



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική

**Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της
τοξικοεξάρτησης :**

το παράδειγμα της Ελλάδας και της Ολλανδίας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπαδόπουλος Χρήστος

αριθμός λέξεων : 18.448

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Οικονόμου Χαράλαμπος, Αναπληρωτής Καθηγητής, επιβλέπων

Παπαδοπούλου Δέσποινα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, μέλος

Φερόνας Ανδρέας, Επίκουρος Καθηγητής, μέλος

Κόρινθος, Μάιος 2014

2014

Παπαδόπουλος Χρήστος

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All Rights Reserved

«Στην Ιωάννα»
που με στηρίζει

Ευχαριστώ θερμά το συντονιστή του μεταπτυχιακού κύριο Βενιέρη Δημήτρη όπου με την δημιουργία του συγκεκριμένου προγράμματος μου έδωσε την ευκαιρία να διευρύνω τους ορίζοντές μου. Επίσης ευχαριστώ τον επιβλέποντα της παρούσας εργασίας κύριο Οικονόμου Χαράλαμφο για την εμπιστοσύνη εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής διατριβής.

«Είδα τα καλύτερα μυαλά της γενιάς μου διαλυμένα από την τρέλα, υστερικά γυμνά και λιμασμένα,

να σέρνονται μέσα στους νέγρικούς δρόμους την αυγή, γυρεύοντας μια αναγκαία δόση»

Allen Ginsberg (1956)

«Θέλω να πω στους πιτσιρικάδες ότι δεν υπάρχει κανένας, μα κανένας απολύτως λόγος να δοκιμάσουν ηρωίνη. Δεν μπορεί να σου δώσει κανένα όραμα, καμιά ψευδαίσθηση, κανένα βίζιον ας πούμε, άμα είσαι ποιητής, ζωγράφος ή καλλιτέχνης . . . Η ηρωίνη είναι κάτι που σε εκμηδενίζει, είναι ένας μύθος, μια μπούρδα . . .»

Πάυλος Σιδηρόπουλος

Περίληψη

Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης έχει σοβαρές επιπτώσεις στο άτομο και στο κοινωνικό σύνολο. Συνδέεται με προβλήματα υγείας, παραβατικότητας, εγκληματικότητας, κοινωνικού αποκλεισμού. Για την αντιμετώπισή του χαράσσονται πολιτικές που σχετίζονται με την φύση και την έκταση του φαινομένου καθώς και την κυρίαρχη ιδεολογία/προσέγγιση για τις αιτίες, τους τρόπους και τις μεθόδους που προτείνονται να χρησιμοποιηθούν.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι στρατηγικές και τα σχέδια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης τα τελευταία τριάντα χρόνια. Επίσης παρουσιάζονται οι δράσεις που εφαρμόζουν η Ελλάδα και η Ολλανδία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση, οι στόχοι, οι τρόποι, τα μέσα και τα εργαλεία που χρησιμοποιούν οι δύο χώρες. Παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του φαινομένου στην ΕΕ καθώς και στις δύο εξεταζόμενες χώρες.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική μελέτη καθώς και η επεξεργασία στατιστικών δεδομένων.

Η πολιτική για τα ναρκωτικά αποτελεί έναν χώρο όπου διεθνείς συνθήκες παρέχουν το πλαίσιο των νομοθετικών ρυθμίσεων που χρειάζεται να ακολουθούν όσοι συμμετέχουν. Σε επίπεδο ΕΕ προσδιορίζονται οι κατευθυντήριες γραμμές και οι στόχοι της πολιτικής μέσα από ένα σύνολο προτεινόμενων δράσεων λαμβάνοντας υπόψη αρχή της επικουρικότητας. Τα κράτη μέλη είναι υπεύθυνα για την υλοποίηση των στόχων διαμορφώνοντας τα δικά τους εθνικά σχέδια δράσης.

Η Ελλάδα σαν μέλος του ΟΗΕ συμμορφώνεται στο πλαίσιο που παρέχουν οι διεθνείς συνθήκες ενώ η Ολλανδία ακολουθώντας μια χαρακτηριζόμενη ως «μοναδική» πολιτική εμφανίζεται να αντίκειται σε μέρος των διεθνών συνθηκών. Η αφετηρία νομοθετικών ρυθμίσεων για τα ναρκωτικά των δύο χωρών συνδέεται με εξωτερικές πιέσεις εμπορικού χαρακτήρα και όχι σαν αντίδραση σε ένα κοινωνικό φαινόμενο.

Στην ανάλυση των δράσεων των δύο χωρών Ελλάδας – Ολλανδίας φαίνεται ότι η Ολλανδία αναπτύσσει ανεκτική πολιτική με στόχο την «μείωση της βλάβης» ενώ η Ελλάδα κατασταλτική με στόχο την «θεραπεία».

Φαίνεται να μην υπάρχει ιδεώδης πολιτική για την αντιμετώπιση του φαινομένου ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η εξέλιξη του επηρεάζεται περισσότερο από κοινωνικούς παράγοντες παρά από παρεμβάσεις πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά : Ευρωπαϊκή Ένωση, τοξικοεξάρτηση, πολιτική, Ελλάδα, Ολλανδία, ναρκωτικά

Abstract

The phenomenon of drug addiction has severe consequences on the person and the community. It is related to health problems, violation, criminality and social exclusion. In order to encounter this problem, policies related to the nature and the extent of phenomenon as well as the prevailing idea/approach on the causes and the suggested means and methods to be used are formed.

In this paper, the strategies and the action plans applied from the European Union to encounter drug abuse over the last thirty years are presented. There are also the actions that Greece and Netherlands take, concerning drug abuse, as well as the aims, the ways, the means and the tools both countries use. The characteristics of the phenomenon both in the EU and in the countries of study are included.

The methodologies used are based on bibliographical research and statistical data evaluation.

The drug policy consists of an issue for which international treaties offer the necessary framework of the legislative regulations to be followed by all parts. In EU level, the main directions and aims of policy are defined through a group of suggested actions in respect to the principle of subsidiarity. The member states are responsible for the attainment of the aims by forming their own national action plans.

Greece as a member of the UN complies with the framework formed by international treaties while the Netherlands following a unique policy seems to partly collide with them. The springboard of legislative regulations for drugs in both countries is related to an external commercial pressure rather than a reaction to a social phenomenon.

Analyzing the actions of countries, Greece and the Netherlands, it seems that the latter develop a policy of tolerance aiming at harm reduction while Greece develops a restrictive policy aiming at treatment.

It appears that there is no ideal policy to encounter the phenomenon and there are indications that its progress is influenced more by social factors than any policy intervention.

Key words: European Union, Greece, Netherlands, drug addiction, drugs

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης	7
1.1 Ιστορική αναδρομή της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών.....	7
1.2 Η έννοια της τοξικοεξάρτησης.....	8
1.3 Αιτιολογικές προσεγγίσεις στην τοξικοεξάρτηση.....	9
1.4 Η έννοια της αποτελεσματικότητας στην τοξικοεξάρτηση	11
1.5 Η έννοια της πολιτικής για τα ναρκωτικά.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :	15
Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της τοξικοεξάρτησης.....	15
2.1 Η παγκόσμια διάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών.....	15
2.2 Το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη.....	15
2.3 Η πολιτική και θεσμική εξέλιξη 1989-93 και η ανάπτυξη των σχεδίων δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	17
2.4 Η συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ) και τα ναρκωτικά.....	18
2.5 Τα σχέδια δράσης από το 1995 έως σήμερα.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η περίπτωση της Ελλάδας.....	24
3.1 Το «ζήτημα των ναρκωτικών» στην Ελλάδα.....	24
3.2 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα.....	25
3.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα.....	29
3.3.1 Η εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών.....	29
3.3.2 Τα χαρακτηριστικά χρήσης ναρκωτικών	30
3.4 Το εθνικό σχέδιο δράσης 2008-2012.....	31
3.5 Δράσεις και Προγράμματα για την Αντιμετώπιση της των Ναρκωτικών.....	34
3.5.1 Μείωση της ζήτησης.....	34
3.5.1.1 Πρόληψη.....	34
3.5.1.2 Συμβουλευτική - κινητοποίηση	34
3.5.1.3 Υπηρεσίες θεραπείας.....	35
3.5.1.4 Μείωση των επιβλαβών συνεπειών / ανταπόκριση στα προβλήματα υγείας των χρηστών.....	36
3.5.1.5 Κοινωνική επανένταξη.....	38
3.5.2 Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος.....	38
3.5.3 Μείωση τη προσφοράς.....	39
3.6 Χρηματοδότηση	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η περίπτωση της Ολλανδίας	42
4.1 Το «ζήτημα των ναρκωτικών» στην Ολλανδία.....	42
4.2 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ολλανδία.....	43
4.2.1 Ο νόμος Οπίου.....	43
4.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ολλανδία	46
4.4 Το εθνικό σχέδιο δράσης	47
4.5 Δράσεις και προγράμματα για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών.....	49
4.5.1 Πρόληψη	49
4.5.2 Μείωση της βλάβης/θεραπεία	50
4.5.3. Κοινωνική επανένταξη	52
4.5.4 Παρεμβάσεις στο σωφρονιστικό σύστημα.....	52
4.5.5 Αγορές ναρκωτικών.....	53

4.5.6 Χρηματοδότηση	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Επιδράσεις και αποτελέσματα.....	55
5.1 Η Ευρωπαϊκή και οι εθνικές στρατηγικές.....	55
5.2 Επισκόπηση των αποτελεσμάτων των εφαρμοζόμενων δράσεων σε Ελλάδα και Ολλανδία.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Συμπερασματικές διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής.....	61
ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	75

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EMCDDA/ΕΚΠΠΤ	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction /Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
INCB	International Narcotics Control Board
UNDCP	United Nations Drug Control Programme
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤΕΠΝ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
ΕΣΠΑ	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
REITOX	European information network on drugs and drug addiction /Ευρωπαϊκό δίκτυο πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία
ΣΟΔΝ/ΕΜΠ	Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών/Εθνική Μονάδα Πληροφοριών
ΨΝΑ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών
ΨΝΘ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
18 ΑΝΩ	Μονάδα Απεξάρτησης του ΨΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί παγκόσμιο σύνθετο φαινόμενο με μακρά ιστορική πορεία και πολλές παραμέτρους, που φαίνεται να μην επιδέχεται οριστική λύση. Τα οικονομικά οφέλη από το εμπόριο ναρκωτικών είναι τεράστια, τοποθετώντας την διακίνηση ναρκωτικών στις πλέον κερδοφόρες επιχειρήσεις στον κόσμο. Πολλές επιστήμες αναλύουν το φαινόμενο από την σκοπιά τους προσφέροντας διαφορετικά εργαλεία για την μελέτη του : η ιστορία, η κοινωνική ανθρωπολογία, η ψυχολογία, η ψυχιατρική, η φαρμακολογία, η βιολογία, η νομική, η εγκληματολογία η κοινωνιολογία και οι πολιτικές επιστήμες, χωρίς ωστόσο να διαμορφώνουν ένα ενιαίο πεδίο γνώσης.

Σήμερα το φαινόμενο των ναρκωτικών αποτελεί σοβαρό πρόβλημα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Αρκετοί μιλούν για «καταπολέμηση», «σταυροφορίες», έννοιες που παραπέμπουν σε επιχειρήσεις με πολεμικά χαρακτηριστικά.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 αναγνωρίζεται η παγκόσμια διάσταση του φαινομένου (παραγωγή, διακίνηση, κατανάλωση) και η ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικών που θα αντιμετωπίζουν σφαιρικά το φαινόμενο πέρα από τα στενά γεωγραφικά όρια ενός κράτους. Οι χώρες της ΕΕ αποτελούν την μεγαλύτερη αγορά κατανάλωσης οπιούχων στον κόσμο, ενώ οι επιπτώσεις που συνδέονται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών διαρκώς διευρύνονται: αύξηση της θνησιμότητας, μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, παραβατικότητα, εγκληματικότητα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η επισκόπηση της πολιτικής της ΕΕ στον τομέα της τοξικοεξάρτησης, η καταγραφή των στρατηγικών και κατ' επέκταση της πολιτικής για την αντιμετώπιση του φαινομένου των ναρκωτικών, οι στόχοι της εφαρμοζόμενης πολιτικής. Από την συνθήκη ίδρυσης της ΕΕ η τοξικοεξάρτηση συμπεριλαμβάνεται στον τομέα της δημόσια υγείας και κατά τακτά χρονικά διαστήματα διαμορφώνονται στρατηγικές για τον έλεγχο του φαινομένου. Παρουσιάζεται η έκταση του φαινομένου, το νομοθετικό πλαίσιο και οι εφαρμοζόμενες δράσεις κυρίως μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε δύο κράτη μέλη, Ελλάδα και Ολλανδία : η επιλογή της Ελλάδας έγινε δεδομένου ότι αποτελεί την χώρα την οποία ζούμε και κρίθηκε η ανάγκη αποτύπωσης του φαινομένου καθώς και των εφαρμοζόμενων πολιτικών, ενώ η Ολλανδία είναι μια χώρα όπου συχνά αποτελεί σημείο αναφοράς και

συζητήσεων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για την πολιτική που έχει εφαρμόσει η οποία έχει χαρακτηριστεί ως μοναδική.

Η εργασία διερευνά τις παράνομες εξαρτήσεις και όχι τις νόμιμες: αλκοόλ, καπνός, διαδίκτυο και τζόγος.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική μελέτη και η επεξεργασία στατιστικών δεδομένων. Βασική πηγή αποτέλεσαν η διαδικτυακή πύλη της ΕΕ¹ οι εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας, οι ετήσιες εκθέσεις της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, οι ετήσιες εκθέσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, και οι ετήσιες εκθέσεις του Ολλανδικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων (Trimbos-Institute). Επιπροσθέτως συμπληρωματικά βοήθησαν οι ανακοινώσεις του EMCDDA, οι ετήσιες εκθέσεις της Ελληνικής Αστυνομίας και του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών/Εθνική Μονάδα Πληροφοριών, οι απολογισμοί έργου ΚΕΘΕΑ, οι απολογισμοί έργου ΟΚΑΝΑ, ελληνική και ξένη βιβλιογραφία καθώς και δημοσιεύματα στον τύπο που παρατίθενται στις πηγές.

Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη : Στο πρώτο μέρος (Κεφάλαιο 1) γίνεται σύντομη ιστορική αναδρομή της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αποσαφηνίζονται οι βασικές έννοιες που συνδέονται με την τοξικοεξάρτηση. Παρουσιάζονται οι διαστάσεις της τοξικοεξάρτησης και οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις των αιτιών που οδηγούν στην εξάρτηση συνθέτοντας ήδη την δυνατότητα διαφορετικής αντιμετώπισης του φαινομένου και κατ' επέκταση χάραξης πολιτικής, ενώ τίθενται ζητήματα που συνδέονται με την έννοια της αποτελεσματικότητας της απεξάρτησης. Τέλος παρουσιάζεται η έννοια της πολιτικής για τα ναρκωτικά και οι παράγοντες που επηρεάζουν την διαμόρφωση της.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από τρία Κεφάλαια (Κεφάλαια 2, 3, 4 και 5) και τα συμπεράσματα. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την ΕΕ όπου αποτυπώνονται οι στρατηγικές και τα σχέδια δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Παρουσιάζεται η εξέλιξη του φαινομένου στην Ευρώπη, οι πολιτικές και θεσμικές εξελίξεις τα τελευταία τριάντα χρόνια. Στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εξέλιξη του φαινομένου σε Ελλάδα και Ολλανδία, η νομοθεσία, οι δράσεις που έχουν εφαρμόσει οι δύο χώρες για την αντιμετώπισή του, οι επιπτώσεις του φαινομένου τόσο στο άτομο όσο και στο

¹ <http://eur-lex.europa.eu/el/index.htm>

κοινωνικό σύνολο. Στο πέμπτο κεφάλαιο διερευνάται η σχέση της ευρωπαϊκής πολιτικής με την πολιτική στην Ελλάδα και Ολλανδία ενώ γίνεται μια επισκόπηση των δύο εξεταζόμενων χωρών ως προς τα αποτελέσματα της εφαρμοζόμενων δράσεων στο τομέα μείωσης της ζήτησης. Σημειώνουμε ότι μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει αξιολόγηση των πολιτικών, των δράσεων ή των φορέων που υλοποιούν προγράμματα για την εξάρτηση από ουσίες ούτε στην Ελλάδα ούτε στην Ολλανδία.

Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας, και οι τάσεις που διαφαίνονται.

Στο τρίτο μέρος παρατίθενται οι πηγές και το παράρτημα πινάκων και διαγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης

1.1 Ιστορική αναδρομή της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών συναντάται από την αρχαιότητα σε πληθώρα πολιτισμών, με τους εκάστοτε κοινωνικούς θεσμούς να ορίζουν ποιους και υπό ποιες συνθήκες είχε δικαίωμα χρήσης, και ήταν πάντα ταυτισμένη με συγκεκριμένες πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες μιας κοινωνικής ομάδας. Συναντάται στα πλαίσια ιερών τελετών, μυστικιστικών και θρησκευτικών τελετουργιών, τελετών μύησης στην εφηβεία και μετάβασης στον πόλεμο ή ως μέσο διατροφικής υποστήριξης και θεραπείας.²

Στις αρχαίες κοινωνίες, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών με τις παραπάνω μορφές εντασσόταν στην εξέλιξη και επιβίωση της κοινότητας και αποτελούσε παράγοντα ενίσχυσης των κοινωνικών δεσμών. Η χρήση αποτελεί μέσο κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμων και κοινωνικών ομάδων και η ουσία ή οι ιδιαιτερότητες στις πρακτικές χρήσης συμβολοποιούνται ως διαφοροποιητικά στοιχεία ενός κοινωνικού συνόλου. Η χρήση, των ψυχοτρόπων ουσιών θα λέγαμε ότι ανταποκρίνεται στην ανάγκη των πρωτόγονων κοινωνιών διασφαλίζοντας μια σταθερή κοινωνική δομή και κατανομή ρόλων μεταξύ των μελών τους.

Στις καπιταλιστικές κοινωνίες αντίθετα, όπου η κοινωνική συνεκτικότητα διαρρηγνύεται και κυριαρχεί ο ατομικισμός, η χρήση ουσιών δεν συμβάλλει στην ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών αλλά στην ανάδειξη της κατάρρευσής τους. Οι βαθιές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελέστηκαν από τον 19^ο αιώνα και μετά, μετέβαλλαν την κοινωνικοπολιτιστική σημασία της χρήσης, το ρόλο των ψυχοτρόπων ουσιών καθώς και τις κοινωνικές στάσεις απέναντι στο χρήστη, με την μετατροπή της χρήσης από μια αυτορυθμιζόμενη κοινωνικά και ατομικά ελεγχόμενη δραστηριότητα σε μαζικό ανεξέλεγκτο φαινόμενο. Ο μύθος των ναρκωτικών προωθείται μέσα από δημοφιλείς για τους νέους χώρους όπως ο κινηματογράφος, η μουσική και η μόδα δημιουργώντας κοινωνικά πρότυπα που υιοθετούν τη χρήση ναρκωτικών σαν κάτι φυσιολογικό ή και απαραίτητο για να ανταπεξέλθει κανείς στις δυσκολίες της ζωής ενώ η μύηση γίνεται μέσα από άτομα της παρέας (Καλλίτσης, 2002).

Η διόγκωση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης ταυτίζεται χρονικά με τη μετάβαση από την φυσική στην χημική επεξεργασία των ουσιών προς παραγωγή συνθετικών

² Βλ. Μαντζίβης 1997, *Ναρκωτικά : Μια παλιά ιστορία* στο *Ναρκωτικά : Το βλέμμα της Μέδουσας*

εργαστηριακών παρασκευασμάτων, στα πλαίσια της βιομηχανικής επανάστασης και τη δημιουργία όρων ελευθερίας στην αγορά και συνοδεύει τις ραγδαίες κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές των τελευταίων χρόνων.

Σήμερα η κατάχρηση ναρκωτικών αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα που φαίνεται να μην επιδέχεται λύση. Από οικονομικής πλευράς τα κέρδη από την παραγωγή και πώληση παράνομων ναρκωτικών είναι υπέρογκα, τοποθετώντας την διακίνηση τους μαζί με το εμπόριο πετρελαίου και όπλων στις πιο κερδοφόρες επιχειρήσεις παγκόσμια (Sharipo, 2009).

1.2 Η έννοια της τοξικοεξάρτησης

Τα ναρκωτικά από νομικής άποψης είναι ουσίες τεχνητές ή φυσικές που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ατόμου και προκαλούν εξάρτηση από αυτές.³ Η έννοια των ναρκωτικών σύμφωνα με τον νομικό ορισμό της περιέχει δύο συνιστώσες: α)την φαρμακολογική, πρόκειται δηλαδή για φυσικές ή τεχνητές ουσίες που λόγω της χημικής τους δομής επιδρούν στην λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, και β)την ψυχολογική, ότι δηλαδή από την επίδραση της ουσίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα παράγεται ένα συγκεκριμένο νευροψυχικό αποτέλεσμα : η εξάρτηση.

Η έννοια των ναρκωτικών, από φαρμακολογική άποψη αναφέρεται γενικά σε ουσίες, οι οποίες έχουν διαφορετική χημική δομή και επιδρούν ποικιλοτρόπως στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Φαρσεδάκης, Ι. & Σκυλίκος, Γ., 1996). Η επίδραση εκτείνεται από την έντονη διέγερση μέχρι την καταστολή των νευρικών λειτουργιών. Κοινό τους χαρακτηριστικό η μεταβολή της θυμικής κατάστασης του ατόμου και κατά συνέπεια των διανοητικών στάσεων και ψυχικών τάσεων έτσι ώστε να προκαλούν εξάρτηση φυσική ή ψυχική. Έτσι ο όρος «ναρκωτικά» δεν είναι ακριβής αφού προσδιορίζει μόνον μια κατηγορία από το φάσμα αυτών των ουσιών και μάλιστα τα προϊόντα του οπίου. Έτσι προτάθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και επικράτησε διεθνώς ο όρος «φάρμακα» που προκαλούν εξάρτηση (dependence producing drugs).

Ένας γενικότερος ορισμός από φαρμακολογική άποψη θεωρεί ως «ναρκωτικό» κάθε χημική, φυσική ή τεχνητή ουσία, νόμιμη ή παράνομη που μεταβάλλει την ψυχολογική ή την νοητική δραστηριότητα του ανθρώπου. Σε αυτόν τον ορισμό περιλαμβάνονται εκτός από τις συνηθισμένες ουσίες που θεωρούνται ναρκωτικά, δηλαδή τα παράνομα

³ Άρθρο 4 παρ.1 ν.1729/1987 : *Καταπολέμηση της διάδοσης ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις*

και ελεγχόμενα ναρκωτικά και άλλες νόμιμες ουσίες, όπως τα οινοπνευματώδη ποτά, ο καπνός, ο καφές, το τσάι, πολλά φυτά και όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που αποκαλούνται ψυχοφάρμακα όπως αναλγητικά, ηρεμιστικά, υπνωτικά, κ.λ.π.

Η φόρτιση γύρω από τον όρο ναρκωτικά, που για τον κοινό άνθρωπο σημαίνει ουσία που δίνει ηδονή αλλά και σκλαβώνει και καταστρέφει τον άνθρωπο, καθώς και η επιστημονική σύγχυση για τον ορισμό των ναρκωτικών ουσιών, είχε σαν αποτέλεσμα να κριθεί ο όρος αδόκιμος και να αντικατασταθεί από τον όρο *ψυχοτρόπες ουσίες* (United Nations, 1971) θεωρώντας όλες τις ουσίες ή φάρμακα που προκαλούν εξάρτηση ψυχική ή σωματική, ή που η χρήση τους οδηγεί σε μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ατόμου.

Ο όρος *εξάρτηση* συνδέεται με μια κατάσταση ψυχική ή /και σωματική, που είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ενός φαρμάκου σε έναν οργανισμό και χαρακτηρίζεται από ποικιλία εκδηλώσεων, στις οποίες περιλαμβάνεται η διάθεση για την συνέχιση λήψης του φαρμάκου με σκοπό την επανεκδήλωση των φαρμακολογικών ενεργειών ή αντίθετα την αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων που μπορούν να εκδηλωθούν όταν δεν ληφθεί (Φαρσεδάκης, Ι. & Σκυλίκος, Γ., 1996).

Ο όρος *τοξικομανία* υποδηλώνει την κλινική έκφραση της πραγματικότητας της εξάρτησης από μια ουσία και με τον όρο *τοξικομανή* εννοούμε το άτομο που έχει αναπτύξει ψυχική ή και σωματική εξάρτηση από ναρκωτική ουσία. Ο όρος *τοξικοεξάρτηση* είναι συνώνυμος του όρου τοξικομανία και αποτελεί την ιατρική ορολογία για το κοινωνικό φαινόμενο.

Ο όρος *νέα ψυχοτρόπος ουσία* αναφέρεται σε νέα ναρκωτική ή νέα ψυχοδραστική ουσία η οποία δεν προβλέπεται από τις συμβάσεις ΟΗΕ περί ελέγχου των ναρκωτικών ουσιών και η οποία ενδέχεται να απειλεί τη δημόσια υγεία. Ο όρος *νόμιμα ψυχοτρόπα* (legal highs) είναι ένας γενικός όρος που δηλώνει τις μη ελεγχόμενες ψυχοδραστικές ουσίες ή τα προϊόντα τα οποία, τις περιέχουν και έχουν σχεδιαστεί ειδικά με σκοπό να μιμηθούν τη δράση των ελεγχόμενων ουσιών (EMCDDA, 2012).

1.3 Αιτιολογικές προσεγγίσεις στην τοξικοεξάρτηση

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών στο πρόβλημα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά αυξήθηκε εντυπωσιακά. Ωστόσο κάθε μία από τις επιστημονικές τάξεις (ψυχιατρική, ψυχολογία, κοινωνιολογία, εγκληματολογία, ανθρωπολογία, βιολογία, γενετική, φαρμακολογία και νευροεπιστήμες) έχει ερευνήσει το θέμα από την σκοπιά

της και αυτό γιατί η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι ένα σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα και η πολυπλοκότητά του προέρχεται εν μέρει από την επίδραση στον χρήστη ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων και εν μέρει από τις επιπτώσεις της χρήσης στην κοινωνία, την οικονομία και την πολιτική (Πουλόπουλος, 2011).

Η έρευνα για την αιτιολογία της εξάρτησης διακρίνεται, α) στη νευροβιολογική που προσπαθεί να φέρει στην επιφάνεια θέματα που σχετίζονται με τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς της τοξικοεξάρτησης, και β) στην ψυχοκοινωνική που επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν το άτομο και τη συμπεριφορά του καθώς και στους κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση.

Οι βιολογικές μελέτες προσπαθούν να ορίσουν τη σχέση των ψυχοτρόπων ουσιών με το σύστημα των νευροδιαβιβαστών, να δουν πως λειτουργούν στους υποδοχείς, να εξερευνήσουν περιοχές του εγκεφάλου οι οποίες επηρεάζονται από την χρήση ναρκωτικών, και να εντοπίσουν τη ζημιά που μπορεί να προκαλέσουν οι ουσίες στα εγκεφαλικά κύτταρα. Προσπαθούν να αναλύσουν πως επιδρούν οι βιολογικοί παράγοντες στην τοξικοεξάρτηση και ποιες είναι οι επιπτώσεις της χρήσης στον οργανισμό. Οι νευροβιολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στην πιθανή ύπαρξη μιας κληρονομικής ή και επίκτητης οργανικής δυσλειτουργίας που καθιστά το άτομο ευάλωτο στην κατάχρηση ουσιών.

Ποια είναι όμως η σχέση των γενετικών και βιολογικών παραγόντων με το κοινωνικό περιβάλλον; Οι βιολογικές θεωρίες και μελέτες φωτίζουν μια πλευρά της αιτιολογίας της τοξικοεξάρτησης. Ωστόσο ο τρόπος ζωής των εξαρτημένων ατόμων υποδηλώνει τους περιορισμούς της φαρμακευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος καθώς η θεραπεία στην πραγματικότητα ξεκινά μετά τη σωματική αποτοξίνωση.

Οι ψυχοκοινωνικές μελέτες επικεντρώνονται στην προσωπικότητα του ατόμου με έμφαση στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, διερευνούν τον ρόλο που μπορούν να παίξουν η οικογένεια και οι συγκεκριμένες ιστορικοκοινωνικές συνθήκες στην εξάρτηση, εστιάζουν στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των εξαρτημένων, στο ρόλο των συνομηλίκων, του σχολείου, της κοινότητας και των προτύπων που επικρατούν σε μια χρονική στιγμή και σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι παραπάνω παράγοντες, έχουν μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες χωρίς όμως να έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα μια γενικότερη συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο της επίδρασής τους με την κάθε επαγγελματική ομάδα να υιοθετεί συχνά μια

συγκεκριμένη θεωρία (νευρολογική ή ψυχοκοινωνική) αποκλείοντας την άλλη δημιουργώντας επιστημονικό χάσμα (EMCDDA, 2010).

Πολλές προσεγγίσεις απομονώνουν και δίνουν έμφαση αποκλειστικά σε ορισμένους παράγοντες αδυνατώντας να προσεγγίσουν την εξάρτηση σαν σύστημα στο οποίο αλληλεπιδρούν πολλοί και διαφορετικοί όροι. Αυτή η αιτιολογική μονομέρεια έχει οδηγήσει τους εκπροσώπους της κάθε θεωρίας σε οξείες συγκρούσεις ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η εξάρτηση, ωστόσο, αποτελεί μια μακροχρόνια εξατομικευμένη διαδικασία που διαφέρει από άτομο σε άτομο, σε κάθε τόπο και στην κάθε χρονική στιγμή (Πουλόπουλος, 2009).

