

**VÝROČNÁ SPRÁVA
O STAVE DROGOVEJ PROBLEMATIKY
NA SLOVENSKU ZA ROK 2007**

VÝROČNÁ SPRÁVA

**BRATISLAVA
2008**

**Úrad vlády Slovenskej republiky
Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
Národné monitorovacie centrum pre drogy**

Bratislava 2008

VÝROČNÁ SPRÁVA O STAVE DROGOVEJ PROBLEMATIKY NA SLOVENSKU ZA ROK 2007

2008 Národná správa (2007 údaje) pre EMCDDA
Národné monitorovacie centrum pre drogy

Pre Úrad vlády Slovenskej republiky
GS VMDZKD/Národné monitorovacie centrum pre drogy
Námestie slobody 1
813 07 Bratislava
Slovenská republika

Vydal ŠEVT a. s.
Plynárenská 6
P. O. Box 179
830 00 Bratislava

Editor: Eleonora Kastelová

ISBN 978-80-8106-007-6

Nepredajné



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť



NÁRODNÉ MONITOROVACIE CENTRUM PRE DROGY
GENERÁLNY SEKRETARIÁT VÝBORU MINISTROV
PRE DROGOVÉ ZÁVISLOSŤ A KONTROLU DROG
ÚRAD VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY

2008 Národná správa (údaje za r. 2007) pre EMCDDA
Národné monitorovacie centrum pre drogy

„SLOVENSKÁ REPUBLIKA“
Nový vývoj, trendy a informácie o vybraných témach

REITOX

Pod'akovanie

Národná správa pre EMCDDA a sieť REITOX bola zostavená na základe informácií, a štatistických zdrojov z mnohých inštitúcií a od odborníkov, pôsobiach v oblasti zdravotníctva, školstva, sociálnej práce, orgánov činných v trestnom konaní a súdov a iných oblastí.

Informácie sa stanú dôležitou súčasťou Výročnej správy 2009 špecializovanej agentúry EÚ – Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť. Z tohto dôvodu a pre vzájomnú porovnateľnosť údajov z 27 členských štátov EÚ, Nórska a kandidátskych krajín musia mať všetky správy národných monitorovacích centier rovnakú štruktúru. Kvalitu a kvantitu informácií zapracovaných do predpísanej štruktúry EMCDDA každoročne vyhodnocuje.

Pod'akovanie patrí odborníkom a členom pracovných skupín pre jednotlivé kľúčové a hlavné indikátory, ktorí sa na jednotlivých kapitolách, štandardných tabuľkách a štruktúrovaných dotazníkoch resp. ich častiach konkrétne podieľali. Ich mená a organizácie ako zdroje informácií je možné nájsť v bibliografických odkazoch. Považujeme však za potrebné spomenúť hlavných zostavovateľov a prispievateľov do jednotlivých kapitol:

Kapitola 1	Anna Bystrianska Rastislav Ďurove Miroslav Jablonický Zuzana Jelenková Eleonora Kastelová	Kapitola 7	Ľubomír Okruhlica
Kapitola 2	Eleonora Kastelová Alojz Nociar Marianna Pétiová	Kapitola 8	Ladislav Bodor Eva Czuczorová Eleonóra Kara Eleonora Kastelová Andrej Slavkovský
Kapitola 3	Eva Czuczorová Eleonora Kastelová Mária Slovíková	Kapitola 9	Eva Czuczorová Eleonora Kastelová Eleonóra Kara Peter Mrázek Andrej Slavkovský
Kapitola 4	Lucia Kiššová Imrich Šteliar	Kapitola 10	Andrej Bolf Ivana Bučková Eleonóra Kara
Kapitola 5	Ľubomír Okruhlica	Kapitola 11	Jozef Čentíš Eleonóra Kara
Kapitola 6	Ľubomír Okruhlica Slávka Lenerová Pavol Lokša Danica Staneková Jozef Šidlo		

Výbor ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog zbral Výročnú správu na vedomie dňa 1. decembra 2008.

Súhrn	10
ČASŤ A: Vývoj a nové trendy	14
1 Národná politika a jej kontext	15
1.1 Právny rámec	15
1.1.1 Zákony prijaté v roku 2007 a 2008	15
1.1.2 Návrhy zákonov v legislatívnom procese	16
1.2 Inštitucionálny rámec, národné stratégie a politiky	17
1.2.1 Koordinácia a inštitucionálny rámec	17
1.2.2 Národné strategické dokumenty	18
1.3 Implementácia politík a stratégií	19
1.4 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky	20
1.5 Sociálny a kultúrny kontext	20
1.5.1 Názory na užívanie drog a problémy s tým spojené	21
1.5.2 Názory na riešenie problémov s drogami	21
1.5.3 Zdroje informácií o drogách, resp. informovanosť o rizikách užívania drog	21
1.5.4 Parlamentné iniciatívy	22
2 Užívanie drog v populácii	24
2.1 Užívanie drog vo všeobecnej populácii	24
2.1.1 Užívanie drog v školskej populácii a u mládeže	24
2.1.2 Spôsoby trávenia voľného času v súvislosti so sebahodnotením mládeže a postojmi k extrémizmu	28
2.1.3 Prieskumy mládeže vo veku 15 – 26 rokov	29
2.2 Užívanie drog v špecifických skupinách populácie	31
2.3 Užívanie drog v rekreačnom prostredí a rekreačne	33
3 Prevencia	34
3.1 Univerzálna prevencia	35
3.1.1 Škola – Intervencie pre žiakov a študentov	35
3.1.2 Univerzálna prevencia v komunite	36
3.1.3 Univerzálna prevencia v rodine	38
3.1.4 Infraštruktúra	38
3.2 Selektívna prevencia	38
3.2.1 Škola – Intervencie určené žiakom/študentom s problémami v učení, so sociálnymi problémami, záškoláctvo	38
3.2.2 Intervencie pre mladých delikventov, návštevníkov klubov, etnické skupiny, experimentujúcich, rizikové skupiny	39
3.2.3 Selektívna prevencia – rodina	40
3.3 Indikovaná prevencia	40
3.3.1 Intervencie zamerané na žiakov so syndrómom ADHD, poruchami správania	40
3.3.2 Následné intervencie pre pediatrických pacientov s ADHD, depresiou, poruchami správania	41
3.3.3 Pomoc a podpora rodinám s rizikovým dieťaťom, závislým členom	41
4 Problémové užívanie drog	42
4.1 Odhady prevalencie a incidencie	42
4.2 Problémoví užívatelia drog v liečbe	44
4.2.1 Charakteristika liečených užívateľov drog	44
4.3 Problémoví užívatelia z nezdavotníckych zariadení	47
4.3.1 Problémoví užívatelia drog navštevujúci programy výmeny ihl a striekačiek	47

5	Liečba	50
5.1	Systém liečby	50
5.2	Drogovo čistá liečba (drug free treatment)	52
5.2.1	Ambulantná a ústavná liečba	52
5.3	Farmakologicky asistovaná liečba	53
5.3.1	Detoxifikačná liečba	53
5.3.2	Substitučná liečba	53
5.3.3	Iná farmakologicky asistovaná liečba	54
5.4	Sociálna reintegrácia – resocializácia	54
5.4.1	Klienti v resocializačných zariadeniach	54
5.4.2	Klienti v následnej starostlivosti ambulantnou formou	55
6	Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	56
6.1	Úmrtia v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok a úmrtnosť užívateľov psychoaktívnych látok	56
6.1.1	Úmrtia spôsobené priamym účinkom (predávkovaním, otravou) psychoaktívnych látok	57
6.1.2	Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami (nepriame)	57
6.1.3	Všeobecné údaje	58
6.2	Infekčné ochorenia súvisiace s drogami	58
6.2.1	Výskyt HIV/AIDS u injekčných užívateľov drog v Slovenskej republike	59
6.2.2	Výskyt infekčných hepatítid u injekčných užívateľov drog	60
6.3	Psychiatrická komorbidita	62
6.4	Iné zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	63
7	Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	64
7.1	Prevenencia s drogami súvisiacich úmrtí	64
7.2	Prevenencia a liečba s drogami súvisiacich infekčných ochorení	65
7.2.1	Programy výmeny ihlíc a striekačiek	65
7.2.2	Testovanie a vakcinácia užívateľov drog	66
7.2.3	Liečba infekčných ochorení, poradenstvo	66
7.3	Intervencie vo vzťahu k psychiatrickej komorbidite	66
7.4	Intervencie vo vzťahu k iným zdravotným súvislostiam a dôsledkom	67
8	Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog	68
8.1	Sociálna exklúzia medzi užívateľmi drog	68
8.1.1	Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog	68
8.1.2	Klienti v resocializačných strediskách	70
8.1.3	Užívanie drog v rómskych komunitách	70
8.2	Drogová kriminalita	71
8.2.1	Počet trestných činov a stíhaní páchatelia podľa údajov MV SR/PPZ	71
8.2.2	Drogová kriminalita v krajoch, podľa MV SR	73
8.2.3	Počet odsúdených podľa MS SR	73
8.2.4	Kriminalita mladistvých	75
8.2.5	Iné s drogami súvisiace trestné činy	75
8.3	Drogy vo väzení	75
8.3.1	Ochranné liečenie	75
8.3.2	Drogový skrining	76
8.4	Sociálne náklady spojené s užívaním drog	76

9	Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy	77
9.1	Riešenie sociálnych dôsledkov užívania drog prostredníctvom RS	77
9.1.1	Kvalita resocializačných stredísk pre drogové a iné závislosti	81
9.1.2	Opatrenia vo vzťahu k marginalizovaným skupinám	81
9.2	Prevencia drogovej kriminality	82
9.2.1	Pomoc užívateľom drog vo väzeniach	82
9.2.2	Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť	83
10	Trh s drogami	84
10.1	Ponuka a dostupnosť	84
10.1.1	Vnímaná dostupnosť drog vo všeobecnej populácii	84
10.1.2	Zdroje ponuky drog – ich výroba a obchodovanie	84
10.2	Záchyty drog	86
10.3	Cena a čistota drog	88
10.3.1	Ceny drog	88
10.3.2	Čistota a zloženie drog	89
ČASŤ B		93
11	Trestno-právne štatistiky	93
11.1	Klasifikácia trestných činov súvisiacich s drogami	93
11.2	Formy trestnoprávných postihov v SR	94
11.2.1	Postihy za držbu drogy pre vlastnú potrebu (tabuľka 11.1)	94
11.2.2	Postihy za výrobu, distribúciu a obchodovanie s drogami (tabuľka 11.2)	97
11.2.3	Postihy za vedenie motorových vozidiel pod vplyvom drog (tabuľka 11.3)	97
11.3	Systém zberu dát	98
11.4	Zbierané dáta	99
11.5	Dostupné výsledky	101
ČASŤ C		105
12	Bibliografia	105
13	Prílohy	109
13.1	Zoznam tabuliek	109
13.2	Zoznam obrázkov	110
13.3	Zoznam skratiek	112
Časť D		117
14	Zoznam štandardných tabuliek (ST) a štandardných dotazníkov (SQ)	117

SÚHRN

V roku 2007 boli všetky tri aktuálne národné stratégie, týkajúce sa psychoaktívnych látok alkoholu, tabaku a nelegálnych drog zastrešené spoločnou koordinačnou štruktúrou – Výborom ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v dôsledku rozšírenia jeho štatútu aj na legálne drogy. Najvýraznejšou spoločnou oblasťou záujmu je oblasť prevencie zameranej na deti a mladých ľudí.

Služobne najstarší a v poradí tretí Národný program boja proti drogám v roku 2008 končí a aktuálne sa už začali prípravy na jeho komplexné zhodnotenie, rovnako ako príprava štvrtej národnej stratégie na roky 2009 – 2012.

Kontrola drog sa v roku 2007 rozšírila aj o látku 1-(meta-chlorophenyl) piperazin (mCPP), zaradenú do 1. skupiny prílohy zákona 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov.

Doplnenie zákona o ďalšie psychoaktívne látky 1-benzylpiperazin (BZP), Oripavin a iné látky s pôvodom v rastline kanabis (tinktúra a extrakt) sa očakávajú už čoskoro.

V priebehu roku 2007 sa uplatňovalo pri monitoringu všetkých päť kľúčových indikátorov EMCDDA, naviac sa doplnila štruktúra údajov z trestnoprávnej oblasti s cieľom vyššej vzájomnej kompatibility a jednotných výstupov štatistík polície, prokuratúry a súdneho systému (sledovanie trestných činov a páchatel'ov podľa druhu drogy).

V roku 2007 bol na Slovensku realizovaný štvrtý cyklus školského prieskumu založeného na medzinárodnom prieskume ESPAD. Národný prieskum pokrýva vekovo širšiu skupinu (15 – 19 ročných žiakov a študentov) než vstupuje do medzinárodného porovnania (nar. v roku 1991). Prieskum priniesol údaje o konzumácii alkoholu, fajčení a experimentovaní s nelegálnymi drogami u 10 688 mladých ľudí a možnosť porovnania s predchádzajúcimi cyklami prieskumu. Zistenia konštatovali rastúci trend skúsenosti a akoukoľvek nelegálnou drogou s rastúcim vekom a súčasne nárast problémov od roku 1995. Pokiaľ ide o druh drogy najviac sa experimentuje s marihuanou a aj premenné určujúce aktuálne užívanie sú vysoké. Rovnako to platí pre extázu. Iba experimentovanie s inhalačnými látkami a rozpúšťadlami (fetovanie) vykazuje pokles so stúpajúcim vekom. Ako sa očakávalo, prevalencia je o niečo vyššia u chlapcov s výnimkou tranquilizérov a sedatív a kombinácie alkoholu s tabletkami, kde dominujú dievčatá. V úvahách o reálnom rozsahu problému je samotný trend nárastu užívania drog medzi mládežou v tomto veku varovným signálom, naviac ho komplikuje pokles veľkosti danej populácie – od roku 1995 sa podiel 15 – 19 ročných znížil o jednu šestinu. Znamená to, že počet mladých ľudí, ktorí alkohol a ilegálne drogy neužívajú klesá rýchlejšie, ako je zistený podiel alebo odhadovaný počet užívateľov.

Najdostupnejšou drogou ostáva kanabis (marihuana/hašiš). 70 % mladých slovenských respondentov vo veku 15 – 24 rokov deklarovalo, že v prípade, ak by o drogu mali záujem, bolo by takmer ľahké a veľmi ľahké ju získať. Jej dostupnosť na trhu s drogami dokumentuje aj väčšina drogových trestných činov spojená s marihuanou (58,7 %) a väčšinový podiel (54 %) na všetkých záchytoch v roku 2007. Napokon nezanedbateľný je fakt rastúcej domácej produkcie marihuany, či už voľne alebo „indoor“.

Podľa posledného uskutočneného odhadu tou istou metódou ako v roku 2005 a 2006 a využívajúcou tie isté zdroje dát, môže byť na Slovensku od 12 800 do 34 800 problémových¹ užívateľov drog – so strednou hodnotou 17 900 problémových užívateľov, čo reprezentuje 4,71 na 1 000 obyvateľov vo vekovej skupine 15 – 64 rokov. Väčšina z nich užívala heroín, ostatní pervitín. Rozsah problému v komunite klientov nízkoprahových služieb (mimovládne organizácie pôsobiace v teréne) a poskytujúcich hlavne sterilné ihly a striekačky podčiarkuje fakt, že takmer všetci klienti sú injekční užívatelia. S ohľadom na predchádzajúce odhady je však prevalencia týchto problémových užívateľov stabilizovaná. Medzi liečenými pacientmi tvoria problémoví užívatelia drog dlhodobo podstatnú časť, aj keď ich podiel, ktorý v deväťdesiatych rokoch minulého storočia dosahoval až približne 83 % postupne klesal, aj tak je však relatívne vysoký a v posledných rokoch dosahoval okolo 70 %.

Za rok 2007 bolo hlásených 1985 pacientov liečených pre problémy s drogami. Celkový počet bol o niečo vyšší (o 3 %) ako v roku 2006. 539 prípadov – k zvýšeniu prišlo hlavne tu – bolo hlásených z rezortu Ministerstva spravodlivosti. Pokiaľ ide o pacientov liečených v zariadeniach rezortu zdravotníctva, neprišlo k výrazným zmenám, ani pokiaľ ide o vek pacientov, ani pokiaľ ide o pomer liečených mužov a žien – 3:1. Pokiaľ ide

¹ Definícia podľa EMCDDA Injekčné užívanie alebo dlhodobé a pravidelné užívanie opiátov, kokaínu a/alebo amfetamínov.

o zastúpenie primárnej drogy ako dôvodu liečby, ani tu neprišlo k zásadným zmenám. Takmer jedna polovica pacientov bola liečená pre problémy s opiátmi, skoro jedna tretina kvôli stimulanciám amfetamínového typu a na treťom mieste s 18 % figuroval ako primárna droga kanabis. Pozitívnym trendom je pokles podielu a absolútneho počtu injekčných užívateľov drog v zdravotníckych zariadeniach.

Systém liečby drogových závislostí je nastavený dobre a medicínska starostlivosť sa poskytuje bezplatne, je dostupná a dosiahnuteľná bez zbytočných čakacích dôb. Prevláda drogová čistá liečba (ústavná alebo ambulantná), čo je čiastočne dôsledok významných zmien v štruktúre pacientov vyžadujúcich liečbu v posledných piatich až desiatich rokoch (posun od dominantného podielu pacientov so závislosťou na opiátoch k pacientom s problémami vo vzťahu ku kanabisu a metamfetamínom). Napokon ani liečba problémov s kanabisom, ani závislosť na metamfetamíne nemusí byť nevyhnutne podporená liekmi.

Špecializované centrá pre liečbu drogových závislostí poskytovali v roku 2007 aj udržiavaciu (substitučnú) liečbu metadónom a buprenorfinom približne 500 pacientom. Okrem toho niekoľko desiatok pacientov bolo nastavených na udržiavaciu liečbu buprenorfinom v rámci ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Minulý rok prišlo k prudkému poklesu distribúcie a preskripcie Subutexu (buprenorfin), ktorý bol nahradený Suboxonom (liek je kombináciou buprenorfinu a antagonistického naloxonu), ktorý má nižší potenciál zneužívania.

Zmena v štruktúre pacientov liečených pre problémy s drogami v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach odborníkmi psychiatrami a adiktológmi sa premieta aj do štruktúry klientov v zariadeniach následnej starostlivosti – resocializačných zariadení. Medzi klientmi RS, ktorých primárnym problémom je nelegálna látka², je najviac s problémom užívania metamfetamínov, nasledovaných opiátmi. Štruktúra schém užívania nelegálnych drog v resocializačných zariadeniach sa líši od štruktúry užívania nelegálnych drog u pacientov v zdravotníckych zariadeniach, resp. pripomína štruktúru mladých pacientov liečených v roku 2007 po prvýkrát. (34 % pre závislosť na stimulanciách amfetamínového typu, 30 % pre závislosť na opiátoch a 27 % pre problémy s kanabisom). Pred desiatimi rokmi boli rozdiely medzi pacientmi v liečbe a klientmi resocializačných zariadení minimálne a heroín ako primárna droga dominoval všade. Aktuálne pochádza klientela RS skôr z mladšej generácie užívateľov, kde je najpopulárnejší pervitín a marihuana, sú to klienti s krátkou históriou užívania a nižším podielom injekčnej aplikácie drogy.

V porovnaní s rokom 2006 prišlo v roku 2007 k poklesu úmrtí (priamych alebo nepriamych) o 17 %. Väčšina úmrtí bola spôsobená liekmi – benzodiazepínmi. 17 osôb (15 mužov a dve ženy) však zomreli na následky predávkovania alebo otravy polysubstanciami v 8 prípadoch skombinovaných s opiátmi, v jednom prípade metadónom.

Je dôležité pripomenúť, že podiel infikovaných vírusom HIV ostáva nízky a neepidemický. Napriek relatívne vysokému počtu testovaní v populácii užívateľov drog bol v roku 2007 zachytený iba jeden nový prípad. Perspektívu, že takýto stav bude pokračovať podporuje fakt poklesu injekčného užívania medzi pacientmi vstupujúcimi do liečby.

Aj relatívne vysoký počet prípadov výskytu protilátok hepatitídy typu C v tejto subpopulácii nie je prekvapujúci. Negatívnym faktom je nárast výskytu protilátok hepatitídy typu B, hoci v absolútnych číslach nie je taký vysoký. Signifikantné zlepšenie sa očakáva v blízkej budúcnosti z dôvodu všeobecnej vakcinácie proti hepatitíde typu B u detí.

V období posledných piatich rokov sa pozoruje nárast psychiatrickej komorbidity u užívateľov drog. Rozšírenie užívania metamfetamínov a kanabisu spôsobuje frekventovanejší výskyt toxických psychóz s klinickými príznakmi paranoje. Paranoické a halucinatórne stavy vyskytujúce sa po užití extázy, kokaínu a marihuany znepokojili desiatky mladých Slovákov, ktorí pracovali v zahraničí a hľadali vysvetlenie svojich problémov prostredníctvom on-line poradne.

Je dostatok vedeckých dôkazov, ktoré potvrdzujú, že dlhodobá udržiavacia (substitučná liečba) znižuje riziko predávkovania a výskyt krvou prenosných infekčných chorôb u užívateľov závislých na opiátoch. Aktuálne v substitučnej liečbe zavedený Suboxon predstavuje nižšie riziko pri neodbornom vnútrožilovom spôsobe užívania, naviac prítomnosť naloxonu znižuje riziko predávkovania. Súčasťou udržiavacej (substitučnej) liečby je osвета a poskytovanie informácií injekčným užívateľom.

Tzv. izby pre priamu konzumáciu, kde by mohli užívatelia drog (injekční) užiť svoju drogu alebo voľná distribúcia naloxonu, ktorým sa dá pomôcť spoluužívateľovi pri predávkovaní, nie sú k dispozícii, pretože ich neumožňuje súčasný právny rámec.

² V roku 2007 bola väčšina klientov v RS kvôli problémom s alkoholom.

Programy výmeny ihliel a striekačiek sú zabezpečené nízkoprahovými terénnymi službami (mimovládne občianske združenia), podobnú pôsobnosť majú aj určení pracovníci špecializovaných CPLDZ v „kamenných“ inštitúciách. Vôbec prvý program výmeny ihliel a striekačiek sa zaviedol v CPLDZ Bratislava v r. 1994 v súvislosti s epidemickým rozšírením vnútrožilového užívania – predovšetkým heroínu. Od fungovania tohto programu výmeny sa vydalo takmer polmilióna sterilných striekačiek a ihliel a zaslúži si pozornosť aj preto, lebo funguje v tej istej zdravotníckej inštitúcii, kam denne prichádzajú pacienti metadónovej udržiavacej liečby. V roku 2007 nízkoprahové terénne služby spolu s programom výmeny v CPLDZ Bratislava vydali vyše 400 000 sterilných ihliel a striekačiek.

Dostupnosť sterilnej výbavy pre injekčných užívateľov je okrem programov výmeny ihliel a striekačiek, zabezpečená aj v rámci hustej siete lekární, kde sa dajú kúpiť bez receptu a za dostupnú cenu.

Nárast drogových trestných činov pokračoval aj v roku 2007, väčšina z nich bola spáchaná v súvislosti s marihuanou, metamfetamínom (pervitín) a heroínom. V záchytoch drog bola najfrekvencovanejšou marihuana, nasledovaná pervitínom – kde sa počet záchytov zvýšil o 30 % v porovnaní s rokom 2006 (a tento nárast je plynulý od roku 2004). Vo všeobecnosti je na drogovom trhu po marihuane najrozšírenejší pervitín, ktorý si v roku 2007 pozíciu na trhu upevňoval aj rozširovaním výroby v ďalších regiónoch – východné Slovensko. Podľa polície sa zvyšuje aj dostupnosť extázy.

Ceny nelegálnych drog v pouličnom predaji ostali relatívne stabilné s určitými regionálnymi rozdielmi reflektujúcimi ponuku a dopyt.

Bratislava – hlavné mesto Slovenska a Bratislavský samosprávny kraj stoja na čele všetkých sledovaných indikátorov, aj v trestno-právnej oblasti. Problémoví užívatelia drog tu v odhadoch prevyšujú ostatné regióny cca o 20 %. V roku 2007 sa takmer dve pätiny po prvýkrát liečených pacientov a 50,2 % opakovaných liečilo v zdravotníckych zariadeniach v tomto regióne. V regióne sú súčasne najdostupnejšie a vysoko rozšírené pomáhajúce služby pre ľudí, ktorí majú problémy s drogami.

Na druhej strane Bratislava v roku 2007 bola centrom drogovej kriminality z pohľadu záchytov a počtov drogových trestných činov a páchatel'ov týchto činov.



V tejto časti Národná správa podáva súhrnný opis situácie v roku 2007 podľa jednotlivých kľúčových indikátorov, ako aj aktuálny vývoj a trendy v roku 2008, čo sa osobitne týka kapitoly 1.

I Národná politika a jej kontext

Protidrogová politika vlády SR vychádza z medzinárodných dohôd OSN o drogách, Politickej deklarácie o základných princípoch znižovania dopytu po drogách Osobitného zasadnutia Valného zhromaždenia OSN, Stratégie EÚ a aktuálneho Akčného plánu boja proti drogám EÚ.

Za plnenie zámerov protidrogovej politiky zodpovedá vláda SR, ktorá v spolupráci s NR SR vplyva na formovanie príslušného legislatívneho prostredia na podporu hlavných pilierov stratégie, a to prevencie, liečby, resocializácie a uplatňovania práva.

Rok 2007 bol tretím rokom plnenia v poradí tretieho Národného programu boja proti drogám (ďalej len NPBD) programovaného vždy na štvorročné obdobie. V roku 2007 bolo zhodnotené strednodobé plnenie zámerov a cieľov NPBD.

Komplexné vyhodnotenie NPBD a návrh nového v poradí štvrtého programového dokumentu o protidrogovej stratégii vlády na obdobie 2009 – 2012 je plánované na jar 2009.

1.1 Právny rámec

1.1.1 Zákony prijaté v roku 2007 a 2008

V roku 2007 boli prijaté dva právne predpisy, ktorými sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov.

Zákonom č. 455/2007 Z. z. sa doplnila príloha č. 1 v I. skupine psychotropných látok o látku „meta-Chlórfenylpiperazín, mCPP, chemicky 1- (3-chlórfenyl) piperazín”.

Zákonom č. 330/2007 Z. z. o registri trestov a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa upresňuje, že bezúhonnosť žiadateľa, odborného zástupcu a osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami sa preukazuje odpisom registra trestov.

V roku 2007 bol tiež prijatý zákon č. 254/2007 Z. z. o zrušení krajských úradov a o zmene a doplnení zákona č. 515/2003 Z. z. o krajských úradoch a obvodných úradoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení nálezů Ústavného súdu SR č. 263/2006 Z. z. Pôsobnosť zrušených krajských úradov prešla na obvodné úrady a ministerstvá v závislosti od charakteru pôsobnosti, vo vzťahu k predmetu tejto správy znamenala zrušenie krajských koordinátorov. V súčasnosti je v legislatívnom procese návrh zákon o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti, podľa ktorého sa majú na obvodných úradoch v sídle krajov vytvoriť pracovné miesta aj pre koordinátorov boja proti drogám a drogovým závislostiam.

1. septembra 2008 nadobudol účinnosť zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zákon nahradil doteraz platné zákony, konkrétne zákon č. 29/1984 Zb. o sústave základných a stredných škôl (školský zákon) v znení neskorších predpisov a zákon č. 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach v znení neskorších predpisov. Problematika výchovy a vzdelávania v školách a v školských zariadeniach je tak upravená jedným legislatívnym predpisom. Zákon o. i. komplexne upravuje problematiku škôl pre deti alebo žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, školských zariadení (výchovno-vzdelávacie zariadenia napr. školské stredisko záujmovej činnosti, centrum voľného času – kap. 3.1.2), špeciálne výchovné zariadenia (diagnostické centrum, reedukačné centrum, liečebno-výchovné sanatórium – Kap. 3.2.), a zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, centrum špeciálno-pedagogického poradenstva Kap. 3.2).

V roku 2008 bol prijatý zákon č. 93/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov, a zákon č. 127/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 221/2006 Z. z. o výkone väzby. Uvedené novely doplnili právny rámec na zníženie rizika prieniku omamných a psychotropných látok do ústavov na výkon trestu odňatia slobody a ústavov na výkon väzby, a to vylúčením prijímania potravín a nápojov v zasielaných balíkoch, ak tieto potraviny a nápoje nie sú v originálnom obchodnom balení, alebo boli konzervované v domácich podmienkach (pozri aj Správa 2007 kap.1.1.1, s. 13).

1.1.2 Návrhy zákonov v legislatívnom procese

Návrh zákona ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a o doplnení zákona č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov. Návrh zákona upresňuje podmienky pre pestovanie vybraných odrôd konopy siatej (obsah THC nižší ako 0,2 %), ktorú možno pestovať bez povolenia, ak je pestovateľ poberateľom priamych platieb podľa príslušných právnych predpisov Európskej únie. Pre žiadateľov o pestovanie maku siateho alebo konope sa tiež zmierňujú požiadavky na získanie povolenia na zaobchádzanie s omamnými a psychotropnými látkami.

Príloha č. 1 tohto zákona sa dopĺňa o jednu novú psychoaktívnu látku – 1-benzylpiperazín (BZP), ktorá má na základe rozhodnutia Rady EÚ č. 2008/206/SVV podliehať kontrolným a trestnoprávnym ustanoveniam, látku oripavín, ako aj o ďalšie látky, ktoré boli zahrnuté pod rastlinu rodu Cannabis (tinktúra a extrakt z konope).

Návrh zákona tiež rozširuje pôsobnosť samosprávneho kraja na výkon štátnej správy na úseku omamných a psychotropných látok pri dohľade nad zneškodňovaním omamných a psychotropných látok.

Novela tiež obsahuje návrh na doplnenie zákona č. 308/2000 Z. z. o vysielaní a retransmisii a o zmene zákona č. 195/2000 Z. z. o telekomunikáciách v znení neskorších predpisov, ktorým sa ustanovuje povinnosť zabezpečiť, aby vysielaný program neobsahoval zmienku o omamných látkach a psychotropných látkach, ani o obchodných názvoch liekov, ktoré také látky obsahujú, s výnimkou programov, ktoré majú spravodajský, výchovný alebo vzdelávací charakter.

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb a o zmene zákona Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov. Účelom predloženého návrhu zákona je zefektívnenie legislatívnych opatrení na zisťovanie prítomnosti alkoholu, omamných látok a psychotropných látok v organizme dotknutej osoby v zmysle plnenia strategických úloh EÚ, ako aj úloh NPD a súčasne sa v zmysle Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom upravuje zriaďovanie a prevádzku protialkoholickéj záchytnej izby s cieľom zabezpečenia verejného poriadku mesta alebo obce.

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zák. č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Novú úpravu si vyžiadali viaceré okolnosti z praxe. Návrh upravuje ustanovenia, ktoré umožňujú rôznu interpretáciu, resp. spôsobujú interpretačné problémy (napríklad výchovné opatrenia, diagnostické skupiny a pod.); ktoré sa v praxi ukázali ako nepraktické až nepoužiteľné (návrhy na osvojiteľnosť, opatrenia finančného charakteru v časti povinností obce, tvorba priorít a spôsob poskytovania finančných príspevkov); Návrhom sa dopĺňujú nové ustanovenia, ktoré zvyšujú kvalitatívnu stránku sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zák. č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov sa do legislatívneho procesu predkladá mimo Plánu legislatívnych úloh vlády SR ako iniciatívny materiál na základe ohlasov odbornej verejnosti predovšetkým sudcov, prokurátorov, advokátov i policajtov a ktoré signalizovali potrebu zmeny a doplnenia viacerých ustanovení. MS SR na rokovanie vlády SR predložilo návrh rozsiahlej novelizácie Trestného poriadku, reagujúci na podnety praxe orgánov činných v trestnom konaní a súdov. Novela reaguje aj na naliehavú potrebu doplniť úpravu ustanovení, týkajúcich sa ochranného liečenia a zabezpečovania osôb pre potreby rozhodovania o tomto liečení na účel výkonu liečenia v zdravotníckom ústavnom zariadení, a to práve pre prípady, keď inštitút väzby nie je možné použiť, nakoľko ide napríklad o odsúdeného, ktorý už vykonal trest odňatia slobody a má pokračovať v ústavnom liečení, osobu, ktorej je potrebné uložiť ochranné liečenie, aj keď nie je trestnoprávne zodpovedná a potom ju je potrebné do výkonu ústavného liečenia dodať a pod.

Návrh zákona o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy v znení neskorších predpisov sa predkladá v súlade s programovým vyhlásením vlády a na základe uznesenia vlády č. 681 z 15. augusta 2007 prijatého k návrhu stratégie prevencie kriminality v Slovenskej republike na roky 2007 – 2010.

