

## Ievads

Šis ir desmitais e-žurnāla "Aktuāla informācija par atkarības problēmām" (AIPAP) numurs. Katrā izdevumā tiek sniegti jaunākie dati par atkarību slimību izplatību un sekām valstī, pārskati par aktuālākajām publikācijām un literatūru, kā arī Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC) sabiedrības veselības speciālistu gatavotie raksti.

AIPAP ir paredzēts gan nozares speciālistiem un mūsu sadarbības partneriem, gan ikvienam interesentam, kas meklē jaunāko informāciju par atkarības problēmām un notikumiem Latvijā un pasaulē.

Šajā izdevumā mēs padziļināti apskatām marihuānas lietošanas tendences Latvijā un Eiropā, izvērtējam labas prakses principus zema riska alkohola lietošanai Eiropas mērogā, kā arī aktualizējam standartizētā tabakas izstrādājuma iepakojuma ieviešanu. Sīkāk informējam par valstu praksi vecuma ierobežošanai alkoholisko dzērienu patēriņā un tirdzniecībā.

## SATURS

- **Marihuāna: lietošanas tendences, ārstēšana, mīti un patiesība**
- **Labas prakses principi zema riska alkohola patēriņa vadlīnijām Eiropā**
- **Standartizētais iepakojums tabakas izstrādājumiem-efektīvs tabakas kontroles standarts**
- **Eiropas 2017. gada ziņojums par narkotikām**
- **Vecuma ierobežojumi alkoholisko dzērienu tirdzniecībai un lietošanai. Citu valstu pieredze**

## Aktuālās SPKC publikācijas

1. "LATVIJAS IEDZĪVOTĀJU VESELĪBU IETEKMĒJOŠO PARADUMU PĒTĪJUMS, 2016"
2. ANALĪTISKS PĀRSKATS "ĀTKARĪBU IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANA IEDZĪVOTĀJU VIDŪ" 2015"
3. PĒTĪJUMS "ĀTKARĪBU IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANAS PARADUMI UN TENDENCES SKOLĒNU VIDŪ. ESPAD 2015"

PUBLIKĀCIJAS PIEEJAMAS WWW.SPKC.GOV.LV SADAĻĀ "STATISTIKA UN PĒTĪJUMI" / "PĒTĪJUMI UN ZIŅOJUMI"

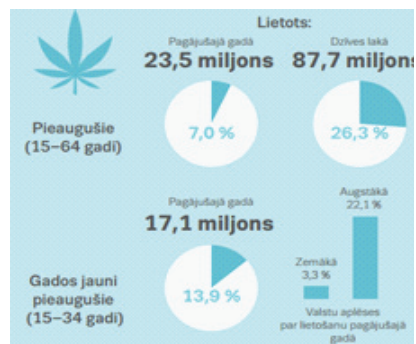
## MARIHUĀNA: LIETOŠANAS TENDENCES, ĀRSTĒŠANA, MĪTI UN PATIESĪBA

### Marihuānas lietošanas tendences Eiropā

Eiropā līdzīgi kā citviet pasaulē visās vecuma grupās marihuāna ir visbiežāk lietotā nelegālā narkotiskā viela. Marihuānu parasti smēķē, un Eiropā to visbiežāk samaisa ar tabaku. Marihuānas lietošanas modeļi var būt dažādi – no neregulāras līdz regulārai un atkarīgai lietošanai.

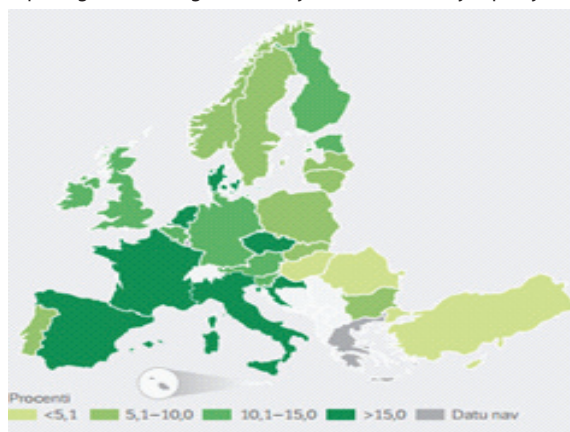
Jaunākie Eiropas narkotiku ziņojuma<sup>1</sup> dati liecina, ka 87,7 miljoni Eiropas pieaugušo iedzīvotāju (15–64 gadi) jeb 26,3 % no šīs vecuma grupas kādreiz mūžā ir eksperimentējuši ar marihuānu un/ vai hašišu\*. No tiem aptuveni 17,1 miljons gados jaunu eiropiešu (15–34 gadi) jeb 13,9 % no šīs vecuma grupas ir lietojuši marihuānu pēdējā gada laikā, un 10 miljoni no tiem ir bijuši 15–24 gadus veci (17,7 % no šīs vecuma grupas). Pēdējā gada lietošanas līmenis 15–34 gadus vecu iedzīvotāju vidū svārstās no 3,3 % Rumānijā līdz 22 % Francijā. To jauniešu vidū, kuri pēdējā gada laikā ir lietojuši marihuānu, vīriešu un sieviešu attiecība ir divi pret viens.

1. attēls. Marihuānas lietošanas izplatība dzīves laikā un pēdējā gada laikā Eiropas pieaugušo iedzīvotāju (15-64 gadi) vidū



Avots: Eiropas ziņojums par narkotikām 2017: Tendences un aktualitātes

2. attēls. Marihuānas lietošanas pēdējā gada laikā izplatība jaunu pieaugušo (15–34 gadi) vidū – jaunākie iedzīvotāju aptaujas dati



Avots: Eiropas ziņojums par narkotikām 2017: Tendences un aktualitātes

Jaunāko pētījumu rezultāti liecina, ka marihuānas lietošanas izplatība pēdējā gada laikā valstīs joprojām atšķiras. No valstīm, kas veikušas pētījumus kopš 2014. gada un ir paziņojušas ticamības intervālus, septiņas ziņo par augstākām aplēsēm, sešas par stabilām, bet divas par zemākām aplēsēm nekā iepriekšējā salīdzināmajā apsekojumā. Tikai dažām valstīm ir pietiekami pētījumu dati, kas ļauj veikt tendenču statistisku analīzi par marihuānas lietošanu pēdējā gada laikā gados jaunu pieaugušo vidū (15–34 gadi). Starp šīm valstīm ilgtermiņa izplatības samazināšanās tendences, kas iepriekšējos desmit gados bija vērojamas Spānijā un Apvienotajā Karalistē, tagad saskaņā ar jaunākajiem datiem ir stabilizējušās.

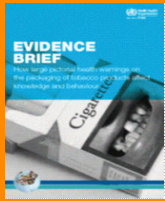
Pēdējos desmit gados pieaugoša tendence ir redzama Īrijā un Somijā, kā arī Zviedrijā, lai gan šajā valstī izplatības līmenis kopš 2009. gada ir bijis stabils. Vācijā, Francijā un Dānijā šajā laikposmā nav konstatēta augšupejoša statistiska tendence, lai gan jaunāko pētījumu rezultāti liecina par nesenu pēdējā gada marihuānas lietošanas pieaugumu gados jaunu pieaugušo vidū. Francija 2014. gadā ir ziņojusi par jaunu 22 % rekordu, bet Vācijas 2015. gadā paziņotie 13 % ir augstākais pēdējā gada marihuānas lietošanas rādītājs gados jaunu pieaugušo vidū, par kuru šajā valstī ziņots pēdējā desmitgadē. Starp valstīm, kurām nav pietiekamu datu, lai veiktu tendenču statistisku analīzi, 2015. gadā Nīderlandē veikta otrā salīdzināmā apsekojuma rezultāti ir apstiprinājuši izplatību aptuveni 16 % līmenī, bet Austrijas pirmā kopš 2008. gada veikta valsts mēroga apsekojuma rezultāti liecina par 14 % izplatību.

Savukārt Eiropas skolu aptaujas projektā par alkoholu un citām narkotikām (ESPAD)<sup>2</sup> 2015. gadā tika īstenota sestā datu vākšanas kārtā kopš projekta izveides 1995. gadā. Jaunākajā

pētījumā ir apkopoti salīdzināmi dati par vielu lietošanu 15 un 16 gadus vecu skolēnu vidū 35 Eiropas valstīs, tostarp 23 ES valstīs un Norvēģijā. No šajās 24 valstīs aptaujātajiem skolēniem vidēji 18 % norāda, ka vismaz reizi mūžā ir lietojuši marihuānu (lietošana dzīves laikā), bet par augstāko izplatības līmeni ziņo Čehijas Republika (37 %) un Francija (31 %). Dati par marihuānas lietošanu pēdējo 30 dienu laikā svārstās no 2 % Zviedrijā, Somijā un Norvēģijā līdz 17 % Francijā, bet 24 valstu vidējais rādītājs ir 8 %. Atšķirības starp dzimumiem Eiropā ir

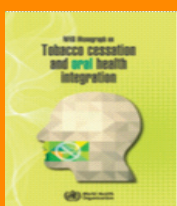


**STANDARTIZĒTAIS IEPAKOJUMS:  
LĪDZEKLIS SMĒĶĒŠANAS UZSĀKŠANAS  
SAMAZINĀŠANAI UN ATMEŠANAS  
VEICINĀŠANAI**



Pierādījumi liecina, ka tabakas izstrādājumu iepakojums tiek izmantots patērētāju piesaistīšanai, jo īpaši jauniešu un sieviešu. Pievilcīgs iepakojums mazina uz iepakojumiem izvietoto brīdinājumu efektivitāti. Lai saglabātu brīdinājumu efektivitāti, kas ir Pasauls veselības organizācijas (PVO) Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību 11. un 13. panta prasība, tiek rekomendēta standartizēta iepakojuma ieviešana PVO dalībvalstīs. Pētījumi norādījuši, ka standartizēts iepakojums, kas paredz vizuāli identisku iepakojumu izmantošanu visiem tabakas izstrādājumiem, samazina šo produktu pievilcīgumu, jo īpaši sievietēm un jauniešiem. Papildus tam, kombinācijā ar brīdinošiem attēliem un uzrakstiem, standartizētais iepakojums palielina cilvēku apziņu par riskiem, ko rada tabakas patēriņš, mudinot cilvēkiem atmests vai neuzsākt smēķēšanu. Ar pierādījumiem par standartizētā iepakojuma efektivitāti var iepazīties PVO sagatavotajā elektroniskajā publikācijā:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/268796/Plain-packaging-of-tobacco-products-Evidence-Brief-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/268796/Plain-packaging-of-tobacco-products-Evidence-Brief-Eng.pdf?ua=1)



**SMĒĶĒŠANA UN MUTES DOBUMA VESELĪBA**

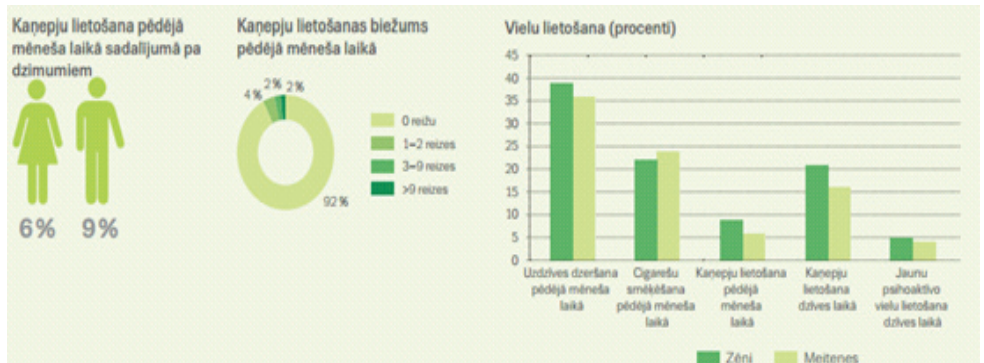
Mutes dobuma slimības rada būtiski slogu veselības aprūpes sistēmai daudzās valstīs. Šīm slimībām ir vairāki kopēji riska faktori ar neinfekcijas slimībām: tabakas lietošana, neveselīga uztura lietošana, alkohola patēriņš u.c. Kopš 2015. gada PVO Tobacco Free Initiative sadarbībā ar PVO Oral Health Programme apkopojusi pierādījumus par tabakas lietošanas un atmešanas ietekmi uz mutes dobuma veselību, lai radītu zinātnisku pamatojumu smēķēšanas atmešanas intervencu integrācijai mutes dobuma veselības programmu īstenošanai primārajā aprūpē. PVO publicētājā monogrammā „Tobacco cessation and oral health integration” apkopoti pierādījumi par smēķēšanas ietekmi uz mutes dobuma veselību, smēķēšanas atmešanas potenciālajiem ieguvumiem un rekomendācijas īso smēķēšanas atmešanas intervencu ieviešanai primārajā veselības aprūpē. Ziņojums pieejams elektroniski:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255692/1/9789241512671-eng.pdf?ua=1>

nevienmērīgas, to zēnu un meiteņu attiecība, kuri dzīves laikā ir lietojuši marihuānu, svārstās no vienādas Čehijas Republikā un Maltā līdz 2,5 zēniem uz katru meiteni Norvēģijā.

gadu marihuānas pamēģinātāju īpatsvars ir samazinājies un tas ir nedaudz zemāks kā 2003. gadā. Marihuānu vai hašiņu pamēģinājuši 9,8% (12,5% 2011. gadā, 12,1% 2007. gadā un 10,6% 2003. gadā) jeb aptuveni 127 tūkstoši iedzīvotā-

3.attēls. Vielu lietošanas izplatība 15 un 16 gadus vecu Eiropas skolēnu vidū (2015.gada ESPAD dati)



Avots: Eiropas ziņojums par narkotikām 2017: Tendences un aktualitātes

**Eiropā pieaug augsta riska marihuānas lietošanas izplatība**

1 % Eiropas pieaugušo iedzīvotāju marihuānu lieto katru dienu vai gandrīz katru dienu, respektīvi, ir lietojuši šo narkotiku 20 dienas vai vairāk pēdējā mēneša laikā. Aptuveni 30 % no tiem ir gados vecāki (35–64 gadus veci) narkotiku lietotāji, un vairāk nekā trīs ceturtdaļas ir vīrieši.

Analizējot marihuānas lietošanas izplatības rādītājus kopā ar citiem rādītājiem, piemēram, datiem par pacientiem, kas vērsušies ārstniecības iestādēs saistībā ar marihuānas radītām veselības problēmām, var aptvert augsta riska marihuānas lietošanas mērogu Eiropā. Kopumā to lietotāju skaits, kuri pirmo reizi sākuši ārstēšanos ar marihuānu saistītu problēmu dēļ, ir palielinājies no 43 000 pacientu 2006. gadā līdz 76 000 pacientu 2015. gadā. Šā palielinājuma pamatā var būt daudzi faktori, tostarp marihuānas lietošanas izplatības pieaugums sabiedrībā, regulāru un intensīvu lietotāju skaita palielināšanās, iedarbīgāku preparātu pieejamība, kā arī biežāka pacientu nosūtīšana ārstēties.

**Marihuānas lietošanas izplatība Latvijā 15-64 gadus vecu iedzīvotāju vidū**

Saskaņā ar jaunākajiem iedzīvotāju aptaujas datiem<sup>3</sup>, Latvijā salīdzinājumā ar 2007. un 2011.

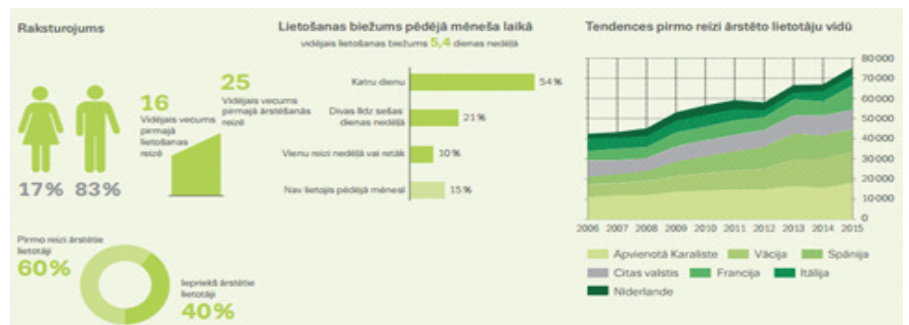
ju. T-testa rezultāti apstiprina, ka samazinājums ir statistiski nozīmīgs pie 95% ticamības līmeņa. Toties neseno lietotāju skaits ir nedaudz palielinājies salīdzinājumā ar 2011. gadu. Ja 2011. gadā marihuānu pēdējā gada laikā bija lietojuši 4,0%, tad 2015. gadā — 4,2%. Novērotais pieaugums nav statistiski nozīmīgs.

Pēdējā mēneša laikā marihuānu lietojušo skaitā salīdzinājumā ar 2011. gadu nav vērojamas būtiskas atšķirības — abos pētījuma veikšanas gados 1,6% iedzīvotāju norādīja, ka pēdējo 30 dienu laikā lietojuši šo vielu.

Vecumgrupā 15-64 gadiem marihuānu biežāk ir pamēģinājuši vīrieši (15,9%) salīdzinājumā ar sievietēm (4,2%). Salīdzinot ar 2011.gadu, marihuānu pamēģinājušo īpatsvars ir samazinājies gan vīriešu, gan sieviešu vidū. Arī vērtējot datus par pēdējā gada laikā marihuānu lietojušajiem, biežāk to lietojuši vīrieši (6,9% salīdzinot ar 1,7% sieviešu vidū). Rādītājs par lietošanu pēdējā gada laikā, pretēji marihuānas pamēģināšanas rādītājam, vīriešu vidū ir pieaudzis par 1,4%, savukārt sieviešu vidū – samazinājies par 0,8%.

Salīdzinot vielas pamēģināšanu jaunākā vecumgrupā (15-34 gadi), četru gadu laikā rādītājs vīriešu vidū ir pieaudzis par 3,5%, savukārt sievietēm samazinājies par 3,4% (attiecīgi 2015. gadā šajā vecuma grupā marihuānu pamēģinājuši 31,5% vīrieši un 9,4% sievietes). Līdzīga

4.attēls. Ārstētie marihuānas lietotāji Eiropā



Avots: Eiropas ziņojums par narkotikām 2017: Tendences un aktualitātes

tendence šajā vecumgrupā novērota arī tiem, kuri vielu lietojuši pēdējā gada laikā – vīriešu vidū rādītājs pieaudzis par 5,3%, savukārt sieviešu vidū novērots neliels samazinājums par 0,4% (attiecīgi pēdējā gada laikā marihuānu lietojuši 15,3% vīrieši un 4,3% sievietes 2015.gadā). Kopumā 10,0% iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 34 gadiem pēdējā gada laikā ir lietojuši marihuānu, bet 3,6% to darijuši pēdējā mēneša laikā.

Pētījuma rezultāti liecina, ka marihuānas lietošana strauji samazinās jau vecuma grupā no 25 līdz 34 gadiem. Pēdējā gada laikā marihuānu lietojuši 14,6% (10,3% 2011. gadā, 12,9% 2007. gadā un 12,7% 2003. gadā) jauniešu 15–24 gadu vecumā, bet tikai 6,5% (4,2% 2011. gadā, 5,9% 2007. gadā un 3,4% 2003. gadā) iedzīvotāju 25–34 gadu vecumā. Tomēr interesanti, ka marihuānas pamēģināšanas rādītājs abās minētajās vecuma grupās atšķiras, bet ne tik nozīmīgi. Tas liecina, ka novērotā sakarība drīzāk skaidrojama ar dzīves cikla efektu — kļūstot vecākiem, beidzot skolu un augstskolu, vairums jauniešu atsakās no marihuānas lietošanas. Iedzīvotāji, kas vecāki par 44 gadiem marihuānu lieto ievērojami retāk.