1.4 Η έννοια της αποτελεσματικότητας στην τοξικοεξάρτηση

Η έρευνα αποτελεσματικότητας συνδέεται με την προσπάθεια αποτίμησης της έκβασης κάθε οργανωμένης ενέργειας ή ενεργειών στο πλαίσιο ενός στρατηγικού σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου. Η διαδικασία αξιολόγησης του αποτελέσματος αυτής ή αυτών των ενεργειών έχει αρκετές δυσκολίες τόσο στον σχεδιασμό όσο και στην εφαρμογή της. Στην θεραπεία της εξάρτησης υπάρχει ανάγκη για την αποσαφήνιση των εννοιών που σχετίζονται με την αξιολόγηση των προγραμμάτων απεξάρτησης (Πουλόπουλος, 2000).

Το ερώτημα *«είναι αποτελεσματική η θεραπεία;»* χαρακτηρίζεται από αοριστία, γιατί εάν πρόκειται να αξιολογηθεί η θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, υπάρχουν πολλοί που θα ήθελαν απαντήσεις σ' αυτό το ερώτημα. Δεν υπάρχει μία απάντηση και μόνον μία ομάδα η οποία την αναμένει με ενδιαφέρον. Είναι απαραίτητο λοιπόν να απαντηθούν ερωτήματα όπως : Τι περιμένει η κοινωνία από την θεραπεία της εξάρτησης σε σχέση με άλλες διαταραχές που αφορούν τη δημόσια υγεία; Πόσο διαφέρουν τα αποτελέσματα της θεραπείας της εξάρτησης από τα αποτελέσματα της θεραπείας άλλων σημαντικών ασθενειών, διαταραχών ή δυσλειτουργιών; Πόσο μπορεί, εάν μπορεί και αν όχι γιατί, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες να συγκριθεί με άλλες ασθένειες; (McLellan, 2000, 2006);

Επιπλέον θεωρείται ότι η θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες έχει αποτέλεσμα, αλλά δεν είναι γνωστό το πώς και γιατί (Shapiro, 2005). Έτσι ο προβληματισμός που αναπτύσσεται έχει δύο στοιχεία : α) η αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες οφείλει να στοχεύει σε περισσότερα από την απλή αποχή από την χρήση, οφείλει, δηλαδή, να απευθύνεται και σε όλους τους τομείς

που υφίστανται τις επιπτώσεις της κατάχρησης ουσιών οι οποίοι έχουν οικονομικό και κοινωνικό κόστος (UN, 2003), και β) οι μετρήσεις οφείλουν να συνδέονται με συγκεκριμένους δείκτες οι οποίοι αποτελούν και τα κριτήρια αποτελεσματικότητας.

Τα προβλήματα της κατάχρησης ουσιών συνδέονται με σοβαρά προβλήματα που αφορούν το σύνολο των τομέων που συνθέτουν την σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση του εξαρτημένου. Προβλήματα που αφορούν την εκπαίδευση, την απασχόληση, τη σωματική υγεία, την ψυχολογική λειτουργία, τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, την παραβατική συμπεριφορά, την νομική εμπλοκή, την έκθεση στο ποινικό σύστημα, παρουσιάζονται ως παράλληλα στοιχεία που επιδεινώνουν την κατάσταση την οποία βιώνουν όσοι έχουν αναπτύξει την διαταραχή της εξάρτησης (McLellan et al., 1981). Παρόλα αυτά συχνά η θεραπευτική προσέγγιση περιορίζει την παρέμβασή της σε μια στρατηγική που επικεντρώνεται στην εξάρτηση.

Η έννοια επομένως επιτυχούς έκβασης της θεραπείας συνδέεται με πολλούς παράλληλους στόχους οι οποίοι συνδέονται με τις προσδοκίες όλων εκείνων που φαίνεται να αποτελούν μέρος στη διαδικασία της απεξάρτησης ή της αντιμετώπισης της εξάρτησης, όπως οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι, τα θεραπευτικά προγράμματα, οι μηχανισμοί χρηματοδότησης της θεραπευτικής διαδικασίας, οι ερευνητές και όσοι χαράζουν πολιτική, τα μέλη των οικογενειών των εξαρτημένων, οι δικαστικές αρχές, οι εργοδοτικοί φορείς και η κοινή γνώμη (Gerstein και Harwood , 1990).

1.5 Η έννοια της πολιτικής για τα ναρκωτικά

Η πολιτική για τα ναρκωτικά αποτελεί τομέα δημόσιας πολιτικής αποτυπώνοντας τον τρόπο που το εκάστοτε πολιτικό-διοικητικό σύστημα ανταποκρίνεται στο συγκεκριμένο κοινωνικό πρόβλημα. Η πολιτική για τα ναρκωτικά αποτελεί έναν χώρο όπου διεθνείς συνθήκες καθορίζουν όχι μόνο τις γενικές κατευθύνσεις και οδηγίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος, αλλά παρέχουν και το πλαίσιο των νομοθετικών ρυθμίσεων που θα πρέπει να κινηθούν όσοι συμμετέχουν (Λαμπροπούλου, 2009).

Τα προγράμματα που αναπτύσσονται για να αντιμετωπίσουν την διάδοση των ναρκωτικών επικεντρώνονται τόσο στο άτομο όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Στην πολιτική για τα ναρκωτικά εμπεριέχεται μια σύγκρουση μεταξύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ειδικότερα των δικαιωμάτων του ατόμου και των συμφερόντων του κράτους. Μπορεί δηλαδή η χρήση των ναρκωτικών να αποτελεί ατομικό δικαίωμα και

ως εκ τούτου η ένταξη σε υποχρεωτική θεραπεία ή η επέμβαση της αστυνομίας να αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του ατόμου;

Η διαμόρφωση της πολιτικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος ναρκωτικών σε μια χώρα επηρεάζεται από εύρος παραγόντων : την γεωγραφική της θέση, την πολιτική και οικονομική της σταθερότητα, την ύπαρξη φυσικών πλουτοπαραγωγικών πηγών, την προτεραιότητα που δίδει το πολιτικό σύστημα – προτεραιότητα που εξαρτάται από τον βαθμό που το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι ορατό-, την έκταση που δίδουν τα μέσα ενημέρωσης, τις απόψεις της κοινής γνώμης και το αίσθημα απειλής του κοινωνικού συνόλου. Ταυτόχρονα ιστορικοί παράγοντες καθώς επίσης και ότι σχετίζεται με την εξέλιξη της εγκληματικότητας επηρεάζουν τις παραπάνω αντιλήψεις και καθορίζουν εάν η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών αποτελεί θέμα υγειονομικής, αντεγκληματικής ή κοινωνικής πολιτικής (Λαμπροπούλου, 2009).

Κύριο χαρακτηριστικό της πολιτικής για τα ναρκωτικά είναι η ταλάντευση ανάμεσα στην ανοχή ή την καταστολή όσο αφορά τις νομοθεσίες καθώς και των πρακτικών των φορέων του επίσημου κοινωνικού ελέγχου. Οι πολιτικές δηλαδή για τα ναρκωτικά δεν είναι απόρροια επιστημονικής γνώσης και εμπειρίας αλλά αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφορετικών συστημάτων σε ένα κοινωνικό πλαίσιο (Πουλόπουλος, 1995).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της διάδοσης των ναρκωτικών είναι η πρόληψη και η καταστολή. Η καταστολή συνδέεται με την μείωση της προσφοράς (supply reduction), ενώ η πρόληψη με την μείωση της ζήτησης (demand reduction), την μείωση των επιβλαβών συνεπειών (harm reduction) και την νομιμοποίηση της χρήσης ή την ρύθμιση της προσφοράς ναρκωτικών ουσιών (legalization/regulation).

Ωστόσο είναι δύσκολη η διαμόρφωση μιας ιδεώδους πολιτικής ενώ η εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων μπορεί να έχει απρόβλεπτες παρενέργειες ή να εξουδετερωθούν από άλλους παράγοντες. Ορισμένες έρευνες παρέχουν ενδείξεις ότι η εξέλιξη του φαινομένου μπορεί να εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από παράγοντες συμπεριφοράς και από κοινωνικούς παράγοντες παρά από παρεμβάσεις πολιτικής.⁴

Έως το 1970 δινόταν έμφαση στον έλεγχο της διάθεσης των ναρκωτικών, δηλαδή στον έλεγχο της προσφοράς, τόσο των συνταγογραφούμενων όσο και των μη συνταγογραφούμενων. Μέχρι τότε η κυκλοφορία αρκετών ουσιών ήταν περιορισμένη,

⁴ Βλ. EMCDDA, 2004 : Evaluation of national drug strategies in Europe

αλλά η συνεχιζόμενη αύξηση της χρήσης τους αμφισβήτησε την ικανότητα των κυβερνήσεων να ελέγξουν την παραγωγή και εμπορία των ναρκωτικών. Έτσι εισάγεται ο όρος *μείωση της ζήτησης* από κυβερνήσεις που αποφάσισαν να δράσουν συντονισμένα κατά των χωρών όπου η παραγωγή των ναρκωτικών τους απέφερε τεράστια οικονομικά οφέλη.

Η *μείωση της προσφοράς* συνήθως επιτυγχάνεται με τον περιορισμό της εξαγωγής ναρκωτικών από τις χώρες παραγωγής, την αύξηση του ορίου ηλικίας που μπορεί κάποιος να προμηθευτεί ναρκωτικά (π.χ. ηρεμιστικά χάπια), την συνταγογράφηση ορισμένων από αυτά, την επιβολή υψηλής φορολογίας, τον αυστηρό έλεγχο και την κινητοποίηση του μηχανισμού καταστολής.

Η *μείωση της ζήτησης* συνδέεται με την πρόληψη την θεραπεία και την απεξάρτηση των χρηστών ή την εισαγωγή τους στην φυλακή ή την υποχρεωτική θεραπεία ως εναλλακτικό μέτρο στέρησης της ελευθερίας. Η μείωση της ζήτησης στοχεύει στην διαμόρφωση τέτοιων συνθηκών ώστε να μειώσει την «ανάγκη» κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών.

Η *μείωση των επιβλαβών συνεπειών* συνδέεται κυρίως με την μείωση των προβλημάτων υγείας που προκαλεί η κατάχρηση κυρίως ενέσιμων ουσιών κατ' αρχήν στους ίδιους τους χρήστες με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τους, την διάδοση μολυσματικών ασθενειών (HIV, ηπατίτιδα C, B, φυματίωση κ.λ.π.) αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο προκειμένου να μην δημιουργούνται απειλές για την δημόσια υγεία. Θεωρείται ότι με την πληροφόρηση και την εκπαίδευση οι εξαρτημένοι θα μεταβάλλουν την συμπεριφορά τους τόσο ως προς το όφελος της δικής τους υγείας όσο του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Κατευθυντήριοι άξονας αυτής της πολιτικής είναι μόνο οι πιθανές αρνητικές συνέπειες για την υγεία των χρηστών και γενικότερα της δημόσιας υγείας.

Η πολιτική για τα ναρκωτικά λοιπόν είναι δυνατό να *απαρτίζεται* από τρεις τομείς ταυτόχρονα : α) μείωση της προσφοράς, β) μείωση της ζήτησης, και γ) περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών ενώ οι βασικοί στόχοι μπορεί να είναι : α) μείωση του συνολικού αριθμού των χρηστών, β) μείωση των χρηστών συγκεκριμένων τύπων ναρκωτικών, γ) μείωση των κινδύνων από την χρήση ναρκωτικών γενικά και ειδικά, π.χ. κατά την διασκέδαση, δ) ο περιορισμός της επικίνδυνης συμπεριφοράς η οποία συνδέεται με το πρότυπο χρήσης π.χ. κλαμπ, γήπεδο, ε) την λήψη μέτρων για ομάδες υψηλού κινδύνου, και στ) την μείωση των διακινούμενων ποσοτήτων (Λαμπροπούλου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της τοξικοεξάρτησης

2.1 Η παγκόσμια διάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών

Η τοξικομανία αναγνωρίζεται σαν κοινωνικό πρόβλημα που ξεπερνά τα σύνορα ενός κράτους μέλους, ενώ η φύση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά απαιτεί μια πλήρως συντονισμένη και παγκόσμια προσέγγιση. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, αναγνωρίζεται σε διεθνές επίπεδο η παγκόσμια διάσταση του φαινομένου των ναρκωτικών καθώς και της στενής σχέσης των διαφόρων συνιστωσών του : παραγωγή, διακίνηση και κατανάλωση. Η διαπίστωση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την αναγνώριση της ανάγκης να υπάρχει ολοκληρωμένη και συντονισμένη δράση σε διάφορες πτυχές του φαινομένου, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Σε παγκόσμιο επίπεδο στο πλαίσιο των Ηνωμένων Εθνών δημιουργείται το 1990 το Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον Διεθνή Έλεγχο των Ναρκωτικών όπου συγκεντρώνει σε ένα ενιαίο θεσμικό πλαίσιο της προσπάθειας της διεθνούς κοινότητας στον τομέα αυτό. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η εξέλιξη αυτή παγιώθηκε το 1989, με την δημιουργία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Καταπολέμησης των Ναρκωτικών, ένα φόρουμ όπου έδωσε την δυνατότητα να συγκεντρωθούν ανώτατοι υπάλληλοι από κάθε κράτος μέλος και την Επιτροπή, οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με το συντονισμό των κρατών μελών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.⁵

2.2 Το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Στις αρχές του 2010 περίπου 80,5 εκατομμύρια ευρωπαίων ηλικίας 15 έως 64 ετών (23,7% ευρωπαίων ενηλίκων) είναι χρήστες κάνναβης (επικράτηση της ουσίας σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου), 15,5 εκατομμύρια (4,6%) κοκαΐνης, 11,5 εκατομμύρια (3,4%) έκστασης, 13 εκατομμύρια (3,8%) αμφεταμινών, 1,4 εκατομμύρια προβληματικοί χρήστες οπιοειδών. Οι θάνατοι που οφείλονταν στα ναρκωτικά αντιστοιχούν στο 4% των συνολικών θανάτων ευρωπαίων ηλικίας 15 έως 39 ετών με την παρουσία των οπιοειδών στα τρία τέταρτα αυτών περίπου. Επιπλέον παρατηρήθηκε επιδημική έκρηξη του ιού HIV σε Ελλάδα και Ρουμανία. Ο αριθμός των

⁵ COM 94/234 τελικό, Η καταπολέμηση των ναρκωτικών ένα παγκόσμιο πρόβλημα

νεοδιαγνωσθέντων κρουσμάτων HIV σε χρήστες ενέσιμου ναρκωτικού αυξήθηκε από 9–19 ετησίως μέχρι το 2010 σε 241 το 2011 στην Ελλάδα και από 1–6 ετησίως μέχρι το 2010 σε 114 το 2011 στη Ρουμανία⁶.

Η Ευρώπη αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής αγοράς οπιούχων στον κόσμο (INCB, 2011). Η χρήση οπιοειδών εξακολουθεί να ευθύνεται για δυσανάλογα μεγάλο ποσοστό της συνδεδεμένης με τη χρήση ναρκωτικών θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ευρώπη.

Το πιο διαδεδομένο οπιοειδές στην Ευρώπη είναι η ηρωίνη, η οποία καπνίζεται, λαμβάνεται από τη μύτη ή ενδοφλέβια. Οι περισσότεροι χρήστες οπιοειδών κάνουν χρήση πολλαπλών ουσιών, τα δε ποσοστά επικράτησης της ουσίας είναι υψηλότερα σε αστικές περιοχές και σε περιθωριοποιημένες ομάδες πληθυσμού. Πέραν των προβλημάτων υγείας, οι χρήστες οπιοειδών που εισάγονται σε θεραπεία δηλώνουν κατά κανόνα σε υψηλότερα ποσοστά ότι είναι άστεγοι και άνεργοι και έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους χρήστες άλλων ουσιών.

Η χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη τείνει να σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, ωστόσο παραμένει σε υψηλά επίπεδα βάσει των μέχρι τώρα δεδομένων. Διαφαίνονται κάποιες θετικές εξελίξεις όπως τα υψηλά επίπεδα παρεχόμενης θεραπείας σε συνδυασμό με ενδείξεις σταδιακής υποχώρησης της ενέσιμης χρήσης, του αριθμού των νέων χρηστών ηρωίνης, της κατανάλωσης κοκαΐνης και του καπνίσματος κάνναβης. Ωστόσο εκφράζονται προβληματισμοί για το ενδεχόμενο η ανεργία των νέων και οι περικοπές στις παρεχόμενες υπηρεσίες να οδηγήσουν στην επανεμφάνιση «παλαιών» προβλημάτων.

Η κατάσταση στο πεδίο των ναρκωτικών δεν αποκλείεται να χαρακτηρίζεται από ρευστότητα καθώς εμφανίζονται νέα προβλήματα τα οποία θέτουν υπό αμφισβήτηση παγιωμένες πολιτικές και πρακτικές, όπως η εμφάνιση νέων ναρκωτικών και τρόπων χρήσης. Το 2011 καταγράφηκαν 49 νέες ψυχοδραστικές ουσίες στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της ΕΕ. Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί η πολύ-τοξικομανία, η κατανάλωση δηλαδή παράνομων ναρκωτικών ουσιών σε συνδυασμό με άλλες.⁷

Σημαντικοί παράγοντες μεταβολής αποτελούν η παγκοσμιοποίηση και η πρόοδος της τεχνολογίας της πληροφορίας. Παρατηρούνται μεταβολές στον τρόπο χρήσης στις χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων οι οποίες ενδέχεται να έχουν συνέπειες στον αντιμετώπιση του προβλήματος ναρκωτικών στο μέλλον. Το διαδίκτυο αποτελεί

⁶ Βλ. ΕΚΠΙΝΤ : Ετήσια Έκθεση 2012, *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*

⁷ Βλ. ΕΚΠΙΝΤ : Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα ναρκωτικά 2012, *Τάσεις και εξελίξεις*

μεγάλη πρόκληση τόσο ως μηχανισμός ταχείας διάδοσης νέων τάσεων όσο και στην διαμόρφωση νέας ανώνυμης αγοράς ναρκωτικών παγκόσμιας εμβέλειας. Οι συνέπειες των μεταβολών αυτών φαίνεται ότι δεν έχουν γίνει πλήρως αντιληπτές ακόμα και χρειάζεται οι όποιες πολιτικές να διαθέτουν ευελιξία για την αντιμετώπιση εν εξελίξει απρόβλεπτων καταστάσεων.

2.3 Η πολιτική και θεσμική εξέλιξη 1989-93⁸ και η ανάπτυξη των σχεδίων δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στοχεύοντας στην πάταξη του λαθρεμπορίου στα μέσα της δεκαετίας του 1980 τα κράτη μέλη συνεργάστηκαν μεταξύ τους στα πλαίσια της ομάδας TREVI⁹. Επίσης το 1984 οι Υπουργοί Υγείας των κρατών μελών συνήλθαν στο πλαίσιο του Συμβουλίου και επιδίωξαν μια κοινή προσέγγιση στο πρόβλημα της τοξικομανίας.

Ακολούθως τον Ιούνιο του 1987 για πρώτη φορά η Κοινότητα συμμετέχει στη διεθνή διάσκεψη που συγκάλεσε στην Βιέννη η Γενική Γραμματεία των Ηνωμένων Εθνών με θέμα την χρήση και την παράνομη διακίνηση των ναρκωτικών. Στην συνέχεια το 1987 το Συμβούλιο κατόπιν πρότασης της Επιτροπής εγκρίνει την πρώτη απόφαση παρέχοντας στην Κοινότητα ένα σχέδιο σφαιρικής προσέγγισης των ναρκωτικών στο πλαίσιο των σχέσεων συνεργασίας με τις τρίτες χώρες παραγωγής και διέλευσης. Το 1988 αυτή η απόφαση συμπληρώνεται από μία εντολή που δίδεται στην Επιτροπή επιτρέποντας έτσι στην Κοινότητα να συμμετέχει στην τελική φάση των διαπραγματεύσεων σχετικά με την νέα διεθνή σύμβαση, όσο αφορά τις αρμοδιότητές της στον τομέα των «πρόδρομων χημικών και φαρμακευτικών ουσιών». Το 1988 η Κοινότητα συμμετέχει σε αυτές τις διαπραγματεύσεις όπου παρά τις περιορισμένες της αρμοδιότητες αναγνωρίζεται πλέον ως ισότιμος εταίρος στην διεθνή καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Το 1989 με την προοπτική δημιουργίας της ενιαίας αγοράς ο πρόεδρος Mitterrand απευθύνεται στους αρχηγούς των κρατών μελών και στον Πρόεδρο της Επιτροπής για την υιοθέτηση μιας σφαιρικής προσέγγισης και την έγκριση δύο επιχειρησιακών μέτρων : α) την δημιουργία ενός μηχανισμού με κύριο στόχο τον συντονισμό των

⁸ Βλ. Παράρτημα I της Ανακοίνωσης της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με ένα σχέδιο δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (1995-1999), COM 94/234 τελικό, Βρυξέλες, 23.06.1994

⁹ Στην ομάδα Trevi συμμετείχαν οι Υπουργοί Εσωτερικών των κρατών μελών, η οποία είχε ως στόχο να καταπολεμήσει την τρομοκρατία και να συντονίσει την αστυνομική συνεργασία στην Κοινότητα για το πρόβλημα αυτό. Οι Υπουργοί Εσωτερικών εξέταζαν θέματα δημόσιας τάξης και τρομοκρατίας και υπό την αιγίδα αυτής της ομάδας συστάθηκαν διάφορες ομάδες και επιμέρους ομάδες εργασίας.

εθνικών πολιτικών και β) την δημιουργία ενός οργάνου μέτρησης του φαινομένου των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο καλούμενο ως «Παρατηρητήριο».

Με την ανάληψη των καθηκόντων της, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Καταπολέμησης των Ναρκωτικών το 1989 επιφορτίζεται με την κατάρτιση του πρώτου ευρωπαϊκού σχεδίου καταπολέμησης των ναρκωτικών. Έτσι το πρώτο σφαιρικό ευρωπαϊκό σχέδιο πήρε την μορφή του το 1990 αποτελούμενο από πέντε άξονες, : α) συντονισμό στο επίπεδο των κρατών μελών, β) Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα ναρκωτικά, γ) ενέργειες μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών, δ) ενέργειες πάταξης του λαθρεμπορίου, και ε) ενέργειες σε διεθνές επίπεδο.

Το 1993 ιδρύεται το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας¹⁰ προκειμένου να παρέχει στην ΕΕ αξιόπιστες και συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία. Το ΕΚΠΙΝΤ επιδιώκει την συνεργασία των διεθνών οργανισμών καθώς και άλλων κυρίως ευρωπαϊκών, κυβερνητικών και μη φορέων, αρμόδιων στον τομέα των ναρκωτικών.

Το 1994 η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων εκπονεί πρόταση σχεδίου δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά των ναρκωτικών(1995-1999)¹¹, ενώ το Δεκέμβριο του 1996 με απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου θεσπίζεται κοινοτικό πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας εντός του πλαισίου δράσης στον τομέα δημόσιας υγείας 1996-2000¹².

Στην συνέχεια το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ανακοίνωσε την στρατηγική για τα ναρκωτικά 2000-2004¹³ ενώ ακολούθησαν δύο σχέδια δράσης, ένα για το διάστημα 2005-2008¹⁴ και ένα για το διάστημα 2009-2012. Τέλος το 2012 το Συμβούλιο ανακοίνωσε την στρατηγική κατά των ναρκωτικών 2013-2020¹⁵.

2.4 Η συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΣΕΕ) και τα ναρκωτικά

Από την συνθήκη ίδρυσης της ΕΕ η τοξικομανία προσεγγίζεται στον τομέα της δημόσιας υγείας¹⁶. Ειδικότερα η τοξικομανία αναφέρεται σαν *μεγάλη πληγή της ανθρωπότητας* για την οποία η Κοινότητα χρειάζεται να αναπτύξει δράση με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Επίσης η τοξικομανία

¹⁰ ΕΕ αριθ. L 36 της 12.02.1993, σ.1

¹¹ COM (94) 234 τελικό

¹² Απόφαση αριθ. 102/97/ΕΚ

¹³ COM (1999) 239 τελικό

¹⁴ 2005/C 168/01

¹⁵ 2012/C 402/01

¹⁶ Τίτλος II άρθρο 129 παρ.1 92/C/191 /01

προσεγγίζεται και στους τομείς της δικαιοσύνης και των εσωτερικών υποθέσεων¹⁷ καθώς και στον τομέα της κοινής εξωτερικής πολιτικής και της πολιτικής ασφάλειας¹⁸. Ανάλογα με συνιστώσες που έχουν σχέση με τον καθένα από τους παραπάνω τομείς, δηλαδή την δημόσια υγεία, την κοινή εξωτερική πολιτική και πολιτική ασφάλειας ή την συνεργασία στους τομείς δικαιοσύνης και των εσωτερικών υποθέσεων διαμορφώνονται τα πεδία και οι τρόποι άσκησης των αρμοδιοτήτων που προκύπτουν από την συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η ΣΕΕ αποτελεί ένα «διαρθρωμένο θεσμικό πλαίσιο, που επιτρέπει το έλεγχο των κοινωνικών προβλημάτων που ξεπερνούν τα σύνορα όπως τα ναρκωτικά» σύμφωνα με δήλωση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου στις Βρυξέλες στις 29 Οκτωβρίου 1993.

Στο άρθρο 129 της ΣΕΕ κατοχυρώνεται η πρόληψη της τοξικομανίας ως προτεραιότητα για τις κοινοτικές ενέργειες στον τομέα της δημόσιας υγείας και η έρευνα σχετικά με τις αιτίες και τις συνέπειές της, την πληροφόρηση και την αγωγή σε θέματα υγείας ως τομείς δραστηριότητας με προτεραιότητα. Η κατάρτιση κατάλληλου προγράμματος ειδικότερα στον τομέα «μείωσης της ζήτησης» υπάγεται στην ευθύνη του κάθε κράτους μέλους ενώ ο ρόλος της ΕΕ παραμένει υποστηρικτικός στον τομέα αυτό.

Ωστόσο, το ζήτημα της τοξικοεξάρτησης παραμένει στην αρμοδιότητα των κρατών μελών, όπου συνεκτιμώντας την αρχή της επικουρικότητας ο ρόλος της ΕΕ παραμένει σε δράσεις «ενθάρρυνσης», «συντονισμού» και όχι «εναρμόνισης»¹⁹ των νομοθετικών διατάξεων των κρατών μελών. Η τοξικομανία δηλαδή δεν υπάγεται στην αποκλειστική αρμοδιότητα της ΕΕ, όμως μπορεί να αναλαμβάνει ενέργειες όταν οι στόχοι των κρατών μελών δύναται να επιτευχθούν καλύτερα σε κοινοτικό επίπεδο.

Επίσης στην ΣΕΕ η καταπολέμηση της τοξικομανίας περιλαμβάνεται στο άρθρο Κ.1 παρ. 4 του τίτλου VI ως θέμα κοινού ενδιαφέροντος των κρατών μελών υπό την επιφύλαξη των αρμοδιοτήτων της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στον βαθμό που ο τομέας αυτός δεν καλύπτεται από α) την δικαστική συνεργασία σε αστικές υποθέσεις, β) την τελωνειακή συνεργασία και γ) την αστυνομική συνεργασία για την καταπολέμηση και πρόληψη της τρομοκρατίας και του λαθρεμπορίου ναρκωτικών. Όσο αφορά το άρθρο Κ.1 και ειδικότερα την καταπολέμηση της τοξικομανίας, το Συμβούλιο μπορεί να καθορίζει κοινές θέσεις, να θεσπίζει κοινές δράσεις ή να καταρτίζει συμβάσεις.

¹⁷ Τίτλος VI άρθρο Κ1 92/C/01

¹⁸ Τίτλος V 92/C/01

¹⁹ Συνθήκη του Μάαστριχτ 92/C/191 /01, άρθρο 129 παρ.2

Σχετικά με τον τομέας κοινής εξωτερικής πολιτικής και πολιτικής Ασφάλειας (ΚΕΠΠΑ) στον τίτλο V της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση καθορίζονται οι στόχοι της κοινής εξωτερικής πολιτικής και πολιτικής ασφάλειας της Ένωσης, όπου περιλαμβάνονται : α) η διαφύλαξη των κοινών αξιών, των θεμελιωδών συμφερόντων και της ανεξαρτησίας της Ένωσης, β) η ενίσχυση της ασφάλειας της Ένωσης και των κρατών μελών της υπό όλες τις μορφές της, και γ) η προώθηση της διεθνούς συνεργασίας. Στην συνθήκη τα ναρκωτικά δεν αποτελούν τομέα προτεραιότητας της ΚΕΠΠΑ. Όμως δεδομένου ότι σύμφωνα με την συνθήκη ο προσδιορισμός των γενικών προσανατολισμών της ΚΕΠΠΑ υπάγονται στην αρμοδιότητα του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, το 1992 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας επέλεξε την καταπολέμηση του λαθρεμπορίου ναρκωτικών ως τομέα με προτεραιότητα μεταξύ έξι συγκεκριμένων στόχων της Ένωσης, χαρακτηρίζοντας το Μαγκρέμπ και την Μέση Ανατολή ως περιφέρειες με προτεραιότητα για την εφαρμογή της ΚΕΠΠΑ στον τομέα του λαθρεμπορίου των ναρκωτικών.

