أولا – فرط استهلاك العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة الدولية

ألف– ضمان استعمال العقاقير المخدرة الخاضعة لمراقبة دولية للأغراض الطبية والعلمية

1 – اعتبر استخدام عدد كبير من العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية التي تخضع الآن للمراقبة بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961[1]، واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة 1971[2] في تحضير المواد الصيدلية علامةً على إحراز تقدم في العلاج بالأدوية، ولا سيما علاج الآلام وأنواع معينة من الاضطرابات العصبية النفسية. وحظيت مخدرات كالكوكايين والأفيون والهيروين بالتقدير واستخدمت بحماس في الأغراض الطبية عبر العالم إلى أن أُدركت خصائصها الارتهانية وحدودها العلاجية عندما تستخدم على نطاق واسع. وسرعان ما تقبّل الجميع حقيقة أن المخاطر الصحية والاجتماعية التي تنطوي عليها تلك المخدرات بالنسبة للمستهلكين الأفراد وبالنسبة للمجتمع، مقترنة بيسر توافرها وفرط استعمالها أو غياب مراقبته، تفوق كثيرا ما يعود به استعمالها الطبي من منافع. وعندئذ أصبح صنع تلك العقاقير المخدرة والتجارة الدولية فيها خاضعا لمراقبة تنظيمية وطنية ودولية.

2 – وأدت الابتكارات العلمية والتطورات الصيدلانية تدريجيا إلى انفتاح السبيل أمام أدوية أكثر أمانا وأفضل انتقاء ولها ذات المفعول للتخفيف من حدة الآلام وغيرها من أشكال المعاناة البشرية، وأمام تخفيف الاعتماد على عقاقير تحدث درجة عالية من الارتهان. ومع اتساع نطاق تقبل نظام المراقبة العالمي، قلَّ بسرعة صنع كثير من المخدرات المحدثة لارتهان شديد، كالأفيون والكوكايين، والاتجار فيها لأغراض طبية. واتَّبَع نسقا مماثلا استعمال كثير من المؤثرات العقلية ومنها البربيتورات، والمسكنات المنومة غير البربيتورية وعدد كبير من الأمفيتامينات. ومع ذلك، ففي غياب البدائل المثلى، لا يزال يستعمل اليوم كثير من العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية الأقل أمانا كمستحضرات صيدلية لعلاج الأمراض وتخفيف حدة الآلام وغيرها من أشكال المعاناة البشرية. وتتوقف القيمة الفعلية لتلك المستحضرات للأغراض الطبية على توافر بدائل أكثر أمانا للأغراض ذاتها. ويعد التحقق من التوافر الكافي لها للأغراض الطبية في ظل ظروف تنظيمية إحدى الوظائف الهامة للسلطات الحكومية. كذلك ينبغي توافر المخدرات الخاضعة للمراقبة للأغراض العلمية من أجل إتاحة إجراء البحوث حول العقاقير الأكثر أمانا لذات الأغراض وأغراض مماثلة.

3 – والآلام وغيرها من أشكال المعاناة قد يسببها المرض أو تسببها حالة ارتهان لمؤثرات عقلية نافعة لولا ذلك نتيجة لفرط استخدامها فترات طويلة. وعلى الرغم من أن عدم توافر العقاقير المخدرة قد يترتب عليه حرمان المرضى من حقوقهم الأساسية ومن فرص التخفيف من حدة الألم، فإن فرط توافرها قد يؤدي إلى تسربها إلى الاتجار غير المشروع وإلى إساءة استعمالها ومن ثم إلى الارتهان بها وقد يسبب بالتالي معاناة لا مبرر لها[3]. ولا تزال واسعة الانتشار في كثير من البلدان، إساءة استعمال مخدرات خاضعة للمراقبة من بينها الأمفيتامينات والبنزوديازيبينات التي تسرَّب إلى القنوات غير المشروعة في مراحل شتى من توزيعها مما يقتضي توخي القدر الكافي من اليقظة واتخاذ التدابير المضادة.

4 – وثمة من الوثائق ما يثبت بوضوح وجود تآزر بين يسر التوافر والاستعمال غير السليم للعقاقير الطبية والاستهلاك غير المشروع للمخدرات. وقد بلغت إساءة استعمال المخدرات مستويات مرتفعة في الماضي نتيجة لاستهلاك العقاقير الخاضعة للمراقبة استهلاكا غير مناسب طبيا وبلا ضابط. وقد وقعت تلك الأحداث في بلدان كثيرة متقدمة ونامية على السواء وكان السبب الرئيسي في أن الحكومات عمدت، منذ عام 1971، إلى مد نطاق المراقبة إلى عدد متزايد من المؤثرات العقلية المستخدمة للأغراض الطبية.

5 – وفي أثناء العقدين الماضيين، طبقت الضوابط التنظيمية الوطنية ونظام المراقبة الدولي بمزيد من الاتساق والعموم وغدت بالتالي أشد فعالية. ويتعين العمل على إدامة تلك المنجزات وتحسينها مستقبلا. ومن المنجزات الهامة الأخرى ما يلي: تحقيق توافق أوثق بين صنع المواد الأفيونية وكثير من المؤثرات العقلية (البربتيورات وعدد من الأمفيتامينات والبنزوديازيبينات) وأحجام تجارتها من جهة وبين المتطلبات المشروعة من جهة أخرى؛ وتسجيل حالات التسريب قدرا كبيرا من الانخفاض، عددا وحجما، في قرابة

6 - وقد اتخذ الاستعمال غير المشروع للمخدرات أبعادا عالمية. ومن الممكن أن تنشأ أنساق جديدة من إساءة استعمال المخدرات نتيجة لفرط التوافر ونقص الضوابط التنظيمية. لذلك فعلى الحكومات أن ترصد عن كثب، بالتعاون مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، عرض هذه المخدرات والطلب عليها. وفي تقريرها عن عام 1999،[4] استعرضت الهيئة وفقا لولايتها المتمثلة في الإشراف على التنفيذ الوطني للأهداف الرئيسية للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، مدى كفاية المعروض من المخدرات الخاضعة للمراقبة للتخفيف من حدة الآلام والمعاناة. وتبين للهيئة أن أهداف المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات لم تتحقق بدرجات متساوية عبر العالم. ولاحظت مع القلق استمرار الفوارق العالمية في التوافر الفعلي والتفاوتات التي لا مبرر لها بين مختلف المناطق في استهلاك مخدرات ومؤثرات عقلية مشروعة هامة.

7 - ونظراً للأسباب التي ذكرت فيما تقدم، يسبب التوافر غير المحدود أو المفرط، والاستعمال غير المناسب أو غير الطبي للمخدرات الخاضعة للمراقبة - للهيئة من القلق ما يسببه عدم كفاية العرض. واستنادا إلى ما سبق إجراؤه من استعراضات، تعتبر الهيئة أن ثمة من الأسباب ما يكفي للاعتقاد بأن العرض المفرط الذي لا ضابط له للمخدرات واتجاهات الاستهلاك في بعض البلدان ربما يتواصلان وأن مشكلات جديدة ربما كانت آخذة في النشوء.

