

# ნარკოპოვითარება საქართველოში 2012

**წლიური ანგარიში**

გამოცემულია ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისის“ მიერ,  
პროექტის „გარდაქმნა აღმოსავლეთში“ ფარგლებში,  
რომელიც პოლანდიის მთავრობის მხარდაჭერით ხორციელდება.

## ავტორები

**დარეჯან ჯავახიშვილი**, ფსიქოლოგი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი“, თბილისი;

**ნინო ბალანჩივაძე**, საერთაშორისო სამართლის მაგისტრი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი ალტერნატივა ჯორჯია, თბილისი;

**ირმა კირთაძე**, ექიმი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი ალტერნატივა ჯორჯია, თბილისი;

**ლელა სტურუა**, ექიმი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტი, თბილისი;

**დავით ოთიაშვილი**, ექიმი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი ალტერნატივა ჯორჯია, თბილისი;

**ტომაშ ზაბრანსკი**, ექიმი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის დეპარტამენტი, პრაღა.

## მადლობები:

ავტორები გამოხატავენ მადლიერებას ყველა იმ სამთავრობო და საერთაშორისო, ასევე არასამთავრობო დაწესებულებებისა და ორგანიზაციების მიმართ, რომელთაც მოგვანოდეს ინფორმაცია პუბლიკაციის მომზადების პროცესში, კერძოდ:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა სამინისტრო;

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი;

საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო;

ლევან სამხარაულის ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო;

საქართველოს უზენაესი სასამართლო;

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საინფორმაციო ცენტრი;

გაეროს ნარკოტიკებზე და სისხლის სამართლის დანაშაულზე ოფისის პროექტი საქართველოში;

საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი;

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი და მისი წევრი ორგანიზაციები;

არასამთავრობო ორგანიზაციები „ბემონი“, „თანადგომა“, „ურანტი“.

*პუბლიკაციის შინაარსი ასახავს მისი ავტორების ნაზრევს და არ წარმოადგენს საქართველოს ოფიციალურ პოზიციას*

**დიზაინერი:** გიორგი ბაგრატიონი

ISBN 978-9941-0-5129-6

თბილისი, 2012

## შინაარსი

1. ინფორმაცია საქართველოზე.....	4
2. ნარკოტიკების მოხმარება ქვეყნის მოსახლეობასა და ახალგაზრდებში .....	4
2.1. მოხმარება ზოგად პოპულაციაში.....	4
2.2. მოხმარება ახალგაზრდებში.....	5
3. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება .....	6
3.1. პრობლემური მოხმარების პრევალენტობა.....	6
3.2. სხვადასხვა ნარკოტიკის მოხმარების ტენდენციები.....	6
3.3. პრობლემური მოხმარება განსაკუთრებული რისკის პოპულაციებში .....	7
4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები .....	9
4.1. აივ ინფექცია/მიდსი .....	9
4.2. ვირუსული ჰეპატიტები .....	11
5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა .....	12
6. მოთხოვნა მკურნალობაზე .....	12
7. პრევენცია .....	14
8. მკურნალობის შესაძლებლობები.....	15
8.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა .....	15
8.2. ჩანაცვლებითი თერაპია .....	15
9. ზიანის შემცირება.....	16
10. შავი ბაზარი და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული .....	17
11. ნარკოკანონმდებლობა .....	19
12. დაძლევის ეროვნული სტრატეგიები.....	20
13. კოორდინაცია .....	22
14. განსაკუთრებული თემა: ნარკოპოლიტიკის ეკონომიკური ასპექტები.....	22
14.1. ნემსების/შპრიცების გაცვლის/დარიგების პროგრამის ხარჯთეფექტურობა საქართველოში .....	23
14.2. რამდენად ეფექტურია ქუჩის ნარკოტესტირება.....	24
14.3. აივ-ის პრევენციისთვის მედიკამენტებით მხარდაჭერილი მკურნალობის ხარჯის შეფასება საქართველოში .....	24
აბრევიატურების ჩამონათვალი .....	25
ბიბლიოგრაფია .....	26

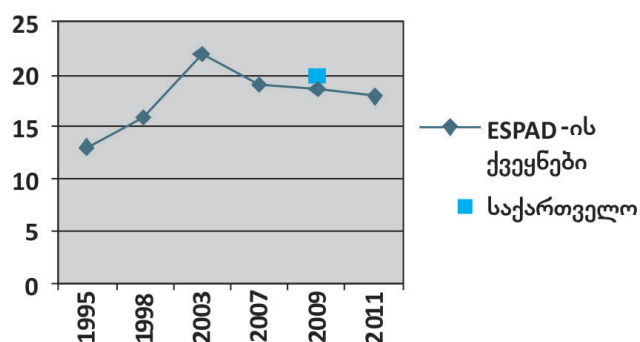


ბის მოხმარების მასშტაბსა და სტერეოტიპებზე. თუმცა, 2012 წელს, იუსტიციის სამინისტროსთან თანამშრომლობით, სოციოლოგიური კვლევის ორგანიზაცია GORBI<sup>1</sup>-მ დანაშაულისა და უსაფრთხოების ეროვნულ კვლევაში<sup>2</sup> ნარკოტიკებთან დაკავშირებული რამდენიმე შეკითხვაც შეიტანა. ეს შეკითხვები არ იყო ფორმულირებული იმ საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, რაც, ჩვეულებრივ, ნარკოტიკების საკითხზე ზოგადი პოპულაციის კვლევაში გამოიყენება ხოლმე (EMCDDA, 2002, SAMHSA 2011). აქედან გამომდინარე, კვლევის ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ასპექტების სანდოობა კითხვის ნიშნის ქვეშაა; ამასთან, კვლევა არ იძლევა საშუალებას გამოვიტანოთ რაიმე ღირებული დასკვნები ისეთ საკვანძო ეპიდემიოლოგიურ ცვლადებზე, როგორიცაა არალეგალური ნარკოტიკული საშუალების ე.წ. ცხოვრებაში სულ ცოტა ერთხელ მაინც მოხმარების მასშტაბი, ან ექსპერიმენტული თუ რეგულარული მოხმარების გავრცელება. ნარკოეპიდემიოლოგიისთვის არასტანდარტული შეკითხვა, რომელიც კვლევამ დასვა, შემდეგნაირად ჟღერს: „უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე რამდენჯერ შეხებიხართ ნარკოტიკების პრობლემას“, რაზეც დადებითი პასუხი გასცა რესპოდენტთა 9.2%-მა, რომელთაგან 1.8%-მა – უპასუხა „ხშირად“, 3.4%-მა – „ზოგჯერ“ და 4%-მა – „იშვითად“ (GORBI, 2012).

## 2.2 მოხმარება ახალგაზრდობში

ეროვნული მასშტაბის სასკოლო გამოკითხვა საქართველოში არასდროს ჩატარებულა. 90-იანი წლების ბოლოდან, ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი (ამჟამად, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი) 2-3 წელიწადში ერთხელ ატარებდა თბილისის საჯარო სკოლების მოზარდთა გამოკითხვას „ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების ევროპის სასკოლო გამოკითხვის“ (ESPAD) მეთოდოლოგიით<sup>3</sup>, ამ მეთოდის სტანდარტებიდან ერთგვარი გადახვევით (თოდაძე, 2004).

პირველად, ESPAD სტანდარტების სრული დაცვით, სასკოლო გამოკითხვა ჩატარდა 2009 წელს, ევროკავშირისა და გაეროს სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ (Baramidze & Sturua, 2009). კვლევამ მოიცვა მხოლოდ თბილისის ახალგაზრდები და ამდენად, მის რეზულტატებს ვერ განვაზოგადებთ ქვეყნის მოსწავლე-ახალგაზრდობაზე. გამოკითხულ იქნა თბილისის საჯარო სკოლების 384 მოსწავლე, საშუალოდ 16 წლის ასაკის. გამოკითხულთა 17%-მა მიუთითა მარიხუანას მოხმარება, სულ ცოტა, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც. ექსტაზის მოხმარება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც აღიარა გამოკითხულ მოზარდთა 7.5%-მა; ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორების მოხმარება 2%-მა მიუთითა; ცხოვრებაში ერთხელ მაინც კრეკ-კოკაინის მოხმარება – 1.1%-მა, ჰეროინის მოხმარება – 1%-მა; კოკაინის ფხვნილის მოხმარება – 0.6%-მა, ამ უკანასკნელის ანალოგიური იყო GHB-სა და ანაბოლიკური სტეროიდების მოხმარება. ამა თუ იმ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალების ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება მთლიანობაში გამოკითხულთა 20%-მა (აქედან: მამრობითი სქესის – 33%, მდედრობითისა – 8%) მიუთითა. შედეგების სტატისტიკური შეცდომის მაჩვენებელი (ზღვარი) არის  $\pm 5\%$ . რამდენადაც ჩვენ არა გვაქვს სხვა წლების ანალოგიური შედეგები, არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარების დინამიკას ახალგაზრდობში ვერ გავზომავთ; მაგრამ თუ ამ ციფრებს შევადარებთ ESPAD-ის სხვა ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს, ისინი საკმაოდ ახლოსაა ერთმანეთისგან:



დიაგრამა 2: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება ESPAD ქვეყნების 15-16 წლის ასაკის მოზარდებში, წლების მიხედვით ([http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_06-08.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_06-08.pdf)) და თბილისის 16 წლის მოზარდების 2009 წლის მაჩვენებლები

- 1 Georgian Opinion Research Business International – საქართველოს საზოგადოებრივი აზრის კვლევის საერთაშორისო ბიზნესი
- 2 მეთოდოლოგია დაფუძნებული იყო სისხლის სამართლის დანაშაულის მსხვერპლთა საერთაშორისო გამოკითხვაზე (International Crime Victims Survey (Mayhew, 1997))
- 3 European School Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD გამოკითხვა, რომელიც რეკომენდებულია ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის მიერ და რეგულარულად ტარდება მსოფლიოს 39 ქვეყანაში ([www.espad.org](http://www.espad.org)).



2012 წელს, აივ პრევენციის პროგრამის ფარგლებში, საქართველოში ჩატარდა ახალგაზრდათა ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა, რომელიც აივ-შიდსის მიმართ მოზარდების ცოდნას, განწყობებსა და ქცევას შეისწავლიდა<sup>4</sup> (Tabatadze, 2012). კვლევაში გამოკითხულ იქნა სამი სხვადასხვა კითხვარის კომბინაცია: ქცევითი ზედამხედველობის კითხვარი განსაკუთრებული რისკის პოპულაციებისთვის<sup>5</sup>, ESPAD კითხვარი და აივ-შიდსს მიძღვნილი გაეროს გენერალური ასამბლეის სესიის (UNGASS) ინდიკატორების შემცველი კითხვარი. გამოკითხულ იქნა საჯარო სკოლებისა და უნივერსიტეტების სტუდენტები 15-დან 24 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალში. მთლიანობაში, დამუშავებას დაექვემდებარა 1,879 კითხვარი. მარიხუანას ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 10.4%-მა, ექსტაზისა – 3.4%-მა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს მაჩვენებლები უფრო დაბალია, ვიდრე 2009 წლის ESPAD გამოკითხვის შედეგად მიღებული მაჩვენებლები, ამ ორი კვლევის რეზულტატების შედარება არ იქნება მართებული, რამდენადაც მათ კვლევის განსხვავებული და შესაბამისად, შესადარებლად შეუფერებელი მეთოდოლოგია აქვთ.

### 3. ნარკოტიკული საშუალებების პრობლემური მოხმარება

#### 3.1. პრობლემური მოხმარების პრევალენტობა

საქართველოში ნარკოტიკული საშუალებების პრობლემური მოხმარების<sup>6</sup> მასშტაბის შეფასება, ტრადიციულად, ეფუძნებოდა გაზვიადებულ შეხედულებებს, ბუნდოვან დეფინიციებსა და დაუდგენელ ავტორებს, ანუ მითოლოგიზებული იყო. ამგვარი, მეცნიერულად დაუსაბუთებელი მონაცემები ფართოდ გამოიყენებოდა ხოლმე მასმედიისა და გადაწყვეტილებების მიმღები პირების მიერ. სიტუაციის რეალისტური

შეფასებისთვის, 2009 წელს, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ფარგლებში ჩატარდა ნარკოტიკების მომხმარებელ პირთა პრევალენტობის განმსაზღვრელი კვლევა მამრავლი კოეფიციენტის გამოყენებით (Multiplier/Benchmark-ის მეთოდი) (სირბილაძე, 2010). მოცემული კვლევის შემდგომ, ქვეყნის აივ/შიდსის საკოორდინაციო მექანიზმის მიერ, ორგანიზებულ იქნა შეხვედრა პრობლემური მოხმარების პრევალენტობაზე საექსპერტო კონსენსუსის მისაღწევად. პრევალენტობის განმსაზღვრელი სხვადასხვა მეთოდის კომბინაციით, ექსპერტები შეთანხმდნენ, რომ ქვეყანაში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა რაოდენობა დაახლოებით 40,000 (95% CI: 39,000-41,000), ანუ პრევალენტობა 15-64 წლის მოსახლეობის 1.5%-ს (1.48%-1.52%) შეადგენს (სირბილაძე, 2010).

#### 3.2. სხვადასხვა ნარკოტიკის მოხმარების ტენდენციები

სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების ტენდენციების თვალსაზრისით, საქართველოში, შემდეგი დინამიკა შეინიშნება:

90-იანი წლების დასაწყისიდან შავ ბაზარზე პრევალირებდა აცეტილირებული ოპიუმი (ე.წ. „შავი“). ოთხმოცდაათიანების ბოლოდან 2003-2004 წლებამდე თანდათანობით იზრდებოდა ჰეროინის ხვედრითი წილი. 2003 წელს გარკვეული პერიოდით წამყვანი ადგილი დაიკავა საკონდიტრო დანიშნულების ყაყაოს თესლიდან დამზადებული კუსტარული ოპიოიდის გამოყენებამ (გამყრელიძე და სხვ., 2004). 2004-2008 წლებში ფართოდ გავრცელდა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნიდან არალეგალურად იმპორტირებული ბუპრენორფინის შემცველი სუბუტექს<sup>7</sup>-ის აბებიდან მომზადებული საინექციო ნარკოტიკი<sup>7</sup>.

2008-2009 წლებში დაიწყო კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორების გამოყენება, რომლებიც მზადდება ფსევდო/ეფედრინის ან ფენილპროპანოლამინის შემცველი ხველებისა და გაციების საწინააღმდეგო პრეპარატებისგან, რომელთა ყიდვაც შეიძლება ურეცეპტოდ ქვეყნის აფთიაქებში (ოთიაშვილი, 2008; კირთაძე, 2008). დამზადების საბოლოო პროდუქტებია ამფეტამინი და მეტამფეტამინი (ქუჩის დასახელება „ვინტი“: ხანგრძლივი მოქმედების სტიმულატორი, რომელიც მიიღება ფსევდო/ეფედ-

4 პროექტი დაფინანსებულია ამერიკის განვითარების სააგენტოს მიერ. USAID funded Georgia HIV Prevention Project (GHPP), 2012.

5 საერთაშორისო ფონდი კურაცია (გამოუქვეყნებელი ნაშრომი). განსაკუთრებული რისკის პოპულაციების ქცევითი ზედამხედველობის გამოკითხვის ინსტრუმენტის სტანდარტიზაცია, გლობალური ფონდის პროექტები საქართველოში, თბილისი.

6 საქართველოში ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება გაიგივებულია ინექციურ მოხმარებასთან, თუმცა EMCDDA-ის განმარტებით პრობლემური მოხმარება არის „ოპიოიდების, კოკაინის და, ან ამფეტამინების ინტრავენური მოხმარება, ან ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში/რეგულარული მოხმარება“. (EMCDDA, 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview>)

7 სუბუტექსი<sup>8</sup> ჩანაცვლებითი მკურნალობისთვის დარეგისტრირდა საქართველოში 2010 წლიდან.

რინის ჟანგვის გზით) ან მეთკათინონი (ქუჩის დასახელება „ჯეფი“: ხანმოკლე მოქმედების სტიმულატორი, რომელიც მიიღება ფსევდო/ეფედრინის ჟანგვის გზით).

2011 წლიდან, იოლად ხელმისაწვდომი კუსტარულმა საინექციო საშუალებების სპექტრს შეემატა კოდეინის შემცველი კუსტარული ოპიოიდი, ე.წ. „ნიანგი“ (სიხარულიძე, 2012; ვადაჭკორია, 2012). პროფესიულ თემში არ არსებობს კონსენსუსი საბოლოო საინექციო პროდუქტის ქიმიური შემადგენლობის შესახებ, თუმცა მასში დეზომორფინის არსებობა ექსპერტებში ეჭვს არ იწვევს (წულაია, 2012).

საქართველოსა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებში, კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორების მოხმარება ასოცირებულია სერიოზულ ნევროლოგიურ დარღვევებთან (პარკინსონისმაგვარი სინდრომი) და ხშირად, შეუქცევად ორგანულ დაზიანებებთან, რომელსაც, სავარაუდოდ, შეაქვს წვლილი ინვალიდობასა და სიკვდილობაში (Sikk, 2007).

სამკურნალო და ზიანის შემცირების დაწესებულებების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, „ნიანგის“ მოხმარებით გამოწვეული ზედოზირების რისკი საკმაოდ მაღალია; შესაბამისად, ზიანის შემცირების პროგრამები ნალოქსონზე გაზარდილ<sup>8</sup> მოთხოვნას აღნიშნავენ.

ზიანის შემცირების პროგრამების ფარგლებში განხორციელდა პრობლემურ მომხმარებელთა ორი გამოკვლევა: პირველი – 2008 წელს (კირთაძე, 2008) და მეორე – 2011 წელს (ზშსქ, 2011). ამ ორი კვლევის შედეგის შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში 2011 წლისთვის იმატა სედაციური საშუალებების მოხმარებამ. 2011 წლის კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ ნარკოტიკების 202 ინექციურ მომხმარებელში გამოვლინდა შემდეგი სურათი: 90.1%-მა აღნიშნა სედაციური საშუალებების მოხმარება, 89%-მა – დეზომორფინისა („ნიანგის“), 82.10%-მა – კუსტარული სტიმულატორებისა, 83%-მა აღიარა ნარკოტიკთან ერთად, ალკოჰოლის მოხმარებაც (ზშსქ, 2011).

ბოლო წლებში, ქვეყანაში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჰეროინისა და სუბუტექს<sup>9</sup>-ის ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. ზიანის შემცირების პროგრამების მიერ მოწოდებული

ინფორმაციის თანახმად (კირთაძე, 2012), თბილისში, შავ ბაზარზე ოპიუმის<sup>9</sup> (ე.წ. „შავი“) ერთი „ჩეკი“ 150 აშშ დოლარი ღირს (დაახლოებით 225 ლარი); ჰეროინიც იგივე ღირებულებითაა, მხოლოდ შედარებით ნაკლებად ხელმისაწვდომი; ხოლო სუბუტექს<sup>9</sup>-ის ერთი ტაბლეტი (8 მილიგრამი) 350 აშშ დოლარი (570 ლარი) ღირს. ამასთან შედარებით, საგრძნობლად დაბალია კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორებისა და ოპიოიდების ფასები: მაგალითად, ერთი დოზა „ნიანგი“ შესაძლოა 10-დან 25 ლარამდე ღირდეს, იმის მიხედვით, თუ რომელი პრეპარატისგანაა დამზადებული. ერთი დოზა „ჯეფის“ ან „ვინტის“ ღირებულებაც 20 ლარს არ აღემატება. შესაბამისად, ადვილი ასახსნელია, თუ რატომ გადავიდა მომხმარებელთა დიდი ნაწილი ჰეროინიდან თუ სუბუტექს<sup>9</sup>-იდან შედარებით უფრო ტოქსიკურ და დამაზიანებელ, მაგრამ საგრძნობლად იაფ კუსტარულად დამზადებულ საშუალებებზე. ამ საშუალებათა მზარდი მოხმარება, თავის მხრივ, გადაჯაჭვულია ზედოზირებასთან და სიკვდილობის სხვა მიზეზებთან, და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისთვის სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს.

### 3.3. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება სპეციფიკურ პოპულაციებში

#### 3.3.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ციხის პოპულაციაში

დასჯაზე ორიენტირებული ნარკოკანონმდებლობისა და ძალოვანი სტრუქტურების მიერ შესაბამისი სტრატეგიების განხორციელების შედეგად, უკანასკნელი წლების მანძილზე საქართველოს ციხეებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე პატიმართა ხვედრითი წილი (იხ. თავი „ნარკობაზარი და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები“).

2004 წელს, სამხრეთ-კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის დაფინანსებით, საქართველოს ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ (ამჟამად ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი), საქართველოს ერთ-ერთ პენიტენციურ დაწესებულებაში ჩატარდა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების კვლევა, 18-დან 60 წლამდე მამაკაც პატიმრებში (თოდაძე, 2005ა). კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკ-

8 ოპიოიდების ანტაგონისტი, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ოპიოიდებით ზედოზირების პრევენციისთვის;

9 არაღებულური გაყიდვისთვის, ნარკოტიკული საშუალების კუსტარულად დამზადებული შეფუთვა, რომელიც საშუალოდ 3-4 საინექციო დოზას შეიცავს.

ითხულ პატიმართა 70%-მა მიუთითა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც; მათგან 41%-მა – ნარკოტიკების, ძირითადად, ოპიოიდების ინექციური გზით მოხმარება ციხეში; ამ უკანასკნელთა შორის მოხმარების სიხშირეები ამგვარად გადანაწილდა: 36%-მა მიუთითა წელიწადში 3-4-ჯერ მოხმარება, 28%-მა – თვეში ერთხელ, 11%-მა – კვირაში ერთხელ, ასევე 11%-მა – კვირაში 2-3-ჯერ, ხოლო 14%-მა – ყოველდღიურად. გამოკითხულთა 30%-მა მიუთითა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება ბოლო თვეში; 15%-მა მიუთითა, რომ საპატიმროში განიცადა ალკვითის მდგომარეობა, ხოლო 9%-მ აღნიშნა ზედოზირების ფაქტები. საზიარო შპრიცების მოხმარება რესპონდენტთა 42%-ში დაფიქსირდა (გამყრელიძე და სხვ., 2005).

2011-2012 წლებში საქართველოს პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადჰყო, რომ უკანასკნელ წლებში სიტუაცია დიამეტრალურად შეიცვალა:

არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომას მიერ 2011 წელს ჩატარებულმა რაოდენობრივმა კვლევამ<sup>10</sup>, რომლის ფარგლებშიც საქართველოს სამ პენიტენციურ დაწესებულებაში რანდომულად შერჩეული 300 პატიმარი გამოიკითხა, დაადასტურა, რომ კვლევის ფარგლებში შესწავლილ ციხეებში, კვლევის ჩატარების დროისთვის, ნარკოტიკი საერთოდ არ შედიოდა. არც ერთ რესპონდენტს არ დაუფიქსირებია ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება უკანასკნელი წლის მანძილზე. ამავე დროს, რესპონდენტთა 71%-მა (213 პატიმარი) აღნიშნა ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ნარკოტიკული საშუალების არასამედიცინო დანიშნულებით მოხმარება, ხოლო მათგან 46%-მა (137 პირი) – ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც. იმ რესპონდენტთა 50%-მა, ვინც ინექციურ მოხმარებას აღნიშნავდა, მიუთითა შპრიცებისა და სხვა საინექციო საშუალებების გაზიარების ფაქტები ცხოვრებაში ერთხელ მაინც. რესპონდენტთა 43% (59 პირი) აღნიშნა ალკვითის მდგომარეობის სიმპტომების განცდა საპატიმროში; ამათგან სამედიცინო დახმარება

მიიღო მხოლოდ 17%-მა (10 პირი). ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე რესპონდენტთა 55%-მა და არაინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე 17%-მა აღნიშნა, რომ ნარკოტიკების მოხმარებისთვის გადახდილი აქვთ ადმინისტრაციული ჯარიმები (ლომძე და სხვ., 2012).

ნარკოტიკულ საშუალებათა არარსებობა ციხეებში დასტურდება სხვა წყაროებით და ბოლო დროს ჩატარებული კვლევებით ერთი გამოკვლევით (ყვავილაშვილი და ფილაური, 2012). სამართალდამცავთა აზრით, აღნიშნული მიღწეული იქნა პენიტენციურ სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად, რომლის კონკრეტული ღონისძიებები მოიცავდა: პატიმართა და ციხის პერსონალის მკაცრ კონტროლს, მათ შორის საცხოვრებელი ფართის ვიდეო კონტროლს; ციხეში შემავალი თითოეული პირის სავალდებულო შემოწმება-ჩხრეკას, დაცვის თანამშრომელთა, იურისტთა და დამხმარე პერსონალის ჩათვლით; ვიზიტების აკრძალვას, საკვები პროდუქტების და სხვა ამანათების აკრძალვას, პატიმართა ნათესავებისა და ციხის დაცვის თანამშრომელთა მიერ ციხეში ნარკოტიკული საშუალებების შეტანის მცდელობების სამაგალითო დასჯას, ციხის დაცვის თანამშრომელთა ხელფასების მნიშვნელოვან ზრდას და ა.შ.