### Marihuānas atkarības risks

Ņemot vērā marihuānas lietošanas augstos rādītājus, nepieciešams nodalīt marihuānu pamēģinājušos vai lietojošos, kam tas nav radījis nekādas negatīvas sekas, no tiem, kuriem šīs vielas lietošana novedusi pie personīgām vai sociālām problēmām. Īpaši svarīgi tas ir tādēļ, ka informācija par marihuānas lietošanas izpausmēm un sekām joprojām ir nepietiekama.

Tieši ar šādu mērķi 2007.gadā iedzīvotāju aptaujā pirmo reizi tika iekļauts CAST tests (The Cannabis Abuse Screening Test)<sup>4</sup>. Šī skala sākotnēji tika testēta Francijā ar nolūku izpētīt marihuānas lietošanu kopumā, novirzes no ierastajiem lietošanas paradumiem, veselības un sociālo kaitējumu un saskaršanos ar pārmēģinājumiem no ģimenes. Jāatzīmē, ka CAST testa būtība nav mērīt atkarību no marihuānas, bet gan atklāt potenciāli kaitīgus lietošanas ieradumus, kuri vēl nesasniedz klīnisku diagnozi.

Jēdziens «problemātiska marihuānas lietošana» parasti tiek attiecināts uz situācijām, kad marihuānas lietošana pakļauj cilvēku noteiktai problēmu riskam. Taču par to, kādas ir šīs problēmas, vienprātības nav. Bilstoties uz iepriekšējo pētījumu atklājumiem, CAST testā tiek mērīti dažādi potenciāli kaitīgie marihuānas lietošanas aspekti, novērtējot lietošanas biežumu šķietami ne-izklaides nolūkos (smēķēšana pirms pusdienlaika vai vienatnē), marihuānas lietošanas rezultātā radušos atmiņas traucējumus, radnieku un draugu pamudinājumu samazināt marihuānas lietošanu, neveiksmīgus centienus atmet marihuānas smēķēšanu un problēmas, kas radušās marihuānas lietošanas rezultātā.

1. tabula. Marihuānas pamēģinātāju, neseno un pašreizējo lietotāju īpatsvars 2003.–2015. gadā (%)

		Pamēģinātāji	Nesenie lietotāji	Pašreizējie lietotāji
<b>15-64 gadi</b>				
	2003	10,6	3,8	1,8
	2007	12,1	4,9	1,8
	2011	12,5	4,0	1,6
	2015	9,8	4,2	1,6
<b>15-34 gadi</b>				
	2003	19,6	8,1	3,7
	2007	21,7	9,7	3,7
	2011	20,4	7,4	2,9
	2015	20,8	10,0	3,6
<b>35-64 gadi</b>				
	2003	4,1	0,7	0,4
	2007	4,6	1,1	0,2
	2011	6,5	1,4	0,7
	2015	3,2	0,7	0,4

Avots: Sņikere S., Trapencieris M., 2016

2. tabula. Marihuānas un hašiņa pamēģinātāju, neseno un pašreizējo lietotāju īpatsvars saistībā ar dzimumu un vecumu (%)

		Pamēģinātāji	Nesenie lietotāji	Pašreizējie lietotāji
<b>15-64 gadi</b>				
	Vīrieši	15,9	6,9	2,7
	Sievietes	4,2	1,7	0,6
	Vidēji	9,8	4,2	1,6
<b>15-24 gadi</b>				
	Vīrieši	38,7	21,2	7,7
	Sievietes	14,9	7,3	2,5
	Vidēji	27,1	14,6	5,2
<b>25-34 gadi</b>				
	Vīrieši	26,2	10,8	4,2
	Sievietes	5,3	2,1	0,6
	Vidēji	16,0	6,5	2,4
<b>35-44 gadi</b>				
	Vīrieši	12,4	2,4	1,3
	Sievietes	2,3	0,2	0,2
	Vidēji	7,3	1,3	0,8
<b>45-54 gadi</b>				
	Vīrieši	1,7	1,1	0,6
	Sievietes	0,8	0	0
	Vidēji	1,2	0,5	0,3
<b>55-64 gadi</b>				
	Vīrieši	1,7	0,2	0,2
	Sievietes	0,6	0,2	0
	Kopā	1,1	0,2	0,1

Avots: Sņikere S., Trapencieris M., 2016

CAST tests sastāv no sešiem pamatjautājumiem, kurus respondenti vērtē skalā no 1 (nekad) līdz 5 (ļoti bieži). Anketas jautājumi attiecas uz notikumiem pēdējo 12 mēnešu laikā. Uz jautājumu atbild visi, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā lietojuši marihuānu, un tas 2015. gada iedzīvotāju aptaujas pētījumā kopumā sastāda 4,2% respondentu.

Par vienu no problemātiskas marihuānas vai hašiša lietošanas pazīmēm tiek uzskatīta marihuānas vai hašiša smēķēšana pirms pusdienlaika. Šādi vismaz dažreiz pēdējo 12 mēnešu laikā rīkojušies 38% marihuānas lietotāju, turklāt 7% no tiem marihuānu pirms pusdienlaika smēķējuši bieži. Tikai 61% nekad nesmēķē marihuānu pirms pusdienlaika.

32% atzīst, ka vismaz dažreiz smēķējuši marihuānu vai hašišu vienatnē: 12% šādi rīkojušies reti, 14% dažreiz, bet 6% bieži. Gan marihuānas smēķēšana pirms pusdienlaika, gan smēķēšana vienatnē liecina, ka marihuāna netiek lietota tikai izklaides nolūkā.

Lielākā daļa (76%) marihuānas lietotāju norādījuši, ka viņiem, smēķējot marihuānu, nav radušās nekādas atmiņas problēmas, savukārt 25% šādu efektu ir pamanījuši. Jāatzīmē, ka 9% marihuānas lietotāju tā ir pastāvīga problēma.

Uz to, ka marihuānas lietošana rada zināmas problēmas, norāda arī tas, ka draugi vai ģimenes locekļi lūdz samazināt vai pārtraukt marihuānas vai hašiša lietošanu. Šāds pamudinājums kopumā izteikts 20% marihuānas lietotāju, turklāt 4% ar to nācies saskarties bieži un 7% — dažreiz. Tas nozīmē, ka, ja draugi un ģimenes locekļi saskata marihuānas lietošanu kā problemātisku, viņi uz to mēģina norādīt atkārtoti.

Līdzīgi ir arī rādītāji attiecībā uz neveiksmīgiem mēģinājumiem samazināt vai pārtraukt marihuānas vai hašiša lietošanu, kas liecina par nespēju kontrolēt šīs vielas lietošanu un atkarības veidošanos.

Visbeidzot, marihuānas atkarība var izpausties dažādu problēmu formā — kā strīdi, kaitiņi, nelaimes gadījumi utt. Šādas problēmas marihuānas lietošanas rezultātā pēdējā gada laikā piedzīvojuši 11% marihuānas lietotāju.

### 15-16 gadus vecu skolēnu vidū

Saskaņā ar jaunākajiem ESPAD datiem<sup>5</sup>, Latvijā marihuānas pamēģināšanas izplatība ir būtiski samazinājusies, atgriežoties aptuveni tādā līmenī, kāda tā bija pirms 2007. gada. Kā liecina 2015. gada pētījuma dati, kaut reizi dzīves laikā marihuānu pamēģinājuši 16,6% 15-16 gadus veco jauniešu, turklāt marihuānu pamēģinājuši nozīmīgi vairāk puisi nekā meiteņus. 15-16 gadu vecumā marihuānu kaut reizi ir pamēģinājis katrs piektais puisis (20,7%) un 12,4% meiteņu ( $\Phi=0,161$ ).

Marihuānu pamēģinājušie 15 gadus vecie jaunieši parasti to smēķējuši vienu vai divas reizes. Šāda vienreizēja psihoaktīvās vielas pamēģināšanas pieredze ir 5,9% no visiem ESPAD kohortas jauniešiem, bet 4% to smēķējuši trīs līdz piecas reizes dzīves laikā un 6,4% vēl biežāk.

Lielākā daļa no marihuānu pamēģinājušiem jauniešiem to smēķējuši pēdējā gada laikā, sekojoši rādītājs par marihuānas lietošanu pēdējo 12 mēnešu laikā ir 10,8%. 4,2% 15 gadus veco skolēnu uzskatāmi par neseniem marihuānas lietotājiem — viņi to lietojuši pēdējo 30 dienu laikā. Pēdējo 30 dienu laikā marihuānu smēķējuši 5,8% zēnu un 2,7% meiteņu ( $\Phi=0,139$ ).

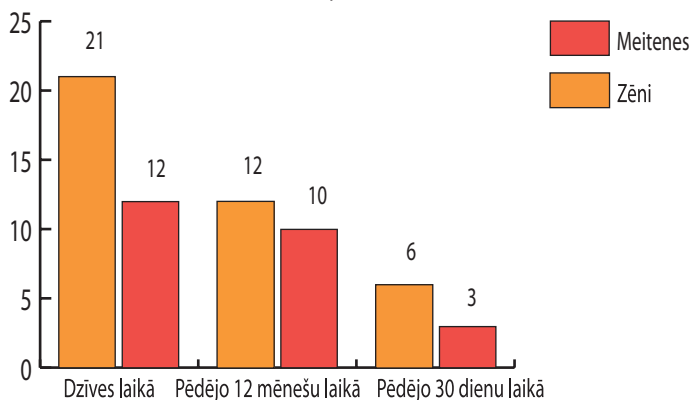
Šis pētījums apstiprina iepriekš pētījumos secināto, ka marihuāna visbiežāk tiek pamēģināta 15-16 gadu vecumā. Analizējot marihuānas pamēģināšanas rādītājus vecuma kohortās, secināms, ka 16 gadus veco jauniešu grupā marihuānu pamēģinājuši jau divreiz vairāk skolēnu nekā 15 gadus veco skolēnu vidū, tādējādi 16 gadu vecumā marihuānu ir lietojusi jau trešdaļa (33,2%) skolēnu (Pearson  $R=0,251$ ). Savukārt pilngadīgo mācību iestāžu audzēkņu vidū marihuānas pamēģināšanas izplatība ir vēl augstāka un veido 44,1%. Tiesa,

pilngadīgie audzēkņi marihuānu retāk ir lietojuši pēdējā gada laikā, tāpēc starpība marihuānas lietošanas izplatības rādītājā par pēdējo gadu 16 gadus veco skolēnu un 18 gadus veco audzēkņu kohortās nav tik izteikta (attiecīgi 24,1% un 27,8%, Pearson  $R=0,180$ ). Tomēr jāatzīmē, ka šis rādītājs atšķiras pat divas reizes, ja salīdzina marihuānas lietošanu pēdējā gada laikā 1999. gadā un 2000. gadā dzimušo jauniešu kohortās.

Marihuānu pamēģinājušie 15 gadus vecie jaunieši parasti to smēķējuši vienu vai divas reizes. Šāda vienreizēja psihoaktīvās vielas pamēģināšanas pieredze ir 5,9% no visiem ESPAD kohortas jauniešiem, bet 4% to smēķējuši trīs līdz piecas reizes dzīves laikā un 6,4% vēl biežāk.

Lielākā daļa no marihuānu pamēģinājušiem jauniešiem to smēķējuši pēdējā gada laikā, sekojoši rādītājs par marihuānas lietošanu pēdējo 12 mē-

5. attēls. Marihuānas lietošanas izplatības rādītāji ESPAD kohortas zēnu un meiteņu vidū (%)

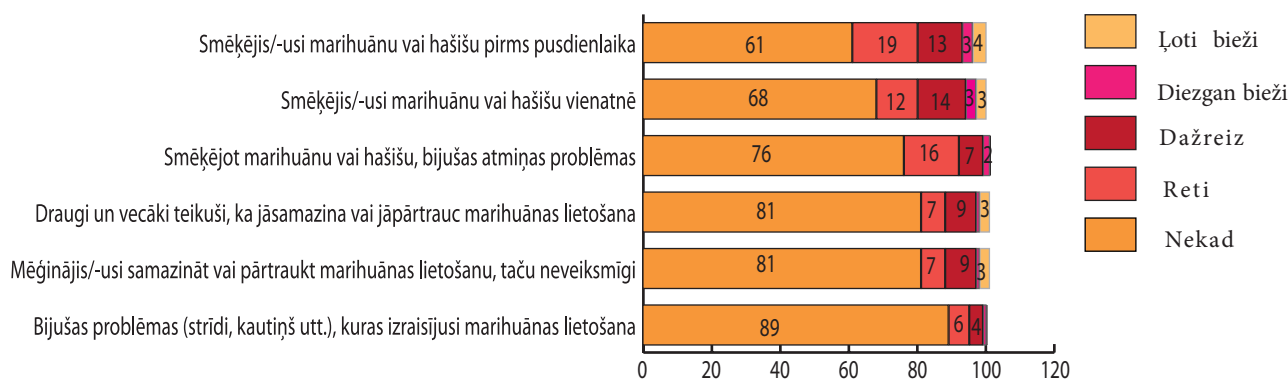


Avots: Sņikere S., Trapencieris M., 2016

nešu laikā ir 10,8%. 4,2% 15 gadus veco skolēnu uzskatāmi par neseniem marihuānas lietotājiem — viņi to lietojuši pēdējo 30 dienu laikā. Pēdējo 30 dienu laikā marihuānu smēķējuši 5,8% zēnu un 2,7% meiteņu ( $\Phi=0,139$ ).

Šis pētījums apstiprina iepriekš pētījumos secināto, ka marihuāna visbiežāk tiek pamēģināta 15-16 gadu vecumā. Analizējot marihuānas pamēģināšanas rādītājus vecuma kohortās, secināms, ka 16 gadus veco jauniešu grupā marihuānu pamēģinājuši jau divreiz vairāk skolēnu

6. attēls. CAST testa jautājumu aprakstošā statistika (%)



Avots: Sņikere S., Trapencieris M., 2016

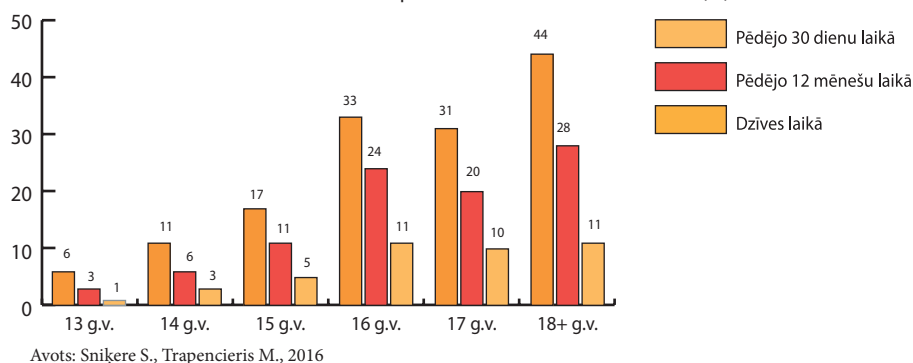
nekā 15 gadus veco skolēnu vidū, tādējādi 16 gadu vecumā marihuānu ir lietojuši jau trešdaļa (33,2%) skolēnu (Pearson  $R=0,251$ ). Savukārt pilngadīgo mācību iestāžu audzēkņu vidū marihuānas pamēģināšanas izplatība ir vēl augstāka un veido 44,1%. Tiesa, pilngadīgie audzēkņi marihuānu retāk ir lietojuši pēdējā gada laikā, tāpēc starpība marihuānas lietošanas izplatības rādītājā par pēdējo gadu 16 gadus veco skolēnu un 18 gadus veco audzēkņu kohortās nav tik izteikta (attieciņi 24,1% un 27,8%, Pearson  $R=0,180$ ). Tomēr jāatzīmē, ka šis rādītājs atšķiras pat divas reizes, ja salīdzina marihuānas lietošanu pēdējā gada laikā 1999. gadā un 2000. gadā dzimušo jauniešu kohortās.

### Ārstētie marihuānas lietotāji Latvijā

Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā par narkoloģiskajiem pacientiem ir pieejama informācija par pacientiem, kuri saistībā ar marihuānas lietošanu ārstējušies ambulatori pie narkologa vai stacionāri ārstniecības iestādēs, kurās ir narkoloģiskā profila gultas. Dati laika posmā no 2013.-2016. gadam liecina, ka kopumā narkoloģiskā palīdzība sniegta 1481 personai, kura norādījusi marihuānas lietošanu (galvenokārt vai arī papildus kādai citai psihoaktīvai vielai). Teju trešā daļa no šiem pacientiem ( $n=465$ ) marihuānu norādījuši kā galveno vielu, kuras lietošana bijusi izraisīto problēmu pamatā, kādēļ bijis nepieciešams uzsākt narkoloģisko ārstēšanu, savukārt 188 pacientiem ārstēšana uzsākta daudzu narkotisko vielu lietošanas dēļ, kad nav bijis iespējams izšķirt vienu konkrētu galveno vielu, un marihuāna ir bijusi norādīta kā viena no lietotajām vielām. Pārējos gadījumos ārstēšana ir uzsākta kādas citas galvenās vielas lietošanas izraisīto problēmu dēļ, bet marihuāna bija norādīta kā viena no papildus lietotajām vielām.

Ņemot vērā, ka personai var būt reģistrētas vairākas atkārtotas ārstēšanas epizodes gan konkrētā gada laikā, gan vairāku gadu laikā, 526 epizodes

7. attēls. Marihuānas lietošanas izplatība dažādās vecuma kohortās (%)



3. tabula. Pirmreizēji ārstētie marihuānas lietotāji un pacienti, kuriem marihuāna ir galvenā lietotā viela, absolūtos skaitļos un %

	2013.-2016. gadā ārstētie pacienti, kuriem marihuāna ir galvenā viela		2015. gadā pirmreizēji ārstētie marihuānas lietotāji	
	absolūtos skaitļos	%	absolūtos skaitļos	%
<b>Kopā</b>	465	100	98	100
<b>Dzimums</b>				
vīrieši	424	91,2	92	93,9
sievietes	41	8,8	6	6,1
<b>Vecums, uzsākot ārstēšanu</b>				
<18 gadi	141	30,3	23	23,5
18-19 gadi	50	10,8	10	10,2
20-24 gadi	111	23,9	27	27,6
25-29 gadi	62	13,3	9	9,2
30-34 gadi	53	11,4	14	14,3
35-39 gadi	20	4,3	10	10,2
40-44 gadi	19	4,1	3	3,1
45+ gadi	9	1,9	2	2,0
<b>Lietošanas biežums</b>				
katru dienu	54	11,6	10	10,2
vairākas reizes nedēļā	110	23,7	21	21,4
reizi nedēļā vai retāk	125	26,9	25	25,5
nav lietojis pēdējo 30 dienu laikā	161	34,6	42	42,9
nav zināms	15	3,2	0	0
<b>Pirmā lietotā viela</b>				
marihuāna	413	88,8	91	92,9
sintētiskie kanabinoīdi	14	3,0	3	3,1
inhalanti	5	1,1	0	0
amfetamīni	4	0,9	1	1,0
citi	4	0,9	3	3,1
nav zināms	25	5,4	0	0
<b>Pamatdiagnoze (pēc SSK-10)</b>				
F12 - Psihiski un uzvedības traucējumi kanabinoīdu lietošanas dēļ	380	81,7	80	81,6
F19 - Psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudzu narkotisku un psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ	85	18,3	18	18,4

\* Pacienti, kuriem konkrētajā laika posmā reģistrēta kaut viena ārstēšanas epizode, kurā marihuāna norādīta kā galvenā viela

\*\* Pirmo reizi dzīvē narkoloģisko palīdzību saņēmušie narkotiku lietotāji, kurām konkrētā pirmreizējā ārstēšanas epizode ir bijusi marihuānas lietošanas dēļ.