باء - الاحتياجات الطبية والتوافر: متغيران ينبغي تقديرهما وتسويتهما

8 - ينبغي أن يكون عرض المخدرات على الصعيد الوطني مناظرا بوجه عام وبقدر الإمكان للاحتياجات الطبية (والعلمية) ومن ثم فمن المهم تقدير تلك الاحتياجات بأقصى درجة ممكنة من الدقة. وفي حالة المخدرات والمؤثرات العقلية تتسم التسوية بين المتغيرين بأهمية أكبر بالنظر إلى ما تنطوي عليه تلك المواد من إمكانات إساءة استعمالها واحتمال تسريبها إلى الأسواق غير المشروعة. وفي العقود السابقة، كثيرا ما أدى نقص الضوابط إلى صنع كميات من عدد من المؤثرات العقلية تفوق كثيرا الاحتياجات الطبية منها على صعيد العالم ما يترتب عليه نشوء حالات متكررة من تسريب كميات من تلك المواد إلى القنوات غير المشروعة. ومع اتساع نطاق تطبيق اتفاقية سنة 1971 على صعيد العالم، نادرا ما تنشأ الآن تلك الحالات مما يقدم الدليل على ما طرأ من تحسن كبير في فعالية النظام التعاهدي في مجال المؤثرات العقلية. ولأسباب اقتصادية وثقافية، لم يكن لتلك التحسينات سوى تأثير ضئيل على الفوارق فيما بين المناطق وفيما بين البلدان من حيث فرص انتفاعها بالعقاقير الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية. وتشير أرقام الاستهلاك العالمي للعقاقير المشروعة إلى أن الجانب الأكبر من الأدوية لا يزال يستهلك في عدد قليل من البلدان[5] وترتفع النسبة عن ذلك في حالة المخدرات والمؤثرات العقلية. فالبلدان ذات الاقتصادات الضعيفة والشرائح الفقيرة من المجتمع ما زالت لا تتاح لها، إن أتيحت، سوى فرص ضئيلة للحصول على الأدوية أو الرعاية الطبية وليس بوسع النظام التعاهدي أن يفعل الكثير لعكس هذا الاتجاه.

9 - ويتوقف مدى الاستخدام الطبي للعقاقير، بما فيها المواد الخاضعة للمراقبة، على كثير من العوامل والمتغيرات. فالظروف الاقتصادية والاجتماعية، إلى جانب ما يولى من اهتمام للعناية الطبية، تقرر إلى حد بعيد قدرة البلد على بذل العناية الطبية وبالتالي على توفير الأدوية عموما. ومن العوامل الهامة الأخرى الإعمال الفعال للضوابط التنظيمية.

10- ومعظم البلدان النامية تعوزها الموارد والخبرات المتخصصة المطلوبة لتحديد الاحتياجات الطبية ولتسوية ما يعرض من مخدرات لتلبية تلك الاحتياجات. وتبدي الممارسة الطبية تغيرات شاسعة بدرجة غير محمودة تعزى إلى النقص المزمن في أعداد العاملين وعدم كفاية ما يقدم من تدريب ومعلومات. وفي الوقت نفسه تشير التجربة إلى أن التوافر الفعلي للمخدرات ينزع إلى تجاوز الاحتياجات منها في كثير من البلدان المتقدمة. ففي تلك البلدان، تشوه العوامل المجتمعية والثقافية والسلوكية المؤثرة في الاستهلاك إدراك وقياس الاحتياجات الطبية الحقيقية.

11- ومن المرغوب فيه، للأسباب آنفة الذكر، لا أن يعرف هذان المتغيران فحسب، بل أن تجرى أيضا تسويتهما على نحو فعال من حيث التكلفة. والاحتياجات الوطنية إلى العقاقير، يمكن تقديرها بطرق عدة. فالأرقام المبنية على المراضة (أي على معدلات انتشار أمراض محددة - أسلوب المراضة) أو على المسوح المنتظمة للاستهلاك الوطني لمخدرات

(أ) أن التغيرات عبر البلدان أو داخلها في بيانات معدلات انتشار الأمراض، التي يبلغ عنها بالنسبة لحالات مرضية نفسية معينة تنزع إلى أن تكون كبيرة مما يشير بدوره إلى تباين كبير في معايير التشخيص الطبي؛

(ب) أن ممارسات العلاج (اختيار العلاج بالأدوية أو خيارات العلاج التكميلية (أو البديلة)، واختيار الدواء وجرعته ومدة تعاطيه) تبين هي الأخرى تغيرات كبيرة عبر البلدان وداخل البلد الواحد؛ مثال ذلك الإبلاغ عن فروق هامة في الممارسات الطبية في الدول الأعضاء بالاتحاد الأوروبي على الرغم من الجهود المتواصلة لتحقيق التساوق؛

(ج) أن أنساق استخدام المخدرات الخاضعة للمراقبة عموما، وعلى الأخص استخدام مواد معينة، تتغير مع الوقت بما يحرز من تقدم في تطوير المخدرات وكذلك تحت تأثير التنظيم والمراقبة؛ وتنزع تلك التغيرات إلى أن تكون متقلبة مما يفاقم تعقد تقدير التغيرات عبر الوطنية؛

(د) أن الأرقام الدالة على مستويات الاستهلاك السابقة لأدوية مختارة لا يمكنها، في كثير من البلدان، أن تعطي إلا إشارة عامة إلى الاحتياجات الحقيقية بسبب التأثيرات التشويهية للظروف الاقتصادية وللبنية التحتية.

12- ويبدو أن مقارنات بيانات الاستهلاك فيما بين البلدان والمناطق هي أفضل المؤشرات لإدراك الفروق في مستويات الاستهلاك والاتجاهات غير الاعتيادية التي تقتضي الانتباه إليها. وقد أبرزت الهيئة في تقاريرها حديثة العهد الفروق الكبيرة والمتسقة بين مستويات الاستهلاك في بلدان أمريكا الشمالية ونظيرتها في أوروبا[6]. فالأرقام السنوية المبلّغ عنها تشير إلى أن استهلاك المنشطات الأمفيتامينية في الولايات المتحدة الأمريكية أعلى كثيراً منه في البلدان الأوروبية وفي بلدان أخرى، على حين أن استهلاك المسكنات المنومة البنزوديازيبينية والمواد البنزوديازيبينية المزيلة للقلق أعلى دائما في البلدان الأوروبية. ومنذ النصف الثاني من عقد الثمانينات، عندما بدأت الحكومات إبلاغ الهيئة ببيانات عن البنزوديازيبينات، كان متوسط استهلاك البنزوديازيبينات للفرد أعلى كثيراً في أوروبا منه في أي منطقة أخرى؛ ويبلغ في المتوسط ثلاثة أضعاف نظيره في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي أثناء نفس الفترة، كان استهلاك الأمفيتامينات المدرجة في الجدول الثاني لاتفاقية سنة 1971 يبلغ في الولايات المتحدة عشرة أضعاف نظيره في أي بلد من بلدان أوروبا. هذا وقد سجلت دائما فروق كبيرة بين بعض البلدان الأوروبية ذات الظروف الاقتصادية المتماثلة. من ذلك مثلا أن مستوى استهلاك البنزوديازيبينات في فرنسا ظل لسنوات كثيرة يندرج في عداد أعلى المستويات في أوروبا، ويربو في المتوسط على ضعفي نظيره في ألمانيا أو النرويج. غير أنه في السنوات الأخيرة نجحت السلطات الفرنسية في خفض استهلاك البنزوديازيبينات بدرجة ملموسة، بفضل جهود جادة استهدفت الترويج لاستعمال تلك المواد استعمالا أرشد (انظر الفقرة 178 أدناه).

