

Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.*

РЕАГИРОВАНИЕ НА ПРОБЛЕМЫ НАРКОТИКОВ В ЕВРОПЕ

Профилактика

Опыт некоторых стран—членов ЕС говорит о том, что вмешательства по профилактике наркомании на индивидуальном уровне могут быть более эффективными, если они также поддерживаются регулирующей политикой в отношении легальных наркотиков, которая может ограничить доступ молодежи к этим веществам и уменьшить ее социальную восприимчивость. В результате, профилактические стратегии с учетом местных условий, которые обращены к нормативной и культурной схеме потребления психоактивных веществ, успешно продвигаются в некоторых регионах Европы, поддерживаемые принятыми на уровне ЕС шагами: директивой о рекламе табака и конвенцией ВОЗ по контролю табака.

Роль СМИ все больше рассматривается как способствующая осознанию (подкреплять, поддерживать и разъяснять населению в общих чертах логическое обоснование стратегий с учетом местных условий), а не как изменяющая поведение. В этом отношении недавний немецкий обзор международной литературы (Buhler and Kroger, 2005) рекомендует, чтобы кампании в СМИ использовались как поддерживающая мера, а не как единственная мера для достижения изменений поведения.

Профилактика в области общественного здоровья

В то время как пропаганда здорового образа жизни — как общее условие для профилактики — стремится вдохновить людей принять здоровые стили жизни и создать здоровые жизненные условия для всех, новый термин *профилактика в области общественного здоровья* все чаще упоминается некоторыми странами—членами ЕС (Италией, Нидерландами, Словакией) и Норвегией. Профилактика в области общественного здоровья подразумевает ряд профилактических мер, нацеленных на улучшение здоровья уязвимых слоев общества; среди этих мер профилактика наркомании — только один элемент. Эти меры особенно соответствуют нуждам молодежи, проблемное поведение которой, включая употребление наркотиков, в значительной мере обусловлено уязвимостью (социальной и личной) и условиями жизни. Поскольку избирательные и востребованные стратегии профилактики охватывают социальные и личные условия риска, они естественным образом связаны с другой подходящей для молодежи политикой в области общественного здоровья (стратегии улучшения психического здоровья подростков, затрагивающие расстройства поведения, расстройство с де-

фицитом внимания), с социальной политикой (предоставление мест для досуга и поддержка уязвимой молодежи или бедствующих семей), с образовательной политикой (уменьшение числа уходов из школ). Таким образом, профилактика в области общественного здоровья охватывает полный набор факторов уязвимости, которые релевантны борьбе с проблемой наркотиков, путем привлечения служб, которые обычно не сконцентрированы на наркотиках.

Глобальная профилактика на базе школ

Подходы на основе программ в рамках профилактики на базе школ предполагают стандартизированное просвещение в пределах определенного числа уроков, каждый из которых наполнен точно определенным содержанием, а также детализированный материал для учителя и ученика. Это способствует мониторингу, оценке и увеличивает точность, правильность и последовательность вмешательств, приводя к высококачественному просвещению. В результате больше стран—членов ЕС, чем прежде, проводят мониторинг профилактических вмешательств на базе школ (Чехия, Греция, Испания, Ирландия, Италия, Кипр, Венгрия, Нидерланды и Великобритания). Первая в Европе проверка профилактики злоупотребления наркотиками (www.eudap.net) дала многообещающие результаты. Профинансированный Европейской Комиссией проект был воплощен в жизнь и перекрестно оценен в 7 странах, 9 региональных центрах, 143 школах и охватил 7 тыс. учащихся (3500 в исследуемой группе и 3500 в контрольной группе). EU-Dap сообщает, что в сравнении с контрольной группой учащиеся в исследуемой группе отличались на 26% более низкой вероятностью ежедневного курения, на 35% более низкой вероятностью частых выпивок и на 23% более низкой вероятностью потребления каннабиса. Сопоставимый, основанный на программе исследовательский подход — это Blueprint в Великобритании (www.drugs.gov.uk). Больше внимания сейчас уделяется строгому техническому руководству и более широкому распространению претворения в жизнь профилактики на базе школ (например, во Франции и в Ирландии).

Полиция в школах

Роль полиции в профилактике на базе школ — спорный вопрос. В Бельгии французская община рекомендует, чтобы пропаганда здоровья и профилактическая политика воплощались в жизнь школьными властями, а полиция не должна привлекаться к профилактическим программам. Также в Великобритании в политическом документе (ACPO Drugs Committee, 2002) рекомендуется, чтобы полицейские службы действовали только в пределах своих сфер компетентности (безопасность, правонарушения, правопорядок) и не вовлекались в спе-

* По материалам сайта <http://www.emcdda.europa.eu>. Продолжение. Начало см. Наркология. — 2007. — №7.