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem.SPKC,2016

reģistrētas tiem pacientiem, kuriem marihuāna norādīta kā galvenā viela un 234 epizodes tiem, kuriem nav bijis iespējams izšķirt konkrētu vielu.

Ārstēšana marihuānas lietošanas dēļ galvenokārt sniegta vīriešiem (91,2%) un jaunākā vecuma grupā – pacientiem vecumā līdz 24 gadiem (65,0%). Jaunākais marihuānas lietotājs bijis 11 gadus vecs, savukārt vecākais – 59 gadus vecs. Lietotāju vidējais vecums – 23,4 gadi (SD 8,3), moda – 16 gadi, mediāna – 21 gads. Kā liecina ārstēto pacientu dati, pamatā marihuānas lietošanas uzsākšanas vecums ir no 13 līdz 18 gadiem, visbiežāk 15 un 16 gadu vecumā, uz ko norāda teju trešdaļa (32,5%; n=151/465) ārstētie pacienti.

11,2% (n=52/465) ārstēto pacientu, marihuānas pamēģināšanas vecums sakrīt ar ārstēšanas uzsākšanas vecumu, taču nav iespējams noteikt vai konkrētā ārstēšana uzsākta vielas pirmās pamēģināšanas reizē vai nē. Kopumā marihuānu kā vispār dzīvē pirmo reizi pamēģināto narkotisko vielu norāda 88,8% (n=413/465) pacienti. Tiem, kuri norādījuši kādu citu vielu kā pirmo reizi pamēģināto, pusē gadījumu norādījuši sintētisko kanabinoīdu (n=14) lietošanu, piecos gadījumos – inhalantu, četros gadījumos amfetamīnu lietošanu un četros gadījumos kādu citu vielu (kokainu, barbiturātus un LSD). Informācija par pirmo reizi dzīvē lietoto vielu nav norādīta 25 gadījumos.

Aptuveni trešdaļa (34,6%, n=161/450) pacienti, kuri ārstēšanas epizodes uzsākšanas brīdī norādīja marihuānas lietošanas biežumu, norādīja, ka nav lietojuši marihuānu pēdējo 30 dienu laikā. No šiem pacientiem lielākā daļa (47,8%) pacientu paši pēc savas iniciatīvas ir vērsušies ārstniecības iestādē pēc narkoloģiskās palīdzības, savukārt 13,0% pacienti norāda, ka nosūtītais ir cits narkologs. 28,0% pacienti, kuri nav lietojuši marihuānu pēdējo 30 dienu laikā, bijuši spiesti meklēt narkoloģisko palīdzību, jo kā nosūtītāju norādījuši probācijas dienestu, sociālo dienestu, izglītības iestādi vai tiesu. 24,4% marihuānu lietojuši vairākas reizes nedēļā, savukārt reizi nedēļā vai retāk lietojuši 27,8%.

Lielākoties (81,7%) ārstēto pacientu pamatdiagnoze ir psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies kanabinoīdu lietošanas dēļ (F12), savukārt psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies daudz narkotisku un citu psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ ir 18,3% pacientu.

Vērtējot ārstniecības pieprasījuma indikatora datus, 2015.gadā reģistrēti 139 pirmreizēji ārstēti kanabinoīdu lietotāji, no kuriem 98 norādīja marihuānas lietošanu un 41 – sintētisko kanabinoīdu lietošanu (attiecīgi 2014.gadā reģistrēti 210 pacienti, no kuriem 137 bija sintētisko kanabinoīdu lietotāji un 73 – pirmreizēji marihuānas lietotāji). Tendences attiecībā uz pirmreizēji ārstēto marihuānas lietotāju un vispār ārstēšanas saņēmēju pacientu profilu laika posmā no 2013.gada līdz 2016.gadam ir līdzīgas – teju gandrīz visi (93,9%; n=92/98) bijuši vīrieši, vidējais pacientu vecums – 24,9 gadi (SD 8,6).

Arī pirmreizēji ārstētie pacienti, epizodes uz-

sākšanas brīdī, visbiežāk (42,9%) norāda, ka marihuānu nav lietojuši pēdējo 30 dienu laikā (visbiežāk (35,7%; n=15/42) šie pacienti kā nosūtītāju ārstēties pie ārstējošā ārsta ir norādījuši probācijas dienestu, savukārt 28,6% (n=12/42) – vērsušies paši).

Kopumā kaut vienu citu vielu (izņemot alkoholu un tabaku) kopā ar marihuānu lietojuši 30,6% (n=30/98) pirmreizēji 2015.gadā ārstētie marihuānas lietotāji – no tiem 40,0% (n=12/30) vairāk kā vienu papildus vielu. Pirmreizēji ārstētie marihuānas lietotāji visbiežāk kopā ar marihuānu lietojuši amfetamīnus (16 gadījumos) un sintētiskos kanabinoīdus (14 gadījumos). Pa pieciem gadījumiem lietots kokaīns, benzodazepīni un pa četriem gadījumiem – halucinogēni un citi stimulantu.

11,2% pirmreizēji marihuānas lietotāji ir vairāku narkotiku lietotāji, kad nav bijis iespējams noteikt galveno vielu un marihuāna ir bijusi kā viena no lietotajām vielām.

### Atšķirīgā ārstniecības pieejamība Eiropas valstīs

Regulāra un ilgstoša marihuānas lietošana ir saistīta ar paaugstinātu risku saskarties ar dažādām fiziskās un garīgās veselības problēmām, tostarp atkarību. Saskaņā ar jaunāko Eiropas Narkotiku ziņojumu, daudzas valstis cilvēkiem ar marihuānas lietošanas problēmām piedāvā ārstēšanos vispārīgās atkarību izraisīto vielu lietotāju ārstniecības programmās tajā skaitā Latvijā, bet aptuveni puse valstu ir izstrādājušas dažus specifiskus risinājumus marihuānas lietotāju ārstēšanai. Pakalpojumi marihuānas lietotājiem var būt dažādi, sākot ar īslaicīgu intervenci tiešsaistē un beidzot ar iesaistīšanu ilgstošākā terapijā specializētos centros. Lai gan šīs grupas pacientu ārstēšana pārsvarā notiek kopienas vidē vai ambulatori, tomēr aptuveni katram piektajam pacientam, kas sāk specializētu narkotiku atkarības ārstēšanu stacionārā, primārā problēma ir saistīta ar marihuānu.

Marihuānas lietošanas izraisītu problēmu ārstēšanai tiek izmantotas galvenokārt psihosociālas metodes, nepilngadīgo gadījumā bieži izmanto intervences pasākumus ar ģimenes iesaistīšanu, bet pieaugušo ārstēšanā kognitīvi biheiviorālo intervenci. Pieejamie pierādījumi atbalsta kognitīvi biheiviorālās terapijas, motivējošu interviju un neparedzētu gadījumu pārvaldības pieeju kombinētu izmantošanu. Turklāt daži pierādījumi atbalsta daudzdimensionālu ģimenes terapiju gados jauniem marihuānas lietotājiem. Lai uzrunātu marihuānas lietotājus, arvien biežāk tiek izmantoti interneta un digitāli intervences pasākumi, un pētījumi ar mērķi novērtēt šā veida pasākumu ietekmi liecina, ka provizorisks rezultāti attiecībā uz patēriņa līmeņa mazināšanu un ārstēšanās klātienē veicināšanu (vajadzības gadījumā) ir daudzsoļīgi.

Tāpat vairākos pētījumos tiek izvērtēta farmakoloģisku intervences pasākumu izmantošana ar marihuānu saistītu problēmu gadījumā. Tas ietver THC un sintētiskā THC izmantošanas potenciāla izpēti, lietojot tos kombinācijā ar citām psihoaktīvām zālēm, tostarp antidepresantiem, anksiolītiķiem un garstāvokļa stabilizētājiem.

Līdz šim rezultāti ir bijuši pretrunīgi un nav apzināta efektīva farmakoloģiska pieeja, ko varētu izmantot marihuānas atkarības ārstēšanai.

### Marihuānas dekriminalizācija un legalizācija – mīti un patiesība

Pēdējos gados marihuānas legalizācija, dekriminalizācija vai tās lietošanas atļaušana medicīniskiem mērķiem ir vieni no apspriestākajiem jautājumiem narkotiku politikas jomā pasaulē. Vēl pavisam nesen Saeima noraidīja portālā “Mana balss” radīto iniciatīvu par “Marihuānas dekriminalizāciju”. Šī iniciatīva nepieciešamos 10 000 parakstus savāca trijos gados un 2016. gada jūnijā tika iesniegta Saeimā izskatīšanai. Mēnesi vēlāk Saeimas Mandātu, ētikas un iesniegumu komisijas deputāti vienbalsīgi noraidīja kolektīvo iesniegumu par marihuānas dekriminalizāciju. Otra ar marihuānas jautājumiem saistīta iniciatīva “Medicīniskās marihuānas legalizācija” portālā atvērta 2015.gada 8.jūlijā un līdz šim savākti 612 paraksti. Jāatzīmē, ka abas iesniegtās iniciatīvas satur neprecīzu un pat absurdu informāciju, kas liecina pie iesniedzēju nepilnīgu izpratni un zināšanām par šo jautājumu.

Nereti Latvijā (un ne tikai) tiek jaukta divu terminu – “legalizācija” un “dekriminalizācija” nozīme. Bez tā visa marihuānas lietošanas atbalstītāji sparīgi vicina gaisā ar pirkstu, “skat, Nīderlandē taču zāļite ir legāla”. Aizrautīgi tiek norādīts, ka, legalizējot marihuānu, samazināsies citu – daudz bīstamāku narkotiku un alkohola lietošana. Vienā katlā ar šiem apgalvojumiem tiek bāzti arī vēža un multiplās skleroze slimnieki, kuru stāvokli pilnīgi noteikti atvieglotu marihuānas legalizācija. Šajā sadaļā vēlamies kļiedēt nepatiesos mītus par marihuānas legalizāciju un dekriminalizāciju, un to, kur šajā kontekstā atrodas Latvija.

**Dekriminalizācija**<sup>6</sup> paredz, ka par dažādiem ar marihuānu saistītiem nodarījumiem (pamatā lietošanu, glabāšanu) netiek piemērots kriminālsods, proti, nodarījums jeb pārkāpums netiek uzskatīts par kriminālnoziedzumu, taču darbība – lietošana vai glabāšana joprojām nav atļauta un var ietvert citu soda mēru un atbildību, piemēram, administratīvu. Administratīvs sods savukārt var ietvert naudas sodu, brīdinājumu, transportlīdzekļa vai šaujamoerču atļaujas apturēšanu jeb, tautā sauktu – tiesību atņemšanu uz laiku. No šī var secināt, ka marihuānas dekriminalizācija Latvijā pastāv jau šobrīd, jo esošie normatīvie regulējumi (konkrēti Krimināllikuma 253.<sup>2</sup> pants. **Narkotisko un psihotropo vielu neatļauta iegādāšanās, glabāšana un realizēšana nelielā apmērā un narkotisko un psihotropo vielu neatļauta lietošana**) nosaka, ka par narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu iegādāšanos vai glabāšanu nelielā apmērā bez nolūka tās realizēt vai narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu lietošanu, ja to izdarījis persona, kura brīdināta par kriminālatbildību par narkotisko un psihotropo vielu neatļautu iegādāšanos, glabāšanu un lietošanu, — soda ar īslaicīgu brīvības atņemšanu vai ar piespiedu darbu, vai ar naudas sodu. Tas nozīmē, ka pirmajā reizē personai par šāda veida pārkāpu-

mu tiek piemērots administratīvais sods (nevis kriminālsods) – brīdinājums, ko definē Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa **46.pants. Nelikumīgas darbības ar narkotiskām, psihotropām, jaunām psihoaktīvām vielām un prekursoriem**, nosakot, ka par narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu iegādāšanos vai glabāšanu nelielā apmērā bez nolūka tās realizēt vai par narkotisko vai psihotropo vielu neatļautu lietošanu — izsaka brīdinājumu vai uzliek naudas sodu līdz divsimt astoņdesmit euro. Papildus tiek noteikts, ka, piemērojot administratīvo sodu par pārkāpumu, personu vienlaikus rakstveidā brīdina par kriminālatbildību, ja tā gada laikā pēc administratīvā soda uzlikšanas neatļauti iegādāsies vai glabās narkotiskās vai psihotropās vielas nelielā apmērā vai neatļauti lieto narkotiskās vai psihotropās vielas. Iepriekš minētā Krimināllikuma panta redakcija spēkā stājās 2013.gada 1.aprīlī, neilgi pēc pirmās iniciatīvas publicēšanas portālā “Mana balss”. Tādējādi var secināt, ka jau gadu pēc iniciatīvas iesniegšanas, tā bija zaudējusi pirmatnējo autoru nodomu un tālāka “cīņa” no iniciatīvas autoru puses bija lieka, jo dekriminalizācija termina izpratnē mūsu valstī jau darbojās. Iepazīstoties ar iniciatīvas tekstu, saprotams, ka autoru nodoms vairāk atbilst marihuānas legalizācijas idejai (piemēram – audzēšanas atļaušana).

**Legalizācija** savukārt ir process, kura laikā iepriekš aizliegtas, nelegālas darbības kļūst par atļautām un kontrolētām likuma ietvaros. Ja runājam par narkotikām, tad šie procesi ietvertu ražošanu (piemēram, jau minēto audzēšanu), piedāvājumu un pārdošanu (arī lietošanu un glabāšanu). Legalizācija paredzētu, ka šos procesus valstij būtu jāregulē tāpat kā, piemēram, alkohola un tabakas apriti. Šajā gadījumā, protams, joprojām var pastāvēt gan administratīvi, gan arī kriminālsodi, piemēram, ja iesaistītas nepilngadīgas personas. Ir svarīgi uzsvērt, ka no juridiskā viedokļa jebkura veida narkotiku legalizācija būtu pretrunā ar pašreizējām ANO konvencijām.

Starptautiskā likumdošana<sup>7</sup> nosaka obligātu kanabiss augu un produktu kontroli, taču tiek pieļauta kanabiss lietošana industriāliem un medicīniskiem mērķiem. Kanabiss saturošiem medikamentiem ir ES vai nacionāla autorizācija, taču neviena valsts nepieļauj un neatbalsta kanabiss smēķēšanu medicīniskiem nolūkiem. Šeit atklāti parādās vēl viena neprecizitāte. Konkrētāji gadījumā - saistībā ar otro portālā “Mana balss” iesniegto iniciatīvu “Medicīniskās marihuānas legalizācija”, kur cita starpā uzsvērts, ka nepieciešams “atļaut audzēt līdz pat 3 stādiem

personiskajiem medicīnas nolūkiem”, taču nav skaidru norāžu, kādā medicīniskā veidā paredzēts lietot izaudzēto marihuānu. Šķiet, naivi būtu domāt, ka autori runā par ierīvēšanos ar kanabiss lapām, to ēšanu, eļļas izspiešanu un tad tās lietošanu iekšķīgi vai āriņi, augu žāvēšanu un dzeršanu tējas veidā vai lietojot izaudzēto vēl kādā citā – ne smēķējamā veidā.

Daudzviet Eiropā marihuānas lietošana medicīniskiem mērķiem atļauta multiplās skreerozes, vēža, AIDS un citu smagu slimību izraisītu stāvokļu atvieglošanai, un pieejamie medikamenti tiek piedāvāti pacientiem, piemēram, zemmēles spreja, kapsulu, pulveru veidā. Atsevišķā gadījumā pieejamas žāvētas zieda daļas, ko paredzēts lietot tējas veidā. Kanabiss produktu smēķēšana ārstnieciskos nolūkos netiek pieļauta arī citu iemeslu dēļ – pirmkārt, auga daļas satur virkni citu ķīmisku vielu. Ķīmisku vielu koncentrācija var variēt vienā augā, atkarībā no auga augšanas apstākļiem un “zaļu” izrakstītājs vai farmaceits nevar noteikt šo ķīmisko vielu koncentrāciju, tajā skaitā – to vielu koncentrāciju, ko pacientam nepieciešams saņemt terapijai. Otrkārt, dūmu ieelpošana no degoša auga nav veselīgākais veids, kādā “nogādāt” nepieciešamās vielas pacienta asinīs. Smēķējot marihuānu, tiek uzņemti daudz lieki un pats svarīgākais - kaitīgi blakusprodukti. Un viens no svarīgākajiem - pats lietotājs nekādos apstākļos nevar noteikt sev nepieciešamo devu nopietnu stāvokļu ārstēšanai. Pavisam vienkārši – arī lietojot citus medikamentus, mēs taču paši sev nenosakām devu, bet gan dodamies pie ārsta. Iepriekš minētais pamatā pierāda otrs iniciatīvas absurds – rodas iespaids, ka neviens necinās par kanabiss izmantošanu medicīniskiem mērķiem (kas šajā rakstā netiek ne atbalstīta, ne noliegta), bet līdzīgi kā iepriekš – faktiski par legalizāciju.

Visbeidzot pēdējais arguments, pie kura bieži mēdz turēties legalizācijas atbalstītāji – Nīderlandes piemērs, jo “tur taču pārdod un smēķē uz katra stūra”. Derētu saprast, ka Nīderlandē marihuānas pārdošana kafijas veikalos (coffeeshops) ir uzskatāma par sava veida iecietīgu attieksmi pret patiesībā nelikumīgām darbībām un, lai cik divaini arī tas nešķistu, marihuānas audzēšana, piedāvājums un glabāšana personīgām vajadzībām ir kriminālnoziegums, par kuru paredzēts likumā noteiktais sods. Kopš 2013.gada legāli kafijas veikalos var izmantot tikai Nīderlandes pilsoņi, uzrādot personu apliecinošus dokumentus. Tolerances prakse, par kuru pirmo reizi runāts 1979.gadā vietējās vadlīnijās, “iestiepusies” mūsdienās kafijas veikalos veidā, kad marihuānas pārdošanu licenzē pašvaldība. Jāņem arī vērā, ka

aptuveni divas trešdaļas pašvaldību neatļauj kafijas veikalos un to skaits sarucis no 846 1999. gadā līdz aptuveni 600 veikalos 2013.gadā. Papildus darbojas citi noteikumi, kas regulē kafijas veikalos darbību – aizliegums reklamēt, pārdot citas narkotikas, pārdot marihuānu nepilngadīgām personām, turēt veikalā vairāk kā noteiktu daudzumu marihuānas. Marihuānas audzēšana Nīderlandē netiek tolerēta tāpat kā lietošana un šeit rodas svarīgs jautājums – kur un kā kafijas veikali iegūst marihuānu pārdošanai? Pavisam vienkārši – tā tiek iegādāta no audzētājiem vai dīleriem nelegāli. Papildus Nīderlandē (un ne tikai) saskaras arī ar citu nopietnu problēmu – pesticīdu lietošanu marihuānas audzēšanā, kas nesaskan ar legalizācijas piekritēju ideju par marihuānu kā 100% dabīgu produktu.

Galvenais secinājums – nevajag Latviju salīdzināt ar Nīderlandi, kur narkotiku politika ir viena no vissarežģītākajām visā pasaulē. Tāpat nevajag Latviju salīdzināt ar Urugvaju, Aļaskas, Kolorado, Oregonas štatiem, kur situācijas ir kardināli atšķirīgas no Latvijas un Eiropas situācijām kopumā.