1.2 Inštitucionálny rámec, národné stratégie a politiky

1.2.1 Koordinácia a inštitucionálny rámec

1.2.1.1 Koordinácia na národnej úrovni

Vláda ako vrcholný orgán výkonnej moci zabezpečuje v oblasti redukcie dopytu a redukcie ponuky drog úlohy koncepčného a strategického významu, ktoré sa premietajú do komplexného programového dokumentu³, a to stratégie protidrogovej politiky. Jej obsahom je definovanie priorít a cieľov na obdobie určené vládou a spôsoby ich dosiahnutia.

Jednou z priorít je koordinácia plnenia úloh a zámerov protidrogovej politiky vlády SR, ktorá je zabezpečená prostredníctvom poradného, koordinačného, iniciačného a kontrolného orgánu vlády Slovenskej republiky pre drogovú problematiku, a to VM DZKD – Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (ďalej len VM DZKD). Členmi Výboru sú ministri kľúčových rezortov a generálny prokurátor. Na čele VM DZKD je podpredseda vlády pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny.

Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog pripravuje a predkladá vláde SR správy a informácie o plnení úloh v oblasti protidrogovej politiky vyplývajúcich z Národného programu boja proti drogám.

V júni 2008 (11. 06. 2008) vláda SR prerokovala a zobrala⁴ na vedomie Informatívnu správu o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2007. Správa bola vypracovaná z podkladov príslušných ministerstiev a Generálnej prokuratúry a prezentuje informatívny pohľad o aktivitách rezortov v oblasti boja proti drogám a alkoholizmu⁵.

Koordináciou a metodickým vedením príprav, realizácie, monitoringu a hodnotenia plnenia NPBD od roku 1995 je poverený Generálny sekretariát VMDZKD, organizačne začlenený v Úrade vlády Slovenskej republiky (ďalej len „Generálny sekretariát“), ktorý je výkonným orgánom VMDZKD. Generálny sekretariát, v spolupráci s jednotlivými ministerstvami, a to osobitne s Ministerstvom vnútra SR v rámci tretieho piliera EÚ o bezpečnosti a spravodlivosti EÚ (Justice and Home Affairs – JHA) zabezpečuje prepojenie a koordináciu NPBD v Slovenskej republike a jeho akčných plánov s Európskou stratégiou boja proti drogám a jej Akčným plánom. Generálny sekretariát sa v roku 2007 sústredil na prípravu podmienok, potrebných k zabezpečeniu náročných úloh v roku 2008, ku ktorým možno zaradiť:

- realizáciu prvej z etáp Európskej stratégie boja proti drogám 2005 až 2008 a Európskeho a Akčného plánu boja proti drogám na roky 2005 až 2008;
- prípravu a zabezpečenie procesu komplexného vyhodnotenia plnenia tretieho Národného programu boja proti drogám v Slovenskej republike na roky 2005 až 2008 a jeho predloženie na rokovanie vlády SR a NR SR v prvej polovici roku 2009;
- prípravu a spracovanie štvrtého Národného programu boja proti drogám v Slovenskej republike a jeho Akčného plánu na roky 2009 až 2012 v súlade s druhou etapou Európskej stratégie boja proti drogám na roky 2005 až 2012 a novým Akčným plánom boja proti drogám na roky 2009 až 2012.

Na zvládnutie týchto úloh VM DZKD vytvoril v roku 2007 osobitný pracovný medzirezortný a odborný orgán - „Medzirezortnú odbornú pracovnú skupinu pre prípravu Národného programu boja proti drogám v Slovenskej republike na roky 2009 až 2012“. Členmi sú poverení zástupcovia ministerstiev a Generálnej prokuratúry, VÚC, ZMOS a mimovládnej organizácie.

Súčasťou Generálneho sekretariátu je od 1. mája 2008 aj Národné monitorovacie centrum pre drogy, ktoré plní úlohu národného kontaktného bodu (*National Focal Point*) medzinárodnej informačnej siete o drogách REITOX v pôsobnosti decentralizovanej Európskej agentúry pre drogy a drogové závislosti (EMCDDA).

Ďalšími organizačnými súčasťami Generálneho sekretariátu sú: Oddelenie koordinácie národnej protidrogovej politiky a oddelenie medzinárodnej spolupráce.

³ Aktuálny Národný program boja proti drogám je v poradí tretím komplexným programom v tejto oblasti.

⁴ [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/1FCE562F9CB1FFB3C125745E00466824/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/1FCE562F9CB1FFB3C125745E00466824/$FILE/Zdroj.html)

⁵ V zmysle Štatútu VM DZKD schváleného vládou SR vo februári 2007 bol mandát VMDZKD rozšírený aj na legálne drogy.

1.2.1.2 Koordinácia na miestnej a regionálnej úrovni

Za obdobie pôsobnosti⁶ krajských koordinátorov v rámci ôsmich Krajských úradov sa potvrdila ich opodstatnenosť a funkčnosť pri prenose základných pilierov národnej protidrogovej stratégie (prevencie, liečby a resocializácie drogovzo závislých osôb) do konkrétnych podmienok a potrieb regiónu. Metodický pokyn ÚV SR č.4/2006-GSVMDZKD určil činnosti KÚ v oblasti drogovej problematiky a zjednotil postup zriaďovania krajských koordináčných komisií s touto agendou. V roku 2007 vláda SR uznesením č. 165 z 28. februára 2007 schválila zrušenie krajských úradov k 30. septembru 2007, čím zanikla aj pozícia krajského koordinátora. Je reálny predpoklad, že pozície koordinátorov a ich pôsobnosť vo vzťahu k regiónom v oblasti drogovej agendy budú obnovené už v roku 2009 zákonom o prevencii kriminality.

1.2.2 Národné strategické dokumenty

1.2.2.1 Národná protidrogová stratégia (NPBD)

Aktuálne sa realizuje v poradí tretí Národný program boja proti drogám. Správa o strednodobom plnení konštatovala, že sa aktivizovali a realizovali viaceré opatrenia najmä v zdravotníckej a sociálnej oblasti, zamerané na rozvoj pomoci závislým občanom a rizikovým skupinám, ako aj na reintegráciu vyliečených osôb do spoločnosti, protidrogová výchova je zavedená do učebných osnov na školách, vytvorila sa sieť špecializovaných preventívnych centier za podpory a tiež v pôsobnosti mimovládnych inštitúcií. Podporovali sa rôzne formy justičnej spolupráce vrátane vzdelávania pracovníkov vo výkone práva a výmeny odborných informácií s cieľom vypracovania bezpečných a účinných spôsobov komunikácie v súlade s domácimi právnymi systémami. Zdokonalila sa legislatíva a kontrola legálnej výroby omamných a psychotropných látok so zámerom účinne potlačiť nelegálny obchod s týmito látkami, zaviedli sa opatrenia pre boj proti praniu špinavých peňazí. Aktivne sa rozvíjala medzinárodná spolupráca s radou členských štátov EÚ. Správa tiež zhodnotila riziká a negatívne trendy v oblasti užívania drog. Poukázala na rastúcu hrozbu zvýšeného užívania kanabису medzi mládežou a počet spáchaných trestných činov spojených s výrobou, distribúciou a konzumáciou drog, ako i počtov stíhaných osôb. Poukázala na skutočnosť, že súčasný spôsob financovania protidrogovej politiky vyžaduje prestavbu a vytvorenie stabilného systému financovania stratégie a programov protidrogovej politiky s ohľadom na uskutočnenú reformu štátnej správy a prenos výkonu štátnej správy na orgány samosprávy. Podčiarkla nevyhnutnú potrebu spolupráce a koordinácie príslušných orgánov štátnej správy, orgánov samosprávy a širokej škály občianskych aktivít v praxi, ale aj v oblasti vedy a výskumu. NR SR prostredníctvom príslušného uznesenie uložila vláde SR zabezpečiť plnenie cieľov NPBD na obdobie 2005 – 2008 v súlade s prijatou stratégiou EÚ a Európskeho akčného plánu boja proti drogám a predložiť do 30. apríla 2009 na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky správu o komplexnom vyhodnotení plnenia NPBD a návrh novej stratégie na obdobie 2009 – 2012.

1.2.2.2 Národný akčný plán pre problémy s alkoholom (NAPPA) na roky 2006 – 2010

Bol prijatý vládnym uznesením č. 974 zo dňa 29. novembra 2006 a je v gescii MZ SR. Plnenie úloh⁷ NAPPA sa vyhodnocuje dvojročne formou správy predloženej MZ SR na rokovanie vlády SR. Prvá hodnotiaca správa (evaluation process) v roku 2008⁸ podčiarkla význam prevencie, najmä pokiaľ ide o ochranu pred škodami spôsobenými alkoholom u detí a mládeže, v doprave, na pracovisku a rekapitulovala aj aktivity smerujúce k dvom hlavným cieľom – k zmene spoločenských postojov ľudí ku konzumovaniu alkoholu a zmene postojov zdravotníckeho personálu ku konzumentom alkoholu (k pacientom so závislosťou od alkoholu). Tradične tolerantný postoj ku konzumácii by sa mal postupne nahrádzať akceptovaním „situačnej abstinencie“. Cieľom je o. i. teda zmena spoločenského stereotypu, podľa ktorého je v istých sociálnych situáciách pitie alkoholu normou a abstinencia výstrednosťou resp., aby sa nátlak a opakované ponúkание alkoholu niekomu, kto ho už raz odmietol, stal neakceptovateľným spoločenským priestupkom.

⁶ Od 1. 1. 2004.

⁷ Podrobnosti v Správe 2007, časť 1.2.2.2.

⁸ Rokovanie vlády dňa 7. 5. 2008, [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/94CADB2953B29E37C1257435002C04CC/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/94CADB2953B29E37C1257435002C04CC/$FILE/Zdroj.html).

1.2.2.3 Národný akčný plán na kontrolu tabaku (NPKT) na obdobie rokov 2009 až 2010

Národný akčný plán na kontrolu tabaku (NPKT) na obdobie rokov 2009 až 2010 vláda SR schválila v roku 2008. **Akčný plán⁹ vychádza zo stratégie Národného programu kontroly tabaku** (schválený vládou v máji 2007) a definuje konkrétne úlohy, časové plnenie, zodpovednosť jednotlivých rezortov a finančné krytie. Kľúčovými oblasťami národného akčného plánu sú výchova ku zdraviu, podpora zdravia a ochrana nefajčiarov, ďalej poradenstvo a liečba tabakovej závislosti a aj reklama a informácie pre spotrebiteľov.

1.2.2.4 Konceptia poradenských služieb v rezorte práce, rodiny a sociálnych vecí

Rezortná koncepcia¹⁰ vychádza z akčného plánu realizácie NPBD v rezorte MPSVR a vypracovaní koncepcie predchádzalo vypracovanie analýzy činnosti špecializovaných pracovísk bývalých Centier poradensko-psychologických služieb v oblasti prevencie drogových a iných závislostí a resocializácie¹¹.

Koncepcia definuje základné pojmy v oblasti prevencie pre potreby referátov poradensko-psychologických služieb (ďalej len RPPS), analyzuje ich súčasný stav v oblasti prevencie drogových závislostí, charakterizuje cieľové skupiny špecializovaných poradensko-psychologických služieb a podmienky výkonu preventívnych aktivít, základné preventívne programy, metódy a ich obsahovú náplň, základný vecný rozsah programov a metód v podmienkach RPPS vrátane finančnej kalkulácie, kvalifikačné predpoklady zamestnancov, ktorí budú koncepciu realizovať. Záverečná časť koncepcie sa venuje opatreniam a harmonogramu realizácie zámerov koncepcie.

Schválený harmonogram realizácie zámerov koncepcie tvoria dve etapy, I. etapa na roky 2007 – 2008 a II. etapa na roky 2009 – 2012. V súčasnosti prebieha I. etapa realizácie a jej cieľom je rozpracovať a realizovať zábery koncepcie pre potreby ôsmich úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. Túto úlohu budú naplňovať novoprijatí zamestnanci – špecialisti. Výcvik a vzdelávanie týchto špecialistov bude zabezpečovať metodické oddelenie poradensko-psychologických služieb v spolupráci s ďalšími inštitúciami. Výcvik a vzdelávanie začne po ich prijatí na pracoviská RPPS.

1.2.2.5 Žiadne nové informácie o strategickom dokumente vo vzťahu k dopingu

1.3 Implementácia politík a stratégií

Záverečnou správou predloženou v apríli 2007 sa oficiálne ukončil projekt „Podpora implementácie Národného programu boja proti drogám v SR na roky 2004 – 2008“ podporeného zo zdrojov EÚ a národného spolufinancovania. Plnenie odporúčaní sleduje a koordinuje Generálny sekretariát. Zo siedmich odporúčaní sa zatiaľ zrealizovalo odporúčanie zriadenia pozície „koordinátora drogovej politiky“ na tých ministerstvách, kde sa tak doteraz nestalo, za účelom vytvorenia pružnej siete a posilnenia personálnych kapacít na centrálnej úrovni. Poverení zamestnanci sú aktuálne členmi medzirezortnej komisie pre prípravu novej národnej stratégie.

Ostatné odporúčania ako financovanie cez rozpočty ministerstiev, posilnenie úlohy MVO vytvorením stabilného systému financovania a štandardov kvality (pozri kapitola 9. – štandardy kvality resocializačných služieb) sa postupne realizujú. Perspektívne sú výskumné aktivity pre aplikáciu kvalifikovanej pomoci na úrovni selektívnej prevencie mladým delikventom – prvopáchateľom drogových trestných činov.

„Zlepšovanie a rozširovanie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok“.

Ďalší projekt Úradu vlády SR v rámci Prechodného fondu 2006 tvoreného z prostriedkov ES v celkovom objeme 950 000 € a z prostriedkov národného spolufinancovania v objeme 200 000 €, schválený v roku 2006, sa oficiálne začal v auguste 2007. Cieľom projektu je skvalitniť personálne a inštitucionálne kapacity v resocializačných zariadeniach v SR v zmysle zlepšenia ich odbornej pripravenosti a schopnosti na prácu s osobami závislými od psychoaktívnych látok a následne dosiahnuť zvýšenie úrovne poskytovaných služieb

⁹ NPKT: [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/293409DB3A05F559C125747400236B10/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/293409DB3A05F559C125747400236B10/$FILE/Zdroj.html).

¹⁰ V roku 2007 vypracovalo oddelenie poradensko-psychologických služieb OSPOSK a PPS Koncepciu rozvoja špecializovaných poradensko-psychologických služieb klientom drogovu a inak závislým a klientom ohrozeným drogovou a inou závislosťou v podmienkach referátov poradensko-psychologických služieb Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, ktorá bola schválená MPSVaR SR.

¹¹ Hambálek, V (2008): Správa pre NMCD.

a vypracovať štandardy kvality poskytovania starostlivosti závislým osobám. V pozícii senior partner je Francúzsko, Fínsko (v pozícii junior partner). V priebehu realizácie projektu a v procese prípravy štandardov kvality a dobrých skúseností RS sa rozvinula spolupráca aj s ďalšími členskými krajinami, najmä s Poľskom.

Twinningová časť má tri aktivity a výstupom prvej aktivity sú dve správy: Správa o súčasnom stave resocializácie osôb závislých od psychoaktívnych látok v SR a správa opisujúca skúsenosti so sociálnou reintegráciou drogových závislých osôb v 11 krajinách EÚ. Obe správy vytvorili základ pre vypracovanie návrhu kvalitatívnych kritérií (štandardov kvality) pre činnosť RS v rámci druhej aktivity. Multidisciplinárna pracovná skupina zložená zo zástupcov štátnej správy, samosprávy, RS, akademickej obce a zahraničných odborníkov vypracovala manuál štandardov kvality a dobrých skúseností resocializačných zariadení v SR¹², ktorý bol prerokovaný a prijatý na konferencii za účasti príslušných spolupracujúcich inštitúcií. Štandardy (a príklady dobrej praxe ako odporúčania) sa v zásade týkajú dvoch cieľových skupín – klientov, osobitne maloletých a terapeutov, resp. personálu (viac v Kap. 9.1). Posledná aktivita je venovaná vzdelávaniu v oblasti resocializácie. V októbri 2008 sa začal realizovať cyklus vzdelávacích seminárov určených pre zamestnancov RS.

Technická asistencia slúži v projekte na zabezpečenie lokálnej podpory požiadaviek vzdelávacej aktivity twinningovej časti projektu. Celková čiastka 380 000 € Grantovej schémy je určená pre projekty mimovládnych organizácií a orgánov územnej samosprávy, ktoré pôsobia v oblasti resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok. Projekty, ktoré budú podporené z Grantovej schémy, musia viesť k skvalitneniu a rozšíreniu služieb poskytovaných resocializačnými zariadeniami vrátane služieb pomoci začleniť sa späť do bežného života. Výška grantu je stanovená maximálne do 25 000 € (vrátane spoločného národného spolufinancovania).

Národné monitorovacie centrum pre drogy v priebehu roka 2007 aktívne participovalo na jednej zo subštúdií v projekte **Evalvácia uplatňovania vybraných drogových paragrafov Trestného zákona**. Subštúdia je analýzou epidemiologickej situácie, trendov v užívaní drog, ich dostupnosti, vzorov užívania, ako aj trendov v oblasti uplatňovania drogových paragrafov zo štatistických výstupov orgánov činných v trestnom konaní a súdov (Správa 2007, kap. 1.1.2 a 13.2.1).

1.4 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky

Kap. 11 Verejné výdavky Správy 2007 podrobne analyzovala problémy súvisiace so zisťovaním celkového objemu verejných výdavkov (priamych alebo nepriamych) určených na riešenie drogovej problematiky.

Osobitná štúdia, resp. zisťovanie objemu vynaložených výdavkov za rok 2007 metódou *top down* sa nerealizovala, pripravuje sa však v súvislosti s komplexným záverečným vyhodnotením NPBD za obdobie 2004 – 2008.

Priamymi výdavkami boli v roku 2007 napr.

Prostriedky zo ŠR pridelené Protidrogovému fondu, ktorý v roku 2007 z rozpočtovanej sumy 45 000 000 Sk (€¹³ 1 332 149) vyčerpal čiastku 41 672 086,80 Sk (€ 1 262 712) na projekty prevencie drogových závislostí, výskumu, osvetu a informovanosti, liečby a resocializácie.

V dvoch grantových kolách Podpora implementácie Národného programu boja proti drogám v SR na roky 2004 – 2008 bolo podporených spolu 25 projektov rovnakého zamerania s celkovou sumou 920 304 €.

1.5 Sociálny a kultúrny kontext

Zistenia European Values Survey¹⁴ v r. 2008 naznačili niekoľko vývojových trendov, ktoré – so zjednodušením – možno charakterizovať ako postupujúcu privatizáciu individuálneho života, nezapájanie sa do riešenia celospoločenských problémov a presúvanie dôrazu z verejného priestoru do sféry bezpečia rodiny a známych.¹⁵

¹² Zverejnené na <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=645>.

¹³ 1 EUR = 33,78 SKK priemerný výmenný kurz € v 2007 podľa údajov NBS.

¹⁴ Výskum európskych hodnôt (EVS: European Values Study) je najstarším porovnávacím výskumom hodnotových orientácií v Európe, ktorý sa v európskych štátoch (na Slovensku od roku 1991) uskutočňuje v deväťročných cykloch a skúma kontinuitu a zmeny v hodnotách viažucich sa k najdôležitejším oblastiam ľudského života. Sociologický ústav SAV je garantom výskumu európskych hodnôt na Slovensku od roku 1999. Výskum realizovaný v roku 2008 mal nasledujúce parametre: 2700 adries, vrátených 1525 dotazníkov; platných 1509 dotazníkov, návratnosť: 56,48 % výskum je reprezentatívny pre populáciu Slovenska vo veku 18 + podľa pohlavia, veku, vzdelania, národnosti, bydliska/veľkosti skupiny obce a kraja.

¹⁵ Búzik, B., Tížik, M., Kusá, Z. (2008).

Trvale najdôležitejšou životnou hodnotou ostáva rodina pre 90 % respondentov, druhou najdôležitejšou hodnotou je práca. Rastúci význam majú v živote priatelia a známi (46,3 %) a do určitej miery aj voľný čas. Hoci hodnoty viažuce sa k náboženstvu patria k značne stabilným, na otázku schopnosti cirkvi riešiť sociálne problémy u nás, bola väčšinová odpoveď negatívna (57,6 %). Pozitívna je tendencia rastu deklarovanej tolerantnosti voči vybraným sociálnym kategóriám (etnické menšiny, ľudia, ktorí majú AIDS, homosexuáli, prisťahovalci).

1.5.1 Názory na užívanie drog a problémy s tým spojené

S menšou razanciou (než je európsky priemer) Slováci odsudzujú viaceré závažné konania. Poklesol napr. podiel prísneho odsudzovania šoférovania pod vplyvom alkoholu a takmer pätina respondentov ho neodsudzuje. Aj fajčenie marihuany či hašiša prekáža ľuďom čoraz menej. Pokiaľ v roku 1991 prekážalo užívanie *ľahkých drog* 85 % ľudí, v roku 1999 to bolo o 11 % menej a v roku 2008 len 64 %. Môže to byť spôsobené podceňovaním zdravotných rizík¹⁶ kanabisu, ale aj alkoholu a tabaku. Polovici slovenských respondentov v EVS 2008 nevadil ani náhodný sex.

Dostupnosť šiestich psychoaktívnych látok, vrátane alkoholu a tabaku zisťoval ďalší európsky prieskum¹⁷. Legálne drogy, ako je alkohol a tabak nie je problémom získať, a to ani vo vekovej podskupine 15 – 18 rokov, kde platí – alebo by mala platiť – striktná veková regulácia. Až 95,2 % slovenských respondentov (EÚ 27 priemer 95,9 %) nemá problém zohnať cigarety a 94,7 % pri alkohole, (EÚ 27 96,3 %). Najdostupnejšou z nelegálnych látok je kanabis (marihuana, hašiš), kde takmer 70 % slovenských respondentov vníma jeho získanie ako dosť a veľmi ľahké. 41 % mladých Slovákov by si dosť ľahko a dokonca veľmi ľahko zohnalo extázu. Najmenej dostupné sú heroín a kokaín a zdravotné dôsledky ich užívania sú vnímané ako vážne a aj naďalej by mali ostať zakázanými látkami. Zaujímavé je zistenie, že až jedna pätina mladých by zakázala u nás tabak (SR 22 %; EÚ 27 18 %) a 15 % alkohol (EÚ 27 9 %).

1.5.2 Názory na riešenie problémov s drogami

Dlhodobejšie sú ustálené na pozícii represie, resp. uplatňovania práva. Tento represívny postoj, resp. uplatňovanie práva („prísne zákony“, zvýšenie aktivity polície a colníkov) je na Slovensku¹⁸ v dlhšom časovom horizonte považovaný za najefektívnejší spôsob riešenia. Ide o opatrenia na strane ponuky drog (obchodovanie, výroby a šírenia), ktorá je vnímaná až v úrovni bezpečnostnej hrozby pre krajinu. Mladí ľudia vo veku 15 – 30 rokov¹⁹ zo 14 možných – bezpečnostných hrozieb pre Slovensko (nelegálna migrácia, živelné pohromy, šírenie infekčných chorôb, neofašizmus, nacionalizmus, znečistenie životného prostredia, radikálne náboženské hnutia, konflikty inde vo svete, napadnutie krajiny, medzinárodný terorizmus, chudoba, nezamestnanosť, drogy a organizovaný zločin) dokonca umiestnili ohrozenie drogami na druhé miesto za organizovaný zločin.

31 % respondentov (15 – 24 roční) v prieskume Eurobarometer Flash na otázku aké opatrenia by mali úrady a politici podniknúť na riešenie drogového problému, je za prísne opatrenia proti obchodovaniu s drogami. Ďalšia tretina považuje za najefektívnejšie informačné a preventívne kampane a pätina je za liečbu a resocializáciu. Prísne opatrenia voči užívateľom drog a legalizácia drog si v ponuke efektívnych riešení nenašli veľa zástancov (6 %, resp. 7 %) a napokon odstránenie chudoby/nezamestnanosti sa považuje za najmenej efektívny spôsob (5 %).

1.5.3 Zdroje informácií o drogách, resp. informovanosť o rizikách užívania drog

Z potenciálnych zdrojov informácií vedie internet, kde by hľadali informácie viac ako dve tretiny respondentov (69 %). 32 % respondentov vo veku 15 – 24 rokov by sa obrátilo na priateľov a iba necelá pätina na rodičov (27 % v EÚ 27). Len minimálna časť by hľadala informácie u niekoho v škole alebo na pracovisku 8,9 % (cca

¹⁶ A ako prezentovali výsledky slovenských respondentov vo veku 15 – 24 rokov v ďalšom európskom prieskume, kde väčšina deklarovala, že tabak (72 %), alkohol (75 %) a kanabis (65 %) predstavujú len stredné a malé riziko.

¹⁷ Eurobarometer Flash, 2008 Young people and Drugs – link na www.infodrogy.sk.

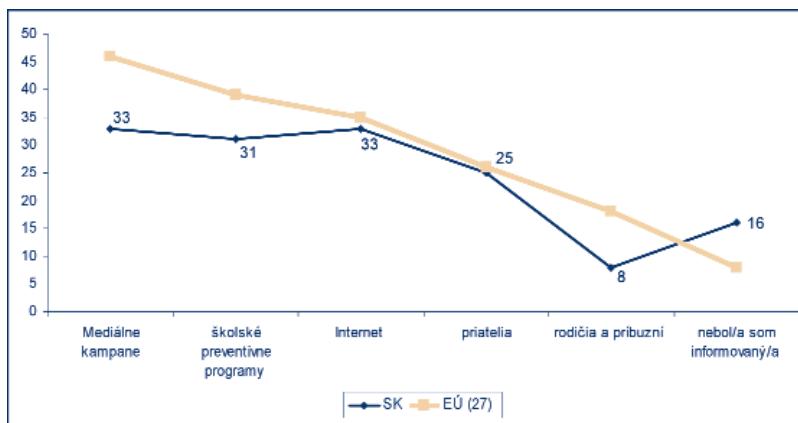
¹⁸ Podľa prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR už od roku 1995 sa na prvých miestach umiestňujú opatrenia typu redukcie ponuky, a to zvýšenie aktivity polície a colnej kontroly a prísne protidrogové zákony, a to aj u porovnateľnej vekovej skupiny 15 – 29 ročných Bratislavčanov (55 %, resp. 47 %). ÚVVM pri ŠÚ SR (2006) Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou.

¹⁹ „Postoj mládeže na Slovensku k armáde“, publikovaného v januári 2008 – link na www.infodrogy.sk.

I Národná politika a jej kontext

14 % EÚ 27) a iba jeden z desiatich oslovených, by oslovil so žiadosťou o informácie políciu. Dominancia Internetu ako zdroja informácií sa však znížila, pokiaľ išlo o odpoveď na otázku prostredníctvom akého zdroja boli mladí informovaní o účinkoch a rizikách užívania drog v minulom roku. Na prvé miesto sa dostali mediálne informačné kampane, potom školské preventívne programy (viac v Kap. 3.1.1) a internet je v poradí na treťom mieste. Za nimi nasledujú priatelia a napokon rodičia a príbuzní.

Obr. 1.1: Podiel aktuálnych zdrojov, kde mladí v SR v porovnaní s EÚ 27 našli informácie o zdravotných rizikách užívania drog v minulom roku (Zdroj údajov: Eurobarometer Flash 2008, No. 233 Young people and Drugs).



Obr. 1.1 obsahuje aj spracovaný údaj z položky „Vôbec som nebol/a informovaný/á“. V EÚ 27 malo takýto dojem len 8 % respondentov, zatiaľ čo na Slovensku si to myslelo až 16 % respondentov a v Slovinsku 17 %, čo boli dve najvyššie hodnoty údajov pre túto položku v rámci 27 štátov a súčasne aj výzvou pre ďalšie opatrenia v oblasti prevencie.

1.5.4 Parlamentné iniciatívy

V priebehu roka 2007 médiá aj verejnosť venovala pozornosť legálnym drogám, čo súvisí s dobrou komunikáciou oboch národných programov/resp. akčných plánov (pozri časť 1.2.2.2 a 1.2.2.3). Pozornosť vyvolal aj poslanecký návrh novely zákona²⁰, podľa ktorého mala byť zakázaná konzumácia alkoholu osobám mladším ako 17 rokov a zároveň sa mali vytvoriť legislatívne podmienky na postih nielen tých ktorí alkoholické nápoje predávajú alebo v rámci svojho podnikania podávajú, ale priamo samotných konzumentov z radov detí a mládeže, prípadne tých, ktorí za ne nesú zodpovednosť (rodina, škola). Kontrolovať dodržiavanie zákona mali podľa návrhu obce, ktorým sa kompetencia rozširuje o udeľovanie sankcií (pokarhaní) a ukladanie pokút za porušenie ustanovení obsiahnutých v návrhu. Návrh ukladal tzv. „oznamovaciu povinnosť“ riaditeľom škôl a vedúcim zamestnancom škôl a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Návrh nebol v NR SR schválený.

²⁰ Č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov.

2 Užívanie drog v populácii

Užívanie drog vo všeobecnej populácii je jedným z piatich kľúčových indikátorov EMCDDA, ktorý sa používa na deskripciu stavu v užívaní legálnych a nelegálnych látok v krajine. Rozsah a spôsob užívania rôznych drog vo všeobecnej populácii (obvykle vo veku 15 – 64, prípadne v rizikových vekových skupinách a/alebo kohortách), názory a postoje k užívaniu drog v rámci rôznych populačných skupín sa zisťujú prostredníctvom prieskumov, využívajúcich štandardné sociologické metódy (štandardizovaný dotazník, interview) na reprezentatívnej vzorke populácie. Údaje sa potom využívajú na hodnotenie situácie, identifikáciu priorít a plánovanie opatrení, najmä v úrovni univerzálnej a selektívnej prevencie²¹. Prieskumy užívania drog v populácii nepriamo poskytujú informácie o dostupnosti nelegálnych drog na trhu, čo potom spolu s informáciami zo zdrojov z oblasti uplatňovania práva poskytuje komplexnejší obraz o čiernom trhu s drogami.

Pre porovnateľnosť údajov v rámci Európy a aj globálne²², EMCDDA odporúča, aby tento indikátor GPS obsahoval základné údaje sformulované v tzv. Európskom modelovom dotazníku (2002). Ten pri každej droge (vrátane tabaku a alkoholu) zisťuje: Užitie drogy niekedy v živote, v minulosti – lifetime prevalence – LTP; Užitie drogy v uplynulých 12 mesiacoch, v poslednom roku – last year prevalence – LYP; Užitie drogy v uplynulých 30 dňoch, v uplynulom mesiaci – last month prevalence – LMP, vek prvého kontaktu s drogou, frekvencia užívania (alebo množstvo konzumovanej drogy). V tých krajinách, kde sa takáto štruktúra indikátora uplatňuje v prieskumoch už dlhodobo, sa v poslednej dobe k základnému modulu priradujú zostavy otázok zamerané na intenzívnejšie užívanie niektorých drog osobitne marihuany a s tým spojené problémy, eventuálne sa zisťuje čoraz rozšírenejšia polykonzumácia.

Táto kapitola je založená na údajoch z disponibilných reprezentatívnych prieskumov realizovaných na Slovensku v roku 2007. Cieľovou skupinou boli mladí ľudia vo vekovom rozpätí od 15 do maximálne 26 rokov a všetky prieskumy sledovali primárne aj konzumáciu alkoholu a fajčenie.

2.1 Užívanie drog vo všeobecnej populácii

V roku 2007 sa na Slovensku nerealizoval prieskum zameraný na všeobecnú populáciu 15 – 64. Ďalší cyklus ÚVVM pri ŠÚ SR je naplánovaný na jeseň 2008, pri zohľadnení požiadaviek NMCD na harmonizáciu modulu „nelegálne drogy“ s EMQ a zvýšenie počtu respondentov v kľúčových vekových podskupinách 15 – 24 a/alebo 15 – 34 z celkovej vzorky 15+.

2.1.1 Užívanie drog v školskej populácii a u mládeže

2.1.1.1 ESPAD

Gestorom štvrtého cyklu ESPAD-u je Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie (rezort školstva), národným koordinátorom prieskumu v rámci medzinárodného porovnávania Alojz Nociar. Najväčší školský prieskum tohto typu u nás je finančne zabezpečený z niekoľkých zdrojov, vrátane Národného monitorovacieho centra pre drogy. Prieskum spĺňa základnú štruktúru indikátora GPS podľa EMQ, najviac obsahoval skriningové škály na problematickejšie užívanie alkoholu, tabaku a kanabisu.

Metodológia

19. – 23. marca 2007 sa realizovala terénna fáza školského prieskumu založeného na medzinárodnom prieskume ESPAD. Na Slovensku sa uskutočňuje v štvorročných cykloch od roku 1995, vždy na súbore stredoškolákov vo veku 15 až 19 rokov. Pre medzinárodné porovnanie, teda samotný Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (v r. 2007 participovalo asi 35 európskych krajín) sa zo súboru 10 688 respondentov vyčlenila len skupina (kohorta) respondentov narodených v roku 1991 (v roku 2007 dosiahli vek 16 rokov). Z 2 366 možných škôl bolo stratifikovaným náhodným výberom vybraných 120 škôl. Výsledky sú reprezentatívne pre cca 350 000 stredoškolákov (Nociar, A., 2007 s. 16).

