



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκοτικών και Τοξικομανίας

ISSN 1609-610X

ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣΙΑ 2005

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

ΑΠΡΙΛΙΟΣ ΣΙΣΛΕ ΤΗΘΕ ΕΚΕ 2020

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ανακοίνωση νομικού περιεχομένου

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

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

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

Αριθμός δωρεάν τηλεφωνικής κλήσης (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Ορισμένες εταιρείες κινητής τηλεφωνίας δεν επιτρέπουν την πρόσβαση στους αριθμούς 00 800 ή οι κλήσεις αυτές μπορεί να χρεώνονται.

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

Βιβλιογραφικό δελτίο υπάρχει στο τέλος του τεύχους.

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005

ISBN 92-9168-226-8

© Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2005

Επιτρέπεται η αναπαραγωγή με αναφορά της πηγής.

Printed in Belgium

ΤΥΠΩΜΕΝΟ ΣΕ ΧΑΡΤΙ ΛΕΥΚΑΣΜΕΝΟ ΧΩΡΙΣ ΧΛΩΡΙΟ



Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης
Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Ευχαριστίες	7
Εισαγωγικό σημείωμα	9
Σχολιασμός – προσδιορισμός τάσεων στη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη	11
Κεφάλαιο 1	
Νέες εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές και τη νομοθεσία	18
Κεφάλαιο 2	
Σχολεία, νέοι και ναρκωτικά	27
Κεφάλαιο 3	
Κάνναβη	36
Κεφάλαιο 4	
Διεγερτικά τύπου αμφεταμινών, LSD και άλλα συνθετικά ναρκωτικά	45
Κεφάλαιο 5	
Κοκαΐνη και κρακ	56
Κεφάλαιο 6	
Ηρωίνη και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών	63
Κεφάλαιο 7	
Εγκληματικότητα και φυλάκιση	84
Παραπομπές	89



Πρόλογος

Η φετινή ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) συνοδεύεται από πρόσθετα επί γραμμής στοιχεία, όπως είναι το νέο δελτίο στατιστικών στοιχείων, το οποίο, για το δεύτερο έτος κυκλοφορίας του, έχει εμπλουτιστεί και περιλαμβάνει περισσότερους από 200 πίνακες ποσοτικών δεδομένων που περιγράφουν λεπτομερώς την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συνεργάζεται με τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης εδώ και περισσότερο από 10 χρόνια με στόχο τη δημιουργία ολοκληρωμένης εικόνας σχετικά με το φαινόμενο της τοξικομανίας στην Ευρώπη. Η ποσότητα και η ποιότητα των δεδομένων που είναι σήμερα διαθέσιμα με στόχο την τροφοδότηση των αναλύσεων που παρουσιάζονται στο πλαίσιο της φετινής ετήσιας έκθεσης αντικατοπτρίζουν τόσο τα τεχνικά επιτεύγματα των επιστημονικών ομάδων εργασίας που παρέχουν τις πληροφορίες όσο και τη δέσμευση των πολιτικών ιθυνόντων σε ολόκληρη την Ευρώπη, αφενός, να επενδύσουν στη διεργασία συλλογής δεδομένων και, αφετέρου, να την υποστηρίξουν. Πρόκειται για ένα συγκεκριμένο παράδειγμα των πλεονεκτημάτων που προκύπτουν από τη συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Τα κράτη μέλη αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα ναρκωτικών και έχουν υιοθετήσει διαφορετικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Παρά τις διαφορές αυτές, παρακολουθούμε σήμερα την εμφάνιση μιας προοπτικής όσον αφορά το πρόβλημα των ναρκωτικών η οποία μπορεί να θεωρηθεί ευρωπαϊκή. Έχει εκδηλωθεί μεγάλη συναίνεση ως προς τις εξής ανάγκες: ανάληψη δράσεων με βάση τη βαθιά κατανόηση της κατάστασης, ανταλλαγή επιτυχημένων εμπειριών και συνεργασία, όποτε είναι εφικτό, για την επίτευξη κοινού οφέλους. Αυτές οι επιδιώξεις εκφράζονται στη νέα στρατηγική και το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά και αποτελούν τα βασικά θέματα της παρούσας έκθεσης.

Η ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ προβάλλει πολλούς σημαντικούς τομείς ενδιαφέροντος σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η χρήση ναρκωτικών επηρεάζει τους πολίτες και τις κοινωνίες στις οποίες ζουν. Εφιστούμε την προσοχή στα νέα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σήμερα, όπως

είναι η αυξανόμενη χρήση διεγερτικών ναρκωτικών, και ειδικότερα της κοκαΐνης, σε ορισμένα μέρη της Ευρώπης, ή η συνεχής αύξηση του αριθμού των νεαρών Ευρωπαίων που δοκιμάζουν ναρκωτικά. Είναι σαφές ότι πρέπει να γίνουν ακόμη πολλά για τη βελτίωση των μέτρων αντιμετώπισης της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη. Ωστόσο, στην παρούσα έκθεση είμαστε επίσης σε θέση να καταδείξουμε διάφορες θετικές εξελίξεις, ειδικότερα τη γενική επέκταση των υπηρεσιών για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα ναρκωτικών καθώς και τα σημάδια σταθεροποίησης ή ακόμη και ύφεσης ορισμένων από τις πιο καταστροφικές πτυχές αυτού του φαινομένου. Ως εκ τούτου, η παρούσα έκθεση προβάλλει ορισμένα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουμε και ταυτόχρονα αποκαλύπτει τις κατάλληλες στρατηγικές με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Με ικανοποίηση διαπιστώνουμε για μια ακόμη φορά ότι σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των διαθέσιμων δεδομένων από τα νέα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εκτός από την αναφορά της κατάστασης που επικρατεί στη διευρυμένη Ένωση, όπου είναι εφικτό, παρουσιάζονται επίσης τα δεδομένα από τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και την Τουρκία και αναλύονται οι σημαντικές διεθνείς εξελίξεις. Ο παγκόσμιος χαρακτήρας του προβλήματος των ναρκωτικών σημαίνει ότι η ευρωπαϊκή ανάλυση πρέπει να περιληφθεί σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Η διακίνηση και η χρήση ναρκωτικών είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένες με πολλές από τις πιο πιεστικές σημερινές ανησυχίες. Η χρήση ναρκωτικών έχει επιπτώσεις στην παγκόσμια υγεία και ανάπτυξη, την εγκληματικότητα και την ασφάλεια των προσώπων καθώς και στη διεθνή ασφάλεια. Μολονότι η έκθεση του ΕΚΠΝΤ εστιάζει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον της στην κατάσταση που επικρατεί στην Ευρώπη, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε το γεγονός ότι το πρόβλημα που εξετάζουμε έχει παγκόσμιες διαστάσεις.

Marcel Reimen

Πρόεδρος διοικητικού συμβουλίου ΕΚΠΝΤ

Wolfgang Götz

Διευθυντής ΕΚΠΝΤ



Ευχαριστίες

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

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

Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox

Το δίκτυο Reitox είναι το ευρωπαϊκό δίκτυο πληροφοριών για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Το δίκτυο αποτελείται από εθνικά εστιακά σημεία στα κράτη μέλη της ΕΕ, τη Νορβηγία, τις υποψήφιες για ένταξη χώρες και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Τα εστιακά σημεία είναι εθνικές αρχές, οι οποίες, υπό την ευθύνη των κυβερνήσεών τους, παρέχουν πληροφορίες για τα ναρκωτικά στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ).

Τα στοιχεία επικοινωνίας των εθνικών σημείων επαφής παρέχονται στη διεύθυνση:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Εισαγωγικό σημείωμα

Η ετήσια έκθεση βασίζεται σε πληροφορίες που παρέχουν στο ΕΚΠΝΤ τα κράτη μέλη της ΕΕ και οι υποψήφιας χώρες και η Νορβηγία (η οποία συμμετέχει στο έργο του ΕΚΠΝΤ από το 2001) μέσω των εθνικών εκθέσεων που εκπονούν. Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται σε αυτήν αφορούν το έτος 2003 (ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία). Οι γραφικές παραστάσεις και οι πίνακες που περιέχονται στην έκθεση ενδέχεται να αφορούν ένα υποσύνολο χωρών της ΕΕ: η επιλογή γίνεται με βάση τις χώρες εκείνες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την υπό εξέταση περίοδο.

Η ηλεκτρονική έκδοση της ετήσιας έκθεσης διατίθεται σε 22 γλώσσες στη διεύθυνση <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Το δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) παρέχει τον πλήρη κατάλογο των πινάκων αρχικών δεδομένων, στους οποίους βασίζονται οι στατιστικές αναλύσεις. Παρέχει επίσης περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τη χρησιμοποιηθείσα μεθοδολογία καθώς και περισσότερα από 100 πρόσθετα διαγράμματα με στατιστικά στοιχεία.

Η εικόνα κάθε χώρας (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) περιλαμβάνει σύντομη και υψηλού επιπέδου γραφική παρουσίαση των βασικών πτυχών της κατάστασης κάθε χώρας όσον αφορά τα ναρκωτικά.

Τρεις εμπειριστατωμένες επισκοπήσεις συνοδεύουν την έκθεση και εξετάζουν τα ακόλουθα θέματα:

- όχληση του κοινού συνδεδεμένη με τα ναρκωτικά: τάσεις στην πολιτική και μέτρα πρόληψης·
- εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης: στόχευση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που παραβιάζουν το νόμο στην ΕΕ· και
- βουπρενορφίνη: θεραπεία, κατάχρηση και πρακτικές συνταγογράφησης.

Τα επιλεγμένα θέματα είναι διαθέσιμα σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο (<http://issues05.emcdda.eu.int>) μόνον στην αγγλική γλώσσα.

Οι εθνικές εκθέσεις των εστιακών σημείων του δικτύου Reitox παρέχουν λεπτομερή περιγραφή και ανάλυση του προβλήματος των ναρκωτικών σε κάθε χώρα και διατίθενται στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Σχολιασμός – προσδιορισμός τάσεων στη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη

Σύνθεση της εικόνας στην Ευρώπη

Η παρούσα ενότητα παρέχει μια επισκόπηση των κύριων εξελίξεων και τάσεων όσον αφορά την κατάσταση σε σχέση με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της σύνθεσης πληροφοριών που προέρχονται από διάφορες πηγές και λαμβάνοντας υπόψη τόσο τα ισχυρά όσο και τα αδύνατα σημεία της διαθέσιμης σήμερα αποδεικτικής βάσης. Ο φετινός σχολιασμός περιλαμβάνει μια αξιολόγηση της συνεισφοράς των νέων δεδομένων που κατέστησαν διαθέσιμα το 2005 στην κατανόηση των μεσο-μακροπρόθεσμων τάσεων της κατάστασης του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Τα προβλήματα της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών δυσχεραίνουν τόσο την κατανόηση όσο και την αντίδρασή μας στα προβλήματα της χρήσης ναρκωτικών

Σε μεγάλο μέρος της παρούσας έκθεσης η αναλυτική προσέγγιση που υιοθετήθηκε ήταν αυτή της επικέντρωσης σε καθεμιά από τις κύριες χρησιμοποιούμενες ουσίες χωριστά. Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει την κατανόηση και έχει το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι οι περισσότεροι δείκτες χρήσης ναρκωτικών βασίζονται σε μέτρα συμπεριφοράς ειδικά για κάθε ουσία. Το μειονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι δεν αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι η πολλαπλή χρήση ναρκωτικών αποτελεί σημαντικό παράγοντα των προβλημάτων τοξικομανίας στην Ευρώπη. Στο πλαίσιο της ανάλυσης του αντικτύπου της χρήσης ναρκωτικών στη δημόσια υγεία πρέπει να ληφθεί υπόψη η πολύπλοκη εικόνα της παράλληλης κατανάλωσης ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων αλκοόλ και καπνού. Για παράδειγμα, στην Ευρώπη η κάνναβη συχνά καπνίζεται σε συνδυασμό με καπνό, κάτι που έχει επιπτώσεις τόσο όσον αφορά τις βλάβες που συνδέονται με αυτή τη συμπεριφορά όσο και σε σχέση με το σχεδιασμό των δραστηριοτήτων πρόληψης της χρήσης του ναρκωτικού. Τοξικολογικές αναλύσεις σε περιπτώσεις θανάτων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών συχνά αποκαλύπτουν την παρουσία περισσότερων ουσιών, και η ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοόλ είναι γνωστό ότι αυξάνει τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση τόσο της ηρωίνης όσο και της κοκαΐνης. Επιπλέον, η επικέντρωση στις τάσεις που ισχύουν σε σχέση με μια ουσία μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανητικά συμπεράσματα εάν αγνοηθούν οι συσχετισμοί μεταξύ διαφορετικών τύπων ναρκωτικών ουσιών. Για παράδειγμα, στην παρούσα έκθεση υπάρχουν αποδείξεις ότι η διαθεσιμότητα συνθετικών οπιούχων αυξάνει, κάτι που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο πλαίσιο οποιασδήποτε ανάλυσης για τη χρήση ηρωίνης. Παρομοίως, είναι ενδεχομένως συνετό να εξετάζονται οι πιθανές αλληλεπικαλύψεις στις τάσεις όσον αφορά τη χρήση διαφόρων διεγερτικών ουσιών

και επίσης ο βαθμός στον οποίο τυχόν παρατηρούμενες αλλαγές μπορεί να οφείλονται σε μεταβολές των προτύπων κατανάλωσης.

Συνοψίζοντας, η πλειονότητα εκείνων που καταφεύγουν σε θεραπευτικά κέντρα στην Ευρώπη για την απεξάρτησή τους από τα ναρκωτικά έχει κάνει χρήση πολλαπλών ουσιών. Είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν καλύτερες μέθοδοι αναφοράς αυτής της βασικής πτυχής της χρήσης ναρκωτικών και να διερευνηθεί ο αντίκτυπος της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Νέοι και χρήση ναρκωτικών – αύξηση της χρήσης κάνναβης, αλλά εμφάνιση διαφορετικών προτύπων

Η χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη είναι φαινόμενο που αφορά κυρίως τους νέους, ιδίως δε τους νέους άνδρες. Από τα στοιχεία ερευνών στον γενικό αλλά και στον μαθητικό πληθυσμό προκύπτει μια χρήσιμη εικόνα του τρόπου με τον οποίο εξελίσσονται τα πρότυπα της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Διαθέσιμα για συμπερίληψη στη φετινή ετήσια έκθεση είναι τα στοιχεία της τελευταίας έρευνας του ευρωπαϊκού προγράμματος ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD), που αποτελεί πολύτιμη πηγή πληροφοριών για την παρακολούθηση της χρήσης ναρκωτικών στους μαθητικούς πληθυσμούς και για τον εντοπισμό τάσεων σε βάθος χρόνου.

Από τη συνεκτίμηση όλων των διαθέσιμων στοιχείων καθίσταται σαφές ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά τη χρήση κάνναβης μεταξύ των διαφόρων χωρών. Αν και η επικρατούσα τάση στην Ευρώπη από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 είναι ανοδική, σε ορισμένες χώρες παρατηρούμε μεγαλύτερη σταθερότητα. Για παράδειγμα, αν και τα ποσοστά της χρήσης κάνναβης στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι ιδιαίτερα υψηλά από τη δεκαετία του 1990, παρέμειναν σταθερά όλο αυτό το διάστημα. Επιπλέον οι αλλαγές στα επίπεδα της χρήσης κάνναβης σε αρκετές χώρες με χαμηλά ποσοστά επικράτησης, μεταξύ άλλων της Σουηδίας και της Φινλανδίας στη βόρεια Ευρώπη και της Ελλάδας και της Μάλτας στη νότια Ευρώπη, είναι μικρές. Οι περισσότερες από τις αυξήσεις στη χρήση κάνναβης που καταγράφονται στο ESPAD από το 1999 αφορούν τα νέα κράτη μέλη της ΕΕ. Από την ανάλυση στοιχείων για τον μαθητικό πληθυσμό και στοιχείων ερευνών στον γενικό πληθυσμό προκύπτει ότι, από τις περισσότερες απόψεις, η Τσεχική Δημοκρατία, η Ισπανία και η Γαλλία συναπαρτίζουν πλέον με το Ηνωμένο Βασίλειο μια ομάδα χωρών με υψηλά ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης.

Η ανησυχία για τις επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης αυξάνει στην Ευρώπη, παρόλο που οι πληροφορίες σχετικά

με το βαθμό στον οποίο η χρήση αυτού του ναρκωτικού δημιουργεί προβλήματα δημόσιας υγείας είναι λιγοστές. Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία της τοξικομανίας στην Ευρώπη τοποθετούν την κάνναβη στη δεύτερη θέση μετά τα οπιούχα, αν και η κάνναβη εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει μόλις το 12 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία και η συνολική εικόνα επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση που επικρατεί σε σχετικά μικρό αριθμό χωρών. Για την κατανόηση της πιθανής σχέσης μεταξύ της χρήσης κάνναβης και της δημόσιας υγείας είναι αναγκαία η ύπαρξη στοιχείων για τη συστηματική και εντατική χρήση κάνναβης, τα οποία όμως επί του παρόντος είναι περιορισμένα. Αν και από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι έως και 3 εκατ. άνθρωποι, κυρίως νέοι άνδρες, κάνουν ενδεχομένως χρήση κάνναβης σε καθημερινή βάση στην Ευρώπη, ο βαθμός στον οποίο αυτή η ομάδα μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα εξαιτίας της χρήσης δεν είναι γνωστός.

Τι συμβαίνει όσον αφορά την προβληματική χρήση ναρκωτικών – παρουσιάζει μείωση η μύηση στη χρήση ηρωίνης και στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών;

Ένας από τους τομείς που θέτουν τις μεγαλύτερες προκλήσεις από μεθοδολογική άποψη στο πλαίσιο της παρακολούθησης της χρήσης ναρκωτικών είναι η εκτίμηση του αριθμού εκείνων που κάνουν χρόνια χρήση με ιδιαίτερα καταστροφικό τρόπο. Ο δείκτης προβληματικής χρήσης ναρκωτικών του ΕΚΠΝΤ αναπτύχθηκε για την εκτίμηση αυτού του τύπου της χρήσης ναρκωτικών και στην πλειονότητα των χωρών της ΕΕ οι δείκτες προβληματικής χρήσης ναρκωτικών αντικατοπτρίζουν κατά κύριο λόγο τη χρήση οπιούχων και την ενέσιμη χρήση. Σύμφωνα με τις τρέχουσες εκτιμήσεις, υπάρχουν πιθανώς 1,2 έως 2,1 εκατ. προβληματικοί χρήστες στην ΕΕ, εκ των οποίων 850 000 έως 1,3 εκατ. είναι πιθανώς πρόσφατοι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Οι εκτιμήσεις για την προβληματική χρήση ναρκωτικών σε βάθος χρόνου είναι αποσπασματικές, γεγονός που δυσχεραίνει τον εντοπισμό μακροπρόθεσμων τάσεων. Ωστόσο, στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, από τους δείκτες προκύπτει με αρκετή σαφήνεια ότι το φαινόμενο της ταχείας μύησης στη χρήση ηρωίνης που παρατηρήθηκε στις περισσότερες χώρες κορυφώθηκε κάποια στιγμή στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και στη συνέχεια η κατάσταση σταθεροποιήθηκε. Αν και αρκετές χώρες συνεχίζουν να αναφέρουν αυξήσεις από το 1999, υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις ότι αυτή η κατάσταση δεν είναι ομοιόμορφη, καθώς από τις εκτιμήσεις για την επικράτηση δεν προκύπτει μια συνεκτική εικόνα σε επίπεδο ΕΕ. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στα νέα κράτη μέλη που φαίνεται ότι αντιμετώπισαν προβλήματα με τη χρήση ηρωίνης αργότερα και όπου η κατάσταση είναι ακόμη πιο ρευστή.

Πρόσθετες πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών είναι οι αριθμοί των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών και των αιτήσεων για θεραπεία. Από την ανάλυση των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων (που συνήθως οφείλονται σε υπερβολική δόση οπιούχων), προκύπτει ότι

τα θύματα ανήκουν σε έναν γηράσκοντα πληθυσμό, καθώς οι καταγραφέντες θάνατοι χρηστών ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 25 ετών έχουν μειωθεί από το 1996. Σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι πληροφορίες από τα νεότερα κράτη μέλη της ΕΕ, αν και περιορισμένες, έδειχναν μέχρι πρόσφατα μια ανοδική τάση στο ποσοστό των θανάτων στην ομάδα χρηστών ηλικίας κάτω των 25 ετών, αν και φαίνεται να έχει επιτευχθεί κάποιος βαθμός σταθεροποίησης. Συνολικά, αν και ο αριθμός των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων στην ΕΕ παραμένει σε ιστορικά υψηλά επίπεδα, φαίνεται ότι η κορύφωση έχει παρέλθει.

Στις περισσότερες χώρες, η ηρωίνη παραμένει το βασικό ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία. Σε ορισμένες χώρες μπορούν να μελετηθούν διαχρονικά οι τάσεις στη χρήση ηρωίνης μεταξύ των ατόμων που ζητούν θεραπεία και από αυτές προκύπτει μικρή μείωση σε απόλυτους αριθμούς από το 1996. Παρομοίως, σε ορισμένες χώρες αναφέρεται μια τάση γήρανσης του πληθυσμού των χρηστών οπιούχων, αν και αυτό και πάλι δεν ισχύει για όλες τις χώρες, ενώ σε ορισμένα από τα νέα κράτη μέλη –βάσει των περιορισμένων διαθέσιμων δεδομένων– οι χρήστες οπιούχων που εισάγονται για θεραπεία για πρώτη φορά φαίνεται να είναι σχετικά νέοι. Σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, ιδίως στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, η ενέσιμη χρήση παρουσιάζει εδώ και αρκετό καιρό πτωτικές τάσεις μεταξύ των νέων χρηστών οπιούχων που ζητούν θεραπεία, ενώ σε ολόκληρη την Ευρώπη λιγότερα από τα μισά άτομα που ζητούν θεραπεία για χρήση οπιούχων αναφέρουν πλέον ενέσιμη χρήση. Και πάλι, αυτή η τάση δεν ισχύει στα νέα κράτη μέλη, όπου η ενέσιμη χρήση εξακολουθεί να αποτελεί τον κύριο τρόπο χορήγησης μεταξύ των χρηστών ηρωίνης που καταφεύγουν στις υπηρεσίες.

Συνοψίζοντας, δεν μπορεί να δοθεί μια απλή απάντηση στο ερώτημα εάν παρουσιάζει πτωτικές τάσεις η χρήση ηρωίνης ή η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη. Από πολλές απόψεις, η σημερινή εικόνα –από την άποψη της μύησης στη χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση– φαίνεται πιο θετική από την εικόνα των αρχών της δεκαετίας του 1990 ότι η κατάσταση σε πολλές χώρες έχει πλέον σταθεροποιηθεί σχετικά, καθώς και ενδείξεις γήρανσης του πληθυσμού των χρηστών, κάτι που πιθανώς αντικατοπτρίζει τη μείωση των νέων μύησης. Ωστόσο, σε ορισμένα από τα νέα κράτη μέλη, όπου τα αυξανόμενα προβλήματα χρήσης ναρκωτικών αποτελούν πιο πρόσφατο φαινόμενο, η ενέσιμη χρήση εξακολουθεί να αποτελεί τον κυρίαρχο τρόπο χορήγησης των οπιούχων και από τα διαθέσιμα στοιχεία είναι δύσκολο να ερμηνευθούν οι τρέχουσες τάσεις όσον αφορά τη χρήση ηρωίνης.

Η χρήση κοκαΐνης και άλλων διεγερτικών – κανένα περιθώριο εφσυχασμού

Η Ευρώπη εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αγορά για τα διεγερτικά ναρκωτικά και υπάρχουν ενδείξεις ότι συνολικά στην Ευρώπη η τάση για χρήση αμφεταμίνης, έκστασης και κοκαΐνης εξακολουθεί να είναι ανοδική.

Η έκσταση από πολλές απόψεις έχει αντικαταστήσει τις αμφεταμίνες ως το περισσότερο χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό μετά την κάνναβη. Ωστόσο, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο από τη δεκαετία του 1990 έχει από τις περισσότερες απόψεις τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης χρήσης αμφεταμινών και έκστασης, πρόσφατες έρευνες τόσο στον γενικό όσο και στον μαθητικό πληθυσμό υποδηλώνουν ότι τα ποσοστά χρήσης αμφοτέρων των ουσιών μπορεί να μειώνονται, δραματικά στην περίπτωση των αμφεταμινών και σε πιο περιορισμένο βαθμό στην περίπτωση της έκστασης. Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά επικράτησης στο Ηνωμένο Βασίλειο παραμένουν σε σχετικά υψηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες χώρες, αν και οι διαφορές είναι πλέον λιγότερο έντονες καθώς αρκετές χώρες αναφέρουν παρόμοια ποσοστά χρήσης, αντίστοιχα με την εικόνα που περιγράφεται πιο πάνω για τη χρήση κάνναβης.

Η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης ποικίλλει σημαντικά στην Ευρώπη, αλλά και σε αυτή την περίπτωση η τάση γενικά μοιάζει να είναι ανοδική. Τα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι, ιδίως στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε σημαντικά στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και ότι πρόσφατα παρατηρήθηκαν περαιτέρω, αν και μικρές, αυξήσεις. Σε αμφοότερες τις χώρες αυτές οι εκτιμήσεις για την πρόσφατη χρήση κοκαΐνης μεταξύ των νεαρών ενηλίκων υπερβαίνουν πλέον τις αντίστοιχες για τη χρήση έκστασης και αμφεταμινών.

Ο αντίκτυπος της χρήσης διεγερτικών ουσιών στη δημόσια υγεία στην Ευρώπη είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, αν και τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι δεν πρέπει να εφησυχάζουμε όσον αφορά τα τρέχοντα πρότυπα κατανάλωσης. Οι αιτήσεις θεραπείας που σχετίζονται με τη χρήση κοκαΐνης αυξάνονται. Αν και παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων χωρών, η χρήση κοκαΐνης αντιπροσωπεύει περίπου το 10 % του συνόλου των αιτήσεων θεραπείας σε ολόκληρη την Ευρώπη. Η χρήση κρακ, μιας μορφής του ναρκωτικού που συνδέεται ιδιαίτερα με προβλήματα υγείας και άλλα προβλήματα, εξακολουθεί να είναι περιορισμένη στην Ευρώπη. Οι αναφορές για χρήση κρακ γενικά περιορίζονται σε λίγες μεγάλες πόλεις, αλλά στις κοινότητες όπου χρησιμοποιείται αυτό το ναρκωτικό η ζημία που μπορεί να προκαλέσει είναι σημαντική. Η εκτίμηση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση διεγερτικών ουσιών δυσχεραίνεται από σειρά πρακτικών και μεθοδολογικών ζητημάτων. Αν και μικρός σε σχέση με τους αναφερόμενους θανάτους που συνδέονται με τη χρήση οπιοΐδων, ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση διεγερτικών ουσιών ενδέχεται να σημειώνει αύξηση. Επίσης, η καταγραφή αυτών των θανάτων πιθανώς να είναι ελλιπής. Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι πολύ περιορισμένα, αρκετές χώρες αναφέρουν ότι η κοκαΐνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο περίπου στο 10 % του συνόλου των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Θάνατοι συνδεδεμένοι με τη χρήση έκστασης εξακολουθούν να είναι σπάνιοι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, αν και οι διαδικασίες αναφοράς θα μπορούσαν να βελτιωθούν.

Αντίσταση στην παγκόσμια τάση: καμία ένδειξη σημαντικών προβλημάτων χρήσης μεταμφεταμίνης στην Ευρώπη

Η μεταμφεταμίνη είναι ναρκωτικό που συνδέεται ιδιαίτερα με κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες για τα αυξανόμενα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση μεταμφεταμίνης και τα ποσοστά χρήσης εμφανίζονται υψηλά ή αυξανόμενα στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία, σε τμήματα της Αφρικής και σε μεγάλο μέρος της Νοτιοανατολικής Ασίας. Έως σήμερα, η χρήση μεταμφεταμίνης στην Ευρώπη περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στην Τσεχική Δημοκρατία, η οποία αντιμετωπίζει μακροχρόνιο πρόβλημα με αυτό το ναρκωτικό. Σε άλλες περιοχές της Ευρώπης υπάρχουν μόνον σποραδικές αναφορές σχετικά με τη διαθεσιμότητα μεταμφεταμίνης, με ορισμένες αναφορές κατασχέσεων και περιστασιακές αναφορές εισαγωγών από την Τσεχική Δημοκρατία προς γειτονικές χώρες. Ωστόσο, δεδομένου αφενός ότι πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν ισχυρούς δεσμούς με μέρη του κόσμου που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης μεταμφεταμίνης και αφετέρου ότι παρατηρούνται αυξητικές τάσεις στη ζήτηση διεγερτικών ουσιών στην ευρωπαϊκή αγορά, δεν μπορούν να αγνοηθούν οι πιθανότητες διάδοσης της χρήσης μεταμφεταμίνης και επομένως πρέπει να συνεχιστεί η επαγρύπνηση σε αυτόν τον τομέα.

Επεκτεινόμενες και εξελισσόμενες υπηρεσίες για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών

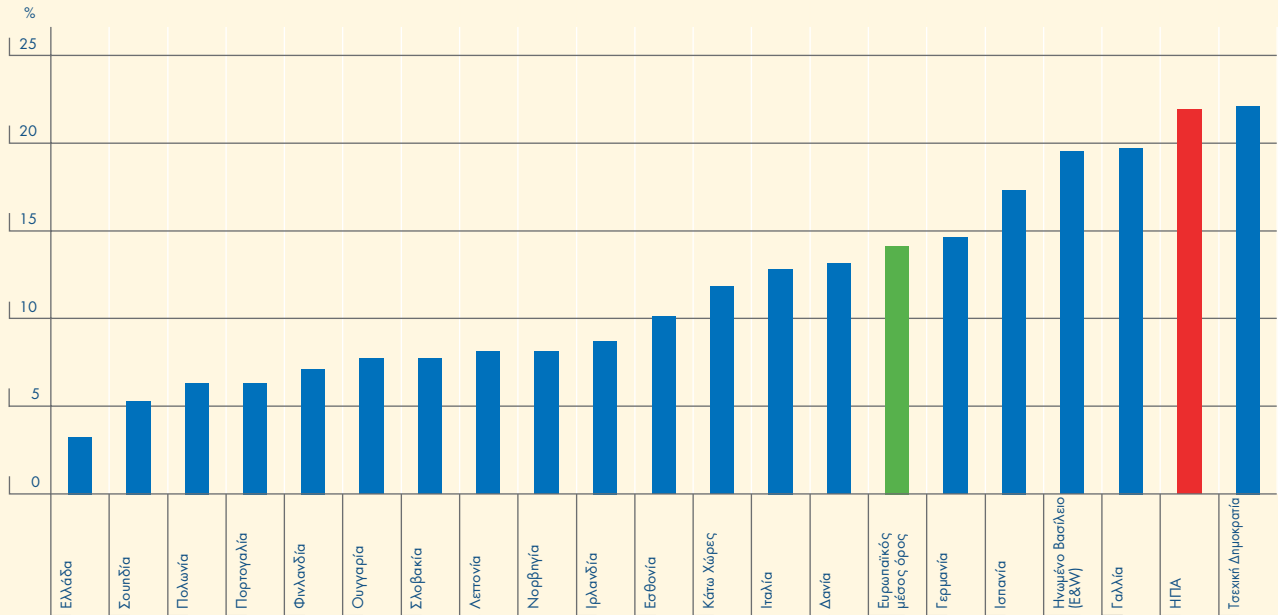
Οι υπηρεσίες προς τα άτομα με προβλήματα χρήσης ναρκωτικών μπορεί να έχουν θετική επίδραση τόσο στους μεμονωμένους χρήστες ναρκωτικών όσο και στις κοινότητες στις οποίες αυτοί ζουν. Πολλές εθνικές πολιτικές για τα ναρκωτικά αναγνωρίζουν αυτό το γεγονός, ενώ τόσο στο προηγούμενο όσο και στο νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά περιέχεται δέσμευση για επέκταση των υπηρεσιών για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών. Αν και είναι δύσκολο να χαρτογραφηθούν λεπτομερώς οι υπηρεσίες που παρέχονται στην Ευρώπη στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, αρκετοί δείκτες υποδηλώνουν ότι τόσο οι θεραπευτικές υπηρεσίες όσο και ορισμένες μορφές υπηρεσιών μείωσης των βλαβών έχουν αυξηθεί σημαντικά. Παρ' όλα αυτά, η φύση και ο βαθμός των διαφόρων τύπων υπηρεσιών ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Ένας τομέας υπηρεσιών που έχει σαφώς επεκταθεί την τελευταία δεκαετία είναι αυτός της θεραπείας υποκατάστασης για τους χρήστες οπιοειδών ουσιών, ιδίως στις χώρες με σχετικά υψηλά επίπεδα ενέσιμης χρήσης ηρωίνης. Η μεθαδόνη αντιπροσωπεύει ποσοστό λίγο χαμηλότερο του 80 % της θεραπείας υποκατάστασης στην Ευρώπη και ποσοστό μεγαλύτερο του 90 % της θεραπείας υποκατάστασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, αλλά και η βουπρενορφίνη αναδεικνύεται σε ολοένα δημοφιλέστερη φαρμακευτική επιλογή και αντιπροσωπεύει περίπου το 20 % της θεραπείας υποκατάστασης στην Ευρώπη. (Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση

Τα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη εξακολουθούν να είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα στις ΗΠΑ – αλλά οι εκτιμήσεις επικράτησης είναι πλέον παραπλήσιες σε ορισμένες περιοχές

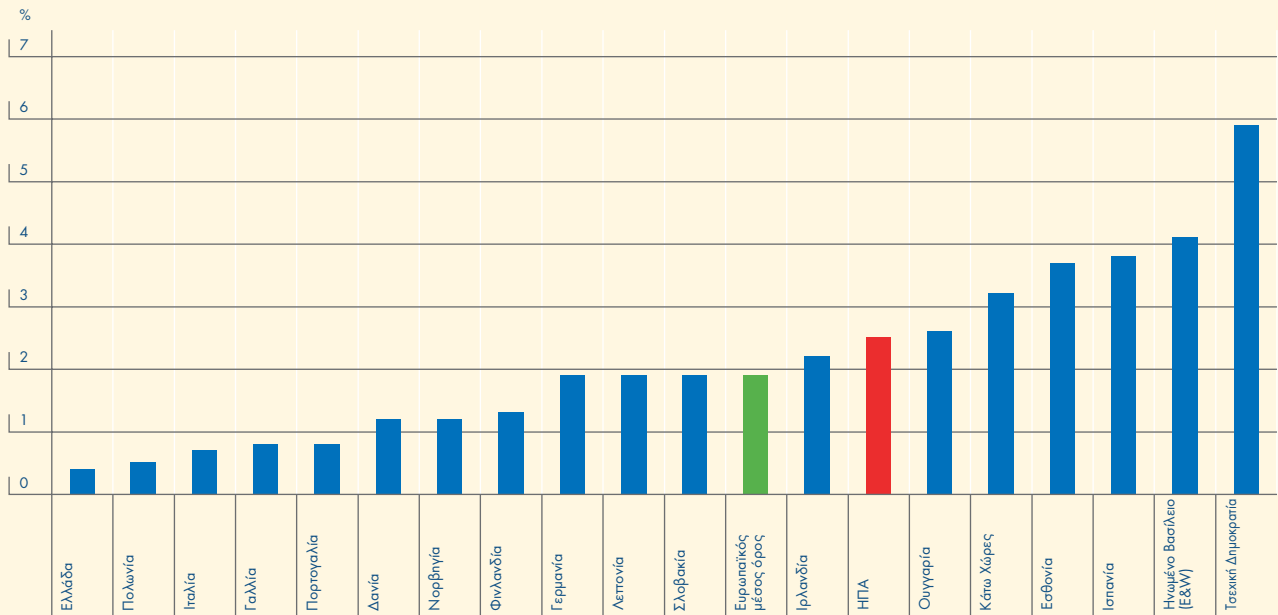
Τα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών στις ΗΠΑ ήταν πάντοτε σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα στις ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό εξακολουθεί να ισχύει σε μεγάλο βαθμό, αλλά από τη σύγκριση των δεδομένων σχετικά με την πρόσφατη χρήση (επικράτηση της χρήσης κατά το τελευταίο έτος) προκύπτει ότι σε λίγες ευρωπαϊκές χώρες τα επίπεδα χρήσης κάνναβης, έκστασης και κοκαΐνης στους νέους ενήλικους είναι πλέον αντίστοιχα με αυτά των ΗΠΑ (βλέπε διάγραμμα). Μάλιστα, στην περίπτωση της πρόσφατης χρήσης έκστασης από νεαρούς ενήλικους, οι εκτιμήσεις για τις ΗΠΑ είναι χαμηλότερες από εκείνες για αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, κάτι που πιθανώς αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι η εξέλιξη της χρήσης αυτού του ναρκωτικού είναι στενά συνδεδεμένη με την ευρωπαϊκή ήπειρο. Ωστόσο, συνολικά, ο μέσος αριθμός χρηστών στον πληθυσμό της ΕΕ εξακολουθεί να είναι, από κάθε άποψη, μικρότερος του αντίστοιχου στις ΗΠΑ. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η χρήση ναρκωτικών διαδόθηκε πολύ αργότερα από ό,τι στις ΗΠΑ και αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζεται στις υψηλότερες εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στις ΗΠΑ (βλέπε διαγράμματα 1, 2 και 3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005), οι οποίες σε ορισμένο βαθμό μπορούν να θεωρηθούν αθροιστικοί δείκτες των επιπέδων χρήσης σε βάθος χρόνου.

Επικράτηση της χρήσης κάνναβης, έκστασης και κοκαΐνης σε όλη τη ζωή και κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους (15-34 ετών) στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ

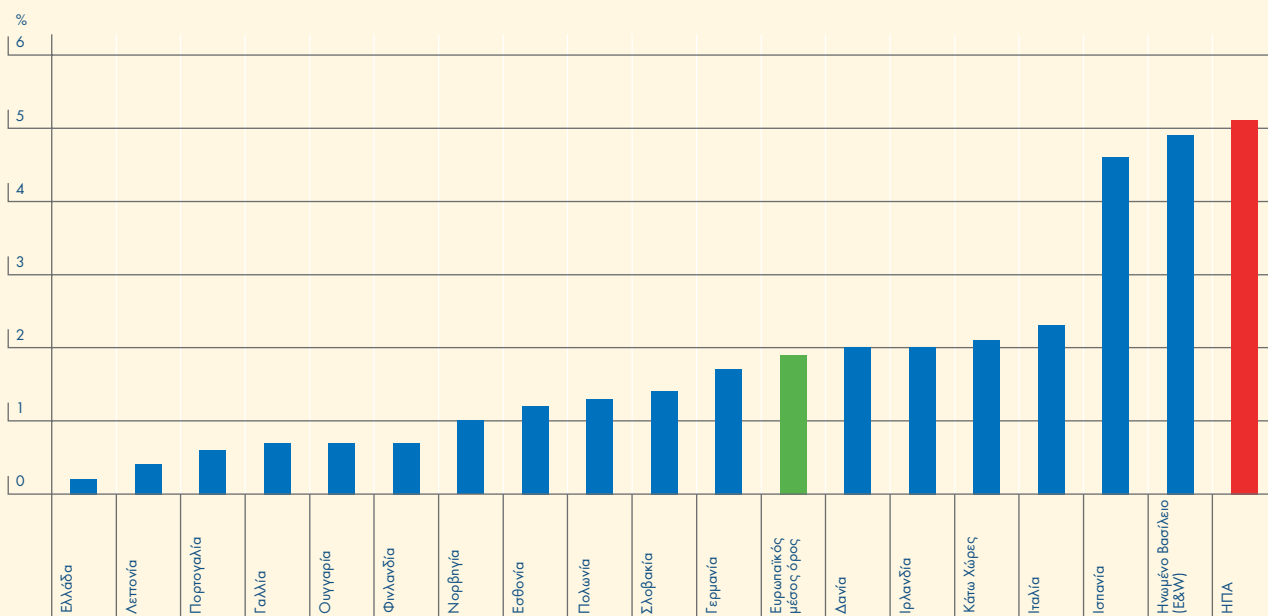
Πρόσφατη χρήση κάνναβης (προηγούμενο έτος) στους νεαρούς ενήλικους (15-34 ετών)



Πρόσφατη χρήση έκστασης (προηγούμενο έτος) στους νεαρούς ενήλικους (15-34 ετών)



Πρόσφατη χρήση κοκαΐνης (προηγούμενο έτος) στους νεαρούς ενήλικους (15-34 ετών)



Σημείωση: Στις ΗΠΑ, η έρευνα διενεργήθηκε το 2003 και το ηλικιακό εύρος που είναι 16-34 έτη υπολογίστηκε εκ νέου με βάση τα αρχικά στοιχεία. Στις ευρωπαϊκές χώρες, οι περισσότερες έρευνες (17 από τις 19) διενεργήθηκαν την περίοδο 2001-2004. Το καθορισμένο ηλικιακό εύρος είναι 15-34 (σε ορισμένες χώρες το κατώτερο όριο ενδέχεται να είναι 16 ή 18 έτη).

Το μέσο ποσοστό επικράτησης στην Ευρώπη υπολογίστηκε με βάση το μέσο εθνικό ποσοστό επικράτησης, σταθμισμένο με βάση τον εθνικό πληθυσμό νεαρών ηλικίας 15-34 ετών (2001, πληροφορίες από τον Eurostat).

Πηγές: ΗΠΑ: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov) και (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Ευρώπη: Πίνακας GPS-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 του ΕΚΠΝΤ. Με βάση τις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox (2004).

αυτής της ουσίας, βλέπε «Βουπρενορφίνη: θεραπεία, κατάχρηση και πρακτικές συνταγογράφησης» («Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices») στην ενότητα «Επιλεγμένα θέματα» που συνοδεύει την έκθεση.) Εκτιμάται ότι, σήμερα, περισσότερα από 500 000 άτομα υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρώπη. Από αυτό προκύπτει ότι ποσοστό μεταξύ του 25 και του 50 % των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης οπιούχων υποβάλλεται πιθανώς σε θεραπεία υποκατάστασης.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι η μοναδική επιλογή των ατόμων με προβλήματα χρήσης οπιούχων, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τις άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις ώστε να γίνουν αξιόπιστες εκτιμήσεις σχετικά με την παροχή τους σε επίπεδο ΕΕ. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί όσον αφορά την ανάπτυξη μοντέλων περίθαλψης των ατόμων με προβλήματα χρήσης οπιούχων, και η αποδεικτική βάση για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας σε αυτό τον τομέα είναι αρκετά ισχυρή. Αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση χρηστών άλλων τύπων ναρκωτικών, που προσφεύγουν ολοένα και συχνότερα για θεραπεία στις ευρωπαϊκές υπηρεσίες. Δεν υπάρχει αντίστοιχη ομοφωνία όσον αφορά τις καταλληλότερες θεραπευτικές επιλογές για τα άτομα που ζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση προβλημάτων χρήσης διεγερτικών ουσιών ή κάνναβης, για παράδειγμα, και η ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών για αυτού του είδους τους εισαχθέντες για θεραπεία αναμένεται να αποτελέσει πρόκληση με ολοένα αυξανόμενη σημασία.

Χρήση ναρκωτικών, μόλυνση από τον ιό HIV και AIDS – η αύξηση των παρεμβάσεων ενδέχεται να επηρεάζει τις συνολικές τάσεις

Η επέκταση των θεραπευτικών υπηρεσιών δεν είναι ο μοναδικός τομέας στον οποίο έχουν βελτιωθεί οι υπηρεσίες για τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών. Προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων, τα οποία παρέχουν αποστειρωμένα σύνεργα στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, εφαρμόζονται πλέον σχεδόν σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, και στις περισσότερες χώρες παρατηρείται μεσοπρόθεσμη τάση επέκτασης τόσο της έντασής τους όσο και της γεωγραφικής τους κάλυψης. Σε ορισμένα κράτη μέλη τα φαρμακεία διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην επέκταση της κάλυψης των εν λόγω προγραμμάτων. Εξειδικευμένα προγράμματα ενσωματώνονται συχνά σε ευρύτερες υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, ιδίως υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, και, ως τέτοια, συχνά αντιμετωπίζονται ως ένας τρόπος προσέγγισης ενεργών χρηστών και πιθανώς καθοδήγησής τους σε θεραπευτικές και άλλες υπηρεσίες.

Συνολικά, τα κρούσματα AIDS λόγω ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών μειώνονται εδώ και αρκετά χρόνια. Η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή είναι πλέον ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τη διάδοση του AIDS στην Ευρώπη. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην αυξανόμενη διαθεσιμότητα υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) από το 1996, στην

αύξηση των θεραπευτικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών, καθώς και στον μειούμενο αριθμό των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών στις περισσότερες χώρες. Εκτιμήσεις της ΠΟΥ δείχνουν ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ποσοστό μεγαλύτερο του 75 % εκείνων που έχουν ανάγκη HAART έχει πρόσβαση σε αυτή. Ωστόσο, η κάλυψη εκτιμάται ότι είναι μικρή στις χώρες της Βαλτικής, και αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζεται στην αύξηση των νέων κρουσμάτων AIDS μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών τουλάχιστον σε ορισμένες χώρες της περιοχής. Κάποια στιγμή παρατηρήθηκε επίσης δραματική αύξηση νέων κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV σε ορισμένες χώρες της Βαλτικής, αλλά πρόσφατα τα σχετικά ποσοστά παρουσίασαν εξίσου δραματική μείωση, η οποία πιθανώς οφείλεται στον κορεσμό των πληθυσμών υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, κατά μία άποψη, η αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να είχε αντίκτυπο σε ορισμένες περιοχές.

Στα περισσότερα από τα υπόλοιπα νέα κράτη μέλη της ΕΕ, τα ποσοστά επικράτησης του ιού HIV παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα, όπως και σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε. Μεταξύ των χωρών της ΕΕ όπου τα ποσοστά επικράτησης του ιού HIV ήταν ανέκαθεν υψηλά μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, στις περισσότερες σημειώθηκε σημαντική μείωση και στη συνέχεια σταθεροποίηση των σχετικών ποσοστών. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα προβλήματα εξαφανίστηκαν: παρά τις μεθοδολογικές δυσκολίες που δυσχεραίνουν την ερμηνεία των τάσεων σε εθνικό επίπεδο, ορισμένες πρόσφατες μελέτες αναφέρουν νέα κρούσματα μετάδοσης του ιού HIV σε ορισμένους επιμέρους πληθυσμούς χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, τονίζοντας την ανάγκη για διαρκή επαγρύπνηση.

Συνολικές αναφορές για τις νομικές κυρώσεις για την κατοχή ή τη χρήση ναρκωτικών

Δεν υπάρχουν επαρκή συγκρίσιμα δεδομένα σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με τις περισσότερες πτυχές της σχέσης μεταξύ των ναρκωτικών και της εγκληματικότητας. Η βασική εξαίρεση αφορά τα αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, τα οποία είναι καταγεγραμμένα εγκλήματα κατά παράβαση της νομοθεσίας για τον έλεγχο των ναρκωτικών. Αν και οι συγκρίσεις μεταξύ χωρών πρέπει να γίνονται με προσοχή, φαίνεται ότι από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 έως το 2003 τα αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών αυξήθηκαν σε πολλές χώρες της ΕΕ. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτες αυξήσεις παρατηρήθηκαν σε ορισμένα νέα κράτη μέλη. Στις περισσότερες χώρες, η πλειονότητα των αδικημάτων αφορούν την κατοχή ή χρήση ναρκωτικών. Στα περισσότερα κράτη μέλη, η πλειονότητα των αδικημάτων σχετίζεται με την κάνναβη και από το 1998, στις περισσότερες χώρες, το ποσοστό των αδικημάτων που συνδέονται με την κάνναβη έχει είτε

αυξηθεί είτε παραμείνει σταθερό. Αντίθετα, το ποσοστό των αδικημάτων που συνδέονται με την ηρωίνη μειώθηκε σε πολλές χώρες.

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αυξάνει η ανησυχία σχετικά με τον ευρύτερο αντίκτυπο της χρήσης ναρκωτικών στις κοινότητες όπου αυτή παρατηρείται. Ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια ασφάλεια και την έκθεση των νέων στα ναρκωτικά συγκαταλέγονται μεταξύ των συνηθέστερα αναφερόμενων ανησυχιών που μπορούν να ομαδοποιηθούν υπό τον τίτλο «Όχληση του κοινού συνδεόμενη με τα ναρκωτικά» – «Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures». Το ζήτημα αυτό εξετάζεται διεξοδικά στην ενότητα «Επιλεγμένα θέματα» που συνοδεύει την ετήσια έκθεση και, σε συνέχεια του ζητήματος της ποινικής δικαιοσύνης, παρουσιάζεται ένα επιλεγμένο θέμα αφιερωμένο στην εξέταση στρατηγικών που στοχεύουν στη μεταστροφή από τις στερεοτυπικές της ελευθερίας ποινές προς τη θεραπεία («Εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης: στόχευση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που παραβιάζουν το νόμο στην ΕΕ» – «Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU»).

Εξελιξείς στις πολιτικές για τα ναρκωτικά – ορισμένα κοινά στοιχεία είναι εμφανή, αλλά στο πλαίσιο του σεβασμού των εθνικών διαφορών

Όπως προκύπτει σαφώς από την ανάγνωση της παρούσας έκθεσης, στην Ευρώπη παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ κρατών μελών τόσο από την άποψη των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα διάφορα κράτη με τη χρήση ναρκωτικών όσο και από την άποψη των πολιτικών και της έκτασης και της φύσης των παρεμβάσεων. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα κοινά στοιχεία στην κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι περισσότερες χώρες σε σχέση με τα ναρκωτικά. Σε επίπεδο πολιτικής, τα κράτη μέλη εκφράζουν μια γενική πολιτική δέσμευση για ανάπτυξη μιας ισορροπημένης και τεκμηριωμένης αντίδρασης, σύμφωνης με τις διεθνείς δεσμεύσεις και, ενώ αναγνωρίζουν ότι οι πολιτικές για τα ναρκωτικά εξακολουθούν να αποτελούν αρμοδιότητα των κρατών μελών, εξετάζουν επίσης τα οφέλη που μπορούν να αποκομίσουν από τη βελτίωση της συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Αυτές οι προσδοκίες εκφράζονται στη στρατηγική και τα σχέδια δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Η στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά και το σχέδιο δράσης για την περίοδο 2000-2004, αν και δεν πέτυχε το σύνολο των φιλόδοξων στόχων που είχαν τεθεί, αποτελούν απόδειξη της σημαντικής εξέλιξης στον τρόπο με τον οποίο τα κράτη μέλη, τα θεσμικά όργανα της ΕΕ και εξειδικευμένες υπηρεσίες μπορούν να συνεργαστούν για να συντονίσουν και να εκτιμήσουν την πρόοδο στον τομέα των ναρκωτικών. Η νέα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005-2012 επιδιώκει την προώθηση αυτής της διαδικασίας.



Κεφάλαιο 1

Νέες εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές και τη νομοθεσία

Εισαγωγή

Οι εξελίξεις όσον αφορά τις πολιτικές για τα ναρκωτικά στα κράτη μέλη της ΕΕ εμφανίζουν αναπόφευκτα ανομοιογένεια, απκλώντας την ποικιλία των προσεγγίσεων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Ωστόσο, το γεγονός αυτό δεν αποκλείει την ύπαρξη κοινών χαρακτηριστικών που αξίζει να αναλυθούν.

Για την περίοδο που καλύπτει η παρούσα έκθεση, το κυριότερο από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ο τρόπος αξιολόγησης των στρατηγικών για τα ναρκωτικά στα διάφορα κράτη μέλη. Η υλοποίηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά αξιολογείται σε διάφορες χώρες της ΕΕ. Μολονότι είναι ακόμη νωρίς για να προσδιορισθούν οι συνέπειες της αξιολόγησης στη συνολική πολιτική για τα ναρκωτικά, ορισμένα αποτελέσματα της αξιολόγησης είναι ήδη ενθαρρυντικά: οι επιτυχίες και οι αποτυχίες γίνονται σήμερα καλύτερα κατανοητές, και σε ορισμένες περιπτώσεις, ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης, διατέθηκαν περισσότεροι πόροι για την επίτευξη στρατηγικών στόχων που παρέμεναν ανεκπλήρωτοι. Επιπλέον, η αξιολόγηση της στρατηγικής και του σχεδίου δράσης της ΕΕ 2000-2004 για τα ναρκωτικά είναι το πρώτο αποτέλεσμα μιας σημαντικής διεργασίας, στο πλαίσιο της οποίας τα κράτη μέλη, τα θεσμικά όργανα της ΕΕ και εξειδικευμένοι οργανισμοί συνεργάζονται για να εκτιμήσουν την επιτευχθείσα πρόοδο στον τομέα των ναρκωτικών. Άλλες εξελίξεις σε θέματα πολιτικής, κατά την υπό εξέταση περίοδο, είναι η μείωση των ποινών για τη χρήση ναρκωτικών σε ορισμένες χώρες και η επιβολή αυστηρότερων ποινών για τη διακίνηση ναρκωτικών και για αδικήματα σχετικά με τα ναρκωτικά που έχουν συνέπειες για ανηλίκους.

Στρατηγική προσέγγιση της πολιτικής για τα ναρκωτικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η στρατηγική της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών για το 2005-2012, η οποία υιοθετήθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο τον Δεκέμβριο του 2004, λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα της τελικής αξιολόγησης της προόδου που επιτεύχθηκε κατά την προηγούμενη περίοδο (2000-2004). Στόχος της είναι να προσθέσει αξία στις εθνικές στρατηγικές, σεβόμενα παράλληλα τις αρχές της επικουρικότητας και της αναλογικότητας που προβλέπονται από τις Συνθήκες. Όσον αφορά τα ναρκωτικά, η στρατηγική θέτει τους εξής δύο γενικούς στόχους για την ΕΕ:

- επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, ευημερίας, και κοινωνικής συνοχής, συμπληρώνοντας τη

δράση των κρατών μελών όσον αφορά την πρόληψη και τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και της εξάρτησης και των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με την τοξικομανία για την υγεία και τον κοινωνικό ιστό-

- διασφάλιση υψηλού επιπέδου ασφάλειας για το ευρύ κοινό, λαμβάνοντας μέτρα κατά της παραγωγής και της προσφοράς ναρκωτικών καθώς και της διασυνοριακής διακίνησής τους και εντείνοντας τα προληπτικά μέτρα κατά της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά, μέσω της αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών.

Οι δύο αυτοί στόχοι καλύπτουν τις έξι προτεραιότητες που προσδιορίζονταν στη στρατηγική της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών για το 2000-2004. Η νέα στρατηγική επαναλαμβάνει την ενιαία, διεπιστημονική και ισόρροπη προσέγγιση του συνδυασμού μέτρων για τη μείωση τόσο της ζήτησης όσο και της προσφοράς. Επικεντρώνεται στους δύο αυτούς τομείς πολιτικής και σε δύο διατομεακά θέματα –τη «διεθνή συνεργασία» και την «πληροφόρηση, έρευνα και αξιολόγηση»– καθώς και στο «συντονισμό».

Τον Φεβρουάριο του 2005, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέβαλε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο μία ανακοίνωση σχετικά με σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2005-2008). Το ΕΚΠΝΤ και η Ευροπόλ συνεισέφεραν τις απόψεις τους στην κατάρτιση του εν λόγω σχεδίου δράσης. Η Επιτροπή πραγματοποίησε επίσης διαβουλεύσεις με την κοινωνία των πολιτών. Το σχέδιο δράσης, το οποίο λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του προηγούμενου σχεδίου, έχει σχεδιασθεί κατά τρόπο ώστε, σε κάθε δράση, να προσδιορίζονται σαφώς οι εμπλεκόμενοι παράγοντες καθώς και τα μέσα αξιολόγησης, οι δείκτες και οι ημερομηνίες επίτευξης των στόχων. Έτσι αναμένεται να διευκολυνθεί η παρακολούθηση της συνέχειας που θα δοθεί στις δράσεις, και να υπάρξει αποτελεσματικότερη καθοδήγηση όσον αφορά την υλοποίηση του σχεδίου. Η Επιτροπή θα διενεργεί επίσης επισκοπήσεις της προόδου του σχεδίου δράσης καθώς και αξιολόγηση του αντικτύπου του και στη συνέχεια θα προτείνει ένα σχέδιο για το 2009-2012.

Σε συνέχεια της πρωτοβουλίας της ΕΕ, τα περισσότερα κράτη μέλη υιοθέτησαν εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά. Από τις 29 χώρες που εξετάζονται στην παρούσα έκθεση, 26 εφαρμόζουν μια εθνική πολιτική για τα ναρκωτικά σύμφωνα με ένα εθνικό σχέδιο, μια εθνική στρατηγική ή κάποιο άλλο παρόμοιο έγγραφο. Όσον αφορά τις υπόλοιπες χώρες, στην Ιταλία, η εθνική επιτροπή για το συντονισμό των δραστηριοτήτων για την καταπολέμηση των ναρκωτικών ενέκρινε τον Μάρτιο του

2003 το εθνικό σχέδιο, το οποίο εξετάζεται επί του παρόντος από τις περιφέρειες και τις αυτόνομες επαρχίες· η Μάλτα και η Αυστρία ανέφεραν ότι, κατά τον χρόνο σύνταξης της παρούσας έκθεσης, τελούσαν υπό επεξεργασία διαδικασίες για την κατάρτιση και την υιοθέτηση μιας εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά ⁽¹⁾.

Σε επτά χώρες της ΕΕ υιοθετήθηκαν νέες εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά (βλέπε πίνακα 1). Η αρχή ότι οι πολιτικές για τα ναρκωτικά πρέπει να είναι συνολικές και διεπιστημονικές φαίνεται πως γίνεται αποδεκτή από όλες τις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά των κρατών μελών, σύμφωνα με την προσέγγιση της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Ωστόσο, υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές στο περιεχόμενο των εθνικών στρατηγικών των διαφόρων χωρών, για παράδειγμα στην υλοποίηση των παρεμβάσεων, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν παρά τη χρήση κοινής ορολογίας· στο ρόλο της αξιολόγησης των στρατηγικών, που μπορεί να είναι από σημαντικός έως περιθωριακός· ακόμη και στην υιοθέτηση σημαντικών προσεγγίσεων πολιτικής, όπως η μείωση των επιβλαβών συνεπειών της τοξικομανίας. Πράγματι, στα 26 έγγραφα πολιτικής ή στρατηγικής που εξετάστηκαν ⁽²⁾, η μείωση των επιβλαβών συνεπειών φαίνεται να είναι το θέμα για το οποίο οι απόψεις διαφέρουν περισσότερο: δώδεκα έγγραφα δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο θέμα, εννέα το αναφέρουν σε συνδυασμό με την εξέταση άλλων θεμάτων, ενώ πέντε δεν το αναφέρουν καθόλου.

Πρώτα αποτελέσματα της αξιολόγησης των στρατηγικών για τα ναρκωτικά

Η στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2000-2004) αξιολογήθηκε κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου. Το Συμβούλιο Δικαιοσύνης και Εσωτερικών Υποθέσεων στις 25-26 Οκτωβρίου 2004 εξέτασε την έκθεση της Επιτροπής σχετικά με τα αποτελέσματα της τελικής αξιολόγησης ⁽³⁾. Σκοπός της έκθεσης ήταν η αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο το σχέδιο δράσης εκπλήρωσε τους στόχους της στρατηγικής για τα ναρκωτικά, καθώς και του αντικτύπου της στρατηγικής και του σχεδίου δράσης για τα ναρκωτικά στην επικρατούσα κατάσταση στην ΕΕ. Η έκθεση αποτέλεσε επίσης συνεισφορά στο διάλογο που οδήγησε στην υιοθέτηση ⁽⁴⁾ μιας νέας στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Στο έργο της αξιολόγησης, η Επιτροπή είχε τη συνδρομή μιας συντονιστικής επιτροπής (αποτελούμενης από μέλη της Επιτροπής, εκπροσώπους των τεσσάρων κρατών μελών που άσκησαν την προεδρία στο διάστημα 2003-2004, του ΕΚΠΝΤ και της Ευροπόλ). Σημαντικό εμπόδιο στην προσπάθεια αυτή υπήρξε η έλλειψη συγκεκριμένων και ποσοτικοποιημένων επιχειρησιακών στόχων.