ადამიანის უფლებების დამცველთა და სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენელთა შორის გავრცელდა ეჭვი იმასთან დაკავშირებით, თუ რის ხარჯზე იქნა მიღწეული ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ციხის გარემო. 2012 წლის სექტემბრის ციხის სკანდალმა დაადასტურა ეს ეჭვი. ასევე საეჭვოა – თუ რამდენად მდგრადია ადამიანის უფლებების დარღვევებითა და პატიმართა მიმართ არაჰუმანური მოპყრობით განხორციელებული რეფორმის ეს ერთ-ერთი შედეგი.

### 3.3.2. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება კომერციულ სექსმუშაკთა (კსმ) შორის

შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის დაფინანსებით<sup>11</sup>, საერთაშორისო ფონდმა კურაციომ და სამედიცინო ფსიქოლოგიურმა ცენტრმა თანადგომამ 2008-2009 წლებში ჩაატარეს კომერ-

<sup>10</sup> კვლევა „საქართველოს ციხეებში ზიანის შემცირების პროგრამების (ნარკოტიკების მოხმარება და მასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევა, წამალმოხმარების მკურნალობა და რისკის შემცირება) საჭიროებების შესწავლა“ ჩატარებულ პროექტ „ჰუმანურობა პირველ რიგში“ ფარგლებში, ჰოლანდიის საგარეო საქმეთა სამინისტროს ფინანსური მხარდაჭერით, MATRA პროგრამის ფარგლებში.

<sup>11</sup> პროექტ „აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამების განხორციელებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბაზის შექმნა ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის სისტემის გაძლიერების გზით“ ფარგლებში.



ციული სექს-მუშაკების გამოკვლევა ქცევაზე ზედამხედველობის მეთოდით, ბიომარკერის კომპონენტით, ბათუმსა და თბილისში. თბილისში გამოკითხულ იქნა 160, ხოლო ბათუმში 120 კსმ ქალი. რესპონდენტთა ასაკის მედიანა იყო: თბილისში 36, ხოლო ბათუმში – 35.5 წელი. კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებულ იქნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კსმ-თა ქცევის საკვლევი კითხვარი<sup>12</sup>. კვლევის შედეგების თანახმად, კსმ-თა შორის, ორივე ქალაქში, ალკოჰოლის ყოველდღიურ მოხმარებელთა პროცენტული მაჩვენებელი 13%-ს არ აღემატებოდა; არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მოხმარება ბათუმში გამოკითხულთა 4.1%-მა აღნიშნა, ხოლო თბილისში ეს მაჩვენებელი ნულის ტოლი აღმოჩნდა. ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მარიხუანას მოხმარება აღნიშნა თბილისის რესპონდენტთა 10%-მა (16 კსმ) და ბათუმის რესპონდენტთა 6.7%-მა (8 კსმ).

გამოკვლევულ კონტინგენტში ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ასეთი დაბალი პრევალენტობა შეიძლება აიხსნას იმ ფაქტით, რომ საკვლევი პოპულაცია იყო აივ/შიდსისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) პრევენციის პროექტის მუდმივი ბენეფიციარები. შესაბამისად, აღნიშნული შერჩევა არ არის წარმომადგენლობითი, და კვლევის შედეგები საქართველოს მთლიან კსმ პოპულაციაზე განზოგადებული ვერ იქნება. გარდა ამისა, შესაძლოა, გამოკითხულმა ქალატონებმა არ გაამჟღავნეს ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება. განსხვავებით კვლევის შედეგად მიღებული სურათისა, სავსე სოციალური სამსახურის წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ კომერციულ სექს-მუშაკთა შორის, გასულ წლებთან შედარებით, შეიმჩნევა ინექციური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ზრდის ტენდენცია (წერეთელი, 2012).

### 3.3.3. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მაკაცებს შორის (მსმ)

2010 წელს, სამედიცინო ფსიქოლოგიურმა ცენტრმა თანადგომა და საერთაშორისო ფონდმა კურაციო ჩაატარეს ქცევაზე

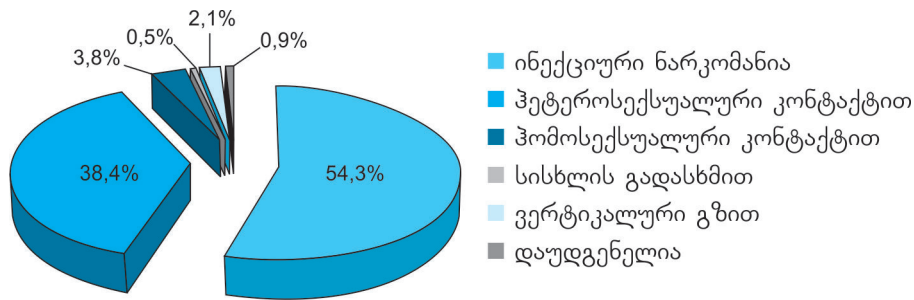
ზედამხედველობის კვლევა მსმ-ებს შორის, ჯვარედინ-სექციური დიზაინითა და რესპონდენტებზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდოლოგიის გამოყენებით (Heckathorn, 1997). გამოკვლევულ იქნა 278 მამაკაცი; რესპონდენტთა ასაკის მედიანამ შეადგინა – 29 წელი, ასაკობრივი ინტერვალით 18-დან 71-მდე; კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა იყო ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შესწავლა მსმ-ებს შორის ბოლო 12 თვის განმავლობაში. კვლევის შედეგების თანახმად, რესპონდენტთა 21.1%-მა (60 პირი) აღნიშნა ნარკოტიკების მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე. აქედან, მარიხუანას მოხმარება მიუთითა 92%-ზე მეტმა, ხოლო ინექციური ნარკოტიკის მოხმარება – მხოლოდ 4.9%-მა. ინექციური ნარკოტიკებიდან ყველაზე ხშირად დასახელებული იყო ჰეროინი და ბუპრენორფინი. მხოლოდ ერთმა მონაწილემ აღნიშნა კუსტარულად დამზადებული ამფეტამინის ტიპის ნარკოტიკის („ჯეფი“) ინექციური მოხმარება. რესპონდენტთა 1/3-მა აღნიშნა ბოლო ინექციისას სხვის მიერ ნახმარი შპრიცის გამოყენება (კურაციო, 2010).

## 4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

### 4.1 აივ ინფექცია/შიდსი

საქართველოში, 2012 წლის მაისის მონაცემებით, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში, რეგისტრირებულია შიდსის ვირუსით ინფიცირების 3,307 შემთხვევა; მათ შორის, 2,421 (73%) მამაკაცია და 886 (27%) ქალი. პაციენტთა უმრავლესობა დიაგნოსტიკისას 29-დან 40 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალში იყო. რეგისტრირებულიდან, შიდსი განუვითარდა 2,014 პაციენტს, 732 გარდაიცვალა. 2012 წელს გამოვლინდა 366 ახალი შემთხვევა. აივ ინფიცირებულებში ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებაა (54.9%). ინფექციის გადაცემის გზების განაწილება იხილეთ დიაგრამა 3-ზე.

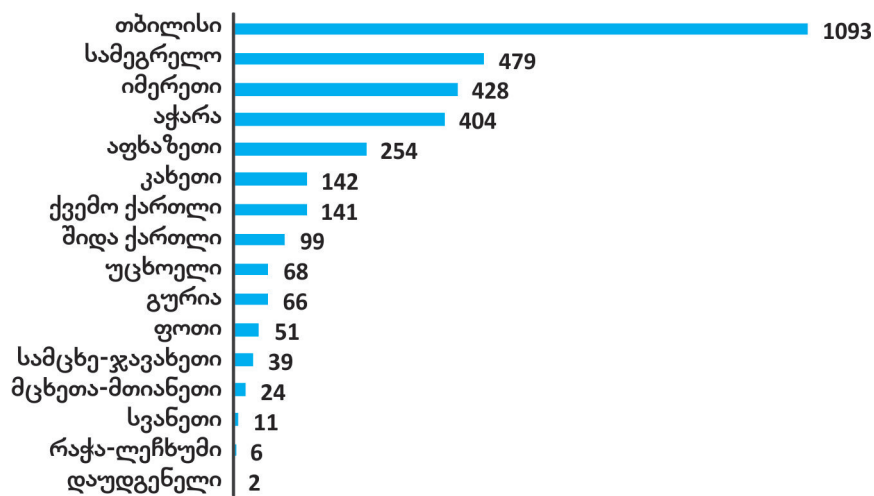
12 განმეორებადი ქცევითი გამოკითხვა აივ რისკის პოპულაციებში, გზამკვლევი, Family Health international.



დიაგრამა 3: აივ ინფექცია/შიდსის განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით (შიდსის ცენტრი, 2012)

აივ ინფექციის შემთხვევათა უმრავლესობა კონცენტრირებულია თბილისში (1,093; 9.32/10,000 მოსახლეზე), შემდეგ სამეგრე-

ლოს (479; 9.99/10,000), იმერეთისა (428; 6.05/10,000) და აჭარის (404; 10.26/10,000) რეგიონებში.



დიაგრამა 4: აივ ინფიცირებულთა განაწილება რეგიონების მიხედვით (შიდსის ცენტრი, 2012)

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა აივ ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის „აივ ინფექცია/შიდსზე მაღალი რისკის ჯგუფის პირთა ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება“ კომპონენტის განხორციელება დაიწყო 2011 წლის 22 ივლისიდან. სხვა ჯგუფებთან ერთად, კომპონენტი მოიცავდა ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების აივ-ინფექცია/შიდსზე კონსულტაციასა და ნებაყოფლობით გამოკვლევას სკრინინგული მეთოდებით. 2011 წლის 22 ივლისიდან 2012 წლის 1 იანვრამდე აივ ინფექციაზე ტესტირება ჩაუტარდა 1,035 ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელს, საიდანაც დადასტურდა 2 შემთხვევა. აღნიშნულ პროგრამას ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი ახორციელებდა და ბენეფიციართა ძირითადი ნაწილი მეთადონით ჩანაცვლებითი სახელმწიფო პროგრამის მომხმარებელი იყო.

2012 წლისთვის დაგეგმილი იყო კიდევ 1,000 ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება, თუმცა პროგრამას ამ ეტაპზე ჯერ არ აღუდგენია მოქმედება.

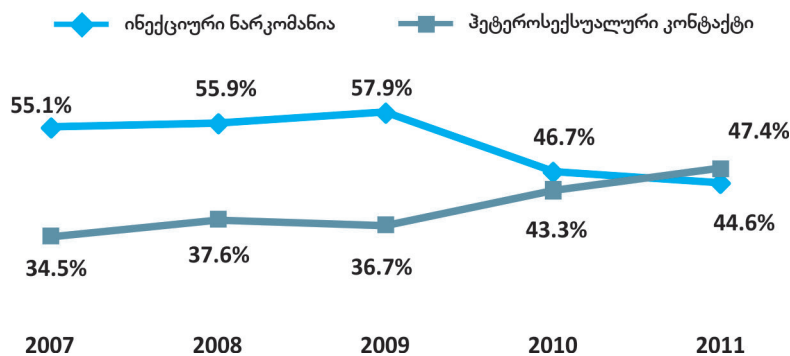
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მონაცემებით 2011 წლის განმავლობაში 424 ახლად გამოვლენილი აივ ინფიცირებულიდან 189 (44.6%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია (NCDC 2012).

NCDC-ის აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგიის ეროვნული ბაზა (2010), სადაც ხდებოდა ქვეყნის მონაცემთა შეგროვება მხოლოდ 2010 წლის განმავლობაში, გვიჩვენებს, რომ ტესტირებულ ინექციურ ნარკომომხმარებელთა შორის 3.91% (კაცი-3.95% და ქალი-2.08%) აივ-ინფიცირებულია, 25 წელზე უფრო ახალგაზრდებს შორის აივ-ინფექციის გავრცელება 0.32%-ია, ხოლო 25 წელზე უფრო ასაკოვანებს შორის კი – 4.44%. ანტირეტ-

როვირუსული მკურნალობის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ მკურნალობას აგრძელებს პაციენტების 75.19% (75.59% კაცი და 50.0% ქალი); ყველა მათგანის ასაკი აღემატება 25 წელს. ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყებიდან 60 თვის შემდეგ (2006 წლიდან) მკურნალობაზე მკურნალობას აგრძელებს პაციენტთა 57%.

საქართველოში, ტრადიციულად, აივ ინფექციის გადაცემის წამყვანი გზა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება იყო (ისევე, როგორც აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში), მას მოჰყვებოდა ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემა. 2002 წლიდან დაიწყო ამ ტენდენციის ცვლილება. შიდსის ცენტრის მონაცემთა მიხედვით, 1989 წლიდან 2002 წლამდე ინექციური მოხმარების გზა სტაბილურად 69%-ს შეადგენდა; 2002 წლიდან მისი წილი იწყებს შემცირებას, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების წილი კი, პირიქით, იზრდება. 2008 წლისთვის ინექციური მოხმარების როგორც გადაცემის გზის წილი

60%-მდე შემცირდა, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების წილი კი 33%-მდე გაიზარდა. 2012 წლის მაისისათვის ამ ორი გზის კუმულაციური წილები შესაბამისად 54.9 და 38.1 პროცენტია (შიდსის ცენტრი, 2012). 2011 წელს ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების წილმა ინფექციის გადაცემაში 47.4% შეადგინა, ხოლო ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გზით დაინფიცირებამ კი 44.6% (NCDC-ის გამოუქვეყნებული მონაცემები). კაცთა 42.6% და ქალთა 57.4% დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი კონტაქტის შედეგად. შიდსის ცენტრის მონაცემთა ბაზის მიხედვით, აივ-პოზიტიურ ქალთა 70% ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებლის სქესობრივი პარტნიორია (ჩოკოშვილი, 2012). ეს ფაქტი არანაირად არ ამცირებს ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებში აივ-ინფექციის პრევენციის მნიშვნელობას, არამედ ხაზს უსვამს ქვეყანაში აივ-ინფექციის გავრცელების პრევენციის ყოველმომცველი სტრატეგიის აუცილებლობას.



დიაგრამა 5: აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებისა და ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების გზით (NCDC, 2012)

2008-09 წლებში არასამთავრობო ორგანიზაცია ბემონის მიერ საქართველოს 5 ქალაქში (თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი და ბათუმი) 18 წლის და უფროსი ასაკის ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებში ჩატარდა ბაზისური ჩვევითი ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერული კომპონენტით (BSS), რომლის მიზანი აივ-ინფექციისა და სიფილისის გავრცელების შესწავლა იყო. გამოყენებულ იქნა რესპოდენტზე დაფუძნებული მერჩევის (Respondent-driven sampling, RDS) მეთოდი. ბიომარკერული კომპონენტი მოიცავდა სისხლის ანალიზს აივ-ინფექციისა და სიფილისზე. სულ გამოკვლეულ იქნა 1127 ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებელი, საშუალო ასაკით 36 წელი. აივ ინფექციის გავრცელება მერყეობდა რეგიონების მიხედვით: გორი (0%), თელავი (1.5 %, 95% CI 0 - 3.5), ზუგდიდი (2.2%, 95% CI 0 - 3.5), თბილისი (2.5%, 95% CI 0.3 - 5.4), ბათუმი (4.5%,

95% CI 1.5 - 8.0). რაც შეეხება სიფილისს, შემდეგი სურათი იყო: გორი (3.9%, 95% CI 1.1 - 7.3), თელავი (5.5% 95% CI 2.5 - 8.5), თბილისი (6.3%, 95% CI 3.7 - 9.3), ზუგდიდი (6.9%, 95% CI 3.5 - 11) და ბათუმი (7.6%, 95% CI 4.0 - 12.0).

კვლევამ, ასევე, შეაფასა ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული ცოდნა და ჩვევები ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებს შორის. კვლევის შედეგების მიხედვით, აივ-ინფიცირების რისკი იზრდებოდა ასაკის მატებასთან, ნარკოტიკების მოხმარების ხანგრძლივობის ზრდასთან და ნასამართლეობასთან ერთად ( $p < 0.05$ ).

#### 4.2 ვირუსული ჰეპატიტები

2011 წელს საქართველოში რეგისტრირებულ იქნა ქრონიკული HBV ინფექციის 1,240



ახალი შემთხვევა და ქრონიკული HCV ინფექციის 1,932 ახალი შემთხვევა (WHO/UNICEF, 2012). HBV/HIV კო-ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა შეადგენდა 27-ს; მათგან, 16 პირი (59%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო. HCV/HIV კო-ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა იყო 167, მათგან 130 პირი (78%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო. HBV/HCV ორმაგი ინფექცია აივ-დადებით პირებში აღირიცხა 16 პაციენტში და მათგან 12 (75%) იყო ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი (NCDC, 2012, WHO/UNICEF, 2012).

## 5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და ნარკოტიკების მომხმარებელთა სიკვდილობა

გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან 2007 წლამდე ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების აღრიცხვა საქართველოში შეწყდა. არ არსებობდა ინფორმაცია როგორც ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილის, ასევე ნარკოტიკების მომხმარებელთა სიკვდილობის შესახებ. 2004

წელს სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის (SCAD) ფარგლებში ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის (ამჟამად ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი) მიერ განხორციელდა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილობის შემსწავლელი რეტროსპექტული კოჰორტული გამოკვლევა, რომლის ფარგლებშიც მოხდა ეროვნული ნარკოლოგიური რეგისტრისა და მოსახლეობის სიკვდილობის რეგისტრის მონაცემთა შედარება. გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოში, 2003 წელს, რეპროდუქციული ასაკის მამაკაც ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა სიკვდილობა (6/1,000 მოსახლეზე) ორჯერ აღემატებოდა ამავე ასაკის არამომხმარებელ მამაკაცთა სიკვდილობის მაჩვენებელს (თოდაძე, 2005).

ლევან სამხარაულის სახელობის საქართველოს ექსპერტიზის ეროვნულმა ბიურომ, 2007 წლიდან, განაახლა ქვეყანაში ნარკოტიკების მიზეზით გარდაცვალების აღრიცხვა. 2011 წელს ბიურომ დააფიქსირა ინტოქსიკაციის 54 შემთხვევა, რომელთაგან 15 დაკავშირებული იყო ნარკოტიკების ზედოზირებასთან – იხილეთ ცხრილი 2.

	2007	2008	2009	2010	2011
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევები	39	28	19	მონაცემები არ მოიპოვება	15

ცხრილი 2: ლევან სამხარაულის სახელობის საქართველოს ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ აღრიცხული ნარკოტიკების ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევები

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემებით (ზმსქ, 2012), ზედოზირების მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის ქვეყანაში გაცილებით უფრო მაღალია, მაგრამ არაკეთილგანწყობილი სამართლებრივი გარემოსა და შესაბამისი სამართლებრივი რეგულაციების გამო (მაგალითად, სასწრაფო დახმარების ექიმების მიერ ზედოზირების შემთხვევის შესახებ პოლიციაში შეტყობინების ვალდებულება), მათი აღრიცხვა და დროული პროფესიული დახმარების გაწევა არ ხდება, რაც, თავის მხრივ, ზრდის ფატალური ზედოზირების რისკს.

## 6. სამკურნალო სერვისების გამოყენება

სტანდარტები, რომლის მიხედვითაც ქვეყანაში არსებულ ნარკოლოგიურ კლინიკებში ხდება პაციენტების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და დამუშავება, მნიშვნელოვანწილად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. აქედან გამომდინარე, საქართველოში დღეისთვის არ მოიპოვება სანდო და ვალიდური ეპიდინფორმაცია ნამკურნალევი ნამალდამოკიდებული პირების შესახებ.

2011 წელს, ქვეყანაში მოქმედ 4 ნარკოლოგიურ კლინიკაში, სტაციონარული დეტოქსიკაციის კურსი გაიარა სულ 270 პირმა (მათ შორის 2 ქალი). ბემონისა და ურანტის კერძო კლინიკების კუმულაციური მონაცემებით, დეტოქსიკაციური მკურნალობის კურსში ჩართული პაციენტებისათვის დამოკიდებულების გამომწვევი ძირითადი ნარკოტიკები იყო: ოპიოიდები (60%), სტიმულა-



ტორები (15.6%), და მრავლობითი ნარკოტიკები (ე.წ. „პოლინარკომანიის“ შემთხვევაში), მათ შორის ფსიქოტროპული მედიკამენტები (24,4%).

2011 წლის განმავლობაში ქვეყანაში ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებით სარგებლობის სურათი შემდეგია:

შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის (GFATM) ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი პროგრამები თბილისში, ბათუმსა და გორში მოემსახურა 474 პაციენტს (მათ შორის, 367 მამაკაცსა და 7 ქალს);

პენიტენციური სისტემის მე-8-ე და მე-2-ე საპატიმრო დაწესებულებებში მოქმედი გლო-

ბალური ფონდის ოპიოიდებით დეტოქსიკაციის პროგრამა მოემსახურა 107 პაციენტს;

სახელმწიფო ჩანაცვლებითი პროგრამა მოემსახურა 1,878 პაციენტს, მათგან 1,861 მამაკაცსა და 17 ქალს (ჯოხაძე, 2012).

ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამა გვიჩვენებს ტენდენციას, რომლის მიხედვითაც ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების დაწყებიდან (2005 წლის ბოლო) დღემდე იკლებს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ თერაპიაში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობა და ამავდროულად, იზრდება ჩანაცვლებითი თერაპიის მოსარგებლეთა რიცხვი:

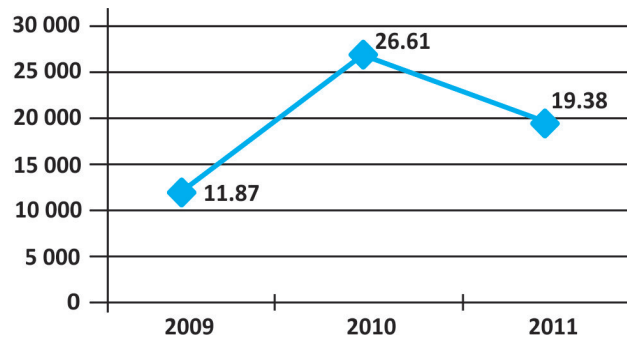


დიაგრამა 6: მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობრივი ტენდენციები აბსტინენციაზე ორიენტირებულ და ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში, წლების მიხედვით (ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2012)

ზიანის შემცირების პროგრამებით მოცვა საქართველოში კვლავ ძალიან დაბალია, მიუხედავად ამ სერვისების მნიშვნელოვანი გაფართოებისა. „ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლებისათვის აივ-პრევენციის, მკურნალობისა და მზრუნველობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობისთვის ქვეყნებში დახმარების სამიზნეების დასახვის ტექნიკური გზამკვლევის“ (WHO, 2008) მიხედვით, ნემსების /შპრიცების დრიგება/ გაცვლისა და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების პროგრამებით მოცვა დაბალია, თუ იგი ინექციურ მომხმარებელთა 20%-ზე ნაკლებია, ხოლო საშუალოა, თუ 20%-დან 60%-მდე ინტერვალშია. იგივე გზამკვლევი გვიჩვენებს, რომ მაღალი მოცვის უზრუნველსაყოფად, საჭიროა ყოველ ნარკოტიკის ინ-

ექციურ მომხმარებელს, ყოველწლიურად, დაურიგდეს 200 და მეტი შპრიცი. არსებული ხელმისაწვდომი მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ნემსების/შპრიცების პროგრამებით მოცვა აღწევს 10%-ს, ხოლო 2010 წელს ერთ ნიმ-ზე დარიგებული შპრიცების მაქსიმალური რაოდენობა 26 ცალი იყო (იხ. დიაგრამა 7). აქედან გამომდინარე, აივ-პრევენციის ეფექტური და ხარჯთეფექტური ინტერვენციები (იხ. თავი 14) ქვეყანაში არ არის სრულად გამოყენებული.