Zber údajov prebieha vždy prostredníctvom anonymných dotazníkov administrovaných v triedach, ktoré po vyplnení respondenti vložia do prázdnych obálok a tie profesionálni pracovníci regionálnych úradov verejného zdravotníctva – v obaloch pre triedu a školu doručia na centrálnu spracovateľňu, pri ktorom sa garantuje anonymita jednotlivcov, tried i škôl.

²¹ Napr. špecifické preventívne intervencie určené pre dievčatá vo veku 15 – 19, ktoré dobiehajú chlapcov pokiaľ ide o fajčenie, konzumáciu alkoholu, nelegálne drogy.

²² Štatistické vykazovanie pre UNODC (Úrad pre drogy a kriminalitu OSN).

Výsledky vo vzťahu k nelegálnym drogám

Prevalenciu „Užil/a niekedy v živote, v minulosti“ – LTP treba interpretovať ako skúsenosť a/alebo experimentovanie s nelegálnymi drogami. S ohľadom na vek respondentov v tejto skupine je aj tento údaj dôležitý.

Tab. 2.1: LTP jednotlivých drog v jednotlivých vekových kohortách. (Zdroj: Nociar, A., 2008, ESPAD 2007, v SR údaje pre ST 02).

Rok narodenia	1992 (15 rokov)			1991 (16 rokov)			1990 (17 rokov)			1989 (18 rokov)			1988 (19 rokov)		
	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S
1. Akákoľvek nelegálna droga*	7,1	4,7	5,9	10,0	7,7	8,9	11,0	7,6	9,4	10,9	9,7	10,3	15,9	12,0	14,0
2. Kanabis	23,5	16,8	20,1	36,8	27,6	32,1	47,0	33,5	40,6	49,2	38,7	43,9	59,0	44,1	51,5
3. Opiáty (spolu)															
4. Heroín	1,3	0,9	1,1	2,0	0,9	1,4	1,5	1,7	1,6	1,8	1,3	1,5	1,5	0,9	1,2
5. Iné opiáty															
6. Kokaín	1,5	0,8	1,1	2,6	2,5	2,6	1,9	2,0	1,9	2,3	1,3	1,8	2,5	4,3	3,4
7. Kokaín – prášok															
8. Crack	1,6	0,6	1,1	2,0	0,7	1,3	1,2	1,0	1,1	2,3	1,0	1,6	1,9	1,5	1,7
9. Amfetamíny	1,1	1,9	1,5	1,8	1,7	1,7	1,8	2,2	2,0	3,1	2,3	2,7	3,4	2,8	3,1
10. Extáza	3,6	2,0	2,8	6,7	4,4	5,6	6,8	4,3	5,6	6,6	6,3	6,4	11,6	8,4	10,0
11. GHB	1,0	0,3	0,6	0,7	0,3	0,5	0,9	0,4	0,6	1,1	0,3	0,7	0,4	0,1	0,2
12. Halucinogény (spolu)															
13. LSD	3,3	2,2	2,7	4,1	3,1	3,6	5,0	4,6	4,8	6,1	5,3	5,7	8,2	5,0	6,6
14. „Magické huby“	3,9	1,4	2,6	6,1	3,6	4,9	6,4	3,0	4,8	9,1	4,2	6,6	10,7	4,7	7,7
15. Tranquilizéry alebo sedatíva	2,9	5,8	4,4	3,3	7,1	5,2	3,2	5,6	4,4	5,6	6,8	6,2	4,9	8,5	6,7
16. Iné lieky															
17. Rozpúšťadlá a inhalačné látky	14,4	13,4	13,9	13,2	13,2	13,2	10,1	8,2	9,2	11,7	6,8	9,2	9,6	7,7	8,7
18. Anabolické steroidy	3,5	0,5	1,9	4,1	0,6	2,3	4,5	0,4	2,5	5,2	0,7	2,9	6,2	0,4	3,2
19. Alkohol s tabletami	4,9	10,7	7,9	8,5	15,6	12,1	11,1	19,9	15,3	13,7	19,9	16,8	7,7	20,1	18,9
20. Alkohol a kanabis															
21. Iné: Pervitín R	3,8	2,5	3,1	5,9	4,6	5,3	6,8	5,0	6,0	7,3	6,5	6,9	10,4	7,9	9,1
Veľkosť vzorky (n)	614	643	1257	1218	1251	2469	1171	1052	2223	1017	1038	2055	851	858	1709

* Užitie akejkoľvek nelegálnej drogy, s výnimkou marihuany.

Pozn. Osobitne je vyznačená kohorta narodených v r. 1991 – medzinárodný prieskum ESPAD.

Údaje dokumentujú rastúci trend skúsenosti s akoukoľvek²³ nelegálnou drogou s postupujúcim vekom. Rovnako je to pri konkrétnych drogách; pri droge, s ktorou sa najviac experimentuje – marihuane. Ďalej pri kokaíne, amfetamínoch, extáze, LSD, magických hubách, tranquilizéroch a/alebo sedatívach, alkohole v kombinácii s tabletami, anabolických steroidoch a pervitíne. Skúsenosť s heroínom je najvyššia u 16 ročných (2,0 %; n = 1218) a 18 ročných (1,8 %; n = 1017) chlapcov.

²³ (nezapočítava sa marihuana)

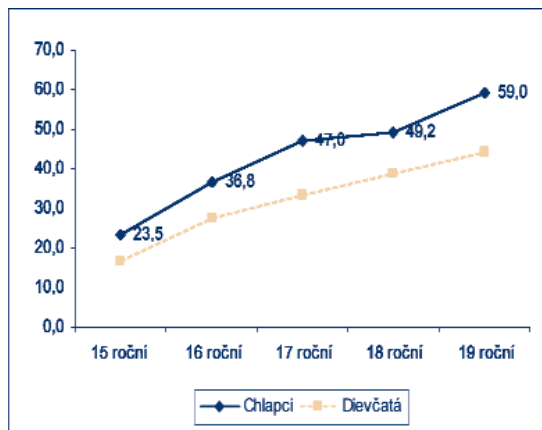
2 Užívanie drog v populácii

Experimentovanie s inhalačnými látkami a rozpúšťadlami (fetovanie) najviac deklarovali v r. 2007 najmladší chlapci, narodení v r. 1992 (14,4 %; n=614) a 1991 (13,2 %; n=1218); trend je s vekom klesajúci. Užitie GHB (tekutá extáza) nepresiahlo v ostatných kohortách maximálnu hodnotu 1,1 %, ktorú dosiahli 18 roční chlapci (rok narodenia 1988).

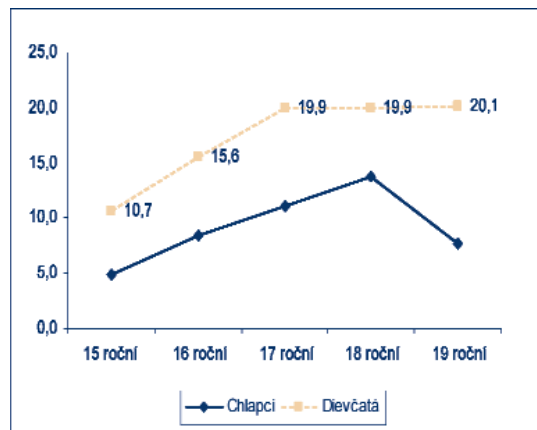
Očakávaná vyššia prevalencia je u chlapcov, s výnimkou tranquilizérov, sedatív a kombinácie alkoholu s tabletkami, kde zreteľne dominujú dievčatá. 17 a 19 ročné dievčatá mierne prevyšujú chlapcov, aj pokiaľ ide o kokaín. Naopak dievčatá majú len minimálne skúsenosti s anabolickými steroidmi.

LTP niektorých drog a interpohlavné rozdiely podľa údajov prieskumu ESPAD 2007 v SR sú uvedené v nasledujúcich grafoch:

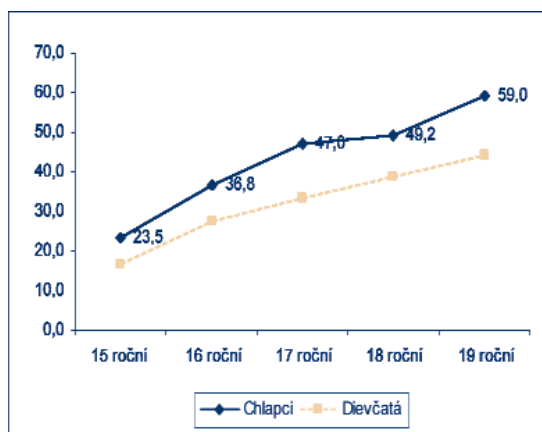
Obr. 2.1: a – LTP marihuany, b – LTP alkoholu s tabletkami, c – LTP pervitínu, LTP tranquilizérov a/alebo sedatíva chlapci a dievčatá (Zdroj údajov: Nociar, A., 2008, Údaje ESPAD 2007 pre ST 02)



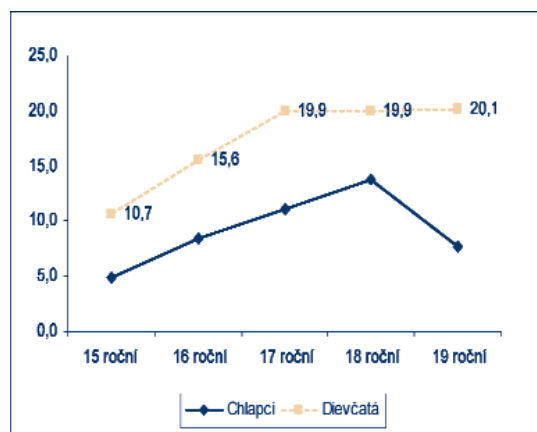
a: LTP marihuany



b: LTP alkoholu s tabletkami



c: LTP pervitínu



d: LTP tranquilizérov a /alebo sedatív

V dotazníku ESPAD 2007 sa zisťovali aj ďalšie úrovne prevalencie: užitie v minulom roku (LYP) a užitie za posledný mesiac (LMP), a to pri kanabise, extáze a prchavých látkach. Obe hodnoty sa interpretujú ako súčasné užívanie drogy. Pokiaľ ide o kanabis, je „súčasný“ užívanie, ktoré deklarovali respondenti – žiaci a študenti vo vekovom rozpätí od 15 do 19 rokov (tab. 2.2) výrazne vyššie než pri extáze a prchavých látkach.

Tab. 2.2a: Užitie kanabisu niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP).

Rok narodenia	1992 (15 rokov)			1991 (16 rokov)			1990 (17 rokov)			1989 (18 rokov)			1988 (19 rokov)		
Kanabis	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S
LTP	23,5	16,8	20,1	36,8	27,6	32,1	47,0	33,5	40,6	49,2	38,7	43,9	59,0	44,1	51,5
LYP	18,1	13,3	15,6	27,5	21,3	24,3	33,7	22,1	28,2	36,4	23,3	29,8	41,0	24,5	32,7
LMP	7,3	5,9	6,6	12,9	9,9	11,3	16,4	8,8	12,8	16,5	7,3	11,8	20,2	8,1	14,1

Tab. 2.2b: Užitie extázy niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP).

Rok narodenia	1992 (15 rokov)			1991 (16 rokov)			1990 (17 rokov)			1989 (18 rokov)			1988 (19 rokov)		
Extáza	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S
LTP	3,6	2,0	2,8	6,7	4,4	5,6	6,8	4,3	5,6	6,6	6,3	6,4	11,6	8,4	10,0
LYP	2,1	1,4	1,8	3,8	2,5	3,1	4,4	2,7	3,6	4,2	3,5	3,9	7,1	4,8	5,9
LMP	1,3	0,6	1,0	1,2	0,9	1,1	1,4	1,0	1,2	1,4	1,4	1,4	2,1	1,3	1,7

Tab. 2.2c: Užitie inhalačných látok niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP).

Rok narodenia	1992 (15 rokov)			1991 (16 rokov)			1990 (17 rokov)			1989 (18 rokov)			1988 (19 rokov)		
rozpušťač a inhalačné látky	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S	M	Ž	S
LTP	14,4	13,4	13,9	13,2	13,2	13,2	10,1	8,2	9,2	11,7	6,8	9,2	9,6	7,7	8,7
LYP	7,3	6,4	6,8	1,7	1,3	1,0	4,4	2,9	3,7	6,7	2,7	4,7	2,7	2,1	2,4
LMP	2,8	2,3	2,5	0,3	0,7	0,5	1,5	1,4	1,5	3,4	1,0	2,1	1,2	0,9	1,1

Zdroj údajov: Nociar, A., 2008, Údaje ESPAD 2007 pre ST 02

V prieskume ESPAD 2007 bolo zaradených 6 otázok škály CAST (Cannabis Abuse Screening Test)²⁴, ktorá je určená na rýchly skrining užívateľov, ktorí môžu mať určité psychologické alebo sociálne problémy. Na otázky škály CAST odpovedalo v r. 2007 1946 respondentov vo veku 15 – 19 rokov, ktorí uviedli užitie kanabisu v minulom roku. Nociar v aktuálnej analýze²⁵ konštatuje, že zaradenie sprievodných mier závislosti ADS a CAGE pre problémové pitie a Fagerströmovej škály pre skrining závislosti na nikotíne, ale „najmä skrining problémovjšieho užívania kanabisu CAST“ do ESPAD-u je užitočné z hľadiska stanovenia relatívneho rizika užívania ďalších psychoaktívnych látok. U tých, ktorí majú skúsenosť s marihuanou a v skriningu CAST dosiahli skóre 3 a viac je relatívne riziko užívania extázy LSD a halucinogénov, opiátov a pervitínu veľmi vysoké“ (Tab. 2.3).

²⁴ Pre porovnanie uvádzame, že rovnakú zostavu otázok použilo NMCD v populačnom prieskume zameranom na užívanie marihuany. 3039 respondentov vo veku 15 – 64 prostredníctvom telefonického prieskumu (CATI). Respondenti vekovej podskupiny 15 – 34 (n = 2020), ktorí deklarovali užitie v poslednom mesiaci (LYP = 3,6 %) odpovedali aj na 6 otázok CAST. (Viac detailov v Správe 2007 kapitola 2.1.1.2).

²⁵ Nociar, A., 2008 b nepublikovaná správa pre NMCD.

2 Užívanie drog v populácii

Tab. 2.3: Relatívne riziko užitia ďalších psychoaktívnych látok u tých, ktorí dosiahli v CAST-e skóre vyššie ako 3 (Zdroj: Nociar, A., (2008 b)).

Skúsenosť s drogou	Marihuana	Rel. risk	Opiáty + amfet.	Rel. risk	LSD, haluc.	Rel. risk	Extáza	Rel. risk	Pervitín	Rel. risk
Marihuana LTP ÁNO plus CAST > 3 : NIE			14,3 % 0,2 %	71,5	26,8 % 0,3 %	89,3	39,6 % 0,3 %	132,0	44,9 % 0,7 %	64,1

Porovnanie s predchádzajúcimi cyklami prieskumu na Slovensku podľa autora vedie k záveru, že rozsah a intenzita problémov s nelegálnymi drogami má rastúci trend. Vznikajúci vzťah k marihuane (súčasnú užívanie LYP, LMP), ale aj experimentovanie a skúsenosť s akoukoľvek inou drogou (LTP) sa dá odhadnúť²⁶ v reálnom rozsahu nasledovne:

Tab. 2.4: Odhad reálneho rozsahu konzumácie drog v populácii stredoškôľakov (15 – 19 rokov) (Zdroj: Nociar, A., (2008a)).

Rok prieskumu ESPAD	1995	1999	2003	2007
LYP a LMP kanabis	33 000	59 000	85 000	99 000
LTP akejkoľvek drogy (osve alebo súbežne) a v kombinácii extázu, amfetamíny, LSD, halucinogény, crack, kokaín, heroín	10 000	21 000	29 000	37 000

Tieto úvahy, ktoré vychádzajú z jednoduchého nárastu frekvencie užívania u (predpokladanej) rovnakej populácie však komplikuje pokles cieľovej populácie, ktorá sa od roku 1995 zredukovala o približne jednu šestinú v roku 2007 (resp. v decembri 2006). Znamená to, že na Slovensku prebieha zväčšovanie rozsahu postihnutia na znižujúcej sa populácii dospelujúcej mládeže, resp. že počet mladých, čo alkohol a drogy nezneužívajú, klesá rýchlejšie, ako to ukazujú zistené percentá, či odhady počtov užívateľov (Nociar, A., 2008a).

2.1.2 Spôsoby trávenia voľného času v súvislosti so sebahodnotením mládeže a postojmi k extrémizmu

Ďalší školský²⁷ prieskum sa realizoval v rámci rezortu kultúry pod názvom Spôsoby trávenia voľného času v súvislosti so sebahodnotením mládeže a postojmi k extrémizmu²⁸. Súčasťou prieskumu s výraznou psychologickou dimenziou bola aj identifikácia miery závislosti (fajčenie, alkohol, drogy, hracie automaty) na pozadí spôsobov trávenia voľného času, miery spokojnosti, sebahodnotenia a sociodemografických charakteristík stredoškolských študentov. Vo vzťahu k základnej štruktúre indikátora GPS prieskum zisťoval skúsenosť, experimentovanie s nelegálnymi drogami (LTP).

Metodológia

Výberovú vzorku tvorili študenti 2. a 3. ročníkov stredných škôl (veková skupina 17 – 18 rokov), z 18 stredných škôl (zastúpené boli gymnázia, odborné a učňovské školy s maturitou) z východného, stredného aj západného Slovenska. Dotazník vyplnilo 1201 respondentov. Štatisticky bolo spracovaných 1198 dotazníkov. Výskum sa realizoval na tých istých školách ako v roku 2003²⁹, pribudli k nim 4 ďalšie. Zber dát sa realizoval prostredníctvom dotazníka v triedach, anketármi aplikovaná prostredníctvom odborných pracovníkov Kultúrneho observatória NOC v Bratislave v období máj – jún 2007.

Pre porovnanie situácie v časovom kontexte sa zvolili výsledky získané z prieskumu výskumu realizovanom v roku 2003, kedy sa realizoval na sociodemograficky porovnateľnej výberovej vzorke, s rovnakými otázkami, čo umožnilo detailnejšie porovnanie potenciálnych zmien v skúsenostiach mladých s fajčením, konzumáciou alkoholu, skúsenosťami s drogami, či hrou na hracích automatoch.

²⁶ Pri extrapolácii na celú populáciu študentov v roku konania prieskumu ESPAD v SR.

²⁷ Realizuje sa v triedach, skupinovo.

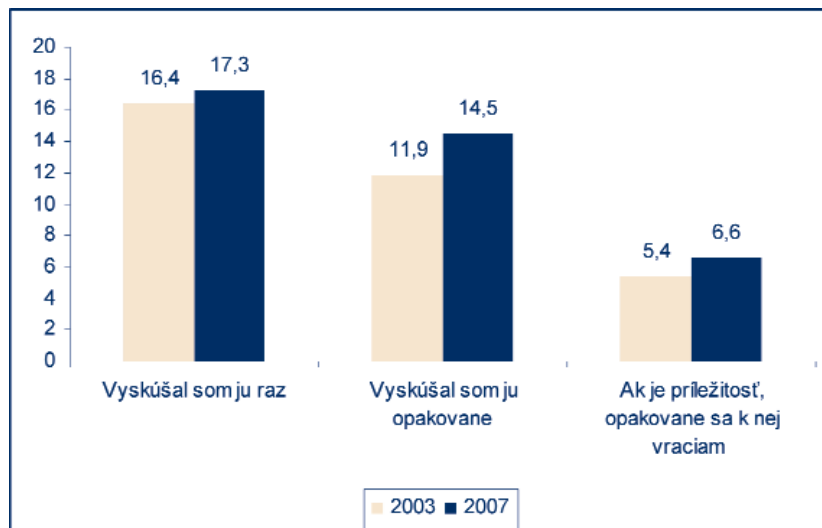
²⁸ Hradiská, E., Ritomský, A., (2007): Spôsoby trávenia voľného času v súvislosti so sebahodnotením mládeže a postojmi k extrémizmu, NOC Bratislava 2007 www.nocka.sk.

²⁹ Hradiská, E., Ritomský, A., (2003): Vhodné spôsoby trávenia voľného času mládeže ako prevencia rôznych druhov závislostí NOC Bratislava, 2003.

Výsledky

V porovnaní s rokom 2003 vzrástlo percento mladých ľudí, ktorí nelegálnu drogu vyskúšali, (premenná LTP), vyskúšali opakovane a ak je príležitosť opakovane sa k nej vracajú (obr. 2. 2). Táto posledná „psychologická“ premenná prináša zaujímavý rozmer motívu užívania – príležitosť. Podiel tých, ktorí drogu (akúkoľvek vrátane marihuany) ešte neskúsili, klesol o 2,3 % (65,1 % v r. 2003 a 62,8 % v roku 2007).

Obr. 2.2: Porovnanie vývoja sledovaných charakteristík v roku 2003 a 2007 (Zdroj: Hradiská, E., Ritomský, A., (2007)).



Klasicky sa drogy viac spájajú s chlapcami, ale aj tretina dievčat (v porovnaní s takmer polovicou chlapcov) má skúsenosti s drogami. Aj tu platí, že s postupujúcim vekom sa skúsenosť zvyšuje. Je tu súvislosť aj s veľkosťou bydliska, najviac sa s drogami dostávajú respondenti do kontaktu vo veľkých mestách.

Potvrdila sa prepojenosť medzi postojmi k látkovým závislostiam a skúsenosťami s nelegálnymi drogami a prevládajúcimi činnosťami voľného času. Najvyššie percento tých, ktorí vyskúšali drogu raz a aj opakovane boli kategorizovaní ako spoločenski, komunikatívni, často tráviaci voľný čas v partii (tzv. typ A), súčasne do tohto typu patrilo najmenej z tých, ktorí s drogou nemali skúsenosť. Menej spoločenski jedinci (typ B), ale aj športovci a respondenti so širokými záujmami, s menej silnými sociálnymi kontaktmi sa najčastejšie vracajú k droge vtedy, ak majú príležitosť. Drogy sú spojené s kontaktnými činnosťami vo voľnom čase – hlavne stretnutiami s kamarátmi, návštevami podnikov a pod., ale aj s umeleckými záujmami. Aj celková spokojnosť mladých ľudí súvisí aj s ich aktívnymi postojmi k fajčeniu a drogám – najspokojnejší mladí ľudia častejšie nefajčia, ale skúšajú drogy. Náchylnosť vyskúšať drogy súvisí aj so spokojnosťou s kamarátmi – oni sú často podnetom na vyskúšanie drog.

Pri porovnaní postojov k niektorým extrémistickým hnutiam, ale aj napr. ochranárskym združeniam – čo bolo primárnym cieľom prieskumu – sa ukázalo, že nelegálne drogy najčastejšie vyskúšali tí, ktorí sa klonia k skupine „punkáčov“, anarchistov, antiglobalistov, resp. súhlasia s niektorými z ich postojov. Mladí ľudia, ktorým sú blízke idey ochranárstva, sa k drogám stavajú odmietavo. Tí respondenti, ktorí súhlasia s ideami hnutia skínhead, sektami a nacionalistickými zoskupeniami sa najmenej hlásia k fajčeniu; k alkoholu majú bližšie mladí ľudia tráviaci väčšiu časť voľného času posedeniami v kaviarňach, pohostinstvách alebo diskotékach.

2.1.3 Prieskumy mládeže vo veku 15 – 26 rokov

Konzumácia nelegálnych drog u mládeže vo veku 15 – 26 rokov sa v UIPŠ sleduje v rámci výskumných úloh so širším zameraním už od roku 1995. Pravidelný prieskum v júni 2007 bol v tomto roku súčasťou výskumnej úlohy „Voľný čas ako významný faktor prevencie drogových závislostí mládeže“. Zo základného modulu EMQ zisťuje LTP a vek prvého kontaktu s drogou.

2 Užívanie drog v populácii

Metodológia

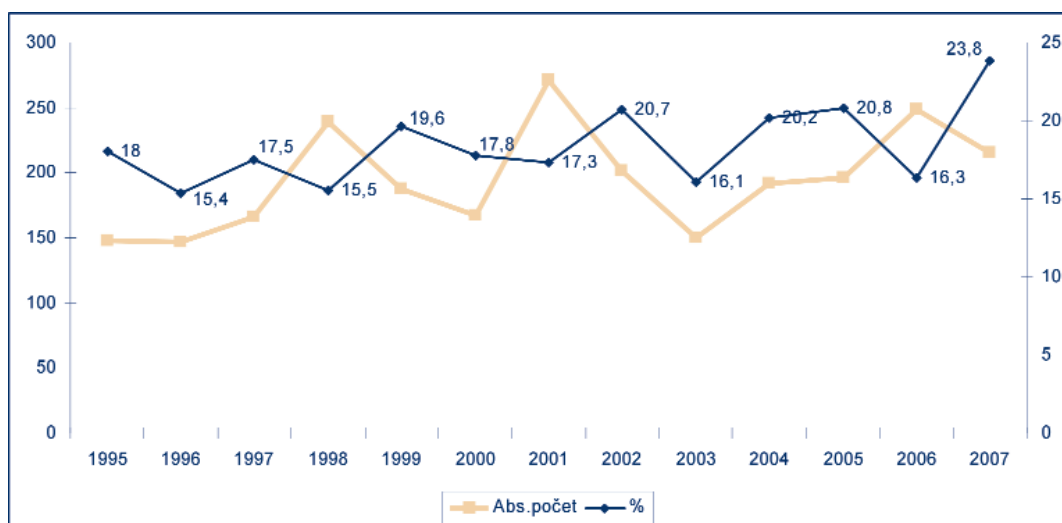
Dotazník vyplní anketár v rámci individuálneho rozhovoru s respondentom v domácnosti. V roku 2007 bolo štatisticky spracovaných 904 dotazníkov.

Výsledky

Skúsenosť aspoň s jedným druhom nelegálnych drog (premenná LTP) v roku 2007 priznalo 23,63 % (215) opýtaných; s prevahou mužov (29,4 % z celkového počtu mužov a 18,3 % z celkového počtu žien).

Percentuálny podiel 23,6 % bol v roku 2007 najvyšší, a to za obdobie 13 rokov sledovania (obr. 2.3.), nominálne boli počty mladých ľudí experimentujúcich s nelegálnymi drogami vyššie v r. 1998 – 239; v r. 2001 – 271 a v roku 2006 – 249.

Obr. 2.3: Podiely a nominálne počty respondentov v prieskumoch UIPŠ, ktorí deklarovali skúsenosť s užitím drogy (Zdroj: UIPŠ).



Aj v roku 2007 sa najviac – podobne ako v prieskume ESPAD experimentovalo s kanabisom, približne 20 % respondentov. Pri dlhodobom sledovaní, ktoré ponúka tento sociologický prieskum je trend rastu podielu mladých ľudí vo veku 15 – 26 rokov, ktorí niekedy v živote skúsili ilegálnu drogu zjavný, rovnako ako pokles podielu tých, ktorí ilegálnu drogu neskúsili.

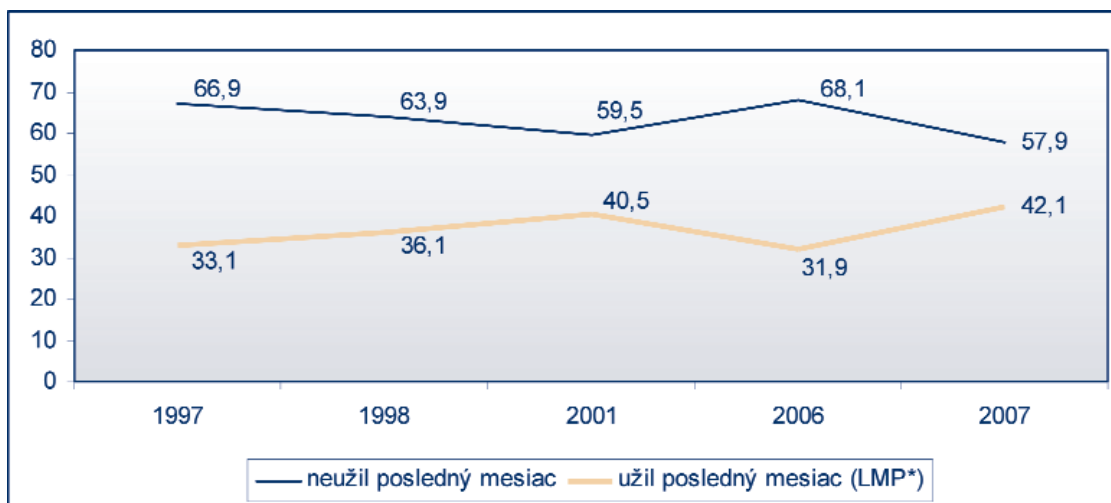
Prieskum okrem LTP zisťuje frekvenciu užívania v poslednom mesiaci, a to otázkou „Uvedte koľkokrát ste užili nelegálnu drogu (okrem alkoholu a nikotínu) za posledný mesiac“. Možnosti odpovede sú: ani raz, menej ako 5x, viac ako 5x a neviem. Z údajov dodaných UIPŠ³⁰ pre iný účel, sa prevalencia „užil v poslednom mesiaci“ (LMP) dala odhadnúť ako súčet tých respondentov, ktorí deklarovali užitie menej ako 5x, viac ako 5x a nevedeli určiť koľkokrát.

V roku 2007 takto odpovedalo 91 (42 %) z tých, čo uviedli skúsenosť s drogou (215) a vo vzťahu k celkovému počtu 904 respondentov predstavujú približne 10 %. Súčasne klesol podiel tých, ktorí neužili v poslednom mesiaci drogu ani raz.

V dlhodobejšom sledovaní takto odvodennej premennej LMP je trend jej rastu zreteľnejší (v r. 1997 – 5,8 %, 1998 – 5,6 %, 2001 – 9,4 %, 2006 – 6,4 % a v roku 2007 – 10,4 %).

³⁰ Pre substituáciu 3 v rámci projektu NS-OSF Evalvácia § 171 a 172 Trestného zákona.

Obr. 2.4: Klesajúci podiel tých, ktorí nelegálnu drogu neužili v minulom mesiaci a rastúci podiel tých, čo v rôznej miere drogu v minulom mesiaci konzumovali. Údaje z prieskumov UIPŠ v r. 1997, 1998, 2001, 2006 a 2007 (Pétiová, M. a kol., 2008)



V kontexte prieskumu UIPŠ v roku 2007 „Voľný čas ako významný faktor prevencie drogových závislostí“ sa prostredníctvom inventára voľnočasových aktivít mapoval spôsob trávenia voľného času a jednotlivé aktivity posudzovali vo vzťahu k fajčeniu, konzumácii alkoholu a experimentovaniu s nelegálnymi drogami. Údaje sa porovnávali s údajmi podobného prieskumu zameraného na trávenie voľného času v roku 1997; oproti roku 1997 boli zavedené štyri nové aktivity; „práca s internetom“, „príležitostná práca (brigády)“, „nudenie“ a návšteva veľkých nákupných a zábavných centier (shopping mall).

Korelácia dát vo vzťahu k užívaniu nelegálnych drog ukázala, že mladí ľudia, ktorí nelegálne drogy vyskúšali (v r. 2007 23,8 %) majú viac voľného času, sú menej spokojní so spôsobom jeho prežívania. Skôr sa venujú pasívnemu oddychovaniu, príležitostnej práci, práci s počítačom a internetom, stretávaniu sa s rovesníkmi, návšteve diskotiek, herní, reštaurácií a pohostinstiev alebo sa nudia.

Naopak, tí mladí ľudia, ktorí skúsenosť s nelegálnymi drogami neuviedli, častejšie sledujú televíziu, počúvajú hudbu, čítajú knihy a časopisy, vzdelávajú sa a venujú rozvoju svojich záujmov, aktívne športujú, navštevujú príbuzných, trávia voľný čas v nákupných centrách a napokon chodia do kostola na bohoslužby. Pétiová (2008)³¹ uzatvára, že rozvoj záujmov, čítanie kníh, vzdelávanie a šport môžu byť ochranným faktorom pri konzumácii nelegálnych drog, pričom však treba zlepšiť situáciu v podmienkach na hodnotné prežívanie voľného času, či už priamo na školách alebo v mieste bydliska a finančne ich prispôbiť možnostiam mladých ľudí.

2.2 Užívanie drog v špecifických skupinách populácie

V priebehu roku 2007 na území Prešovského kraja³² (ďalej len PV) realizoval výskum situácie v oblasti užívania drog v rómskych komunitách. Výskum bol súčasťou projektu pod názvom Koncepcia zapojenia regionálnych kapacít do tvorby, realizácie a hodnotenia protidrogovej politiky Prešovského kraja (Správa 2007, kapitola 1.2.1.2).