I.Pūgule

L.Sīle

D.Vanaga

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Eiropas ziņojums par narkotikām 2017: Tendences un aktualitātes. Pieejams elektroniski: <http://emcdda.europa.eu/>
2. ESPAD report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Pieejams elektroniski: <http://espad.org/>
3. Sņikere, S., Trapencieris, M. (2016). Atkarību izraisīto vielu lietošana iedzīvotāju vidū. analītisks pārskats. Rīga: SPKC Pieejams elektroniski: [https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/atkaribu\\_izraisoso\\_vielu\\_lietosana\\_iedz\\_vidu\\_2015.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/atkaribu_izraisoso_vielu_lietosana_iedz_vidu_2015.pdf)
4. Beck, F., Legleye, S. (2003). Drogues et adolescents. Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes, ESCAPAD (2002). Paris: OFDT
5. Sņikere S., Trapencieris M. (2016). ESPAD 2015. Atkarības izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū. Rīga: SPKC Pieejams elektroniski: [https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/espada2015\\_ziojums.pdf](https://www.spkc.gov.lv/upload/Petijumi%20un%20zinojumi/Atkaribu%20slimibu%20petijumi/espada2015_ziojums.pdf)
6. EMCDDA (2001). Decriminalisation in Europe? Recent developments in legal approaches to drug use.ELDD Comparative Analysis. Lisbon: EMCDDA
7. EMCDDA (2017). Cannabis legalisation in Europe. An overview. Lisbon: EMCDDA Pieejams elektroniski: <http://emcdda.europa.eu/system/files/publications/4135/TD0217210ENN.pdf>

## LABAS PRAKSES PRINCIPI ZEMA RISKĀ ALKOHOLA PATĒRIŅĀ VADLĪNIJĀM EIROPĀ

Vadlīnijās<sup>1</sup>, kas izstrādātas ar Eiropas Savienības (ES) līdzfinansētās Veselības programmas 2008.-2013. gadam Vienotas rīcības projekta “Kopīgās iniciatīvas alkohola radītā kaitējuma mazināšanai” (Reducing Alcohol Related Harm – (RARHA)) ietvaros, tika noskaidroti labas prakses principi par zema riska alkohola patēriņu.

ES Veselības programmas līdzfinansētā kopīgā iniciatīva alkohola radītā kaitējuma mazināšanai (RARHA), ko īstenoja 2014.–2016. gadā, apvienoja visas ES dalībvalstis, Islandi, Norvēģiju un Šveici vienotam mērķim — uzlabot zināšanas par alkohola radītā kaitējuma mazināšanu. Iniciatīvas galvenie partneri bija valstu speciālistu organizācijas, kā arī Eiropas

Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA), Pasaules Veselības organizācijas (PVO) reģionālais birojs un Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) Veselības aizsardzības nodaļa. ES Valsts politikas un rīcības komiteja alkohola jomā (Committee on National Alcohol

Policy and Action - CNAPA) pildīja kopīgās iniciatīvas padomdevēju funkciju.

Šobrīd Eiropas valstīs zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās ir ievērojamas atšķirības valstu vidū. RARHA ietvaros tika mēģināts izziņāt atšķirību iemeslus un noskaidrot, vai būtu iespējams panākt vienotu viedokli.

RARHA ietvaros ar alkoholu saistītais mirstības risks mūža garumā tika aprēķināts septiņās valstīs, izmantojot Austrālijā pieņemto metodi. Mirstības risks mūža garumā ir vienots standarts ārējo faktoru riska izvērtēšanai. Aprēķini dažādās valstīs tika veikti atsevišķi, lai noskaidrotu, cik lielā mērā riska līmeņos atspoguļojas atšķirības alkohola lietošanas kultūrā un mirstības struktūrā. Rezultāti liecina, ka, neraugoties uz valstu savstarpējām atšķirībām, visās valstīs ar alkoholu saistītais mirstības risks mūža garumā bija mazāks par 1/100, ja absolūtā alkohola dienas vidējais patēriņš bija 10 grami mūža garumā. Šāds secinājums ir spēkā attiecībā uz abiem dzimumiem<sup>2</sup>. Dažās valstīs zema riska alkohola patēriņa vadlīnijas atbilst šim līmenim vai ir nedaudz zem tā, bet citās valstīs vadlīnijās – riska līmenis ir augstāks par 1/100.

Ņemot vērā RARHA ietvaros veikto aprēķinu rezultātus, ar alkoholu saistītu mirstības riska līmeni 1/100 var uzskatīt par maksimālo „zema” riska rādītāju, tāpēc zema riska alkohola patēriņa vadlīnijas dažās Eiropas valstīs būtu jāpārskata, nosakot zemākus līmeņus<sup>2</sup>.

Jaunākie epidemioloģiskie pētījumi liecina, ka nav droša alkohola patēriņa līmeņa un veselībai labākais risinājums būtu vispār nelietot alkoholu. Tāpēc PVO nenosaka zemāka riska alkohola patēriņa ierobežojumus, bet alkohola lietošanā sniedz padomu — jo mazāk, jo labāk.

Dažādās valstīs ievērojami atšķiras zema riska alkohola patēriņa definīcijas. Piemēram, dažās vadlīnijās vidējais alkohola patēriņa limits ir noteikts dienai, bet citās — nedēļai. Dažās valstīs ir sniegti ieteikumi par maksimālo alkohola patēriņu vienā lietošanas reizē un dažos gadījumos šis limits nav konkrēts skaitlis, bet gan intervāls. Vairums vadlīniju nosaka atšķirīgus limitus vīriešiem un sievietēm vienai alkohola lietošanas reizei, savukārt citās šis limits ir vienāds abiem dzimumiem. Dažās vadlīnijās ņemta vērā noteiktu vecuma grupu (gados jaunu vai vecu cilvēku) īpaša neaizsargātība vai īpašas situācijas (piemēram, grūtniecība un barošana ar krūti, transportlīdzekļa vadīšana alkohola reibumā, darba vieta).

Epidemioloģiskos pētījumos alkohola patēriņa līmeni parasti izsaka absolūtā alkohola gramos, savukārt sabiedrībai publicētajās vadlīnijās grami bieži tiek izteikti „standarta dzērienos” vai „vienībās”, ko uzskata par vienkāršāku metodi alkohola patēriņa mērīšanai.

RARHA 2014. gada aptaujā par zema riska vadlīnijām tika noskaidrots, ka nosacītās mērvienības apjoms Eiropas valstīs variē no 8 līdz 20 gramiem absolūtā alkohola, izplatītākā mērvienība ir 10 grami. Aptaujā konstatēts, ka vadlīnijas zemāka riska alkohola patēriņam ir izdotas divās trešdaļās (21/31) aptaujāto valstu

(ES dalībvalstīs, Islandē, Norvēģijā un Šveicē). Vairākumā valstu vadlīnijās zema riska alkohola patēriņš ir izteikts kā vidējais dienas limits gramos absolūtā alkohola, kas vīriešiem un sievietēm atšķiras, nosakot sievietēm zemāku limitu. Vidējais dienas limits variē no 20 līdz 48 gramiem absolūtā alkohola vīriešiem un no 10 līdz 32 gramiem sievietēm.

Pēdējo desmit gadu laikā ievērojami bija audzis to valstu skaits, kuras īpašu uzmanību pievērš grūtniecībai, barošanai ar krūti un alkohola lietošanai. Divdesmit piecās valstīs no 31 bija izstrādātas vadlīnijas sievietēm ar mērķi samazināt alkohola patēriņu un vairumā gadījumu pilnībā atturēties no alkohola lietošanas grūtniecības laikā, kā arī laikā, kamēr bērns tiek barots ar krūti.

Kopš 2010. gada vadlīnijas ir pārskatītas aptuveni pusē aptaujāto valstu, bet Nīderlandē 2015. gadā un Apvienotajā Karalistē 2016. gadā. Eiropā pārskatot alkohola patēriņa vadlīnijas, ir samazināti apjomi, ko nedrīkst pārsniegt, lai samazinātu kaitējuma risku. Tādi jēdzieni kā „drošs”, „saprātīgs” un „mērens” ir aizstāti ar „zema riska”<sup>3</sup>.

Galvenais iemesls, kāpēc dažādu valstu alkohola patēriņa pamatnostādnes atšķiras, ir tas, ka nav vienkāršas metodes, kā izmantot zinātniskus pierādījumus, lai noteikti zema riska alkohola patēriņa līmeņus<sup>4</sup>.

### Vadlīnijas par alkohola lietošanas modeļiem

Zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās uzmanība pievērsta ne tikai alkohola patēriņa vidējam apjomam, bet arī alkohola lietošanas modeļiem. Daudzās valstīs ir sagatavoti atsevišķi ieteikumi par maksimālo alkohola patēriņu vienā reizē, galvenokārt, ar mērķi mazināt traumu gūšanas risku. Pastāv viedoklis, ka zema riska alkohola patēriņa pamatnostādnes noteikti būtu jāiekļauj patēriņa ierobežojums vienai alkohola lietošanas reizei<sup>5</sup>.

Vairākās valstīs alkohola patēriņa vadlīnijās alkohola patēriņa modeļa mainīšanai ir ieteikums dažas dienas nedēļā nelietot alkoholu, lai mazinātu mirstības risku<sup>2</sup>. Apvienotās Karalistes jaunās alkohola patēriņa vadlīnijas iesaka izvairīties no liela alkohola patēriņa gadījumiem, sadalot iknedēļas alkohola patēriņu pa vairākām dienām, un vairākas dienas nedēļā nelietot alkoholu vispār<sup>6</sup>.

Daudzās valstīs alkohola patēriņa līmeņus norāda atsevišķi vīriešiem un sievietēm, lai gan ir izskanējis viedoklis, ka esošie pierādījumi pilnībā neatbalsta konkrētam dzimumam paredzētās vadlīnijas<sup>7</sup>. Zema riska līmeni sievietēm parasti nosaka zemāku nekā vīriešiem, jo sievietes sasniedz konkrētu alkohola koncentrāciju asinīs ar mazāku patērētā alkohola daudzumu nekā vīrieši. Zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās, kas Austrālijā tika pārskatītas 2009. gadā, šāds dalījums vairs netika iekļauts, bet parādījās ieteikums vīriešiem un sievietēm dzert ne vairāk par diviem standarta dzērieniem dienā (ne vairāk par 20 gramiem absolūtā alkohola)<sup>8</sup>. Eiropā jaunākās vadlīnijās, ko 2015. gadā

publicēja Nīderlandē un 2016. gadā Apvienotajā Karalistē, tika izmantots vienots zema riska alkohola patēriņa līmenis abiem dzimumiem.

Apvienotajā Karalistē zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās ir noteikts vienāds alkohola patēriņa limits nedēļā gan vīriešiem, gan sievietēm – 14 vienības (viena vienība ir 8 grami absolūtā alkohola) jeb 112 grami absolūtā alkohola.

Nīderlandē, kur viens standarta dzēriens atbilst 10 gramiem absolūtā alkohola, zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās dienas limits ir noteikts 10 grami absolūtā alkohola gan vīriešiem, gan sievietēm. Savukārt Dānijā, kur viena standarta dzēriena deva ir 12 grami, nedēļas limits ir diferencēts - sievietēm noteikti 7 standarta dzērieni (84 grami), bet vīriešiem – 14 standarta dzērieni (168 grami). Alkohola dienas deva atšķirīgi vīriešiem un sievietēm ir noteikta vairākumā valstu, piemēram, Somijā, kur standarta dzēriens ir 12 grami absolūtā alkohola, sievietēm dienā ir noteikt 10 grami absolūtā alkohola, bet vīriešiem 20 grami. Šveicē izstrādātajās vadlīnijās rekomendē divas dienas nedēļā alkoholu nelietot vispār.

Zema riska alkohola patēriņa vadlīniju ietekme uz alkohola radītā kaitējuma samazināšanu ir atkarīga no tā, cik liela sabiedrības daļa ir informēta par vadlīnijām un kā sabiedrība tās izprot. Svarīgi, vai cilvēki uztver vadlīnijas kā ieteikumu lietot alkoholu, izmantojot tā pozitīvo ietekmi uz veselību; kā sabiedrībā pieņemto mērena alkohola patēriņa līmeni; kā relatīvi drošu alkohola patēriņa līmeni vai kā relatīvi riskantu alkohola patēriņu līmeni. Ļoti būtiski ir, vai patērētāji spēj noteikt, kā dažāda stipruma un tilpuma dzērienu izpaužas zema riska patēriņa līmenis, ko bieži vien izsaka vienībās, standarta dzērienos vai gramos absolūtā alkohola<sup>7</sup>.

Pētījumu rezultāti liecina, ka vadlīniju ietekme uz alkohola patēriņa samazināšanu ir ierobežota. Pastāv arī viedoklis par vadlīniju iespējamo negatīvo ietekmi — piemēram, vai zema riska alkohola lietošanas vadlīnijas iedrošina atturībniekus sākt lietot alkoholu vai iedrošina cilvēkus ar mērenu alkohola patēriņu palielināt to. Pētījumos ir secināts, ka alkohola patēriņa vadlīnijas pašas par sevi nevar sniegt lielu vai ilgstošu labumu, ja tās ievieš atsevišķi no citiem alkohola patēriņa ierobežojošiem pasākumiem, taču tās var dot pozitīvu efektu, ja vadlīnijas ietver kopējā valsts politikā<sup>10</sup>.

Zema patēriņa alkohola patēriņa vadlīniju galvenais mērķis ir mazināt alkohola nodarīto kaitējumu, informējot sabiedrību par alkohola lietošanas izraisītiem riskiem. Taču informēšanu par riskiem nevar pielīdzināt konkrētai rīcībai, un nevar gaidīt, ka alkohola patēriņa vadlīnijas vienas pašas mainīs sabiedrības uzvedību. Katrā valstī ir nepieciešami pasākumi, lai atbalstītu zema riska alkohola patēriņa principus.

Speciālisti vēlētos, lai zema alkohola patēriņa vadlīniju standartu noteiktu PVO. Tomēr PVO nenosaka konkrētus alkohola patēriņa ierobežojumus, jo pierādījumi liecina, ka ideālais risinājums veselībai būtu vispār



nelietot alkoholu<sup>11</sup>. Līdz ar to nepastāv iespēja ieviest kopējas zema riska alkohola patēriņa pamatnostādnes visās Eiropas valstīs.

### Standarta dzēriena jēdziens un patērētājiem paredzētā informācija par alkoholiskajiem dzērieniem

„Standarta dzēriens” (jeb „vienība” Apvienotajā Karalistē) ir nosacīts dzēriens, kurā ir noteikts absolūtā alkohola (etanola) daudzums. To parasti izsaka kā konkrētu alus, vīna vai stipro alkoholisko dzērienu apjomu. Standarta dzēriena jēdziens tika ieviests, lai sniegtu informāciju alkohola lietotājiem un palīdzētu viņiem mērīt savu alkohola patēriņu.

Informējot sabiedrību par alkohola patēriņa vadlīnijām, standarta dzērienu skaita piemēri, izsakot tos dažādos dzērienos, bieži tiek ilustrēti ar glāžu, skārdeņu un pudeļu attēliem<sup>12</sup>. Lai informētu patērētājus, uz alkoholisko dzērienu iepakojuma var norādīt, cik standarta dzērienu ir konkrētajā iepakojumā. Šāda informācija uz iepakojuma Austrālijā ir pieprasīta ar likumu<sup>13</sup>, bet Apvienotajā Karalistē šādu informāciju uz alkoholisko dzērienu etiķetēm norāda, balstoties uz valdības vienošanos ar alkohola rūpniecības nozari<sup>14</sup>. Citās valstīs alkohola ražotāji to dara labprātīgi, piemēram, Dānijā Aldaru asociācijas locekļi kopš 20. gs. deviņdesmitajiem gadiem absolūtā alkohola saturu uz alus pudelēm un skārdenēm norāda standarta dzērienos<sup>15</sup>.

Jāatzīmē, ka nav ES regulējuma par informāciju, kas sniedzama uz alkoholisko dzērienu etiķetēm un alkoholisko dzērienu ietekmi uz veselību.

RARHA speciālisti atbalsta obligātos brīdinājumus uz alkoholisko dzērienu iepakojuma par veselības vai drošības apdraudējumu.

Standarta dzēriena jēdzienu galvenokārt izmanto trīs dažādos kontekstos:

- aptaujās par alkohola lietošanas paradumiem, lai palīdzētu cilvēkiem ziņot par viņu alkohola patēriņu;
- alkohola patēriņa vadlīnijās, lai aprakstītu alkohola patēriņa līmeņus, kas saistīti ar zemu vai augstu risku;
- uz alkoholisko dzērienu pudelēm vai skārdenēm, lai norādītu absolūtā alkohola daudzumu konkrētajā iepakojumā.

Ir konstatēts, ka dati par alkohola patēriņu uz vienu iedzīvotāju, ko iegūst iedzīvotāju aptaujās, ir ievērojami zemāki nekā patēriņa līmenis, ko aprēķina pēc alkoholisko dzērienu pārdošanas datiem. Pētījumu dati liecina, ka alkohola patēriņš pēc iedzīvotāju aptaujām parasti ir par 40 līdz 60 % mazāks, nekā pēc alkoholisko dzērienu pārdošanas datiem<sup>16</sup>.

Literatūras avotos norādīts, ka pastāv trīs iemesli, kāpēc alkohola lietotāju aptaujās ziņotais patēriņš precīzi neatpoguļo pārdoth alkohola apjomu uz vienu iedzīvotāju: neskaidrība par to, kas ir standarta dzēriens, atšķirīgi dzeršanai izmantotie trauki un atšķirīga alkoholisko

dzērienu spirta tilpumkoncentrācija<sup>17</sup>.

Speciālisti uzskata, ka sabiedrības informēšanas labākais veids būtu skaidri norādīt uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem, cik daudz standarta dzērienu tajos ir. Ir noskaidrots, ka informācija par standarta dzērienu skaitu uz iepakojuma palīdz alkohola lietotājiem izprast patēriņu<sup>18</sup>. Austrālijā šādas informācijas ir jāsniedz obligāti, bet nevienā Eiropas valstī likums to nepieprasa<sup>19</sup>.

### Ar veselību saistīta informācija uz alkoholisko dzērienu etiķetēm

ES tiesību akti pieprasa uz etiķetes norādīt tikai spirta koncentrāciju kā procentuālu spirta tilpumkoncentrāciju un informāciju par sastāvā esošajiem izplatītajiem alergēniem, piemēram, vīnā esošajiem sulfītiem. ES nav tiesiskā regulējuma par to, kā uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem būtu sniedzami brīdinājumi par ietekmi uz veselību<sup>20</sup>.

Francijas likumdošana nosaka, ka uz visiem alkoholiskajiem dzērieniem jābūt brīdinājumam par kaitējuma risku auglino alkohola lietošanas grūtniecības laikā.

Lietuvā kopš 2016. gada novembra uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem obligāti ir jānorāda ilustrēts brīdinājums par risku, ko alkohola lietošana rada grūtniecības laikā<sup>21</sup>.

Īrijā ir publicēti tiesību akti, kas nosaka, ka uz alkoholisko dzērienu etiķetēm jānorāda absolūtā alkohola gramu vienā iepakojumā, kaloriju daudzums, vispārējs brīdinājums par ietekmi uz veselību, brīdinājums par alkohola lietošanu grūtniecības laikā, kā arī informācija par tīmekļa vietni, kur būs pieejama informācija par veselības aizsardzību saistībā ar alkohola lietošanu<sup>22</sup>. Šie tiesību akti Īrijā vēl nav stājušies spēkā.

Amerikas Savienotajās Valstīs kopš 1989. gada spēkā ir prasība uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem norādīt brīdinājumus par ietekmi uz veselību, par riskiem, ko rada transportlīdzekļa vadīšana reibumā, darbs ar iekārtām reibumā un alkohola lietošana grūtniecības laikā<sup>23</sup>.

