη Γερμανία, στους Αθίγγανους στην Ισπανία και διάφορες εθνοτικές ομάδες στις Κάτω Χώρες (Vrieling κ.ά., 2000) ⁽¹⁸⁹⁾. Οι λόγοι γι' αυτό θα μπορούσαν να είναι ένας συνδυασμός παραγόντων κοινωνικής μειονεξίας, όπως η κακή χρήση της τοπικής γλώσσας, προβλήματα ανεργίας και στέγης, κακές συνθήκες διαβίωσης και έλλειψη οικονομικών πόρων (εθνικές εκθέσεις, 2002).

Όσον αφορά τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών, μεταξύ των εθνοτικών ομάδων διαπιστώνονται διαφορές. Χρήση «χατ» αναφέρεται μόνο από πληθυσμούς Σομαλών και μαύρων αφρικανών, ενώ ηρωίνη καπνίζουν μετανάστες από το Σουρινάμ και το Μπανγκλαντές. Επίσης, η χρήση ναρκωτικών στους Αθίγγανους που κατοικούν στην Ισπανία φαίνεται να ξεκινά σε νεαρότερη ηλικία (κατά 2–3 έτη) σε σύγκριση με τον εθνικό πληθυσμό (Eland και Rigter, 2001· Reinking κ.ά., 2001· Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Οι άστεγοι επίσης αναφέρεται ότι διατρέχουν κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών. Παρά το γεγονός ότι δεν διατίθενται συγκρίσιμα στοιχεία σε ολόκληρη την

⁽¹⁸⁸⁾ Σύμφωνα με το ΕΚΠΝΤ (2002β) ως μετανάστες ορίζονται οι «εθνοτικές ομάδες μαύρων και μειονοτήτων» και περιλαμβάνονται πληθυσμοί μεταναστών από διάφορες κοινότητες που ζουν σε χώρες της ΕΕ, οι οποίοι μπορούν να προσδιοριστούν με βάση το χρώμα του δέρματος και οι οποίοι ενδέχεται να αντιμετωπίζουν διακρίσεις εξαιτίας αυτού ή του πολιτισμού τους.

⁽¹⁸⁹⁾ Πίνακας 19 ΕΓ: Κατανομή των κύριων προβλημάτων εθισμού (αλκοόλ, ηρωίνη, κοκαΐνη, κάνναβη και τυχερά παιχνίδια) στις Κάτω Χώρες στους μετανάστες και τους ολλανδούς υπηκόους (έκδοση επί γραμμής).

Ευρώπη σχετικά με τη σχέση μεταξύ της έλλειψης στέγης και της χρήσης ναρκωτικών, έχουν πραγματοποιηθεί ειδικές μελέτες σε πολλές χώρες και η χρήση ναρκωτικών αναφέρεται ότι αποτελεί συχνό πρόβλημα στους αστέγους (Εθνικές εκθέσεις, 2002). Η Δανία, η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι ένα ποσοστό έως 80 % των αστέγων που ζουν σε καταυλισμούς είναι τοξικομανείς· τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών είναι ακόμη υψηλότερα στους νέους που ζουν στο δρόμο ή στους αστέγους που αντιμετωπίζουν και άλλα κοινωνικά προβλήματα. Για παράδειγμα, σύμφωνα με μια μικρού μεγέθους μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, το 67 % των αστέγων πρώην κρατουμένων είναι τοξικομανείς (Hickey, 2002). Στους αστέγους, η ηρωίνη είναι το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό, ενώ ακολουθεί η κοκαΐνη και η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών. Άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και η κοινή χρήση συρίγγων αναφέρονται επίσης σε υψηλά ποσοστά στους αστέγους ⁽¹⁹⁰⁾.

Στα ευάλωτα νεαρά άτομα αναφέρεται ότι η χρήση ναρκωτικών είναι συχνή· υψηλό ποσοστό επικράτησης διαπιστώνεται στα παιδιά που αντιμετωπίζουν οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα ή προβλήματα στο σχολείο. Υψηλό ποσοστό επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών έχει διαπιστωθεί στα παιδιά τοξικομανών: τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών κατά το προηγούμενο της έρευνας έτος είναι σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά της «μη ευάλωτης» ομάδας (επικράτηση σε όλη τη ζωή 37–49 % έναντι 29–39 % στα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν είναι χρήστες) ⁽¹⁹¹⁾. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι τα παιδιά που έχουν δεχθεί σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση μέσα στην οικογένεια διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο χρήσης ναρκωτικών όταν ενηλικιωθούν (Liebschutz κ.ά., 2002). Στην Πορτογαλία, τα νεαρά θύματα οικογενειακής κακοποίησης και βίας αναφέρεται ότι έχουν επτά φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν χρήση ηρωίνης σε σύγκριση με τα νεαρά άτομα στον γενικό πληθυσμό (Lourenço και Carvalho, 2002). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι «νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι τους» ⁽¹⁹²⁾ φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν χρήση ναρκωτικών. Τα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή είναι 2–8 φορές υψηλότερα απ' ό,τι στα νεαρά άτομα που δεν έχουν εγκαταλείψει ποτέ το σπίτι τους. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα ναρκωτικά είναι το κρακ, η ηρωίνη και οι διαλυτικές ουσίες. Τα προβλήματα στο σχολείο είναι άλλος ένας παράγοντας κινδύνου για τη χρήση ναρκωτικών: υψηλό ποσοστό επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών αναφέρεται σε παιδιά που δεν πηγαίνουν σε σχολείο (Amossé κ.ά., 2001), σε παιδιά που είναι τρόφιμοι αναμορφωτηρίων (στη Φινλανδία, το 40 % των παιδιών που είναι τρόφιμοι αναμορφωτηρίων αναφέρεται ότι είχαν πρόβλημα εθισμού κάποια στιγμή στη ζωή τους και για το 16 % εξ

αυτών το πρόβλημα είχε σχέση με τα ναρκωτικά) (Lehto-Salo κ.ά., 2002) και σε παιδιά με χαμηλούς βαθμούς (13,5 % στη Νορβηγία) (Vestel κ.ά., 1997).

Στα άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ, η χρήση ναρκωτικών αποτελεί συχνά ένα κίνητρο για πορνεία, θα μπορούσε όμως επίσης να αποτελεί συνέπεια αυτού (όπως στην περίπτωση άλλων παραγόντων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών). Τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών ποικίλλουν ανάλογα με το αν η πορνεία προηγείται ή έπεται της τοξικομανίας. Στο πλαίσιο μιας ποιοτικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία σε ιερόδουλες στο δρόμο διαπιστώθηκε ότι, όταν τα άτομα που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα που συνδέονται με την πορνεία, καταναλώνουν κυρίως αλκοόλ, ηρεμιστικά ή άλλα ψυχοδραστικά φάρμακα· αντιθέτως, όταν η τοξικομανία είναι η κύρια αιτία για την πορνεία, το ναρκωτικό που χρησιμοποιείται είναι κυρίως η ηρωίνη (Calderone κ.ά., 2001).

Πορίσματα ή στοιχεία ερευνών σχετικά με άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες είναι διαθέσιμα σε πολύ μικρότερο βαθμό· η Δανία αναφέρει ότι στους ασθενείς ψυχιατρικών υπηρεσιών το 50–60 % είναι τοξικομανείς, πιθανότατα λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας ναρκωτικών και λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί είναι εξοικειωμένοι με τη λήψη ψυχοδραστικών φαρμάκων (Εθνική έκθεση, 2002).

Σχέση μεταξύ κοινωνικού αποκλεισμού και χρήσης ναρκωτικών

Περισσότερα στοιχεία είναι διαθέσιμα σχετικά με τις κοινωνικές συνθήκες στον πληθυσμό που υποβάλλεται σε θεραπεία. Στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών περιλαμβάνονται το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, πρόωγη αποχώρηση και εγκατάλειψη του σχολείου· η ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί και τα δύσκολα επαγγέλματα· το χαμηλό εισόδημα και τα χρέη· η έλλειψη ασφαλούς στέγης και η έλλειψη στέγης γενικότερα· η θνησιμότητα και τα συνδεδεμένα με τα ναρκωτικά νοσήματα· η περιορισμένη πρόσβαση σε περίθαλψη· και ο κοινωνικός στιγματισμός (πίνακας 5).

Σχετικές διαφορές στις κοινωνικές συνθήκες χρήσης ναρκωτικών διαπιστώνονται με βάση τη χρησιμοποιούμενη ουσία και τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών· οι χειρότερες συνθήκες διαπιστώνονται στους χρήστες ηρωίνης και οπιούχων και στους χρόνιους τοξικομανείς.

Το 47 % των ατόμων που παρακολουθούσαν θεραπεία το 2001 δεν είχε πάει ποτέ σε σχολείο ή είχε ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση· υψηλά ποσοστά πρόωγη αποχώρησης και εγκατάλειψης του σχολείου είναι επίσης συχνά στους χρήστες ναρκωτικών. Διαφορές διαπιστώνονται ανάλογα με το κύριο ναρκωτικό που

⁽¹⁹⁰⁾ Το βρετανικό Υπουργείο Εσωτερικών αναφέρει ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο πάνω από το ένα τρίτο των αστέγων έχουν κάνει ενέσιμη χρήση ηρωίνης, ενώ το ένα πέμπτο έχει κάνει ενέσιμη χρήση κρακ. Τον τελευταίο μήνα, πάνω από το 10 % είναι πιθανό να έχει χρησιμοποιήσει τη σύριγγα κάποιου άλλου ή να έχει δώσει σε άλλον τη δική του σύριγγα (Carlen, 1996· Goulden και Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και την Ουαλία το 1998–1999 σε 4 848 νεαρά άτομα (Goulden και Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ Η μονάδα κοινωνικού αποκλεισμού που υπάγεται στο γραφείο του βρετανού αντιπροέδρου της κυβέρνησης ορίζει ως «νεαρό άτομο που εγκαταλείπει το σπίτι του» ένα «παιδί ή νεαρό άτομο ηλικίας κάτω των 18 ετών που περνά μία ή περισσότερες νύχτες μακριά από την οικογενειακή κατοικία ή μέριμνα χωρίς άδεια, ή έχει αναγκασθεί από τους γονείς ή τα άτομα που έχουν την επιμέλειά του να φύγει» (Social Exclusion Unit, 2002).