Jeho cieľom bolo poskytnúť prehľad o stave užívania drog v rómskych komunitách PV a vytvoriť základnú informačnú dátovú bázu ako východisko pre budúce výskumy. Vzhľadom na cieľovú skupinu sa nepoužili bežné sociologické metódy, ale terénny výskum skôr kultúrno-antropologického typu. Výskumníci³³ použili v kontakte

³¹ Pétiová, M., (2008): Voľný čas ako významný faktor prevencie drogových závislostí – súhrn z výsledkov výskumu UIPŠ v r. 2007 pre NMCD.

³² Prešovský kraj vznikol na základe zákona o územnom a správnom usporiadaní Slovenskej republiky 24. 07. 1996. Na výmere 8974,5 km², (druhý najväčší región v SR po Banskej Bystrici). Počet obyvateľov k 31. 12. 2005 dosiahol číslo 798 596, zaraďuje Prešovský kraj dokonca na prvé miesto na Slovensku. Nachádza sa tu aj najväčší počet okresov (13) a najvyšší počet obcí (666 – 23 miest a 643 dedín). V regióne žije 86 659 ľudí, ktorých okolia vníma ako Rómov, títo žijú v 252 obciach.

³³ Mušinka, A., (2007).

2 Užívanie drog v populácii

s *fokusovou skupinou* v komunite poloriadené interview, ktoré bolo zamerané na získanie informácií z niekoľkých okruhov (pracovné hypotézy), a to: prítomnosť „tvrdých drog“ v komunite, prevaha látok na báze organických rozpúšťadiel a fetovanie, interpohlavné rozdiely pri konzumácii alkoholu a tabaku, rozdiely medzi majoritnou populáciou a minoritnými skupinami pokiaľ ide o alkohol a fajčenie, výskyt užívania éteru, nadmerné užívanie liekov, abstinovanie od alkoholu a tabaku, interkomunitné rozdiely (mestský typ, dedinský typ, segregácia, integrácia). Na základe týchto a ďalších údajov výskumník pre každú komunitu vypracoval súhrnnú správu. Výskum sa realizoval v 70 rómskych komunitách, v ktorých žilo v roku 2007 56 906 Rómov, t. j. 65,7 % všetkých Rómov v PV.

Zistenia

Výskyt tvrdých drog³⁴ v rómskych komunitách sa potvrdil čiastočne, sú však zriedkavé. Ide o individuálne skúsenosti jedincov, ktoré nedosiahli väčšie rozšírenie a užívanie sa vyskytuje iba v časovo obmedzenom období. Tam, kde sa vyskytujú, majú stúpajúcu tendenciu, a to v mestskom prostredí, kanabis aj mimo. Dostupnosť týchto drog je podľa informácií informátorov veľká a v zásade je možné ich získať bez väčších problémov. Paradoxom je, že na výskyt „tvrdých drog“ má vplyv vyšší stupeň integrácie do majoritnej spoločnosti napr. formou pracovného pobytu v zahraničí.

Toluén sa užíva (inhaluje – fetuje) v niektorých rómskych komunitách aj verejne. Sú to komunity s veľmi nízkym sociálnym štatútom, a to nielen z pohľadu okolitej majority, ale aj z pohľadu Rómov ako takých. Užívatelia toluénu majú mnoho spoločných charakteristík, patria do sociálne najslabšej vrstvy v príslušnej komunite a sú v nej hodnotení veľmi negatívne.

Potvrdilo sa, že alkohol a cigarety sú v rómskych komunitách prítomné vo výraznej miere, ale konzumácia kolíše v závislosti od komunity. Nepodarilo sa preukázať mieru užívania alkoholu vo vzťahu medzi segregovanosťou alebo integrovanosťou, alebo vo vzťahu k sociálnej úrovni komunity. Nepotvrdil sa však ani predpoklad, podľa ktorého je užívanie alkoholu v rómskych komunitách vždy vyššie, ako medzi okolitou majoritou.

Čím je sociálna úroveň komunity nižšia, je aj nižší vek, kedy sa konzumácia alkoholu a fajčenie všeobecne tolerujú. Skôr sa toleruje fajčenie ako pravidelné užívanie alkoholu. Pravidelná konzumácia alkoholu sa výrazne netoleruje u žien. Výnimku tvoria sociálne najslabší členovia komunity alebo sociálne slabé komunity ako celok. Takmer v každej komunite sa vyskytli prípady, ktoré okolie považuje za alkoholikov a podobne je to aj v prípade výskytu osôb, ktoré sa liečili zo závislosti na ňom.

Deklarovaná abstinencia sa v rómskych komunitách vyskytuje, ale je zriedkavá. Výnimku tvoria respondenti, ktorí prestali užívať alkohol a tabak zo zdravotných dôvodov alebo príslušníci cirkvi Svedkov Jehovových. Medzi abstinentmi a nefajčiarmi sú ďaleko vo väčšej miere zastúpené ženy a starší. Rastie počet mladých, ktorí nefajčia s odvolaním na finančnú náročnosť takéhoto zlovyku, podobne je to aj s alkoholom. V tomto kontexte platí, že miera nefajčenia závisí od sociálnej a vzdelanostnej úrovne jednotlivca. V sociálne slabších komunitách sa z finančných dôvodov často viacej fajčí tabak ako cigarety.

V niektorých lokalitách (v 6 obciach) severovýchodného Slovenska sa priamo užíva chemická látka éter. Táto látka, ľudovo nazývaná Hoffmannské kvapky, sa v minulosti dovážala z Poľska, aktuálne sa získava aj v lekárnach, kde je voľne dostupný (avšak zároveň výrazne drahší).

Takmer vo všetkých rómskych komunitách je zvýšené užívanie voľne predajných liekov, a to aj v kombinácii s alkoholom. Ide najmä o analgetiká, anopyreτικά a benzodiazepíny.

Predpoklad o výrazných rozdieloch medzi mestami a dedinami v užívaní drog v rómskych komunitách sa potvrdil iba čiastočne. Neplatí však vo všeobecnosti, že v mestách je situácia výrazne horšia ako na dedinách. Na druhej strane v mestskom prostredí je možnosť získania drogy podstatne jednoduchšia.

³⁴ Vráťane marihuany.

2.3 Užívanie drog v rekreačnom prostredí a rekreačne³⁵

NMCD nedisponuje informáciami o osobitných prieskumoch užívania drog v rekreačných prostrediach v roku 2007.

Údaje z tu uvedených prieskumov potvrdzujú dostupnosť drog v rekreačných prostrediach. Mušinka a kol. (2007) uvádzajú, že mladí Rómovia v Prešove môžu získať bez väčších problémov extázu a marihuanu na diskotékach, ktoré sú buď čisto rómske, alebo sú na ne Rómovia púšťaní. V inom prieskume toho istého projektu³⁶ zo 600 respondentov 39,17 % (141) uviedlo, že s ponukou drogy sa stretli, a to zvyčajne na diskotéke, koncerte a párty, zriedkavo na ulici, internáte či na pracovisku.

Skúsenosť s drogou (v úrovni experimentovania) je spojená s kontaktnými činnosťami vo voľnom čase – hlavne stretnutiami s kamarátmi, návštevami podnikov, pohostinstiev, kaviarní a diskoték (Hradiská, E., 2007). Tí respondenti, ktorí mali skúsenosť s nelegálnymi drogami v prieskume UIPŠ tiež preferujú vo voľnom čase kontakty s rovesníkmi, návštevy diskoték, herní, reštaurácií a pohostinstiev. (Pétiová, M., 2008).

³⁵ Rekreačné užívanie drog – obvykle ilegálnych – v spoločenskom alebo relaxujúcom kontexte, bez následkov, teda bez drogovej závislosti alebo iných problémov. Pojem rekreačné užívanie (WHO, 1994), rozširuje EMCDDA o užívanie drog v zábavných nočných podnikoch s cieľom pobaviť sa (2002) a UNODC dokonca spresňuje termín o sociálnu motiváciu – užiť drogu medzi priateľmi v spoločenskom a akceptujúcom prostredí. Zdroj: Young People and Drugs, 2006.

³⁶ Bača, M., (ed.) a kol. (2007).

3 Prevencia

Prevencia s osobitným dôrazom na deti a mládež je jedným zo štyroch pilierov národnej stratégie. Najvýraznejšie kompetencie majú rezorty zdravotníctva a školstva, ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny a pri prevencii drogovej kriminality aj rezort vnútra, a ministerstvo spravodlivosti.

Vo vzťahu ku kľúčovým ukazovateľom drogovej situácie má prevencia charakter opatrení, resp. zásahov (intervencií), smerujúcich k cieľovým skupinám.

Primárny cieľ/ciele a cieľové skupiny určujú obsah³⁷ a následné formy realizácie preventívnych opatrení s odbornou podporou jestvujúcej „infraštruktúry“ (zariadenia a pomáhajúce profesie).

Táto kapitola je členená v súlade s požiadavkami EMCDDA a pre orientáciu doplnená maticou – tzv. všeobecným rámcom pre preventívne stratégie. Horizontálna os určuje zameranosť na cieľové skupiny (od všeobecnej populácie, resp. školskej populácie cez rizikové skupiny (selektívna prevencia) k rizikovým jednotlivcom, vertikálne osi špecifikujú prostredia (škola, komunita, rodina), kde sa cieľ prevencie realizuje.

Takáto štruktúra pre monitoring preventívnych intervencií, respektíve kategórií preventívnych aktivít/programov sa v praxi na Slovensku nevyskytuje. Ústav informácií a prognóz v školstve ako centrálny štatistický zdroj spracováva údaje vo vzťahu k prevencii ako aktivity/programy Centier výchovnej a psychologickkej prevencie a Pedagogicko-psychologických poradní, resp. ďalších špeciálnych školských zariadení a spracováva údaje o projektoch, ktoré v danom roku získali finančný príspevok z Protidrogového fondu.

Prostredie	Environmentálna stratégia	3.1 Univerzálna prevencia	3.2 Selektívna prevencia	3.3 Indikovaná prevencia
Škola	školský poriadok, podpora zdravia, školské prostredie	3.1.1 Intervencie pre žiakov a študentov	3.2.1 Intervencie určené žiakom/študentom s problémami v učení, so sociálnymi problémami, záškoláctvo	3.3.1 Intervencie zamerané na žiakov so syndrómom ADHD, poruchami správania
Komunita	Opatrenia a regulácia dostupnosti legálnych drog (dane, zákaz reklamy), kultúrne normy týkajúce sa legálnych drog, kanabisu, antisociálneho správania	3.1.2 Intervencie zamerané na mladých v alternatívnych voľnočasových zariadeniach, programy pre mladých mimo školy, v športových kluboch	3.2.2 Intervencie pre mladých delikventov, návštevníkov klubov, etnické skupiny, experimentujúcich	3.3.2 Následné intervencie pre pediatrických pacientov s ADHD, depresiou, poruchami správania
Komunita – rodina	Štýl výchovy voľný, autoritatívna	3.1.3 intervencie zamerané na rodinu	3.2.3 Intervencie zamerané na rizikové rodiny	3.3.3 Pomoc a podpora rodinám s rizikovým dieťaťom, závislým členom

Zdroj: EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1568EN.html>

³⁷ Podľa analýzy EMCDDA (2006) bolo zaradené Slovensko do skupiny 11 krajín, ktoré sú v kontexte prevencie (a liečby) nelegálnych drog prepojené aj na legálne drogy.

3.1 Univerzálna prevencia

3.1.1 Škola – Intervencie pre žiakov a študentov

Primárne ciele: Predísť vzniku drogových závislostí, resp. zvýšiť vek prvého kontaktu s drogou prostredníctvom výchovy k zdraviu, podpory a ochrany zdravia (alkohol, tabak, nelegálne drogy, sexuálne zdravie), redukcia výskytu sociálno-patologických javov.

Cieľová skupina: 940 022³⁸ žiakov a študentov

Environmentálna stratégia vo vzťahu k plneniu cieľov je sformulovaná v dokumente MŠ SR Pedagogicko-organizačné pokyny. Dokument je každoročne aktualizovaný a konkrétne reflektuje základný legislatívny rámec (školský zákon, Deklarácia práv dieťaťa), jednotlivé národné stratégie (resp. akčné plány), podpory zdravia, Národného programu pre problémy s alkoholom (NAPPA), programu pre kontrolu tabaku (NPKT), prevencie HIV/AIDS a Národný program boja proti drogám. Podľa Kopányovej (2008)³⁹ primárna (univerzálna) prevencia zahŕňa vytváranie optimálnych podmienok pre telesný, psychický a sociálny vývin detí a mládeže. Znamená konkrétne a najmä integráciu prevencie užívania psychoaktívnych látok a vzniku drogových závislostí do výchovno-vzdelávacieho procesu a vytvorenie pozície koordinátora prevencie.

3.1.1.1 Hodnotenie univerzálnej prevencie v prostredí školy

Štátna školská inšpekcia⁴⁰ v šk. roku 2006/2007 zisťovala aktuálny stav prevencie drogových závislostí ako súčasť výchovno-vzdelávacieho procesu na 360⁴¹ (245 ZŠ a 87 SŠ) školách prostredníctvom dotazníkového prieskumu medzi koordinátormi prevencie. Zistenia sa porovnávali s analogickým zisťovaním ŠSI v šk. roku 2002/2003 (Správa 2004 kapitola 3 s. 66).

Vo väčšine vykonávajú funkciu koordinátora prevencie v školách ženy (89 %). Zvýšil sa počet koordinátorov s dĺžkou praxe od 1 – 5 rokov (sú mladší). 94 % koordinátorov malo vypracovaný celoročný plán prevencie a naplň ich činnosti ich zaujíma, aj keď nie je ich jedinou činnosťou. Kladne hodnotili spoluprácu s odbornými školskými zariadeniami, a oproti predchádzajúcemu obdobiu najvýraznejšie sa zlepšila spolupráca so žiakmi, triednymi učiteľmi a rodičmi. Koordinátori majú záujem o ďalšie vzdelávanie.

Prvky prevencie sa najčastejšie uplatňujú v povinných vyučovacích predmetoch – v etickej a občianskej výchove a v náuke o spoločnosti. Zlepšila sa vybavenosť žiakov doplnkovými učebnými textami (DUT), na druhej strane sa znížil počet učiteľov, ktorí majú k nim metodickú príručku.

Aktuálne používané doplnkové učebné texty Nenič svoje múdre telo, Ako poznám sám seba, Ako sa stať sám sebou, Ako byť sám sebou obsahovo na seba nadväzujú a pokrývajú jednotlivé vekové kategórie v rámci stupňov vzdelávania. V roku 2007 k učebným textom pribudli multimediálne formy pre vzdelávanie učiteľov a študentov ZŠ a SŠ v oblasti prevencie alkoholizmu⁴² a ďalšie pre realizáciu programu „Vieme, že...“

Niektoré programy a projekty v roku 2007

Celoslovenská súťaž nefajčiarskych (*smoke-free class*) tried. V šk. roku 2006/2007 prebiehal druhý ročník za účasti 5 484 žiakov v 230 triedach na 66 školách. V priebehu polročného obdobia neporušilo základné pravidlá 149 tried (64 %) zo 41 škôl z celého Slovenska. Súčasťou súťaže bola aj výtvarná a literárna súťaž a súťaž o najkreatívnejšiu aktivitu v rámci škôl na tému nefajčenia.

„Normálne je nefajčiť“ je posolstvom internetového portálu www.nefajcite.sk Evanjelického lýcea v Banskej Bystrici. (Projekt MŠ SR Zdravie v školách).

³⁸ Počet žiakov a študentov, vrátane detí v MŠ v školskom roku 2006/2007 Zdroj: UIPŠ www.uips.sk/statis/index.html, stiahnuté 11. apríla 2008.

³⁹ Kopányová, A.: Terciárna/indikovaná prevencia v školstve, Prevencia 1/2008 s. 5 – 10.

⁴⁰ Správa ŠSI zo dňa 9. 10. 2007 ako súčasť správy MŠ SR pre zasadnutie Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog – marec 2008.

⁴¹ Ide o cca 10 % škôl v SR

⁴² Projekt Štátneho pedagogického ústavu v rámci MGS – Metodická pomôcka k (efektívnemu) využívaniu DVD „Alkohol – skrytý nepriateľ“ v školskom prostredí.

Aj projekt *Červené stužky*⁴³ sa realizoval v rámci toho istého projektu MŠ SR a bol určený pre cieľovú skupinu 14 – 18 ročných stredoškolákov. Reprezentuje ho celoslovenská kampaň boja proti AIDS, ktorú s podporou regionálnych štruktúr a odborných garantov⁴⁴ organizovali študenti Gymnázia sv. Františka v Žiline. Študenti poslancami kampane komunikovali so svojimi rovesníkmi a formou ankety získavali spätnú väzbu od účastníkov o možnostiach riešenia problému. Za najúčinnnejší prostriedok boja proti AIDS považovali títo mladí odborníci vedomosti o HIV/AIDS a prevenciu užívania drog.

Interaktívny preventívny program „Hrou proti AIDS“ (cieľová skupina vek 14 – 18 rokov) sa realizuje na školách pod gesciou Úradu verejného zdravotníctva SR, resp. jeho regionálnych úradov. Podľa publikovaných⁴⁵ informácií v Košiciach a okolí sa na školách (ZŠ a SŠ) v priebehu päťročného obdobia do konca roku 2007 programu zúčastnilo 4 194 žiakov a študentov z 30 škôl.

Získanie obrazu užívania drog a drogového povedomia 12 – 15 ročných detí, zamedzenie znižovania veku prvého kontaktu a overenie programu zvyšovania odolnosti voči negatívnym vplyvom si kladol za cieľ projekt primárnej prevencie rizikového správania na základných školách a osemročných gymnáziách Spoločenstva Evanjelickej mládeže (projekt MGS 2007).

Na redukciu výskytu sociálno-patologických javov a prevenciu delikvencie je zameraný preventívny program „**Vieme, že...**“⁴⁶. Od pilotného prieskumu v rokoch 2002 – 2003 na vzorke 530 respondentov v Nitre dospel do štádia komplexného programu a v šk. roku 2006/2007 sa realizoval na 223 školách a absolvovalo ho 4876 žiakov (13 – 17 ročných). Program (koncipovaný do pätnástich, resp. aktuálne už 18 lekcí) má požadované charakteristiky MUSTAP⁴⁷ (Multi-session, Standardized Printed); podporuje ho doplnkový učebný a tréningový text pre žiakov a metodická príručka pre lektorov programu. Vstupné a výstupné testy/škály sú informačné, postojové a sebahodnotiace. Sleduje sa, v ktorej oblasti programu nastala zmena postojov a ako sa zvýšila informovanosť v danej problematike (Správa 2007, časť 3.1.1.2).

Cesta k emocionálnej zrelosti

Dlhodobý a celoplošne⁴⁸ realizovaný preventívny program určený pre žiakov vo veku 12 – 15 rokov (v 6. až 9. ročníku ZŠ, prípadne v I. ročníku gymnázia) na získanie a posilňovanie psychologických a sociálnych kompetencií, ktoré fungujú ako ochranný faktor. Aj v tomto prípade ide o preventívny program typu MUSTAP. Program Cesta je hodnotený kvalitatívne, v dvojročných intervaloch zo strany pedagógov a zo strany účastníkov (Správa 2007, 3.1.1.2) a kvantitatívne. Sleduje sa počet zapojených škôl, počet tried, počet žiakov a aj počet pedagógov, ktorí prešli špeciálnou prípravou. V školskom roku 2006/2007 sa do preventívneho programu Cesta k emocionálnej zrelosti zapojilo celkom 511 škôl z toho 498 ZŠ. Početne najmenej účastníkov tohto preventívneho programu bolo v Bratislavskom regióne (2 208) a najviac v Košickom a Nitrianskom (5 163, resp. 4 489). Zapojenie ZŠ škôl do preventívneho programu z celkového počtu ZŠ (štátne, súkromné a cirkevné školy) predstavuje 33,79 % (zvýšenie o 1,2 %). Zapojenie žiakov II. stupňa ZŠ – celkovo 28 617 (v roku 2005/2006 27 735) z celkového počtu žiakov vo výchovno-vzdelávacom procese v školskom roku 2006/2007 bolo 9,89 % (Slovíková, M., 2008).

3.1.2 Univerzálna prevencia v komunite

Intervencie zamerané na mladých v alternatívnych voľnočasových zariadeniach, programy pre mladých mimo školy, v športových kluboch.

Environmentálnu stratégiu reprezentuje zákaz predaja a konzumácie alkoholu a cigariet maloletým (do 18 rokov), vykonávanie kontrol zameraných na ochranu mládeže a mladistvých pred podávaním a požívaním alkoholických nápojov a iných návykových látok v pohostinských zariadeniach vo večerných a nočných

⁴³ www.cervenestuzky.sk

⁴⁴ Národné referenčné centrum pre prevenciu HIV/AIDS a Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.

⁴⁵ Schnitzerová, E., Masica, I.: Projekt Hrou proti AIDS jedna z alternatív prevencie drogových závislostí. Prevencia 1/2008

⁴⁶ Zdroj: http://www.minv.sk/swift_data/source/policia/prevencia/viemeze.doc

⁴⁷ MUSTAP = koordinovaná zostava aktivít s potrebnou podporou tlačových materiálov (metodické príručky, manuály, pracovné zošity pre účastníkov). Program typu MUSTAP vyžaduje nevyhnutné vzdelávanie pedagógov, ktorí ďalej program aplikujú.

⁴⁸ V priebehu osemročného obdobia realizácie absolvovalo tento program na školách **306 775 žiakov** (307 598 žiakov spolu so stredoškôlkami) v 18 956 triedach. Program bol realizovaný vo výraznej miere na hodinách etickej výchovy (41,5 %) a na iných hodinách počas vyučovania (25,5 %). Mimo vyučovania ho absolvovali žiaci aj na triednických hodinách (22,2 %) a na besedách.

hodinách. Napriek regulácii je dostupnosť alkoholu a tabaku vysoká⁴⁹, a to aj pri vysoko efektívne nastavených cenách alkoholických nápojov vo vzťahu ku kúpnej sile obyvateľstva. SR je zaradená medzi krajiny s najväčším množstvom predajných miest a času predaja alkoholu v rámci EÚ. Rovnako Slovensko nepatrí medzi krajiny s optimálnymi opatreniami v oblasti kontroly a regulácie reklamy (sponzoringu) na alkohol. Prostredia, kde sa vykonávajú športové a relaxačné, oddychové aktivity, ktoré sú centrálnymi miestami sociálneho priestoru mládeže sú silne previazané s pitím alkoholu prostredníctvom rozsiahlych marketingových praktík⁵⁰.

Sú dostupné štatistické údaje (UIPŠ, 2008) zo školských výchovno-vzdelávacích zariadení, ktoré sú zamerané na starostlivosť o voľný čas detí a mládeže. Počet aktívnych voľnočasových zariadení, ktoré ponúkajú možnosti pravidelnej záujmovej činnosti (Školské strediská záujmovej činnosti) a aj príležitostnej (Centrá voľného času) sa oproti roku 2006 zvýšil (z 257 na 304).⁵¹ Pravidelná záujmová činnosť má najpočetnejšie zastúpenie vo formách telovýchovy a športu (3 058 krúžkov), kultúry a umenia (2 541). Z celkového počtu 153 701 účastníkov pravidelnej záujmovej činnosti 80 % tvorili deti do 15 rokov. Príležitostné podujatia absolvovalo 1 193 968 účastníkov, najviac účastníkov bolo na podujatiach z oblasti kultúry a umenia (336 098) a TV a športu (299 072). V roku 2007 bolo zorganizovaných 776 (729 v roku 2006) letných táborov, ktorých sa zúčastnilo 25 956 detí a mladých ľudí. Deti do 15 rokov tvorili 85,7 % (Slovíková, M., 2008).

Bližšie k alternatívnym voľnočasovým zariadeniam má sieť regionálnych osvetových stredísk, vybraných knižníc a ďalších kultúrnych inštitúcií rezortu kultúry. V úrovni univerzálnej prevencie participuje tento rezort v dvoch formách – voľnočasovými aktivitami a saturáciou kultúrnych potrieb obyvateľstva – vrátane detí a mládeže. Z prehľadu projektov osvetových centier podporených v roku 2007 PF boli takouto komunitnou formou univerzálnej prevencie, napr. projekt v Galante Mládež a zdravý životný štýl – prevencia DZ v organizáciách a neformálnych skupinách detí a mládeže, Rozprávka nám to povie – pre deti MŠ, Nebojme sa prevencie pre deti ZŠ (vzdelávanie detí o zdravom spôsobe života až po drogovú prevenciu (Žiar nad Hronom). V Bardejove – Nie drogám pre stredoškolskú mládež – beseda s odborníkom na danú problematiku a tvorivé dielne na podporu komunikačných schopností a sociálnych zručností.

Špecializované pracovisko rezortu kultúry – Kabinet sociálnej prevencie Národného osvetového centra zastrešuje prostredníctvom komplexu⁵² projektov výchovno-vzdelávacieho, edičného a poradenského charakteru oblasť „sociálnej prevencie“. Kľúčovým projektom v prevencii závislostí na alkohole, tabaku a nelegálnych drogách je celoštátna tematická výtvarná súťaž a putovná výstava s medzinárodnou spoluprácou „Prečo som na svete rád/a“. Od roku 1995, kedy bolo do I. ročníka súťaže prihlásených 292 mladých autorov, sa počet prihlásených prác zvýšil päťnásobne na 1 498 v roku 2007⁵³.

Cieľom projektu financovaného z MGS⁵⁴ bolo v Sládkovičove vytvoriť interdisciplinárny a efektívne fungujúci systém drogovej prevencie v meste.

Podľa informácií z magistrátu (12. 8. 2008) hlavné mesto SR Bratislava od r. 1995 každoročne uvoľňuje finančné prostriedky na programy a podporu projektov mimovládnych organizácií zameraných na prevenciu kriminality, prevenciu drogových závislostí a prevenciu iných sociálno-patologických javov, ako aj na vytváranie príležitostí pre využívanie voľného času detí mládeže. V roku 2007 podporilo mesto Bratislava 111 projektov vo výške 2,5 mil Sk (€⁵⁵ 74 008).

Projekt www.zodpovedne.sk⁵⁶ (ako národný projekt v rámci komunitárneho programu Safer Internet plus (www.SaferInternet.org) sa zaviedol s cieľom zvýšenia povedomia detí a mládeže o zodpovednom používaní internetu, mobilnej komunikácie a tým aj prevencie pred trestnými činmi. V rámci informovania o rôznych sociálno-patologických a psychopatologických javoch pokrýva však informačne aj otázku sebapoškodzovania drogami a odkazuje na ďalšie špecializované internetové zdroje www.infodrogy.sk a www.drogy.sk.

⁴⁹ Eurobarometer Flash 2008 – viac ako 90 % respondentov vo veku 15 – 24 rokov uviedlo, že získať alkohol alebo cigarety nie je problém.

⁵⁰ Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na obdobie rokov 2006 – 2010.

⁵¹ Slovíková, M., (2008).

⁵² Profilácia projektov cyklického vzdelávania edukačno-metodických podujatí so zameraním na špecifickú prevenciu závislostí, vzdelávanie prostredníctvom cielenej edičnej činnosti (s celorezortným i nadrezortným záberom) napr. informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry Sociálna prevencia, občasník Kultúra a prevencia závislosti.

⁵³ Hupková, I., 2008.

⁵⁴ MGS – pracovný názov pre projekty, ktorým boli poskytnuté prostriedky z Grantovej schémy - pozri

⁵⁵ 1€ = 33,78 Skk priemerný výmenný kurz v roku 2007 podľa NBS www.nbs.sk.

⁵⁶ Realizátori projektu sú MV SR, Slovenský výbor pre Unicef a občianske združenie eSlovensko, financovanie je zo zdrojov EÚ, MVSR, eSlovensko a komerčného sektora. Trvanie projektu je od augusta 2007 do apríla 2009, hlavná mediálna kampaň začala od januára 2008.

3.1.3 Univerzálna prevencia v rodine

Je súčasne typom komunitnej prevencie (rodina = komunita) a v praxi ojedinelá, napriek snahe odborníkov ju presadzovať – dôvodom je nezáujem rodičov. V registri projektov PF sa takto orientovaný program vyskytol v roku 2007 raz, a to v Dunajskej Strede. Moje hranice – pokračovanie víkendového vzdelávacieho stretnutia pre celú rodinu (sociálno-psychologický výcvik pre deti predškolského veku a ich rodičov).

3.1.4 Infraštruktúra

Všetky tu uvádzané programy a projekty prevencie sa realizujú priamo alebo v úzkej spolupráci s poradenskými, pedagogickými a psychologickými službami v rezorte školstva dostupných v každom okresnom meste. PPP a CVPP zabezpečujú profesionálnu supervíziu preventívnych aktivít a programov pre lokálnu úroveň, kde spolupracujú s množstvom ďalších subjektov. Zabezpečujú vzdelávanie⁵⁷ pedagógov a prípravu koordinátorov drogovej prevencie. V celoslovenskom meradle (Slovíková, M., 2008) realizovali CVPP v šk. roku 2006/2007 spolu 325 preventívnych programov⁵⁸, z toho pre rizikové skupiny 53 (cca 16 %), vrátane dvoch pre rodičov. Väčšina z nich mala dlhodobý a strednodobý charakter.

Preventívne programy iniciované PPP reprezentoval počet 313, z toho 59 % komunitné, najmä školské (134), viac ako polovica bola krátkodobých (162). Najväčšou cieľovou skupinou realizovaných preventívnych programov boli žiaci ZŠ.

S výnimkou rovesníckych programov nie sú štandardy pre preventívne programy a pri hodnotení len malého podielu programov (napr. zo zrealizovaných programov v šk. roku 2006/2007 bolo podľa štatistík UIPŠ hodnotených iba 37 – t. j. 11,38 %) ide o deskriptívnu úroveň, výnimočne o hodnotenie procesu. NMCD nemá informácie o hodnotenom programe/projekte so zapojením kontrolnej skupiny. Všetkých 25 projektov MGS bolo hodnotených z hľadiska efektívnosti vynaložených prostriedkov a ďalšej udržateľnosti projektu.

3.2 Selektívna prevencia

3.2.1 Škola – Intervencie určené žiakom/študentom s problémami v učení, so sociálnymi problémami, záškoláctvo

Diagnostiku (identifikáciu) rizikových faktorov u klientov – vo väčšine prípadov kontakt s týmito prípadmi odporúča rodičom škola – zabezpečuje v rezorte školstva sieť PPP (s CVPP), vrátane následných aktivít selektívnej (pre skupiny) a indikovanej intervencie (pre jednotlivcov). V štatistických hláseniach týchto školských zariadení (pozri 3.1.4), spracovávaných UIPŠ sú sledované dôvody príchodu klientov a vyhodnocované podľa zaradenia do niekoľkých kategórií (všetky majú potenciál byť rizikovými alebo spolupôsobiacimi faktormi pre vznik drogovej závislosti): 1. problémy v správaní, 2. osobnostné a psychické problémy a 3. sociálno-patologické javy.

Samotné fajčenie, užívanie alkoholu, liekov a užívanie nelegálnych drog, patologické hráčstvo je o.i. zaradené do kategórie sociálno-patologických javov. V šk. roku 2006/2007 boli tieto javy kvantitatívne registrované v 228 prípadoch (14 %) z celkového počtu 1 608.

⁵⁷ Vráťane špecializácie vlastných profesií – napr. projekt Účinná prevencia – dobrá investícia PPP v Martine (projekt MGS) sledoval posilnenie odbornosti a motiváciu tých pracovníkov poradní, ktorí pracujú s deťmi a mládežou v oblasti prevencie a rodičom ohrozených detí poskytnúť základné informácie z oblasti sociálno-patologických javov, pripraviť ich na možné riziká a v prípade potreby orientovať ich na poskytnutie pomoci.

⁵⁸ Najväčšou cieľovou skupinou u realizovaných preventívnych programov boli žiaci ZŠ. Zo zrealizovaných programov bolo podľa štatistík UIPŠ hodnotených iba 37 (11,38 %).

Tab. 3.1: Sociálno-patologické javy ako dôvod príchodu klientov do PPP a CVPP v šk. roku 2006/2007 (Slovíková, M., 2008).

	drogy	asociálna a antisociálna činnosť	patologické hráčstvo	členstvo v sekte, kulte	iné	spolu
PPP spolu	133 ⁵⁹	143	3	2	228	509
CVPP spolu	95	183	10	2	809	1 099
Spolu	228	326	13	4	1 037	1 608

Centrum výchovnej a psychologickéj prevencie⁶⁰ poskytuje špecifickú sociálnu, psychologickú a liečebno-výchovnú starostlivosť deťom ohrozeným sociálno-patologickými javmi v úzkej spolupráci s rodinou a prirodzeným sociálnym prostredím, spravidla ambulantnou formou, zúčastňuje na terénnej sociálnej práci a podieľa sa na výchovnom dohľade nad ohrozenými deťmi vrátane detí, u ktorých bola prerušená alebo zrušená nariadená ústavná výchova. Pri poskytovaní pomoci spolupracuje so zainteresovanými inštitúciami a inštitúciami občianskej spoločnosti. Zabezpečuje nepretržitú službu prvej pomoci deťom a rodinám v krízových životných situáciách. Táto služba môže byť spojená s krátkodobým ubytovaním.