Izvērtējot obligātos brīdinājumus uz alkoholisko dzērienu etiķetēm par ietekmi uz veselību, ir noskaidrots, ka vērojamas pārmaiņas cilvēku zināšanās, izpratnē un attieksmē, bet brīdinājumi minimāli ietekmē alkohola patēriņa mazināšanos<sup>24</sup>.

Standarta dzēriens 10 gramu absolūtā alkohola ir noteikts 11 valstīs: Horvātijā, Igaunijā, Francijā, Islandē, Īrijā, Lietuvā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Spānijā.

Standarta dzēriens 12 gramu absolūtā alkohola ir noteikts sešās valstīs: Dānijā, Itālijā, Luksemburgā, Rumānijā, Somijā, Zviedrijā. Bulgārijā standarta dzēriens ir 13 gramu absolūtā alkohola, bet Čehijā – 16 gramu.

Maltā standarta dzēriens ir 8-10 gramu absolūtā alkohola. 10-12 gramu ir noteikti Vācijā un Šveicē, savukārt Ungārijā – standarta dzēriens ir 10-14 gramu absolūtā alkohola un Norvēģijā –

12-15 gramu. Zemākais absolūtā alkohola saturs – 8 gramu ir Apvienotā Karalistē, bet augstākais – 20 gramu Austrijā.

Zema riska alkohola lietošanas vadlīnijas ir izstrādātas 21 ES valstī.

Ņemot vērā citu valstu pieredzi, Latvijā par vienu devu jeb standarta dzērienu ir pieņemti 12 gramu absolūtā alkohola. Šāda alkohola deva Latvijā tiek izmantota pētījumos, lai iegūtu reprezentatīvus un starptautiski salīdzināmus datus par alkohola lietošanas izplatību valstī. Jāatzīmē, ka Latvijā nav izstrādātas zema riska alkohola lietošanas vadlīnijas.

Eiropas Savienības Padome 2015. gada secinājumos par ES stratēģiju par alkohola radītā kaitējuma mazināšanu<sup>27</sup> aicina dalībvalstis turpināt veicināt alkohola radītā kaitējuma mazināšanu valsts un ES līmenī un izstrādāt visaptverošas valsts stratēģijas vai rīcības plānus, kas būtu pielāgoti īpašām vietējām un reģionālām tradīcijām. Eiropas Savienības Padome aicina dalībvalstis veikt atbilstīgus pasākumus, lai pasargātu jauniešus no alkohola pārmērīgas lietošanas un turpināt sniegt atbalstu saistībā ar informāciju un audzināšanu par kaitīgu alkohola patēriņu un īpaši riskantiem dzeršanas paradumiem.

Izstrādājot zema riska alkohola patēriņa vadlīnijas Latvijā, nepieciešams ņemt vērā alkohola patēriņu un iedzīvotāju īpatsvaru, kuri pēdējā gada laikā vismaz vienu reizi alkoholu lietojuši pārmērīgi (vīrieši 60 un vairāk gramus absolūtā alkohola, sievietes – 40 un vairāk gramus). Iedzīvotāju pārmērīgas alkohola lietošanas ziņa līdzīga situācija, kā Latvijā (44,5% 2015. gadā) ir Igaunijā (48,9%) un Austrijā (53,3%).

### Secinājumi

- Standarta dzēriena vai alkohola vienības jēdziens tika ieviests, lai sniegtu informāciju alkohola lietotājiem un palīdzētu viņiem mērīt savu alkohola patēriņu.
- Lielākā daļa Eiropas valstu atkarību speciālisti atbalsta ideju izstrādāt standarta dzēriena vienotu ES definīciju.
- Lai precīzi noteiktu alkohola patēriņu, izsakot to standarta dzērienos, uz alkoholisko dzērienu iepakojumiem ir jāizvieto informācija par tajos esošo standarta dzērienu skaitu.
- Vēlams norādīt absolūtā alkohola daudzumu alkoholisko dzērienu iepakojumos, izsakot to gramos absolūtā alkohola.
- Patērētājiem ir tiesības iegūt informāciju par alkoholisko dzērienu lietošanas ietekmi uz veselību, un informācija uz iepakojuma ir efektīvs veids, kā sniegt šo informāciju.

Eiropas valstīs zema riska alkohola patēriņa vadlīnijās noteiktais alkohola limits (gramos absolūtā alkohola)

Valsts	Standarta dzēriens <sup>26</sup> (a/a grami)	Dienas deva <sup>26</sup> (a/a grami)		Nedēļas deva <sup>26</sup> (a/a grami)		Iedzīvotāju īpatsvars (%) kuri pēdējā gada laikā vismaz vienu reizi alkoholu lietojuši pārmērīgi <sup>25</sup>		
		Vīrieši	Sievietes	Vīrieši	Sievietes	Kopā	Vīrieši	Kopā
Austrija	20	24	16	160	120	53,3	54,8	51,8
Bulgārija	13	20	10			35,8	31,9	39,7
Horvātija	10	20	10	200	120	24,4	35,0	13,9
Čehija	16	40	20					
Dānija	12	24	12	168	84	66,5	72,6	61,2
Igaunija	10	40	20	160	80	48,9	62,2	36,6
Somija	12	20	10	288	192	63,0	71,4	54,4
Francija	10	30	20			32,6	33,7	31,5
Vācija	10-12	24	12	120	60			
Griekija	10-16	30-48	20-32			21,8	25,9	17,8
Ungārija	10-14	24-48	18-21			12,4	17,1	7,7
Islande	10	24	16			62,0	59,4	64,5
Īrija	10	24	16	168	112			
Itālija	12	24	12			8,8	7,8	9,7
Lietuva	10	30-40	20-30	210	140	65,8	70,2	61,8
Luksemburga	12	24	12					
Malta	8-10	36	27	189	126			
Nīderlande	10	10	10					
Norvēģija	12-15					60,0	65,7	53,9
Polija	10	40	20	280	140	39,5	48,3	30,9
Portugāle	10	20	10			11,3	20,5	2,6
Rumānija	12		26			28,2	45,4	12,3
Slovēnija	10	20	10	140	70			
Spānija	10	40	20-25	280	170	36,1	39,6	32,4
Zviedrija	12	24	15	168	108	63,9	69,6	58,5
Šveice	10-12	20-36	10-24	2 dienas nelietot				
Apvienotā Karaliste	8			112	112	60,2	67,0	53,6

\* 60 un vairāk grami absolūtais alkohols

\*\* 40 un vairāk grami absolūtais alkohols

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem.SPKC,2016

Standarta dzēriens 10 grami absolūtā alkohola ir noteikts 11 valstīs: Horvātijā, Igaunijā, Francijā, Islandē, Īrijā, Lietuvā, Nīderlandē, Polijā, Portugālē, Slovēnijā, Spānijā.

Standarta dzēriens 12 grami absolūtā alkohola ir noteikts sešās valstīs: Dānijā, Itālijā, Luksemburgā, Rumānijā, Somijā, Zviedrijā. Bulgārijā standarta dzēriens ir 13 grami absolūtā alkohola, bet Čehijā – 16 grami.

Maltā standarta dzēriens ir 8-10 grami absolūtā alkohola. 10-12 grami ir noteikti Vācijā un Šveicē, savukārt Ungārijā – standarta dzēriens ir 10-14 grami absolūtā alkohola un Norvēģijā – 12-15 grami. Zemākais absolūtā alkohola saturs – 8 grami ir Apvienotā Karalistē, bet augstākais – 20 grami Austrijā.

Zema riska alkohola lietošanas vadlīnijas ir izstrādātas 21 ES valstī.

Ņemot vērā citu valstu pieredzi, Latvijā par vienu devu jeb standarta dzērienu ir pieņemti 12 grami absolūtā alkohola. Šāda alkohola deva Latvijā tiek izmantota pētījumos, lai iegūtu reprezentatīvus un starptautiski salīdzināmus datus par alkohola lietošanas izplatību valstī. Jāatzīmē, ka Latvijā nav izstrādātas zema riska alkohola lietošanas vadlīnijas.

Eiropas Savienības Padome 2015. gada secinājumos par ES stratēģiju par alkohola radītā kaitējuma mazināšanu<sup>27</sup> aicina dalībvalstis turpināt veicināt alkohola radītā kaitējuma mazināšanu valsts un ES līmenī un izstrādāt visaptverošas valsts stratēģijas vai rīcības plānus, kas būtu pielāgoti īpašām vietējām un reģionālām tradīcijām. Eiropas Savienības Padome aicina dalībvalstis veikt atbilstīgus pasākumus, lai pasargātu jauniešus no alkohola pārmērīgas lietošanas un turpināt

sniegt atbalstu saistībā ar informāciju un audzināšanu par kaitīgu alkohola patēriņu un īpaši riskantiem dzeršanas paradumiem.

Izstrādājot zema riska alkohola patēriņa vadlīnijas Latvijā, nepieciešams ņemt vērā alkohola patēriņu un iedzīvotāju īpatsvaru, kuri pēdējā gada laikā vismaz vienu reizi alkoholu lietojuši pārmērīgi (vīrieši 60 un vairāk gramus absolūtā alkohola, sievietes - 40 un vairāk gramus). Iedzīvotāju pārmērīgas alkohola lietošanas ziņa līdzīga situācija, kā Latvijā (44,5% 2015. gadā) ir Igaunijā (48,9%) un Austrijā (53,3%).

L.Šulca

#### IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Broholm K., Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Ghiselli A., Jones L., Martire S., Mongan D., Montonen M., Mäkelä P., Rossi L., Sarrazin D., Scafato E., Schumacher J., Steffens R. (2016) Good practice principles for low risk drinking

guidelines, Finland, National Institute for Health and Welfare, [www.rarha.eu](http://www.rarha.eu)

2. Rehm J et al. (2015) Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines. Toronto, On, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

3. Room R & Rehm J (2012) Clear criteria based on absolute risk: Reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. *Drug and Alcohol Review* 31, (March) 135–140.

4. Stockwell T and Room R (2012) Constructing and responding to low-risk drinking guidelines: Conceptualisation, evidence and reception. *Drug and Alcohol Review*, 31 (Special issue/2): 121–125.

5. Rehm J and Patra J (2012) Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug and Alcohol Review* 31 (2):156–161.

6. Department of Health. (2016) UK Chief Medical Officers' Low Risk Drinking Guidelines. London: Department of Health.

7. Dawson D (2011) Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health* 34 (2):144–156.

8. National Health and Medical Research Council (2009). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: National Health and Medical Research Council.

9. Health Council of the Netherlands (2015). Dutch dietary guidelines 2015. The Hague: Health Council of the Netherlands.

10. Babor T et al. (2010) Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.

11. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>

12. <http://www.nhs.uk/change4life/Pages/alcohol-lower-risk-guidelines-units.aspx>

13. Food Standards Australia and New Zealand (2014)

Labelling of alcoholic beverages: user guide. Food Standards Australia and New Zealand.

14. Campden BRI (2009) Monitoring Implementation of Alcohol Labelling Regime: Stage 2. Campden BRI.

15. [http://www.food-supply.dk/article/view/34365/bryggerierne\\_lancerer\\_genstandsmaerkning#](http://www.food-supply.dk/article/view/34365/bryggerierne_lancerer_genstandsmaerkning#)

16. Knibbe R and Bloomfield K (2001) Alcohol Consumption Estimates in Surveys in Europe: Comparability and Sensitivity for Gender Differences. *Substance Abuse*, 22(1): 23–38.

17. Kaskutas L and Graves K (2000) An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. *Journal Of Substance Abuse*, 12(1-2): 67–78.

18. Kerr W and Stockwell T (2012) Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug And Alcohol Review*, 31(2): 200–205.

19. Martin-Moreno J et al. (2013) Enhanced labelling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *Eur J Public Health*, 23(6): 1082–7.

20. Scafato E et al. (2014/2016) Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

21. Law of the Republic of Lithuania amending Article 9 of Law No. I-857 on alcohol control. Notification to the European Commission, Number: 2015/242/LT.

22. The Public Health (Alcohol) Bill 2015.

23. Wilkinson C and Room R (2009) Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug Alcohol Rev*, 28(4): 426–35.

24. Stockwell T (2006) A Review Of Research Into The Impacts Of Alcohol Warning Labels On Attitudes And Behaviour. Victoria: Centre for Addictions Research of BC.

25. Bedyńska S et al (2016) Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Finland, National Institute for Health and Welfare.

26. E. Scafato, L. Galluzzo, S. Ghirini, C. Gandin, S. Martire (2016) Low risk drinking guidelines in Europe: overview of

RARHA survey results Istituto Superiore di Sanità, Italy

[http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5\\_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines\\_FINAL.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf)

27. "Eiropas Savienības Padomes secinājumi par ES stratēģiju par alkohola radīta kaitējuma mazināšanu" (2015/C 418/03).

[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/HTML/?uri=CELEX:52015XG1216\(01\)&from=LV](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/HTML/?uri=CELEX:52015XG1216(01)&from=LV)

9. OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing.

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)

10. Alcoholic Liver Disease Robert S. O'Shea, Srinivasan Dasarathy, Arthur J. McCullough, and the Practice Guideline Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology, 2010.

[https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline\\_documents/AlcoholicLiverDisease1-2010.pdf](https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/AlcoholicLiverDisease1-2010.pdf)

11. Ramstedt M, Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries, (2001), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11228075>

12. Mann, R. E., Smart, R.G., Govoni, R. (2003) The Epidemiology of Alcoholic Liver Disease, 27; 209–19

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-3/209-219.htm>

13. Anderson, P. (1995) Alcohol and risk of physical harm. In: Holder, H.D., and Edwards, G., eds. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford: Oxford University Press. pp. 82–113

14. Parna K, Rahu K. Dramatic increase in alcoholic liver cirrhosis mortality in Estonia in 1992–2008. *Alcohol*, 2010, 548–551.

15. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2012, 399–420.

## STANDARTIZĒTAIS IEPAKOJUMS TABAKAS IZSTRĀDĀJUMIEM - EFEKTĪVAS TABAKAS KONTROLES STANDARTS

Tabakas lietošana ir viens no būtiskākajiem novēršamiem iedzīvotāju nāves cēloņiem pasaulē. Lai gan pirmie pierādījumi par smēķēšanas negatīvo ietekmi uz veselību publicēti jau 1956. gadā, tabaka un tās izstrādājumi mūsdienās ir kļuvuši par plaši lietotu patēriņa precī. Tabakas izstrādājumu lietošanas izplatība un izplatības tendences būtiski atšķiras pasaules valstu vidū. Vairākās valstīs ar augstu iedzīvotāju ienākumu līmeni novērojams būtisks tabakas patēriņa samazinājums, kā, piemēram, Austrālijā, kur smēķēšanas izplatība ir samazinājusies uz pusi – no 26.1% 1991. gadā līdz 13.3% 2013. gadā. Tajā pašā laikā daudzās valstīs ar zemu iedzīvotāju ienākumu līmeni šāda tendence netiek novērota. Aprēķini liecina, ka smēķēšanas radītais slogs izraisa 5 miljonus nāves gadījumus ik gadu, savukārt 70% no šī sloga 2030. gadā prognozēta tieši valstīs ar zemu iedzīvotāju ienākumu līmeni.<sup>1</sup>

Pasaules veselības organizācijas (PVO) Vispārējā konvencija par tabakas kontroli (Konvencija) ir pirmais dokuments, kura mērķis ir globāla rīcība tabakas lietošanas samazināšanai. Tās ietvarā tiek rekomendēta virkne stratēģiju tabakas patēriņa mazināšanai, tai skaitā tabakas izstrādājumu iepakojuma un marķēšanas kontrole. Atbilstoši Konvencijas 11. pantam „Tabakas izstrādājumu iepakojuma un marķēšana”, PVO rekomendē standartizētu

iepakojuma ieviešanu, kas ietver visa veida marketinga elementu izvietošanas aizliegšanu uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem, izņemot markas nosaukumu likumdošanā reglamentētā izmērā, krāsā un stilā.<sup>2</sup>

Kopš Konvencijas ratificēšanas 2005. gada pagājuši vairāk nekā desmit gadi, taču vien pēdējo gadu laikā novērojams uzskatāms progress šīs PVO rekomendētās politikas iniciatīvas ieviešanā. Tabakas industrijas lobijs un tiesvedība pret standartizētā iepakojuma ieviešanu, kā arī trūkstošā pierādījumu bāze par šī instrumenta darbības efektivitāti ilgstoši liegusi daudzām valstīm ieviest standartizēto iepakojumu nacionālā līmenī.<sup>1</sup>

Lai motivētu valstis izšķirties par labu standartizētā iepakojuma ieviešanai, 2016. gada 31. maijā, kad ik gadu tiek atzīmētā diena bez tabakas, PVO aktualizēja standartizētā iepakojuma nozīmi tabakas kontroles politikā, mudinot valstis rīkoties un pieņemt lēmumus tā ieviešanai<sup>3</sup>. Lai atbalstītu valstis savā rīcībā, PVO publicējis visaptverošu ziņojumu: „Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation”, kurā apkopoti pierādījumi par standartizētā iepakojuma efektivitāti un valstu pieredzi šīs politikas ieviešanā<sup>4</sup>. Turpmāk tekstā sniegta informācija par standartizētā iepakojuma ieviešanas pirmsākumiem, valstu pieredzi un efektivitāti.

### No ieceres līdz politikas veidošanai un īstenošanai

Vēsturiski, standartizētā iepakojuma iniciatīvas pirmsākumi meklējami 80. gadu beigās Jaunzēlandē, kur baltu cigarešu iepakojumu ieviešana bez zīmola raksturīgu krāsu un logo izmantošanu pirmoreiz tika rekomendēta kā instruments cīņā ar tabakas industrijas marketinga aktivitātēm un to ietekmi uz smēķēšanas izplatību. 1990. gadā Kanādā priekšlikums par standartizēto iepakojumu ieviešanu tika rekomendēts balstoties uz pētījumiem par to ietekmes varbūtību. Neskatoties uz to, tabakas lobija rezultātā, šis priekšlikums toreiz netika atbalstīts.<sup>5</sup>

Šobrīd (2017. gada maijs) standartizētais iepakojums ir ieviests vai pieņemta likumdošana tā ieviešanai sekojošās valstīs: Austrālijā, Francijā, Apvienotajā Karalistē, Īrijā (no 2018. gada septembra), Ungārijā (no 2019. gada maija), Jaunzēlandē (konkrēts stāšanās spēkā datums vēl nav zināms).<sup>5</sup>

Kopš pirmo iniciatīvu izstrādāšanas un turpmāko gadu laikā, esošo pierādījumu skaits par tabakas izstrādājumu iepakojuma nozīmi un ietekmi uz patērētāju paradumiem turpina pieaugt.

Pētījumi liecina, ka pastāv būtiska saikne starp iepakojuma dizainu un patērētāju uztvertu risku par tabakas izstrādājuma lietošanu<sup>6</sup>. Iepakojums, bet jo īpaši iepakojumā izmantotās krāsas ietekmē patērētāja uztveri par lietošanu saistīto risku.

Jau 1996. gadā Philip Morris veikts pētījums liecināja, ka patērētāji priekšroku deva sarkanam iepakojumam, nevis zilam, kas pēc smēķētāju viedokļa saturēja pārāk „vieglas” cigaretes, tādējādi apliecinot iepakojuma nozīmi patērētāja maldināšanā par tā sastāvu un kaitīgumu<sup>7</sup>.