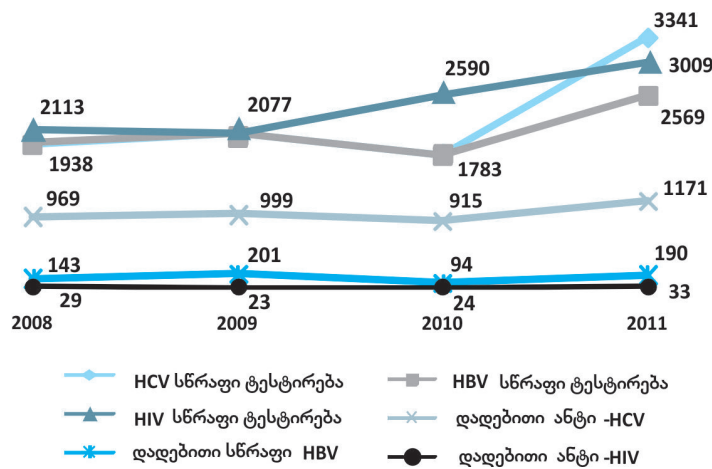
ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ, გამოთვლილ იქნა ქვეყანაში ნემსების/შპრიცების დარიგების მაჩვენებელი. კალკულაცია მოხდა დარიგებული შპრიცების ოდენობის შეფარდებით საქართველოში ნიმ-თა რაოდენობასთან:



დიაგრამა 7: ერთ ნიმ-ზე დარიგებული შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით

ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისს ქვეყნის მასშტაბით ახორციელებს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი (ზშსქ) და საქართველოს აივ/შიდსის

პრევენციის პროგრამა (GHPP). ქვედა დიაგრამა გვიჩვენებს ტესტირებული ნიმ-თა საერთო რაოდენობას (ზშსქ და GHPP პროექტების კუმულაციური მაჩვენებელი):



დიაგრამა 8: საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელისა (ზშსქ) და საქართველოს აივ/შიდსის პრევენციის პროგრამის (GHPP) მიერ განხორციელებული ზიანის შემცირების პროგრამების ფარგლებში ტესტირებულ ნიმ-თა რაოდენობა, 2012 (ზშსქ და GHPP, 2012)

## 7. პრევენცია

მიუხედავად რიტორიკისა, როგორც საერთაშორისო დონორები, ასევე სახელმწიფო ტრადიციულად უგულებელყოფენ პირველად პრევენციას. გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლებიდან დაიწყო სასკოლო და სათემო პირველადი პრევენციის მოკრძალებული პროექტების განხორციელება არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. ამ ინიციატივების მახასიათებლებია: დაფინანსების სიმწირე, არათანმიმდევრულობა და ფრაგმენტულობა, ხარისხის კონტროლის მექანიზმების არარსებობა. დღესდღეობით პირველადი პრევენცია ან „გაზავებულია“ ჯანსაღი ცხოვრების წესის ზოგად კამპანიებში (ამგვარია, მაგალითად 2011 წელს საქართველოს პირველი ლედის ინიციატივით წამოწყებული „Don't Worry be Healthy“ კამპანია), ან „შეპარულია“ აივ-შიდსის პრევენციის პროექტებში

(მაგალითად, ამერიკის განვითარების სააგენტოს დაფინანსებულ საქარველოს აივ-პრევენციის პროექტში), რომლებიც შედარებით უფრო სტაბილურად ფინანსდება საერთაშორისო დონორების მიერ. ქვეყანაში ჯერჯერობით არ არსებობს ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის უნივერსალური, სელექციური და მიზანმიმართული პრევენციის განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმები.

მიზანმიმართული, სკოლაზე დაფუძნებული პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნის ხელშესაწყობად, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტმა, პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტთან თანამშრომლობით, 2012 წელს განახორციელა ევროპის ნარკოტიკების პრევენციის პროგრამის (European Drug Addiction Prevention Trial, EUDAP<sup>13</sup>) პილოტირება, რომლის შედეგებზე

13 ევროკავშირის ქვეყნებში უკანასკნელი 15 წლის მანძილზე დანერგილი და ლონგიტუდურად შესწავლილი, სასკოლო პრევენციის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომა.

დაყრდნობით 2013 წელს იგეგმება სკოლაზე დაფუძნებული პირველადი პრევენციის ინსტიტუციონალიზაციის ლობირება ქვეყნის განათლების სისტემაში.

## 8. მკურნალობის შესაძლებლობები

### 8.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

ამჟამად საქართველოში სტაბილურად ფუნქციონირებს წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ოთხი სტაციონარული კლინიკა. ამათგან, ერთი მდებარეობს ბათუმში, ხოლო სამი – თბილისში: ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი და ორი კერძო კლინიკა: ურანტი და ბემონი. ყველა კლინიკაში ერთად არის სულ 60 საწოლი, რომელთა გამტარუნარიანობა შეადგენს წელიწადში 1,000-მდე პაციენტს.

აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის საფასურის გადახდა, უმეტესწილად, პაციენტის ჯიბიდან ხდება.

მკურნალობის ღირებულება ძალიან მაღალია: ცხრადღიანი დეტოქსიკაციის კურსის ფასი, შემდგომი ორკვირიანი პირველადი რეაბილიტაციით, მერყეობს 1250-დან 2250 ლარამდე, რაც 2011 წლის ხელფასის საშუალო ოდენობას – 636 ლარს ([www.geostat.ge](http://www.geostat.ge), 2012) რამდენჯერმე აღემატება. 2009 წელს, ჯანდაცვის სამინისტრომ განაახლა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სახელმწიფო დაფინანსების მცირე მასშტაბის პროგრამა<sup>14</sup>. 2011 წელს, ქვეყანაში მოქმედ 4 ნარკოლოგიურ სტაციონარში, წამალდამოკიდებულების მკურნალობის 270 შემთხვევიდან, 80 სახელმწიფო პროგრამიდან იყო დაფინანსებული. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის 92-ე დადგენილებით, განისაზღვრა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება შემდეგი კომპონენტების მიხედვით:

<sup>14</sup> 2006 წლამდე, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ლიმიტირებული რაოდენობით, ხდებოდა წამალდამოკიდებულების სტაციონარული მკურნალობის დაფინანსება.

№	კომპონენტი	ბიუჯეტი
1	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია	624,000
2	ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკის მიწოდების უზრუნველყოფა	1,310,000
3	ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკის შესყიდვა	817,000
4	სპეციალურ სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირება, შენახვა და გაცემა	24,000
	სულ:	2,775,000

ცხრილი 3: წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტები საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის დადგენილების შესაბამისად ([www.matsne.gov](http://www.matsne.gov), 2012).

ქვეყანაში დღეს-დღეისობით არ არსებობს მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ერთიანი შეთანხმებული კრიტერიუმები, მკურნალობის ოქმები და გზამკვლევები. მათი შემუშავება და დანერგვა უახლოესი მომავლის ამოცანაა.

### 8.2. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობა

მოთხოვნა ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობასა და დეტოქსიკაციაზე ქვეყანაში გაცილებით მაღალია, აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობასთან შედარებით (იხ. ზევით დიაგრამა 6). შესაბამისად, იზრდება მისი ხვედრითი წილი და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობაც.

ჩანაცვლებითი თერაპიის პირველი პროგრამა ქვეყანაში 2005 წლის ბოლოს ამოქმედდა, შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის ხელშეწყობით. 2012 წლის 1 იანვრისთვის, გლობალური ფონდის დაფინანსებით, ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 5 მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი (სამი თბილისში, ერთი გორსა და ერთიც ბათუმში), რომელთაც აქვთ უნარი მოემსახურონ წელიწადში 450 პაციენტს; გარდა ამისა, მოქმედებს მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა პენიტენციური სისტემის ორ დაწესებულებაში – თბილისის მკაცრი რეჟიმის მე-8 საპყრობილეში 2008 წლის დეკემბრიდან და ქუთაისის მე-2 საპყრობილეში 2011 წლის დეკემბრიდან.

შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის დაფი-



ნანსებით, ქვეყანაში მოქმედებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ორი ცენტრი: ერთი – ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ბაზაზე და მეორე – საპატრიარქოსთან არსებულ ანტინარკოტიკულ ცენტრში. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრები ემსახურება ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჩართულ და აბსტინენციაზე ორიენტირებული თერაპიის პაციენტებს, ასევე რემისიაში მყოფ პირებს, სთავაზობს რა მათ ინდივიდუალურ, ჯგუფურ და ოჯახზე ორიენტირებულ თერაპიებს, ეროვნულ-თერაპიას და არტ-თერაპიას, კომპიუტერულ კლასებს, რელიგიურ აქტივობებს, თანასწორის მიერ თანასწორის მხარდაჭერას და ა.შ. რეაბილიტაციის ცენტრებში, ასევე, ხელმისაწვდომია ნებაყოფლობითი კონსულტირება-ტესტირების სერვისი.

2008 წლიდან ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის განხორციელება დაიწყო, აგრეთვე, საქართველოს მთავრობამ. პროგრამა მოქმედებს თანადაფინანსების პრინციპით: სახელმწიფოს მხრიდან ხდება სამკურნალო პრეპარატის ღირებულების დაფინანსება, ხოლო სერვისის ღირებულებას კი ფარავს პროგრამაში ჩართული პაციენტი, რაც ყოველთვიურად 150 ლარის ოდენობის გადასახადს შეადგენს. მკურნალობა უფასოდ მიენიჭება აივ-პოზიტიურ და სოციალურად დაუცველ ოჯახთა ეროვნულ ბაზაში რეგისტრირებულ პირებს.

მოცემული ანგარიშის გამოქვეყნების მომენტში ქვეყანაში მოქმედებს 11 ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო ცენტრი. მათგან 6 – თბილისში, და თითო-თითო შემდეგ ქალაქებში: ფოთი, ქუთაისი, ზუგდიდი, ოზურგეთი და თელავი.

გეოგრაფიული დაფარვის გაფართოვებასთან ერთად, სახელმწიფო ჩანაცვლებითი პროგრამებში ხდება მკურნალობის მეთოდების დივერსიფიცირება. კერძოდ, 2010 წლის იანვარში, თბილისში გაიხსნა სუბუქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი. 2011 წლისთვის ცენტრის სამკურნალო პროგრამაში ჩართული იყო 100 პაციენტი.

## 9. ზიანის შეფასება

2002 წლიდან მოყოლებული, საერთაშორისო დონორთა დიდი ყურადღების დამსახურებით<sup>15</sup>, ზიანის შემცირების მიდგომა საქართველოში საკმაოდ სწრაფად განვითარდა. ამის მაჩვენებლებია ზიანის შემცირებაზე ფოკუსირებული არასამთავრობო ორგანიზაციების რაოდენობის, მათი ორგანიზაციული განვითარების დონისა და ინტერვენციის მასშტაბების ზრდა. 2006 წლისთვის ზიანის შემცირების დარგში სულ შვიდი არასამთავრობო ორგანიზაცია მუშაობდა, რომელთაც ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი (ზშსქ) დააფუძნეს; 2012 წლისთვის ქსელი უკვე 20 ორგანიზაციას აერთიანებს, და დარგში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სუბიექტად არის აღიარებული. მიუხედავად აღწერილისა, ზიანის შემცირების მდგრადობა ქვეყანაში კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას, რამდენადაც დღეისათვის არსებული თითქმის ყველა სერვისი ფინანსდება საერთაშორისო სექტორის (ძირითადად, გლობალური ფონდის) მხრიდან, ხოლო სახელმწიფო ბიუჯეტს ამ მიმართულებით ჯერ კიდევ არ გამოყოფს.

საქართველოში ზიანის შემცირების აქტივობები მოიცავს შემდეგს: შპრიცების/ნემსების, პრეზერვატივებისა და საინფორმაციო მასალების გავრცელება; ნებაყოფლობითი კონსულტირება-ტესტირება (ნკტ) აივ-ინფექციაზე, C და B ჰეპატიტებსა და სიფილისზე; თანასწორგანმანათლებლობას; ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ცნობიერების ამაღლებას მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე; საკანონმდებლო ცვლილებების და პოლიტიკის რეფორმის ადვოკაციას და ა.შ.

ამჟამად ზშსქ-ის წევრი ორგანიზაციები ამუშავებენ 10 დაბალზღვრულ კომბინირებულ ცენტრს, სადაც ბენეფიციარებს შეუძლიათ მიიღონ სტერილური საინექციო ინსტრუმენტები და ნკტ სერვისი. ორი ცენტრი მოქმედებს თბილისში, დანარჩენი კი შემდეგ რეგიონებში: ბათუმი, თელავი, გორი, ქუთაისი, სამტრედია, ფოთი, ზუგდიდი და სოხუმი. აშშ-ს განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული საქართველოს აივ-პრევენციის პროექტის ფარგლებში 2010 წლიდან მოქმედებდა 7 ნკტ ცენტრი (თბილისი, ქუთაისი, თელავი, ზუგდიდი, ბათუმი, რუსთავი). 2012 წლიდან მათგან 5-მა განაგრძო მუშაობა.

15 შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი, გაეროს შიდსის პროგრამა, ფონდი ღია საზოგადოება-საქართველო, ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტები, ამერიკის შეერთებული შტატების განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული საქართველოს აივ-პრევენციის პროექტი და სხვ.



## 10. ნარკოზაზარი და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები

საქართველო არ განიხილება, როგორც ნარკოტიკების მწარმოებელი ქვეყანა, თუმცა, ქვეყნის მდებარეობის გეოგრაფიული, არსებობს გარკვეული ვარაუდი მისი ნარკოტრაფიკის გზად გადაქცევის რისკის თაობაზე. კერძოდ, ამერიკის შეერთებული შტატების სახელმწიფო დეპარტამენტის 2012 წლის ნარკოტიკების კონტროლის სტრატეგიის ანგარიშის შესაბამისად, არსებობს სერიოზული საფრთხე, რომ საქართველო გახდეს ევროპაში ნარკოტრაფიკის ძირითადი გზა (INCSR, 2012).

ბოლო წლებში ქვეყანაში ნარკოტიკების მიწოდების შემცირების სტრატეგია, ძირითადად, ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო იმპორტის დაძლევაზე იყო მიმართული. სამართალდამცავ ორგანოებში გავრცელებული მოსაზრებით, შავი ბაზრიდან ისეთი „ტრადიციული“ ნარკოტიკული საშუალებების გაქრობა, როგორც არის ჰეროინი და სუბუტექსი\* მოხდა მათი მხრიდან გატარებული ინტენსიური ღონისძიებების შედეგად. ნარკოსცენა მკვეთრად შეიცვალა, კუსტარული სტიმულატორებისა და ოპიოიდების მოხმარების ზრდის ხარჯზე. დღეისთვის არ არსებობს საკმარისი მონაცემები/მტკიცებულება ნარკოსცენის ცვლილებასა და სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გატარებულ ღონისძიებებს შორის პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის დასადგენად.

სამართალდამცავი ორგანოების კიდევ ერთი პრიორიტეტული სტრატეგია, ბოლო

წლების განმავლობაში, გახლდათ ინტენსიური ნარკოტესტირება და სადამსჯელო ღონისძიებები ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიმართ (მაღალი ჯარიმები, თავისუფლების აღკვეთა და სხვა). ექსპერტებს შორის არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა ქვეყნის ნარკოვიტარებაზე სადამსჯელო ღონისძიებების გავლენასთან დაკავშირებით. სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლები და ექსპერტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული მკაცრი მიდგომა იწვევს მთელ რიგ ისეთ ნეგატიურ შედეგებს, როგორიცაა, მაგალითად, ახალ, უფრო მეტად დამაზიანებელ ნარკოტიკულ საშუალებებზე გადართვა; გარდა ამისა, სადამსჯელო ღონისძიებები დაკავშირებულია ადამიანის უფლებათა დარღვევის ისეთ ფაქტებთან, როგორიცაა მასიური ნარკოტესტირება და ადამიანების კრიმინალიზაცია მხოლოდ ნარკოტიკების მოხმარებისათვის. სამართალდამცავი ორგანოების წარმომადგენლები, რიგი ექსპერტები და საზოგადოების გარკვეული ნაწილი კი მიიჩნევს, რომ დასჯაზე დაფუძნებულ სტრატეგიას შედეგად მოაქვს პოზიტიური ცვლილებები ქვეყნისთვის (მაგალითად, ნარკოდანაშაულის კლების თვალსაზრისით). თუმცა, მხოლოდ უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებებისა და რეგისტრირებული ნარკოდანაშაულის მონაცემების საფუძველზე შეუძლებელია დამსჯელობითი მიდგომის გავლენის თაობაზე ამგვარი განზოგადებული დასკვნების გაკეთება.

ზოგიერთი ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ბრუნვიდან ამოღების დინამიკა იხილეთ ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ჰეროინი	8.592 კგ	16.157 კგ	12.12 კგ	2.3 კგ	1.342 კგ	0.886 კგ
ოპიუმი	229.1 გრ	185.89 გრ	53.6 გრ	37.2 გრ	22.69 გრ	2,244 გგრ
მარიხუანა	23.958 კგ	23.647 კგ	28.3 კგ	4.7 კგ	33.34 კგ	32.12 კგ
ტრამადოლი	70.850 გრ	100.3 გრ	739.2 გრ	79.0 გრ	28.39 გრ	28.2 გრ
სუბუტექსი	10,958 აბი	16,232 აბი	13,757 აბი	5,072 აბი	3,172.5 აბი	17.05 გრ
კანაფის მცენარე	123.336 კგ	64.860 კგ	41.563 კგ	მონაცემი არ მოიპოვება	116.9კგ	70.4 კგ
მეთადონი	23.057 გგრ	213.9გრ	328.27 გრ	73.8 გრ	7.5 გგრ	3.1 გგრ
მორფინი	3.33 გრ	4.45 გრ	38.049 გრ	3.57 გრ	12.28 გრ	3.68 გრ

ცხრილი 4: ნარკოტიკული საშუალებების ამოღების დინამიკა 2006-2011 წლებში (შსს, 2012)

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჰეროინის, სუბუტექსის, ოპიოიდებისა და სხვა ტრადიციული ნარკოტიკული საშუალებების ხელმისაწვდომობა

საქართველოს შავ ბაზარზე საგრძნობლად შემცირდა. ამავე დროს, უკანონო ბრუნვიდან ზემოწამოთვლილი ნარკოტიკული საშუალებებ-

ის ხვედრითი წილის შემცირებასთან ერთად, გამოჩნდა ახალი ნარკოტიკული საშუალებები, რაც ნარკოსცენის ცვლილებებზე მიუთითებს. კერძოდ, კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორები, საძილე საშუალებები და სხვა, სააფთიაქო ქსელში ხშირად ექიმის რეცეპტის გარეშე, ადვილად ხელმისაწვდომი ფსიქოტროპული ნივთიერებები. შპრიცების/ნემსების გაცვლის/დარიგების პროგრამების ბენეფიციართა ინფორმაციის მიხედვით, ერთი გრამი ჰეროინის, ისევე,

როგორც სუბუტექსის ერთი 8მგ-იანი ტაბლეტის ფასი შეადგენს 570 ლარს, მაშინ, როდესაც კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორები, როგორც არის ე.წ. „ვინტი“ და „ჯეფი“ (10-20 ლარი) და ახლად გამოჩენილი დეზომორფინი, ანუ იგივე „ნიანგი“ (20 ლარი) გაცილებით იაფია.

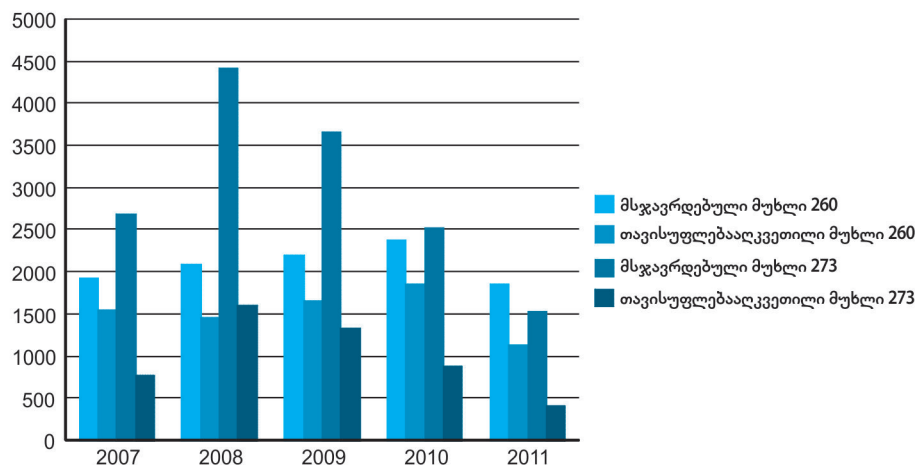
შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მოწოდებული არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების ფასები წლების მიხედვით მოცემულია შემდეგ ცხრილში:

	2008*	2009*	2011
ჰეროინი (ერთი გრამი)	500-600 ლარი	150-225 ლარი	570 ლარი
ოპიუმი	30-50 ლარი	40-60 ლარი	მონაცემი არ მოიპოვება
სუბუტექსი (ერთი 8მგ-იანი ტაბლეტი)	450 ლარი	400 ლარი	570 ლარი

ცხრილი 5: არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების ფასები 2008-2009 წლებში (შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2012)

საქართველოს უზანაესი სასამართლოდან მოწოდებული მონაცემების მიხედვით, 2011 წელს ნარკოდანამაჟულისთვის (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 33-ე თავი) 3,543 პირი იქნა მსჯავრდებული. მათ შორის 1,523 მხოლოდ ნარკოტიკების უკანონო მოხმარებისა-

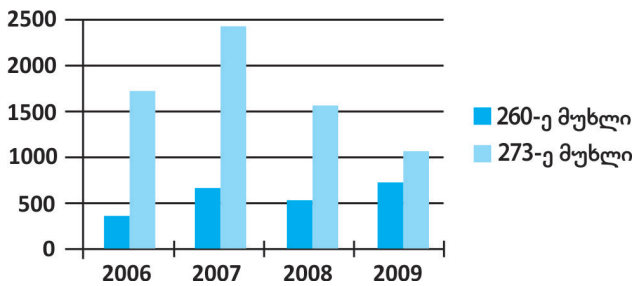
თვის. ამას გარდა, დამატებით 5,717 პირი იქნა ადმინისტრაციული წესით სახელდებული ექიმის დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო მოხმარებისთვის (საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლი).



დიაგრამა 9: მსჯავრდებულთა/დაპატიმრებულთა დინამიკა სისხლის სამართლის კოდექსის (სსკ) 260-ე და 273-ე მუხლებისთვის (საქართველოს უზანაესი სასამართლო, 2012)

მიუხედავად იმისა, რომ დაპატიმრებულთა რიცხვი ბოლო წლების მანძილზე კლებულობს, დაჯარიმებულთა და პირობით მსჯავრდებულთა რიცხვი კვლავ მაღალია. ყოველწლიურად, 1,000 ადამიანზე მეტი ხდება სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების გამო; პა-

რალელურად, ხდება მათთვის პოლიტიკური და სამოქალაქო უფლებების (ავტოსატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების შეზღუდვა, ადვოკატად, ექიმად, საჯარო დაწესებულებებში მუშაობის უფლების შეზღუდვა და სხვა) ჩამორთმევა, რაც ამცირებს მათი საზოგადოებაში რეინტეგრაციის შესაძლებლობებს.



დიაგრამა 10: პირობითი მსჯავრის დინამიკა სსკ 260-ე და 273-ე მუხლებით 2007-11 წლებში (საქართველოს უზანაესი სასამართლო, 2007-2012)

## 11. ეროვნული ნარკოკანონმდებლობა

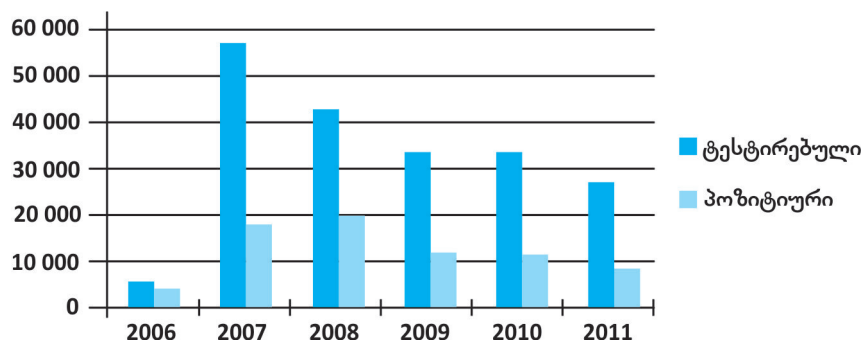
საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ნარკოტიკების მოხმარება წარმოადგენს სამართალდარღვევას. აღნიშნული ქმედება ისჯება, როგორც ადმინისტრაციული, ასევე სისხლის სამართლის კოდექსით. პირველ ჯერზე, ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე, ისჯება ადმინისტრაციული წესით და სანქციის სახით ითვალისწინებს ჯარიმას 500 ლარის ოდენობით<sup>16</sup>. იგივე ქმედება, ჩადენილი განმეორებით ერთი წლის განმავლობაში, ექვემდებარება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას და ისჯება 1 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ან/და ჯარიმით, რომლის მინიმალური ოდენობა 2,000 ლარია, ხოლო მაქსიმალური ზღვარი დადგენილი არ არის<sup>17</sup>.