13- وبالنظر إلى حد بعيد إلى القيود الاقتصادية، تنخفض كثيراً مستويات استهلاك المخدرات في البلدان النامية. وكان متوسط استهلاك المسكنات المنومة البنزوديازيبينية أثناء الفترة 1997-1999 (معبرا عنه بالجرعة اليومية المحددة (DDD) لكل ألف نسمة في اليوم)، 34 في أوروبا و 8 في القارة الأمريكية و 6 في آسيا و 1.3 في أفريقيا. واتسع نطاق التباين أيضا في حالة المواد البنزوديازيبينية المزيلة للقلق إذ بلغ متوسط الاستهلاك: 41 في أوروبا و 24 في القارة الأمريكية و 13 في آسيا و 6 في أفريقيا. وتتميز البلدان النامية باتساع الفروق فيما بينها حيث تستهلك بعض البلدان للفرد كميات أعلى بكثير من أغلبية البلدان الأخرى، على حين أن بلدانا أخرى كثيرة أبلغت عن أن استهلاك تلك المواد يكاد ألا يكون له وجود فيها.[7]

14- ولفرط استهلاك العقاقير المخدرة الذي ليس له مبررات طبية، ومعظمه في البلدان المتقدمة، عدد من الأسباب العامة وأحيانا أسباب ودوافع تخص بلدانا معينة أهمها البيئة التجارية والاجتماعية الثقافية والتربوية في تلك البلدان. وبالمثل، يبدو أن الثروة أو الوفرة الطارئة حديثا تشكل سبب نشوء استهلاك للمخدرات سريع النمو في بلدان تمر بنمو اقتصادي سريع (مثل تايلند وسنغافورة وماليزيا

15- وفي البلدان المتقدمة، يتزايد انتشار القلق والأرق ويتزايد معه استهلاك المسكنات المنومة حيث يشكل المسنون فئة الاستهلاك الرئيسية. وتسجل الهيئة مع القلق الاستخدام المتكرر والممتد على فترات طويلة (تزيد على سنة وتستمر أحيانا إلى ما لا نهاية) للمؤثرات العقلية كعلاج لردود الفعل النفسية على الضغوط الاجتماعية بدون تشخيص لاضطراب محدد. فهناك أشكال شتى من الأرق والقلق والبدانة وفرط النشاط لدى الأطفال، وكذلك أنواع مختلفة من الألم تستخدم لها على نطاق واسع في طب اليوم مخدرات خاضعة للمراقبة: المواد الأفيونية والأمفيتامينات والبربيتورات والبنزوديازيبينات (بترتيب مدى احتمال الارتهان بها)؛ وتصيب تلك الأعراض شرائح كبيرة من السكان في بلدان كثيرة وتنزع إلى الاتسام بطابع الإدمان. وقد أسفر كثير من المسوح عن أن القلق ذا الدلالة الإكلينيكية يصيب ما يصل إلى 15 في المائة من السكان في بلدان كثيرة. ويقدر انتشار البدانة في بعض البلدان المتقدمة بـ 30 في المائة، مما يترتب عليه تكاليف صحية واقتصادية هامة، مباشرة وغير مباشرة. ويقدر أن ما يصل إلى 4 في المائة من سكان كثير من البلدان المتقدمة يستهلكون المسكنات المنومة البنزوديازيبينية. ويقال إن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى (تصل إلى 70 في المائة) يعانون من ضغط اجتماعي لا من مرض عقلي أو بدني حقيقي. وفي بعض البلدان، يتراوح بين 25 و 30 في المائة نسبة من وصف لهم مزيل للقلق أو مسكن منوم ويتلقون ذلك العلاج دون أن يكونوا قد شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب عقلي[8]. واستخدام المخدرات الخاضعة للمراقبة، وسلوك تعاطي الدواء، وثقافة للعناية الصحية آخذة في الاتساع - هي الآن بسبيلها إلى أن تصبح أكثر تقبلا من جانب المجتمع. وتشير مسوح حديثة العهد إلى أن 70-95 في المائة من الأمراض تواجه بأسلوب العناية الصحية الذاتية في بلدان كثيرة، وأن لهذه النزعة تأثيرا هاما على الممارسة الطبية وعلى العلاقة بين الطبيب والمريض عموما[9].

16- ويمكن مشاهدة اتجاهات مماثلة في كثير من البلدان النامية وبين فئات السن الأصغر. وتصحيح المزاج والسلوك بتعاطي المخدرات الخاضعة للمراقبة آخذ في الانتشار. ويؤثر ذلك دائما في البيئة المباشرة للفرد وفي المجتمع في نهاية المطاف وتلقى بعبء ثقيل على الاقتصاد الوطني وعلى البنية التحتية. وعلى ذلك فبالنسبة للحكومات لا يعد الإبقاء على استهلاك المخدرات، ولا سيما المخدرات الخاضعة للمراقبة، في حدود المستويات المبررة طبيا - لا يعد مسألة هامة من مسال الصحة العامة فحسب، بل مسألة اقتصادية كذلك.

جيم - تأثير سلسلة توزيع المخدرات على استعمالها

تأثير الصناعة التحويلية

17- يشكل صنع المخدرات وتجارتها قطاعين ناشطين مهمين من قطاعات الاقتصاد العالمي، وهما يخضعان لآلية تنظيمية معقدة لحماية المستهلكين. وآلية الحماية هذه يعود أمر إعمالها إلى الحكومات. ولكل مشارك في سلسلة توفير المخدرات من المنتج إلى المستهلك مصالح وفرص والتزامات خاصة بها. ومن وجهة النظر المثالية، ينبغي أن يكون المرضى والمجتمع في مجمله هم المستفيدين النهائيين. ويحدث فرط التوافر عندما يختل التوازن بين نفوذ هؤلاء الأطراف وتأثيرهم نتيجة مثلا لضعف تنظيم تطبقه الحكومة أو لترويج للمخدرات مُناف لمبادئ الأخلاق أو القانون.