Lai gan Eiropas Savienībā (turpmāk – ES) uzraksti „Light” „Mild” izvietošana uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem ir aizliegta, tabakas industrija šobrīd nosaukuma vietā izmanto krāsu gradāciju, liekot patērētājiem domāt, ka noteiktā krāsā marķēts iepakojums satur „vieglāka” vai „stiprāka” veida tabakas izstrādājumu. Uzskatāmākais piemērs tam ir Marlboro markas cigaretes, kas no Marlboro Lights kļuva par Marlboro Gold, bet Marlboro Ultra Lights par Marlboro Silver. Šī nosaukuma maiņas izvērtējumā tika konstatēts, ka 92% smēķētāju viegli varēja atpazīt patērēto zīmolu arī pēc tam, kad tas mainīja savu oriģinālo nosaukumu, apliecinot iepakojuma nozīmi ražotāja komunikācijā ar mērķauditoriju un tās maldināšanu.<sup>8</sup>

Tabakas izstrādājumu iepakojuma nozīme meklējama faktā, ka tie reklamē tabakas patēriņu ne tikai to tirdzniecības vietās, bet arī produktu lietošanas laikā, kas ir efektīvs bezmaksas reklāmas instruments. Tabakas izstrādājumu iepakojums kalpo kā vides reklāma, tādējādi daudzās valstīs apejot likumdošanu, kas nosaka vides reklāmas aizliegumu.<sup>4</sup>

Atpazīstot tabakas izstrādājumu iepakojuma nozīmi gan jaunu patērētāju piesaistīšanai, gan patstāvīgo lietotāju maldināšanā, 2001. gadā tika pieņemta Eiropas Komisijas un Padomes Direktīva 2001/37/EK, kas pirmoreiz noteica ES dalībvalstu tiesības un pienākumus attiecībā uz tabakas izstrādājumu tirdzniecības, ražošanas un iepakojuma reglamentēšanu<sup>9</sup>. Balstoties uz šo Direktīvu, 2008. gadā Latvijā tika ieviesti kombinētie brīdinājumi, kas noteica attēla un brīdinoša uzraksta izvietošanu uz cigarešu iepakojumiem. To mērķis bija patērētāju informēšana par tabakas izstrādājumu kaitīgumu un izstrādājumu pievilcīguma mazināšana.

Līdz ar Eiropas Komisijas un Padomes Direktīvas 2014/40/ES „par dalībvalstu normatīvo un administratīvo aktu tuvināšanu attiecībā uz tabakas un saistīto izstrādājumu ražošanu, noformēšanu un pārdošanu” pieņemšanas 2012. gadā, kas atcēla Direktīvu 2001/37/EK, kopš 2016. gada 20. maija Eiropas Savienības dalībvalstīm ir saistoši stingrāki noteikumi attiecībā arī uz tabakas izstrādājumu iepakojumu vizuālo tēlu<sup>10</sup>.

Kopš 2016. gada 20. maija, kad ar likuma „Tabakas izstrādājumu, augu smēķēšanas produktu, elektronisko smēķēšanas ierīču un to šķidrumu aprites likums”<sup>11</sup> stāšanās spēkā

Latvija pārņēmusi iepriekš minētās Direktīvas prasības nacionālajā likumdošanā, Latvijā, tā pat kā citviet Eiropas Savienībā tirdzniecībā pakāpeniski nonākuši jauni smēķējamo tabakas izstrādājumu iepakojumi, kuri, salīdzinot ar līdz šim izmantotajiem iepakojumiem, satur vizuāli uzkrītošākus un lielākus kombinētos brīdinājumus. Lai gan Direktīva nenosaka valstīm prasību ieviest standartizētu iepakojumu, jauno noteikumu motivētas, vairākas Eiropas Savienības dalībvalstis spērušas soli tālāk un pieņēmušas likumdošanu standartizētā iepakojuma ieviešanai.

### Starptautiskā pieredze

Lai gan pēdējo gadu laikā tieši Eiropas Savienības dalībvalstis aktivizējušās standartizētā iepakojuma ieviešanā, par šīs politikas pionieri ir uzskatāma Austrālija, kas 2012. gadā kļuva par pirmo valsti pasaulē, kura ieviesa standartizēto tabakas izstrādājumu iepakojumu. Pēc vairāku gadu laikā gūtas pieredzes, ietekmes izvērtējumu un tiesas prāvu lēmumiem, secināms, ka standartizēts iepakojums ir juridiski likumīgs un efektīvs sabiedrības veselības veicinošs instruments. Lai gan vēl šobrīd tabakas industrija neatlaidīgi turpina apstrīdēt standartizētā iepakojuma likumību, gūtā pierādījumu bāze un tiesu lēmumi par labu standartizēto iepakojumu ieviešanas likumīgumam ir devuši pozitīvu signālu, lai arvien lielāks valstu skaits pieņemtu atbilstošu likumdošanu standartizētā iepakojuma ieviešanai.<sup>4</sup>

Neatkarīgi no valsts, kurā pieņemta likumdošana par standartizētā iepakojuma izmantošanu, šis process visās valstīs bijis ilglaicīgs un darbietilpīgs mērķis.

Austrālijā pirmie soļi jaunā standarta ieviešanā tika sperti 2008. gadā, kad tika izveidota īpaša ekspertu komisija, kuras mērķis bija uz pierādījumiem balstītu stratēģiju izstrādāšana, lai risinātu alkohola, tabakas un liekā svara problēmu Austrālijā. Balstoties uz šīs komisijas izdarītajiem secinājumiem, valdība 2010. gadā uzsāku darbu pie standartizēta iepakojuma ieviešanu. Savukārt Īrijā 2013. gadā tika publicēts likumdošanas projekts standartizētā iepakojuma ieviešanai, kam sekoja ietekmes analīze, sabiedriskā apspriešana, pierādījumu un izvērtējumu publiskošana līdz likumdošanas pieņemšanai 2015. gadā. Līdzīgu ilggadēju ceļu savulaik gājusi arī Apvienotā Karaliste, līdz 2015. gadā tika pieņemta likumdošana parlamentā. 2011. gadā tika publicēts ziņojums „Veselīgas dzīves, veseli cilvēki: tabakas kontroles plāns Anglijai” (*“Healthy lives, healthy people: at tobacco control plan for England”*), kas iekļāva punktu par publiskās konsultācijas veikšanu attiecībā uz standartizētā iepakojuma ieviešanu. Francijā, kur standartizētie iepakojumi ieviesti kopš 2017. gada janvāra, standartizētā iepakojuma pieņemšana tika iekļauta nacionālajā smēķēšanas ierobežošanas plānā 2014 - 2019 gadam. 2015. gadā Ungārijā informēja ES dalībvalstis par savu nodomu pieņemt standartizētā iepakojuma likumdošanu 2016. gada martā. 2015. gadā gan Norvēģija, gan Kanāda uzsāka darbu pie likumdošanas

pieņemšanas. Singapūra, Čīle, Dienvidāfrika un Turcija apsver standartizētā iepakojuma ieviešanu.<sup>4</sup>

Neatkarīgi no valstu pieredzes un individuālās pieejas standartizētā iepakojuma likumdošanas pieņemšanā, PVO Konvencija un tās vadlīnijas:

- norāda, ka standartizētais iepakojums būtu attiecināms uz visiem tabakas izstrādājumu veidiem;

- rekomendē, ka uz iepakojumiem norādītie zīmola un produkta standartizētā krāsā un fontā ir vienīgā uz iepakojumiem izvietotā informācija zīmola reklamēšanas nolūkā<sup>12</sup>;

- rekomendē, ka dizaina elementi, kas padara tabakas izstrādājumus pievilcīgākus patērētājiem, kā, piemēram, krāsainas cigaretes, pievilcīgs aromāts vai cita veida dizaina elementu izmantošana ir pakļaujama standartizēta iepakojuma reglamentējošā likumdošanā<sup>13</sup>;

- rekomendē standartizēta iepakojuma izmantošanu tabakas izstrādājumiem<sup>14</sup>;

- rekomendē, ka uzlīmes, iepakojums un reklāmas materiāli, kas izvietoti uz vai iepakojuma iekšienē neaizsedz brīdinošos attēlus un tekstu<sup>15</sup>;

- rekomendē, ka atvēlētais laiks ražotājiem jaunā standarta ieviešanai ir pietiekams, lai nodrošinātu ražošanas pielāgošanu<sup>13</sup>.

### Efektivitāte

Lai gan individuālo pētījumu rezultātu interpretācija ir ierobežota, tie ļauj veikt secinājumus par standartizētā iepakojuma izmantošanas efektivitāti.

Virkne pētījumu, kas veikti Austrālijā, Brazīlijā, Kanādā, Jaunzēlandē, ASV, Austrālijā, Francijā, Apvienotajā Karalistē atbalstījuši secinājumu, ka standartizētais iepakojums samazina tabakas izstrādājumu pievilcīgumu. Vienlaicīgi pētījumi liecina, ka samazinās ne tikai tabakas izstrādājumu iepakojumu izmantošana marketinga nolūkos, bet arī smēķētāju īpatsvars valstīs, kurās tas ir ieviests. Standartizēts iepakojums palielina smēķētāju vēlmi atnest smēķēšanu.<sup>4</sup>

Uzskatāms piemērs tam ir Austrālija, kur kopš standartizētā iepakojuma ieviešanas ir samazinājusies smēķēšanas izplatība. Salīdzinot datus no 2011. un 2013. gada, tātad gadu pirms un gadu pēc standartizētā iepakojuma ieviešanas, secināms, ka ikdienā smēķējošo iedzīvotāju īpatsvars vecumā pēc 14 gadu vecuma samazinājās par 15%. Šāda tendence novērojama arī ilgākā laika perioda, kas apliecina, ka standartizēto iepakojumu ieviešanas efekts nav īslaicīgs. Laika posmā no 2011. gada līdz 2014. gadam smēķētāju īpatsvars 12 līdz 17 gadīgo jauniešu vidū samazinājās par 24%.

Lai gan pētījumi, kuros tika konstatēts smēķētāju īpatsvara samazinājums netika veikti specifiski standartizētā iepakojuma efektivitātes mērīšanai, rezultāti norāda uz standartizēta iepakojuma ietekmes korelāciju ar smēķēšanas

izplatības rādītājiem. Vienlaicīgi arī jāuzsver, ka smēķēšanas izplatības rādītāju samazināšanas pamatā ir multisektorāla koordinēta un uz pierādījumiem balstīta rīcība, kas Austrālijā īstenota pēdējo 50 gadu laikā. Tas nozīmē, ka standartizēta iepakojuma ieviešana nav universāls instruments, lai risinātu smēķēšanas problemātiku valstī, bet gan katalizators, kas kombinācijā ar citām aktivitātēm tabakas izstrādājumu pieejamības mazināšanai un smēķēšanas atmešanas veicināšanai var efektīvi ilgtermiņā mudināt iedzīvotājus atstāt smēķēšanu.<sup>4</sup>

Vairākums pierādījumu, kas atbalsta standartizēta iepakojuma izmantošanu kā tabakas kontroles politikas instrumentu, nāk no valstīm ar augstiem iedzīvotāju ienākumu līmeņiem (Austrālija, Jaunzēlande, Kanāda, Apvienotā Karaliste, Norvēģija, Beļģija, Francija un Itālija). Standartizēta iepakojuma potenciālā ietekme ir mazāk izprasta valstīs ar zemu iedzīvotāju ienākumu līmeni, kur tās saskaras ar atšķirīgiem izaicinājumiem, lai samazinātu augstus smēķēšanas izplatības rādītājus un to radītās sekas – augstu iedzīvotāju saslimstību un mirstību.<sup>1</sup>

Daudzi no pieejamajiem pētījumiem uzskatāmāko standartizētā iepakojuma ietekmi novērojuši tieši gados jaunāko iedzīvotāju vidū. Pētījumu rezultāti liecina, ka pēc jauniešu uzskatiem, standartizēts iepakojums un uzskatāmi brīdinošie uzraksti pat tabakas izstrādājuma kaitīgo ietekmi ir visefektīvākie instrumenti smēķēšanas pievilcīguma mazināšanai. Apvienotajā Karalistē veiktā pētījumā 91% aptaujāto 10-17 gadīgo jauniešu uzskatīja, ka standartizētais iepakojums ir nepievilcīgs, 87%, ka nestilgs, bet 88% aptaujāto negribētu, lai kāds viņus pamanītu ar šo iepakojumu<sup>17</sup>. Aptaujātie arī norādīja, ka standartizēta iepakojuma cigarešu smēķētāji bija nepopulāri (59%), garlaicīgi (63%), nemoderni (67%) un vecmodīgi (69%). Tieši jaunieši, kuri savas dzīves laikā nebija pamēģinājuši smēķēt visbiežāk pauda šādu viedokli, kas norāda uz standartizētā iepakojuma pozitīvo ietekmi uz

nesmēķētājiem, pamatojot pieņēmumu, ka tie var atbalstīt jauniešu lēmumu neuzsākt smēķēt, darbojoties kā aizsargfaktors<sup>17</sup>.

Valstu aktivitāte standartizētā iepakojuma ieviešanā apliecina globālo tendenci par Standartizētais cigarešu paciņas iepakojums Austrālijā



Attēls: Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. WHO, 2016

labu standartizētā iepakojumam, kas no eksperimenta pakāpeniski kļūst par labas prakses piemēru tabakas kontroles politikas īstenošanā globālā līmenī.

Lai gan prognozējams, ka lielākā daļa ES dalībvalstu tuvāko piecu gadu laikā neievieš standartizēto iepakojumu, pieaugot valstu skaitam, kurās tas tiek ieviests, palielināsies gan pierādījumu skaits, gan spiediens uz valstīm šī standarta ieviešanā, lai nodrošinātu efektīvu rīcību smēķēšanas izplatības mazināšanā.

Balstoties uz 2016. gada Tabakas kontroles skalas datiem, valstis, kuras šobrīd jau ir ieviešušas standartizēto iepakojumu ir līderes tabakas kontrolē Eiropā. Gan Apvienotā Karaliste, gan Francija un Ungārija ierindotas skalas pirmajā desmitniekā, baltoties uz saņemto punktu skaitu, kas tiek piešķirts valstīm par īstentām aktivitātēm tabakas kontrolē. Latvija ar 44 punktiem ieņem 26. vietu 35 Eiropas valstu vidū, kas ir par divām vietām zemāks vērtējums nekā 2013. gadā.<sup>17</sup>

U.Mārtiņšone

## EIROPAS 2017. GADA ZIŅOJUMS PAR NARKOTIKĀM

### EMCDDA norāda uz pieaugošu apdraudējumu, ko rada jaunas un tradicionālas narkotikas

Narkotiku pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaita palielināšanās, jaunu psihoaktīvo vielu pastāvīga pieejamība un pieaugošs veselības apdraudējums, ko rada ļoti iedarbīgi sintētiskie opioīdi, ir daži no jautājumiem, kuriem pievērsta īpašu uzmanību jaunākajā ES narkotiku aģentūras (EMCDDA) publicētajā ziņojumā "Eiropas 2017. gada ziņojums par narkotikām — tendences un aktualitātes"<sup>1</sup>.

Gada pārskatā aģentūra pēta arī pazīmes, kas liecina par kokaina pieejamības palielināšanos, norises ar kaņepēm saistītajā politikā un vielu lietošanas izplatību skolu audzēkņu vidū. Ņemot vērā, ka narkotiku radītās problēmas, ar

kurām saskaras Eiropa, arvien vairāk ietekmē starptautiskas norises, situācija ir aplūkota globālā kontekstā.

Eiropas migrācijas, iekšlietu un pilsonības komisārs Dimitris Avramopoulos saka: "Narkotiku problēmas ietekme joprojām ir liels izaicinājums Eiropas sabiedrībai. Vairāk nekā 93 miljoni Eiropas iedzīvotāju dzīves laikā ir pamēģinājuši nelegālas narkotiskās vielas, un trešo gadu pēc kārtas turpina palielināties letālas pārdozēšanas gadījumu skaits. Īpaši satraucošs ir fakts, ka jaunieši tiek pakļauti daudzu jaunu un bīstamu narkotisko vielu radītajam apdraudējumam. Laikposmā no 2009. līdz 2016. gadam Eiropā ir atklāti jau 25 ļoti iedarbīgi sintētiskie opioīdi, kas rada pieaugošu veselības apdraudējumu, jo daudzu tūkstošu devu izgatavošanai ir vajadzīgi ļoti

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- Hughes N, Arora M, Grills N. Perceptions and impact of plain packaging of tobacco products in low and middle income countries, middle to upper income countries and low-income settings in high-income countries: a systematic review of the literature. *BMJ Open* 2016;6:e010391. doi:10.1136/bmjopen-2015-010391
- <https://likumi.lv/doc.php?id=98236>
- <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/e/>
- WHO (2016). Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. Philippines: World Health Organization. [5https://en.wikipedia.org/wiki/Plain\\_tobacco\\_packaging](https://en.wikipedia.org/wiki/Plain_tobacco_packaging)
- Hammond D, Parkinson C. The impact of cigarette package design on perceptions of risk. *Journal of Public Health*, 2009; 31(3):345-53;
- Philip Morris, Identified HTI Test Of Marlboro Ultra Lights In A Blue Pack Versus MarlboroUltra Lights In A Red Pack (Project No. 1256/1257), September 3, 1996, Bates no. 2047387079-2047387089, pieejams elektronisko <https://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=zthl0019>.
- Connolly GN, Alpert HR. Has the tobacco industry evaded the FDA's ban on 'light' cigarette descriptors? *Tobacco Control*, 2014; 23:140 – 145.
- <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32001L0037>
- [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL\\_2014\\_127\\_R\\_0001](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=OJ%3AJOL_2014_127_R_0001)
- <https://likumi.lv/ta/id/282077-tabakas-izstradajumu-augu-smekšanas-produktu-elektronisko-smekšanas-iericu-un-to-skidrumu-aprites-likums>
- Guidelines for Implementation of Article 11, paragraph 46.
- Guidelines for Implementation of Article 11, paragraph 59.
- Guidelines for Implementation of Article 13, paragraph 17.
- Guidelines for Implementation of Article 11, paragraph 54.
- Collin N Smith, John D Kraemer, Andrea C Johnson, Darren Mays. Plain packaging of cigarettes: do we have sufficient evidence? *Risk Management and Healthcare Policy* 2015:8 21–30
- Germain D, Wakefield M, Durkin S. Adolescents' perceptions of cigarette brand image: does plain packaging make a difference? *Journal of Adolescent Health*, 2010; 46:385–392;
- <http://www.tobaccocontrolscale.org/>

mazi šo vielu apjomi. Eiropas gada ziņojums par narkotikām piedāvā analīzi, vadlīnijas un rīkus, kas vajadzīgi, lai mēs kopīgiem spēkiem visā Eiropā novērstu šo apdraudējumu ne vien iedzīvotāju veselības labā, bet arī tāpēc, ka nav pieļaujama situācija, kad milzīgi narkotiku biznesa ienākumi nonāk organizētu noziedzīgu grupu rokās Eiropā un aiz tās robežām."

### Trešo gadu pēc kārtas palielinās pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaits

EMCDDA ziņojumā ir paustas bažas par Eiropā pieaugošu letālas narkotiku pārdozēšanas gadījumu skaitu, kas palielinās trešo gadu pēc kārtas. Aplēsts, ka 2015. gadā Eiropā (28 ES valstīs, Turcijā un Norvēģijā (1.attēls)) bija kopskaitā 8 441 pārsvarā ar heroīnu un citiem



NESMĒKĒTĀJU  
AIZSARGĀŠANA NO  
PASĪVĀS SMĒKĒŠANAS

Pētījumi uzskatāmi apliecina, ka nepastāv nekaitīgs pasīvās smēķēšanas pakļautības līmenis. Visaptveroša smēķēšanas ierobežošanas likumdošana ir vienīgais līdzeklis pasīvās smēķēšanas izplatības mazināšanai, kas saskaņā ar Pasaules veselības organizācijas (PVO) Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību 8. pantu rada pamatu smēķēšanas izplatības ierobežojošu mēru pieņemšanai visās valstīs. PVO izdotajā publikācijā „Evidence brief - How can we best protect non-smokers from exposure to tobacco smoke” apkopoti pierādījumi, kas gūti no PVO Eiropas valstu pieredzes efektīvu pasākumu īstenošanā pasīvās smēķēšanas ierobežošanā.