цифическое антинаркотическое просвещение. Следуя этой линии, Португалия продолжает осуществлять сходную полицейскую программу, Escola Segura (Безопасная школа). В течение 2004/05 школьного года в целом 320 полицейских были особым образом размещены в школьном здании с целью претворения в жизнь соседства полицейского надзора и разубеждения в отношении правонарушений. Во Франции эксперты, обученные службами охраны правопорядка, чтобы поддерживать связь с молодежью или популяциями взрослых, посещали школы или другие учреждения по запросу. Тем не менее, несмотря на рекомендации, что антинаркотическое просвещение не должно осуществляться полицейскими в форме, поскольку это могло бы в некоторых случаях повредить делу, деятельность, осуществляемая этими службами в школах, все-таки распространена в некоторых странах—членах ЕС.

Избирательная профилактика

С признанием и разработкой подхода избирательной профилактики большинством стран—членов ЕС все большее внимание уделяется уязвимым группам. Например, Германия, Греция, Люксембург, Австрия, Финляндия и Великобритания сообщают о программах, охватывающих юных правонарушителей.

Несколько стран (например, Польша и Словакия) начали делать акцент на уязвимых группах. В Швеции наиболее явный подъем активности в сравнении с предыдущими годами произошел в программах для дошкольников, подверженных риску, и школьников с экстернальным поведением. Число муниципалитетов, воплощающих в жизнь эти программы, приблизительно удвоилось. Следует добавить, что Норвегия разрабатывает национальную стратегию для раннего вмешательства, направленного против проблем употребления наркотиков и алкоголя, в которой усилия по профилактике специфически охватывают группы риска. Подходы, не основанные на воздержании, эффективны при сокращении не только потребления, но также его начала. Так, у Польши есть программа национального масштаба по изменению связанного с наркотиками поведения уязвимых детей или детей, которые находятся на ранних стадиях употребления наркотиков. Конкретная цель польской программы — поддержать семью в решении наркотических проблем. В этом отношении помогает то, что понятие *избирательная профилактика* не концентрируется на потреблении наркотиков и не клеймит его позором; скорее, оно концентрируется на уязвимости детей в более широком смысле.

Страны—члены ЕС все чаще сообщают об охвате конкретных этнических групп в своей политике избирательной профилактики; 4 страны (Бельгия, Германия, Италия и Люксембург) сообщают о новых проектах в этой области. В Италии приоритет во многих проектах отдается защите детей, матерей и семей иммигрантов или тех, кто принадлежит к этническим меньшинствам. Люксембург сообщает, что особое внимание уделяется молодежи и наиболее крупной общине иммигрантов, при концентрации на их лингвистических и социокультурных особенностях.

Избирательная профилактика в школах

К молодежи, подверженной риску бросить школу и/или с поведенческими проблемами, все чаще обращена избирательная профилактика наркомании, например в Италии, где примерно 15% профилактических вмешательств в школах нацелены на уязвимые подгруппы учащихся (избирательная и предписанная профилактика). Основные подгруппы, на которые нацелена избирательная профилактика в школах, — это учащиеся с социальными поведенческими, школьными или семейными проблемами, учащиеся-иммигранты и те, кто принадлежит к этническим меньшинствам. В сущности, академическая успеваемость и посещаемость школы — хорошие индикаторы наркотических проблем, и мониторинг этих проблем делает возможным раннее и точное вмешательство.

На уходе из школы сконцентрированы программы профилактики наркомании в нескольких странах—членах ЕС. Проект HUP в графстве Storstrøm, Дания, нацелен на повышение среднего процента окончивших школу с 75% до национальной цели — 95% — путем концентрации на уязвимых учащихся. О сходных проектах сообщают из Ирландии, Португалии (47 проектов), Румынии (1 проект) и Норвегии (брошюры для учителей). Сокращение процента рано оставивших школу — официальная цель ирландской национальной стратегии, с целевым показателем уменьшения этой цифры на 10% в сравнении с уровнями 2005/06 гг. в областях LDTF (региональные силы по решению проблемы наркотиков). Учащиеся, наиболее подверженные риску, охвачены избирательными программами профилактики на Мальте, в то время как во Франции и Словакии в школах обеспечены службы консультирования на основе самостоятельного обращения.

Профилактика, базирующаяся на семье

С ростом числа младших детей, начинающих употребление наркотиков, улучшение и интенсификация профилактики, направленной на семью, приобретают возрастающее значение. До подросткового возраста влияние семьи преобладает над влиянием сверстников. Роль семьи в установлении норм и поддержке детей более релевантна для профилактики, чем сообщение им информации о вреде наркотиков.

Профилактика, направленная на семью, в ЕС становится более прицельной и более прочно связанной с потребностями. Несколько стран—членов ЕС (Германия, Испания, Ирландия, Италия и Великобритания) признали, что для учреждений будет трудно войти в контакт с проблемными семьями. В результате в Великобритании кампания FRANK разработала пакет действий для команд по работе с наркотиками и алкоголем и для практических превентологов на тему того, как добиться контакта с семьей. В нескольких других странах—членах ЕС программы избирательной профилактики, нацеленные на семьи, подверженные риску, теперь претворяются в жизнь. Эти программы используют несколько техник для привлечения семей, подверженных риску (например, снабжение продуктами, финансовая стимуляция, предложение посидеть с маленьким ребенком) в основном базирующиеся на кумпферовской "программе укрепления семей" (Kumpfer et al., 1996).