Πίνακας 5: Κοινωνικές συνθήκες (εκπαίδευση, εργασιακή κατάσταση, στέγαση) των ατόμων υπό θεραπεία στα κράτη μέλη της ΕΕ το 2001

Κοινωνικές συνθήκες		Χρήσεις υπό θεραπεία ναρκωτικών (έγκυρο %) ⁽¹⁾
Εκπαίδευση (n = 98 688)	Δεν έχει πάει ποτέ σε σχολείο/ δεν έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση	8.0
	Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	43.6
Εργασιακή κατάσταση (n = 100 000)	Άνεργος	47.4
	Οικονομικά αδρανείς	9.6
Στέγαση (n = 41 299)	Μη σταθερό κατάλυμα	10.4
	Ιδρύματα	7.5
⁽¹⁾ Τα ποσοστά υπολογίζονται με βάση τον συνολικό αριθμό περιπτώσεων που αναφέρονται ως μεμονωμένη κατηγορία· το άθροισμα δεν ισούται με 100 % καθώς αναφέρονται μόνο οι τιμές που ενδιαφέρουν το κεφάλαιο αυτό (δεν έχει πάει ποτέ σε σχολείο, άνεργος, κλπ.)· για τα πλήρη στοιχεία βλέπε διάγραμμα 55 ΕΓ· Επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα· διάγραμμα 56 ΕΓ· Εργασιακή κατάσταση στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα· και διάγραμμα 57 ΕΓ· Συνθήκες διαβίωσης στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα (έκδοση επί γραμμής). Πηγή: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox — Στοιχεία ΔΑΘ 2001.		

χρησιμοποιείται και ανάλογα με τη χώρα ⁽¹⁹³⁾: οι χρήστες οπιούχων (ειδικότερα οι χρήστες ηρωίνης) έχουν το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Εθνικές εκθέσεις, 2002).

Λόγω των επισφαλών κοινωνικών συνθηκών υπό τις οποίες ζουν, οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζουν επίσης προβλήματα όσον αφορά την εργασιακή τους κατάσταση· τα ποσοστά ανεργίας είναι πολύ υψηλά σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [47,4 % στους χρήστες που υποβάλλονται σε θεραπεία έναντι 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ στον γενικό πληθυσμό]· η εύρεση εργασίας είναι δύσκολη και είναι σπάνιο για τους τοξικομανείς να διατηρούν μία θέση εργασίας για μεγάλο διάστημα ή να ακολουθούν επαγγελματική σταδιοδρομία (DrugScore, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Μία επισφαλής εργασιακή κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά προβλήματα· οι τοξικομανείς συχνά έχουν χαμηλό εισόδημα ή καθόλου οικονομικούς πόρους (32–77 % των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία ζουν στηριζόμενοι σε κοινωνικές παροχές). Επίσης, είναι σύνηθες να έχουν χρέη.

Οι συνθήκες διαβίωσης των χρηστών ναρκωτικών είναι, σύμφωνα με τα στοιχεία, πολύ άσχημες: το 10,4 % των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία δεν έχουν σταθερό κατάλυμα και το 7,5 % ζει σε κάποιο ίδρυμα. Επιπλέον, πολλές χώρες αναφέρουν υψηλά ποσοστά αστέγων (έως 29 %) στους τοξικομανείς ⁽¹⁹⁶⁾.

Όσον αφορά την εθνικότητα, τα χαρακτηριστικά είναι παρόμοια με τη διάρθρωση του γενικού πληθυσμού ⁽¹⁹⁷⁾: τα άτομα που παρακολουθούν θεραπεία είναι κυρίως

υπήκοοι της χώρας όπου ζητούν θεραπεία και ο αριθμός των ατόμων που προέρχονται από άλλες χώρες (ευρωπαϊκές ή μη) είναι ανάλογος του ποσοστού των αλλοδαπών στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, θα πρέπει να υπενθυμιστεί ότι σε ορισμένες χώρες η καταγραφή της εθνικότητας/εθνότητας των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία δεν επιτρέπεται και, κατά συνέπεια, τέτοιες πληροφορίες δεν διατίθενται συστηματικά.

Πέραν των άμεσων επιπτώσεων για την υγεία (βλέπε σσ. 25 και 29), οι χρήστες ναρκωτικών μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη λόγω της απροθυμίας τους να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ή λόγω περιορισμένης εκπαίδευσης, χαμηλού βαθμού αποδοχής τους από τις γενικές ιατρικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα προβλήματα υγείας για τα οποία δεν διατίθενται κατάλληλες υπηρεσίες.

Τέλος, οι χρήστες ναρκωτικών έχουν μία αρνητική κοινωνική εικόνα και ενδέχεται να αντιμετωπίζουν εχθρικότητα από τον γενικό πληθυσμό και τις δημόσιες αρχές. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μία φυλακή στη Βιέννη διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες ναρκωτικών μερικές φορές αντιμετωπίζουν βία και παρενόχληση από αστυνομικούς ή άλλους δημόσιους υπαλλήλους (Waidner, 1999).

Κοινωνική επανένταξη

Τόσο σε ευρωπαϊκές χώρες όσο και στη Νορβηγία λαμβάνονται μέτρα για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού σε ομάδες που είτε αντιμετωπίζουν είτε όχι προβλήματα τοξικομανίας, αλλά και για την αντιμετώπιση των κοινωνικών συνεπειών της χρήσης/κατάχρησης ναρκωτικών.

Με βάση τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά (2000–2004) (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000) και μία ειδική μελέτη σχετικά με την κοινωνική επανένταξη στην ΕΕ και τη Νορβηγία (ΕΚΠΝΤ, 2003β), η κοινωνική επανένταξη θα μπορούσε να οριστεί ως «οποιοσδήποτε προσπάθειες ένταξης των χρηστών ναρκωτικών στην τοπική κοινωνία».

Οι παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης απευθύνονται τόσο σε τρέχοντες όσο και σε πρώην προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, δηλαδή από «καθαρούς» πρώην τοξικομανείς που λειτουργούν πλέον καλά μέσα στην κοινωνία και άτομα που παρακολουθούν μακρόχρονα προγράμματα μεθαδόνης έως τους πλέον άπορους τοξικομανείς που ζουν στο δρόμο. Το στοιχείο της θεραπείας, είτε ιατρικής είτε ψυχοκοινωνικής, δεν απαιτείται απαραίτητα. Αυτό σημαίνει επίσης ότι η κοινωνική επανένταξη δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται μετά τη θεραπεία αλλά μπορεί να λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα από την προηγούμενη παρακολούθηση θεραπείας, όντας είτε το τελικό στάδιο μιας διαδικασίας θεραπείας είτε μία χωριστή και ανεξάρτητα μεταθεραπευτική παρέμβαση που πραγματοποιείται από εξωθεραπευτικές υπηρεσίες με χωριστούς στόχους και μέσα. Οι υπηρεσίες κοινωνικής

⁽¹⁹³⁾ Διάγραμμα 55 ΕΓ: Επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁹⁴⁾ Μέσο ποσοστό ανεργίας στα 15 κράτη μέλη (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Διάγραμμα 56 ΕΓ: Εργασιακή κατάσταση στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁹⁶⁾ Διάγραμμα 57 ΕΓ: Συνθήκες διαβίωσης στο σύνολο των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα (έκδοση επί γραμμής).

⁽¹⁹⁷⁾ Διάγραμμα 58 ΕΓ: Εθνικότητα των ατόμων υπό θεραπεία ανά χώρα (έκδοση επί γραμμής).

επανεπένταξης δεν απευθύνονται αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών, αλλά μπορούν να απευθύνονται σε κάθε είδους εξαρτημένα άτομα (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που είναι εθισμένα στο αλκοόλ αλλά και σε νόμιμες ναρκωτικές ουσίες) ή ακόμα και σε όλες τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες (π.χ. άστεγοι και άτομα που κοιμούνται στο δρόμο).

Δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί μία ποσοτική γενική επισκόπηση των μέτρων κοινωνικής επανεπένταξης στα κράτη μέλη της ΕΕ, καθώς ο όρος «κοινωνική επανεπένταξη» δεν χρησιμοποιείται με συνέπεια. Παρόλο που διαφορετικές υπηρεσίες μπορεί να συνυπάρχουν παράλληλα, σε επίπεδο χώρας συνήθως αποτελούν γενικούς «τρόπους παροχής» κοινωνικής επανεπένταξης:

- που απευθύνονται σε όλες τις αποκλεισμένες ομάδες είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού είτε όχι·
- που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα εθισμού γενικά·
- που απευθύνονται ειδικά και αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών (διάγραμμα 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

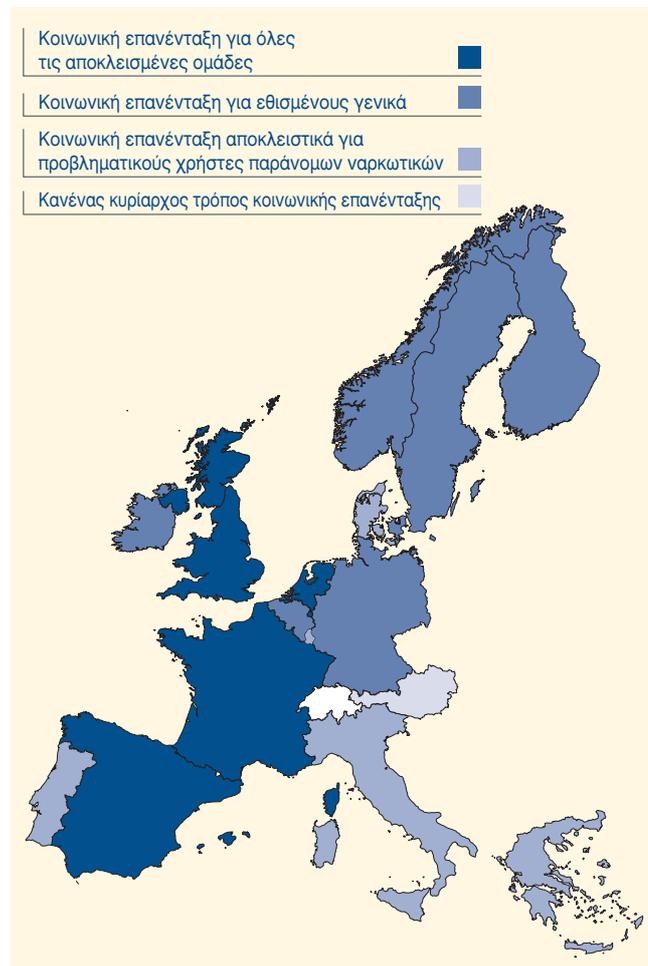
Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν ποσοτικώς οι διαθέσιμες υπηρεσίες κοινωνικής επανεπένταξης και να αξιολογηθεί η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρόλο που τα στοιχεία φανερώσουν μάλλον ανεπαρκή αριθμό υπηρεσιών. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων είναι πιθανότατα ανεπαρκής. Για παράδειγμα, η Γερμανία εκτιμά ότι χρειάζεται περίπου 25 000 χώρους κοινωνικής επανεπένταξης, ενώ ο αριθμός των διαθέσιμων σήμερα εγκαταστάσεων ανέρχεται χονδρικά σε 4 000. Ένα πρόγραμμα απασχόλησης στην Αυστρία κατέγραψε διπλάσιο αριθμό αιτήσεων από τις διαθέσιμες θέσεις και αναγκάστηκε να απορρίπτει κατά μέσο όρο 15 άτομα ημερησίως.

Η κοινωνική επανεπένταξη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικούς τύπους παρεμβάσεων: εκπαίδευση (στην οποία περιλαμβάνεται η κατάρτιση), στέγαση και απασχόληση.

Πολλοί χρήστες ναρκωτικών έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και πολλές εθνικές εκθέσεις περιγράφουν κακή σχέση μεταξύ των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και της αγοράς εργασίας [Ελλάδα (Καβουνίδη, 1996), Δανία (Stauffacher, 1998), Κάτω Χώρες (Uunk και Vrooman, 2001)]. Επομένως, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αναβάθμιση των ακαδημαϊκών, τεχνικών ή πρακτικών δεξιοτήτων αυξάνουν τις πιθανότητες των ατόμων που παρακολουθούν τη θεραπεία στην αγορά εργασίας.

Τα μέτρα απασχόλησης μπορούν να λάβουν πολλές διαφορετικές μορφές, για παράδειγμα παροχή χρηματοδοτικής ενίσχυσης σε επιχειρήσεις που απασχολούν ένα χρήστη ναρκωτικών σε μία ανταγωνιστική θέση εργασίας, όπως αναφέρεται από την Ελλάδα. Άλλα μέτρα περιλαμβάνουν τη σύσταση υπηρεσιών απασχόλησης, όπως το Χρηματιστήριο Θέσεων Εργασίας της Βιέννης στην Αυστρία, ή η παροχή βοήθειας σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ώστε να συστήσουν τις δικές τους επιχειρήσεις, όπως συμβαίνει επίσης στην Ελλάδα, καθώς και στην Ισπανία υπό την αιγίδα του προγράμματος απασχόλησης «Πρώθηση της αυτοαπασχόλησης» (αυτό το είδος

Διάγραμμα 23: Βασικοί τρόποι κοινωνικής επανεπένταξης για προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στην ΕΕ και τη Νορβηγία



Πηγή: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox.

παρέμβασης αλληλεπικαλύπτεται με εκπαίδευση/κατάρτιση).

Τέλος, η παροχή στέγης ή βοήθειας για την ανεύρεση στέγης έχει ως στόχο να φέρει μεγαλύτερη σταθερότητα στη ζωή των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία. Η παροχή στέγης μπορεί να αποτελέσει αυτή καθαυτή μία παρέμβαση, αλλά συχνά συνοδεύεται από την παροχή ψυχοκοινωνικής βοήθειας και κάποιου είδους εποπτείας. Ένα παράδειγμα παράλληλης ψυχοκοινωνικής μέριμνας είναι το ίδρυμα Haus am Seespitz στο Τιρόλο, μία ανοιχτή μεταθεραπευτική ομάδα που οργανώνει συναντήσεις σε εγκαταστάσεις στέγασης. Στο Βέλγιο, η υπηρεσία «Habitations Protégées» παρέχει τόσο στέγαση όσο και ψυχιατρική περίθαλψη. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία [Εθνική έκθεση Ιρλανδίας (Hickey, 2002)] έδειξε ότι το 79 % των γυναικών και το 76 % των ανδρών πρώην κρατουμένων δήλωσαν ότι η ανεύρεση κατάλληλης στέγης αποτελούσε το βασικό τους πρόβλημα και το λόγο του κοινωνικού τους αποκλεισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι η παροχή στέγης αποτελεί μία σημαντική παρέμβαση κοινωνικής επανεπένταξης.

⁽¹⁹⁸⁾ Για περισσότερες λεπτομερέστερες πληροφορίες και επισκοπήσεις χωρών βλέπε τη μελέτη «Social reintegration in the European Union and Norway» (Κοινωνική επανεπένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Δημόσιες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών ⁽¹⁹⁹⁾

Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά (2000–2004) ορίζει ότι το Συμβούλιο και η Επιτροπή της ΕΕ πρέπει, με βάση το έργο του ΕΚΠΝΤ και της Ομάδας Ρομπιδού, να προσπαθήσει να καταρτίσει έναν αναλυτικό κατάλογο όλων των δημοσίων δαπανών στον τομέα των ναρκωτικών.

Στο πλαίσιο των προσπαθειών του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά, το ΕΚΠΝΤ, με την πολύτιμη συμβολή των εθνικών εστιακών σημείων του δικτύου Ρείτοχ, διερευνά στην έκθεση αυτή τις άμεσες δημόσιες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών, που καταβλήθηκαν το 1999 ⁽²⁰⁰⁾. Κύριο θέμα αποτελούν οι δαπάνες σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, η πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών, η θεραπεία από την τοξικομανία (με νοσηλεία ή σε δομές εξωτερικής παραμονής, με υποκατάσταση ή στεγνή θεραπεία), η αποκατάσταση και η επανένταξη, η εργασία εκτός δομών, η μείωση των επιβλαβών συνεπειών και η εκπαίδευση, και η έρευνα και ο συντονισμός σε σχέση με τη μείωση της ζήτησης. Για την καλύτερη παρουσίαση της έρευνάς μας, δεν συμπεριλάβαμε τις άμεσες δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνονται ιδιωτικοί οργανισμοί υγείας (θεραπευτικά κέντρα, κλινικές κλπ.) και τις έμμεσες δαπάνες με τις οποίες επιβαρύνονται γενικές υπηρεσίες, όπως γενικά νοσοκομεία και ιατρικά έκτακτων περιστατικών. Τέλος, δεν εξετάστηκε το ευρύτερο και πολύ πιο σύνθετο ζήτημα του κοινωνικού κόστους των παράνομων ναρκωτικών.

Η εξέταση του ζητήματος των δημοσίων δαπανών στον τομέα των ναρκωτικών (αν και σε περιορισμένη έκταση) στο πλαίσιο της παρούσας έκθεσης αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στην αύξηση της ευαισθητοποίησης στις χώρες της ΕΕ όσον αφορά τη σχέση του δείκτη ναρκωτικών-πολιτικής και όχι στην παραγωγή εμπειρικών στοιχείων.

Περιορισμοί και αξιοπιστία των στοιχείων

Παρόλο που περιορίστηκε το πεδίο εξέτασης, εντούτοις τα αποτελέσματα που προκύπτουν επιβεβαιώνουν τις δυσκολίες που δημιουργούνται από την περιορισμένη διαθεσιμότητα και συγκέντρωση στοιχείων σε έναν τομέα ο οποίος κάθε άλλο παρά ανεπτυγμένος είναι στην ΕΕ. Ουσιαστικά, πέραν της ad hoc έρευνας που πραγματοποιήθηκε κατά την προετοιμασία της παρούσας έκθεσης ⁽²⁰¹⁾, λίγες μόνο μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί με στόχο τον ποσοτικό προσδιορισμό των δημοσίων πόρων που διατίθενται για θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά στην ΕΕ ⁽²⁰²⁾. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, η πλειονότητα των χωρών της ΕΕ δεν μπορούν

να πουν με ακρίβεια τι ποσά δαπανούν στην καταπολέμηση των ναρκωτικών και της τοξικομανίας.