Gūtī pierādījumi liecina, ka sabiedrība atbalsta smēķēšanas ierobežojumus, kas veicina to ieviešanu. Efektīvi smēķēšanas ierobežojumi spēj pasargāt darbiniekus no pasīvās smēķēšanas, samazinot sekundāro dūmu koncentrāciju gaisā, kā arī samazināt smēķēšanas izplatību. Sīkāk ar gūtajiem pierādījumiem var iepazīties PVO sagatavotajā publikācijā, kas pieejama elektroniski <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/evidence-brief-how-can-we-best-protect-non-smokers-from-exposure-to-tobacco-smoke2>



TABAKAS IZSTRĀDĀJUMU  
IEPAKOJUMU  
BRĪDINĀJUMU IETEKME  
UZ ZINĀŠANĀM UN  
UZVEDĪBU

Pierādījumi liecina, ka rakstisku un grafisku brīdinājumu kombinēšana un izvietošana uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem ir efektīvāka nekā rakstiski brīdinājumu izvietošana. Attēlu izmantošana palielina cilvēku apziņu par tabakas lietošanas radītajiem riskiem. Pasaules veselības organizācijas (PVO) Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību 11. pants nosaka brīdinājumu izmantošanu uz iepakojumiem, rekomendējot grafisku brīdinājumu izmantošanu. Pētījumi apliecina, ka grafiski brīdinājumi palielina smēķēšanas atmešanu un samazina smēķēšanas uzsākšanu. Pretēji tabakas industrijas apgalvojumiem, grafisko brīdinājumu izmantošana ir viegls un lēti ieviešams līdzeklis, kas nepalielina nelegālo tabakas izstrādājumu tirdzniecību. Sīkāka pierādījumu analīze meklējama PVO elektroniskajā publikācijā: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/evidence-brief-how-large-pictorial-health-warnings-on-the-packaging-of-tobacco-products-affect-knowledge-and-behaviour>

opioīdiem saistīts pārdozēšanas izraisīts nāves gadījums, kas ir palielinājums par 6 %, salīdzinot ar 2014. gadu, kad 30 valstīs tika konstatēti 7 950 nāves gadījumi. Par pieaugumu tika ziņots gandrīz visās vecuma grupās Par pārdozēšanas izraisītu nāves gadījumu skaita pieaugumu 2015. gadā ziņoja Vācija, Lietuva, Nīderlande, Zviedrija, Apvienotā Karaliste un Turcija. Starp neaizsargātākajām grupām ir Eiropas 1,3 miljoni problemātisko opioīdu lietotāju.

Toksikoloģiskajos ziņojumos regulāri tiek minēti arī aizstājterapijā izmantojamie opioīdi, galvenokārt metadons un buprenorfīns. Saskaņā ar jaunākajiem datiem Dānijā, Īrijā, Francijā un Horvātijā ar metadonu saistīto reģistrēto nāves gadījumu skaits pārsniedz ar heroīnu saistīto nāves gadījumu skaitu, uzsverot vajadzību pēc labas klīniskās prakses, lai novērstu šo vielu novirzīšanu no to likumīgās izmantošanas <sup>2</sup>.

Intervences pasākumi pārdozēšanas novēršanai Eiropā ietver uzraudzītu narkotiku lietošanas telpu izveidi un līdzņemama naloksona (opioīdu pārdozēšanas pretlīdzekļa) izdalīšanu opioīdu lietotājiem, viņu līdzbiedrība un ģimenēm <sup>3</sup>. Narkotiku lietošanas telpas pašlaik darbojas sešās ES valstīs (Dānijā, Vācijā, Spānijā, Francijā, Luksemburgā un Nīderlandē) un Norvēģijā (kopskaitā 78 telpas septiņās valstīs) <sup>4</sup>. Līdzņemama naloksona izdalīšanas programmas pašlaik ir deviņās ES valstīs (Dānijā, Vācijā, Igaunijā, Īrijā, Spānijā, Francijā, Itālijā, Lietuvā un Apvienotajā Karalistē) un Norvēģijā <sup>5</sup>.

**Jaunu vielu parādīšanās temps palēninās, bet kopējā pieejamība nemazinās**

Jaunas psihoaktīvās vielas Eiropā joprojām ir būtiska sabiedrības veselības problēma.

Pie šīm vielām, uz kurām neattiecas starptautiskie narkotiku kontroles pasākumi, pieder plašs sintētisku vielu klāsts, tostarp kanabinoīdi, katinoni, opioīdi un benzodiazepīni.

Ar ES agrīnās brīdināšanas sistēmas starpniecību 2016. gadā pirmo reizi ir atklātas 66 jaunas vielas, t.i., vairāk nekā viena viela nedēļā <sup>2</sup>. attēls). Lai gan šis rādītājs liecina, ka temps, kādā tirgū parādās jaunas vielas, palēninās (2015. gadā tika atklātas 98 vielas), kopējais pašlaik pieejamo vielu skaits joprojām ir augsts. Līdz 2016. gada beigām E M C D D A uzraudzīja vairāk nekā 620 jaunu psihoaktīvo vielu (salīdzinājumā ar aptuveni 350 vielām 2013. gadā).

To, ka jaunu vielu atklāšanas temps Eiropā palēninās, var skaidrot ar vairākiem faktoriem. Dažas dalībvalstis ir pieņēmušas jaunus tiesību aktus (paredzot, piemēram, vispārējus aizliegumus un kontroles pasākumus, pamatojoties uz vispārīgo un analogo pieeju),

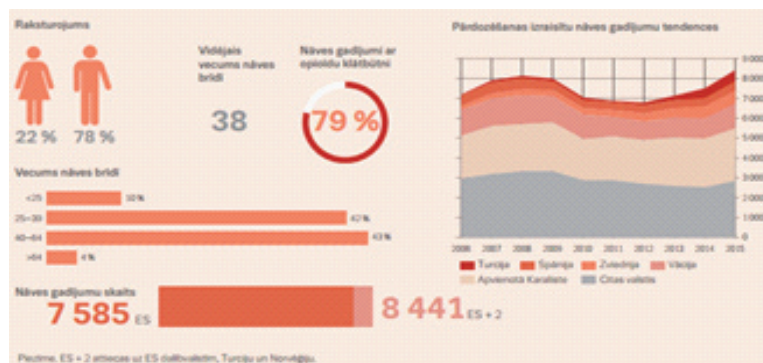
kas ir radījuši ierobežojošāku juridisko vidi, kurā ražotāji varētu būt mazāk ieinteresēti iesaistīties “paslējņu spēlēšanā” ar regulatoriem, cenšoties izmantot inovāciju, lai apsteigtu kontroles pasākumus. Tempa palēnināšanos varētu veicināt arī pret jaunu psihoaktīvo vielu izgatavošanas laboratorijām vērsti tiesībaizsardzības un kontroles pasākumi Ķīnā.

EMCDDA direktors Alexis Goosdeel saka: “Mūsu jaunākie konstatējumi liecina, ka reakcija uz jaunām psihoaktīvajām vielām, piemēram, jauni tiesību akti un mērķtiecīgi pasākumi, vērsties pret populāriem veikalumiem, kas pārdod šo vielu preparātus, iespējams, ietekmē jaunu vielu parādīšanos tirgū. Tomēr, neraugoties uz pozitīvajām pazīmēm, kas norāda uz produktu inovācijas tempa palēnināšanos, kopējā pieejamība joprojām ir augsta. Mēs redzam, ka šo vielu tirdzniecība kļūst slepenāka, darījumi arvien biežāk tiek veikti tiešsaistē vai nelegālo narkotiku tirgū, un nesēri ar parādījušās dažas ļoti iedarbīgas vielas, kas ir bijušas saistītas ar nāves un smagas intoksikācijas gadījumiem.”

Agrīnās brīdināšanas sistēmai 2015. gadā ir ziņots par gandrīz 80 000 jaunu psihoaktīvo vielu konfiskācijas gadījumu (3. attēls). No visiem 2015. gadā paziņotajiem jaunu vielu konfiskācijas gadījumiem vairāk nekā 60 % veido sintētiskie kanabinoīdi un sintētiskie katinoni (vairāk nekā 47 000 gadījumu). EMCDDA 2016. gada jūlijā pirmo reizi ir veikusi sintētiskā kanabinoīda — MDMB-CHMICA — riska novērtējumu pēc tam, kad ar agrīnās brīdināšanas sistēmas starpniecību bija saņemtas ziņas par tā kaitīgo iedarbību (tostarp aptuveni 30 nāves gadījumiem). Saskaņā ar 2017. gada februārī pieņemto lēmumu uz šo vielu visā Eiropā tagad attiecas kontroles pasākumi <sup>6</sup>.

Šodien publicētajam ziņojumam ir pievienota jauna analīze par augsta riska narkotiku lietošanu un jaunām psihoaktīvajām vielām, kurā galvenā uzmanība pievērsta problemātiskai jaunu vielu lietošanai dažādās demogrāfiskās grupās, piemēram, starp opioīdu un amfetamīna injicētajiem, ieslodzītajiem, bezpajumtniekiem

1.attēls. Narkotiku izraisītas nāves gadījumi Eiropā



un vīriešiem, kam ir dzimumattiecības ar citiem vīriešiem. Ziņojumā īpaši ir pētīta sintētisko katinonu, sintētisko kanabinoīdu un jaunu sintētisko opioīdu lietošana, ar to saistītais kaitējums un reakcijas <sup>7</sup>.

## Jauni sintētiskie opioīdi — spēcīga iedarbība un pieaugošs veselības apdraudējums

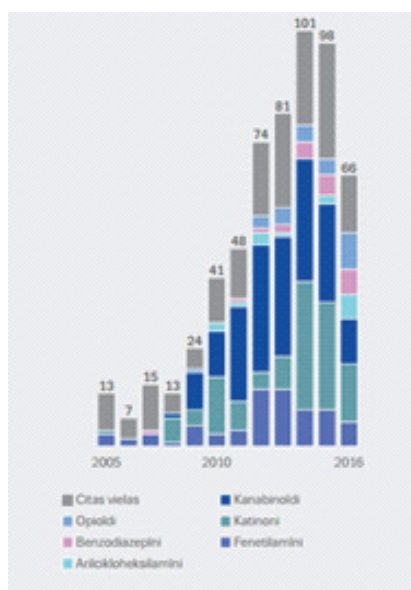
Eiropā un arī Ziemeļamerikā pieaugošu veselības apdraudējumu rada ļoti iedarbīgi sintētiskie opioīdi, kas imitē heroīna un morfīna iedarbību. Lai gan šīs vielas aizņem mazu tirgus daļu, arvien biežāk tiek saņemti ziņojumi par to parādīšanos un nodarīto kaitējumu, tostarp neletālas intoksikācijas un nāves gadījumiem. Laikposmā no 2009. līdz 2016. gadam Eiropā ir atklāti 25 jauni sintētiskie opioīdi (no tiem 18 ir fentanili).

Lai saražotu daudzus tūkstošus ielas devu, ir vajadzīgi ļoti mazi šo vielu apjomi, tāpēc jaunos sintētiskos opioīdus ir viegli noslēpt un pārvaldāt, bet tas sarežģī narkotiku kontroles aģentūru darbu, vienlaikus padarot šīs vielas par potenciāli pievilcīgu peļņas avotu organizētajai noziedzībai. Jaunie opioīdi ir sastopami dažādos veidos, galvenokārt kā pulveri, tabletes un kapsulas, bet daži ir pieejami arī kā šķidrums un tiek pārdoti kā deguna aerosoli.

Fentanili tiek īpaši uzraudzīti. Šīs ārkārtīgi spēcīgas iedarbības vielas, no kurām dažas ir daudz iedarbīgākas par heroīnu, veido vairāk nekā 60 % no 2015. gadā paziņotajiem 600 jaunu sintētisko opioīdu konfiskācijas gadījumiem. Agrīnās brīdināšanas sistēmai 2016. gadā vien pirmo reizi ir ziņots par astoņiem jauniem fentaniliem. Šīs vielas rada nopietnu intoksikācijas risku ne vien lietotājiem, bet arī cilvēkiem, kas to iedarbībai var tikt pakļauti nejauši (saskarē ar ādu, ieelpojot utt.), piemēram, pasta un muitas darbiniekiem un ārkārtas palīdzības dienestu personālam.

EMCDDA 2017. gada sākumā ir veikusi divu fentanilu (akriloilfentanila un furanilfentanila) riska novērtējumu pēc tam, kad bija saņemta informācija par vairāk nekā 50 šo vielu

2.attēls. ES agrīnās brīdināšanas sistēmai pirmo reizi paziņoto jauno psihoaktīvo vielu skaits un kategorijas, 2005.–2016. gads



piecus ar šiem un citiem jauniem fentaniliem saistītus veselības brīdinājumus sava tikla dalībniekiem visā Eiropā.

## Vai globālās norises ar marihuānu saistītās politikas jomā ietekmē Eiropu?

Marihuānas tiesiskā regulējuma nesēnās izmaiņas vairākās Amerikas kontinenta daļās ir raisījušas interesi Eiropas politikas veidotāju un sabiedrības vidū<sup>11</sup>. “Ar marihuānas saistītās politikas atšķirīgo pieeju relatīvās izmaksas un ieguvumus būs iespējams novērtēt tikai pēc kāda laika, kad būs pieejami robusti izvērtējumi,” ir teikts ziņojumā. ES 28 dalībvalstīs pastāv atšķirības attieksmē pret marihuānas regulējumu un lietošanu — pašreizējās pieejas svārstās no ierobežojošiem modeļiem līdz iecietībai pret

izklaides nolūkos.

Neatkarīgi no plašākas ietekmes uz narkomānijas apkarošanas politiku, komerciāli regulēta marihuānas tirgus pastāvēšana dažās valstīs ārpus Eiropas sekmē inovāciju un produktu (piemēram, iztvaicētāju, e-šķidrumu un ēdamu preparātu) izstrādi, kas ar laiku varētu ietekmēt lietošanas modeļus Eiropā. Šajā sakarā ziņojumā ir uzsvērtā uzraudzības nozīme un vajadzība izvērtēt jebkuru nākotnes izmaiņu potenciālo ietekmi uz veselību.

## Vielu lietošanas salīdzinājums ES un ASV skolu audzēkņu vidū

Vielu lietošanas uzraudzība skolu audzēkņu vidū sniedz vērtīgu priekšstatu par jauniešu pašreizējo riskanto uzvedību un potenciālām nākotnes tendencēm. Šāgada ziņojumā ir salīdzināti vielu lietošanas ilgtermiņa modeļi Eiropas un Amerikas skolēnu (15–16 gadi) vidū, ņemot vērā divu apjomīgu skolu apsekojumu rezultātus, kas publicēti 2016. gadā<sup>13</sup>. Apsekojumi liecina, ka smēķēšana un alkohola lietošana skolu audzēkņu vidū Eiropā un ASV mazinās, bet marihuānas lietošanas tendences šķiet stabilākas.

Marihuānas lietošanas rādītāji pēdējā mēnesī aptaujāto Eiropas (21 ES valsts un Norvēģijas) skolu audzēkņu vidū ir aptuveni uz pusi zemāki (8 %) nekā ASV (15 %). Tabakas lietošanas rādītāji pēdējā mēnesī Eiropas skolēnu vidū ir gandrīz četras reizes augstāki (23 %) nekā ASV, kur tie ir zemi un nepārsniedz 6 %. Tabakas lietošanas līmenis ASV skolēnu vidū ir zemāks par pusi no marihuānas lietošanas līmeņa šajā grupā. To Eiropas skolēnu īpatsvars, kuri norāda, ka pēdējā mēnesī ir lietojuši alkoholu (49 %), vairāk nekā divreiz pārsniedz viņu Amerikas vienaudžu īpatsvaru (22 %).

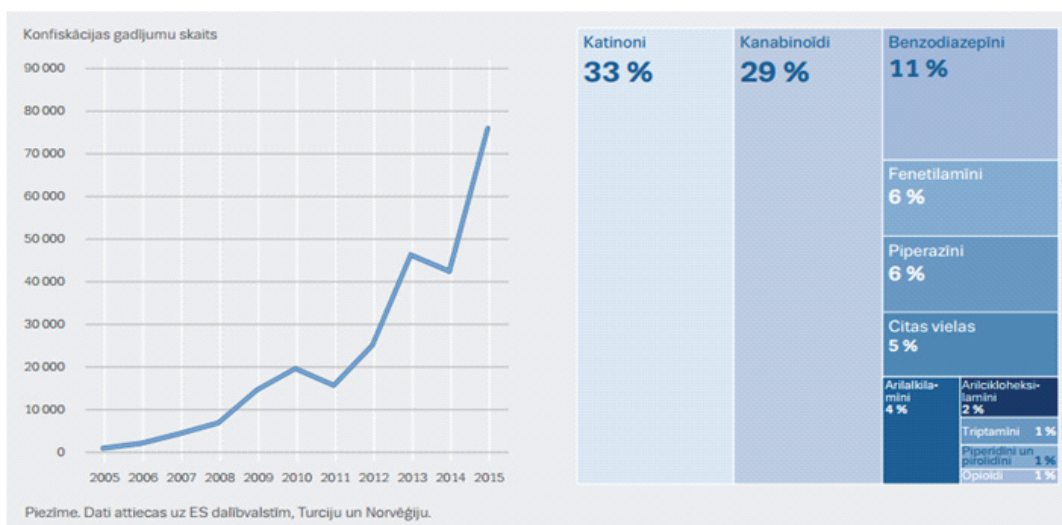
“Lai izpētītu sociālo, kontekstuālo un regulatīvo faktoru relatīvo ietekmi uz jauniešu izvēli, ir jāveic papildu analīze gan par vielu lietošanas līdzībām, gan atšķirībām skolēnu vidū,” ir teikts ziņojumā, piebilstot, ka, “piemēram, izpratne par faktoriem, kas ir noveduši pie tiklab ASV, kā Eiropā vērojamas cigarešu smēķēšanas samazināšanās, varētu radīt labāku priekšstatu par to, kas būtu darāms, lai mazinātu citu vielu, piemēram, marihuānas, lietošanu”.

## Uzmanības centrā situācija narkotiku jomā valstīs

Šodien publicēto ziņojumu pirmo reizi papildinās 30 valstu ziņojumi par narkotikām, kuros sniegti kopsavilkumi par narkotiku problēmu valstīs (28 ES valstīs, Turcijā un Norvēģijā). Šie grafiskiem attēliem bagātie ziņojumi, ko izstrādājis EMCDDA sadarbībā ar Reitox tikla valstu

koordinācijas centriem, aptver narkotiku lietošanu un sabiedrības veselības problēmas; narkomānijas apkarošanas politiku un reakcijas un narkotiku piegādi<sup>14</sup>. Svarīgi elementi ir

3.attēls. ES agrīnās brīdināšanas sistēmai paziņoto jauno psihoaktīvo vielu konfiskācijas gadījumu skaits – tendences un sadalījums pa kategorijām 2015. gadā



izraisītiem nāves gadījumiem<sup>8</sup>.