Στην ανακοίνωση σχετικά με τα αποτελέσματα της τελικής αξιολόγησης και στα παραρτήματά της ⁽⁵⁾ σκιαγραφούνται τα κύρια επιτεύγματα στον τομέα των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο ΕΕ και οι τομείς στους οποίους πρέπει να επιτευχθεί περαιτέρω πρόοδος. Τονίζεται ότι

Πίνακας 1: Νέες εθνικές στρατηγικές για την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Χώρα	Τίτλος	Χρονοδιάγραμμα ή ημερομηνία έγκρισης	Στόχοι	Ποσοτικοποιήσιμοι στόχοι	Δείκτες επιδόσεων	Ευθύνη υλοποίησης	Προϋπολογισμός υλοποίησης
Εσθονία	Εθνική στρατηγική για την πρόληψη της εξάρτησης από τα ναρκωτικά	2004-2012	✓	✓	✓	μ.δ.	μ.δ.
Εσθονία	Σχέδιο δράσης της στρατηγικής προσανατολισμένο σε στόχους	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
Γαλλία	Σχέδιο δράσης κατά των παράνομων ναρκωτικών, του καπνού και του αλκοόλ	2004-2008	✓	✓	✓	μ.δ.	✓
Κύπρος	Εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση των ναρκωτικών	2004-2008	✓	μ.δ.	μ.δ.	μ.δ.	✓ ^(†)
Λιθουανία ⁽¹⁾	Στρατηγική εθνικού προγράμματος για την πρόληψη της τοξικομανίας	2004-2008	✓	μ.δ.	✓	✓	✓
Λουξεμβούργο	Στρατηγική και σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών και της τοξικομανίας	2005-2009	✓	✓ ^(†)	✓	✓	✓
Σλοβενία ⁽¹⁾	Ψήφισμα σχετικά με το εθνικό πρόγραμμα στον τομέα των ναρκωτικών	2004-2009	✓	μ.δ.	μ.δ.	✓	✓
Φινλανδία	Σχέδιο δράσης για την πολιτική στον τομέα των ναρκωτικών	2004-2007	✓	μ.δ.	μ.δ.	✓	μ.δ.

Σημείωση: μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία.

⁽¹⁾ Στοιχεία παρασχεθέντα από το προσωπικό των εθνικών εστιακών σημείων.

⁽²⁾ Στη στρατηγική του Λουξεμβούργου δεν περιλαμβάνονται ποσοτικοποιήσιμοι στόχοι για τη μείωση της προσφοράς.

⁽³⁾ Στη στρατηγική της Κύπρου αναφέρεται ότι, για την εκπλήρωση του στόχου της στρατηγικής, θα διατεθούν οικονομικοί και ανθρωπίνι πόροι – δεν προσδιορίζονται αριθμητικά στοιχεία στο κείμενο.

⁽¹⁾ Για περισσότερες πληροφορίες και ορισμούς, βλέπε την ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Δεν υπάρχουν πληροφορίες στο θέμα αυτό για τη Μάλτα, τη Σλοβακία και την Τουρκία.

⁽³⁾ COM (2004) 707 τελικό.

⁽⁴⁾ Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (16-17 Δεκεμβρίου 2004) – Συμπεράσματα.

⁽⁵⁾ Συμπεριλαμβανομένου του στατιστικού Δελτίου (1999-2004) του ΕΚΠΝΤ και της Ευρωπόλ (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

επιτεύχθηκε πρόοδος όσον αφορά τη μείωση της επίπτωσης των προβλημάτων υγείας που συνδέονται με τα ναρκωτικά [μεταξύ άλλων της λοίμωξης από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) και της ηπατίτιδας] και του αριθμού των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά (στόχος 2 της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά), και ειδικότερα όσον αφορά τη βελτίωση των διαθέσιμων επιλογών θεραπείας (στόχος 3). Όσον αφορά το στόχο 1, δηλαδή τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική πρόοδος. Ομοίως, δεν διαπιστώθηκε καμία μείωση στη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών (στόχος 4). Ωστόσο, οι συνδυασμένοι στόχοι 4 και 5 φαίνεται πως άσκησαν καταλυτική επίδραση σε αρκετές πρωτοβουλίες σε επίπεδο ΕΕ, οι οποίες ενίσχυσαν τα μέτρα επιβολής του νόμου για την αντιμετώπιση της διακίνησης και της προσφοράς ναρκωτικών. Κατά τη διάρκεια υλοποίησης του σχεδίου, αναπτύχθηκαν αρκετές σημαντικές πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση της νομιμοποίησης προσόδων από παράνομες δραστηριότητες (στόχος 6.1) και για την πρόληψη της εκτροπής των πρόδρομων ουσιών (στόχος 6.2), ιδίως μέσω της τροποποίησης της κοινοτικής νομοθεσίας για τον έλεγχο της εμπορίας πρόδρομων ουσιών.

Στην ανακοίνωση τονίζεται επίσης η αναγκαιότητα διεξαγωγής περαιτέρω ερευνών, για παράδειγμα σχετικά με τους βιοϊατρικούς, ψυχοκοινωνικούς και άλλους παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών και την τοξικομανία, ιδίως σε τομείς στους οποίους οι πληροφορίες παραμένουν λιγοστές (π.χ. μακροχρόνια χρήση κάνναβης ή συνθετικών ναρκωτικών). Τονίστηκε επίσης η αναγκαιότητα τακτικών διαβουλευσεων με την κοινωνία των πολιτών στο πλαίσιο της διαμόρφωσης της πολιτικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Η Επιτροπή συνέστησε επίσης να επεκταθεί η διάρκεια της στρατηγικής της ΕΕ από πέντε σε οκτώ έτη, καλύπτοντας στο διάστημα αυτό την υλοποίηση δύο διαδοχικών σχεδίων δράσης της ΕΕ, ώστε να καταστεί δυνατή η πλήρης υλοποίησή τους και η τελειοποίηση των πρωτοβουλιών προκειμένου να συνάδουν προς τους στόχους της στρατηγικής.

Ορισμένες αξιολογήσεις που διενεργήθηκαν σε εθνικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου χρήζουν σχολιασμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αξιολογήσεις χωρών που υιοθέτησαν μια πιο «διαρθρωμένη» προσέγγιση όσον αφορά την εθνική στρατηγική τους για τα ναρκωτικά, τα βασικά στοιχεία της οποίας συνοψίζονται στην τυπική τεκμηρίωση των σκοπών, τον καθορισμό και την ποσοτικοποίηση των στόχων, τον προσδιορισμό της αρμόδιας αρχής για την υλοποίηση της στρατηγικής και τον καθορισμό χρονοδιαγράμματος για την επίτευξη των στόχων. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τις χώρες στην υποβολή εκθέσεων σχετικά με τις πρωτοβουλίες που υλοποιήθηκαν και στον εντοπισμό προβληματικών τομέων, καθιστώντας δυνατή τη λήψη μέτρων όπου κρίνεται αναγκαίο.

Παραδείγματα της προσέγγισης αυτής αποτελούν οι στρατηγικές της Τσεχικής Δημοκρατίας, της Ιρλανδίας, του Λουξεμβούργου, της Πολωνίας και της Πορτογαλίας,

όπου η αξιολόγηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά ανέδειξε, ή μπορεί να αναδείξει, τις δράσεις που υλοποιήθηκαν και τους στόχους που δεν εκπληρώθηκαν και για τους οποίους πρέπει να αναληφθεί δράση. Η αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά του 2004 της Πορτογαλίας καταδεικνύει πως μια διαρθρωμένη προσέγγιση μπορεί να συμβάλει στην αξιολόγηση της επιτευχθείσας πρόόδου. Εξωτερικοί αξιολογητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επιτεύχθηκε πρόοδος στην υλοποίηση ορισμένων από τους 30 κύριους στόχους του σχεδίου δράσης της Πορτογαλίας (οκτώ στόχοι επιτεύχθηκαν πλήρως και δέκα μερικώς). ωστόσο, η έλλειψη πληροφοριών δυσχέρανε την αξιολόγηση άλλων στόχων, και πέντε στόχοι κρίθηκαν ανεκπλήρωτοι. Στη Γερμανία, συστάθηκε μια συντονιστική επιτροπή (το εθνικό συμβούλιο για την τοξικομανία), η οποία θα καθοδηγήσει το σχέδιο δράσης του 2003 προς την υλοποίησή του και θα παρακολουθήσει τα αποτελέσματά του.

Η υιοθέτηση εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά, ή η αξιολόγηση της επιτυχίας της ήδη υπάρχουσας στρατηγικής, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προϋπολογισμού για την καταπολέμηση των ναρκωτικών σε ορισμένες χώρες. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα υπήρξε σταθερή αύξηση των δαπανών για τις υπηρεσίες που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη· στην Ουγγαρία, κινητοποιήθηκαν πόροι για τη χρηματοδότηση των σκελών της στρατηγικής που δεν έχουν ακόμη υλοποιηθεί· και στο Λουξεμβούργο, ο προϋπολογισμός για τα ναρκωτικά του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκε από περίπου 1 εκατ. EUR το 1999 σε σχεδόν 6 εκατ. EUR το 2004. Παρ' όλα αυτά, σε όλα τα κράτη μέλη, οι δημόσιες δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό των συνολικών δημοσίων δαπανών (από 0,1 έως 0,3 %). Έτσι εξηγείται ίσως το γεγονός ότι, στο σύνολο της ΕΕ, δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ, αφενός, της οικονομικής ανάπτυξης και των συναφών αλλαγών στον γενικό προϋπολογισμό και, αφετέρου, των αλλαγών στο επίπεδο των δημοσίων δαπανών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Σε αρκετές χώρες της ΕΕ, το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων δαπανών διατέθηκε για τη μείωση της προσφοράς (κατ' εκτίμηση 68-75 % των συνολικών δαπανών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών) ⁽⁶⁾. Ωστόσο, σε μερικές χώρες, μεταξύ άλλων της Μάλτας και του Λουξεμβούργου, οι δαπάνες για τη μείωση της ζήτησης ήταν υψηλότερες από τις δαπάνες για τη μείωση της προσφοράς (οι δαπάνες για τη μείωση της ζήτησης αντιπροσωπεύουν αντίστοιχα 66 και 59 % των συνολικών δαπανών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών). Ωστόσο, δεν είναι σαφές κατά πόσον οι αναφερθείσες διαφορές στη διάθεση των κονδυλίων του προϋπολογισμού απηχούν μια θεμελιώδη διαφορά στις προτεραιότητες της πολιτικής ή κάποιο σφάλμα στη συλλογή των στοιχείων.

Πρόβλημα παραμένει η έλλειψη διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με τις άμεσες δημόσιες δαπάνες για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Ωστόσο, σύμφωνα με κάποιες ενδείξεις, παράλληλα με το αυξανόμενο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον για το θέμα ⁽⁷⁾, υπάρχει

⁽⁶⁾ Βλέπε επιλεγμένο θέμα «Δημόσιες δαπάνες στον τομέα της μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών» στην ετήσια έκθεση 2003 του ΕΚΠΝΤ (<http://ar2003.emcdda.eu.int/el/page077-el.html>).

⁽⁷⁾ Στο Βέλγιο, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στο Λουξεμβούργο, στις Κάτω Χώρες, στη Φινλανδία, στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο – για λεπτομερείς αναφορές, βλέπε την ιστοσελίδα του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

αυξανόμενη πολιτική δέσμευση για τον προσδιορισμό και την περιγραφή των δημόσιων δαπανών που συνδέονται με την καταπολέμηση των ναρκωτικών, ώστε οι εθνικές δαπάνες στον τομέα αυτό να μπορούν να περιληφθούν ως βασικό στοιχείο στις αξιολογήσεις κόστους-οφέλους. Σε συνεργασία με το δίκτυο Reitox και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΕΚΠΝΤ επεξεργάζεται επί του παρόντος μια μεθοδολογία που θα καταστήσει δυνατή τη συνεπή και αξιόπιστη εκτίμηση των δημόσιων δαπανών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών στην ΕΕ, όπως προβλέπεται στο σχέδιο δράσης της ΕΕ για το 2005.

Αυτή η πρώτη διαδικασία αξιολόγησης σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο αποτελεί πολύτιμο εργαλείο άντλησης στοιχείων, καθώς θα συμβάλει στην ενημέρωση των υπευθύνων για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με το βαθμό υλοποίησης των αποφάσεών τους, και με το κόστος της εν λόγω υλοποίησης, επιτρέποντάς τους να εντείνουν τις προσπάθειές τους στους τομείς εκείνους όπου παρατηρήθηκαν προβλήματα ή όπου τα πορίσματα της αξιολόγησης ήταν αρνητικά. Μολονότι δεν υπάρχουν ακόμη σαφή στοιχεία σχετικά με τον αντίκτυπο των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά στο συνολικό φαινόμενο των ναρκωτικών (ΕΚΠΝΤ, 2004a), η προσέγγιση της «καταμέτρησης των βαθμών» είναι μια θετική ένδειξη και ευελπιστούμε ότι θα κινητοποιήσει μια γενική τάση στην Ευρώπη για την αναλυτική αξιολόγηση κάθε εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά.

Συζητήσεις στα εθνικά κοινοβούλια και στα μέσα ενημέρωσης

Ο προβληματισμός της κοινωνίας σχετικά με το φαινόμενο των ναρκωτικών αντικατοπτρίζεται τόσο στα μέσα ενημέρωσης όσο και στον κοινοβουλευτικό διάλογο. Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, από τα στοιχεία σχετικά με τον κοινοβουλευτικό διάλογο που περιέχονται στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox προκύπτει ότι τα συχνότερα αναφερόμενα θέματα ήταν «η μείωση των επιβλαβών συνεπειών» ή οι παρεμβάσεις που εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή, «η χρήση της κάνναβης» και «η εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά και οι συναφείς τροποποιήσεις της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά».

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των θεραπειών υποκατάστασης και των μέτρων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών σε σύγκριση με προσεγγίσεις θεραπείας χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών πυροδότησαν έντονο κοινοβουλευτικό διάλογο στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Εσθονία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία και τη Νορβηγία. Έντονος πολιτικός διάλογος προέκυψε επίσης με αφορμή την πρόταση μονιμοποίησης του προγράμματος ανταλλαγής συριγγών στη Σουηδία, υπό αυστηρά ελεγχόμενες προϋποθέσεις, και την προσωρινή δημιουργία χώρων για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στη Νορβηγία (βλέπε επιλεγμένο θέμα σχετικά με τις εθνικές νομοθεσίες και την όχληση του κοινού).

Η χρήση της κάνναβης παρέμεινε σημαντικό θέμα συζητήσεων, ιδίως στη Γερμανία, με έμφαση κυρίως στη χρήση της από τους νέους, αλλά και στο Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία, όπου προτάθηκε η χορήγησή της βάσει ιατρικής συνταγής. Η χρήση της κάνναβης, και γενικότερα η χρήση ναρκωτικών στα σχολεία και από τους νέους, αποτέλεσε αντικείμενο πολλών αναφορών στα μέσα ενημέρωσης στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στην Κύπρο, στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία. Στις Κάτω Χώρες, τα μέσα ενημέρωσης έδωσαν έμφαση στην αναφερόμενη αύξηση της περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) των καλλιεργειών κάνναβης («nederwiet») και στις πιθανές επιπτώσεις για την υγεία της κάνναβης υψηλής δραστηριότητας. Στην Πολωνία, η κάνναβη ήταν η ουσία που αναφέρθηκε συχνότερα από τα μέσα ενημέρωσης, και αφορούσε 865 από τις συνολικά περίπου 2 500 αναφορές στα ναρκωτικά. Νομοσχέδια για τη νομιμοποίησή της υποβλήθηκαν στο Βέλγιο, στη Δανία και σε ορισμένα δημοτικά συμβούλια στις Κάτω Χώρες, με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος της «πίσω πόρτας»⁽⁸⁾, προκαλώντας την έντονη και δημόσια διαφωνία των περισσότερων βουλευτών και υπουργών.

Η προοπτική της τροποποίησης της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά προσέλκυσε το ενδιαφέρον των μέσων ενημέρωσης και πυροδότησε τον πολιτικό διάλογο στη Γαλλία και την Ιταλία. Στη Γαλλία, η πρόταση αντικατάστασης των ποινών φυλάκισης για τη χρήση ναρκωτικών με πρόστιμα εγκαταλείφθηκε, καθώς εκφράστηκαν ανησυχίες ότι μια τέτοια αλλαγή θα «ερμηνευόταν ως ένδειξη ότι τα ναρκωτικά δεν είναι πολύ επικίνδυνα» και θα οδηγούσε σε «νέα αύξηση της χρήσης και σε χρήση από μικρότερη ηλικία»⁽⁹⁾. Στην Ιταλία, τα μέσα ενημέρωσης αναπαρήγαγαν τον έντονο κοινοβουλευτικό διάλογο σχετικά με την τροποποίηση της νομοθεσίας του 1990, ενώ στην Τσεχική Δημοκρατία το ενδιαφέρον των μέσων ενημέρωσης και των πολιτικών κύκλων επικεντρώθηκε στη διαφοροποίηση των κυρώσεων για την κατοχή ναρκωτικών.

Ειδικές έρευνες για την ανάλυση των μηνυμάτων των μέσων ενημέρωσης διενεργήθηκαν στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ελλάδα, στο Λουξεμβούργο, στην Πολωνία και την Πορτογαλία, ενώ στο Βέλγιο⁽¹⁰⁾, στην Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο⁽¹¹⁾ αναπτύχθηκαν εθνικές εκστρατείες με τη χρήση των μέσων ενημέρωσης που στόχευαν ειδικότερα τους νέους.

Νέες εξελίξεις στα προγράμματα και τη νομοθεσία της ΕΕ

Κατά την υπό εξέταση περίοδο, αναλήφθηκαν σημαντικές κοινοτικές πρωτοβουλίες σχετικά με τα ναρκωτικά στους τομείς της δημόσιας υγείας, της διακίνησης ναρκωτικών και του ελέγχου των πρόδρομων ουσιών και των συνθετικών ναρκωτικών.

⁽⁸⁾ Τα καφέ (coffee shops) μπορούν να διαθέτουν αποθέματα κάνναβης για πώληση (έως 500 gr), την οποία μπορούν να προμηθευθούν μόνον μέσω της παράνομης αγοράς. Πρόκειται για το λεγόμενο πρόβλημα της «πίσω πόρτας».

⁽⁹⁾ MILDΤ (2004), σ. 43, αναφέρεται στην εθνική έκθεση της Γαλλίας.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Εκστρατεία σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης κάνναβης με τίτλο «Talk to Frank» (<http://www.talktofrank.com/>).

Δημόσια υγεία

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών περιλαμβάνεται στη δέσμη των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία του προγράμματος για τη δημόσια υγεία ⁽¹²⁾. Το σχέδιο εργασίας του προγράμματος για το 2004 επικεντρώθηκε στη σύσταση του Συμβουλίου της 18ης Ιουνίου 2003 και στην ανάπτυξη, με τη συμμετοχή του ΕΚΠΝΤ, της κατάλληλης βάσης για την καταγραφή των δραστηριοτήτων στην ΕΕ. Η Επιτροπή ενθάρρυνε τους ενδιαφερόμενους φορείς να υποβάλουν προτάσεις για μια προσέγγιση βασισμένη στον τρόπο ζωής, με στόχο την αντιμετώπιση της κατάχρησης όλων των δυνητικά εθιστικών ουσιών, ιδίως σε χώρους ψυχαγωγίας (π.χ. νυχτερινά κέντρα) και σε σωματιστικά ιδρύματα. Έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη ορθών πρακτικών και για τη βελτίωση της επικοινωνίας και της διάδοσης πληροφοριών σχετικών με σύγχρονες τεχνικές. Η Επιτροπή επέλεξε τέσσερα σχέδια το 2004, με στόχο την πρόληψη της επικίνδυνης συμπεριφοράς, την εναρμόνιση των διεθνών γνώσεων σχετικά με τις βιοϊατρικές παρενέργειες της φαρμακοδιέγερσης, την ενίσχυση της μεταφοράς γνώσεων σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της κατανάλωσης ναρκωτικών και την επέκταση στα νέα κράτη μέλη των υφιστάμενων πόρων στον Παγκόσμιο Ιστό οι οποίοι περιέχουν πληροφορίες σχετικά με νόμιμα και παράνομα ναρκωτικά.

Διακίνηση ναρκωτικών

Το 2004, εγκρίθηκαν σε επίπεδο ΕΕ αρκετές πράξεις για την αντιμετώπιση της διακίνησης ναρκωτικών. Η απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου της 25ης Οκτωβρίου 2004 θέσπισε ελάχιστες διατάξεις σχετικά με τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων και τις ποινές που ισχύουν στον τομέα της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών ⁽¹³⁾ και αποτελεί καθοριστικό μέσο για την αντιμετώπιση της διακίνησης ναρκωτικών μέσω της θέσπισης ελάχιστων ποινών για τα αδικήματα αυτά στα κράτη μέλη.

Τον Δεκέμβριο του 2004, το Συμβούλιο συμφώνησε στο κείμενο μιας απόφασης του Συμβουλίου σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών, την αξιολόγηση κινδύνων και τον έλεγχο νέων ψυχοτρόπων ουσιών. Η απόφαση παρέχει το πλαίσιο για την αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις νέες ψυχοτρόπους ουσίες καθώς και ένα μηχανισμό για τον έλεγχό τους σε επίπεδο ΕΕ.

Στις 30 Μαρτίου 2004, το Συμβούλιο ενέκρινε σύσταση σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές για τη δειγματοληψία κατασχεθέντων ναρκωτικών, με την οποία συνιστά στα κράτη μέλη, που δεν το έχουν ήδη πράξει, να θεσπίσουν ένα σύστημα για τη λήψη δειγμάτων σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές κατευθυντήριες γραμμές. Το Συμβούλιο ενέκρινε επίσης ψήφισμα σχετικά με την κλινοβαθ και έκθεση προόδου σχετικά με τα σχέδια υλοποίησης για τη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών και της προσφοράς συνθετικών ναρκωτικών.

Θέσπιση ενός βιώσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας

Η θέσπιση και η λειτουργία ενός βιώσιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας περιλαμβάνεται στους κύριους στόχους του προγράμματος για τη δημόσια υγεία (2003-2008). Η Επιτροπή προέβη σε διαβουλεύσεις με τα κράτη μέλη και με διεθνείς οργανισμούς προκειμένου να καθιερώσει ένα σύνολο δεικτών υγείας για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτό, οι «συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά θάνατοι» και η «χρήση ψυχοτρόπων ουσιών» συμπεριλήφθηκαν στο σχέδιο της κατάστασης των βασικών δεικτών, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό τους διαρθρωτικούς δεσμούς με το ΕΚΠΝΤ ως δυνητικό προμηθευτή στοιχείων.

Στις 11 Φεβρουαρίου 2004, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο ενέκριναν τον κανονισμό αριθ. 273/2004 περί των προδρόμων ουσιών των ναρκωτικών ⁽¹⁴⁾, ο οποίος θεσπίζει εναρμονισμένα μέτρα για τον ενδοκοινοτικό έλεγχο και την παρακολούθηση ορισμένων ουσιών που χρησιμοποιούνται συχνά για την παράνομη παρασκευή ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών, με στόχο την πρόληψη της διοχέτευσης των εν λόγω ουσιών. Ειδικότερα, παρέχονται κατευθυντήριες γραμμές στα κράτη μέλη ώστε να λάβουν τα αναγκαία μέτρα που θα επιτρέψουν στις αρμόδιες αρχές τους να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους που αφορούν τον έλεγχο και την παρακολούθηση, καθώς και πληροφορίες για την αναγνώριση και την κοινοποίηση ύποπτων συναλλαγών. Στις 22 Δεκεμβρίου 2004, το Συμβούλιο ενέκρινε τον κανονισμό 111/2005 σχετικά με τη θέσπιση κανόνων για την παρακολούθηση του εμπορίου προδρόμων ουσιών ναρκωτικών μεταξύ της Κοινότητας και τρίτων χωρών.

Σε συνέχεια ψηφίσματος του Συμβουλίου τον Νοέμβριο του 2002, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέβαλε τον Νοέμβριο του 2004 στην οριζόντια ομάδα εργασίας για τα ναρκωτικά του Συμβουλίου μελέτη σχετικά με μια γενική προσέγγιση και μια προσέγγιση έκτακτης ανάγκης για τον έλεγχο των συνθετικών ναρκωτικών. Υπέβαλε επίσης εισηγήσεις για πιθανές περαιτέρω βελτιώσεις στις μεθόδους χαρτογράφησης των δικτύων διανομής συνθετικών ναρκωτικών στην ΕΕ στην οριζόντια ομάδα εργασίας για τα ναρκωτικά, τον Απρίλιο του 2004.

Νέες εθνικές νομοθεσίες

Νέοι

Στις αλλαγές της εθνικής νομοθεσίας σε αρκετά κράτη μέλη, κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, περιλαμβάνονται μέτρα για την προστασία των νέων από τους παραβάτες της νομοθεσίας ή μέτρα αντιμετώπισης του ενδεχομένου να επιθυμούν να αρχίσουν τη χρήση ναρκωτικών.

⁽¹²⁾ 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) – Δίπλωμα της Επιτροπής (ΕΕ L 271 της 9.10.2002, σσ. 1-12).

⁽¹³⁾ ΕΕ L 335 της 11.11.2004, σ. 8 - βλέπε επίσης επίσης έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ ΕΕ L 47 της 18.2.2004, σ. 1.

Η προστασία μπορεί να παρασχεθεί με άμεσες ή γενικότερες προσεγγίσεις. Στην Ουγγαρία, ο νόμος του Μαρτίου του 2003 στοχεύει στην προστασία των ατόμων ηλικίας κάτω των 18 ετών από την κατάχρηση ναρκωτικών, οι δε ποινές που επιβάλλονται στους ενήλικους θα είναι αυστηρότερες εάν τα αδικήματά τους αφορούν ανηλίκους. Στην Εσθονία, οι τροποποιήσεις που εγκρίθηκαν στις αρχές του 2004 προβλέπουν αυστηρότερες ποινές για τα περισσότερα αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της υποκίνησης ανηλίκων σε παράνομη χρήση ναρκωτικών.

Στη Δανία, ο νόμος για τις ουσίες που προκαλούν ευφορία τροποποιήθηκε τον Ιούλιο του 2004· η διανομή ναρκωτικών σε εστιατόρια, νυχτερινά κέντρα ή άλλους παρόμοιους χώρους όπου συχνάζουν παιδιά ή νέοι θεωρείται πλέον σημαντική επιβαρυντική περίπτωση. Για τα αδικήματα αυτά θα επιβάλλεται πάντοτε ποινή φυλάκισης, και στόχος είναι η μέση διάρκεια της ποινής φυλάκισης για τα αδικήματα αυτά να αυξηθεί κατά ένα τρίτο. Ομοίως, στην Ισπανία, από τον Οκτώβριο του 2004 η διακίνηση ναρκωτικών κοντά σε σχολεία θεωρείται επιβαρυντική περίπτωση και, επιπλέον, το όριο ηλικίας όσον αφορά τη στρατολόγηση «νέων» για τη διάπραξη αδικημάτων σχετικών με τη διακίνηση αυξήθηκε από 16 σε 18 έτη. Κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τη νέα νομοθεσία στην Αγγλία και την Ουαλία δόθηκαν μέσω του εγγράφου *Cannabis Enforcement Guidance* (οδηγίες για την επιβολή της νομοθεσίας για την κάνναβη) (ACPO, 2003), το οποίο περιέχει υποδείξεις σχετικά με τη μεταχείριση των προσώπων που διαπιστώνεται ότι έχουν στην κατοχή τους κάνναβη σε εγκαταστάσεις ή κοντά σε εγκαταστάσεις όπως σχολεία, συλλόγους νέων και χώρους παιχνιδιού.

Στα μέτρα για την αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών από τους νέους περιλαμβάνονται δύο κανονισμοί του υπουργικού συμβουλίου που εγκρίθηκαν στη Λεττονία τον Δεκέμβριο του 2003. Ο πρώτος σκιαγραφεί τη διαδικασία για την υποχρεωτική θεραπεία σε ίδρυμα (με τη συγκατάθεση των γονέων) των παιδιών που διαπιστώνεται ότι κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και ο δεύτερος προσδιορίζει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν όταν εντοπίζονται στο σχολείο ναρκωτικά ή άλλες εθιστικές ουσίες. Στην Αγγλία και την Ουαλία, τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών που συλλαμβάνονται για αδικήματα που συνδέονται με την κάνναβη εξακολουθούν να δέχονται επίπληξη ή τελική προειδοποίηση ή τους απαγγέλλονται κατηγορίες από την αστυνομία, ανάλογα με τη σοβαρότητα του αδικήματος. Μετά την τελική προειδοποίηση, ο νεαρός παραβάτης παραπέμπεται σε Ομάδα Νεαρών Παραβατών (Youth Offending Teams – YOT), η οποία προβαίνει στις αναγκαίες ενέργειες για την παροχή θεραπείας ή άλλης υποστήριξης.

Στην Τσεχική Δημοκρατία, ο νόμος για την επιβολή της δικαιοσύνης στους νέους, που τέθηκε σε ισχύ το 2004, εισάγει τροποποιήσεις όσον αφορά τους νέους που διαπράττουν αδικήματα του ποινικού κώδικα, ο οποίος υπερισχύει των γενικότερων νόμων. Ποινικά μέτρα πρέπει να επιβάλλονται μόνον όταν είναι απαραίτητο, τα δε εκπαιδευτικά μέτρα είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν απαγόρευση της χρήσης ουσιών ή υποχρέωση θεραπείας.

Τα ανώτατα όρια για τις μη στερπητικές της ελευθερίας ποινές μειώθηκαν κατά το ήμισυ σε σχέση με εκείνα που ισχύουν για τους ενήλικους. Στην Πολωνία, υπουργικός κανονισμός του Ιανουαρίου του 2003 θεσπίζει συγκεκριμένες μορφές εκπαιδευτικών και προληπτικών δραστηριοτήτων για τα παιδιά και τους νέους που απειλούνται από τα ναρκωτικά. Τα σχολεία πρέπει να θεσπίσουν εκπαιδευτικές και προληπτικές στρατηγικές.

Τον Οκτώβριο του 2003, η Ευρωπαϊκή Νομική Βάση Δεδομένων για τα Ναρκωτικά (ELDD) δημοσίευσε συγκριτική μελέτη σχετικά με τους νόμους που αφορούν τα ναρκωτικά και τους νέους⁽¹⁵⁾, η οποία αποτέλεσε τη βάση για το έγγραφο που βοήθησε την Επιτροπή στην αξιολόγηση του σχεδίου δράσης της ΕΕ για το 2000-2004, η οποία δημοσιεύθηκε τον Οκτώβριο του 2004⁽¹⁶⁾. Σύμφωνα με την αξιολόγηση αυτή, 22 συνολικά νόμοι, που ψηφίσθηκαν από έντεκα κράτη μέλη (από τα 15), είχαν ως αντικείμενο πτυχές του σχεδίου δράσης που αφορούν τους νέους. Στόχος της πλειονότητας των νόμων είναι η παροχή εναλλακτικών λύσεων αντί της φυλάκισης, μολονότι έξι χώρες ψήφισαν νόμους με στόχο τη μείωση της επικράτησης της χρήσης ναρκωτικών, ιδίως στους νέους. Συνολικά, ωστόσο, οι νέες νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούσαν τα σημεία αυτά του σχεδίου δράσης κατά τη συγκεκριμένη πενταετή περίοδο υπήρξαν συγκριτικά περιορισμένες. Για διεξοδική ανάλυση των μέτρων που αφορούν τους νέους παραβάτες χρήστες ναρκωτικών, βλέπε το επιλεγμένο θέμα σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης.

Μείωση των επιβλαβών συνεπειών

Κατά τη διάρκεια του 2003 και του 2004, ψηφίσθηκαν αρκετοί νόμοι για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών.

Στη Γαλλία, ο νόμος που ψηφίσθηκε τον Αύγουστο του 2004 για την έγκριση του πενταετούς σχεδίου της πολιτικής για τη δημόσια υγεία ενσωματώνει την πολιτική για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για τους χρήστες ναρκωτικών στους κανόνες της δημόσιας υγείας, παρέχοντας επίσημο ορισμό της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών, η οποία υπάγεται στην αρμοδιότητα του κράτους.

Στη Φινλανδία, με διάταγμα της κυβέρνησης τροποποιήθηκε ο νόμος για τις μεταδοτικές νόσους, ο οποίος προβλέπει πλέον ότι ειδικό σε θέματα μεταδοτικών νόσων στα κέντρα υγείας θα αναλάβουν έργο πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών υγείας στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και της υλοποίησης προγράμματος ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων, όπου είναι απαραίτητο. Στο Λουξεμβούργο, το διάταγμα του Μεγάλου Δουκάτου του Δεκεμβρίου του 2003 ρυθμίζει το εθνικό πρόγραμμα διανομής συρίγγων, προσδιορίζοντας τις εγκαταστάσεις και τους επαγγελματίες που εξουσιοδοτούνται να παρέχουν σύριγγες στους χρήστες ναρκωτικών. Έτσι, συνεχίζεται η τάση που επιτρέπει την κατοχή και την παροχή αποστειρωμένων συρίγγων μέσω ρητής νομοθεσίας⁽¹⁷⁾, η οποία υποστηρίχθηκε από το σχέδιο

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview (Νέοι και ναρκωτικά: νομική επισκόπηση)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000-2004 (Νομοθεσία για τα ναρκωτικά και νέοι 2000-2004)* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Έπτά χώρες θέσπισαν νομοθεσία από το 1999: το Βέλγιο, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία και η Φινλανδία.

δράσης της ΕΕ για το 2000-2004, που πρόβλεπε την επέκταση της παροχής προφυλακτικών. Για περισσότερες νομικές πληροφορίες, βλέπε την επισκόπηση της ELDD με θέμα «Legal framework of needle and syringe programmes» (Νομικό πλαίσιο των προγραμμάτων ανταλλαγών βελόνων και συρίγγων) ⁽¹⁸⁾.

Ο νόμος του Ηνωμένου Βασιλείου για την κατάχρηση των ναρκωτικών τροποποιήθηκε τον Αύγουστο του 2003, ώστε να επιτρέπεται στους ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους επαγγελματίες του τομέα των ναρκωτικών να παρέχουν νόμιμα μάκτρα, αποστειρωμένο νερό, ορισμένα εργαλεία ανάμειξης (όπως κουτάλια, μπουλ, κούπες και πιάτα) και κιτρικό οξύ σε χρήστες ναρκωτικών που αποκτούν ελεγχόμενα ναρκωτικά χωρίς συνταγή. Τον Ιούνιο του 2004, το κοινοβούλιο της Νορβηγίας ενέκρινε, για διάστημα τριών ετών, τον προσωρινό νόμο σχετικά με ένα δοκιμαστικό πρόγραμμα χώρων χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών. Ο νόμος προβλέπει ότι όσοι κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών σε ειδικούς χώρους δεν θα τιμωρούνται, εφόσον κατέχουν και χρησιμοποιούν μία μόνο δόση ναρκωτικών, και ορίζει έναν τέτοιο χώρο, ο οποίος επρόκειτο να ανοίξει τον Φεβρουάριο του 2005.

Στην Τσεχική Δημοκρατία, αρκετές μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) παρέχουν υπηρεσίες δοκιμής χαπιών, με στόχο τη μείωση του κινδύνου κατανάλωσης μιας άγνωστης ή μη αναμενόμενης ουσίας, αλλά η νομιμότητα των προγραμμάτων αυτών αποτελεί αντικείμενο έντονου διαλόγου. Δεν ασκήθηκε καμία ποινική δίωξη το 2003, και η μοναδική περίπτωση που έτυχε παραπομπής από την αστυνομία (μία υπόθεση από το 2002) απορρίφθηκε από τον εισαγγελέα. Το γραφείο του ανώτατου εισαγγελέα εξέδωσε στο μεταξύ κατευθυντήριες γραμμές στο θέμα αυτό.

Ακολουθώντας τις νομοθετικές αυτές εξελίξεις, οι υπηρεσίες για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών των ναρκωτικών αναγνωρίζονται γενικά από τη νέα στρατηγική και το σχέδιο δράσης της ΕΕ ως θεμιτή απάντηση στο αίτημα για αυξημένη πρόσβαση στην ανταλλαγή βελόνων με στόχο τη μείωση των κινδύνων που συνδέονται με τα ναρκωτικά για την ατομική υγεία και την κοινωνία στο σύνολό της.

Ποινές

Κατά τη διάρκεια της υπό εξέταση περιόδου, αρκετές χώρες τροποποίησαν επίσης τη νομοθεσία τους για τα ναρκωτικά όσον αφορά τις ποινές που είναι δυνατόν να επιβληθούν για διάφορα αδικήματα, πέραν εκείνων που εξετάσθηκαν ανωτέρω και που αφορούν ειδικά τους νέους. Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε πέρσι, το Βέλγιο και το Ηνωμένο Βασίλειο μείωσαν τις ποινές για τη μη προβληματική κατοχή κάνναβης. Στο Βέλγιο, μια νέα οδηγία που εκδόθηκε τον Φεβρουάριο του 2005 αποσαφίνισε τις εξαιρέσεις στη μειωμένη αυτή ποινή, ζητώντας την πλήρη δίωξη στις περιπτώσεις όπου υπάρχει επίσης «διστάλευση της δημόσιας τάξης». Σε αυτές περιλαμβάνονται η κατοχή κάνναβης σε τόπους ή κοντά σε τόπους όπου είναι δυνατόν να συγκεντρώνονται μαθητές (σχολεία, πάρκα, στάσεις λεωφορείων) καθώς και η «σκανδαλώδης» κατοχή σε δημόσιο χώρο ή κτίριο.

Στη Δανία, μια τροποποίηση του νόμου για τις ουσίες που προκαλούν ευφορία τον Μάιο του 2004, σε συνδυασμό με μια εισαγγελική εγκύκλιο, αναφέρει ότι η κατοχή ναρκωτικών για ίδια χρήση θα τιμωρείται πλέον με πρόστιμο αντί της προειδοποίησης που ίσχυε προηγουμένως.

Έτσι, ακολουθείται το πρότυπο των αλλαγών στις πιθανές ποινές για τους χρήστες και τους διακινητές ναρκωτικών που αναδείχθηκε τα τελευταία χρόνια, όπως αναφέρεται από το ΕΚΠΝΤ ⁽¹⁹⁾. Για παράδειγμα, το 2003 το Βέλγιο θέσπισε μια νέα κατηγορία αδικήματος που επιτρέπει τη μη άσκηση δίωξης κατά των μη προβληματικών χρηστών κάνναβης, η Ελλάδα μείωσε τη μέγιστη ποινή φυλάκισης για τη χρήση ναρκωτικών από πέντε έτη σε ένα έτος, και η Ουγγαρία κατάργησε από τον ποινικό της κώδικα το αδίκημα της χρήσης ναρκωτικών. Το 2002, η Εσθονία κατάργησε το αδίκημα της κατ' εξακολούθηση χρήσης ή κατοχής μικρής ποσότητας παράνομων ναρκωτικών για προσωπική χρήση (με τη συναφή μέγιστη ποινή των τριών ετών φυλάκισης), μολονότι η Λιθουανία πρόσθεσε το αδίκημα της κατοχής στον ποινικό της κώδικα, με δυνατότητα επιβολής ποινής φυλάκισης διάρκειας έως δύο ετών. Το 2001, το Λουξεμβούργο αποποινικοποίησε τη χρήση της κάνναβης και κατάργησε τη συναφή ποινή φυλάκισης για απλή χρήση ναρκωτικών που δεν συνοδεύεται από επιβαρυντικές περιστάσεις, και η Φινλανδία έθεσε σε ισχύ το αδίκημα της χρήσης ναρκωτικών, με μικρότερη μέγιστη ποινή φυλάκισης και συνοπτικές ποινικές διαδικασίες από τον εισαγγελέα. Το 2000, η Πορτογαλία έθεσε σε ισχύ διοικητικές κυρώσεις για τη χρήση ναρκωτικών, ενώ το ίδιο έτος η Πολωνία κατάργησε την εξαίρεση από την επιβολή ποινής που ήταν προηγουμένως δυνατή για το αδίκημα της κατοχής. Ωστόσο, η κατάσταση αυτή δεν σημαίνει ότι μειώθηκε ο έλεγχος στις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών για την κοινωνία, όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει στο επιλεγμένο θέμα σχετικά με την όχληση του κοινού και τους περιορισμούς που αφορούν τη χρήση κοντά σε νέους, ανωτέρω.

Για όσους θεωρούνται ύποπτοι για διακίνηση ναρκωτικών, υπάρχει τάση αύξησης της δυνατής ποινής. Στη Δανία, οι μέγιστες ποινές για τα αδικήματα της διακίνησης αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 50 % τον Μάρτιο του 2004. Στις αρχές του 2004, η Εσθονία έθεσε σε ισχύ αυστηρότερες ποινές για τα περισσότερα αδικήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά, ιδίως όταν συντρέχουν επιβαρυντικές περιστάσεις. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μέγιστη ποινή για τη διακίνηση ναρκωτικών του πίνακα Γ αυξήθηκε από 5 σε 14 χρόνια φυλάκισης. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένη έμφαση στις ποινές για τα ειδικά αδικήματα της διανομής ναρκωτικών σε νέους (ανωτέρω) και για τα αδικήματα της διακίνησης στην Ελλάδα το 2001, στη Λιθουανία το 2000 και την Ιρλανδία το 1999. Η ομόφωνη αυτή αύξηση της βαρύτητας των ποινών για τη διακίνηση ναρκωτικών αντικατοπτρίζεται στην ευρωπαϊκή απόφαση-πλαίσιο του Οκτωβρίου του 2004 για τη θέσπιση ελάχιστων διατάξεων σχετικά με τα στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Για περισσότερες λεπτομέρειες, βλέπε θεματικό έγγραφο του ΕΚΠΝΤ *Illicit drug use in the EU: legislative approaches (Παράνομη χρήση ναρκωτικών στην ΕΕ: νομοθετικές προσεγγίσεις)* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

εγκλημάτων και τις ποινές που ισχύουν στον τομέα της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών.

Ναρκωτικά στο χώρο εργασίας

Δύο χώρες ανέφεραν πρωτοβουλίες σχετικές με την ψήφιση νομοθεσίας για τα ναρκωτικά στο χώρο εργασίας. Στη Φινλανδία, ο νόμος για την προστασία της ιδιωτικής ζωής στην εργασία (759/2004) στοχεύει στη ρύθμιση και την ενίσχυση της προστασίας της ιδιωτικής ζωής του εργαζομένου όσον αφορά τις εξετάσεις για τη χρήση ναρκωτικών στην εργασία. Ο νόμος ορίζει ότι ο εργοδότης και το προσωπικό πρέπει να καταρτίσουν ένα πρόγραμμα κατά των ναρκωτικών στο χώρο εργασίας, το οποίο θα περιλαμβάνει προγράμματα πρόληψης και θεραπευτικές επιλογές και θα απαριθμεί τις θέσεις εργασίας για τις οποίες απαιτείται πιστοποιητικό εξέτασης για χρήση ναρκωτικών. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πρόσληψης, ο εργοδότης μπορεί να ζητήσει μόνον από τον επιτυχόντα υποψήφιο να υποβληθεί σε εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών. Ο εργοδότης έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο πιστοποιητικό, εάν η θέση εργασίας απαιτεί ακρίβεια, αξιοπιστία, ανεξάρτητη κρίση ή ετοιμότητα, και αν η εκτέλεση της εργασίας υπό την επήρεια ναρκωτικών ή σε κατάσταση εξάρτησης από τα ναρκωτικά μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή και υγεία ή να έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές ζημιές. Κατά τη διάρκεια της απασχόλησης, ο εργαζόμενος υποχρεούται να προσκομίσει πιστοποιητικό μόνον εάν εύλογα υπάρχουν υπόνοιες ότι είναι τοξικομανής ή ότι εργάζεται υπό την επήρεια ναρκωτικών.

Στην Ιρλανδία, το σχέδιο νόμου για την ασφάλεια, την υγεία και την ευημερία στην εργασία δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2004. Ένα άρθρο του απαιτεί από τους εργαζομένους να διασφαλίζουν ότι δεν είναι υπό την επήρεια οποιασδήποτε εθιστικής ουσίας ενόσω εργάζονται, στο βαθμό που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια, την υγεία και την ευημερία στην εργασία των ιδίων ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου. Απαιτεί επίσης από τους εργαζομένους, εφόσον αυτό ζητείται εύλογα από τον εργοδότη τους, να υποβάλλονται στις κατάλληλες, εύλογες και ανάλογες εξετάσεις από αρμόδιο πρόσωπο.

Η πρόληψη σε συγκεκριμένους χώρους, όπως στο χώρο εργασίας, υπογραμμίζεται πλέον στο νέο σχέδιο δράσης της ΕΕ. Η αυξημένη έμφαση στη στοχοθετημένη πρόληψη αποτελεί ίσως αντιστάθμισμα στη γενικότερη τάση για μείωση της αυστηρότητας των ποινών που επιβάλλονται στους χρήστες ναρκωτικών, ενδεχομένως ως αποτέλεσμα του προβληματισμού σχετικά με την επικράτηση και τη συχνότητα της χρήσης ναρκωτικών στην ΕΕ. Ωστόσο, δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία σχετικά με τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου, και οι εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών για λόγους άλλους εκτός από την εργασία υπό την πραγματική επήρεια ναρκωτικών ενδέχεται να εγείρουν πολύπλοκα νομικά ζητήματα προστασίας της ιδιωτικής ζωής βάσει ορισμένων εθνικών και διεθνών κανόνων δικαίου. Στο μεταξύ, συνεχίζονται οι ιδιωτικές επενδύσεις με στόχο τη βελτίωση της ορθότητας και της φιλικότητας προς τον χρήστη των σχετικών εξετάσεων.

Όχληση του κοινού συνδεδεμένη με τα ναρκωτικά: τάσεις στην πολιτική και μέτρα, στην Ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2005: επιλεγμένα θέματα

Η όχληση του κοινού είναι ένα πρόβλημα που αναφέρεται ολοένα και περισσότερο στις συζητήσεις σχετικά με την πολιτική για τα ναρκωτικά, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι συμπεριφορές και οι δραστηριότητες που καλύπτονται συνήθως από τον όρο «όχληση του κοινού συνδεδεμένη με τα ναρκωτικά» υπάρχουν εδώ και καιρό στα περισσότερα κράτη μέλη, στις υποψήφιες χώρες και στη Νορβηγία. Επομένως, δεν πρόκειται για νέα φαινόμενα, αλλά μάλλον για μια νέα τάση στην πολιτική για τα ναρκωτικά, εμφανή σε ορισμένα τουλάχιστον κράτη μέλη, με στόχο την ταξινόμηση σε κατηγορίες και τη συγκέντρωση των φαινομένων αυτών κάτω από μια συνολική έννοια, και τη συμπερίληψη της μείωσης της εμφάνισής τους στους στόχους της εθνικής στρατηγικής για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Σε ποιο βαθμό η τάση αυτή είναι κοινή στις ευρωπαϊκές χώρες; Υπάρχει συναινετικός ορισμός της έννοιας; Πώς πρέπει να εκτιμηθούν η φύση και η έκταση των

φαινομένων; Ποιες είναι οι πολιτικές για την επίτευξη του στόχου αυτού και τι είδους παρεμβάσεις υλοποιούνται, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχουν σχεδιασθεί ειδικά και ρητά για τη μείωση της όχλησης του κοινού που συνδέεται με τα ναρκωτικά; Υπάρχουν διαθέσιμα αποτελέσματα αξιολόγησης και έχουν θεσπισθεί πρότυπα ποιότητας για τις παρεμβάσεις; Αυτά είναι μερικά από τα καίρια ερωτήματα που επιχειρεί να δώσει απάντηση αυτό το επιλεγμένο θέμα.

Παρουσιάζοντας μια επίκαιρη επισκόπηση της εξέλιξης του θέματος της συνδεδεμένης με τα ναρκωτικά όχλησης του κοινού στο διάλογο σχετικά με την πολιτική στην Ευρώπη, το ΕΚΠΝΤ στοχεύει να ενημερώσει τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση πολιτικής και το ευρύ κοινό σχετικά με τη φύση του φαινομένου καθώς και σχετικά με τις τάσεις και τα μέτρα στον τομέα αυτό της πολιτικής για τα ναρκωτικά.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα («Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues.*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Κεφάλαιο 2

Σχολεία, νέοι και ναρκωτικά

Συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών από τους νέους προέρχονται κυρίως από έρευνες σε μαθητές ηλικίας 15 και 16 ετών. Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD) διεξήγαγε έρευνες το 1995, το 1999 και πιο πρόσφατα το 2003. Η έρευνα του 2003 (Hibell κ.ά., 2004) παρέχει συγκρίσιμα δεδομένα από 22 κράτη μέλη της ΕΕ καθώς και από τη Νορβηγία και τρεις

υποψήφιες χώρες (Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία). Άλλες έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό (π.χ. στις Κάτω Χώρες, στη Σουηδία και τη Νορβηγία) και έρευνες σχετικές με την υγειονομική συμπεριφορά παιδιών σχολικής ηλικίας (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) παρέχουν επίσης δεδομένα σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών στους μαθητές, και γενικά τα πορίσματά τους εμφανίζουν πολλές ομοιότητες.

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό σχετικά με το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά (ESPAD): ένας πολύτιμος πόρος για την κατανόηση των τάσεων της χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ από τους νέους

Το ESPAD είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ από τους μαθητές των σχολείων της Ευρώπης και είναι ένα πολύτιμο μέσο για την καταγραφή τάσεων σε βάθος χρόνου. Το ESPAD διενήργησε έρευνες το 1995, το 1999 και το 2003.

Η χρήση τυποποιημένων μεθόδων και εργαλείων σε εθνικά αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών ηλικίας 15 και 16 ετών παρέχει ένα σύνολο συγκρίσιμων δεδομένων υψηλής ποιότητας. Η συμμετοχή στο ESPAD διογκώνεται σε κάθε έρευνα, και συμμετέχουν σε αυτές τόσο κράτη μέλη της ΕΕ όσο και χώρες εκτός ΕΕ. Το 1995, συμμετείχαν συνολικά 26 ευρωπαϊκές χώρες (συμπεριλαμβανομένων των δέκα χωρών που εντάχθηκαν στην ΕΕ τον Μάιο του 2004). Ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 30 το 1999, ενώ στην έρευνα του 2003 συμμετέσχε ο εντυπωσιακός αριθμός των 35 χωρών, συμπεριλαμβανομένων των δέκα χωρών που εντάχθηκαν στην ΕΕ το 2004), τριών υποψήφιων χωρών (Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία) και της Νορβηγίας. Η Ισπανία δεν συμμετέσχε στην έρευνα, αλλά η έκθεση του ESPAD για το 2003 παρουσιάζει εθνικά στοιχεία από την ισπανική έρευνα στα σχολεία (PNSD).

Η συγκρισιμότητα των στοιχείων της σχολικής έρευνας του ESPAD στηρίζεται στην τυποποίηση της ηλικιακής ομάδας στόχου καθώς και της μεθόδου και της χρονικής στιγμής συγκέντρωσης των στοιχείων, στη χρήση τυχαίων δειγμάτων, στην ακρίβεια του σχεδιασμού του ερωτηματολογίου και στη διασφάλιση ανωνυμίας.

Οι ερωτήσεις της έρευνας επικεντρώνονται στην κατανάλωση αλκοόλ (τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή,

επικράτηση χρήσης κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο και κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, μέση κατανάλωση, ασυλλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ («binge drinking») και στη χρήση παράνομων ναρκωτικών (τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, επικράτηση χρήσης κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο και κατά τις τελευταίες 30 ημέρες, συμπεριλαμβανομένων μετρήσεων σχετικά με το πόσο συχνή ήταν η χρήση ναρκωτικών κατά τις χρονικές αυτές περιόδους).

Ορισμένα από τα κύρια πορίσματα της έρευνας του 2003 στα κράτη μέλη της ΕΕ, τις υποψήφιες χώρες και τη Νορβηγία ήταν τα εξής:

- Η κάνναβη είναι με διαφορά η συννηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ναρκωτική ουσία.
- Η έκσταση είναι η δεύτερη συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία, αλλά η δοκιμή της είναι σχετικά χαμηλή.
- Η δοκιμή αμφεταμινών και LSD και άλλων παραισθησιογόνων είναι χαμηλή.
- Μολονότι η επικράτηση χρήσης είναι σχετικά χαμηλή, τα μαγικάμανιτάρια είναι τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα παραισθησιογόνα σε δώδεκα κράτη μέλη της ΕΕ.
- Άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται από τους μαθητές είναι τα ηρεμιστικά και τα κατασταλτικά χωρίς ιατρική συνταγή (υψηλότερο αναφερόμενο εθνικό ποσοστό 17%), και εισπνεόμενες ουσίες (μέγιστο εθνικό ποσοστό 18%).
- Η επικράτηση «binge drinking» κατά τις τελευταίες 30 ημέρες (οριζόμενη ως κατανάλωση τουλάχιστον πέντε ποτών στη σειρά) διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Πληροφορίες σχετικά με το ESPAD και τη διαθεσιμότητα της νέας έκθεσης υπάρχουν στην ιστοθέση του ESPAD (www.ESPAD.org).

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης ναρκωτικών

Κάνναβη

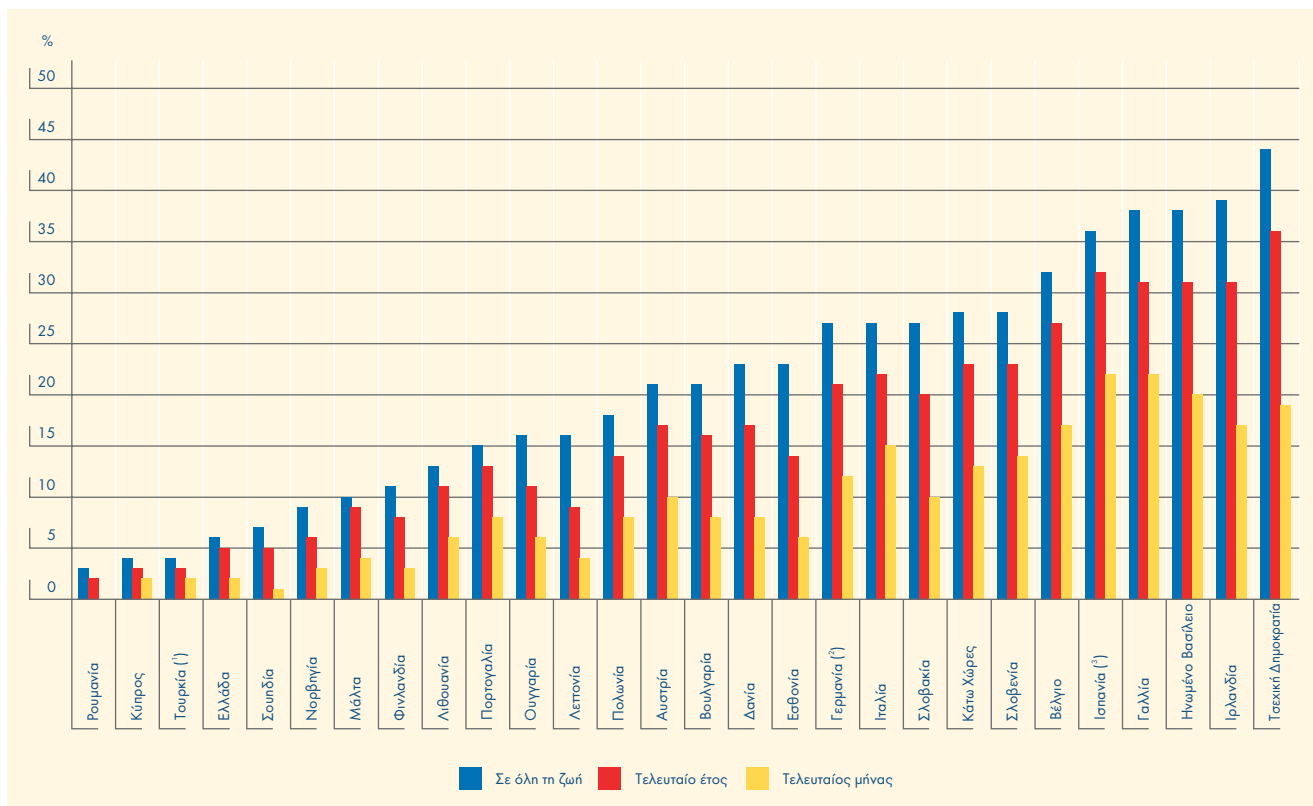
Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της έρευνας του ESPAD, τα οποία χρονολογούνται από το 2003, η υψηλότερη εκτίμηση για την επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές παρατηρείται στην Τσεχική Δημοκρατία (44 %) (διάγραμμα 1). Οι χαμηλότερες εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή (κάτω του 10 %) παρατηρούνται στην Ελλάδα, στην Κύπρο, στη Σουηδία, στη Νορβηγία, στη Ρουμανία και την Τουρκία. Στις χώρες με ποσοστό άνω του 25 % συγκαταλέγονται η Γερμανία, η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβακία και η Σλοβενία (27 και 28 %), ενώ οι υψηλότερες εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή, οι οποίες κυμαίνονται από 32 έως 40 %, αναφέρονται στο Βέλγιο, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις περισσότερες χώρες, από το 1995, καταγράφεται σταθερή αύξηση του αριθμού των μαθητών που έχουν δοκιμάσει κάνναβη

τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους ⁽²⁰⁾. Ωστόσο, οι διαφορές από χώρα σε χώρα είναι έντονες.

Νέα στοιχεία από τις έρευνες του ESPAD το 2003 σε 15χρονους και 16χρονους μαθητές δείχνουν ότι η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 3 έως 44 %. Ποσοστό μεταξύ 2 και 36 % των μαθητών ανέφεραν ότι είχαν κάνει χρήση της ουσίας κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, ενώ η χρήση κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα κυμαίνεται από 0 % σε ορισμένες χώρες έως 19 % σε άλλες ⁽²¹⁾ (διάγραμμα 1). Υπάρχουν σχετικές διαφοροποιήσεις στα διαφορετικά ποσοστά επικράτησης. Για παράδειγμα, η υψηλότερη επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή εμφανίζεται στην Τσεχική Δημοκρατία, αλλά η πρόσφατη (τον περασμένο μήνα) χρήση εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά στην Ισπανία και τη Γαλλία ⁽²²⁾.

Σε όλες σχεδόν τις χώρες, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης είναι υψηλότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Οι διαφορές φύλου είναι εντονότερες στους μαθητές που αναφέρουν ότι έκαναν χρήση κάνναβης τουλάχιστον 40 φορές στη ζωή τους ⁽²²⁾.

Διάγραμμα 1: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή, κατά το τελευταίο έτος και κατά τον τελευταίο μήνα στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές το 2003



(¹) Τα στοιχεία της Τουρκίας βασίζονται σε μία μεγάλη πόλη σε έξι διαφορετικές περιφέρειες (Άδανα, Άγκυρα, Ντιγιαρμακίρ, Κωνσταντινούπολη, Σμύρνη και Σαμψούντα).
 (²) Τα στοιχεία της Γερμανίας βασίζονται σε έξι περιφέρειες μόνον (Βαυαρία, Βραδεμβούργο, Βερολίνο, Έσση, Μεκλεμβούργο-Δυτική Πομερανία και Θουριγγία).
 (³) Η Ισπανία δεν συμμετέχε στην έρευνα του ESPAD. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο διάγραμμα βασίζονται σε ισπανική έρευνα που διενεργήθηκε τον Νοέμβριο-Δεκέμβριο του 2002. Οι ερωτήσεις που αφορούν την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών μπορούν να θεωρηθούν συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες ερωτήσεις του ESPAD, όμως άλλες πτυχές της μεθόδου δείχνουν ότι τα ισπανικά δεδομένα δεν είναι απολύτως συγκρίσιμα.
 Πηγή: Hibell κ.ά., 2004.

(²⁰) Βλέπε διαγράμματα EYE-1 (μέρος ii) και EYE-1 (μέρος ix) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(²¹) Βλέπε κεφάλαιο 3 για περισσότερα στοιχεία σχετικά με τη χρήση κάνναβης από τους μαθητές.

(²²) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Άλλοι μαθητές (ηλικίας 17-18 ετών) συμμετείχαν σε εθνικές έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό που διενεργήθηκαν σε έντεκα κράτη μέλη και στη Βουλγαρία. Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία κυμαινόταν από λιγότερο από 2 % στην Κύπρο έως 56 % στην Τσεχική Δημοκρατία, ενώ η πρόσφατη (τον περασμένο μήνα) χρήση κάνναβης κυμαινόταν από λιγότερο από 1 % στην Κύπρο έως σχεδόν 30 % στη Γαλλία. Σε όλες τις χώρες στις οποίες διενεργήθηκαν έρευνες, εκτός της Κύπρου, οι εκτιμήσεις για την επικράτηση στους μεγαλύτερους σε ηλικία μαθητές ήταν υψηλότερες από εκείνες στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές⁽²³⁾.

Στο διάστημα από το 1999 έως το 2003, στην Τσεχική Δημοκρατία, ο αριθμός των μαθητών που ανέφεραν ότι είχαν δοκιμάσει κάνναβη σε ηλικία 13 ετών ή νεότεροι αυξήθηκε κατά 5 %. Δεκατρείς άλλες χώρες της ΕΕ ανέφεραν μικρές αυξήσεις (1-3 %) (24). Μείωση (κατά 1 %) ανέφεραν μόνον οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (2004)⁽²⁵⁾, ο αριθμός των νέων ηλικίας 15-24 ετών που δήλωσαν ότι τους έχει προσφερθεί κάνναβη αυξήθηκε από 46 % το 2002 σε 50 % το 2004. Στο ίδιο διάστημα, ο αριθμός των νέων που ανέφεραν ότι γνωρίζουν ανθρώπους που έχουν κάνει χρήση κάνναβης αυξήθηκε επίσης από 65 σε 68 %.