18- وبسبب التوسع المتواصل في حرية التجارة، يتسم بأهمية قصوى أخذ المنتجين بسلوك أخلاقي مسؤول في الترويج لجميع المنتجات الدوائية. والشروط التنظيمية بشأن العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية المنتجة للأغراض الطبية تشكل مسؤوليات إضافية للمنتجين. وكثير من هؤلاء مقتنعون من حيث المبدأ بأن قبول تلك المسؤوليات والامتثال للشروط التنظيمية الوطنية والدولية إنما هو أمر في صالحهم. غير أن التجارب قد أثبتت أن بعض سياسات البيع التي تنتهجها الشركات وممارسات الترويج التي تطبقها قد تتعارض مع السياسات الصحية القويمة[5]. ومن أمثلة ذلك مواصلة صنع وتجارة وترويج: (أ) مخدرات معينة خاضعة للمراقبة عندما تتاح خيارات علاج افضل أو تتوافر عقاقير بديلة أكثر أمانا (مثل مواصلة الترويج للمواد الأمفيتامينية لأغراض التحكم في وزن الجسم)؛ و (ب) العقاقير أو المستحضرات التي لم تجرب بما فيه الكفاية على فئات محددة من المستهلكين المستهدفين، مثل الأطفال أو الحوامل أو المسنين). واستجابة لدواع أخلاقية، جرب على نحو ملائم عدد قليل من الأدوية المؤثرة على العقل لاختبار أمانها وفعاليتها في حالة الأطفال؛

19- وأثناء بضعة العقود الأخيرة اتسم بالبطء ما أحرز من تقدم علمي في فهم العمليات الفسيولوجية الأساسية لحالات صحية معينة من بينها البدانة واضطراب نقص الانتباه (ADD). وفي غياب سبل علاج فعّالة تستهدف فهم الأسباب، يتواصل علاج الأعراض باستخدام الأمفيتامين والأدوية الأمفيتامينية إلى حد بعيد (كوابح الشهية الأمفيتامينية وفنيدات المتيل). وكانت الوصفات العلاجية لتلك المواد واستعمالها قد هبطا من قبل إلى مستويات متواضعة على أثر اكتشاف محدودية فعاليتها وأمانها، وأخضعت في وقت لاحق لضوابط وطنية ودولية. وقد أبرزت الهيئة في تقاريرها المشاكل التي تنشأ نتيجة لتجدد شعبية تلك المواد، كما يتضح في بعض البلدان من الزيادة التي لم يسبق لها مثيل في صنعها واستهلاكها. وكان من دواعي القلق مؤخرا تزايد استعمال تلك المواد في علاج الأطفال في السن المدرسية وفي السن قبل المدرسية كذلك،[10][11] على الرغم من عدم وجود تعاريف أو معايير تشخيص أو مبادئ توجيهية يقرها أو يقبلها الجميع بشأن تلك الممارسة.

20- وفي بعض البلدان توجه الشركات حملات ترويجها للمبيعات لا للأطباء وحدهم وإنما للجمهور كذلك، متحايلة بذلك الحظر على الإعلان. وكثيرا ما يصور الإعلان المباشر العقاقير المخدرة على أنها سلع استهلاكية عامة وبذلك يشجع على زيادة استهلاكها. وتوزع عينات ترويجية مجانية منها عبر ممثلي الشركات والموزعين التابعين لها في البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء. واستمرار اللجوء إلى تلك الأساليب العدوانية للبيع قد يكون علامة على نقص المراقبة التنظيمية من جانب الحكومة و/أو ضعف إنفاذ اللوائح التنظيمية السارية. ويشاهد ترويج المبيعات على هذا النحو، مثلا، في أسواق الأدوية بالبلدان التي لديها بنى سوقية سريعة التغير، كما في بلدان أوروبا الوسطى والشرقية.

21- وكثيرا ما تكشف نوعية وشمول المعلومات ذات الصلة بالمخدرات والتي يتيحها صانعو المستحضرات الصيدلية للأطباء والمرضى عن تقلبات لا يمكن قبولها.[12][13] وتتسم هذه المسألة بأهمية حاسمة نظرا لأن الأطباء كثيرا ما ينظرون إلى الإعلانات والمعلومات المكتوبة التي تبثها الشركات على أنها مصدرهم الأساسي للمعلومات عن العقاقير المخدرة. ويتمثل الترويج لتلك العقاقير أحيانا في تقديم الدعم الذي يتضمن معلومات عن المخدرات أعدت خصيصا وتوجَّه مباشرة إلى مختلف الرابطات والجماعات المهنية لبثها في أوساط المستهلكين. كذلك أبلغ عن وجود حالات منفردة من الدعم المالي المباشر لرابطات مدنية أو مهنية ولجماعات ترويجية.

22- وعلى الرغم من أن القواعد الأخلاقية للترويج للعقاقير الدوائية قد أعدتها صناعة المستحضرات الصيدلية ومنظمة الصحة العالمية[14]،فإنه يبدو أن بعض الشركات لا تراعيها. وكثيرا ما تحققت زيادات في استهلاك المؤثرات العقلية نتيجة لاتباع أساليب فعّالة ولكنها مريبة لترويج المبيعات. وترغب الهيئة في معاودة طلبها إلى الحكومات، الذي سبق أن وجهته في تقريرها لعام 1996[15]، بأن تتوخى الصرامة في تطبيقها لأحكام المادة 10 من اتفاقية سنة 1971، التي تقضي بحظر توجيه إعلانات عن المؤثرات العقلية إلى عامة الجمهور.

23- ويتزايد الإعلان عن العقاقير المخدرة، بما فيها أدوية الوصفات الطبية، على الإنترنيت من جانب تشكيلة واسعة من الشركات. ويسجل نموا سريعا عدد موزعي المخدرات الخاضعة للمراقبة على الإنترنيت – العاملين في بلدان كثيرة. والواقع أن بعض هذه الشركات، إذ تعمل بدون ترخيص و/أو بدون أي مراقبة للنوعية، إنما تمارس أنشطة غير مشروعة. وإمكانات إساءة الاستعمال إمكانات مرتفعة، وقد تواصلت تلك الأنشطة في بعض البلدان على الرغم من الضوابط التنظيمية التي تطبقها الدولة، الأمر الذي يثير قلقا شديدا على الصعيدين الوطني والدولي[16]. ويثير تزويد تلك الشركات بمخدرات خاضعة للمراقبة قضية مسؤولية المنتجين.

24- وفي بلدان كثيرة، لا تزال تعمل أشكال من أسواق العقاقير المخدرة غير الخاضعة للتنظيم تدعى "أسواق الشوارع" في موازاة مع صيدليات مرخصة وفي غيابها في حالات كثيرة. والعوامل الرئيسية التي تسهم في وجودها هي انعدام القدرة الشرائية وعدم وجود الأدوية الجيدة وضعف البنى التحتية. وفي كثير من البلدان النامية، يتعامل مورّدو "أسواق الشوارع" هذه، الذين لا يتقيدون بأي مبادئ

تأثير الممارسة الطبية

25- يضطلع أرباب المهن الطبية بمسؤولية كبيرة في تحضير الأدوية عموما وفي وصف العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة بوجه خاص. وواصف الدواء هو الذي يبت في اختيار العقار وجرعته ومدة تعاطيه وموعد التوقف عنه، ويبت في نهاية المطاف في توفير مؤثر عقلي معين لمريض معين. ويتمتع الطبيب المعالج بقدر كبير من الحرية المهنية والسلطة التقديرية في اتخاذ قراراته تلك. وينبني القرار العلاجي الذي يتخذ على أسس سليمة على قيام علاقة جيدة قوامها الثقة المتبادلة بين الطبيب المعالج والمريض، وعلى تقدير دقيق وتشخيص صائب من جانب الطبيب، وعلى دراسة متأنية لخيارات العلاج المتاحة بما في ذلك المخاطر والمنافع المتوقعة. وينطوي التفاعل بين الطبيب والمريض على مسؤوليات يتحملها كلا الطرفين ويتوقف مداها على ثقافة البلد المعني. وفي عصر يتسنى فيه الحصول بيسر على المعلومات ذات الصلة بالصحة، ويسوده توافق الآراء والاشتراك في اتخاذ القرارات، يصبح المريض على نحو متزايد مساهما مهما في العملية العلاجية برمتها، وذلك في إطار "تحالف علاجي" « therapeutic alliance »[18]. وبهذه الطريقة وحدها يمكننا أن نتوقع تحسنا في المعدلات المنخفضة لامتثال المرضى للعلاج (60-75 في المائة)، التي يبلَّغ عنها بصدد اضطرابات عقلية وجسدية شتى تعالج بمخدرات مؤثرة على العقل. ومما لا غنى عنه تثقيف الجمهور في مجال استعمال العقاقير المخدرة.