3.2.2 Intervencie pre mladých delikventov, návštevníkov klubov, etnické skupiny, experimentujúcich, rizikové skupiny

Intervencia pre prvopáchateľov drogovej kriminality podľa modelu FreD je v štádiu výskumu a prípravy. (FreD goes net – Správa 2007, kap. 3.2.3)

Prevencia kriminality v zariadeniach ZVJS je podrobnejšie popísaná v časti 9.2.

Táto časť sa koncentruje na prevenciu drogových závislostí a prevenciu ďalšej kriminality u mladých delikventov vo veku 14 – 18 rokov umiestnených v Ústave na výkon trestu pre mladistvých v Sučanoch. V roku 2007 tu⁶¹ bolo umiestnených 331 mladých delikventov, z ktorých 34 (cca 10 %) uviedlo konzumáciu drogy v civilnom živote. K dispozícii je bezdrogová zóna s kapacitou 18 miest⁶² a na psychiatrickom oddelení 10 lôžok (z celkovo 33), kde drogový závislý delikventi absolvujú ochrannú liečbu. V roku 2007 sa v Ústave uskutočnilo najvyšší počet (333) aktivít, ktoré ZVJS definoval ako preventívne (prednášky, besedy, sociálno-psychologické výcviky, relaxačné tréningy, poradenstvo).

Drogy a prevencia – projekt v rámci MGS sledoval zvýšenie informovanosti o drogách u detí a ich rodičov zo sociálne znevýhodneného prostredia, vytvorenie možností na zmysluplné trávenie voľného času a zlepšenie spolupráce medzi školami a rómskou komunitou v okrese Zvolen.

Osvetové strediská realizovali niektoré projekty/tvorivé dielne osobitne pre rizikové (zraniteľné) skupiny. Mladí ľudia a zdravý životný štýl – prevenciou proti drogám – tvorivá dielňa boli cieľovou skupinou chovanci detských domovov.

K jestvujúcim zariadeniam nízkoprahového typu (Správa 2007, kap. 12.2.5) pribudlo nízkoprahové centrum „Priятие“ rovnomennej Humanitnej spoločnosti ako strediska pre prevenciu užívania návykových látok a terapiu vznikajúcich porúch správania skupinovú formou sociálno-psychologických výcvikov (projekt MGS – Spišská Nová Ves a Gelnica).

PF aj v roku 2007 podporil pokračovanie (Správa 2007 kap. 3.3) celého radu projektov zameraných na rizikové skupiny; denné pobytové tábory pre deti s poruchami správania, s ADHD⁶³, letné tábory pre deti zo sociálne znevýhodnených prostredí, celoročné tvorivé dielne, nízkoprahový klub Maják v Poprade, Klub M v Košiciach, pokračovanie projektu Zrkadlenie zameraného na prevenciu a resocializáciu emocionálne a sociálne narušených dievčat v reedukačnom domove.

⁵⁹ Najviac (96) ich zistených v PPP Trebišov.

⁶⁰ Zdroj: <http://www.ups.sk/preventivne-programy/> stiahnuté 20. 05. 2008.

⁶¹ GR ZVJS Slavkovský, A., 2008.

⁶² (jedna zo šiestich – kapacita 367 miest).

⁶³ Kežmarok – Terapeutický tábor pre deti s ADHD. Projekt nadväzuje na predchádzajúce pobytové tábory detí s ADHD a ich rodičov, zamerané na zvládanie základných školských zručností, posilnenie koncentrácie pozornosti a pod.

Niektoré aktivity v úrovni selektívnej prevencie pre rómske komunity sú popísané v kap. 9.1.2 – Program komunitnej sociálnej práce.

Aj v roku 2007 pokračovala celoplošná akcia Hľadané deti pod názvom „Vráťme deti do bezpečia“ (Slovenský výbor Unicef, PPZ a obchodná sieť TESCO stores). Správa 2007, kap. 3.3 a prevádzka bezplatnej Linky detskej dôvery.

3.2.3 Selektívna prevencia – rodina

Je vytvorená infraštruktúra pre poskytovanie kvalifikovanej pomoci a poradenstva pre rizikové rodiny (z rôznych sociálnych dôvodov, vrátane rodín so závislým členom). Predtým samostatná sieť centier poradensko-psychologických služieb (ďalej CPPS) bola však v roku 2005 začlenená pod úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej ÚPSVaR) ako referáty psychologických a poradenských služieb (RPPS) v rámci oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Pri tom prišlo k redukcii odborných pracovníkov – väčšinou psychológov a tento faktor sa výrazne podpísal aj pod redukcii selektívnej prevencie závislostí, ktoré RPPS v roku 2007 pokrývali iba v minimálnej miere.

RPPS poskytli psychologické poradenstvo, ktorého témou bola problematika závislostí klientom v roku 2007 v 143 prípadoch (v roku 2006 135 prípadov, kým ešte v roku 2005 to bolo 313 prípadov do septembra 2005). V roku 2007 išlo najmä o pomoc rodine, v ktorej sa vyskytla závislosť, motivácia experimentujúceho užívateľa, alebo závislého k liečbe. Téma závislosti na alkohole je však často súčasťou problematiky iného typu (napríklad problematiky partnerskej, rodinnej, rozvodovej a pod.)⁶⁴

Iné formy selektívnej prevencie, resp. opatrení⁶⁵ pre rizikové skupiny

Internetový portál www.infodrogy.sk, ktorý prevádzkuje oddelenie NMCD GSVMDZKD poskytuje anonymný prístup k medicínskym odborníkom a právnikovi od konca r. 2005. Celkovo bolo v štyroch poradniach, zameraných na všeobecné účinky drog, medicínske aspekty užívania a liečby drogových závislostí a pomoc rodičom a pedagógom a právne otázky súvisiace s dôsledkami produkcie, pestovania, držby a konzumácie skoro 1000 otázok. Prevažnú časť dotazov adresujú odborníkom rodičia, príbuzní a priatelia tých, čo majú problémy s drogami. V roku 2007 bolo zodpovedaných 387 otázok, čo predstavuje oproti predošlému roku 27 %-ný nárast⁶⁶.

Odborné poradenstvo cez internet poskytujú aktuálne tri CPLDZ z 5 špecializovaných zdravotníckych zariadení (CPLDZ Bratislava – www.drogy.sk, pozri aj kap. 7), OLUP Predná hora a CPLDZ Žilina).

3.3 Indikovaná prevencia

3.3.1 Intervencie zamerané na žiakov so syndrómom ADHD, poruchami správania Infraštruktúra

Pre komplexné riešenie problémov jednotlivcov, ktoré sa nedajú zvládnuť ambulantným spôsobom (CVPP) má sektor školstva k dispozícii aj špeciálne ústavné výchovné zariadenia v roku 2007 spolu 32 (v roku 2006 – 31). Patrilo sem 8 reedukačných detských domovov, 9 reedukačných domovov pre mládež, 2 reedukačné domovy pre matky s deťmi, 8 liečebno-výchovných sanatórií⁶⁷, 3 diagnostické centrá pre deti a 2 pre mládež. V týchto zariadeniach bolo evidovaných spolu 1 333 chovancov (v roku 2006 – 1335). Deti do 15 rokov predstavovali 43,14 % (575), čo predstavuje mierny nárast oproti minulému obdobiu (Slovíková, 2008).

Najviac detí a mladých ľudí z celkového počtu 1333 bolo umiestnených v reedukačných zariadeniach (813 – 61 %), 30 % boli dievčatá, vrátane 25 mladých matiek so svojimi deťmi.

Program preventívneho zásahu v Liečebno-výchovnom sanatóriu Bratislava a tri vybrané regióny SR si v roku 2007 kládol za cieľ eliminovať riziko drogovej alebo inej závislosti klientmi LVS, participovať na vylepšení sociálnej klímy primárneho prostredia klientov a ich rodín, navodiť a pozorovať možné zmeny v správaní klientov a získané skúsenosti spracovať formou metodiky priebehu preventívneho zásahu (projekt MGS).

⁶⁴ Hambálek, V., 2008 – Správa pre NMCD.

⁶⁵ Správa 2007 kap. 12 – Zraniteľné skupiny mladých ľudí.

⁶⁶ Frančík, J., 2008 Čistý deň 3/2008 s. 7.

⁶⁷ Najmä vo vzťahu k ADHD.

3.3.2 Následné intervencie pre pediatrických pacientov s ADHD, depresiou, poruchami správania

Žiadne nové informácie oproti informáciám uvedeným v Správe 2006, kap. 11.3.

3.3.3 Pomoc a podpora rodinám s rizikovým dieťaťom, závislým členom

Okrem školských zariadení v tejto úrovni indikovanej prevencie nadobúdajú na dôležitosť opatrenia sociálnej kurately⁶⁸. Tieto boli z dôvodu drogovej závislosti alebo experimentovania s drogami vykonané v roku 2007 spolu pre 338 detí (o 30 viac ako v roku 2006). Z tohto počtu bolo 15 deťom uložené výchovné opatrenie – liečba v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a 24 deťom výchovné opatrenie vo forme nariadeného pobytu v resocializačnom stredisku pre drogozo závislých.

Problémy spojené s užívaním drog sa riešili taktiež v krízových strediskách⁶⁹, ktoré v roku 2007 poskytovali ambulantnú a pobytovú starostlivosť z dôvodu drogovej a inej závislosti. Z celkového počtu klientov (2870) tvorila klientela detí a/alebo rodičov s týmto problémom 8 %, z toho viac detí (128).

⁶⁸ Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele vytvoril priestor na vykonávanie rôznych metód práce v otvorenom prostredí, na vykonávanie výchovných opatrení (napr. nariadenie pobytu maloletému v resocializačnom stredisku pre drogozo závislých, uloženie povinnosti dieťaťu zúčastniť sa liečby v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, uloženie dieťaťu povinnosti zúčastniť sa na výchovnom programe alebo sociálnom programe); možnosť zriaďovať špecializované samostatné skupiny pre drogozo a inak závislé deti v detských domovoch; zavedenie akreditácie a pod.

⁶⁹ Napr. špecializované krízové stredisko UNICORNIS (in: Správa 2006 Kap. 11 Užívanie drog u detí a mládeže (do 15 rokov) a problémy s tým spojené).

4 Problémové užívanie drog

Definícia problémového užívania drog použitá pri odhadoch prevalencie a incidencie v SR a pre zber a analýzu dát do predkladanej správy, je v zhode s operačnou/pragmatickou definíciou EMCDDA ustanovenou pre potreby kľúčového ukazovateľa Problémové užívanie drog: (PDU). Za problémové užívanie drog je tu považované „injekčné alebo dlhodobé/pravidelné užívanie opiátov, kokaínu a/alebo amfetamínov vo vekovej skupine 15 – 64 v danom roku“.⁷⁰

Jedinú odchýlku v obsahovom naplnení definície na Slovensku predstavujú užívatelia kokaínu, ktorých je aj podľa ďalších ukazovateľov na Slovensku málo a v odhadoch nevystupujú. Užívanie opiátov je reprezentované predovšetkým užívaním heroínu, z amfetamínov je to užívanie metamfetamínu známeho ako pervitín.

Údaje o problémových užívateľoch v liečbe vychádzajú takisto z konceptu EMCDDA pre kľúčový ukazovateľ Dopyt po liečbe.⁷¹ Pri zbere údajov sú k dispozícii diagnostické kategórie podľa MKCH-10, zaznamenávané na štvormiestnej úrovni.

Podľa posledného odhadu z roku 2007 môže byť v SR od cca 12 800 do cca 34 800 problémových užívateľov drog v zmysle uvedenej definície, so stredným odhadom 17 900, čo predstavuje približne 4,71 v prepočte na 1 000 obyvateľov danej vekovej skupiny⁷². Väčšiu časť z nich, zodpovedajúcu približne 55 % odhadovanej populácie problémových užívateľov drog, predstavujú užívatelia opiátov, predovšetkým heroínu, ostatní užívajú primárne pervitín.

Problémovosť užívania u odhadovanej populácie je zdôraznená skutočnosťou, že injekčné užívanie medzi klientmi nízkoprahových centier predstavuje 100 %.

Z regionálneho hľadiska sa výraznejšie nezmenila prevalencia v hlavnom meste Bratislava v porovnaní s ostatným územím Slovenska (približne 20 %).

Pri porovnaní s predchádzajúcimi odhadmi prevalencie problémového užívania uskutočňovanými rovnakou metódou⁷³ možno konštatovať jej ustálený stav.

4.1 Odhady prevalencie a incidencie

V poslednom období sa v SR neuskutočnili žiadne odhady incidencie problémového užívania drog.

Odhad prevalencie problémového užívania drog za rok 2007 bol realizovaný multiplikačnou metódou z údajov o klientoch nízkoprahových služieb – mimovládnych organizácií poskytujúcich služby v oblasti harm-reduction. Tento odhad nadväzuje metodologicky na odhady z rokov 2005 a 2006, kde bola použitá rovnaká metóda i rovnaké zdroje dát. Základom multiplikátora vo všetkých troch po sebe idúcich odhadoch bol podiel problémových užívateľov drog, ktorí boli v kontakte s nízkoprahovými službami v roku 2005 („in-treatment rate“, ITR).

Výsledky odhadov sú prehľadne uvedené v tabuľke 4.1.

⁷⁰ EMCDDA: Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Lisabon, EMCDDA, 2004

⁷¹ EMCDDA: Treatment demand indicator standard protocol 2.0. Scientific report. Lisabon, EMCDDA, 2000

⁷² Kiššová, L. (2008): Odhad problémových užívateľov drog za rok 2007. Monitorovacia štúdia, 2008, nepublikované.

⁷³ Mravčík, V., Kiššová, L.: Prevalenčný odhad problémových užívateľov drog na Slovensku, Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 5 (2006), s. 259 – 272

Tab. 4.1: Odhad problémových užívateľov drog v SR vo vekovej skupine 15 – 64 rokov za roky 2005 až 2007 (Zdroj: Kiššová, L., (2008): Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008, nepublikované).

	Rok	Odhad PDU – stred	Dolná hranica	Horná hranica	Stred rel./1000
Celkom v SR mimo Ba	2005	14 800	10 300	28 100	4,18
	2006*	14 700	10 100	29 300	4,29
	2007	13 900	9 300	30 300	4,03
Celkom v SR	2005	18 300	13 500	32 200	4,76
	2006*	18 400	13 400	33 500	4,89
	2007	17 900	12 800	34 800	4,71

* Vo Výročnej správe za 2006 boli uvedené odhady PDU v prepočte na celú populáciu. Tu je uvedený odhad za populáciu 15 – 64.

Údaj za posledný rok by mohol naznačovať mierny pokles prevalence problémového užívania v rámci Slovenska, keďže aj spodná hranica odhadu je nižšia oproti odhadom z predchádzajúcich rokov. V kontexte ďalších ukazovateľov, poukazujúcich na stagnáciu až mierny pokles v trendoch užívania opioidov na Slovensku v posledných rokoch, a s tým súvisiaci pokles injekčného užívania⁷⁴, by sa dalo prikloniť k takejto interpretácii. Na druhej strane v roku 2007 bol v liečbe po dlhšom čase stáleho úbytku (od roku 2001) zaznamenaný nárast užívateľov opioidov u prvoliečených a to nielen ako percentuálny podiel všetkých prvoliečených, ale tiež v absolútnych číslach. Navyše, aj horná hranica odhadu problémového užívania oproti predošlým rokom vzrástla. Pri takto zväčšenom rozptyle odhadovaných hodnôt na hranici spoľahlivosti 95 % je preto zaznamenaný pokles strednej hodnoty prevalence len relatívny a pri nejednoznačnosti sprievodných údajov je pravdepodobnejšie, že ide skôr za kolísanie hodnoty v daných medziach než za reálny obraz trendu.

Takisto netreba preceňovať posun v odhadoch prevalence problémového užívania na regionálnej úrovni, kde odhady poukazujú na možnosť postupného nárastu problémového užívania v regióne hlavného mesta Bratislavy oproti ostatným regiónom od roku 2005 – ani tu daný rozptyl neumožňuje jednoznačný záver, že ide o trend. Treba mať tiež na pamäti, že informácia o počte problémových užívateľov, ktorí sú klientmi mimovládnych organizácií pôsobiach v oblasti harm-reduction, použitá pre stanovenie odhadu, je senzitívna na dostupnosť týchto služieb a aj jej mierne odchýlky (napríklad v dôsledku zhoršenia podmienok financovania, ktoré u týchto organizácií nie je na Slovensku garantované alebo pri poklese záujmu o dobrovoľnícku terénnu prácu) môžu mať pri multiplikácii výrazný dopad na výslednú hodnotu.

Významným faktorom použitej metódy je tiež odhad populácie, ktorá v problémovom užívaní drog neostáva skrytá a vstupuje do kontaktu s organizáciami poskytujúcimi služby užívateľom drog („in-treatment rate“)⁷⁵. V tomto zmysle by skutočnosť, že pre všetky uvedené odhady v rokoch 2005 – 2007 bol použitý rovnaký ITR multiplikátor, mohla byť ich stabilizujúcim prvkom. Na druhej strane však limituje interpretáciu údajov, pretože neodráža aktuálny stav vo využívaní služieb harm-reduction klientmi.

Za ustálený možno považovať tiež podiel jednotlivých podskupín odhadovanej populácie problémových užívateľov drog (tab. 4.2).

⁷⁴ Šteliar, I., Okruhlica, L.: Decrease of Drug Injecting Associated with Changes on Drug Scene, prezentácia na 7. medzinárodnej konferencii EUROPAD, Bratislava, 2006.

⁷⁵ Šteliar, I., Okruhlica, L.: Príspevok k problematike odhadu problémového užívania drog na príklade pre Bratislavu, Alkoholizmus a drogové závislosti, 42,3 (2007), s. 129 – 144.

4 Problémové užívanie drog

Tab. 4.2: Odhad jednotlivých podskupín užívateľov drog patriacich do definície PDU (Zdroj: Kiššová, L., (2008) Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008, nepublikované).

Rok	užívatelia opiátov			užívatelia pervitínu			injekční užívatelia		
	Stred	Interval	Rel.	Stred	Interval	Rel.	Stred	Interval	Rel.
2005	10 200	7 500 – 18 000	2,7	8 100	6 000 – 14 200	2,1	18 000	13 300 – 31 600	4,66
2006	10 100	7 400 – 18 400	2,6	8 200	6 000 – 15 000	2,1	18 374	13 400 – 33 400	4,74
2007	9 800	7 000 – 19 000	2,5	8 000	5 700 – 15 700	2,1	17 900	12 800 – 34 800	4,71

* Vo Výročnej správe za 2006 boli uvedené odhady PDU v prepočte na celú populáciu. Tu sa uvádza odhad za populáciu 15 – 64.

Zdá sa, že pokiaľ ide o injekčné užívanie, v populácii problémových užívateľov drog nedochádza k jeho poklesu, ako to vidno napríklad u užívateľov vstupujúcich do liečby. Tento stabilizovaný trend možno sčasti vysvetliť použitou definíciou problémového užívania – odhad sa týka prevalence dlhodobého/pravidelného užívania, ktoré je najmä u opiátov často spojené práve s injekčnou aplikáciou drogy. Sčasti ho vysvetľuje aj použitý zdroj údajov - služby poskytované nízkoprahovými mimovládnyimi organizáciami v oblasti harm-reduction sú zamerané práve na skupinu injekčných užívateľov drog ako na vysoko rizikovú skupinu (výmeny/poskytovanie ihl a striekačiek).

Podskupiny problémových užívateľov opiátov a pervitínu tvoria aj pri miernom poklese strednej hodnoty odhadov proporcionálne ustálené zložky populácie problémových užívateľov drog, čo korešponduje s ustáleným počtom opakovane liečených (dlhodobých/chronických) užívateľov týchto drog v liečbe.

Povaha odhadov prevalence problémového užívania drog závisí značne od použitej metódy. Možno konštatovať, že pri použití vybranej metódy dávajú odhady na Slovensku konzistentné výsledky, ktoré z väčšej časti korešpondujú aj s ďalšími odhadmi⁷⁶ a naznačované trendy zodpovedajú zisteniam ostatných indikátorov.

4.2 Problémoví užívatelia drog v liečbe

Problémoví užívatelia drog tvoria medzi liečenými dlhodobo podstatnú časť, aj keď ich podiel, ktorý v deväťdesiatych rokoch minulého storočia dosahoval až približne 83 %, postupne klesal, aj tak je však relatívne vysoký a v posledných rokoch dosahoval okolo 70 %. Ako klasifikačné kritérium pre zaradenie/vylúčenie boli použité diagnózy F11.2, resp. F15.2 a do tejto skupiny boli pripočítaní ešte aj všetci tí, ktorí udávajú injekčné užívanie akejkoľvek drogy za posledných 30 dní.

Z hľadiska problémového užívania je významná najmä skupina užívateľov opioidov a stimulancií amfetamínového typu. Tiež skupina prvoliečených, kde sa v rámci liečby najlepšie odráža situácia v užívaní, ako aj skupina opakovane liečených, kde je zase vysoký podiel chronických užívateľov, kde je vyššia pravdepodobnosť problémového užívania. Význam má ďalej tiež spôsob užívania primárnej drogy, z hľadiska indikátora teda injekčné užívanie uvedených drog, ale aj ďalšie charakteristiky rizikového správania, napríklad aktuálna injekčná aplikácia aj inej drogy (nielen primárnej), denné užívanie a pod.

4.2.1 Charakteristika liečených užívateľov drog

Celkový počet liečených bol v roku 2007 vyšší o 58 oproti predchádzajúcemu roku – v liečbe bolo hlásených 1985 prípadov.

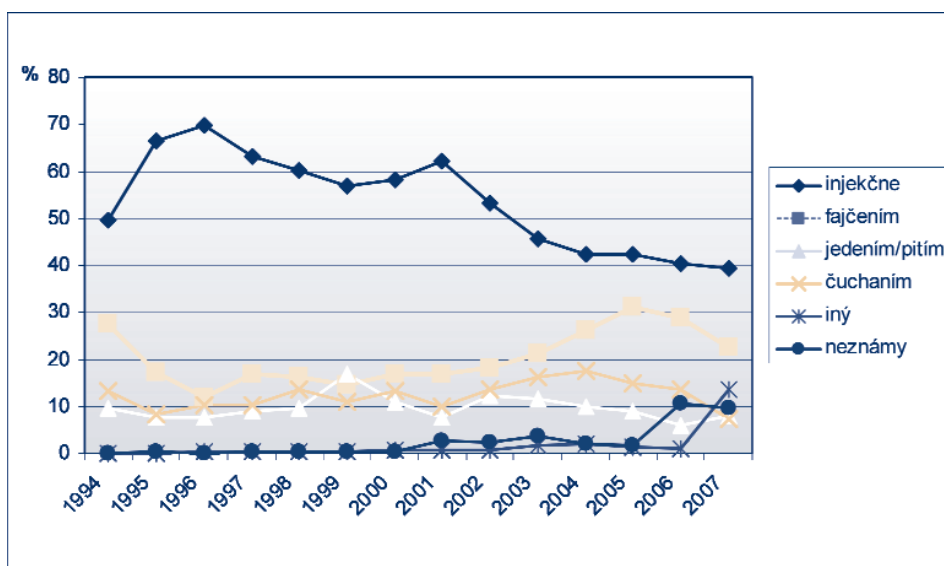
Aj v roku 2007 pokračovalo osobitné sledovanie skupiny polyužívateľov, užívajúcich viac drog súčasne bez toho, aby bolo možné jednoznačne diagnosticky určiť v zmysle protokolu, ktorá z nich je primárna. Veľká časť týchto pacientov užívala súčasne heroín a pervitín a podľa pôvodnej metodiky by sa s vysokou pravdepodobnosťou rozdelila do skupiny opiátových pacientov a do skupiny pacientov-užívateľov amfetamínových stimulancií. Viacnásobní užívatelia predstavovali v roku 2007 9,4 % z počtu prvoliečených a 10,4 % z počtu opakovane liečených a ako u jedných, tak aj u druhých sa ich podiel oproti predchádzajúcemu roku nevýrazne zmenšil (z 9,7 %, resp. z 11,6 %).

⁷⁶ Klempová, D.: Problémové užívanie drog In: Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR (národná správa pre REITOX) Bratislava 2004, s. 76 – 82.

Pomer opakovane liečených a prvoliečených v roku 2007 bol 1,3 : 1, čo by nasvedčovalo väčšiemu výskytu chronických/dlhodobých užívateľov oproti novým, krátko užívajúcim pacientom. Rozdiel však nie je príliš zreteľný a môže byť spôsobený aj povahou ochorenia, kedy ľudia s opakovanými/dlhodobými problémami kvôli užívaniu drog majú väčšiu tendenciu zotrvať v liečbe. Tým skôr, že uvedený zovšeobecnený pomer neplatí pre všetky skupiny drog – kým u opioidov je tento pomer dlhodobo v prospech opakovane liečených (v roku 2007 to bolo 2,5 : 1), u stimulancií amfetamínového typu (pervitin) je tento pomer obrátený, teda 1 : 1,3 v prospech prvoliečených.

Pokiaľ ide o spôsob podávania, pokračoval u liečených v zdravotníckych zariadeniach SR klesajúci trend v injekčnom podávaní, ktorý pretrváva od roku 2001 (Obr. 4.1). Pri podrobnejšom pohľade však možno zistiť, že tento trend v roku 2007 pokračoval len v skupine prvoliečených. U opakovane liečených došlo v roku 2007 po predchádzajúcom poklese k zvýšeniu percentuálneho podielu injekčných užívateľov zo všetkých pacientov, na 49 % oproti 43 % v roku 2006, a pri klesajúcom počte liečených bol tento nárast aj absolútny (397 oproti 348 v roku 2006). Keďže ide o ojedinelý nárast a celkový trend je klesajúci, je predčasné hodnotiť tento fakt ako zmenu správania.

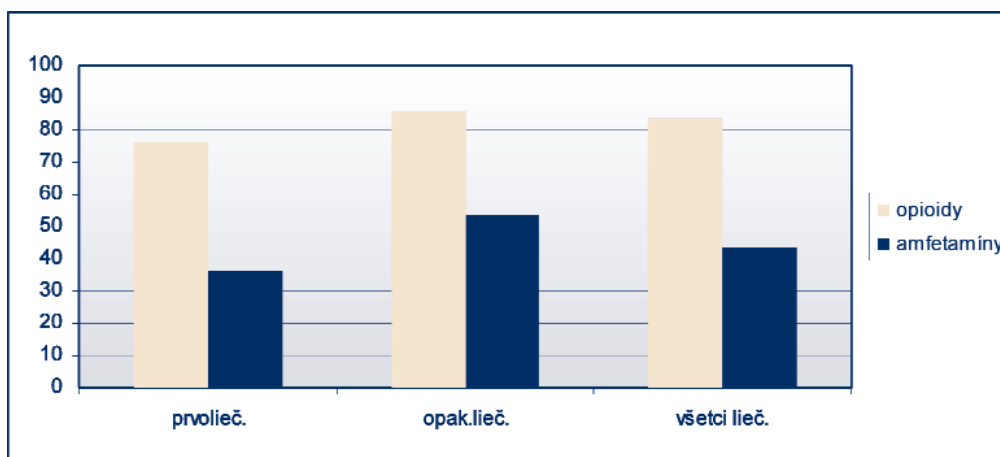
Obr. 4.1: Percentuálny podiel injekčného užívania primárnej drogy u liečených pacientov v SR (Zdroj: NCZI ST 34). Trendy v podávaní primárnej drogy u hlásených pacientov.



U liečených užívateľov opioidov je podiel injekčného podávania primárnej drogy od 76 % u prvoliečených, až po 86 % u opakovane liečených. V skupine všetkých liečených užívateľov opioidov je podiel injekčného podávania primárnej drogy 83 %.

U liečených užívateľov amfetamínových stimulancií (pervitin) je podľa očakávania nižší podiel injekčného užívania primárnej drogy: 36 % u prvoliečených, 54 % u opakovane liečených a 44 % v súbore všetkých liečených užívateľov amfetamínových stimulantov (Obr. 4.2).

Obr. 4.2: Podiel injekčného užívania primárnej drogy u užívateľov opioidov a amfetamínových stimulantov, u prvoliečených, opakovane liečených a všetkých liečených (Zdroj: NCZI 2008 pre ST34).

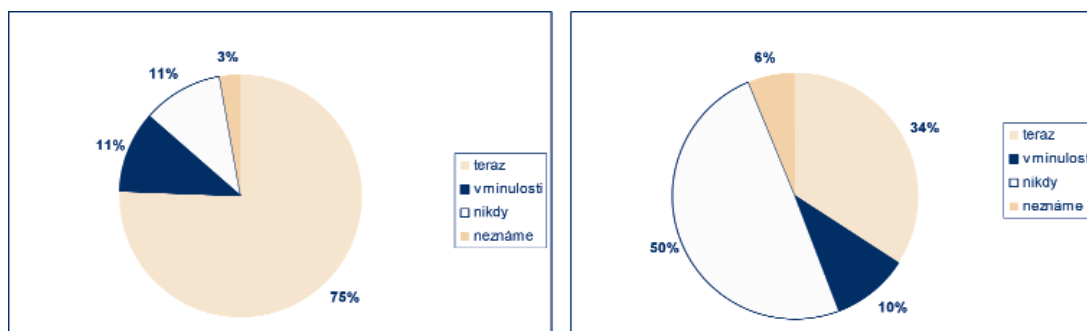


4 Problémové užívanie drog

U pacientov prichádzajúcich do liečby sa tiež zisťuje, či užívajú injekčne aj iné drogy, okrem primárnej. U pacientov liečených v súvislosti s užívaním opioidov je vysoká prevalencia súčasného užívania injekčnej ihly/striekačky – len 5 % ich uvádza, že nikdy v živote doposiaľ nepoužili striekačku/ihlu; bezmála 80 % ich používa injekčnú ihlu/striekačku v súčasnosti (posledných 30 dní). U prvoliečených pacientov so závislosťou na opiátoch je tento podiel len o niečo menší – 76 %.

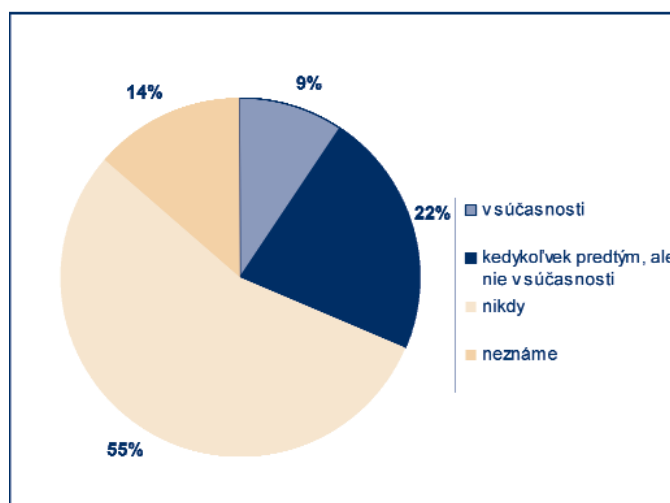
Lepšia je situácia v skupine pacientov liečených kvôli užívaniu stimulancií amfetamínového typu (pervitín), kde skoro rovnaká časť, aká uvádza súčasné užívanie injekčnej ihly/striekačky (40 %), ihlu alebo striekačku nikdy neužívala a neužíva (39 %). U prvoliečených užívateľov amfetamínových stimulantov je podiel tých, ktorí nikdy doposiaľ neaplikovali žiadnu drogu injekčne, ešte vyšší – takmer 50 % (obr. 4.3 a – b).

Obr. 4.3 a – b: Porovnanie výskytu injekčného užívania akejkoľvek drogy niekedy v živote u prvoliečených pacientov užívajúcich opioidy a amfetamíny (Zdroj: NCZI 2008 pre ST 34).



Významným rizikovým faktorom je spoločné používanie injekčného náčinia – striekačky alebo ihly. Aj keď na jednej strane skoro štvrtina liečených užívateľov drog priznala niekedy v minulosti alebo súčasnosti spoločné použitie ihly/striekačky s iným drogovým závislým a je vysoká pravdepodobnosť, že značná časť pacientov, u ktorých je odpoveď na túto otázku neznáma, pravdepodobne tiež spoločne používa ihlu a/alebo striekačku. Je potešiteľné, že viac ako polovica pacientov v liečbe (55 %) zatiaľ vo svojom živote nepoužilo ihlu alebo striekačku spoločne s niekým iným (obr. 4.4).

Obr. 4.4: Spoločné použitie injekčnej striekačky a/alebo ihly s iným užívateľom drog.