Σύμφωνα με τις έρευνες του ESPAD, οι αντιλήψεις των μαθητών για την κάνναβη, όσον αφορά τόσο τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση της όσο και τη διαθεσιμότητα του ναρκωτικού, συνδέονται στενά με την επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή. Η σχέση μεταξύ κινδύνου και επικράτησης είναι αντιστρόφως ανάλογη⁽²⁶⁾, δηλαδή οι αντιλήψεις για υψηλό κίνδυνο συνδέονται με χαμηλή επικράτηση της χρήσης και το αντίστροφο, αλλά οι αντιλήψεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα συνδέονται άμεσα με την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή⁽²⁷⁾.

Οι νέοι των χωρών στις οποίες οι εκτιμήσεις για τη μέση επικράτηση είναι υψηλότερες ενδέχεται να θεωρούν ολοένα και περισσότερο τη χρήση κάνναβης ως «φυσιολογική». Οι περισσότερες χώρες που αναφέρουν σχετικά υψηλές εκτιμήσεις για τη χρήση κάνναβης σε όλη τη ζωή αναφέρουν επίσης σχετικά υψηλές εκτιμήσεις για ασυλλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ («binge drinking» – πέντε τουλάχιστον ποτά στη σειρά) κατά τις τελευταίες 30 ημέρες⁽²⁸⁾, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι δύο συμπεριφορές ενδέχεται να υπάγονται σε ένα κοινό τρόπο ζωής. Εξαιρέσεις σε αυτό το πρότυπο αποτελούν η Γαλλία, η Ιταλία και η Βουλγαρία, όπου η χρήση κάνναβης είναι σχετικά υψηλή, αλλά η ασυλλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ σχετικά χαμηλή.

Άλλα ναρκωτικά

Η επικράτηση της χρήσης κάνναβης ήταν υψηλότερη από εκείνη της χρήσης αμφεταμίνης σε 14 από τις χώρες της ΕΕ

και τις υποψήφιες χώρες που αναφέρονται στην έρευνα του ESPAD για το 2003⁽²⁹⁾. Τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή (2 % και κάτω) παρατηρούνται στη Δανία, στην Ελλάδα, στην Κύπρο, στη Λιθουανία, στη Μάλτα, στη Φινλανδία, στη Σουηδία, στη Νορβηγία, στη Ρουμανία και την Τουρκία. Υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 3 και 4 %, ανέφεραν το Βέλγιο, η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία, η Λεττονία, η Αυστρία, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία, η Σλοβακία και η Βουλγαρία. Οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή είναι η Τσεχική Δημοκρατία (8 %) καθώς και η Εσθονία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο (καθεμία με 5 %).

Όσον αφορά την επικράτηση της χρήσης σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, το υψηλότερο ποσοστό επικράτησης της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή το 2003 ήταν 8 % σε σύγκριση με 5 % για τη χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο (πρόσφατη χρήση) και 2 % για τη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα (τρέχουσα χρήση).

Διαδοχικές μελέτες δείχνουν ότι, γενικά, η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές αυξήθηκε κατά την περίοδο από το 1995 έως το 2003, και η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφεται στην Τσεχική Δημοκρατία και στα περισσότερα από τα νέα κράτη μέλη⁽³⁰⁾. Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή από τις έρευνες του ESPAD για το 1999 εμφανίζουν διακυμάνσεις σε ορισμένες χώρες. Η μείωση της χρήσης έκστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο έλαβε χώρα πριν από το 1999 και ενδεχομένως να οφείλεται εν μέρει στην εκτενή κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης θανάτων που συνδέονταν με την έκσταση στα τέλη της δεκαετίας του 1990.

Ψιλοκίνη και ψιλοκυβίνη – μαγικά μανιτάρια

Η ψιλοκίνη και η ψιλοκυβίνη, τα ψυχοδραστικά συστατικά των αποκαλούμενων «μαγικών μανιταριών», περιλαμβάνονται στο παράρτημα 1 της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών του 1971 και επομένως τελούν υπό έλεγχο σε όλα τα κράτη μέλη. Ωστόσο, το νομικό καθεστώς των μαγικών μανιταριών καθώς και ο βαθμός στον οποίο επιβάλλονται νομικοί περιορισμοί στην καλλιέργεια και την κατανάλωσή τους διαφέρουν μεταξύ των κρατών μελών, δηλαδή τα μανιτάρια ενδέχεται να ελέγχονται, να μην ελέγχονται ή να ελέγχονται εφόσον υφίστανται «επεξεργασία», καθεστώς το οποίο δεν είναι απολύτως σαφές από νομική άποψη.

Η έρευνα του ESPAD αναφέρθηκε στη χρήση «μαγικών μανιταριών» για πρώτη φορά το 2003. Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης «μαγικών μανιταριών» στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές είναι υψηλότερες ή

(23) Βλέπε πίνακες EYE-1 και EYE-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(24) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος vii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(25) Το 2004 διενεργήθηκε μια δεύτερη έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (Ευρωβαρόμετρο, 2004), με θέμα τους νέους και τα ναρκωτικά. Αυτή η έρευνα με στατιστικών δειγμάτων περιελάμβανε 7 659 νέους ηλικίας 15-24 ετών στα 15 κράτη μέλη που συμμετείχαν στην έρευνα του 2002.

(26) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος v) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(27) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος vi) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(28) Βλέπε διάγραμμα EYE-1 (μέρος viii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(29) Βλέπε διάγραμμα EYE-2 (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(30) Βλέπε διάγραμμα EYE-2 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

ίσες με εκείνες που αφορούν τη χρήση LSD ή άλλων παραισθησιογόνων ναρκωτικών στις περισσότερες από τις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα ⁽³¹⁾. Επιπλέον, σε σύγκριση με τη δοκιμή έκστασης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή, η επικράτηση της χρήσης μαγικώνμανιταριών σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερη στο Βέλγιο, στη Γερμανία και τη Γαλλία και ίδια στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Δανία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες και την Πολωνία. Η επικράτηση της χρήσης μαγικώνμανιταριών σε όλη τη ζωή είναι μηδενική στην Κύπρο, τη Φινλανδία και τη Ρουμανία, και αυξάνει σε 4 % στη Γερμανία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο και σε 5 % στο Βέλγιο, στη Γαλλία και τις Κάτω Χώρες. Το υψηλότερο ποσοστό επικράτησης της χρήσης παρατηρείται στην Τσεχική Δημοκρατία (8 %). Στοιχεία σχετικά με τις τάσεις της χρήσης μαγικώνμανιταριών δεν είναι διαθέσιμα.

Νέες εξελίξεις όσον αφορά την πρόληψη

Οι ατομικές αξίες και η ατομική συμπεριφορά επηρεάζονται από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον, και αυτό ισχύει κυρίως για τους νέους. Εάν οι νέοι θεωρούν την πειραματική χρήση κάνναβης «φυσιολογική» και κοινωνικά αποδεκτή (συνδέοντάς τη με χαμηλά επίπεδα κινδύνου και εύκολη πρόσβαση), αυτό μπορεί να έχει καθοριστική επίδραση στις αξίες και στη συμπεριφορά τους όσον αφορά τη χρήση κάνναβης (Βοτίνι, 2000). Η πρόκληση που καλείται να αντιμετωπίσει η πρόληψη είναι να παράσχει στους νέους κοινωνικές και γνωστικές στρατηγικές για το χειρισμό των επιρροών αυτών. Επομένως, δεν είναι ρεαλιστικό να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των πολιτικών πρόληψης χρησιμοποιώντας στοιχεία σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών από τους νέους, και ιδίως εκτιμήσεις σχετικά με την πειραματική χρήση, καθώς αυτά απηχούν κοινωνικά πρότυπα και όχι μια πραγματικά προβληματική συμπεριφορά.

Αντιθέτως, η πρόληψη πρέπει να αξιολογείται σε σχέση με ορισμένα σαφή κριτήρια: σαφώς καθορισμένους στόχους, ομάδες στόχους και δράσεις που προσδιορίζονται σε εθνικές στρατηγικές και βασίζονται στη γνώση που είναι διαθέσιμη σε διεθνές επίπεδο· μέτρα ελέγχου της ποιότητας· ανάπτυξη μέτρων επικεντρωμένης πρόληψης και πρόληψης που βασίζεται στην οικογένεια· και κανονιστικά μέτρα σχετικά με τις νόμιμες ναρκωτικές ουσίες με στόχο τον επηρεασμό των κοινωνικών προτύπων που συνεπάγονται στάση ανοχής ή συγκατάβασης σε συγκεκριμένες συμπεριφορές κατανάλωσης.

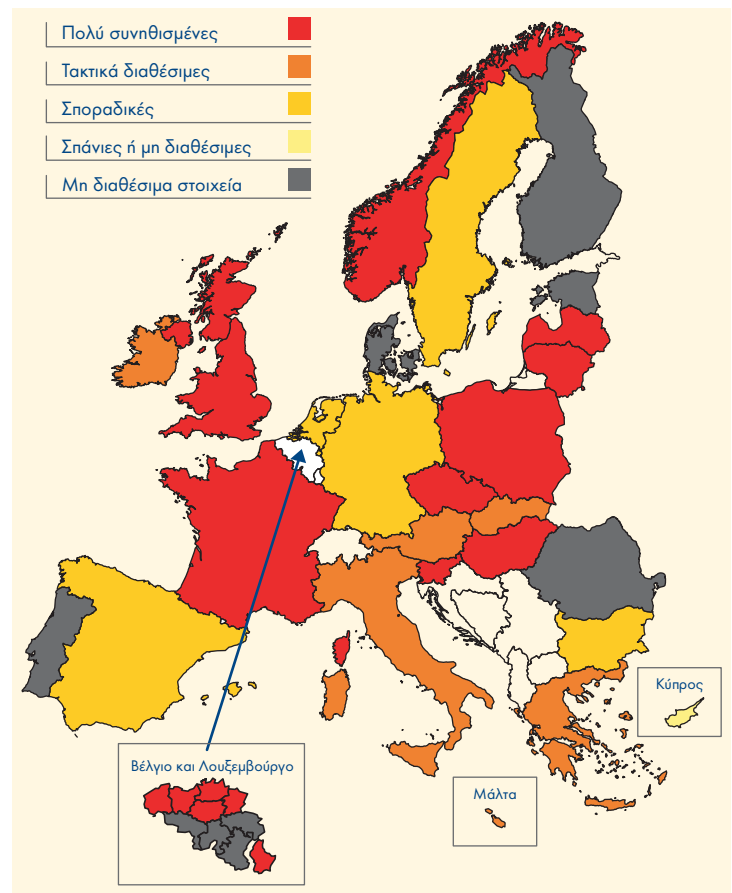
Όσον αφορά την αξιολόγηση των στρατηγικών πρόληψης, οι νέες εθνικές στρατηγικές στη Γαλλία και την Ιταλία αποτελούν σημαντικά βήματα προόδου σε σύγκριση με τις παλαιότερες πολιτικές των χωρών αυτών, καθώς προσδιορίζουν καλύτερα το ρόλο της πρόληψης καθώς και τη σημασία των διαρθρωμένων προγραμμάτων και των τομέων προτεραιότητας για τη λήψη μέτρων. Σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη είναι εμφανής η τάση για πιο στρατηγικές προσεγγίσεις, οι δε ευπαθείς ομάδες λαμβάνονται ολοένα και περισσότερο υπόψη στον συνολικό σχεδιασμό.

Κανονιστικά και διαρθρωτικά μέτρα

Τα μέτρα ελέγχου που αφορούν τις νόμιμες ναρκωτικές ουσίες συμβάλλουν στην εδραίωση των κανονιστικών θεμελίων επί

των οποίων είναι δυνατόν να θεσπισθούν άλλα μέτρα πρόληψης. Τα κοινωνικά πρότυπα που υποστηρίζουν τη χρήση του καπνού και του αλκοόλ και δείχνουν ανοχή απέναντι στην επίδραση που ασκούν στη συμπεριφορά είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου όσον αφορά την ανάπτυξη επικινδύνων στάσεων απέναντι στα παράνομα ναρκωτικά και τη χρήση αυτών (Βεκοΐα, 2002). Σε αντίθεση με τις ευρέως διαδεδομένες πεποιθήσεις, τα κοινωνικά πρότυπα επηρεάζονται περισσότερο από τις πολιτικές ελέγχου παρά από τις εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης ή τις εκπαιδευτικές προσεγγίσεις (Hawks κ.ά., 2002· Canning κ.ά., 2004). Η Eurostat (2002) συνέκρινε τα μέτρα ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και τα ποσοστά καπνίσματος σε παιδιά/εφήβους στα κράτη μέλη της ΕΕ και διαπίστωσε την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της αυστηρότητας των πολιτικών ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (απαγόρευση διαφήμισης, όρια ηλικίας για την αγορά, περιορισμοί κ.λπ.) και των καπνιστικών συνηθειών. Τα ποσοστά καπνίσματος στους εφήβους ήταν υψηλότερα σε χώρες με σχετικά επιεικείς πολιτικές (π.χ. Δανία, Γερμανία και Ηνωμένο Βασίλειο) από ό,τι σε χώρες με αυστηρότερους ελέγχους (π.χ. Γαλλία, Σουηδία και Νορβηγία). Είναι γνωστό ότι ο αντίκτυπος των προληπτικών παρεμβάσεων είναι περιορισμένος εάν αυτές εξουδετερώνονται, ή τουλάχιστον δεν υποστηρίζονται, από κοινωνικά πρότυπα και πολιτικές.

Διάγραμμα 2: Ανάπτυξη σχολικών πολιτικών



Σημείωση: Γερμανόφωνη περιοχή του Βελγίου = σποραδικές.
Πηγές: Εθνικά εστασιακά σημεία δικτύου Reitox.

⁽³¹⁾ Βλέπε διάγραμμα EYE-2 (μέρος ν) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Στον τομέα αυτό, οι πρωτοβουλίες της ΕΕ και της ΠΟΥ (Aspect Consortium, 2004) σημείωσαν πρόοδο και τα κράτη μέλη συνδέουν πλέον ολοένα και περισσότερο τις πολιτικές για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού με την πρόληψη των ναρκωτικών.

Πρόληψη στα σχολεία

Σε όλα τα κράτη μέλη, τα σχολεία θεωρούνται ο σημαντικότερος χώρος για την καθολική πρόληψη, και αυξήθηκε εμφανώς η έμφαση που δίνουν οι εθνικές στρατηγικές στην πρόληψη στα σχολεία και στη διαρθρωμένη υλοποίηση της προσέγγισης αυτής. Το γεγονός αυτό απηχούν η επέκταση των σχολικών πολιτικών για τα ναρκωτικά (διάγραμμα 2) και η ανάπτυξη ειδικών σπονδυλωτών προγραμμάτων πρόληψης των ναρκωτικών για τα σχολεία καθώς και η βελτίωση της κατάρτισης των εκπαιδευτικών.

Αυξήθηκε ο αριθμός των χωρών που θέσπισαν (η Δανία εφάρμοσε για πρώτη φορά πρόγραμμα δεξιοτήτων ζωής στα σχολεία), επέκτειναν (Γερμανία) ή σχεδιάζουν (η Γαλλία και η Ιταλία στις εθνικές στρατηγικές τους) πιο διαρθρωμένα προγράμματα πρόληψης. Για παράδειγμα, το 2003, προγράμματα πρόληψης εφαρμόζονταν σε 60 % των σχολείων της Πολωνίας.

Η Ελλάδα αποτελεί ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα της μετατόπισης των πολιτικών πρόληψης από τις παραδοσιακές βασισμένες στην πληροφόρηση και ατομικές (συμβουλευτικές) προσεγγίσεις στην υλοποίηση μιας πραγματικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία, η κάλυψη της οποίας μπορεί να μεγιστοποιηθεί μέσω προσεγγίσεων πρόληψης στο πλαίσιο προγραμμάτων. Ο αριθμός των προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία υπερδιπλασιάστηκε στην Ελλάδα στο διάστημα από το 2000 έως το 2003, τα δε προγράμματα που βασίζονται στην οικογένεια τριπλασιάστηκαν στο ίδιο διάστημα. Η Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν επίσης το ρόλο των προσεγγίσεων βάσει προγραμμάτων στο πλαίσιο των πολιτικών τους για την πρόληψη των ναρκωτικών: στόχος του Blueprint Programme είναι να προσδιορισθεί ο τρόπος προσαρμογής της διεθνούς έρευνας σχετικά με την αποτελεσματική πρόληψη των ναρκωτικών στο εκπαιδευτικό σύστημα της Αγγλίας, και βασίζεται σε στοιχεία που υποδηλώνουν ότι ο συνδυασμός της σχολικής εκπαίδευσης για τα ναρκωτικά με την εμπλοκή των γονέων, τις εκστρατείες των μέσων ενημέρωσης, τις τοπικές πρωτοβουλίες για την υγεία και τις κοινοτικές συμπράξεις είναι πιο αποτελεσματικός από τις σχολικές παρεμβάσεις μόνες τους. Στο πρόγραμμα αυτό διατέθηκαν 6 εκατ. λίρες στερλίνες (8,5 εκατ. EUR) για διάστημα πέντε ετών ⁽³²⁾.

Παρακολούθηση και έλεγχος ποιότητας

Ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας της πρόληψης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προηγούμενη ουσιαστική επισκόπηση των υφιστάμενων δραστηριοτήτων και του περιεχομένου τους. Ως εκ τούτου, τα κράτη μέλη

αποδίδουν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στην παρακολούθηση των προγραμμάτων πρόληψης, όπως αποδεικνύουν τα νέα σχέδια στη Γερμανία ⁽³³⁾ και τη Νορβηγία ⁽³⁴⁾, καθώς και το ερευνητικό σχέδιο της Ουγγαρίας με τίτλο «Lights and shadows», το οποίο συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με το περιεχόμενο, τους στόχους, τη μεθοδολογία, τις ομάδες στόχους και την κάλυψη προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία. Παρακολούθηση εφαρμόζεται επίσης στην Τσεχική Δημοκρατία καθώς και μέσω της βάσης δεδομένων Ginger στη Φλάνδρα. Δυστυχώς, η Ισπανία εγκατέλειψε το IDEA Prevención, το οποίο ήταν για πολλά χρόνια το καλύτερο αναπτυγμένο σύστημα παρακολούθησης και ποιότητας στον τομέα της πρόληψης στην Ευρώπη.

Τα συστήματα πληροφοριών που αφορούν την πρόληψη συμβάλλουν επίσης στην παρακολούθηση των αναποτελεσματικών πρακτικών και σκελών προγραμμάτων. Για παράδειγμα, οι μεμονωμένες ενημερωτικές ομιλίες ή διαλέξεις εμπειρογνομόνων ή αστυνομικών συνηθίζονται ακόμη σε αρκετά κράτη μέλη, παρά τα ομόφωνα συμπεράσματα των ερευνών ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι στην καλύτερη περίπτωση αναποτελεσματικές, εάν όχι επιζήμιες (Canning κ.ά., 2004).

Το περιεχόμενο των προγραμμάτων πρόληψης μπορεί να αξιολογηθεί μόνον με τη συστηματική καταγραφή των δραστηριοτήτων πρόληψης, ώστε να στοχεύει συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, βάσει των υπαρχουσών πληροφοριών σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Οι κατευθυντήριες γραμμές και τα πρότυπα για την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης είναι θεμελιώδους σημασίας, ιδίως σε χώρες όπου η πρόληψη εμφανίζει μεγάλη αποκέντρωση.

Περιεχόμενα προγραμμάτων και δραστηριοτήτων

Η αύξηση των προσεγγίσεων πρόληψης στο πλαίσιο προγραμμάτων και η βελτίωση της τυποποιημένης συγκέντρωσης πληροφοριών κατέστησαν δυνατή την αξιολόγηση και τη σύγκριση των περιεχομένων και των τάσεων των πολιτικών πρόληψης σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι πληροφορίες προέρχονται συνήθως από εθνικούς εμπειρογνώμονες ή ομάδες εμπειρογνομόνων που διαθέτουν μια αξιόπιστη συνολική εικόνα της κατάστασης της χώρας τους, χάρη στην οποία μπορούν να διαμορφώσουν τυποποιημένους δείκτες, ή από ποσοτικά στοιχεία σχετικά με παρεμβάσεις που παρακολουθούνται και υλοποιούνται στο πλαίσιο προγραμμάτων, τα οποία είναι διαθέσιμα σε ορισμένα κράτη μέλη, π.χ. στην Ελλάδα και την Ουγγαρία.

Για παράδειγμα, τα περισσότερα κράτη μέλη υλοποιούν στα σχολεία, ως προσέγγιση για την πρόληψη των ναρκωτικών, προγράμματα προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Στα θέματα που εξετάζονται περιλαμβάνονται η λήψη αποφάσεων, η αντιμετώπιση καταστάσεων, η θέσπιση στόχων και η αυτοεπιβολή, η επικοινωνία και η επίδειξη κατανόησης. Η τεχνική αυτή, η οποία βασίζεται σε τεκμηριωμένα στοιχεία και απορρέει από τις θεωρίες της κοινωνικής μάθησης ⁽³⁵⁾, φαίνεται να αποτελεί πλέον

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de)

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Η συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα κοινωνικής μάθησης από πρότυπα ρόλου, άλλα πρότυπα, στάσεις «σημαντικών τρίτων» (Bandura, 1977). Η αρνητική στάση στη χρήση ναρκωτικών και η προστατευτική αυτεπάρκεια μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μάθησης ή εξαρτημένης αντίδρασης. Η αντίληψη αυτή αποτελεί τη βάση των προτύπων που βασίζονται σε συνομηλίκους και του συγκεκριμένου προτύπου δεξιοτήτων ζωής.

σημαντική μέθοδο στα περισσότερα κράτη μέλη, ακόμη και σε χώρες στις οποίες δεν υπάρχουν προσεγγίσεις πρόληψης στο πλαίσιο προγραμμάτων (Γαλλία, Λουξεμβούργο και Σουηδία) (πίνακας 2). Στην Εσθονία αναφέρεται η ευρύτατη χρήση ενός βιβλίου διδασκαλίας κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η παροχή πληροφοριών εξακολουθεί να κατέχει κεντρική θέση στην πρόληψη των ναρκωτικών σε πολλά κράτη μέλη (βλέπε πίνακα 2). Η περιορισμένη αξία της παροχής πληροφοριών για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών αναγνωρίζεται με αργούς ρυθμούς (βλέπε, για παράδειγμα, την εθνική έκθεση της Σουηδίας).

Πίνακας 2: πρόληψη στα σχολεία στην Ευρώπη

	Πρότυπα /κατευθυντήριες γραμμές ποιότητας (1)			Προσωπικές κοινωνικές δεξιότητες	Στόχοι	
	Σε ισχύ	Υποχρεωτικού χαρακτήρα	Προϋπόθεση για χρηματοδότηση		Κύριοι	Δευτερεύοντες
Βέλγιο (φλαμανδόφωνο)	Ναι	Ναι	Ναι	Πολύ συνηθισμένες	Δεξιότητες ζωής	Ενημέρωση
Βέλγιο (γαλλόφωνο)	Ναι	Ναι	Ναι	μ.δ.	Προστατευτικό περιβάλλον	Εκπαιδευτική σχέση
Τσεχική Δημοκρατία	Σχεδιάζονται		Ναι	Πολύ συνηθισμένες	Αυτοεκτίμηση	Προστατευτικό περιβάλλον
Δανία	Όχι			Όχι	Ενημέρωση	
Γερμανία	Όχι			Πολύ συνηθισμένες	Δεξιότητες ζωής	Ενημέρωση
Εσθονία	Όχι			Σποραδικές	μ.δ.	
Ελλάδα	Ναι	Ναι	Ναι	Πολύ συνηθισμένες	Δεξιότητες ζωής	Εκπαιδευτική σχέση
Ισπανία	Σχεδιάζονται	Ναι	Ναι	Πολύ συνηθισμένες	Δεξιότητες ζωής	Αυτοεκτίμηση
Γαλλία	Ναι			Σπάνιες	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Ιρλανδία	Ναι	Ναι		Πολύ συνηθισμένες	Δεξιότητες ζωής	Αυτοεκτίμηση
Ιταλία	Ναι			Τακτικές	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Κύπρος	Σχεδιάζονται	Ναι	Ναι	Σποραδικές	Προστατευτικό περιβάλλον	Δεξιότητες ζωής
Λετονία	Σχεδιάζονται			Σποραδικές	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Λιθουανία	Όχι			Τακτικές	Ενημέρωση	
Λουξεμβούργο	Ναι		Ναι	Τακτικές	Εκπαιδευτική σχέση	Δεξιότητες ζωής
Ουγγαρία	Σχεδιάζονται			Τακτικές	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Μάλτα	Όχι			Πολύ συνηθισμένες	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Κάτω Χώρες	Ναι			Όχι	Ενημέρωση	
Αυστρία	Ναι		Όχι	Σποραδικές	Δεξιότητες ζωής	Προστατευτικό περιβάλλον
Πολωνία	Όχι			Τακτικές	Δεξιότητες ζωής	Ενημέρωση
Πορτογαλία	Ναι	Ναι	Ναι	Σποραδικές	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Σλοβενία	Σχεδιάζονται			Σποραδικές	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Σλοβακία	Όχι			Σπάνιες		
Φινλανδία	μ.δ.			μ.δ.	Παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας	Ενημέρωση
Σουηδία	Όχι			Τακτικές	Προστατευτικό περιβάλλον	Κοινωνική ένταξη
Ηνωμένο Βασίλειο	Ναι			Πολύ συνηθισμένες	Ενημέρωση	Δεξιότητες ζωής
Νορβηγία	Όχι			Τακτικές	Ενημέρωση	Αυτοεκτίμηση
Βουλγαρία	μ.δ.			Σποραδικές	Ενημέρωση	Προστατευτικό περιβάλλον
Ρουμανία	μ.δ.			Σποραδικές		

Σημείωση: μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία.

(1) Πρέπει να υπενθυμισθεί ότι δεν υπάρχει κοινός ευρωπαϊκός ορισμός των «προτύπων και κατευθυντήριων γραμμών ποιότητας» και ότι ο βαθμός της λεπτομερούς περιγραφής τους μπορεί να διαφέρει, γεγονός που επηρεάζει τη συγκρισιμότητα.

Οι προσεγγίσεις που βασίζονται αποκλειστικά στην υγειονομική εκπαίδευση περιορίζονται επίσης στον επηρεασμό των γνωστικών διεργασιών και συχνά στερούνται συγκεκριμένων σκελών συμπεριφορικής εκπαίδευσης και εκπαίδευσης στην κοινωνική αλληλεπίδραση. Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές παραμένουν διαδεδομένες σε ορισμένες χώρες, παρά τα όσα γνωρίζουμε σήμερα σχετικά με την αποτελεσματική πρόληψη των ναρκωτικών.

Υπάρχουν δύο εξηγήσεις για τη συνέχιση των προσεγγίσεων αυτών για την πρόληψη των ναρκωτικών. Η πρώτη βασίζεται στην ενστικτώδη και παραδοσιακή υπόθεση ότι η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα ναρκωτικά και τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση των ναρκωτικών θα λειτουργήσει αποτρεπτικά. Η δεύτερη εξήγηση απηχεί μια πολύ πρόσφατη τάση εμπνευσμένη από τις πρωτοβουλίες για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών και βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι γνωστικές δεξιότητες είναι πιο σημαντικές από τις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην εκπαίδευση των νέων, ώστε αυτοί να μπορούν να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις και να προβαίνουν σε ενημερωμένες επιλογές στη ζωή τους. Οι υποστηρικτές της τεχνικής αυτής πιστεύουν ότι οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις της πρόληψης των ναρκωτικών, όπως η βελτίωση των δεξιοτήτων ζωής, είναι προστατευτικές και δαιμονοποιούν τη χρήση ναρκωτικών (Ashton, 2003· Quensel, 2004), και ότι η καλύτερη μέθοδος είναι να παρέχονται στους νέους τα γνωστικά εργαλεία που χρειάζονται, μέσω της παροχής πληροφοριών. Παρά τις διαφορετικές παραδόσεις τους, αμφότερες οι προσεγγίσεις εκλαμβάνουν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία, και ειδικότερα τη χρήση ναρκωτικών, ως ένα θέμα προσωπικής και ορθολογικής επιλογής, ενώ η ευρύτερα αποδεκτή άποψη στις επιστήμες της υγείας είναι ότι κοινωνικοί παράγοντες (η γειτονιά, οι συνομήλικοι, τα πρότυπα) και προσωπικοί παράγοντες (η ιδιοσυγκρασία, οι ακαδημαϊκές και συναισθηματικές δεξιότητες) ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία και τη χρήση ναρκωτικών από ό,τι η απλή γνώση.

Η εσφαλμένη αντίληψη της χρήσης ναρκωτικών ως φυσιολογικής και κοινωνικά αποδεκτής από τους συνομηλίκους είναι το σημαντικότερο γνωστικό στοιχείο που μπορεί να επηρεασθεί μέσω της πρόληψης. Στην πραγματικότητα, επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή σε νεαρούς ενήλικους σε ποσοστό 30 % σημαίνει ότι περισσότερο από τα δύο τρίτα της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού δεν έχουν κάνει ποτέ χρήση κάνναβης, και αυτό είναι το πραγματικό μέτρο του «φυσιολογικού». Ωστόσο, παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη των τεχνικών που απευθύνονται στις κανονιστικές πεποιθήσεις των νέων (Reis κ.ά., 2000· Taylor, 2000· Cunningham, 2001· Cuijpers κ.ά., 2002), αυτές σπάνια χρησιμοποιούνται στην Ευρώπη.

Επικεντρωμένη πρόληψη

Οι εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά και τα σχέδια δράσης προβλέπουν ολοένα και συχνότερα ρητά τις ευπαθείς ομάδες, στις οποίες πρέπει να στοχεύουν ειδικότερα τα μέτρα πρόληψης. Η επικέντρωση αυτή είναι

ακόμη μεγαλύτερη στα νέα κράτη μέλη: στην Εσθονία (παιδιά του δρόμου, ειδικά σχολεία), στην Ουγγαρία, στην Κύπρο, στη Μάλτα, στην Πολωνία (παραμελημένα παιδιά και νέοι προερχόμενοι από δυσλειτουργικές οικογένειες) και στη Σλοβενία.

Καθώς οι ευπαθείς ομάδες που αποτελούν στόχο της επικεντρωμένης πρόληψης διαθέτουν συχνά σημαντική πείρα όσον αφορά τη χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών ουσιών, οι περισσότερες παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης περιορίζονται στην παροχή εξατομικευμένων πληροφοριών, ατομικών συμβουλών και δημιουργικών ή αθλητικών εναλλακτικών λύσεων. Ωστόσο, πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα συνολικά προγράμματα κοινωνικής επιρροής της καθολικής πρόληψης είναι εξίσου αποτελεσματικές, εάν όχι πιο αποτελεσματικές, στο πλαίσιο της επικεντρωμένης πρόληψης. Η μεταβολή των κανονιστικών πεποιθήσεων (π.χ. μαθαίνοντας ότι οι περισσότεροι συνομήλικοι δεν εγκρίνουν τη χρήση ναρκωτικών), η εκπαίδευση στην επίδειξη αυτοεπιβολής, η παρώθηση και η θέσπιση στόχων καθώς η διάψευση των μύθων έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικές μέθοδοι για τους ευπαθείς νέους (Sussman κ.ά., 2004), αλλά σπάνια χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της επικεντρωμένης πρόληψης στην ΕΕ. Ωστόσο, οι τεχνικές παρέμβασης σε χώρους ψυχαγωγίας (βλέπε «Πρόληψη σε χώρους ψυχαγωγίας», σ. 49) έχουν κυρίως τη μορφή παροχής στοχοθετημένων πληροφοριών.

Επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία

Κύριος στόχος της επικεντρωμένης πρόληψης στα σχολεία είναι η παρέμβαση για την αντιμετώπιση κρίσεων και ο έγκαιρος εντοπισμός των μαθητών με προβλήματα. Στόχος είναι η εξεύρεση λύσεων στο σχολείο, ώστε οι μαθητές που διατρέχουν κίνδυνο να μην εγκαταλείψουν το σχολείο ή να μην αποβληθούν από αυτό, επιδεινώνοντας με τον τρόπο αυτό την κατάστασή τους. Προσεγγίσεις πρόληψης στο πλαίσιο προγραμμάτων υπάρχουν στη Γερμανία, στην Ιρλανδία, στο Λουξεμβούργο και την Αυστρία (Leppin, 2004), ενώ στην Πολωνία και τη Φινλανδία προβλέπονται μαθήματα κατάρτισης των εκπαιδευτικών ή κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό των μαθητών που αντιμετωπίζουν προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών, και τη λήψη των κατάλληλων μέτρων. Οι παραδοσιακές ατομικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν υπηρεσίες εκπαιδευτικής ψυχολογίας (όπως στη Γαλλία και την Κύπρο), που εξαρτώνται από (αυτο)παραπομπές σε θεραπεία. Η Ιρλανδία διαθέτει μια νέα υπηρεσία εντατικής εκπαιδευτικής πρόνοιας, η οποία συνεργάζεται με σχολεία και οικογένειες σε εκπαιδευτικά μειονεκτούσες περιοχές ώστε να διασφαλίζεται η τακτική παρουσία των μαθητών στα σχολεία.

Προσεγγίσεις επικεντρωμένης πρόληψης με βάση την κοινότητα

Οι προσεγγίσεις επικεντρωμένης πρόληψης με βάση την κοινότητα στοχεύουν κυρίως ευπαθείς νέους στους δρόμους. Στις βόρειες χώρες, οι προσεγγίσεις των Nightwalkers περιλαμβάνουν ομάδες γονέων που περιπολούν τους δρόμους. Η Αυστρία έχει επενδύσει σημαντικά στη βελτίωση της ισορροπίας μεταξύ της πρόληψης των ναρκωτικών, της κοινωνικής εκπαίδευσης

και των δομών κοινωνικού έργου μέσω μαθημάτων, κατευθυντήριων γραμμών για την ποιότητα και κοινών σεμιναρίων, π.χ. για κοινωνικούς λειτουργούς με αντικείμενο τους νέους σε χώρους ψυχαγωγίας. Στόχος είναι επίσης να χρησιμοποιηθούν οι δομές των κοινωνικών υπηρεσιών για τους νέους για επαγγελματικές παρεμβάσεις πρόληψης των ναρκωτικών. Στο ίδιο πνεύμα, η Νορβηγία αυξάνει τη συνεργασία και ενισχύει τις διεπιστημονικές προσπάθειες μεταξύ σχολείων, υπηρεσιών προστασίας του παιδιού και κοινωνικών υπηρεσιών. Οι μέθοδοι RAR (rapid assessment and response – ταχεία αξιολόγηση και απόκριση) ⁽³⁶⁾ – γρήγορη συγκέντρωση πληροφοριών (στατιστικού υλικού) σε συνδυασμό με συνεντεύξεις (ερωτηματολόγια, συγκεκριμένες ομάδες) ή/και παρατηρήσεις για την περιοχή του προβλήματος – χρησιμοποιούνται στα σχέδια αυτά στη Νορβηγία, καθώς και στη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες.

Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε γειτονιές υψηλού κινδύνου έχουν παράδοση στην Ιρλανδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και, σε μικρότερο βαθμό, στις Κάτω Χώρες και την Πορτογαλία. Ωστόσο, η Γερμανία (Stöner και Kolte, 2003, αναφορά στην εθνική έκθεση της Γερμανίας) και η Γαλλία πρότειναν και αυτές μέτρα στον τομέα αυτό. Για τις χώρες αυτές, ο στόχος της πρόληψης των ναρκωτικών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές βάσει κοινωνικών κριτηρίων αποτελεί νέο στοιχείο.

Τα κράτη μέλη στοχεύουν επίσης ολοένα και περισσότερο συγκεκριμένες εθνοτικές ομάδες μέσω των πολιτικών επικεντρωμένης πρόληψης που θεσπίζουν (π.χ. Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία). Για παράδειγμα, η επικέντρωση στην εθνοτική καταγωγή αποτελεί σημαντική πτυχή στην Ουγγαρία, όπου ο πληθυσμός των Ρομά διατρέχει υψηλό κίνδυνο όσον αφορά τα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά λόγω των κοινωνικών και πολιτιστικών χαρακτηριστικών του και των δυσμενών συνθηκών διαβίωσής του. Στη χώρα αυτή, μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ) διαχειρίζονται την εκπαίδευση από συνομηλίκους, ομάδες αυτοβοήθειας, δραστηριότητες εποπτείας, διάφορα προγράμματα πρόληψης και υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης για τους Ρομά.

Ευπαθείς οικογένειες

Η καθολική πρόληψη που βασίζεται στην οικογένεια, κυρίως με απογευματινές εκδηλώσεις, διαλέξεις, σεμινάρια και εργαστήρια για τους γονείς, παραμένει διαδεδομένη σε πολλά κράτη μέλη (Γερμανία, Γαλλία, Κύπρος και Φινλανδία), παρά το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητά της δεν είναι αποδεδειγμένη (Mendes κ.ά., 2001). Ωστόσο, στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στην Ιρλανδία και τη Νορβηγία υπήρξαν ενδιαφέρουσες εξελίξεις όσον αφορά την επικεντρωμένη πρόληψη με οικογένειες, μέσω της εισαγωγής καινοτόμων εννοιών που υπερβαίνουν τις οικογένειες/τους γονείς με προβλήματα ναρκωτικών και αναγνωρίζουν το ρόλο των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών παραγόντων στη χρήση ναρκωτικών. Στις Κάτω Χώρες, στο πλαίσιο της αξιολόγησης σχεδίων πρόληψης των ναρκωτικών για

μετανάστες γονείς διαπιστώθηκε ότι μια τυποποιημένη παρέμβαση μέσω των δικτύων των μεταναστών, απευθυνόμενη χωριστά στις γυναίκες και τους άνδρες, θα ήταν μια εφικτή νέα κατεύθυνση (Tarweij και Van Wamel, 2004). Στη Νορβηγία, εφαρμόστηκε και αξιολογήθηκε σε τρεις δήμους η μέθοδος Parent Management Training (PMTO, μοντέλο της πολιτείας του Oregon), η οποία ήταν αρχικά μια μέθοδος εκπαίδευσης για οικογένειες με παιδιά με σοβαρές συμπεριφορικές διαταραχές. Σε δύο άλλες χώρες, εφαρμόστηκε το πρόγραμμα ενίσχυσης της οικογένειας της πολιτείας της Iowa (Iowa Strengthening Families Programme – ISFP). Αυτό το εντατικό πρόγραμμα οικογενειακής παρέμβασης για οικογένειες σε κίνδυνο συνδυάζει εκπαιδευτικές μεθόδους για μαθητές (10-14 ετών) με ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους γονείς τους, με στόχο την πρόληψη των ναρκωτικών μέσω της ενίσχυσης των ικανοτήτων της οικογένειας και των οικογενειακών δεσμών (Kumpfer κ.ά., 2003).

Αναγκαιότητα εξειδικευμένης πρόληψης

Η εξειδικευμένη πρόληψη επικεντρώνεται σε άτομα στα οποία θεωρείται ότι συντρέχουν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, για παράδειγμα διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερδραστηριότητα (ADHD). Ωστόσο, μέτρα πρόληψης των ναρκωτικών για νέους με ADHD αναφέρονται μόνον στη Γερμανία και τη Σουηδία. Στη Γερμανία, οι τρέχουσες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της ADHD υποδηλώνουν ότι ποσοστό 2 έως 6 % των ατόμων ηλικίας 6 έως 18 ετών πάσχουν από τη διαταραχή αυτή, καθιστώντας την την πιο συνηθισμένη χρόνια κλινική εκδήλωση στα παιδιά και τους νέους. Στη Σουηδία, η προληπτική στρατηγική για τα παιδιά αυτά περιλαμβάνει γνωστική και κοινωνική κατάρτιση, και οι μεθοδολογίες διαδίδονται μέσω της κατάρτισης επαγγελματιών του τομέα της πρόληψης. Καθώς σχεδόν όλα τα παιδιά προσχολικής ηλικίας λαμβάνουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και τα περισσότερα παρακολουθούν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η πλειονότητα των παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο θα μπορούσε να εντοπισθεί μέσω συστηματικών εξετάσεων και επακόλουθων εξατομικευμένων παρεμβάσεων.

Το σχέδιο δράσης της Ιταλίας δίνει μεγάλη έμφαση στις ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και στα σοβαρά συμπεριφορικά προβλήματα σε παιδιά και εφήβους, τα οποία συνιστούν ενδείξεις πιθανής μελλοντικής χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών εάν αγνοηθούν σε πρώιμο στάδιο. Στα εντοπισθέντα προβλήματα συγκαταλέγονται συμπεριφορικά προβλήματα· υπερδραστηριότητα και ελλειμματική προσοχή· άγχος συνοδευόμενο από διαταραχές της διάθεσης· βουλιμία και ψυχογενής παχυσαρκία· διαταραχές της προσωπικότητας· προβλήματα διαπροσωπικής επικοινωνίας· μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές· και κρίσεις πανικού. Ως απάντηση στα προβλήματα αυτά προβλέπονται προσεγγίσεις τόσο καθολικής όσο και επικεντρωμένης πρόληψης.

⁽³⁶⁾ Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Οδηγός ταχείας αξιολόγησης και απόκρισης για τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και τους ιδιαίτερα ευπαθείς νέους) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



Κεφάλαιο 3

Κάνναβη

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

Η κάνναβη είναι με διαφορά η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στην Ευρώπη. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες πληθυσμού, ποσοστό από 3 έως 31 % των ενηλίκων (ηλικίας 15-64 ετών) έχει δοκιμάσει την ουσία τουλάχιστον μία φορά (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή). Τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή παρατηρούνται στη Μάλτα (3,5 %), στην Πορτογαλία (7,6 %) και την Πολωνία (7,7 %), ενώ τα υψηλότερα στη Γαλλία (26,2 %), στο Ηνωμένο Βασίλειο (30,8 %) και τη Δανία (31,3 %). Στις περισσότερες χώρες (15 από τις 23 χώρες για τις οποίες υπάρχουν πληροφορίες), η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 10 και 25 %.

Ποσοστό μεταξύ 1 και 11 % των ενηλίκων αναφέρουν ότι έκαναν χρήση κάνναβης κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο: η Μάλτα, η Ελλάδα και η Σουηδία εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης, ενώ η Τσεχική Δημοκρατία, η Γαλλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο τα υψηλότερα. Οι περισσότερες χώρες (14) αναφέρουν ποσοστά επικράτησης πρόσφατης χρήσης μεταξύ 3 και 7 %.

Ο συνολικός αριθμός των ενηλίκων (15-64 ετών) που κάνουν χρήση κάνναβης στο σύνολο της ΕΕ μπορεί να εκτιμηθεί από τις διαθέσιμες εθνικές εκτιμήσεις. Σύμφωνα με την εκτίμηση αυτή, περίπου 20 % του συνολικού πληθυσμού, ήτοι περισσότερα από 62 εκατ. άτομα, έχει κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Το ποσοστό αυτό μειώνεται σε περίπου 6 % των ενηλίκων, ήτοι περισσότερα από 20 εκατ. άτομα, εάν ληφθεί υπόψη η πιο πρόσφατη χρήση κάνναβης (επικράτηση κατά το τελευταίο έτος). Συγκριτικά, σύμφωνα με την εθνική έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία για το 2003 (SAMHSA, 2003), 40,6 % των ενηλίκων (οι οποίοι ορίζονται ως άτομα ηλικίας δώδεκα ετών και άνω) ανέφερε ότι έκανε χρήση κάνναβης ή μαριουάνας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του και 10,6 % ανέφερε ότι έκανε χρήση της ουσίας κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο. Στα άτομα ηλικίας 18 έως 25 ετών, τα ποσοστά ήταν 53,9 % (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά), 28,5 % (τελευταίο δωδεκάμηνο) και 17 % (τελευταίος μήνας) ⁽³⁷⁾.

Όπως συμβαίνει και με άλλα ναρκωτικά, οι νεαροί ενήλικοι αναφέρουν συστηματικά υψηλότερα ποσοστά χρήσης. Ποσοστό 11 έως 44 % των νεαρών Ευρωπαίων ηλικίας 15-34 ετών αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης

Εκτίμηση της χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό

Η χρήση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό αξιολογείται μέσω ερευνών, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό του πληθυσμού που έκανε χρήση ναρκωτικών σε καθορισμένες χρονικές περιόδους: χρήση μία τουλάχιστον φορά σε όλη τη ζωή (πειραματισμός), χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο (πρόσφατη χρήση) ή χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες (τρέχουσα χρήση) ⁽¹⁾.

Το ΕΚΠΝΤ ανέπτυξε ένα σύνολο κοινών βασικών θεμάτων (Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο), το οποίο εφαρμόζεται στις περισσότερες έρευνες που διενεργούνται στα κράτη μέλη της ΕΕ ή είναι συμβατό με αυτές. Το Πρότυπο Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο περιλαμβάνεται σε μια έκθεση που είναι διαθέσιμη στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ ⁽²⁾. Η «δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή» μπορεί να έχει περιορισμένη αξία ως δείκτης της τρέχουσας κατάστασης στους ενηλίκους (μολονότι μπορεί να είναι ένας χρήσιμος δείκτης για τους μαθητές), αλλά σε συνδυασμό με άλλες μετρήσεις παρέχει πληροφορίες σχετικά με πτυχές των προτύπων χρήσης (συνέχιση ή διακοπή της χρήσης) και με τη δυναμική της εξάπλωσης της χρήσης ναρκωτικών από γενεά σε γενεά. Η «χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο» παρέχει μια ένδειξη σχετικά με την πρόσφατη χρήση ναρκωτικών, μολονότι συχνά η χρήση αυτή είναι περιστασιακή, και η «χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες» παρέχει μια ένδειξη σχετικά με την τρέχουσα χρήση, η οποία περιλαμβάνει τα άτομα που κάνουν συχνή χρήση ναρκωτικών.

⁽¹⁾ Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία των ερευνών πληθυσμού και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε εθνική έρευνα, βλέπε το Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽²⁾ Εγχειρίδιο για τη διενέργεια ερευνών σχετικά με την κατανάλωση ναρκωτικών στον γενικό πληθυσμό (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του: τα χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης παρατηρούνται στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία και την Πολωνία, ενώ τα υψηλότερα στη Γαλλία (39,9 %), στο Ηνωμένο Βασίλειο (43,4 %) και τη Δανία (44,6 %). Πρόσφατη χρήση ανέφερε ποσοστό 3 έως 22 % των νεαρών ενηλίκων, και τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στην Ελλάδα, τη Σουηδία, την Πολωνία και την Πορτογαλία, ενώ τα υψηλότερα στο Ηνωμένο Βασίλειο (19,5 %), στη Γαλλία (19,7 %) και την Τσεχική Δημοκρατία (22,1 %)· έντεκα χώρες αναφέρουν επικράτηση πρόσφατης χρήσης σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 7 και 15 %.

⁽³⁷⁾ Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64). Από την άλλη πλευρά, το ηλικιακό εύρος για τους νεαρούς ενηλίκους (18-25 ετών) είναι μικρότερο από εκείνο που χρησιμοποιείται στις περισσότερες έρευνες της ΕΕ (15-24 ετών).

Στους Ευρωπαίους ηλικίας 15 έως 24 ετών, ποσοστό 9-45 % ισχυρίζεται ότι έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του, τα δε ποσοστά κυμαίνονται στις περισσότερες χώρες μεταξύ 20 και 35 %. Πρόσφατη χρήση (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) αναφέρει ποσοστό 4 έως 32 %, τα δε ποσοστά κυμαίνονται στις περισσότερες χώρες μεταξύ 9 και 21 % ⁽³⁸⁾.

Όπως συμβαίνει και με άλλα παράνομα ναρκωτικά, τα ποσοστά χρήσης κάνναβης είναι αξιοσημείωτα πιο υψηλά στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, μολονότι η διαφορά αυτή ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Η αναλογία ανδρών-γυναικών όσον αφορά τη δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 1,25:1 και 4:1 (1,25 έως 4 άνδρες για κάθε γυναίκα) και όσον αφορά την τρέχουσα χρήση μεταξύ περίπου 2:1 και 6:1. Οι έρευνες υποδεικνύουν επίσης ότι η χρήση κάνναβης είναι πιο συνηθισμένη στις αστικές περιοχές ή σε περιοχές με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού. Επομένως, οι εθνικές διαφορές που παρατηρούνται ενδέχεται να απηχούν, εν μέρει, διαφορές σε επίπεδα αστικοποίησης, μολονότι υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η χρήση για ψυχαγωγικούς σκοπούς επεκτείνεται από τις αστικές στις αγροτικές περιοχές.

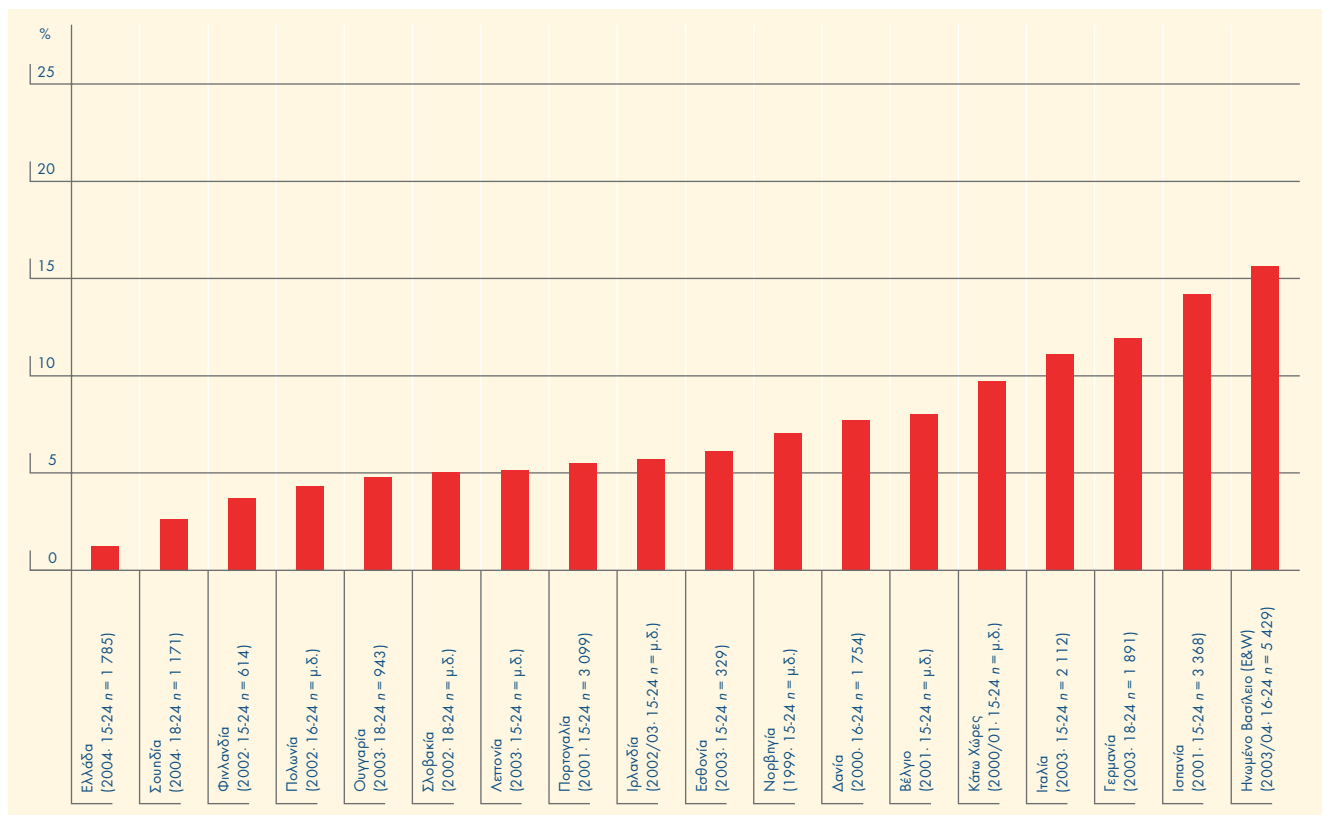
Το γεγονός ότι τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης και τρέχουσας χρήσης είναι σημαντικά χαμηλότερα από τα

ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή δείχνει ότι η χρήση της κάνναβης τείνει να είναι περιστασιακή ή να διακόπτεται ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, 20-40 % των ενηλίκων που έχουν δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά αναφέρει ότι έκανε χρήση της ουσίας κατά το προηγούμενο δωδεκάμηνο και 10-20 % αναφέρει ότι έκανε χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες («ποσοστά συνεχούς χρήσης»).

Σε πρόσφατες έρευνες, χρήση κάνναβης κατά τον τελευταίο μήνα δηλώνει ότι έκανε 0,5-9 % του συνόλου των ενηλίκων (πολλές χώρες κυμαίνονται μεταξύ 2 και 4 %), 1,5-13 % των νεαρών ενηλίκων (πολλές χώρες κυμαίνονται μεταξύ 3 και 8 %) και 1,2-16 % των ατόμων ηλικίας 15 έως 24 ετών (πολλές χώρες κυμαίνονται μεταξύ 5 και 10 %) (διάγραμμα 3). Σύμφωνα με μια πολύ πρόχειρη εκτίμηση, 1 στους 10 έως 20 νεαρούς Ευρωπαίους είναι τρέχων χρήστης κάνναβης. Στις χώρες με το χαμηλότερο ποσοστό επικράτησης πρόσφατης χρήσης συγκαταλέγονται η Μάλτα, η Ελλάδα, η Σουηδία, η Πολωνία και η Φινλανδία, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ισπανία εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά.

Στην ετήσια έκθεση του 2004 (ΕΚΠΝΤ, 2004α), τα αναφερόμενα στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης κατά τις τελευταίες 30 ημέρες

Διάγραμμα 3: Τρέχουσα χρήση (κατά τον περασμένο μήνα) κάνναβης στους νεαρούς ενηλίκους (ηλικίας 15-24 ετών), όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες



Σημειώσεις: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες που είναι διαθέσιμες σε κάθε χώρα.

Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν λίγο διαφορετικό ηλικιακό εύρος από το ηλικιακό εύρος που χρησιμοποιεί το ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενηλίκους. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να οφείλονται σε μικρό βαθμό σε διαφορές στο ηλικιακό εύρος.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

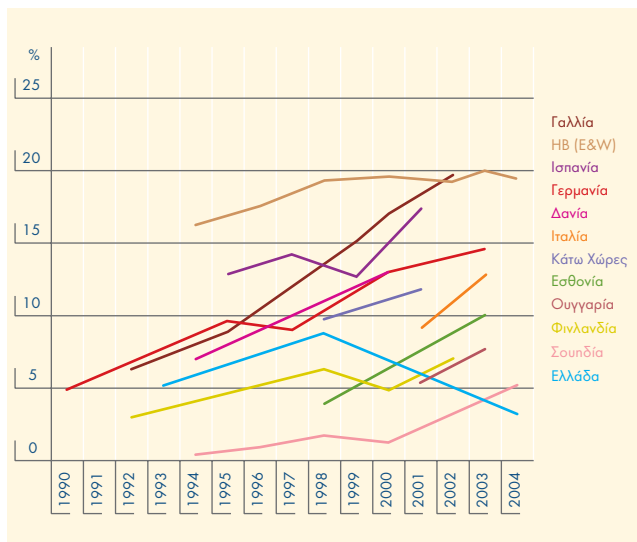
⁽³⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα GPS-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

υποδηλώνουν ότι περίπου ένα τέταρτο (19 έως 33 %) εκείνων που έκαναν χρήση κάνναβης κατά τον τελευταίο μήνα κάνει καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση της ουσίας⁽³⁹⁾, και οι περισσότεροι εξ αυτών είναι νεαροί άνδρες. Εκτιμάται ότι στους Ευρωπαίους ηλικίας 15 έως 34 ετών, ποσοστό 0,9-3,7 % κάνει καθημερινά χρήση κάνναβης, και ότι περίπου 3 εκατ. άτομα στην Ευρώπη ενδέχεται να κάνουν χρήση της ουσίας καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά.

Τάσεις

Η απουσία μακροχρόνιων συστηματικών σειρών ερευνών στις περισσότερες χώρες της ΕΕ δυσχεραίνει τον προσδιορισμό των τάσεων σχετικά με τα ναρκωτικά. Πολλές χώρες διενεργούν διαδοχικές έρευνες, αλλά αυτές δεν συνιστούν σειρές υπό τη στενή έννοια του όρου – παρά τις προόδους στον τομέα της εναρμόνισης, οι μέθοδοι και το μέγεθος των δειγμάτων διαφέρουν από έρευνα σε έρευνα και η συχνότητα της διενέργειάς τους δεν είναι σταθερή. Επιπλέον, οι έρευνες διενεργούνται σε διαφορετικά έτη σε διαφορετικές χώρες, γεγονός που δυσχεραίνει τον προσδιορισμό ευρωπαϊκών τάσεων. Υπό ιδανικές συνθήκες, οι εθνικές έρευνες πληθυσμού

Διάγραμμα 4: Τάσεις της πρόσφατης χρήσης (κατά το περασμένο έτος) κάνναβης στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), όπως μετρήθηκαν από εθνικές έρευνες⁽¹⁾



(1) Το μέγεθος των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για την ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών για κάθε χώρα και έτος παρουσιάζεται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Σημείωση: Στοιχεία από τις διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα. Τα αριθμητικά στοιχεία και η μεθοδολογία κάθε έρευνας παρατίθενται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Για τους νεαρούς ενήλικους, το ΕΚΠΝΤ χρησιμοποιεί το ηλικιακό εύρος των 15-34 ετών [Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο από 16 ετών, Γερμανία, Εσθονία (1998) και Ουγγαρία από 18 ετών]. Στη Γαλλία το ηλικιακό εύρος ήταν 25-34 ετών το 1992 και 18-39 το 1995.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

θα έπρεπε να διενεργούνται σε όλα τα κράτη μέλη ταυτόχρονα· κάτι τέτοιο θα διευκόλυε σημαντικά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων σε εθνικό επίπεδο (σε βάθος χρόνου) και σε ευρωπαϊκό επίπεδο (μεταξύ χωρών), καθιστώντας ευκολότερη την αξιολόγηση των επιτευγμάτων του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Τα υπάρχοντα συμπεράσματα, τα οποία προέρχονται από έρευνες διαφορετικών τύπων (εθνικές έρευνες ή τοπικές έρευνες σε νοικοκυριά, έρευνες σε στρατευμένους και στον μαθητικό πληθυσμό), δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ, ιδίως στους νέους, και ότι η χρήση της κάνναβης εξακολούθησε να αυξάνει τα τελευταία χρόνια σε ορισμένες χώρες (διάγραμμα 4). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου έως το 2000 καταγράφονταν τα υψηλότερα ποσοστά, η χρήση της κάνναβης στους νεαρούς ενήλικους παρέμεινε σχετικά σταθερή στο διάστημα μεταξύ 1998 και 2003/04, ενώ σε άλλες χώρες με χαμηλότερα ποσοστά (Γαλλία και Ισπανία⁽⁴⁰⁾) η χρήση σημείωσε αύξηση. Στην Ελλάδα αναφέρθηκε μείωση της χρήσης στο διάστημα μεταξύ 1998 και 2004.

Στα νέα κράτη μέλη, τα διαθέσιμα στοιχεία, κυρίως από έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό, υποδηλώνουν ότι υπήρξε σημαντική αύξηση της χρήσης κάνναβης τα τελευταία χρόνια σε πολλά εξ αυτών. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κυρίως από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και επικεντρώνεται στις αστικές περιοχές και στους άνδρες και τους νεαρούς ενήλικους. Στην Εσθονία και την Ουγγαρία, διαδοχικές έρευνες σε ενήλικους κατέστησαν δυνατό τον προσδιορισμό πρόσφατων τάσεων (διάγραμμα 4).