2.5 Τα σχέδια δράσης από το 1995 έως σήμερα

Η στρατηγική και τα σχετικά σχέδια δράσης της ΕΕ βασίζονται κατ' αρχήν στο ισχύον νομικό πλαίσιο των συνθηκών της ΕΕ λαμβάνοντας υπόψη την αρχή της επικουρικότητας και της αναλογικότητας και στις σχετικές συμβάσεις του ΟΗΕ : α) την Ενιαία Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά του 1961, όπως τροποποιήθηκε με το Πρωτόκολλο του 1972, β) την Σύμβαση για τις Ψυχοτρόπες Ουσίες (1971), και γ) τη Σύμβαση κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπου ουσιών (1988), οι οποίες είναι σημαντικές νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Στόχος αυτών των συμβάσεων είναι να διασφαλίσουν την προμήθεια της αγοράς με τις αναγκαίες ποσότητες ναρκωτικών που προορίζονται για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς, να καταστείλουν την διάδοση της χρήσης τους και να καταστείλουν την παράνομη παραγωγή και διακίνηση (INCB, 2001)

Η ευθύνη εφαρμογής των μέτρων ή των ενεργειών που εμπεριέχονται στα σχέδια δράσης υπάγεται στα κράτη μέλη, ωστόσο η Επιτροπή έχει σημαντικό ρόλο διότι είναι αυτή που διευκολύνει, αξιολογεί τα εφαρμοζόμενα μέτρα και παράλληλα ελέγχει την εφαρμογή της νομοθεσίας για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Οι εκάστοτε στρατηγικές βασίζονται στις προηγούμενες, τις ενδιάμεσες αξιολογήσεις της Επιτροπής

και τα αποτελέσματα της εκάστοτε τελικής αξιολόγησης. Σημειώνουμε ότι η Επιτροπή επικουρείται από μια «επιτροπή», η οποία απαρτίζεται από δύο αντιπροσώπους κάθε κράτους μέλους και της οποίας προεδρεύει ο αντιπρόσωπος της Επιτροπής.²⁰

Το αρχικό σχέδιο δράσης (1995-1999) παρουσιάζει την εξής διάρθρωση : α) ενέργειες με στόχο την μείωση της ζήτησης, β) ενέργειες με στόχο την πάταξη του λαθρεμπορίου ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, γ) ενέργειες σε διεθνές επίπεδο, γ) συντονισμός και δ) δημοσιονομικές συνέπειες

Τον Δεκέμβριο του 1996 εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο και τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 1997 το πενταετές πρόγραμμα της ΕΕ για την πρόληψη της τοξικομανίας (1996-2000). Το πρόγραμμα εντάχθηκε στο πλαίσιο της κοινοτικής δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας και στο Σχέδιο Δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (1995-1999).

Ακολούθησε η στρατηγική για την τετραετία 2000-2004, η οποία εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο στο Ελσίνκι την 1.12.1999, θέτοντας του εξής στόχους για τα κράτη μέλη : α) μείωση της χρήσης των παράνομων ναρκωτικών, και ιδίως από νέους κάτω των 18 ετών, β) περιορισμό των επιβλαβών συνεπειών, όπως του HIV, της ηπατίτιδας Β και C και της φυματίωσης, καθώς και του αριθμού των συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά θανάτων, γ) αύξηση των θέσεων θεραπείας, δ) μείωση της προσφοράς ναρκωτικών, ε) μείωση της εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά, στ) περιορισμό της παράνομης διακίνησης πρόδρομων ουσιών, ζ) περιορισμό της νομιμοποίησης εσόδων προερχομένων από την εμπορία ναρκωτικών, η) καλύτερο συντονισμό και συνεργασία των νομοθεσιών μεταξύ των κρατών μελών.

Η στρατηγική αυτή προβλέπει στην ενισχυμένη συνεργασία των κρατών μελών σύμφωνα και με τις διατάξεις της συνθήκης του Άμστερνταμ που τέθηκε σε ισχύ τον Μάιο του 1999. Τον Ιούνιο του 2000, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε το σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2000-2004. Με το εν λόγω σχέδιο δράσης, η στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά μεταφράζεται σε εκατό περίπου συγκεκριμένα μέτρα που πρέπει να λάβουν τα κράτη μέλη, η Επιτροπή, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας και η Europol.

Ακολούθως το Δεκέμβριο του 2004, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε την στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2005-2012 σαν αναπόσπαστο τμήμα του πολυτετούς προγράμματος της Χάγης για την ενίσχυση της ελευθερίας, της ασφάλειας και της

²⁰ Βλ. άρθρο 5 Απόφασης 102/97/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου

δικαιοσύνης στην ΕΕ. Η στρατηγική προσδιορίζει δύο κύριους στόχους α) 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 και β) διασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας 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. Η στρατηγική 2005-2012 επικεντρώνεται στην ισόρροπη προσέγγιση μεταξύ μείωσης της ζήτησης και μείωσης της προσφοράς καθώς και στα οριζόντια θέματα : α) διεθνή συνεργασία, β) πληροφόρηση, έρευνα και αξιολόγηση καθώς και στον γ) συντονισμό. Η στρατηγική 2005-2012 αποτυπώθηκε σε δύο πενταετή σχέδια δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά α) 2005-2008 και β) 2009-2012 όπου εγκρίθηκαν από το Συμβούλιο και περιλαμβάνουν περίπου 80 ενέργειες.

Η οκταετής 2013-2020²¹ στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά έχει σαν σκοπό να συμβάλλει στην μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών στην ΕΕ, στον περιορισμό των κινδύνων για τη υγεία και των κοινωνικών κινδύνων καθώς και των βλαβών που προκαλούν τα ναρκωτικά. Η στρατηγική αυτή διαρθρώνεται –όπως και οι προηγούμενες στρατηγικές της ΕΕ σε δύο κύριους άξονες: α) την μείωση της ζήτησης και β) την μείωση της προσφοράς καθώς και τρία οριζόντια θέματα : α) τον συντονισμό, β) την διεθνή συνεργασία και γ) την έρευνα, πληροφόρηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση, ενώ θέτει τους εξής στόχους : α) να συμβάλλει στην μετρήσιμη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, β) να συμβάλει στην μετρήσιμη μείωση της διαθεσιμότητας παράνομων ναρκωτικών, γ) να ενθαρρύνει τον συντονισμό μέσω της ενεργούς συζήτησης και ανάλυσης των εξελίξεων και των προκλήσεων στον τομέα των ναρκωτικών σε ενωσιακό και σε διεθνές επίπεδο, δ) να ενισχύσει περαιτέρω τον διάλογο και την συνεργασία μεταξύ της ΕΕ τρίτων χωρών και διεθνών οργανισμών για θέματα ναρκωτικών και ε) να συμβάλει στην καλύτερη διάδοση της παρακολούθησης, της έρευνας και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και στην καλύτερη κατανόηση όλων των πτυχών του φαινομένου των ναρκωτικών και των επιπτώσεων των

²¹ Συμβούλιο της ΕΕ 2012/C/ 402/01 :*Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2013-2020)*,

παρεμβάσεων, προκειμένου να παρέχουν ορθή και πλήρη τεκμηριωμένη δράση για πολιτικές και παρεμβάσεις.

Η στρατηγική βασίζεται, όπως και οι προηγούμενες στην μείωση της ζήτησης και της προσφοράς, ενώ περιλαμβάνει και τρεις διατομεακούς άξονες: το συντονισμό, τη διεθνή συνεργασία και τον άξονα της πληροφόρησης, της έρευνας της παρακολούθησης και της αξιολόγησης. Για πρώτη φορά η ευρωπαϊκή στρατηγική ενσωματώνει στους στόχους της τη «μείωση των κινδύνων στην υγεία και την κοινωνία και των βλαβών που προκύπτουν από τη χρήση ναρκωτικών», προτρέποντας έτσι τα κράτη-μέλη να μεριμνήσουν στις εθνικές τους στρατηγικές για δράσεις μείωσης της βλάβης. Τέλος τον Νοέμβριο του 2013 ανακοινώθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο το *Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά 2013-2016*²² το οποίο περιλαμβάνει 54 στόχους και 15 γενικούς δείκτες παρακολούθησης.

²² Ευρωπαϊκό Συμβούλιο 2013/C351/01

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η περίπτωση της Ελλάδας

3.1 Το ζήτημα των ναρκωτικών στην Ελλάδα

Το ζήτημα των ναρκωτικών συνδέεται με τρεις παραμέτρους του : Η πρώτη παράμετρος αφορά την φύση του συστήματος ελέγχου της διαθεσιμότητας των ναρκωτικών, δηλαδή απαγορευτική, τιμωρητική ή κανονιστική. Η δεύτερη παράμετρος σχετίζεται με το θέμα της αποποινικοποίησης της χρήσης των ναρκωτικών και η τρίτη παράμετρος αναφέρεται στην ολική ή μερική αποποινικοποίηση της χρήσης και πιο συγκεκριμένα την φύση της ρυθμιστικής παρέμβασης της πολιτείας με βάση την διάκριση σε *μαλακά* ή *σκληρά* ναρκωτικά και πιο συγκεκριμένα την αποποινικοποίηση της χρήσης της κάνναβης. Βεβαίως τα παραπάνω θέματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το συγκεκριμένο κοινωνικοϊστορικό πλαίσιο που τα δημιουργεί ή τα συντηρεί. Το «ζήτημα των ναρκωτικών» συνδέεται με την διερεύνηση των τρόπων, μέσων και μεθόδων χάραξης και εφαρμογής της επίσημης «στρατηγικής ελέγχου» καθώς και των επιλογών «άμυνας».

Το ζήτημα των ναρκωτικών στην Ελλάδα αρχικά προσεγγίζεται με νομοθετικές ρυθμίσεις για τον έλεγχο μόνον του χασίς²³. Το 1884 υπογράφεται μια Εμπορική Σύμβαση μεταξύ Ελλάδας-Αιγύπτου που ευνοούσε την ελληνική εμπορία καπνού με αντάλλαγμα και την αρχική απαγόρευση του εμπορίου χασίς από την Ελλάδα στην Αίγυπτο. Ωστόσο η αποτυχία ανανέωσης της το 1891 προώθησε το θέμα του εμπορίου χασίς που ήταν «νόμιμο» στην Ελλάδα και «παράνομο» στην Αίγυπτο. Στην συνέχεια οι οικονομικοί και πολιτικοί όροι επέβαλλαν την αναγκαιότητα ανανέωσης της αρχικής Ελληνο-Αιγυπτιακής Σύμβασης αρχικά το 1895 και στην συνέχεια το 1906 οδηγώντας αρχικά στην θεσμοθέτηση ποινικής δίωξης των Ελλήνων λαθρεμπόρων χασίς στην Αίγυπτο και την υψηλή φορολογία του χασίς στην Ελλάδα και μεταγενέστερα στην υιοθέτηση νομοθετικού, απαγορευτικού και τιμωρητικού χαρακτήρα της παραγωγής, διάθεσης και χρήσης χασίς στην Ελλάδα το 1920²⁴. Έτσι η ελληνική περίπτωση διαμορφώνει απαγορευτική πολιτική για το «χασίς» προγενέστερα από την υπογραφή και κατακύρωση της Διεθνούς Σύμβασης της Γενεύης του 1925 όπου προβλεπόταν ο διεθνής έλεγχος της «Ινδικής Καννάβης» την οποία ακολούθησαν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

²³ Το «χασίς» αποτελεί επεξεργασμένη μορφή της «Ινδικής κάνναβης»

²⁴ Βλ. Τσιγγάνου, Ι. (1996) «Το ζήτημα των ναρκωτικών» στο Ναρκωτικά : Νομική & Εγκληματολογική Διάσταση στην Ελλάδα και στην ΕΕ

Η Ελλάδα με την ιδιότητα του μέλους των Ηνωμένων Εθνών, αναλάμβανε συγκεκριμένες υποχρεώσεις συνεργασίας και ευθυγράμμισης της πολιτικής της με τις αποφάσεις του. Κύριος παράγοντας δημιουργίας δικαίου για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα αποτέλεσε και η επικύρωση της Διεθνούς Σύμβασης της Χάγης για το όπιο το 1912 μετά το τέλος του Α΄ παγκοσμίου πολέμου. Μεταγενέστερες εξελίξεις στην Ελληνική Νομοθεσία φαίνεται να επηρεάστηκαν από τις διατάξεις Διεθνών Συνθηκών διαμορφώνοντας μια πολιτική αντιμετώπισης του ζητήματος των ναρκωτικών σύμφωνα με τις διεθνείς επιταγές. Τα αρμόδια όργανα ελέγχου των ναρκωτικών του ΟΗΕ μεταπολεμικά διαπιστώνεται να έχουν αυξημένες αρμοδιότητες διασφαλίζοντας την συνεπή εφαρμογή των στρατηγικών τους από τα κράτη μέλη. Με δεδομένο την ύπαρξη απαγορευτικού πλαισίου η διεθνής κοινότητα φαίνεται να δείχνει ανοχή και ελαστικότητα μόνο στον τρόπο αντιμετώπισης των εθισμένων ατόμων στις απαγορευμένες ουσίες. Οι νομοθετικοί ελληνικοί μηχανισμοί ελέγχου του ζητήματος των ναρκωτικών φαίνεται να δημιουργήθηκαν και να εξελίχθηκαν σαν αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων ακολουθώντας το διεθνές δίκαιο και όχι σαν απάντηση ενός ανησυχητικού κοινωνικού προβλήματος.

3.2 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα

Η ποινικοποίηση της χρήσης του χασίς έγινε με τον ν.1681/1919 «Περί αλητείας και επαιτείας» όπου τιμωρούνταν ένας τύπος ατόμου και όχι μια συγκεκριμένη πράξη. Ακολούθησε ο ν.2107/1920 όπου διέυρνε το αξιόποιο σε αυτοτελείς πράξεις διαχωρίζοντάς το από την αλητεία, και ο ν.743/1917 όπου η ποινικοποίηση κάλυψε το λαθρεμπόριο και την χρήση άλλων ουσιών όπως το όπιο, η μορφίνη και η ηρωίνη. Με τον ν. 743/1970 προβλέπεται η ίδια χρήση ουσιών και προβλέπονται εναλλακτικά μέτρα ποινής για χρήστες καθώς και επεικέστερη μεταχείριση χρηστών ναρκωτικών (Παρασκευόπουλος, 2004). Ουσιαστικά ο ν. 743/1970 μιλά για «δράστες τοξικομανείς» και είναι η πρώτη φορά που το ελληνικό κράτος μιλά για «άρρωστους» δράστες και τους διαχωρίζει με όλους τους υπόλοιπους που «δραστηριοποιούνται στον χώρο αυτό (ΣΔΟΝ/ΕΜΠ, 2009).

Είναι η εποχή όπου θεραπεία νοείται η σωματική αποτοξίνωση και κυριαρχεί η αντίληψη ότι το πρόβλημα της εξάρτησης βρίσκεται μόνον στην ουσία. Οι μόνες λύσεις για τους εξαρτημένους είναι το ψυχιατρείο, η φυλακή ή η ατομική προσπάθεια για απεξάρτηση.

Ακολουθεί το 1983 η ίδρυση της Ιθάκης στην Σίνδο Θεσσαλονίκης, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας για εξαρτημένα από ουσίες άτομα ως πιλοτικό «στεγνό πρόγραμμα» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Στην συνέχεια με τον ν.1729/1987 ιδρύεται το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων με την μορφή ΝΠΙΔ όπου εντάχθηκε στην λειτουργία του και η θεραπευτική κοινότητα Ιθάκη. Με τον συγκεκριμένο νόμο δίνεται το έναυσμα για την ανάπτυξη των «στεγνών προγραμμάτων» θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, δίδοντας βάρος στους ψυχολογικούς παράγοντες σύμφωνα με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση και θεωρώντας την εξάρτηση ως σύμπτωμα μιας ψυχολογικής ή και κοινωνικής δυσλειτουργίας (Πουλόπουλος, 2009). Στις αρμοδιότητες του ΚΕΘΕΑ συμπεριλαμβάνονται η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και η κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων. Με τον ίδιο νόμο ιδρύεται και το Κεντρικό Συμβούλιο για την καταπολέμηση Ναρκωτικών όπου απαρτίζεται από εκπροσώπους των Υπουργείων Υγείας, Δικαιοσύνης, Παιδείας, Οικονομικών και Δημόσιας Τάξης και στην αρμοδιότητά του είναι η πρόταση διαμόρφωσης εθνικής πολιτικής για θέματα πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων. Τέλος στον συγκεκριμένο νόμο προσδιορίζονται οι ουσίες που θεωρούνται ναρκωτικά χωρίς να γίνεται διάκριση σε «σκληρά» ή «μαλακά», ενώ οριοθετείται η κατασταλτική παρέμβαση του νόμου που αφορά την δίωξη της εμπορίας των ναρκωτικών και την προστασία των εξαρτημένων ατόμων.

Ακολούθως ο ν.2161/1993 τροποποιεί τον ν.1729/1987 δημιουργώντας τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών ως ΝΠΙΔ υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Στις αρμοδιότητες του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνονται ο σχεδιασμός η προώθηση και η εφαρμογή της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά ενώ ουσιαστικά με την ίδρυση του υιοθετείται η ιατροκεντρική προσέγγιση στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης όπου προσεγγίζεται η τοξικοεξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος, ο εξαρτημένος αντιμετωπίζεται ως ασθενής ο οποίος χρειάζεται να ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα ή για όλη του την ζωή εάν είναι απαραίτητο. Έτσι ξεκινούν στην Ελλάδα οι μονάδες που χρησιμοποιούν ουσίες υποκατάστασης -κατ' αρχήν μεθαδόνη και αργότερα βουπρενορφίνη- και ο ΟΚΑΝΑ έχει την αποκλειστική ευθύνη της διάθεσης των ουσιών αυτών. Μεταγενέστερα με το άρθρο 12 του ν.2955/01 δίνεται η δυνατότητα διάθεσης υποκαταστάτων ουσιών και από ιδιώτες ψυχιάτρους ή ιδιωτικές κλινικές υπό προϋποθέσεις.

Στην συνέχεια με τον ν.2331/1995 προβλέπονται σημαντικές αλλαγές σχετικά με την αναβολή της δίκης για άτομα που παρακολουθούν «στεγνά προγράμματα», προβλέψεις που αργότερα εφαρμόστηκαν και για άτομα που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης με τον ν. 3189/2003.

Με τον ν.3459/2006 υιοθετείται ο Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (ΚΝΝ) όπου συγκεντρώθηκαν και κωδικοποιήθηκαν όλοι οι νόμοι που αφορούν τα ναρκωτικά. Στο άρθρο 23 του ΚΝΝ προσδιορίζονται οι κατώτατες ποινές (έως ισόβια κάθειρξη) και στο άρθρο 30 προβλέπονται ελαφρότερες ποινές και ειδική μεταχείριση για εξαρτημένους χρήστες ναρκωτικών. Ωστόσο στον συγκεκριμένο νόμο δεν προσδιορίζεται με σαφήνεια η διαδικασία διενέργειας πραγματογνωμοσύνης για την διαπίστωση εξάρτησης ενός ατόμου σε ναρκωτικές ουσίες αφήνοντας κενά στον τρόπο χαρακτηρισμού ενός ατόμου ως «εξαρτημένο». Στον ΚΝΝ προβλέπεται η ίδρυση δύο Ειδικών Θεραπευτικών Καταστημάτων «τοξικομανών κρατουμένων» στον Ελαιώνα Θηβών και στον Δήμο Κασσάνδρας Χαλκιδικής με στόχο την θεραπευτική αντιμετώπιση των θεραπευτικών κρατουμένων δεδομένου ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών έχει πλέον επεκταθεί εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων.

Σημαντική εξέλιξη αποτελεί η τροποποίηση του ΚΝΝ με σκοπό την εναρμόνιση της ελληνικής με την ευρωπαϊκή νομοθεσία για τα ναρκωτικά. Με τον ν.3727/2008 κυρώνεται η απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου της ΕΕ με τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ΚΝΝ. Με τον ίδιο νόμο εισάγονται αυστηρότερες διατάξεις όσο αφορά την εμπορία και την διακίνηση ναρκωτικών. Επίσης με το άρθρο 34 κατοχυρώνεται η διαδικασία υποχρεωτικής πραγματογνωμοσύνης σε περίπτωση που κατά την διαδικασία της προανάκρισης ο κατηγορούμενος ισχυρισθεί ότι είναι τοξικομανής. Θεσπίζεται η διαδικασία άμεσης πραγματογνωμοσύνης και διαχωρίζεται η εξάρτηση σε σωματική ή ψυχική καθώς και άλλα χαρακτηριστικά της όπως ο βαθμός εξάρτησης, η κύρια ουσία χρήσης, η συχνότητα χρήσης και η πρόταση θεραπευτικής αγωγής. Από τον περιεχόμενο του άρθρου 14 διαφαίνεται η πρόθεση του νομοθέτη για διασφάλιση έγκυρης πραγματογνωμοσύνης και την αποφυγή της δυνατότητας αξιοποίησης των ευνοϊκότερων ρυθμίσεων για τους εξαρτημένους από εμπόρους εξαρτησιογόνων ουσιών με τον χαρακτηρισμό τους ως τοξικοεξαρτημένους.

Το 2010 δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Πρωθυπουργού η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού με εντολή να εκπονήσει ένα μεσοπρόθεσμο διετές (1011-2012) Σχέδιο Καταπολέμησης Εξαρτήσεων. Το συντονισμό της επιτροπής ανέλαβε ο

ΟΚΑΝΑ όπου η πρόεδρος του ορίστηκε Εθνική Συντονίστρια²⁵ ενώ στην επιτροπή συμμετέχουν τα εμπλεκόμενα υπουργεία και οι φορείς.

Από το 2011 κατατέθηκε στην Βουλή νομοσχέδιο για τροποποίηση του ΚΝΝ το οποίο τελικά με τροποποιήσεις ολοκληρώθηκε και ψηφίσθηκε το 2013. Έτσι με τον ν.4139/2013 διαχωρίζονται και είναι ελαφρότερες (φυλάκιση έως τρία έτη) άτομα που κατέχουν ή διαθέτουν ή προμηθεύονται μικροποσότητες με στόχο την κάλυψη προσωπικών τους αναγκών και είναι εξαρτημένα. Επίσης προβλέπεται η ειδική μεταχείριση των χρηστών παραβατών και ειδικότερα: α) η επιβολή περιοριστικών όρων για εισαγωγή σε θεραπεία σε Αναγνωρισμένο Θεραπευτικό Πρόγραμμα, β) αναβολή ποινικής δίωξης ή την αναστολή εντάλματος σύλληψης σε εξαρτημένα άτομα που παρακολουθούν αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα²⁶. Συνοπτικά φαίνεται η πρόθεση του νομοθέτη να μην αντιμετωπίζεται ο εξαρτημένος παραβάτης σαν κοινός εγκληματίας και εναλλακτικά της κράτησης προωθείται η θεραπεία σε αναγνωρισμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Με το άρθρο 49 του ν.4139/2013 προβλέπεται ο Εθνικός Συντονιστής για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών ο οποίος ορίζεται από τον Πρωθυπουργό, έχει πενταετή θητεία και προεδρεύει στην Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών (ΕΕΣΣΑΝ). Στην ΕΕΣΣΑΝ συμμετέχουν σαν μέλη οι προϊστάμενοι των αρμόδιων Διευθύνσεων των Υπουργείων καθώς και οι πρόεδροι των αναγνωρισμένων από τον νόμο θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΨΝΑ και ΨΝΘ), του ΕΚΤΕΠΙΝ και των Δικτύων Κέντρων Πρόληψης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας. Βασική αρμοδιότητα της Επιτροπής αποτελεί η εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά.

Τέλος σε θεσμικό επίπεδο εκκρεμεί από το 1993 η ρύθμιση των όρων ίδρυσης και λειτουργίας Συμβουλευτικών Σταθμών και Θεραπευτικών Μονάδων αντιμετώπισης της εξάρτησης με αποτέλεσμα την λειτουργία παράνομων κλινικών ή ιδιωτικών κέντρων αμφιβόλου προδιαγραφών που δεν βασίζονται σε σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και πρακτικές κερδοσκοπώντας εις βάρος των εξαρτημένων και των οικογενειών τους (Πουλόπουλος, 2001).

²⁵ Βλ. <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=180787>

²⁶ Σύμφωνα με το άρθρο 51 του ν.4139/2013 εγκεκριμένοι οργανισμοί θεραπείας είναι ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (ΨΝΑ) και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ)

3.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα

3.3.1 Η εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών

Η Ελλάδα εισήλθε καθυστερημένα στη χάρτα των κρατών εκείνων όπου το πρόβλημα των ναρκωτικών είχε προσλάβει τις διαστάσεις μείζονος απειλής της Δημόσιας Υγείας και της Κοινωνικής Συνοχής. Στη δεκαετία του '70, ενώ στη Β. Αμερική και τη Δ. Ευρώπη η ραγδαία εξάπλωση του φαινομένου της χρήσης των ουσιών δημιουργούσε έντονη ανησυχία, στην Ελλάδα επικρατούσε εφησυχασμός που δεν τον διατάρασσαν οι σποραδικές συλλήψεις «τοξικομανών», που στη γενική αντίληψη αποτελούσαν ιδιαίτερη περιθωριακή ομάδα, αποκομμένη από το βασικό κορμό της ελληνικής κοινωνίας. Όταν το θεωρούμενο αδιάσπαστο φράγμα της κοινωνικής άμυνας (ελληνική οικογένεια, παραδοσιακές αξίες) στις ξενόφερτες συμπεριφορές άρχισε να υποχωρεί, στις αρχές της δεκαετίας του '80 φαίνονται τα πρώτα σημεία της επικείμενης εξάπλωσης του φαινομένου στη χώρα μας, βρήκε τους μηχανισμούς του κράτους και την ίδια την κοινωνία ανέτοιμους να συγκροτήσουν μια συστηματική άμυνα στις νέες συνθήκες.²⁷

Η αρχική αντίδραση, αποσπασματική και χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, έγινε αισθητή προς δύο κυρίως κατευθύνσεις: Την εντατικοποίηση των μέτρων καταστολής για τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των ουσιών, και τη γενική ενημέρωση του κοινού με βασικά κινδυνολογικό περιεχόμενο για τον περιορισμό της ζήτησης.

Η πρώτη επιλογή χαρακτήρισε και την εποχή των αθρόων συλλήψεων, καταδικών και φυλακίσεων όχι μόνο μικροεμπόρων και μικροδιακινητών αλλά και κατόχων χρηστών-ναρκωτικών, με κύρια εκπροσώπηση των χρηστών της κάνναβης. Η άλλη κατεύθυνση –η ενημερωτική- έδωσε την ευκαιρία σε αυτοσχέδιους «διαφωτιστές» να κινδυνολογούν ισοπεδωτικά για τα ναρκωτικά, να στηλιτεύουν τις «περιθωριακές» συμπεριφορές, να κηρύττουν αντί να πείθουν και, το κυριότερο, με τη δαιμονοποίηση των ουσιών να δημιουργούν πρόβλημα αξιοπιστίας σε κάθε προσπάθεια ουσιαστικής ενημέρωσης.

Η φιλοσοφία της πολιτικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών με τη θέσπιση ειδικού Νομοθετικού Πλαισίου (Ν.1729/87) κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, εγκαινίασε την πραγμάτωση μιας συνολικότερης προσέγγισης του φαινομένου. Το βάρος, πλέον, παράλληλα με την καταστολή δίδεται στην απεξάρτηση αλλά και

²⁷ Βλ. Έκθεση Διακομματικής Επιτροπής για τα ναρκωτικά της Βουλής : Πρόταση για το εθνικό σχέδιο δράσης 2002-2006

στην επιεικέστερη ποινική αντιμετώπιση των εξαρτημένων χρηστών και τη διάκριση τους από τους εμπόρους.

3.3.2 Τα χαρακτηριστικά χρήσης ναρκωτικών

Η τελευταία έρευνα διεξήχθη το 2004 στον γενικό πληθυσμό ηλικίας 15 έως 64 ετών και έδειξε ότι η έκταση της χρήσης ναρκωτικών έφτανε το 1.7% για την κάνναβη, 0.1% για την κοκαΐνη και 1.3% για τα αινέσιμα ναρκωτικά (EMCDDA, 2007). Το ποσοστό των αινέσιμων ναρκωτικών παρόλο που φαίνεται χαμηλό ωστόσο είναι υψηλό συγκριτικά με άλλες χώρες όπως η Ολλανδία (0.9%).

Ο αριθμός των προβληματικών χρηστών²⁸ ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη το 2011 είναι 20.473 και εμφανίζεται μειωμένη σε σχέση με το 2010 (22.515) και το 2009 (24.097) παρουσιάζοντας ενδείξεις ότι σταμάτησε η γενική αυξητική τάση από το 2002 (ΕΚΤΕΠΝ, 2012, 2011, 2010).

Αυξητική είναι η τάση των ατόμων που αιτούνται θεραπεία²⁹ τα τελευταία δέκα χρόνια με 3.630 πελάτες το 2002 σε 5.834 πελάτες το 2011 ανεξαρτήτου τύπου θεραπείας. Ως κύρια ουσία κατάχρησης αναφέρεται η ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή (80,6%), ακολουθούν η κάνναβη (12,8%), η κοκαΐνη ή κρακ (4,3%) και οι άλλες ουσίες (κυρίως ηρεμιστικά) σε ποσοστό 12.3% (ΕΚΤΕΠΝ, 2012). Αυξήσεις παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια στο ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν την χρήση πολλαπλών ουσιών ιδιαίτερα τριών ή τεσσάρων ουσιών.

Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης (15,34 έτη) εμφανίζεται σταθερά μικρότερη από την μέση ηλικία έναρξης της κύριας ουσίας κατάχρησης (18,5 έτη) σε όλα τα χρόνια. Η πλειονότητά των χρηστών δεν έχει σταθερό εισόδημα, δεν έχει ολοκληρώσει την βασική εκπαίδευση, οι οικογενειακές τους ενώ οι προσωπικές τους σχέσεις βρίσκονται σε κρίση. Επιπροσθέτως η οικονομική κρίση έρχεται να επιτείνει τα πολλαπλά προβλήματα που οι εξαρτημένοι χρήστες ουσιών ήδη αντιμετωπίζουν : οικονομικά, ιατρικά, ψυχικής υγείας, στέγης, επαγγελματικά, εκπαιδευτικά, νομικά και οικογενειακά (ΚΕΘΕΑ, 2012).

²⁸ Προβληματικό χρήστης ορίζεται εκείνος που κάποια στιγμή θα ζητήσει βοήθεια μιας θεραπευτικής υπηρεσίας για την χρήση ηρωίνης. (EMCDDA,1999). Ο υπολογισμός του αριθμού προβληματικών χρηστών γίνεται με την μέθοδο πολλαπλών εγγραφών στα ετήσια δεδομένα του δείκτη αίτησης θεραπείας. Σε αυτήν την μεθοδολογία με την προσαρμογή κατάλληλου στατιστικού μοντέλου εκτιμάται το μέγεθος του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών που δεν παρουσιάσθηκαν σε καμιά θεραπευτική υπηρεσία (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

²⁹ Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) καταγράφει τον αριθμό, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της χρήσης των ατόμων που απευθύνονται στα αναγνωρισμένα προγράμματα θεραπείας / μείωσης της βλάβης για βοήθεια σε σχέση με προβλήματα από την χρήση ναρκωτικών ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Στην Ελλάδα της πέμπτης συνεχής χρονιάς οικονομικής κρίσης και βαθιάς ύφεσης, επιβεβαιώνονται συμπεράσματα διεθνούς βιβλιογραφίας καθώς και εμπειρίας άλλων χωρών ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά το πρόβλημα της εξάρτησης οδηγώντας περισσότερους ανθρώπους στην χρήση ουσιών και επιδεινώνοντας την κατάσταση όσων βρίσκονται ήδη στην χρήση.

Καθώς μειώνονται η ελπίδα για μια καλύτερη ζωή και το κίνητρο για θεραπεία, ενισχύεται η τάση των εξαρτημένων να μην λαμβάνουν στοιχειώδη μέτρα προστασίας της υγείας τους. Σημαντικότερη εξέλιξη αποτελεί η επιδημική αύξηση του HIV/AIDS στον πληθυσμό των εξαρτημένων όπου τα κρούσματα μόλυνσης ανάμεσα στο 2010 και 2011 αυξήθηκαν 1500% στον πληθυσμό των χρηστών. Έτσι το 2011 ο επιπολασμός του ιού αυξήθηκε ραγδαία από 0,8 % σε 4,4% (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2012).

Λόγω της κρίσης εμφανίσθηκαν στην αγορά φθηνά ναρκωτικά καθώς και νοθευμένες ουσίες χαμηλού κόστους. Λόγω της χαμηλής οικονομικής δυνατότητας των χρηστών να εξασφαλίσουν την δόση τους, νέες συνθετικές ουσίες έχουν κάνει την εμφάνισή τους, όπως τα συνθετικά κανναβινοειδή στην Θεσσαλονίκη και το shisha³⁰ στο κέντρο της Αθήνας.

3.4 Το εθνικό σχέδιο δράσης 2008-2012

Στις αρχές του 2000 η εξάπλωση της χρήσης ουσιών αποτελεί κεντρικό πρόβλημα σε ελληνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Πουλόπουλος, 2011). Την εξάπλωση του φαινομένου προσπαθεί να ανακόψει το σχέδιο της ΕΕ 2000-2004 όπου τα κράτη μέλη καλούνται να σχεδιάσουν μια ενιαία πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος με καθορισμένες αρμοδιότητες και συντονισμό των ενεργειών όλων των εμπλεκόμενων φορέων (EMCDDA, 2000).

Η Ελλάδα έχοντας ήδη δημιουργήσει έναν πλουραλισμό προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης τα οποία ανταποκρίνονται σε διαφορετικές προσεγγίσεις του φαινομένου εισέρχεται πλέον στην διαδικασία εκπόνησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης (ΕΣΔ) για τα ναρκωτικά λαμβάνοντας υπόψη τις κατευθυντήριες γραμμές της ευρωπαϊκής στρατηγικής.

³⁰ Το shisha αποτελεί μορφή κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των χρηστών, παρασκευάζεται από ουσίες υψηλής τοξικότητας όπως υγρά μπαταρίες ενώ λόγω του ότι έχει παρόμοια συμπτώματα με την κοκαΐνη αλλά με πολύ μικρότερο κόστος ονομάστηκε και «κόκα των φτωχών»

Η πρώτη πρόταση κατάρτισης εθνικού σχεδίου 2002-2006³¹ από το αρμόδιο υπουργείο υγείας στην πράξη δεν ολοκληρώθηκε και κατά συνέπεια δεν εφαρμόστηκε και δεν αξιολογήθηκε. Το 2006 αναζωπυρώθηκε η συζήτηση για την εφαρμογή ενός ΕΣΔ όπου και κατατέθηκε στην Διακομματική Επιτροπή της Βουλής με ορίζοντα τετραετίας, το οποίο φαίνεται να προκάλεσε έντονες αντιδράσεις μέρους των φορέων που ήδη υλοποιούσαν προγράμματα απεξάρτησης, δεδομένου ότι για την εκπόνησή του συμμετείχε μόνο ο ΟΚΑΝΑ³². Μάλιστα σε σχετική ανακοίνωσή τους αρκετοί φορείς³³ ζητούν την απόσυρσή του χαρακτηρίζοντας το ελλιπές, πρόχειρο και χωρίς να λαμβάνει υπόψη του την ελληνική πραγματικότητα.

Τελικά το 2008 ανακοινώνεται επίσημα το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012 όπου φαίνεται να αποτέλεσε συρραφή των προτάσεων των αρμόδιων φορέων³⁴ το οποίο αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο σχέδιο χάραξης πολιτικής για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Κεντρικοί πυλώνες αποτελούν η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης ναρκωτικών σύμφωνα και με την Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2005-2008, ενώ οι άξονες του σχεδίου περιλαμβάνουν την πρόληψη, την θεραπεία, την επανένταξη, την έρευνα, την εκπαίδευση, την τεκμηρίωση την πιστοποίηση, την δημόσια διαβούλευση και την κοινωνική συμμετοχή.

Κύριες μεταρρυθμιστικές τομές προτείνονται η ανάπτυξη οριζόντιας πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων, η σύνδεση των στεγνών προγραμμάτων με τα προγράμματα υποκατάστασης και η ένταξη των προγραμμάτων υποκαταστάτων του ΟΚΑΝΑ στο ΕΣΥ με την σταδιακή ένταξη των μονάδων υποκαταστάτων του ΟΚΑΝΑ στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Ταυτόχρονα προβλέπεται αύξηση των μονάδων υποκαταστάτων κατά 130% με στόχο την εξάλειψη της «λίστας αναμονής» για θεραπεία.

Επιπλέον προτείνονται παρεμβάσεις στα σωφρονιστικά καταστήματα όπου προβλέπονται δημιουργία προγραμμάτων συμβουλευτικής, απεξάρτησης, χορήγησης υποκαταστάτων και επανένταξης εντός των φυλακών.

³¹ Βλ. Πρόταση της Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες 2002-2006. Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Δεκέμβριος 2001

³² Βλ. Ελευθεροτυπία, Συνδυασμός δράσης για τα ναρκωτικά, 24.12.2006,

³³ Βλ. Δελτίο Τύπου ΚΕΘΕΑ, ΨΝΑ, ΕΠΨΥ με Θέμα : «Άμεση απόσυρση του ΕΣΔ που κατατέθηκε στη Διακομματική Επιτροπή και κατάρτιση νέου μετά από διάλογο ζητούν οι φορείς για τα ναρκωτικά», Αθήνα, 11.12.2006

³⁴ Βλ. Πουλόπουλος 2011

Επίσης προτείνεται η δημιουργία ενιαίου εθνικού προϋπολογισμού για τα ναρκωτικά με στόχο την συνολική μείωση της δαπάνης και η μετεξέλιξη του ΟΚΑΝΑ σε κεντρικό όργανο για την υλοποίηση της πολιτικής κατά των εξαρτήσεων. Τέλος προτείνεται η θεσμοθέτηση Εθνικού Συντονιστικού Οργάνου παρά το πρωθυπουργό.

Το σχέδιο δράσης 2008-2012 εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία και ακολουθεί τις κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Στην συγκεκριμένη πρόταση αποτυπώνονται η κατάσταση του προβλήματος της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα και τα προγράμματα, οι υπηρεσίες που έχουν αναπτυχθεί με κύριο στόχο την μείωση της ζήτησης καθώς και μία αποτύπωση της μέχρι τότε εφαρμοζόμενης πολιτικής. Διαφαίνεται μία καθυστέρηση ανάπτυξης της πολιτικής σε σχέση με την εξέλιξη του φαινομένου των ναρκωτικών αλλά ταυτόχρονα αναγνωρίζεται η εφαρμογή καλών πρακτικών αντιμετώπισης για την αντιμετώπισή του. Σημειώνουμε ότι γίνεται προσπάθεια ανταπόκρισης στους κεντρικούς στόχους που θέτει η Ευρωπαϊκή Στρατηγική με κύρια στοιχεία την ανάγκη εθνικού συντονισμού καθώς και την ανάπτυξη όλων των υπηρεσιών που αφορούν κυρίως στην μείωση της ζήτησης με έμφαση στην «μείωση της βλάβης» που προέρχεται από την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών.

Ωστόσο το Εθνικό Σχέδιο Δράσης παρέμεινε ένα «σχέδιο επί χάρτου». Υλοποιήθηκε εν μέρει ενώ δεν αξιολογήθηκε ποτέ αντικατοπτρίζοντας την απόσταση μεταξύ αυτών που σχεδιάζουν και αυτών που υλοποιούν προγράμματα και δράσεις για την τοξικοεξάρτηση. Παρέμεινε ένα ευχολόγιο καθώς δεν έγινε καμία προσπάθεια προκειμένου να εξασφαλισθούν οι θεσμικές και οικονομικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή του. Ο ΟΚΑΝΑ βρέθηκε να περνά κρίση ταυτότητας και προσανατολισμού, τα Κέντρα Πρόληψης διανύουν μια παρατεταμένη περίοδο υποχρηματοδότησης ενώ το ΕΚΤΕΠΝ κινδύνεψε να κλείσει λόγω υποχρηματοδότησης. Οι προσπάθειες για ανταπόκριση στις εξελίξεις του φαινομένου φαίνεται να βασίζονται στις πρωτοβουλίες των φορέων παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Πουλόπουλος, 2011)

3.5 Δράσεις και Προγράμματα για την Αντιμετώπιση της των Ναρκωτικών

3.5.1 Μείωση της ζήτησης

3.5.1.1 Πρόληψη

Η πρόληψη στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των 71 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Σε επίπεδο χάραξης πολιτικής το 2011 η δράση στην σχολική κοινότητα παραμένει πάγια προτεραιότητα ωστόσο επισημαίνεται η περιορισμένη κάλυψη κάλυψης της σχολικής κοινότητας σε ετήσια βάση (ΕΚΤΠΝ, 2012).

Επιπλέον παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι φορείς στο χώρο των εξαρτήσεων και της υγείας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ όπου με την υποστήριξη εθελοντών απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό σε ομάδες υψηλού κινδύνου καθώς και σε επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που επιθυμούν να εκπαιδευτούν στην αγωγή υγείας και την πρόληψη. Το 2010 ξεκίνησε η λειτουργία Κέντρου Κοινοτικής Παρέμβασης στα Εξάρχεια στο πλαίσιο της ανταπόκρισης στις ανάγκες των νέων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας και αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού, παραβατικότητας και χρήσης ουσιών, ενώ η μονάδα ΚΕΘΕΑ ΙΚΑΡΟΣ παρέχει συμβουλευτική σε νέους υψηλού κινδύνου οι οποίοι παραπέμπονται συνήθως από επιμελητές ενηλίκων το εκπαιδευτικό σύστημα και άλλους φορείς.

Στον τομέα της πρόληψης επίσης δραστηριοποιούνται το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ, το Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων του ΑΡΓΩ του ΨΝΘ, η εθελοντική οργάνωση Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής και δύο φορείς της Εκκλησίας : το Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών και Οργανισμός Προαγωγής της Υγείας ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ Κριμαίας της Ιεράς Μητροπόλεως Αιτωλίας και Ακαρνανίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

3.5.1.2 Συμβουλευτική - κινητοποίηση

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων υποκατάστασης λειτουργεί από το 2002 ένα Κέντρο Ενημέρωσης και Προσανατολισμού από 2002 στην Αθήνα με κύριο στόχο την

αξιολόγηση των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία και την παραπομπή τους στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του ΟΚΑΝΑ ή άλλων φορέων). Ουσιαστικά το συγκεκριμένο κέντρο λειτουργεί και διαχειρίζεται τις αιτήσεις για ένταξη κυρίως στα προγράμματα υποκατάστασης της Αθήνας και του Πειραιά. Για τις μονάδες υποκατάστασης εκτός Αττικής τις ίδιες ευθύνες έχουν οι αντίστοιχες μονάδες.

Στο πλαίσιο των στεγνών προγραμμάτων λειτουργούν 40 συμβουλευτικά κέντρα (28 του ΚΕΘΕΑ και 12 άλλων φορέων όπως ΟΚΑΝΑ, 18 ΑΝΩ, ΑΡΓΩ) όπου το 2011 απευθύνθηκαν συνολικά 5.609 άτομα που αντιμετώπιζαν προβλήματα χρήσης ουσιών, εκ των οποίων τα 727 ήταν έφηβοι και τα 4.882 ενήλικες. Από τον συνολικό αριθμό των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα 3.100 άτομα (ποσοστό 55,3 %) απευθύνθηκαν σε αυτά για πρώτη φορά, το 83,5% ήταν άνδρες και το 87,1% ήταν κάτω των 40 ετών. Μέση διάρκεια παραμονής είναι 1-2 μήνες και παρέχουν υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες των πληθυσμών (ΕΚΤΕΠΝ, 2012).

Το 2011όσο αφορά τα συμβουλευτικά κέντρα που λειτουργούν στο πλαίσιο των στεγνών προγραμμάτων το 2011 έλαβαν υπηρεσίες 5.609 άτομα που αντιμετώπιζαν πρόβλημα χρήσης εκ των οποίων τα 3.100 άτομα προσέγγισαν για πρώτη φορά.

3.5.1.3 Υπηρεσίες Θεραπείας³⁵

Στην Ελλάδα οι δομές που παρέχουν θεραπεία για την ουσιοεξάρτηση χωρίζονται σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους παρέμβασης : α) υποκατάστασης οπιοειδών (ιατροκεντρική προσέγγιση) τα οποία έχουν αναπτυχθεί από τον ΟΚΑΝΑ, β) στεγνά θεραπευτικά προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, εξωτερικής διαμονής ενηλίκων και εξωτερικής παραμονής εφήβων (ψυχοκοινωνική προσέγγιση) τα οποία έχουν αναπτυχθεί κυρίως από το ΚΕΘΕΑ³⁶, γ) ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος και δ) σωματική αποτοξίνωση.(ΕΚΤΠΝ, 2012)

³⁵ Θεραπεία ορίζεται κάθε δραστηριότητα η οποία έχει στόχο να βελτιώσει την ψυχολογική, σωματική ή κοινωνική κατάσταση των ατόμων που ζητούν βοήθεια για προβλήματα από την χρήση ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2012). Θεραπευτικό Πρόγραμμα είναι το πρόγραμμα που παρέχει θεραπεία όπως αυτή ορίζεται παραπάνω.

³⁶ Όσοι συμμετείχαν στην προσπάθεια δημιουργίας της Ιθάκης το 1983 εκπαιδεύτηκαν μέσα από την διαδικασία της «βιωματικής εκπαίδευσης» σε αντίστοιχες «θεραπευτικές κοινότητες» στην Ολλανδία, Βλ. Πουλόπουλος, Χ. (2004) «Θεραπεία: Διάθεση και διαθεσιμότητα» στα πρακτικά Ελληνο-Ολλανδικού σεμιναρίου

Το 2011 υπηρεσίες θεραπείας παρείχαν 78 δομές που διακρίνονται στους εξής τύπους:

- 39 μονάδες «υποκατάστασης»³⁷ με επτά από αυτές έχουν ως κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη, ενώ τριάντα δύο τη βουπρενορφίνη
- 39 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα από τα οποία δέκα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, δεκαεπτά εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και δώδεκα εξωτερικής παρακολούθησης εφήβων.

Η συνολική δυναμικότητα των δομών ήταν 7.853 άτομα όπου περισσότερες θέσεις διαθέτουν τα προγράμματα υποκατάστασης (86,5%).

Όσο αφορά την έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας οι 6.354 (74,5%) θεραπευόμενοι συνέχισαν την θεραπεία μέχρι το τέλος του 2011 ενώ 37,9% αποχώρησε οικιοθελώς, το 22,6% ολοκλήρωσε την θεραπεία, το 19,9 % διέκοψε πρόωρα την θεραπεία, και το 13,3% παραπέμφθηκε σε άλλη μονάδα ή υπηρεσία

Σημαντική εξέλιξη αποτέλεσε η δημιουργία 22 νέων μονάδων υποκατάστασης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη σε συνεργασία με τα δημόσια νοσοκομεία γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των εισαγωγών κατά 43,7% το 2011 σε σχέση με το 2010.

3.5.1.4 Μείωση των επιβλαβών συνεπειών / ανταπόκριση στα προβλήματα υγείας των χρηστών

Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης/μείωσης της βλάβης³⁸ υλοποιούν παρεμβάσεις οι οποίες αφορούν κυρίως την πρόληψη περιπτώσεων υπερδοσολογίας και μολυσματικών ασθενειών και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Τέτοιες παρεμβάσεις αναπτύσσονται και από τα Συμβουλευτικά Κέντρα όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων. Το 2011, λόγω της ραγδαίας αύξησης των κρουσμάτων HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, οι αρμόδιες υπηρεσίες επιφορτίστηκαν με την ενίσχυση των υπάρχοντων δράσεων και την ανάπτυξη νέων με περιορισμένους πόρους για την υλοποίησή τους εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης.

³⁷ Με την Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ/2011, ΦΕΚΒ/ 2773/2011 προβλέπεται η ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία μονάδων υποκατάστασης σε χώρους νοσοκομείων. Στην Αττική προβλέπεται η ίδρυση 34 μονάδων, στην Θεσσαλονίκη 11 και στην υπόλοιπη Ελλάδα 51. Τον Αύγουστο του 2011 σε όλη την Ελλάδα λειτουργούσαν 25 μονάδες υποκατάστασης όπου μετά από δύο μήνες διπλασιάστηκαν (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

³⁸ Οι υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης στοχεύουν στην προσέγγιση και παροχή βοήθειας στους χρήστες που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων. Προσέγγιση της ομάδας αυτής μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Το 2011 το ΚΕΕΛΠΙΝΟ ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα με έξι κινητές μονάδες σε Αθήνα και Πειραιά με σκοπό την ενημέρωση για τις μολυσματικές ασθένειες, την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και συμβουλευτική σε μετανάστες, προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, ιερόδουλες κ.λ.π. Η κινητή μονάδα για τον HIV της ΜΚΟ PRAKSIS έκανε εξετάσεις σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Οι νέες μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της αύξησης του αριθμού κρουσμάτων HIV. Το 2012 οι υπηρεσίες διανομής/ανταλλαγής συριγγών ενισχύθηκαν με αύξηση των εξορμήσεων των προγραμμάτων «δουλειά στον δρόμο», νέες συνεργασίες και δράσεις με αποτέλεσμα η ποσότητα συριγγών και προφυλακτικών που διατέθηκαν σε χρήστες ναρκωτικών να αυξηθεί σημαντικά (ΕΚΤΕΠΝ, 2012).

Το 2011 πραγματοποιήθηκαν 722 εξορμήσεις από τις αρμόδιες μονάδες του ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ & τους «Γιατρούς του Κόσμου» και έλαβαν υπηρεσίες 4.219 άτομα. Το 2013 ξεκίνησε από το ΚΕΘΕΑ η λειτουργία «Ειδικού Κέντρου Άμεσης Πρόσβασης Εξαρτημένων Ατόμων» στην Αθήνα που απευθύνεται σε χρόνιους ή υποτροπιάζοντες χρήστες με υψηλό βαθμό περιθωριοποίησης οι οποίοι είναι αποκομμένοι από δίκτυα και πηγές βοήθειας. Επίσης με στόχο την υποστήριξη της εξαιρετικά ευάλωτης και διευρυνόμενης ομάδας των χρηστών που διαβιούν στον δρόμο το ΚΕΘΕΑ ξεκίνησε την λειτουργία δύο κινητών μονάδων προσέγγισης χρηστών, των οποίων η στελέχωση υλοποιείται με ιδιωτική χορηγία.³⁹

Επιπροσθέτως η ψυχιατρική συννοσηρότητα φαίνεται να αποτελεί κύριο μέλημα της θεραπευτικής διαδικασίας τα τελευταία χρόνια, αφού το ποσοστό των προγραμμάτων που παρέχουν υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες ατόμων με ψυχιατρική συννοσηρότητα αυξάνεται. Στην χώρα μας η Μονάδα Διπλής Διάγνωσης του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ αποτελεί μια εξειδικευμένη θεραπευτική υπηρεσία ανεξάρτητης για την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Επιπροσθέτως το ΚΕΘΕΑ με πόρους του ΕΣΠΑ ξεκίνησε η λειτουργία πέντε Πολυδύναμων Ψυχοδιαγνωστικών κέντρων που απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν συγχρόνως πρόβλημα με τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ και κάποιους είδους ψυχική διαταραχή (ΚΕΘΕΑ, 2012)

³⁹ Την στελέχωση των δύο κινητών μονάδων ανέλαβε με δωρεά το Ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος» (ΚΕΘΕΑ, 2012)

3.5.1.5 Κοινωνική επανένταξη⁴⁰

Η επανένταξη περιλαμβάνει δράσεις εκπαίδευσης και κατάρτισης, απασχόλησης και στέγασης. Το 2011 λειτούργησαν 25 Προγράμματα Επανένταξης τα οποία χωρίζονται : α) σε πέντε Κέντρα Επανένταξης (ΚΕ) Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων, β) δεκαεπτά ΚΕ Ενηλίκων, γ) δύο ΚΕ Ενηλίκων στο πλαίσιο πολυφασικού «στεγνού» προγράμματος, και δ) ένα ΚΕ Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων στα πλαίσια πολυφασικού «στεγνού» προγράμματος. Από αυτά τα δεκαεπτά ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ⁴¹, τρία στον ΟΚΑΝΑ, τρία στο 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ, και δύο στα θεραπευτικά προγράμματα του ΨΝΘ. Το 2011 στα ΚΕ δέχτηκαν υπηρεσίες 962 άτομα εκ των οποίων τα 485 άτομα για πρώτη φορά το 2011.

3.5.2 Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος

Ο μεγάλος αριθμός χρηστών μέσα στις φυλακές επιβάλλει τη δημιουργία, υλοποίηση και στήριξη παρεμβάσεων θεραπευτικών, ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και μείωσης της βλάβης. Από τους φορείς απεξάρτησης το ΚΕΘΕΑ και σε μικρότερο βαθμό το 18 ΑΝΩ έχουν αναπτύξει υποστηρικτικές παρεμβάσεις σε 19 από τις 32 φυλακές της χώρας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των κρατουμένων χρηστών για συμβουλευτική υποστήριξη.

Στον τομέα της θεραπείας υπάρχουν τέσσερα προγράμματα θεραπείας, το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων που ανήκει στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που βρίσκεται στον Ελεώνα Θηβών, και τρεις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ στις γυναικείες και τις δικαστικές φυλακές Κορυδαλλού και γυναικείες φυλακές στον Ελεώνα Θηβών.

Επιπροσθέτως λειτουργούν τρία εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε αποφυλακισμένους χρήστες τα οποία υλοποιούνται από το ΚΕΘΕΑ και εδρεύουν σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Κρήτη καθώς και τρεις δομές κοινωνικής επανένταξης στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη για αποφυλακισμένα άτομα όπου δύο ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ και μία στο Υπουργείο Δικαιοσύνης.

⁴⁰ Ως επανένταξη σύμφωνα με το ΕΚΠΙΝΤ ορίζεται κάθε κοινωνική παρέμβαση με στόχο την ένταξη πρώην ή νυν χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα

⁴¹ Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει παραγωγικές μονάδες που στόχο έχουν αφενός την αυτοχρηματοδότησή του καθώς και αφετέρου την ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξης με την επαγγελματική τους εκπαίδευση. Παράδειγμα αποτελούν το τυπογραφείο του ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ καθώς και το Ξυλουργείο που βρίσκονται στην Σίνδο Θεσσαλονίκης.

3.5.3 Μείωση τη προσφοράς

Η μείωση της προσφοράς πραγματοποιείται μέσω της αστυνόμευσης, της ποινικής καταστολής και της διεθνούς συνεργασίας κατά της διακίνησης ναρκωτικών και αποτελεί τον δεύτερο κεντρικό πυλώνα πολιτικής τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η Ελλάδα, λόγω της γεωγραφικής της θέσης, βρίσκεται στο επίκεντρο των διαδρομών που επιλέγουν τα οργανωμένα δίκτυα διακίνησης ηρωίνης, κοκαΐνης και χασίς για να τα διοχετεύσουν από τις χώρες παραγωγής στην ευρωπαϊκή αγορά⁴². Η «Βαλκανική οδός», το «Χρυσό Τρίγωνο»⁴³ και η «Χρυσή Ημισέληνος»⁴⁴ επιλέγουν ως χώρα διέλευσης την Ελλάδα είτε μέσω των θαλασσών της, είτε μέσω των βορείων συνόρων της. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που βρίσκεται στο πιο κρίσιμο σημείο για την διακίνηση και την λαθρεμπορία των ναρκωτικών στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο. Στο σταυροδρόμι τριών ηπείρων, η Ελλάδα είναι ανάμεσα στις χώρες παραγωγής (βαλκανικές⁴⁵, ασιατικές και αφρικανικές) και στα κράτη μέλη της ΕΕ όπου και προορίζονται τα ναρκωτικά για κατανάλωση⁴⁶.

Η εθνική πολιτική μείωσης της προσφοράς εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά και ακολουθεί τις νομοθετικές παρεμβάσεις για την αποτροπή της προσφοράς των ναρκωτικών. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2012 προέβλεπε την ενίσχυση του έργου της Ελληνικής Αστυνομίας για τον περιορισμό της προσφοράς των ναρκωτικών ουσιών, ενώ δύο από τις δράσεις αναφέρονται στην ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Εσωτερικών και των Υπουργείων Δικαιοσύνης και Άμυνας. Η συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης έχει ως στόχο τη δημιουργία σύγχρονου νομοθετικού πλαισίου που θα αποβλέπει στην μείωση της προσφοράς και διακίνησης ουσιών μέσα στις φυλακές ενώ η συνεργασία με το Υπουργείο Άμυνας στοχεύει στην αποτελεσματικότερη φύλαξη των συνόρων από την εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών.

42 Η διακίνηση κοκαΐνης μέσω των λιμανιών της Κροατίας και της Ελλάδας σε αποστολές με προορισμό την Ανατολική Ευρώπη αυξάνεται (INBC, 2012).

43 Βρίσκεται στα σύνορα του Λάος, Βιρμανίας και της Ταϊλάνδης. Με αυτές συνδέονται οι χώρες παραγωγής της Αφρικής όπως η Γκάνα, το Μαρόκο και η Νιγηρία.

44 Το Πακιστάν, το Αφγανιστάν και οι Ινδίες παράγουν νόμιμα όπιο. Από αυτές τις χώρες με την Κεϋλάνη να είναι το κέντρο της ηρωίνης ξεκινούν ετησίως 800 με 900 τόνοι οπίου καθώς και το 80% της ηρωίνης που προορίζεται για τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης

45 Οι βαλκανικές χώρες δεν είναι μόνο χώρες διέλευσης αλλά και παραγωγής ναρκωτικών με την Αλβανία να παράγει ετησίως μεγάλες ποσότητες χασίς. Τα γεγονότα στην Αλβανία στο Κόσσοβο και στην πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας οφείλονται σε πολλούς αναλυτές στην προσπάθεια του οργανωμένου εγκλήματος να αναπτύξει πιο ευέλικτο δίκτυο διακίνησης ναρκωτικών

46 Βλ. Καλλίτσης Θεόδωρος (2002), Ναρκωτικά και οργανωμένο έγκλημα. «Τετράδια εγκληματολογίας». Αθήνα : Νομική βιβλιοθήκη, pp. 149-167

Το 1989 συγκροτήθηκε το Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών και καθορίστηκαν οι αρμοδιότητες καθώς και κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την λειτουργία του ενώ με το ΠΔ 126/90 το ΣΟΔΝ ορίστηκε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, να λειτουργεί ως Εθνική Μονάδα Πληροφοριών (ΕΜΠ). Η τελευταία ρύθμιση ήταν αποτέλεσμα εναρμόνισης της χώρας μας με τις οδηγίες της ΕΕ για ίδρυση τέτοιων μονάδων σε όλα τα κράτη μέλη. Στόχος του ΣΟΔΝ/ΕΜΠ είναι να συντονίσει τις διοικητικές αρχές της χώρα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα την οργανωμένη διακίνηση ναρκωτικών καθώς επίσης και η ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας λειτουργώντας ως συνδετικός κρίκος με διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς (Interpol, Europol).