26- وكما سبقت مناقشته في الفقرات 8-16 فيما تقدم، تشير بيانات عن التغيرات ذات الدلالة عبر البلدان وداخل بلدان محددة في أوضاع المراضة النفسية واستخدام العقاقير المخدرة - فيما تشير إليه - إلى أنه يتواصل وجود أوجه تباين كبير في الممارسة الطبية (كثافة الخدمات، والعلاقة بين الطبيب والمريض، والجودة المهنية، واتجاهات وممارسات التشخيص والعلاج) بين بلدان قريبة الشبه فيما بينها فيما عدا ذلك، بل داخل بلدان معينة. وتمارس الخيارات والأفضليات الفردية للأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين وللمرضى أنفسهم تأثيرا قويا على استعمال العقاقير المخدرة وتواصل تسببها في إيجاد تباينات هامة. وعلى الرغم من الاعتراف بالحاجة الملحة إلى تحقيق التساوق والتقنين، فقد تطور توافق الآراء في هذه المجالات ببطء نسبي. وبناء على ذلك، يمكن عزو طائفة كبيرة من المشاكل المقترنة بالإدارة الوطنية والدولية لتوافر العقاقير المخدرة واستعمالها إلى تناقضات أو أوجه قصور في الممارسة الطبية[18].

27- وتشمل الممارسة غير السليمة فيما يتعلق بوصف الأدوية المؤثرة على العقل والخاضعة للمراقبة، الوصفَ عن غير دراية؛ والوصف المتضارب أو المتهاون؛ وسوء الوصف المتسق والمتعمد قصد إساءة الاستعمال؛ والوصف للتعاطي الذاتي. والأسباب الرئيسية الكامنة وراء ذلك السلوك تتمثل فيما يبدو في التدريب القاصر؛ والافتقار إلى المعلومات؛ ومواقف التساهل أو التهاون؛ والافتقار إلى الشعور بالمسؤولية المهنية؛ والسلوك المنافي للأخلاق؛ والإدمان الشخصي للمخدرات؛ والسلوك الإجرامي؛ والمصلحة المالية المباشرة.

28- ويشير كثير من الدراسات المفصلة إلى أن الاعتماد المفرط على علاج الاضطرابات العقلية والحالات النفسية بالأدوية، مع تفضيل التوصل إلى حلول سريعة باستخدام المستحضرات الصيدلية وحدها، عامل من العوامل التي تسهم بقسط وافر في فرط الاستهلاك في البلدان التي تعاني منه. وكثيرا ما يغض النظر عن الآثار السلبية البعيدة المدى، أو تقدر دون خطورتها، أو تُحَلَّ منزلة ثانوية بعد تحقيق وفورات في التكاليف في المدى القريب. وثمة تشكيلة واسعة من النهوج العلاجية التكميلية أو البديلة التي يمكن الأخذ بها في كثير من الاضطرابات العقلية والحالات المؤلمة التي تعالج اليوم بالمستحضرات الصيدلية (العلاج النفسي، والتوجيه والإرشاد، والطب التقليدي)، وكثيرا ما تكون تلك البدائل أكثر ملاءمة من الناحية الثقافية وأشد فعالية[19]. ومن جهة أخرى، يثبت عدد من الدراسات التي أجريت مؤخرا أن تعدد الأدوية (polypharmacy) التي كثيرا ما تتعاطى في مزيج غير عقلاني وجرع غير كافية ولمدد مفرطة الطول - لا يزال يشكل ظاهرة شائعة إلى حد ما. وتلك ممارسة طبية تتناقض مع مبادئ الفعالية التكاليفية، والعلاج العقلاني القائم على الشواهد، وتعتبر إهداراً للموارد.

29- وسجلت الهيئة في السنوات الأخيرة عددا من المبادرات الوطنية والدولية المفيدة، وهي تستهدف الترويج لممارسات في الوصفات الطبية السليمة مهنيا. فقد اتفقت الرابطات الطبية الوطنية وغيرها من الهيئات المهنية على تعاريف للمتلازمات، ومعايير أفضل للتشخيص، ونهوج علاجية ملائمة، وممارسات وصف جيدة لعدد من الحالات الصحية التي كانت من قبل مثارا للجدل وتستخدم لها الآن عقاقير مؤثرة على العقل. والجهود الإقليمية في هذا المجال، بما في ذلك تدريب الموظفين الصحيين، آخذة، على ما يبدو، في الازدياد.

30- ويتيح الاتصال الإلكتروني فرصا جديدة كل الجدة ليس للصانعين والتجار وحدهم بل أيضا لأرباب مهنة الطب، فضلا عن نشوء مسؤوليات أخلاقية جديدة ومخاطر محتملة جديدة. فالتطبيب عن بعد والوصفات الطبية عبر الإنترنيت قد تيسر كثيراً فرص الانتفاع بالخدمات الطبية والصيدلية من جانب شرائح كبيرة من المجتمع وبتكلفة أقل. وفي الوقت نفسه تزداد كثيرا احتمالات الخطأ وإساءة الاستعمال المتعمدة. وإحلال الاتصال الإلكتروني محل الاتصال المباشر بين المريض والطبيب محفوف بالمشاكل ولا سيما فيما يتعلق بتشخيص الاضطرابات النفسية ووصف العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة. وتقتضي جهود تنظيم هذا المجال التقني سريع التطور، الذي انفتح لتوه، تعاونا وثيقا فيما بين البلدان والهيئات الدولية المعنية.[20]

31- وتثبت هذه المسائل مدى تعقد المشاكل التي يتعين التصدي لها فيما يبذل من جهود لتحسين سلوك وصف العقاقير المخدرة. ويذكر من العوامل المؤثرة في هذا السلوك: المعارف المهنية، والأفضليات الشخصية، والعلاقات الشخصية المتبادلة، والبيئة التي يتعامل فيها معا كل من الأطباء والمرضى، وأي تحسينات باقية لا يمكن توقعها إلا في المدى البعيد ونتيجة لتعليم وتدريب متسقين ومتواصلين.[9] [18] [21]

دال - تأثير الضوابط التنظيمية الوطنية والدولية

32- على الرغم من أن تحقيق توازن معقول بين العرض والطلب في حالة العقاقير الطبية الخاضعة للمراقبة أمر يتعذر بلوغه، فإنه يعد واحدا من الأهداف التي يتعين على السلطات الصحية الوطنية أن تسعى إليها في إطار جهودها الرامية إلى تعزيز الصحة العامة. ولئن كان تحسين فرص الحصول على الدواء في البلدان النامية يتجاوز أهداف المراقبة التنظيمية، فإن الضوابط الفعالة يمكنها أن تسهم في تحسين الأوضاع. وفي البلدان ذات البنى التحتية الضعيفة والموارد المهنية الضئيلة، كثيرا ما يساء استعمال العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة خارج دائرة البنى الرسمية للرعاية الصحية. وكثيرا ما يشكل ذلك الاستعمال غير الخاضع لتنظيم مخاطرة صحية أو إهدارا للموارد. وتتمثل المهمة الرئيسية للحكومات في مثل هذه المواقف في تحسين كفاءة جميع جوانب نظام توفير العقاقير ونظام الخدمات الطبية.