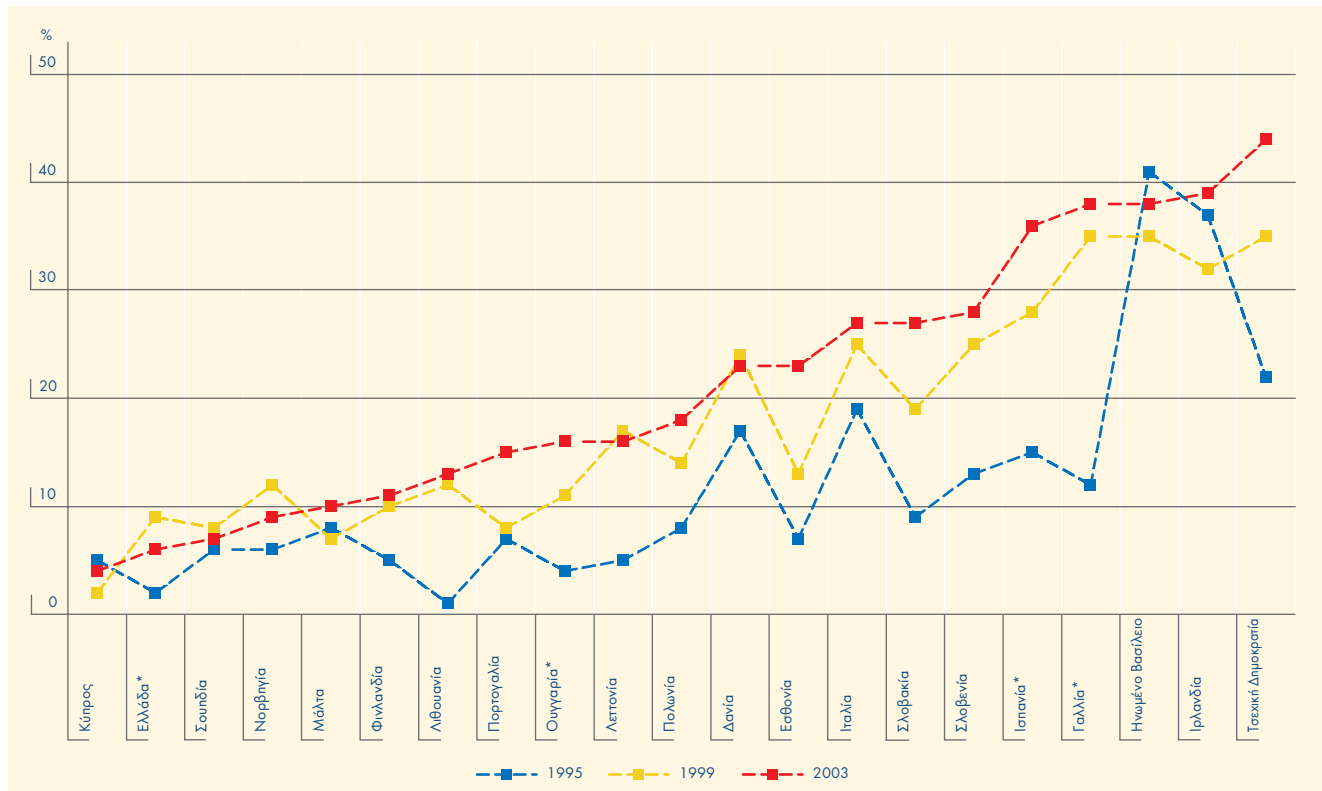
Η σύγκριση των πορισμάτων των ερευνών του ESPAD σε μαθητές τα έτη 1995, 1999 και 2003 (Hibell κ.ά., 2004) δείχνει ότι, σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη και τις υποψήφιες χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 1όχρονους μαθητές αυξήθηκε κατά τουλάχιστον 2 % (διάγραμμα 5). Σε περισσότερες από τις μισές από τις χώρες αυτές, οι εκτιμήσεις για την επικράτηση διπλασιάστηκαν ή τριπλασιάστηκαν από το 1995. Οι υψηλότερες σχετικές αυξήσεις καταγράφονται κυρίως στα κράτη μέλη της Ανατολικής Ευρώπης που είχαν αναφέρει ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή κατώτερα του 10 % το 1995. Σε καμία από τις χώρες που συμμετείχαν στις έρευνες του ESPAD δεν παρατηρείται συνεχής και αξιοσημείωτη μείωση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή μεταξύ των τριών ερευνών.

Οι έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό δείχνουν ότι τα κράτη μέλη της ΕΕ μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες όσον αφορά τις τάσεις στην ψυχαγωγική και περιστασιακή χρήση κάνναβης. Στην πρώτη κατηγορία (που περιλαμβάνει την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο), το ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή είναι υψηλό (περίπου 38-39 %), αλλά παραμένει σταθερό τα τελευταία οκτώ χρόνια. Στις χώρες αυτές υπάρχει μακρά

(39) Βλέπε επίσης έκθεση του 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Τα στοιχεία αφορούν «χρήση 20 ή περισσότερες ημέρες στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών», που εκφράζεται επίσης ως «καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση».

(40) Στοιχεία που λήφθηκαν πολύ αργά ώστε να ενσωματωθούν στην έκθεση αναφέρουν επικράτηση το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους στην Ισπανία σε ποσοστό 20,1 % στην έρευνα του 2003.

Διάγραμμα 5: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές, όπως αναφέρεται στις έρευνες του ESPAD που διενεργήθηκαν το 1995, το 1999 και το 2003



Σημείωση: Το 1995, οι έρευνες στις χώρες που σημειώνονται με αστερίσκο δεν ήταν απολύτως συγκρίσιμες με τις έρευνες του ESPAD. Η Ισπανία δεν συμμετέσχε στην έρευνα του ESPAD. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο διάγραμμα βασίζονται σε σειρά ερευνών της Ισπανίας το 1996, το 1998 και το 2002. Οι ερωτήσεις που αφορούν την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών μπορούν να θεωρηθούν συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες ερωτήσεις του ESPAD, όμως άλλες πτυχές της μεθόδου δείχνουν ότι τα ισπανικά δεδομένα δεν είναι απολύτως συγκρίσιμα.

Πηγή: Hibell κ.ά., 2004.

ιστορία χρήσης κάνναβης και στη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και του 1990 εμφανίσθηκαν υψηλά ποσοστά επικράτησης της χρήσης κάνναβης. Στη δεύτερη κατηγορία χωρών, η επικράτηση της χρήσης κάνναβης σε όλη τη ζωή στους μαθητές αυξήθηκε σημαντικά κατά την υπό εξέταση περίοδο (έως και 26 ποσοστιαίες μονάδες). Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται όλα τα νέα κράτη μέλη της Ανατολικής Ευρώπης καθώς και η Δανία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Πορτογαλία. Στην τρίτη κατηγορία, οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή στους μαθητές παρέμειναν σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (περίπου 10 % και κατώτερα). Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται κράτη μέλη τόσο από τον Βορρά όσο και από τον Νότο της Ευρώπης (Φινλανδία, Σουηδία και Νορβηγία καθώς και Ελλάδα, Κύπρος και Μάλτα).

Στους ενήλικους, η εικόνα είναι λιγότερο σαφής καθώς υπάρχουν λιγότερα στοιχεία και τα διαθέσιμα στοιχεία εμφανίζουν μεγαλύτερη ανομοιογένεια, αλλά προκύπτει ένα παρόμοιο πρότυπο: η πρόσφατη χρήση κάνναβης (χρήση το προηγούμενο έτος) είναι υψηλή αλλά σταθερή στο Ηνωμένο Βασίλειο, ορισμένες χώρες (π.χ. Δανία, Γερμανία, Εσθονία, Ισπανία και Γαλλία) εμφανίζουν σημαντικές αυξήσεις τα τελευταία χρόνια και άλλες χώρες εμφανίζουν χαμηλότερες εκτιμήσεις επικράτησης της χρήσης και λιγότερο σαφείς τάσεις (π.χ. Ελλάδα,

Φινλανδία και Σουηδία). Νέες έρευνες στους μαθητές και στους νέους τα προσεχή 2-3 έτη θα συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση του πολύπλοκου φαινομένου της ανάπτυξης τάσεων στη χρήση των ναρκωτικών.

Πρόληψη της χρήσης κάνναβης

Ο προβληματισμός σε ορισμένες χώρες σχετικά με την αύξηση της κατανάλωσης κάνναβης από τους νέους οδήγησε σε συζητήσεις σχετικά με τον κατά πόσον οι εξετάσεις για την ανίχνευση ναρκωτικών θα μπορούσαν να αποτελέσουν χρήσιμο μέτρο ελέγχου. Ορισμένες χώρες έλαβαν μέτρα προς την κατεύθυνση αυτή, παρότι το μέτρο των εξετάσεων για την ανίχνευση ναρκωτικών παραμένει ασυνήθιστο. Στην Τσεχική Δημοκρατία, τα μέσα ενημέρωσης ανέφεραν τη χρήση εξετάσεων ούρων και σκύλων για την ανίχνευση ναρκωτικών στα σχολεία. Μολονότι έχει εκδηλωθεί κάποια υποστήριξη στα μέτρα αυτά, ομάδα εμπειρογνομόνων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μέθοδοι αυτές δεν μπορούν να αποτελούν μέρος μιας αποτελεσματικής στρατηγικής πρωτοβάθμιας πρόληψης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι νέες κατευθυντήριες γραμμές για τα σχολεία αναφέρουν ορισμένα σημαντικά ζητήματα που πρέπει να εξετάζονται πριν από την εφαρμογή ενός προγράμματος εξετάσεων για την

ανίχνευση ναρκωτικών. Σε αυτά περιλαμβάνονται η εξασφάλιση της δέουσας συγκατάθεσης από τους γονείς (και τους μαθητές εφόσον θεωρούνται ικανοί), η εξέταση του κατά πόσον το μέτρο αυτό συνάδει με τα καθήκοντα διαπαιδαγώγησης του σχολείου και η συνεκτίμηση της ύπαρξης κατάλληλων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Κάθε απόφαση για την υποβολή των μαθητών σε εξετάσεις για την ανίχνευση ναρκωτικών πρέπει να περιλαμβάνεται στην πολιτική του σχολείου για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Στην ιστοθέση του ΕΚΠΝΤ είναι διαθέσιμη μια σύντομη έκθεση σχετικά με τις εξετάσεις για την ανίχνευση ναρκωτικών στα σχολεία στην ΕΕ ⁽⁴¹⁾.

Η κάνναβη περιλαμβάνεται σχεδόν πάντοτε στα προγράμματα καθολικής (μη στοχοθετημένης) πρόληψης των ναρκωτικών. Το ενδιαφέρον των μέσων ενημέρωσης για την αυξανόμενη χρήση της κάνναβης από τους νέους, αφήνοντας να εννοηθεί ότι η χρήση της κάνναβης θεωρείται ολοένα και περισσότερο «φυσιολογική», υπογραμμίζει την αναγκαιότητα παρέμβασης στις κανονιστικές πεποιθήσεις των νέων. Η ανησυχία σχετικά με την αυξανόμενη αποδοχή της χρήσης της κάνναβης από τους νέους είχε ως αποτέλεσμα τη θέσπιση προγραμμάτων πρόληψης με στόχο τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το τι συνιστά φυσιολογική ή αποδεκτή συμπεριφορά. Το θέμα αυτό εξετάζεται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο 2. Πολλές παρεμβάσεις συνίστανται κυρίως στην παροχή πληροφοριών για την κάνναβη μέσω εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης, φυλλαδίων και ιστοσελίδων. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα ενδιαφέροντα παραδείγματα επικεντρωμένης πρόληψης, τα οποία είναι διαθέσιμα στη βάση δεδομένων του ΕΚΠΝΤ που περιλαμβάνει αξιολογηθέντα σχέδια πρόληψης, EDDRA ⁽⁴²⁾. Τα προγράμματα αυτά αφορούν κυρίως νεαρούς χρήστες κάνναβης που διέπραξαν αδικήματα σχετικά με τα ναρκωτικά και παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες, εκπαίδευση στον τομέα των προσωπικών ικανοτήτων και υποστήριξη από περισσότερους φορείς. Στα προγράμματα αυτά συγκαταλέγονται το FRED (Γερμανία), το MSF-Solidarité Jeunes (Λουξεμβούργο), το Ausweg (Αυστρία) και οι ομάδες νεαρών παραβατών (ΥΟΤ) στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Το υψηλό ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης στους νέους σημαίνει ότι η χρήση της ουσίας αποτελεί συχνά κεντρικό θέμα για τα άτομα που δουλεύουν με μαθητές. Μια προσέγγιση επικεντρωμένης πρόληψης στα σχολεία που φαίνεται ελπιδοφόρα είναι το πρόγραμμα Step by Step, που εφαρμόζεται στη Γερμανία και την Αυστρία. Το πρόγραμμα αυτό βοηθά τους εκπαιδευτικούς να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν την κατανάλωση ναρκωτικών και τις προβληματικές συμπεριφορές στους μαθητές τους ⁽⁴³⁾.

Ένα δύσκολο θέμα για αυτούς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της χρήσης της κάνναβης είναι ο εντοπισμός

της διαχωριστικής γραμμής ανάμεσα στην πρόληψη και τη θεραπεία. Η χρήση κάνναβης επηρεάζεται από κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες καθώς και από τους συνομηλικούς, παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο να αποκτήσει μακροχρόνιο πρόβλημα ναρκωτικών· ως εκ τούτου, το έργο της πρόληψης επικεντρώνεται συχνά στους τομείς αυτούς περισσότερο από ό,τι στο ίδιο το ναρκωτικό (Morral κ.ά., 2002). Για παράδειγμα, από την αξιολόγηση του σχεδίου Ausweg, στην Αυστρία, προέκυψε ότι οι νέοι που διέπραξαν για πρώτη φορά αδικήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης εμφάνιζαν λιγότερα προβλήματα προσωπικότητας από όσα αναμένονταν, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία των επιρροών από τις συνθήκες, την κοινωνία και τους συνομηλικούς, σε αντίθεση με τα προσωπικά ψυχολογικά προβλήματα, σε σχέση με τη χρήση ναρκωτικών (Rhodes κ.ά., 2003· Butters, 2004). Παρ' όλα αυτά, ορισμένα σχέδια επικεντρώνονται στην κάνναβη και παρέχουν συμβουλές στους νέους ώστε να μειώσουν τη χρήση ναρκωτικών. Ένα παράδειγμα από τη Γερμανία είναι η ιστοθέση «Quit the shit» (www.drugcom.de), ένα καινοτόμο πρόγραμμα παροχής συμβουλών στους χρήστες κάνναβης μέσω μιας ιστοθέσης.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία

Από τις περίπου 480 000 αιτήσεις για θεραπεία που αναφέρονται συνολικά, η κάνναβη δηλώνεται ως η κύρια ουσία από την οποία ζητεί να απεξαρτηθεί ο χρήστης σε περίπου 12 % των περιπτώσεων, καθιστώντας την τη δεύτερη ουσία μετά την ηρωίνη. Κατά την οκταετία 1996-2003, το ποσοστό των χρηστών κάνναβης που ζητούν θεραπεία μεταξύ των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από το σύνολο των ναρκωτικών τουλάχιστον διπλασιάστηκε σε πολλές χώρες ⁽⁴⁴⁾, με παρόμοια αύξηση του αριθμού των ατόμων υπό θεραπεία. Ωστόσο, η ανάλυση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή, καθώς βασίζεται σε περιορισμένο αριθμό χωρών που μπορούν να παράσχουν τα απαραίτητα στοιχεία για μια σύγκριση των διαχρονικών τάσεων.

Συνολικά, μετά την ηρωίνη, η κάνναβη είναι επίσης το δεύτερο συχνότερα αναφερόμενο ναρκωτικό στις πληροφορίες για τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία για πρώτη φορά ⁽⁴⁵⁾. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, καθώς η κάνναβη αναφέρεται από 2-3 % του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία στη Βουλγαρία και στην Πολωνία, αλλά από περισσότερο από 20 % του συνόλου των ατόμων που ζητούν θεραπεία στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ουγγαρία και τη Φινλανδία ⁽⁴⁶⁾. Σε όλες τις χώρες για τις οποίες

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε την ιστοθέση EDDRA: Step by Step (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) και το Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction (Έγκαιρος εντοπισμός και παρέμβαση όσον αφορά την προβληματική χρήση ναρκωτικών και την τοξικομανία) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Βλέπε πίνακες TDI-2 (μέρος i) και TDI-3 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁴⁵⁾ Βλέπε επίσης επιλεγμένο θέμα σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη στην ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Η ανάλυση των στοιχείων βασίζεται στις αιτήσεις για θεραπεία σε όλα τα κέντρα θεραπείας όσον αφορά τη γενική κατανόηση και τις τάσεις και στα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής όσον αφορά το προφίλ των ατόμων υπό θεραπεία και τα πρότυπα χρήσης.

⁽⁴⁶⁾ Βλέπε πίνακες TDI-2 (μέρος ii) και TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Δείκτης αίτησης θεραπείας

Από τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που ζητούν θεραπεία για την απεξάρτησή τους από τα ναρκωτικά προκύπτουν οι γενικές τάσεις όσον αφορά την προβληματική χρήση ναρκωτικών, την οργάνωση των μονάδων θεραπείας στην Ευρώπη και τη συμμετοχή σε αυτές. Ο δείκτης αίτησης θεραπείας (ΔΑΘ) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ του ΕΚΠΝΤ αποτελεί ενιαίο μέσο καταγραφής του αριθμού και των χαρακτηριστικών των ατόμων που απευθύνονται σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Μολονότι τα δεδομένα του ΔΑΘ θεωρείται σε γενικές γραμμές ότι παρέχουν μια αρκετά αξιόπιστη και χρήσιμη εικόνα των χαρακτηριστικών των ατόμων που απευθύνονται σε εξειδικευμένες μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων, τα γενικά συμπεράσματα σε σχέση με τα άτομα που απευθύνονται σε όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρέπει να εξάγονται για τεχνικούς λόγους με ιδιαίτερη προσοχή. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των χωρών που αναφέρουν στοιχεία κάθε χρόνο διαφέρει και επομένως οι τάσεις που εντοπίζονται στην Ευρώπη πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η κάλυψη των στοιχείων ενδέχεται να αλλάζει ανά χώρα (τα στοιχεία σχετικά με τις μονάδες που καλύπτονται αναφέρονται στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων) και ότι τα στοιχεία για τις αιτήσεις θεραπείας απηχούν εν μέρει τη διαθεσιμότητα θεραπείας απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στις χώρες.

Για τη διευκόλυνση της ερμηνείας και της σύγκρισης των στοιχείων που αφορούν τις αιτήσεις για θεραπεία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής στοιχεία:

- Τα άτομα που ξεκινούν θεραπεία απεξάρτησης για πρώτη φορά αναφέρονται ως «νέες αιτήσεις θεραπείας». Η ομάδα αυτή θεωρείται από αναλυτική

άποψη πιο σημαντική ως δείκτης των τάσεων της χρήσης ναρκωτικών. Αναλύσεις αναφέρονται επίσης για όλες τις αιτήσεις θεραπείας. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι νέες αιτήσεις θεραπείας καθώς και τα άτομα εκείνα που διέκοψαν ή ολοκλήρωσαν μια θεραπεία σε προηγούμενο έτος και την επαναλαμβάνουν κατά το υπό εξέταση έτος. Δεν καταγράφονται στοιχεία για τα άτομα που, κατά την υπό εξέταση περίοδο, συνέχισαν χωρίς διακοπή τη θεραπεία που είχαν ξεκινήσει σε προηγούμενα έτη.

- Συλλέγονται δύο κατηγορίες στοιχείων: συνοπτικά στοιχεία για θεραπευτικά κέντρα κάθε τύπου και αναλυτικά στοιχεία ανά τύπο θεραπευτικού κέντρου (κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, γενικοί ιατροί, θεραπευτικές μονάδες σε σωφρονιστικά ιδρύματα, άλλοι τύποι θεραπευτικών κέντρων). Ωστόσο, για τις περισσότερες χώρες, τα στοιχεία για κέντρα εκτός των κέντρων θεραπείας εξωτερικής και εσωτερικής παραμονής είναι λιγοστά. Για το λόγο αυτό, η ανάλυση περιορίζεται συχνά στα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, για τα οποία η κάλυψη στοιχείων είναι η καλύτερη.
- Για την ερμηνεία των στοιχείων του ΔΑΘ χρησιμοποιούνται επίσης ποιοτικές και συγκεκριμένες πληροφορίες από τις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2004.

⁽¹⁾ Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε την ιστοσελίδα του ΕΚΠΝΤ σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1420>) και το σύνδεσμο με το κοινό πρωτόκολλο της Ομάδας Ρομπρίδου και του ΕΚΠΝΤ για το δείκτη αίτησης θεραπείας έκδοση 2.0.

⁽²⁾ Για λεπτομέρειες σχετικά με τις πηγές στοιχείων ανά χώρα, βλέπε πίνακα TDI-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη είναι υψηλότερο στα άτομα που εισάγονται για πρώτη φορά για θεραπεία από ό,τι στο σύνολο των ατόμων που ζητούν θεραπεία, με λιγοστές μόνον εξαιρέσεις, όπου τα ποσοστά είναι περίπου ίσα ⁽⁴⁷⁾. Παρ' όλα αυτά, κατά την οκταετία 1996-2003, το ποσοστό των χρηστών κάνναβης στα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από το σύνολο των ναρκωτικών αυξήθηκε από 9,4 σε 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Ωστόσο, η ανάλυση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή, καθώς βασίζεται σε περιορισμένο αριθμό χωρών που μπορούν να παράσχουν τα απαραίτητα στοιχεία για μια σύγκριση των διαχρονικών τάσεων.

Στους χρήστες ναρκωτικών υπό θεραπεία, οι άνδρες υπερβαίνουν κατά πολύ σε αριθμό τις γυναίκες. Οι υψηλότερες αναλογίες ανδρών-γυναικών παρατηρούνται στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη (4,8 προς 1). Οι υψηλότερες αναλογίες ανδρών-γυναικών καταγράφονται στη Γερμανία, στην Κύπρο,

στην Ουγγαρία και τη Σλοβακία, ενώ οι χαμηλότερες στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Σλοβενία, στη Φινλανδία και τη Σουηδία. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να απηχούν πολιτιστικούς παράγοντες ή πιθανώς διαφορές στην οργάνωση των θεραπευτικών υπηρεσιών ⁽⁴⁹⁾.

Τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα σχετικά με τη χρήση κάνναβης είναι συνήθως σχετικά νεαρής ηλικίας· το σύνολο σχεδόν των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση κάνναβης είναι ηλικίας κάτω των 30 ετών. Οι έφηβοι που υποβάλλονται σε εξειδικευμένη θεραπεία απεξάρτησης είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν πρόβλημα ναρκωτικών με την κάνναβη ως κύρια ουσία συγκριτικά με τα άτομα υπό θεραπεία που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές κατηγορίες, καθώς η κάνναβη αντιπροσωπεύει 65 % των αιτήσεων θεραπείας στα άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών και 59 % στα άτομα ηλικίας 15-19 ετών ⁽⁵⁰⁾.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών στη συχνότητα της χρήσης κάνναβης στα άτομα που ζητούν

⁽⁴⁷⁾ Βλέπε πίνακες TDI-4 (μέρος ii) και TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁴⁸⁾ Βλέπε πίνακα TDI-3 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁴⁹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-22 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁵⁰⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

θεραπεία για πρώτη φορά. Τα υψηλότερα ποσοστά καθημερινών χρηστών κάνναβης παρατηρούνται στη Δανία και στις Κάτω Χώρες μεταξύ των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά περιστασιακών χρηστών ή ατόμων που δεν έκαναν χρήση κάνναβης κατά τον τελευταίο μήνα πριν από τη θεραπεία καταγράφονται στη Γερμανία και την Ελλάδα⁽⁵¹⁾, γεγονός που πιθανώς απηχεί διαφορές στην παραπομπή σε θεραπεία. Στη Γερμανία, περίπου το ένα τρίτο των ατόμων που υποβάλλονται για πρώτη φορά σε θεραπεία απεξάρτησης από την κάνναβη κάνουν χρήση του ναρκωτικού περιστασιακά ή δεν έκαναν χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα πριν από τη θεραπεία, αλλά σε άλλες χώρες η κατηγορία αυτή αντιπροσωπεύει περίπου 11 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία και περίπου 60 % κάνει χρήση της ουσίας καθημερινά.

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικά με την αγορά

Παραγωγή και διακίνηση

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

Η παραγωγή ρητίνης κάνναβης σε ευρεία κλίμακα επικεντρώνεται σε μερικές χώρες, και ειδικότερα στο Μαρόκο, ενώ η διακίνηση είναι διαδεδομένη σε μεγάλο αριθμό χωρών (CND, 2004, 2005). Σύμφωνα με έρευνα για την παραγωγή κάνναβης στο Μαρόκο που διενεργήθηκε από το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC) και την κυβέρνηση του Μαρόκου (2003), εκτιμάται ότι η περιοχή του Ριφ αντιπροσώπευε περίπου 40 % της παγκόσμιας παραγωγής ρητίνης κάνναβης το 2003 (INCB, 2005). Το μεγαλύτερο μέρος ρητίνης κάνναβης που καταναλώνεται στην ΕΕ προέρχεται από το Μαρόκο και εισάγεται στην Ευρώπη κυρίως μέσω της Ιβηρικής Χερσονήσου, ενώ οι Κάτω Χώρες αποτελούν σημαντικό κέντρο δευτερογενούς διανομής για περαιτέρω μεταφορά σε χώρες της ΕΕ (Bovenkerk και Hogewind, 2002). Στις λοιπές χώρες που αναφέρονται το 2003 ως χώρες προέλευσης της ρητίνης κάνναβης που κατασχέθηκε στην ΕΕ περιλαμβάνονται η Αλβανία, το Αφγανιστάν, το Ιράν, το Πακιστάν, το Νεπάλ και η Ινδία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· INCB, 2005).

Η παραγωγή φυτικής κάνναβης παραμένει διαδεδομένη σε όλο τον κόσμο και η δυνητική παραγωγή εκτιμάται σε τουλάχιστον 40 000 τόνους (CND, 2005). Οι ποσότητες φυτικής κάνναβης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ το 2003 αναφέρεται ότι προέρχονταν από διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των Κάτω Χωρών και της Αλβανίας, αλλά και χωρών της Αφρικής (Μαλάουι, Νότια Αφρική, Νιγηρία) και των ΗΠΑ (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox,

Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων

Ο αριθμός των κατασχέσεων ναρκωτικών σε μια χώρα θεωρείται συνήθως έμμεσος δείκτης της προσφοράς και της διαθεσιμότητας ναρκωτικών, μολονότι απηχεί επίσης τους πόρους, τις προτεραιότητες και τις στρατηγικές της επιβολής του νόμου, καθώς και την αδυναμία των διακινητών απέναντι στις εθνικές και διεθνείς στρατηγικές με στόχο τη μείωση της προσφοράς. Οι κατασχεθείσες ποσότητες είναι δυνατόν να ποικίλλουν σημαντικά από χρόνο σε χρόνο, για παράδειγμα εάν σε ένα έτος μερικές από τις κατασχέσεις αφορούσαν πολύ μεγάλες ποσότητες. Για το λόγο αυτό, ο αριθμός των κατασχέσεων θεωρείται από αρκετές χώρες καλύτερος δείκτης των τάσεων. Σε όλες τις χώρες, ο αριθμός των κατασχέσεων περιλαμβάνει μεγάλο ποσοστό μικρών κατασχέσεων σε επίπεδο λιανικής διακίνησης. Η προέλευση και ο προορισμός των κατασχεθέντων ναρκωτικών ενδέχεται να υποδεικνύει τις οδούς διακίνησης και τις περιοχές παραγωγής, αλλά οι πληροφορίες αυτές δεν είναι πάντοτε γνωστές. Τα περισσότερα κράτη μέλη αναφέρουν την καθαρότητα και την τιμή των ναρκωτικών που πωλούνται σε επίπεδο λιανικής διακίνησης. Ωστόσο, τα στοιχεία προέρχονται από πολλές διαφορετικές πηγές, οι οποίες δεν είναι πάντοτε συγκρίσιμες ή αξιόπιστες, γεγονός που καθιστά δυσχερές τις ακριβείς συγκρίσεις μεταξύ χωρών.

2004). Επιπλέον, στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ παρατηρείται κάποια τοπική (σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς χώρους) καλλιέργεια και παραγωγή προϊόντων κάνναβης (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004).

Κατασχέσεις

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2003 κατασχέθηκαν συνολικά 1 347 τόνοι ρητίνης κάνναβης και 5 821 τόνοι φυτικής κάνναβης. Οι μεγαλύτερες ποσότητες ρητίνης κάνναβης κατασχέθηκαν στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (70 %) και στη Νοτιοδυτική Ασία και την Εγγύς και Μέση Ανατολή (21 %), ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες φυτικής κάνναβης επικεντρώνονται στην αμερικανική ήπειρο (68 %) και την Αφρική (26 %) (CND, 2005). Όσον αφορά τον αριθμό των κατασχέσεων, η κάνναβη έρχεται πρώτη σε όλες τις χώρες της ΕΕ, με εξαίρεση την Εσθονία και τη Λεττονία, όπου το 2003 ο αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών ήταν υψηλότερος. Όσον αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες, η κάνναβη έρχεται επίσης συνήθως πρώτη στην ΕΕ, μολονότι το 2003 μερικές χώρες ανέφεραν ότι κατέσχεσαν μεγαλύτερες ποσότητες άλλων ναρκωτικών – αμφεταμίνες στην Εσθονία και το Λουξεμβούργο, πρωίνη στην Ουγγαρία και κοκαΐνη στην Πολωνία. Ιστορικά, οι περισσότερες κατασχέσεις κάνναβης στην ΕΕ έχουν πραγματοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, και ακολουθούν η Ισπανία και η Γαλλία, και η κατάσταση αυτή παραμένει κατά πάσα πιθανότητα αμετάβλητη⁽⁵²⁾. Ωστόσο, τα τελευταία πέντε χρόνια, όσον

⁽⁵¹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-18 (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁵²⁾ Αυτό πρέπει να εξακριβωθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2003. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κάνναβης όσο και για τις ποσότητες κάνναβης που κατασχέθηκαν το 2003 στην Ιρλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες, η Ισπανία αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ των συνολικών ποσοτήτων που έχουν κατασχεθεί στην ΕΕ. Σε επίπεδο ΕΕ, ο αριθμός των κατασχέσεων κάνναβης ⁽⁵³⁾ ακολούθησε μια κατά το μάλλον ή ήττον ανοδική τάση από το 1998, μολονότι οι αποσπασματικές αναφορές στοιχείων από μερικές χώρες δημιουργούν αβεβαιότητα σχετικά, ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες ⁽⁵⁴⁾ φαίνεται να αυξήθηκαν από το 2000.

Τιμή και δραστικότητα

Το 2003, η μέση λιανική τιμή της ρητίνης κάνναβης στην Ευρωπαϊκή Ένωση κυμαινόταν από 1,4 EUR/gr στην

Ισπανία έως 21,5 EUR/gr στη Νορβηγία, ενώ η τιμή της φυτικής κάνναβης κυμαινόταν από 1,1 EUR/gr στην Ισπανία έως 12 EUR/gr στη Λεττονία ⁽⁵⁵⁾.

Η δραστικότητα των προϊόντων κάνναβης καθορίζεται από την περιεκτικότητά τους σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που είναι το κύριο δραστικό συστατικό της. Το 2003, οι χώρες στις οποίες υπάρχουν σχετικά στοιχεία ανέφεραν ότι η ρητίνη κάνναβης σε επίπεδο λιανικής διακίνησης είχε μέση περιεκτικότητα σε THC από λιγότερο από 1 % (Πολωνία) έως 25 % (Λουξεμβούργο), ενώ η δραστικότητα της φυτικής κάνναβης κυμαινόταν μεταξύ 1 % (Ουγγαρία, Φινλανδία) και 20 % («κατ' οίκον» καλλιέργεια στις Κάτω Χώρες) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵³⁾ Βλέπε πίνακα SZR-1 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁵⁴⁾ Βλέπε πίνακα SZR-2 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁵⁵⁾ Βλέπε πίνακα PPP-1 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁵⁶⁾ Βλέπε πίνακα PPP-5 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.



Κεφάλαιο 4

Διεγερτικά τύπου αμφεταμινών, LSD και άλλα συνθετικά ναρκωτικά

Από την άποψη της επικράτησης της χρήσης, σε όλες σχεδόν τις χώρες κάποιο είδος συνθετικού ναρκωτικού αναφέρεται ως η δεύτερη συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία. Τα συνολικά ποσοστά χρήσης των ουσιών αυτών στον γενικό πληθυσμό είναι συνήθως χαμηλά, αλλά η επικράτηση χρήσης στις ομάδες ατόμων νεαρότερης ηλικίας είναι σημαντικά υψηλότερη, και η χρήση των ναρκωτικών αυτών ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα ή/και σε ορισμένες ομάδες υποκοουλτούρας.

Στα συνθετικά ναρκωτικά που καταναλώνονται στην Ευρώπη περιλαμβάνονται τόσο διεγερτικές όσο και παραισθησιογόνοι ουσίες. Από τις τελευταίες, το διαιθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέος (LSD) είναι με διαφορά η πιο γνωστή, αλλά τα συνολικά επίπεδα κατανάλωσης είναι χαμηλά και μάλλον σταθερά εδώ και αρκετό καιρό. Κάποια στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για φυσικά παραισθησιογόνα, θέμα το οποίο εξετάζεται σε άλλο σημείο της παρούσας έκθεσης.

Ο όρος διεγερτικά τύπου αμφεταμινών (ATS) αναφέρεται τόσο στις αμφεταμίνες όσο και στα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης. Αμφεταμίνες είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για έναν αριθμό χημικά συναφών ναρκωτικών, τα οποία διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα δύο σημαντικότερα εκ των οποίων, από την άποψη της παράνομης διακίνησης στην Ευρώπη, είναι η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη. Εξ αυτών, η αμφεταμίνη είναι με διαφορά η ευρύτερα διαδεδομένη, μολονότι η χρήση μεθαμφεταμίνης αυξάνει παγκοσμίως. Προς το παρόν, σημαντική χρήση μεθαμφεταμίνης στην Ευρώπη φαίνεται να παρατηρείται μόνον στην Τσεχική Δημοκρατία, μολονότι σποραδικές αναφορές από άλλες χώρες υπογραμμίζουν τη σημασία της παρακολούθησης καθώς πρόκειται για ένα ναρκωτικό που συνδέεται με πολλά και σοβαρά προβλήματα υγείας.

Η γνωστότερη ουσία από τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα χάπια έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα. Τα ναρκωτικά αυτά αποκαλούνται επίσης ορισμένες φορές «επαφιογενή» (entactogens), δηλαδή «αυτά που αγγίζουν εσωτερικά», και περιλαμβάνουν συνθετικές ουσίες χημικά συναφείς με τις αμφεταμίνες που διαφέρουν όμως σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους, καθώς συνδυάζουν ορισμένα από τα αποτελέσματα που παρατηρούνται συνήθως στις παραισθησιογόνους ουσίες.

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης

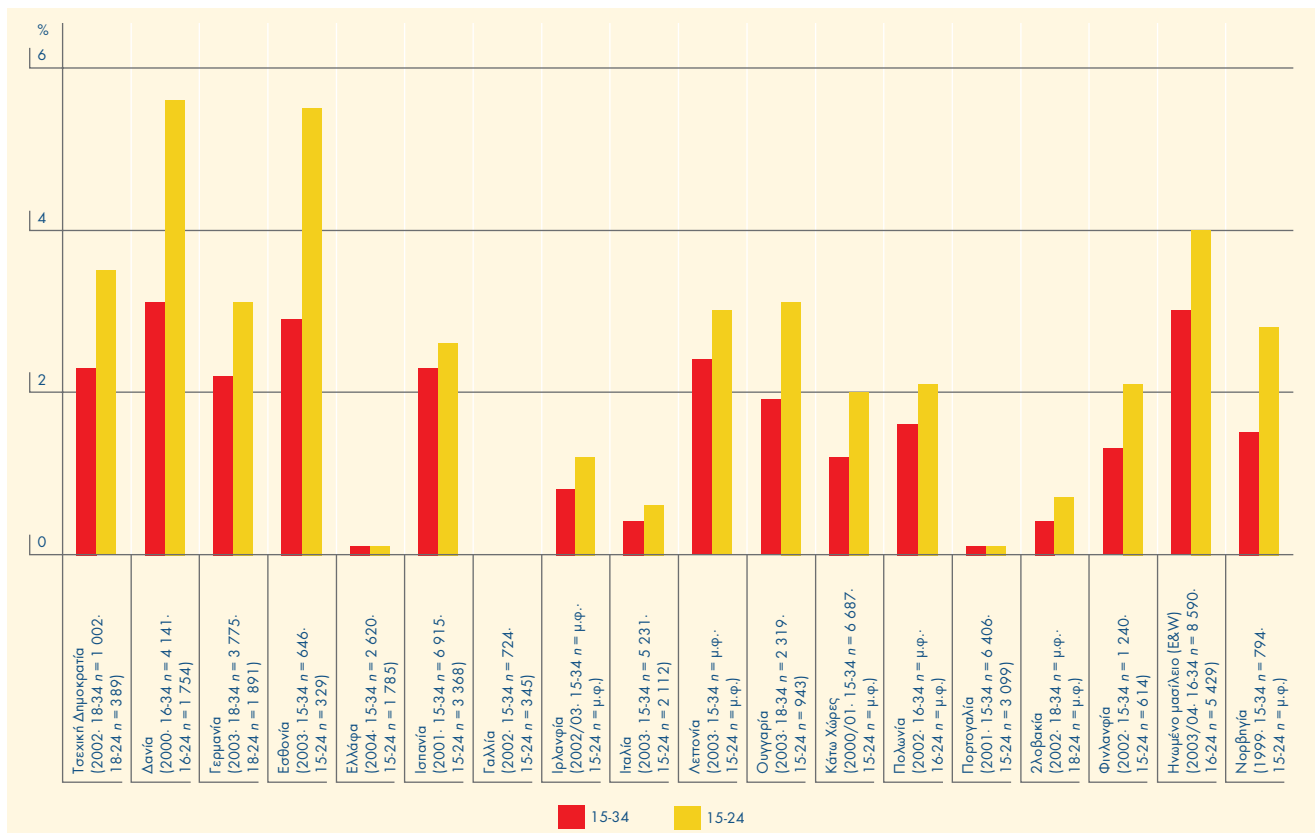
Παραδοσιακά, οι έρευνες πληθυσμού δείχνουν ότι οι αμφεταμίνες είναι, μετά την κάνναβη, η παράνομη ουσία που χρησιμοποιείται συχνότερα, μολονότι η συνολική επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών είναι σαφώς χαμηλότερη από εκείνη της κάνναβης. Το πρότυπο αυτό φαίνεται να μεταβάλλεται σήμερα σε πολλές χώρες, και η έκταση ξεπερνά τις αμφεταμίνες και καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μετά την κάνναβη τόσο σε πρόσφατες έρευνες στον γενικό πληθυσμό όσο και σε έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, από τις έρευνες του ESPAD σε μαθητές το 2003 (Hibell κ.ά., 2004) διαπιστώνεται ότι οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή ξεπερνούν εκείνες που αφορούν τη χρήση αμφεταμινών σε 14 από τις χώρες της ΕΕ, τη Νορβηγία και τις υποψήφιες χώρες⁽⁵⁷⁾. Ωστόσο, αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι η έκταση διαδόθηκε μόλις κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, ενώ η χρήση αμφεταμινών είναι παλαιότερη. Αυτό απηχούν πρόσφατες έρευνες σε ενήλικους, οι οποίες αποκαλύπτουν υψηλότερα ποσοστά δοκιμής αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή σε έντεκα χώρες και χρήσης έκστασης σε δέκα χώρες, αλλά υψηλότερα ποσοστά πρόσφατης (τελευταίο δωδεκάμηνο) χρήσης έκστασης σε 15 χώρες και αμφεταμινών σε πέντε μόνον χώρες (σε δύο χώρες τα αναφερόμενα ποσοστά είναι ίσα).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, στο σύνολο των ενήλικων (15-64 ετών), η δοκιμή αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά στη ζωή στα κράτη μέλη της ΕΕ κυμαίνεται μεταξύ 0,1 και 6 %, με εξαίρεση στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου το ποσοστό ανέρχεται σε 12 %. Τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης είναι σαφώς χαμηλότερα και κυμαίνονται μεταξύ 0 και 1,5 %, με τη Δανία, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά.

Από τις έρευνες πληθυσμού, παρόμοια εικόνα προκύπτει για την ομάδα των νεαρών ενήλικων (15-34 ετών), στην οποία η δοκιμή αμφεταμινών τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ 0,1 και 10 %, με το Ηνωμένο Βασίλειο να αναφέρει ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό 18,4 %. Η πρόσφατη χρήση κυμαίνεται μεταξύ 0 και 3 %, με τη Δανία, την Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο να εμφανίζουν και πάλι τα υψηλότερα ποσοστά (διάγραμμα 6). Μολονότι τα ποσοστά για τη χρήση τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή για το Ηνωμένο Βασίλειο είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα που καταγράφονται σε άλλες χώρες, η επικράτηση της πρόσφατης χρήσης αμφεταμινών (χρήση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) εμφανίζει ποσοστά παρόμοια με εκείνα που αναφέρουν άλλες χώρες και συνολικά εξακολουθεί να μειώνεται.

⁽⁵⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα EYE-2 (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Διάγραμμα 6: Πρόσφατη χρήση (κατά το περασμένο έτος) αμφεταμινών στους νεαρούς ενήλικους σε επιλεγμένες ηλικίες, 15-34 και 15-24 ετών, όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα (βλέπε πίνακα GPS-4 για την ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών). Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν λίγο διαφορετικό ηλικιακό εύρος από το ηλικιακό εύρος που χρησιμοποιεί το ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικους. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να οφείλονται σε μικρό βαθμό σε διαφορές στο ηλικιακό εύρος.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Νέα στοιχεία σχετικά με τη χρήση αμφεταμινών από τους 15χρονους και 16χρονους μαθητές αναφέρονται στις έρευνες του ESPAD για το 2003⁽⁵⁸⁾. Η επικράτηση της χρήσης αμφεταμινών σε όλη τη ζωή κυμαίνεται μεταξύ λιγότερο από 1 έως 7%· οι υψηλότερες εθνικές εκτιμήσεις για πρόσφατη χρήση και τρέχουσα (τελευταίες 30 ημέρες) χρήση της ουσίας είναι 4 και 3% αντίστοιχα.

Έκσταση έχει δοκιμάσει περίπου 0,2-6,5% του ενήλικου πληθυσμού, τα δε ποσοστά για τις περισσότερες χώρες κυμαίνονται από 1 έως 4%. Πρόσφατη χρήση αναφέρει 0 έως 2,5% των ενηλίκων, και η Τσεχική Δημοκρατία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης.

Στους νεαρούς ενήλικους (15-34 ετών), 0,6-13,6% αναφέρει δοκιμή έκστασης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή. Πρόσφατη χρήση (επικράτηση κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) αναφέρει ποσοστό από 0,4 έως 6%, με την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης (διάγραμμα 7).

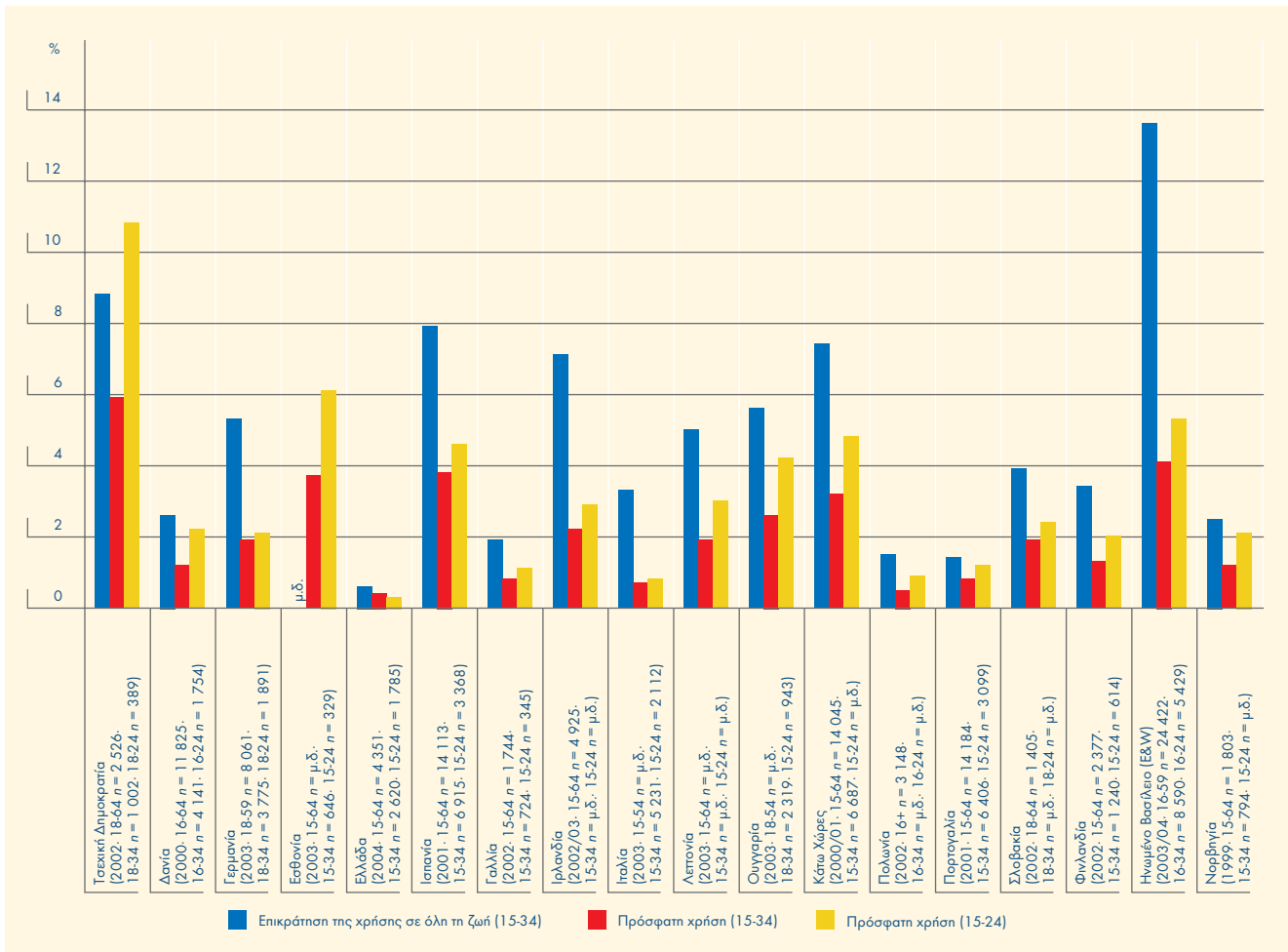
Καθώς η χρήση έκστασης είναι κυρίως ένα φαινόμενο που αφορά τους νέους, είναι χρήσιμο να αναλυθούν τα

ποσοστά επικράτησης στα άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών και στους 15χρονους και 16χρονους μαθητές. Στην ομάδα των 15-24 ετών, τα ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνονται μεταξύ 0,4 και 13%, ενώ τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης κυμαίνονται μεταξύ 0,3 και 11%. Επιπλέον, καθώς τα ποσοστά τοξικομανίας στην ηλικιακή αυτή κατηγορία είναι υψηλότερα στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, οι περισσότερες χώρες αναφέρουν ποσοστά δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στους άνδρες ηλικίας από 15 έως 24 ετών μεταξύ 4 και 16% και ποσοστά πρόσφατης χρήσης στους άνδρες μεταξύ 2 και 8%. Τέλος, επτά χώρες ανέφεραν στοιχεία για την τρέχουσα χρήση (χρήση κατά τις τελευταίες 30 ημέρες), η οποία περιλαμβάνει και τη συστηματική χρήση, τα οποία κυμαίνονται από 2 έως 5%, γεγονός που υποδηλώνει ότι 1 στους 20 έως 50 άνδρες ηλικίας 15 έως 24 ετών κάνει συστηματική χρήση έκστασης. Τα ποσοστά αυτά είναι πιθανό να είναι υψηλότερα στις αστικές περιοχές και ειδικότερα στα άτομα που συχνάζουν σε ντίσκο, κλαμπ και χορευτικές εκδηλώσεις (Butler και Montgomery, 2004).

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης έκστασης είναι σημαντικά χαμηλότερες για τους 15χρονους και

⁽⁵⁸⁾ Βλέπε κεφάλαιο 2 για λεπτομερή ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας του ESPAD σε μαθητές το 2003.

Διάγραμμα 7: Πρόσφατη χρήση (κατά το περασμένο έτος) έκστασης στους νεαρούς ενήλικους σε επιλεγμένες ηλικίες, 15-34 και 15-24 ετών, όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα (βλέπε στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 τους πίνακες GPS-2 για την επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή και GPS-4 για την πρόσφατη χρήση στην ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών). Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν λίγο διαφορετικό ηλικιακό εύρος από το ηλικιακό εύρος που χρησιμοποιεί το ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικους. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να οφείλονται σε μικρό βαθμό σε διαφορές στο ηλικιακό εύρος.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

16χρονοι μαθητές σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών. Η επικράτηση της χρήσης έκστασης σε όλη τη ζωή στους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα κυμαίνεται μεταξύ 0 και 8 %, τα δε ποσοστά πρόσφατης χρήσης (0-4 %) και τρέχουσας χρήσης (0-3 %) είναι ακόμη χαμηλότερα. Στις περισσότερες χώρες, οι εκτιμήσεις για την τρέχουσα χρήση κυμαίνονται μεταξύ 1 και 2 %, με μικρές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Hibell κ.ά., 2004).

Συγκριτικά, σύμφωνα με την εθνική έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία για το 2003 (SAMHSA, 2003), 4,6 % των ενηλίκων (οι οποίοι ορίζονται ως άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω) αναφέρουν δοκιμή έκστασης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή και 0,9 % αναφέρει πρόσφατη χρήση. Στα άτομα ηλικίας 18 έως 25 ετών που συμμετείχαν στην ίδια έρευνα, 14,8 % αναφέρει δοκιμή τουλάχιστον μία

φορά, 3,7 % πρόσφατη χρήση και 0,7 % τρέχουσα χρήση (τελευταίος μήνας) ⁽⁵⁹⁾.

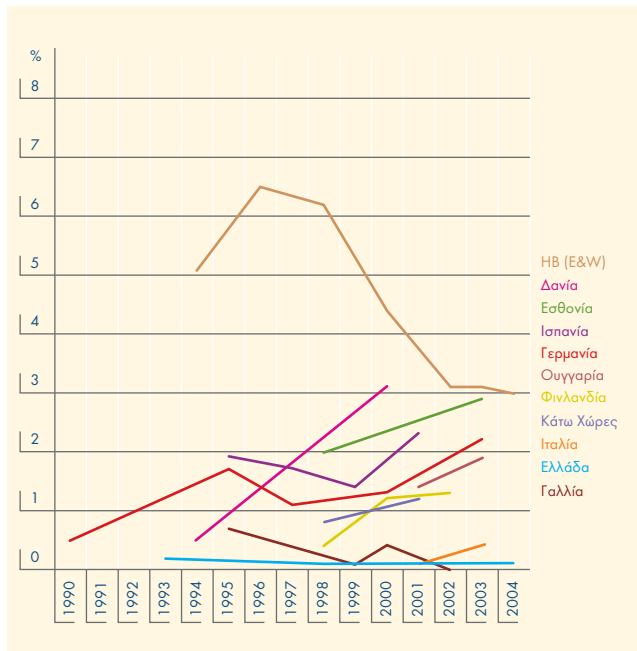
Τάσεις

Οι έρευνες πληθυσμού δείχνουν αύξηση στην πρόσφατη χρήση αμφεταμινών (διάγραμμα 8) και έκστασης (διάγραμμα 9) στους νεαρούς ενήλικους στις περισσότερες χώρες που διαθέτουν στοιχεία από διαδοχικές έρευνες. Όσον αφορά την έκσταση, εξαίρεση αποτελούν η Γερμανία και η Ελλάδα, όπου τα επίπεδα δεν αυξήθηκαν, και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η χρήση των ναρκωτικών αυτών σταθεροποιήθηκε πρόσφατα (2002/03), μολονότι σε σχετικά υψηλά επίπεδα (διάγραμμα 9).

Όπως προαναφέρθηκε, η χρήση έκστασης ξεπερνά σήμερα τη χρήση αμφεταμινών σε πολλές χώρες· ωστόσο,

⁽⁵⁹⁾ Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64). Από την άλλη πλευρά, το ηλικιακό εύρος για τους νεαρούς ενήλικους (18-25 ετών) είναι μικρότερο από εκείνο που χρησιμοποιείται στις περισσότερες έρευνες της ΕΕ (15-24 ετών).

Διάγραμμα 8: Τάσεις της πρόσφατης χρήσης (κατά το περασμένο έτος) αμφεταμινών στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), όπως μετρήθηκαν από εθνικές έρευνες (1)



(1) Το μέγεθος των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για την ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών για κάθε χώρα και έτος παρουσιάζεται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Σημείωση: Στοιχεία από τις διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα. Τα αριθμητικά στοιχεία και η μεθοδολογία κάθε έρευνας παρατίθενται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Για τους νεαρούς ενήλικους, το ΕΚΠΝΤ χρησιμοποιεί το ηλικιακό εύρος των 15-34 ετών [Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο από 16 ετών, Γερμανία, Εσθονία (1998) και Ουγγαρία από 18 ετών]. Στη Γαλλία το ηλικιακό εύρος ήταν 18-39 το 1995.

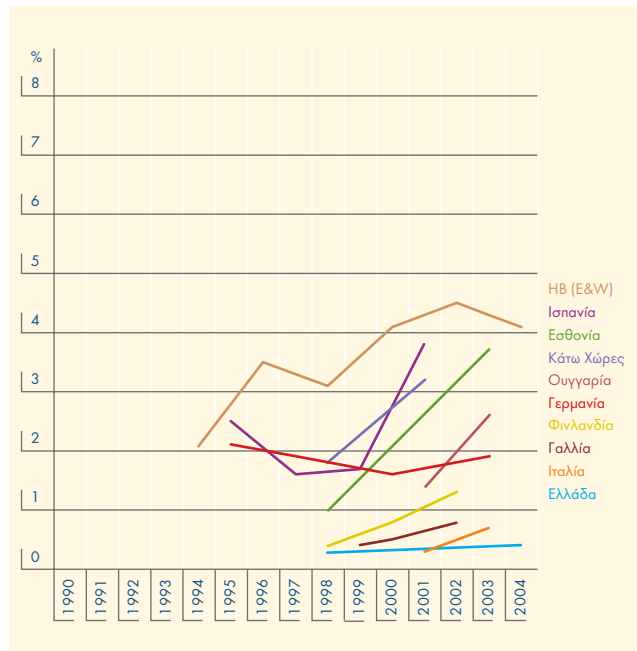
Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

αυτό δεν σημαίνει ότι παρατηρείται μείωση στη χρήση αμφεταμινών. Στις περισσότερες χώρες που διαθέτουν στοιχεία από διαδοχικές έρευνες, η χρήση αμφεταμινών (πρόσφατη χρήση στους νεαρούς ενήλικους) στην πραγματικότητα αυξήθηκε. Αξιοσημείωτη εξαίρεση αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου παρατηρείται σημαντική μείωση της χρήσης αμφεταμινών από το 1998. Έτσι εξηγείται ίσως γιατί στο Ηνωμένο Βασίλειο η επικράτηση της δοκιμής τουλάχιστον μία φορά στη ζωή είναι υψηλή σε σύγκριση με τα χαμηλότερα επίπεδα πρόσφατης χρήσης που καταγράφονται. Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι η μείωση της χρήσης αμφεταμινών αντισταθμίσθηκε σε κάποιο βαθμό από αυξήσεις στη χρήση κοκαΐνης και έκστασης (βλέπε διαγράμματα 8 και 9).

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία

Η χρήση ATS σπάνια αποτελεί τον κύριο λόγο για την προσφυγή σε θεραπεία απεξάρτησης. Υπάρχουν, ωστόσο, μερικές εξαιρέσεις: στην Τσεχική Δημοκρατία, στη

Διάγραμμα 9: Τάσεις της πρόσφατης χρήσης (κατά το περασμένο έτος) έκστασης στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), όπως μετρήθηκαν από εθνικές έρευνες (1)



(1) Το μέγεθος των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για την ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών για κάθε χώρα και έτος παρουσιάζεται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Σημείωση: Στοιχεία από τις διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα. Τα αριθμητικά στοιχεία και η μεθοδολογία κάθε έρευνας παρατίθενται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Για τους νεαρούς ενήλικους, το ΕΚΠΝΤ χρησιμοποιεί το ηλικιακό εύρος των 15-34 ετών [Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο από 16 ετών, Γερμανία, Εσθονία (1998) και Ουγγαρία από 18 ετών].

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Φινλανδία και τη Σουηδία, τα ATS, και ειδικότερα οι αμφεταμίνες μάλλον παρά η έκσταση, αντιπροσωπεύουν από 18 % έως περισσότερο από 50 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία. Στην Τσεχική Δημοκρατία, περισσότερο από 50 % των αναφερόμενων αιτήσεων για θεραπεία αφορούν κατά κύριο λόγο ένα πρόβλημα χρήσης μεθαμφεταμινών. Το ίδιο απηχούν και οι αιτήσεις θεραπείας για πρώτη φορά, και στη Σλοβακία (60). Επιπλέον, 11 % των Ευρωπαίων που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά και αναφέρουν στοιχεία δηλώνουν τα ATS ως δευτερεύουσα ουσία (61).

Η σύγκριση των στοιχείων του 2002 και του 2003 αποκαλύπτει ότι η ανοδική τάση στον αριθμό των χρηστών ATS συνεχίστηκε (+ 3,5 %) μεταξύ 1996 και 2003, ο αριθμός των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από ATS αυξήθηκε από 2 204 σε 5 070 σε δώδεκα χώρες της ΕΕ.

Στα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα ATS για πρώτη φορά σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, 78,5 % κάνει χρήση αμφεταμινών και 21,4 %

(60) Βλέπε πίνακες TDI-4 (μέρος ii) και TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(61) Βλέπε πίνακα TDI-24 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

MDMA (έκστασης) ⁽⁶²⁾. Τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την έκσταση απαντώνται στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το ένα τρίτο σχεδόν των χρηστών ATS που προσφεύγουν σε θεραπεία είναι ηλικίας 15 έως 19 ετών και ένα ακόμη τρίτο είναι ηλικίας από 20 έως 24 ετών ⁽⁶³⁾. Η μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τη χρήση ATS έκαναν για πρώτη φορά χρήση των ουσιών σε ηλικία 15 έως 19 ετών ⁽⁶⁴⁾.

Στους χρήστες ATS υπό θεραπεία, υπάρχει ίσος αριθμός περιστασιακών και καθημερινών χρηστών. Στις χώρες όπου το ποσοστό ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τις αμφεταμίνες είναι υψηλότερο, τα περισσότερα από τα άτομα αυτά κάνουν χρήση των ουσιών δύο έως έξι φορές εβδομαδιαίως ⁽⁶⁵⁾.

Ο συνθετέστερος τρόπος χρήσης των αμφεταμινών και της έκστασης είναι διά του στόματος (58,2 %)· ωστόσο, περίπου 15 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία κάνουν ενέσιμη χρήση του ναρκωτικού· σε ορισμένες χώρες, περισσότερο από 60 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα ATS κάνουν τρέχουσα ενέσιμη χρήση αμφεταμινών (Τσεχική Δημοκρατία και Φινλανδία) ⁽⁶⁶⁾.

Θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση

Οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση είναι σχετικά λιγοστοί σε σύγκριση με τους θανάτους που οφείλονται στα οπιούχα, αλλά, σε ορισμένες χώρες, ο αριθμός τους δεν είναι αμελητέος και η παρακολούθηση των θανάτων αυτών κρίνεται βελτιώσιμη. Η φράση «θάνατοι που συνδέονται με την έκσταση» μπορεί να σημαίνει ότι η ουσία αναφέρεται στο πιστοποιητικό θανάτου ή ότι εντοπίστηκε στην τοξικολογική ανάλυση (συχνά σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά) ⁽⁶⁷⁾.

Μολονότι η διαδικασία αναφορών δεν είναι εναρμονισμένη, τα στοιχεία των εθνικών εκθέσεων του δικτύου Reitox για το 2004 υποδηλώνουν ότι οι θάνατοι που οφείλονται στην έκσταση είναι σπάνιοι στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, ιδίως δε οι θάνατοι που οφείλονται αποκλειστικά στην έκσταση. Το 2003, αρκετές χώρες ανέφεραν θανάτους που συνδέονται με την έκσταση: η Αυστρία (ένας θάνατος οφειλόμενος αποκλειστικά στην έκσταση), η Τσεχική Δημοκρατία (ένας θάνατος οφειλόμενος πιθανώς σε υπερβολική δόση MDMA), η Γαλλία (οκτώ θάνατοι συνδεδεμένοι με την έκσταση), η Γερμανία (δύο θάνατοι οφειλόμενοι αποκλειστικά στην έκσταση και οκτώ οφειλόμενοι στην έκσταση σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά – με αντίστοιχα στοιχεία 8 και 11 το 2002), η Πορτογαλία (έκσταση εντοπίστηκε σε 2 % των θανάτων που συνδέονται με ναρκωτικά) και το Ηνωμένο Βασίλειο (η έκσταση «αναφέρεται» σε 49 πιστοποιητικά θανάτου το

2000, σε 76 το 2001 και σε 75 το 2002). Οι Κάτω Χώρες ανέφεραν επτά θανάτους οφειλόμενους σε οξεία ψυχοδιεγερτική τοξίκωση, χωρίς να αναφέρουν την εμπλεκόμενη ουσία.

Λιγοστές χώρες αναφέρουν στοιχεία σχετικά με έκτακτα περιστατικά στα νοσοκομεία συνδεδεμένα με την έκσταση. Στο Άμστερνταμ, ο αριθμός των μη θανατηφόρων έκτακτων περιστατικών (εθνική έκθεση των Κάτω Χωρών) που αποδίδονται στη χρήση έκστασης παρέμεινε σταθερός στο διάστημα από το 1995 έως το 2003 (όπως και ο αριθμός εκείνων που συνδέονται με τις αμφεταμίνες), ενώ τα έκτακτα περιστατικά που οφείλονται σε παραισθησιογόνα μανιτάρια και γάμα-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB) αυξήθηκαν. Στη Δανία (εθνική έκθεση), ο αριθμός των επικοινωνιών με νοσοκομεία λόγω τοξίκωσης οφειλόμενης σε διεγερτικές ουσίες αυξήθηκε από 112 περιπτώσεις το 1999 σε 292 περιπτώσεις το 2003· από αυτές, ο αριθμός εκείνων που συνδέονται με τη χρήση έκστασης αυξήθηκε σημαντικά από το 1999 έως το 2000, αλλά χωρίς να διαγραφεί μια σαφής τάση στη συνέχεια, ενώ ο αριθμός των επικοινωνιών που συνδέονται με τη χρήση αμφεταμινών αυξήθηκε σταθερά κατά την υπό εξέταση περίοδο.