Συνεπώς, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα δεν ήταν σε θέση να παράσχουν ολοκληρωμένα στοιχεία. Πράγματι, ορισμένα στοιχεία ελλείπουν και συχνά οι υπολογισμοί έχουν βασιστεί σε εκτιμήσεις και μεθοδολογίες παρέκτασης ⁽²⁰³⁾.

Όπως αναφέρεται από μεγάλο αριθμό εστιακών σημείων και επιβεβαιώνεται από τη σχετική βιβλιογραφία, υπάρχουν τουλάχιστον πέντε παράγοντες που μπορούν να περιορίσουν μια τέτοια έρευνα: 1) η έλλειψη στοιχείων για ορισμένες περιοχές και ορισμένες χώρες· 2) η δυσκολία απομόνωσης των στοιχείων για τα παράνομα ναρκωτικά από τα στοιχεία που αναφέρονται σε αμφότερες τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες και το αλκοόλ· 3) οι ποικίλοι παράγοντες και οργανισμοί σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο που είναι υπεύθυνοι για τις δαπάνες· 4) η δυσκολία ακριβούς διαχωρισμού των δημοσίων δαπανών σε θεωρητικές κατηγορίες, όπως η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης· και 5) η πολυπλοκότητα της ανάλυσης των δαπανών, σε αυτές τις δύο κατηγορίες, ανά τομέα παρέμβασης (θεραπεία, πρωτογενής πρόληψη, αποκατάσταση, συνεργασία, συντονισμός κλπ.).

Είναι ενδιαφέρον, ωστόσο, να σημειωθεί ότι, αν και οι μελέτες αυτού το είδους είναι σαφώς περίπλοκες λόγω των μεθοδολογικών προβλημάτων, από τους φορείς λήψης αποφάσεων παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την επισκόπηση των δημοσίων δαπανών ⁽²⁰⁴⁾ τόσο ως βάσης για τη λήψη αποφάσεων όσο και ως τρόπου μέτρησης απόδοσης.

Δαπάνες για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών

Στο πλαίσιο υπολογισμού των συνολικών δημοσίων δαπανών για δραστηριότητες μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ και βάσει των στοιχείων που έχουν ληφθεί από εθνικά εστιακά σημεία, επιχειρήθηκε μία σύγκριση παρόμοιων δαπανών.

Παρόλο που έχουν ληφθεί όλες οι πιθανές στατιστικές προφυλάξεις, δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί το πρόβλημα που δημιουργείται από το γεγονός ότι τα αναφερόμενα στοιχεία μπορεί ορισμένες φορές να αντιστοιχούν σε διαφορετικές κατηγορίες σε διαφορετικές χώρες και ότι δεν υπάρχουν στοιχεία για ορισμένες χώρες. Πράγματι, για το Βέλγιο, τη Δανία, την Ιταλία και ειδικά τη Γερμανία λείπουν ορισμένες πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται για τη μείωση της ζήτησης και, επομένως, το συνολικό ποσό είναι σίγουρα κατά πολύ μικρότερο από το πραγματικό. Στην περίπτωση άλλων χωρών (Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο, Αυστρία

⁽¹⁹⁹⁾ Οι διαφορές στα διαθέσιμα δεδομένα περιορίζουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης συγκρίσεων μεταξύ των χωρών. Για πληρέστερη εικόνα των δαπανών στον τομέα των ναρκωτικών σε κάθε κράτος μέλος της ΕΕ βλέπε http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ Έτος αναφοράς για την άσκηση αναφοράς στοιχείων «παραστατικής εικόνας» της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά.

⁽²⁰¹⁾ Το ΕΚΠΝΤ είναι ιδιαίτερα ευγνώμον για τη συμβολή των ελληνικών, αυστριακών και πορτογαλικών εστιακών σημείων, τα οποία ανέλαβαν τη διεξαγωγή ειδικής έρευνας σε αυτόν τον τομέα, ενισχύοντας την αξία της παρούσας ετήσιας έκθεσης. Ευχαριστίες θα πρέπει επίσης να μεταφερθούν στον καθηγητή Pierre Kopp για τον έλεγχο εμπειρογνώμοσύνης που πραγματοποίησε στα στοιχεία της έρευνας.

⁽²⁰²⁾ Βέλγιο (2003), Λουξεμβούργο (2002), Ηνωμένο Βασίλειο (2002). Για περισσότερες αναφορές, βλέπε http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Η επιθυμία μας να συμπεριλάβουμε όσο το δυνατόν περισσότερες χώρες για την παροχή μιας πλήρους εικόνας σε ευρωπαϊκό επίπεδο προσκρούει στην έλλειψη στοιχείων σε ορισμένες από τις χώρες που λαμβάνονται υπόψη. Κατά συνέπεια, ενώ έχει διατηρηθεί ένα ευρύ πεδίο κάλυψης, με στοιχεία αναφοράς από 16 χώρες, η ικανότητα ανάλυσης και σύγκρισης περιορίζεται εξαιρετικά από την αβεβαιότητα των τελικών στοιχείων.

⁽²⁰⁴⁾ Βέλγιο (2003), Λουξεμβούργο (2002), Ηνωμένο Βασίλειο (2002). Για περισσότερες αναφορές, βλέπε http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

Πίνακας 6: Αναλυτική παρουσίαση των άμεσων δημόσιων δαπανών σε εκατ. ευρώ, όπως αναφέρονται στις εθνικές εκθέσεις Reitox 2002