"Программа укрепления семей" (SFP) воплощается в Испании (Пальма-де-Мальорка и Барселона), в Нидерландах (два крупных города, оценочное исследование) и Швеции (два крупных города). Тренинг в Ирландии и Италии еще идет, и в последнее время предусматривается, что им будут охвачены несколько крупных городов. Норвегия оценивает сходную программу MST в рандомизованном контролируемом испытании. Эти избирательные базирующиеся на семье программы имеют сходные признаки во всех странах—членах ЕС, где они применялись.

Программы для беспризорных детей и молодежи из дисфункциональных семей работают в Польше и в некоторых провинциях Австрии. Эти программы применяются на базе региональных общинных мест встреч, таких, как социотерапевтические, воспитательные учреждения, молодежные клубы и профилактические центры.

Некоторые страны концентрируются во все большей мере на детях алкоголиков (Бельгия, Германия, Австрия), другие страны — по-прежнему исключительно на детях наркоманов.

Общинная профилактика

Наиболее избирательные профилактические программы осуществляются на уровне общин. Отчасти так происходит потому, что различные социальные службы, вовлеченные в этот процесс, обычно координируются на этом уровне. Однако в странах, где общины имеют власть и волю устанавливать фокальные нормы, община является естественной ячейкой для стратегий, связанных с окружением. Избирательная профилактика на основе общины распространена в Северных странах, а также в Бельгии, Нидерландах, Польше и Великобритании и распространяется в странах, которые в прошлом меньше пользовались этим подходом (Франция, Италия, Венгрия, Португалия).

Устанавливая общинные нормы по доступности и методам употребления легальных наркотиков и оптимизируя региональные службы, региональные стратегии средовой профилактики являются хорошим отправным пунктом для эффективных программ профилактики наркомании.

Контроль качества профилактики

Контроль качества в профилактике имеет возрастающее значение, особенно постольку, поскольку многие страны—члены ЕС передали компетенцию и ответственность за профилактику на региональный уровень (Дания, Италия, Нидерланды, Польша, Португалия и Словения) и/или делегировали ответственность за профилактику наркомании негосударственным организациям (NGOs) или полунезависимым ассоциациям (Бельгия, Германия, Франция, Венгрия и Финляндия). Соответственно, некоторые страны—члены ЕС сообщают о стратегиях, призванных обеспечить общие критерии качества, стандарты и технические консультативные службы на региональном уровне, поддерживая школы или общины в разработке школьной политики (Бельгия, Дания, Нидерланды и Великобритания), воплощая в жизнь адекватные программы профилактики и гарантируя минимальные критерии качества (Дания, Франция, Литва, Венгрия, Словакия, Великобритания, Румыния и Норвегия).

Греция и Австрия занимают ведущие позиции в определении спецификаций для аккредитации служб профилактики или профессионалов по профилактике.

Лечение и снижение вреда

Контекст для сбора данных EMCDDA по снижению вреда и лечению наркомании обеспечен двумя основными инструментами ЕС:

- Антинаркотическая стратегия ЕС 2005—2012 гг. и ее первый план мероприятий 2005—2008 гг., который представляет собою общую схему для национальной политики, а также детальные рекомендации по действиям в странах—членах ЕС, направленным на профилактику употребления наркотиков и на увеличение охвата и качества служб лечения и снижения вреда;

- Рекомендация Совета от 18 июня 2003 г. (Council Recommendation 2003/488/EC), где даются более подробные конкретные рекомендации по мерам, которые страны—члены ЕС посчитают нужным воплотить в жизнь, с целью предотвращения и уменьшения вреда для здоровья, связанного с наркотической зависимостью, и обеспечения высокого уровня защиты здоровья.

Для оценки уровня воплощения в жизнь стратегии, важно определить уровни обеспечения службами и ту степень, в которой эти службы используются. В конечном счете, однако, оценки охваченности населения службами — это та степень, когда обеспечены меры лечения и снижения вреда для намеченной целевой группы, и эта степень будет нужна, чтобы оценить цели плана мероприятий и создать базис для оценки влияния стратегии.

В течение всего 8-летнего периода претворения в жизнь стратегии EMCDDA поддерживает Комиссию в процессе мониторинга, предоставляя данные из системы эпидемиологических источников ЕС и разрабатывая и воплощая в жизнь множество конкретных инструментов сбора данных, чтобы определить обеспечение населения службами и использование служб лечения и снижения вреда. В сравнении с хорошим обзором эпидемиологической ситуации, что было достигнуто благодаря разработке и воплощению в жизнь мониторинга на основе индикаторов под руководством EMCDDA, стандартизованный отчет по данным видам реагирования на проблему наркотиков (лечение и снижение вреда) ограничен по своим возможностям оценки.