Πρόληψη

Τα κινητά σχέδια πρόληψης προσαρμόζονται στον κατακερματισμό της κουλτούρας «ρέιβ», ώστε να παραμείνει δυνατή η προσέγγιση της ομάδας στόχου των νεαρών ψυχαγωγικών χρηστών, για παράδειγμα μέσω σημείων επαφής σε κάθε «σκηνή». Από τις χώρες στις οποίες πραγματοποιούνταν εξετάσεις για την ανίχνευση χαπιών έκστασης, η πρακτική αυτή εγκαταλείφθηκε στη Γερμανία και την Πορτογαλία. Στις Κάτω Χώρες, εξετάσεις για την ανίχνευση χαπιών διενεργούνται μόνον σε εργαστήρια, ενώ στη Γαλλία προτάθηκε η εγκατάλειψη της επιτόπιας εξέτασης για την ανίχνευση χαπιών. Δύο από τους λόγους για τις αλλαγές αυτές είναι η μειωμένη συχνότητα εμφάνισης νοθευμένων χαπιών στη Δυτική Ευρώπη και ο συνεχιζόμενος προβληματισμός σχετικά με τη νομιμότητα της πρακτικής. Στην Τσεχική Δημοκρατία, ωστόσο, τα σχέδια εξετάσεων για την ανίχνευση χαπιών συνεχίσθηκαν αποτελώντας αντικείμενο συζητήσεων στα μέσα ενημέρωσης.

Πρόληψη σε χώρους ψυχαγωγίας

Σχέδια επικεντρωμένης πρόληψης σε χώρους ψυχαγωγίας αναφέρονται ολοένα και περισσότερο από τα νέα κράτη μέλη, ειδικότερα την Τσεχική Δημοκρατία, την Κύπρο (κινητή μονάδα ενημέρωσης σε χώρους νυχτερινής διασκέδασης), την Ουγγαρία (τρεις οργανώσεις), την Πολωνία και τη Σλοβενία.

Συνήθως, το περιεχόμενο των παρεμβάσεων παραμένει αμετάβλητο και είναι παρόμοιο στα περισσότερα κράτη

⁽⁶²⁾ Βλέπε πίνακα TDI-23 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁶³⁾ Βλέπε πίνακες TDI-11 (μέρος i) και TDI-11 (μέρος v) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁶⁴⁾ Βλέπε πίνακες TDI-10 (μέρος i) και TDI-10 (μέρος v) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁶⁵⁾ Βλέπε πίνακα TDI-18 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁶⁶⁾ Βλέπε πίνακα TDI-17 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁶⁷⁾ Βλέπε επίσης έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/el/page038-el.html>) για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους θανάτους που συνδέονται με την έκσταση.

μέλη, όπως ντίσκο κατά των ναρκωτικών, καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, θέατρο, χρήση των μέσων ενημέρωσης (ταινίες, κινούμενα σχέδια κ.λπ.), σεμινάρια, περιοδεύουσες εκθέσεις και ταξιδιωτικές εμπειρίες (εθνική έκθεση Λουξεμβούργου).

Οι διαρθρωτικές προσεγγίσεις παραμένουν σημαντικές. Στην Ιταλία, τις Κάτω Χώρες και τη Σκανδιναβία η δικτύωση θεωρείται προαπαιτούμενο για την πρόληψη των ναρκωτικών, με στόχο την άσκηση επίδρασης στην κουλτούρα της νυχτερινής διασκέδασης. Για το σκοπό αυτό, ειδικοί του τομέα της πρόληψης συνεργάζονται με τους ιδιοκτήτες χώρων που χρησιμοποιούνται συνήθως για ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών [συμπεριλαμβανομένων των καφέ (coffee shops) στις Κάτω Χώρες] καθώς και με άλλα άτομα που εργάζονται σε χώρους νυχτερινής διασκέδασης, όπως πορτιέρηδες και προσωπικό των μπαρ.

Στη Σουηδία, τέτοιου είδους παρεμβάσεις αναπτύσσονται σε μεγάλες πόλεις, εκτός της Στοκχόλμης. Μελέτη παρόμοιων προγραμμάτων στις Κάτω Χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «οι συμμετέχοντες και οι οργανωτές των πάρτι δείχνουν πολύ πιο υπεύθυνη συμπεριφορά απέναντι στα παράνομα ναρκωτικά από ό,τι αναμενόταν» (Rijlman κ.ά., 2003). Οι ολοκληρωμένες προσεγγίσεις του είδους αυτού εμφανίζουν επίσης το πλεονέκτημα ότι αποσπούν το ενδιαφέρον του κοινού από τα συμβάντα και τα έκτακτα ιατρικά περιστατικά που συνδέονται με παράνομα ναρκωτικά στα μεγάλα πάρτι και επικεντρώνουν την προσοχή του στους γενικότερους κινδύνους των κλαμπ. Οι κατευθυντήριες γραμμές για ασφαλέστερη νυχτερινή διασκέδαση εμπίπτουν επίσης στην κατηγορία αυτή, αλλά δεν είναι επί του παρόντος διαδεδομένες στην Ευρώπη (Calafat κ.ά., 2003).

Η προσωπική παροχή συμβουλών επιγραμματικά μέσω ιστοθέσεων είναι μια σχετικά νέα προσέγγιση που εφαρμόζεται στην Αυστρία και τη Γερμανία (www.drugcom.de). Στο ίδιο πνεύμα, στην Αυστρία, η παροχή συμβουλών μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου είναι διαθέσιμη από το κέντρο κλίσεων του νέου κέντρου παροχής συνδρομής για τα ναρκωτικά της Βιέννης (Vienna Drug Assistance), και έχουν αναπτυχθεί πρότυπα ποιότητας (FSW, 2004). Ωστόσο, οι περισσότερες ιστοθέσεις για την πρόληψη των ναρκωτικών παρέχουν απλώς συμβουλές από ειδικούς και δεν περιλαμβάνουν χώρους συζήτησης, καθώς δεν υπάρχουν αδιαμφισβήτητες αποδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα τέτοιου είδους ομότιμων κοινοτήτων καταναλωτών (Eysenbach κ.ά., 2004).

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ⁽⁶⁸⁾

Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC, 2003α),

η παραγωγή ATS —«συνθετικών ναρκωτικών συμπεριλαμβανομένων των χημικά συναφών αμφεταμινών, μεθαμφεταμινών και έκστασης»— είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί, επειδή «ξεκινά με χημικές ουσίες άμεσα διαθέσιμες, σε εργαστήρια που μπορούν εύκολα να παραμείνουν κρυφά». Ωστόσο, η επίσημη παγκόσμια παραγωγή ATS εκτιμάται σε περίπου 520 τόνους (UNODC, 2003β). Οι παγκόσμιες κατασχέσεις ATS σημείωσαν ρεκόρ το 2000 με 46 τόνους και, μετά τη μείωση που ακολούθησε, αυξήθηκαν και πάλι φθάνοντας τους 34 τόνους το 2003 (CND, 2004, 2005).

Αμφεταμίνη

Βάσει του αριθμού των εργαστηρίων που εξαρθρώθηκαν, η παγκόσμια παραγωγή αμφεταμινών παραμένει επικεντρωμένη στην Ευρώπη. Το 2003, εργαστήρια παρασκευής αμφεταμινών ανακαλύφθηκαν σε οκτώ χώρες της ΕΕ (Βέλγιο, Γερμανία, Εσθονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Ηνωμένο Βασίλειο). Οι μεγαλύτερες ποσότητες αμφεταμινών που κατασχέθηκαν στην ΕΕ το 2003 προέρχονταν από τις Κάτω Χώρες, και ακολουθούσαν η Πολωνία και το Βέλγιο. Επιπλέον, υπάρχουν αναφορές σύμφωνα με τις οποίες αμφεταμίνες παρασκευάζονται στην Εσθονία και τη Λιθουανία και στη συνέχεια διοχετεύονται στις βόρειες χώρες. Οι αμφεταμίνες διακινούνται κυρίως εντός της ίδιας περιοχής (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004. CND, 2005).

Ομοίως, οι περισσότερες κατασχέσεις αμφεταμινών πραγματοποιούνται στην Ευρώπη. Η Δυτική και η Κεντρική Ευρώπη αντιπροσωπεύουν 82 % των συνολικών ποσοτήτων αμφεταμινών που κατασχέθηκαν παγκοσμίως το 2003, ενώ η Ανατολική και η Νοτιοανατολική Ευρώπη αντιπροσωπεύουν 13 % και οι χώρες της Εγγύς και Μέσης Ανατολής 3 % (CND, 2005). Τα τελευταία πέντε χρόνια, η χώρα που πραγματοποίησε τις περισσότερες κατασχέσεις αμφεταμινών στην ΕΕ ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο ⁽⁶⁹⁾. Στο σύνολο της ΕΕ, ο αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών ⁽⁷⁰⁾, ο οποίος είχε εμφανίσει προηγουμένως ανοδική τάση, σημείωσε ρεκόρ το 1998, ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες αμφεταμινών ⁽⁷¹⁾ σημείωσαν ρεκόρ το 1997. Ο αριθμός των κατασχέσεων αμφεταμινών αυξήθηκε και πάλι το 2001 και το 2002, αλλά, σύμφωνα με τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, είναι πιθανό να σταθεροποιήθηκε ή να μειώθηκε το 2003. Οι κατασχεθείσες ποσότητες εμφάνισαν επίσης διακυμάνσεις, αλλά φαίνεται να αυξάνουν από το 2002 ⁽⁷²⁾.

Το 2003, η μέση τιμή αγοράς αμφεταμινών από τους χρήστες κυμαινόταν από λιγότερο από 10 EUR/gr στο Βέλγιο, στην Εσθονία, στην Ελλάδα, στη Λεττονία, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες και τη Σλοβακία έως

⁽⁶⁸⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 42.

⁽⁶⁹⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2003 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμινών το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων αμφεταμινών όσο και για τις ποσότητες αμφεταμινών που κατασχέθηκαν το 2003 στην Ιρλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽⁷⁰⁾ Βλέπε πίνακα SZR-7 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷¹⁾ Βλέπε πίνακα SZR-8 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷²⁾ Αυτό πρέπει να εξακριβωθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία —ιδίως για το Ηνωμένο Βασίλειο— για το 2003.

37,5 EUR/gr στη Νορβηγία ⁽⁷³⁾. Η μέση καθαρότητα των αμφεταμινών σε επίπεδο λιανικής πώλησης το 2003 κυμαινόταν μεταξύ 7,5 % (Γερμανία) και 50 % (Νορβηγία) ⁽⁷⁴⁾.

Μεθαμφεταμίνη

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το σημαντικότερο διεγερτικό τύπου αμφεταμίνης (ATS) όσον αφορά τις παρασκευαζόμενες και διακινούμενες ποσότητες είναι η μεθαμφεταμίνη. Το 2003 οι μεγαλύτερες ποσότητες παράχθηκαν και κατασχέθηκαν και πάλι στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (Κίνα, Μιανμάρ, Φιλιππίνες, Ταϊλάνδη) και δευτερευόντως στη Βόρεια Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες) (CND, 2005). Η παραγωγή μεθαμφεταμινών στην Ευρώπη συνεχίσθηκε σε πολύ μικρότερη κλίμακα. Το 2003, ανακαλύφθηκαν και αναφέρθηκαν παράνομα εργαστήρια παρασκευής μεθαμφεταμινών στην Τσεχική Δημοκρατία, στη Γερμανία, στη Λιθουανία και τη Σλοβακία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· CND, 2005). Στην Τσεχική Δημοκρατία, παρασκευή μεθαμφεταμινών αναφέρεται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 (UNODC, 2003a)· οι μεγαλύτερες ποσότητες προορίζονται για τοπική κατανάλωση, μολονότι ορισμένες εισάγονται λαθραία στη Γερμανία και την Αυστρία (εθνική έκθεση Τσεχικής Δημοκρατίας, 2004). Το 2003, οι τσεχικές αρχές ανέφεραν αύξηση της παρασκευής «pervitin» (τοπική μεθαμφεταμίνη) από φαρμακευτικά προϊόντα με εμπορικό σήμα λόγω της έλλειψης εφεδρίνης (πρόδρομης ουσίας της μεθαμφεταμίνης) στην τοπική μαύρη αγορά. Μολονότι το ΕΚΠΝΤ δεν συγκεντρώνει συστηματικά στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις μεθαμφεταμινών, η Τσεχική Δημοκρατία, η Γερμανία, η Λιθουανία και η Νορβηγία αναφέρουν ότι πραγματοποίησαν σχετικές κατασχέσεις το 2003. Επιπλέον, η Δανία ανέφερε ότι οι μεθαμφεταμίνες είναι ολοένα και πιο διαδεδομένες στην παράνομη αγορά ναρκωτικών, και η Λεττονία ανέφερε αυξημένη ποσότητα (0,8 τόνοι) κατασχεθείσας εφεδρίνης το 2003 (σε σύγκριση με το 2002) (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004).

Το 2003, η λιανική τιμή του «pervitin» στην Τσεχική Δημοκρατία αναφέρθηκε μεταξύ 16 EUR/gr και 63 EUR/gr ⁽⁷⁵⁾, ενώ η καθαρότητα κυμαινόταν μεταξύ 50 και 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Έκσταση

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ευρώπη παραμένει το κυριότερο κέντρο παρασκευής έκστασης, αν και η σχετική σημασία της φαίνεται να υποχωρεί, καθώς η παρασκευή έκστασης

επεκτείνεται και σε άλλα σημεία του πλανήτη τα τελευταία χρόνια, και ειδικότερα στη Βόρεια Αμερική και την Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία (CND, 2005· INCB, 2005). Το 2003, μειώθηκε ο αριθμός των εργαστηρίων παρασκευής έκστασης που ανακαλύφθηκαν παγκοσμίως (CND, 2005)· στην ΕΕ, αναφέρθηκε ότι τέτοιου είδους εργαστήρια ανακαλύφθηκαν στο Βέλγιο, στην Εσθονία, στη Λιθουανία και τις Κάτω Χώρες (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· CND, 2005). Οι ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ αναφέρεται ότι προέρχονταν κυρίως από τις Κάτω Χώρες, και δευτερευόντως από το Βέλγιο, μολονότι η Εσθονία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται επίσης ως χώρες προέλευσης (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2003).

Η διακίνηση έκστασης παραμένει συγκεντρωμένη σε πολύ μεγάλο βαθμό στη Δυτική Ευρώπη, μολονότι, όπως και η παρασκευή της, τα τελευταία χρόνια έχει εξαπλωθεί σε όλο τον κόσμο (UNODC, 2003a). Από την άποψη των ποσοτήτων που κατασχέθηκαν, το 2003 η Δυτική και η Κεντρική Ευρώπη αντιπροσώπευαν 58 % του συνόλου, ακολουθούμενες από την Ωκεανία με 23 % (CND, 2005). Το 2002, οι Κάτω Χώρες ξεπέρασαν, για πρώτη φορά, το Ηνωμένο Βασίλειο ως η χώρα της ΕΕ με τις μεγαλύτερες κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης ⁽⁷⁷⁾.

Ο αριθμός των κατασχέσεων έκστασης ⁽⁷⁸⁾ σε επίπεδο ΕΕ σημείωσε ραγδαία αύξηση στο διάστημα 1998-2001. Ωστόσο, από το 2002 ο αριθμός των κατασχέσεων μειώθηκε και, βάσει των τάσεων στις χώρες τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, η μείωση αυτή είναι πιθανό να συνεχίσθηκε το 2003. Οι κατασχεθείσες ποσότητες έκστασης ⁽⁷⁹⁾ σημείωσαν απότομη αύξηση μεταξύ 1998 και 2000, η οποία συνεχίσθηκε με αργότερους ρυθμούς. Το 2003, ωστόσο, οι κατασχεθείσες ποσότητες μειώθηκαν στις περισσότερες χώρες που ανέφεραν στοιχεία. Ωστόσο, η φαινομενική μείωση των κατασχέσεων έκστασης στην ΕΕ (τόσο σε αριθμό όσο και σε ποσότητες) το 2003 πρέπει να εξακριβωθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2003 – ιδίως από το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το 2003, η μέση τιμή ενός χαπιού έκστασης «στο δρόμο» κυμαινόταν από λιγότερο από 5 EUR (Ουγγαρία, Κάτω Χώρες) έως 20-30 EUR (Ελλάδα, Ιταλία) ⁽⁸⁰⁾.

Το 2003, διαπιστώθηκε κατά την ανάλυσή τους ότι τα περισσότερα χάπια που πωλούνται ως παράνομα ναρκωτικά περιέχουν μόνον έκσταση (MDMA, η δραστική ουσία) και ουσίες παρόμοιες με την έκσταση (MDEA, MDA) ως ψυχοδιεγερτικά συστατικά. Αυτό παρατηρήθηκε στη Δανία, στην Ισπανία, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες, στη Σλοβακία και τη Νορβηγία, όπου περισσότερο από 95 % των χαπιών που αναλύθηκαν περιείχαν τις

⁽⁷³⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷⁴⁾ Βλέπε πίνακα PPP-8 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷⁵⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷⁶⁾ Βλέπε πίνακα PPP-8 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷⁷⁾ Αυτό πρέπει να εξακριβωθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2003. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων έκστασης όσο και για τις ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν το 2003 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽⁷⁸⁾ Βλέπε πίνακα SZR-9 (μέρος iv) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁷⁹⁾ Βλέπε πίνακα SZR-10 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁸⁰⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

ουσίες αυτές. Ωστόσο, δύο χώρες, η Εσθονία και η Λιθουανία, ανέφεραν ότι υψηλό ποσοστό (94 και 76 % αντίστοιχα) των χαπιών που αναλύθηκαν περιείχε αμφεταμίνη ή/και μεθαμφεταμίνη ως μοναδική ψυχοδραστική ουσία. Η περιεκτικότητα σε MDMA των χαπιών έκστασης διαφέρει σημαντικά από παρτίδα σε παρτίδα (ακόμη και μεταξύ αυτών με το ίδιο λογότυπο), εντός της ίδιας χώρας και μεταξύ των χωρών. Το 2003, η μέση περιεκτικότητα των χαπιών έκστασης σε MDMA κυμαινόταν από 54 έως 78 mg⁽⁸¹⁾. Άλλες ψυχοδραστικές ουσίες που εντοπίστηκαν σε χάπια που πωλούνταν ως έκστασης το 2003 ήταν οι εξής: MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA και 1-PEA (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004).

LSD

Το LSD παρασκευάζεται και διακινείται σε πολύ μικρότερο βαθμό από ό,τι τα ATS. Έως το 2000, η χώρα της ΕΕ με τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων LSD ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά έκτοτε η Γερμανία⁽⁸²⁾ εμφανίζει τον μεγαλύτερο αριθμό κατασχέσεων⁽⁸³⁾. Στο διάστημα 1998-2002, σε επίπεδο ΕΕ, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων LSD⁽⁸⁴⁾ όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες⁽⁸⁵⁾ μειώθηκαν σταθερά – με εξαίρεση τη σταθεροποίηση που παρατηρήθηκε το 2000. Ωστόσο, το 2003, για πρώτη φορά σε εννέα χρόνια, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων LSD όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες αυξήθηκαν. Ασυνήθιστα υψηλές ποσότητες κατασχέθηκαν στην Ισπανία, στη Γαλλία και την Πολωνία, πράγμα που ενδεχομένως να υποδηλώνει αναβίωση της διακίνησης (και πιθανώς της χρήσης LSD) στην ΕΕ. Το 2003, η μέση τιμή αγοράς ενός χαπιού LSD από χρήστη κυμαινόταν από 4 EUR στο Ηνωμένο Βασίλειο έως 25 EUR στην Ιταλία⁽⁸⁶⁾.

Πληροφορίες του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης

Κύριος στόχος του ευρωπαϊκού συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης (EWS) στο πλαίσιο της κοινής δράσης για τα νέα συνθετικά ναρκωτικά της ΕΕ του 1997⁽⁸⁷⁾ είναι η ταχεία συγκέντρωση, ανάλυση και ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τα νέα συνθετικά ναρκωτικά μόλις αυτά κάνουν την εμφάνισή τους στην Ευρώπη. Το EWS τελεί υπό την αιγίδα του ΕΚΠΝΤ μέσω του δικτύου Reitox και λειτουργεί σε στενή συνεργασία με την Ευροπολ, η οποία παρέχει τις συναφείς με την επιβολή του νόμου

πληροφορίες μέσω του δικτύου των εθνικών υπηρεσιών της Ευροπολ (EYE).

Το 2004, τα κράτη μέλη γνωστοποίησαν στο ΕΚΠΝΤ έξι νέα συνθετικά ναρκωτικά, με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός των ουσιών που παρακολουθούνται να υπερβεί τις 25. Σε αυτές περιλαμβάνονται φαινηταμινοί υποκατάστασης δακτυλίου (κυρίως από την ομάδα 2C καθώς και TMA-2, 4-MTA, PMMA κ.λπ.), τρυπταμινοί (όπως DMT, AMT, DIPT και διάφορα παράγωγα) και πιπεραζίνες (συμπεριλαμβανομένων BZP, mCPP). Επίσης συγκεντρώθηκαν και ανταλλάγησαν πληροφορίες σχετικά με διάφορες άλλες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων καθινονών (όπως υποκατεστημένες πυρρολιδίνες). Ωστόσο, δεν ζητήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο να επικυρώσουν την αξιολόγηση κινδύνου οποιασδήποτε νέας ουσίας, επειδή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για κινδύνους που να απειλούν την ατομική/δημόσια υγεία ή για κοινωνικούς κινδύνους.

Η κεταμίνη και το GHB, ουσίες που υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση κινδύνου το 2000, εξακολουθούν να παρακολουθούνται μέσω του EWS. Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση των δύο αυτών ουσιών σε χώρους ψυχαγωγίας είναι δυνατόν να εξαπλωθεί σημαντικά, τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επαρκούν προς το παρόν για την ποσοτικοποίηση της επικράτησης ή τον προσδιορισμό τάσεων σε επίπεδο ΕΕ.

Εντοπισμός κεταμίνης αναφέρθηκε από το Βέλγιο, τη Δανία, την Ελλάδα, τη Γαλλία, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νορβηγία. Οι περισσότερες κατασχέσεις αφορούσαν λευκή σκόνη, αλλά η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφεραν επίσης κατασχέσεις/εντοπισμό κεταμίνης σε υγρή μορφή. Τα υψηλότερα στοιχεία ανίχνευσης σε σωματικά υγρά και δείγματα ανέφεραν η Σουηδία και η Νορβηγία (51 και 30 αντίστοιχα), αλλά καμία από τις δύο χώρες δεν έκανε διάκριση μεταξύ ιατρικής και παράνομης χρήσης.

Εντοπισμό GHB, συμπεριλαμβανομένων κατασχέσεων των πρόδρομων ουσιών του GBL και 1,4-BD (χημικές ουσίες που διατίθενται ευρέως στο εμπόριο), ανέφεραν το Βέλγιο, η Τσεχική Δημοκρατία, η Δανία, η Εσθονία, η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες, η Σουηδία, η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία. Κατασχέσεις GHB πραγματοποιήθηκαν τόσο σε μορφή σκόνης όσο και σε υγρή μορφή.

⁽⁸¹⁾ Το εύρος αυτό βασίζεται σε στοιχεία από μερικές μόνον χώρες, και συγκεκριμένα τη Δανία, τη Γερμανία, τη Γαλλία, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες.

⁽⁸²⁾ Πρέπει να σημειωθεί ο μικρός αριθμός κατασχέσεων LSD ώστε να αποφευχθεί η παρερμηνεία των διακυμάνσεων από έτος σε έτος.

⁽⁸³⁾ Αυτό πρέπει να εξακριβωθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα ελλείποντα στοιχεία για το 2003. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων LSD το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων LSD όσο και για τις ποσότητες LSD που κατασχέθηκαν το 2003 στην Ιρλανδία, στη Μάλτα, στη Σλοβενία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Βουλγαρία και τη Ρουμανία.

⁽⁸⁴⁾ Βλέπε πίνακα SZR-11 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁸⁵⁾ Βλέπε πίνακα SZR-12 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁸⁶⁾ Βλέπε πίνακα PPP-4 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽⁸⁷⁾ Η κοινή δράση του 1997 σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των κινδύνων και τον έλεγχο των νέων συνθετικών ναρκωτικών (EE L 167 της 25.6.1997) ορίζει τα νέα συνθετικά ναρκωτικά ως αυτά που σήμερα δεν περιλαμβάνονται μεν σε κανένα παράρτημα της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τις ψυχοτρόπες ουσίες του 1971 αλλά απειλούν τη δημόσια υγεία εξίσου σοβαρά με τις ουσίες που απαριθμούνται στα παραρτήματα I και II αυτής και έχουν περιορισμένη θεραπευτική αξία. Αφορά τα τελικά προϊόντα και όχι τις προδρόμους ουσίες.

Κατά τους τελευταίους δύο μήνες του 2004, αναφέρθηκαν στο Βέλγιο, στη Γαλλία, στην Ιταλία και τις Κάτω Χώρες αρκετές περιπτώσεις τοξίκωσης λόγω κατανάλωσης κοκαΐνης νοθευμένης με σχετικά υψηλές δόσεις ατροπίνης⁽⁸⁸⁾. Μόλις έγινε εμφανής ο κίνδυνος της τοξίκωσης από το συνδυασμό κοκαΐνης/ατροπίνης, το ΕΚΠΝΤ ειδοποίησε τους εταίρους του EWS, συνιστώντας να ενημερώσουν τα δίκτυά τους και, ειδικότερα, τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές σχετικά με τα συμπτώματα της τοξίκωσης από κοκαΐνη/ατροπίνη, ώστε να είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση. Ως εκ τούτου, αρκετά κράτη μέλη αποφάσισαν επίσης να εκδώσουν έγκαιρη προειδοποίηση στα δίκτυά τους ή τις δημόσιες υγειονομικές αρχές.

Τον Μάιο του 2005, το EWS ενισχύθηκε περαιτέρω μέσω απόφασης του Συμβουλίου (2005/387/ΔΕΥ) που αντικατέστησε την κοινή δράση του 1997. Με την απόφαση του Συμβουλίου επεκτείνεται το πεδίο δράσης σε όλες τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες (τόσο ναρκωτικές ουσίες όσο και συνθετικά ναρκωτικά). Επιπλέον, ο μηχανισμός προβλέπει τη συμπερίληψη των φαρμακευτικών προϊόντων στην ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες.

Διεθνής δράση κατά της παρασκευής και της διακίνησης συνθετικών ναρκωτικών

Ολοένα και περισσότερο, η συνεργασία στην ΕΕ και σε διεθνές επίπεδο αναγνωρίζει τη σημασία της παρακολούθησης και του ελέγχου των πρόδρομων χημικών ουσιών που είναι αναγκαίες για την παρασκευή ελεγχόμενων ουσιών. Αυξάνοντας την εποπτεία για τις χημικές ουσίες που είναι αναγκαίες για την παρασκευή ναρκωτικών, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη και η έκσταση, είναι δυνατή η εφαρμογή μέτρων για την παρεμπόδιση ή τη διακοπή της προσφοράς. Επί του παρόντος, υπάρχουν τρία σημαντικά διεθνή προγράμματα στον τομέα αυτό: η επιχείρηση «Purple», η οποία στοχεύει το υπεραγανικό κάλλιο που χρησιμοποιείται για την παρασκευή κοκαΐνης· η επιχείρηση «Toraz», η οποία παρακολουθεί το διεθνές εμπόριο οξικού ανυδρίτη, μιας πρόδρομης ουσίας που χρησιμοποιείται για την παρασκευή ηρωίνης· και το Project Prism, που επικεντρώνεται σε έρευνες για την κατάσχεση πρόδρομων ουσιών διεγερτικών τύπου αμφεταμίνης σε λιμένες εισόδου ή παράνομα εργαστήρια παρασκευής ναρκωτικών. Συνολικά 20 227 συναλλαγές γνωστοποιήθηκαν στο Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB) και εξετάστηκαν στο πλαίσιο των επιχειρήσεων αυτών τα τελευταία δύο χρόνια, και υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που δείχνουν ότι οι δράσεις αυτές είχαν επιπτώσεις στην παρασκευή ναρκωτικών.

Το Project Prism είναι ιδιαίτερα σημαντικό όσον αφορά την παρασκευή συνθετικών ναρκωτικών εντός της ΕΕ. Πρόκειται για έναν πολύ ενδιαφέροντα τομέα εργασίας, καθώς στον μεγάλο αριθμό των χημικών ουσιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρασκευή ATS υπάρχουν πολλές ουσίες που απαιτούνται σε νόμιμες

εμπορικές δραστηριότητες ή είναι υποπροϊόντα αυτών των δραστηριοτήτων. Στους τομείς ενδιαφέροντος του σχεδίου Prism περιλαμβάνονται η παρακολούθηση του διεθνούς εμπορίου σαφρόλης, η οποία χρησιμοποιείται για την παρασκευή έκστασης· η πρόληψη της εκτροπής φαρμακευτικών σκευασμάτων που περιέχουν ψευδοεφεδρίνη· και ο εντοπισμός εργαστηρίων που εμπλέκονται στην παράνομη παρασκευή 1-φαιλυλο-2-προπανόνης. Παρά τις υπάρχουσες δυσκολίες, φαίνεται ότι το Project Prism συμβάλλει στη βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας, με αποτέλεσμα επιτυχημένες παρεμβάσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, που αναφέρεται από το INCB (2005) στην πρόσφατη έκθεσή του, ήταν η συνεργασία Κίνας και Πολωνίας, η οποία οδήγησε στην εξιχνίαση μιας σημαντικής υπόθεσης λαθραίας εισαγωγής 1-φαιλυλο-2-προπανόνης στην Πολωνία.

Μέτρα κατά της παρασκευής και της διακίνησης συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρώπη

Κατ' εφαρμογή του σχεδίου υλοποίησης των μέτρων για την αντιμετώπιση της προσφοράς συνθετικών ναρκωτικών, η Επιτροπή, σε συνεργασία με την Ευροπολ, εκπόνησε τον Δεκέμβριο του 2003 μια έκθεση στην οποία περιγράφεται η σημερινή κατάσταση των σημαντικότερων πολυμερών σχεδίων σχετικά με τη χαρτογράφηση των δικτύων διανομής και της πείρας που έχει αποκτηθεί σε αυτόν τον τομέα σε επίπεδο Ένωσης, στα κράτη μέλη και στις υποψήφιες χώρες. Στην έκθεση επισημαίνονται τα κύρια στοιχεία των εν λόγω σχεδίων που θεωρούνται καθοριστικά για την επίτευξη επιχειρησιακών οφελών και διατυπώνεται το συμπέρασμα ότι υπάρχουν δυναμικά οφέλη από το συνδυασμό στοιχείων και πληροφοριών από διάφορους τομείς που σχετίζονται με τα συνθετικά ναρκωτικά σε μια συνολική και ολοκληρωμένη στρατηγική.

Τον Δεκέμβριο του 2004, η Ευροπολ ενοποίησε τα σχέδια CASE και Genesis σχηματίζοντας το σχέδιο Synergy, το οποίο περιλαμβάνει ένα αρχείο δεδομένων εργασίας προς ανάλυση (AWF) υποστηριζόμενο από 20 κράτη μέλη και ορισμένα τρίτα κράτη, το σύστημα σύγκρισης παράνομων εργαστηρίων της Ευρωπόλ (EILCS) και το σύστημα λογοτύπων για την έκσταση της Ευρωπόλ (EELS). Το σχέδιο εξακολουθεί να υποστηρίζει την καθολική δράση κατά των συνθετικών ναρκωτικών στην Ευρώπη (CASE), μια πρωτοβουλία της Σουηδίας για τα χαρακτηριστικά της αμφεταμίνης, καθώς και την ευρωπαϊκή κοινή μονάδα για τις πρόδρομες ουσίες (EJUP), αποτελούμενη από εμπειρογνώμονες από έξι κράτη μέλη.

Το σκέλος του αρχείου δεδομένων εργασίας προς ανάλυση προβλέπει τη συγκέντρωση και ανάλυση πληροφοριών ποινικής φύσης υψηλού επιπέδου σχετικά με τα συνθετικά ναρκωτικά και τις πρόδρομες ουσίες. Προτεραιότητα δίνεται στη διερεύνηση εγκληματικών ομάδων ή/και σημαντικών τρόπων λειτουργίας.

Το EILCS ταυτίζει φωτογραφικά και τεχνικά στοιχεία από χώρους παρασκευής συνθετικών ναρκωτικών και συναφείς χώρους διάθεσης χημικών αποβλήτων, παρέχοντας τη δυνατότητα να διερευνηθούν οι σύνδεσμοι μεταξύ του κατασκόπησης εξοπλισμού, των υλικών και των χημικών

⁽⁸⁸⁾ Η ατροπίνη, αντιχολινεργική ουσία, είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές της *Atropa belladonna*. Η σοβαρή τοξίκωση μπορεί να αποβεί μοιραία.

ουσιών, να ξεκινήσει η ανταλλαγή πληροφοριών, να διενεργηθούν έρευνες, ιατροδικαστικές εξετάσεις για σκοπούς συγκέντρωσης αποδεικτικών στοιχείων καθώς και να προσδιορισθούν και να εντοπισθούν οι μεσολαβητές και οι συναφείς εγκληματικές ομάδες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω του EILCS, αποτελεί το ευρωπαϊκό εστιακό σημείο του Project Prism-Equipment, του παγκόσμιου προγράμματος ερευνών των Ηνωμένων Εθνών INCB για τον εντοπισμό εξοπλισμού παρασκευής χαπιών και άλλων συνθετικών ναρκωτικών.

Το EELS ταυτίζει φωτογραφικά στοιχεία για τον τρόπο λειτουργίας και βασικά ιατροδικαστικά στοιχεία σχετικά

με σημαντικές κατασχέσεις, παρέχοντας τη δυνατότητα εντοπισμού ομοιοτήτων μεταξύ κατασχέσεων, και με κατασχεθέντα μείγματα ουσιών, παρέχοντας τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ υπηρεσιών επιβολής του νόμου, διενέργειας περαιτέρω ερευνών και ιατροδικαστικής έρευνας των χαρακτηριστικών των ουσιών για σκοπούς συγκέντρωσης αποδεικτικών στοιχείων και εντοπισμού εγκληματικών ομάδων.

Ο κατάλογος του εξοπλισμού παρασκευής συνθετικών ναρκωτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο κατάλογος των λογοτύπων της έκστασης της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενημερώνονται και δημοσιεύονται τακτικά.



Κεφάλαιο 5

Κοκαΐνη και κρακ

Επικράτηση και πρότυπα χρήσης της κοκαΐνης

Σύμφωνα με πρόσφατες εθνικές έρευνες του πληθυσμού, 0,5 έως 6 % του ενήλικου πληθυσμού δηλώνει ότι έχει δοκιμάσει κοκαΐνη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή), με την Ιταλία (4,6 %), την Ισπανία (4,9 %) και το Ηνωμένο Βασίλειο (6,8 %) να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. Πρόσφατη χρήση κοκαΐνης (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) αναφέρεται γενικά σε λιγότερο από 1 % των ενηλίκων· στις περισσότερες χώρες, τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,3 και 1 %. Στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, τα ποσοστά πρόσφατης επικράτησης υπερβαίνουν το 2 %.

Μολονότι τα στοιχεία για την επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης είναι πολύ χαμηλότερα από τα συγκρίσιμα στοιχεία για την κάνναβη, τα επίπεδα χρήσης στους νεαρότερους ενήλικους μπορεί να είναι σημαντικά υψηλότερα από αυτά του μέσου όρου του πληθυσμού. Τα ποσοστά της δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή σε άτομα ηλικίας 15 έως 34 ετών κυμαίνονται μεταξύ 1 και 11,6 %, και τα υψηλότερα επίπεδα απαντώνται και πάλι στην Ισπανία (7,7 %) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (11,6 %). Τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης κυμαίνονται μεταξύ 0,2 και 4,6 %, με τη Δανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία και τις Κάτω Χώρες να εμφανίζουν ποσοστό περίπου 2 %· στην Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό υπερβαίνει το 4 %.

Τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης είναι υψηλότερα στους άνδρες. Για παράδειγμα, έρευνες στη Δανία, στη Γερμανία, στην Ισπανία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσαν ότι, στους άνδρες ηλικίας 15 έως 34 ετών, το ποσοστό δοκιμής τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαινόταν μεταξύ 5 και 13 %. Σε έξι χώρες το ποσοστό πρόσφατης χρήσης ξεπερνούσε το 3 %, με την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο να αναφέρουν ποσοστά 6-7 % (διάγραμμα 10).

Στον γενικό πληθυσμό, η χρήση κοκαΐνης είτε σταματά ύστερα από ένα διάστημα πειραματισμού από τους νεαρούς ενήλικους είτε είναι περιστασιακή και συμβαίνει κυρίως τα σαββατοκύριακα και σε χώρους ψυχαγωγίας (μπαρ και ντίσκο). Σε μερικές χώρες, όμως, ορισμένες μορφές τακτικής χρήσης ενδέχεται να μην είναι αμελητέες.

Τρέχουσα χρήση (κατά τις τελευταίες 30 ημέρες) αναφέρει ποσοστό 1,5-4 % των νεαρών ανδρών (15-34 ετών) στην Ισπανία, στην Ιταλία, στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στις αστικές περιοχές, τα ποσοστά χρήσης κοκαΐνης είναι πιθανό να είναι σημαντικά υψηλότερα.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε σε αρκετές πόλεις, η μεγάλη πλειονότητα (95 %) των ερωτηθέντων, που προσδιορίστηκαν ως ενταγμένοι στην κοινωνία χρήστες (και βρέθηκαν σε ντίσκο, σε κλαμπ ή από προσωπικές επαφές), έκαναν χρήση κοκαΐνης με εισπνοή από τη μύτη· μόνον ένα μικρό ποσοστό δήλωσε ότι κάπνισε ή έκανε ποτέ ενέσιμη χρήση της ουσίας (Prinzleve κ.ά., 2004).

Από μια πολύ πρόχειρη εκτίμηση της πρόσφατης χρήσης (επικράτηση της χρήσης κατά τον τελευταίο χρόνο) κοκαΐνης, η οποία υποθέτει ποσοστό μέσης επικράτησης περίπου 1 % του συνόλου των ενηλίκων, προκύπτουν 3 έως 3,5 εκατ. χρήστες στην Ευρώπη. Από τα ποσοστά τρέχουσας χρήσης προκύπτει μια πρόχειρη εκτίμηση περίπου 1,5 εκατ. χρηστών⁽⁸⁹⁾.

Ως σημείο σύγκρισης από χώρα εκτός της Ευρώπης, στην εθνική έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία για το 2003 (SAMHSA, 2003), 14,7 % των ενηλίκων (12 ετών και άνω) δήλωσε ότι δοκίμασε κοκαΐνη τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή και 2,5 % δήλωσε ότι έκανε χρήση κοκαΐνης κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο⁽⁹⁰⁾. Στα άτομα ηλικίας 18 έως 25 ετών, τα ποσοστά ήταν 15 % (δοκιμή τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή), 6,6 % (κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο) και 2,2 % (κατά τον τελευταίο μήνα). Για τους άνδρες ηλικίας 18-25 ετών, τα ποσοστά ήταν 17,4 %, 8,2 % και 2,9 % αντίστοιχα. Συνολικά, η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης σε όλη τη ζωή είναι υψηλότερη στον γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ από ό,τι στις χώρες της Ευρώπης με τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης. Ωστόσο, η διαφορά αυτή δεν είναι εξίσου εμφανής όσον αφορά τις μετρήσεις πιο πρόσφατης χρήσης, καθώς ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν πλέον εκτιμήσεις που ξεπερνούν τα ποσοστά των ΗΠΑ.

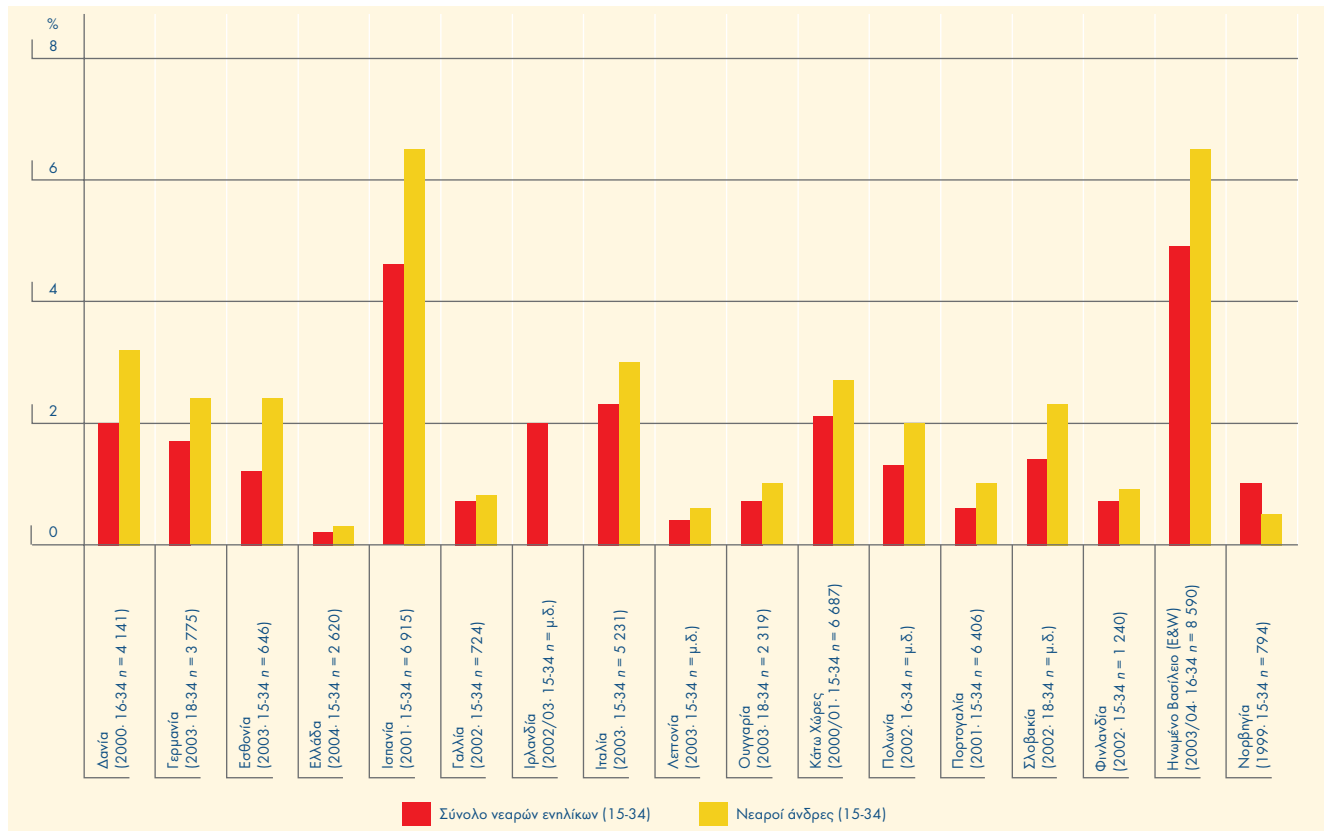
Τάσεις στη χρήση κοκαΐνης

Ο προσδιορισμός σαφών ευρωπαϊκών τάσεων όσον αφορά τη χρήση κοκαΐνης, βάσει ερευνών του πληθυσμού,

⁽⁸⁹⁾ Αυτές οι πολύ πρόχειρες εκτιμήσεις βασίζονται απλώς στις τιμές επικράτησης που βρίσκονται στο μέσον του εύρους των εθνικών ποσοστών επικράτησης (βλέπε πίνακα GPS-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετές χώρες με μεγάλο πληθυσμό (Γερμανία, Ισπανία, Ιταλία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) εμφανίζουν συγκριτικά υψηλά ποσοστά επικράτησης, σε αρκετές περιπτώσεις υψηλότερα από το εύρος που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό.

⁽⁹⁰⁾ Σημειώνεται ότι το ηλικιακό εύρος στην έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (12 ετών και άνω) είναι μεγαλύτερο από εκείνο που αναφέρει το ΕΚΠΝΤ για τις έρευνες στην ΕΕ (15-64). Από την άλλη πλευρά, το ηλικιακό εύρος για τους νεαρούς ενήλικους (18-25 ετών) είναι μικρότερο από εκείνο που χρησιμοποιείται στις περισσότερες έρευνες της ΕΕ (15-24 ετών).

Διάγραμμα 10: Πρόσφατη χρήση (κατά το περασμένο έτος) κοκαΐνης στο σύνολο των νεαρών ενηλίκων και στους νεαρούς άνδρες, όπως μετρήθηκε από εθνικές έρευνες



Σημείωση: Τα στοιχεία προέρχονται από τις πιο πρόσφατες διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα (βλέπε πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005). Ορισμένες χώρες χρησιμοποιούν λίγο διαφορετικό ηλικιακό εύρος από το ηλικιακό εύρος που χρησιμοποιεί το ΕΚΠΝΤ για τους νεαρούς ενήλικους. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών ενδέχεται να οφείλονται σε μικρό βαθμό σε διαφορές στο ηλικιακό εύρος.

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

παρμένει δύσκολος (βλέπε ενότητα για τις τάσεις στη χρήση κάνναβης). Ωστόσο, αρκετές πηγές, όπως τοπικές αναφορές, επικεντρωμένες έρευνες σε χώρους χορού, αναφορές για άνοδο των δεικτών που αφορούν κατασχέσεις και για άνοδο δεικτών που σχετίζονται με προβλήματα (θάνατοι, έκτακτα περιστατικά), προειδοποιούν σχετικά με την αύξηση της χρήσης κοκαΐνης στην Ευρώπη.

Η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης αυξήθηκε σημαντικά στους νέους στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1996 έως το 2000, αλλά παρέμεινε σχετικά σταθερή έκτοτε, μολονότι τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκαν μικρές αυξήσεις, και στην Ισπανία ⁽⁹¹⁾ από το 1999 έως το 2001. Λιγότερο έντονες αυξήσεις παρατηρήθηκαν στη Δανία, στην Ιταλία, στην Ουγγαρία, στις Κάτω Χώρες και την Αυστρία (σε τοπικές έρευνες) καθώς και στη Γερμανία, με διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 (διάγραμμα 11).

Θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη

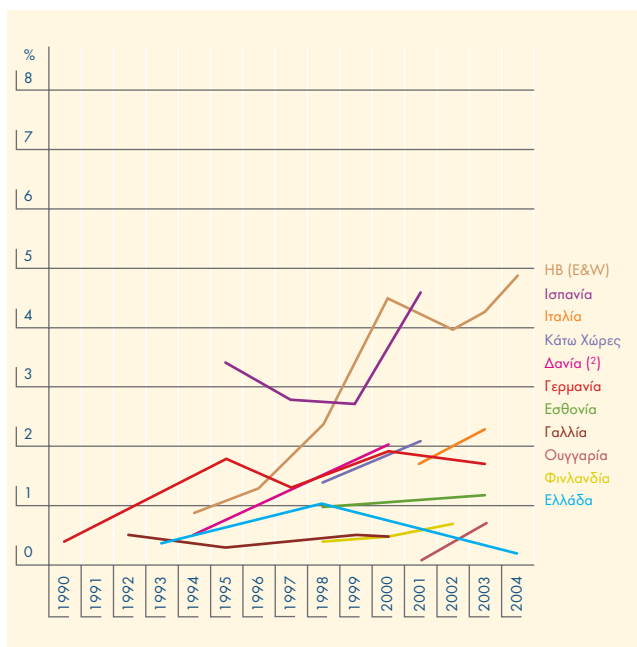
Η ανησυχία σχετικά με τους κινδύνους που εγκυμονεί για την υγεία η χρήση κοκαΐνης αυξάνει, κυρίως λόγω της

τάσης αυξημένης ψυχαγωγικής χρήσης που παρατηρείται σε ορισμένες χώρες, ιδίως σε χώρους (ντίσκο, κλαμπ) στους οποίους συχνάζουν ομάδες νέων. Παρά τη δυσκολία εκτίμησης του αριθμού των θανάτων που συνδέονται με την κοκαΐνη, η μέτρηση αυτή μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο δείκτη αυξημένου κινδύνου ή να συμβάλει στον προσδιορισμό επικίνδυνων προτύπων χρήσης. Μολονότι οι αιφνίδιοι θάνατοι στους οποίους ανιχνεύεται κοκαΐνη χωρίς την παρουσία οπιούχων φαίνονται ασυνήθιστοι στην Ευρώπη, είναι πιθανό τα τρέχοντα στατιστικά στοιχεία να είναι ανεπαρκή για την καταγραφή των θανάτων που συνδέονται με την κοκαΐνη. Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται στην κοκαΐνη στην Ευρώπη είναι περιορισμένα και δηλώνονται με διαφορετικούς τρόπους. Η χρήση κοκαΐνης είναι συχνό φαινόμενο στους χρήστες οπιούχων, και στις τοξικολογικές αναλύσεις ανιχνεύεται συχνά κοκαΐνη σε περιπτώσεις υπερβολικής δόσης οπιούχων, σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, όπως αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες.

Αρκετές χώρες ανέφεραν στοιχεία σχετικά με θανάτους που οφείλονται σε κοκαΐνη το 2003 (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox): η Γερμανία (25 περιπτώσεις που

⁽⁹¹⁾ Στοιχεία που παραλήφθηκαν με καθυστέρηση ώστε να περιληφθούν στην έκθεση υποδηλώνουν σταθεροποίηση σε έρευνες του 2003 (επικράτηση κατά το τελευταίο έτος στους νεαρούς ενήλικους 4,8 % σε σύγκριση με 4,6 % το 2001).

Διάγραμμα 11: Τάσεις της πρόσφατης χρήσης (κατά το περασμένο έτος) κοκαΐνης στους νεαρούς ενήλικους (ηλικίας 15-34 ετών), όπως μετρήθηκαν από εθνικές έρευνες (1)



(1) Το μέγεθος των δειγμάτων (συμμετέχοντες) για την ηλικιακή κατηγορία των 15-34 ετών για κάθε χώρα και έτος παρουσιάζεται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(2) Στοιχεία από τις διαθέσιμες εθνικές έρευνες σε κάθε χώρα. Τα αριθμητικά στοιχεία και η μεθοδολογία κάθε έρευνας παρατίθενται στον πίνακα GPS-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Σημείωση: Για τους νεαρούς ενήλικους, το ΕΚΠΝΤ χρησιμοποιεί το ηλικιακό εύρος των 15-34 ετών [Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο από 16 ετών, Γερμανία, Εσθονία (1998) και Ουγγαρία από 18 ετών]. Στη Γαλλία το ηλικιακό εύρος ήταν 25-34 ετών το 1992 και 18-39 το 1995. Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από έρευνες πληθυσμού, εκθέσεις ή επιστημονικά άρθρα. Βλέπε επίσης πίνακα GPS-0 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

αφορούσαν αποκλειστικά κοκαΐνη και 93 που αφορούσαν κοκαΐνη σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά· το 2002, οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 47 και 84), η Γαλλία (δέκα θάνατοι οφειλόμενοι αποκλειστικά στην κοκαΐνη και ένας σχετιζόμενος με ένα φάρμακο), η Ελλάδα (δύο περιπτώσεις οφειλόμενες σε κοκαΐνη), η Ουγγαρία (τέσσερις θάνατοι οφειλόμενοι σε υπερβολική δόση κοκαΐνης), οι Κάτω Χώρες (17 θάνατοι οφειλόμενοι σε κοκαΐνη το 2003, με αυξανόμενη τάση από το 1994, δύο περιπτώσεις, έως το 2002, 37 περιπτώσεις), η Αυστρία (ανιχνεύθηκε κοκαΐνη σε 30 % των θανάτων που συνδέονταν με ναρκωτικά, τρεις θάνατοι οφειλόμενοι αποκλειστικά σε κοκαΐνη και μία περίπτωση σε συνδυασμό με φυσικό αέριο), η Πορτογαλία (ανιχνεύθηκε κοκαΐνη σε 37 % των θανάτων που συνδέονταν με ναρκωτικά) και το Ηνωμένο Βασίλειο (οι «αναφορές» κοκαΐνης σε πιστοποιητικά θανάτου αυξήθηκαν από 85 το 2000 σε 115 το 2001 και 171 το 2002, και οκταπλασιάστηκαν στην περίοδο 1993-2001). Στην εθνική έκθεση του

δικτύου Reitox για το 2003, η Ισπανία ανέφερε ότι, το 2001, ανιχνεύθηκε κοκαΐνη σε 54 % του συνόλου των θανάτων που συνδέονταν με ναρκωτικά· σε 39 περιπτώσεις (8 % του συνόλου των θανάτων που συνδέονταν με ναρκωτικά) ο θάνατος προκλήθηκε χωρίς την παρουσία οπιούχων, σε 21 εξ αυτών οφειλόταν αποκλειστικά στην κοκαΐνη και σε πέντε οφειλόταν στο συνδυασμό κοκαΐνης και αλκοόλ.

Παρά τους περιορισμούς των διαθέσιμων στοιχείων, η κοκαΐνη φαίνεται ότι διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο σε ποσοστό από 1 έως 15 % των θανάτων που συνδέονται με ναρκωτικά στις χώρες που μπόρεσαν να διακρίνουν μεταξύ των τύπων ναρκωτικών που προκάλεσαν το θάνατο, και αρκετές χώρες (Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία και Ουγγαρία) αναφέρουν ποσοστά περίπου 8-12 % των θανάτων που συνδέονται με ναρκωτικά. Μολονότι είναι πολύ δύσκολο να γίνει παρέκταση των αποτελεσμάτων αυτών στο σύνολο της Ευρώπης, τα στοιχεία αυτά είναι δυνατόν να αντιπροσωπεύουν αρκετές εκατοντάδες θανάτων που συνδέονται με την κοκαΐνη επισίως στην ΕΕ. Παρότι οι αριθμοί αυτοί είναι πολύ μικρότεροι από τον αριθμό των θανάτων που οφείλονται σε οπιούχα, οι θάνατοι που συνδέονται με την κοκαΐνη συνιστούν ένα σοβαρό και πιθανώς διογκούμενο πρόβλημα· στις λιγιστές χώρες στις οποίες είναι δυνατόν να εκτιμηθούν οι τάσεις, φαίνεται να υπάρχει αύξηση.

Επιπλέον, η κοκαΐνη ενδέχεται να συμβάλλει σημαντικά στους θανάτους που οφείλονται σε καρδιαγγειακά προβλήματα (αρρυθμίες, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικές αιμορραγίες· βλέπε Ghuran και Nolan, 2000), ιδίως σε χρήστες που εμφανίζουν προδιάθεση, και πολλοί από τους θανάτους αυτούς μπορεί να μη δηλώνονται.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία (92)

Μετά τα οπιούχα και την κάνναβη, η κοκαΐνη είναι το συνηθέστερο ναρκωτικό που αναφέρεται ως κύρια ουσία από τα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά και αντιπροσωπεύει περίπου 10 % του συνόλου των αιτήσεων για θεραπεία σε ολόκληρη την ΕΕ. Ωστόσο, το συνολικό αυτό ποσοστό περιλαμβάνει μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών: στις περισσότερες χώρες οι αιτήσεις για θεραπεία που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης είναι μάλλον λιγιστές, αλλά στην Ισπανία και τις Κάτω Χώρες το ποσοστό των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη είναι 26 και 38 % αντίστοιχα (93). Στις περισσότερες χώρες, τα ποσοστά των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη, ως κύρια χρησιμοποιούμενη ουσία, είναι υψηλότερα από εκείνα που αφορούν το σύνολο όλων των ατόμων που ζητούν θεραπεία (94). Η κοκαΐνη αναφέρεται επίσης ως δευτερεύουσα ουσία από 13 % των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής (95).

(92) Η ανάλυση των στοιχείων βασίζεται στις αιτήσεις για θεραπεία σε όλα τα κέντρα θεραπείας όσον αφορά τη γενική κατανομή και τις τάσεις και στα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής όσον αφορά το προφίλ των ατόμων υπό θεραπεία και τα πρότυπα χρήσης.

(93) Βλέπε πίνακα TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Τα στοιχεία για την Ισπανία αναφέρονται στο 2002.

(94) Βλέπε πίνακα TDI-4 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(95) Βλέπε πίνακα TDI-24 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Πολλές χώρες αναφέρουν αύξηση της χρήσης κοκαΐνης στα άτομα που ζητούν θεραπεία· στο διάστημα από το 1996 έως το 2003, το ποσοστό των ατόμων που ζήτησαν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αυξήθηκε από 4,8 σε 9,3 %, και ο αριθμός των ατόμων που ζήτησαν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη, ως κύρια ουσία, αυξήθηκε από 2 535 σε 6 123. Στις Κάτω Χώρες, το 2003, για πρώτη φορά, ο αριθμός των ατόμων που ζήτησαν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη ξεπέρασε τον αριθμό εκείνων που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα. Από την ανάλυση στοιχείων σχετικών με τη θεραπεία που συγκεντρώθηκαν στο Λονδίνο, κατά το διάστημα 1995/96 έως 2000/01, προκύπτει ότι ο αριθμός των χρηστών κοκαΐνης που ζήτησαν θεραπεία υπερδιπλασιάστηκε (GLADA, 2004), έστω και αν ο αρχικός αριθμός ήταν χαμηλός (από 735 σε 1 917).

Τα στοιχεία αυτά είναι πιθανώς επηρεασμένα από το περιορισμένο αλλά διογκούμενο πρόβλημα της κοκαΐνης κρακ (βάση κοκαΐνης που καπνίζεται), για το οποίο υπάρχουν ενδείξεις στις Κάτω Χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου τα τελευταία χρόνια αυξήθηκε ο αριθμός των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από το κρακ. Παρότι ο αριθμός των προβληματικών χρηστών είναι μικρός, αυτοί είναι συνήθως συγκεντρωμένοι σε μερικές μεγάλες αστικές περιοχές και επομένως ξεχωρίζουν στις αναφορές που προέρχονται από παρακολούθηση βασισμένη σε πόλεις.

Οι χρήστες κρακ έχουν συνήθως διαφορετικό κοινωνικό υπόβαθρο από τους χρήστες κοκαΐνης σε μορφή σκόνης. Οι χρήστες κρακ έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρίσκονται σε κοινωνικά μειονεκτική θέση, και υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι εθνοτικές μειονότητες ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε προβλήματα που σχετίζονται με το κρακ: τα δύο τρίτα των μαύρων που ζητούν θεραπεία στο Λονδίνο κάνουν χρήση κρακ ως κύριας ουσίας (GLADA, 2004) και 30 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από το κρακ στις Κάτω Χώρες δεν είναι ολλανδικής καταγωγής. Παρά τις ανησυχίες σχετικά με το κρακ, πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι, μολονότι η ουσία συνδέεται με ιδιαίτερες βλάβες τόσο για τα άτομα που κάνουν χρήση της όσο και για τις κοινότητες στις οποίες ζουν οι χρήστες, στην Ευρώπη το πρόβλημα παραμένει εξαιρετικά τοπικό. Πρέπει να σημειωθεί ότι δύο είναι κυρίως οι χώρες που αναφέρουν άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από το κρακ (οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο).

Συνολικά, οι περισσότερες αιπίσεις για θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη στην Ευρώπη δεν συνδέονται με το κρακ. Περίπου 70 % των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη κάνουν χρήση υδροχλωρικής κοκαΐνης (κοκαΐνης σε σκόνη) (κυρίως με εισπνοή της ουσίας) και το υπόλοιπο 30 % κάνει χρήση κρακ. Περίπου 5 % των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη αναφέρει ότι κάνει ενέσιμη χρήση της ουσίας.

Τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη ως κύρια ουσία είναι κυρίως άνδρες (αναλογία ανδρών-γυναικών 3,7:1). Στην κατανομή μεταξύ των δύο φύλων παρατηρούνται διαφορές από χώρα σε χώρα⁽⁹⁶⁾. Σε ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε στην Ιταλία σε άτομα που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από διεγερτικά, κυρίως κοκαΐνη, αναφέρεται ότι ο αριθμός των ανδρών και των γυναικών χρηστών ήταν περίπου ίσος, αλλά στα άτομα που ζήτησαν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη και άλλα διεγερτικά οι άνδρες είναι πολλοί περισσότεροι από τις γυναίκες (Macchia κ.ά., 2004).

Τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη ως κύρια ουσία είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας από τους χρήστες άλλων ναρκωτικών (μέση ηλικία 30 έτη, με τα περισσότερα άτομα να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 20-34 ετών)· ένα μικρότερο, μολονότι σημαντικό, ποσοστό ατόμων που ζητούν θεραπεία αναφέρεται ότι είναι ηλικίας 35 έως 39 ετών⁽⁹⁷⁾.