Δεδομένου ότι η Ελλάδα αποτελεί σημείο ισχυρού ενδιαφέροντος τόσο από πλευράς ΕΕ όσο και από άλλους διεθνείς οργανισμούς έχει εδραιωθεί μια σειρά από διμερείς συμφωνίες Αστυνομικής Συνεργασίας⁴⁷ (ΣΟΝΔ/ΕΜΠ, 2009).

Ωστόσο ενώ κάθε χρόνο το ΣΟΔΝ/ΕΜΠ αναφέρει πλήθος επιχειρήσεων εξάρθρωσης ομάδων του παράνομου κυκλώματος ναρκωτικών η τάση προσφοράς ναρκωτικών παγκοσμίως αυξάνεται (UNODC, 2013) ενώ οι τιμές συνεχώς μειώνονται (EMCDDA, 2013).

3.6 Χρηματοδότηση

Λόγω της οικονομικής κρίσης στο διάστημα 2010-2012 οι ελληνικές κυβερνήσεις υπέγραψαν με την ΕΕ τρία Μνημόνια Κατανόησης με στόχο την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης μέσα από ένα πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής. Τα αποτελέσματα της συνεχούς δημοσιονομικής λιτότητας φαίνεται να έχουν δυσμενείς συνέπειες στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το δημόσιο σύστημα υγείας δύσκολα θα διατηρήσει την ποιότητά του και τις προδιαγραφές του, ιδιαίτερα επειδή σε πολλά σημεία είναι ήδη ανεπαρκές, αλλά και εξ' αιτίας της αυξανόμενης δυσάρεσκειας των επαγγελματιών υγείας λόγω των μειώσεων των μισθών και του υπερβολικού φόρτου εργασίας (Geitona, 2012).

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης παρέχονται δωρεάν χωρίς να αποτελεί προϋπόθεση η ασφαλιστική κάλυψη, ενώ κύριο χαρακτηριστικό τους αποτελεί η καθολικότητα της πρόσβασης για όλα τα άτομα που αιτούνται θεραπεία

⁴⁷ Βλ. ν.3963/2011: Κίνα-Συμφωνία συνεργασία στην καταπολέμηση του εγκλήματος, και ν.3935/2011: Σερβία- Συμφωνία συνεργασία στην καταπολέμηση του εγκλήματος

καθώς και για τις οικογένειές τους. Οι δαπάνες των θεσμικά αναγνωρισμένων οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και υλοποιούν τις εγκεκριμένες δράσεις, καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και εμπίπτουν στις δαπάνες της δημόσιας υγείας.

Στο όνομα της δημοσιονομικής προσαρμογής και της εφαρμογής οριζόντιων μέτρων οι υπηρεσίες θεραπείας υπέστησαν περικοπές στους εγκεκριμένους προϋπολογισμούς τους⁴⁸. Έτσι ο ΟΚΑΝΑ κατέληξε σε μείωση 15% το 2012 σε σχέση με το 2010 και το ΚΕΘΕΑ σε μείωση κατά 14,5 % το 2012 σε σχέση με το 2011⁴⁹.

⁴⁸ Οι δαπάνες στην βιβλιογραφία εμφανίζονται ανά οργανισμό και τύπο θεραπείας και όχι συνολικά με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η διαχρονική παρακολούθηση των δαπανών για την τοξικοεξάρτηση. Επίσης δεν είναι δυνατή η εμφάνιση των δαπανών των μονάδων που βρίσκονται εντός Νοσοκομείων όπως η μονάδα ΙΑΝΟΣ του ΨΝΘ, και το 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ

⁴⁹ Το ΚΕΘΕΑ επιπροσθέτως το 2012 εμφάνισε μείωση των δαπανών του κατά 11% κυρίως λόγω αξιοποίησης των δωρεών και των πωλήσεων των παραγωγικών του μονάδων (ΕΚΤΕΠΝ, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Η περίπτωση της Ολλανδίας

4.1 Το «ζήτημα των ναρκωτικών» στην Ολλανδία⁵⁰

Η Ολλανδία είναι μια από τις πλέον πυκνοκατοικημένες και αστικοποιημένες χώρες του κόσμου. Τα 16,7 εκατομμύρια των κατοίκων της συνωστίζονται σε 41.526 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Το λιμάνι του Ρότερνταμ είναι το μεγαλύτερο λιμάνι του κόσμου το οποίο θεωρείται ως πύλη για την Ευρώπη ενώ η Ολλανδία έχει αναπτύξει σε μεγάλο βαθμό τους κλάδους του εμπορίου και των μεταφορών. Ο πληθυσμός της Ολλανδίας είναι ο πλέον διαφοροποιημένος εθνολογικά σε ολόκληρη την Ευρώπη. Συνεπώς τα τέσσερα αυτά στοιχεία, γεωγραφία, αστικοποίηση, εμπόριο και πολυεθνικότητα την κάνουν ιδιαίτερα ευάλωτη στην προσφορά και ζήτηση ναρκωτικών.⁵¹

Η Ολλανδική κοινωνία έχει μια ακλόνητη πίστη στην ελευθερία του ατόμου, με την κεντρική εξουσία να παίζει δευτερεύοντα ρόλο ο οποίος επικεντρώνεται κυρίως σε θρησκευτικά ζητήματα και ζητήματα ηθικής.

Πρωταρχικό ρόλο στο σύστημα αξιών της Ολλανδικής κοινωνίας έχει η ευημερία της κοινωνίας στο σύνολο. Η πεποίθηση αυτή τεκμηριώνεται σε επίπεδο παροχών από το εκτεταμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καθώς και από το γεγονός ότι υπάρχει ισότιμη και απεριόριστη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης.

Η Ολλανδική εμπειρία στα ναρκωτικά ξεκινά το 19^ο αιώνα και παρουσιάζει ιδιομορφίες ώστε να της αποδίδεται ο χαρακτηρισμός ως «μοναδική». Παρά το γεγονός ότι την εποχή εκείνη η Ολλανδία σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ένα έθνος με ανοχή στις ουσίες εντούτοις διέφερε σε αρκετά σημεία από τις Ηνωμένες πολιτείες και από άλλες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες σε δύο σημεία, α) Η Ολλανδία δεν αντιμετώπιζε το πρόβλημα εξάρτησης σε στρατιώτες που ήταν αρκετά σύνηθες, και β) υπήρχε ελάχιστη επιστημονική έρευνα αλλά και κοινωνικό ενδιαφέρον για την τοξικοεξάρτηση.

Δύο σημαντικοί παράγοντες αποδείχθηκαν καθοριστικοί στην ανάπτυξη της Ολλανδικής πολιτικής για τα ναρκωτικά εκείνη την περίοδο :

Πρώτον η ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Οι σύγχρονοι ιατροί αντιμετώπισαν την ανεξέλεγκτη πώληση κοκαΐνης και οπιοειδών σαν απειλή για το

⁵⁰ Βλ. National Drugs Policy (2001) : The Netherlands

http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dolin1-e.htm#A_Historica

⁵¹ Βλ. Bersee S. (2004) «Κύρια στοιχεία της Ολλανδικής Πολιτικής για τα ναρκωτικά προς μια ισορροπημένη προσέγγιση» στα πρακτικά του Ελληνο-Ολλανδικού Σεμιναρίου

κύρος του επαγγέλματός τους. Οι επαγγελματίες ιατροί προσπάθησαν να μονοπωλήσουν την διαχείριση των ναρκωτικών στην χώρα.

Δεύτερον, το οικονομικό κέρδος από τις επιχειρήσεις που λειτουργούσαν στις Ολλανδικές αποικίες. Η παραγωγή οπίου και κοκαΐνης συνεισέφερε σημαντικά στο εθνικό προϊόν. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η Ολλανδία (μέσω των αποικιών της) ήταν ο μεγαλύτερος παγκοσμίως παραγωγός κοκαΐνης και αποκόμιζε τεράστια κέρδη από την παραγωγή οπίου.

4.2 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ολλανδία

4.2.1 Ο νόμος Οπίου

Το 1909 σε διάσκεψη για τα οποιοειδή οι ΗΠΑ προσπάθησαν να θέσουν περιορισμούς στην πώληση και χρήση οπίου, αλλά η αντίδραση Ολλανδίας και Μεγάλης Βρετανίας είχε σαν αποτέλεσμα τη διατύπωση μόνο κάποιων συστάσεων. Οι ΗΠΑ επέμειναν και έτσι το 1911 η Ολλανδία υπογράφει το νόμο Οπίου ο οποίος αποτελεί τη νομοθετική βάση της Ολλανδικής πολιτικής μέχρι σήμερα.

Αρχικά ο νόμος αυτός δεν αποτέλεσε προτεραιότητα της Ολλανδικής πολιτικής. Η κύρια θέση των Ολλανδών ήταν αντίθετα από τις ΗΠΑ όπου ήδη είχαν διαμορφωθεί τρεις συγκεκριμένες ομάδες χρηστών ουσιών (Κινέζοι, Αφροαμερικάνοι, Μεξικανοί) στην Ολλανδία δεν υπήρχαν διαμορφωμένες ομάδες χρηστών και συνεπώς δεν υπήρχε η ανάγκη τόσο αυστηρής κατασταλτικής νομοθεσίας.

Μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο η χρήση μαριχουάνας καταγράφεται ως διαδεδομένη στην Ολλανδία και έτσι η κάνναβη προστίθεται στον κατάλογο παράνομων ουσιών που περιλαμβάνει ο νόμος περί οπίου. Η δίωξη των χρηστών κάνναβης πολλές φορές με τη χρήση βίας οδήγησε στην επανεξέταση των μέτρων καταστολής με στόχο τη χαλάρωσή τους.⁵²

Στις αρχές του 1970 αναπτύσσεται στην Ολλανδία μια ισχυρή και ανταγωνιστική αγορά ηρωίνης. Η εξέλιξη αυτή οδήγησε στη δημιουργία επιτροπής αναθεώρησης του νόμου Οπίου το 1976. Βασική κατεύθυνση της αναθεωρημένης πολιτικής είναι η *μείωση της βλάβης* παρά η απαγόρευση όλων των ουσιών. Στην αναθεωρημένη αυτή πολιτική γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στο διαχωρισμό των ουσιών ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας σε *μαλακές* και *σκληρές* με βασική υπόθεση ότι με το διαχωρισμό και

⁵² Βλ. National Drugs Policy (2001) : The Netherlands, August 2001, library of Parliament of Canada

τη διαφορετική αντιμετώπιση των δύο κατηγοριών χρηστών οι χρήστες μαλακών ναρκωτικών δεν θα προχωρήσουν στην χρήση σκληρών. Η κατοχή *μαλακών* ναρκωτικών (έως 30 γραμμάρια) για προσωπική χρήση αποτελεί μάλλον πταίσμα παρά κακούργημα. Με τον διαχωρισμό αυτό δόθηκε το έναυσμα για την λειτουργία των χώρων όπου υπό ορισμένες προϋποθέσεις είναι δυνατή η πώληση μαλακών ναρκωτικών, τα γνωστά *coffee shops*.⁵³ Οι προϋποθέσεις λειτουργίας των *coffee shops* αφορούσαν στο ότι, α) κανένας πελάτης δεν μπορεί να αγοράσει ποσότητα μεγαλύτερη από 30 γραμμάρια την φορά (αργότερα τροποποιήθηκε στα 5 gr), β) δεν πωλούνται σκληρά ναρκωτικά, γ) δεν διαφημίζονται τα ναρκωτικά, δ) δεν δημιουργούνται φασαρίες και ε) δεν πωλούνται ναρκωτικές ουσίες σε άτομα κάτω των 18⁵⁴.

Η νομοθετική αυτή κατάσταση παρέμεινε σταθερή μέχρι το 1996 όπου έγινε έκθεση νέας αναθεώρησης από επιτροπή του Ολλανδικού Υπουργείου Εξωτερικών.⁵⁵ Κύρια άποψη της επιτροπής ήταν ότι το πρόβλημα της εξάρτησης στην Ολλανδία δεν είναι πλέον πρόβλημα δημόσιας υγείας αλλά απειλή για την κοινωνική συνοχή :

- η εγκληματική δραστηριότητα των χρηστών «σκληρών» ναρκωτικών, η αύξηση του ναρκωτουρισμού, η αντικοινωνική συμπεριφορά πολλών εξαρτημένων έχει επιπτώσεις στην ανοχή των κατοίκων ιδιαίτερα στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές
- εκφράστηκε προβληματισμός για την λειτουργία των *coffee-shops* έστω και αν αυτά πωλούν μόνο τις χαρακτηριζόμενες ως *μαλακές* ουσίες. Προτάθηκε μείωση της διατιθέμενης ποσότητας
- η εφαρμοζόμενη πολιτική δημιούργησε προβλήματα που ξεπερνούν τα σύνορα της χώρας : Η Ολλανδία κατέληξε να αποτελεί κύριο πόλο διακίνησης μαλακών ουσιών με τους ναρκωτουρίστες να προμηθεύονται τις ουσίες αυτές και τις διοχετεύουν με τη σειρά τους στην χώρα τους.

Έτσι το 1996 έγιναν ορισμένες τροποποιήσεις όπως α) μείωση της διατιθέμενης ποσότητας σε 5 από 30 γραμμάρια ανά πελάτη στα “*coffee shops*”, β) μείωση του

⁵³ Η δημιουργία *coffee shop* στην Ολλανδία προκάλεσε την αντίδραση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον έλεγχο των ναρκωτικών δεδομένου ότι το εμπόριο κάνναβης για μη ιατρικούς σκοπούς αντιβαίνει στη συνθήκη του 1961 (INCB, 2001).

⁵⁴ Βλ. Ολλανδικό Υπουργείο Εξωτερικών Υποθέσεων – Τμήμα Εξωτερικής Πληροφόρησης, (1996)

⁵⁵ Η πολιτική για τα ναρκωτικά στην Ολλανδία αποτελεί αντικείμενο συζητήσεων τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Ένα θέμα που συνήθως αναφέρεται είναι τα «*coffee shop*» προκαλώντας είτε αποστροφή είτε θαυμασμό. Στα μέσα της δεκαετίας του 1990 η Ολλανδία δέχθηκε έντονη κριτική. Πιο συγκεκριμένα η Γερμανία, η Γαλλία, η Σουηδία και οι ΗΠΑ, άσκησαν μεγάλες πιέσεις στην Ολλανδία για να τροποποιήσει την πολιτική της για τα ναρκωτικά και να γίνει πιο περιοριστική (Trimbos-institute, 2012)

συνολικού αριθμού των coffee shops και γ) προσπάθειες να μην ανοίγουν coffee shops κοντά σε σχολεία ή ψυχιατρικά ιδρύματα⁵⁶. Ωστόσο οι τροποποιήσεις που έγιναν δεν συνιστούσαν ουσιώδεις αλλαγές στην πολιτική της Ολλανδίας.

Ο νόμος Οπίου⁵⁷ περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με την καταπολέμηση της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών. Στα μέτρα του ποινικού κώδικα περιλαμβάνεται κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων για δραστηριότητες ξεπλύματος μαύρου χρήματος. Η σύλληψη και ποινικοποίηση χρηστών που διαθέτουν μικρές ποσότητες για προσωπική χρήση δεν αποτελεί προτεραιότητα επιβολής του νόμου.

Άλλες σχετικές νομοθεσίες με την χρήση ναρκωτικών είναι οι δράσεις συλλογικής πρόληψης και δημόσιας υγείας⁵⁸, η Δράση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης⁵⁹, και ο νόμος περί φαρμάκων⁶⁰.

Έχουν θεσμοθετηθεί διατάξεις οι οποίες στοχεύουν στην ευνοϊκότερη αντιμετώπιση των «χρηστών» προς την κατεύθυνση της θεραπείας. Το 2001 ο νόμος Penal Care Facility for Addicts αφορά σε ένταξη διετούς «υποχρεωτικής θεραπείας» σε τοξικομανείς με ιστορικό παραβατικότητας. Το 2004 τέθηκε σε ισχύ ο νόμος για παραγωγούς παραβάτες⁶¹ ο οποίος συμπεριέλαβε τον Penal Care Facility for Addicts.

Επιπλέον αυξημένες αρμοδιότητες έχει η τοπική αυτοδιοίκηση όπου χρειάζεται να συμμορφώνεται με τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές και συντονίζεται μεταξύ δημάρχου, εισαγγελέα και του αρχηγού της αστυνομία, γνωστή ως «τριμερής συνεργασία».

Προετοιμάζεται ένα νομοσχέδιο όπου η αστυνομία θα μπορεί να ανιχνεύει με συγκεκριμένη μέθοδο το επίπεδο χρήσης ουσιών σε οδηγούς αυτοκινήτων δεδομένου ότι απαγορεύεται η οδήγηση υπό την επήρεια μιας ουσίας που επιδρά στην ικανότητα οδήγησης⁶². Επίσης έχει προταθεί η τροποποίηση του κώδικα Ποινικής Δικονομίας προκειμένου να τιμωρούνται πράξεις βίας υπό την επήρεια χρήσης ουσιών.

Με νέα οδηγία η επαγγελματική καλλιέργεια της κάνναβης δεν θα καθορίζεται από τον αριθμό των φυτών (ήταν έως 5 μέχρι το 2011) αλλά από τον βαθμό επαγγελματισμού σύμφωνα με νέα κριτήρια. Το 2011 κατατέθηκε ένα νομοσχέδιο σχετικά με την

⁵⁶ Βλ. Ολλανδικό Υπουργείο Εξωτερικών Υποθέσεων – Τμήμα Εξωτερικής Πληροφόρησης : Ναρκωτικά, Οδηγός για την Ολλανδική πολιτική, 1996

⁵⁷ Βλ. The Netherlands drugs situation, The Opium Act pp.17-25, Trimbo-institute 2012

⁵⁸ The Collective Prevention and Public Health Act

⁵⁹ Primary Education Act

⁶⁰ Act on Medicines

⁶¹ Placement in an Institution for Prolific Offenders

⁶² Σύμφωνα με Ευρωπαϊκή μελέτη η χρήση κάνναβης σε οδηγούς αυτοκινήτων είναι 1,7%, πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (1,3%) (Trimbo-institute, 2012)

ποινικοποίηση της καλλιέργειας κάνναβης σε μεγάλες ποσότητες το οποίο δεν έχει τεθεί ακόμα σε ισχύ. Τέλος τροποποιήσεις στον νόμο περί Οπίου αφορούν στην κατάταξη ουσιών κυρίως από «μαλακές» σε «σκληρές»⁶³.

4.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ολλανδία⁶⁴

Στην Ολλανδία σχετικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό γίνονται κάθε πέντε χρόνια από το 1997 με τελευταία το 2005. Από το 1997 έως το 2005 παραμένουν αυξητικές τάσεις ενώ η έρευνα του 2009 έγινε με διαφορετική μεθοδολογία χωρίς να είναι συγκρίσιμα τα αποτελέσματα με τις προηγούμενες. Επιπροσθέτως η Ολλανδία δεν παρέχει στοιχεία σχετικά με τον συνολικό αριθμό των προβληματικών χρηστών στον γενικό πληθυσμό.

Το διάστημα 1997-2005 η επικράτηση της χρήσης κάνναβης μια τουλάχιστον φορά στην ζωή στις ηλικίες 15-64 αυξήθηκε το 2005 σε σχέση με το 2001 και το 1997 (22,6%, 19,5% και 19,1% αντίστοιχα). Σταθερή αύξηση παρουσίασε και η χρήση έκστασης στις αντίστοιχες περιόδους (3,4%, 3,2% και 2,3%) ενώ χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές είχε η χρήση αμφεταμινών (2,1%, 2% και 2,2%) και LSD (1,4%, 1,2% και 1,5% αντίστοιχα). Τέλος μικρή αύξηση παρουσίασε η χρήση της ηρωίνης (0,6% το 2005 από 0,2% το 2001 και 0,3% το 1997) και διακύμανση η χρήση κοκαΐνης (2,6%, 2,1% και 3,4%) (Trimbos-institute, 2009).

Το ποσοστό της προβληματικής χρήσης οπιοειδών όπως και της ενέσιμης χρήσης εμφανίζεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (1,6% και 0,22% αντίστοιχα) (EMCDDA, 2008). Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του 2008 ο αριθμός των προβληματικών χρηστών οπιοειδών κυμαίνεται από 17.300 έως 18.100 άτομα ενώ η πλειονότητα των χρηστών οπιούχων φαίνεται να καταναλώνουν και «κρακ» (Trimbos-institute, 2012).

Η μελέτη του 2010 έγινε μετρώντας της περιεκτικότητα σε ουσίες στα αποχετευτικά συστήματα τεσσάρων μεγάλων πόλεων⁶⁵ και στο διεθνές αεροδρόμιο του Άμστερνταμ. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια διαφορετική εικόνα για την Ολλανδία σε σχέση με την χρήση ουσιών. Το Άμστερνταμ εμφανίζεται με την υψηλότερη συγκέντρωση κοκαΐνης (559ng/l). Τα αποτελέσματα συνάδουν με το γεγονός ότι το Άμστερνταμ αποτελεί ένα μεγάλο πόλο έλξης για τους επισκέπτες, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Η

⁶³ Το 2011 η κάνναβη με περιεκτικότητα > 15% σε THC (Tetrahydrocannabinol) κατατάχθηκε στα «σκληρά» ναρκωτικά (Trimbos-institute, 2012)

⁶⁴ Trimbos-institute, 2012. The Netherlands drugs situation

⁶⁵ Utrecht, Eindhoven, Apeldoorn, Amsterdam

πόλη είναι γνωστή για την νυχτερινή ζωή, τις καφετέριες και την ανοχή σχετικά με την χρήση ναρκωτικών.

Σε σχέση με τον μαθητικό πληθυσμό ηλικίας 15-16 ετών παρατηρείται αυξανόμενη τάση της επικράτησης της χρήσης κάνναβης από το 1988 η οποία σταθεροποιήθηκε μεταξύ 1996 και 2007 σε ποσοστό 28%. Το 2011 το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης στον μαθητικό πληθυσμό ήταν 27%.

Το πιο δημοφιλές ναρκωτικό μετά την κάνναβη εμφανίζεται το έκσταση (4%), η κοκαΐνη και LSD (2%) και ακολουθεί η ηρωίνη και οι αμφεταμίνες (1%). Τέλος το 2011 και 2012 εμφανίζεται αύξηση της χρήσης GHB⁶⁶ σε ορισμένους πληθυσμούς και ειδικότερα σε χρήστες της νυχτερινής ζωής σε χώρους διασκέδασης.

Σε σχέση με μόλυνση HIV το 3,7% των ατόμων που φέρουν τον ιό έχουν μολυνθεί μέσω ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών. Γενικά παρατηρείται μείωση της μετάδοσης του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών που μπορεί να αποδοθεί στην μείωση του ποσοστού των XEN καθώς και στη μείωση χρήσης μέσω κοινής σύριγγας.

Το 2011 καταγράφηκαν 3.652 επείγοντα περιστατικά κατάχρησης ουσιών που διακομίσθηκαν σε νοσοκομεία με σύνθετες τον συνδυασμό κατάχρησης ουσιών με αλκοόλ. Στο Άμστερνταμ η αύξηση του αριθμού των επειγόντων διακομιδών αποδίδεται στην κατάχρηση κάνναβης (40%) σε συνδυασμό με άλλες ουσίες από τουρίστες. Επίσης σχετικές μελέτες αναδεικνύουν ότι οι χρήστες κάνναβης παρουσιάζουν υψηλό ρίσκο κάποιας «ψυχικής διαταραχής».

Από το 1996 η χρήση οπιοειδών σχετίζεται με τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων από την χρήση ναρκωτικών, ενώ από το 2003 έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των θανάτων λόγω χρήσης άλλων ουσιών (πλην ηρωίνης και κοκαΐνης). Μεταξύ 1996 και 2011 ο συνολικός αριθμός θανάτων λόγω χρήσης ναρκωτικών καταγράφεται σε 94 περιπτώσεις το 2010 έως 144 το 2001. Τα προγράμματα ανταλλαγής συριγγών διαχρονικά παρουσιάζουν μείωση του αριθμού των συριγγών που διανέμονται.

4.4 Το εθνικό σχέδιο δράσης

Η Ολλανδία δεν έχει κάποιο σχέδιο δράσης σε εξέλιξη. Οι στρατηγικές στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών εστιάζονται κυρίως στον επαναπροσδιορισμό του νομικού πλαισίου και στην αναμόρφωση ορισμένων στοιχείων του μέσα από διορθωτικές κινήσεις (Trimbos-institute, 2011). Η Ολλανδία μαζί με την Αυστρία είναι

⁶⁶ Gamma-hydroxy-butyrate : πρόκειται για συνθετικό ναρκωτικό νέας γενιάς με βάση την ουσία GHB

οι μοναδικές από τις τριάντα χώρες που συμμετέχουν στον Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο και δεν έχουν εκπονήσει κάποιο Εθνικό Σχέδιο Δράσης στα πρότυπα των υπολοίπων χωρών (Γσούνης, 2012).

Την ευθύνη για την Ολλανδική πολιτική για τα ναρκωτικά έχουν μια σειρά από υπουργεία, α) το Υπουργείο Δικαιοσύνης είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή του νόμου, β) το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού είναι υπεύθυνο για την πολιτική πρόληψης και περίθαλψης καθώς και για τον συντονισμό της ευρύτερης πολιτικής για τα ναρκωτικά, και γ) για τα ζητήματα που σχετίζονται με την τοπική πολιτική και την αστυνομία την ευθύνη φέρει το Υπουργείο Εσωτερικών. Σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης η πολιτική συντονίζεται από τριμερείς συνεργασίες μεταξύ δημάρχου, αρχιισαγγελέα και αρχηγού της αστυνομίας.

Το 2011 η κυβέρνηση ανακοίνωσε τους στόχους της πολιτικής για τα ναρκωτικά ενσωματώνοντας τις συμβουλές της Επιτροπής για τα Ναρκωτικά⁶⁷ : α) αυστηρότερη αντιμετώπιση της χρήσης ναρκωτικών από ανήλικους, β) τα coffee shop⁶⁸ θα πρέπει να επιστρέψουν στον αρχικό τους σκοπό δηλαδή τοπικά σημεία πώλησης για ενήλικους ντόπιους χρήστες, και γ) ενίσχυση του αγώνα κατά του οργανωμένου εγκλήματος.

Οι περισσότερες ενέργειες και τα μέτρα αφορούσαν την κάνναβη : α) η πρόσβαση στα coffee shop θα είναι μόνο για Ολλανδούς ενήλικες με κάρτα μέλους και κάθε κατάσταση θα έχει ορισμένο αριθμό ατόμων που θα καθορίζεται από τον δήμαρχο, β) απαγόρευση εισόδου σε αλλοδαπούς στα coffee shops, γ) αποθάρρυνση της χρήσης ναρκωτικών στα σχολεία, δ) εντατικοποίηση ελέγχων των ιδιοκτητών των coffee shops προκειμένου να αποφεύγεται η σχέση με εγκληματικές οργανώσεις, ε) εντατικοποίηση καταπολέμησης του οργανωμένου εγκλήματος και ειδικότερα της οργανωμένης καλλιέργειας κάνναβης σε Μάαστριχτ, Αμστερνταμ στ) στόχευση της πρόληψης προς την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της προβληματικής συμπεριφοράς των νέων συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών, ζ) έμφαση σε παρεμβάσεις θεραπείας μέσω διαδικτύου e-health. (EMCDDA, 2012).

Η εφαρμογή νέας πολιτικής για τα coffee shops δημιούργησε αντιδράσεις, ανοίγοντας έναν δημόσιο διάλογο όσο αφορά την προστασία της ιδιωτικής ζωής των μελών των καφέ, καθώς και την εγκυρότητα του κριτηρίου κατοικίας. Μάλιστα υπήρξε και ανακοίνωση της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων η οποία καθόρισε την

⁶⁷ Trimbos-institute, 2012. The Netherlands drugs situation: National Drug Strategy, pp.25-34

⁶⁸ Στα τέλη του 2011 υπήρχαν 651 coffee shops στις 104 από τις 418 πόλεις της Ολλανδίας (Διάγραμμα 3 Παραρτήματος). Αυτό σημαίνει μια μείωση κατά 2,3 % σχετικά με το 2009 (661 coffee shops)

λειτουργία των coffee shop με εγγεγραμμένα μέλη ως παρέμβαση στην ιδιωτική ζωή του ατόμου. Παρατηρήθηκε το φαινόμενο οι πελάτες να μετακινούνται από τα νότια προς τα βόρεια και να αγοράζουν κάνναβη από καταστήματα, που ακόμα δεν είχε εφαρμοσθεί το μέτρο του κλειστού club. Το νέο κριτήριο απόστασης 350 μέτρων των coffee shops από σχολεία δευτεροβάθμιας η οποία επρόκειτο να εφαρμοσθεί από 01/01/2014 δεν έχει εφαρμοσθεί.⁶⁹

4. 5 Δράσεις και προγράμματα για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών

4.5.1 Πρόληψη

Στην Ολλανδία οι πολιτικές και οι εφαρμογές πρόληψης συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού. Η έρευνα συντελείται κυρίως από το Trimbos-institute σε συνεργασία με άλλους φορείς όπως πανεπιστήμια. Το Trimbos-institute υποστηρίζει επιστημονικά τις δράσεις πρόληψης, που υλοποιούνται τοπικά από τους δήμους σε συνεργασία με τα σχολεία και τοπικά παραρτήματα οργανισμών που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις και την ψυχική υγεία (Trimbos-institute, 2011).