16 მუხლი 45, საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი

17 მაშინ, როცა 2011 წელს ქვეყანაში საშუალო თვიური ხელფასი შეადგენდა 636 ლარს

სასამართლო განაჩენები, ძირითადად, ეფუძნება შინაგან საქმეთა სამინისტროს ექსპერტ-კრიმინალისტური ლაბორატორიის მიერ ჩატარებული სწრაფი ტესტების პასუხებს, რომელთა შემდგომი გადამოწმება არ ხდება განვითარებულ ქვეყნებში გავრცელებული უფრო ზუსტი ლაბორატორიული მეთოდებით (გარდა გასაჩივრების შემთხვევებისა).

ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე, 2006 წელს, შინაგან საქმეთა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრებმა გამოსცეს ერთობლივი ბრძანება №1049-2336, რომელიც ადგენს ნარკოტესტირების წესებს იმ შემთხვევებში, როდესაც არსებობს ეჭვი, რომ პირმა უკანონოდ მოიხმარა ნარკოტიკული საშუალება ან იმყოფება ზემოქმედების ქვეშ, ხოლო კანონი „პოლიციის შესახებ“ განსაზღვრავს პოლიციის ოფიცრის უფლებამოსილებას მოსთხოვოს მოქალაქეს ნარკო/ალკოჰოლზე ტესტირების გავლა, თუ ის საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს ან გარშემომყოფთ. 2006 წლის შემდეგ ნარკოტესტირება ფართოდ გავრცელდა, ხოლო ტესტირებაზე მიყვანილ პირთა რაოდენობა ათჯერ გაიზარდა წინა წლებთან შედარებით. მაგალითად, 2007 წელს ტესტირებულ პირთა რაოდენობა ათჯერ მეტი იყო, ვიდრე 2005 წელს, დადებითი შედეგი კი მხოლოდ ტესტირებულთა 30%-ს დაუდგინდა (ოთიაშვილი, 2012). მიუხედავად რაოდენობის კლებისა ბოლო წლებში, პროპორცია დადებით და უარყოფით შედეგს შორის კვლავ იგივეა – 1/3.



დიაგრამა 3: ნარკოლოგიური ტესტირების დინამიკა (შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2012)

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის თანახმად, ნარკოტიკული საშუალებების ფლობა ნებისმიერი ოდენობით წარმოადგენს სისხლის სამართლის დანაშაულს. მუხლში არ არის გამიჯნული ნარკოტიკების ფლობა

პირადი მოხმარების მიზნით თუ გასაღებისთვის. იგი ითვალისწინებს საკმაოდ მკაცრ სასჯელს, კერძოდ, თავისუფლების აღკვეთას 11 წლამდე მცირე ოდენობით ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ფლობისთვის, 7-დან 14 წლამდე – დიდი



ოდენობით ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ფლობისთვის და 8-დან 20 წლამდე ან უვადო თავისუფლების აღკვეთას – განსაკუთრებით დიდი ოდენობით ნარკოტიკული საშუალების ფლობისთვის. როგორც ვხედავთ, ნარკოტიკული საშუალების ოდენობას საკმაოდ დიდი გავლენა აქვს სასჯელის სიმკაცრის განსაზღვრისას, მაშინ, როცა ოდენობები ქართული კანონმდებლობით არ არის სათანადოდ განსაზღვრული. კერძოდ, 2003 წლის პარლამენტის დადგენილებაში, რომელშიც განსაზღვრულია ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ოდენობები, საკმაოდ ბევრ ნივთიერებას არ აქვს განსაზღვრული მცირე ოდენობა, რის შედეგადაც ნებისმიერი ოდენობით ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ფლობა ითვლება დიდ ოდენობად და ითვალისწინებს ზემოხსენებულ მკაცრ სასჯელს.

2008 წელს ამ და სხვა საკანონმდებლო პრობლემების გადაჭრის მიზნით, საქართველოს პარლამენტში განსახილველად წარდგენილ იქნა საკანონმდებლო ცვლილებების ორი პაკეტი. პაკეტი, რომელიც პარლამენტის ვიცე-სპიკერმა წარადგინა, მომზადებული იყო გლობალური ფონდის ექსპერტების მიერ (GFATM, 2008). მეორე – ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ (ზმსქ, 2008), ინიცირებული 58,000 მოქალაქის ხელმოწერით. ორივე ინიციატივა ითვალისწინებდა ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციას, არალეგალური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ოდენობების განსაზღვრას და ნარკოტიკების ფლობის სამართლებრივ გამიჯვნას პირადი მოხმარებისა თუ გასაღების მიზნით.

2012 წლამდე არ მომხდარა აღნიშნული საკანონმდებლო პაკეტების საპარლამენტო განხილვა. 2012 წლის პირველ ნახევარში გაიმართა რამდენიმე საპარლამენტო განხილვა პირველი საკანონმდებლო ინიციატივის ირგვლივ, ხოლო მაისის თვეში მოხდა ცვლილებების დამტკიცება. თუმცა, საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტი არ იქნა მიღებული სრულად, მხოლოდ რამდენიმე კანონში შევიდა შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები, ხოლო ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციის საკითხი სამომავლო განხილვისთვის გადაიდო.

მიღებული საკანონმდებლო ცვლილებების შედეგად მოხდა ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ კანონის დახვეწა, კონტროლირებად ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა სიის ჰარმონიზაცია ევროპულ სტანდარტებთან, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების სიაში დამატება, ნარკოტიკული საშუალებების ლეგალური

ბრუნვისა და ასევე საჯარო მოხელეთა სავალდებულო ნარკოტიკული ტესტირების შესახებ ნორმების შემოღება. აღნიშნული ცვლილებებით ასევე მოხდა ჰეროინისა და მეთადონისთვის მცირე ოდენობების განსაზღვრა, თუმცა კვლავ განუსაზღვრელი რჩება მცირე ოდენობა ისეთი ამჟამად გავრცელებული ნარკოტიკული საშუალებებისათვის, როგორიც არის, მაგალითად, ამფეტამინი, მეთამფეტამინი და დეზომორფინი. ექსპერტების მხრიდან, ასევე, იყო მოლოდინი, რომ აღნიშნული საკანონმდებლო ცვლილებებით მოხდებოდა ნარკოტიკული დანაშაულიდან ჯარიმების სახით შემოსული თანხის არანაკლებ 20%-ის გამოყენება წამალდამოკიდებულების მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო პროგრამების დაფინანსებისთვის, თუმცა მეორე და მესამე პლენარულ მოსმენებს შორის აღნიშნული ნორმა ამოღებულ იქნა კანონპროექტიდან.

2012 წლის დეკემბერში, ახალი მოწვევის პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი კვლავ გამოვიდა ახალი საკანონმდებლო ინიციატივით, ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციის მიზნით. ინიციატივა ეყრდნობა გლობალური ფონდის ექსპერტთა ჯგუფის ზემოხსენებულ კანონპროექტს, რომელიც ითვალისწინებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაუქმებას ნარკოტიკების მოხმარების გამო და მთელ რიგ სხვა პოზიტიურ ცვლილებებს; მაგრამ ამასთან ერთად, მასში შემოთავაზებულია 3,500 ლარიანი ადმინისტრაციული ჯარიმა წლის მანძილზე მესამედ და მეტჯერ განმეორებით მოხმარების შემთხვევაში, რაც ~6-ჯერ აღემატება საშუალო შემოსავალს საქართველოში. ამჟამად პროფესიულ თემსა და საკანონმდებლო ხელისუფლების წარმომადგენელთა შორის მიმდინარეობს პაკეტში შემოთავაზებული ცვლილებების განხილვა.

## 12. პროვინული ნარკოსტრატეგია

საქართველოში დღემდე არ არსებობს ექსპლიციტური ნარკოსტრატეგია. 2007 წელს პარლამენტმა დაამტკიცა ნარკოსტრატეგიის ძირითადი მიმართულებები, რომლებიც მოიცავდა<sup>18</sup>: მკურნალობასა და რეაბილიტაციას, პრევენციას, ზიანის შემცირებას, პროფესიული კადრების

18 მიმართულებები ამოკრეფილი იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინიციატივით შექმნილი სახელმწიფო ნარკოპოლიტიკის საბჭოს მიერ მომზადებული ნარკოპოლიტიკის დოკუმენტიდან (სირბილაძე და სხვანი, 2006).



მომზადებას, საზოგადოების ინფორმირებას, ნარკოვითარების მონიტორინგის მექანიზმის შექმნას, კოორდინაციას. პარალელურად, სხვადასხვა უწყებას დაევალა ამ მიმართულებების შესაბამისი სამოქმედო კოორდინირებული გეგმების შემუშავება. ეს რეალურად არ განხორციელდა, სავარაუდოდ, პოლიტიკური ნების არარსებობის გამო, და შედეგად, 2012 წლამდე ქვეყანა ნარკოსტრატეგიის გარეშე დარჩა.

2012 წელს, პრეზიდენტის 751-ე ბრძანებულებით შეიქმნა ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო. ამ ბრძანებულების კვალდაკვალ, იუსტიციის სამინისტრომ დაიწყო შესაბამისი უწყებათა კოორდინირება საქართველოს ანტინარკოტიკული სტრატეგიის შექმნის მიზნით. კერძოდ, შეიქმნა 4 სამუშაო ჯგუფი, რომელშიც გაერთიანდნენ დარგის შესაბამისი ექსპერტები და უწყებათა წარმომადგენლები: ნარკოტიკებზე მოთხოვნისა და ზიანის შემცირების ჯგუფი (1), ნარკოტიკების მიწოდების შემცირების ჯგუფი (2), ნარკოტიკებზე ინფორმაციისა და კვლევის ჯგუფი (3), დაბოლოს – საერთაშორისო თანამშრომლობისა და კოორდინაციის ჯგუფი (4). 2012 წლის შემოდგომისთვის სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის დიდი ნაწილი მომზადებულ იქნა სამუშაო ჯგუფების მიერ. უალრესად მნიშვნელოვანია, რომ სტრატეგიის შემუშავების მიმართულებით შესრულებული ეს სამუშაო არ შეწყდეს და მიყვანილ იქნას ბოლომდე.

ქვემოთ მოყვანილი ქეისიდან ნათლად ჩანს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული დაბალანსებული სტრატეგიის არსებობის მნიშვნელობა:

2012 წელს როგორც საქართველოს პროკურატურამ, ასევე შსს-ს ანალიტიკურმა დეპარტამენტმა ჩაატარეს სტატისტიკური გამოკვლევები, ქვეყანაში არსებული ნარკოვითარების შესაფასებლად. ამ ორი კვლევის მეთოდოლოგია უცნობია (არ იყო გამჭვირვალე). ჩატარებული ორივე კვლევის დასკვნები ამტკიცებს, რომ უკანასკნელ წლებში, ძალოვანი სტრუქტურების მიერ განხორციელებული სადამსჯელო ღონისძიებების (ქუჩის მასიური ნარკოტესტირება, მომხმარებელთა დაპატიმრება და ა.შ.) წყალობით ქვეყანაში გაუმჯობესდა ნარკოვითარება. გაუმჯობესების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ინდიკატორად მიჩნეულ იქნა გამოვლენილი ნარკოდანაშაულის (ძირითადად, მოხმარების) სტატისტიკის კლება,

რაც, თავის მხრივ, განხილულ იქნა, როგორც ზოგადად ქვეყანაში ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების კლების მაჩვენებელი. ამგვარი ინტერპრეტაციის დასასაბუთებლად, ძალოვანი სტრუქტურათა წარმომადგენლები ეყრდნობოდნენ რეგისტრირებული ნარკოდანაშაულის სტატისტიკის დინამიკას 2007 წლიდან 2011 წლამდე: 2007 წელს – 8,493 შემთხვევა, 2008 წელს – 8,699 შემთხვევა, 2009 წელს – 6,921 შემთხვევა, 2010 წელს – 5,854 შემთხვევა და ბოლოს 3,984 შემთხვევა 2011 წელს (საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო, 2012).

ამგვარ დასკვნებზე საპასუხოდ, დარგის ექსპერტთა ნაწილმა ხაზგასმით მიუთითა, რომ მხოლოდ და მხოლოდ ძალოვანი სტრუქტურების სტატისტიკა ვერ იქნება და არც უნდა იყოს ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების კლების ინდიკატორი. არგუმენტად ექსპერტებს ის მოყავდათ, რომ რეგისტრირებულ ნარკოდანაშაულებათა კლება შესაძლებელია აიხსნას სხვა მიზეზებითაც, მაგალითად:

- ძალოვანი სტრუქტურების სტრატეგიების ცვლილებით მომხმარებელთა დაკავების ინტენსივობის შემცირების თვალსაზრისით;
- მომხმარებლების გადასვლით ახალ, კუსტარულ, საყოფაცხოვრებო მაღაზიებში ადვილად და უპრობლემოდ შეძენადი პრეკურსორებიდან დამზადებულ ნივთიერებებზე, რის შედეგადაც პოლიცია მათ იმავე ინტენსივობით ვეღარ აკავებდა, როგორც უწინ;
- ისევ და ისევ, ახალ ნივთიერებებზე გადასვლის გამო, რუტინული შარდის ანალიზით მოხმარების ფაქტების გამოვლენის გართულება;
- მაგრამ ყველაზე უფრო საინტერესო არგუმენტი აღმოჩნდა, კვლევებში აქცენტირებული, 2007 წლიდან მოყოლებული ახალი სტატისტიკის შედარება მანამდე არსებულ, ვთქვათ, 2006 წლის სტატისტიკასთან: 2006 წელს ნარკოდანაშაულის (ძირითადად, მოხმარების) გამო აღრიცხულ პირთა რაოდენობა უდრიდა 3,542 (ჯავახიშვილი, სტურუა, 2009), რაც უფრო დაბალი იყო, ვიდრე 2011 წლის ანალოგიური მაჩვენებელი; ამავე დროს, ძალოვანების მიერ 2006 წლის ნარკოვითარება შეფასებული იყო, როგორც უარესი, ვიდრე შემდგომ წლებში.

უეჭველია, რომ ძალოვანი სტრუქტურების სტატისტიკა მნიშვნელოვანია; მას არ შეეყვარათ შეცდომაში, თუ ვიხილავთ სხვა ეპიდემიოლოგიურ ინდიკატორებთან ერთად, სისტემურად, ნარკოტიკების პრობლემის მრავალპლანიანო-

ბის გათვალისწინებით. ცლკე აღებული, კონტექსტიდან ამოგლეჯილი ძალოვანი სტატისტიკა ვერ მოგვცემს საკმარის მტკიცებულებას ნარკოვითარების გაუმჯობესება-გაუარესებაზე დასკვნების გამოსატანად და შესაბამისად, მართებული ნარკოსტრატეგიის დასაგეგმად.

მოცემული შემთხვევა კარგად გვიჩვენებს თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ქვეყნისთვის თანმიმდევრული და დაბალანსებული (მოთხოვნისა და მიწოდების სტრატეგიებს შორის), მტკიცებულებაზე (და არა ვარაუდებზე) დაფუძნებული, ექსპლიციტური, ობექტურ და მიუკერძოებელ მონიტორინგს დაქვემდებარებული ნარკოსტრატეგია.

### 13. კოორდინაცია

გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიან წლებში იყო მცდელობა ნარკოტიკების არალეგალური ბრუნვის პრობლემის გარშემო უწყებათაშორისი კოორდინაციისა, მაგრამ პოლიტიკური ნების არარსებობისა და კორუფციის პირობებში ამ მექანიზმმა ვერ იმუშავა. მას მერე, ეროვნულ დონეზე ნარკოტიკების პრობლემის საპასუხო ღონისძიებების კოორდინაციის საკითხის მოგვარება 2011 წლამდე გადაიდო.

როგორც ნარკოსტრატეგიას მიძღვნილ თავში აღინიშნა, პრეზიდენტის 2012 წლის 22 ნოემბრის 751-ე ბრძანებულების თანახმად, ქვეყანაში შეიქმნა ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, იუსტიციის სამინისტროს ფასილიტაციური როლით. საბჭო აერთიანებს მოთხოვნისა და მიწოდების შემცირებაზე მომუშავე უწყებების წარმომადგენელთ, მასში მონაწილეობენ, აგრეთვე, დარგის საექსპერტო თემის, სამოქალაქო სექტორისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების რამდენიმე წარმომადგენელი. საბჭოს მთავარი ამოცანები განსაზღვრულია შემდეგნაირად:

- ა) ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული პრევენციის პოლიტიკის შემუშავება;
- ბ) ეროვნული სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმის შემუშავება, განხორციელების პერიოდული მონიტორინგი და გადახედვა;
- გ) ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიის შესამუშავებლად რეკომენდაციების შემუშავება;
- დ) ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიის განხორციელების პროცესში უწყებათაშორისი

რისი თანამშრომლობის კოორდინაცია.

მნიშვნელოვანია, რომ ნარკოსტრატეგიის კოორდინაციის ამ მექანიზმმა არ შეწყვიტოს არსებობა და განვითარდეს, რამდენადაც დაბალანსებული ნარკოსტრატეგიის მიღწევა მხოლოდ კოორდინაციის გზით არის შესაძლებელი.

### 14. განსაკუთრებული თემა: ნარკოპოლიტიკის ეკონომიკური ასპექტები

აღნიშნულ თავში განხილულია კვლევები, რომელიც შეისწავლის საქართველოში ნარკოტიკების პრობლემის საპასუხოდ განხორციელებული სამი საკვანძო პროგრამის ხარჯთეფექტურობასა და ღირებულებას. ეს პროგრამებია: შპრიცების დარიგება/გაცვლა (14.1), ქუჩის ნარკოტესტირება (14.2) და მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა<sup>19</sup> (14.3). აღნიშნული კვლევები პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებს სთავაზობს სამეცნიერო მტკიცებულებებს, რომელიც დაეხმარება, ფინანსური და ადამიანური რესურსების ნაკლებობის პირობებში, მიიღონ საუკეთესოდ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები.

გლობალური ეკონომიკური კრიზისის სიტუაციაში, არაერთი ქვეყნის მთავრობა ამახვილებს განსაკუთრებულ ყურადღებას დაგეგმილი ღონისძიებებისა და ზომების ეფექტურობასა და ხარჯთეფექტურობაზე. აღნიშნული განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განვითარებადი ქვეყნებისათვის, სადაც რესურსები ისედაც შეზღუდულია და ეკონომიკა კი მეტად მოწყვლადი. შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის გამგეობის გადაწყვეტილება 11-ე რაუნდის გაუქმებისა და დაფინანსების მექანიზმის შეცვლის თაობაზე დამატებით წნეხს ქმნის იმ განვითარებადი ქვეყნების ბიუჯეტებისათვის, სადაც აივ/შიდსის სფეროში განხორციელებული პროგრამების მნიშვნელოვან ნაწილს გლობალური ფონდი აფინანსებს. საქართველო მათ შორისაა. აღნიშნულის გათვალისწინებით, გამოიკვეთა აუცილებლობა შეფასდეს ქვეყანაში მოქმედი სტრატეგიების ეკონომიკური ასპექტები, რაც ნარკოტიკებისა და აივ/შიდსის სფეროში ხარჯთეფექტური ინტერვენციების მოდელების შემუშავებას შეუწყობს ხელს.

19 ჩვენს შემთხვევაში იგულისხმება ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია.

#### 14.1. ნემსების/შპრიცების გაცვლის/დარიგების პროგრამების ხარჯთეფექტურობის შეფასება საქართველოში (Wilson, 2012)

მოცემული კვლევა გვიჩვენებს, თუ რა მოგვცა ნემსების/შპრიცების გაცვლის/დარიგების პროგრამაში ინვესტირებამ, საქართველოში სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით და რა მიმართებაშია პროგრამის შედეგები მასზე გახარჯულ თანხებთან. ამისთვის ჩატარებულ იქნა: ა. ნემსების/შპრიცების გაცვლის/დარიგების სარგებლის შეფასება ინფექციების გავრცელების პრევენციისა და ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების ჯანმრთელობაზე გავლენის თვალსაზრისით; ბ. შპრიცების გაცვლის პროგრამის ხარჯების ეფექტიანობის შეფასება ჯანდაცვის სექტორის პერსპექტივიდან.

კვლევაში გამოყენებულ იქნა სპეციალურად შპრიცების გაცვლის პროგრამის შეფასების მიზნით შემუშავებული სტანდარტიზებული მოდელი და პროგრამული უზრუნველყოფა<sup>20</sup>.

კვლევამ გამოავლინა, რომ ნემსების/შპრიცების პროგრამებს მნიშვნელოვანი სარგებელი

მოაქვს ქართული საზოგადოებისათვის, კერძოდ, HIV და HCV ახალი შემთხვევების პრევენციის თვალსაზრისით. კერძოდ, პროგრამების მეოხებით, მცირდება ამ ინფექციებთან დაკავშირებული სიკვდილობა, აგრეთვე, იზოგება ჯანდაცვაზე გასანავი ხარჯები, რომლებიც სხვა შემთხვევაში უნდა დაიხარჯოს ინფიცირებული ადამიანების მკურნალობისათვის.

კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ ნემსების/შპრიცების დარიგების წყალობით, გასული 10 წლის განმავლობაში, ჯანდაცვის ხარჯის დანახოვმა 75,000 აშშ დოლარი შეადგინა. ამავდროულად, მომდევნო 10 წლის ხარჯების მოდელირებამ დაადგინა, რომ თუ შპრიცების გაცვლის პროგრამის დაფინანსება არსებულ დონეზე დარჩება, მაშინ 2010-2020 წლებში ჯანდაცვის ხარჯების დანახოვი გადააჭარბებს 15,000,000 აშშ დოლარს.

2000-იანი წლების დასაწყისისთვის მნიშვნელოვანი ძალისხმევა იქნა გაწეული შპრიცების და ნემსების გაცვლის მომსახურებების დაწესებისა და პერსონალის ტრენინგისთვის, ასევე პროგრამის საწყის ეტაპზე განსახორციელებელი სხვა შესაბამისი ღონისძიებებისთვის. პროგრამის ფარგლებში მომსახურებების ხარისხი და ეფექტურობა თავდაპირველად, შესაძლოა, შედარებით დაბალი იყო, მაგრამ დროთა განმავლობაში გაუმჯობესდა. მიუხედავად ამისა, კვლევის თანახმად, შპრიცების გაცვლის პროგრამებში 2000–2010 წლებში განხორციელებულ ინვესტიციებს +246%-იანი უკუგება მოჰყვა (იხ. ცხრილი 6).

<sup>20</sup> მოდელი შეიქმნა ავსტრალიაში და გამოიყენება გაეროს შიდსის ფონდისა და სამხრეთ უელსის ახალი უნივერსიტეტის ერთობლივი თანამშრომლობის ფარგლებში. შპრიცების გაცვლის პროგრამის შეფასების მოდელი (Needle Exchange Program Evaluation Model – NEPEM) საქართველოში გამოიყენეს UN-AIDS-მა, UNSW-მ, და ადგილობრივმა პარტნიორებმა, კერძოდ: ალტერნატივა ჯორჯიას, დამოკიდებულების კვლევის ცენტრმა, საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტმა და აივ/შიდსის საქართველოს საკოორდინაციო საბჭომ.

არსებული დონის შენარჩუნება	4.46 m	105 285	15 244	19 187	15 018 179	671	0 (Ref)
ინვესტირება შპრიცების გაცვლის პროგრამაში	ცვლილება შპრიცებში* (\$ მილ)	ცვლილება QALY-ებში	ცვლილება ინფექციებში (შეჩერებული ინფექციები)**		უკუგება*** (\$)	გადარჩენილი სიცოცხლე	ICER****
			HIV	HCV			
50% შემცირება	-2.23	-11,163	-13,276	-5,986	-7,816,922	-386	199
25% შემცირება	-1.11	-6,735	-7,914	-3,786	-4,454,377	-222	164
25% ზრდა	1.11	5,599	5,620	3,595	3,069,952	152	198
50% ზრდა	2.24	9,555	8,794	6,381	4,891,851	241	234
100% ზრდა	4.5	13,114	11,043	9,041	6,296,277	308	338
200% ზრდა	8.54	14,296	11,669	9,952	6,716,614	327	597

\* დაუშვავთ ხარჯები შესაბამისობაში განხორციელების მიმდინარე ხარჯებთან ფასდაკლების გარეშე

\*\* შემთხვევების მთლიანი რაოდენობა (2011-2020)

\*\*\* დაზოგილი ხარჯი ჯანდაცვაზე (2011-2020)

\*\*\*\* მზარდი ხარჯთეფექტურობის კოეფიციენტი (ICER) = (NSEP1 – NSEP0) / (QALY1 – QALY0)

მზარდი ხარჯთეფექტურობის კოეფიციენტი ალტერნატიულ სცენარებში ფასდება სცენარის მზარდი ხარჯის გაყოფით მიღებულ ან დაკარგულ QALY-ებზე.