33- وعلى حين أن نقص استخدام العقاقير المخدرة ظاهرة كثيرا ما تسود في البلدان النامية، فإن فرط توافر العقاقير المخدرة عادة ما يحدث في البلدان ذات البنى التحتية المتطورة. وينبغي لتلك البلدان، كقاعدة عامة، أن تكون في وضع يمكنها من توفير قدر كاف من المراقبة التنظيمية، ومن الحيلولة دون تحول الاستهلاك إلى استهلاك مفرط. غير أن تلك الأهداف لم تكن في الماضي سهلة التحقيق دائما. وقد سبق أن نوقشت أسباب وعوامل مساعدة معينة، وثمة أسباب وعوامل أخرى تنال من كفاءة التنظيم يذكر منها ما يلي:

(أ) من شأن التنوع الكبير، مقترنا بمعلومات ناقصة وكثيرا ما تكون منحازة عن العقاقير، أن تجعل من الصعب على الحكومات ومرافقها الصحية أن تنظم استخدام العقاقير. وتتمثل المخاطر المترتبة على ذلك في فقدان المراقبة التنظيمية والإشراف الصحي، ونقص شفافية العرض، والهدر في استخدام الموارد خارج المجال الخاضع للتنظيم[21]؛

(ب) في بعض البلدان، يشكل عدم احترام الشروط التنظيمية أحد العوامل المهمة التي تسهم في وقوع الحوادث المتكررة المنطوية على فرط استعمال العقاقير الخاضعة للمراقبة[22]؛

(ج) هناك من الدلائل ما يشير إلى أن التوسع في إساءة استخدام الاتصال الإلكتروني في المجال الطبي، دون مراعاة كافية للأخلاقيات والمعايير المهنية، يمكن أن يفاقم الاتجاهات آنفة الذكر؛

(د) لعولمة الاقتصاد تأثير هام على قدرة الحكومات على رصد صناعة المستحضرات الصيدلية. فالكثافة المتزايدة والحجم المتنامي للتجارة الحرة والشركات متعددة الجنسية التي تعمل عبر الحدود الوطنية، تنزع إلى إضعاف السلطة التنظيمية للحكومات فيما يتعلق بفرض مراقبة القطاع العام على تجارة المخدرات وأثمانها وعلى الممارسات السوقية. وترى الهيئة أنه، في ظروف العولمة وما يترتب عليها من إضعاف السلطات الوطنية، يصبح التطبيق المتسق والمتماسك للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، أهم الآن منه في أي وقت مضى.

34- وقد أسهم دأب الجميع على تنفيذ اتفاقية سنة 1971 بقسط وافر في تحسين رصد صنع كثير من المؤثرات العقلية وتجارتها واستخدامها لأغراض طبية على صعيد العالم. غير أنه من دواعي الأسف وجود شواهد على احتمال نشوء مشاكل جديدة نتيجة لأوجه قصور معينة، عادة على الصعيد الوطني. ففي بعض الحالات، يكون من دواعي القلق الشعبية المتنامية لبضع مواد مدرجة بالجدول الثاني (وبالجدول الرابع) لاتفاقية سنة 1971 ويعتبر استعمالها مأمونا نسبيا، وكذلك اتساع نطاق استخدامها لأغراض علاجية. وترغب اللجنة في تذكير الحكومات بأن نصف قرن من استخدام العقاقير المخدرة والمؤثرات العقلية لأغراض علاجية قد ترتب عليه نشوء عدد من السابقات الجديرة بالاهتمام. ففي الماضي، كانت أنساق استهلاك مجموعات برمتها من المواد، وأحيانا مواد فردية، متماثلة في جوهرها: شعبية متنامية واستهلاك واسع النطاق تتبعهما معدلات متنامية لإساءة استعمالها. وعادة ما أسفرت جهود المراقبة التنظيمية من جانب الحكومات عن خفض سريع للصنع المشروع لتلك المواد وتجارتها واستخدامها لأغراض طبية، وكثيرا ما كانت مصحوبة بنمو وانتعاش الصنع غير المشروع للمواد ذاتها والاتجار بها. وقد أثبت التاريخ أيضا أنه ما لم توجد عقاقير أشد فعالية وأكثر أمانا وغير منطوية على إمكانات الارتهان في نفس الظروف، فمن المرجح أن ينشأ فرط الاستهلاك. ومن شأن ذلك كله أن يبرز أهمية إجراء البحث والتطوير في مجال صنع المستحضرات الصيدلية، كما أبرز أهمية الالتزام الأخلاقي من جانب أرباب صناعتها.

35- ويشير ما تحقق من انخفاضات كبيرة في عدة بلدان أثناء العقدين الماضيين في استهلاك مواد خاضعة للمراقبة مثل الامفيتامينات والبربيتيورات – إلى أن تحقق التحسن أمر ممكن. فلغاية أوائل السبعينيات، أتيحت كميات من الأمفيتامين والميتامفيتامين وتوجر فيها للاستخدام الطبي المباشر، وكان البلدان المنتجان الرئيسيان هما فرنسا والولايات المتحدة. وما أن عرفت الآثار غير المرغوبة لذلك الاستخدام الواسع النطاق حتى فرضت ضوابط وطنية تبعتها جدولة هاتين المادتين دوليا في عام 1971 مما أدى إلى تخفيضات هامة؛ ولم تلبث الضوابط المطلوبة أن أصبحت ظاهرة شائعة على صعيد العالم. ولم يكن لهذا التغيير تأثير سلبي على العلاج بل على العكس من ذلك أسفرت البحوث الصيدلية عن تشكيلة واسعة من العقاقير الآمن نسبيا لنفس الأغراض، أمفيتامينية في البداية، وفي وقت لاحق عقاقير مختلفة كل الاختلاف حلت تدريجيا محل الأمفيتامين والميتامفيتامين أو كانت مكملة لهما. وطرأت على الاستخدام الطبي للبربيتيورات تغييرات مماثلة في أوائل السبعينيات؛ وتلت ذلك اتجاهات مماثلة في استخدام بنزوديازيبينات طال استخدامها، نتيجة لجهود متواصلة بذلتها بعض الحكومات.