Η καθολική πρόληψη συντελείται εντός του σχολείου μέσω του προγράμματος “Health School and Drugs” και εκτός του σχολικού πλαισίου μέσω των προγραμμάτων «Going Out, Alcohol and Drugs» και «Alcohol and Prevention» (EMCDDA, 2012c).

Το Health School and Drugs παραμένει εδώ και πολλά χρόνια ο βασικός πυλώνας πρόληψης στο σχολείο και υλοποιείται στο 64%-73% των σχολείων στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Περιλαμβάνει πλήθος ενημερωτικών διαλέξεων πάνω στο αλκοόλ τον καπνό και την κάνναβη, που υποστηρίζονται από στοχευμένες δράσεις που αφορούν σε γονείς και παιδιά.

Σε επίπεδο επικεντρωμένης πρόληψης έχει αναπτυχθεί μια σειρά προγραμμάτων. Το «Dutch Strengthening Families Program» εστιάζει σε παιδιά που οι γονείς τους αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης. Ωστόσο η έκτασή του είναι ακόμα περιορισμένη, γεγονός που δεν έχει επιτρέψει μέχρι στιγμής την αξιολόγησή του. Η επικεντρωμένη πρόληψη περιλαμβάνει επίσης παρεμβάσεις σε νέους στον δρόμο και σε χώρους διασκέδασης. Τα εν λόγω προγράμματα υλοποιούνται κυρίως από M.K.O. σε συνεργασία με κρατικές υπηρεσίες (EMCDDA, 2012c).

Το 2010 ιδρύθηκε το Centre Safe and Health Nightlife ως αποτέλεσμα της συνεργασίας Trimbos-institute και Ολλανδικού Κέντρου Ασφάλειας και Πρόληψης της

⁶⁹ The Netherlands drugs situation: *The new coffee shop policy*, pp.28-31 (Trimbos-institute, 2012)

Εγκληματικότητας με κύριο στόχο τον σχεδιασμό τοπικών πολιτικών παρέμβασης σε χώρους νυχτερινής διασκέδασης (Trimbos-institute, 2011).

Προγράμματα πρόληψης συντελούνται και σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Με δεδομένα ερευνών που έχουν δείξει ότι ορισμένες συναισθηματικές και μαθησιακές διαταραχές, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, συνδέονται με την χρήση ουσιών και αυξημένη ροπή εγκληματικότητας, έχουν σχεδιασθεί παρεμβάσεις στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Τον Οκτώβριο του 2012 υλοποιήθηκε μια καινούρια ενημερωτική καμπάνια σχετικά με την χρήση GHB στο Άμστερνταμ με τίτλο “Fainting is never ok” με στόχο την ενημέρωση σχετικά με τις συνέπειες χρήσης GHB όπως λιποθυμίες, απώλεια συνείδησης. Επίσης ο δήμος του Ρότερνταμ το 2011 ξεκίνησε ενημερωτική καμπάνια με τίτλο “stay clear” η οποία είχε σαν ομάδα στόχου τους μαθητές επαγγελματικής εκπαίδευσης (Trimbos-institute, 2012)

Επίσης προγράμματα πρόληψης στοχεύουν και σε μετανάστες. Το 2011 το ινστιτούτο περίθαλψης τοξικομανών Tactus ανακοίνωσε το πρόγραμμα «Saygi» το οποίο στόχευσε σε δράσεις πρόληψης μεταναστών που προέρχονται από την Τουρκία και είναι προβληματικοί χρήστες. Το πρόγραμμα περιλάμβανε ενημέρωση και υποστήριξη όχι μόνο των χρηστών αλλά και των οικογενειών τους.

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των δράσεων πρόληψης στην Ολλανδία είναι η εκτεταμένη αξιοποίηση ηλεκτρονικών και διαδικτυακών εφαρμογών. Στην καθολική πρόληψη έχουν αναπτυχθεί ηλεκτρονικά μοντέλα και εργαλεία εντός του προγράμματος «Health School and Drugs». Αξιοποίηση του διαδικτύου υπάρχουν και σε επίπεδο ενδεδειγμένης πρόληψης. Ταυτόχρονα μέσω διαφόρων ιστοσελίδων παρέχεται στοχευμένη ενημέρωση σε ομάδες πληθυσμού, όπως έφηβοι, γονείς και άτομα που πειραματίζονται με ουσίες.

Από το 1995 και μετά υλοποιούνται μαζικές εκστρατείες ενημέρωσης όπως η μεγάλη εκστρατεία ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2010 με τίτλο «Smoking, Alcohol and Cannabis Education : Advice and Support to Parents».

4.5.2 Μείωση της βλάβης/θεραπεία⁷⁰

Οι υπηρεσίες αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης στην Ολλανδία αποτελούν τμήμα φροντίδας της ψυχικής υγείας και παρέχονται από δεκατρία ινστιτούτα ειδικά στις

⁷⁰Drug-related treatment: treatment demand and treatment availability pp.63-57, Netherlands Drugs Situation, Trimbos-institute 2012

εξαρτήσεις σε 200 σημεία της χώρας σε συνεργασία με τις δημοτικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και άλλους τοπικούς φορείς. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν «χώρους ελεγχόμενης χρήσης ναρκωτικών», κέντρα διανομής ιατρικής ηρωίνης και μεθαδόνης, προγράμματα διανομής συριγγών που υπάγονται στην αρμοδιότητα της τοπικής Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας ή του οργανισμού φροντίδας εξαρτημένων. Στα δεκατρία ινστιτούτα αντιστοιχούν ογδόντα κλινικές συνολικής δυναμικότητας 2.963 ατόμων. Σε ορισμένους δήμους ένας πελάτης μπορεί να λάβει διαφορετικού τύπου υπηρεσίες για τις οποίες ο συντονισμός είναι στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι δήμοι φροντίζουν για την φροντίδα των εξαρτημένων σε τοπικό επίπεδο ωστόσο σε εθνική κλίμακα οι δήμοι παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις. Επίσης στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής προσέγγισης των «στεγνών προγραμμάτων» λειτουργούν τέσσερις «θεραπευτικές κοινότητες διαμονής»⁷¹ δυναμικότητας 134 θέσεων.

Επίσης υπάρχουν δώδεκα κλινικές εφήβων δυναμικότητας 68 θέσεων αποτοξίνωσης και 192 θέσεων θεραπείας διάρκειας από μία εβδομάδα έως επτά μήνες.

Στα πλαίσια μείωσης της βλάβης λειτουργούν 37 χώροι ελεγχόμενης χρήσης ουσιών⁷² σε πάνω από 25 πόλεις. Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρούνται νέες τάσεις που οφείλονται στην μεταβολή των χαρακτηριστικών χρηστών που χρησιμοποιούν τέτοιους χώρους. Κύριος παράγοντας αποτελεί η μείωση του αριθμού των αστέγων χρηστών λόγω του ότι οι περισσότεροι ζουν ομαδικά σε ξενώνες κοινωνικής στέγασης μειώνοντας την χρήση ναρκωτικών στον δρόμο, την δημόσια παρενόχληση και το εμπόριο ναρκωτικών. Ένας άλλος παράγοντας είναι η συνολική μείωση των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών.

Σημαντική μείωση παρουσιάζει το ποσοστό των ατόμων που ζητούν για πρώτη φορά θεραπεία οπιοειδών, από 62% το 1994 σε 13% το 2011. Αύξηση παρουσιάζει το ποσοστό των ατόμων που ζητούν πρώτη φορά θεραπεία για κοκαΐνη, από 17% το 1994

⁷¹ Οι «θεραπευτικές κοινότητες» ήταν η πιο δημοφιλής μέθοδος αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης την δεκαετία του 1980 στην Ολλανδία. Ο χρόνος παραμονής κυμαίνεται από οκτώ μήνες έως ενάμιση χρόνο. Οι ελληνικές «θεραπευτικές κοινότητες» δημιουργήθηκαν στα τέλη του 1980 όπου η «βιωματική εκπαίδευση» του προσωπικού έγινε σε «θεραπευτικές κοινότητες» της Ολλανδίας (Πουλόπουλος, 2011)

⁷² Στους χώρους ελεγχόμενης χρήσης ουσιών μπορούν οι χρήστες κυρίως ενέσιμων ναρκωτικών να προσέρχονται προκειμένου να τους διατίθεται εξοπλισμός (όχι η ουσία) για ασφαλή χρήση. Ο πρώτος τέτοιος χώρος στην Ολλανδία λειτούργησε το 1996. Το 2003 ο μέσος αριθμός χρηστών ανά χώρο ήταν 36 άτομα που μειώθηκε σε 22 άτομα/χώρο το 2010, που σημαίνει ότι στο μέλλον κάποιοι χώροι πιθανώς να κλείσουν (Trimbos-institute, 2012)

σε 38% το 2003 και σε 24% το 2011. Σημαντική αύξηση εμφανίζει το αντίστοιχο ποσοστό για χρήστες κάνναβης (από 14% το 1994 σε 50% το 2011).⁷³

4.5.3. Κοινωνική επανένταξη ⁷⁴

Στην Ολλανδία τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης είναι στην αρμοδιότητα των 13 ινστιτούτων αντιμετώπισης της εξάρτησης. Τα ινστιτούτα είναι υποχρεωμένα να συντάσσουν ετήσιο απολογισμό σχετικά με τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης που υλοποίησαν. Από τα 13 ινστιτούτα τα 11 υποστηρίζουν εξαρτημένους σε ότι αφορά την στέγαση και δέκα προσφέρουν καθημερινές δραστηριότητες και επαγγελματική εμπειρία.

Προγράμματα που υποστηρίζουν την επανένταξη κοινωνικά ευπαθών ομάδων αναπτύσσονται και από τους δήμους όπου συνολικά το 2012 πραγματοποιήθηκαν έξι προγράμματα σε διαφορετικές πόλεις, όπως το Next Step στο Arnhem το 2012, με στόχο την διακοπή της εκπόρνευσης εξαρτημένων γυναικών. Ωστόσο δεν δίδονται στοιχεία για τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης καθώς και για την έκβαση της παρέμβασης.

4.5.4 Παρεμβάσεις στο σωφρονιστικό σύστημα ⁷⁵

Το Ολλανδικό σύστημα φυλακών στοχεύει σε μια κατάσταση κράτησης χωρίς ναρκωτικά. Δίδεται μεγάλη έμφαση στην μη είσοδο ναρκωτικών στα καταστήματα κράτησης θεωρώντας την περίοδο κράτησης ως ευκαιρία αποβολής της συνήθειας χρήσης ναρκωτικών από το άτομο, δίδοντας έμφαση σε προγράμματα κατά την αποφυλάκιση. Κατά την είσοδο ενός ατόμου στην φυλακή καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του ατόμου σε σχέση με τις ανάγκες του.

Κατά την αποφυλάκιση τους ο δήμος χρειάζεται να γνωρίζει έγκαιρα πότε ένα άτομο αποφυλακίζεται και τις βασικές του ανάγκες/προβλήματα που αντιμετωπίζει. Υπό την διεύθυνση του Υπουργείου Δικαιοσύνης αναπτύσσονται προγράμματα παρακολούθησης μετά την αποφυλάκιση, σε συνεργασία με τους δήμους, τις υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης, τις οργανώσεις ψυχικής υγείας και τα ιδρύματα κοινωνικής

⁷³ Βλ. Διάγραμμα 2 Παραρτήματος.

⁷⁴ Social correlates and social reintegration, pp108-112, Netherlands Drugs Situation, Trimbos-institute 2012

⁷⁵ Drug related crime, its prevention, and prison, pp140-141, Netherlands Drugs Situation, Trimbos-institute 2012

στέγασης προκειμένου να βοηθήσουν τους αποφυλακισμένους. Τα προγράμματα αφορούν όλους του αποφυλακισμένους ανεξάρτητα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

4.5.5 Αγορές ναρκωτικών⁷⁶

Η προσφορά των ναρκωτικών στην Ολλανδία εμπίπτει στις διατάξεις του νόμου περί Οπίου όπου καθορίζονται οι παράνομες δραστηριότητες που αφορούν τα ναρκωτικά.

Η Ολλανδία αποτελεί χώρα διέλευσης ναρκωτικών κυρίως κοκαΐνης που προέρχεται από το Περού, την Βολιβία και την Κολομβία με την διακίνηση να ελέγχεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Η παραγωγή κάνναβης για μη προσωπική χρήση διώκεται ποινικά, ωστόσο δεν υπάρχουν νέες εξελίξεις σχετικά με την παραγωγή κάνναβης στην Ολλανδία. Κύριοι προορισμοί εξαγωγής κάνναβης είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία, η Ιταλία και οι Σκανδιναβικές χώρες. Το 2011 έκλεισαν 5.435 μονάδες παραγωγής κάνναβης. Η τιμή της κάνναβης διαχρονικά παρουσιάζει αυξητική τάση (από 6€/γρ το 2001 σε 12 6€/γρ το 2012)⁷⁷ ενώ διαχρονικά παρατηρείται μείωση του αριθμού των coffee shop.

Σε σχέση με τα συνθετικά ναρκωτικά εμφανίσθηκαν νέες ουσίες στην αγορά το 2012 ενώ το 2011 εξαρθρώθηκαν 40 μονάδες παραγωγής συνθετικών ναρκωτικών. Το διαδίκτυο αποτελεί κύριο μέσο εμπορίας και παραγωγής ναρκωτικών. Έτσι το Υπουργείο Δικαιοσύνης κινείται στην κατεύθυνση νέων μέτρων προκειμένου να περιορίσει την διαθεσιμότητα ναρκωτικών μέσω διαδικτύου.

4.5.6 Χρηματοδότηση⁷⁸

Στην Ολλανδία οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης καθώς και των προβλημάτων ψυχικής υγείας καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Αθλητισμού. Το 2011 οι δαπάνες φαίνονται αυξημένες κατά 2% σε σχέση με το 2010, ωστόσο το Υπουργείο ανακοίνωσε ότι στο μέλλον οι δαπάνες θα μειωθούν, ενώ δεν υπάρχει διαχωρισμός και δεν είναι διακριτές οι δαπάνες που αφορούν τοξικοεξάρτηση ή άλλη ψυχική διαταραχή.

Οι υπηρεσίες φροντίδας εξαρτημένων χρηματοδοτούνται από τρεις διαφορετικούς νόμους⁷⁹. Το 2012 οι κρατικές δαπάνες για την φροντίδα των εξαρτημένων μειώθηκαν

⁷⁶ Drug markets, pp.142-153, Netherlands Drugs Situation, Trimbo-institute 2012

⁷⁷ Βλ. Διάγραμμα 4 Παραρτήματος

⁷⁸ Economic analysis, pp.32-34, Netherlands Drugs Situation, Trimbo-institute 2012

κατά 40.000.000,00 € όπου είχε σαν αποτέλεσμα την οικονομική συμμετοχή των πελατών με συνέπεια πολλά άτομα είτε να διακόψουν είτε να μην ξεκινήσουν θεραπεία. Η συμμετοχή ανά άτομο κυμαίνεται από εκατό ευρο τον χρόνο ή εκατόν σαράντα πέντε ευρο το μήνα ανάλογα με τον τύπο της υπηρεσίας. Η οικονομική συμμετοχή δεν συμπεριλάμβανε άτομα κάτω των 17 ετών.

⁷⁹ 1-Social Support Act, 2-Health Insurance Act και 3-Exceptional Medical Expenses Act (Trimbos-institute, 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Επιδράσεις και αποτελέσματα

5.1 Η Ευρωπαϊκή και οι εθνικές στρατηγικές.

Η ΕΕ μέσα από τις στρατηγικές και τα σχέδια δράσης παρέχει το πλαίσιο και τις προτεραιότητες που προσδιορίζουν τα κράτη μέλη και τα θεσμικά όργανα της ΕΕ. Η σχέση μεταξύ στρατηγικής και σχεδίου δράσης αρχικά δεν είναι απόλυτα σαφής. Η στρατηγική ορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές, ενώ το σχέδιο δράσης είναι αυτό που τις μετατρέπει σε συγκεκριμένες ενέργειες και στόχους υποδηλώνοντας την σχέση συνέχειας που πρέπει να υπάρχει μεταξύ τους.⁸⁰ Ωστόσο για τις περισσότερες προτεινόμενες δράσεις δεν υπάρχει συγκεκριμένος σχεδιασμός ούτε ακριβής χρονικός ορίζοντας ώστε να αξιολογηθεί η πορεία τους (Τσουνής, 2011). Ο ρόλος της ΕΕ παραμένει σε δράσεις ενθάρρυνσης, συντονισμού και όχι εναρμόνισης⁸¹ των νομοθετικών διατάξεων των κρατών μελών σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας. Το EMCDDA⁸² με έδρα την Λισσαβόνα αποτελεί τον κύριο οργανισμό συλλογής αξιόπιστων και συγκρίσιμων πληροφοριών για το ζήτημα των ναρκωτικών στην ΕΕ. Το EMCDDA συντονίζει τα εθνικά δίκτυα επαφής ανάμεσα στα κράτη μέλη της ΕΕ, την Νορβηγία και τις υπονήφιες χώρες για προσχώρηση στην ΕΕ. Αυτές οι υπηρεσίες συλλογής και ανταλλαγής πληροφοριών αποτελούν το ευρωπαϊκό δίκτυο Reitox.

Σε εθνικό επίπεδο η Ελλάδα ως μέλος του EMCDDA εκπροσωπείται στο δίκτυο Reitox από το ΕΚΤΕΠΝ⁸³. Το ΕΚΤΕΠΝ είναι αυτό που σε εθνικό επίπεδο συλλέγει πληροφορίες από τους αναγνωρισμένους φορείς που υλοποιούν δράσεις για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και εκπονεί ετήσιες εκθέσεις τις οποίες και αποστέλλει στο EMCDDA. Για την συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιούνται οι πέντε βασικοί επιδημιολογικοί δείκτες που αναπτύχθηκαν από το EMCDDA.⁸⁴

Στην Ελλάδα το πρώτο εθνικό σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά 2008-2012 ακολουθεί την δομή των ευρωπαϊκών σχεδίων, βασισμένο στους δύο κύριους πυλώνες της ΕΕ, α) μείωση της προσφοράς και β) μείωση της ζήτησης καθώς και στα τρία οριζόντια

⁸⁰ Βλ. Δελτίο EMCDDA, Τα Ναρκωτικά στο προσκήνιο : Αξιολόγηση της στρατηγικής και του σχεδίου δράσης της ΕΕ (2000-2004)

⁸¹ Συνθήκη του Μάαστριχτ 92/C/191 /01, άρθρο 129 παρ.2

⁸² Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας

⁸³ Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

⁸⁴ Αναφερόμαστε στους : α) δείκτης έκτασης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό, β) δείκτης αίτησης θεραπείας, γ) δείκτης θανάτων από ναρκωτικά και θνησιμότητας, δ) δείκτης επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες και ε) δείκτης επικράτησης της προβληματικής χρήσης (EMCDDA, 2012)

θέματα, α) συντονισμός, β) διεθνή συνεργασία και γ) έρευνα και αξιολόγηση. Παρόλο που το σχέδιο δράσης δεν εφαρμόστηκε πλήρως και δεν αξιολογήθηκε ποτέ φαίνεται μια τάση ανταπόκρισης στις κατευθυντήριες γραμμές της ευρωπαϊκής στρατηγικής. Ωστόσο το εθνικό σχέδιο δράσης 2008-2012 αποτέλεσε συραφή των προτάσεων των φορέων που υλοποιούν προγράμματα για τα ναρκωτικά αντικατοπτρίζοντας την απόσταση μεταξύ αυτών που σχεδιάζουν και αυτών που υλοποιούν (Πουλόπουλος, 2011).

Η ευρωπαϊκή στρατηγική αποτελεί σημείο αναφοράς των ετήσιων εκθέσεων του ΕΚΤΕΠΝ όπου αποτυπώνονται οι εθνικές θεσμικές εξελίξεις συγκριτικά με την ευρωπαϊκή στρατηγική καθώς και οι εξελίξεις του φαινομένου σύμφωνα με τους ευρωπαϊκούς δείκτες, υπενθυμίζοντας τα σημεία απόκλισης ή σύγκλισης μεταξύ εθνικού και ευρωπαϊκού επιπέδου. Στις τελευταίες εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ⁸⁵ γίνεται αναφορά στην ανάγκη εθνικού συντονισμού στο ζήτημα των ναρκωτικών σύμφωνα και με τις προτάσεις της ΕΕ, ανάγκη που φαίνεται τελικά να καλύφθηκε με την δημιουργία του εθνικού συντονιστή για τα ναρκωτικά παρά το πρωθυπουργό με τον ν.4139/2013⁸⁶, έναν θεσμό που ακόμα δεν έχει λειτουργήσει πλήρως.

Σε θεσμικό επίπεδο η τροποποίηση του Κώδικα Νόμου για Ναρκωτικά το 2008 έγινε με σκοπό την εναρμόνιση της ελληνικής με την ευρωπαϊκή νομοθεσία για τα ναρκωτικά. Με τον ν.3727/2008 κυρώθηκε η απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου της ΕΕ με τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ΚΝΝ.

Στο πλαίσιο της ΕΕ παρέχονται δυνατότητες αξιοποίησης ευρωπαϊκών προγραμμάτων για την εκπαίδευση, κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη των εξυπηρετούμενων καθώς και για ανάπτυξη νέων υπηρεσιών.

Η ανάπτυξη του ΚΕΘΕΑ στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό στην αξιοποίηση ευρωπαϊκών προγραμμάτων αναπτύσσοντας παραγωγικές μονάδες με στόχο την επαγγελματική κατάρτιση-επανάταξη πρώην εξαρτημένων (Πουλόπουλος, 2011). Το 2012 το ΚΕΘΕΑ αξιοποιώντας τα δύο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης απεξαρτημένων ή υπό απεξάρτηση ατόμων υλοποίησε 10 επιδοτούμενα προγράμματα κατάρτισης σε διάφορες ειδικότητες συνολικού προϋπολογισμού € 1.023.270 με την συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΚΕΘΕΑ, 2012). Με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξης είναι σε εξέλιξη στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ

⁸⁵ Βλ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010, 2012)

⁸⁶ Έως το 2013 τον εθνικό συντονισμό τον είχε ο ΟΚΑΝΑ βάση του ν. 2161/1993

2007-2013 η Αναπτυξιακή Σύμπραξη Επιχειρείν⁸⁷ με την συμμετοχή ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ και άλλων φορέων, προκειμένου να ενισχυθεί η κοινωνική επιχειρηματικότητα από πρώην εξαρτημένα άτομα. Στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ έχει ξεκινήσει η λειτουργία πέντε Πολυδύναμων Ψυχοδιαγνωστικών Κέντρων (ΠΨΚ) που απευθύνονται σε εφήβους και ενήλικες που αντιμετωπίζουν συγχρόνως πρόβλημα με τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ και κάποιου είδους ψυχιατρική διαταραχή, μια κατάσταση που είναι γνωστή ως συννοσηρότητα ή διπλή διάγνωση. Τα ΠΨΚ ανταποκρίνονται στις προτεινόμενες δράσεις της ΕΕ για ανταπόκριση σε ζητήματα *συννοσηρότητας*⁸⁸. Επίσης στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ είναι σε εξέλιξη από τον ΟΚΑΝΑ η κατάρτιση αστυνομικών σε θέματα εξαρτήσεων.⁸⁹

Στα σχέδια δράσης 2005-2008 και 2009-2012 της ΕΕ προτείνεται η *βελτίωση της προσβασιμότητας* σε υπηρεσίες *μείωσης της ζήτησης* καθώς και σε υπηρεσίες *μείωσης της βλάβης*, προτάσεις που φαίνεται να καλύφθηκαν το 2011 με τον διπλασιασμό των μονάδων υποκαταστάτων του ΟΚΑΝΑ με στόχο την εξάλειψη της λίστας αναμονής (ΕΚΤΕΠΝ, 2012). Επίσης στο σχέδιο δράσης της ΕΕ 2009-2012 προτείνεται η εναλλακτική της φυλάκισης λύση για εξαρτημένα άτομα γεγονός που φαίνεται να βρίσκει ανταπόκριση σε εθνικό επίπεδο στον ν.4139/2013 όπου θεσπίστηκε σαν εναλλακτική λύση η θεραπεία αντί της φυλάκισης μέσω πραγματογνωμοσύνης του βαθμού της εξάρτησης.

Η Ολλανδία μαζί με την Αυστρία είναι οι μοναδικές από τις τριάντα χώρες που ενώ συμμετέχουν στο EMCDDA και δεν έχουν εκπονήσει κάποιο σχέδιο δράσης στα πρότυπα των άλλων χωρών και της ΕΕ (Τσουνής, 2012).

Εκπρόσωπος της Ολλανδίας στο EMCDDA είναι το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων⁹⁰. Ο νόμος Οπίου αποτελεί τη θεσμική βάση για την πολιτική των ναρκωτικών στην Ολλανδία και οποιεσδήποτε αλλαγές αφορούν σε τροποποιήσεις του συγκεκριμένου νόμου.

Οι δράσεις που έχουν αναπτυχθεί στην Ολλανδία ακολουθούν τις προτάσεις της ΕΕ ως προς τους κύριους άξονες α) μείωση της προσφοράς και β) μείωση της ζήτησης. Ωστόσο η Ολλανδία ως προς την μείωση της ζήτησης έχει εφαρμόσει καινοτόμες

⁸⁷ Βλ. <http://www.kethea.gr/el-gr/>, Η συγκεκριμένη Α.Σ. υλοποιείται στα πλαίσια των ΤΟΠΕΚΟ (Τοπικές Δράσεις Κοινωνικής Ένταξης για Ευάλωτες Ομάδες)

⁸⁸ Βλ. <http://www.kethea.gr/el-gr/> και Σχέδιο Δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2009-2012

⁸⁹ Βλ. <http://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/deltia-typou/item/495-deltiotypoukatartisiastynomikon>

⁹⁰ Trimbos-Institute

δράσεις⁹¹ καθιστώντας την Ολλανδική πολιτική σημείο αναφοράς και συζητήσεων τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και διεθνές επίπεδο. Ωστόσο οι ενέργειες δημιουργίας χώρων ελεγχόμενης χρήσης ουσιών καθώς και χώρων πώλησης «μαλακών ναρκωτικών» έχει προκαλέσει την αντίδραση της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τα ναρκωτικά λόγω του ότι παραβιάζουν της διεθνείς συνθήκες για τον έλεγχο των ναρκωτικών (INCB, 2001).

Εν κατακλείδι η Ολλανδία έχει αναπτύξει προγενέστερα από την Ελλάδα δράσεις μείωσης της βλάβης, μία τάση που ανταποκρίνεται στις προτεραιότητες της ΕΕ στον τομέα μείωσης της ζήτησης. Η Ελλάδα τα τελευταία δύο χρόνια φαίνεται να θέτει προτεραιότητα την μείωσης της βλάβης λόγω και των επιπτώσεων της κρίσης στους εξαρτημένους.

5.2 Επισκόπηση των αποτελεσμάτων των εφαρμοζόμενων δράσεων σε Ελλάδα και Ολλανδία.

Μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει συνολική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων ή των φορέων που υλοποιούν προγράμματα για την εξάρτηση από ουσίες στις δύο εξεταζόμενες χώρες.

Τα αποτελέσματα των εφαρμοζόμενων δράσεων αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης στον τομέα μείωσης της ζήτησης σε Ελλάδα και Ολλανδία στην παρούσα εργασία γίνεται με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες που έχουν αναπτυχθεί από το EMCDDA : α) τον δείκτη έκτασης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό, τον β) δείκτη επικράτησης της προβληματικής χρήσης, γ) τον δείκτη αίτησης θεραπείας, γ) τον δείκτη θανάτων από ναρκωτικά και θνησιμότητας, και τον δ) δείκτη επικράτησης μολυσματικών ασθενειών σε ενδοφλέβιους χρήστες (EMCDDA, 2012).