Опиоидное заместительное лечение

Метадоновая поддержка для потребителей героина была введена в Европе Швецией (в 1967 г.), Нидерландами и Великобританией (1968 г.), а также Данией (1970 г.), но ее использование оставалось ограниченным многие годы.

Вслед за обнаружением того, в какой степени эпидемия ВИЧ распространилась среди потребителей наркотиков в западноевропейских странах, терапевтические цели и подходы начали смещаться во многих странах от поддержания как исходной цели к принятию вмешательств, более ориентированных на уменьшение вреда, связанного с потреблением наркотиков. Были признаны потребность в повторных лечебных вмешательствах и преимущества лечения наркотической поддержкой для стабилизации и

улучшения здоровья потребителей опиоидов и социальной ситуации, а также для общества в целом.

С конца 1980-х годов темп, с которым вводилась метадонная терапия как разновидность лечения, ускорился. В 2001 г. 24 страны ЕС, а также Болгария, Румыния и Норвегия ввели этот вид лечения. Однако, масштабы и охват контингента значительно различаются в разных странах.

В 1996 г. правовая основа для использования препарата, содержащего бупренорфин, в лечении потребителей героина была впервые учреждена в стране ЕС (см. избранный выпуск по бупренорфину в годовом отчете 2005 г.). Это лечение теперь доступно и используется в большинстве стран—членов ЕС. Поскольку бупренорфин контролируется по менее строгому списку конвенций ООН по наркотикам, странам предоставлены большие возможности для выписывания этого препарата. В некоторых странах эта лечебная альтернатива привела к стремительному подъему числа лечащихся клиентов. Новые виды фармакотерапевтического лечения (помимо замещения агонистами) изучаются, и внимание исследователей сейчас обращено к разработке лечебных мер для потребителей кокаина и крэка, многие из которых также употребляют героин или употребляли его в прошлом.

По оценкам, в ЕС более полумиллиона потребителей опиоидов в 2003 г. получали заместительную "терапию", что составляет одну треть всех проблемных потребителей опиоидов, которых в настоящее время 1,5 млн (EMCDDA, 2005a). Новые страны—члены ЕС и страны—кандидаты дают только малую долю клиентов на замещающем лечении в Европейском регионе, что отчасти можно объяснить низкими уровнями потребления опиоидов в этих странах. Хотя общее снабжение заместительной "терапией" остается в этих странах низким, есть некоторые признаки подъемов в Эстонии, Литве и Болгарии.

Предоставленная информация показывает, что в некоторых странах идет дальнейший подъем обеспечения метадоновым "лечением", но что в восьми странах число людей, получающих такое лечение, стабилизировалось или снизилось. Дания, Испания, Мальта и Нидерланды имеют профиль устойчивого потребления героина и легкодоступные метадоновые программы. Латвия, Венгрия, Польша и Румыния характеризуются низким географическим охватом метадоновой терапии, и в некоторых местах составляются списки ожидающих лечения.

Трудно определить, означает ли снижающееся число клиентов, получающих метадоновое "лечение", что такие клиенты переключаются на лечение бупренорфином, когда это доступно. В какой степени осуществляется лечение наркотической зависимости правительственными службами (GPs), часто неизвестно на национальном уровне.

Предоставление и вид лечения наркотической зависимости

Опрос, проведенный в национальных региональных центрах (NFPs) в 2005 г., оценивал общие характеристики предоставления лечения в Европе. Национальных экспертов спрашивали, лечили ли большинство потребителей опиоидов без наркотиков или в рамках программ ме-

тадоновой "терапии" или же оба вида лечения преобладали в одинаковой мере.

Результаты показывают соотношение главным образом в пользу заместительной терапии, причем основным используемым веществом был метадон (кроме Чехии и Франции). Результаты, более того, показывают, что лечение, связанное с наркотиками в большинстве стран преимущественно предоставляется в амбулаторных учреждениях, только Латвия и Турция предоставляют лечение большей частью в стационарах. Традиционные психотерапевтические виды лечения (психодинамическое, когнитивно-бихевиоральное, системная/семейная терапия или гештальт-терапия) — наиболее часто используемые виды психотерапии в амбулаторном лечении в Ирландии, Латвии, Великобритании, Болгарии и Турции. Девять стран сообщают о предоставлении преимущественно "поддерживающих" методов (которые могут включать в себя консультирование, социопросветительную и средовую терапию, мотивационное интервьюирование или релаксационные техники и акупунктуру), и 10 стран в своей амбулаторной работе сочетают различные методы.

Что касается стационарного лечения, 12-шаговая Миннесотская модель часто используется при этом в Ирландии, Литве, Венгрии и Турции, в то время как 6 стран преимущественно применяют психотерапевтические виды лечения, 5 стран — "поддерживающие" методы, и 10 стран — комбинацию этих подходов.