36- وأثناء الخمس والعشرين سنة الأخيرة بيّنت تقارير الهيئة أن الصنع المشروع لكثير من المؤثرات العقلية والتجارة الدولية فيها سجلا هبوطا هاما وسريعا ما أن طبقت ضوابط فعالة. ولم يصل إلى علم اللجنة وجود أي آثار سلبية يؤبه لها. وقد لعبت تلك التخفيضات دورا حاسما في الحد من تسريب تلك المواد على نطاق واسع. ومن أمثلة ذلك ما يلي:

(أ) في بداية الثمانينيات بلغ الإنتاج العالمي للميتاكوالون والاتجار به 100 طن سنويا؛ وكان معظمه يسرب إلى الأسواق غير المشروعة في أمريكا الشمالية والجنوب الأفريقي. وعندما أصبحت الضوابط نافذة المفعول في البلدان المنتجة والمتاجرة الرئيسية، هبط الإنتاج إلى بضعة أطنان سنويا؛

(ب) عندما نقل السيكوباربيتال من الجدول الثالث إلى الجدول الثاني لاتفاقية سنة 1971، هبط الصنع المشروع للسيكوباربيتال من 11 طنا في عام 1988 إلى أقل من ثلاثة أطنان في عام 1990 ثم ازداد هبوطا فيما بعد؛

(ج) توقف تماما الصنع المشروع للفنيتيلين – وهي مادة كثيرا ما سربت في الماضي بكميات كبيرة – نتيجة لجهود المراقبة الدائبة في الثمانينيات. كذلك سجلت

37- والتخفيضات الآنفة الذكر في استخدام عقاقير معينة خاضعة للمراقبة، تثبت بوضوح أن الدأب على بذل الجهود الوطنية التي تستكمل بالمراقبة الدولية، يمكن أن يسفر عن نتائج ممتازة. وعلى ذلك فمن المهم أن ترصد الحكومات بعناية صنع العقاقير الخاضعة للمراقبة وتجارتها واستهلاكها. كذلك فإن للحكومات حرية فرض ضوابط أشد صرامة أو إحكام الضوابط المفروضة إذا اقتضت الظروف المحلية السائدة ذلك. (كما حدث في الأرجنتين وشيلي والصين ونيجيريا والهند). كما أن رصد الآثار الضارة للمخدرات، إلى جانب التقدير المنتظم للاتجاهات، يمكن أن يوحي بأفكار نافعة في منع الاتجاهات غير المرغوبة أو التصدي لها في وقت مبكر.

هاء - الاستنتاجات والتوصيات

38- أسفرت الجهود الدائبة التي تبذلها الحكومات لخفض التوافر المفرط والاستهلاك الجزافي للمخدرات والمؤثرات العقلية عن نتائج مفيدة يعتد بها. وبالنسبة لكثير من العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة، انخفضت إلى مستويات معقولة كميات المخدرات المصنوعة والمتاجر فيها، وكذلك نطاق استخدامها للأغراض الطبية منذ اعتماد المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. وقد أسفر هذا الاستعراض وما سبقه من استعراضات أجرتها الهيئة عن أنه ما إن تشدد المراقبة على الاستعمال المفرط أو غير المناسب للمؤثرات العقلية حتى تحل محلها في أحيان كثيرة مواد أخرى أقل عرضة للمراقبة الصارمة. ومن أمثلة ذلك أن الأمفيتامين، منشط التعاطي الأول في غرب أفريقيا، أبدل بالفنيتيلين والبيمولين والميسوكارب والإيفيدرين - بهذا الترتيب - رداً على تشديد تدابير المراقبة.

39- وتقف الاتجاهات الآنفة الذكر شاهدا على أن الحكومات وأرباب المهن الطبية فيها يتعين عليها أن تواصل توخي اليقظة في رصد التطورات. وتعتبر الهيئة أن الأمثلة الماضية هي خير مرجع للحكومات ولا سيما عندما يكتسب شعبية سريعة عقار خاضع للمراقبة وكان من قبل ذا استعمال طبي محدود ومستوى منخفض من الأمان والفعالية، وإمكانات إساءة استعمال مدعومة بالوثائق. ويصدق ذلك أيضا على عقاقير جديدة ومؤثرة على العقل واستحدثت في أغراض العلاج. ولعل آمن السبل المفتوحة أمام الحكومات لمنع نشوء مشاكل جديدة هي الاستجابة في الوقت المناسب لتلافي إمكانات الاستهلاك الزائد لتلك العقاقير.

40- وينبغي لكل حكومة أن تحاول الإبقاء على عرض العقاقير الخاضعة للمراقبة واستهلاكها تحت إشراف محكم من جانبها. وقد أثبتت التجارب أن المجالات الرئيسية التي يتعين إيلاؤها اهتماما خاصا هي التالية:

(أ) إقرار التشريعات الملائمة وتوخي الإدارة السليمة (غير البيروقراطية) ومواءمتها حسب الاقتضاء مع الاتجاهات والتطورات الجديدة؛

(ب) العمل باستمرار على تزويد موظفي الصحة وعامة الجمهور بالتعليم والتدريب والمعلومات؛

(ج) اتخاذ موقف أخلاقي في الممارسة الطبية والصيدلية، وتوخي الشركات الانضباط في التسويق والترويج ومطالبة المستهلكين بمستوى أعلى من الوعي.

41- وفي البلدان الشحيحة الموارد، حيث يغلب أن يجرى توزيع الأدوية واستخدامها على نحو مجرد من أي تنظيم وخارج البنى الرسمية للرعاية الصحية، تتعذر مجابهة إساءة استعمال المخدرات بدون تحسين الأوضاع الاقتصادية العامة. وعلى ذلك فمن الضروري تقديم مساعدة فعّالة إلى حكومات البلدان النامية الراغبة في تحسين نظمها الوطنية لتوزيع العقاقير المخدرة. وفي الوقت الذي يتواصل فيه تجريب سياسات ونهوج جديدة اقتُرحت في السنوات الأخيرة لتحسين الإدارة الوطنية للمخدرات في بعض البلدان[20]، ينبغي لحكومات البلدان النامية أن تبذل كافة الجهود الممكنة لتحقيق ما يلي:

(أ) فرض قدر كاف من السلطة الحكومية والمراقبة التنظيمية على عرض العقاقير المخدرة على الصعيد الوطني بما في ذلك المؤثرات العقلية والقضاء على النظم الموازية لتوزيع المخدرات؛

(ب) السعي الحثيث إلى الحصول على المساعدات الثنائية ومتعددة الأطراف في الإدارة الوطنية لعرض المخدرات، وضمان الإفادة الفعّالة من تلك المساعدة؛

(ج) الترويج لصنع و/أو استيراد عقاقير جيدة غير مسجلة الملكية قصد استغلال الموارد المتاحة على نحو أفضل؛

(د) الاستعانة بالصيدليات المحلية باعتبارها مصدراً هاما (ووحيداً في أحيان كثيرة) للمعلومات المهنية المتعلقة بالصحة واستعمال العقاقير[22].