Η σύγκριση των ποσοστών των δύο χωρών στις δύο τελευταίες εθνικής εμβέλειας έρευνες στον γενικό πληθυσμό παρουσιάζει μεγαλύτερη επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στην περίπτωση της Ολλανδίας.⁹²

Στην Ελλάδα από το 1984 έως το 2011 το ποσοστό χρήσης «οποιασδήποτε» παράνομης ουσίας σε μαθητές ηλικίας 15-19 ετών υπερδιπλασιάστηκε (από 6,0% το 1984 σε 15,3% το 2011).⁹³ Στην Ολλανδία στον μαθητικό πληθυσμό 12-18 ετών παρατηρείται

⁹¹ Αναφερόμαστε στον διαχωρισμό «σκληρών-μαλακών» καθώς και στην λειτουργία coffee shops και χώρων ελεγχόμενης χρήσης ναρκωτικών

⁹² Βλ. Πίνακα II παραρτήματος

⁹³ Βλ. Διάγραμμα 6 Παραρτήματος

αύξηση της επικράτησης της χρήσης από το 1988 έως το 1996 και μείωση από το 1996 έως το 2007 τόσο για την κάνναβη όσο και για τις άλλες ουσίες.⁹⁴

Σχετικά με την προβληματική χρήση στην Ελλάδα φαίνεται μία τάση σταθεροποίησης από το 2006 έως το 2011⁹⁵. Στην Ολλανδία δεν διατίθενται στοιχεία σχετικά με την διαχρονική τάση της προβληματικής χρήσης, ωστόσο η Ολλανδία εμφανίζει μικρότερα ποσοστά προβληματικής χρήσης σε σχέση με την Ελλάδα στα δύο συγκρίσιμα έτη 2001 και 2008.⁹⁶

Όσο αφορά τους θανάτους που οφείλονται στην χρήση ναρκωτικών η Ελλάδα εμφανίζει μεγαλύτερο αριθμό καθώς και διακυμάνσεις από το 1985-2011 σε σχέση με την Ολλανδία, ενώ το 2011 υπάρχει τάση σύγκλισης των δύο χωρών.⁹⁷

Στην Ελλάδα σταθερά αυξητικός εμφανίζεται ο αριθμός των ατόμων που αιτούνται θεραπεία από 3.630 το 2002 σε 5.834 το 2011 με το 44,3 % να αιτείται θεραπεία για πρώτη φορά. Μείωση του ΔΑΘ εμφανίζουν τα στεγνά προγράμματα το διάστημα 2010-2011 σε αντίθεση με τα προγράμματα υποκατάστασης γεγονός που οφείλεται στον διπλασιασμό των μονάδων υποκατάστασης το 2011 (ΕΚΤΕΠΝ, 2013). Η ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή παραμένουν η κύρια ουσία των ατόμων που αιτούνται θεραπεία με μεγάλη διαφορά από τις άλλες ουσίες ωστόσο διαχρονικά μειώνεται το ποσοστό του ΔΑΘ ως προς τα οπιοειδή ενώ αυξάνεται το ποσοστό που αιτούνται θεραπεία με κύρια ουσία χρήση την κάνναβη.⁹⁸ Διαχρονική μεταβολή παρουσιάζει και ο τρόπος χρήσης με την εισπνεόμενη χρήση να είναι μεγαλύτερη της ενέσιμης από το 2005 έως σήμερα. Στην Ολλανδία ο ετήσιος αριθμός νέων πελατών που αιτούνται θεραπεία μεταξύ 1994-2011 κυμαίνεται μεταξύ 8.000 και 11.000 ατόμων. Σημαντική μεταβολή παρουσιάζει το ποσοστό των νέων πελατών για οπιοειδή (από 62% το 1994 σε 13% το 2011) και κάνναβη (από 14% το 1994 σε 50% το 2011).⁹⁹ Ωστόσο ο συνολικός αριθμός (νέων και παλαιών) πελατών με κύρια ουσία την κάνναβη έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Trimbos-institute, 2013). Συγκριτικά στις δύο χώρες στην Ελλάδα τα οπιοειδή αποτελούν την κύρια ουσία που τα άτομα αιτούνται θεραπεία ενώ στην Ολλανδία η κάνναβη.

Σχετικά με την έκταση των μολυσματικών ασθενειών στην Ελλάδα καταγράφηκε επιδημική έξαρση του ιού HIV με αύξηση κατά 1500% του επιπολασμού του ιού στον

⁹⁴ Βλ. Διάγραμμα 5 Παραρτήματος

⁹⁵ Βλ. Διάγραμμα 7 Παραρτήματος

⁹⁶ Βλ. Διάγραμμα 8 Παραρτήματος

⁹⁷ Βλ. Διάγραμμα 9 Παραρτήματος

⁹⁸ Βλ. Διάγραμμα 1 Παραρτήματος

⁹⁹ Βλ. Διάγραμμα 2 Παραρτήματος

πληθυσμό των ενέσιμων χρηστών ναρκωτικών (XEN) το 2011. Στην Ολλανδία η μετάδοση του ιού HIV μεταξύ των XEN από το 1986 παρουσιάζει εμφανής πτωτική τάση (από 8,6 κρούσματα/100 άτομα το 1986 σε 0 κρούσματα /100 άτομα το 2010) γεγονός που οφείλεται και στην μείωση του πληθυσμού των XEN (Trimbos-institute, 2013).

Συμπερασματικά η Ολλανδία παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης της χρήσης για όλες τις ουσίες και τις ηλικιακές ομάδες σε σχέση με την Ελλάδα, ωστόσο το ποσοστό επικράτησης της προβληματικής χρήσης στην Ελλάδα εμφανίζεται μεγαλύτερο σε σχέση με την Ολλανδία.

Στην Ελλάδα η κύρια ουσία χρήσης των ατόμων που αιτούνται θεραπεία διαχρονικά παραμένει η ηρωίνη και τα οπιοειδή ενώ στην Ολλανδία τριπλασιάστηκε ο αριθμός των ατόμων που αιτούνται θεραπεία για κάνναβη από το 1995 έως το 2011.

Η Ελλάδα παρουσιάζει μεγαλύτερο αριθμό θανάτων σε σχέση με την Ολλανδία διαχρονικά, με τάση σύγκλισης των δύο χωρών τα δύο τελευταία χρόνια. Η Ελλάδα εμφανίζει έξαρση εξάπλωσης του ιού HIV μεταξύ του πληθυσμού χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών το 2011 με επιδημική αύξηση του HIV στου XEN γεγονός που συνδέεται με τις επιπτώσεις της κρίσης στους εξαρτημένους.

Ωστόσο τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για την Ελλάδα αφορούν έως και το 2011 με την οικονομική κρίση να είναι σε εξέλιξη χωρίς να έχουμε καταγεγραμμένες τις επιπτώσεις των δύο τελευταίων ετών στους εξαρτημένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Συμπερασματικές διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής

Η χρήση ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών σταθεροποιείται σε ιστορικά υψηλά επίπεδα στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη. Εντούτοις ανησυχία προκαλεί το φαινόμενο κατάχρησης συνταγογραφούμενων οπιοειδών στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη με τις κατασχέσεις να φτάνουν σε επίπεδα ρεκόρ σε κάποιες χώρες της περιοχής και με τη ζήτηση θεραπείας, λόγω κατάχρησης άλλων οπιοειδών εκτός της ηρωίνης¹⁰⁰, να αυξάνεται. Οι θάνατοι που σχετίζονται με τη χρήση οπιοειδών έχουν μειωθεί συνολικά στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη, αλλά το ποσοστό θανάτων που αποδίδονται στη μεθαδόνη έχει αυξηθεί σε ορισμένες χώρες (INCB, 2013). Πρωτοφανείς σε αριθμό και ποικιλία νέες ψυχοδραστικές ουσίες αναφέρονται στην Ευρώπη και η χρήση τους συνεχίζει να αυξάνεται. Οι νέες ψυχοδραστικές ουσίες αποτελούν αναδυόμενο φαινόμενο στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ευρώπη.

Οι επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών και η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες επηρεάζουν πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής των ατόμων. Η ψυχική και σωματική υγεία, οι κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, η οικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση, η παραβατική συμπεριφορά, η νομική εμπλοκή, η έκθεση στο ποινικό σύστημα καθώς και η εργασία είναι τομείς όπου οι εξαρτημένοι παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και συχνά ερμηνεύονται ως συμπτώματα της μακρόχρονης κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης. Επιπροσθέτως αυξάνονται οι κίνδυνοι για την δημόσια υγεία με την αύξηση των μολυσματικών ασθενειών κυρίως μέσω της ενέσιμης χρήσης ουσιών.

Από την συνθήκη ίδρυσης της ΕΕ το ζήτημα τη τοξικοεξάρτησης περιλαμβάνεται στον τομέα της δημόσιας υγείας και από το 1990 η ΕΕ εκπονεί σχέδια δράσης για την αντιμετώπιση του φαινομένου των ναρκωτικών. Η στρατηγική της ΕΕ βασίζεται σε δύο κύριους τομείς, την μείωση της προσφοράς και την μείωση της ζήτησης καθώς και σε τρεις διατομεακούς άξονες : τον συντονισμό, την διεθνή συνεργασία και τον άξονα της πληροφόρησης, της έρευνας της παρακολούθησης και της αξιολόγησης. Στην τελευταία στρατηγική της η ΕΕ ενσωματώνει στους στόχους της την μείωση των κινδύνων στην υγεία και την κοινωνία δίδοντας ώθηση στα κράτη μέλη προκειμένου να αναπτύξουν δράσεις για την μείωση της βλάβης. Το τελευταίο σχέδιο δράσης περιλαμβάνει 54

¹⁰⁰ Η ηρωίνη φαίνεται να αντικαθίσταται με άλλες ουσίες μεταξύ άλλων και συνθετικά κανναβοειδή όπως η φαιντανύλη (EMCDDA, 2012)

προτεινόμενες ενέργειες. Για τις περισσότερες προτεινόμενες δράσεις δεν υπάρχει συγκεκριμένος σχεδιασμός ούτε ακριβής χρονικός ορίζοντας με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αξιολογηθεί επαρκώς η πορεία τους. Ωστόσο παρατηρείται ενδυνάμωση της κοινής γλώσσας και τήρησης συγκρίσιμων στοιχείων.

Τα κράτη μέλη είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή των ενεργειών που εμπεριέχονται στα σχέδια δράσης της ΕΕ σύμφωνα πάντα με την αρχή της επικουρικότητας και της αναλογικότητας, με την Επιτροπή να αξιολογεί τα εφαρμοζόμενα μέτρα και να ελέγχει την εφαρμογή της νομοθεσίας για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Επιπλέον η Επιτροπή επικουρείται από μια επιτροπή, στην οποία συμμετέχουν δύο αντιπρόσωποι κάθε κράτους μέλους και της οποίας προεδρεύει ο αντιπρόσωπος της Επιτροπής. Ο ρόλος της ΕΕ παραμένει σε δράσεις ενθάρρυνσης, συντονισμού και όχι εναρμόνισης¹⁰¹ των νομοθετικών διατάξεων των κρατών μελών, ενώ η ΕΕ μπορεί να αναλαμβάνει ενέργειες όταν οι στόχοι των κρατών μελών δύναται να επιτευχθούν καλύτερα σε κοινοτικό επίπεδο. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο παρέχονται προγράμματα κυρίως στον τομέα μείωσης της ζήτησης, ωστόσο ο βαθμός αξιοποίησής τους εξαρτάται από τα κράτη μέλη και τους φορείς που υλοποιούν σχετικές δράσεις.

Η αξιολόγηση των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης της ΕΕ είναι περίπλοκη διαδικασία λόγω αρκετών περιορισμών. Ο μηχανισμός αξιολόγησης της ΕΕ χρειάζεται να στηρίζεται στην αξιολόγηση των πολιτικών που εφαρμόζονται από τα κράτη μέλη. Αυτό προϋποθέτει ότι τα κράτη μέλη εκπονούν στρατηγικές και σχέδια δράσης σύμφωνα με τα πρότυπα της ΕΕ -όπου φαίνεται να μην ακολουθείται από όλα τα κράτη μέλη- και στην συνέχεια συμπεριλαμβάνουν στα σχέδια δράσης τους σαφείς και ακριβείς στόχους, ένα χρονοδιάγραμμα ρεαλιστικής υλοποίησης, εργαλεία πληροφόρησης καθώς και τους κατάλληλους πόρους. Επιπροσθέτως υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η εξέλιξη του φαινομένου των ναρκωτικών μπορεί να εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από κοινωνικούς παράγοντες παρά από παρεμβάσεις πολιτικής.

Στην περίπτωση της Ελλάδας οι πρώτες νομοθετικές παρεμβάσεις για τα ναρκωτικά εμφανίζονται το 1920 όπου αφορούν υιοθέτηση νόμων απαγορευτικού χαρακτήρα για την παραγωγή, διάθεση και χρήση του χασίς στην Ελλάδα σαν αποτέλεσμα εξωτερικών εμπορικών πιέσεων από την Αίγυπτο και όχι στην ανταπόκριση σε ένα κοινωνικό πρόβλημα. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 με την εμφάνιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα ξεκινούν τα πρώτα «στεγνά προγράμματα» με την

¹⁰¹ Συνθήκη του Μάαστριχτ 92/C/191 /01, άρθρο 129 παρ.2

δημιουργία του ΚΕΘΕΑ βασιζόμενα στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση και εισάγοντας τεχνογνωσία κυρίως από αντίστοιχα προγράμματα της Ολλανδίας. Αργότερα με την ίδρυση του ΟΚΑΝΑ το 1993 αρχίζει και η λειτουργία μονάδων υποκαταστάτων στηριζόμενα στην ιατροκεντρική προσέγγιση ενώ ξεκινά και η δημιουργία των κέντρων πρόληψης.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα των ναρκωτικών προσεγγίζεται στον τομέα της δημόσιας υγείας. Τα τελευταία χρόνια με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης το προφίλ των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία εμφανίζεται επιβαρυνμένο σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια με σημαντικότερο γεγονός την επιδημική αύξηση του ιού του HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ιδιαίτερα στην Αθήνα. Το 2012 αυξήθηκαν σημαντικά οι μονάδες υποκατάστασης αυξάνοντας τον συνολικό αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες να φθάνουν συνολικά τα 9.000 άτομα σε σύνολο 20.473 προβληματικών χρηστών. Παρά τις περικοπές στην χρηματοδότηση των φορέων το σύστημα μείωσης της ζήτησης εξακολούθησε να λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό το οποίο αποδίδεται στην αδράνεια του, καθώς και στο πείσμα θεραπειών και θεραπευομένων ως αποτέλεσμα μεγάλων κοινωνικών πιέσεων.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα παρόλο που έχουν αυξηθεί οι υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης αναπτύσσοντας έναν πλουραλισμό προγραμμάτων όπως εφήβων, ενηλίκων, φυλακισμένων, αποφυλακισμένων, μεταναστών, εσωτερικής ή εξωτερικής παρακολούθησης κ.λ.π. το πρόβλημα της εξάρτησης παραμένει οξύ με σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνία. Αν και για την αντιμετώπισή του χρειάζεται μακροπρόθεσμος σχεδιασμός, μόλις το 2002 καταρτίστηκε το πρώτο εθνικό σχέδιο δράσης το οποίο εν μέρει εφαρμόστηκε και ουδέποτε αξιολογήθηκε. Οι κύριοι αρμόδιοι φορείς προάγουν την δική τους θεραπευτική πρόταση χωρίς να λειτουργούν συμπληρωματικά διασυνδέοντας τα στεγνά με τα προγράμματα υποκατάστασης, προωθώντας την λογική της απεξάρτησης και να μην περιορίζονται στην μείωση της βλάβης.

Στην Ελλάδα σημαντική θεσμική αλλαγή αποτέλεσε η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συντονιστή για τα Ναρκωτικά παρά των πρωθυπουργό με τον ν.4139/2013 όπου συνάδει και με την ευρωπαϊκή στρατηγική. Σε επίπεδο επίδρασης την ελληνικής από την ευρωπαϊκή στρατηγική κομβικό σημείο αποτελεί η τροποποίηση του κώδικα νόμων για τα ναρκωτικά το 2008 με στόχο την εναρμόνιση της εθνικής με την ευρωπαϊκή νομοθεσία. Η ελληνική νομοθεσία συνδέεται με πολιτική κατασταλακτικού χαρακτήρα,

με επιεικής αντιμετώπιση του χρήστη-παραβάτη και με κατεύθυνση την θεραπεία και όχι τον εγκλεισμό.

Κύριο χαρακτηριστικό των αναγνωρισμένων θεσμικά προγραμμάτων στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης αποτελούν η καθολικότητα πρόσβασης και η δωρεά παροχή υπηρεσιών. Οι δράσεις της Ελλάδας για τα ναρκωτικά δεν είναι αντίθετες από τις ευρωπαϊκές κατευθύνσεις ωστόσο διαφαίνονται να εισάγονται πρακτικές από άλλες ευρωπαϊκές χώρες¹⁰² κατά παράβαση των διεθνών συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών.

Στην περίπτωση της Ολλανδίας η νομοθεσία για τα ναρκωτικά εμφανίζεται το 1911 με τον νόμο περί Οπίου σαν αποτέλεσμα εξωτερικών πιέσεων των ΗΠΑ προκειμένου να τεθούν περιορισμοί στην πώληση και χρήση οπίου. Ο νόμος Οπίου αποτελεί την νομοθετική βάση για τα ναρκωτικά στην Ολλανδία και οι θεσμικές εξελίξεις αποτελούν τροποποιήσεις του συγκεκριμένου νόμου. Έτσι η αφετηρία τόσο της Ολλανδικής όσο και της Ελληνικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά οφείλεται σε εξωτερικές εμπορικές πιέσεις και όχι στην ανάγκη ανταπόκρισης σε ένα κοινωνικό φαινόμενο.

Ο νόμος Οπίου αναθεωρήθηκε το 1976 λόγω της ύπαρξης μιας ανταγωνιστικής αγοράς ηρωίνης με τον διαχωρισμό των ουσιών ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητας σε «μαλακές» και «σκληρές», με την υπόθεση ότι οι χρήστες των μαλακών δεν θα εισέλθουν στα σκληρά. Στόχος της αναθεωρημένης πολιτικής στα πλαίσια της δημόσιας υγείας είναι η «μείωση της βλάβης» και όχι η απαγόρευση όλων των ουσιών, ενώ επιτρέπεται η πώληση «μαλακών» ναρκωτικών σε συγκεκριμένους χώρους (coffee shop). Ωστόσο το 1996 με την αύξηση του ναρκωτουρισμού και της εγκληματικότητας φαίνεται ότι το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών στην Ολλανδία να αποτελεί θέμα δημόσιας τάξης, αλλά οι τροποποιήσεις που έγιναν δεν αποτέλεσαν σημαντικές αλλαγές στην κατεύθυνση της πολιτικής. Η ύπαρξη coffee shop και χώρων ελεγχόμενης χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών έχουν προκαλέσει την αρνητική κριτική της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για το έλεγχο των ναρκωτικών δεδομένου ότι η λειτουργία τους αποτελεί νομική παραβίαση των διεθνών συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών.

Η Ολλανδία παρότι συμμετέχει στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα ναρκωτικά δεν έχει εκπονήσει σχέδιο δράσης στα πρότυπα άλλων χωρών. Οι στρατηγικές αφορούν

¹⁰² Βλ. ΑΤΤΙΚΗ FREE PRESS 30.11.2013 σελ.4 όπου ανακοινώνεται η λειτουργία εποπτευόμενου «κέντρου χρήσης ναρκωτικών» στην Αθήνα, πρακτική που εφαρμόζεται στην Ολλανδία και αντιβαίνει στην διεθνή σύμβαση του ΟΗΕ του 1961. Σημειώνουμε ότι η λειτουργία τέτοιων χώρων (shootings rooms) έχουν αποτελέσει αντικείμενο αρνητικής κριτικής από την Διεθνή Επιτροπή του ΟΗΕ για τον έλεγχο των ναρκωτικών (INCB, 2001)

κυρίως στον αναπροσδιορισμό του αρχικού νομικού πλαισίου μέσα από διορθωτικές κινήσεις όπως η αλλαγή πλαισίου λειτουργίας των coffee shop, η κατάταξη ουσιών από μαλακά σε σκληρά ή αντίστροφα κ.λ.π. Η Ολλανδική πολιτική έχει χαρακτηριστεί ως μοναδική με βασικό στόχο την μείωση της βλάβης και έχει αποτελέσει αντικείμενο αρκετών μελετών και συζητήσεων. Οι υπηρεσίες προς τους εξαρτημένους παρέχονταν δωρεάν αλλά από το 2012 θεσπίστηκε η οικονομική συμμετοχή των εξαρτημένων ανάλογα με τον τύπο προγράμματος. Σε επίπεδο συντονισμού και κατευθυντήριων γραμμών τον κύριο ρόλο έχει το Υπουργείο Υγείας Παιδείας και Αθλητισμού, ωστόσο παρατηρούνται αυξημένες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο¹⁰³ με την συνεργασία δήμαρχου, εισαγγελέα και αρχηγού της αστυνομίας ονομαζόμενη σαν τριμερής συνεργασία.

Η σύγκριση των ποσοστών των δύο χωρών στις δύο τελευταίες εθνικής εμβέλειας έρευνες δείχνει σαφώς μεγαλύτερη επικράτηση για όλες τις ουσίες στην περίπτωση της Ολλανδίας¹⁰⁴. Ωστόσο μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζει η Ελλάδα στην προβληματική χρήση ηλικίας 15-64 ετών (3.2%) καθώς και ενέσιμης (1.4%) σε σχέση με την Ολλανδία (1.6% και 0.2% αντίστοιχα). Επιπλέον στην Ολλανδία παρατηρείται σημαντική διαχρονική αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ζητούν θεραπεία για χρήση κάνναβης (από 14% το 1994 σε 50% το 2011).

Σε επίπεδο στόχευσης της πολιτικής η Ολλανδία έχει σαν κύριο σκοπό την *μείωση της βλάβης* διαμορφώνοντας μια ανεκτική πολιτική σε σχέση με την χρήση ουσιών ενώ η Ελλάδα ενώ ξεκίνησε με κύρια στόχευση την *θεραπεία* σταδιακά και με την διόγκωση του προβλήματος της εξάρτησης φαίνεται να στοχεύει κυρίως στην *μείωση της βλάβης* διαμορφώνοντας κατασταλτική πολιτική.

Το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης συνδέεται με τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, τα χαρακτηριστικά της κάθε εποχής και της κάθε κοινωνίας συμβάλλοντας στην αποδόμηση των κοινωνικών δεσμών της σύγχρονης κοινωνίας. Η χρήση και η εξάρτηση πλήττουν κυρίως τις κοινωνικά αδύναμες ομάδες και παρουσιάζουν έξαρση σε περιόδους βίαιου κοινωνικού και οικονομικού μετασχηματισμού της κοινωνικής συνοχής όπως αυτή που διανύουμε στην Ελλάδα σήμερα.

Από την ανάλυση που παραθέσαμε στην Ελλάδα τα τελευταία τριάντα χρόνια έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης

¹⁰³ Παρατηρούνται πολιτικές ανά πόλεις π.χ. πολιτική στην πόλη του Αμστερνταμ, ή διαφορετικό πλαίσιο λειτουργίας των coffee shop ανάλογα με την περιοχή που λειτουργεί (Trimbos-institute, 2012)

¹⁰⁴ Βλέπε Πίνακα Ι, Παραρτήματος

αποκομίζοντας τα εύσημα της ειδικής επιτροπής του ΟΗΕ το 2000.¹⁰⁵ Ωστόσο ο διάλογος για την πολιτική στην Ελλάδα φαίνεται να διεξάγεται εκτός των θεσμοθετημένων οργάνων σχεδιάζοντας αποσπασματικές ή πρόχειρες στρατηγικές, χωρίς την συμμετοχή των εμπλεκόμενων φορέων που με την μακρόχρονη πείρα τους θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην λήψη αποφάσεων διαμόρφωσης πολιτικής, παραβλέποντας τις συστάσεις των αρμόδιων οργάνων του ΟΗΕ και της ΕΕ. Επιπροσθέτως οι εκπρόσωποι των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων προάγουν την δική τους θεραπευτική πρόταση σαν πανάκεια, λειτουργώντας ανταγωνιστικά και όχι συμπληρωματικά για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο μια σύγχρονη εθνική στρατηγική χρειάζεται μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, με την συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων δρώντων, διασφαλίζοντας την συμπληρωματικότητα των προσεγγίσεων, με ύπαρξη ολοκληρωμένων δικτύων (πρόληψης, ψυχικής απεξάρτησης, κοινωνικής επανένταξης, μείωσης της βλάβης, σωματικής αποτοξίνωσης κ.λ.π.) ανά γεωγραφική περιφέρεια, διασυνδέοντας τις δομές μεταξύ τους αλλά και με άλλα συστήματα υγείας, πρόνοιας, εκπαίδευσης και απασχόλησης τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του προβλήματος: για παράδειγμα η διασύνδεση των δομών θεραπείας με τις δομές υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των χρηστών ή οι δομές κοινωνικές επανένταξης με δομές κατάρτισης και σύνδεσης με την αγορά εργασίας. Επιπλέον στην Ελλάδα απουσιάζει η αξιολόγηση δράσεων και φορέων μέσα από διαδικασίες επιτελικού συντονισμού με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος, λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικό όφελος της θεραπείας¹⁰⁶ και όχι μόνον την δημοσιονομική προσαρμογή στα πλαίσια της διάσωσης της οικονομίας προωθώντας φθηνές λύσεις χαμηλών προδιαγραφών. Η λειτουργία του θεσμοθετημένου πλέον επιτελικού εθνικού συντονισμού αποτελεί κατά την γνώμη μας κρίσιμο παράγοντα για την δημιουργία και εφαρμογή ενός ρεαλιστικού σχεδίου δράσης. Σε θεσμικό επίπεδο δεν έχουν ρυθμισθεί οι προδιαγραφές, οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων αντιμετώπισης της εξάρτησης με αποτέλεσμα την

¹⁰⁵ Βλ. Έκθεση της Επιτροπής του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, Φεβρουάριος 2001

¹⁰⁶ Σημειώνουμε ότι για κάθε ένα δολάριο που ξοδεύεται σε προγράμματα θεραπείας ή πρόληψης εξοικονομούνται μέχρι και δέκα δολάρια. Η χρήση ουσιών επηρεάζει τομείς όπως η υγεία, η δημόσια ασφάλεια, η εγκληματικότητα, η παραγωγικότητα και η διακυβέρνηση (INCB, 2013)

λειτουργία παράνομων κλινικών ή ιδιωτικών κέντρων¹⁰⁷. Η θεσμική κατοχύρωση των ανωτέρω θα διασφάλιζε την ποιοτική παροχή υπηρεσιών στις υπηρεσίες εξαρτήσεων και θα απέτρεπε την κερδοσκοπία ιδιωτών εις βάρος των εξαρτημένων και των οικογενειών τους.

Στην Ελλάδα των ραγδαίων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών είναι αναγκαία και μια ευέλικτη κοινωνική πολιτική κρίσης, διασφαλίζοντας την δωρεάν παροχή υπηρεσιών και την καθολικότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υψηλών προδιαγραφών αντιμετώπισης της εξάρτησης, που να ανταποκρίνεται στα μεταβαλλόμενα χαρακτηριστικά του προφίλ των εξαρτημένων : για παράδειγμα η ενίσχυση υπηρεσιών άμεσης πρόσβασης και προσέγγισης χρηστών στον δρόμο, ειδικότερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, θα διευκόλυνε την πρόσβαση των εξαρτημένων σε θεραπευτικές υπηρεσίες.

Ωστόσο η διαμόρφωση μιας ιδεώδους πολιτικής για την αντιμετώπισή των ναρκωτικών φαίνεται να μην είναι δυνατή με τις ιατρικοκεντρικές προσεγγίσεις να κερδίζουν έδαφος οδηγώντας στην ιατρικοποίηση ενός κοινωνικού φαινομένου χαρακτηρίζοντας τον χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών ως εξαρτημένο-ασθενή.

Τέλος οι όποιες κατευθύνσεις πολιτικής χρειάζεται στοχεύουν στην απελευθέρωση του ατόμου από τον φαύλο κύκλο της εξάρτησης, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υψηλών προδιαγραφών επιτυγχάνοντας την προσωπική και κοινωνική αλλαγή και όχι την συντήρηση μιας κατάστασης, δίδοντας μηνύματα ελπίδας στην κοινωνία και ενισχύοντας την κοινωνική συνοχή.

¹⁰⁷ Βλ. Πρακτικό Συνεδριάσεων και Γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, Τμήμα Ε, αριθμ. 27/2006.