Pokiaľ ide o frekvenciu užívania, najrizikovejšie denné užívanie sa vyskytlo až skoro u troch štvrtín pacientov liečených kvôli problémom s užívaním opioidov (73 %). V skupine liečených užívateľov amfetamínových stimulantov (pervitín) bolo najčastejším denné užívanie (u 40 % užívateľov), druhé najčastejšie bolo užívanie 2 – 6 krát do týždňa (takmer 30 %). Podľa očakávania, u prvoliečených bola denná frekvencia užívania menej častá, ako u opioidov, tak aj u stimulancií.

Z hľadiska začiatku užívania primárnej drogy sa javí ako najrizikovejší vek 15 – 19 rokov, kedy prvýkrát užilo opioidy 51,4 % prvoliečených a amfetamíny v tomto veku užilo až 60,6 % prvoliečených.

Geografické hľadisko možno posudzovať z dvoch stránok: podľa geografického rozloženia služieb, t. j. podľa miesta zdravotníckeho zariadenia, kde sa pacienti liečia alebo podľa trvalého bydliska užívateľov.

Najviac požiadaviek na liečbu v roku 2007 bolo v Bratislavskom kraji. Z prvoliečených sa v zdravotníckych zariadeniach tohto kraja liečilo 36,4 %, z opakovane liečených to bolo až 50,2 %. Môže to byť dôsledok epidémie užívania heroínu, ktorá ako prvé postihla práve hlavné mesto a jeho okolie a zanechala viac ľudí s pretrvávajúcimi zdravotnými problémami, alebo z iného pohľadu aj známka toho, že v odpovedi na túto epidémiu bola práve v tomto regióne najlepšie sprístupnená a vybudovaná sieť služieb pre ľudí so závislosťou.

Z pohľadu trvalého bydliska pacienta sa takisto najviac pacientov liečilo z Bratislavského kraja. U prvoliečených to bolo 30,1 %, u opakovane liečených 46,3 %. Zaujímavé je, že druhá najpočetnejšia skupina prvoliečených pacientov má trvalé bydlisko v Banskobystrickom kraji, kým u opakovane liečených je to v Nitrianskom kraji a Banskobystrický kraj, je čo do počtosti až na piatom mieste.

Je tiež trochu prekvapujúce, že kraj s druhým najväčším mestom na Slovensku, Košický, nevystupuje pri regionálnom hodnotení situácie do popredia, ani pokiaľ ide o liečenie v tamojších zariadeniach, ani pokiaľ ide o početnosť pacientov s trvalým bydliskom v tomto kraji.

Pokiaľ ide o sociodemografické charakteristiky súboru liečených vo všetkých rezortoch, trochu neočakávaný je rovnaký – ba o niečo vyšší – podiel mužov v skupine prvoliečených, ako v skupine všetkých liečených (cca 80 %).

Aj v roku 2007 sú najväčšou skupinou pacientov v liečbe z hľadiska ekonomického statusu nezamestnaní (56 %). Ľudia s pravidelnou ekonomickou aktivitou – zamestnaní alebo študenti tvoria 19 % resp. 13 % a je to zrejme skupina, u ktorých užívanie ešte nenadobudlo charakteristiky problémového, aby ohrozilo ich sociálne fungovanie – či už pre typ užíwanej drogy, osobné dispozície, alebo zatiaľ krátku dobu užívania - prípadne to môžu byť aj takí, ktorí aj pri ťažkom užívaní dosahujú dobré výsledky v liečbe.

4.3 Problémoví užívatelia z nezdravotníckych zariadení

Pokiaľ ide o informácie o problémovom užívaní, najväčší význam má popri priamych terénnych štúdiách a odhadoch informácia z nízkoprahových terénnych programov, ktoré prichádzajú do kontaktu s najväčšou časťou populácie problémových užívateľov drog, aj s tou, ktorá ostáva u iných zdrojov skrytá.

4.3.1 Problémoví užívatelia drog navštevujúci programy výmeny ihl a striekačiek

Údaje o štruktúre klientov terénnych programov sú k dispozícii vďaka priamej spolupráci všetkých MVO s NMCD. K zberu údajov slúži špeciálny dotazník týkajúci sa štruktúry klientov a druhov nimi poskytovaných služieb. V tabuľkách uvádzaných v tejto kapitole nie je možné vylúčiť duplicitu.

Pri analýze informácií z týchto organizácií je potrebné mať na pamäti, že aj keď informačne pokrývajú rôzne oblasti Slovenska, výsledný obraz je skôr mozaikovitou informáciou, pretože aktivity a dosah týchto organizácií sú pomerne úzko viazané na región (obvykle mesto), v ktorom pôsobia.

Z celkového počtu klientov tvoria užívatelia drog 94 %, pričom ide o injekčných užívateľov vzhľadom na charakter programu. U klientov, pri ktorých bola určená primárna droga tvorili 35,2 % užívatelia heroínu a 34,5 % užívatelia pervitínu, asi 19 % tvorili užívatelia, pri ktorých sa nedala určiť primárna droga a išlo hlavne o užívateľov kombinujúcich heroín a pervitín. Užívatelia pentazocínu (Fortral) v Košiciach tvorili 2,8 % z celkového počtu klientov na Slovensku, a rovnako ako po minulé roky užívatelia Subutexu takmer 3 %.

4 Problémové užívanie drog

Tab. 4.3: Štruktúra klientov harm-reduction organizácií (Zdroj údajov: NMCD, 2008a).

	2005	2006	2007	Podiel v roku 2007
Klienti	3979	3 957	4023	-
z toho počet užívateľov	3773	3722	3812	100
z toho injekční	3576	3560	3658	96,0
Heroín	1430	1452	1341	35,2
Kokaín	0	7	6	0,2
Pentazocín (Fortral)	247	162	107	2,8
Pervitín	1418	1403	1314	34,5
kombinácia heroín, pervitín	436*	437*	722	18,9
Subutex	109	109	102	2,7
Prchavé látky	5	5	22	0,6
Extáza	10	10	-	-
Kanabionidy	6	6	-	-
Ostatné (napr. alkohol a pod.)	112	131	198	5,2

* Odhad

Nárast počtu klientov, problémových užívateľov drog, je možné pozorovať v Bratislave – 2657 v roku 2005 a 2913 v roku 2007, pričom v ostatných organizáciách harm-reduction pôsobiach mimo Bratislavu počet PDU klientov klesá – 873 v roku 2005 a 747 v roku 2007.

Tab. 4.4: Problémoví užívatelia drog v kontakte s nízkoprahovými organizáciami (Zdroj údajov: NMCD, 2008a).

Rok	Počet klientov	Počet klientov klasifikovaných ako PDU	– z toho injekčných užívateľov	– z toho užívateľov opiátov	– z toho užívateľov pervitínu	– z toho kombinácia viacerých drog (najmä heroínu a pervitínu)
2004	3 401	-	-	-	-	-
2005	3 979	3 640	3 576	1 786	1 418	436
2006	3 957	3 571	3 560	1 724	1 403	437
2007	4 023	3 660	3 658	1 596	1 314	722

Relatívne vysoké počty problémových užívateľov vykazované nízkoprahovými organizáciami v porovnaní s počtom problémových užívateľov v liečbe sú dôsledkom odlišného zamerania týchto služieb. Jednak jednotlivé výkony harm-reduction služieb (napr. výmena ihliel) sú vo všeobecnosti jednoduchšie v porovnaní s postupmi v liečebno-preventívnej starostlivosti, navyše aj právne záväznými a prísne kontrolovanými, a tak je možné v nízkoprahovom kontakte poskytnúť za rovnaký čas služby viacerým klientom. Okrem toho, služby nízkoprahových zariadení vyhľadávajú aj osoby, ktoré nemajú potrebu vyhľadať lekára, najmä v posledných rokoch v súvislosti s poklesom užívania opioidov v populácii a so zvýšenou konzumáciou drog s menším návykovým potenciálom. Tak sa môže u časti užívateľov navštevujúcich programy nízkoprahových zariadení vyskytovať problémové užívanie v zmysle používanej definície, ale bez vzniku závislosti. Potom je tu ešte ďalšia časť populácie, pre ktorú sa užívanie drog – bez ohľadu na to, či je problémové – stalo životným štýlom, ktorý nevedia alebo nechcú zmeniť a tak vyhľadávajú práve terénne služby nízkoprahových organizácií, ktoré im pomáhajú zmenšiť závažnosť dôsledkov takéhoto spôsobu života.

Svoju rolu môže zohrávať aj aktívne vyhľadávanie drogových užívateľov v teréne pracovníkmi nízkoprahových zariadení.

5 Liečba

5.1 Systém liečby

Systém liečby pacientov so závislosťou od kontrolovaných psychoaktívnych látok na Slovensku má ťažisko v dobrovoľnej forme liečby s dôrazom na ambulantnú starostlivosť, ale ústavná liečba je tiež dôležitou zložkou celého systému. Súčasne existuje aj nedobrovoľná forma, súdom nariadenej liečby. Všetky formy liečby sú v plnej výške hrazené zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Výnimkou sú čiastočné úhrady za niektoré lieky pri ambulantnej forme liečby. V ústavnej zdravotnej starostlivosti sú všetky lieky plne platené zdravotnou poisťovňou. Na základe návrhu MZ SR bola uzákonená právna úprava, podľa ktorej pacienti potrebujú písomné odporúčanie od všeobecného lekára, ak chcú navštíviť špecialistu kvôli diagnostike a liečbe. Cieľom úpravy bola pri zachovaní možnosti slobodnej voľby lekára, potreba zvýšenia ekonomickej efektívnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Išlo v prvom rade o to, aby špecialisti neboli zaťažovaní zdravotnými problémami, ktoré môžu a majú riešiť lekári prvej línie. Výkony poskytované špecialistami sú pre zdravotné poisťovne finančne náročnejšie. Ak by sa ale tento postup vyžadoval aj od všetkých pacientov so závislosťou, bolo by to sťaženie ich prístupu ku liečbe, nakoľko všeobecní lekári v Slovenskej republike nie sú oprávnení riešiť samostatne ich problémy bez spolupráce so špecialistom psychiatrom. Nemajú na to inštitucionálne, ani odborné predpoklady. Na základe rokovaní zástupcov poskytovateľov špecializovanej zdravotnej starostlivosti z oblasti duševného zdravia so zástupcami ministerstva zdravotníctva, sa však pokiaľ ide o pacientov s duševnými poruchami podarilo dospieť ku konsenzu. Konkrétne v prípade ľudí aktívne užívajúcich návykové látky, ktorí žiadajú kvôli tomu liečbu, sú považovaní za pacientov vyžadujúcich neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Na takých sa potreba odporúčania všeobecného lekára nevzťahuje. Nemali sme doposiaľ informácie o závažnejších problémoch z terénu v tomto smere. Pacienti, ktorí mali problémy s užívaním psychoaktívnych látok mali a majú zachovanú dostupnosť liečby tak, ako v minulosti.

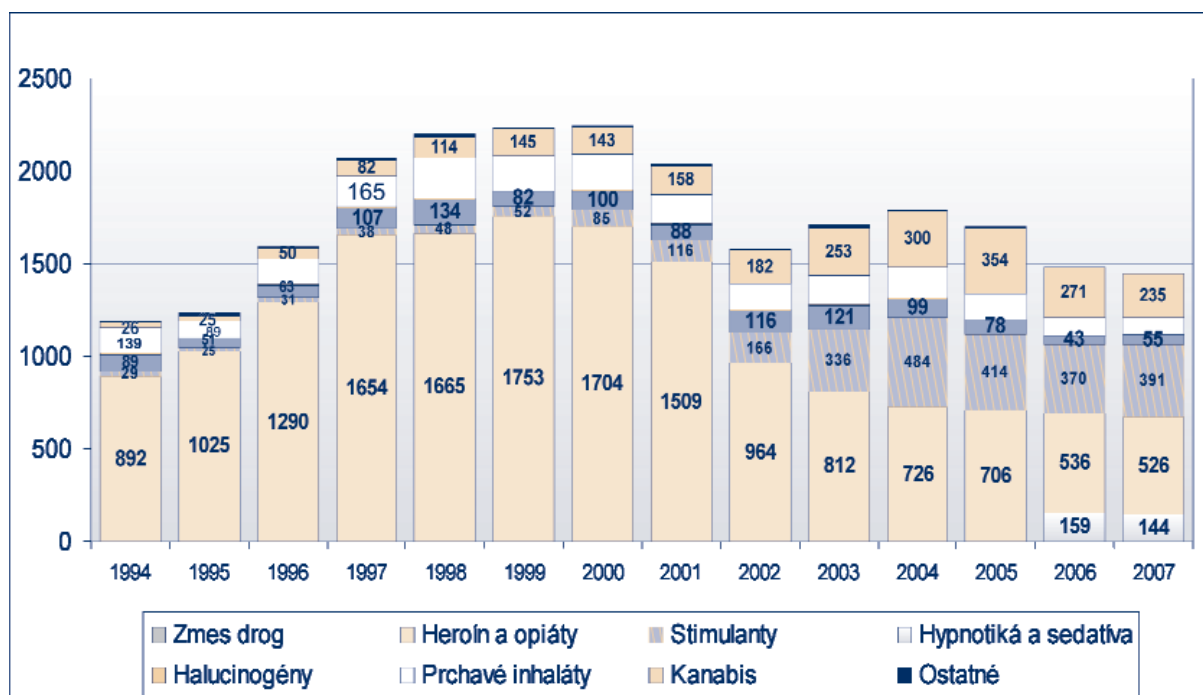
Významným pokrokom smerom k skvalitneniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti bolo zavedenie, prípadne začatie procesu zavádzania systému kontroly kvality ISO 9000 v špecializovaných ústavných zdravotníckych zariadeniach určených pre liečbu pacientov so závislosťami. Hodnotenie kvality zdravotníckych zariadení uskutočnili aj zdravotné poisťovne. V publikovanom národnom poradí za rok 2007 sa najväčšie špecializované zariadenie pre liečbu drogových závislostí v hlavnom meste delilo o prvé miesto v kvalite v rebríčku zostavenom zo všetkých špecializovaných zdravotníckych zariadení na Slovensku. Toto zariadenie tiež periodicky v 3-ročnom intervale realizuje aj v krajine jedinú a najväčšiu hodnotiacu, prospektívnu štúdiu monitorovania výstupov liečby pacientov. Rok 2007 zapadal do medziobdobia sledovanej kohorty, preto neboli ešte k dispozícii jej výsledky. Jedná sa o 3. sledovanú kohortu pacientov liečených pre diagnózu závislosti.

Resocializácia má osobitné miesto v systéme kontinuálnej starostlivosti o liečených pre závislosť od drog. V súlade s úlohami NPBD v nej prebieha jednak doliečovanie pacientov po predošlej liečbe v ústavných zdravotníckych zariadeniach v spolupráci s lekárom adiktológom, ale predovšetkým je orientovaná na plnohodnotný návrat bývalých užívateľov drog do spoločnosti, tak aby sa minimalizovalo riziko ich budúcej recidívy v dôsledku sociálne podmienených spúšťačov.

Charakteristika pacientov v liečbe

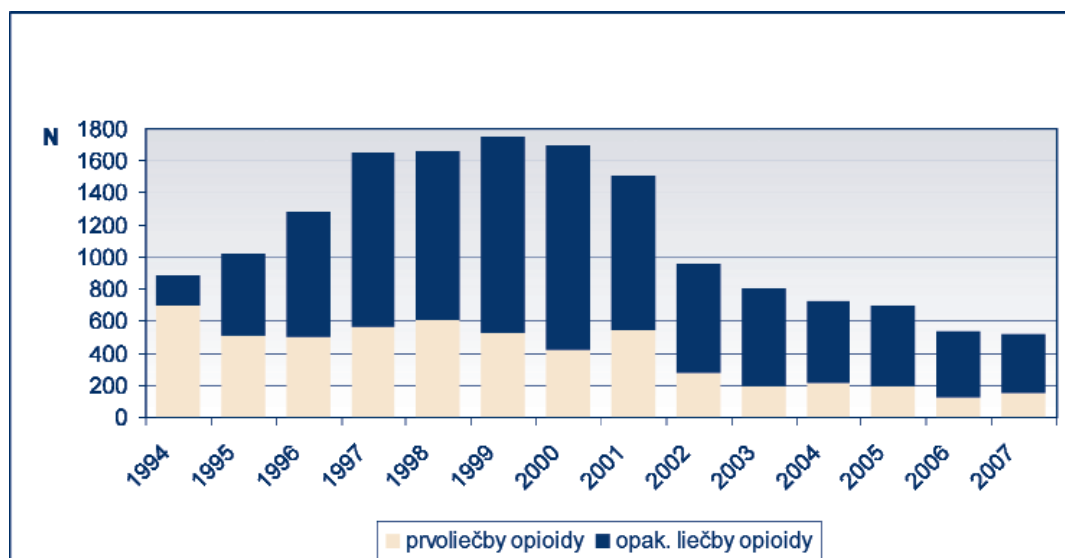
O nezmenenom prístupe a dostupnosti liečby svedčia aj ďalej uvedené iba malé pohyby v celkovom počte i v štruktúre profilu pacientov v liečbe v roku 2007 podľa indikátora TDI (obr. 5.1).

Obr. 5.1: Trend vývoja celkového počtu liečených kvôli drogám v SR (Zdroj údajov NCZI pre ST 34, graf: IDZ CPLDZ, 2008).



V porovnaní s predchádzajúcim rokom nastal len celkovo mierny, 3 %-ný nárast počtu všetkých liečených kvôli drogám. Tento nárast bol spôsobený predovšetkým nárastom počtu hlásených pacientov liečených v rezorte spravodlivosti, kde sú isté metodologické odlišnosti od protokolu a preto pri hodnotení hlavných trendov užívania nie sú títo pacienti zahrnutí. U liečených v rezorte zdravotníctva naopak došlo k ďalšiemu, aj keď len miernemu (o 2 %) poklesu, čo možno hodnotiť ako stabilizovaný trend. Celkový pokles prvých požiadaviek na liečbu („first treatment demand“) však neplatí pre všetky skupiny užívaných drog. Po dlhšom období poklesu došlo u tejto skupiny liečených k nárastu počtu liečených v súvislosti s užívaním opioidov o 6 %.

Obr. 5.2: Podiel prvoliečených a opakovane liečených užívateľov opiátov v zdravotníckych zariadeniach SR v roku 2007 (Zdroj údajov NCZI pre ST 34, graf: IDZ CPLDZ, 2008).



Síce výraznejšie bolo i zvýšenie celkového počtu tých, čo sa liečili po prvý raz, tesne pod 5 %, ale to platí opäť len pri započítaní pacientov z väzenstva. Naopak pokles v počte prvoliečených (o 4 %) bol zaznamenaný v rezorte zdravotníctva. U opakovane liečených prakticky nedošlo k žiadnej zmene. Tieto jemné posuny by mohli naznačovať zosilnenie represívneho prístupu voči užívateľom drog. Bez podstatnej zmeny zostal vek žiadateľov o liečbu a zastúpenie mužov a žien, ktoré bolo v pomere 3:1. Čo sa týka celkového dopytu po liečbe podľa primárnej drogy v žiadnej zo sledovaných kategórií sme nezaznamenali významnú zmenu. Štruktúra zostala nezmenená: najvyšší dopyt po liečbe bol evidovaný kvôli opiátom – 46 %, na druhom mieste to boli stimulanciá amfetamínového typu – 27 % a potom kanabis – 18 % pacientov. Priaznivý trend a najvýznamnejšia zmena sa ukázala v počte aktuálnych injekčných užívateľov drog, ktorí žiadali o liečbu. Zaznamenali sme nielen relatívne zníženie ich podielu zo 46 % v roku 2006 na 41 % v roku 2007, ale čo je dôležité aj absolútne zníženie ich počtu z 883 na 815 pacientov. Ako ukazuje indikátor TDI bol pokles zaregistrovaný najmä u žiadateľov o opakovanú liečbu, kým počet aktuálnych injekčných užívateľov sa medzi tými, čo sa prišli liečiť po prvý raz síce tiež znížil, ale iba miernejšie z 32 % na 28 %.

5.2 Drogovo čistá liečba (drug free treatment)

Na Slovensku pretrváva prevaha dopytu po tejto forme liečby aj vzhľadom na výrazné presuny v diagnostickej štruktúre ľudí žiadajúcich o liečbu v posledných 5 – 10 rokoch. Podieľa sa na tom vo výraznej miere aj odklon od dominancie ľudí so závislosťou od opiátov, ktorá bola hlavnou diagnózou u pacientov v liečbe koncom 20. storočia, k ľuďom majúcim problémy/závislosť od kanabisu a metamfetamínov. Zmena skladby klientely sa odrazila nielen v špecializovaných zdravotníckych službách psychiatrov, adiktológov, ale aj v zariadeniach následnej starostlivosti – v resocializačných zariadeniach. I tam na rozdiel od minulosti začali podobne ako v zdravotníckych zariadeniach prevažovať klienti s inými typmi závislostí nad klientmi so závislosťou od opiátov. V prípadoch závislosti od kanabisu a metamfetamínov neexistujú také možnosti mohutnej medikamentózneho intervencie, čo zvýraznilo prevahu drogovo čistej liečby.

5.2.1 Ambulantná a ústavná liečba

V komplexe zdravotnej starostlivosti sú ambulantná a ústavná forma liečby pre pacientov so závislosťami navzájom sa dopĺňajúcimi zložkami jednotného systému. Predpokladaná minimálna doba celej liečby je pri jej nástupe plánovaná na dobu 12 mesiacov. Ak je aktuálna ústavná forma liečby, realizuje sa väčšinou v prvej časti, to je v úvode liečebnej epizódy. Prevažná časť celej liečby prebieha u väčšiny pacientov ambulantnou formou. Okrem programov individuálnej terapie, je široko aplikovaná aj skupinová a rodinná forma psychoterapie.

Ambulantná liečba

Ambulantná liečba je bezplatná. Realizuje sa v zdravotníckom systéme prostredníctvom všeobecných psychiatrických ambulancií, špecializovaných ambulancií medicíny drogových závislostí a v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí. Okrem poskytovania ambulantnej odvykacej liečby v pôvodnom domácom prostredí pacienta, je tiež poskytovaná vo väzniciach a v obmedzenom rozsahu aj v rezidenčných programoch zameraných na sociálnu reintegráciu u abstínujúcich užívateľov drog. Ani v ambulantnej, ani v ústavnej liečbe nie je praktizovaná tzv. suchá liečba. Najmä vo fáze detoxifikácie v prípadoch, u ktorých je to potrebné, sa aplikuje na zmiernenie abstinenčných symptómov medicínsky indikovaná farmakoterapia.

Ústavná liečba

S výnimkou súdom nariadených liečení ústavnou formou, majú špecializované ústavné zariadenia v sektore zdravotníctva dostatočné kapacity na to, aby mohli v prípade dobrovoľnej liečby umiestniť pacienta v dobe do 2 – 3 týždňov od požiadania. Ústavnou formou je poskytovaná ako detoxifikácia, tak aj odvykacia liečba. Na lôžku sa realizuje buď len úvodná detoxifikácia s pokračovaním v odvykacej liečbe ambulantnou formou, alebo aj odvykacia liečba, ktorá je spravidla plánovaná na dobu troch mesiacov. Ak sa aj v niektorom zariadení vyskytla potreba dlhšieho čakania na nástup ústavnej odvykacej liečby, pacient mal vždy alternatívu nástupu na liečbu do iného špecializovaného pracoviska na Slovensku, s krátkym „waiting listom“ v tom čase.

Podľa štatistiky Ministerstva spravodlivosti SR bolo na Slovensku v roku 2007 súdmi nariadených 247 nedobrovoľných liečení pre závislosti od drog, z toho 124 ambulantnou a 123 ústavnou formou. Ich výkon sa následne realizoval ako v podmienkach sektoru ministerstva spravodlivosti počas výkonu trestu odňatia slobody, tak aj v systéme sektoru zdravotníctva. Vo väzenských zariadeniach bolo v roku 2007 realizovaných spolu 428

súdom nariadených liečení. Okrem toho existuje počas uväznenia aj možnosť dobrovoľnej odvykacej liečby. Vykonáva sa síce v menšej miere, ale využívaná je hlavne mladistvými. K 31. 12. 2007 nebolo v Slovenskej republike zrealizovaných 19 % súdom nariadených liečení pre nedostatok liečebných kapacít. Išlo predovšetkým o nerealizovanú ústavnú formu nariadenej liečby v zdravotníckych zariadeniach mimo väzenského systému. Je dôležité spomenúť, že aj v tých prípadoch, keď musia odsúdení na nástup súdom nariadenej ústavnej liečby dlhšie čakať, ak sú na slobode majú možnosť nastúpiť dobrovoľnú liečbu, s vyššie uvedenou krátkou dobou čakania. V prípade úspešného absolvovania dobrovoľnej ústavnej liečby môžu pacienti požiadať súd o zrušenie nariadenia nedobrovoľnej ústavnej liečby, ak k jej nástupu z kapacitných dôvodov dovtedy nedošlo. Preto z pohľadu možnosti prístupu pacientov k liečbe tieto niekedy dlhé čakacie listiny na nástup súdom nariadenej ústavnej liečby, nevidíme z pohľadu pacienta, ktorý sa chce liečiť, ako kritický problém.

5.3 Farmakologicky asistovaná liečba

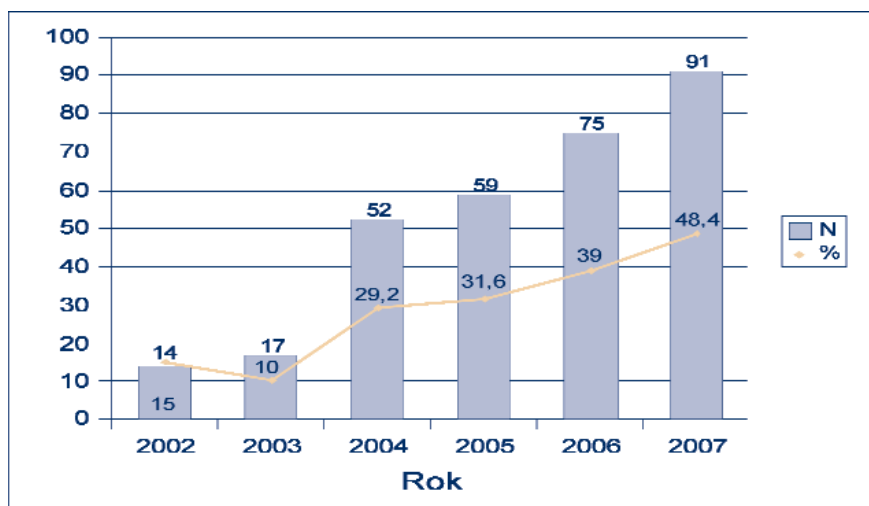
5.3.1 Detoxifikačná liečba

Najprepracovanejšia v slovenských podmienkach je farmakologicky asistovaná detoxifikácia pri závislosti od opioídrov. Realizuje sa ambulantne i ústavnou formou. Používajú sa jednak agonisti opiátových receptorov: metadón, buprenorfin, kodeín, ale na redukcii symptómov tiež iné psychofarmaká najmä benzodiazepínové i nebenzodiazepínové sedatíva a hypnotiká, zriedka neuroleptiká. Neaplikujú sa antagonisti opiátových receptorov. Detoxifikačná liečba pri iných frekventovane liečených druhoch závislostí, od metamfetamínov a kanabisu sa tam, kde to stav vyžaduje obmedzuje na symptomatické podávanie sedatív, prípadne antidepresív počas prvých dní a týždňov liečby. Oprávnení na jej vykonávanie sú výhradne lekári – psychiatri, to isté platí na substitučnú liečbu.

5.3.2 Substitučná liečba

V špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí sa liečilo v roku 2007 približne pol tisíce pacientov v metadónovej udržiavacej liečbe a v udržiavacej liečbe buprenorfinom. Okrem toho bližšie nezistený počet niekoľko desiatok pacientov bol nastavený na buprenorfin samostatnými ambulantnými psychiatrami. V tomto období nedošlo ani k výraznému rozšíreniu, ale ani k redukcii počtu pacientov v programoch udržiavacej liečby. Smernice vydané ministerstvom zdravotníctva vyžadujú, aby substitučná liečba bola realizovaná ako komplex farmakoterapie, režimovej liečby a psychoterapie. Kladie sa dôraz na supervíziu užívania a toxikologické testovanie moču. Ako ukázalo monitorovanie moču pred vstupom do metadónovej udržiavacej liečby v CPLDZ Bratislava, pokračoval prudký nárast pacientov, ktorí okrem opiátov užívali aj metamfetamíny. Ich podiel sa medzi vstupujúcimi do metadónovej udržiavacej liečby zvýšil medzi rokom 2006 a 2007 v tomto zariadení z 39 % na 48 % (obr. 5.3). Pritom stav dopytu po substitučnej liečbe zostal nezmenený a taktiež v posledných troch rokoch zostávala stabilizovaná úroveň dopytu po liečbe kvôli závislosti od metamfetamínov ako v tomto centre, tak aj na národnej úrovni.

Obr. 5.3: Trend prevalencie pozitívnych močov na metamfetamíny u pacientov CPLDZ Bratislava pri vstupe do metadónovej udržiavacej liečby (Zdroj: CPLDZ, 2008).



Uvedená diskrepancia trendov je pravdepodobne z veľkej miery spôsobená driftovaním pacientov s chronickou závislosťou od opiátov a s narastajúcim polyúzm psychoaktívnych látok do metadónovej udržiavacej liečby. Veľká časť z nich sú len konzumenti, ktorí v metadónovom programe dokážu sami skončiť s užívaním metamfetamínov bez potreby terapeutickú asistencie, no nezanedbateľný podiel tvoria pacienti, ktorí majú okrem závislosti od opiátov už vytvorenú aj závislosť od metamfetamínov a vyžadujú okrem substitučnej liečby tiež odvykaciu liečbu od stimulancií. Pravdepodobne vzhľadom na cenovú dostupnosť dávajú pacienti na Slovensku prednosť stimulanciám amfetamínového typu pred kokaínom, ktorý je mnohonásobne drahší a jeho užívanie zisťujeme u pacientov v substitúcii len zriedka. Substitučná liečba na Slovensku je bezplatná.

V roku 2007 nastala v Slovenskej republike výrazná redukcia distribúcie a preskripcie Subutexu (buprenorfinu). Nahradený bol Suboxonom (kombinácia buprenorfinu s antagonistom opiátových receptorov naloxónom), ktorý má menší potenciál zneužitia. Jednalo sa skôr o dôležitý psychologický moment s preventívnym účinkom, pretože s výnimkou niektorých málo lokalít, neboli v medzinárodnom porovnaní na Slovensku veľké problémy so zneužívaním buprenorfinu ako primárnej drogy. Nasvedčuje pre to aj indikátor dopytu po liečbe (TDI). V roku 2007 v systéme zdravotnej starostlivosti na Slovensku naďalej klesal počet nových prípadov žiadajúcich liečbu pre závislosť od opioidov.

5.3.3 Iná farmakologicky asistovaná liečba

Vzhľadom na to, že naltrexon nie je na Slovensku registrovaným preparátom a rýchla (ultrarapid) detoxifikácia naloxónom nie je uvedená v metodických pokynoch ministerstva zdravotníctva, nie sú antagonisti opiátov používaní na farmakologicky asistovanú liečbu. Okrem symptomatického podávania sedatív, neuroleptík, prípadne antidepresív, či stabilizátorov nálady sa iné farmaká na liečbu nepoužívajú.

5.4 Sociálna reintegrácia – resocializácia

Resocializačné zariadenia na Slovensku sú na rozdiel od liečebných zdravotníckych zariadení pod metodickou gesciou Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Výrazne v nich prevažujú programy rezidenčného typu. Na rozdiel od ústavných zdravotníckych zariadení, až na výnimky sa jedná o neštátne zariadenia, najčastejšie neziskové mimovládne organizácie. Podobne ako v špecializovanej starostlivosti o pacientov so závislosťami od psychoaktívnych látok v systéme sektoru zdravotníctva, aj v resocializačných zariadeniach liečia všetky typy látkových závislostí, hoci prevahu majú klienti so závislosťou od ilegálnych psychoaktívnych látok.

5.4.1 Klienti v resocializačných zariadeniach

Informácie o klientoch resocializačných zariadení (ďalej len RS) za rok 2007 sa zbierali prostredníctvom formulára na štatistické sledovanie činnosti týchto zariadení MPSVaR, do ktorého boli včlenené otázky zamerané na vybrané epidemiologické parametre. Tieto informácie poskytlo NMCD v r. 2008 spolu 19 resocializačných zariadení, (z 23) s celkovou spoločnou kapacitou programov 299 miest. V roku 2007 sa programov v týchto zariadeniach zúčastnilo spolu 614 pacientov, z čoho bolo 68 % mužov. Väčšina RS prijíma do svojich programov užívateľov legálnych i nelegálnych látok. Z celkového počtu klientov malo 35 % ako základnú zneužívanú látku alkohol.