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με μια άλλη δευτερεύουσα ουσία, συχνά την κάνναβη (40 %) ή το αλκοόλ (37 %). Τοπικές έρευνες σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών υποδηλώνουν ότι, σε ορισμένες περιοχές, ο συνδυασμός ηρωίνης και κοκαΐνης στην ίδια ένεση γίνεται ολοένα και πιο διαδεδομένος (ορισμένες φορές αναφέρεται από τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ως «speedballing»). Εάν ισχύει κάτι τέτοιο, αυτό δεν είναι εμφανές στα συνολικά στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία από τις περισσότερες χώρες, στα οποία ένα μικρό μόνον ποσοστό ατόμων που ζητούν θεραπεία αναφέρει συνδυασμένη χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει για όλες τις χώρες· για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες, η ανάλυση των στοιχείων σχετικά με την αίτηση για θεραπεία για τους χρήστες κοκαΐνης υποδηλώνει ότι πολλά άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη κάνουν πολλαπλή χρήση ναρκωτικών και ότι η μεγαλύτερη ομάδα απαρτίζεται από άτομα που κάνουν χρήση κοκαΐνης και ηρωίνης (Mol κ.ά., 2002).

Θεραπεία προβληματικής χρήσης κοκαΐνης

Δεν υπάρχει παγιωμένη και διαδεδομένη φαρμακευτική θεραπεία για την προβληματική χρήση κοκαΐνης όπως υπάρχει για τους προβληματικούς χρήστες οπιούχων. Ορισμένες φορές μπορεί να χορηγούνται φάρμακα για συστηματική ανακούφιση στους χρήστες κοκαΐνης, αλλά συνήθως αυτά έχουν βραχυπρόθεσμο αντίκτυπο και στοχεύουν στη μείωση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης, για παράδειγμα άγχος ή διαταραχές του ύπνου. Οι πιο μακροπρόθεσμες θεραπευτικές επιλογές για τους χρήστες κοκαΐνης υλοποιούνται συνήθως στο πλαίσιο των γενικών υπηρεσιών θεραπείας. Ωστόσο, οι συνολικές θεραπευτικές επιλογές για τους προβληματικούς χρήστες κοκαΐνης φαίνεται να είναι ελάχιστα αναπτυγμένες (Haasen, 2003).

⁽⁹⁶⁾ Βλέπε πίνακα TDI-22 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 και Διαφορές στα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών μεταξύ γυναικών και ανδρών (*Differences in patterns of drug use between women and men*, <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Η κατάσταση αυτή ίσως αρχίζει να αλλάζει, καθώς ορισμένες χώρες αρχίζουν να αναπτύσσουν νέες θεραπείες που στοχεύουν τους προβληματικούς χρήστες κοκαΐνης· παράδειγμα αποτελεί η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για τη χρήση κρακ στην Αγγλία (NTA, 2003).

Η πλειονότητα της επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπεία της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης προέρχεται από αμερικανικές μελέτες και επομένως ενδέχεται να μην απηχεί τις ευρωπαϊκές συνθήκες. Δυστυχώς, η αξιολόγηση της θεραπείας της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης παραμένει σπάνια στην ΕΕ, απηχώντας εν μέρει απλώς το γεγονός ότι, ιστορικά, οι θεραπευτικές υπηρεσίες αντιμετωπίζουν σχετικά σπάνια προβληματική χρήση κοκαΐνης. Μία ευρωπαϊκή συστηματική επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπεία απεξάρτησης από την κοκαΐνη (Rigter κ.ά., 2004) επισημαίνει ότι η συμμόρφωση των προβληματικών χρηστών κοκαΐνης με τη θεραπεία είναι γενικά χαμηλή και τα ποσοστά υποτροπής υψηλά. Υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία θα μπορούσε να συμβάλει στη μείωση της κατανάλωσης, αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν με βεβαιότητα την αποτελεσματικότητα του βελονισμού για τη θεραπεία της προβληματικής χρήσης κοκαΐνης. Ωστόσο, γενικά, τα πορίσματα αυτά πρέπει να εξετάζονται στο πλαίσιο απλώς της απουσίας μιας ισχυρής αποδεικτικής βάσης στην Ευρώπη, η οποία θα κατευθύνει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στον τομέα αυτό. Για παράδειγμα, δεν είναι καν σαφές κατά πόσον οι παρεμβάσεις που αφορούν ειδικά την κοκαΐνη είναι πιο αποτελεσματικές από τη συμμετοχή των προβληματικών χρηστών κοκαΐνης σε γενικότερα προγράμματα θεραπείας που δεν αφορούν μία συγκεκριμένη ουσία. Επιπλέον, παραμένει ανοικτό το ερώτημα του κατά πόσον είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μια φαρμακευτική θεραπεία για τους προβληματικούς χρήστες κοκαΐνης, η οποία θα μπορεί να γίνει η «πρότυπη θεραπευτική επιλογή», όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη έγιναν πρότυπες προσεγγίσεις στη θεραπεία της προβληματικής χρήσης οπιοΐδων. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους μηχανισμούς επίδρασης στον οργανισμό των οπιοΐδων και των διεγερτικών, όπως η κοκαΐνη, πράγμα που σημαίνει ότι οι θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση των δύο προβλημάτων είναι πιθανό να διαφέρουν. Επί του παρόντος διενεργούνται ενδιαφέρουσες έρευνες στις ΗΠΑ για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα αναστέλλουν προσωρινά τα αποτελέσματα της χρήσης κοκαΐνης στο χρήστη, και είναι ενδιαφέρον να δούμε κατά πόσον θα προκύψουν στο μέλλον νέες θεραπευτικές επιλογές από την προσπάθεια αυτή.

Μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία

Τα τελευταία χρόνια, αυξήθηκαν ραγδαία τα μέτρα με στόχο την πρόληψη και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για την υγεία που συνδέονται με τη χρήση κοκαΐνης και κρακ, και υπάρχουν νέα στοιχεία ειδικά για την κοκαΐνη και το κρακ, ιδίως στο Διαδίκτυο. Οι τηλεφωνικές γραμμές παροχής βοήθειας στο Βέλγιο,

στη Γαλλία και την Πορτογαλία έλαβαν περισσότερα αιτήματα παροχής πληροφοριών σχετικά με τη χρήση κοκαΐνης και κρακ από ποτέ άλλοτε, μολονότι το ποσοστό των κλήσεων αυτών παραμένει πολύ χαμηλότερο από εκείνο που αφορά τα νόμιμα ναρκωτικά και την κάνναβη. Στο προσωπικό των υπηρεσιών καταπολέμησης των ναρκωτικών παρέχεται καλύτερη κατάρτιση σχετικά με τους τρόπους κατάλληλης αντιμετώπισης των προβλημάτων που απορρέουν από τη χρήση κοκαΐνης και κρακ σε ορισμένους χώρους όπου το φαινόμενο είναι καινούριο (τα σαββατοκύριακα στο Δουβλίνο ή ο χώρος της μουσικής τέχνη στη Βιέννη).

Εξειδικευμένες υπηρεσίες συμβουλευτικής και παροχής θεραπείας για τους χρήστες κοκαΐνης και κρακ υπάρχουν σε μεγάλα αστικά κέντρα, για παράδειγμα στη Φραγκφούρτη (Suchtthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ji.de), στη Βαρκελώνη (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), στη Βιέννη (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) και στο Λονδίνο (www.cracklondon.org.uk).

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ⁽⁹⁸⁾

Παραγωγή και διακίνηση

Η Κολομβία είναι με μεγάλη διαφορά η σημαντικότερη χώρα προέλευσης παράνομης κοκαΐνης στον κόσμο, ακολουθούμενη από το Περού και τη Βολιβία. Η παγκόσμια παραγωγή κοκαΐνης το 2003 εκτιμήθηκε σε 655 τόνους, εκ των οποίων 67 % προερχόταν από την Κολομβία, 24 % από το Περού και 9 % από τη Βολιβία (CND, 2005). Το μεγαλύτερο μέρος της κοκαΐνης που κατάσχεται στην Ευρώπη έχει φτάσει κατευθείαν από τη Νότια Αμερική (Κολομβία) ή μέσω της Κεντρικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Το 2003, η Βραζιλία και η Βενεζουέλα, ειδικότερα, αναφέρονται ως χώρες διαμετακόμισης της κοκαΐνης που εισήχθη στην ΕΕ, μαζί με την Αργεντινή, την Κόστα Ρίκα και το Κουρασάο (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· CND, 2005). Άλλες περιοχές διαμετακόμισης είναι η Νότια και η Δυτική Αφρική (INCB, 2005). Κύρια σημεία εισόδου στην ΕΕ παρέμειναν η Ισπανία, οι Κάτω Χώρες και η Πορτογαλία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· CND, 2005· INCB, 2005).

Κατασχέσεις

Τα στοιχεία των κατασχέσεων δείχνουν ότι η κοκαΐνη είναι η τρίτη περισσότερο διακινούμενη ουσία στον κόσμο μετά τη φυτική κάνναβη και τη ρητίνη κάνναβης. Από την άποψη των κατασχεθεισών ποσοτήτων—490,5 τόνοι παγκοσμίως το 2003—οι μεγαλύτερες ποσότητες κοκαΐνης διακινήθηκαν και το 2003 στην αμερικανική ήπειρο (82 %) και στην Ευρώπη. Η Ευρώπη αντιπροσωπεύει 17 % των συνολικών ποσοτήτων κοκαΐνης που κατασχέθηκαν παγκοσμίως, αύξηση συγκρίσιμη με εκείνη του προηγούμενου έτους (CND, 2005). Εντός της Ευρώπης, οι περισσότερες κατασχέσεις κοκαΐνης πραγματοποιούνται σε κράτη της Δυτικής Ευρώπης.

⁽⁹⁸⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 42.

Τα τελευταία πέντε χρόνια, η Ισπανία είναι διαρκώς η χώρα της ΕΕ με το υψηλότερο επίπεδο κατασχέσεων κοκαΐνης. Το 2003, αντιπροσώπευε περισσότερο από το ήμισυ τόσο του συνολικού αριθμού κατασχέσεων όσο και των συνολικά κατασχεθεισών ποσοτήτων στην ΕΕ ⁽⁹⁹⁾.

Κατά το διάστημα 1998-2002, ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης ⁽¹⁰⁰⁾ αυξήθηκε σε όλες τις χώρες, εκτός από τη Γερμανία και την Πορτογαλία. Κατά το ίδιο διάστημα, οι ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν στην ΕΕ ⁽¹⁰¹⁾ εμφάνισαν διακύμανση, αλλά με ανοδική τάση. Ωστόσο, βάσει των τάσεων στις χώρες στις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των κατασχέσεων κοκαΐνης στην ΕΕ φαίνεται να μειώθηκε το 2003 (ιδίως στην Ισπανία), ενώ οι κατασχεθείσες ποσότητες κοκαΐνης αυξήθηκαν σημαντικά (κυρίως στην Ισπανία και τις Κάτω Χώρες). Φαίνεται ότι το 2003

πραγματοποιήθηκαν στην ΕΕ κατασχέσεις ιδιαίτερα μεγάλων ποσοτήτων κοκαΐνης.

Μολονότι ορισμένες χώρες της ΕΕ ανέφεραν κατασχέσεις κρακ, αυτές μερικές φορές δεν διακρίνονται από τις κατασχέσεις κοκαΐνης. Ως εκ τούτου, οι τάσεις των κατασχέσεων κοκαΐνης που προαναφέρθηκαν ενδέχεται να περιλαμβάνουν και κρακ.

Τιμή και καθαρότητα

Η μέση λιανική τιμή ⁽¹⁰²⁾ της κοκαΐνης διέφερε σημαντικά στο σύνολο της ΕΕ το 2003, από 34 EUR/gr ανά γραμμάριο στην Ισπανία έως 175 EUR/gr στη Νορβηγία.

Σε σύγκριση με την ηρωίνη, η μέση καθαρότητα της κοκαΐνης σε επίπεδο χρήστη είναι υψηλή, κυμαινόμενη το 2003 από 32 % στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Γερμανία έως 83 % στην Πολωνία ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2003 για το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων κοκαΐνης όσο και για τις ποσότητες κοκαΐνης που κατασχέθηκαν το 2003 στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽¹⁰⁰⁾ Βλέπε πίνακα SZR-5 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Βλέπε πίνακα SZR-6 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰²⁾ Βλέπε πίνακα PPP-3 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰³⁾ Βλέπε πίνακα PPP-7 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εκτιμήσεις για τη μέση καθαρότητα της κοκαΐνης στην Τσεχική Δημοκρατία και την Πολωνία το 2003 βασίζονται σε μικρό αριθμό δειγμάτων (n = 5 και 6 αντίστοιχα).



Κεφάλαιο 6

Ηρωίνη και ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

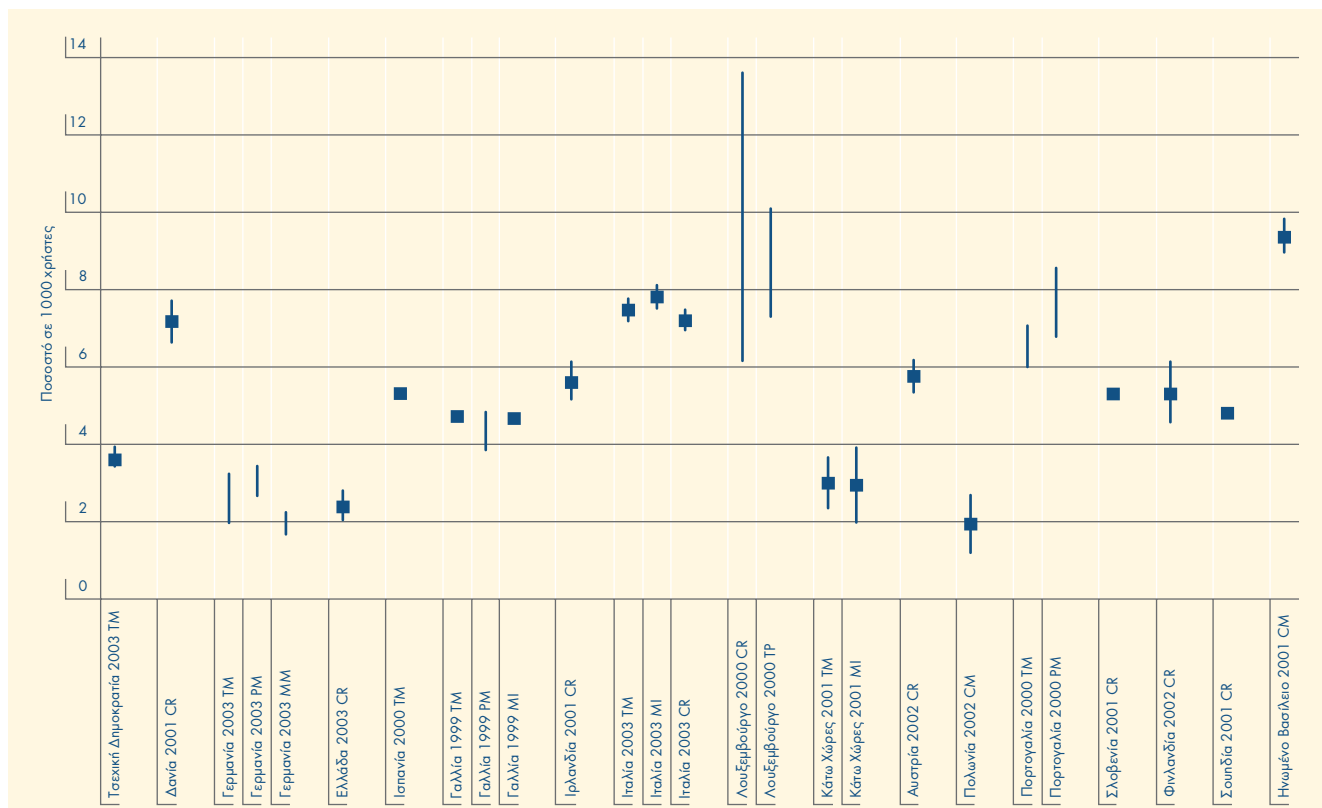
Η συστηματική και διαρκής χρήση ηρωίνης, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών και, σε ορισμένες χώρες, η εντατική χρήση διεγερτικών αποτελούν την αιτία σημαντικού ποσοστού των προβλημάτων υγείας και των κοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη. Ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζουν τέτοιου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

συνεργάζεται με τα κράτη μέλη για τον νέο προσδιορισμό της έννοιας της «προβληματικής χρήσης ναρκωτικών» και για την ανάπτυξη στρατηγικών για την εκτίμηση τόσο της έκτασης όσο και του αντίκτυπου του προβλήματος.

Προβληματική χρήση ουσιών

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών ορίζεται για λειτουργικούς σκοπούς ως η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή η μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών⁽¹⁰⁴⁾. Οι διαφορές στους ορισμούς

Διάγραμμα 12: Εθνικές και τοπικές εκτιμήσεις της επικράτησης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών για το διάστημα 1999–2003 (ανά 1000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών)



Σημείωση: CR = capture-recapture (μοντέλο εκτίμησης πληθυσμών Capture-recapture). TM = treatment multiplier (πολλαπλασιαστής θεραπείας). PM = police multiplier (πολλαπλασιαστής αστυνομικών στοιχείων). MI = multivariate indicator (πολυμεταβλητός δείκτης). TP = truncated Poisson (κόλυρος κατανομή Poisson). CM = combined methods (συνδυασμένες μέθοδοι). Για περισσότερες λεπτομέρειες βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Το σύμβολο δηλώνει ότι πρόκειται για εκτίμηση με ακρίβεια δεκαδικού ψηφίου και η ράβδος δηλώνει ένα διάστημα αβεβαιότητας, το οποίο μπορεί να είναι είτε ένα 95 % διάστημα εμπιστοσύνης είτε ένα διάστημα βασισμένο σε ανάλυση ευαισθησίας (βλέπε πίνακα PDU-3). Οι ομάδες-στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Οι εκτιμήσεις της Ισπανίας δεν περιλαμβάνουν την προβληματική χρήση κοκαΐνης. υψηλότερη εκτίμηση υπάρχει στους πίνακες PDU-2 και PDU-3, η οποία λαμβάνει υπόψη την ομάδα αυτή, αλλά ενδέχεται να μην είναι εξίσου αξιόπιστη.

Πηγές: εθνικά εστιακά σημεία. Βλέπε επίσης ΕΚΠΝΤ (2003).

⁽¹⁰⁴⁾ Για περισσότερες λεπτομέρειες, βλέπε τις Μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με την προβληματική χρήση ναρκωτικών στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

και οι μεθοδολογικές αβεβαιότητες σημαίνουν ότι είναι δύσκολο να υπάρξουν αξιόπιστες εκτιμήσεις στον τομέα αυτό και ότι η ερμηνεία των διαφορών μεταξύ χωρών και σε βάθος χρόνου πρέπει να πραγματοποιείται με προσοχή.

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

Η προβληματική χρήση ναρκωτικών ποικίλλει ολοένα και περισσότερο. Για παράδειγμα, τα προβλήματα της πολλαπλής χρήσης ναρκωτικών έγιναν βαθμιαία σημαντικότερα στις περισσότερες χώρες, ενώ ορισμένες χώρες στις οποίες τα προβλήματα των οπιοΐνων ανέκαθεν κυριαρχούσαν αναφέρουν πλέον αλλαγές προς την κατεύθυνση της χρήσης άλλων ουσιών. Στην Ισπανία, οι εκτιμήσεις σχετικά με τους προβληματικούς χρήστες οπιοΐνων δείχνουν μείωση, ενώ στα προβλήματα ναρκωτικών που συνδέονται με την κοκαΐνη παρατηρείται αύξηση. Εντούτοις, αξιόπιστα διαχρονικά δεδομένα σχετικά με τις τάσεις της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών που να περιλαμβάνουν και την προβληματική χρήση κοκαΐνης δεν υπάρχουν. Η Γερμανία και οι Κάτω Χώρες αναφέρουν αυξανόμενο ποσοστό χρηστών κρακ στον πληθυσμό των προβληματικών χρηστών, μολονότι η συνολική εκτίμηση για τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στις Κάτω Χώρες δεν παρουσιάζει μεταβολή.

Επικράτηση

Οι εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο για το διάστημα 1999-2003 κυμαίνονται μεταξύ 2 και 10 περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών (λαμβάνοντας τα διάμεσα σημεία του φάσματος των εκτιμήσεων) ή έως 1 % του ενήλικου πληθυσμού⁽¹⁰⁵⁾. Τα ποσοστά επικράτησης φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, αλλά τα αποτελέσματα είναι σε μεγάλο βαθμό συνεπή όταν έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές μέθοδοι στην ίδια χώρα. Οι υψηλότερες εκτιμήσεις αναφέρονται από τη Δανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Αυστρία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (6-10 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρονται από τη Γερμανία, την Ελλάδα, τις Κάτω Χώρες και την Πολωνία (λιγότερες από 4 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών) (διάγραμμα 12). Στις νέες χώρες της ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες, καλά τεκμηριωμένες εκτιμήσεις είναι διαθέσιμες μόνον στην Τσεχική Δημοκρατία, την Πολωνία και τη Σλοβενία, όπου τα στοιχεία βρίσκονται χαμηλά ή στο μέσον του φάσματος με 3,6, 1,9 και 5,3 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών αντίστοιχα. Ο σταθμισμένος μέσος όρος της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στην ΕΕ κυμαίνεται πιθανώς μεταξύ 4 και

7 περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, δηλαδή 1,2-2,1 εκατ. προβληματικών χρηστών στην ΕΕ, εκ των οποίων περίπου 850 000 έως 1,3 εκατ. είναι ενεργοί χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλείς και πρέπει να επανεξετασθούν όταν θα είναι διαθέσιμα περισσότερα στοιχεία από τα νέα κράτη μέλη.

Τοπικές και περιφερειακές εκτιμήσεις υποδηλώνουν ότι η επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών είναι δυνατόν να ποικίλλει σημαντικά μεταξύ πόλεων και περιφερειών. Οι υψηλότερες τοπικές εκτιμήσεις επικράτησης στο διάστημα 1999-2003 αναφέρονται από την Ιρλανδία, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, με στοιχεία ανά 1 000 κατοίκους που φθάνουν τις 16 (Δουβλίνο), τις 17 (Βεϊα), τις 24 (Ανεϊρο) και τις 25 (περιοχές του Λονδίνου) περιπτώσεις έως τις 29 (Dundee) και τις 34 περιπτώσεις (Γλασκόβη) (διάγραμμα 13). Ωστόσο, η γεωγραφική διαφοροποίηση είναι έντονη σε τοπικό επίπεδο, με την επικράτηση σε άλλες περιοχές του Λονδίνου να εκτιμάται σε 6 περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους. Αυτό υποδηλώνει την αναγκαιότητα αύξησης των διαθέσιμων αξιόπιστων εκτιμήσεων για την επικράτηση σε τοπικό επίπεδο σε πολλές άλλες χώρες, όπου ενδέχεται να υπάρχουν ιδιαίτερα υψηλά (ή χαμηλά) ποσοστά τοπικής ή περιφερειακής επικράτησης, τα οποία δεν μετρούνται.

Μολονότι παρατηρούνται σημαντικές βελτιώσεις στις τεχνικές εκτίμησης, η έλλειψη αξιόπιστων και συνεπών ιστορικών στοιχείων δυσχεραίνει την αξιολόγηση των τάσεων της προβληματικής χρήσης ουσιών. Αναφορές από ορισμένες χώρες σχετικά με αλλαγές στις εκτιμήσεις, οι οποίες υποστηρίζονται από άλλα στοιχεία δεικτών, υποδηλώνουν αύξηση της προβληματικής χρήσης ουσιών από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 (ΕΚΠΝΤ, 2004a). Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, η κατάσταση αυτή φαίνεται να σταθεροποιήθηκε τα τελευταία χρόνια. Επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις είναι διαθέσιμες για το διάστημα από το 1999 έως το 2003 από 16 χώρες (συμπεριλαμβανομένων της Δανίας και της Σουηδίας, οι οποίες διαθέτουν στοιχεία από το διάστημα 1998-2001, και του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου τα στοιχεία αφορούν το διάστημα 1996-2001). Από τις 16 αυτές χώρες, έξι ανέφεραν αύξηση των εκτιμήσεων προβληματικής χρήσης ουσιών (Δανία, Φινλανδία, Νορβηγία, Αυστρία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο), πέντε ανέφεραν σταθερή επικράτηση ή μείωση (Τσεχική Δημοκρατία, Ιρλανδία, Γερμανία, Ελλάδα και Σλοβενία) και πέντε (Ισπανία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες και Πορτογαλία) ανέφεραν διαφορετικές τάσεις ανάλογα με τη μέθοδο εκτίμησης που χρησιμοποιήθηκε, γεγονός που μπορεί να συνδέεται εν μέρει με διαφορετικές ομάδες στόχους στους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών⁽¹⁰⁶⁾.

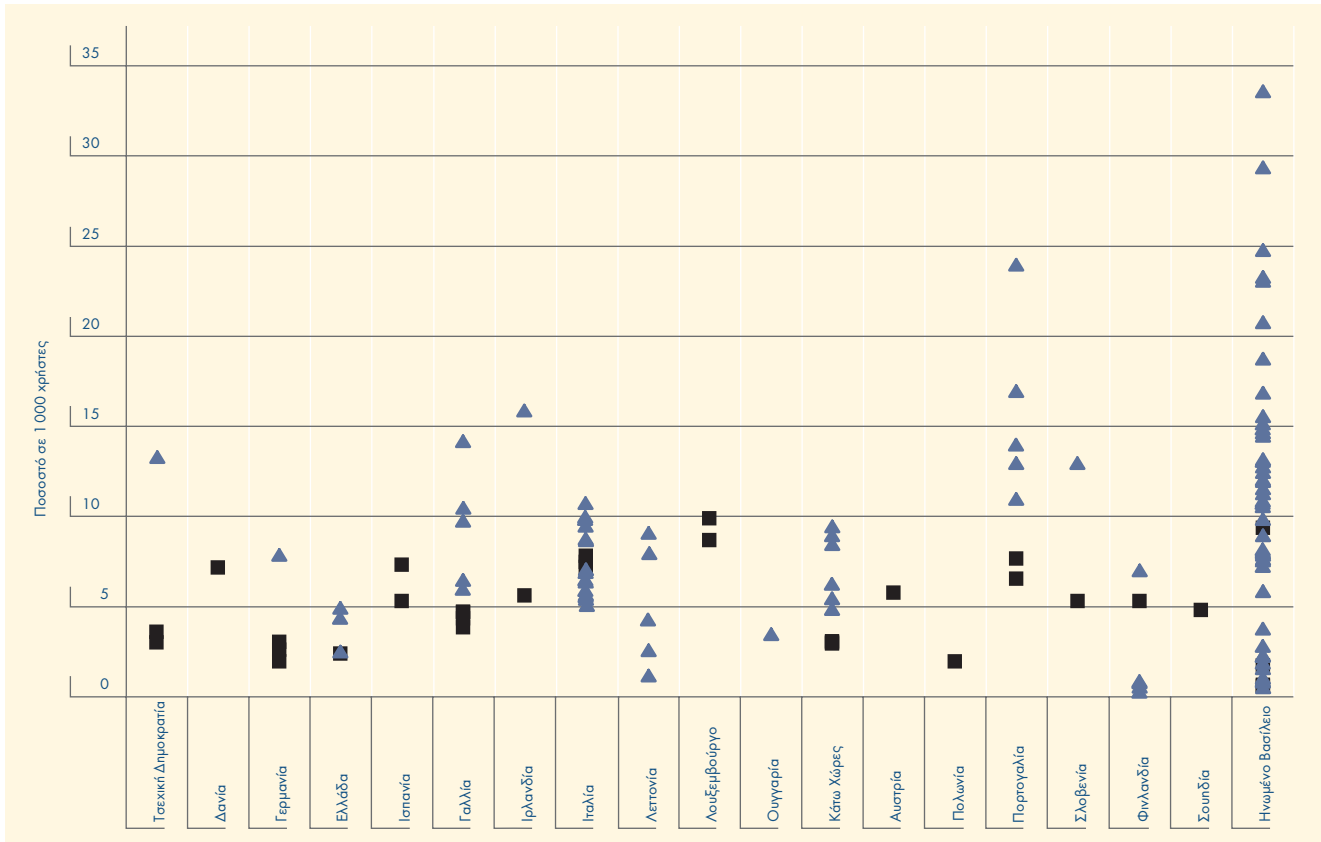
Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών

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

⁽¹⁰⁵⁾ Βλέπε πίνακα PDU-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα PDU-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Διάγραμμα 13: Εθνικές και τοπικές εκτιμήσεις της επικράτησης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών για το διάστημα 1999-2003 (ανά 1 000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών)



Σημείωση: Μαύρο τετράγωνο = δείγματα με εθνικό εύρος κάλυψης· μπλε τρίγωνο = δείγματα με τοπικό/περιφερειακό εύρος κάλυψης. Οι ομάδες στόχοι ενδεχομένως να παρουσιάζουν μικρές διαφορές λόγω των διαφορετικών μεθόδων και των πηγών δεδομένων και, επομένως, οι συγκρίσεις πρέπει να γίνονται με προσοχή. Για περισσότερες πληροφορίες, βλέπε πίνακες PDU-1, PDU-2 και PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Το πρότυπο των εκτιμήσεων τοπικής επικράτησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και τον τόπο των ερευνών· ωστόσο, όταν είναι διαθέσιμες, οι τοπικές εκτιμήσεις μπορεί να δείχνουν ότι η επικράτηση διαφέρει από τον εθνικό μέσο όρο σε συγκεκριμένες πόλεις ή περιφέρειες.

Πηγές: εθνικά εστατικά σημεία. Βλέπε επίσης ΕΚΠΝΤ (2003).

Παρά τη σημασία του φαινομένου για τη δημόσια υγεία, λιγοστές χώρες παρέχουν εθνικές ή τοπικές εκτιμήσεις για την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Οι διαθέσιμες εκτιμήσεις σε εθνικό επίπεδο κυμαίνονται μεταξύ μιας και έξι περιπτώσεων ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, γεγονός που υποδηλώνει μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών στην επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών⁽¹⁰⁷⁾. Το Λουξεμβούργο αναφέρει την υψηλότερη εθνική εκτίμηση ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, με έξι περίπου περιπτώσεις ανά 1 000 κατοίκους ηλικίας 15-64 ετών, ενώ η Ελλάδα αναφέρει τη χαμηλότερη εκτίμηση ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, με λίγο περισσότερο από μία περίπτωση ανά 1 000 κατοίκους. Μολονότι οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών είναι σπάνιες, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν αύξηση της επικράτησης από το 1999 στη Νορβηγία, ενώ στην Πορτογαλία διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης υποδηλώνουν διαφορετικές τάσεις⁽¹⁰⁸⁾.

Η ανάλυση των ποσοστών ενέσιμης χρήσης στους χρήστες ηρωίνης υπό θεραπεία υποδηλώνει έντονες διαφορές στα

ποσοστά μεταξύ χωρών καθώς και ποικίλες τάσεις σε βάθος χρόνου⁽¹⁰⁹⁾. Σε ορισμένες χώρες (Ισπανία, Κάτω Χώρες και Πορτογαλία), το ποσοστό των χρηστών ηρωίνης που κάνουν ενέσιμη χρήση της ουσίας είναι σχετικά μικρό, ενώ στις περισσότερες άλλες χώρες η ενέσιμη χρήση της ηρωίνης παραμένει ο κανόνας. Σε ορισμένα «παλαιά» μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο), η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στους χρήστες ηρωίνης υπό θεραπεία μειώθηκε. Ωστόσο, στα περισσότερα νέα κράτη μέλη, τουλάχιστον εκεί όπου υπάρχουν στοιχεία, όλοι σχεδόν οι χρήστες ηρωίνης υπό θεραπεία φαίνεται να κάνουν ενέσιμη χρήση της ουσίας.

Στοιχεία σχετικά με την αίτηση για θεραπεία

Από το σύνολο των αιτήσεων για θεραπεία, 60 % είναι γνωστό ότι αφορούν θεραπεία απεξάρτησης από οπιοΐχα, μολονότι σε πολλές περιπτώσεις η κύρια ουσία δεν

⁽¹⁰⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα PDU-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα PDU-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα PDU-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

καταγράφεται – και περισσότερο από το ήμισυ (54 %) των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα είναι γνωστό ότι κάνει ενέσιμη χρήση ουσιών, ενώ για 10 % δεν είναι γνωστό κατά πόσον κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών. Τα οπιούχα αναφέρονται επίσης ως δευτερεύουσα ουσία για το 10 % περίπου των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία ⁽¹¹⁰⁾.

Σε πολλές χώρες, τα οπιούχα (και κυρίως η ηρωίνη) παραμένουν το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεαρτηθούν τα άτομα που προσφεύγουν σε θεραπεία, αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών. Τα κράτη μέλη της ΕΕ και οι υποψήφιας χώρες μπορούν να διακριθούν σε γενικές γραμμές σε τρεις ομάδες ανάλογα με το ποσοστό των χρηστών ηρωίνης μεταξύ των ατόμων υπό θεραπεία:

- κάτω του 40 % – Τσεχική Δημοκρατία, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Φινλανδία, Σουηδία·
- 50-70 % – Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Ιρλανδία, Κύπρος, Λεττονία, Σλοβακία, Ρουμανία·
- άνω του 70 % – Γαλλία, Ελλάδα, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βουλγαρία ⁽¹¹¹⁾.

Η επικράτηση των ατόμων που ζητούν θεραπεία για απεξάρτηση από τα οπιούχα και συνεχίζουν τη θεραπεία για πολλά χρόνια αναφέρεται ότι αυξάνει, ενώ η εμφάνιση νέων αιτήσεων για απεξάρτηση από τα οπιούχα μειώνεται (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· Drug Misuse Research Division, 2004). Σε ορισμένες χώρες, οι τάσεις της χρήσης ηρωίνης στα άτομα που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά μπορούν να εντοπισθούν από το 1996 έως το 2003 και εμφανίζουν συνολική μείωση του απόλυτου αριθμού των ατόμων που ζητούν θεραπεία.

Το σχετικό μερίδιο της θεραπείας απεξάρτησης από τα οπιούχα στον συνολικό αριθμό των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία μειώθηκε περισσότερο, λόγω της αύξησης του αναφερόμενου αριθμού ατόμων που ζητούν θεραπεία για προβλήματα που συνδέονται πρωτίστως με άλλες ουσίες. Το γεγονός αυτό, με τη σειρά του, ενδέχεται να οφείλεται σε μετατόπιση από τη χρήση ηρωίνης στη χρήση κοκαΐνης από ορισμένα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα (Ouweland κ.ά., 2004), στη διαφοροποίηση του συστήματος θεραπείας, που έγινε πιο προσιτό για προβληματικούς χρήστες άλλων ουσιών, ή στη μειωμένη καταγραφή νέων προβληματικών χρηστών (εθνική έκθεση Κάτω Χωρών).

Η τάση αυτή διαφοροποιείται κατά την τελευταία δεκαετία από χώρα σε χώρα, με μεγάλη μείωση του αριθμού των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη στη Δανία, τη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες, τη Σλοβακία και

τη Φινλανδία και μικρή αύξηση στη Βουλγαρία και το Ηνωμένο Βασίλειο ⁽¹¹²⁾.

Η ανάλυση των στοιχείων που αφορούν τα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής επιτρέπει την αναλυτικότερη περιγραφή του προφίλ των χρηστών οπιούχων. Στα άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα ως κύρια ουσία αντιστοιχούν 2,8 άνδρες για κάθε μία γυναίκα· ωστόσο, η αναλογία των δύο φύλων διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, από 5:1 έως 2:1, με την εξαίρεση της Κύπρου, όπου η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι πολύ υψηλή (11:1), και τη Σουηδία, όπου είναι πολύ χαμηλή (0,9:1) και οι γυναίκες που κάνουν χρήση οπιούχων είναι περισσότερες από τους άνδρες ⁽¹¹³⁾.

Οι περισσότεροι χρήστες οπιούχων είναι ηλικίας 20 έως 34 ετών, και στην ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών περισσότερο από το ήμισυ των αιτήσεων θεραπείας αφορά απεξάρτηση από τη χρήση οπιούχων. Η τάση που αναφέρεται δείχνει γήρανση των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα· για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες περίπου 40 % των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα είναι ηλικίας άνω των 40 ετών. Εξαίρεση αποτελούν η Ρουμανία και η Σλοβενία, όπου καταγράφεται ένας πολύ νεανικός πληθυσμός (15-19 ετών) ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα ⁽¹¹⁴⁾.

Τα περισσότερα άτομα που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα αναφέρουν ότι έκαναν για πρώτη φορά χρήση οπιούχων σε ηλικία μεταξύ 15 και 24 ετών, και περίπου 50 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία αναφέρουν ότι έκαναν για πρώτη φορά χρήση της ουσίας πριν από την ηλικία των 20 ετών ⁽¹¹⁵⁾. Από τη σύγκριση της ηλικίας πρώτης χρήσης και της ηλικίας πρώτης θεραπείας προκύπτει ότι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την πρώτη χρήση έως την πρώτη αίτηση για θεραπεία είναι συνήθως πέντε έως δέκα χρόνια. Η έναρξη της χρήσης οπιούχων σε νεαρή ηλικία συνδέεται συχνά με μια σειρά προβλημάτων συμπεριφοράς και κοινωνικών στερήσεων (εθνική έκθεση Ηνωμένου Βασιλείου).

Στις περισσότερες χώρες, ποσοστό από 60 έως 90 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα κάνουν καθημερινή χρήση της ουσίας, ενώ ορισμένα από τα άτομα που ζητούν θεραπεία δεν έκαναν χρήση οπιούχων κατά τον τελευταίο μήνα ή κάνουν περιστασιακή μόνο χρήση της ουσίας· αυτό εξηγείται πιθανώς από το γεγονός ότι ορισμένα άτομα σταματούν τη χρήση ουσιών προτού ξεκινήσουν θεραπεία ⁽¹¹⁶⁾.

Από τα άτομα που ζητούν θεραπεία 40 % κάνει ενέσιμη χρήση της ουσίας και 40 % την καπνίζει ή την εισπνέει. Διαφορές στον τρόπο χρήσης αναφέρονται μεταξύ παλαιών και νέων κρατών μελών ⁽¹¹⁷⁾ (διάγραμμα 14),

⁽¹¹⁰⁾ Βλέπε πίνακα TDI-24 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹¹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-5 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹²⁾ Βλέπε πίνακα TDI-3 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹³⁾ Βλέπε πίνακα TDI-22 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

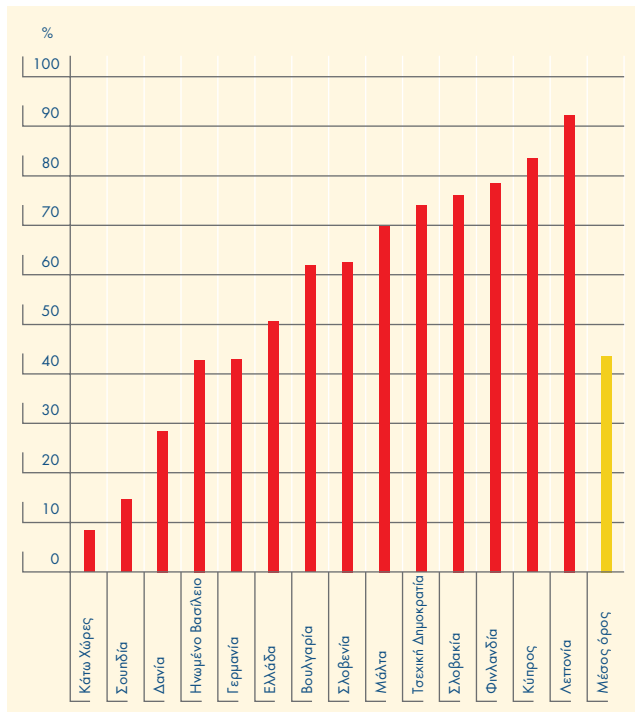
⁽¹¹⁴⁾ Βλέπε πίνακα TDI-10 (μέρος iii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Βλέπε πίνακα TDI-11 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Βλέπε πίνακα TDI-18 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Μόνον η Γερμανία αναφέρει ότι 70 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία για πρώτη φορά κάνει περιστασιακή χρήση οπιούχων ή δεν έκανε χρήση οπιούχων κατά τον τελευταίο μήνα.

⁽¹¹⁷⁾ Μόνον χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Διάγραμμα 14: Νέες αιτήσεις για θεραπεία εξωτερικής παραμονής χρηστών ενέσιμων οπιούχων επί του συνολικού αριθμού νέων αιτήσεων θεραπειών για απεξάρτηση από τα οπιοίδια ανά χώρα για το 2003



Σημείωση: Αναφέρονται μόνον οι χώρες όπου υπάρχουν άτομα υπό θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοίδια ως κύρια ουσία ή/και οι χώρες που παρέχουν στοιχεία.

Πηγή: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004).

με το ποσοστό των ατόμων που κάνουν ενέσιμη χρήση οπιούχων να είναι υψηλότερο από 60 % στα νέα κράτη μέλη και χαμηλότερο από 60 % στα παλαιά κράτη μέλη (με εξαίρεση τη Φινλανδία, όπου το ποσοστό των ατόμων που κάνει ενέσιμη χρήση οπιούχων ανέρχεται σε 78,4 % των ατόμων που ζητούν θεραπεία). Το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που κάνει ενέσιμη χρήση οπιούχων στα άτομα υπό θεραπεία για απεξάρτηση από τη χρήση οπιούχων καταγράφεται στις Κάτω Χώρες (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Πολλά άτομα που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία κάνουν χρήση οπιούχων καθώς και κάποιας άλλης ουσίας, συχνά κάνναβης (47 %) ή αλκοόλ (24 %). Ωστόσο, παρατηρούνται έντονες διαφορές μεταξύ των χωρών: στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβακία, σχεδόν το ήμισυ των ατόμων υπό θεραπεία κάνει χρήση οπιούχων μαζί με διεγερτικές ουσίες εκτός κοκαΐνης· στην Ελλάδα και στη Μάλτα, 18 και 29 % των ατόμων υπό θεραπεία, αντίστοιχα, κάνει χρήση οπιούχων, με την κοκαΐνη να δηλώνεται ως δευτερεύουσα ουσία· στη Φινλανδία, 37 % των χρηστών οπιούχων (κυρίως χρήστες βουπρενορφίνης) αναφέρει τη χρήση υπνωτικών και κατασταλτικών (κυρίως βενζοδιαζεπίνης) ως δευτερευουσών ουσιών ⁽¹¹⁹⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Βλέπε πίνακα TDI-17 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Βλέπε πίνακα TDI-25 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Βλέπε επίσης το επιλεγμένο θέμα σχετικά με τη βουπρενορφίνη. Κάθε άτομο υπό θεραπεία μπορεί να αναφέρει τη χρήση έως τεσσάρων δευτερευουσών ουσιών.

Λοιμώδη νοσήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Ιός HIV και AIDS

Πρόσφατες τάσεις στις αναφερθείσες περιπτώσεις HIV

Η επιδημία του HIV εξαπλώθηκε ταχέως στους ΧΕΝ στα νέα κράτη της ΕΕ στην περιοχή της Βαλτικής, μετά τις μαζικές επιδημίες στην Ανατολική Ευρώπη (EuroHIV, 2004) (βλέπε πλαίσιο «Ο ιός HIV και το AIDS στην Ανατολική Ευρώπη», σ. 68). Ο αριθμός των νεοδιαγνωσθεισών περιπτώσεων ανήλθε στο υψηλότερο επίπεδο στην Εσθονία και τη Λεττονία το 2001, και στη Λιθουανία το 2002, αλλά πιο πρόσφατα οι αριθμοί εμφάνισαν σημαντική πτώση. Το πρότυπο αυτό είναι χαρακτηριστικό της επιδημίας του HIV στους ΧΕΝ. Ο αριθμός αυξάνει καθώς η βασική ομάδα ΧΕΝ που διατρέχει τον υψηλότερο κίνδυνο προσβάλλεται στο σύνολό της σε σύντομο χρονικό διάστημα, οπότε η επίπτωση μειώνεται λόγω έλλειψης επιρρεπών ΧΕΝ και στη συνέχεια σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο που εξαρτάται από τον αριθμό εμφάνισης νέων ΧΕΝ υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλεισθεί ο επιπλέον αντίκτυπος της αλλαγής συμπεριφοράς και, εάν ισχύει κάτι τέτοιο, αυτό μπορεί να είναι εν μέρει αποτέλεσμα συγκεκριμένων παρεμβάσεων (βλέπε «Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά», σ. 71).

Στις χώρες της ΕΕ των 15, οι αριθμοί νεοδιαγνωσθεισών περιπτώσεων HIV παρέμειναν χαμηλοί τα τελευταία χρόνια, με εξαίρεση την Πορτογαλία. Ωστόσο, οι συγκρίσεις σε επίπεδο ΕΕ είναι ελλιπείς, καθώς τα στοιχεία που συνδέονται με την αναφορά περιπτώσεων HIV παραμένουν μη διαθέσιμα (Ισπανία και Ιταλία) ή αρχίζουν μόλις να είναι διαθέσιμα (Γαλλία) σε ορισμένες από τις χώρες που πλήττονται περισσότερο από το AIDS. Η Πορτογαλία εμφάνισε έναν πολύ υψηλό αριθμό 88 περιπτώσεων ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2003, αλλά και μια σημαντική μείωση από το 2000 (όταν η αναλογία ήταν 245 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους). Η μείωση αυτή πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή, καθώς η ευρωπαϊκή αναφορά στοιχείων εφαρμόστηκε στην Πορτογαλία μόλις το 2000.

Επιπολασμός οροθετικότητας HIV

Τα στοιχεία επιπολασμού οροθετικότητας από ΧΕΝ (εκατοστιαία αναλογία πασχόντων σε δείγματα ΧΕΝ) αποτελούν σημαντικό συμπλήρωμα των στοιχείων αναφοράς περιπτώσεων HIV. Οι επαναλαμβανόμενες μελέτες επιπολασμού οροθετικότητας και η τακτική παρακολούθηση των στοιχείων από τις διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να επικυρώσουν τις τάσεις στην αναφορά περιπτώσεων καθώς και να παράσχουν λεπτομερέστερες πληροφορίες για συγκεκριμένες περιοχές και χώρες. Ωστόσο, τα στοιχεία για τον επιπολασμό προέρχονται από ποικιλία πηγών που, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι δύσκολο να συγκριθούν, και επομένως πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

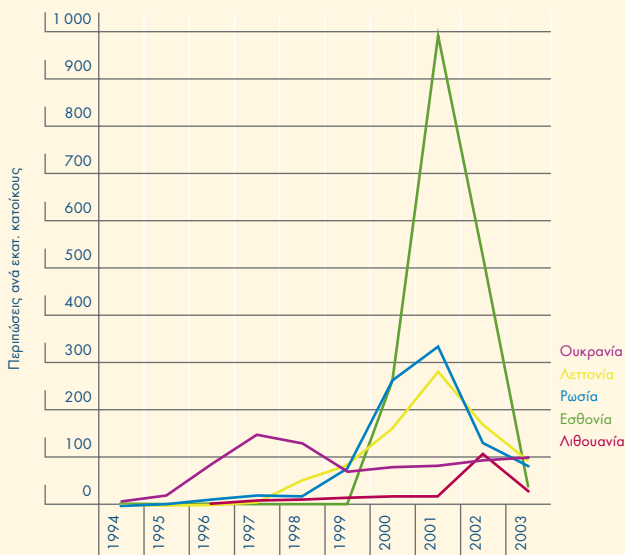
Οι πρόσφατες αυξήσεις στην αναφορά περιπτώσεων HIV επιβεβαιώνονται σε μεγάλο βαθμό από τα διαθέσιμα

Ο ιός HIV και το AIDS στην Ανατολική Ευρώπη

Ο ιός της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) εμφάνισε μαζική και πρόσφατη επιδημική εξάπλωση στους ΧΕΝ στη Ρωσία και την Ουκρανία, όπως και στα κράτη μέλη της ΕΕ στη Βαλτική. Το 2001, ο αριθμός των νεοδιαγνωσθεισών λοιμώξεων που συνδέονταν με ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών κορυφώθηκε στην Εσθονία και τη Ρωσική Ομοσπονδία, με 991 και 333 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους αντίστοιχα. Ωστόσο, στην Ουκρανία, ο μέγιστος αριθμός περιπτώσεων καταγράφηκε νωρίτερα, το 1997, με 146 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους, ως αποτέλεσμα της ευρείας μετάδοσης που συνδεόταν με τη χρήση ενέσιμων ναρκωτικών· στη συνέχεια, ο αριθμός των νέων διαγνώσεων του ιού HIV που συνδέονταν με ενέσιμη χρήση ναρκωτικών μειώθηκε, αλλά πρόσφατα σημείωσε εκ νέου αύξηση.

Η επίπτωση του AIDS στους ΧΕΝ εμφανίζει ραγδαία αύξηση στη Λεττονία και την Ουκρανία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πρόσβαση σε αντιική θεραπεία και η κάλυψη αυτής είναι πιθανώς ανεπαρκείς (βλέπε «Υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ», σ. 68).

Νέες διαγνώσεις μόλυνσης από τον ιό HIV σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών σε επιλεγμένες χώρες της ΕΕ, στη Ρωσία και την Ουκρανία, ανά έτος αναφοράς



Πηγή: Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS (EuroHIV) (2004).

στοιχεία για τον επιπολασμό οροθετικότητας· για παράδειγμα, στη Λεττονία, ο επιπολασμός στα εθνικά δείγματα ΧΕΝ υπό θεραπεία που υποβλήθηκαν σε

Υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ

Οι εκτιμήσεις της ΠΟΥ σχετικά με την κάλυψη της υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) δείχνουν ότι, στην ΕΕ και στο μεγαλύτερο μέρος της Κεντρικής Ευρώπης, περισσότερο από 75 % των ατόμων που έχουν ανάγκη θεραπείας έχουν πρόσβαση στη HAART.

Ωστόσο, στα κράτη της Βαλτικής, η κάλυψη εκτιμάται ως «κακή» στην Εσθονία και τη Λιθουανία (25-50 %) και ως «πολύ κακή» στη Λεττονία (κάτω του 25 %). Η κάλυψη εκτιμάται ως «πολύ κακή» στις περισσότερες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Δεν υπάρχουν εκτιμήσεις κάλυψης ειδικά για τους ΧΕΝ, αλλά μελέτες έδειξαν ότι οι ΧΕΝ διατρέχουν συχνά υψηλότερο κίνδυνο ανεπαρκούς πρόσβασης σε HAART σε σύγκριση με άτομα που έχουν μολυνθεί με άλλο τρόπο.

Πηγή: ΠΟΥ Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, Βάση δεδομένων «Υγεία για όλους» (www.euro.who.int/hfadb) (προσπελάστηκε στις 8 Μαρτίου 2005).

διαγνωστικές εξετάσεις αυξήθηκε από 1,5 % (5/336) το 1997 σε 14 % (302/2 203) το 2001 και στη συνέχεια μειώθηκε σε 7 % (65/987) το 2003. Στην Αυστρία, όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την αναφορά περιπτώσεων HIV σε ΧΕΝ, ο επιπολασμός του ιού HIV στα εθνικά δείγματα θανάτων που συνδέονται (άμεσα) με τα ναρκωτικά υποδηλώνει κάποια αύξηση, σε 7 % (11/163) το 2003 από 1 % (1/117) το 1998, αλλά οι αριθμοί είναι μικροί και η τάση δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Το 2002 και το 2003, ο επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ, και κυρίως σε αυτούς υπό θεραπεία, εμφάνισε μεγάλες διαφοροποιήσεις τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών, από 0 % στη Βουλγαρία, στην Ουγγαρία, στη Σλοβενία και τη Σλοβακία έως μέγιστο ποσοστό 37,5 % (54/144) σε μία πόλη στην Ιταλία (2003, Bolzano – χρήστες υπό θεραπεία και σε σωφρονιστικά ιδρύματα) (¹²⁰). Τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού σε εθνικά δείγματα (άνω του 10 % το 2002-2003) καταγράφηκαν στην Ιταλία, στη Λεττονία και την Πορτογαλία (¹²¹). Στην Ισπανία, τα στοιχεία για το 2001 υποδηλώνουν πολύ υψηλό επιπολασμό, αλλά δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα στοιχεία (¹²²). Τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού σε περιφερειακά και τοπικά δείγματα (άνω του 20 % το 2002-2003) αναφέρθηκαν από την Ισπανία, την Ιταλία, τη Λεττονία και την Πολωνία (¹²³), μολονότι ορισμένες χώρες και περιοχές με υψηλά ποσοστά επιπολασμού τα προηγούμενα χρόνια δεν ανέφεραν πρόσφατα στοιχεία. Στη Λεττονία και την Πολωνία, τοπικές μελέτες υποδηλώνουν πρόσφατη μετάδοση του ιού HIV, λόγω του πολύ υψηλού επιπολασμού στους νεαρούς ΧΕΝ (¹²⁴). Στην περίπτωση της πολωνικής μελέτης, η πρόσφατη αυτή μετάδοση

(¹²⁰) Βλέπε διάγραμμα INF-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(¹²¹) Τα στοιχεία για την Πορτογαλία και την Ιταλία δεν περιορίζονται στους ΧΕΝ και επομένως ενδέχεται να υποτιμούν τον επιπολασμό στους ΧΕΝ.

(¹²²) Βλέπε πίνακες INF-1 και INF-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(¹²³) Βλέπε πίνακα INF-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

(¹²⁴) ΧΕΝ ηλικίας κάτω των 25 ετών: 33 % πασχόντων στους 55 νεαρούς ΧΕΝ στην Πολωνία και 20 % στους 107 νεαρούς ΧΕΝ στη Λεττονία.

επιβεβαιώνεται από ποσοστό επιπολασμού 23 % σε δείγμα 127 νέων ΧΕΝ ⁽¹²⁵⁾.

Οι διαχρονικές τάσεις επιπολασμού διαφέρουν επίσης από χώρα σε χώρα. Παρά τις πρόσφατες επιδημικές εκρήξεις στην περιοχή της Βαλτικής, τα στοιχεία επιπολασμού οροθετικότητας HIV από δείγματα ΧΕΝ υποδηλώνουν μείωση από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 σε ορισμένες από τις περισσότερο πληγείσες χώρες (Ισπανία, Γαλλία και Ιταλία), την οποία ακολούθησε σταθεροποίηση τα τελευταία χρόνια ⁽¹²⁶⁾. Ωστόσο, εάν η οροθετικότητα είναι υψηλή και σταθερή, η μετάδοση είναι πιθανό να συνεχισθεί. Τα στοιχεία για τους νέους ΧΕΝ υποδηλώνουν με έμφαση τη συνέχιση, ακόμη και την αύξηση, της μετάδοσης στην Ισπανία μεταξύ 1999 και 2000. Σε ορισμένες άλλες χώρες (Γαλλία 2001-2003, Πορτογαλία 1999-2000), τα τοπικά και περιφερειακά στοιχεία σχετικά με τους νέους και νεαρούς ΧΕΝ υποδηλώνουν κάποια (αυξημένη) μετάδοση, αλλά το μέγεθος των δειγμάτων είναι πολύ μικρό ώστε οι τάσεις να είναι στατιστικά σημαντικές ⁽¹²⁷⁾. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να σημειωθεί ότι σε αρκετές χώρες ο επιπολασμός του ιού HIV στους ΧΕΝ παρέμεινε πολύ χαμηλός στο διάστημα 2002-2003. Ο επιπολασμός του HIV ήταν χαμηλότερος του 1 % στην Τσεχική Δημοκρατία, στην Ελλάδα (εθνικά στοιχεία), στην Ουγγαρία, στη Σλοβενία, στη Σλοβακία, στη Φινλανδία, στη Ρουμανία (στοιχεία μόνον για το 2001), στη Βουλγαρία και τη Νορβηγία (στοιχεία για το Όσλο). Σε ορισμένες από τις χώρες αυτές (π.χ. Ουγγαρία), τόσο ο επιπολασμός του ιού HIV όσο και ο επιπολασμός του ιού της ηπατίτιδας C (HCV) είναι από τους χαμηλότερους στην ΕΕ, γεγονός που υποδηλώνει χαμηλά επίπεδα κινδύνου ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών (βλέπε ενότητα «Ηπατίτιδα Β και C» κατωτέρω).

Επίπτωση του AIDS

Στη Λετονία, η επίπτωση του AIDS που συνδέεται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αυξήθηκε από 0 κρούσματα το 1997 σε 19 εκτιμώμενα κρούσματα ανά εκατομμύριο κατοίκους το 2002 και το 2003 ⁽¹²⁸⁾. Ωστόσο, η χώρα της ΕΕ με τον υψηλότερο επιπολασμό παραμένει η Πορτογαλία, με 33 κρούσματα ανά εκατομμύριο κατοίκους, μολονότι ο αριθμός αυτός μειώνεται από το 1999. Ο επιπολασμός του AIDS που οφείλεται σε ενέσιμη χρήση ναρκωτικών στην ΕΕ κορυφώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και μειώθηκε στη συνέχεια. Η περισσότερο πληγείσα χώρα ήταν η Ισπανία, όπου ο επιπολασμός ανήλθε σε 124 κρούσματα ανά εκατομμύριο κατοίκους το 1994, αλλά το 2003 ο αριθμός αυτός είχε μειωθεί σε 16 εκτιμώμενα κρούσματα ανά εκατομμύριο κατοίκους.

Η μείωση του επιπολασμού του AIDS στα τέλη της δεκαετίας του 1990 είναι αποτέλεσμα της εφαρμογής από το 1996 υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART), η οποία προλαμβάνει την εμφάνιση του AIDS σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό του HIV (βλέπε πλαίσιο σχετικά με HAART). Στην περίπτωση ΧΕΝ, τα μέτρα

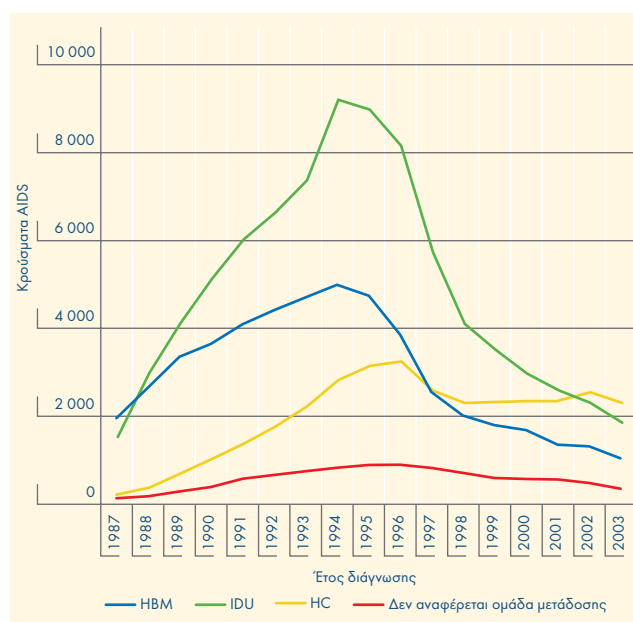
πρόληψης του ιού HIV ενδέχεται να διαδραμάτισαν επίσης σημαντικό ρόλο και, σε ορισμένες χώρες, μπορεί να συνέβαλε επίσης η μείωση του αριθμού των ΧΕΝ (βλέπε «Ενέσιμη χρήση ναρκωτικών», σ. 64).

Ετήσια στοιχεία για τον επιπολασμό δείχνουν ότι, έως το 2002, η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων AIDS στην ΕΕ μπορούσε να αποδοθεί στην ενδοβλέβια χρήση ναρκωτικών· στη συνέχεια, αυτός ο τρόπος μετάδοσης ξεπεράστηκε από τη σεξουαλική επαφή μεταξύ ετεροφυλοφίλων, απηχώντας αλλαγές στην επιδημιολογία του ιού HIV κατά τα προηγούμενα χρόνια (διάγραμμα 15). Πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι τα πρότυπα μόλυνσης μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των επιμέρους χωρών ⁽¹²⁹⁾.

Ηπατίτιδα Β και C

Ο επιπολασμός αντισώματος ηπατίτιδας C (HCV) στους ΧΕΝ είναι γενικά εξαιρετικά υψηλός, μολονότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών ⁽¹³⁰⁾. Στα δείγματα ΧΕΝ, ποσοστά επιπολασμού άνω του 60 % το 2002/03 αναφέρονται από το Βέλγιο,

Διάγραμμα 15: Κρούσματα AIDS ανά ομάδα μετάδοσης και έτος διάγνωσης (1987-2003) αναπροσαρμοσμένα ώστε να λαμβάνονται υπόψη τα στοιχεία που υποβλήθηκαν με καθυστέρηση, ΕΕ



Σημείωση: Στοιχεία για τις τρεις κύριες ομάδες μετάδοσης και για τα κρούσματα στα οποία δεν αναφέρεται ομάδα μετάδοσης. HBM – homosexual and bisexual men (ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες). IDU – injecting drug users (ΧΕΝ – χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών). HC – heterosexual contact (ετεροφυλόφιλη επαφή). Δεν περιλαμβάνονται η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το σύνολο της περιόδου) και η Κύπρος (δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία).

Πηγή: EuroHIV· στοιχεία που αναφέρθηκαν έως την 31η Δεκεμβρίου 2003.