За последнее десятилетие, но главным образом за последние 5 лет многие европейские страны "открыли двери лечению", распространяя обеспечение замещающим лечением и уменьшая ограничения доступа к лечению. Никогда прежде такое огромное количество потребителей наркотиков не было охвачено системой помощи. Многие, но не все просят о помощи, выходящей за пределы лечения их зависимости, и многим, похоже, требуются снижение "порога" помощи, а также материальная поддержка для их реинтеграции в общество.

Акции и вмешательства, затрагивающие потребителей наркотиков в тюрьмах в новых странах—членах ЕС

Настоящие данные основываются на совместном проекте сбора данных EMCDDA — WHO/Europe, проведенном в 2005 г. (данные были предоставлены Чехией, Эстонией, Латвией, Литвой, Венгрией, Мальтой, Польшей, Словенией и Словакией).

О тестировании на наркотики в тюрьмах сообщается из большинства новых стран—членов ЕС. Однако, страны различаются по срокам схем тестирования на наркотики. Заключение подвергается тестированию сразу при поступлении в тюрьму только в Чехии, Словении и на Мальте. Только на Мальте и в Словении тестируют заключенных до того, как они собираются освободиться или отбыть в другую тюрьму. Случайное (рандомизованное) тестирование на наркотики проводится во всех тюрьмах Чехии, Мальты, Словении и Словакии и менее чем в 50% тюрем Венгрии.

Подходы к лечению, исключая наркотики, преобладают среди вмешательств в тюрьмах новых стран—членов ЕС, но охват таких вмешательств ограничен. Сообщают, что лечение без наркотиков с психологической поддержкой доступно в менее чем 50% тюрем Чехии, Эсто-

нии, Литвы, Венгрии, Польши и Словакии. Свободные от наркотиков отделения существуют в большинстве стран, но только Чехия и Словения сообщают о таких услугах более чем в 50% тюрем. Быстрая детоксификация с лекарствами доступна более широко (все тюрьмы Латвии, Венгрии, Мальты, Словении и Словакии).

Число заключенных в новых странах—членах ЕС, имеющих доступ к лечению антагонистами и к заместительной терапии, в целом низкое. Исключая случаи неотложной необходимости, лечение антагонистами, похоже, не применяется, и лишь несколько стран сообщают о доступности опиоидного замещающего лечения для острой детоксификации в тюрьме (Венгрия, Мальта, Польша и Словения). Связанные с наркотиками вмешательства перед освобождением из тюрьмы главным образом принимают форму консультирования и снабжения информацией (Чехия, Латвия, Литва, Венгрия, Польша, Словения и Словакия). Замещающее лечение перед освобождением доступно во всех тюрьмах Словении и в менее 50% тюрем Польши.

Несколько тюрем в новых странах—членах ЕС сообщают о мерах по снижению вреда для внутривенных потребителей наркотиков. Программы замены игл и шприцев не применяются в тюрьмах какой-либо из новых стран—членов ЕС, и только Эстония, Литва и Словения сообщают о снабжении дезинфектантами для очищения шприцев. Тем не менее, в тюрьмах занимаются связанными с наркотиками инфекционными заболеваниями. Вакцинации против гепатита В доступны во всех тюрьмах шести новых стран—членов ЕС (Чехия, Эстония, Венгрия, Мальта, Словения и Словакия), и из пяти стран сообщают о доступности антивирусного лечения для позитивных по гепатиту С заключенных во всех тюрьмах (Чехия, Литва, Польша, Словения и Словакия). Об антиретровирусном лечении для ВИЧ-позитивных заключенных сообщают из всех новых стран—членов ЕС (недоступны данные по Кипру).

Снижение вреда

При том, что доступ к клиентам и поддержание контакта стали целью сами по себе, расширение и "снижение порога" обеспечения службами получили признание и поддержку и стали сейчас неотъемлемыми частями всестороннего реагирования во многих странах—членах ЕС. Общие способы реагирования заметны в Европе в отношении профилактики инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков и снижения числа смертей, связанных с наркотиками.

Снижение числа смертей, связанных с наркотиками, было определено в первый раз как цель европейской антинаркотической политики 6 лет назад, и это цель, включенная в актуальный план мероприятий ЕС (цель 17 плана мероприятий ЕС на 2005—2008 гг. призывает включить сокращение числа смертей, связанных с наркотиками, как конкретную цель на всех уровнях, с вмешательствами, специфически предназначенными для этой цели). Число стран, которые включают прямую ссылку на цель сокращения числа смертей, связанных с наркотиками, в свою национальную политику, продолжает расти в последние годы, и 8 стран принимают такие стратегии в 2004—2005 гг. (таким образом, общее число стран возрастает до 15). Кроме национальной политики, общими являются дополнительные подходы на уровне городов: не-

сколько столиц (включая Афины, Берлин, Брюссель, Лиссабон и Таллин), а также более широкие пригородные регионы (например, восточный регион Ирландии, вокруг Дублина) имеют свои собственные стратегии по снижению числа смертей, связанных с наркотиками. В Чехии, Италии, Нидерландах и Великобритании сообщают о существовании местной или региональной политики, а в Болгарии стратегии составлены на фокальном уровне в девяти городах.