42- وكما سبقت مناقشته في الفقرات 17-31 أعلاه، ترتب على تكاثر توزيع العقاقير المخدرة عبر الحدود في عصر يتزايد فيه الطابع العالمي لتجارة المستحضرات الصيدلية، أن أصبح لزاما على الحكومات أن تستكشف بنشاط سبلا جديدة لتوثيق التعاون فيما بينها وتحقيق تكافل الجهود الرامية إلى الحد من:

(أ) تآكل السلطة الحكومية في مجال تنظيم المخدرات على الصعيد الوطني؛

(ب) تصاعد نفوذ أرباب صناعة المستحضرات الصيدلية في مجال وصف العقاقير المخدرة واستعمالها؛

(ج) السلوك غير الأخلاقي في تسويق المخدرات وبيعها المباشر وتزويد المستهلكين بمعلومات منحازة عن المخدرات.

43- واستكمالا للجهود التي تبذلها بعض البلدان على حدة في المجالات آنفة الذكر، ينبغي للحكومات، وللمنظمات الإقليمية الدولية، أن تعد ترتيبات ومعايير حكوماتية تطبق على الصعيد الإقليمي.

44- وبالنظر إلى الطابع المزدوج للعقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة، يتعين على الأطباء المعالجين والصيادلة أن يتوخوا حرصا بالغا في أدائهم لواجباتهم المهنية. وينبغي للطبيب المعالج، قبل وصف مؤثر عقلي أو عقار مخدر، أن يقدر بعناية مدى تعرض المريض للارتهان وذلك بالتحقق الجدي مما إذا كان للمريض تاريخ لتعاطي العقاقير المخدرة وإساءة استعمالها أو إساءة استعمال الخمور، وما إذا كان لديه سلوك السعي إلى الحصول على المخدرات. فعلى المستوى المثالي، ينبغي أن يكون كل وصف للدواء وما يترتب عليه من تعاط لذلك الدواء مستندا إلى علاقة مباشرة بين المريض والطبيب وتشخيص صحيح وقرار عقلاني بشأن أفضل سبل العلاج وفقا لمبادئ الطب القائم على الشواهد.

45- وينبغي للسلطات الصحية أن تروج لاستخدام أساليب علاج تكميلية أو بديلة ثبتت جدواها وملاءمتها من وجهة نظر ثقافية مع الأخذ بعين الاعتبار أن الاعتماد على تلك الخيارات العلاجية بدلا من الاعتماد على العلاج بالأدوية من شأنه أن يسفر عن وفورات كبيرة في التكاليف. وفي الوقت نفسه ينبغي للحكومات أن تتحقق من أن تدخلاتها لا تحد بالضرورة من توافر العقاقير المخدرة الخاضعة للمراقبة للأغراض العلاجية لكي لا يُحرم المرضى من علاج مجد ومشروع. وينبغي للرابطات المهنية أن تعزز التثقيف المستمر للأطباء في تلك المجالات بغية الحد من فروق التشخيص والعلاج فيما بين البلدان وفيما بين المؤسسات من أجل ضمان استجابة علاجية متسقة وملائمة لمختلف حالات الاضطراب العقلي وخفض مستوى تعدد الأدوية دون النيل من نتائج العلاج.

46- وبالنظر إلى سرعة التوسع في تطبيق الاتصال الإلكتروني في الممارسة الطبية لأغراض التشخيص ووصف الدواء:

(أ) ينبغي للحكومات أن تدرك إدراكا كاملا الإمكانات الهائلة التي تتيحها شبكة الاتصالات الإلكترونية في تعزيز قيامها بوظائفها في مجال المراقبة التنظيمية؛ وعلى الأخص في تزويد مواطنيها بمعلومات صحية حديثة العهد وغير منحازة.

(ب) ينبغي أن يمتنع مهنيو الصحة عن استخدام التطبيب عن بعد وعن وصف الدواء بالوسائل الإلكترونية بطرق منافية للأخلاق؛

(ج) ينبغي لحكومات البلدان التي يتسارع فيها انتشار الاتصال الإلكتروني لإبلاغ المعلومات الصحية ويمارس فيها التطبيب عن بعد ووصف الدواء عن طريق الانترنيت، أن تتعاون فيما بينها على إنشاء آليات حماية فعالة، بما في ذلك إقرار تدابير وطنية، قانونية وتنظيمية وإنفاذية. ويقتضي

47- وقد عبرت الهيئة في سنوات سابقة عن قلقها إزاء الاستخدام المتكرر لنظم المعلومات الإلكترونية العالمية في الترويج غير الأخلاقي للمخدرات وتأييد الصنع والاستهلاك غير المشروعين للمخدرات. وما زالت كلتا المسألتين مثاراً لقلق شديد من جانب حكومات كثيرة وهيئات دولية مختلفة. وتقترح الهيئة بناء على ذلك مبادرة مشتركة بين الحكومات وبين الوكالات يعمد بموجبها ممثلون بارزون في مجال تكنولوجيا الاتصال ورابطات ووكالات تمثل مهناً في قطاع الصحة تضيرها إساءة استعمال الاتصال عن بعد إلى:

(أ) التشاور فيما بينهم بشأن آثار التطبيب والمداواة بالوسائل الإلكترونية - الآخذين في النشوء - على مفاهيم وممارسات المكافحة الوطنية والدولية للمخدرات في الوقت الراهن؛

(ب) استعراض تجارب تلك الحكومات والمنظمات الدولية والرابطات المهنية التي اتخذت بالفعل أو اقترحت تدابير مراقبة تنظيمية لنفس الغرض أو لأغراض مماثلة.

48- وتناشد الهيئة أرباب الصناعات الصيدلية أن يثبتوا شعورهم بالمسؤولية الاجتماعية ويبذلوا تعاونهم الطوعي في:

(أ) تجنب السلوك غير الأخلاقي في الترويج لمبيعات المخدرات، وتقبل حقيقة أن المخدرات الخاضعة للمراقبة ينبغي أن يروَّج لها بأساليب أخلاقية من خلال قنوات طبية حسنة التنظيم؛

(ب) تزويد الأطباء والصيادلة بمعلومات كاملة وغير منحازة بشأن الفوائد والمخاطر المحتملة لمنتجاتها المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة؛

(ج) دعم إجراء البحوث المستقلة بشأن المخاطر المحتملة للاستعمال المزمن و/أو الواسع النطاق لبعض المخدرات المؤثرة على العقل (الأمفيتامينات والبنزوديازيبينات)، وخاصة من جانب شرائح السكان شديدة التعرض لتلك المخاطر؛

(د) المشاركة في مساعدة البلدان ذات الموارد المحدودة بتقديم منح من العقاقير المخدرة بما في ذلك العقاقير الهامة الخاضعة للمراقبة.

49- ويقتضي التأثير في اتجاهات استهلاك المخدرات تغيير العادات والنماذج المقولبة والثقافات والأفضليات الفردية. وعادة ما يكون ذلك التغيير عملية بطيئة وصعبة. وبوجه عام، تنشأ العادات الجديدة لاستهلاك المخدرات وتتطور وتزدهر على امتداد عدد من السنوات. بيد أنها يمكن أن تتطور بسرعة نسبية عندما يروِّج لها بنشاط أولئك الذين يتوقعون تحقيق مكاسب من وراء ذلك. وعكس تلك الاتجاهات أصعب من إطلاقها إذ يتطلب جهودا متكافلة تمتد على عدة سنوات ويقدم لها الدعم كثير من قطاعات المجتمع[9][23] وقد أثبتت التجارب أن نجاح هذه الجهود أمر ممكن وحاصل بالفعل.