Spomedzi klientov RS, ktorí v nich boli kvôli užívaniu ilegálnych drog mali najpočetnejšie zastúpenie užívatelia metamfetamínov (40 %) a po nich opioidov (19 %). Skladba klientely z radov užívateľov ilegálnych drog v resocializačných zariadeniach len čiastočne pripomína skladbu pacientov liečených v zdravotnej starostlivosti. Blíži sa svojim charakterom skôr mladšej podskupine tých pacientov, ktorí boli v roku 2007 liečení v zdravotníckych zariadeniach po prvý raz; 34 % kvôli závislosti od stimulancií amfetamínového typu a 30 % kvôli závislosti od opioidov a 27 % kvôli kanabisu. V celom súbore liečených v zdravotníckych zariadeniach napriek poklesu v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi stále prevažovali liečení kvôli opioidom (46 %) až za nimi boli v počte liečení kvôli stimulanciám amfetamínového typu (27 %) a kanabisu (18 %).

Pred 10 rokmi boli menšie rozdiely medzi pacientmi v liečbe a klientmi v resocializácii, čo sa týka užívania ich primárnej drogy. Všade výrazne prevládali závislí od heroínu. V súčasnosti sa ukazuje, že klientelu závislých

od drog v resocializačných zariadeniach formuje najmä mladšia generácia užívateľov, kde sa najväčšej popularite teší pervitín a marihuana. Ide o užívateľov s kratšou históriou a menším podielom injikovania. Pacienti v liečbe v zdravotníckych zariadeniach sú väčšinou starší, s dominujúcou chronicky prebiehajúcou závislosťou od heroínu, opakovane liečení, s väčším podielom injekčného užívania, často preferujúci substitučnú liečbu, ktorá v resocializačných zariadeniach nie je dostupná.

Zaujímavé sú tiež regionálne rozdiely v skladbe klientov. Kým v regiónoch západnej časti Slovenska sú hlavné skupiny užívateľov podľa užívanej látky rozčlenené rovnomerne a v strednej časti mierne prevažujú užívatelia amfetamínových stimulátov, klienti v strediskách na východnom Slovensku sú až z 82 % užívateľmi alkoholu a len zvyšných 18 % tvoria užívatelia nelegálnych látok (pozri aj kap. 9.1).

5.4.2 Klienti v následnej starostlivosti ambulantnou formou

Málo pozornosti, aj kvôli porovnateľne nízkej finančnej náročnosti sa venuje bývalým dlhodobo abstinujúcim pacientom liečebných zdravotníckych zariadení a bývalým klientom resocializačných zariadení, ktorí sa doliečujú a sociálne rehabilitujú ambulantnou formou. Po fáze terapie v zdravotníckych zariadeniach pre tých, čo nepokračujú v resocializačných zariadeniach a vyžadujú a nestratia kontakt s miestom liečby, nasleduje možnosť prejsť do klubov, respektíve svojpomocných skupín abstinentov. Obdobne resocializačné zariadenia poskytujú svojim klientom po absolvovaní rezidenčnej liečby možnosť účasti na pravidelných skupinových ambulantných aktivitách.

Kvôli limitovaným finančným zdrojom absentuje možnosť plynulého riešenia bytovej otázky pre tých, ktorí sa nemajú kam vrátiť po ukončení odvykacej liečby, respektíve rezidenčného programu resocializácie. Riešenie bytovej otázky, podobne ako vhodného zamestnania však presahujú vo väčšine prípadov kompetencie a aktuálne možnosti resocializačných zariadení.

6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

V rámci indikátoru DRD sa zatiaľ na Slovensku centrálnie sledujú len úmrtia spôsobené psychoaktívnymi látkami prostredníctvom špeciálneho registra, ktorý je založený na údajoch zo súdno-lekárskejších pracovísk Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“). Rok 2007 bol prvým rokom priebežného a kontinuálneho zberu údajov hlásených z nekroptických pracovísk ÚDZS on-line. Počet priamych úmrtí spôsobených psychoaktívnymi látkami (okrem bežných liečiv) v roku 2007 predstavoval 17 osôb.

Pretrvávajúci stav pretrvávania nízkeho, neepidemického výskytu infekcie/protilátok proti vírusu HIV/AIDS. Do konca roku 2007 vykonalo v skupine užívateľov drog 8 411 vyšetrení anti-HIV-protilátok, z toho v r. 2007 123 vyšetrení v štátnych a súkromných zariadeniach pre liečbu drogových zariadení a navyše vykonali priamo v teréne vyšetrenia anti-HIV protilátok u 72 užívateľov. Napriek týmto skutočnostiam, bol v SR zachytený v r. 2007 iba jeden nový prípad infekcie medzi vnútrožilovými užívateľmi drog.

6.1 Úmrtia v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok a úmrtnosť užívateľov⁷⁷ psychoaktívnych látok

Zber údajov týkajúcich sa úmrtí súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok na Slovensku v roku 2007 bol vykonaný prostredníctvom pracovníkov ÚDZS. V tomto roku sa začal priebežný zber údajov a sledované prípady boli hlásené formou elektronických on-line formulárov prostredníctvom internetu na portál www.infodrogy.sk, prevádzkovaný NMCD.

Prípady sú hlásené po diagnostickom uzavretí prípadu po ukončení laboratórnych toxikologických vyšetrení. Údaje boli zozbierané zo všetkých deviatich pracovísk súdneho lekárstva ÚDZS. Pracoviská v Nových Zámkoch a v Nitre boli zlúčené a vzniklo jedno pracovisko so sídlom v Nitre. Výkon pitiev v rámci Bratislavy bol podobne v priebehu roku sústredený na jedno pracovisko.

Tab. 6.1: Úmrtia súvisiace s psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa pracovísk a druhu úmrtia (Zdroj: ÚDZS, 2007, špeciálny register (spracoval Šidlo, J.).

Pracovisko/ druh úmrtia	Priame	Nepriame	Spolu	Podiel v %
Bratislava	15	21	36	42,35
Nitra	2	2	4	4,7
Žilina	2	6	8	9,4
Martin	4	10	14	16,5
Banská Bystrica	2	7	9	10,6
Lučenec	1	3	4	4,7
Poprad	-	2	2	2,35
Prešov	1	4	5	5,9
Košice	1	2	3	3,5
Spolu	28	57	85	

⁷⁷ Aktuálne prebieha zber anonymizovaných údajov z troch zdrojov, ktoré by vzájomným prepojením prostredníctvom spoločného znaku mohli viesť k identifikácii úmrtnosti užívateľov drog. Zbierané údaje majú byť zapracované do štúdie, ktorej koordinátorom je české Monitorovacie stredisko podľa metódy EMCDDA.

6.1.1 Úmrtia spôsobené priamym účinkom (predávkovaním, otravou) psychoaktívnych látok

Za rok 2007 bolo zo súdnolekárskych pracovísk ÚDZS nahlásených 28 prípadov úmrtí spôsobených priamym účinkom psychoaktívnej látky. V 11 (39,3 %) , prípadoch išlo o predávkovanie bežne dostupnými liečivami, v 17 prípadoch o predávkovanie psychoaktívnymi látkami z ostatných skupín. Medzi zistenými látkami prevládali kombinácie rôznych látok jednak s opioidmi – 8 prípadov, ako aj bez opioidov – 8 prípadov. V jednom prípade išlo o predávkovanie samotným metadonom u 11-mesačného dieťaťa mužského pohlavia.

Medzi liečivami prevládali benzodiazepíny. Boli zistené celkom v 12 prípadoch (42,85 %) samostatne aj v kombinácii s inými látkami. Zastúpenie mužov bolo vyššie ako žien, tvorili viac ako 71 % zo všetkých hlásených prípadov 67,8 % (19 prípadov) úmrtí sa koncentrovalo vo vekovej skupine od 20 do 34 rokov. Podrobný prehľad zistených prípadov rozdelených s ohľadom na skupiny psychoaktívnych látok, vekové skupiny a pohlavie je uvedený v tabuľke č. 6.2.

Tab. 6.2: Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia. Zdroj: ÚDZS, 2008, špeciálny register a ST 06 (spracoval Šidlo, J., ST 06).

Psychoaktívna l. / veková skupina	do 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	nad 65	Spolu (M/Ž)
Len opioidy (bez metadonu)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Len metadon	1/-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (1/-)
Polysubstancie vrátane opioidov	-	-	3/-	1/1	1/1	-	-	-	-	1/-	-	-	8 (6/2)
Polysubstancie bez opioidov	-	-	2/-	1/-	3/-	-	2/-	-	-	-	-	-	8 (6/2)
Spolu	1	-	5	2/1	4/1	-	2	-	-	1-	-	-	17 (17 (2))
Psychoaktívne liečivá	-	-	-	1/2	-/1	3/-	-	1/-	-	-/2	-	-/1	11 (5/6)
Nešpecifikované látky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spolu (M/Ž)	1/-	-	5/-	3/3	4/2	3/-	2/-	1/-	-	1/2	-	-/1	28 (20/8)

Pozn. Farebne sú zvýraznené vekové skupiny, kde je najvyššia početnosť úmrtí

6.1.2 Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami (nepriame)

V tejto skupine bolo v roku 2007 nahlásených celkom 57 úmrtí. Liečivá boli zistené v 24 prípadoch, čo predstavuje 42,1 %. Pri liečivách bol zistený v skupine benzodiazepínov najväčší podiel – 21 prípadov, t. j. v 87,5 % úmrtí pod vplyvom liečiv.

V porovnaní so skupinou úmrtí v priamej súvislosti s požitím psychoaktívnej látky ešte výraznejšie prevládali muži, ktorí tvorili 79 % evidovaných prípadov. Najčastejšou príčinou smrti v tejto skupine boli nehody (50,9 %), potom samovraždy (26,3 %) a chorobné príčiny (19,3 %). V 19 prípadoch (65,5 % všetkých nehôd a 33,3 % všetkých nepriamych úmrtí) išlo o dopravné nehody. Podrobný prehľad zistených prípadov rozdelených podľa skupín zistených látok, príčin smrti a pohlavia je uvedený v tabuľke č. 6.3.

6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Tab. 6.3: Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa skupín zistených látok, príčin smrti a pohlavia (Zdroj: ÚDZS, 2008, špeciálny register (spracoval Šidlo, J., pre ST 05) Pozn: AMT – amfetamín, MAMT – metamfetamín, MDMA – extáza).

Psychoaktívna l./ príčina smrti	Prirodzená/ vnútorná	Nehoda	Samovražda	Vražda	Neurčená	Spolu (M/Ž)	Podiel v %
Opioidy	-	1/-	-	-	-	1 (1/-)	1,75
AMT/MAMT	1/-	13/2	1/2	-	-	19 (15/4)	33,35
MDMA	-	1/1	-	-	-	2 (1/1)	3,5
Kanabinoidy	-/1	5/-	3/-	1/-	-	10 (9/1)	17,55
Rozpúšťadlá	-	1/-	-	-	-	1 (1/-)	1,75
Benzodiazepíny	5/1	3/1	5/1	-/1	-	17 (13/4)	29,8
Iné liečivá	2/1	1/-	2/1	-	-	7 (5/2)	12,3
Spolu (M/Ž)	11 (8/3)	29 (25/4)	15 (11/4)	2 (1/1)	-	57 (45/12)	

Tab. 6.4: Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa kategórie smrti, vekových skupín a pohlavia (Zdroj: ÚDZS, 2008, špeciálny register (spracoval Šidlo, J., pre ST 05/06).

Kategória smrti/ veková skupina	do 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	nad 65	Spolu (M/Ž)
Prirodzená/ vnútorná (24)	-	-	-	2/-	-	3/1	1/-	1/-	-/1	-	1/-	-/1	11 (8/3)
Nehoda (25)	-	1/1	9/-	5/1	4/1	5/1	-	-	1/-	-	-	-	29 (25/4)
Samovražda (26)	-	-	4/2	2/-	1/-	3/-	-	-/1	-/1	-	-	1/-	15 (11/4)
Vražda (27)	-	1/-	-	-	-	-	-	-/1	-	-	-	-	2 (1/1)
Neurčená (28)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spolu (M/Ž)	-	2/1	13/2	9/1	5/1	11/2	1/-	1/2	1/2	-	1/-	1/1	57 (45/12)

Pozn: Číselné označenie kategórií smrti 24, 25, 26, 27, 28 je použité ako v štandardných tabuľkách EMCDDA. Farebne zvýraznené sú vekové skupiny, kde sú najvyššie početnosti prípadov nepriamych úmrtí – 77% spadá do vekovej skupiny od 20 do 39 rokov.

6.1.3 Všeobecné údaje

Podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky zomrelo v roku 2007 na Slovensku 53 856 ľudí. Vykonalých bolo 8 978 pitiev, čo reprezentuje 16,7 %, pitvanosť v roku 2007. Oproti roku 2006 ide o pokles o 0,4 %.

6.2 Infekčné ochorenia súvisiace s drogami

Podstatný je stav pretrvávania nízkeho, neepidemického výskytu infekcie/protilátok proti vírusu HIV/AIDS. Prísľubom udržania tohto stavu do budúcnosti je vidovaný pokles vnútrožilových užívateľov drog pri ich vstupe do liečby. Neprekvapuje ani relatívne vysoký výskyt protilátok proti infekcii HCV v tejto podskupine. Do istej miery je nepriaznivý vzostup výskytu protilátok HBc, hoci miernejší v absolútnych číslach, ako vyplýva z tabuľky

ST 09. Predpokladá sa, že v najbližších rokoch dôjde k výraznému zlepšeniu v dôsledku pokračujúceho celoplošného očkovania detí proti hepatitíde typu B.

6.2.1 Výskyt HIV/AIDS u injekčných užívateľov drog v Slovenskej republike

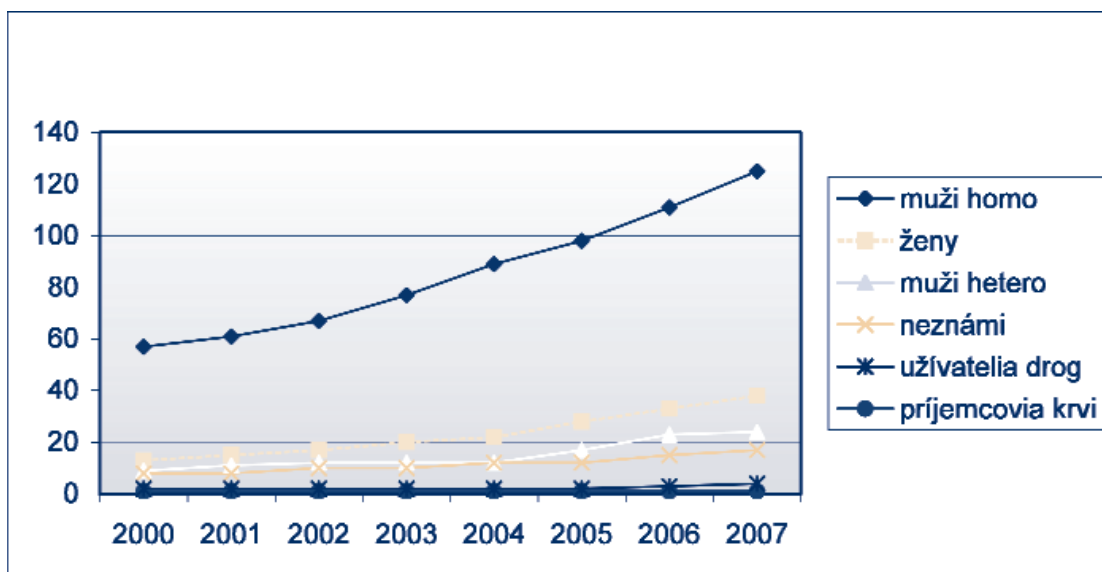
Podľa údajov Národného referenčného centra pre HIV/AIDS k 31. 12. 2007 bolo v SR evidovaných 323 HIV infikovaných osôb, z toho 99 cudzincov. Z 224 občanov SR bolo 180 mužov a 44 žien, 50 pacientov ochorelo na AIDS a 32 na AIDS zomrelo.

Z občanov SR sa nechráneným sexuálnym kontaktom nakazilo 135 osôb, heterosexuálnym kontaktom 67, injekčným užívaním drog 4 osoby a iným (neznámym spôsobom) 17 osôb. Jeden pacient sa nakazil infekciou HIV po prijatí transfúzie v zahraničí.

V SR rodilo do konca r. 2005 13 HIV-infikovaných žien, z toho 9 novorodencov je HIV-negatívnych, 1 dieťa opustilo SR spolu s matkou hneď po narodení a 3 deti sú ešte v pozorovaní.

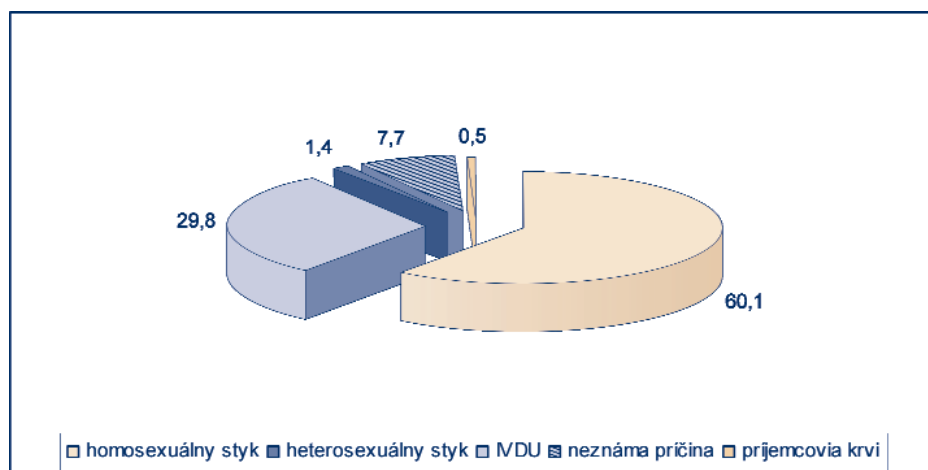
Do konca r. 2007 sa intravenóznym užívaním drog v SR nakazili iba 4 osoby, z toho 1 žena v r. 1995, 1 muž v r. 1996, 1 tehotná žena v r. 2006 a 1 muž /cudzinec, ktorý získal v SR občianstvo/v r. 2007. Podľa RÚVZ hl. mesta SR Bratislavy do konca r. 2007 vykonalo v skupine užívateľov drog 8411 vyšetrení anti-HIV protilátok, z toho v r. 2007 123 vyšetrení v štátnych a súkromných zariadeniach pre liečbu drogových zariadení. Prostredníctvom MVO Prima sa navyše vykonali priamo v teréne vyšetrenia anti-HIV protilátok u 72 užívateľov. Napriek týmto skutočnostiam, bol v SR zachytený v r. 2007 iba jeden nový prípad infekcie medzi vnútrožilovými užívateľmi drog. V súčasnosti sa z iniciatívy hl. hygienika SR a koordinátora prevencie HIV/AIDS v SR, doc. MUDr. I. Rovného, PhD., MPH, pripravuje novelizácia Odborného usmernenia na zabezpečenie prevencie infekcie HIV v SR ako Národného programu prevencie HIV/AIDS v SR, ktorý sa skončil v decembri 2007.

Obr. 6.1: Kumulatívna incidencia infekcie HIV u občanov SR v rokoch 2000 – 2007 (Zdroj: NRC pre HIV/AIDS, 2008).



6 Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Obr. 6.2: Percentuálne rozdelenie HIV pozitívnych prípadov (len občania SR) podľa spôsobu prenosu (Zdroj údajov: NRC pre HIV/AIDS, 2008).



6.2.2 Výskyt infekčných hepatítid u injekčných užívateľov drog

6.2.2.1 Údaje z Národného registra infekčných ochorení

Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Banskej Bystrici registruje v Národnom registri infekčných ochorení notifikácie infekčných ochorení na národnej úrovni.

Hepatitída typu C

V roku 2007 bol zaznamenaný výskyt akútneho výskytu hepatitídy C – bolo hlásených 38 prípadov, z toho 6 bolo u vnútrožilových užívateľov drog (4 boli muži a 2 ženy; 5 mali menej ako 25 rokov). V roku 2007 došlo tiež k nárastu hlásení výskytu chronickej hepatitídy typu C z 239 na 367 oproti predchádzajúcemu roku 2006. Z hlásených prípadov bolo 115 u vnútrožilových užívateľov drog (91 mužov a 4 žien; 39 malo menej ako 25 rokov). Z injekčných užívateľov si 4 píchali kratšie ako 2 roky.

Hepatitída typu B

V porovnaní s predchádzajúcimi dvoma rokmi 2005 a 2006 došlo v roku 2007 k miernemu poklesu hlásení akútneho výskytu hepatitídy B, zo 123, resp. 124, na 103. Z nich bolo 14 u injekčných užívateľov drog. V roku 2007 bolo hlásených 40 prípadov chronickej hepatitídy B.

Iné

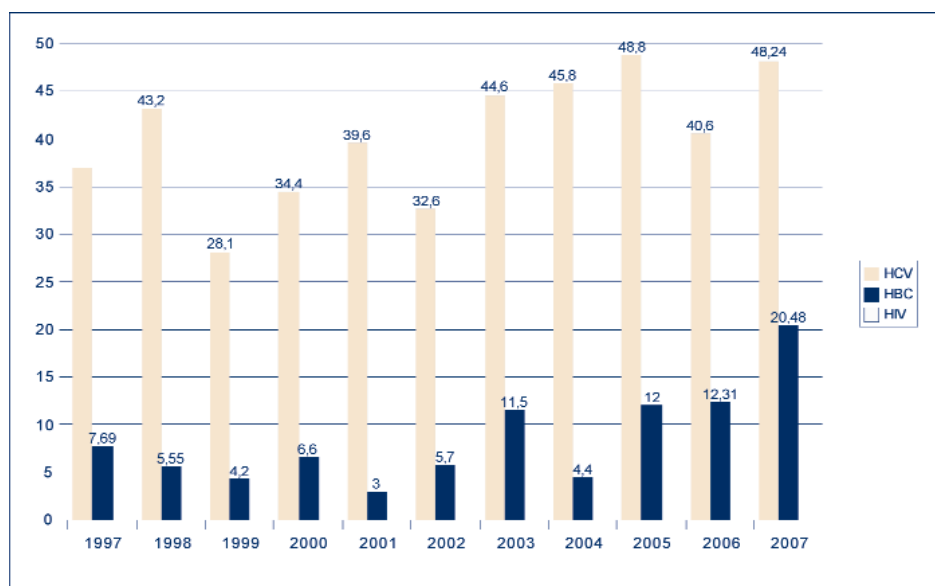
Iné typy vírusových hepatítid, ani ďalšie infekčné ochorenia, okrem vyššie uvedených, s vyznačením možnej súvislosti s krvným prenosom u injekčných užívateľov drog, alebo v súvislosti s históriou užívania drog⁷⁸ u notifikovaných prípadov neboli v Národnom registri infekčných ochorení v roku 2007 evidované.

6.2.2.2 Výsledky testovania v CPLDZ – IDZ v Bratislave

Oddelenie Inštitútu drogových závislostí v Centre pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) v Bratislave sentinelovo monitoruje trendy vo výskyte krvou prenosných infekčných ochorení medzi užívateľmi drog, ktorí v danom kalendárnom roku žiadali prvýkrát o liečbu a boli injekčnými užívateľmi návykových látok (obr. 6.3). Medzi injekčnými užívateľmi bolo v roku 2007 68,4 % mužov a 31,6 % žien. Priemerný vek u injekčných užívateľov, ktorí si injikovali kratšie ako 2 roky sa znížil v roku 2007 oproti roku 2006 z 26,3 na 25,9 roka.

⁷⁸ Zdroj: ST 09 – časť notifikácia Lokša, P., RÚVZ Banská Bystrica, 2008 .

Obr. 6.3: Trendy výskytu krvou prenosných infekcií u vnútrožilových užívateľov drog v CPLDZ Bratislava (od 1997 do 2007). Zdroj: IDZ CPLDZ, 2008.



Infekcia HIV/AIDS

Z počtu 98 testovaných pacientov na HIV protilátky v CPLDZ Bratislava nebol v roku 2007 zaznamenaný žiadny prípad pozitivity.

Hepatitída typu C

Z porovnania výsledkov referovaných už v minulosti vyplýva, že trend výskytu protilátok proti vírusu hepatitídy C u injekčných užívateľov vstupujúcich každoročne po prvý raz do liečby v CPLDZ Bratislava je od roku 2003 pomerne stabilný. V roku 2003 – 44,6 %, 2004 – 45,8 %, 2005 – 48,8 %, 2006 – 40,6 % a 2007 – 48,3 % z validných výsledkov. Počet testovaných pacientov za rok 2007 bol 95 a každoročne sa testuje okolo 100 pacientov. Z mužov bolo validne testovaných na HCV protilátky 44,8 % pozitívnych a z validne testovaných žien 55,6 % pozitívnych. Z pacientov, ktorí boli mladší ako 25 rokov, bolo pozitívne testovaných 42,9 %. Z tých, čo boli starší ako 34 rokov, bolo pozitívne testovaných 50 %. Z testovaných pacientov, ktorí mali ako primárnu drogu opioidy bolo 62 % pozitívnych.

Hepatitída typu B

Pozitivita protilátok proti vírusu hepatitídy typu B – anti-HBc (core-antigén) bola zaznamenaná u 20,5 % validne testovaných pacientov. Zaznamenali sme mierny vzostup vo výskyte týchto protilátok, nakoľko v roku 2006 ich bolo 12,3 %. Údaje môžu hypoteticky svedčiť i o častejšej imunodeficiencii tejto špecifickej subpopulácie, ktorá nedostatočne reaguje aj na preventívne očkovanie proti hepatitíde B. V minulosti už bol v Bratislave zaregistrovaný prípad liečeného vnútrožilového užívateľa drog, ktorý bol pri prvom vstupe do liečby kvôli drogám testovaný ako negatívny na kontakt s vírusom hepatitídy typu B. Napriek kompletnej vakcinácii ako nonresponder si nevytvoril dostatočnú imunitu a po recidíve užívania drog bol s odstupom času diagnostikovaný s akútnou hepatitídou typu B.

Z validne testovaných mužov bolo 15,8 % pozitívnych a zo žien 30,8 % pozitívnych nálezov na HBc antigén. Vzhľadom na výrazne vyšší podiel žien je ale plauzibilná tiež hypotéza o významnom podiele inej ako krvnej, a to sexuálnej cesty prenosu tejto infekcie najmä v subpopulácii užívateľiek. Táto forma možnosti infikovania je tu pravdepodobnejšia aj u mužov na rozdiel od infekcie vírusom hepatitídy typu C, ktorý sa sexuálnou cestou prenáša v oveľa menšej miere. Podiel pozitívne testovaných u tých, ktorí sú mladší ako 25 rokov, je 25,6 %. U klientov s primárnou drogou – opiáty, podiel pozitívne testovaných na protilátky anti-HBc tvoril 18,9 %.

Iné

U pacientov liečených v roku 2007 v CPLDZ nebol zistený výskyt iných typov infekčných hepatítid.

Okrem sledovania vyššie spomenutých krvou prenosných infekcií u užívateľov drog vstupujúcich do liečby v CPLDZ Bratislava sa realizuje ešte systematické monitorovanie protilátok na treponemum pallidum (syfilis). Spracovanie a výsledky trendu budú prezentované po ich analýze v budúcnosti.

Pre nízku, neepidemickú prevalenciu tuberkulózy vo všeobecnej populácii bratislavského regiónu, ako aj v subpopulácii užívateľov drog a prakticky nulový výskyt HIV nebolo ani v roku 2007 realizované rutinné testovanie užívateľov drog v CPLDZ Bratislava na detekciu tejto infekcie. Nebol zaznamenaný klinicky diagnostikovaný žiadny prípad medzi pacientmi, a konzistentne s tým v minulosti realizovaný plošný skrining klientely neobjavil žiadnu infekciu.

V súvislosti s poklesom injekčného užívania drog za posledné desaťročie sa v roku 2007 iba zriedka v klinickej praxi vyskytovali ťažšie bakteriálne infekcie typu abscesov v miestach injikovania, ktoré by si vyžadovali zdravotnícku starostlivosť. Tieto typy infekcií u užívateľov drog neboli predmetom systematického monitorovania, podobne, ale tiež z dôvodov diagnostickej náročnosti, neboli ani sentinelovo zisťované prípadné bakteriálne endokarditídy, či iné klinicky nemanifestné potenciálne bakteriálne infekcie u injekčných užívateľov drog.

6.2.2.3 Výskyt infekčných ochorení medzi užívateľmi drog vstupujúcimi do väzenia

Vo väzenských zariadeniach sa začal realizovať projekt Národného centra pre manažment a liečbu chronických hepatítid zameraných na zisťovanie incidencie a prevalence krvou prenosných infekčných ochorení: HCV, HBV a HIV počas výkonu trestu odňatia slobody a na zistenie faktorov, ktoré ovplyvňujú ich vznik pred výkonom a vo výkone trestu. Prvé predbežné výsledky by mali byť spracované koncom roku 2008 po uzávierke spracovania tejto národnej správy.

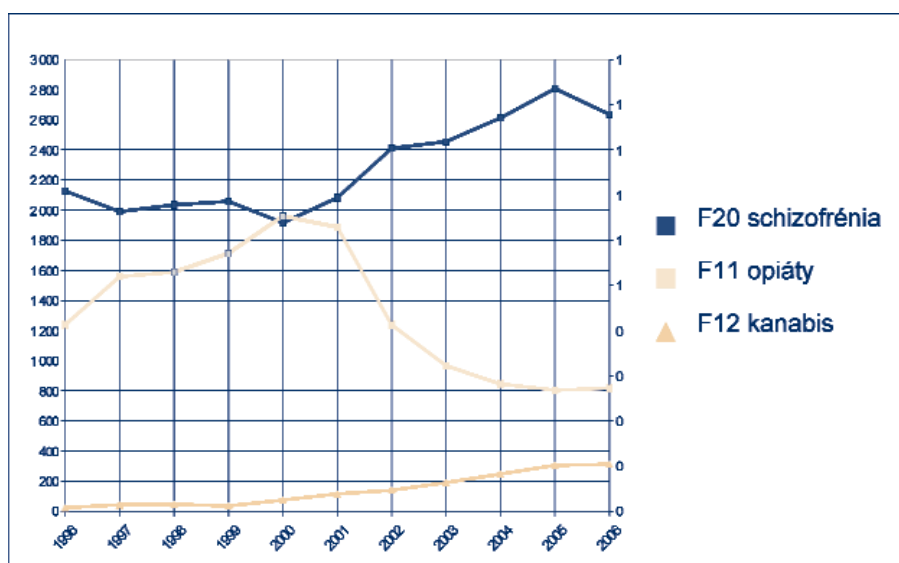
6.2.2.4 Výskyt infekčných ochorení medzi klientmi terénnych programov

V predošlom roku nebol zistený výrazný rozdiel v prevalencii krvou prenosných infekčných ochorení, predovšetkým HIV a HCV pri porovnaní testovaných klientov terénnych nízkoprahových programov vymieňajúcich sterilné injekčné parafernálie vnútrožilovým užívateľom psychoaktívnych látok v teréne a výskytom v skupine pacientov vstupujúcich do liečby kvôli problémom s drogami. Na vysvetlenie zistenej vyššej prevalence klientov reaktívnych na protilátky od syfilisu je najpravdepodobnejšia hypotéza, že vo veľkej časti sa jednalo o prenos sexuálnou cestou, nakoľko v práci terénnych pracovníkov je zvýšená pozornosť venovaná ženám v sexbiznise, ktoré pracujú na uliciach. Vzhľadom na existujúce podmienky stanovené MZ SR, ktoré sú požadované na zabezpečenie predpísaných hygienických štandardov, a ktoré je problematické zachovať pri odoberaní a manipulovaní s infekčným biologickým materiálom pri testovaní v teréne, nebolo odporúčané aby sa v tejto forme testovania doterajším spôsobom v roku 2007 pokračovalo.

6.3 Psychiatrická komorbidita

Zvýšená komorbidita diagnózy závislosti a vážnej duševnej poruchy – hlavne schizofrénneho charakteru vyčnievajú nad ostatné problémy. Daná je hlavne zvýšením konzumácie kanabisu a metamfetamínov v populácii užívateľov. Ide o klinickú impresiu, ktorej chýba kvantitatívne zhodnotenie, nie sú trendy, ktoré by vychádzali zo sledovaní z predošlých rokov, a to isté platí pre afektívne poruchy. Ich výskyt síce nie je nápadne zvýšený, ale neustále sa u časti pacientov v liečbe vyskytujú. IDZ spracoval a prezentoval predbežné výsledky z materiálu TDI a registra liečby pre diagnózu schizofrénie v SR. Zaujímavá je vysoká negatívna korelácia medzi trendom vo výskyte liečených pre schizofréniu a pre závislosť od opiátov ($r = -0,921$) a vysoká pozitívna medzi vývojom počtom liečených pre schizofréniu a liečených kvôli závislosti od kanabisu ($r = +0,878$) a stimulancií ($r = +0,936$). Hrubá predbežná analýza výsledkov ponúka viac nepreverených hypotéz, preto si zistený jav vyžiada na jeho objasnenie ďalšie podrobnejšie preskúmanie v budúcnosti.