Pašlaik tiek apsvērtā šo vielu kontroles ieviešana Eiropas līmenī<sup>9</sup>. Aģentūra 2016. gadā ir izsūtījusi

dažiem personiskās lietošanas veidiem<sup>12</sup>. Tomēr nevienas valsts valdība Eiropā (28 ES valstīs, Turcijā un Norvēģijā) pašlaik nav paudusi atbalstu marihuānas lietošanas legalizācijai

tabula "Īss pārskats", kurā sniegts skaitļos izteikts kopsavilkums par narkotiku problēmu katrā valstī, un "ES infopanelis", kurā valstu dati aplūkoti Eiropas kontekstā.

I.Pūgule

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Eiropas 2017. gada ziņojuma par narkotikām informācijas pakete ir pieejama [www.emcdda.europa.eu/edr2017](http://www.emcdda.europa.eu/edr2017)

Ziņojumā sniegtie dati attiecas uz 2015. gadu vai pēdējo gadu, par kuru pieejami dati. Sk. tabulu "Īss pārskats — aplēses par narkotiku lietošanu". Šajā ziņu izlaidumā ir minēti ziņojumā atrodamie skaitļi. Papildu skaitļi un tabulas ir atrodamas statistikas bijetnā ([www.emcdda.europa.eu/data/stats2017](http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017)).

## VECUMA IEROBEŽOJUMI ALKOHOLISKO DZĒRIENU TIRDZNIECĪBAI UN LIETOŠANAI

Alkohola patēriņš pusaudžu vidū izsauc bažas vairāku iemeslu dēļ. Pirmkārt, smadzenēs pusaudža gados notiek milzīga strukturālas un kā arī intelektuālas attīstības pārmaiņas<sup>1</sup>, pusaudžu vecums saistīts ar daudziem riskantas uzvedības modeļiem, tai skaitā alkohola lietošanu, kā arī ir pierādījumi par alkohola neirotoksisko iedarbību uz smadzenēm<sup>2</sup>.

Nav zināms, vai šī neirotoksicitāte tieši ietekmē sasniegumus mācībās, bet ir pierādījumi, ka alkohola lietošana un jo īpaši riskanta pārmērīga lietošana var negatīvi ietekmēt sekmes mācībās, kas, savukārt, var radīt sekas karjeras un personības attīstībai.<sup>3</sup>

Otrkārt, alkohols ir viens no faktoriem, kurš saistīts ar priekšlaicīgas nedabīgās nāves risku jauniešu vidū. Lielbritānijā, piemēram, piecas reizes augstāks ir nāves gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) starp 55-64 gadīgiem vīriešiem nekā starp 15-24 gadīgiem, tajā pašā laikā vairāk nekā 1 no 4 visu vīriešu nāves gadījumiem vecumā grupā no 15-24 gadiem saistīts ar alkoholu, bet vecuma grupā no 55-64 gadi tādu nāves gadījumu skaits ir 1 no 12.<sup>4</sup>

Visbeidzot, ir pierādījumi, ja vēlīnākā vecumā jaunieši sāk lietot alkoholu, jo mazāka iespējamība, ka kļūs atkarīgs jeb lietos dzīves laikā alkoholiskos dzērienus riskantā veidā.<sup>2</sup>

Pamatojoties uz Eiropas skolu aptaujas projekta (ESPAD) datiem, jo augstāks minimālais pieļaujama vecums alkohola iegādei, jo vēlīnāks ir vecums, kad pirmo reizi dzīvē tiek lietots alkohols.<sup>5</sup>

Visizteiktāko efektu no minimālā pieļaujamā vecuma ierobežojumiem alkohola iegādei var novērot abu dzimumu vidū attiecībā uz vīnu un alkoholiskiem kokteiļiem. Pieļaujama alkoholoģiskā dzērienu iegādes vecuma ierobežojumi uzrāda mazāku efektivitāti attiecībā uz "smago alkohola lietotāju" (definēts kā tāda persona, kura patērē alkoholu ļoti bieži) īpatsvaru.

Pārskatā no 132 pētījumiem, kas publicēti no 1960. gada līdz 2000. gadam, tika konstatēti zinātniski pierādījumi, ka izmaiņas likumos, kuras ieviestas, lai noteiktu minimālo vecuma robežu alkoholisko dzērienu iegādei, ir ievērojami ietekmējušas alkohola radītā kaitējuma sekas jauniešu vidū. Šī ietekme bieži turpinājās arī pēc tam, kad jaunieši sasnieguši

2. [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment)

3. [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-overdose-deaths)

4. [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms)

5. [www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone](http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone)

6. [www.emcdda.europa.eu/news/2017/3/council-decision-control-mdmb-chmica](http://www.emcdda.europa.eu/news/2017/3/council-decision-control-mdmb-chmica) — [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids)

7. Pieejams [www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/high-risk-drug-use-and-nps](http://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/high-risk-drug-use-and-nps)

8. [www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/acryloylfentanyl](http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-reports/acryloylfentanyl) — [www.emcdda.europa.eu/activities/](http://www.emcdda.europa.eu/activities/)

action-on-new-drugs

9. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEX-17-896\\_en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEX-17-896_en.htm)

10. [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis) — [www.emcdda.europa.eu/news/2016/12/latest-data-reveal-drug-taking-habits-in-over-50-european-cities](http://www.emcdda.europa.eu/news/2016/12/latest-data-reveal-drug-taking-habits-in-over-50-european-cities)

11. [www.emcdda.europa.eu/topics/cannabis-policy](http://www.emcdda.europa.eu/topics/cannabis-policy)

12. [www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/cannabis-legislation-europe](http://www.emcdda.europa.eu/publications/adhoc/cannabis-legislation-europe) — [www.emcdda.europa.eu/topics/pods/legal-supply-of-cannabis](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/legal-supply-of-cannabis)

13. [www.espad.org/report/home](http://www.espad.org/report/home) — [www.monitoringthefuture.org](http://www.monitoringthefuture.org)

14. Pieejams [www.emcdda.europa.eu/countries](http://www.emcdda.europa.eu/countries)

juridiski atļautā vecuma robežu alkoholisko dzērienu iegādei<sup>6</sup>.

Visbiežāk izmantotais vecuma ierobežojums alkohola iegādei Eiropas Savienības valstī ir astoņpadsmit gadi. Dažās valstīs izmantotie vecuma ierobežojumi ir 16 vai 17 gadi, bet trijās valstīs vecuma ierobežojumi stiprajiem alkoholiskajiem dzērieniem 20 gadi.

Lai gan visas valstīs (29) ir noteikti vecuma ierobežojumi alkohola tirdzniecībai, bet mazāk ir to valstu, kuras noteikušas vecuma ierobežojumus, kādā vecumā ir atļauta alkohola lietošana. Vecuma ierobežojumi jauniešiem ES nepārtraukti mainās. Visas izmaiņas uzrāda alkohola pārdošanas vecuma robežas paaugstināšanos.

Kopš 1984. gada Amerikas Savienotajās valstīs noteikts minimālais vecums, kad atļauts lietot alkoholiskus dzērienus un tas ir 21 gads. Divdesmit piecu gadu laikā ir bijuši vairāki mēģinājumi samazināt šo vecumu, kas nav vainagojušies panākumiem. Šie juridiskie ierobežojumi, atļaujot lietot alkoholu no 21 gadu vecuma, statistiski būtiski ir ietekmējuši satiksmes negadījumos iesaistīto bojā gājušu jauniešu īpatsvaru, kas no 1984. gada ir samazinājies pat par 16%, kā arī mirstības rādītājus šajā vecumā. Savukārt, pēc pārdošanas vecuma robežas palielināšanas atsevišķās Kanādas provincēs konstatēts (dažās provincēs pārdošanas vecums šobrīd ir 18 gadi, bet citās 19 gadi), ka samazinājās jauniešu hospitalizāciju skaita īpatsvars alkohola lietošanas traucējumu dēļ, kā arī alkohola saindēšanās, pašnāvību un satiksmes negadījumu skaita īpatsvars, kurās iesaistīti jaunieši.<sup>9</sup>

Šo ierobežojumu pretinieki, savukārt, iebilst, ka tas ir saistīts ar ceļu stāvokļa uzlabošanu, jaunāka modeļa un labākā tehniskajā stāvoklī atrodošos automašīnu izmantošanu u.c., ar alkohola lietošanu nesaistītiem faktoriem. Alkohola lietošanas vecuma cenza noteikšanas politikas noliedzēju šādiem apgalvojumiem izmanto tādas argumentus, kā, piemēram, jaunieši, ņemot vērē aizliegumus, vecumā no 18-21 gadiem alkoholu lieto nevis bāros, kafejnīcās, bet privātos pasākumos, kuros nav pieaugušo uzraudzības un tāpēc pieaug saindēšanās ar alkoholu gadījumu skaita īpatsvars. Jāatzīmē gan, ka visas ASV institūcijas šo likuma normu

ir atzinušas kā efektīvu alkohola politikas pasākumu.

Te daži citi konkrēti oponentu iebildumi<sup>10</sup>:

• Nereti tiek apgalvots, ka "tad, ja jauniešiem ir pietiekami pieaudzis, laikrotu, viņš ir sasniedzis arī tādu vecumu, kad var lietot alkoholu". Šis arguments neiztur kritiku, jo ir pierādījumi par to, ka 18 gadu vecumā vēl notiek augšanas process un jaunieša smadzenes vēl attīstās. Ja tiek samazināts alkohola lietošanas vecums, tas rada situāciju, kad kaitējumu veselībai palielinās vismaz par 10%.

• Austrālijā politiķi uzsver, ka jaunieši ir brīvi domājoši un vecuma cenza palielināšana var izsaukt protestu jauniešu vidū, bet pētījumi uzrāda pretējo: 40,7% no Austrālijā pētījumā piedalījušiem respondentiem atbalstīja alkohola lietošanas vecuma paaugstināšanu līdz 21 gadam 2004. gadā, bet 2010. gadā jau 50,3%.

• Šāda alkohola lietošanu ierobežojoša politika var palielināt nelegālo narkotiku lietošanu jauniešu vidū. Pētījumi ASV neapstiprina šo teoriju, ir pierādījumi, ka pēc vecuma cenza ieviešanas ASV nepalielinājās arī narkotisko vielu lietošanas izplatības rādītāji.

• 2002. gada ASV pētījumos tika konstatēts, ka 69% jauniešu nesmēķē, nelieto alkoholu un narkotikas, bet Austrālijā, kur nav tik augsts vecuma cenzs (gan pārdošanas, gan lietošanas vecums 18 gadi), šis rādītājs līdzīgos pētījumos bija 42%.

ASV, kur atļautais alkoholisko dzērienu lietošanas vecums ir 21 gads joprojām ir diskusijas par iespēju samazināt vecuma robežu, piemēram, atļaujot lietot alkoholiskos dzērienus no 18 gadu vecuma. Svarīgi ir noteikt, vai ekonomiskais ieguvums, ko iegūstam, kad atļaujam jauniešiem iegādāties alkoholiskos dzērienus ir izdevīgāks un vai tas attaisno alkohola radītā kaitējuma pieaugumu. Tomēr ir ļoti grūti ticami novērtēt ekonomisko ieguvumu, kas saistīts ar dzērienu pārdošanu, kā arī novērtēt patērēto alkoholisko dzērienu apjomu. Šī iemesla dēļ pētnieki ir ieviesuši alternatīvu pieeju novērtējot kaitējumu, ko dod viena dzēriena lietošana, kā arī kaitējumu, kas rodas citām personām pēc šī dzēriena lietošanas.



Vecuma ierobežojumi alkoholisko dzērienu iegādei un lietošanai Eiropā <sup>7</sup>

Valsts	Likumā noteikts		Piezīmes
	Atļautais lietošanas vecums	Atļautais alkohola tirdzniecības vecums	
Albānija		18	
Armēnija	nav	18	
Austrija	16 gadi alum 18 gadi destilētajiem alkoholiskajiem dzērieniem		
Azerbaidžāna		18	
Baltkrievija		18	
Beļģija	nav	18	
Bosnija un Hercegovina	nav	18	
Bulgārija		18	
Horvātija		18	
Kipra		17	
Čehijas Republika	nav	18	Ar likumu aizliegta tirdzniecība nepilngadīgām personām, lietošana nav aizliegta
Dānija	nav	no 16 gadiem ≤ 16,5 grādi no 18 gadiem ≥ 16,5 grādi no 18 gadiem apkalpo restorānos, bāros, kafējnicās	Tiek pieprasīta pase, ID karte vai vadītāja apliecība
Igaunija		18	
Somija	no 18 gadiem glabāšana un iegāde 1.2%-22% no 20 gadiem glabāšana un iegāde 23%-80% no 18 gadiem restorānos, bāros, kafējnicās		
Francija	nav	18	
Gruzija	nav	16	
Vācija	no 16 gadiem alus un vīns no 18 gadiem stipros alkoholiskos dzērienus	no 16 gadiem alus un vīns no 18 gadiem stipros alkoholiskos dzērienus	
Grieķija	nav	18	no 2008.gada ir aizliegta lietošana sabiedriskajās vietās, bet likums to nenosaka privātos pasākumos (vietās)
Ungārija		18	
Islande	nav	20	
Īrija	nav (privātos pasākumos vecāku/ aizbildņu klātbūtnē aizliegts)	18	
Itālija	nav	18	
Kosova		nav	
Latvija		18	
Lietuva		18	
Lihtenšteina	no 16 gadiem alus, vīns, sidrs no 18 gadiem uz spirta bāzētiem alkoholiskajiem dzērieniem ( arī kokteiļiem)		
Luksemburga	nav	16	
Malta		17	

Vecuma ierobežojumi alkoholisko dzērienu iegādei un lietošanai Eiropā <sup>7</sup>

Valsts	Likumā noteikts		Piezīmes
	Atļautais lietošanas vecums	Atļautais alkohola tirdzniecības vecums	
Maķedonija		17	
Moldova	nav	16	
Nīderlande		18	
Norvēģija	nav	līdz 22% no 18 gadiem no 23% no 20 gadiem	
Polija	nav	18	
Portugāle	nav	18	
Rumānija	nav	18	
Krievija	nav	18	
Serbija		18	
Slovākija		18	
Slovēnija	nav	18	
Spānija		18	
Zviedrija	nav	Nav, ja alkohola saturs mazāks par 2.25% 18 (2.25%-3.5%) pārtikas veikalos 20 (specializētajos alkoholisko dzērienu veikalos)	
Šveice	nav	16 gadi fermentētiem alkoholiskiem dzērieniem ar alkohola saturu ≤15% un vīniem ar alkohola saturu ≤ 18% 18 gadi stiprajiem alkoholiskajiem dzērieniem	
Turcija		18	
Ukraina		18	
Lielbritānija	No 18 (licencētās vietās) No 16 (alus, vīns, sidrs kopā ar ēdienu) Līdz 5 gadiem kategoriski aizliegts	18	Anglija, Velsa
	No 18 (sabiedriskajās vietās nelietojot ēdienu pieaugušo klātbūtnē) No 16 (licencētās vietās lietojot ēdienu alus, vīns, sidrs) 5 gadi privātās telpās	18 16 (alus, vīns, sidrs licencētās vietās kopā ar ēdienu)	Skotija
		18	Ziemeļīrija

Lielākās tūlītējas izmaksas, kas rodas vienas dzēriena lietošanas rezultātā ir tādas, ka tās var palielināt risku nomirt. Aprēķini liecina, ka tad, ja alkoholisko dzērienu atļautais lietošanas vecums tiktu samazināts līdz 18 gadiem, tā rezultātā varētu būt papildu 8 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem 18-20 vecuma grupā. Kopējās vērtības statistiskās aplēses ir

8 720 000 dolāri. Tas liecina, ka uz katriem 100 000 jauniešu izmaksas dodot atļauju dzert ātrāk par gadu var sastādīt apmēram \$ 70 miljoni saistībā ar mirstības pieaugumu.

Šie aprēķini liecina, ka kopējās izmaksas vienam dzērienam ir vismaz 15 dolāri plus cena, kādu persona maksā par pašu dzērienu. Turklāt katra dzēriena ir izmaksas, kas saistītas ar citiem

nodarīto kaitējumu, sastāda vismaz \$2.63.

Detalizēta informācija par šo jautājumu un efektīvākajiem pasākumiem, kuros rekomendē ieviest dalībvalstīs, publicēti Eiropas Komisijas pētījumā "Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research", kurā tiek

rekomentēts:

1.noteikt vecuma ierobežojumus alkohola iegādei mazumtirdzniecības vietās un kafējnicās (bāros, restorānos) (neatkarīgi no vecāku klātbūtnes) 18 gadi;

2.noteikt likumdošanā prasības pārdevējam veikt vecuma pārbaudi (uzrādot oficiālus dokumentus) klientiem, kuri atbilst vecumam 18+5 gadi un vēlās iegādāties alkoholiskus dzērienu;

3.lai kontrolētu likumdošanas normu izpildi attiecībā uz vecuma ierobežojumiem alkoholisko dzērienu iegādei, noteikt likumdošanā prasības realizēt kontrolpirkumus, iesaistot to veikšanā jauniešus, kuri nav sasnieguši alkohola iegādes legālo vecumu, kā arī noteikt likumdošanā soda sankcijas, kuras var piemērot likuma normu neievērošanas gadījumā.

4.ņemot vērā, ka nav iespējama vecuma cenza ievērošanas pārbaude, iegādājoties alkoholiskos dzērienus internetā, noteikt alkoholu tirdzniecības aizliegumu internetā.

A.Pelne

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Thompson, P.M., Sowell, E.R., Gogtay, N. et al. (2005). Structural MRI and brain development. *International review of Neurobiology* 2005 67 DOI:10.1016/S0074-7742(05)67009-2.
2. Anderson, P., Moller, L. & Galea, G. (2012a). *Alcohol in the European Union*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
3. Anderson, P. Workplace. In eds. Anderson, P., Moller, L. & Galea, G. (2012b). *Alcohol in the European Union*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
4. ones, L., Bellis, M., Dedman, D., Sumnal, H., Tocque, K. (2009). Alcohol-attributable fraction for England. Alcohol-attributable mortality and hospital admissions. *Northwest Public Health Observatory*.
5. Anderson, P., Suhrcke, M. & Brookes, C (2012c). An overview of the market for alcohol beverages of potentially particular appeal to minors. London: HAPI.
6. Wagenaar, A.C., Toomey, T.L. & Erickson, D.J. (2005). Complying With the Minimum Drinking Age: Effects of Enforcement and Training interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (2), 255-262.
- 7.[https://en.wikipedia.org/wiki/Legal\\_drinking\\_age](https://en.wikipedia.org/wiki/Legal_drinking_age)
8. *Am J Public Health*. 2010 June; 100(6): 986-992.
9. Toumbourou, J., Kypri, K, Jones. S., Should the legal age alcohol purchase be raised to 21? *The Medical Journal of Australia Med J Aust* (2014); 200 (10): 568-570.
10. Australian Institute of Health and Welfare. (2010) *National Drug Strategy Household Survey report*. Canberra: AIHW, 2011. (AIHW Cat. No. PHE 145; Drug Statistics Series No. 25.) <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/>
11. Toumbourou JW, Evans-Whipp TJ, Smith, R, et al. Adolescent predictors and environmental correlates of young adult alcohol use problems. *Addiction* (2014); 109: 417-424
12. Viscusi W. Kip, Aldy Joseph E. The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates throughout the World. *Journal of Risk and Uncertainty*. (2003);27(1):5-76.
13. Carpenter, C., Dobkin, C., *The Minimum Legal Drinking Age and Public Health*  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182479/>
14. Mulder, J., de Greeff MSc, J., *Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP), (2013) Eyes on ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research*. Utrecht, Netherland