ცხრილი 6: შპრიცების გაცვლის პროგრამის ცვლილებასთან დაკავშირებული გავლენა მომდევნო 10 წლის განმავლობაში (2011-2020 წწ.)



მოდელირების თანახმად, შპრიცების დარიგება/გაცვლის პროგრამის მასშტაბის 100%-იანი ზრდა წარმოადგენს ოპტიმალურ სცენარს პროგრამის განხორციელებით მიღებული სარგებლის თვალსაზრისით. 100%-ზე მეტმა ზრდამ, შესაძლოა არ მოიტანოს სახელმწიფოსთვის ინვესტიციის პროპორციული ამონაგები, თუმცა, საზოგადოებას დიდი ალბათობით მოუტანს მნიშვნელოვან სარგებელს თავიდან აცილებული ინფექციების, გადარჩენილი სიცოცხლეებისა და გაზრდილი ცხოვრების ხარისხის სახით.

#### 14.2. რამდენად ეფექტურია ქუჩის ნარკოტესტირება? (Otishvili et al., 2012)

იმის დასადგენად, თუ რა ზეგავლენას ახდენს მკაცრი სადამსჯელო სტრატეგიების განხორციელება საქართველოში არსებულ ნარკოვითარებაზე და რა უჯდება სახელმწიფოს ამ ზომების დაფინანსება, განხორციელდა სპეციალური ეკონომიკური გამოკვლევა. ნარკოტესტირების მოდელის შესაქმნელად, გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი და თვისობრივი მეთოდების კომბინაცია, კერძოდ: ჩაღრმავებული ინტერვიუ, ფოკუს ჯგუფი, გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარით, დანახარჯების გამოვლენა და გამოთვლა.

2008 წელს, ქუჩის რანდომული ნარკოტესტირების გავლა 43,000 ადამიანს მოუწია და ეს სახელმწიფოს 18 მილიონი ლარი დაუჯდა. ამ ადამიანთა უმეტესობამ, ვისაც ტესტირების პასუხი დადებითი აღმოაჩნდა და ამისათვის დაისაჯა, განაახლა ნარკოტიკების მოხმარება დასჯიდან სამი თვის თავზე. უკლებლივ ყველა მათგანი კვლავ მოიხმარდა ნარკოტიკებს 11 თვის თავზე. მკვლევრები ამ მონაცემების საფუძველზე ასკვნიან, რომ ნარკომომხმარებელთა ამ სახით დასჯა და დაპატიმრება საქართველოში არანაირ, ან მხოლოდ უმნიშვნელო ზეგავლენას ახდენს შემონელებული პირების ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ქცევაზე და ამგვარად, ეს სამართალდამცავი და სასამართლოს სისტემების ისედაც შეზღუდული რესურსების ფუჭი ხარჯვაა.

#### 14.3. მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობის (მმმ) ხარჯების შეფასება საქართველოში აივ ინფექციის პრევენციისთვის (Kirtadze, 2012)

კვლევამ მოახდინა ოპოიდური ჩანაცვლებითი მკურნალობის მიწოდების ერთეულის თვითღირებულების შეფასება საქართველოში,

ორი სუბიექტის – შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა (ჯანდაცვის სამინისტრო) და შიდათან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის (გლობალური ფონდი) – პროგრამებში. კვლევამ განახორციელა 2009 და 2010 წლებში სერვისის მიწოდების ერთეულის საშუალო თვითღირებულების ანალიზი და გამოავლინა შემდეგი:

- სერვისის მიწოდების ერთეულის თვითღირებულება 2009-დან 2010 წლამდე უმნიშვნელოდ გაიზარდა როგორც სახელმწიფო, ასევე გლობალური ფონდის პროგრამებში. სახელმწიფო პროგრამებში თვეში 229 ლარიდან 236 ლარამდე, ხოლო გლობალური ფონდის პროგრამებში 217 ლარიდან 229 ლარამდე;
- გლობალური ფონდის პროგრამები უმნიშვნელოდ იაფია სახელმწიფო პროგრამებთან შედარებით. აქ მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ სახელმწიფო პროგრამებში ერთეულის თვითღირებულება მოიცავს პაციენტების შენატანს, რომელიც თვეში თითოეული პაციენტისათვის 150 ლარს შეადგენს;
- ორივე პროგრამაში, მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობის სერვისის მიწოდების პირდაპირი ხარჯი ბევრად აჭარბებს არაპირდაპირ ხარჯებს. სამი ძირითადი კომპონენტი (პერსონალი, მედიკამენტები/სამედიცინო მასალები და კომუნალური ხარჯები) წარმოადგენს მმმ-ის მიწოდებასთან ასოცირებული ხარჯების ყველაზე დიდ ნაწილს. ბიუჯეტის ყველაზე დიდი მუხლი ორივე პროგრამისთვის არის პერსონალის ხარჯი (კლინიკური და დამხმარე პერსონალის ხელფასები);
- პროგრამებში გამოყენებული მხარდაჭერილი მედიკამენტის დოზები ვარიირებს. გამოკვლეული სახელმწიფო მმმ-ს 11 ცენტრიდან, ორის გარდა, ყველა დანარჩენში პაციენტების 60%-ზე მეტი იღებს დღეში 60 მგ-ზე ნაკლებ ჩანაცვლებით პრეპარატს. აღნიშნული, დიდი ალბათობით, გავლენას ახდენს მკურნალობის შედეგებთან დაკავშირებულ დანახარჯებზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების მიხედვით, მეთადონის ოპტიმალური დოზა დღეში 60-დან 120 მილიგრამამდე ვარიირებს ცნობილია, რომ პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ 60-120მგ უფრო დიდხანს რჩებიან პროგრამ-



აში, უფრო ნაკლებად მოიხმარენ ინექციურ ნარკოტიკულ საშუალებებს და ხასიათდებიან აივ ინფექციის უფრო დაბალი რისკით, ვიდრე ის პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ 60 მგ-ზე ნაკლებ დოზას.

კვლევაში, აგრეთვე, შეფასდა არსებული ინფრასტრუქტურის ფარგლებში, პროგრამების პოტენციური ზრდის შესაძლებლობა. ექსტრაპოლაციისთვის<sup>21</sup> გამოყენებულ იქნა 2010 წლის მონაცემები. ვინაიდან გლობალური ფონდის პრო-

გრამები სრულიად შევსებულია, პაციენტთა რაოდენობის ნებისმიერი ზრდისთვის საჭირო იქნება პროგრამების რესურსების ზრდაც და დანახარჯიც, შესაბამისად, გაიზრდება. აქედან გამომდინარე, სცენარების მოდელირება მოხდა მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამებისათვის. გამოვლინდა, რომ პაციენტთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად, მცირდება სერვისის მიწოდების ერთეულის თვითღირებულება. აღნიშნული იძლევა შესწავლილი მმპ პროგრამების გაფართოვების (მეტი პაციენტის ჩართვა არსებული ადამიანური და ტექნიკური რესურსების პირობებში) პრაგმატულობის დამადასტურებელ მტკიცებულებას.

21 აღნიშნულმა კვლევამ შეაგროვა 2009 და 2010 წლის მონაცემები 11 დაწესებულებიდან და მოახდინა შედეგების ექსტრაპოლაცია, რათა განესაზღვრა პაციენტთა მაქსიმალური შესაძლებელი რიცხვი ქვეყანაში არსებული 16 დაწესებულებისთვის.

## აბრევიატურების ჩამონათვალი

აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

აშშ – ამერიკის შეერთებული შტატები

ზშსქ – ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი

კსმ – კომერციული სექსმუშაკი

მმპ – მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობა

მსმ – მამაკაცი, რომელსაც აქვს სექსი მამაკაცთან

ნიმ – ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი

ნკტ – ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

სგგი – სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

ს/კ – სამეცნიერო/კვლევითი

შსს – შინაგან საქმეთა სამინისტრო

BSS – Behavioural Surveillance Survey, ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა

EMCDDA – European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ევროპული ცენტრი

ESPAD – European School Project on Alcohol and Other Drugs, ევროპის სასკოლო პროექტი ალკოჰოლსა და სხვა ნარკოტიკებზე

EUDAP – European Drug Addiction Prevention Trial, ევროპის ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის პროგრამა

GFATM – Global Fund on AIDS, Tuberculosis and Malaria, შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი

GHPP – Georgian HIV Prevention Program, საქართველოს აივ პრევენციის პროგრამა

GHRN – Georgian Harm Reduction Network, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი

GORBI – Georgian Opinion Research Business International, საქართველოს საზოგადოებრივი აზრის კვლევის საერთაშორისო ბიზნესი

HCV – C ჰეპატიტის ვირუსი

HBV – B ჰეპატიტის ვირუსი

HIV/AIDS – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

ICER – Incremental Cost Effectiveness Ratio, მზარდი ხარჯთეფექტური დამოკიდებულება

INCSR – International Narcotics Control Strategy Report, ნარკოტიკების საერთაშორისო კონტროლის სტრატეგიული ანგარიში

NCDC – National Centre for Disease Control, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი

QALY – Quality Adjusted Life Years, ხარისხს მორგებული ცხოვრების წლები

SCAD – Southern Caucasus Anti-Drug Programme, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა

UNAIDS – United Nations AIDS Fund, გაეროს შიდსის ფონდი

UNGASS – United Nations General Assembly Special Session, გაეროს გენერალური ასამბლეის სპეციალური სესია

UNICEF – United Nations Children’s Fund, გაეროს ბავშვთა ფონდი

UNODC – United Nations Office on Drugs & Crime, ნარკოტიკებისა და სისხლის სამართლის გაეროს ოფისი

USAID – United States Agency for International Development, აშშ განვითარების სააგენტო

WHO – World Health Organization, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

## ბიბლიოგრაფია

გამყრელიძე, ა., თოდაძე, ხ., კარიაული, დ., ლეჟავა, გ., სტვილია, ქ., ცინცაძე, მ., ჯავახიშვილი, ჯ. 2004. ნარკოვიტარება საქართველოში – 2003. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა, თბილისი.

გლობალური ფონდი, 2008. საკანონმდებლო ცვლილებების პროექტი. თბილისი.

ვადაჭკორია, დ. 2012. ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენციები აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში ჩართულ პაციენტებში. თბილისი.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი. 2008. თბილისი. ([www.ziani.ge](http://www.ziani.ge))

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი. 2011. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ზედოზირების კვლევა.

თოდაძე, ხ. (2005). ნარკოტიკების მოხმარების შესწავლა ციხის პოპულაციაში. ანგარიში: ნარკოვიტარება საქართველოში- 2004 (ჯ. ჯავახიშვილის რედაქციით). თბილისი.

თოდაძე, ხ. (2005ბ). სიკვდილობის შესწავლა ნარკოტიკების მომხმარებლებში. ანგარიში: ნარკოვიტარება საქართველოში- 2004 (ჯ. ჯავახიშვილის რედაქციით). თბილისი.

კირთაძე, ი. ზიანის შემცირების პროგრამების მკვლევარი. 2012. პირისპირ საუბარი ჯ. ჯავახიშვილთან, თბილისი.

ლომიძე გ., წერეთელი ნ., კეპულაძე კ. 2012. ზიანის შემცირების საჭიროებების კვლევა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დანესებულებებში. თბილისი. თანადგომა.

ოთიაშვილი, დ., კირთაძე, ი., ცერცვაძე, ვ., ჭავჭავაძე, მ. 2010. რამდენად ეფექტურია ქუჩის ნარკოტესტირება. თბილისი, ალტერნატივა ჯორჯია.

სირბილაძე, თ. 2010. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა პრევალენტობის შეფასება. თბი-

ლისი. ბემონი.

სირბილაძე, თ., ბარამიძე, ლ., ბარათაშვილი, პ., ჯავახიშვილი, ჯ., მაჭავარიანი, მ., ნადაშვილი, ნ., თოდაძე, ხ., ზაქარაშვილი, თ. 2006. საქართველოს ანტინარკოტიკული სტრატეგია. თბილისი.

სიხარულიძე, ზ. 2012. საქართველოში ოპიოიდური ჩანაცვლებითი მკურნალობის ბარიერების შესწავლა. თბილისი. ფონდი ღია საზოგადოება – საქართველო.

ჩოკოშვილი, ო. 2012. აივ-ი გადაცემის გზები. პირისპირ საუბარი დ. ოთიაშვილთან. თბილისი.

ნერეთელი, ნ., 2012. ნარკოტიკების მოხმარება კომერციულ სექსმუშაკებში. პირისპირ საუბარი ი. კირთაძესთან. თბილისი.

ნულაია, ე., 2012. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება. პირისპირ საუბარი ი. კირთაძესთან. თბილისი.

ყვავილაშვილი, ნ., ფილაური, ქ. 2012. არალეგალური ნარკოტიკების კვლევა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში. თბილისი. GCRT.

ჯავახიშვილი, ჯ., სტურუა, ლ. (რედ-ები). 2009. ნარკოვიტარება საქართველოში – 2009. თბილისი.

ჯავახიშვილი, ჯ. (რედ.), გამყრელიძე, ა., თოდაძე, ხ., კარიაული, დ., ლეჟავა, გ., სტვილია, ქ., ცინცაძე, მ., 2006. ნარკოვიტარება საქართველოში – 2005. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა, თბილისი.

ჯოხაძე, ხ. 2012. სახელმწიფო ჩანაცვლებით პროგრამებში ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა.

AIDSPAN. 2011. *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals* [Online]. Available: <http://www.aidspan.org/index.php?issue=167&article=1> [Accessed].

BARAMIDZE, STURUA, 2009. The Use of Alcohol and Other Drugs in Georgian Students, Pilot Study Rigorously Following Criteria of European School on Alcohol and Other Drugs. *Drug Situation in Georgia*. Tbilisi: SOutH Caucasus Anti Drug Program.

CURATIO, I. F. T. 2010. Bio-Behavioural Surveillance Study among MSM. Tbilisi.

EMCDDA 2002. Handbook for surveys on drug use among the general population. Lisbon: EMCDDA.

GORBI 2012. დანაშაულისა და უსაფრთხოების კვლევა საქართველოში. თბილისი.

GOVERNMENTOFGEORGIA 2010. UNGASS Country Progress Report, Reporting Period 2008 – 2009 calendar years. Tbilisi.

HECKATHORN, D. D. 1997. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*.

INCSR, U. S. D. 2012. International Narcotics Control Strategy Report (INCSR).

KIRTADZE, I., MENON, V., BEARDSLEY, K. & FORSYTHE, S. 2012. Assessing the Costs of Medication-Assisted Treatment for HIV Prevention in Georgia. *Futures Group, USAID | Health Policy Initiative Costing Task Order*. Washington, DC.

MAYHEW, P., VAN DIJK, J.J.M. 1997. Criminal Victimization in eleven Industrialised Countries. Key findings from the 1996 International Crime Victims Survey. The Hague Ministry of Justice, WODC.

MOJ. 2012. <http://justice.gov.ge/files/tengo-foto/antinarkotikuli.pdf> [Online]. Tbilisi: MoJ. Available: <http://justice.gov.ge/files/tengo-foto/antinarkotikuli.pdf> [Accessed September 2012].

NCDC 2012. გამოუქვეყნებელი ანგარიში ვირუსულ ჰეპატიტებზე. თბილისი.

OTIASHVILI, D., SAROSI, P., SOMOGYI, L.G. 2008. Drug control in Georgia: Drug control and reduction of drug use. In: FOUNDATION, B. (ed.) *Beckley Foundation briefing paper XV*. Beckley Foundation.

SAMHSA OFFICE OF APPLIED STUDIES, S. 2011. National Survey on Drug Use & Health (formerly called the

National Household Survey on Drug Abuse) Methodology Reports and Questionnaires. Washington: U.S.: Department of Health & Human Services.

SIKK, K. 2007. Manganese-Induced Parkinsonism due to Ephedrone Abuse. *Parkinson's Disease*, Volume 2011 (2011), Article ID 865319, 675-682.

TABATADZE, M. 2012. Youth Behavioural Surveillance Survey (BSS) studying HIV/AIDS knowledge, attitudes and practices among high school and university students in Tbilisi. Tbilisi.

WHO, U. U. 2008. Principles of Drug Dependence Treatment. . *Discussion Papers*. [Online].

WHO/UNICEF 2012. Joint Reporting Form on Communicable Diseases for the period January to December 2011. Tbilisi.

WILSON, D., ZHANG, L., KERR, C., KWON, A., HOARE, A., OTIASHVILI, D., TSERTSVADZE, V., TAVADZE, L., IASHVILI, E., AVILA, C. & WILLIAMS-SHERLOCK, M. 2012. Evaluating the Cost-effectiveness of Needle-syringe Exchange Programs in Georgia. Tbilisi: UNAIDS Georgia.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview>

[www.espad.org](http://www.espad.org)

WWW.GEOSTAT.GE. 2012. Tbilisi: National Statistics Office of Georgia. Available: [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge) [Accessed 2012].

WWW.MATSNE.GOV, G. L. B. 2012. *Ministry of Labour, Health and Social Affairs budget for State Narcomania Program* [Online]. Tbilisi. Available: [www.matsne.gov](http://www.matsne.gov) [Accessed 2012].

<http://www.prisonstudies.org/>



# **DRUG SITUATION IN GEORGIA 2012**

## ***ANNUAL REPORT***

*The Annual Report is published with the support from The Foundation  
“Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi” (GIP-Tbilisi) in the frame of  
“Transition in the East Alliance Program” funded by Dutch government*

## Authors

**Darejan J. Javakhishvili**, Foundation Global Initiative on Psychiatry - Tbilisi, Ilia State University, Tbilisi

**Nino Balanchivadze**, Addiction Research Centre, Alternative Georgia, Tbilisi

**Irma Kirtadze**, M.D., Addiction Research Centre, Alternative Georgia, Tbilisi

**Lela Sturua**, M.D., Ph.D., MPH, Non-Communicable Diseases Department, National Centre for Disease Control and Public Health, Tbilisi

**David Otiaashvili**, M.D., Addiction Research Centre, Alternative Georgia, Tbilisi; Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague

**Tomas Zabransky**, M.D., Ph.D. Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague

## Acknowledgements:

The authors of the report would like to express deep gratitude to the national and international governmental and non-governmental agencies and organizations which cooperated and contributed to the report:

Ministry of Labour, Health and Social Affairs

National Centre for Disease Control

The Centre for Mental Health and Prevention of Addiction

Ministry of Justice

Levan Samkharauli National Forensics Bureau

Supreme Court of Georgia

Information Centre of the Ministry of Internal Affairs

UNODC Project Office in Georgia

Georgian HIV Prevention Project

Georgian Harm Reduction Network and its member organizations

NGOs: Public Union “Bemoni”, Information and Medical-psychological centre “Tanadgoma”, Centre “Uranti”

*The content of this publication does not necessarily reflect the official opinion of (Republic of) Georgia and should be seen as the product of the work of its authors.*

The annual report is published with the support from the Foundation Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi (GIP-Tbilisi), in the frame of *Transition in the East* Program funded by Dutch Government

**Designer:** George Bagrationi

**ISBN: 978-9941-0-5129-5**

Tbilisi, 2012

## CONTENTS:

1. Country Information.....	4
2. Drug Use among the General Population (and Young People) .....	4
2.1. General Population .....	4
2.2. School Population .....	5
3. Problem Drug Use .....	6
3.1. Prevalence of Problem Drug Use.....	6
3.2. Trends per Drug (specific substances) .....	6
3.3. Problem Drug Use in Special Populations .....	7
4. Drug-related Infectious Diseases.....	8
4.1. HIV/AIDS .....	8
4.2. Viral hepatitis .....	10
5. Drug-related Deaths and Mortality of Drug users .....	10
6. Utilization of Treatment Services .....	11
7. Prevention .....	12
8. Treatment Responses .....	13
8.1. Abstinence Oriented Treatment (AOT) .....	13
8.2. Opiate Substitution Treatment (OST) .....	13
9. Harm-reduction Responses .....	14
10. Drug Markets and Drug related Offences.....	14
11. National Drug Laws .....	16
12. National Drug Strategies.....	18
13. Coordination Mechanisms in the Drugs Field .....	18
14. Special Issues: Economic Aspects of Drug Policy.....	19
14.1. Evaluating of Cost-Effectiveness of Needle/Syringe Exchange Programs in Georgia .....	19
14.2. How Effective is Street Drug Testing? .....	20
14.3. Assessing the Costs of Medication Assisted Treatment for HIV Prevention in Georgia.....	21
List of abbreviations .....	22
references .....	23

# 1. COUNTRY INFORMATION

Indicator	Year	Georgia	Source
Surface Area	2011	69,700 sq km	National Statistics Office of Georgia
Population	2011	4,497.6 m	National Statistics Office of Georgia
GDP <sup>1</sup> per capita in PPS <sup>2</sup>	2011	2,549.09 eur	National Statistics Office of Georgia
Unemployment Rate <sup>3</sup>	2011	15.1%	National Statistics Office of Georgia
Prison Population Rate <sup>4</sup>	2011	524	International Centre for Prison Studies

- 1 Gross domestic product (GDP) is a measure of economic activity. It is defined as the value of all goods and services produced minus the value of any goods or services used in their creation. The volume index of GDP per capita in Purchasing Power Standards (PPS) is expressed in relation to the European Union (EU-27) average set to equal 100. If the index of a country is higher than 100, this country's level of GDP per head is higher than the EU average and vice versa.
- 2 Purchasing Power Standard
- 3 Unemployment rates represent unemployed persons as a percentage of the labour force. Unemployed persons comprise persons aged 15 to 74 who were: (a) without work during the reference week; (b) currently available for work; (c) actively seeking work.
- 4 Prison population rate per 100,000 inhabitants.

Table 1: Snapshot data on Georgia 2012 ([www.geostat.ge](http://www.geostat.ge))



Figure 1: Schematic Map of Georgia

Georgia is located in South Caucasus which is, historically, a natural trafficking corridor from Asia to Europe for different commodities including drugs. The country consists of 11 regions. Tbilisi is the capital city with a population of 1,253,000. Other principal towns are: Kutaisi (241,100), Rustavi (158,000), Batumi (137,100), Zugdidi (105,000), Chiatura (70,000), Gori (70,000), and Poti (50,900). The official language is Georgian, and, in the territory of Abkhazia (one of the western regions of Georgia, currently not under control of the Georgian government due to protracted conflict), Georgian and Abkhazian. The main religion is Georgian Orthodox (83.9% in 2002). Other religious groups include Muslims, Armenian Gregorians, Catholics, Baptists, Jews, etc. The level of literacy reaches up to 100% of country population.

Georgia proclaimed independence from the Soviet Union and Russia and became a presidential republic on 14<sup>th</sup> November 1990. Since then, the country has gone through prolonged economic, political and social crises, and two in-

ternal political conflicts fed by Russia that eventually led to the war with Russian Federation in August of 2008. The war resulted in *de facto* Russian occupation of two principle regions of Georgia – Abkhazia and South Ossetia – and approximately 288,000 internally displaced persons who fled from those regions. The relaxation of political, social and trade control since the fall of the Soviet dictatorship brought along increased and more visible illicit drug markets. As a result, the drug problem became acute and requested immediate attention of the policy makers.

## 2. DRUG USE AMONG THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

### 2.1 General population

Due to the fact that a **general population survey on drug use and related attitudes has never been conducted in Georgia**, there is no reliable data on the extent of different patterns of illegal drug use in the country. However, in 2012, in the frame of the nationally representative *Crime and Security Survey* standardized according to *International Crime Victims Survey* (Mayhew, 1997) that was commissioned by the Ministry of Justice of Georgia (MoJ) and conducted by the *Georgian Opinion Research Business International* (GORBI), a set of particular drug related questions were incorporated into the survey to study public's perception and attitudes towards drug problems, drug users and the national drug policy. The MoJ/GORBI study did not ask direct questions that are routinely used in internationally standardized drug-related surveys of general population (EMCDDA, 2002, SAMHSA OFFICE OF APPLIED STUDIES, 2011). The study brought only very weak proxy indication difficult to interpret



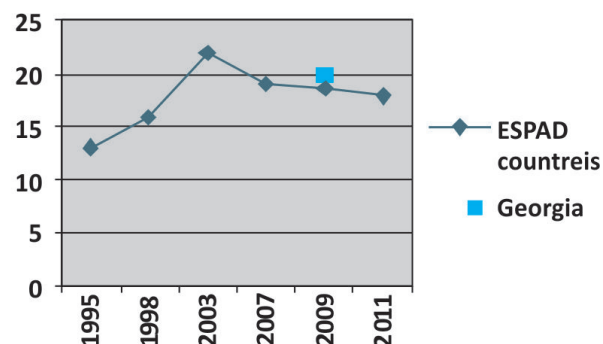
or use to estimate the size of the population having at least one experience with illegal drug use, or the extent of experimental or regular drug use. The question was “Over the last 12 months, how often were you personally in contact with drug-related problems in the area where you live?” Altogether, 9.2% of the studied sample reported to have any contact with drug user/s within last year, 1.8% of the respondents answered “often”, 3.4% answered “from time to time” and 4% responded “rarely” (GORBI, 2012).