⁽¹²⁵⁾ Βλέπε πίνακα INF-10 και διαγράμματα INF-4 και INF-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹²⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-16 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹²⁷⁾ Βλέπε διαγράμματα INF-26 και INF-27 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹²⁸⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹²⁹⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³⁰⁾ Βλέπε πίνακες INF-2 και INF-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

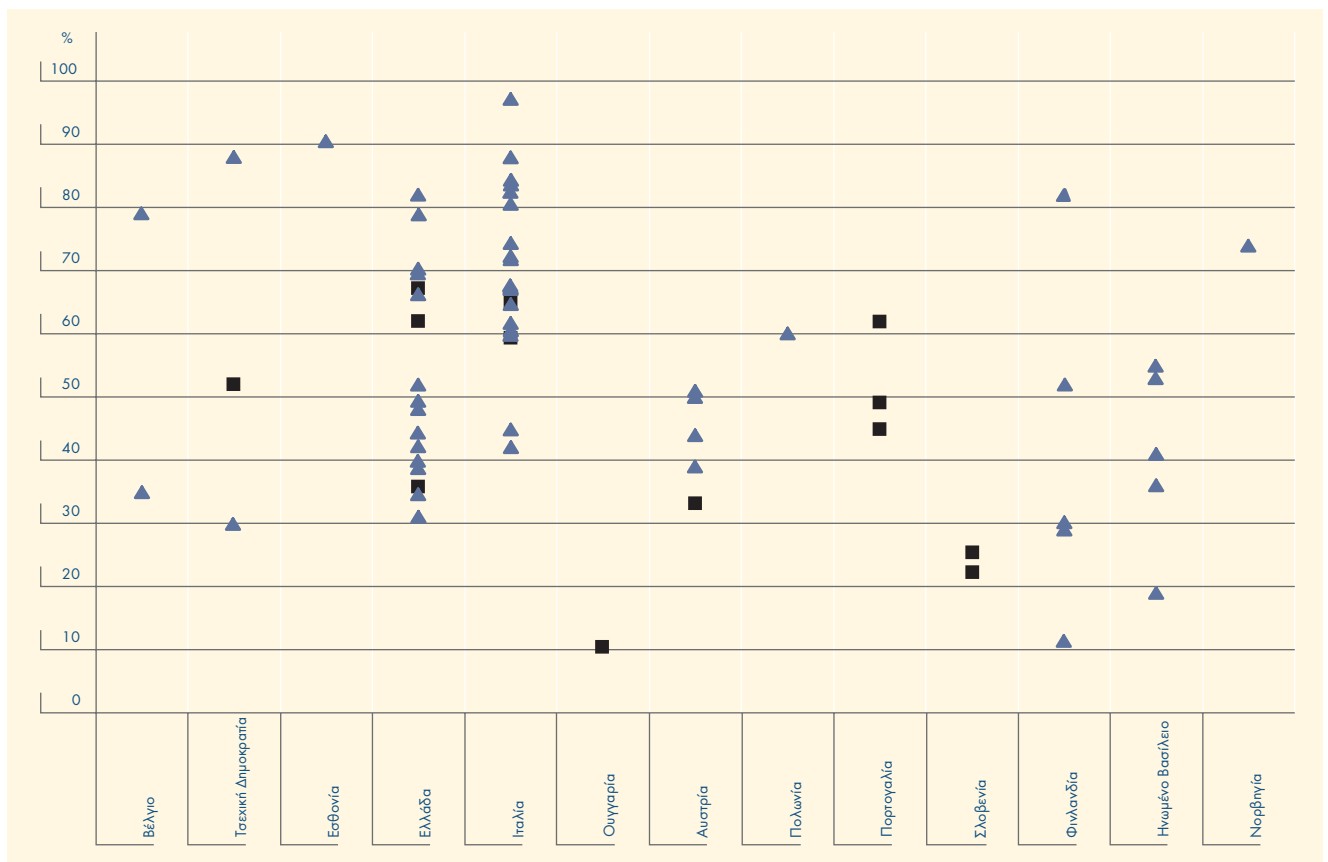
την Εσθονία, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πολωνία, την Πορτογαλία και τη Νορβηγία, ενώ δείγματα με επιπολασμό κάτω του 40 % αναφέρονται από το Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία, την Αυστρία, τη Σλοβενία, τη Σλοβακία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (διάγραμμα 16) ⁽¹³¹⁾.

Στοιχεία για τον επιπολασμό από νεαρούς ΧΕΝ (ηλικίας κάτω των 25 ετών) είναι διαθέσιμα μόνον από μερικές χώρες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, το μέγεθος των δειγμάτων είναι μικρό. Εκεί όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στους νεαρούς ΧΕΝ το 2002/03 (άνω του 40 %) καταγράφονται σε δείγματα από την Ελλάδα, την Αυστρία και την Πολωνία, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά επιπολασμού (κάτω του 20 %) σε δείγματα από την Ουγγαρία, τη Σλοβενία, τη Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ⁽¹³²⁾. Τα στοιχεία για τον επιπολασμό του ΗCV στους νέους ΧΕΝ (ενέσιμη χρήση εδώ και λιγότερο από δύο χρόνια) είναι ακόμη πιο

περιορισμένα, αλλά οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες για το 2002/03 δείχνουν ότι το υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού (άνω του 40 %) αφορά δείγματα από το Βέλγιο και την Πολωνία, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού (κάτω του 20 %) αφορά δείγματα από την Τσεχική Δημοκρατία, την Ελλάδα και τη Σλοβενία ⁽¹³³⁾. Τα στοιχεία για την αναφορά ηπατίτιδας C για το διάστημα 1992-2003 υποδηλώνουν ότι, στις χώρες που παρείχαν στοιχεία, οι ΧΕΝ αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των κρουσμάτων ηπατίτιδας C που αναφέρθηκαν (οι αναφορές περιορίζονται κυρίως σε διαγνωσθείσες περιπτώσεις οξείας μόλυνσης) (διάγραμμα 17).

Ο επιπολασμός των δεικτών του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV) διαφέρει επίσης σημαντικά τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών ⁽¹³⁴⁾. Τα πληρέστερα στοιχεία αφορούν το δείκτη anti-HBc, γεγονός που υποδηλώνει ιστορικό μόλυνσης και τη δυνατότητα εμβολιασμού των ατόμων με αρνητική εξέταση. Το 2002/03, δείγματα ΧΕΝ με επιπολασμό άνω

Διάγραμμα 16: Εθνικές και τοπικές εκτιμήσεις επιπολασμού ΗCV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών για το διάστημα 2002-2003



Σημείωση: Μαύρο τετράγωνο = δείγματα με εθνικό εύρος κάλυψης· μπλε τρίγωνο = δείγματα με τοπικό/περιφερειακό εύρος κάλυψης. Οι διαφορές μεταξύ των χωρών πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφορετικών χωρών ή/και μεθόδων έρευνας· οι εθνικές στρατηγικές λήψης δειγμάτων ενδέχεται να διαφέρουν.

Τα στοιχεία για την Ισπανία και την Πορτογαλία και ορισμένα από τα στοιχεία για την Τσεχική Δημοκρατία περιλαμβάνουν και χρήστες μη ενέσιμων ναρκωτικών και επομένως ενδέχεται να υποτιμούν τον επιπολασμό στους ΧΕΝ (το ποσοστό των χρηστών μη ενέσιμων ναρκωτικών στα δείγματα δεν είναι γνωστό). Τα στοιχεία για την Πορτογαλία, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία περιορίζονται στον επιπολασμό στους ΧΕΝ υπό θεραπεία και ενδέχεται να μην είναι αντιπροσωπευτικά του επιπολασμού στους ΧΕΝ που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία.

Πηγές: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox (2004). Για πρωτογενείς πηγές, λεπτομέρειες ερευνών και στοιχεία πριν από το 2002, βλέπε πίνακα INF-11 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

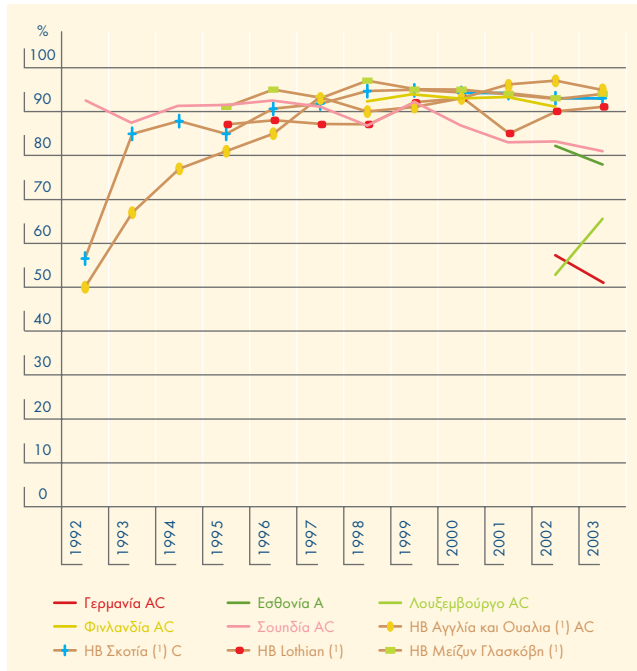
⁽¹³¹⁾ Βλέπε επίσης διάγραμμα INF-21 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 και Matheo κ.ά., 2005.

⁽¹³²⁾ Βλέπε πίνακα INF-12 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³³⁾ Βλέπε πίνακα INF-13 και διαγράμματα INF-7 και INF-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³⁴⁾ Βλέπε πίνακες INF-3, INF-14 και INF-15 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Διάγραμμα 17: Γνωστοποιηθείσες περιπτώσεις ηπατίτιδας C, ποσοστό περιπτώσεων που αναφέρθηκαν ως ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, 1992-2003



(!) Τα στοιχεία δεν αφορούν το εθνικό επίπεδο.
 Σημείωση: A = acute (οξεία ηπατίτιδα). AC = acute and chronic (οξεία και χρόνια ηπατίτιδα). C = chronic (χρόνια ηπατίτιδα).
 Πηγές: Εθνικά εστιάτικα σημεία δικτύου Reitox.

του 60 % αναφέρθηκαν από το Βέλγιο, την Εσθονία και την Ιταλία, ενώ δείγματα με επιπολασμό κάτω του 30 % αναφέρθηκαν από το Βέλγιο, την Ισπανία, την Ιταλία, την Αυστρία, την Πορτογαλία, τη Σλοβενία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο⁽¹³⁵⁾. Τα αναφερόμενα στοιχεία για την ηπατίτιδα Β για το διάστημα 1992-2003, για τις χώρες όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, υποδηλώνουν ότι το ποσοστό των ΧΕΝ αυξάνει⁽¹³⁶⁾. Στις βόρειες χώρες, η μεγάλη πλειονότητα των αναφερόμενων περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας Β αφορά ΧΕΝ, και οι επιδημικές εκρήξεις ηπατίτιδας Β συνέπεσαν με αυξήσεις στην ενέσιμη χρήση ναρκωτικών σε αρκετές χώρες (Blystad κ.ά., 2005).

Για συνοπτική επισκόπηση άλλων λοιμώξεων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, βλέπε την ετήσια έκθεση του 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/el/page074-el.html>).

Πρόληψη των λοιμώξεων που συνδέονται με τα ναρκωτικά

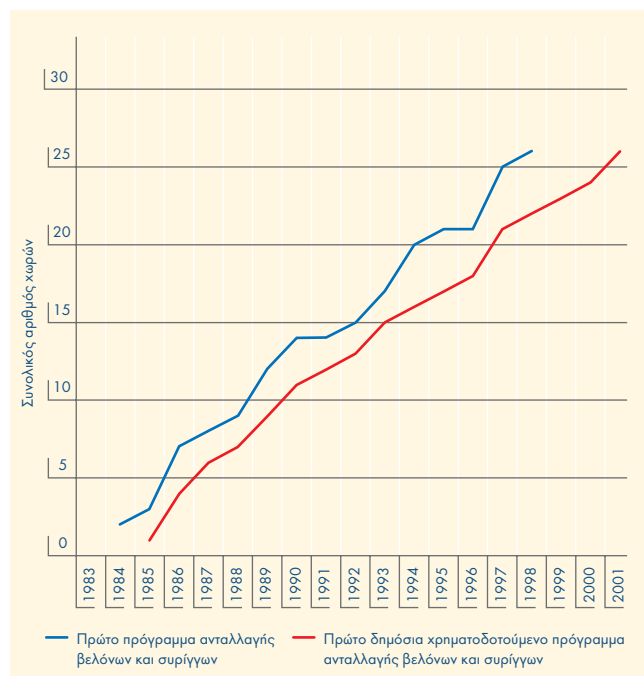
Μολονότι οι εθνικές πολιτικές των κρατών μελών διαφέρουν, απηχώντας την κατάσταση κάθε χώρας όσον αφορά τα ναρκωτικά και το πολιτικό πλαίσιο της, υπάρχουν επίσης ολόένα και περισσότερο ενδείξεις ότι

σε ευρωπαϊκό επίπεδο αναπτύσσεται μια συναίνεση σχετικά με τα κύρια στοιχεία που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ιού HIV και άλλων λοιμωδών νοσημάτων στους ΧΕΝ⁽¹³⁷⁾. Στα κατάλληλα μέτρα συγκαταλέγονται η βελτίωση της πρόσβασης στη θεραπεία (ΠΟΥ, 2005), η ανάπτυξη υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης και η παροχή αποστειρωμένων συνέργων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, μολονότι πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς την έμφαση που δίνεται στα διάφορα αυτά στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι πρέπει να υπάρχει επαρκής διαθεσιμότητα θεραπειών υποκατάστασης διά του στόματος για τους χρήστες ενέσιμων οπιοειδών, καθώς με τον τρόπο αυτό μειώνεται σημαντικά η συμπεριφορά που συνδέεται με την τοξικομανία, η οποία ενέχει υψηλό κίνδυνο μετάδοσης του ιού HIV (Gowing κ.ά., 2005· Sullivan κ.ά., 2005).

Διαθεσιμότητα βελόνων και συρίγγων

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων ξεκίνησαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ως άμεση απόκριση στην απειλή μιας επιδημίας του ιού HIV στους ΧΕΝ και επεκτάθηκαν γρήγορα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 (διάγραμμα 18). Το 1993, προγράμματα χρηματοδοτούμενα από δημόσια κονδύλια υπήρχαν ήδη σε περισσότερα από τα μισά σημερινά 25 κράτη μέλη της ΕΕ καθώς και στη Νορβηγία.

Διάγραμμα 18: Θέσπιση προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων σε 23 χώρες της ΕΕ, τη Νορβηγία και τη Βουλγαρία



Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004.

⁽¹³⁵⁾ Βλέπε διαγράμματα INF-9, INF-10, INF-22 και INF-23 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα INF-14 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³⁷⁾ Σε δύο πρόσφατες διασκέψεις, εκπρόσωποι ευρωπαϊκών κυβερνήσεων επιβεβαίωσαν την εταιρική σχέση τους για την καταπολέμηση του HIV/AIDS και προσδιόρισαν μέτρα για την ενίσχυση των αποκρίσεών τους στον τομέα αυτό (διακήρυξη του Δουβλίνου, Φεβρουάριος 2004, και διακήρυξη του Βιλνίου, Σεπτέμβριος 2004). Όλα τα βασικά έγγραφα της ΕΕ σχετικά με το HIV/AIDS είναι διαθέσιμα στην ιστοθεση για τη δημόσια υγεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Σήμερα, προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων υπάρχουν στη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και τη Νορβηγία καθώς και σε όλες τις χώρες της ΕΕ, εξαιρουμένης της Κύπρου, όπου ωστόσο οι χρήστες μπορούν να προμηθεύονται δωρεάν αποστειρωμένα σύνεργα σε φαρμακεία και εξετάζεται η θέσπιση ενός επίσημου προγράμματος ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων ⁽¹³⁸⁾. Από τη στιγμή που θεσπίζονται τέτοια προγράμματα σε μια χώρα, η γεωγραφική κάλυψη των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων αυξάνει συνήθως συνεχώς. Πολλές χώρες έχουν πλέον επιτύχει πλήρη γεωγραφική κάλυψη, τα δε φαρμακεία αποτελούν καθοριστικό εταίρο σε αρκετά κράτη μέλη. Ωστόσο, στη Σουηδία, τα δύο προγράμματα που ξεκίνησαν το 1986 στον Νότο της χώρας παραμένουν τα μοναδικά σε λειτουργία· επίσης στην Ελλάδα, ο αριθμός των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων είναι περιορισμένος και είναι διαθέσιμα μόνον στην Αθήνα ⁽¹³⁹⁾.

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων είναι συνήθως καλά ενσωματωμένα στο έργο υπηρεσιών συμβουλευτικής για τα ναρκωτικά άμεσης πρόσβασης (βλέπε πλαίσιο «Διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες»), φορέων εργασίας εκτός δομών και υπηρεσιών φροντίδας των αστεγών στις χώρες της ΕΕ και στη Νορβηγία. Καθώς οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης καταφέρνουν να προσεγγίσουν κρυφούς πληθυσμούς ενεργών χρηστών ναρκωτικών, μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό σημείο εκκίνησης για την επικοινωνία, την πρόληψη, την εκπαίδευση και την παροχή συμβουλών καθώς και για την παραπομπή σε θεραπεία. Επίσης, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης μπορούν να αποτελέσουν καθοριστικό πλατφόρμα για την παροχή βασικών ιατρικών υπηρεσιών, τη διενέργεια εξετάσεων για λοιμώδη νοσήματα και τον εμπλοιασμό και την αντιική θεραπεία για εκείνα τα μέλη της κοινότητας που, για διάφορους λόγους, δυσκολεύονται να προσεγγίσουν πιο επίσημες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων αποτελούν κυρίαρχη προσέγγιση στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών σε 16 κράτη μέλη της ΕΕ και στη Νορβηγία και συννηθισμένη προσέγγιση σε άλλα έξι κράτη· επίσης, θεωρούνται πολιτική επιλογή προτεραιότητας για την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών στα δύο τρίτα των χωρών της ΕΕ ⁽¹⁴⁰⁾.

Αποδείξεις της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων

Οι επιστημονικές έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων για τη μείωση του ιού HIV/AIDS στους ΧΕΝ ξεκίνησαν από τη δεκαετία του 1980 ⁽¹⁴¹⁾. επισκόπηση της βιβλιογραφίας, που δημοσιεύθηκε από την ΠΟΥ το 2004, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία που δείχνουν ότι η αύξηση της διαθεσιμότητας και της χρήσης αποστειρωμένων συνέργων από τους ΧΕΝ μειώνει σημαντικά τη μόλυνση από τον ιό HIV και ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις σημαντικών ανεπιθύμητων

Διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες

Η «άμεση πρόσβαση» αναφέρεται σε συνθήκες που καθιστούν ευκολότερη την πρόσβαση των χρηστών ναρκωτικών σε κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες. Για τη διευκόλυνση της πρόσβασης, οι υπηρεσίες εγκαθίστανται σε συγκεκριμένες τοποθεσίες και έχουν ωράρια λειτουργίας προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ενδιαφερομένων, δηλαδή λειτουργούν επίσης αργά το απόγευμα ή τη νύχτα. Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης παρέχονται επίσης συχνά από υπαλλήλους που εργάζονται εκτός δομών. Η χρήση των υπηρεσιών είναι ελάχιστα γραφειοκρατική και συχνά παρέχεται δωρεάν, ενώ δεν συνδέεται με υποχρέωση του ενδιαφερόμενου να μην κάνει ή να πάψει να κάνει χρήση ναρκωτικών. Οι υπηρεσίες αυτές στοχεύουν τους τρέχοντες χρήστες που δεν είχαν ποτέ επαφή με άλλες υγειονομικές υπηρεσίες και υπηρεσίες καταπολέμησης των ναρκωτικών καθώς και άτομα που έχασαν την επαφή αυτή. Στοχεύουν τις ομάδες που είναι δύσκολο να προσεγγισθούν και ειδικές ομάδες χρηστών υψηλού κινδύνου καθώς και τα άτομα που κάνουν πειραματική χρήση (για παράδειγμα, παρέχοντας τις υπηρεσίες τους σε κλαμπ και ντίσκο ή άλλους χώρους διασκέδασης). Η άμεση πρόσβαση αφορά υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας, ξενώνες και μονάδες επιτόπιας παροχής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και άσυλα έκτακτης ανάγκης. Στο πλαίσιο ενός συνολικού συστήματος περίθαλψης, οι υπηρεσίες αυτές, λόγω της εύκολης πρόσβασης που παρέχουν, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση των περισσότερο «κρυφών» ή «δύσκολων να προσεγγισθούν» πληθυσμών χρηστών ναρκωτικών. Εκτός από την παρακίνηση των χρηστών ναρκωτικών να ζητήσουν θεραπεία και την παραπομπή χρηστών σε θεραπεία, παρέχουν συχνά υπηρεσίες «επιβίωσης», καθώς και φαγητό, ρούχα, στέγη, αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης και ιατρική περίθαλψη. Πρόκειται για σημαντικούς χώρους διάδοσης μηνυμάτων προαγωγής της υγείας και αύξησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων όσον αφορά την ασφαλή χρήση ναρκωτικών στα άτομα που πειραματίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ή είναι εξαρτημένοι ή προβληματικοί χρήστες. Ολοένα και περισσότερο παρέχουν επίσης θεραπευτικές υπηρεσίες.

αρνητικών συνεπειών (ΠΟΥ, 2004). Ωστόσο, η έρευνα διαπιστώνει ότι τα προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων δεν επαρκούν από μόνα τους για τον έλεγχο της μόλυνσης από τον ιό HIV στους ΧΕΝ, και ότι τα προγράμματα αυτά πρέπει να υποστηρίζονται από μια σειρά συμπληρωματικών μέτρων για τον έλεγχο της μόλυνσης από τον HIV στους ΧΕΝ και από αυτούς. Εξετάζοντας την αποδοτικότητα από άποψη κόστους των προγραμμάτων ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων, οι de Wit και Bos (2004) συμπεραίνουν ότι τα εν λόγω προγράμματα φαίνονται οικονομικά όσον αφορά την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού HIV και εμφανίζουν άλλα πρόσθετα και αξιόλογα πλεονεκτήματα πέραν της μείωσης του ιού HIV, όπως το γεγονός ότι φέρνουν σε επαφή με υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες έναν πληθυσμό τοξικομανών που είναι δύσκολο να προσεγγισθεί.

⁽¹³⁸⁾ Βλέπε πίνακα NSP-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹³⁹⁾ Βλέπε «Διαθεσιμότητα βελόνων και συρίγγων» στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Βλέπε την ιστοθεση του ΕΚΠΙΝΤ για την επισκόπηση των εθνικών αποκρίσεων στα λοιμώδη νοσήματα (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Βλέπε την ιστοθεση του ΕΚΠΙΝΤ για κατάλογο των κύριων μελετών (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

Πρόληψη της ηπατίτιδας

Οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να μολυνθούν από τους ιούς ΗΒV και ΗCV, και ποσοστό 50 έως 80 % των τοξικομανών μολύνονται εντός της πρώτης πενταετίας από την έναρξη της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες μολύνσεις που μπορούν να προκαλέσουν βλάβες και τελικά να καταστρέψουν το ήπαρ (ΕΚΠΝΤ, 2004β). Μολονότι δεν υπάρχει σήμερα εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας C, η ηπατίτιδα Β μπορεί να προληφθεί αποτελεσματικά με τον εμβολιασμό ⁽¹⁴²⁾.

Αρκετές χώρες της ΕΕ ενέταξαν ή επανέφεραν την ηπατίτιδα Β στα εθνικά προγράμματα ανοσοποίησης κατά την τελευταία δεκαετία, και ο εμβολιασμός αυτός περιλαμβάνεται πλέον στα συνήθη προγράμματα παιδικού εμβολιασμού στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Μέχρι τώρα, μόνον η Δανία, οι Κάτω Χώρες, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία δεν ακολούθησαν τη σύσταση της ΠΟΥ ⁽¹⁴³⁾.

Μολονότι θα περάσουν μερικές δεκαετίες μέχρις ότου πάψουν να υπάρχουν πληθυσμοί που διατρέχουν κίνδυνο, στοχοθετημένα προγράμματα εμβολιασμού για τους χρήστες ναρκωτικών εφαρμόζονται σήμερα στις περισσότερες χώρες της ΕΕ και στη Νορβηγία. Για την προσέγγιση των πληθυσμών στόχων, ο εμβολιασμός παρέχεται στους χρήστες ναρκωτικών σε σημεία επαφής εύκολης πρόσβασης καθώς και ολοένα και περισσότερο σε σωφρονιστικά ιδρύματα ⁽¹⁴⁴⁾.

Οι εκστρατείες ανοσοποίησης κατά της ηπατίτιδας Β συνδυάζονται συχνά με εμβολιασμούς κατά της ηπατίτιδας Α και με την παροχή συμβουλών, τη διενέργεια εξετάσεων και την παραπομπή σε θεραπεία για τον ιό της ηπατίτιδας C. Μολονότι θεραπεία για την ηπατίτιδα C παρέχεται σε όλες τις χώρες, η πρόσβαση σε αυτή μπορεί να είναι δύσκολη στην πράξη για τους χρήστες ναρκωτικών. Καθώς οι επίσημες ιατρικές κατευθυντήριες γραμμές θεωρούνται σημαντικό μέσο για το συντονισμό της παροχής θεραπείας για την ηπατίτιδα C, το 2003/04 οι κατευθυντήριες αυτές γραμμές αποτέλεσαν αντικείμενο ανάλυσης από το ΕΚΠΝΤ ⁽¹⁴⁵⁾. Οι περισσότερες κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν να υποβάλλονται οι χρήστες ναρκωτικών σε θεραπεία αφού σταματήσουν τη χρήση ουσιών ή αφού σταθεροποιηθούν σε μια θεραπεία υποκατάστασης διά του στόματος για ένα διάστημα που μπορεί να κυμαίνεται από τρεις μήνες έως δύο χρόνια. Όσο πιο πρόσφατα

είναι τα καθοδηγητικά έγγραφα τόσο πιο πιθανό είναι να λαμβάνουν υπόψη τις έρευνες που δείχνουν τα οφέλη που παρέχει στους χρήστες ναρκωτικών η πολυεπιστημονική προσέγγιση της θεραπείας από ομάδες ηπατολόγων και ειδικών σε θέματα τοξικομανίας. Η πρόσφατη αύξηση εθνικών κατευθυντήριων γραμμών είναι πιθανό να βελτιώσει τις θεραπευτικές επιλογές και τα αποτελέσματα για τους χρήστες ναρκωτικών.

Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι

Θάνατοι οφειλόμενοι στην ηρωίνη

Στην ενότητα αυτή, ο όρος «συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι» αναφέρεται σε θανάτους που οφείλονται άμεσα στην κατανάλωση μιας ή περισσότερων ουσιών και που συνήθως συμβαίνουν λίγο μετά την κατανάλωση της ουσίας ή των ουσιών. Οι θάνατοι αυτοί είναι γνωστοί ως «θάνατοι λόγω υπερβολικής δόσης», «τοξικώσεις» ή «θάνατοι οφειλόμενοι σε ναρκωτικά» ⁽¹⁴⁶⁾.

Τα οπιούχα είναι παρόντα στις περισσότερες περιπτώσεις «θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά» που οφείλονται σε παράνομες ουσίες και αναφέρονται στην ΕΕ, μολονότι σε πολλές περιπτώσεις εντοπίζονται και άλλες ουσίες κατά την τοξικολογική εξέταση, ιδίως αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες και σε ορισμένες χώρες κοκαΐνη ⁽¹⁴⁷⁾.

Στο διάστημα μεταξύ 1990 και 2002, οι χώρες της ΕΕ ανέφεραν 7 000-9 000 θανάτους οφειλόμενους σε υπερβολική δόση ναρκωτικών κάθε χρόνο ⁽¹⁴⁸⁾, δηλαδή συνολικά περισσότερους από 100 000 θανάτους στο συγκεκριμένο διάστημα. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να θεωρηθούν ελάχιστη εκτίμηση, καθώς σε πολλές χώρες είναι πιθανό να μην αναφέρονται όλοι οι θάνατοι.

Η υπερβολική δόση οπιούχων είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στους νέους στην Ευρώπη, ιδίως στους άνδρες σε αστικές περιοχές (ΕΚΠΝΤ, 2004γ). Επί του παρόντος, η λήψη υπερβολικής δόσης είναι επίσης η κύρια αιτία θανάτου στους χρήστες οπιούχων στο σύνολο της ΕΕ· για παράδειγμα, το 2001, τα 15 κράτη μέλη της ΕΕ ανέφεραν 8 347 θανάτους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά σε σύγκριση με 1 633 θανάτους λόγω AIDS στους ΧΕΝ (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, μολονότι δεν πρέπει να παραβλέπεται το κόστος και τα πιθανά μακροπρόθεσμα προβλήματα της μόλυνσης από τον ιό HIV.

⁽¹⁴²⁾ Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ηπατίτιδα, βλέπε την ιστοσελίδα του ΕΚΠΝΤ (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Έκθεση σχετικά με την 14η παγκόσμια συμβουλευτική ομάδα: διευρυμένο πρόγραμμα ανοσοποίησης, 14-18 Οκτωβρίου 1991, Αντάλεια, Τουρκία, με την υποστήριξη της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας το 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Βλέπε τον πίνακα εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Μελέτη συμβούλων σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία της ηπατίτιδας C για τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Στον ορισμό αυτό έχει συμφωνήσει η ομάδα εθνικών εμπειρογνομώνων του ΕΚΠΝΤ: βλέπε μεθοδολογικές σημειώσεις «Συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι – ορισμός ΕΚΠΝΤ» στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005 και πρωτόκολλο του ΕΚΠΝΤ για τους συνδεόμενους με τα ναρκωτικά θανάτους, έκδοση 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Οι περισσότερες χώρες διαθέτουν εθνικούς ορισμούς, οι οποίοι επί του παρόντος είναι όμοιοι ή παρεμφερείς με εκείνον του ΕΚΠΝΤ, μολονότι ορισμένες χώρες λαμβάνουν υπόψη και περιπτώσεις που οφείλονται σε ψυχοδραστικά φάρμακα ή θανάτους που δεν οφείλονται σε υπερβολική δόση, συνήθως σε μικρό ποσοστό (βλέπε «Εθνικοί ορισμοί των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων» στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Βλέπε πίνακα DRD-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Βλέπε πίνακες DRD-2 και DRD-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Τα στοιχεία για τους θανάτους που οφείλονται στο AIDS αφορούν τη δυτική περιοχή της ΠΟΥ Ευρώπης και περιλαμβάνουν θανάτους σε αρκετές χώρες εκτός ΕΕ, π.χ. Ελβετία, Ισπανία και Ισραήλ.

Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών που πεθαίνουν λόγω υπερβολικής δόσης είναι άνδρες (αντιπροσωπεύουν 60-100 % των περιπτώσεων), και στις περισσότερες χώρες το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 75 και 90 %.

Τα περισσότερα θύματα υπερβολικής χρήσης ναρκωτικών βρίσκονται στην τρίτη ή την τέταρτη δεκαετία της ζωής τους, και ο μέσος όρος ηλικίας είναι το μέσον της τέταρτης δεκαετίας (φάσμα 22-45 ετών). Ο μέσος όρος ηλικίας είναι χαμηλότερος σε αρκετά από τα νέα κράτη μέλη (Εσθονία, Λεττονία, Λιθουανία και Ρουμανία), σε πολλά εκ των οποίων το ποσοστό των θυμάτων υπερβολικής δόσης ναρκωτικών ηλικίας κάτω των 25 ετών είναι σχετικά υψηλό, γεγονός που ενδέχεται να απηχεί την ύπαρξη ενός νεαρότερου πληθυσμού χρηστών ηρωίνης στις χώρες αυτές ⁽¹⁵⁰⁾.

Θάνατοι οφειλόμενοι στη μεθαδόνη

Αρκετές χώρες ανέφεραν την παρουσία μεθαδόνης σε σημαντικό ποσοστό των θανάτων που συνδέονταν με τα ναρκωτικά στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2004. Οι πληροφορίες παρέχονται σύμφωνα με την εθνική ορολογία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επακριβώς ο ρόλος της μεθαδόνης στο θάνατο· ορισμένες περιπτώσεις είναι αυθεντικές περιπτώσεις τοξίκωσης από μεθαδόνη, αλλά σε άλλες η παρουσία της ουσίας απλώς αναφέρεται. Η Δανία ανέφερε την παρουσία μεθαδόνης σε 49 % των θανάτων λόγω τοξίκωσης (97 από 198 περιπτώσεις, εκ των οποίων 64 περιπτώσεις αφορούσαν αποκλειστικά μεθαδόνη). Η Γερμανία ανέφερε ότι 23 % των περιπτώσεων οφείλονται σε «ουσίες υποκατάστασης», εκ των οποίων 3 % αφορούσαν ουσίες μόνες τους (55 περιπτώσεις) και 20 % ουσίες σε συνδυασμό με αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών (354 περιπτώσεις), ενώ το 2002 τα ποσοστά αυτά ήταν 30 % για το σύνολο, 7 % για ουσίες μόνες τους και 23 % για ουσίες σε συνδυασμό με αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών. Το Ηνωμένο Βασίλειο ανέφερε 418 περιπτώσεις με «αναφορά» μεθαδόνης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση. Άλλες χώρες ανέφεραν λιγότερο συχνή παρουσία μεθαδόνης σε θανάτους συνδεδόμενους με τα ναρκωτικά: η Γαλλία (οκτώ περιπτώσεις μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες ουσίες), η Αυστρία (παρουσία σε 10 % των θανάτων), η Πορτογαλία (ανιχνεύθηκε σε 3 % των περιπτώσεων) και η Σλοβενία (τέσσερις θάνατοι οφειλόμενοι σε μεθαδόνη). Στις εθνικές εκθέσεις του δικτύου Reitox για το 2003, η Ιρλανδία και η Νορβηγία ανέφεραν επίσης σημαντικό αριθμό θανάτων που συνδέονταν με την παρουσία μεθαδόνης.

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

υποδηλώνουν την αναγκαιότητα διασφάλισης προτύπων ποιότητας για τα προγράμματα υποκατάστασης.

Θάνατοι οφειλόμενοι σε φαινανύλη και βουπρενορφίνη

Τα τελευταία χρόνια, οι χώρες της Βαλτικής ανέφεραν ορισμένους θανάτους στους οποίους εντοπίστηκε φαινανύλη κατά την τοξικολογική εξέταση, συχνά ταυτόχρονα με ηρωίνη. Στην εθνική έκθεσή της, η Σουηδία ανέφερε 13 θανάτους συνδεδόμενους με φαινανύλη στους ΧΕΝ το 2003, σε σύγκριση με περιστασιακούς μόνον θανάτους τα προηγούμενα χρόνια. Για πληροφορίες σχετικά με το ρόλο της βουπρενορφίνης σε θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά, βλέπε επιλεγμένο θέμα για τη βουπρενορφίνη.

Τάσεις όσον αφορά τους αιφνίδιους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Οι τάσεις όσον αφορά τους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά διαφέρουν από χώρα σε χώρα ⁽¹⁵¹⁾, ακόμη και από περιφέρεια σε περιφέρεια, λόγω των διαφορών στην πορεία της επιδημίας της ηρωίνης, στην επικράτηση της χρήσης της, στις επικίνδυνες συμπεριφορές (π.χ. ποσοστό ΧΕΝ, πολλαπλή χρήση ναρκωτικών), στην παροχή θεραπευτικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών στους χρήστες ναρκωτικών και, ίσως, στη διαθεσιμότητα και τα χαρακτηριστικά της ηρωίνης. Οι διαφορές στην οργάνωση και τις πολιτικές των ιατρικών υπηρεσιών έκτακτων περιστατικών μπορεί επίσης να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.

Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς αυτούς, είναι δυνατόν να εντοπισθούν ορισμένες γενικές τάσεις για την ΕΕ, ιδίως για τα κράτη μέλη της ΕΕ των 15, όπου είναι διαθέσιμες μεγαλύτερες και συστηματικότερες σειρές στοιχείων. Γενικά, έντονη αύξηση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά παρατηρήθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Στο διάστημα 1990-2000, και παρά τις μειώσεις σε ορισμένες χώρες, η γενική αυξητική τάση συνεχίσθηκε στην Ευρώπη, μολονότι σε χαμηλότερους ρυθμούς. Το 2000, αναφέρθηκαν 8 930 θάνατοι, σε σύγκριση με 6 426 το 1990 (αύξηση 40 %) ⁽¹⁵²⁾. Στα περισσότερα από τα «παλαιά» κράτη μέλη, παρατηρείται μια τάση γήρανσης στα θύματα υπερβολικής δόσης ναρκωτικών, γεγονός που υποδηλώνει «γήρανση της κοορτής», η οποία ενδέχεται να συνδέεται με τη μείωση του αριθμού νέων νεαρών τοξικομανών (διάγραμμα 19).

Από το 2000, ωστόσο, πολλές χώρες της ΕΕ ανέφεραν μείωση του αριθμού των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων. Στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε και στη Νορβηγία, ο συνολικός αριθμός μειώθηκε από 8 930 περιπτώσεις το 2000 σε 8 394 το 2001 (μείωση 6 %) και 7 122 το 2002 ⁽¹⁵³⁾ (παραίτητη μείωση 15 %). Μόνον δέκα χώρες ανέφεραν πληροφορίες για το 2003, επομένως τα συμπεράσματα για τις τάσεις στην ΕΕ πρέπει

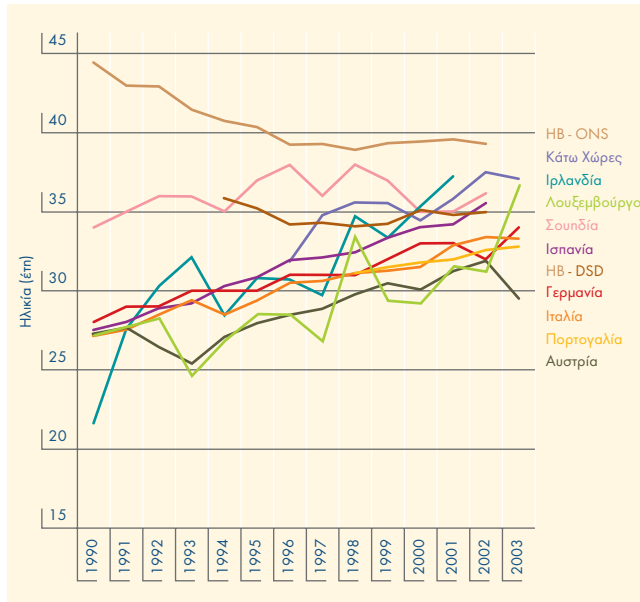
⁽¹⁵⁰⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁵²⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-8 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁵³⁾ Δεν περιλαμβάνονται στοιχεία για το Βέλγιο και την Ιρλανδία το 2002 (το 2001 καταγράφηκαν 88 περιπτώσεις στην Ιρλανδία).

Διάγραμμα 19: Τάσεις της μέσης ηλικίας των θυμάτων αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά σε ορισμένα από τα κράτη μέλη της ΕΕ των 15, 1990-2001/03



Σημείωση: Ο αριθμός αντιπροσωπεύει στοιχεία από τις χώρες που ανέφεραν μέση ηλικία των θυμάτων στα περισσότερα έτη κατά την υπό εξέταση περίοδο.

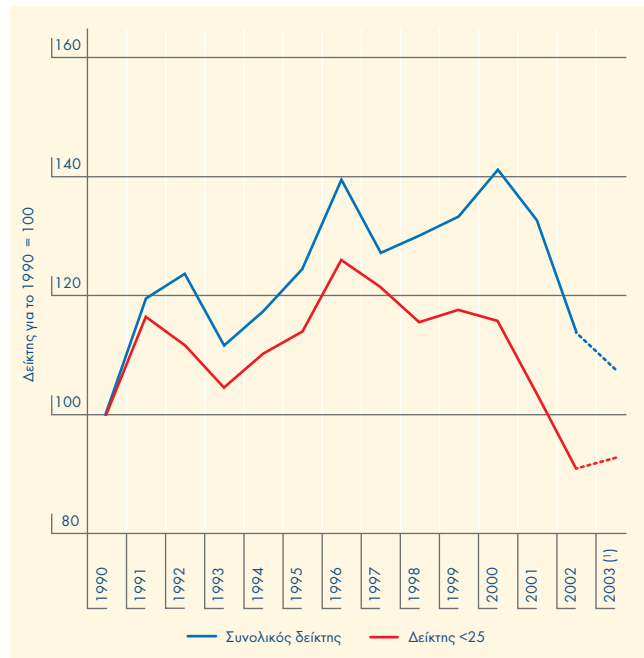
Οι πληροφορίες βασίζονται στους «εθνικούς ορισμούς» όπως παρατίθενται στον πίνακα DRD-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Στην Αγγλία και στην Ουαλία, χρησιμοποιείται ο «ορισμός της στρατηγικής για τα ναρκωτικά».

Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από εθνικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά).

να διατυπώνονται με προσοχή. Ωστόσο, βάσει των στοιχείων των δέκα αυτών χωρών, το 2003 παρατηρήθηκε μείωση 5 %, δηλαδή μόνον ένα τρίτο της μείωσης που καταγράφηκε το 2002. Από τις δέκα χώρες που παρείχαν πληροφορίες για το 2003, τρεις ανέφεραν αυξήσεις, μία ανέφερε αμετάβλητη κατάσταση και έξι ανέφεραν μειώσεις, εκ των οποίων εκείνες της Ελλάδας (22 %) και της Ιταλίας (17 %) μπορούν να θεωρηθούν σημαντικές ⁽¹⁵⁴⁾. Οι εξελίξεις αυτές πρέπει να δημιουργήσουν σοβαρό προβληματισμό, καθώς είναι πιθανό οι παράγοντες που ευθύνονταν για τη μείωση των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στο διάστημα από το 2000 έως το 2002 (μείωση σχεδόν 20 %) να έπαυσαν να υπάρχουν το 2003· αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι παραμένουν σε ιστορικά υψηλά επίπεδα – περίπου στο ύψος των αρχών της δεκαετίας του 1990 (διάγραμμα 20).

Συνολικά, οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι ατόμων ηλικίας κάτω των 25 ετών εμφανίζουν σχετικά σταθερή μείωση από το 1996, υποδηλώνοντας πιθανή μείωση του αριθμού των νεαρών ΧΕΝ (διαγράμματα 19 και 20), ως αποτέλεσμα της τάσης μείωσης ή σταθεροποίησης στα περισσότερα από τα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, με εξαίρεση τη Γαλλία, τη Σουηδία και τη Νορβηγία. Ωστόσο,

Διάγραμμα 20: Συνολική τάση των αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στα κράτη μέλη της ΕΕ των 15 και τάση του ποσοστού των θυμάτων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά ηλικίας κάτω των 25 ετών, 1990-2003



(1) Ο αριθμός για το 2003 είναι προσωρινός, καθώς μόνον δέκα χώρες παρείχαν στοιχεία για το 2003. Ο αριθμός για το 2003 βασίζεται στις χώρες εκείνες που παρείχαν στοιχεία τόσο για το 2002 όσο και για το 2003.

Σημείωση: Δείκτης: 1990 = 100. Ο αριθμός των περιπτώσεων ανά χώρα ετησίως αναφέρεται στον πίνακα DRD-2 (μέρη i και ν) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Το Βέλγιο δεν παρέσχε στοιχεία για το 1998-2001 και η Ιρλανδία για το 2002. Για τη διόρθωση της κατάστασης, χρησιμοποιήθηκε μια μέθοδος υπολογισμού, η οποία περιγράφεται στο ΕΚΠΝΤ (2001). Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από γενικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά), με βάση τους εθνικούς ορισμούς όπως παρατίθενται στον πίνακα DRD-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

σε αρκετά νέα κράτη μέλη, παρατηρήθηκε σαφής αύξηση στο ποσοστό των θυμάτων ηλικίας κάτω των 25 ετών από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έως το 2000-2002, γεγονός που δηλώνει αύξηση των νέων νεαρών χρηστών ⁽¹⁵⁵⁾. Επιπλέον, η μείωση που παρατηρήθηκε στο επίπεδο της ΕΕ των Δεκαπέντε από το 2000 αφορούσε κυρίως τους άνδρες (μείωση 21,9 %). Η μείωση στις γυναίκες υπήρξε πολύ μικρότερη (14,5 %) και το 2003, σε αντίθεση με ό,τι ισχύει για τους άνδρες, η καθοδική τάση στις γυναίκες φαίνεται να αντιστράφηκε ⁽¹⁵⁶⁾.

Ο εντοπισμός τάσεων στα νέα κράτη μέλη είναι δύσκολος λόγω των λιγοστών διαθέσιμων πληροφοριών. Μολονότι υπάρχουν διαφορές από χώρα σε χώρα, οι διαθέσιμες πληροφορίες υποδηλώνουν ότι οι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά θάνατοι άρχισαν να εμφανίζουν σαφέστερη αύξηση στο διάστημα από τις αρχές έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζεται

⁽¹⁵⁴⁾ Βάσει ενός απλού στατιστικού προτύπου τοξίκωσης. Αστυνομικά στοιχεία από τη Νορβηγία υποδηλώνουν επίσης σαφή μείωση το 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

επίσης από την αύξηση του ποσοστού θυμάτων ηλικίας κάτω των 25 ετών στο διάστημα από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έως το 1999-2000 στις περισσότερες από τις χώρες που παρείχαν πληροφορίες ⁽¹⁵⁷⁾. Στα νέα κράτη μέλη όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, ο αριθμός των θυμάτων ηλικίας κάτω των 25 ετών αυξήθηκε σημαντικά περισσότερο από τον συνολικό αριθμό των θυμάτων από το 1996 έως πολύ πρόσφατα (διάγραμμα 21), γεγονός που υποστηρίζει την άποψη σχετικά με μια πιο πρόσφατη επιδημία. Από το 2000, οι οφειλόμενοι σε παράνομες ουσίες θάνατοι σταθεροποιήθηκαν ή μειώθηκαν στη Βουλγαρία, στην Τσεχική Δημοκρατία ⁽¹⁵⁸⁾, στη Λεττονία (το 2003) και την Ουγγαρία. Γενικά, τα τελευταία χρόνια φαίνεται να παρατηρείται κάποια σταθεροποίηση, αλλά η διαπίστωση αυτή πρέπει να εξετάζεται με προσοχή, καθώς η ποιότητα και κάλυψη των αναφορών παραμένουν περιορισμένες σε πολλές χώρες. Η πιθανή αύξηση της χρήσης ηρωίνης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 σε πολλά νέα κράτη μέλη ενδέχεται να αντισταθμίστηκε με αυξήσεις στην παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια ή άλλους παράγοντες, αλλά είναι δύσκολο να προβλεφθεί η μελλοντική τάση (διάγραμμα 21).

Συμπερασματικά, παρά τις θετικές εξελίξεις από το 2000 έως το 2002 που πιθανώς συνδέονται με παράγοντες όπως η εγκατάλειψη της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών από χρήστες οπιούχων σε ορισμένες χώρες και η αυξημένη παροχή θεραπείας, καθώς και η πιθανή σταθεροποίηση ή μείωση του αριθμού των χρηστών οπιούχων, τα τρέχοντα στοιχεία παραμένουν υψηλά από την άποψη της μακροπρόθεσμης προοπτικής, και υπάρχουν ενδείξεις ότι η βελτίωση ενδέχεται να μη συνεχισθεί.

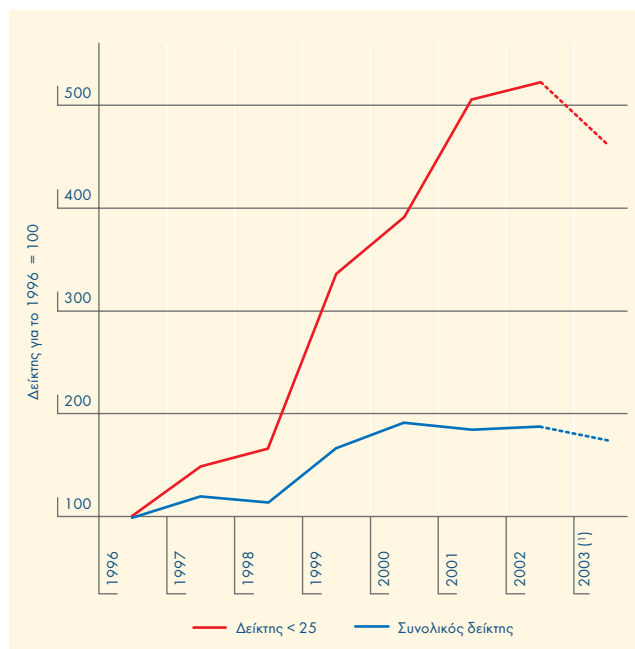
Συνολική θνησιμότητα στους χρήστες οπιούχων

Η συνολική θνησιμότητα στους χρήστες οπιούχων είναι έως και 20 φορές υψηλότερη από ό,τι στον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας. Η αυξημένη αυτή θνησιμότητα είναι ιδιαίτερα υψηλή στους ΧΕΝ. Παρά τη χαμηλή επικράτηση της εξάρτησης από τα οπιούχα, η κατάσταση αυτή έχει σημαντικό αντίκτυπο στη θνησιμότητα των νεαρών ενήλικων στην Ευρώπη (Bargagli κ.ά., 2004).

Τα αίτια της θνησιμότητας στους χρήστες οπιούχων δεν περιλαμβάνουν μόνον τη λήψη υπερβολικής δόσης, αλλά και το AIDS και άλλα λοιμώδη νοσήματα, καθώς και εξωγενή αίτια θανάτου (ατυχήματα, βία, αυτοκτονίες κ.λπ.). Η κύρια αιτία θανάτου σε κοορτές με χαμηλό επιπολασμό μόλυνσης από τον ιό HIV είναι η υπερβολική δόση. Οι οφειλόμενοι στο AIDS θάνατοι μειώθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ακόμη και στις κοορτές με υψηλό επιπολασμό μόλυνσης από τον ιό HIV, λόγω της αυξημένης διαθεσιμότητας της θεραπείας HAART από το 1995 (βλέπε ανωτέρω τα συνολικά στοιχεία στην Ευρώπη) ⁽¹⁵⁹⁾.

Με τη γήρανση των χρηστών οπιούχων, η θνησιμότητα αυξάνει σταδιακά καθώς οι θάνατοι από χρόνιες παθήσεις (όπως κίρρωση, καρκίνος, νόσοι του αναπνευστικού, ενδοκαρδίτιδα, AIDS) προστίθενται στους θανάτους από

Διάγραμμα 21: Συνολική τάση των αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά στα νέα κράτη μέλη και τις υποψήφιες χώρες και τάση του ποσοστού των θυμάτων ηλικίας κάτω των 25 ετών, 1996-2003



(*) Ο αριθμός για το 2003 είναι προσωρινός.
 Σημείωση: Οι χώρες που περιλαμβάνονται είναι η Βουλγαρία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Λεττονία, η Λιθουανία, η Ουγγαρία, η Μάλτα και η Σλοβενία.
 Δείκτης: 1996 = 100. Ο αριθμός των περιπτώσεων ανά χώρα ετησίως αναφέρεται στον πίνακα DRD-2 (μέρος ii) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.
 Είναι σημαντικό να υπενθυμισθεί ότι ο δείκτης υπολογίστηκε με τη χρήση στοιχείων από περιορισμένο αριθμό χωρών. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η Τσεχική Δημοκρατία και η Εσθονία αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό των θυμάτων ηλικίας κάτω των 25 ετών.
 Η Εσθονία δεν παρέσχε στοιχεία για το 1996 και το 2003, η Ουγγαρία για το 2002 και η Τσεχική Δημοκρατία για το διάστημα από το 1996 έως το 2000. Η μέθοδος υπολογισμού περιγράφεται στο ΕΚΠΝΤ (2001).
 Πηγές: Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004), από γενικά αρχεία θνησιμότητας ή ειδικά αρχεία (ιατροδικαστικά ή αστυνομικά), με βάση τους εθνικούς ορισμούς όπως παρατίθενται στον πίνακα DRD-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

υπερβολική δόση και από εξωγενή αίτια, όπως η αυτοκτονία και η βία (εθνική έκθεση Κάτω Χωρών).

Επιπλέον, οι συνθήκες διαβίωσης και παράγοντες πέραν της ίδιας της χρήσης ναρκωτικών (έλλειψη στέγης, διανοητικές νόσοι, βία, κακή διατροφή κ.λπ.) ενδέχεται να συμβάλλουν σημαντικά στην υψηλή θνησιμότητα στους χρήστες ναρκωτικών. Μελέτες έχουν δείξει ότι η θνησιμότητα στους ψυχασθενείς είναι τέσσερις φορές υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού (Korkeila, 2000) και ότι η θνησιμότητα στους αστέγους είναι επίσης τρεις έως τέσσερις φορές υψηλότερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού (Hwang, 2001).

⁽¹⁵⁷⁾ Βλέπε διάγραμμα DRD-9 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Λαμβάνοντας υπόψη μόνον τις περιπτώσεις που εμπίπτουν στη «Διαλογή Δ» του ΕΚΠΝΤ, η οποία περιλαμβάνει παράνομες ναρκωτικές ουσίες. Ο εθνικός ορισμός περιλαμβάνει πολλές περιπτώσεις θανάτων οφειλόμενων σε ψυχοδραστικά φάρμακα (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Θνησιμότητα χρηστών ναρκωτικών στην ΕΕ: συντονισμός της υλοποίησης νέων μελετών κοορτών, παρακολούθηση και ανάλυση υφιστάμενων κοορτών και ανάπτυξη νέων μεθόδων και αποτελεσμάτων. Έκθεση ΕΚΠΝΤ C.T.00.ΕΡ.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

Μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων

Πολιτικές αντιμετώπισης

Ο στόχος πολιτικής της ΕΕ για το 2000-2004 για τη σημαντική μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων έτυχε ευρείας αποδοχής στα κράτη μέλη. Οκτώ από τα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε (Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο) καθώς και τέσσερα νέα μέλη της ΕΕ (Κύπρος, Λεττονία, Λιθουανία και Πολωνία) συμπεριέλαβαν τη μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων στα έγγραφα της εθνικής στρατηγικής τους⁽¹⁶⁰⁾. Το γεγονός ότι αρκετά νέα κράτη μέλη εξακολουθούν να μη διαθέτουν αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων αποτελεί, ωστόσο, σημαντικό εμπόδιο στη θέσπιση κατάλληλης πολιτικής αντιμετώπισης.

Η νέα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012) αποδίδει υψηλή προτεραιότητα στη βελτίωση της πρόσβασης σε ένα φάσμα υπηρεσιών που μπορούν να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, και ο αριθμός των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων επιλέχθηκε ως ένας από τους κύριους δείκτες πρόόδου προς την κατεύθυνση της επίτευξης του στόχου αυτού στο πρώτο τετραετές σχέδιο δράσης (2005-2008)⁽¹⁶¹⁾.

Παρεμβάσεις

Σημαντική παρέμβαση από την άποψη του αντικτύπου της στους θανάτους που συνδέονται με τα ναρκωτικά είναι η ενδεδειγμένη παροχή θεραπείας, και ιδίως θεραπείας υποκατάστασης (ΠΟΥ, 1998· ACMD, 2000· Brugal κ.ά., 2005). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, και σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό κατά τη δεκαετία του 1990, η θεραπεία υποκατάστασης γνώρισε ραγδαία εξάπλωση στην Ευρώπη, και ιδίως στα κράτη μέλη της ΕΕ με υψηλή επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ηρωίνης. Επί του παρόντος, περισσότεροι από μισό εκατομμύριο χρήστες ηρωίνης στην ΕΕ—δηλαδή αριθμός μεταξύ του ενός τετάρτου και του ημίσεος της εκτιμώμενης ομάδας στόχου των χρηστών ηρωίνης—συμμετέχουν σε προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης.

Στις χώρες όπου περισσότεροι από τους μισούς προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών συμμετέχουν σε θεραπεία υποκατάστασης είναι πιθανή η μείωση των επιπέδων ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών και των συναφών επικίνδυνων συμπεριφορών, με επακόλουθη μείωση των θανάτων που οφείλονται σε υπερβολική δόση.

Το 2003, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο συνέστησε στα κράτη μέλη της ΕΕ ορισμένα μέτρα για τη μείωση του αριθμού των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων⁽¹⁶²⁾. Εκτός από την παροχή θεραπείας απεξάρτησης, τα μέτρα περιλαμβάνουν τη βελτίωση της εκπαίδευσης και τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους και το χειρισμό της

υπερβολικής δόσης στους χρήστες ναρκωτικών, τους συνομηλικούς και τις οικογένειές τους· καθώς και προορατικές στρατηγικές για την προσέγγιση των ατόμων που δεν έχουν επικοινωνία με υπηρεσίες μέσω εργασίας εκτός δομών και υπηρεσιών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών που να παρέχουν εύκολη πρόσβαση και να είναι σε θέση να προσελκύουν τους ενδιαφερόμενους. Το επίπεδο υλοποίησης της σύστασης και οι συνέπειές της αξιολογούνται προσεκτικά από την Επιτροπή, η οποία αναμένεται να υποβάλει σχετική έκθεση το 2006.

Από το δημογραφικό προφίλ των θυμάτων υπερβολικής δόσης ναρκωτικών προκύπτει ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας χρήστες ηρωίνης που δεν υποβάλλονται σε θεραπεία διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από υπερβολική δόση. Ένα συγκεκριμένο μέτρο που αποδεικνύεται αποτελεσματικό όσον αφορά την προσέγγιση αυτής της ομάδας προτεραιότητας είναι η δημιουργία εγκαταστάσεων επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών⁽¹⁶³⁾. Τέτοιου είδους χώροι λειτουργούν επί του παρόντος σε 15 γερμανικές και 15 ολλανδικές πόλεις καθώς και στη Μαδρίτη, στη Βαρκελώνη και το Μπιλμπάο (Ισπανία) και το Όσλο (Νορβηγία).

Θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα

Οι διαθέσιμες επιλογές για τη θεραπεία της προβληματικής χρήσης οπιούχων μπορούν να ταξινομηθούν σχηματικά σε τρεις ευρείες κατηγορίες: θεραπεία με ιατρική υποστήριξη, στεγνά θεραπευτικά προγράμματα (η τελευταία δεν θα εξετασθεί στην παρούσα έκθεση). Ωστόσο, η αντιμετώπιση της εξάρτησης και της αποτοξίνωσης είναι μία μόνον πτυχή της επιτυχημένης θεραπείας της προβληματικής χρήσης οπιούχων. Η παροχή συνδρομής στους ενδιαφερομένους ώστε να επανενταχθούν στην κοινωνία, δηλαδή η εξεύρεση εργασίας και ασφαλούς κατοικίας και η ανάπτυξη των αναγκαίων κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης κρίσης για την αποφυγή της υποτροπής, είναι πιθανό να είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες για την εξασφάλιση θετικής έκβασης μακροπρόθεσμα. Πολλές εκθέσεις επισημαίνουν ότι οι προβληματικοί χρήστες οπιούχων έχουν συχνά πολλαπλές επαφές με θεραπευτικές υπηρεσίες και ότι οι θεραπευτικοί στόχοι, και ιδίως η αποχή, δεν είναι απαραίτητο να επιτευχθούν από την πρώτη επαφή του ενδιαφερόμενου με θεραπευτική υπηρεσία αλλά μπορούν να επιτευχθούν μέσω επαναλαμβανόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Θεραπεία με ιατρική υποστήριξη

Η θεραπεία απεξάρτησης με ιατρική υποστήριξη περιλαμβάνει τόσο θεραπεία υποκατάστασης με αγωνιστές (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, διυδροκωδεΐνη, ηρωίνη, μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης) όσο και θεραπεία με ανταγωνιστές, μολονότι αυτή είναι πολύ λιγότερο διαδεδομένη (για παράδειγμα, ναλτρεξόνη).

⁽¹⁶⁰⁾ Βλέπε πίνακα επισκόπησης: Στρατηγικές και επιλεγμένα μέτρα για τη μείωση των συνδεδόμενων με τα ναρκωτικά θανάτων (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Βλέπε στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά για το 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Ευρωπαϊκή έκθεση σχετικά με τις αίθουσες επιτηρούμενης χρήσης ναρκωτικών (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Πίνακας 3: Χρησιμοποιούμενες ουσίες στη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη στην Ευρώπη (συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών)

Χώρα	Μεθαδόνη	Βουπρενορφίνη	Διυδροκωδεΐνη	Μορφίνη αποδέσμευσης βραδείας	Ηρωίνη	Ναλτρεξόνη/ναλοξόνη	Κλονιδίνη
Βέλγιο	X	X	X			X	X
Τσεχική Δημοκρατία	X	X					
Δανία	X	X					
Γερμανία	X	X	X		X		
Εσθονία	X	X					
Ελλάδα	X	X				X	
Ισπανία	X	X			X		
Γαλλία	X	X		X			
Ιρλανδία	X						
Ιταλία	X	X				X	X
Κύπρος							
Λετονία	X						
Λιθουανία	X	X				X	
Λουξεμβούργο	X	X		X			
Ουγγαρία	X						
Μάλτα	X		X			X	X
Κάτω Χώρες	X	X			X	X	X
Αυστρία	X	X	X	X			
Πολωνία	X						
Πορτογαλία	X	X				X	X
Σλοβενία	X						
Φινλανδία	X	X					
Σουηδία	X	X					
Ηνωμένο Βασίλειο	X	X	X		X	X	X
Βουλγαρία	X			X			
Ρουμανία	X						
Νορβηγία	X	X					

Σημείωση: Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τη Σλοβακία και την Τουρκία.

Πηγή: Πρότυπος πίνακας για τη διαθεσιμότητα θεραπειών απεξάρτησης από τα ναρκωτικά.