Как и в предыдущей антинаркотической стратегии Европейского союза и в плане мероприятий, профилактика распространения инфекционных заболеваний остается важной целью в актуальной стратегии и конкретизирована как цель 16 в плане мероприятий на 2005—2008 гг. Это подчеркивает сохраняющуюся важность, которую европейские правительства и Комиссия придают связанным со здоровьем последствиям употребления наркотиков (в особенности, цель 16 плана действий ЕС на 2005—2008 гг. относится к профилактике инфекционных заболеваний). Цель 14 призывает к воплощению в жизнь рекомендации Совета по профилактике и уменьшению вреда для здоровья, связанного с наркотической зависимостью, принятой в 2003 г. (Council Recommendation 2003/488/EC). Отчет Комиссии по претворению в жизнь этой рекомендации, включая информацию, собранную среди творцов политики и в национальных региональных центрах Reitox, предусматривается в 2007 г. как вклад в оценку антинаркотической стратегии ЕС.

Подавляющее большинство стран ЕС и Норвегия четко разъяснили свой подход к профилактике инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков и включили конкретные цели или задачи в свои национальные документы по антинаркотической стратегии, или приняли отдельный политический текст, который конкретно определяет, как должна осуществляться профилактика инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков (Испания, Латвия, Люксембург, Швеция), или сделали то и другое (Эстония, Франция, Великобритания). Мальта и Австрия планируют разработать специфическую политику для своего подхода в этой области.

В Германии и Греции конкретные меры, нацеленные на профилактику инфекционных заболеваний, составляют часть национальной антинаркотической стратегии, в то время как профилактика инфекционных заболеваний не идентифицирована эксплицитно как цель.

Эти профилактические стратегии по инфекционным заболеваниям в большинстве случаев созданы совсем недавно, и время их принятия совпадает во многих странах с предыдущей антинаркотической стратегией ЕС (2000—2004), в которой уменьшение частоты инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков стало европейской целью в первый раз.

Согласно отчетам NFPs (этот анализ главным образом основан на национальных отчетах со структурированным опросником (SQ 23), скорректированным с помощью информации, предоставленной национальными региональными центрами в их национальных отчетах), цели и целевые группы в национальных стратегиях также обнаруживают высокую степень синхронности на европейском уровне. Кроме вводящих наркотики путем инъекций, целевые группы включают в себя работников секс-индустрии и заключенных. В новых центрально-европейских странах—членах ЕС в особенности, но также и в Норвегии молодежь и наркоманы, не делающие инъекций, четко обозначены как следующие по важности целевые груп-

пы для акций по профилактике инфекционных заболеваний. Датская и эстонская политика расширяет целевые группы еще больше и включает сюда тех, кто находится в близких контактах с потребителями наркотиков.

Во многих странах ЕС стратегии, направленные на уменьшение частоты инфекционных заболеваний, явно предназначены для борьбы с ВИЧ/СПИД, в особенности в Эстонии, Испании, Кипре, Латвии и Литве. Однако в 10 странах (37%) стратегии борьбы с инфекционными заболеваниями эксплицитно подразумевают профилактику гепатита С среди потребителей наркотиков (включая Францию и Великобританию, каждая из которых разработала развитые профилактические стратегии против гепатита С: Plan national hepatitis virales C et B (2002—2005 гг.) (www.sante.gouv.fr) and Hepatitis C: action plan for England, 2004 (www.dh.gov.uk)). Ирландия начала в 2004 г. консультативный процесс, подготавливая такую стратегию, а в Германии были изданы рекомендации по профилактике и лечению. Профессиональная и общественная дискуссия в Австрии проявилась на международной конференции в Вене в 2005 г.

Стратегии снижения вреда составляют важную часть европейского реагирования на употребление наркотиков сегодня, и улучшение доступа к службам профилактики и редукции вреда здоровью являются главным приоритетом антинаркотической стратегии ЕС на 2005—2012 гг. Общая стратегическая платформа по снижению вреда здоровью, которую предусматривает антинаркотическая стратегия ЕС, отражена в национальной политике многих стран ЕС и поддерживает левое направление реагирования, основанного на фактах в этой области.

В 2004 г. было окументировано улучшение мониторинга доступности шприцев на европейском уровне. Однако информация по обеспечению, использованию и охвату широкого ряда других важных услуг, предоставляемых службами "низкого порога" просто регистрируется на национальном уровне в большинстве стран. Нелегко отобразить картину всей Европы. Проект по улучшению ситуации с данными описан в разделе "Низкопороговые службы как важный источник данных".

Низкопороговые службы как важный источник данных

Низкопороговые службы играют решающую роль в облегчении доступа к помощи для потребителей наркотиков. Для популяций потребителей наркотиков, которые "скрыты", или до которых трудно добраться, или которые потеряли контакт с системой помощи, эти службы могут обеспечить место контакта и учреждение для оказания медицинских и социальных услуг.