## 2.2 School population

**A nationwide school survey has never been conducted in Georgia.** Since the mid 1990s, the *Georgian Research Institute on Addiction* (for now – *The Centre for Mental Health and Prevention of Addiction*) has been implementing several school surveys among Tbilisi youth using the questionnaire reportedly based on the questionnaire developed within the *European School Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD; [www.espad.org](http://www.espad.org)) but not following the ESPAD methodology consistently (Todadze, 2003).

The first school survey that thoroughly followed ESPAD standards (which are recommended by the *European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) and implemented in 39 European and Asian countries) was conducted by the *National Centre for Disease Control* (NCDC) in the framework of the EU-funded *Southern Caucasus Anti-Drug Programme* (SCAD) in 2009 (Baramidze, 2009), albeit covering only the capital city Tbilisi. Hence, the study results could not be extrapolated to the entire Georgian youth population. According to the study results, 17% of the surveyed adolescents (of average age 16.1 years) reported having used marijuana at least once in their lifetime. After cannabis, ecstasy was the most available illicit drug for the respondents, its use at least once in their lifetime being reported by 7.5% of the survey respondents. The midpoint value for lifetime prevalence of amphetamine-type stimulants use was 2%. Lifetime experience with crack cocaine was reported by fewer respondents (1.1%) and the rate for heroin was even lower (1%). Lifetime powder cocaine experience was reported by 0.6% of the survey respondents - the same number as for GHB and anabolic steroids. 0.6% of the study participants also reported at least one experience with drug injecting. Extrapolation from the studied sample that was representative of Tbilisi suggests the **lifetime prevalence for any illegal drug as high**

**as 20% (33% for males; 8% for females) of 16 years old students and apprentices in the schools of the capital city in 2009.** The statistical error (margin) for any of the reported figures is  $\pm 5\%$  (Baramidze, Sturua, 2009). Below, we compare lifetime prevalence (LTP) of illegal drugs among 16 years old Tbilisi youngsters with the LTP cumulative data of ESPAD countries 15-16 years old adolescents. Due to not having ESPAD surveys before and after 2009, we are not able to compare dynamics but as for 2009 the data are pretty close to each other:



**Figure 2: LTP of illegal drugs among ESPAD countries 15-16 years old by years ([http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_06-08.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_06-08.pdf)) and LTP of illegal drugs among 16 years old in Tbilisi, Georgia.**

In 2012, a *Youth Behavioural Surveillance Survey* was conducted studying HIV/AIDS knowledge, attitudes and practices among high school and university students in Tbilisi<sup>1</sup> (Tabatadze, 2012). A combination of three different instruments was used in the study as a research tool: BSS among Most at Risk Populations (MARPs) questionnaire<sup>2</sup>, the ESPAD questionnaire, and set of questions related to the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) indicators. High school and secondary school students in the age range of 15-24 were interviewed in Tbilisi city, half of which appeared to be residents of the different regions of Georgia. Finally, 1,879 questionnaires were used for data proceeding. At least one experience with the use of marijuana and ecstasy in a lifetime was reported by 10.4% and 3.4% of the

1 Youth Behavioral Surveillance Survey: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Practices among School and University Students in Tbilisi, Georgia. USAID funded Georgia HIV Prevention Project (GHPP), 2012.

2 Curatio International Foundation (Unpublished). Standardization of survey instruments for BSS among MARP questionnaire, The Global Fund Projects in Georgia, Tbilisi, Georgia.

respondents, respectively. The rates are lower than those found by the 2009 ESPAD survey. However, the results of these two studies are not comparable due to substantial methodological differences.

### 3. PROBLEM DRUG USE

#### 3.1 Prevalence of problem drug use (PDU)

In Georgia, the extent of problem drug use<sup>3</sup> was traditionally based on aggravating “guess-timations” with unclear definitions and unknown authors that were widely used by media and decision makers. To overcome such an approach, a *Study Estimating the Prevalence of Injecting Drug Use in Georgia Using the Multiplier/Benchmark Method* was implemented in the framework of *Southern Caucasus Anti-Drug Programme* (SCAD) in 2009. Following the study results, an experts’ consensus meeting was organised by the Country Coordinating Mechanism on HIV/AIDS (CCM). Combining different estimation methods, the Consensus Meeting agreed on the estimation of IDUs in the country being approximately 40,000 (95% CI: 39,000-41,000), i.e. 1.5% (1.48%-1.52%) of the population aged 15-64 (Sirbiladze, 2010). It is generally assumed that, in Georgia, all problem drug users are injectors (Sirbiladze, 2010).

#### 3.2. Trends per drug (specific substances)

Until mid-1990s, raw acetylated opium (the so-called “black”) was prevalent in the black market. Heroin became the drug of choice for Georgian PDUs from the late 1990s until approximately 2003-2004. Wide misuse of food poppy seeds for preparation of opium was observed in 2003 (Gamkrelidze et al., 2004). In the period from 2004 to 2008, the buprenorphine-based pharmaceutical drug Subutex® was illegally imported in massive quantities from EU countries and dominated the Georgian black drug market<sup>4</sup>. Since 2008-2009, the most prevalent injected illegal drugs are home-made stimulants prepared from cough medicines containing pseudo/ephedrine or phenylpropanolamine that are easily available from pharmacies without a prescription (Otiashvili, 2008, Kirtadze, 2008). The final injectable product of the preparation contains ampheta-

mine and methamphetamine (street name “vint”: a long-acting stimulant prepared through the reduction of pseudo/ephedrine) or methcatinone (street name “jeff” or “boltushka”: a short-acting stimulant prepared through the oxidation of pseudo/ephedrine). In Georgia and other former Soviet countries, the use of home-made stimulants has been associated with significant neurological complications (Parkinson-like syndrome) and often irreversible organic impairments presumably contributing to increased disability and mortality rates (Sikk, 2007). Since 2011, the range of readily accessible homemade injecting drugs was enlarged by so called “Crocodile” – homemade opioid, made from the pharmaceutical drugs containing codeine (Sikharulidze, 2012, Vadachkoria, 2012). There is no consensus among the experts regarding what is the final injectable product in this case, although desomorphine is definitely present in the final preparation (Tsulaia, 2012). Based on the anecdotal information provided by harm reduction and drug treatment facilities in the case of “Crocodile”, the risk of fatal overdoses is high; It is indicative that harm reduction programs in Georgia report an increased demand for naloxone<sup>5</sup>.

The comparison of the latest study of *Georgian Harm Reduction Network* (GHRN, 2011) with the one implemented in 2008 (Kirtadze, 2008) suggests an intensive increase in the use of sedative drugs by people who inject drugs (PWID). In the frame of the study, 90.1% of 202 injecting drug users surveyed reported use of sedative drugs. In the same study, 89% of its participants reported injecting use of desomorphine (Crocodile), 82.10% reported use of home-made stimulants and 83% use alcohol in addition to the illegal drug of their choice (GHRN, 2011).

Recent years have been characterised by remarkable reduction of availability and subsequent increase in price of heroin and Subutex® on the black market. According to the information provided by harm reduction programs (Kirtadze, 2012), one “check” of opium<sup>6</sup> (so called “black”) costs 150 USD (i.e. 225 GEL or 75 EUR), heroin costs the same price though it is less available; and one tablet of Subutex® (8 milligrams) costs 350USD (approx., 570 GEL or 280 EUR) in Tbilisi. Compared to these prices, home-made stimulants and opioids are much cheaper: one dose

3 Defined as “injecting drug use or long-duration/regular use of opioids, cocaine and/or amphetamines” (EMCDDA, 2009. An overview of the problem drug use (PDU) key indicator, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu-overview>).

4 Subutex® was registered for use in substitution treatment in Georgia in 2010.

5 Antagonist of opioid receptors widely used for overdose prevention.

6 Home-made pack of the narcotic drug for illicit retail dealing; usually contains 3-4 average single doses of drug.

of Crocodile may cost from 10 to 20 GEL (5-10 EUR), depending on the medicine it is “cooked” from. The price of one dose of “Jeff” or “Vint” is again up to 20 GEL (10 EUR). Not surprisingly, many drug users switch from traditional drugs to new ones that are in general more toxic and harmful home-made preparations. Stemming from that, the rising use of home-made injecting drugs has become a serious public health problem, closely associated with drug related overdoses and other causes of death, which needs special medical and social responses.

### 3.3. Problem drug use in special populations

#### 3.3.1. Drug use in prisons

Highly punitive drug legislation and corresponding legal interventions towards drug users have resulted in a high concentration of people with drug use history in Georgian prisons.

In 2004, a special SCAD-funded survey was conducted by the *Georgian Research Institute on Addiction* studying scale and patterns of drug use and HIV related risk behavior among male prisoners in the age range between 18 and 60 (Todadze, 2004a). According to study results, 70% of the respondents reported drug use at least once during a lifetime; out of those, 41% reported drug use in prison, out of which 36% reported drug use for 3-4 times per year, 28% - once a month, 11% - once a week, another 11% - 2-3 times a week, and 14% - used drugs on a daily base. Overall, 30% of the respondents reported drug use within the last month. Experiencing withdrawal symptoms in the penitentiary institutions was reported by 15% of the respondents, overdoses by 9%. The main drugs in use were opioids, injection being the main method of administration. Use of shared syringes were reported by 42% of the respondents (Gamkrelidze et al., 2005).

The recent studies reveal that the situation, in terms of availability and use of narcotic drugs in prisons, has changed drastically since 2004.

In particular, a different picture has been revealed by *The study of needs of harm reduction programs (related to drug use, drug related risky behaviors, drug dependency treatment and risk reduction) in penitentiary system institutions of Georgia* implemented by NGO *Informational and Medical-Psychological Centre Tanadgoma* in 2011 in the frame of the project *Humanity first*<sup>7</sup>. Quantitative survey of 300 randomly selected

inmates in 3 penitentiary institutions of the country suggests that there was no drug use in the studied prisons at the moment when study was implemented. None of the respondents reported drug use during last year. At the same time, 213 respondents (71%) reported nonmedical use of narcotic drugs at least once during their lifetime, out of which 137 respondents (46%) reported injecting drug use at least once during a lifetime. Fifty percent of those who reported injecting drug use admitted sharing needles or other injecting equipment at least once during a lifetime. 59 (43%) respondents indicated that they have experienced withdrawal while being in prison. Only 10 out of those (17%) received medical assistance. 55% of respondents who admitted injecting drug use and 17% of those who admitted non-injecting drug use have paid administrative fines for drug use (Lomidze G., 2012).

The phenomenon of drug free prisons in Georgia has been a topic for discussion among field experts and government representatives. Very limited availability or virtual absence of drugs within the prison system has been confirmed by other sources as well (Kvavilashvili and Pilauri, 2012). It has been suggested that this could have been achieved as a result of reforms within the justice system and prison system in particular implying such measures as are strict control of inmates and prison staff, including video control of every living space; obligatory body search of every person entering prison, including guards, lawyers, and support staff; ban on visits; ban on food and other parcels; demonstrative trials of inmates' relatives and prison guards charged with drug smuggling into the prison; remarkable increase in salaries for prison guards.

However, human rights advocates and CSO representatives raise concerns regarding the price of the drug free status achieved - restriction of human and civil rights and inhumane treatment of inmates- and question its sustainability. The current scandal re torture practices in Gldani prison demonstrates how reasonable these concerns are.

#### 3.3.2. Drug Use amongst commercial sex workers (CSW)

In 2008 and 2009 in the frame of project *Development of evidence based system through strengthening HIV/AIDS surveillance for implementation of HIV/AIDS national programs* funded by *Global Fund on AIDS, Tuberculosis*

<sup>7</sup> The project is funded by *The Ministry of Foreign Affairs of The Netherlands*, in the frame of MATRA Program.



and Malaria (GFATM), the *Curatio International Foundation* and NGO *Informational and Medical-Psychological Centre Tanadgoma* conducted a behavior surveillance study among female CSW in Tbilisi and Batumi. Using random sampling, 160 CSW in Tbilisi and another 120 CSW in Batumi were surveyed. Median age was 36 in Tbilisi and 35.5 in Batumi. The study questionnaire was elaborated upon by the *Family Health international (FHI)* using *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk for HIV*. 13% of the respondents, both in Tbilisi and Batumi, reported daily use of alcohol; pertaining to illegal drugs – 4.1% of Batumi respondents and none of Tbilisi respondents admitted injecting drug use during a lifetime; 10%(n=16) of Tbilisi respondents and 6.7%(n=8) of Batumi respondents admitted at least one use of marijuana during a lifetime.

The results of the survey have certain limitations that could explain such a low prevalence of alcohol and illicit drug use in the studied group. First, the survey targeted a group of CSW that are regular beneficiaries of HIV and STI prevention projects. It has been acknowledged that these are representatives of lowest level of sex workers and cannot be considered a representative sample of Georgian CSW. Too often they cannot afford illicit drugs because of the high price. It was also suggested that respondents in this particular group could often underreport use of alcohol and illicit drugs. And finally, outreach workers that are in contact with CSW somehow observe an increasing tendency towards use of injecting drugs that was virtually non-observed in previous years (Tsereteli, 2012).

### 3.3.3. Drug use among men having sex with men (MSM)

In 2010, the NGO *Informational and Medical-Psychological Centre Tanadgoma* in cooperation with the *Curatio International Foundation* conducted a Bio-Behavioural Surveillance Study among MSM. The study was done in Tbilisi using cross-sectional design and respondent driven sampling (Heckathorn, 1997). Total sample size was 278 MSM. The median age of the participants was 29, with the age ranging from 18 to 71 years. One of the research questions was scale and pattern of drug use among MSM. According to the study results, 21.1% of the respondents (n=60) reported drug use during the last 12 months; out of those, 92% named marijuana as a drug of choice, 4.9% admitted injecting drug use, mostly heroin and buprenorphine; only one person reported use of home-made stimulants ("Jeff"); one third of respondents with history of drug injection admitted use of shared syringes (Curatio, 2010).

## 4. DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

### 4.1 HIV/AIDS

By May 2012, the *Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Centre* (henceforth the *AIDS Centre*) had registered 3,307 cumulative cases of HIV, including 2,421 in men (73%) and 886 in women (27%). Most patients were 29 to 40 years of age at the time of diagnosis. Altogether, 2,014 reached the AIDS stage of infection, and 732 of them died. Intravenous drug use is the most frequent route (54.9%) of HIV transmission in the registered group of people with HIV. See Figure 3 for distribution of transmission routes:

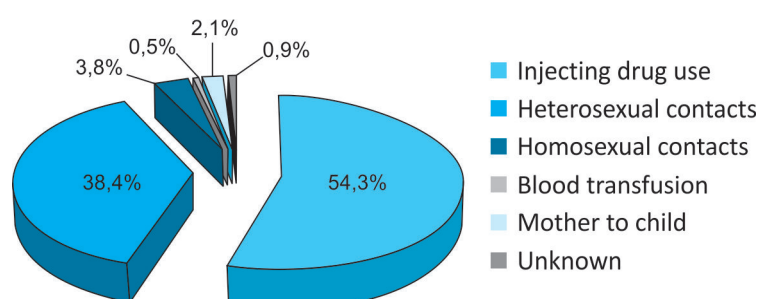


Figure 3: Infection transmission routes in HIV+ cases in Georgia (AIDS Centre, 2012)

Most HIV cases are concentrated in Tbilisi (1,093, 9.32per 10,000 population) followed by Samegrelo (479; 9.99/10,000),

Imereti (428, 6.05/10,000) and Adjara (404, 10.26/10,000) regions:

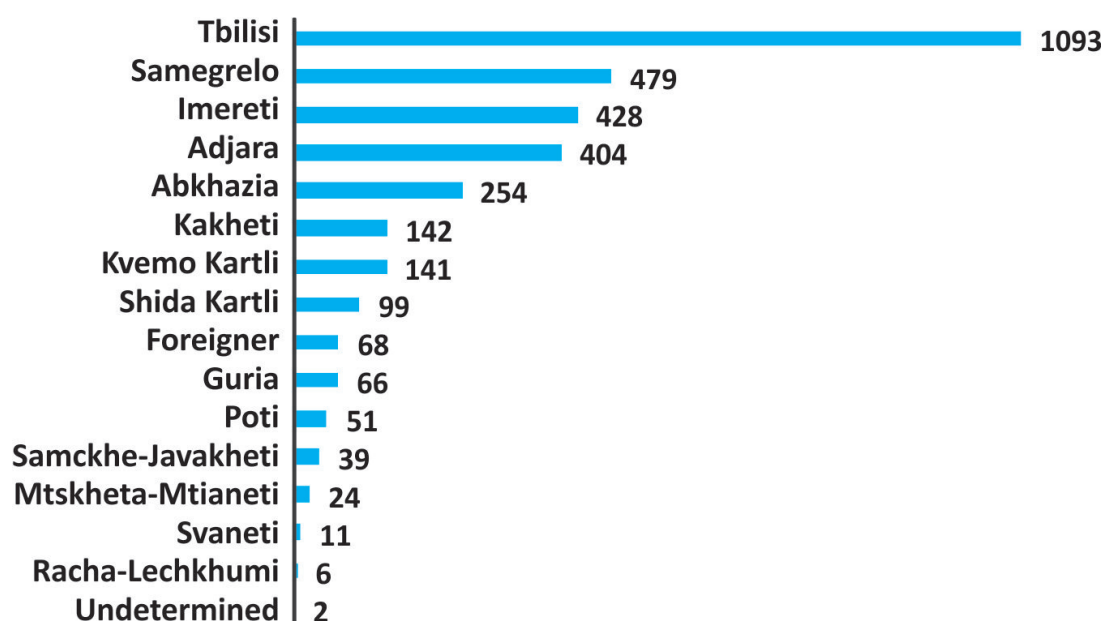


Figure 4: Distribution of HIV cases by regions (AIDS Centre, 2012)

Implementation of the “HIV/AIDS voluntary counselling and testing of high risk individuals” component of *The State Program on HIV/AIDS* has been managed by the *National Centre for Disease Control and Public Health* (NCDC) since July 22, 2011. The component among other high risk groups includes screening of People Who Inject Drugs (PWID) as well. From July 22, 2011 till January 1<sup>st</sup> 2012 1,035 PWID were screened at VCTs using rapid tests and 2 HIV positive cases were identified under this program which was run by the *Mental Health and Addiction Prevention Centre*. Beneficiaries of this program are primarily beneficiaries of the state methadone program. In 2012 it was intended to recruit, counsel and screen 1,000 PWID but the program failed to continue and future plans are unknown.

According to NCDC data collected throughout the country in 2011, of the 424 of HIV positive people diagnosed in 2011, 189 (44.6%) were PWIDs (NCDC 2012).

According the National HIV surveillance database (2010) which has been collecting countrywide data on HIV/AIDS and functioning only during 2010 at NCDC, the percentage of people who inject drugs and are living with HIV, among all screened PWID, is 3.91% (male-3.95% and female-2.08%) with prevalence being 0.32% in the younger group (below 25) and 4.44% in the older group (above 25). The percentage of PWID remaining in antiretroviral treatment for 12 months after its initiation is 75.19% (75.59%

for males and 50.0% for females); all are older than 25 years. The percentage of PWID known to be on treatment for 60 months after initiation of antiretroviral therapy (from 2006) is 57%.

Traditionally injecting drug use has been the most frequent route of HIV transmission in Georgia (as in many other Eastern European countries). The second most prevalent route was heterosexual contact. From 2002, this trend started to change. According to the data of the *AIDS Centre*, in the period from 1989 to 2002 the cumulative share of transmission due to PWID was stable - 69%, while starting from 2002, PWID share started to decrease and heterosexual transmission share started to increase. For 2008, PWID share has decreased to 60% while heterosexual transmission increased to 33%. As of May 2012, the cumulative shares of these two routes are correspondingly 54.9% and 38.1% (AIDS Centre, 2012). In 2011, the annual incidence rate related to heterosexual contact was 47.4%, while PWID route's share was 44.6% (unpublished data by NCDC). 42.6% of males and 57.4% of females were infected due to heterosexual contact. Examination of the *AIDS Centre* database suggests that about 70% of these females are sexual partners of PWID (Chokoshvili, 2012). This in fact does not diminish significance of HIV prevention measures among PWIDs, but rather stresses the importance of having a comprehensive strategy to prevent the spread of HIV in the country.

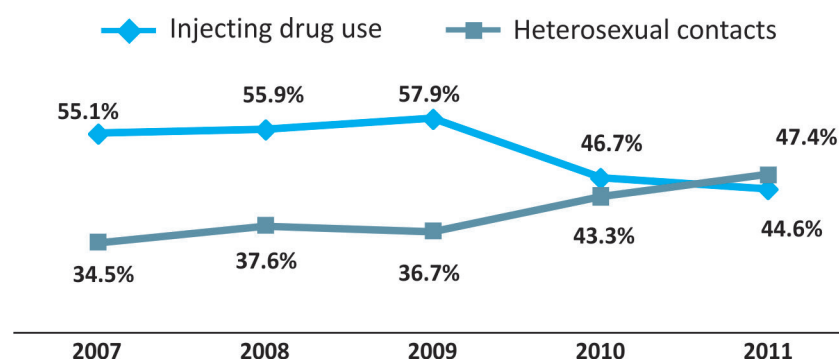


Figure 5: Annual incidence of newly registered HIV cases via injecting drug use and heterosexual contacts (NCDC, 2012)

Under the Bio-Behavioral Survey (BSS) conducted by *Bemoni Public Union* in 2008-2009 among 18 years or older PWIDs in five cities of Georgia (Tbilisi, Gori, Telavi, Zugdidi and Batumi), the prevalence of HIV and syphilis was measured. Respondent-driven sampling (RDS) was applied. Biomarker component involved the analyses of blood specimens to detect HIV and syphilis. Overall 1,127 eligible PWIDs with median age of 36 years participated. HIV prevalence ranged from Gori (0%), Telavi (1.5 %, 95% CI 0 - 3.5), Zugdidi (2.2%, 95% CI 0 - 3.5), followed by Tbilisi (2.5%, 95% CI 0.3 - 5.4) and the highest prevalence in IDUs in Batumi (4.5%, 95% CI 1.5 - 8.0). As for syphilis, the prevalence ranged from Gori (3.9%, 95% CI 1.1 - 7.3), Telavi (5.5% 95% CI 2.5 - 8.5), Tbilisi (6.3%, 95% CI 3.7 - 9.3), Zugdidi (6.9%, 95% CI 3.5 - 11) and Batumi (7.6%, 95% CI 4.0 - 12.0).

The study also assessed the knowledge and injection behavior in combination with laboratory testing on HIV status among PWIDs. According to study results, odds of HIV exposure were increased for injection drug users of greater age, with greater duration of drug use and with a history of imprisonment or detainment ( $p < 0.05$ ).

## 4.2 Viral hepatitis

In 2011, 1,240 cases of chronic HBV infection and 1,932 new cases of chronic HCV infection were registered in Georgia (WHO/UNICEF, 2012). The total number of newly registered HBV/HIV co-infections was 27 and 16 (59%) of them were PWIDs. Total number of newly registered HCV/HIV co-infections was 167 and 130 (78%) of them were PWIDs. Dual HBV/HCV infection in HIV positive patients was registered in 16 patients and 12 (75%) of them were PWIDs (NCDC, 2012, WHO/UNICEF, 2012).

## 5. DRUG-RELATED DEATHS (DRDS) AND MORTALITY OF DRUG USERS

In early 1990s, the registration of drug related death cases stopped and there was no data available pertaining to drug related deaths nor pertaining to overall mortality rate of drug users in Georgia till 2007. To address this gap, a special drug-related mortality study based on matching the *National Narcologic Register* maintained by the *Georgian Research Institute on Addiction*<sup>8</sup> (GRIA) at that time with a *General Population Mortality Register* was launched in 2004 by the GRIA within SCAD Program. As a result of this study, the lower limit was determined for the number of males of reproductive age that were registered with narcologic register and that died in 2003, which was 6 persons per 1,000 people. That was the double the mortality rate for the total population of males of a similar age group in 2003 (Todadze, 2004b).

The *Levan Samkharauli Forensic Expertise Bureau* re-started registration of drug-related death cases in 2007. In 2011, the Bureau identified 54 death cases caused by intoxication, out of which 15 were diagnosed as related to drug use – see Table 2:

	2007	2008	2009	2010	2011
DRDs	39	28	19	No data	15

Table 2: Drug Fatal Overdoses registered by the Levan Samkharauli Forensic Bureau

According to the harm reduction programs the scale of drug related overdoses and related death is much higher in the country, but the legal regulation due to which emergency physi-

8 Currently *The Centre for Mental Health and Prevention of Addiction*



cian has to report policy in case of facing drug related overdose, prevents drug users to sick for medical help in case of such emergencies. This, on its turn, increases risk for fatal overdoses (GHRN, 2012).