Χώρα	Εκατ. EUR	Κατηγορίες δαπανών το 1999
Βέλγιο	139	Θεραπεία (100)· αποκατάσταση (22,5)· μεθαδόνη (8,9)· κοινότητες και περιφέρειες: πρόληψη, περίθαλψη, κατάρτιση, συντονισμός (8,3) (δεν περιλαμβάνονται: 7 εκατ. EUR που πιστώνονται στην πρόληψη της εγκληματικότητας από το Υπουργείο Εσωτερικών Υποθέσεων)
Δανία	67	Δαπάνες για την «τοξικομανία» από κομητείες και δήμους DKK 495,5 (66,5 EUR)· δεν υπάρχουν στοιχεία για την πρόληψη σε κεντρικό επίπεδο DKK 6,2 (0,8 EUR), σε κομητείες και δήμους
Γερμανία	343,2	Παροχή έκτακτου καταλύματος (3,0)· ψυχοκοινωνική υποστήριξη (13,3)· 951 εγκαταστάσεις συμβουλευτικής εξωτερικής παραμονής (57,91)· αποκατάσταση με νοσηλεία (25 % των 434 εκατ. ευρώ) (99,7)· ένταξη στην αγορά εργασίας (4,3)· παροχή στέγης με παράλληλη περίθαλψη (8,0)· θεραπεία σε τμήματα νοσοκομείων ειδικά για εθισμένα άτομα (97,0)· θεραπεία υποκατάστασης (δεν υπάρχουν στοιχεία αλλά υπολογίζεται τουλάχιστον σε 30,0)· προϋπολογισμός ομοσπονδιακών κρατιδίων για τον «εθισμό» (κονδύλιο για τα ναρκωτικά) 23,9 % των 127 εκατ. ευρώ (30,0) (δεν περιλαμβάνονται: δαπάνες δίωξης και επιβολής του νόμου)
Ελλάδα	16,2	39 κέντρα πρόληψης (ΟΚΑΝΑ), μισθοί και προσωπικό (ΚΕΘΕΑ), παροχή στέγης και λειτουργικό κόστος (2,4)· θεραπεία: στεγνή, υποκατάσταση και άμεσης πρόσβασης (11,9)· κοινωνική αποκατάσταση (0,3)· έρευνες (0,3)· ΟΚΑΝΑ, δεν περιλαμβάνονται στοιχεία· εκπαίδευση (0,8)· μέρος κόστους κεντρικής διοίκησης (0,5)
Ισπανία	181,5	Κεντρικό επίπεδο: Υπουργείο Εσωτερικών (GDNPD) (32,9)· Υπουργείο Άμυνας (πρόληψη) Υγείας και Κατανάλωσης, Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού, Υπουργείο Εξωτερικών Υποθέσεων, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (19,8)· κονδύλιο για κατασχεμένα είδη που πιστώνεται για τη μείωση της ζήτησης 66 % (2,8), αυτόνομες κοινότητες (158,7 εκ των οποίων 22,3 από το GDNPD)
Γαλλία (1995)	205,8	Subutex (91,4)· κοινωνικά και αστικά θέματα και θέματα υγείας (101,9)· εκπαίδευση (έρευνα) (6,6)· νεολαία και αθλητισμός (1,3)· εργασία, απασχόληση και κατάρτιση (0,12)· MILDT [66 % του ποσού των 6,9 εκατ. ευρώ (4,5)]. (δεν περιλαμβάνονται: διεθνής συνεργασία και επιχορηγήσεις σε διεθνείς οργανισμούς)
Ιρλανδία (2000) Προβλεπόμενες κρατικές δαπάνες	57,1	Υπουργείο Υγείας και Παιδών (θεραπεία, πρόληψη, έρευνα) (32,0)· Υπουργείο Επιχειρήσεων, Εμπορίου και Απασχόλησης (επανάταξη) (6,0)· Υπουργείο Παιδείας και Επιστημών (πρόληψη) (7,5)· Υπουργείο Τουρισμού, Αθλητισμού και Αναψυχής (πρόληψη, έρευνα, αξιολόγηση, συντονισμός) (11,6)
Ιταλία	278,5	Θεραπεία εξωτερικής παραμονής (99,1)· θεραπεία με νοσηλεία ή ημιπαραμονή (88,8)· σχέδια Εθνικού Ταμείου Ναρκωτικών που προωθούνται σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο (67,6)· σχέδια Εθνικού Ταμείου Ναρκωτικών που προωθούνται από υπουργεία (23,0). Δεν υπήρχαν στοιχεία από οκτώ περιφέρειες και για την πλειονότητα των υπόλοιπων περιφερειών τα στοιχεία ήταν περιορισμένα
Λουξεμβούργο	13,7	Υπουργείο Υγείας (5,7)· Υπουργείο Οικογένειας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Νεολαίας (2,3)· Υπουργείο Εκπαίδευσης, Επαγγελματικής Κατάρτισης και Αθλητισμού (0,5)· άλλα υπουργεία (0,3)· αποζημιώσεις κοινωνικής ασφάλισης (4,9)
Κάτω Χώρες	287,9	Γενικός νόμος για τη διαχείριση ειδικών νοσημάτων (σε περιφερειακές υπηρεσίες περίθαλψης και κλινικές απεξάρτησης) (76,0)· Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού (θεραπευτικά κέντρα απεξάρτησης εξωτερικής παραμονής) (74,2)· κονδύλια για άστεγους εθισμένους, αγνοημένες μορφές τοξικομανίας [περίπου δύο τρίτα του ποσού των 150 εκατ. ευρώ (112,5)]· οχλήσεις που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών (24,1)· δραστηριότητες πρόληψης κατά των ναρκωτικών (1,1). (Τα περισσότερα στοιχεία αφορούν αμφότερα τα ναρκωτικά και το αλκοόλ.)
Αυστρία	52,3	Ομοσπονδιακές, επαρχιακές και δημοτικές πηγές που περιλαμβάνουν κονδύλια ασφάλισης υγείας, κρατικές υπηρεσίες για την απασχόληση και το Αυστριακό Ταμείο Υγείας: πρωτογενής πρόληψη (2,4)· εργασίες εκτός δομών και μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων (3,3)· συμβουλευτική, περίθαλψη και θεραπεία (40,7)· επανάταξη (4,2)· διασφάλιση ποιότητας (0,6)· λοιπές δαπάνες/μή καθορισμένες (0,8)
Πορτογαλία	71,7	Προεδρία του Συμβουλίου Υπουργών (16,2)· Υπουργείο Υγείας (41,6)· Υπουργείο Παιδείας (3,1)· Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικών Υποθέσεων (9,5)· Υπουργείο Άμυνας 1,2
Σουηδία	62,5	Πολύ γενικοί υπολογισμοί του κόστους των δαπανών για τη μείωση της ζήτησης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (Tullverket, 2000). Δήμοι 300 SEK (30 EUR), κομητείες 250 SEK (25 EUR) και κράτος 50 SEK (5 EUR). Μη κυβερνητικοί οργανισμοί, ιδρύματα και εταιρείες 25 SEK (2,5 EUR).
Φινλανδία	76,2	Υγειονομική περίθαλψη (με νοσηλεία) (15,1)· υγειονομική περίθαλψη (εξωτερική παραμονή) (7,9)· συντάξεις που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών (4,3)· επιδόματα ασθενειών συνδεδεμένα με τη χρήση ναρκωτικών (0,5)· αποζημιώσεις (ασφαλιστικές εταιρείες) (0,9)· υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών (με νοσηλεία/εξωτερική παραμονή) (26,5)· επιδόματα διαβίωσης (4,8)· παιδική πρόνοια (10,9)· έρευνα και πρόληψη (5,2)
HB (2000–2001)	466,3	Στοιχεία οικονομικού έτους 2000–2001 (δώδεκα μηνών έως την 31η Μαρτίου 2001). Θεραπεία από τα ναρκωτικά 234 εκατ. GBP (367,4 EUR)· «Προστασία νέων» (πρόληψη) 63 εκατ. GBP
Νορβηγία	224,9	Υπολογισμός κόστους σε επίπεδο κεντρικό, κομητείας και δήμου για τις υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και υγειονομικής περίθαλψης για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ (με νοσηλεία/εξωτερική παραμονή, στεγνή θεραπεία, θεραπεία υποκατάστασης), κοινωνικές υπηρεσίες για εργασία εκτός δομών για τοξικομανείς, μείωση επιβλαβών επιπτώσεων/κινδύνου, αποκατάσταση και επανάταξη

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2002).

και Πορτογαλία) τα στοιχεία μπορεί να θεωρηθούν πληρέστερα παρά το γεγονός ότι παραμένει κάποια αβεβαιότητα σχετικά με τις κατηγορίες δαπανών που περιλαμβάνονται. Στις Κάτω Χώρες και τη Νορβηγία, ιδίως, οι υπολογισμοί αφορούν αμφότερα τα παράνομα ναρκωτικά και το αλκοόλ, με αποτέλεσμα τα τελικά στοιχεία για αυτές τις δύο χώρες να είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τις άλλες. Τέλος, τα περισσότερα στοιχεία αναφέρονται στο 1999 και λαμβάνονται ως αρχικά στοιχεία βάσει των οποίων πραγματοποιείται η αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ, με ορισμένες εξαιρέσεις. Για την Ιρλανδία, τα στοιχεία που έχουν αναφερθεί αντιστοιχούν σε προγραμματισμένες κρατικές δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης για το έτος 2000, ενώ για τη Γαλλία τα στοιχεία χρονολογούνται από το 1995 και για το Ηνωμένο Βασίλειο στο οικονομικό έτος 2000–2001. Κατά την ανάγνωση των ποσών που εμφανίζονται στον πίνακα 6 πρέπει να ληφθούν, επομένως, υπόψη οι προαναφερόμενοι περιορισμοί.

Τα συνολικά ποσά που δαπανήθηκαν από χώρες της ΕΕ στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών του 1999 προφανώς απηχούν κατά βάση το μέγεθος και τον πλούτο κάθε χώρας (Korpp και Fenoglio, 2003). Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες και πλουσιότερες χώρες (Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο) φαίνεται να διαθέτουν, σε απόλυτους όρους, περισσότερους οικονομικούς πόρους απ' ό,τι οι μικρές χώρες, αν και οι δαπάνες είναι επίσης σχετικά υψηλές στις Κάτω Χώρες και τη Νορβηγία (πιθανώς επειδή οι παρεμβάσεις που αφορούν τον εθισμό στο αλκοόλ περιλαμβάνονται στα στοιχεία).

Η έρευνα δείχνει (Korpp και Fenoglio, 2003· Origer, 2002· Gofrey κ.ά., 2002) ότι εκτιμήσεις τέτοιου είδους μπορεί να αποτελέσουν πολύτιμη πηγή πληροφοριών σε εθνικό επίπεδο. Συγκρίσεις με την πάροδο του χρόνου εντός μιας χώρας μπορεί να αποκαλύψουν αύξηση ή μείωση των προϋπολογισμών για τα ναρκωτικά. Συγκρίσεις μεταξύ τομέων (ζήτηση, προσφορά, διεθνής συνεργασία κλπ.) μπορούν να αποκαλύψουν, παράλληλα με τις επίσημες στρατηγικές, τις συγκεκριμένες προσπάθειες που καταβάλλονται σε δημοσιονομικό επίπεδο για την αντιμετώπιση του φαινομένου των ναρκωτικών.

Σε επίπεδο ΕΕ, συγκρίσεις μεταξύ των χωρών (που είναι και οι πιο πολυσύνθετες) μπορούν να οδηγήσουν στον καθορισμό κοινών προτύπων ή στον προσδιορισμό διαφορών όσον αφορά τα κονδύλια που πιστώνονται για την πολιτική κατά των ναρκωτικών και να καταστήσουν δυνατή τη σύγκριση των δαπανών σε επίπεδο ευρωπαϊκού μέσου όρου ή μεταξύ περιφερειών διεθνώς.

Επιπλέον, η χρήση μακροοικονομικών δεικτών [όπως το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕγχΠ), το σύνολο του πληθυσμού, οι συνολικές κρατικές δαπάνες ή ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών] σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο μπορεί να βοηθήσει στη μέτρηση του μεγέθους των δαπανών, αλλά και στην καλύτερη ερμηνεία των στοιχείων, τα οποία, αν τα εκτιμήσει κανείς μόνα τους, έχουν μικρή μόνο αξία.

Πράγματι, η σύγκριση των δαπανών για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών και, για παράδειγμα, το ΑΕγχΠ κάθε χώρας θα μπορούσε να αποκαλύψει το ποσό που

κάθε χώρα ενδέχεται να δαπανήσει από τον οικονομικό της πλούτο για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την καταπολέμηση των επιπτώσεων από αυτήν. Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι το 1999 η Νορβηγία διέθεσε περίπου το 0,1 % του οικονομικού της πλούτου (ΑΕγχΠ), ακολουθούμενη από τις Κάτω Χώρες (0,078 %) (αν και αμφότερες οι χώρες περιέλαβαν στους υπολογισμούς τους τα ναρκωτικά και το αλκοόλ), την Πορτογαλία (0,074 %), τη Φινλανδία (0,073 %) και την Ιρλανδία (0,070 %) όπου δαπανήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό ΑεγχΠ σε δραστηριότητες για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών. Συγκριτικά, οι μεγαλύτερες και θεωρούμενες ως πλουσιότερες χώρες φαίνεται να βρίσκονται πιο πίσω.