Хотя все низкопороговые службы имеют некоторую систему документации предоставления их услуг, и мониторинг, и отчетность могут быть расширенными, эти службы в основном ориентируются на подотчетность в плане их финансирования и в меньшей степени — на внутреннее управление качеством или планирование и оценку услуг. Слишком часто собранная ценная информация остается на уровне данной службы. Несмотря на потенциальную важность мониторинга паттернов и тенденций потребления наркотиков, а также доступа к услугам, низкопороговые учреждения, похоже, в значительной мере используются недостаточно. Одним из основных препятствий является недостаток стандартизации и сопоставимости собранной информации.

Важно для улучшения качества доступных данных о предоставлении и использовании служб снижения вреда, что существует инструмент сбора данных, который пригоден для служб и в то же время дает релевантные результа-

ты для национальных и европейских целей мониторинга. Инициативу в этом направлении представляет собой совместный проект "EMCDDA — Correlation", поддержанный экспертами из национальных центров Франции, Ирландии, Венгрии и Норвегии. Сеть "Корреляция" (Европейская сеть по включению в общество и здоровью, www.correlation-net.org) представляет правительственные и неправительственные организации из 27 европейских стран и финансируется в рамках общественной программы здоровья Европейской Комиссии (Защита здоровья и пациентов DG).

Целенаправленное лечение и управление качеством

Текущий план действий ЕС также призывает к высокому качеству служб лечения и снижения вреда.

Использование инструментов управления качеством на уровне планирования лечения и снижения вреда привело к тому, что службы стали более специфичными в отношении целевых групп, например в отношении различных нужд групп разного пола (см. также избранный выпуск по проблеме пола).

Лечебные центры или программы, которые обслуживают исключительно одну конкретную целевую группу — распространенный феномен в странах ЕС. Дети и молодежь в возрасте до 18 лет занимаются специализированными службами в 23 странах; лечение потребителей наркотиков с психиатрической коморбидностью имеет место в специализированных службах 18 стран; службы для женщин существуют, судя по отчетам, во всех странах, кроме Кипра, Латвии, Литвы, Болгарии и Турции. Службы, предназначенные для того, чтобы отвечать потребностям иммигрантов—потребителей наркотиков или групп со специфическими языковыми требованиями (или религиозными, или культурными предпосылками) менее распространены, но о них сообщают из Бельгии, Германии, Греции, Испании, Литвы, Нидерландов, Финляндии, Швеции и Великобритании.

О центрах, которые специализируются на лечении потребителей каннабиса или кокаина, сообщили из 13 стран, и конкретные программы лечения для этих групп в антинаркотических службах существуют в 8 странах. Однако доступность таких служб оценивается как низкая в большинстве этих стран. О сходной специализированной программе для потребителей амфетамина сообщают из Испании, Словакии и Великобритании.

Дальнейшие конкретные шаги к улучшению качества лечения и опеки — это руководство индивидуальными случаями, посредничество в обеспечении услугами специалистов (т.е., лечение коморбидных заболеваний) и оценка клиента до лечения, чтобы успешнее согласовать профили клиентов с предлагаемым лечением с целью более длительного хранения данных и увеличения эффективности лечения.

Невзирая на всеобщее распространение альтернативных видов лечения, для некоторых групп потребителей наркотиков, в особенности тех, у которых имеются долгосрочные и хронические проблемы, для антинаркотических служб остается нерешенная задача. Поиск доступа к клиенту и низкопороговые вмешательства — это распространенные подходы в попытках установить контакт и работать с этими труднодоступными популяциями. Более спорный подход — это учреждение в некоторых странах помещений для потребления наркотиков под надзором, главным образом нацеленное на инъекционных потребителей, но сейчас порой также распространяющее свои услуги на курильщиков крэка или героина. Другая спорная область развития услуг и экспериментирования — это использование героина несколькими странами как ве-

щества для заместительной "терапии". Хотя деятельность в этой области остается очень ограниченной в сравнении с другими альтернативами лечения, некоторые исследования говорят о том, что выписывание героина может иметь потенциальные преимущества для клиентов, у которых метадонная поддержка не дала эффекта. Например, в недавнем немецком рандомизированном контролируемом испытании лечения с помощью героина (Nabeg and Naasen, 2006) сообщалось о позитивных результатах в плане как здоровья, так и сокращения употребления нелегальных наркотиков. Тем не менее, в настоящее время нет четкого консенсуса в странах Европы по вопросу стоимости и преимуществ этого подхода, и он остается областью значительной политической и научной полемики.

С возросшей доступностью и качеством лечения акцент в некоторых европейских городах также сместился в сторону уменьшения влияния употребления наркотиков на общество. Настойчивая работа по поиску контактов с клиентами и уровень привлекательности низкопороговых служб оказались многообещающими в некоторых контекстах и могут быть ценными и эффективными моделями, которые можно использовать более широко, чтобы восстановить связь с маргинализированными группами и со временем вовлечь их в процесс лечения. Разработка "более безопасных" замещающих продуктов (веществ, которые с меньшей вероятностью могут уходить на "черный рынок") создает возможность того, что лечение наркозависимости еще более сместится в направлении приема больных правительственными центрами (GP). Это также процесс нормализации, который позволяет воспринимать наркотическую зависимость наподобие хронического заболевания, такого, как диабет.