Το 2005 το Υπουργείο Υγείας επεξεργάστηκε σχέδιο ρύθμισης των όρων ίδρυσης και λειτουργίας Συμβουλευτικών Σταθμών και Θεραπευτικών Μονάδων αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης το οποίο προσέκρουσε στο Συμβούλιο της Επικρατείας με την αιτιολογία ότι «περιέχει διατάξεις αντίθετες προς τους ορισμούς του νόμου για τη διαδικασία χορηγήσεως και ανακλήσεως των αδειών ιδρύσεως των ανωτέρω μονάδων και δεν παρουσιάζει την απαιτούμενη για κανονιστικό κείμενο σαφήνεια και πληρότητα, δεν προτείνεται νομίμως στο σύνολό του και κατά την ομόφωνη γνώμη του τμήματος, δεν μπορεί να τύχει περαιτέρω επεξεργασίας»

ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης, Δ. και Καμπριάνη, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης. *Εξαρτήσεις*, (2) pp. 14-39
- Griffith, E. (2010). Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών. *Σωστή απάντηση ή λάθος ερώτηση*. Αθήνα : Ερευνητές
- Geitona, M. (2012). Policy strategies under austere conditions in European countries: Doing less with less at what cost? The experience of Greece. In: ISPOR 15th Annual European Congress, Berlin, November 2012.
- Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (INCB), Ετήσιες εκθέσεις 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 και 2013
- ΕΚΤΕΠΝ, (2013). Ετήσια έκθεση 2012. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα.
- ΕΚΤΕΠΝ, (2012). Ετήσια έκθεση 2011. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα.
- ΕΚΤΕΠΝ, (2010). Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010.
- Ζαραφονίτου, Χ. & Τσιγγάνου, Ι. (2002). Ναρκωτικά, Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα : *Αξιολόγηση παρεμβάσεων στον τομέα της τοξικοεξάρτησης*. «Τετράδια εγκληματολογίας» Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη, pp. 11-59
- ΚΕΘΕΑ, Απολογισμοί Έργου, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. Αθήνα : ΚΕΘΕΑ Σχήμα + Χρώμα
- Καλλίτσης, Θ. (2002). Ναρκωτικά, Τάσεις και εγκληματολογικές διαστάσεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα : *Ναρκωτικά και οργανωμένο έγκλημα*. «Τετράδια εγκληματολογίας» Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη, pp. 141-167
- Λαμπροπούλου, Ε. (2002). Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη
- Μαντζίβης, Κ. (1997). Ναρκωτικά : το βλέμμα της Μέδουσας

- Mc Lellan, A.T. (2000). Ανασκόπηση θεραπείας της τοξικοεξάρτησης :
 Παρακολούθηση και αποτελεσματικότητα. *Κοινωνική Εργασία*, (57) pp. 39-48
- ΟΚΑΝΑ, Απολογισμοί Έργου 1999-2002, 2002-2003, 2010-1012. Αθήνα : Peak Advertising
- Οικονόμου, Χ. (2011). Η επίδραση της ΕΕ στα Συστήματα Υγείας των χωρών μελών, pp.403-433 στο Σακελλαρόπουλος, Θ. «Η κοινωνική πολιτική της ΕΕ», Αθήνα: Διόνικος
- Ολλανδικό Υπουργείο Εξωτερικών Υποθέσεων – Τμήμα Εξωτερικής Πληροφόρησης (1996), Ναρκωτικά : *Οδηγός για την ολλανδική πολιτική*
- Παρασκευόπουλος, Ν. (1997). Η καταστολή της διάδοσης ναρκωτικών στην Ελλάδα. Αθήνα : Σάκκουλα
- Πουλόπουλος, Χ. (2009). «*Εξαρτήσεις*» *Οι θεραπευτικές κοινότητες*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις. *Οι κοινότητες της αλλαγής*. Αθήνα: Τόπος
- Πουλόπουλος, Χ. (1999). Αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης : στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια. *Κοινωνική εργασία* (57) pp. 7-12
- Πουλόπουλος, Χ. (1995) «Κοινωνική πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες στην απεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες» *Εκλογή*, (1) pp. 51-57
- Πρακτικά Ελληνο-Ολλανδικού Σεμιναρίου, (2003). Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της Ευρωπαϊκής Προοπτικής. Αθήνα : Technograph
- ΣΟΔΝ/ΕΜΠ, (2009), Έκθεση για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Νοέμβριος, 2009
- Shapiro, H. (2009). *Drugs. Ένας πλήρης οδηγός για τις νόμιμες και τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες*. Αθήνα : Ερευνητές
- Trimbos-institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction), (2012) Netherlands Drug Situation 2012 – Report to the EMCDDA, Netherlands
- Trimbos-institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction), (2011) Netherlands Drug Situation 2011 – Report to the EMCDDA, Netherlands
- Trimbos-institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction), (2009) Netherlands Drug Situation 2009 – Report to the EMCDDA, Netherlands
- Τσουνής, Α. (2012) Οι εφαρμογές πρωτογενούς πρόληψης για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία: Συγκριτική μελέτη. *Εξαρτήσεις*, 1(20) pp. 93-110

- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Ασφάλισης (2008), Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004), Νέα Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά 2005-2012
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2001), Πρόταση για το εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης 2002-2006
- Φαρσεδάκης, Ι. & Σκυλίκος, Γ. (1996). Ναρκωτικά. *Νομική & εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα & στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Αθήνα : Νομική Βιβλιοθήκη
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 74/Α/2013, Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις, *ν.4139/2013*
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 257/Α/2008 Εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την απόφαση-πλαίσιο 2004/757/ΔΕΥ του Συμβουλίου της ΕΕ. Τροποποίηση των διατάξεων του ΚΝΝ, *ν.3727/2008*
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 103/Α/2006, Κώδικας νόμων για τα ναρκωτικά, *ν.3459/2006*
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 256/Α/2001, Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις, *ν. 2955/01*
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 119/Α/1993 , Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν.1729/1987 «καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις, *ν.2161/1993*,
- ΦΥΛΛΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ της ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, 114/Α/1987, Καταπολέμηση της διάδοσης ναρκωτικών. Προστασία των νόμων και άλλες διατάξεις, *ν.1729/1987*

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

EKIPINT, Ετήσιες εκθέσεις, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 και 2012. Λουξεμβούργο : Υπηρεσία Εκδόσεων της ΕΕ

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w36>

EKIPINT, (2013). Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα ναρκωτικά. *Τάσεις και εξελίξεις.*

Λουξεμβούργο : Υπηρεσία Εκδόσεων της ΕΕ

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_EL_TDAT13001ELN1.pdf>

EKIPINT, (2002) «Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο» *Ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών – Σημαντική πρόκληση για την ΕΕ*

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33701_EL_Dif06el.pdf>

EKIPINT, (2004) «Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο». Χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη : *Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αποτελεί πρόκληση για την πολιτική δημόσιας υγείας. Τα κράτη μέλη της ΕΕ πρέπει να περιορίσουν τις συνέπειές της.*

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33486_EL_Dif04el.pdf>

EKIPINT, (2007) «Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο» *Χρήση κοκαΐνης στην Ευρώπη : Προβλήματα στην παροχή συναφών υπηρεσιών*

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44780_EL_Dif17el.pdf>

EKIPINT, (2004) «Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο» *Αξιολόγηση της στρατηγικής και του σχεδίου δράσης της ΕΕ (2000-2004)*

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33738_EL_Dif12el.pdf>

EMCDDA, (2013). Perspectives on drugs. *The new EU drugs strategy (2013-2020).* Λουξεμβούργο : EMCDDA.

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_212356_EN EMCDDA_PO D_2013_New%20EU%20drugs%20strategy.pdf>

EMCDDA (2004). *Evaluation of 'national drug strategies' in Europe*

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37360_EL_sel2004_1-el.pdf>

Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1994), Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο και το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σχετικά με ένα σχέδιο δράσης της ΕΕ για την καταπολέμηση των ναρκωτικών (1995-1999), *COM 94/234* τελικό, Βρυξέλες, 23.06.1994

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1994:0234:FIN:EL:PDF>>

Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1994), Πρόταση απόφασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης όσον αφορά την πρόληψη της τοξικομανίας στο πλαίσιο δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (1995-2000), *COM (94) 223* τελικό Βρυξέλες, 21.06.1994

<<http://new.eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:51994PC0223&from=EL>>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2005), Σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά για το διάστημα (2005-2008). *2005/C168/1*

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2005:168:0001:0018:EL:PDF>>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2008), Σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά για το διάστημα (2009-2012), *2008/C326/7*

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:326:0007:0025:EL:PDF>>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2012), Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2013-2020), *2012/C402/01*

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:EL:PDF>>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (1999), Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2000-2004), *Cordroque 64/12555/99*, Βρυξέλες, 01.12.1999

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2006_EL_cordroque64gr.pdf>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, (2004), Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012), *Cordroque 7*, Βρυξέλες

<http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10375_EL_EU%20Drugs%20Strategy_EL.PDF>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, (2013), Σχέδιο δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά 2013-2016, 2013/C/351/01, Βρυξέλλες 2013

<<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2013:351:0001:0023:EL:PDF>>

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, (2012)., Σχέδιο συμπερασμάτων του Συμβουλίου σχετικά με τη νέα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά. *Cordroque 37/10231/12*, Βρυξέλλες, 25.05.2012

<http://www.parlament.gv.at/PAKT/EU/XXIV/EU/08/26/EU_82647/imfname_10030448.pdf>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2013) Η αυξανόμενη αγορά παράνομων ναρκωτικών στην ΕΕ καταδεικνύει τον αντίκτυπο της κρίσης

http://ec.europa.eu/ellada/press-center/news/archives/news_2013_narkotika_el.htm 18/11/2013

ESPAD, (2011). A supplement to the 2011 ESPAD Report.

<http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/FULL%20REPORT%20-%20Supplement%20to%20The%202011%20ESPAD%20Report%20-%20WEB.pdf>

ΚΕΕΛΠΝΟ, (2012). Ετήσια Έκθεση : Επιδημιολογική επιτήρηση της HIV/AIDS στην Ελλάδα

<< http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/HIV/%CE%95%CF%80%CE%B9%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF_HIV_31-12-2012_Final.pdf>>

National Report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox Nationa Focal Point:

GREECE New Development, Trends and in-depth information on selected issues, ATHENS : Reitox

<<<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index213933EN.html>>>

National Drugs Policy: The Netherlands, Parliament, the Special Committee for Illegal Drugs, 15 August 2001

[«http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dolin1-e.htm#A.Historica»](http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dolin1-e.htm#A.Historica)

Παρασκευόπουλος, Ν. (2000) Η σύγχρονη Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά

http://www.intellectum.org/articles/issues/03_01.htm

Συμβούλιο & Κοινοβούλιο ΕΕ, Θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη της τοξικομανίας εντός του πλαισίου της δράσης στο τομέα της δημόσιας υγείας (1996-2000). Απόφαση 102/97/EK

<http://new.eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:01997D0102-20010101&from=EL>>

ΤΥΠΟΣ

Αγγελιοφόρος, (2014) «Η ψυχική υγεία το μεγάλο θύμα της κρίσης» pp.16, 08 Φεβρουαρίου 2014

Αττική Free Press, (2013), Ο «Οδυσσέας» βρήκε την ... Ιθάκη του. pp.4, 30 Νοεμβρίου 2013

Τα Νέα, (2014) Οι ΗΠΑ ξανά στην τρύπα της βελόνας. *Η διακίνηση της ηρωίνης ασιατικής προέλευσης*, pp. 28, 02 Φεβρουαρίου 2014

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας I : Ποσοστό (%) χρήσης ναρκωτικών σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (EMCDDA, 2007)

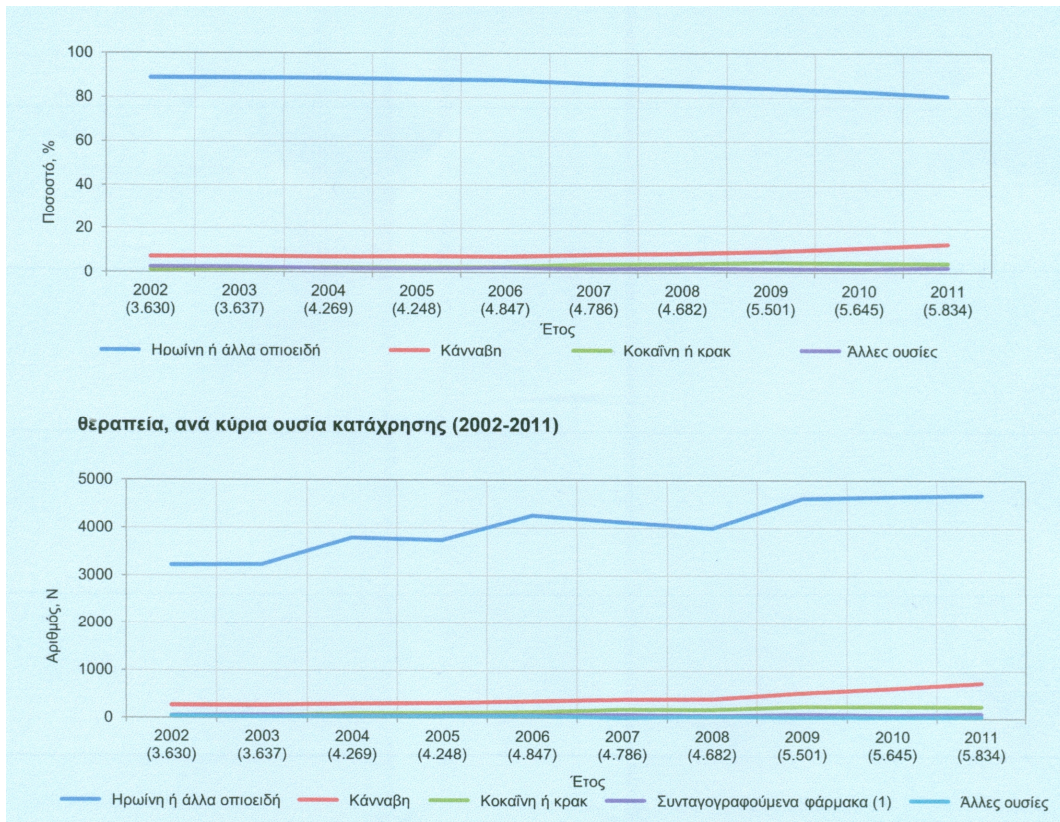
Ουσία	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Ενέσιμη Χρήση	Προβληματική χρήση
Χώρα				
Αυστρία (2004)	7,5	0,9	-	5,4
Γαλλία (2005)	8,6	0,6	-	-
Γερμανία (2003)	6,9	1,0	1,7	3,3
Ελλάδα (2004)	1,7	0,1	1,3	2,6
Ισπανία (2005-06)	11,2	3,0	-	8,5
Ιταλία (2005)	11,2	2,2	-	7,9
Μ. Βρετανία (2004)	10,3	2,3	4,2	10,2
Νορβηγία (2004)	4,6	0,8	3,3	-
Ολλανδία (2005)	5,4	0,6	0,9	3,2
Σουηδία (2006)	2,0	-	-	4,5

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ.: Επικράτηση (%) της χρήσης παράνομων ουσιών (μια τουλάχιστον φορά στην διάρκεια της ζωής) στον γενικό πληθυσμό

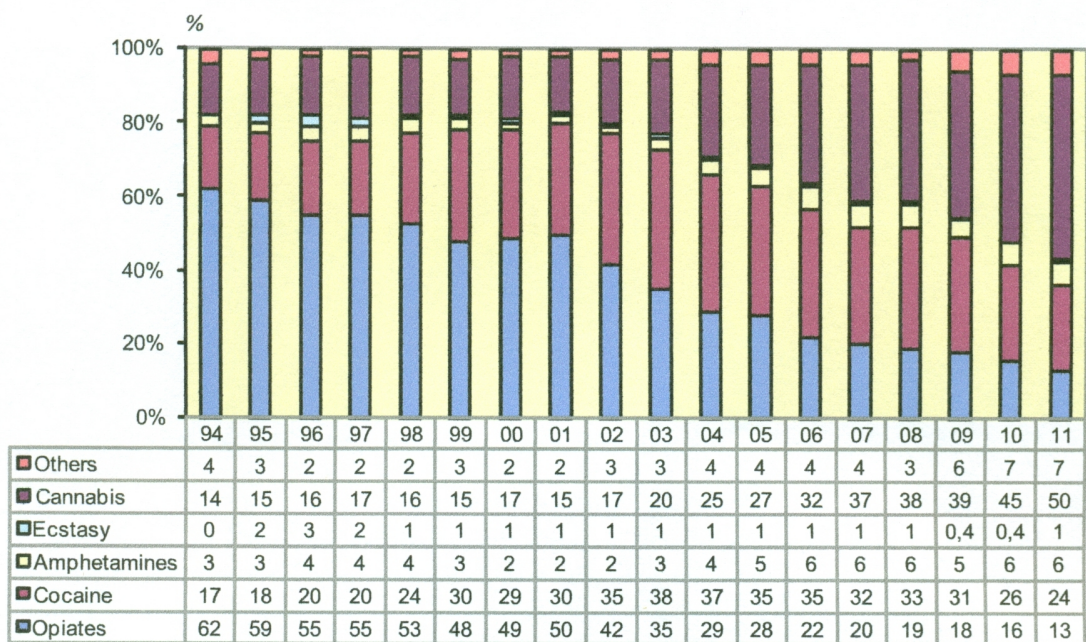
Χώρα	Έτος έρευνας	Εμβέλεια	Ηλικίες	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Αμφεταμίνες	Έκσταση	LSD
Ελλάδα	2004	Εθνική (πλην νησιών Αιγαίου και Ιονίου)	15-64	8.9	0.7	0.1	0.4	0.3
Ολλανδία	2005	Εθνική	15-64	22.6	3.4	2.1	4.3	1.4

Πηγή: Προσαρμογή από EMCDDA Statistical bulletin 2011

Διάγραμμα 1 : Διαχρονικές τάσεις στην Ελλάδα στο ποσοστό και στο αριθμό των ατόμων που αιτήθηκαν θεραπεία εξάρτησης ανά κύρια ουσία κατάχρησης (2002-2011) (ΕΚΤΕΙΠΝ, 2013)

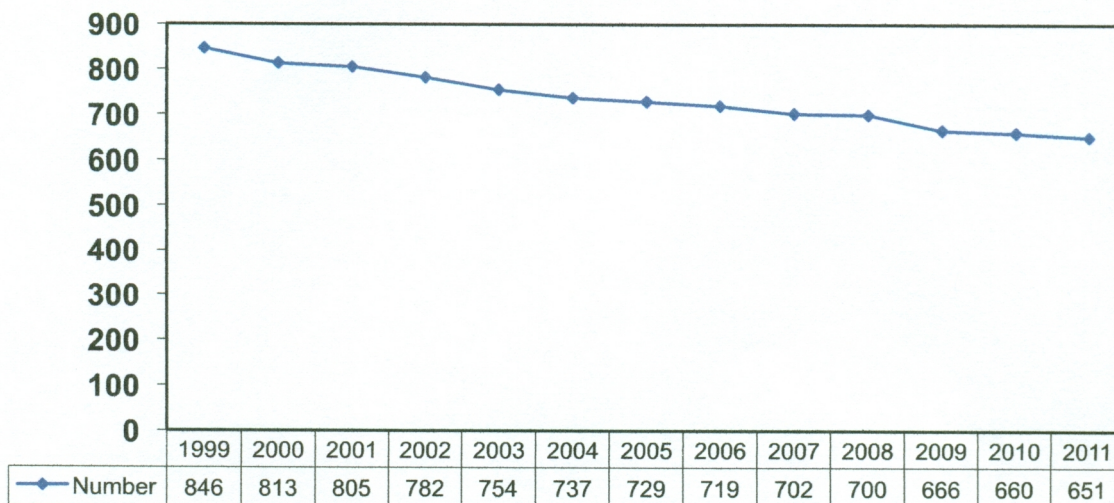


Διάγραμμα 2 : Κατανομή πελατών (%) στα ισοτιπία θεραπειών στην Ολλανδία ανά κύρια ουσία χρήσης (1994-2011) (Trimbos-institute, 2012)



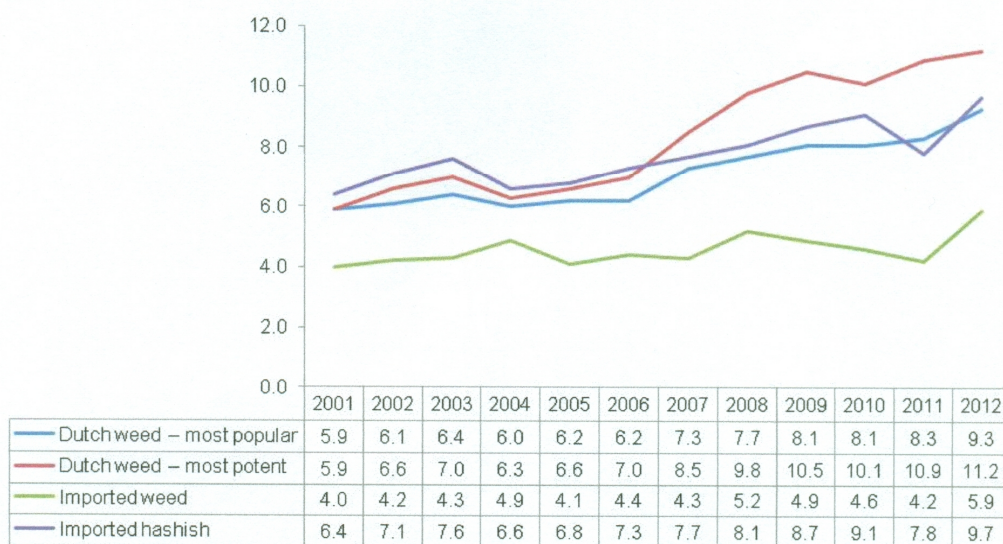
Διάγραμμα 3: Αριθμός coffee shops στην Ολλανδία 1999-2011

(Trimbos-institute, 2012)

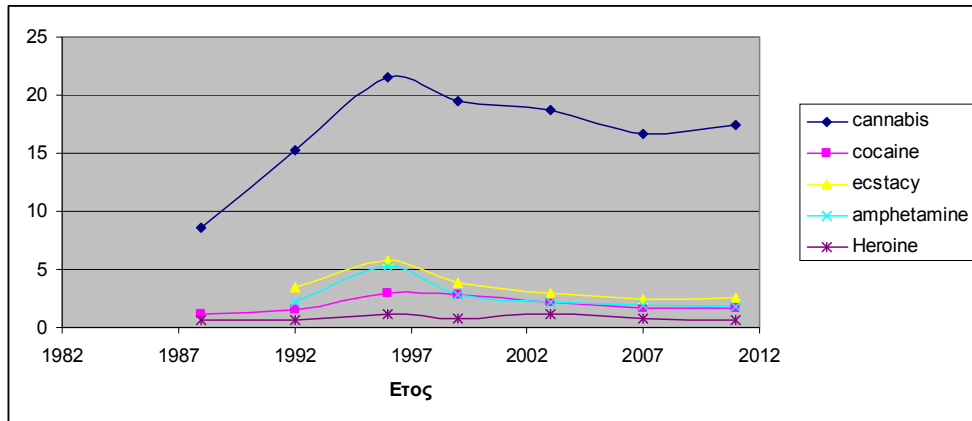


Διάγραμμα 4 : Τάσεις μέσης τιμής ανά γραμμάριο διαφορετικών τύπων κάνναβης στην

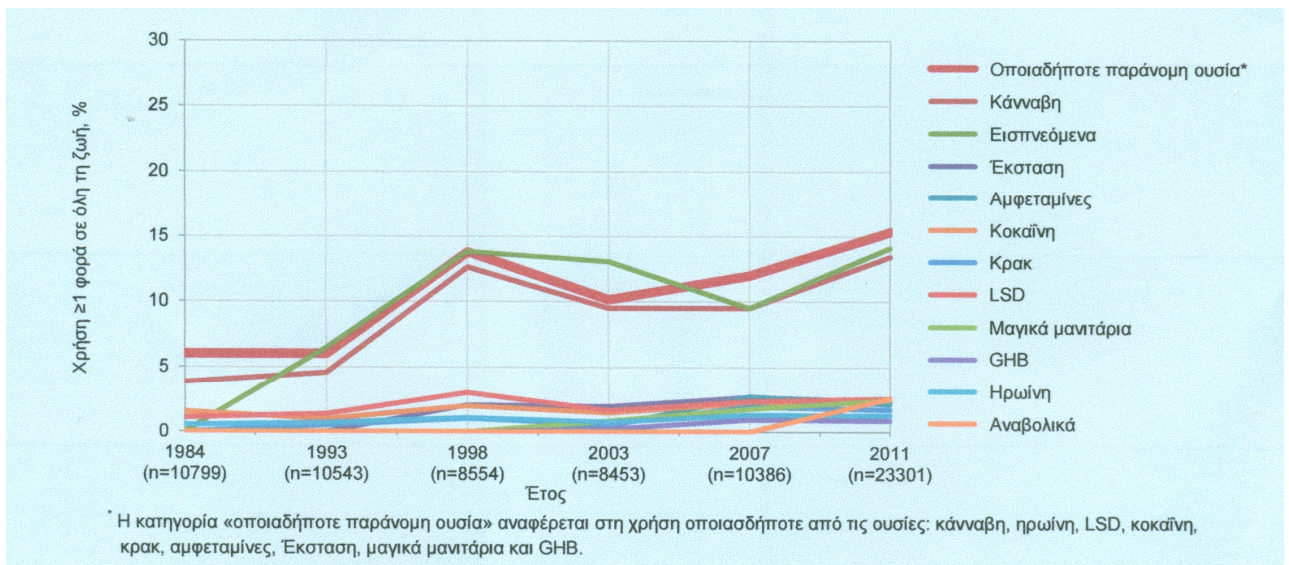
Ολλανδία (Trimbos-institute, 2012)



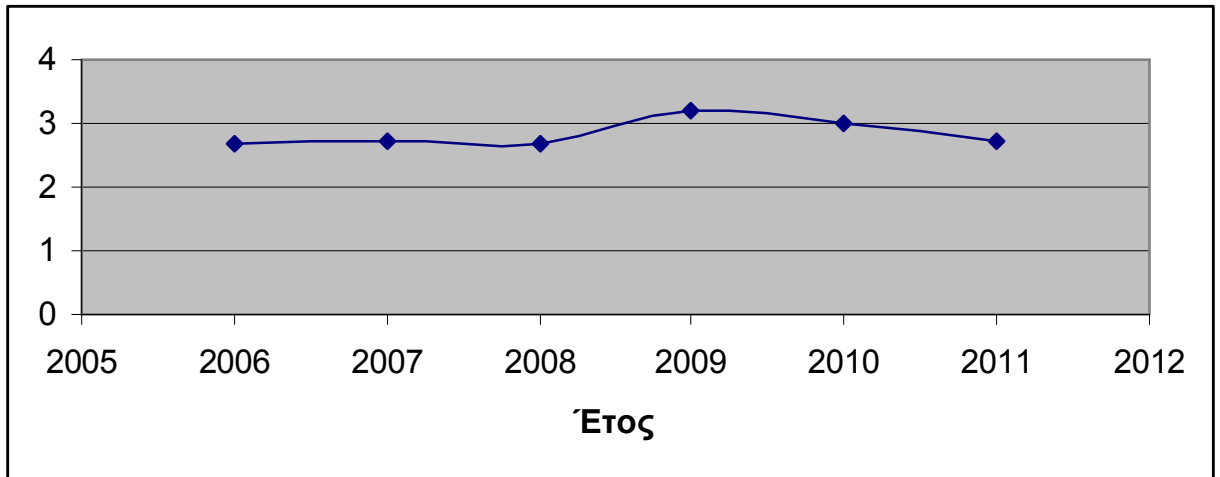
Διάγραμμα 5 : Επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στους μαθητές 12-18 ετών στην Ολλανδία (Trimbos-institute, 2013)



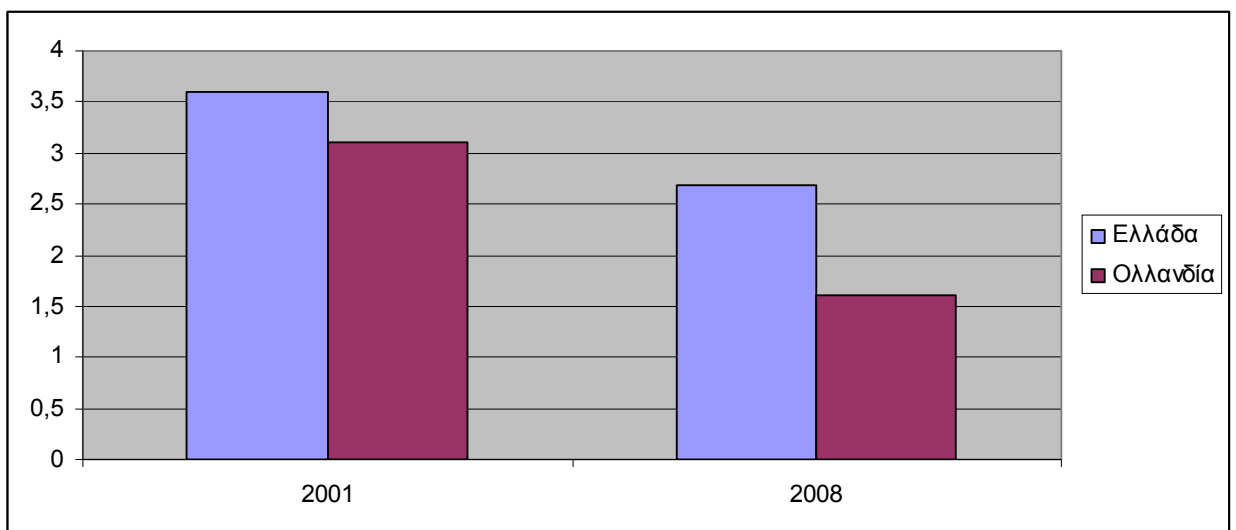
Διάγραμμα 6 : Διαχρονικές τάσεις στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές 15-19 ετών στην Ελλάδα, ανά ουσία χρήσης (ΕΚΤΕΙΠΝ, 2013)



Διάγραμμα 7 : Τάσεις στην προβληματική χρήση ουσιών σε ηλικίες 15-64 ετών στην Ελλάδα, σε ποσοστό / 1000 κατοίκους (προσαρμογή από EMCDDA, statistical bulletin)



Διάγραμμα 8: Προβληματική χρήση ουσιών σε ηλικίες 15-64 ετών, ποσοστό /1000 κατοίκους (Προσαρμογή από EMCDDA, statistical bulletin)



Διάγραμμα 9 : Αριθμός θανάτων από ναρκωτικά 1995-2011 σε Ελλάδα – Ολλανδία
(Προσαρμογή από EMCDDA, statistical bulletin)



Διάγραμμα 10 : Δομές θεραπείας στη Ελλάδα για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, ανά τύπο παρέμβασης (2000-2011) (ΕΚΤΕΙΠΝ, 2013)