## 6. TREATMENT AND SERVICE UTILIZATION

The standards according to which the four clinics are collecting and proceeding the data on the treated patients differ. Thus, reliable and valid national data on patients treated for drug use disorders does not exist.

In 2011, in the four abstinence oriented treatment institutions functioning in Georgia 270 per-

sons (2 females) received inpatient Abstinence Oriented Treatment (AOT). Based on cumulative data provided by *Bemoni* and *Uranti* private clinics, primary drugs of dependence for detoxified patients were opioids (60%), stimulants (15.6%), and poly-drugs, including psychotropic medications (24.4%).

GFATM Opiate Substitution Therapy (OST) programs served overall 474 patients (367 males, 7 females) during 2011 in Tbilisi, Batumi and Gori sites. In the GFATM implemented OST site in the prison no. 8 107 prisoners were detoxified using methadone in 2011.

*The State Substitution Program* served 1,878 (1,861 males, 17 females) patients in 2011(Jokhadze, 2012)

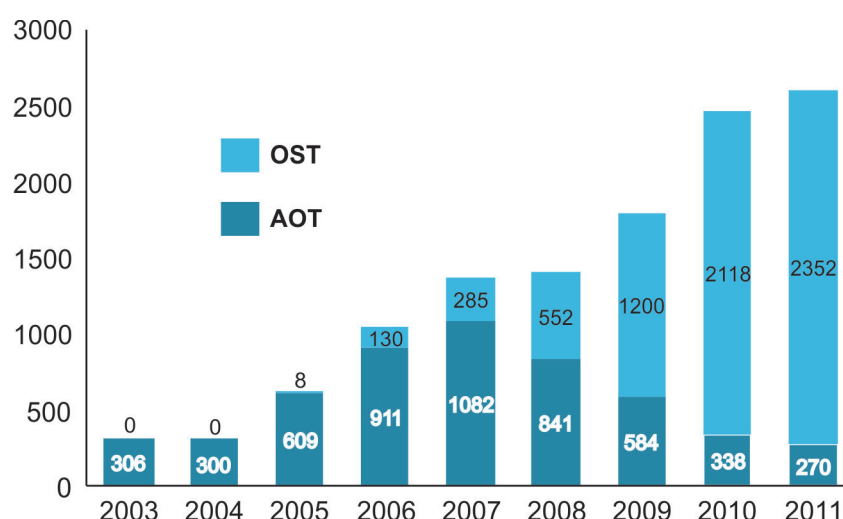


Figure 6: Trends in number of treatment episodes in Abstinence Oriented Treatment (AOT) facilities (Detox) and Opioid Substitution Treatment (OST) programs by years (The Centre for Mental Health and Prevention of Addiction, 2012)

Despite seemingly remarkable expansion of harm reduction services in Georgia the coverage of HR programs remains still very low. According to the *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (WHO, 2008) coverage of NSP and VCT programs should be considered as low if less than 20% of PWID are covered and as average if 20-60% are covered. The same guide suggests that 200 and more syringes should be distributed per year per PWID to ensure high coverage. Based on available data, coverage of NSP in Georgia barely reaches 10% and the highest number of syringes per year per PWID was 26 in 2010. Therefore, the full potential of this otherwise effective and cost-effective HIV prevention intervention (see chapter 14) is not utilized.

The trends in the distributed needles/syringes is shown in the graph below. The index was calculated by dividing the number of syringes distributed by *The Georgian Harm Reduction Network* (GHRN) with the estimated number of PWIDs in Georgia (40,000).

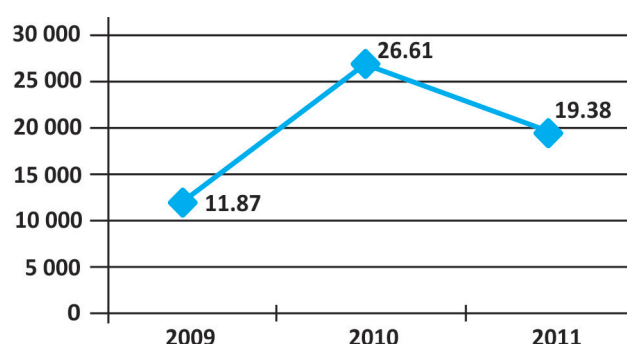


Figure 7: Syringes distributed per PWID per year (GHRN, 2012)

The figure below shows a total number of tested PWIDs by GHRN and *Georgian HIV Prevention Project* (GHPP) via VCT services run by them throughout the country in the period 2008 - 2011:

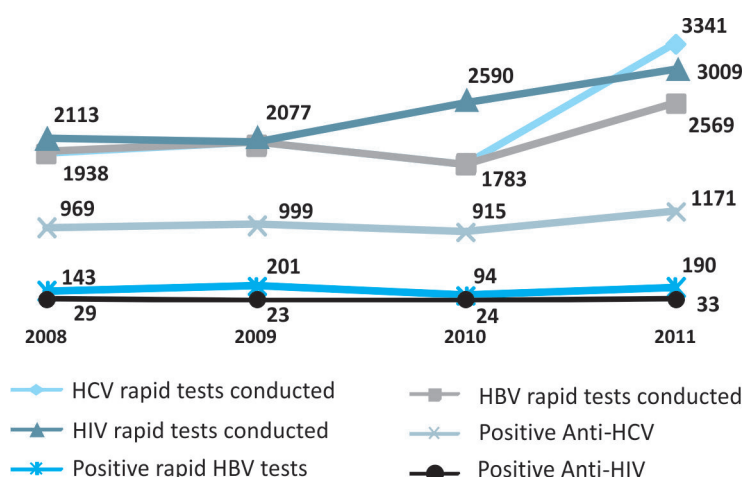


Figure 8: Number of PWID tested in the frame of the HR programs (GHRN & GHPP, 2012)

## 7. PREVENTION

Despite the rhetoric, drug demand reduction efforts by both the Georgian government and international donors have paid only minor attention to drug primary prevention so far. The period starting from the late nineties is marked by sporadic activities, insufficient funding, limited projects and beneficiaries, and a lack of quality control mechanisms.

Currently specific drug primary prevention is either substituted by general healthy lifestyle programs, or “smuggled” into HIV-prevention activities:

In 2011, The Healthy Life Style campaign “Don’t Worry be Healthy” was introduced by the First Lady, targeting 6 key topics: harms caused by tobacco smoking, healthy food, sports/physical activities, general hygiene (washing teeth and hands, etc.), road safety, and protection of environment; the campaign conducted a number of large scale sports activities at different schools in strategic partnership with UNICEF. Similar large scale activities focusing on non-specific prevention/rising awareness about healthy life style is planned to continue;

Since 2010, *Georgian HIV Prevention Project* (GHPP) funded by *United States Agency for International Development* (USAID), has tried to address drug primary prevention related gaps in the country along with the activities focused primarily on HIV/AIDS prevention. As a part of its youth-focused component, GHPP in partnership with the *Ministry of Education and Science of Georgia* (MoES) has piloted a consolidated Healthy Lifestyles Curriculum (HLC)

in Tbilisi and Telavi. Currently, steps have been taken to institutionalize the use of the HLC in all secondary schools nationwide. GHPP established and operates youth-targeted website [www.geoyouth.ge](http://www.geoyouth.ge) to provide youth and their parents with accurate and reliable information about HIV related high-risk behaviors in a non-threatening manner understandable to the target groups.

Though the both described above programs are valuable they can not replace and substitute targeted school based primary prevention interventions. To address this gap and a need for establishing institutional mechanisms for implementation of evidence based drug primary prevention focused approach, *Ilia State University* in 2012, in cooperation with *Centre of Addictology at the Medical Faculty of the Charles University* in Prague initiated a project focusing on piloting the *European Drug Addiction Prevention Trial* (EUDAP)<sup>9</sup>.

Besides that, from October 2012, in the *Ilia University Mental Health Masters* program a module on Drug Primary Prevention is taught to master level students (future teachers, school administrators, mental health professionals); the more simplified module of Drug Primary Prevention will be taught from 2013 to the bachelors level students of the Faculty of Arts and Science (future psychologists, social workers, journalists, pedagogues, school administrators).

<sup>9</sup> Evidence based approach, implementing in European Union, implying training of teachers, equipping them with the knowledge, attitude and skills to conduct 12 sessions module on drug misuse prevention with the school children in the age range from 11 to 14.

## 8. TREATMENT RESPONSES

### 8.1. Abstinence Oriented Treatment (AOT)

Currently there are four clinics providing residential drug dependence treatment in Georgia, out of which three are based in Tbilisi: clinic of the *Centre for Mental Health and Prevention of Addiction* (formerly *Georgian Research Institute on Addiction*), two private clinics: “*Uranti*” and “*Bemoni*”; and one clinic in Batumi. Altogether, the clinics have very limited capacity: there are 60 “addiction beds” that can provide detoxification treatment for about 1,000 patients in one year while offering both in- and out-patient treatment.

Abstinence focused treatment including primary short term rehabilitation is mostly paid out of patients’ pocket. The cost of treatment is extremely high - in the range from 1,250 to 2,250

GEL (for less than one month<sup>10</sup>) corresponding to two-four times the average salary in the country which in 2011 constituted 636 GEL ([www.geo-stat.ge](http://www.geo-stat.ge), 2012). In 2009, the Ministry of Health resumed funding programs for a limited number of treatment cases<sup>11</sup>. In 2011, in the four functioning in the country residential addiction treatment clinics, 80 cases (out of the treated 270 patients) were funded by the state program.

The funding of the state program in 2012 is 2.755.000 GEL according to the Decree of the Government of Georgia no. 92 on “Approval of Health Care State Programs”, dated March 15, 2012([www.matsne.gov](http://www.matsne.gov), 2012). The State Program consists of the following components (see Table 3):

10 9 days of detoxification followed by two weeks of primary rehabilitation

11 Before 2006, limited number of residential treatment cases was sporadically financed from the State budget.

№	Component	Budget
1	Inpatient detoxification and primary rehab	624,000
2	Implementation of substitution therapy and provision of the substitutive medication	1,310.000
3	Procuring substitutive medication	817,000
4	Transportation, keeping and distribution of special treatment means	24,000
	In total:	2,775,000

Table 9: Components of the State Program on Addiction, Government of Georgia, March 15, 2012 ([www.matsne.gov](http://www.matsne.gov), 2012)

Long-term follow-up of patients does not take place; no national treatment guidelines or protocols exist; therefore, treatment efficacy in the country is not evaluated based on commonly agreed criteria. Since 2009, psycho-social rehabilitation services were introduced to strengthen sustainability of the abstinence oriented treatment, though the number of the patients involved both in abstinence oriented treatment and psycho-social rehabilitation still dramatically decreases every year since 2008 (see above Figure 6).

### 8.2. Opioid Substitution Treatment (OST)

Contrary to AOT, demand for Opioid Substitution Treatment (OST) and opioid detoxification therapy is on its rise and develops in terms of the increased number of patients, enlarged geographical coverage and diversified treatment modalities. The first OST program was launched in the framework of the GFATM project in 2005 in Tbilisi. As of 1<sup>st</sup> January 2012, we have the following picture:

GFATM currently runs 5 OST sites (three sites in Tbilisi, one in Gori and one in Batumi), implying Methadon substitution, with the capacity to serve 450 clients at the same time and 500-600 patients throughout the year;

Two GFATM sites are running in the penitentiary institutions providing detoxification with methadone in the strict regimen prison no.8 in Tbilisi since December 2008 and in the Kutaisi penitentiary institution no. 2 since December 2011. Overall, 107 prisoners received opioid detoxification services in 2011;

There are two psycho-social rehab units functioning in the frame of GFATM program: one in the *Centre for Mental Health and Prevention of Addiction* and another in the *Patriarchy of Georgia Anti-Drug Centre*. The units serve clients of OST and AOT as well as ex drug users and imply individual, group and family therapies, ergo- and art therapy, computer classes, religious activities, peer support, etc. Voluntary testing and counselling services are provided within the rehabilitation units as well.

Acknowledging the positive impact of substitution therapy, the Georgian government launched the State OST program in 2008 which is based on the co-funding principle: the cost of the methadone is covered by the State while services are self-paid by the patient at 150 GEL (approx. EURO 75) per month. Those patients who are HIV/AIDS positive or are registered in the National Base of the Socially Un-protected Families are offered services for free.

There are 11 OST sites operating by the State in different regions of Georgia: 6 sites in Tbilisi, and one site in each of the following towns: Poti, Kutaisi, Zugdidi, Ozurgeti, Telavi. In 2011, 1,878 beneficiaries received services in the frame of the State OST program (17 females among them).

In January 2010, in the frame of the State OST Program, the first Suboxone<sup>®12</sup> substitution site was launched in Tbilisi which quickly recruited 60 patients with opioid dependence. In 2011, the number of patients treated with Suboxone<sup>®</sup> reached 100 persons.

## 9. HARM REDUCTION RESPONSES

The harm reduction (HR) approach has been rapidly developing in Georgia due to the efforts of the international donor's community (GFATM, relevant UN organizations, *Open Society Institute*, European Union funded large programs, etc.) since 2002. One of the significant outcomes of these efforts is the emergence and rapid growth of the HR focused non-governmental organizations (NGOs). In 2006, 7 organizations working in the field of harm reduction formed *Georgian Harm Reduction Network* (GHRN), which brought together 20 organizations in 2012. Despite of the lobby/advocacy efforts that are the main purpose of GHRN, all harm reduction services were financed exclusively by GFATM until recently and there is no funding from national and/or local governments in the field of HR. This significantly threatens the sustainability of HR activities.

HR activities covered by GFATM in the country are as follows: distribution of injecting equipment, condoms, information materials; voluntary counselling and testing (VCT) on HIV, HBV, HCV, and syphilis; peer to peer education; rising awareness among People Who Inject Drugs (PWID); advocacy for legislative changes and

policy reform facilitating provision of HR services, etc.

Beyond HR projects, HIV prevention efforts focusing injecting drug users have been undertaken by the USAID funded *Georgia HIV Prevention Project* (GHPP). The GHPP commenced in 2010 and provides risk reduction counseling to PWIDs, counseling and testing on HIV, testing for HCV and HBV, peer-to-peer education and outreach to PWIDs by employing the model of community level interventions.

By the end of 2011, there were 10 HR sites of combined type (clients could receive both sterile equipment for injection and VCT in the same site) run by members of GHRN. Two sites are located in Tbilisi, and one in each of the following towns: Batumi, Telavi, Gori, Kutaisi, Samtredia, Poti, Zugdidi and Sokhumi. Additionally, GHPP in 2012 runs 5 VCT sites (2 in Tbilisi, and one per Kutaisi, Batumi and Rustavi).

## 10. DRUG MARKETS AND DRUG-RELATED OFFENCES

Georgia is not considered to be a drug producing country (despite the rise of home production of stimulants) but, given its location, there are certain concerns regarding its potential for drug trafficking. Namely, the *US State Department's* 2012 International Narcotics Control Strategy Report (INCSR) states that there is a serious threat of Georgia becoming major transit route for drugs into Europe (INCSR, 2012).

In recent years the most visible priority in supply reduction was fighting import. It has been argued by law enforcement agencies that intensive targeted interventions from their side succeeded in removing heroin and Subutex<sup>®</sup> from the black market which caused a change in the drug scene in the country by increasing tendency towards the use of home-made stimulants and, currently, opioids among drug users. Currently there is not enough data in Georgia to allow direct attribution of changes in the drug scene to particular law enforcement interventions. Making any firm conclusion based exclusively on indicators of seized drugs and registered drug related crimes would be too simplistic and is not advisable.

Another priority of law enforcement agencies during last several years was intensified drug testing and punitive strategies towards drug users (high fines, imprisonment, etc.). There is

12 Combination of buprenorphine and naloxone.



much diversity amongst expert opinions about the impact of punitive strategies on the drug situation in the country. The majority of civil society representatives and a number of experts consider such a strict approach as resulting in specific negative consequences (a shift to new, more harmful injectable preparations) and point at human rights violation issues (mass drug testing, criminalisation of people for only drug

consumption). Law enforcement agencies and some experts, as well as part of general population representatives, say that punishment based strategy results in positive changes in the drug situation in the country (reduction in prevalence of drug use and reduction in drug-related crime are claimed – see below).

Dynamics of some drugs seized from illicit market is shown in the table below:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Heroin</b>	8.592 kg	16.157 kg	12.12 kg	2.3 kg	1.342 kg	0.886 kg
<b>Opium</b>	229.1 g	185.89 g	53.6 g	37.2 g	22.69 g	2,244 g
<b>Marijuana</b>	23.958 kg	23.647 kg	28.3 kg	4.7 kg	33.34 kg	32.12 kg
<b>Tramadol</b>	70.850 g	100.3 g	739.2 g	79.0 g	28.39 g	28.2 g
<b>Subutex</b>	10958 pills	16232 pills	13757 pills	5072 pills	3172.5 pills	17.05 g
<b>Cannabis plants</b>	123.336 kg	64.860 kg	41.563 kg	No data available	116.9kg	70.4 kg
<b>Methadone</b>	23.057 g	213.9 g	328.27 g	73.8 g	7.5 g	3.1 g
<b>Morphine</b>	3.33 g	4.45 g	38.049 g	3.57 g	12.28 g	3.68 g

Table 4: Dynamics of drug seizures by The Ministry of Internal Affairs by years (MIA, 2012)

As mentioned above, the availability of heroin, Subutex® and other opioids, as well as other drugs traditionally present on Georgian black market, has remarkably declined. At the same time, other drugs have appeared during seizures, which is indicative of changes in the drug scene shifting towards use of home-made stimulants as well as sedatives and other psychotropic drugs available in pharmacies, often without doctor's prescription. According to ben-

eficiaries of needle/syringe exchange programs, street prices of one gram of heroin constitute 570 GEL (285 EUR), the same for one pill of 8mg Subutex® while home-made stimulants, like "Vint" and "Jeff" as well as the newly emerged trend of injecting desomorphine, or "Crocodile", are much cheaper (correspondingly, 10-20 GEL, 5-10 GEL and 20 GEL).

Prices of illegal drugs by years provided by the Ministry of Internal Affairs are as follows:

	2008*	2009*	2011
Heroin (one gram)	500-600 GEL (250 EUR)	150-225 GEL (300-450 EUR)	570 GEL(285 EUR)
Opium	30-50 GEL (20 EUR)	40-60 GEL (20-30 EUR)	Not available
Subutex (one8mg pill)	450 GEL (200 EUR)	100GEL (200 EUR)	570 GEL(285 EUR)

Table 5: Illegal drugs' prices in 2008-2011 (MIA, 2012)

According to data from the Supreme Court of Georgia, 3,543 people were convicted of drug-related offences in 2011 (chapter 33 of the Penal Code of Georgia).1523 of them where convicted for mere illegal consumption

of drugs. Apart from that, an additional 5,717 people where subject to administrative charges for illegal consumption of drugs without doctor's prescription (Article 45 of the Code of Administrative Offences).

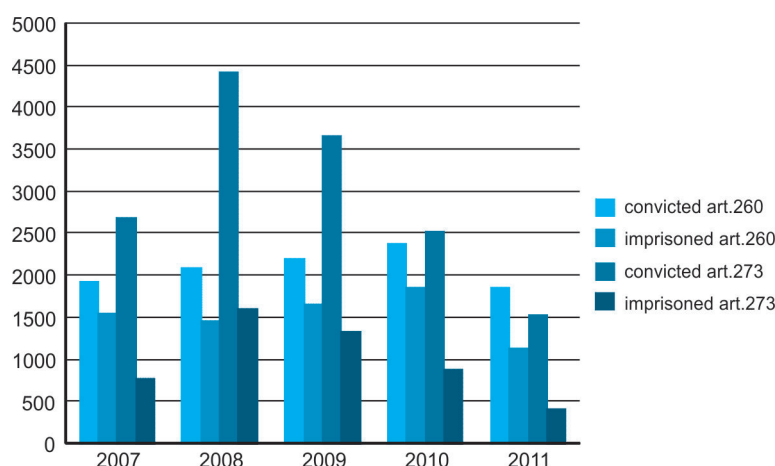


Figure 9: Dynamics of convictions/imprisonments for article 260 and 273 of the Penal Code of Georgia (Supreme Court of Georgia, 2012)

Although the rate of imprisonment has been decreasing these years, the number of people fined or subject to conditional sentencing for these offences remains high. Annually, more than 1000 people find themselves in the criminal justice system because of drug use problems, deprived of civil and political rights (prohibition to drive a vehicle, to leave the country, prohibition to work as a lawyer, doctor, to be employed in public bodies, etc.) with very few opportunities to reintegrate into society.

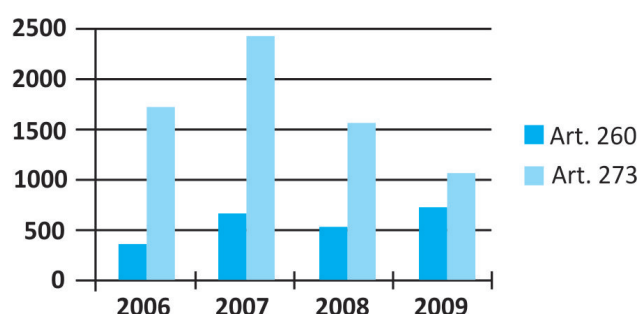


Figure 10: trends in conditional sentences for articles 260 and 273 of the Penal Code of Georgia 2007-11 (Supreme Court of Georgia, 2007-2012)

## 11. NATIONAL DRUG LAWS

Drug use *per se* constitutes an offence under Georgian legislation. It is punishable with both administrative as well as criminal sanctions. Illegal consumption of drugs without a doctor's prescription is punishable by administrative fine of 500 GEL (approximately 250 EUR) for the first time<sup>13</sup>. The same offence committed during the same year results in criminal liability

and is punishable by imprisonment up-to 1 year and a fine amounting to minimum of 2,000 GEL (approximately 1,000 EUR) with no maximum limitation.<sup>14</sup>

Court judgments for drug use offences are mostly based on rapid (stripe) test results (positive urine test for inactive metabolites of illicit drugs) conducted by the expert-criminalistic laboratory of the MIA, with no confirmatory laboratory methods used (except cases of appeal from plaintiff's side) applicable for administrative or criminal proceedings in the developed countries.

On the basis of Article 45 of the Administrative Offences Code of Georgia, Minister of Internal Affairs together with the Minister of Labour, Health and Social Affairs issued a joint order N1049-233n in 2006, which stipulates rules for drug testing in case of suspicion that a person is under influence and/or has consumed drugs without doctor's prescription, while the "Law on Police" stipulates that a police officer can demand from a person to follow him for the drug/alcohol testing if he/she is considered to pose a threat to himself/herself or others. Since then, street drug testing has become a widespread practice in Georgia and the number of people tested in streets has augmented tenfold. Number of people tested in 2007 was 10 times higher than in 2005 with positive findings as low as 30% (Otiazhvili, 2012). Though the numbers have been slowly decreasing since 2007, ratio between positive and negative test results still remains 1/3.

<sup>13</sup> Article 45 of the Administrative Offences Code of Georgia

<sup>14</sup> The average monthly income in Georgia was 636 GEL (313 EUR) in 2011

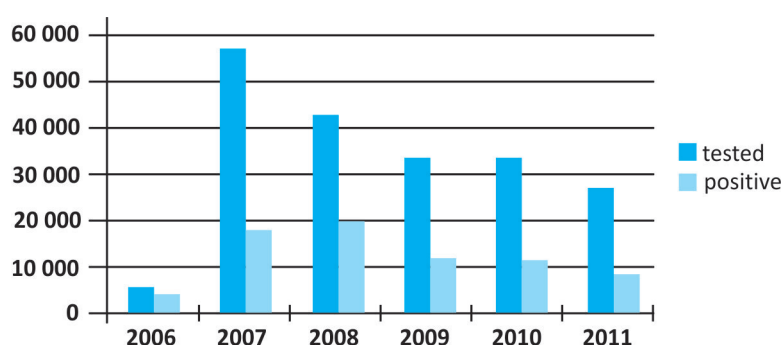


Figure 11: Trends in cases of drug testing in the country (MIA, 2012)

Possession of any amount of drugs is a criminal offence under the Penal Code of Georgia (article 260) with no differentiation of possession of drugs for personal use or trafficking. This article provides for quite strict punishment of up-to 11 years imprisonment (in case of small quantities of drugs), from 7 up-to 14 years (in case of large amount) and from 8 to 20 years or life imprisonment (for very large amount of drugs). As seen, amounts of drugs play an important role in defining severity of punishment for an offender but they are poorly defined. Parliamentary decree of 2003<sup>15</sup> stipulates list of quantities for drugs and psychotropic substances but majority of substances don't have small amounts defined which means that any amount found in illegal possession of a person is deemed a large amount leading to severe punishment.