Из некоторых стран сообщают, что крупные группы потребителей героина на заместительной "терапии" выдвигают соответствующее требование поддержки их социальной реинтеграции, в особенности оплачиваемой работы. При существующих экономических обстоятельствах многие страны могут счесть это трудным — пойти навстречу потребностям профессиональной реинтеграции "старых" потребителей героина, даже если они стабилизировались на поддерживающем лечении наркотиками. Эта ситуация утяжеляется из-за высокого уровня смертности в этой группе.

Социальная реинтеграция

Данные, опубликованные в доступной литературе по странам—членам ЕС свидетельствуют о том, что жизненные ситуации потребителей наркотиков гораздо более проблематичны и ненадежны, чем таковые в общей популяции. Таким образом, в последних двух планах мероприятий ЕС по борьбе с наркотиками социальная реинтеграция является одной из основных целей ради улучшения здоровья и социального статуса потребителей наркотиков.

План мероприятий на 2005—2008 гг. призывает страны—члены ЕС "облегчить доступ к программам социальной реабилитации и реинтеграции и увеличить их охват". Хотя социальные меры пока что менее организованный ответ на проблему употребления наркотиков, чем лечение, вмешательства, сочетающие лечение, заботу о здоровье и социальные акции признаны профессионалами как наилучшая ответная мера для достижения реабилитации потребителей наркотиков.

Данные по социальной реинтеграции (социальная реинтеграция определяется как "любое социальное вмешательство с целью возвращения бывшего или актуального проблемного потребителя наркотиков в общество". Три

"столпа" социальной реинтеграции — это обеспечение жильем, образование и трудоустройство (включая профессиональный тренинг). Другие меры, такие, как консультирование и заполнение свободного времени, скудны в Европе, главным образом из-за препятствий, мешающих собрать количественную информацию в этой области. Поэтому большая часть информации, сообщаемой ниже, основана на качественной оценке, сконцентрированной на политике, воплощении ее в жизнь и гарантиях качества в пределах стран—членов ЕС.

В 2004/05 г., в ответ на план мероприятий ЕС, 20 из 28 стран, приславших отчеты (страны—члены ЕС плюс Болгария, Румыния, Турция и Норвегия; нет доступной информации по Эстонии), уже имели стратегию по связанной с наркотиками социальной реинтеграции; другие страны, хотя и не обращались к этому вопросу эксплицитно в своих национальных антинаркотических стратегиях или других документах по антинаркотической политике, имеют уместные региональные стратегии; 3 страны не имеют ни того, ни другого.

Главного спонсора следует искать на государственном/национальном уровне в 11 странах, тогда как финансирование осуществляется преимущественно на региональном/местном уровне в 8 странах. В остальных 8 странах финансирование осуществляется на обоих уровнях при отсутствии явно преобладающего спонсора или же посредством схем страхования здоровья.

В странах—членах ЕС проблемные потребители наркотиков могут получить доступ к социальным мероприятиям посредством служб либо исключительно предназначенных для потребителей наркотиков, либо нацеленных на социально обездоленные группы. Среди этих мер обеспечение жильем — один из ключевых моментов. Услуга, наиболее часто предоставляемая бездомным проблемным потребителям наркотиков, — это доступ к "групповым службам жилья" (в 21 стране), в то время как 18 стран предлагают услуги по предоставлению жилья исключительно проблемным потребителям наркотиков и 13 стран сочетают обе системы. Однако существуют сомнения относительно эффективного доступа бездомных проблемных потребителей наркотиков к этим услугам. Низкая доступность, сопротивление местных властей снабжению потребителей наркотиков новыми услугами (возможностями), ужесточенные критерии для доступа и трудности соблюдения правил для бездомных проблемных потребителей наркотиков — вот только некоторые проблемы, о которых сообщается.

Обеспечение бездомных проблемных потребителей наркотиков постоянным жильем — это первый шаг к стабилизации и реабилитации. Судя по оценкам числа проблемных потребителей наркотиков и на доле бездомных людей среди клиентов, находящихся на лечении, в Европе насчитывается приблизительно от 75 600 до 123 300 бездомных проблемных потребителей наркотиков. Поскольку службы помощи доступны в настоящее время в большинстве стран и некоторые страны продолжают вводить в действие новые структуры, эффект этих мер будет зависеть от гарантии, что бездомные проблемные потребители наркотиков смогут иметь доступ к этим службам. В большинстве случаев среди потребителей наркотиков мужчины численно превосходят женщин. В странах—членах ЕС не только употребление наркотиков более распространено среди мужчин, но у мужчин с гораздо большей вероятностью развиваются проблемы, они чаще ищут лечения и чаще умирают от употребления наркотиков.

(Продолжение читайте в следующем номере)