Εντούτοις, η σύγκριση ενδέχεται να μην είναι ακριβής για αυτές τις τελευταίες χώρες, δεδομένου ότι είναι γνωστό ότι τα στοιχεία είναι ελλιπή. Η ερμηνεία των πληροφοριών αυτών δεν είναι απλή, όχι μόνο εξαιτίας της έλλειψης στοιχείων. Το ποσοστό του πλούτου που διατίθεται για τον έλεγχο της τοξικομανίας στα κράτη μέλη της ΕΕ μπορεί να ερμηνευθεί ότι αντανακλά το εύρος του προβλήματος των ναρκωτικών ή το μέγεθος της αντιμετώπισής του (ή και τα δύο) ή το επίπεδο των κοινωνικών και υγειονομικών παρεμβάσεων στον πληθυσμό. Η διερεύνηση τέτοιων ζητημάτων μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και στην ευρύτερη αντίληψη των εκτιμήσεων του κόστους.

Ένας άλλος τρόπος ανάλυσης των δημοσίων δαπανών είναι η εξέτασή τους στο πλαίσιο του τομέα για τον οποίο προορίζονται, στην περίπτωση αυτή για τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών⁽²⁰⁵⁾. Χρησιμοποιώντας ως δείκτη τον υπολογιζόμενο αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών, μπορούν να υπολογιστούν οι δαπάνες ανά άτομο που έχει περισσότερο την ανάγκη βοήθειας. Δυστυχώς, ο υπολογισμός αυτός δυσχεραίνεται από δύο προβλήματα: πρώτον, τα στοιχεία δεν αναφέρονται απαραίτητως άμεσα στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών–τοξικομανείς (π.χ. πρόληψη, εκπαίδευση και συντονισμός) μπορούν επίσης να αφορούν μεμονωμένα άτομα που δεν είναι καταχωρημένα ως προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών και, δεύτερον, ο υπολογισμός του αριθμού των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών είναι, για προφανείς λόγους, μάλλον ασαφής.

Σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία μας, η αξία των υπηρεσιών που χρησιμοποιεί κάθε τοξικομανής που βρίσκεται σε ανάγκη είναι σημαντικά υψηλότερη σε ορισμένες χώρες (Φινλανδία, Λουξεμβούργο, Αυστρία) απ' ό,τι σε άλλες (Ελλάδα, Πορτογαλία, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί ως αποτέλεσμα της μεγαλύτερης δέσμευσης των υπηρεσιών για τα ναρκωτικά προς την προαναφερόμενη ομάδα. Ωστόσο, είναι πιθανότερο ότι τα στοιχεία εξαρτώνται από την ποιότητα και τον τύπο παρέμβασης. Πράγματι, η διαφορά στα επίπεδα δαπανών δεν αντικατοπτρίζουν αυτομάτως το επίπεδο της δέσμευσης, αλλά μάλλον ένα διαφορετικό επίπεδο αντίδρασης, το οποίο καθορίζεται από την ιδιαιτερότητα κάθε κατάστασης.

Παράλληλα με τις δαπάνες ανά προβληματικό χρήστη ναρκωτικών, είναι χρήσιμο να υπολογιστεί το κόστος της

⁽²⁰⁵⁾ Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή η μακράς διάρκειας/συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης και/ή αμφεταμινών. Για τον υπολογισμό των δαπανών ανά προβληματικό χρήστη ναρκωτικών χρησιμοποιήθηκαν οι υπολογισμοί για τον αριθμό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών όπως αναφέρθηκαν από τα εθνικά εστιακά σημεία με τη χρήση μέσων ποσοστών. Για περισσότερες πληροφορίες βλέπε στατιστικό πίνακα 4: Εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στα κράτη μέλη της ΕΕ, 1995–2001 (έκδοση επί γραμμής).

πολιτικής για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών στην κοινωνία συνολικά. Εξετάζοντας τις δαπάνες για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών στις 16 χώρες που μελετήθηκαν (15 κράτη μέλη και η Νορβηγία) και από τα περιορισμένα στοιχεία που είναι διαθέσιμα (πίνακας 6), το συνολικό (ελάχιστο) ποσό που δαπανήθηκε στην ΕΕ το 1999 για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την πρόνοια της τοξικομανίας ανέρχεται περίπου σε 2,3 δισ. ευρώ. Αυτό σημαίνει ότι κάθε πολίτης της ΕΕ κατέβαλε μεταξύ 5 και 10 ευρώ. Φυσικά, είναι πιθανόν αυτό το ποσό να είναι κατά πολύ μεγαλύτερο.

Τέλος, όπως τονίστηκε ιδιαίτερα από αρκετούς συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα, θα ήταν σημαντικό να υπάρχει κοινή μεθοδολογία στην έρευνα μεταξύ των χωρών, δεδομένου ότι τέτοιου είδους πληροφορίες και η επακόλουθη ανάλυσή τους χρησιμεύει στη λήψη αποφάσεων.

Κατανομή των δαπανών

Με τα τρέχοντα συστήματα συγκέντρωσης στοιχείων, είναι πολύ δύσκολο να γίνει μία αξιόπιστη ανάλυση των αριθμών κατά κατηγορία δαπανών. Σε εθνικό επίπεδο, τομείς όπως η θεραπεία, η μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων και η πρόληψη συχνά συγχωνεύονται μεταξύ τους, ενώ δεν εφαρμόζεται το ίδιο σύστημα κατηγοριοποίησης δαπανών από όλες τις χώρες. Κατά συνέπεια, η προσπάθεια συγκρίσεων σε διεθνές επίπεδο εμποδίζεται από τη χρήση διαφορετικών μεθόδων συγκέντρωσης και ταξινόμησης στοιχείων, γεγονός που καθιστά δυσχερή τη σύγκριση των δαπανών σε συγκεκριμένους τομείς.

Ωστόσο, παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς, με βάση τα καλύτερα στοιχεία που παρέχονται σε αυτή την έκθεση, μπορεί να εξαχθεί ένα μάλλον βέβαιο συμπέρασμα: ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης και της θεραπείας φαίνεται να προσελκύει τη μερίδα του λέοντος των χρημάτων, αντλώντας το 50–80 % του συνόλου των άμεσων κρατικών δαπανών για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών.

Στην Αυστρία, «η συμβουλευτική, η περίθαλψη και η θεραπεία» για τους τοξικομανείς το 1999 αντιπροσώπευε το 78 % των δαπανών για τη μείωση της ζήτησης σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Στην Ελλάδα, τα στοιχεία δείχνουν ότι σχεδόν το 73 % των γνωστών δαπανών διατίθεται για θεραπεία (και δευτερογενείς δαπάνες), ενώ στην Ισπανία οι δαπάνες το 1999 για τη θεραπεία στις τοπικές κοινότητες και σε αυτόνομες πόλεις αντιπροσώπευε το 74 % του συνόλου. Στην Πορτογαλία, το 49 % των συνολικών δαπανών για τα ναρκωτικά το 1999 διατέθηκε για θεραπεία, το 25 % όμως του συνόλου των δαπανών διατέθηκε για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και είναι ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά (από τα γνωστά στοιχεία) για τον συγκεκριμένο τομέα στην ΕΕ.

Οι άμεσες δαπάνες για την «πρόληψη» είναι ουσιαστικά πολύ δύσκολο να προσδιοριστούν, και ως αποτέλεσμα τα στοιχεία είναι περισσότερο αβέβαιο. Τα ποσοστά που είναι γνωστά κυμαίνονται από 4 % στην Αυστρία, η οποία παρείχε στοιχεία μόνο για την πρωτογενή πρόληψη, έως 20 % στην Ελλάδα (πάλι μόνο για την πρωτογενή πρόληψη), σε 15 % στις ισπανικές κοινότητες και αυτόνομες πόλεις και 10 % στο Λουξεμβούργο.

Το ποσοστό των συνολικών δαπανών στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών που διατίθεται για αποκατάσταση και επανένταξη, καθώς και για εργασία εκτός δομών και δραστηριότητες μείωσης των επιβλαβών επιπτώσεων φαίνεται να είναι χαμηλότερο, πιθανότατα λόγω της διαφορετικής κλίμακας των δαπανών σε σύγκριση με τη θεραπεία ή επειδή εν μέρει περιλαμβάνονται σε αυτήν.

Τελικές επισημάνσεις

Όσον αφορά την ανάλυση των δαπανών για τα ναρκωτικά, πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ της έρευνας για τις δαπάνες σε εθνικό επίπεδο και των συγκρίσεων που διεξάγονται στο πλαίσιο αυτής της έρευνας μεταξύ των χωρών.

Πρόσφατες μελέτες σε ορισμένες χώρες ⁽²⁰⁶⁾ κατέδειξαν τη δυνατότητα να επιτευχθούν ικανοποιητικά αποτελέσματα ακόμη και όταν δεν εφαρμόζεται μια «διεθνώς συμφωνημένη μεθοδολογία». Φυσικά, σε αυτή τη βάση, η συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών είναι σαφώς περιορισμένη, αλλά, σε εθνικό επίπεδο, η έρευνα αυτή μπορεί να αυξήσει τη γνώση σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του φαινομένου των ναρκωτικών και μπορεί να χρησιμεύσει ως εργαλείο στους φορείς λήψης αποφάσεων, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να υπολογίζουν το ύψος των δαπανών στις χώρες τους σε βάθος χρόνου (εφόσον επαναλαμβάνονται) και στους διάφορους τομείς (εφόσον υπάρχουν επαρκή στοιχεία). Επιπλέον, όταν το υπολογιζόμενο κόστος συγκρίνεται με άλλους δείκτες, όπως προαναφέρθηκε, είναι δυνατόν να εκτιμηθεί το ποσό που δαπανάται για κάθε τοξικομανή ή το πόσο κοστίζει η πολιτική μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών σε σύγκριση με άλλες πολιτικές, ή το πόσο πρέπει να συμβάλουν οι πολίτες στη μείωση της ζήτησης.