Since 2008, several initiatives were undertaken to amend national drug legislation. 2 draft bills were submitted to Georgian Parliament for changes and amendments to existing drug laws. First one was initiated by the Vice-speaker of Parliament and prepared by the Global Fund facilitated group (GFATM, 2008), while the second one was prepared by *Georgian Harm Reduction Network* (GHRN, 2008) and initiated with the signatures of 58,000 citizens. Both initiatives stipulated decriminalization of drug use, definition of amounts for all illegal psychoactive substances and differentiation of possession of drugs for personal versus selling purposes.

Until recently, none of the packages went through hearings in Parliament, but the beginning of 2012 was marked with increased interest towards the issue of drugs and drug related problems, legislation being one of them. During the first half of 2012, active debates were held

around the first legislative package with parliamentary hearings and a final adoption of the draft bill at the end of May 2012. However, the new bill was not adopted entirely. Several laws have been adopted, setting aside the crucial issue of decriminalization for future discussions.

With the adopted bill, *law on Narcological Aid* was enhanced, the list of controlled psychoactive substances harmonized with European standards, the list of new psychoactive substances added, additional norms for legal turnover of drugs as well as rule for mandatory randomized drug testing of public servants adopted. With the adopted changes in law, small amounts for heroin and methadone only were added to the list of quantities, while small amounts for other widespread substances like amphetamine, methamphetamine, desomorphine and others still remain undefined. It was expected that the bill would approve a mechanism for allocating at least 20% of revenue from drug crimes for financing drug dependence treatment and rehabilitation programs but in between second and third parliamentary hearings this provision has been removed leaving funding of treatment/rehabilitation programs at the discretion of the state budget.

In December 2012, deputy chairman of Healthcare and Social Issues Committee of newly elected Parliament presented new legislative initiative. The initiative is based on the project of legislative changes prepared by GFATM Experts Group in 2008. Package implies annulment of criminal liability (article #273 of the penal code) for repeated use of drugs as well as other legislative improvements, while amounts of administrative fines for drug use increases to 3,500 GEL (300GEL for the first time, 600GEL for the second time and 3500 for every subsequent time in the same year) exceeding average monthly income for more than five times. At the moment professional community and decision makers hold debates on the proposed package of changes.

<sup>15</sup> Regulation #3137 of Parliament of Georgia on seizure of small, large and very large amounts of narcotic drugs and psychotropic substances from illicit turnover (2003)

## 12. NATIONAL DRUG STRATEGIES

In 2007, Parliament of Georgia adopted a document setting the main directions of the National Drug Strategy. This document was prepared by the *National Drug Policy Council*, functional in the years 2005-2007 under umbrella of the Ministry of Labour, Health and Social Affairs (Sirbiladze, 2006). The national priorities were defined as follows: treatment and rehabilitation, prevention, harm reduction, staff capacity building, informing the public, establishing drug information system, coordination. The elaboration of the action plans according to the approved priorities and main aims was delegated to the relevant ministries, but no action was taken. Hence, the country was left with no formal or comprehensive drug strategy till 2012.

In 2012, according to the Presidential decree no. 751 "On Approval of the Composition and Regulations of the Interagency Coordinating Council for Combating Drug Abuse" (November 22, 2011), the *Georgian Ministry of Justice* started interagency coordination focused on elaboration of the national anti-drug strategy and corresponding action plan. Four task forces were formed in the summer – Demand and Harm reduction (1), Supply Reduction (2), Drug Information and Research (3) and International Cooperation and Coordination (4).

In 2012, *Prosecutor General's office* as well as the *Ministry of Internal Affairs Analytical Department* conducted studies summarising and analysing drug related statistics in the country. Both studies concluded that the drug situation in the country improved (prevalence of drug use reduced) thanks to the restrictive policies (in-line with the other facilitative factors) implemented by the law enforcement agencies. Reduction in a number of registered drug related crime was used as one of the key indicators for this conclusion. In particular, the numbers of the drug related offenders based on the *Ministry of Internal Affairs'* data for 2007-2008 and *Prosecutor's Office* data for 2009-2011 were compared. The comparison showed that, starting from 2007, a number of drug related offences gradually decreased: in 2007 there were revealed 8,493 cases, in 2008 – 8,699, in 2009 – 6,921, in 2010 – 5,854 and in 2011 – 3,984 (MoJ, 2012). Nevertheless, number of experts argues that criminal statistics cannot and should not be considered a single reliable indicator to suggest relevant changes in prevalence of drug use. In addition, such a reduction in registered drug related offences could be explained by other reasons as well i.e. by the changes in the law enforcement poli-

cies re intensity of identification of the offenders. Police might have been unable to identify drug use when new drugs are involved – they simply might not be able to detect those drugs via standard rapid urine toxicological testing. Drug users might have adapted to aggressive law enforcement tactics and might have adopted novel measures to avoid detection and arrests. More interestingly, in 2006, a number of the registered drug related offences was 3,542 (Javakhishvili, 2009), which is even lower than corresponding number for 2011. Obviously, criminal statistics are important to track law enforcement activities and are an integral part of a broader set of indicators employed to assess illicit drug trends and evaluate effectiveness of measures in response to drugs problem. However, such an evaluation needs to take into consideration the full complexity of drug related phenomena and the intricate nature of associations/interrelations between different components of these phenomena.

The paragraph above suggests a strong need for a planned, consistent and balanced (between supply and demand focused agencies), evidence based drug strategy in the country which, from the very beginning, will improve mechanisms for monitoring implementation and impact evaluation. This will assure well-informed decisions form the side of the relevant decision makers.

## 13. COORDINATION MECHANISMS IN THE DRUG FIELD

In the mid nineties there was an attempt to coordinate drug demand and supply reduction measures via establishment of the interagency coordinating body managed by the Minister of Internal affairs and Minister of Health, together. In the situation of absense of political will to prioritize drug problem and extreme corruption which was dominated at that time in the country the coordinating body turned into "a stillborn infant". It existed only formally. No real steps in the direction of coordination and balance were implemented. From then until 2011, establishment of national coordination mechanisms in the field of drug demand and supply reduction responses became an evident need. Responding to this gap in November of 2011, the President of Georgia issued a special decree no. 751 "On Approval of the Composition and Regulations of the Interagency Coordinating Council for Combating Drug Abuse" (November 11, 2011).

The Coordinating Council started to function



in 2012, facilitated by the *Ministry of Justice of Georgia*. It unites representatives from the different supply and demand reduction governmental agencies and several representatives from non-governmental legal entities and international organizations, experts and scientists working in the relevant areas.

The main objectives of the Council are defined as follows:

- a) Elaboration of drug abuse prevention policy based on human rights protection principles
- b) Development, periodical revision and monitoring of implementation of a national anti-drug strategy and corresponding action plans
- c) Development of proposals and recommendations for elaborating the national anti-drug strategy
- d) Coordination of interagency activities in the process of implementation of the national anti-drug strategy for the purpose of promoting implementation of corresponding measures

During summer, four abovementioned working groups created by the Coordinating Council were working on elaboration of draft national strategy. In fall this process stopped due to the political unrest related to parliamentary elections. After normalization of situation, it is very important to finalize process of elaboration of comprehensive national drug strategy.

## 14. SPECIAL ISSUE: ECONOMIC ASPECTS OF DRUG POLICY

*The chapter below discusses cost-effectiveness and costing of the three major responses to drug problem in Georgia: Needle-syringe exchange programs (14.1), street drug testing (14.2) and medically assisted treatment, which is opioid substitution treatment in our case (14.3). The results of the studies presented below provide scientific evidence to policy makers who are challenged by the need to prioritize interventions in the environment of limited financial and human resources which characterize our country.*

Recent global economic development challenges many governments underline the need for careful and rational policy planning in which economic component plays the crucial role. This is truth in particular for developing countries with relatively limited resources and susceptible economic environment. Recent decision of the Board of *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) and cancellation of

Round 11(AIDSPAN, 2011) puts additional pressure on national budgets of many developing countries in which GFATM funding covers the substantial part of HIV/AIDS related activities, including interventions targeting People Who Use Drugs (PWUD). In Georgia, the vast majority of HIV/AIDS prevention interventions with PWUD are funded from GFATM grants (GOVERNMENT OF GEORGIA, 2010). In light of this development, an increasing number of initiatives attempt to look at the economic aspect of current policies and/or develop models for elaborating cost-effective interventions in the field of drugs and HIV prevention.

### 14.1. Evaluating the cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Georgia (Wilson, 2012)

This evaluation assessed whether the investment in needle and syringe exchange programs (NSPs) has had an impact on the transmission of blood-borne viruses in Georgia and whether or not the outcome represents a good value. This study aimed to:

- (1) Estimate the population benefits that NSPs in Georgia have likely had in preventing HIV and HCV infections and related health outcomes among people who inject drugs;
- (2) Calculate the cost-effectiveness of NSPs in Georgia from a health sector perspective.

This evaluation was carried out using a standardized model and software package that was first developed for the evaluation of NSPs in Australia and adapted for general application to any setting in a joint collaboration between UNAIDS and the *University of New South Wales*. The application of this tool to evaluate NSPs in Georgia was conducted by UNAIDS, *University of South Wales* (UNSW), and in-country partners, *Addiction Research Centre (ARC) Alternative Georgia*, *Georgian Institute of Public Affairs* (GIPA), and Country Coordinating Mechanism on HIV/AIDS (CCM).

Findings of the study suggest that needle/syringe programs are effective and bring significant benefits to Georgian society in terms of preventing new HIV and HCV cases, reducing mortality related to these infections and ultimately saving health care costs that otherwise are allocated to provide relevant health services to people infected. The report provides conservative estimations on the direct benefits of implementing needle and syringe exchange programs in Georgia.

Health care savings over the last ten years total \$75,000 (60,000 EUR), while projecting into the next 10 years reveals rather significant health cost savings – more than \$15 mil USD (12,000,000 EUR) in the years 2010-2020 if the funding for NSPs remains at the current level. Study suggests that in the early 2010s, significant efforts have focused on setting up the NSP

services as well as on training of the staff and other start up activities. Initial quality and effectiveness of those services might have been lower at the beginning and supposedly have improved over time while NSP investments in 2000-2010 have been able to produce +246% return in investment over the 2000-lifetime perspective (Table 7):

Maintain current levels	4.46m	105 285	15 244	19 187	15 018 179	671	0 (Ref)
NSP investment	Change in NSP spending * (\$ mil)	Change in QALYs	Change in infections (infections averted)**		Return*** (\$)	Lives saved	ICER****
			HIV	HCV			
50% reduction	-2.23	-11 163	-13 276	-5 986	-7 816 922	-386	199
25% reduction	-1.11	-6 735	-7 914	-3 786	-4 454 377	-222	164
25% increase	1.11	5 599	5 620	3 595	3 069 952	152	198
50% increase	2.24	9 555	8 794	6 381	4 891 851	241	234
100% increase	4.5	13 114	11 043	9 041	6 296 277	308	338
200% increase	8.54	14 296	11 669	9 952	6 716 614	327	597

\* Assuming costs scale linearly with current implementation costs (undiscounted)

\*\* Cumulative number of incidence (2011-2020)

\*\*\* Health costs saved (2011-2020)

\*\*\*\*Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) = (NSP1 – NSP0) / (QALY1 – QALY0)

The incremental cost-effectiveness ratios between alternative scenarios were estimated by dividing the incremental net cost of the scenarios by the incremental QALYs gained or lost.

**Table 6: Projected impact associated with changes in NSPs over the next 10 years (2011-2020)**

Modelling exercises provided good evidence for increasing NSP funding. The model suggests that a 100% increase can probably be the optimal scenario in terms of health cost benefits, given the current format of the NSP implementation. Authors suggested that going beyond 100% might not provide proportional return in investment, but will deliver significant benefits to the society in the form of new infections avoided, lives saved and QALYs gained. The results also might suggest that extremely limited funding for hepatitis C related interventions do not reach the threshold needed to produce tangible health and economic benefits and undermine the overall rationale for otherwise potentially effective and cost-effective lifesaving investment.

#### 14.2. How Effective Is Street Drug Testing?(Otiashvili et al., 2012)

In order to understand the impact of strict legal measures on the drug situation in Georgia,

this economic study used a combination of quantitative and qualitative techniques to create the testing model and to feed it with data: surveys using interviewer-assisted questionnaires, qualitative in-depth interviews and focus group discussions, and identification and calculations of expenditures (costs).

The cost of performing virtually random street drug testing on more than 43,000 people in 2008 was 18 million GEL (8,700,000 EUR). Most of people that were tested positive for drugs and were subsequently punished, resumed using drugs within three months after the punishment and all of them did so by the end of 11 months after the positive test and sanction. On the basis of the results of the study, the authors conclude that the punishment and imprisonment of drug users in Georgia has no influence, or only a negligible one, on the drug-related behaviour of those tested, and as such, is an ineffective strategy to reduce the scale of drug use in the country.

### 14.3. Assessing the Costs of Medication-Assisted Treatment<sup>16</sup> for HIV Prevention in Georgia(Kirtadze, 2012)

This study assesses the unit costs of Opioid Substitution Treatment (OST) provision in Georgia from the perspective of the two service providers in the country—the *Ministry of Labor, Health, and Social Affairs* (MOLHSA) and the *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria* (GFATM). While service delivery tends to be comparable across MOLHSA and GFATM-funded sites, there is one significant difference—the ministry requires OST clients to pay for services<sup>17</sup> while GFATM-funded sites offer free services. Though both MOLHSA and GFATM offer free of charge services to HIV positive clients the analysis found that a majority of HIV-positive patients are enrolled in the GFATM funded OST program.

To arrive at a more accurate estimate of unit costs, the study compared average unit costs between two - 2009 and 2010 - years and found that there was a slight increase in case of both programs: at MOLHSA facilities - from 229 GEL (\$133 or 110 EUR) per month to 236 GEL (\$137 or EUR 114);. at GFATM sites - from 217 GEL (\$126 or 104 EUR) to 229 GEL (\$133 or 110 EUR). Further analysis revealed that GFATM facilities are slightly less expensive than MOLHSA facilities.

In the case of both providers, direct costs of OST provision far exceed indirect costs and the most significant budget item is the cost of personnel (salaries of clinical and support staff), out of the three key inputs (personnel, drug/medical supplies, and utilities).

According to the study findings, the unit cost per patient gradually declines as the number of patients treated at the facility increases which is an important implication for policy planning and development.

The study also assessed the potential for expanding coverage to more patients within the existing infrastructure. 2010 was used as the base year for extrapolation. Since GFATM sites are already filled to capacity, any increase in the number of patients would need to be accompanied by an expansion in the number and/or the capacity of OST sites. Consequently the modeling exercise was done only for the State MAT program.

Another key finding was variation in methadone dosage between sites. Optimal methadone dosage, which is a key indicator of treatment success, was not uniform across sites. According to *World Health Organization* (WHO) guidelines, optimal methadone doses range between 60 to 120 milligrams per day. With the exception of two facilities, more than 60% of patients of the state substitution program receive less than 60 milligrams per day, which likely diminishes costs but at the same time impacts sustainability of treatment outcomes.

16 In case of Georgia – Opioid Substitution Treatment

17 The costs of the medication covered by the State in the State OS program, while patients cover expenses of the services provided.

## **LIST OF ABBREVIATIONS**

ARC - Addiction Research Center  
BSS - Behavioural Surveillance Survey  
CCM - Country Coordinating Mechanism (on HIV/AIDS)  
CSO – Civil Society Organization  
CSW – Commercial Sex Worker  
DRD – Drug Related death  
EMCDDA – European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction  
ESPAD - European School Project on Alcohol and Other Drugs  
EUDAP – European Drug Addiction Prevention Trial  
GFATM - Global Fund on AIDS, Tuberculosis and Malaria  
GIPA - Georgian Institute of Public Affairs  
GHPP - Georgian HIV Prevention Program  
GHRN – Georgian Harm Reduction Network  
GORBI - Georgian Opinion Research Business International  
GRIA - Georgian Research Institute on Addiction  
HCV - Viral Hepatitis C  
HBV – Viral Hepatitis B  
HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus  
HR – Harm Reduction  
ICER – Incremental Cost Effectiveness Ratio  
IDU – Injecting Drug User  
LTP - Lifetime prevalence  
MARPs - Most at Risk Populations  
MAT – Medication-Assisted Treatment  
MOLHSA – Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia  
MSM – Man having Sex with Man/ Men having Sex with Men  
NCDC - National Centre for Disease Control  
NGO – Non-Governmental Organization  
NSP – Needles and Syringe Exchange Program  
OSI – Open Society Institute  
OST - Opioid Substitution Therapy  
PDU - Problem Drug Use  
PWID - People Who Inject Drugs  
PWUD – People Who Use Drugs  
QALY – Quality Adjusted Life Years  
RDS - Respondent-driven sampling  
SAMSHA – Substance Abuse and Mental Health Self Administration  
SCAD - Southern Caucasus Anti-Drug Programme  
STI – Sexually Transmitted Diseases  
UNAIDS – United Nations AIDS Fund  
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime  
UNSW - University of South Wales  
UNGASS – United Nations General Assembly Special Session  
UNICEF – United Nations Children’s Fund  
USAID – United States Agency for International Development  
VCT – Voluntary Testing and Counselling  
WHO – World Health Organization



## REFERENCES

- AIDSPAN. 2011. *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals* [Online]. Available: <http://www.aidspace.org/index.php?issue=167&article=1> [Accessed].
- BARAMIDZE, S., STURUA, L. 2009. The Use of Alcohol and Other Drugs in Georgian Students, Pilot Study Rigorously Following Criteria of European School on Alcohol and Other Drugs. *Drug Situation in Georgia*. Tbilisi: South Caucasus Anti Drug Program.
- CHOKOSHVILI OTAR, A. C. 2012. *RE: HIV-AIDS Transmission Routs*. Type to OTIASHVILI, D.
- CURATIO, I. F. T. 2010. Bio-Behavioural Surveillance Study among MSM. Tbilisi.
- EMCDDA 2002. Handbook for surveys on drug use among the general population. Lisbon: EMCDDA.
- GAMKRELIDZE, A., JAVAKHISHVILI, J., KARIAULI, D., LEJAVA, G., STVILIA, K., TODADZE, K. & TSINTSADZE, M. 2004. Drug Situation in Georgia - 2003. *Southern Caucasus Anti-Drug Programme, Tbilisi, Georgia*.
- GFATM 2008. Draft Package of Drug Legislation Changes. Drug Legislation. Tbilisi.
- GHRN. 2008. *Georgian Harm Reduction Network* [Online]. Tbilisi. Available: ([www.ziani.ge](http://www.ziani.ge)) [Accessed].
- GHRN 2011. Study of Drug Related Overdoses. Tbilisi.
- GORBI 2012. Crime & Security Survey in Georgia. Tbilisi.
- GOVERNMENTOFGEORGIA 2010. UNGASS Country Progress Report, Reporting Period 2008 - 2009 calendar years. Tbilisi.
- HECKATHORN, D. D. 1997. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*.
- INCSR, U. S. D. 2012. International Narcotics Control Strategy Report (INCSR).
- JAVAKHISHVILI, D. J., STURUA, L. (EDITORS) ET AL. 2009. Drug Situation in Georgia, 2009. Tbilisi: Southern Caucasus Anti Drug Program.
- JOKHADZE, K. I.-A. D. O. T. M. H. A. A. P. C. 2012. Number of Patients Treated by State Opioid Substitution Program in 2011. Tbilisi.
- KIRTADZE, I., DIRECTOR OF HIV PREVENTION PROGRAMME. 2008. *RE: Experience of implementation of HR interventions*. Type to JAVAKHISHVILI, J.
- KIRTADZE, I., MENON, V., BEARDSLEY, K. & FORSYTHE, S. 2012. Assessing the Costs of Medication-Assisted Treatment for HIV Prevention in Georgia. *Futures Group, USAID | Health Policy Initiative Costing Task Order*. Washington, DC.
- KVAVILASHVILI, N. & PILAURI, K. 2012. Illicit Drug Use in Prisons of Georgia. Tbilisi: GCRT.
- LOMIDZE G., K. K., TSERETELI N. 2012. Studying Needs for Drug Related Harm Reduction Programs Implementation in the Penitentiary Institutions of Georgia. Tbilisi.
- MAYHEW, P., VAN DIJK, J.J.M. 1997. Criminal Victimization in eleven Industrialised Countries. Key findings from the 1996 International Crime Victims Survey. The Hague Ministry of Justice, WODC.
- MOJ. 2012. <http://justice.gov.ge/files/tengo-foto/antinarkotikuli.pdf> [Online]. Tbilisi: MoJ. Available: <http://justice.gov.ge/files/tengo-foto/antinarkotikuli.pdf> [Accessed September 2012].
- NCDC 2012. Unpublished Report on viral Hepatitis. Tbilisi.
- OTIASHVILI, D., KIRTADZE, I., TSERTSVADZE, V., CHAVCHANIDZE, M. & ZABRANSKY, T. 2012. How Effective Is Street Drug Testing. Tbilisi: Alternative Georgia.
- OTIASHVILI, D., KIRTADZE, I., TSERTSVADZE, V., CHAVCHANIDZE, M. & ZABRANSKY, T. . 2012. How Effective Is Street Drug Testing.

- OTIASHVILI, D., SAROSI, P., SOMOGYI, L.G. 2008. Drug control in Georgia: Drug control and reduction of drug use. In: FOUNDATION, B. (ed.) *Beckley Foundation briefing paper XV*. Beckley Foundation.
- SAMHSA OFFICE OF APPLIED STUDIES, S. 2011. National Survey on Drug Use & Health (formerly called the National Household Survey on Drug Abuse) Methodology Reports and Questionnaires. Washington: U.S.: . Department of Health & Human Services.
- SIKHARULIDZE, E. A. 2012. Study on Barriers towards Opioid Substitution Treatment in Georgia. Tbilisi: Uranti & Society Georgia Foundation.
- SIKK, K. 2007. Manganese-Induced Parkinsonism due to Ephedrone Abuse. *Parkinson's Disease*, Volume 2011 (2011), Article ID 865319, 675-682.
- SIRBILADZE 2010. Estimating the prevalence of injecting drug use in Georgia: Consensus report. Tbilisi: Be-  
moni Public Union.
- SIRBILADZE, T., BARAMIDZE, L., BARATASHVILI, P., JAVAKHISHVILI, J., MACHAVARIANI, M., NADASHVILI, N.,  
TODADZE, K.H., TSITSKISHVILI, D., ZAKARASHVILI, T. (ed.) 2006. *Georgian Anti-Drug Strategy*, Tbilisi.
- TABATADZE, M. 2012. Youth Behavioural Surveillance Survey (BSS) studying HIV/AIDS knowledge, attitudes  
and practices among high school and university students in Tbilisi. Tbilisi.
- TODADZE, K. 2003. ESPAD Survey among Tbilisi Adolescents. *Drug Situation in Georgia, 2003*. Tbilisi: South  
Caucasus Anti Drug Program.
- TODADZE, K. 2004a. Study of Drug Use among male Prisoners in Georgia. In: JAVAKHISHVILI, D. J. (ed.) *Drug  
Situation in Georgia*. Tbilisi: Southern Caucasus Anti Drug Program.
- TODADZE, K. 2004b. Study of Mortality of Drug Users. In: JAVAKHISHVILI, J. (ed.) *Drug Situation in Georgia*. Tbilisi.
- TSERETELI, N. 2012. *RE: Drug Use among CSW*. Type to KIRTADZE, I.
- TSULAIA. 2012. *RE: Problem drug use trends*. Type to KIRTADZE, I.
- VADACHKORIA, D. 2012. *RE: Current trends per drug*. Type to JAVAKHISHVILI, J.
- WHO, U. U. 2008. Principles of Drug Dependence Treatment. . *Discussion Papers*. [Online].
- WHO/UNICEF 2012. Joint Reporting Form on Communicable Diseases for the period January to December  
2011. Tbilisi.
- WILSON, D., ZHANG, L., KERR, C., KWON, A., HOARE, A., OTIASHVILI, D., TSERTSVADZE, V., TAVADZE, L., IASH-  
VILI, E., AVILA, C. & WILLIAMS-SHERLOCK, M. 2012. Evaluating the Cost-effectiveness of Needle-syringe  
Exchange Programs in Georgia. Tbilisi: UNAIDS Georgia.
- WWW.GEOSTAT.GE. 2012. Tbilisi: National Statistics Office of Georgia. Available: [www.geostat.ge](http://www.geostat.ge) [Accessed  
2012].
- WWW.MATSNE.GOV, G. L. B. 2012. *Ministry of Labour, Health and Social Affairs budget for State Narcomania  
Program* [Online]. Tbilisi. Available: [www.matsne.gov](http://www.matsne.gov) [Accessed 2012].