Η μεθαδόνη είναι διαθέσιμη σε όλα σχεδόν τα κράτη μέλη (βλέπε πίνακα 3) και παραμένει η συχνότερα συνταγογραφούμενη ουσία υποκατάστασης στην Ευρώπη. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, οι θεραπευτικές επιλογές έχουν διευρυνθεί. Η βουπρενορφίνη είναι σήμερα διαθέσιμη σε 18 από τις 26 χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Η θεραπεία με τη χρήση άλλων αγωνιστών, καθώς και η θεραπεία με τη χρήση ανταγωνιστών (ναλτρεξόνη, ναλοξόνη ή κλονιδίνη) εφαρμόζεται λιγότερο συχνά στην ΕΕ. Επί του παρόντος διεξάγεται έρευνα στο Βέλγιο σχετικά με την καθιέρωση ελεγχόμενων συνταγών ηρωίνης και η Αυστρία έλαβε τη

γνώμη εμπειρογνομώνων σχετικά με τη θεραπεία με χρήση ηρωίνης ατόμων με χρόνια εξάρτηση από τα οπιοΐδια, βάσει των αποτελεσμάτων υφιστάμενων διεθνών προγραμμάτων.

Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι το 2003 υπήρχαν περισσότερα από 450 000 άτομα υπό θεραπεία υποκατάστασης σε εξειδικευμένες μονάδες στην ΕΕ (πίνακας 4), εκ των οποίων περισσότερα από 90 % λάμβαναν μεθαδόνη. Επιπλέον αυτών, υπήρχαν άτομα υπό θεραπεία που υποβάλλονταν σε άλλου είδους θεραπεία υποκατάστασης (π.χ. με διυδροκωδεΐνη, μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης ή ηρωίνη) και άτομα που

Πίνακας 4: Εκτιμήσεις ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρώπη το 2003

Χώρα	Άτομα υπό θεραπεία μεθαδόνης σε εξειδικευμένες μονάδες	Άτομα υπό θεραπεία βουπρενορφίνης σε εξειδικευμένες μονάδες	Σύνολο ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης σε εξειδικευμένες μονάδες
Βέλγιο	1 922	48	1 970
Τσεχική Δημοκρατία	368	204	572
Δανία	4 971	484	5 455
Γερμανία	65 000	9 000	74 000
Εσθονία	60	13	73
Ελλάδα	2 018	275	2 293
Ισπανία	88 678	36	88 714
Γαλλία	15 000	13 000	28 000
Ιρλανδία ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Ιταλία	79 065	7 113	86 178
Κύπρος	0	0	0
Λετονία	67	0	67
Λιθουανία	332	μ.δ.	332
Λουξεμβούργο	133	10	143
Ουγγαρία	750	0	750
Μάλτα	698	0	698
Κάτω Χώρες	12 000	μ.δ.	12 000
Αυστρία ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Πολωνία	865	0	865
Πορτογαλία	9 765	2 743	12 508
Σλοβενία	1 909	0	1 909
Φινλανδία	170	430	600
Σουηδία	800	1 300	2 100
Ηνωμένο Βασίλειο	128 000	μ.δ.	128 000
Βουλγαρία	380	0	380
Ρουμανία	400	0	400
Νορβηγία	1 947	484	2 431
Σύνολο ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽³⁾

⁽¹⁾ Πρόκειται μάλλον για τον αριθμό των περιπτώσεων παρά για τον αριθμό των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία το συγκεκριμένο έτος.

⁽²⁾ Στην Αυστρία, περίπου 46 % των ατόμων υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με ουσίες άλλες εκτός της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης, οι οποίες προστέθηκαν για να προκύψει το ορθό σύνολο. Η αναλογική κατανομή βασίζεται σε πρώτες θεραπείες.

⁽³⁾ Το υψηλό σύνολο οφείλεται σε εκτιμώμενο αριθμό 2 950 ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με ουσίες άλλες εκτός της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης στην Αυστρία (κυρίως μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης).

⁽⁴⁾ μ.δ. = μη διαθέσιμα στοιχεία. Για τον υπολογισμό των συνόλων, τα «μη διαθέσιμα στοιχεία» έλαβαν την τιμή 0, και επομένως τα αριθμητικά στοιχεία που παρουσιάζονται είναι ελάχιστες τιμές.

Σημείωση: Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τη Σλοβακία και την Τουρκία.

Πηγή: Πρότυπος πίνακας για τη διαθεσιμότητα θεραπείας απεξάρτησης από τα ναρκωτικά.

υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης σε χώρους όπως το ιατρείο του γενικού ιατρού τους. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν επί του παρόντος αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με αυτές τις πτυχές της θεραπείας υποκατάστασης σε πολλά κράτη μέλη, και επομένως δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθούν συνολικά αριθμητικά στοιχεία για το σύνολο της ΕΕ.

Ωστόσο, ορισμένες χώρες διαθέτουν αξιόπιστα στοιχεία ή εκτιμήσεις σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης από γενικούς ιατρούς, προσθέτοντας με τον τρόπο αυτό σημαντικές πληροφορίες στις γενικές εκτιμήσεις των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης στην ΕΕ. Τα άτομα που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης με

μεθαδόνη μέσω του γενικού ιατρού τους το 2003 ανέρχονταν σε 8500 στη Γαλλία, 2682 στην Ιρλανδία, 851 στο Λουξεμβούργο και 930 στις Κάτω Χώρες. Επιπλέον, στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Γαλλία, 1 200 και 70 000 άτομα αντίστοιχα υποβάλλονταν σε θεραπεία με βουπρενορφίνη μέσω του γενικού ιατρού τους. Εκτιμάται ότι συνολικά 81 743 άτομα υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης από τον γενικό ιατρό τους στις πέντε αυτές χώρες. Λαμβάνοντας υπόψη ότι υπάρχουν περισσότερα από 450 000 άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης σε εξειδικευμένες μονάδες, ο συνολικός αριθμός των ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης υπερβαίνει πλέον το όριο του μισού εκατομμυρίου και υπολογίζεται σε περίπου 530 000. Και πάλι, καθώς οι πληροφορίες είναι ελλιπείς, ο αριθμός των 530 000 αποτελεί ελάχιστη εκτίμηση του αριθμού των τοξικομανών που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης.

Το επίπεδο διαθεσιμότητας θεραπείας υποκατάστασης διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών της ΕΕ των Δεκαπέντε και των νέων κρατών μελών και των υποψήφιων χωρών. Παρά το γεγονός ότι αντιπροσωπεύουν περισσότερο από 20 % του συνολικού πληθυσμού, τα νέα κράτη μέλη και οι υποψήφιες χώρες αντιπροσωπεύουν μόνον 1,3 % των ατόμων που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης (μη συμπεριλαμβανομένης της Τουρκίας, όπου δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη θεραπεία υποκατάστασης). Από τα νέα κράτη μέλη, μόνον δύο, η Τσεχική Δημοκρατία και η Σλοβενία, παρέχουν εκτιμήσεις σχετικά με την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, και στις δύο αυτές χώρες θεραπεία υποκατάστασης είναι διαθέσιμη για ποσοστό προβληματικών χρηστών ουσιών (16 και 26 % αντίστοιχα) καλύτερο από τον μέσο όρο της ΕΕ των Δεκαπέντε (35 %). Παρά την έλλειψη εκτιμήσεων για την επικράτηση της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών σε άλλα νέα κράτη μέλη και υποψήφιες χώρες, το επίπεδο της θεραπείας υποκατάστασης υστερεί σημαντικά σε σχέση με εκείνο στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε. Λαμβάνοντας υπόψη τον υψηλό κίνδυνο διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων σε ορισμένες χώρες και το ρόλο πρόληψης που μπορεί να διαδραματίσει η θεραπεία με ιατρική υποστήριξη για τον περιορισμό της διάδοσης αυτής (βλέπε, για παράδειγμα, UNODC, 2002), η κατάσταση εμπνέει ανησυχία.

Τα τελευταία χρόνια εμφανίσθηκαν δύο διαφορετικές τάσεις στη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη. Η πρώτη αποτελεί συνέχεια της τάσης για αυξημένη διαθεσιμότητα θεραπείας υποκατάστασης, μολονότι η αύξηση είναι πλέον λιγότερο έντονη. Επιπλέον, υπάρχει διαφοροποίηση στις παρεχόμενες ουσίες: για παράδειγμα, ο αριθμός των χωρών που αναφέρουν τη χρήση βουπρενορφίνης αυξήθηκε σε 14 το 2003 σε σχέση με έξι το 1999/2000.

Μια άλλη, μολονότι λιγότερο εμφανής, τάση αφορά την αυξημένη εμπλοκή γενικών ιατρών στην παροχή θεραπείας με ιατρική υποστήριξη. Η εμπλοκή γενικών ιατρών αναφέρθηκε μόνον σε τρία από τα 15 κράτη μέλη (Βέλγιο, Γαλλία, Ηνωμένο Βασίλειο) το 2000/01 (Solberg κ.ά., 2002), αλλά παρατηρείται σήμερα σε δέκα από τα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε (Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Αυστρία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο) καθώς και σε τρία από τα νέα κράτη μέλη (Τσεχική Δημοκρατία, Μάλτα και Σλοβενία).

Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα

Η θεραπεία χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών (στεγνά θεραπευτικά προγράμματα) περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για την επίτευξη μακρόχρονης αποχής από τα ναρκωτικά. Παραδοσιακά, τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα είναι εσωτερικής διαμονής και διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα, π.χ. σε θεραπευτικές κοινότητες. Σήμερα, χρησιμοποιούνται συχνά και την κοινότητα ως βάση.

Σε αντίθεση με τη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη, για την οποία υπάρχουν κεντρικά εθνικά αρχεία σε πολλά κράτη μέλη, τα αρχεία για τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα είναι σπάνια, όπως επίσης σπανίζουν τα αξιόπιστα, σαφή, ποσοτικά στοιχεία σχετικά με αυτή τη μέθοδο θεραπείας. Μολονότι δεν είναι δυνατόν να γίνει ακριβής σύγκριση με τη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη, οι αναφορές από τα κράτη μέλη δείχνουν ότι η θεραπεία με ιατρική υποστήριξη είναι η κύρια μορφή θεραπείας για τους προβληματικούς χρήστες οπιούχων στην πλειονότητα των κρατών μελών της ΕΕ και συνολικά σε επίπεδο ΕΕ. Ωστόσο, ορισμένες χώρες αναφέρουν μια γενική προτίμηση για τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα σε σχέση με τη θεραπεία με ιατρική υποστήριξη (Εσθονία, Κύπρος, Λιθουανία, Πολωνία και Φινλανδία). Σε ορισμένες χώρες, και συγκεκριμένα στην Ελλάδα, την Ισπανία και τη Νορβηγία, τα επίπεδα θεραπείας με ιατρική υποστήριξη και θεραπείας χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών φαίνεται να είναι παρόμοια.

Νέες εξελίξεις στη διασφάλιση ποιότητας

Αρκετές χώρες (Γερμανία, Αυστρία και Πορτογαλία) εξέδωσαν εγχειρίδια για το ιατρικό προσωπικό που παρέχει θεραπευτικές υπηρεσίες σχετικές με τα ναρκωτικά. Οι προσπάθειες στο πλαίσιο της στρατηγικής για τα ναρκωτικά της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου έδειξαν ότι, χάρη στις επενδύσεις σε διαθέσιμα κονδύλια, σε οργάνωση, σε παρακολούθηση και σε προσωπικό, οι λίστες αναμονής έγιναν μικρότερες και ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που απόκτησε πρόσβαση σε θεραπεία και παρέμεινε υπό θεραπεία αυξήθηκε. Στην Αγγλία, ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που ήρθαν σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες αυξήθηκε κατά 41 % το 2003/04 σε σχέση με το 1998/99, και ο χρόνος αναμονής μειώθηκε κατά τα δύο τρίτα από το 2001. Το 2003/04, 72 % των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία είτε είχε ολοκληρώσει επιτυχώς μια διαρθρωμένη θεραπεία είτε παρέμενε υπό θεραπεία, σε σύγκριση με 57 % το 2002/03 (NTA, 2004).

Οι χώροι στους οποίους παρέχεται θεραπεία χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών διαφέρουν σημαντικά. Σε μια ομάδα χωρών (Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Κύπρος, Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Πολωνία, Σλοβενία, Ηνωμένο Βασίλειο), η θεραπεία χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών των προβληματικών χρηστών οπιούχων πραγματοποιείται κυρίως σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής, ενώ μια μικρότερη ομάδα χωρών αναφέρει ότι χρησιμοποιούνται κυρίως κέντρα εσωτερικής παραμονής (Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία), και άλλες χώρες δεν εμφανίζουν σαφή προτίμηση (Σουηδία, Νορβηγία).

Κοινωνική επανένταξη

Ως κοινωνική επανένταξη νοείται «κάθε κοινωνική παρέμβαση με στόχο την ένταξη πρώην ή νυν προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα». Τρεις είναι οι άξονες της κοινωνικής επανένταξης: (1) στέγη· (2) εκπαίδευση· και (3) απασχόληση (συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης). Είναι επίσης δυνατό να χρησιμοποιούνται και άλλα μέτρα, όπως η συμβουλευτική και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Η κοινωνική επανένταξη αποτελεί λιγότερο καθιερωμένο μέθοδο αντιμετώπισης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από την προσέγγιση της θεραπείας και κατά συνέπεια είναι πιο αποσπασματική η παρακολούθηση και η υποβολή εκθέσεων στον τομέα αυτό. Ορισμένες χώρες αναφέρουν ποιοτικές αξιολογήσεις των προσπαθειών τους στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης· ωστόσο, καμία δεν αναφέρει καλή κάλυψη. Όλες οι χώρες που υποβάλλουν εκθέσεις (Εσθονία, Ιρλανδία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Ρουμανία, Σουηδία και Νορβηγία) εντοπίζουν αδυναμίες στις υπηρεσίες ή/και τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης που διαθέτουν. Εξαιρέση στον κανόνα αποτελεί η Ελλάδα, όπου υπάρχει ένα σχετικά ευρύ φάσμα προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης αλλά και αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των ανθρώπων που προσεγγίζουν.

Κατασχέσεις και πληροφορίες σχετικές με την αγορά ⁽¹⁶⁴⁾

Παραγωγή, διακίνηση και κατασχέσεις οπιούχων

Το Αφγανιστάν είναι με διαφορά η πρώτη προμηθευτρία χώρα παράνομου οπίου στον κόσμο, ιδίως αφότου οι συνολικές εκτάσεις καλλιέργειας της οπιούχου παπαρούνας αυξήθηκαν και πάλι το 2004. Η παγκόσμια παραγωγή παράνομου οπίου το 2004 εκτιμάται σε περίπου 4 850 τόνους (4 766 τόνους το 2003), εκ των οποίων 87 % προερχόταν από το Αφγανιστάν και 8 % από τη Μιανμάρ. Η παγκόσμια παραγωγή οπίου παρέμεινε σταθερή κατά την τελευταία πενταετία, με εξαίρεση το 2001, όταν η απαγόρευση της καλλιέργειας της οπιούχου παπαρούνας που επέβαλε το καθεστώς των Ταλιμπάν στο Αφγανιστάν είχε ως αποτέλεσμα εντυπωσιακή, αλλά βραχύβια, πτώση της παραγωγής. Η παγκόσμια δυνητική παρασκευή ηρωίνης εκτιμάται σε 485 τόνους το 2004 (477 τόνοι το 2003) (CND, 2005).

Η ηρωίνη που καταναλώνεται στην ΕΕ παρασκευάζεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν (ολοένα και περισσότερο) ή κατά μήκος των οδών διακίνησης του οπίου, ειδικότερα στην Τουρκία (UNODC, 2003α· INCB, 2005), και εισάγεται στην Ευρώπη από δύο σημαντικές οδούς διακίνησης. Η ιστορικά σημαντική βαλκανική οδός εξακολουθεί να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο

λαθρεμπόριο ηρωίνης. Η μεταφορά γίνεται μέσω Πακιστάν, Ιράν και Τουρκίας και στη συνέχεια η οδός χωρίζεται σε ένα νότιο παρακλάδι που διέρχεται την Ελλάδα, την πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας (πΓΔΜ), την Αλβανία, μέρος της Ιταλίας, τη Σερβία, το Μαυροβούνιο και τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, και σε ένα βόρειο παρακλάδι μέσω Βουλγαρίας, Ρουμανίας, Ουγγαρίας και Αυστρίας. Το Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB) (2005) ανέφερε ότι, το 2003, το βόρειο παρακλάδι της βαλκανικής οδού έγινε κυρίαρχο στη διακίνηση ηρωίνης. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η ηρωίνη εισάγεται λαθραία στην Ευρώπη ολοένα και συχνότερα από τον λεγόμενο «δρόμο του μεταξιού» μέσω της Κεντρικής Ασίας, της Κασπίας Θάλασσας και της Ρωσικής Ομοσπονδίας, της Λευκορωσίας ή της Ουκρανίας (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004· UNODC, 2003· CND, 2005· INCB, 2005). Μολονότι αυτές είναι οι σημαντικότερες οδοί, αρκετές χώρες της ανατολικής και της δυτικής Αφρικής και της αμερικανικής ηπείρου κατέσχεσαν ποσότητες ηρωίνης που προορίζονταν για την Ευρώπη το 2003 (CND, 2005· INCB, 2005).

Εκτός από την εισαγόμενη ηρωίνη, ορισμένες οπιοΐχου ουσίες παράγονται στην ΕΕ. Πρόκειται κυρίως για περιορισμένη παρασκευή προϊόντων παπαρούνας «κατ' οίκον» (π.χ. συμπεκνώματα παπαρούνας από το άλεσμα μίσχων και ανθέων παπαρούνας) σε ορισμένες ανατολικές χώρες της ΕΕ, όπως η Εσθονία, η Λεττονία και η Λιθουανία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004). Ειδικότερα, τα προϊόντα του είδους αυτού φαίνεται να έγιναν και πάλι δημοφιλή το 2003 στην Εσθονία.

Από άποψη όγκου, το 2003, η Ασία (56 %) και η Ευρώπη (34 %) εξακολούθησαν να αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της ηρωίνης που κατασχέθηκε παγκοσμίως. Το ποσοστό της Ευρώπης εμφάνισε αύξηση, ιδίως λόγω των αυξημένων κατασχέσεων ηρωίνης στις χώρες της ανατολικής και νοτιοανατολικής Ευρώπης (CND, 2005). Από το 1998, το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η χώρα της ΕΕ με τον μεγαλύτερο αριθμό και τη μεγαλύτερη ποσότητα κατασχέσεων ηρωίνης, ακολουθούμενο από την Ισπανία όσον αφορά τον αριθμό των κατασχέσεων και την Ιταλία όσον αφορά τις κατασχεθείσες ποσότητες ⁽¹⁶⁵⁾. Το 2002, το Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποίησε περίπου 30 % του συνολικού αριθμού κατασχέσεων ηρωίνης και των συνολικών κατασχεθεισών ποσοτήτων ηρωίνης στην ΕΕ.

Οι κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης ⁽¹⁶⁶⁾ στην ΕΕ εμφάνισαν γενικά αύξηση κατά την τελευταία πενταετία, και σταθεροποιήθηκαν το 2000-2002, ενώ, συνολικά, ο αριθμός των κατασχέσεων εμφάνισε μείωση κατά το ίδιο διάστημα. Σύμφωνα με τις τάσεις στις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, τόσο ο αριθμός των κατασχέσεων όσο και οι κατασχεθείσες ποσότητες ηρωίνης στην ΕΕ φαίνεται να μειώθηκαν το 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁴⁾ Βλέπε «Ερμηνεία των κατασχέσεων και των σχετικών με την αγορά στοιχείων», σ. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Η κατάσταση αυτή πρέπει να επανεξετασθεί όταν θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία του 2003. Δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης το 2003 για την Ιταλία, την Κύπρο, τις Κάτω Χώρες και τη Ρουμανία· δεν υπήρχαν στοιχεία τόσο για τον αριθμό των κατασχέσεων ηρωίνης όσο και για τις ποσότητες ηρωίνης που κατασχέθηκαν το 2003 για την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽¹⁶⁶⁾ Βλέπε πίνακα SZR-4 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Βλέπε πίνακα SZR-3 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Κατασχέσεις φαιντανύλης και μεθυλφαιντανύλης – συνθετικών οπιούχων που είναι έως 100 φορές ισχυρότερα από την ηρωίνη— αναφέρθηκαν και πάλι το 2003 στην Εσθονία, ενώ η Λεττονία ανέφερε την πρώτη κατάσχεση 3-μεθυλφαιντανύλης το 2003 και η Αυστρία την πρώτη κατάσχεση φαιντανύλης τον Ιανουάριο του 2004. Στην Εσθονία, η κακή ποιότητα της διαθέσιμης ηρωίνης στην τοπική αγορά αντισταθμίσθηκε από το 2002 με την εισαγωγή των δύο αυτών συνθετικών οπιούχων, με τις ονομασίες «λευκή κινεζική», «λευκή περσική» ή «συνθετική ηρωίνη» (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox, 2004).

Μολονότι το ΕΚΠΝΤ δεν συγκεντρώνει συστηματικά στοιχεία σχετικά με τις κατασχέσεις βενζοδιαζεπινών, που χρησιμοποιούνται συχνά ως υποκατάστατες ουσίες από τους χρήστες ηρωίνης, η Ισπανία, η Λιθουανία, η Σουηδία και η Νορβηγία ανέφεραν ότι προέβησαν σε τέτοιου είδους κατασχέσεις (ιδίως Rohypnol) το 2003.

Βουπρενορφίνη: θεραπεία, κατάχρηση και πρακτικές συνταγογράφησης, στην Ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2005: επιλεγμένα θέματα

Κατά την τελευταία δεκαετία, η βουπρενορφίνη διατίθεται ολοένα και περισσότερο στην Ευρώπη ως εναλλακτική λύση αντί της μεθαδόνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιούχα. Η βουπρενορφίνη αναπτύχθηκε καταρχάς ως αναλγητικό και η χρήση της προτάθηκε για τη θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιούχα στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Περιγράφεται η χρήση της βουπρενορφίνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιούχα στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε και η διάδοσή της στις χώρες αυτές και στα νέα κράτη μέλη.

Γίνεται σύγκριση της βουπρενορφίνης και της μεθαδόνης από την άποψη της αποτελεσματικότητας και του κόστους. Περιγράφεται η παροχή θεραπείας με βουπρενορφίνη στην Ευρώπη και γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των κρατών μελών στα οποία η βουπρενορφίνη είναι η κύρια ουσία που χρησιμοποιείται στη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα και κρατών στα οποία η θεραπεία με ιατρική υποστήριξη πραγματοποιείται κυρίως με μεθαδόνη. Ένα από τα συμπεράσματα είναι ότι περίπου 20 % των ατόμων υπό θεραπεία με ιατρική υποστήριξη στην ΕΕ σήμερα λαμβάνει βουπρενορφίνη, μολονότι η πλειονότητα των ατόμων αυτών βρίσκεται σε μία μόνο χώρα (Γαλλία). Γενικά, η βουπρενορφίνη έχει διαδοθεί σε πολλές χώρες, αλλά ο αριθμός των υπό θεραπεία ατόμων που κάνουν

Τιμή και καθαρότητα της ηρωίνης

Στην Ευρώπη, η ηρωίνη εμφανίζεται με δύο μορφές: τη συνηθέστερα διαθέσιμη καφέ ηρωίνη (βάση ηρωίνης) και τη λιγότερο συνηθισμένη και πιο ακριβή λευκή ηρωίνη (άλας), που συνήθως προέρχεται από τη Νοτιοανατολική Ασία. Το 2003, στην ΕΕ, η μέση τιμή της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» αναφέρθηκε ότι κυμαινόταν μεταξύ 27 EUR ανά γραμμάριο στο Βέλγιο και 144 EUR ανά γραμμάριο στη Σουηδία, ενώ η τιμή της λευκής ηρωίνης κυμαινόταν από 25 EUR (Σλοβακία) έως 216 EUR (Σουηδία) ανά γραμμάριο⁽¹⁶⁸⁾. Η διαφορά στην τιμή είναι πιθανό να απηχεί την καθαρότητα της πωλούμενης ουσίας.

Το 2003, η μέση καθαρότητα της καφέ ηρωίνης «στο δρόμο» στην ΕΕ κυμαινόταν από 6 % στην Αυστρία έως 40 % στη Μάλτα. Στοιχεία για την καθαρότητα της λευκής ηρωίνης ανέφεραν μόνον μερικές χώρες⁽¹⁶⁹⁾: κυμαινόταν κατά μέσο από 6 % στη Φινλανδία έως 70 % στη Νορβηγία⁽¹⁷⁰⁾.

χρήση της παραμένει περιορισμένος στα περισσότερα κράτη μέλη.

Η βουπρενορφίνη εξετάζεται από την άποψη της δυνητικής κατάχρησης. Από τις πρώτες ενδείξεις προκύπτει ότι κατάχρηση της βουπρενορφίνης επικρατεί σε λιγότερες μόνον χώρες και είναι ασυνήθιστη αλλού. Αναφέρονται ορισμένα στοιχεία που συνδέουν την κατάχρηση βουπρενορφίνης με συγκεκριμένους πληθυσμούς ή ηλικιακές κατηγορίες ή που επιχειρούν να προσδιορίσουν συγκεκριμένες ομάδες ατόμων που κάνουν κατάχρηση βουπρενορφίνης. Μολονότι οι θάνατοι που οφείλονται σε κατάχρηση βουπρενορφίνης είναι πολύ σπάνιοι, η επιστημονική βιβλιογραφία και ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες αναφέρουν μερικούς θανάτους. Γίνεται σύγκριση των αναφορών θανάτων που συνδέονται με την κατάχρηση βουπρενορφίνης με τις αναφορές θανάτων που συνδέονται με την κατάχρηση μεθαδόνης.

Το επιλεγμένο θέμα εξαγεί συμπεράσματα σχετικά με τα σχετικά πλεονεκτήματα της βουπρενορφίνης και της μεθαδόνης για τη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα. Η βουπρενορφίνη θεωρείται ότι συνιστά μια ευκαιρία ώστε η θεραπεία με ιατρική παρακολούθηση να γίνει ευρύτερα διαδεδομένη και ευκολότερα προσπελάσιμη.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα («Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues.*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Βλέπε πίνακα PPP-2 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Βλέπε πίνακα PPP-6 (μέρος i) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Μικρός αριθμός δειγμάτων για τη Νορβηγία (n = 8).



Κεφάλαιο 7

Εγκληματικότητα και φυλάκιση

Εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Η εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά αφορά εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια ναρκωτικών· εγκλήματα που διαπράττονται για την εξασφάλιση χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών· εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών και εγκλήματα που διαπράττονται κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών. Συστηματικά στοιχεία είναι διαθέσιμα στην ΕΕ μόνον για την τελευταία κατηγορία εγκλημάτων – τα εγκλήματα που διαπράττονται κατά παράβαση των νόμων περί ναρκωτικών.

Οι «αναφορές»⁽¹⁷¹⁾ αδικημάτων που εμπíπτουν στην εθνική νομοθεσία περί ναρκωτικών απηχούν τις διαφορές στη νομοθεσία αλλά και τους διάφορους τρόπους με τους οποίους επιβάλλεται και εφαρμόζεται η νομοθεσία, καθώς και τις προτεραιότητες και τους πόρους που διατίθενται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αδικημάτων από τις αρχές της ποινικής δικαιοσύνης. Επίσης, τα συστήματα πληροφοριών σχετικά με αδικήματα της νομοθεσίας περί ναρκωτικών ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, ιδίως όσον αφορά τις διαδικασίες καταγραφής και αναφοράς, δηλαδή ποια στοιχεία καταγράφονται τότε και με ποιο τρόπο. Οι διαφορές αυτές καθιστούν δυσχερή τη διενέργεια συγκρίσεων μεταξύ των χωρών της ΕΕ.

Στο διάστημα 1998-2003, ο αριθμός των «αναφορών» αδικημάτων που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Η αύξηση αυτή ήταν ιδιαίτερα αξιοσημείωτη (αύξηση κατά 100 % ή και περισσότερο) στην Εσθονία και την Πολωνία. Ωστόσο, οι «αναφορές» αδικημάτων που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών μειώθηκαν το 2003 στο Βέλγιο, την Ισπανία, την Ιταλία (από το 2001), την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Αυστρία και τη Σλοβενία (από το 2002)⁽¹⁷²⁾.

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ η πλειονότητα των αδικημάτων που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών εξακολουθεί να σχετίζεται με τη χρήση ή την κατοχή για χρήση ναρκωτικών⁽¹⁷³⁾, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 39 % επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στην Πολωνία έως 87 % στην

Χρήση ναρκωτικών και εγκληματικότητα: μερικά στοιχεία

Σε έρευνα που διενεργήθηκε το 2004 στην Τσεχική Δημοκρατία, οι αστυνομικοί των περιφερειακών αρχηγείων της αστυνομίας εκτίμησαν ότι περίπου 40 % των κοινών κλοπών και περίπου 30 % των διαρρήξεων διαπράχθηκαν με σκοπό την αγορά ναρκωτικών. Στην ίδια χώρα, τα συστηματικά στοιχεία για την καταγεγραμμένη εγκληματικότητα έδειξαν ότι, το 2003, 0,7 % του συνόλου των αδικημάτων διαπράχθηκαν από δράστες που τελούσαν υπό την επήρεια ναρκωτικών ή ψυχοτρόπων ουσιών (εκτός αλκοόλ) (εθνική έκθεση Τσεχικής Δημοκρατίας).

Στη Φινλανδία, στο διάστημα 2000-2003, το ποσοστό των ανθρωποκτονιών και των επιθέσεων που διαπράχθηκαν από δράστες υπό την επήρεια παράνομων ναρκωτικών ήταν πολύ χαμηλότερο από το ποσοστό εκείνων που διαπράχθηκαν από δράστες υπό την επήρεια αλκοόλ (6 % σε σύγκριση με 64 % για τις ανθρωποκτονίες και 2 % σε σύγκριση με 71 % για τις επιθέσεις) (Lehti και Κίνινουοϊ-αναφορά στην εθνική έκθεση της Φινλανδίας). Μολονότι η παρουσία ναρκωτικών στα αδικήματα που αφορούν ληστείες φαίνεται να αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία, η παρουσία αλκοόλ σε αδικήματα που αφορούν ληστείες είναι ακόμη πιο συνηθισμένο φαινόμενο (43 % των αδικημάτων που αφορούν ληστείες συνδέονται με το αλκοόλ σε σύγκριση με 9 % που συνδέονται με ναρκωτικά).

Στη Γερμανία, τα «άμεσα οικονομικά παρορμητικά εγκλήματα» –αξιόποινες πράξεις που διαπράττονται για την απόκτηση ναρκωτικών ή υποκατάστατων ή εναλλακτικών ουσιών– μειώθηκαν το 2003 σε 2 568 περιπτώσεις, εκ των οποίων άνω του 70 % συνδέονταν με την παραποίηση συνταγών ή την κλοπή εντύπων συνταγογράφησης (ΒΚΑ, 2004).

Στη Λεττονία, συστηματικά στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών έδειξαν ότι 2,8 % του συνόλου των εγκλημάτων που διερευνήθηκαν το 2003 (3,1 % το 2002) διαπράχθηκαν από δράστες υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών (εθνική έκθεση Λεττονίας).

⁽¹⁷¹⁾ Ο όρος «αναφορές» για αδικήματα που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών τίθεται εντός εισαγωγικών γιατί καλύπτει διαφορετικές έννοιες στις διάφορες χώρες (αναφορές της αστυνομίας για ύποπτους παραβάτες της νομοθεσίας περί ναρκωτικών, απαγγελία κατηγοριών για αδικήματα που εμπíπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών κλπ.). Για τον ακριβή ορισμό για κάθε χώρα ανατρέξτε στις μεθοδολογικές σημειώσεις σχετικά με τους ορισμούς των «αναφορών» για αδικήματα που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. (Έως το 2001 στις ετήσιες εκθέσεις χρησιμοποιούνταν ο όρος «συλλήψεις».)

⁽¹⁷²⁾ Βλέπε πίνακα DLO-1 (μέρος ι) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005. Στοιχεία για «αναφορές» για αδικήματα που εμπíπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών το 2003 δεν ήταν διαθέσιμα για τη Δανία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, τη Λεττονία, τη Σλοβακία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽¹⁷³⁾ Βλέπε πίνακα DLO-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην Τσεχική Δημοκρατία και το Λουξεμβούργο, 91 και 46 %, αντίστοιχα, των αδικημάτων που εμπíπουν στο νόμο περί ναρκωτικών αφορά εμπορία ή διακίνηση ναρκωτικών, ενώ στην Ιταλία και την Ισπανία—όπου η χρήση και η κατοχή για χρήση ναρκωτικών δεν αποτελούν ποινικά αδικήματα—όλα τα αδικήματα περί ναρκωτικών αφορούν την εμπορία και τη διακίνησή τους. Τέλος, στην Πορτογαλία ⁽¹⁷⁴⁾ και τη Νορβηγία ⁽¹⁷⁵⁾, 59 % των αδικημάτων αφορά τόσο χρήση/εμπορία ναρκωτικών όσο και διακίνηση.

Σε όλες τις χώρες για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με εξαίρεση την Πορτογαλία, το ποσοστό των αδικημάτων που αφορούν χρήση/κατοχή για χρήση ναρκωτικών επί του συνόλου των αδικημάτων που εμπíπουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών αυξήθηκε κατά την πενταετία 1998-2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Ο ρυθμός αύξησης ήταν σε γενικές γραμμές αργός, με τις σημαντικότερες ανοδικές τάσεις να καταγράφονται στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο και τη Σλοβενία, και στην Ιρλανδία έως το 2001. Στην Πορτογαλία, το ποσοστό των αδικημάτων που συνδέονται με τη χρήση άρχισε να παρουσιάζει μείωση το 2000, ένα χρόνο πριν από την αποποινικοποίηση (τον Ιούλιο του 2001) της χρήσης και της κατοχής για χρήση ναρκωτικών ⁽¹⁷⁷⁾. Το 2003, μειώσεις αναφέρθηκαν στην Τσεχική Δημοκρατία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία και τη Σλοβενία.

Στα περισσότερα κράτη μέλη, η κάνναβη εξακολουθεί να αποτελεί το παράνομο ναρκωτικό που αφορούν συχνότερα τα αναφερόμενα αδικήματα περί τα ναρκωτικά ⁽¹⁷⁸⁾. Στις χώρες όπου συμβαίνει αυτό, τα αδικήματα που σχετίζονται με την κάνναβη αντιπροσωπεύουν το 2003 από 39 % (Ιταλία) έως 87 % (Γαλλία) του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά. Στις Κάτω Χώρες τα περισσότερα αδικήματα περί τα ναρκωτικά σχετίζονται με τα «σκληρά ναρκωτικά» ⁽¹⁷⁹⁾ (58 %), ενώ στην Τσεχική Δημοκρατία η πλειονότητα των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά αφορούν αμφεταμίνες (48 %). Η σχετική αναλογία των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά σε σχέση με συγκεκριμένα ναρκωτικά επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται οι επιχειρησιακές προτεραιότητες των υπηρεσιών επιβολής του νόμου και οι ρητές ή μη αποφάσεις στρατηγικής για την πολλαπλή αντιμετώπιση διαφορετικών ειδών αδικημάτων περί τα ναρκωτικά.

Από το 1998, το ποσοστό των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά που αφορά την κάνναβη ⁽¹⁸⁰⁾ αυξάνει στη Γερμανία, στην Ισπανία, στη Γαλλία, στην Ιρλανδία, στη Λιθουανία, στο Λουξεμβούργο, στη Μάλτα και την Πορτογαλία, ενώ παραμένει γενικά στα ίδια επίπεδα στο Βέλγιο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στις Κάτω Χώρες, στη Σλοβενία, στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και μειώνεται στην Ιταλία και την Αυστρία ⁽¹⁸¹⁾.

Το ίδιο διάστημα, το ποσοστό των αδικημάτων που σχετίζονται με την ηρωίνη παρουσίασε μείωση σε όλες τις χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, με εξαίρεση την Αυστρία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου παρουσίασε αύξηση ⁽¹⁸²⁾. Αντίστροφη είναι η τάση που παρατηρείται σε σχέση με τα αδικήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη, τα οποία παρουσίασαν αύξηση, ως ποσοστό επί του συνόλου των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά, από το 1998 σε όλες τις χώρες που παρέχουν στοιχεία, με εξαίρεση τη Γερμανία, που ανέφερε πτωτικές τάσεις ⁽¹⁸³⁾.

Χρήστες ναρκωτικών και φυλακή

Κρατούμενοι χρήστες ναρκωτικών

Οι τακτικές πληροφορίες που είναι διαθέσιμες σε εθνικό επίπεδο σχετικά με το είδος και τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών στους κρατούμενους είναι σπάνιες και αποσπασματικές. Τα περισσότερα από τα στοιχεία που διατίθενται στην ΕΕ προέρχονται από ειδικές μελέτες με τη χρήση δειγμάτων κρατούμενων που ποικίλλουν ως προς το μέγεθος, και είναι πολύ δύσκολο να γίνει παρέκταση των αποτελεσμάτων τους (και των τάσεων).

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι χρήστες ναρκωτικών υπερ-εκπροσωπούνται στον πληθυσμό των φυλακών. Στις περισσότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην ΕΕ, η επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή στους κρατούμενους αναφέρεται ότι ξεπερνά το 50%. ωστόσο, ποικίλλει σημαντικά, από 22 έως 86 %, μεταξύ πληθυσμών κρατούμενων, σωφρονιστικών ιδρυμάτων και χωρών ⁽¹⁸⁴⁾. Στην ΕΕ, η επικράτηση της συστηματικής χρήσης ναρκωτικών ή της εξάρτησης πριν από τη φυλάκιση κυμαίνεται από 8 έως 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

⁽¹⁷⁴⁾ Στην Πορτογαλία, τα λοιπά αδικήματα περί ναρκωτικών συνδέονται με «εμπορία/διακίνηση ναρκωτικών», καθώς η χρήση/κατοχή ναρκωτικών για χρήση αποποινικοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ Στη Νορβηγία, δεν γίνεται διάκριση μεταξύ «εμπορίας/διακίνησης ναρκωτικών» και «χρήσης/εμπορίας και διακίνησης ναρκωτικών». Επομένως, τα λοιπά αδικήματα που εμπíπουν στο νόμο περί ναρκωτικών αφορούν μόνον τη «χρήση ναρκωτικών».

⁽¹⁷⁶⁾ Βλέπε πίνακα DLO-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ Ο νόμος για την αποποινικοποίηση της χρήσης και της κατοχής για χρήση ναρκωτικών εγκρίθηκε τον Νοέμβριο του 2000 και τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Βλέπε πίνακα DLO-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ Στις Κάτω Χώρες, τα «σκληρά ναρκωτικά» ορίζονται ως ναρκωτικά τα οποία εγκυμονούν अपαράδεκτους κινδύνους για την υγεία δημόσια, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η έκσταση και το LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Οι ακόλουθες χώρες παρείχαν στοιχεία για την κατανομή των αδικημάτων περί τα ναρκωτικά ανά ναρκωτικό σε βάθος χρόνου: Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία, Μάλτα, Κάτω Χώρες (μόνον για τα «μαλακά ναρκωτικά»/την κάνναβη και τα «σκληρά ναρκωτικά»), Αυστρία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο.

⁽¹⁸¹⁾ Βλέπε πίνακα DLO-5 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸²⁾ Βλέπε πίνακα DLO-6 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸³⁾ Βλέπε πίνακα DLO-7 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Βλέπε πίνακα DUP-1 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Βλέπε πίνακα DUP-5 (παράρτημα) στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών μειώνει ή σταματά τη χρήση ναρκωτικών κατά την έναρξη της φυλάκισης. Όμως, πολλοί κρατούμενοι συνεχίζουν τη χρήση και ορισμένοι αρχίζουν να κάνουν χρήση (ή/και να κάνουν ενέσιμη χρήση) κατά τη διάρκεια της κράτησής τους. Οι διαθέσιμες μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό 8-60 % αναφέρει ότι έκανε χρήση ναρκωτικών στη φυλακή και 10-42 % αναφέρει συστηματική χρήση ναρκωτικών ⁽¹⁸⁶⁾.

Η επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη ζωή των κρατουμένων κυμαίνεται σύμφωνα με τα αναφερόμενα στοιχεία μεταξύ 15 και 50 %. ωστόσο, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ποσοστά που ξεκινούν από 1 % και φθάνουν έως και 69 %. Στις περιπτώσεις που υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία (Αυστρία 1999, Αγγλία και Ουαλία 1997/98), προκύπτει ότι οι νεαροί παραβάτες είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν ενέσιμη χρήση σε σχέση με τους ενήλικες και ότι στον πληθυσμό των κρατουμένων οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν ενέσιμη χρήση σε σχέση με τους άνδρες ⁽¹⁸⁷⁾. Βάσει διαφόρων μελετών που πραγματοποιήθηκαν στην ΕΕ, οι Bird και Rotily (2002) απέδειξαν ότι περίπου το ένα τρίτο των ενήλικων ανδρών κρατουμένων κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών. Σύμφωνα με στοιχεία που παρείχαν τα εστιακά σημεία του δικτύου Reitox, ποσοστό 0,2 έως 34 % των κρατουμένων ⁽¹⁸⁸⁾ κάνει ενέσιμη χρήση ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της κράτησής του. Δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης σε αποστειρωμένα σύνεργα ενέσιμης χρήσης και με τα προβλήματα υγιεινής που δημιουργεί η πρακτική της κοινής χρήσης των συνεργών από τους κρατούμενους καθώς και σχετικά με το ενδεχόμενο της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων.

Παροχή συνδρομής και θεραπείας στους κρατούμενους χρήστες ναρκωτικών

Σε όλα τα κράτη μέλη και τις υποψήφιες χώρες, υπάρχουν κάποιου είδους συστήματα που διασφαλίζουν τη διαθεσιμότητα συνδρομής στους κρατούμενους χρήστες ναρκωτικών, μολοντί υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ποικιλία των υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητά τους. Αξιοσημείωτη τάση είναι η αυξανόμενη αναγνώριση του γεγονότος ότι οι κρατούμενοι έχουν τα ίδια δικαιώματα με τον υπόλοιπο πληθυσμό όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συνδρομής και θεραπείας στους χρήστες ναρκωτικών (Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης της ΠΟΥ, 2002· εθνικές εκθέσεις Ιρλανδίας, Λιθουανίας και Φινλανδίας). Στις υπηρεσίες που πρέπει να είναι διαθέσιμες για τους κρατούμενους συγκαταλέγονται οι στρατηγικές πρόληψης, συμπεριλαμβανομένων στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων, θεραπειών αποτοξίνωσης, θεραπειών με μεθαδόνη και άλλες ουσίες, συμβουλευτικής και εκπαίδευσης.

Ωστόσο, οι χώρες αναφέρουν διάφορα προβλήματα όσον αφορά την παροχή κατάλληλης συνδρομής. Για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών είναι επισφαλής στην Εσθονία· δεν υπάρχουν συγκεκριμένες

υπηρεσίες για τους χρήστες ναρκωτικών στη Λεττονία· στην Πολωνία, οι λίστες για υποβολή σε θεραπεία είναι μακριές· η Σουηδία αναφέρει συνωστισμό στα σωφρονιστικά ιδρύματα και μειωμένα επίπεδα σωφρονιστικού προσωπικού· και, στη Ρουμανία, δεν υπάρχει κατάλληλη νομοθεσία. Στην Κύπρο, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σύστημα υποστήριξης για τους κρατούμενους χρήστες ναρκωτικών, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα πρόληψης.

Οι δραστηριότητες εκπαίδευσης και κατάρτισης αποτελούν γενικές στρατηγικές πρόληψης. Στις περισσότερες χώρες της ΕΕ και τις υποψήφιες χώρες, τέτοιου είδους δραστηριότητες υλοποιούνται τόσο για τους κρατούμενους χρήστες ναρκωτικών όσο και για το προσωπικό των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Στις χώρες που αναφέρουν τέτοιου είδους δραστηριότητες συγκαταλέγονται η Εσθονία, η Ισπανία, η Κύπρος, η Ουγγαρία, η Ρουμανία και η Σλοβενία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox).

Ένα άλλο προληπτικό μέτρο είναι η καθιέρωση εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων μονάδων όπου δεν γίνεται χρήση ναρκωτικών. Η συμμετοχή είναι εθελοντική, συνήθως κατόπιν υπογραφής από τους κρατούμενους χρήστες ναρκωτικών μιας γραπτής δήλωσης αποδοχής ορισμένων όρων, όπως για παράδειγμα, περιοδικές εξετάσεις ούρων. Τέτοιες μονάδες υπάρχουν σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε. Στα «νέα» κράτη μέλη, έχουν καθιερωθεί μονάδες όπου δεν γίνεται χρήση ναρκωτικών στις περισσότερες χώρες. Η αξιολόγηση μιας μονάδας στην οποία δεν γίνεται χρήση ναρκωτικών σε ένα σωφρονιστικό ίδρυμα στην Αυστρία έδειξε ότι οι κρατούμενοι που αποφυλακίσθηκαν από τη συγκεκριμένη μονάδα καταδικάσθηκαν εκ νέου πολύ λιγότερο συχνά από τους κρατούμενους που αποφυλακίσθηκαν από άλλες μονάδες του σωφρονιστικού ιδρύματος (35 % σε σύγκριση με 62 %).

Η συνθηθέστερη μορφή θεραπείας στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι τα στεγνά προγράμματα θεραπείας, τα οποία υπάρχουν σε όλα τα κράτη μέλη (με εξαίρεση την Κύπρο και τη Λεττονία), μολοντί η διαθεσιμότητα ποικίλλει. Θεραπευτικά κέντρα εντός της κοινότητας παρέχουν στήριξη και θεραπεία καθώς και παρεπόμενη περίθαλψη σε πολλές χώρες, π.χ. Βέλγιο, Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο και Ηνωμένο Βασίλειο.

Στις περισσότερες χώρες, η διαθεσιμότητα θεραπείας συντήρησης υποκατάστασης εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων δεν είναι ίδια με τη διαθεσιμότητα εκτός σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Η θεραπεία συντήρησης είναι διαθέσιμη μόνον στην Ισπανία, όπου 18 % του συνολικού πληθυσμού των κρατουμένων, ή 82 % των κρατουμένων που είναι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών, υποβάλλεται σε τέτοιου είδους θεραπεία. Το Λουξεμβούργο διαθέτει επίσης υψηλή κάλυψη. Στις χώρες που αναφέρουν σημαντικές αυξήσεις στη διαθεσιμότητα θεραπείας με ιατρική υποστήριξη συγκαταλέγονται η Γαλλία, κυρίως με τη χρήση βουπρενορφίνης, και η

⁽¹⁸⁶⁾ Βλέπε πίνακα DUP-3 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸⁷⁾ Βλέπε πίνακα DUP-2 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Βλέπε πίνακα DUP-4 στο Δελτίο στατιστικών στοιχείων 2005.

Ιρλανδία (εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox). Στις Κάτω Χώρες, θεραπεία με ιατρική υποστήριξη είναι διαθέσιμη μόνον για κρατούμενους με βραχεία ποινή φυλάκισης που έκαναν χρήση μεθαδόνης πριν οδηγηθούν στο σωφρονιστικό ίδρυμα, ενώ στην Πολωνία το πρώτο πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη εφαρμόστηκε σε 14 άτομα σε σωφρονιστικό ίδρυμα προσωρινής κράτησης.

Νέες εξελίξεις όσον αφορά την καταπολέμηση της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων στις φυλακές

Στην Εσθονία, η κατάσταση όσον αφορά την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού HIV βελτιώθηκε το 2003. Ο αριθμός των εξετάσεων για κύρια διάγνωση του ιού HIV αυξήθηκε 2,6 φορές σε σύγκριση με το 2002, μολονότι ο αριθμός

των θετικών εξετάσεων σημείωσε μικρή μόνον αύξηση. Επίσης αυξήθηκε ο αριθμός και βελτιώθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών συμβουλευτικής πριν από και μετά τις εξετάσεις. Στη Ρουμανία, προγράμματα με στόχο την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού HIV/AIDS στα σωφρονιστικά ιδρύματα και στους κρατούμενους αναπτύχθηκαν σε συνεργασία με ορισμένες διεθνείς μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ).

Η Ισπανία είναι η μόνη χώρα που εφαρμόζει συστηματικά προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων στα σωφρονιστικά ιδρύματα. Το 2003, στο πλαίσιο των προγραμμάτων αυτών διανεμήθηκαν συνολικά 18 260 σύριγγες. Εφαρμογή παρόμοιων προγραμμάτων δεν προβλέπεται σε άλλα κράτη μέλη και υποψήφιες χώρες.

Εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης: στόχευση των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών που παραβιάζουν το νόμο στην ΕΕ, στην Ετήσια έκθεση του ΕΚΠΝΤ για το 2005: επιλεγμένα θέματα

Τα σωφρονιστικά ιδρύματα συνιστούν ένα ιδιαίτερα επιζήμιο περιβάλλον για τους προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών και υπάρχει ευρεία πολιτική συναίνεση επί της αρχής της θεραπείας ως εναλλακτικής λύσης αντί της φυλάκισης. Οι εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης που είναι δυνατόν να παρέχονται στους παραβάτες του νόμου που κάνουν χρήση ναρκωτικών καλύπτουν ένα φάσμα κυρώσεων που ενδέχεται να αναβάλλουν, να αποφεύγουν, να αντικαθιστούν ή να συμπληρώνουν τις ποινές φυλάκισης για τους χρήστες ναρκωτικών που διέπραξαν ένα αδίκημα το οποίο κανονικά τιμωρείται με ποινή φυλάκισης από την εθνική νομοθεσία. Το επιλεγμένο θέμα επικεντρώνεται στα μέτρα που περιλαμβάνουν ένα σκέλος που συνδέεται με τη θεραπεία απεξάρτησης.

Από τη δεκαετία του 1960, συμφωνίες, στρατηγικές και σχέδια δράσης των Ηνωμένων Εθνών και της ΕΕ επαναβεβαίωσαν συχνά και ενίσχυσαν την αρχή της παροχής θεραπείας, εκπαίδευσης και αποκατάστασης ως εναλλακτικής λύσης αντί της καταδίκης και της τιμώριας για τα αδικήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Αυτό μετουσιώθηκε σε εθνική νομοθεσία στα κράτη μέλη της ΕΕ, με ανάλογες προσαρμογές στα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης καθώς και στα συστήματα υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Οι νεαροί χρήστες ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο ενδεχόμενο να εμπλακούν σε έναν φαύλο κύκλο ναρκωτικών και εγκληματικότητας, και υπάρχει ιδιαίτερη αποφασιστικότητα για την αποφυγή της φυλάκισης των νεαρών παραβατών του νόμου.

Η εφαρμογή εναλλακτικών μέτρων αντί της φυλάκισης προσκρούει, ωστόσο, σε ορισμένες δυσκολίες λόγω των διαφορετικών εμπλεκόμενων διοικητικών συστημάτων και των διαφορετικών αρχών που τα διέπουν. Καταβάλλονται προσπάθειες για τη γεφύρωση της διαφοράς μεταξύ των δικαιωμάτων συστημάτων και των συστημάτων υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών μέσω δομών και

πρωτοβουλιών συντονισμού, δηλαδή συντονισμού μεταξύ της αστυνομίας, των δικαστηρίων, των σωφρονιστικών ιδρυμάτων και των υπηρεσιών θεραπείας απεξάρτησης. Συχνά, οι άτυποι μηχανισμοί συνεργασίας σε τοπικό επίπεδο αποτέλεσαν το πρώτο βήμα για πιο σταθερές θεσμοθετημένες μορφές συνεργασίας.

Η προσφυγή σε εναλλακτικές λύσεις αντί της φυλάκισης αυξήθηκε κατά τις τελευταίες δεκαετίες στα κράτη μέλη της ΕΕ των Δεκαπέντε, και μάλιστα έμεινε στάσιμη πρόσφατα σε ορισμένα εξ αυτών, ενώ στα «νέα» κράτη μέλη η νομοθετική καθιέρωση και η υλοποίηση εναλλακτικών λύσεων άρχισε αργότερα. Συνήθως, το γενικό σύστημα θεραπείας καλείται να διασφαλίσει τη θεραπεία παραβατών που είναι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών. Στις περισσότερες χώρες, η θεραπεία παρέχεται συνήθως σε κέντρα εσωτερικής διαμονής, αλλά υπάρχει επίσης η δυνατότητα ένταξης σε προγράμματα θεραπείας εξωτερικής παραμονής.

Οι ευρωπαϊκές μελέτες αξιολόγησης της θεραπείας ως εναλλακτικής λύσης αντί της φυλάκισης είναι σπάνιες και δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Ωστόσο, σε συμφωνία με το αποτέλεσμα άλλων ερευνών για τη θεραπεία, η παραμονή σε προγράμματα θεραπείας αποδεικνύεται κρίσιμος δείκτης για την επιτυχία, ενώ τα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των εναλλακτικών λύσεων αντί της φυλάκισης. Τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι για την επιτυχία της θεραπείας σημασία έχει η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας και όχι η πορεία που ακολουθεί ο ενδιαφερόμενος για να ξεκινήσει θεραπεία. Η θεραπεία ως εναλλακτική λύση αντί της φυλάκισης φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν οι τοξικομανείς έχουν κίνητρο για τη θεραπεία και όταν οι εγκαταστάσεις περιθάλψης ακολουθούν ορθά κλινικά πρότυπα και διαθέτουν επαρκές και ικανό προσωπικό.

Αυτό το επιλεγμένο θέμα είναι διαθέσιμο σε έντυπη μορφή και στο Διαδίκτυο μόνον στην αγγλική γλώσσα («Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues.*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Παραπομπές

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Λονδίνο.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Λονδίνο.
- Ashton, M. (2003), «The American STAR comes to England», *Drug and Alcohol Findings* 8, σσ. 21-6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M., κ.ά. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6η διάσκεψη Ευροπαδ, Παρίσι.
- Becoña, E. (2002), *Bases científicas de la Prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Μαδρίτη.
- Bird, S., και Rotily, M. (2002), «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates: behavioural risks – results from European prisons», *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A., και Aavitsland, P. (2005), «Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities», *Eurosurveillance weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), «Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors», *Addictive behaviours* 25, σσ. 887-97.
- Bovenkerk, F. και Hogewind, W.I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Ουτρέχτη.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., κ.ά. (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction*, υπό εκτύπωση.
- Butler, G. K. L., και Montgomery, A. M. J. (2004), «Impulsivity, risk taking and recreational «ecstasy» (MDMA) use», *Drug and Alcohol Dependence* 76, σσ. 55-62.
- Butters, J. E. (2004), «The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education», *Drugs: Education, prevention and policy* 11, σσ. 381-90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., κ.ά. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*, IREFREA Εσπαña, Πάλμα ντε Μαγιόρκα (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., και Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Λονδίνο.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Επιτροπή για τα ναρκωτικά, Ηνωμένα Έθνη, Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, Βιέννη.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Επιτροπή για τα ναρκωτικά, Ηνωμένα Έθνη, Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο, Βιέννη.
- Cuijpers, P., κ.ά. (2002), «The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project», *Addiction* 97, σσ. 67-73.
- Cunningham, J. A. (2001), «Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study», *Journal of Studies on Alcohol* 62, σσ. 228-33.
- De Wit, A., και Bos, J. (2004) «Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature», στο *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, *EMCDDA Monographs* 7, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα, σσ. 329-43.
- Drug Misuse Research Division (2004), «Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002», *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Δουβλίνο.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2001), «Co-ordination of the implementation of the ΕΚΠΝΤ standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths», σχέδιο CT.99.RTX.04, συντονισμένο από το Trimbos Institute, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2003), «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, συντονισμένο από το Institut für Therapieforschung, Μόναχο, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004α), *Επίσημη έκθεση 2004: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα.
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004β), «Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options», *EMCDDA Monographs* 7, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- EMCDDA (ΕΚΠΝΤ) (2004γ), *Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο 13. Υπερβολική δόση – μία κύρια αιτία νεανικής θνησιμότητας που μπορεί να αποφευχθεί*, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Λισσαβόνα.
- Ευρωβαρόμετρο (2004), «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer* 158, Taylor Nelson Sofres, Γενική Διεύθυνση Τύπου και Επικοινωνία, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Βρυξέλλες.
- ΕυροHIV (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Επιδημιολογική Παρακολούθηση του AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Λουξεμβούργο, σ. 58.

- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., κ.ά. (2004), «Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions», *BMJ* 328, σ. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Βιέννη.
- Ghuran, A., και Nolan, J. (2000), «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart* 83, σσ. 627-33.
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Λονδίνο (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., και Ali, R. (2005), «Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection» (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- Haasen, C. (2003), Ομιλία στη «Διάσκεψη για την παρακολούθηση της θεραπείας στην ΕΕ και το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά για το 2000-2004» στο ΕΚΠΝΤ, Νοέμβριος 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., κ.ά. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γενεύη.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., κ.ά. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Σουηδικό Συμβούλιο Πληροφόρησης για τα Αλκοόλ και τα Άλλα Ναρκωτικά (CAN) και Ομάδα Ρομπιδού του Συμβουλίου της Ευρώπης.
- Hwang, S. (2001), «Mental illness and mortality among homeless people», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, σσ. 81-2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Ηνωμένα Έθνη, Διεθνές Όργανο Ελέγχου των Ναρκωτικών: Νέα Υόρκη.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Ελσίνκι.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., και Whiteside, H. O. (2003), «Family-based interventions for substance use and misuse prevention», *Substance Use and Misuse* 38, σσ. 1759-87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.4.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C., και Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Μιλάνο.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., κ.ά. (2005), «Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences», *Epidemiology and Infection* 133, σσ. 127-36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., κ.ά. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Πάλαμ ντε Μαγιόρκα (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L., και De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F., και Paddock, S. M. (2002), «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction* 97, σ. 1493-504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), «New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers», ανακοίνωση Τύπου 13 Ιουνίου 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), «54 per cent more drug misusers get treatment in England», ανακοίνωση Τύπου 30 Σεπτεμβρίου 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A., και Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J., και Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Ουτρέχτη.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold H., κ.ά. (2004), «Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European addiction research* 10, σσ. 147-55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L., και Baer, J. (2000), «Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education», *Journal of Drug Education* 30, σσ. 399-421.
- Εθνικές εκθέσεις δικτύου Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., κ.ά. (2003), «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: education, prevention and policy* 10, σσ. 303-29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., και Van Laar, M. (2004), «Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004», Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Ουτρέχτη.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. και Nilson, M. (2002), «An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway», *International Journal of Drug Policy* 13, σσ. 477-84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J., και Fiellin, D. A. (2005), «Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users», *Addiction* 100, σσ. 150-8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., κ.ά. (2004), «The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention», *Substance use and misuse* 39, σσ. 1971-2016.
- Taylor, B. J. (2000), «Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial», *Prevention science* 1, σσ. 183-97.
- Terweij, M., και Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Ουτρέχτη.
- UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC (2003α), *Global illicit drug trends 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- UNODC (2003β), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Βιέννη.
- UNODC και κυβέρνηση του Μαρόκου (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα, Βιέννη.
- WHO (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.
- WHO (ΠΟΥ) (2004), «Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, ΠΟΥ, Γενεύη.
- WHO (ΠΟΥ) (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, τελικό προσχέδιο, Μάρτιος 2005, ΠΟΥ, Γενεύη.
- WHO (ΠΟΥ) Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, ΠΟΥ Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, Γενεύη.

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Ετήσια έκθεση 2005: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επισήμων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
2005 – 90 σ. – 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-226-8

ΠΩΛΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Οι επί πληρωμή εκδόσεις της Υπηρεσίας Εκδόσεων διατίθενται μέσω ενός παγκόσμιου δικτύου αντιπροσώπων πωλήσεων.

Ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε για να αποκτήσετε κάποια έκδοση;

Αφού προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων, επιλέξτε τον αντιπρόσωπο που σας ενδιαφέρει και επικοινωνήστε μαζί του για να δώσετε παραγγελία.

Πώς θα προμηθευτείτε τον κατάλογο των αντιπροσώπων πωλήσεων;

- Συμβουλευθείτε τον ιστοχώρο της Υπηρεσίας Εκδόσεων
<http://publications.eu.int/>
- Ή ζητήστε τον κατάλογο μέσω φαξ στον αριθμό (352) 2929-42758 και θα τον λάβετε σε έντυπη μορφή

Λίγα λόγια για το ΕΚΠΝΤ

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) ανήκει στους αποκεντρωμένους οργανισμούς που δημιούργησε η Ευρωπαϊκή Ένωση. Ιδρύθηκε το 1993 με έδρα τη Λισσαβόνα και αποτελεί την κεντρική πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ευρώπη.

Το ΕΚΠΝΤ συλλέγει, αναλύει και διαδίδει αντικειμενικές, αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Με το έργο του αυτό, παρέχει στο κοινό μια τεκμηριωμένη εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Οι εκδόσεις του Κέντρου αποτελούν κατ' εξοχήν πηγή πληροφόρησης για ένα ευρύ φάσμα κοινού, στο οποίο περιλαμβάνονται οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι σύμβουλοί τους, επαγγελματίες και ερευνητές που εργάζονται στον τομέα των ναρκωτικών και πέραν αυτών, τα μέσα ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Η ετήσια έκθεση παρουσιάζει την ετήσια επισκόπηση του ΕΚΠΝΤ για το φαινόμενο των ναρκωτικών στην ΕΕ και αποτελεί ουσιώδες έγγραφο αναφοράς για όσους θέλουν να πληροφορηθούν τα τελευταία πορίσματα σχετικά με τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.