Τα ποσοστά αυτά και οι συγκρίσεις θέτουν πολλά συναφή ζητήματα και δημιουργούν υποθέσεις, που μπορούν να απαντηθούν μόνο με εκτενέστερες μελέτες.

Η σύγκριση «μεταξύ χωρών» (το πεδίο της μελέτης αυτής) είναι μια άλλη διάσταση της έρευνας για το υπολογιζόμενο κόστος των ναρκωτικών. Όπως φαίνεται και από την παρούσα έκθεση, τέτοιου είδους μελέτες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από διαφορετικές πηγές δεδομένων και είναι ως εκ τούτου δυσχερείς στην πραγματοποίησή τους εξαιτίας της ανομοιομορφίας των μεθοδολογιών, των στατιστικών και των αριθμητικών στοιχείων μεταξύ των διαφόρων χωρών. Προκειμένου να ξεπεραστούν οι δυσκολίες αυτές, πρέπει να εφαρμοστούν κοινά πρότυπα συγκέντρωσης δεδομένων. Ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση θα απαιτούσε επενδύσεις, οι οποίες και πάλι δεν θα εξασφάλιζαν την ποιότητα και τη χρησιμότητα των τελικών αποτελεσμάτων. Προτού γίνουν τέτοιες επενδύσεις, χρειάζεται να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα και να εξεταστεί βαθύτερα η συνάφεια και η χρησιμότητα τέτοιων μελετών σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Μέχρι τότε και ενώ η δυνατότητα περαιτέρω ανάπτυξης εξετάζεται από τους ευρωπαίους εταίρους, καθήκον του ΕΚΠΝΤ είναι να συνεχίσει να προωθεί τη βελτίωση των στατιστικών συστημάτων σε αυτόν τον τομέα και τη διάδοση πληροφοριών για τις μεθοδολογίες που χρησιμοποιούνται και για τις έρευνες που διεξάγονται.

⁽²⁰⁶⁾ Kopp και Fenoglio (2003), Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey κ.ά. (2002) και Origer (2002), βλέπε επίσης τα εθνικά εστικά σημεία από την Αυστρία, Πορτογαλία, Ισπανία και Ελλάδα, στο πλαίσιο των εθνικών εκθέσεων Reitox 2002.



Βιβλιογραφία

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000), *Reducing drug-related deaths*. Έκθεση του Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: Λονδίνο.
- Adalbjarnardottir, S., και Rafnsson, F. D. (2002), Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours* 27: σσ. 227–40.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizardon, J.-M., et al. (2001), *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, février–mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (2000), *Αξιολόγηση έρευνας Leonardo da Vinci: διερεύνηση αναγκών και μεθόδων επαγγελματικής κατάρτισης ανηλίκων παραβατών και ανηλίκων σε κίνδυνο — ΟΡΕΣΤΗΣ*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης: Θεσσαλονίκη.
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997), *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung*. Δελτίο αριθ. 3, 27 Ιανουαρίου 1997.
- Bargagli κ.ά. (2002), Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 4 (1), σσ. 5–12.
- BBC News World Edition (2003), ID cards for teenagers launched, Wednesday 22 January 2003.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., κ.ά. (2000), Consommation de substances psychoactives chez les 14–18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993–1999. *Tendances* 6, σ. 6.
- Beck, F. (2001), *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*. ESCAPAD, OFDT, Παρίσι.
- Beck, F., Legleye, S., και Perreti-Wattel, P. (2002), Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP) έρευνα. Διατίθεται στη διεύθυνση <http://www.drogues.gouv.fr>. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Παρίσι.
- Bennett, T. (2000), *Drugs and crime: the results of the second stage of the NEW-ADAM programme*. Research Study 205. Home Office, Λονδίνο.
- Bird, S. M., και Rotily, M. (2002), Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons. *The Howard Journal*, 41, No 2.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., κ.ά. (1999), What influences young people's use of drugs? a qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).
- Brochu, S. (1999), *Drogue et criminalité une relation complexe*. Les Presses de l'Université, Μόντρεάλ.
- Brook, D. W., κ.ά. (2002), Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry* 59, σσ. 1039–44.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., κ.ά. (2002), Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* 97, σσ. 319–27.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002), *Drug affinity among young people in the Federal Republic of Germany 2001*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Κολωνία.
- Buster, M. (2002), What can we learn from literature? Στο: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., κ.ά. (eds), *Strategic choices for reducing overdose deaths in four European cities*. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Part II: Appendix, σσ. 97–107. Alcohol and Drug Addiction Service, Όσλο.
- Bye, E. K. (2002), *Alcohol and drugs in Norway, Statistikk '02*. Νορβηγικό Ινστιτούτο Έρευνας για τα Αλκοόλ και τα Ναρκωτικά, Όσλο.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., κ.ά. (1999), *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*. IREFREA και Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Βαλένθια.
- Calafat, A., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*.
- Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. και Montanari, L. (2001), *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitative sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna*. Rapporto di ricerca, Μπολόνια.
- Carlen, P. (1996), *Jigsaw: a political criminology of youth homelessness*. Open University Press: Milton Keynes, HB.
- Carpentier, C. (2002), *Drug related social exclusion, in the context of socio-demographic and economic indicators*. Έγγραφο εργασίας. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999), *Social exclusion statistics*, Πρακτικά συνεδρίου, Κοινό Συνέδριο, 22 Νοεμβρίου 1999. Imac Research, Esher, HB.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002), *Medical co-prescription of heroin, two randomized controlled trials*. Έκθεση των van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., κ.ά., Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Ουτρέχτη.
- Commonwealth of Australia (2002), *Return on investment in needle and syringe programmes in Australia*. Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, Κοινοπολιτεία της Αυστραλίας.
- Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), European action plan on drugs (2000–2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
- De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000), *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Trimbos-instituut, Ουτρέχτη
- Dettmer, K. (2002), *First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone*. Έκθεση σχετικά με μία πιλοτική μελέτη του Fixpunkt e.V., Βερολίνο. Το έγγραφο παρουσιάστηκε στη συνεδρίαση εμπειρογνομώνων του ΕΚΠΝΤ «Overdose prevention and management», Λισσαβόνα, 24 και 25 Οκτωβρίου 2002.
- DrugScope (2000), *Vulnerable young people and drugs: opportunities to tackle inequalities*. DrugScope, Λονδίνο.

- Eland, A., και Rigter, H. (2001), *Immigrants and drug treatment*. Background study. Bureau National Drug Monitor, Ουτρέχτη.
- ΕΚΠΝΤ (2002α), *Ετήσια έκθεση σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία*. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2002β), *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities*. Επιστημονική έκθεση ΕΚΠΝΤ. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2002γ), *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, Νοέμβριος 2002 (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).
- ΕΚΠΝΤ (2003α), *Alternatives to prison for drug dependent offenders*. Έκθεση συνεδρίασης εμπειρογνομών 2003. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- ΕΚΠΝΤ (2003β), *Social reintegration in the EU and Norway*, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J., και Nicholls, J. (2003), *Drunk and disorderly: a qualitative study of binge drinking among 18–24 year olds*. Home Office Research Study No 262. Home Office, Λονδίνο.
- ΕΟΡΓ (European Opinion Research Group) (2002), *Attitudes and opinions of young people in the EU on drugs*. Eurobarometer 57.2/Special Eurobarometer 172. Έκθεση προς τη Γενική Διεύθυνση Δικαιοσύνης και Εσωτερικών Υποθέσεων. ΕΟΡΓ, Βρυξέλλες.
- ESPAD (European School Surveys Project) (2001), *Alcohol and other drug use among students in 30 European countries* [B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, κ.ά., Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και Άλλα Ναρκωτικά (CAN), Ομάδα Ρομπιδού του Συμβουλίου της Ευρώπης, Δεκέμβριος 2000].
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2001), Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή των Περιφερειών. *Σχέδιο κοινής έκθεσης για την κοινωνική ενσωμάτωση* [COM(2001) 565 τελικό], διατίθεται στην ιστοσελίδα: http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm.
- Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999).
- Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., κ.ά. (1996), *A Review of the legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States in the European Union*. Βρυξέλλες, Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., κ.ά. (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., κ.ά. (2001), *Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie «118» Modena Soccorso, nel 1997. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, Anno XXIV 2001, n° 2*.
- Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002), *Trends in death associated with abuse of volatile substances 1971–2000*. Report No 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School, Λονδίνο (www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).
- FitzGerald, M., Stockdale, J., και Hale, C. (2003), *Young people and street crime*. Youth Justice Board for England and Wales, Λονδίνο.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002), *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*. Fundación Secretariado General Gitano, Μαδρίτη.
- Gallie, D., και Paugam, S. (2002), *Social precarity and Social Integration*. Ευρωβαρόμετρο 56.1. Έκθεση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης. ΕΟΡΓ, Βρυξέλλες.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C., και Culyer, A. (2002), *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Λονδίνο.
- Goulden, C., και Sondhi, A. (2001), *At the margins: drug use by vulnerable young people in the 1998/99 youth lifestyles survey*. Home Office Research Study 228, Λονδίνο.
- Grant, B. F., και Dawson, D. A. (1997), *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. Journal of Substance Abuse* 9, σσ. 103–10.
- Griffiths, C. (2003), *Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997–2001. Health Statistics Quarterly*, 17 (Spring 2003), σσ. 65–71.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., κ.ά. (1997), *Insights: new trends in synthetic drugs*. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- Hammersley, R., Marsland, L., και Reid, M. (2003), *Substance use by young offenders: the impact of the normalisation of drug use in the early years of the 21st century*. Home Office Research Study 261. Home Office, Λονδίνο.
- Hannon, F., Kelleher, C., και Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prisoner population*. Government Publications, Δουβλίνο.
- Hansen, W. (1992), *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. Health Education Research* 7, σσ. 403–30.
- Hariga, F., Goosdeel, A., και Raedemaker, A. F. (1998), *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses*. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi, Βρυξέλλες.
- Hickey, C. (2002), *Crime and homelessness*. Focus Ireland and PACE, Δουβλίνο.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J., και Kaldor, J. M. (1997), *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. Lancet* 349, σσ. 1797–800.
- Καβουνιδη, Τ. (1996), *Κοινωνικός αποκλεισμός: έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής*. Στο: *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα* (επιμέλεια: Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου), σσ. 47–96. Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Kopp, P., και Fenoglio, P. (2003), *Public spending on drugs in the European Union during the 1990s — Retrospective Research*. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα.
- Kraus, L., και Püschel, K. (eds) (2002), *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Lambertus: Φράιμπουργκ, Γερμανία.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., and Janik-Konecny, Th. (1994), *Expert report on primary prevention of substance abuse*, σσ. 78-80, München, IFT (Institut für Therapieforschung).
- Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., κ.ά. (2002), *POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa — Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma. Aiheita* 16. STAKES, Ελσίνκι.

- Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., κ.ά. (2001), Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution. *Annales de Médecine Interne* 152 (suppl. au No 3), IS5–12.
- Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., κ.ά. (2002), The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22, σσ. 121–8.
- Lloyd, C. (1998), Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 5 (3).
- Lourenço, N., και Carvalho, M. (2002), *Jovens delinquentes e drogas: Espaços e trajetórias*. Lisbon (ανέκδοτη έκθεση)
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., κ.ά. (2002), *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods*. Home Office Research Study 240. Home Office, Λονδίνο.
- Markert, J. (2001), Sing a song of drug use—abuse: four decades of drug lyrics in popular music—from the sixties through the nineties. *Sociological Inquiry* 71, σσ. 194–220.
- Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., κ.ά. (2002), *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers — Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor — Jaarbericht 2002*, WODC, Χάγη.
- Millar, D., O'Dwyer, K., και Finnegan, M. (1998), *Alcohol and drugs as factors in offending Behaviour: garda survey*. Research Report No 7/98. Garda Research Unit, Tipperary, Ιρλανδία.
- Mol, A., και van Vlaanderen, J. L. (2002), *Ontwikkeling van de Cocaine hulpvraag; Periode 1994–2000; Het lijntje doorgetrokken*. Houten, Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ)
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., κ.ά. (2002), L'usage de drogues en communauté française. Rapport Communauté française 1999–2000. Ministère de la Communauté Française, Βρυξέλλες.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F., και Paddock, S. M. (2002), Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction* 97, σσ. 1493–504.
- Narkotikakommissionen (2000), *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12*. Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Στοκχόλμη.
- Εθνικές εκθέσεις (2002), *Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox*.
- ODCPP (2000), *Demand reduction, a glossary of terms*. ODCPP, Νέα Υόρκη.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002), *Informe No. 5*, Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Higgins, K. (1999), Social order problems. Στο *Social housing in Ireland: A study of success, failure and lessons learned* (Fahey, T. ed.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency: Δουβλίνο (Αναφέρεται στην εθνική έκθεση της Ιρλανδίας).
- Origer, A. (1999), *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duché de Luxembourg*. Point Focal OEDT — CRP-Santé, Λουξεμβούργο.
- Origer, A. (2002), *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche No 4. Point focal OEDT Λουξεμβούργο — CRP-Santé.
- Origer, A., and Delucci, H. (2002), *Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992–2000)*. Series de recherche No 3. Point Focal OEDT Luxembourg-CRP Santé, Λουξεμβούργο.
- ΠΟΥ (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*. World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Γενεύη.
- Paglia, A., και Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20, σσ. 3–50.
- Pant, A., και Dettmer, K. (2002), *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht*. Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität, Βερολίνο.
- Parker, H., και Egginton, R. (2002), Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy* 13, σσ. 419–32.
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., κ.ά. (1998), Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33, σσ. 2561–604.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., και Schreckenber, D. (2003), *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149*. Nomos-Verlagsgesellschaft, Μπάντεν-Μπάντεν.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G., και Jager, J. C. (2001), Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. *UN Bulletin on Narcotics* 53, σσ. 79–89.
- Pudney, S. (2002), *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain*. Home Office Research Study 253. Home Office, Λονδίνο.
- Rehn, N., Room, R., και Edwards, G. (2001), Alcohol in the European Region — consumption, harm and policies. ΠΟΥ — Regional Office for Europe, Κοπεγχάγη.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., κ.ά. (2002), *Strategic choices for reducing overdose deaths in four European cities. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main*. Drug and Alcohol Addiction Services of the Municipality of Oslo, Όσλο.
- Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., κ.ά. (2001), *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Trimbos-instituut, Ουτρέχτη.
- Seaman, S., Brettell, R., και Gore, S. (1998), Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316, σσ. 426–8.
- Shillington, A. M., και Clapp, J. D. (2002), Beer and bongs: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 28, σσ. 379–97.
- Single, E., κ.ά. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, second edition.

- Skolverket (2000), *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverket, Στοκχόλμη.
- Social Exclusion Unit (2002), *Young runaways*. British Office of the Deputy Prime Minister: Λονδίνο (<http://www.jrf.org.uk/home.asp>).
- Spooner, C., Hall, W., και Lynskey, M. (2001), *Structural Determinants of Youth Drug Use*. Australian National Council on Drugs: Woden, Αυστραλία.
- Sporer, A. (2003), Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal* 326: σσ. 442–4.
- Springer, A., Uhl, A., κ.ά. (1999), *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen*. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Vienna (Αναφέρεται στην εθνική έκθεση της Αυστρίας).
- Stauffacher, M. (1998), *Treated drug users in 22 European cities. Annual update 1996. Trends 1992–1996*. Ομάδα Pompidou, Συμβούλιο της Ευρώπης, Στρασβούργο.
- Stephenson, J. (2001), Former addicts face barriers to treatment for HCV. *Journal of the American Medical Association* 285: σσ. 1003–5.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., κ.ά. (2003), *QCT Europe: literature review summary*. University of Kent: Canterbury, HB.
- Stoeber, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, Επιστημονική έκθεση ΕΚΠΝΤ. ΕΚΠΝΤ, Λισσαβόνα και Λονδίνο.
- Swadi, H. (1999), Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 55, σσ. 209–24.
- Tait, R. J, Hulse, G. K., Robertson, S. I., και Sprivilis, P. (2002), Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction* 97, σσ. 1269–75.
- Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings* No 5, σσ. 25–7. The Findings Partnership, Λονδίνο.
- Tomas, B. (2001), Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen — Erfahrungen aus der Praxis. *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise — Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken*, σσ.56-64, Verein Dialog, Βιέννη.
- Uunk, W. J. G., και Vrooman, J. C. (2001), Sociale uitsluiting. In *Armoedemonitor 2001*, σσ. 139–62. SCP/CBS, Χάγη.
- Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. και Ionescu, S. (1997), La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes. *Psychologie Française* 3, σσ. 255–60.
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M., και Zomerveld, R. (1999), *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*. Parnassia Addiction Research Centre (PARC), Χάγη.
- Vestel, V., Bakken, A., Geir, H., και Moshuus Tormod (1997), Ungdomskultur og narkotikabruk. *NOVA Temahäfte* 1/97.
- Víllalbi, J. R., και Brugal, M. T. (1999), Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. *Medicina Clinica (Barcelona)* 112, σσ. 736–7.
- Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. και Van de Mheen, H. (2000), *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994–1998*. IVV/IVO: Houten/Ρότερνταμ.
- Waidner, G. (1999), *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Βιέννη.
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. και Hall, W. (2001), *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions*. Έκθεση που καταρτίστηκε από το National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. Australian National Council on Drugs, Woden, Αυστραλία.
- Wiessing, L. (2001), The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, *Eurosurveillance Weekly*, Issue 31 (<http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm>).





Εστιακά σημεία του Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid
Rue Juliette Wytzman, 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge, 67 — Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

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

Ελλάδα

University of Mental Health Research Institute

Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (30) 21 06 53 69 02
Fax (30) 21 06 53 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 91 537 27 25/2686
Fax (34) 91 537 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 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 degli Affari sociali, dipartimento delle
politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le
fossicodipendenze e l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. B
I-00187 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

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

Trimbos Instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade, 45 — P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência
Av. João Crisostomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Fernando.Negrão@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland

Sosiaali ja terveystieteiden 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
(Office: Olof Palmes gata, 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETERSSON
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-mail: 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
Tel. (32-2) 29 95 784
Fax (32-2) 29 53 205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: odd@sirus.no

Εστιακά σημεία των νέων και υποψήφιων για ένταξη χωρών:

http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

**Ετήσια έκθεση 2003 — Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών
στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία**

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
2003 — 84 σ. — 21 x 29.7 cm
ISBN 92-9168-158-X

Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισσαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό, παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του Κέντρου αποτελούν κατεξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επιστήμονες, επαγγελματίες και ερευνητές που ασχολούνται με τον τομέα των ναρκωτικών και, πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στα κράτη μέλη και τη Νορβηγία και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Η έντυπη έκδοση συμπληρώνεται από μια εκτεταμένη έκδοση, η οποία διατίθεται επί γραμμής στη διεύθυνση: <http://annualreport.emcdda.eu.int>.