Obr. 6.4: Porovnanie trendov prevalencie pacientov liečených pre schizofréniu, závislosť od opiátov a od kanabisu na Slovensku v rokoch 1996 – 2006. (Zdroj: Okruhlica, L., EUROPAD, Sofia, 2008).



6.4 Iné zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Objavili sa už ojedinelé prípady chronických užívateľov psychoaktívnych látok s cirhózou pečene, ktorí začali s vnútrožilovým užívaním heroínu v čase epidémie pred viac ako dekadou a infikovali sa vírusom hepatitídy typu C. Neboli efektívne liečení na túto infekciu a nadmerne konzumujú alkohol. Vzhľadom na epidémiu infekcie hepatitídy C medzi vnútrožilovými užívateľmi drog na Slovensku, očakáva sa v budúcnosti nárast prevalencie ťažkých hepatálnych ochorení (cirhózy, hepatocelulárnych karcinómov).

Pretrváva problém compliance⁷⁹ užívateľiek drog v prenatálnej starostlivosti.

Vzhľadom na vysokú dopravnú nehodovosť s vysokou úrazovosťou na Slovensku, kde bývajú účastníkmi aj užívatelia drog, začalo v roku 2007 MZ SR v spolupráci s MV SR pripravovať nový zákon, ktorý by mal umožniť rutinné testovanie vodičov na prítomnosť drog. Zákon by mal vstúpiť do platnosti v roku 2009.

⁷⁹ Udržania /správania sa v zhode.

7 Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog sú v tejto časti skoncentrované len na opatrenia zamerané na prevenciu telesných poškodení súvisiacich s drogami. Nie sú tu uvedené opatrenia na predchádzanie mentálnych poškodení ako je vznik závislosti, nakoľko tomuto jadrovému zdravotnému problému spôsobenému dôsledkom užívania psychoaktívnych látok je venovaná časť v kapitole 6.

Opatrenia zamerané na znižovanie telesných poškodení súvisiacich s užívaním drog sú v podstatnej miere realizované prostredníctvom:

- poskytovateľov špecializovanej zdravotnej starostlivosti,
- pracovníkmi nízkoprahových programov „harm reduction“ v teréne,
- prostredníctvom lekární.

Na činnosti v tejto oblasti participujú ako štátom zriadené organizácie, mimovládne organizácie, profesionálni zdravotnícki pracovníci, absolventi sociálnej práce, študenti – dobrovoľníci, (bývalí) užívatelia. Úsilie a opatrenia sú graduované podľa osvedčenej schémy:

- primárnou prevenciou redukovať počet najmä mladých ľudí, ktorí začnú užívať drogy;
- u tých, ktorí sa už napriek tomu stali pravidelnými konzumentmi drog, odvrátiť ich od prechodu z inej formy užívania k injekčnému užívaniu a nasmerovať ich čo najskôr do liečby s cieľom ukončenia užívania;
- motiváciou vnútrožilových užívateľov k bezodkladnému nástupu do liečby a zatiaľ, kým neprestanú užívať návykové látky, je vyvíjaná snaha primäť k redukcii vnútrožilovej aplikácie, prípadne k používaniu sterilného náradia a k takému konaniu, aby u nich nedošlo k infikovaniu seba, prípadne iných a k fatálnemu predávkovaniu.

7.1 Prevencia s drogami súvisiacich úmrtí

Zásadnú úlohu zohrávajú programy udržiavacej liečby určené pre pacientov so závislosťou od opioidov. Substitúcia sa realizuje buď v programe metadónovej udržiavacej liečby, alebo v programoch buprenorfinovej udržiavacej liečby (t. č. Suboxon). Vedecky bolo dostatočne preukázané, že medicínsky asistovaná dlhodobá udržiavacia liečba znižuje u pacientov so závislosťou od opiátov riziko predávkovania a vzniku infekcií krvou prenosných ochorení.

V udržiavacej liečbe boli vykonané v tomto smere dve malé, ale dôležité zmeny: pokiaľ ide o metadónovú liečbu už od roku 2004 okrem terapeutickkej modality, vyžadujúcej od pacientov v najväčšom programe substitučnej liečby v CPLDZ Bratislava „čisté“ moče preverené pravidelným testovaním, bola od roku 2004 zriadená aj druhá, tzv. harm-reduction modalita, kde sa nekladie dôraz na abstinenciu, ale na to, aby u užívateľa nedošlo k iným poškodeniam zdravia a nestratil sa zo siete zdravotnej starostlivosti napriek aktuálnej neschopnosti plne abstinovať od drog.

V programe substitučnej liečby buprenorfinom sa v CPLDZ Bratislava v roku 2007 prešlo z čistého buprenorfinového preparátu – Subutexu na Suboxon. Suboxon má okrem nižšieho rizika vnútrožilového non-lege artis užívania a vďaka prítomnosti naloxónu aj menšie riziko predávkovania inou psychoaktívnou substanciou v kombinácii s buprenorfinom. Súčasťou všetkých programov udržiavacej liečby je aj edukácia vnútrožilových užívateľov.

Niektoré iné, menej často vo svete využívané opatrenia akými sú napríklad injekčné miestnosti pre užívateľov, či bezplatná distribúcia naloxónu na administráciu v prípade, ak by sa jeho priateľ/ka predávkoval, nie sú u nás z pohľadu zákonov akceptovateľné.

7.2 Prevencia a liečba s drogami súvisiacich infekčných ochorení

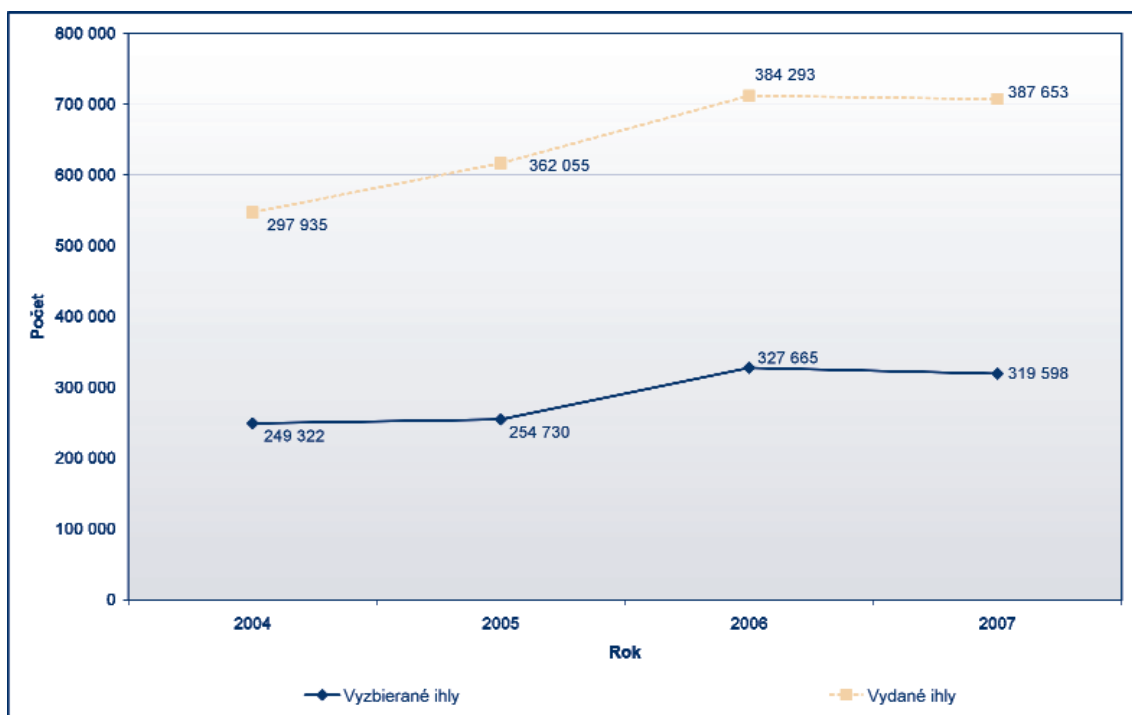
7.2.1 Programy výmeny ihliel a striekačiek

Okrem edukácie užívateľov drog prostredníctvom letákov, osobne pri liečbe alebo cestou masmédií sa v prípade pokračujúceho vnútrožilového injikovania osvedčila výmena, prípadne distribúcia sterilného náradia na samoadministráciu drog. Tu podstatnú úlohu prostredníctvom nízkoprahových organizácií zohrávajú ich pracovníci priamo v teréne. To isté, ale stacionárne v „kamenných“ inštitúciách vykonávajú vyčlenení zamestnanci CPLDZ.

História najstaršieho programu výmeny sterilných ihliel a striekačiek na Slovensku v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave sa datuje od roku 1994 na začiatok epidémie vnútrožilového užívania drog – heroínu. Neskôr z technicko-organizačných dôvodov v tomto programe zmenila povinná výmena sterilného materiálu za použitý, prinesený užívateľom drog a prešlo sa na distribúciu a nepovinné odovzdávanie použitých ihliel a striekačiek užívateľmi do nádob na infekčný odpad. Tento program poskytovania sterilných ihliel a striekačiek pre užívateľov drog má tú zvláštnosť, že sa nachádza v inštitúcii zameranej na liečbu, kde okrem iných denne dochádza takmer 400 pacientov na metadónovú udržiavaciu liečbu. Len v tomto programe sa za 10 rokov od jeho vzniku vydalo viac ako 500 000 sterilných ihliel a striekačiek.

V roku 2007 bolo pre vnútrožilových užívateľov drog bezplatne distribuovaných prostredníctvom tohto programu a nízkoprahových programov spolu 420 627 sterilných ihliel a striekačiek a vyzbieraných bolo vyše 319 000 použitých (obr. 7.1, resp. tab. 7.1). Nezanedbateľné je udržanie dostupnosti sterilných ihliel a striekačiek pre vnútrožilových užívateľov predajom v prístupných cenách v slovenských lekárňach, o počte ktorých však nemáme údaje. Hustá sieť lekární pokrýva celé Slovensko. Ihly a striekačky je možné si v nich kúpiť bez predpisu lekára.

Obr. 7.1: Trendy vydaných a vyzbieraných ihliel a striekačiek v nízkoprahových zariadeniach (Zdroj údajov: NMCD 2008a).



7 Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Tab. 7.1: Výmena ihl a striekačiek v terénnych programoch a stacionárnom programe CPLDZ (NMCD, 2008a a IDZ CPLDZ, 2008).

Rok	Počet vyzbieraných ihl/striekačiek	Počet vydaných ihl/striekačiek + CPLDZ Bratislava	Počet programov výmeny, za ktoré sa údaje uvádzajú	Počet výmen	Počet osôb
2004	249 322	297 935 + 26 829	8	N/A	N/A
2005	254 730	362 055 + 43 663	10	7 333	1 658
2006	327 665	384 293 + 66 154	13	9 784	1 965
2007	319 598	387 653 + 32 974	12	10 485	2 248

7.2.2 Testovanie a vakcinácia užívateľov drog

Zabezpečené je dostupné, bezplatné testovanie užívateľov drog s anonymnou variantou na krvou prenosné infekcie v zdravotníckych zariadeniach. Osvedčilo sa nielen na depistáž neodhalených infekcií a ich včasnú liečbu, ale aj ako nepriamy preventívny prostriedok na redukciiu incidence týchto infekcií. V súvislosti s tým je poskytované aj odborné pre- a post-testové poradenstvo. Začal sa veľký projekt testovania infekčných krvou prenosných ochorení s možnosťou následnej liečby vo väzenstve.

Špeciálnym prostriedkom prevencie infekcie vírusom hepatitídy typu B je plošná vakcinácia všetkých novovstupujúcich užívateľov, respektíve aspoň vnútrožilových užívateľov, ktorí boli v kontakte so špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami pre liečbu u závislostí.

7.2.3 Liečba infekčných ochorení, poradenstvo

Jedným z najefektívnejších opatrení, ktoré môžu ochrániť už vírusom infekčnej hepatitídy typu C infikovaných užívateľov pred progresom a vznikom závažného ochorenia, je čo najrýchlejší vstup do liečby. Podmienkou pre poskytnutie interferónovej liečby je však aspoň 6-mesačná medicínsky, toxikologickými vyšetreniami dokumentovaná, aspoň pol roka trvajúca kontinuálna abstinencia. V roku 2007 bola veľmi intenzívna aktivita zo strany hepatológov, infektológov a imunológov so snahou motivovať čo najviac pacientov pozitívnych na HCV, aby vstúpili čo najskôr do liečby a udržali sa v liečbe pegylovaným interferónom v kombinácii s ribavirínom.

Programy nízkoprahových terénnych služieb poskytujú v teréne najmä pre ženy so závislosťou od drog pracujúce v sexbiznise bezplatne kondómy. Syfilis je predmetom špeciálnej osvetovej činnosti nízkoprahových programov, tiež vyhľadávacej a poradenskej činnosti špecializovaných programov zameraných na liečbu závislostí s následným usmerňovaním najmä klientiek/pacientiek žien do špecializovaných dermatovenerologických ambulancií. Programy distribuujú edukačno-osvetové letáky a vykonávajú aj osobné poradenstvo.

7.3 Intervencie vo vzťahu k psychiatrickej komorbidite

V posledných piatich rokoch nastal na Slovensku medzi užívateľmi drog nárast psychiatrickej komorbidity. Súvisí to so zmenou užívania drog na drogovej scéne, s nárastom užívania metamfetamínov a kanabisu, čo sa prejavuje častejším výskytom toxických psychóz. Ide o klinické obrazy s dominujúcou paranoidnou symptomatológiou pripomínajúcou schizofrénnu psychózu. V tomto smere sa zintenzívnila spolupráca medzi špecializovanými adiktologickými službami a poskytovateľmi všeobecno-psychiatrickej starostlivosti. Zvlášť náročná je práca s príbuznými takýchto pacientov, ktorú v CPLDZ Bratislava realizujú cestou pravidelných stretnutí rodičov a príbuzných v svojpomocnej skupine s lekárom. Významným prínosom je aj internetové poradenstvo zabezpečované renomovanými odborníkmi, či už na www.infodrogy.sk alebo www.cpldz.sk.

7 Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

V roku 2007 na www.drogy.sk bolo realizovaných 141 komunikácií. Špecifické boli požiadavky o radu zo strany slovenských mladých občanov – užívateľov drog pracujúcich v zahraničí. Išlo najčastejšie o poradenstvo pri paranoidno-halucinatórnych stavoch po užití MDMA, kokainu a marihuany. Vzhľadom na narastajúci polyúzus a častú konzumáciu stimulancií bude potrebné i v budúcnosti venovať viac pozornosti problematike psychiatrickej komorbidity. Inštitút drogových závislostí CPLDZ Bratislava pripravuje výskumný projekt s takýmto zameraním.

7.4 Intervencie vo vzťahu k iným zdravotným súvislostiam a dôsledkom

Nízkoprahové programy okrem služieb zameraných priamo na prevenciu krvou a sexuálnym stykom prenosných ochorení u užívateľov drog, poskytujú podľa svojich kapacít i ďalšie služby na zabezpečenie ich elementárnych sociálnych, ekonomických a zdravotných potrieb (tab. 7.2.). Patrí medzi ne predlekárske zdravotné ošetrovanie zväčša infikovaných rán po vpichoch, potravinový servis, krízové intervencie často spojené s referenciou do liečby a dôležitú rolu plní aj sociálna mediácia sprostredkovaná sociálnymi pracovníkmi terénnych, nízkoprahových programov.

Tab. 7.2: Prehľad počtu osôb a im poskytnutých výkonov v nízkoprahových programoch v roku 2007 (NMCD, 2008 a).

Poskytovaná služba	Počet osôb	Počet programov, za ktoré sa údaje uvádzajú	Počet výkonov	Počet programov, za ktoré sa údaje uvádzajú
Potravinový servis	283	2	4635	3
Zdravotné ošetrovanie	242	8	1147	10
Individuálne poradenstvo	150	7	1703	8
Krízová intervencia	95	2	284	2
Referencie do liečby	426	7	947	7
Referencie do substitučných programov	186	6	622	6
Sociálna asistencia	76	4	126	5

Aktuálne sú ale aj ďalšie úlohy pre orgány a organizácie štátnej správy a prípadne samosprávy, ktoré sú v štádiu organizačného riešenia. O pripravovanom zákone dávajúcom jasnejšie legislatívne rámce na realizáciu testovania vodičov na prítomnosť drog v čase riadenia motorového vozidla sme sa už zmienili v závere kapitoly 6.

Ako osobitný sociálno-zdravotný problém pretrváva inhalovanie prchavých látok deťmi a mladými adolescentmi v rómskych osadách najmä na východnom Slovensku. A to aj napriek skutočnosti, že sa to nepremiata do významnejšieho podielu, či nárastu v sledovanom indikátore dopytu po liečbe (TDI) monitorovanom v špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Opakovane však signalizovali sniffing najmä toluénu v osadách rómske i nerómske neziskové organizácie, podieľajúce sa na projektoch zlepšovania zdravotného stavu, zvyšovania životnej úrovne a kvality života v týchto lokalitách. Zo zdravotného hľadiska v prípade intenzívneho pokračujúceho sniffingu najmä pôsobením na nezrelý, dospelávajúci mozog môže dochádzať neraz k jeho závažnému organickému poškodeniu a k narušeniu duševného vývoja. Časté fetovanie prchavých látok v rómskych osadách⁸⁰ je však len jedným aspektom komplexného sociálno-ekonomického fenoménu, ktorý si vyžaduje širší multisektorálny prístup. Principiálnu koordinačnú úlohu môže v tomto smere zohrať spolupráca splnomocnenkyne Vlády Slovenskej republiky pre otázky Rómov na Úrade vlády Slovenskej republiky spolu s Výborom ministrov a jeho Generálnym sekretariátom pre drogy a drogovú závislosť Úradu vlády Slovenskej republiky.

Súbor opatrení zameraných na limitovanie zdravotných súvislostí a dôsledkov užívania drog je veľmi náročný na personálne a finančné zdroje ako aj na náročnú medzisektorovú koordináciu, preto patrí k najzložitejším perspektívnym úlohám.

⁸⁰ Pozri aj kap. 2 Užívanie drog v špecifických populáciách.

8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Užívanie drog sa dá chápať ako dôsledok alebo ako príčina sociálneho vylúčenia. Sociálna marginalizácia môže byť na jednej strane dôvodom na začatie užívania drog a môže viesť k problematickejšiemu užívaniu, a na druhej strane užívanie drog môže spôsobiť zhoršenie životných podmienok (príjem, zamestnanosť, bývanie atď.).

Národný akčný plán sociálnej inklúzie definoval hlavné skupiny obyvateľstva ohrozené chudobou a sociálnou exklúziou, ktoré v zásade zodpovedajú konceptu zraniteľných⁸¹ skupín EMCDDA. Nezamestnaní, marginalizované rómske komunity, bezdomovci postihnutí viacnásobným vylúčením, ľudia so zdravotným postihnutím, migranti, rodiny s deťmi (s vyšším rizikom v neúplných rodinách a rodinách s počtom detí 3 a viac) a ostatné zraniteľné skupiny obyvateľstva ako drogový závislí, gambleri, týrané a zneužívané deti, obeť domáceho násillia, osoby vo a po výkone trestu odňatia slobody, deti po ukončení ústavnej alebo ochrannej výchovy.

Nezamestnanosť bola najvýraznejšou sociálnou charakteristikou aj pacientov v liečbe (v roku 2007 – 56 %) aj páchatel'ov drogových trestných činov (73 %).

Za ďalší vážny dôsledok užívania drog sa považuje páchanie trestnej činnosti. V roku 2007 pokračoval rastúci trend v počte spáchaných trestných činov. Svedčí o tom 2135 spáchaných trestných činov súvisiacich s prechovávaním, výrobou a distribúciou drog, (t. j. o 413 prípadov viac ako v roku 2006). Rovnako vzrástol aj počet stíhaných páchatel'ov⁸² z 1 256 v roku 2006 na 1 717 (nárast o 461 osôb).

8.1 Sociálna exklúzia medzi užívateľmi drog

Informácie o sociálnom vylúčení, resp. sociálnych problémoch užívateľov drog sú limitované. Dostupné sú sociálne charakteristiky liečených drogový závislých osôb zo zdrojov zdravotníckej štatistiky. Aj v roku 2007 sú najväčšou skupinou pacientov v liečbe z hľadiska ekonomického statusu nezamestnaní (56 %).

8.1.1 Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog

Vzhľadom na komplexnosť a komplikovanosť užívania drog ako sociálneho fenoménu je ťažké určiť kauzálnu súvislosť medzi užívaním a zhoršenými sociálnymi podmienkami užívateľov. Niektoré vybrané charakteristiky sociálneho stavu pacientov sa sledujú aj v rámci ukazovateľa TDI. Sú to napríklad podmienky bývania, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, ekonomická aktivita, spolužitie s ďalšími osobami (i drogový závislými).

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že stupeň zhoršenia sociálnych podmienok asociovaných s užívaním drog je menší u prvoliečených než u opakovane liečených pacientov⁸³.

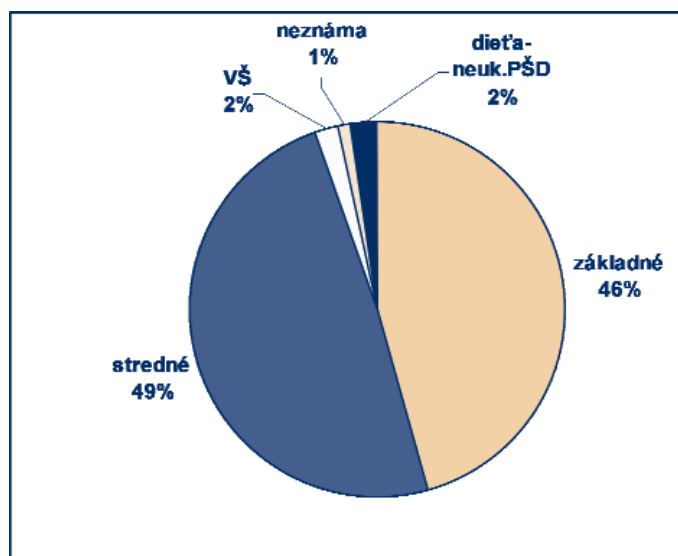
Značnú časť pacientov liečených kvôli užívaniu drog na Slovensku tvoria ľudia, ktorí dosiahli len primárny stupeň vzdelania (základná škola), prípadne ani ten. V roku 2007 to bolo 46 % liečených (obr. 8.1.) Tento podiel je významne vyšší u liečených žien (53 %) než u mužov (44 %).

⁸¹ „Zraniteľnosť“ na úrovni skupiny je interpretovaná v úzkom sociodemografickom zmysle, teda skupina môže byť charakterizovaná sociodemografickými alebo geografickými charakteristikami s možnosťou vysokého rizika užívania drog. Použitie slova „zraniteľná“ skupina naznačuje vystavenie skupiny sociálnemu znevýhodneniu alebo nerovnosti, ktorá môže mať za následok zúžený výber správania sa jednotlivca.

⁸² Štatistické údaje o počte stíhaných páchatel'och a počte drogových trestných činov nemusia korešpondovať s oficiálnymi údajmi PPZ, z dôvodu použitia rozdielnej metodiky pri ich spracovaní a nie je možné ich preto komparovať.

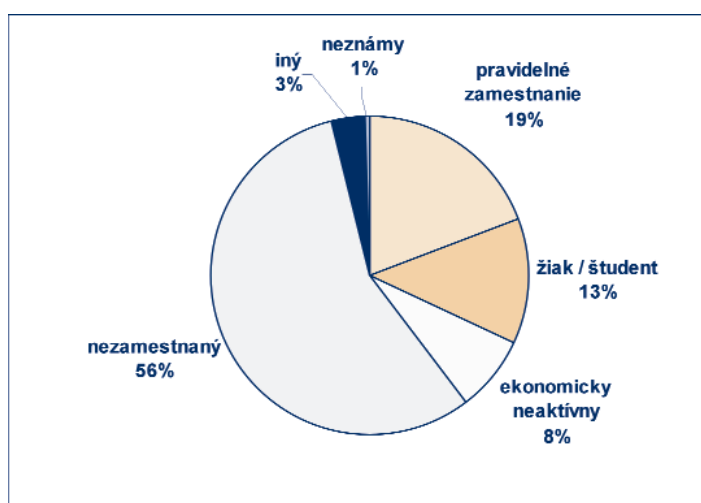
⁸³ NMCD: Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2006, Národné monitorovacie centrum pre drogy, Úrad vlády SR, Bratislava, 2007.

Obr. 8.1: Percentuálna skladba najvyššie ukončeného vzdelania u liečených drogovu závislých pacientov v roku 2007 (Zdroj: NCZI, 2008).



Pokiaľ ide o ekonomickú aktivitu, ako už bolo uvedené v kapitole 4, najväčší podiel medzi liečenými tvoria nezamestnaní (56 %). Ekonomicky aktívnych (t. j. zamestnaných alebo študujúcich) je necelá tretina – 32 % (Obr. 8.2)

Obr. 8.2: Percentuálne zloženie populácie liečených pacientov v SR v roku 2007 podľa ich ekonomickej aktivity (Zdroj: NCZI, 2008).



Podiel pacientov mladších ako 20 rokov v súvislosti so zmenami na drogovej scéne od deväťdesiatych rokov minulého storočia sa postupne zmenšoval a v posledných niekoľkých rokoch dosahoval ustálený stav. V roku 2007 u pacientov zo všetkých zdravotníckych zariadení dosiahol 22 %. Na jednej strane potešiteľná skutočnosť značí na druhej strane zväčšenie podielu vyšších vekových kategórií medzi liečenými, u ktorých je vyššia pravdepodobnosť výskytu problémového užívania.

Z hľadiska rizikového správania má pomerne veľký význam, či osoba býva s inou osobou užívajúcou drogy. V roku 2007 bývalo s ďalším užívateľom drog takmer 10 % všetkých liečených.

Vývoj niektorých sociálnych ukazovateľov od roku 2003 je znázornený v tabuľke 8.1.

8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Tab. 8.1: Vybrané sociálne charakteristiky užívateľov drog v liečbe v % – všetky žiadosti o liečbu (Zdroj: NCZI, 2008).

	2003	2004	2005	2006	2007
Nestabilné ubytovanie	6,6	7,6	8,9	8,6	9,6
Bývanie v inštitúcii	1,9	1,6	1,6	1,0	0,8
Nezamestnaní	55,2	54,2	54	55,2	56,5
Najvyššie vzdelanie základné	40,3	43	39,1	38,5	40,3

8.1.2 Klienti v resocializačných strediskách

Socioekonomický status klientov v terapeutických komunitách (resocializačných strediskách, ktoré sú mimo sektoru zdravotníctva) naznačili informácie z prieskumu⁸⁴, ktorý sa realizoval v rámci aktivity twinnigového projektu⁸⁵. V priebehu zisťovania (august – október 2007, počas návštev zahraničných expertov projektu v jednotlivých resocializačných zariadeniach) bolo v týchto 20 RS 405 klientov, ktorých vedenie RS vedelo identifikovať z hľadiska ich sociálno-ekonomického statusu. V 5 RS uviedli, že ich klienti pochádzajú z rôznych prostredí, od analfabetov až po vysokoškolsky vzdelaných, ďalšie 4 zariadenia prijímajú klientov pochádzajúcich z dobrých majetkových pomerov, 7 z priemerných majetkových pomerov (zamestnanci, robotníci) a napokon 4 zariadenia prijímajú klientov s ťažkou až veľmi ťažkou sociálnou situáciou. V rozhovoroch so samotnými klientmi sa u veľkej väčšiny prejavujú obavy z budúcnosti (po odchode z RS) po stránke finančnej (dlhy), sú bez vzdelania alebo s nízkym vzdelaním, ktoré im neumožní zamestnať sa, nemajú kde bývať. Často klienti spomínali možnosť vzdelávať sa, začať študovať či pokračovať v štúdiu tým skôr, že úroveň ich vzdelania a ich pracovné skúsenosti sú nízke. Očakávali by pomoc a prípravu na prijímací rozhovor, ktorý ich čaká pri hľadaní zamestnania.

Zahraniční experti projektu zaregistrovali výrazné sociálne a ekonomické rozdiely medzi západom a východom Slovenska, prejavujúce sa aj v oblasti⁸⁶ resocializácie (získanie práce, bytu) a vyplývajú z ekonomiky: miera nezamestnanosti na západe je 4 – 5 %, na východe 20 – 23 %.

Kontaktované Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ktoré úzko spolupracujú s RS) signalizovali, že hoci zaznamenali silnú prevahu toxikománie u klientely, ktorú majú na starosti, majú problém identifikovať užívateľa drog ako špecifického klienta, pričom jeho sociálne problémy sú rovnaké ako u ostatných klientov: nezamestnanosť, bývanie.

8.1.3 Užívanie drog v rómskych komunitách

Teoreticky opačné poradie príčiny a dôsledku (sociálna exklúzia a užívanie drog) sledoval prieskum⁸⁷ v 70 rómskych komunitách Prešovského kraja, s vysokou koncentráciou rómskeho etnika (Hlavné zistenia z tohto kultúrno-antropologického prieskumu sú uvedené v kap. 2. Užívanie drog v špecifických skupinách). Podľa autorov⁸⁸ sú zistenia v niektorých oblastiach paradoxné – čím vyššia je integrácia, resp. snaha o integráciu jedincov z týchto komunit – postihnutých viacnásobným vylúčením – do prostredia majority, tým vyššie je riziko preberania negatívnych vzorov správania.

⁸⁴ Storogenko, M. a kol. (2007): Resocializačné strediská pre drogové a iné závislosti v Slovenskej republike – súčasná situácia 10/2007 Zdroj: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=643>.

⁸⁵ EÚ Twinningový projekt SK/06/IB/SO/02 – Zlepšovanie a rozširovanie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé na psychoaktívnych látkach.

⁸⁶ V oblasti drogovej závislosti sa prejavujú tieto rozdiely v užívaných látkach; na východe prevažuje alkohol, na západe pervitín a iné drogy.

⁸⁷ V rámci projektu Koncepcia zapojenia regionálnych kapacít do tvorby, realizácie a hodnotenia protidrogovej politiky Prešovského kraja – v roku 2007 bol podporený z prostriedkov Grantovej schémy v rámci projektu Podpora implementácie NPBD 2004 – 2008.

⁸⁸ Mušíňka, A. (2007) Výskum drogových závislostí v rómskych komunitách.

8.2 Drogová kriminalita

Predmetom tejto časti kapitoly o sociálnych dôsledkoch užívania drog sú trestnoprávne aspekty: nedovolené výroby OPL, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi (§ 171 – 173 TZ), šírenie toxikománie (§ 174 TZ), ohrozenie pod vplyvom návykových látok (§ 289 TZ) a v neposlednej rade drogami motivované trestné činy (t. j. sekundárna drogová kriminalita – pozri Trestný zákon 300/2005 Z. z.).

Drogová kriminalita je analyzovaná z pohľadu evidovaných trestných činov a páchatel'ov. Ich evidenciu a štatistiku centrálné zaisťujú orgány činné v trestnom konaní – Ministerstvo vnútra SR (MV SR), Generálna prokuratúra (GP) a Ministerstvo spravodlivosti SR (MS SR). Od roku 2007 zaviedlo sledovanie trestných činov a páchatel'ov podľa druhu drogy – MS SR a MV SR (GP začala sledovať druh drogy od 1. 1. 2008, preto prvá oficiálna štatistika bude uvedená až vo Výročnej správe 2009).

Pri zostavovaní tejto kapitoly sa využili informácie zo štatistického systému Prezídia policajného zboru (PPZ) a Správy o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2007⁸⁹ (MV SR). Štatistika obsahuje údaje o počte spáchaných trestných činoch a stíhaných páchatel'ov z pohľadu konkrétnych drogových paragrafov (§ 171 – 174 TZ) a druhov drog. Obrázok o celkovej drogovej kriminalite dopĺňajú informácie zo štatistického systému GP a MS SR, ktoré obsahujú dáta o počte obžalovaných/odsúdených podľa relevantných (§ 171 – 174) NTZ⁹⁰ a (§ 186 – 188a) STZ⁹¹.

8.2.1 Počet trestných činov a stíhaní páchatelia podľa údajov MV SR / PPZ

Štatistické údaje MV SR (respektíve Správa o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2007) poukázali na pokračujúci, rastúci trend pri odhaľovaní drogových trestných činov a páchatel'ov. Svedčí o tom 2 135 spáchaných trestných činov súvisiacich s prechovávaním, výrobou a distribúciou drog (t. j. o 413 prípadov viac ako v roku 2006). Rovnako vzrástol aj počet stíhaných páchatel'ov⁹² z 1 256 v roku 2006 na 1 717 (nárast o 461 osôb). Z celkového počtu stíhaných bolo do drogovej trestnej činnosti zapojených 39 cudzincov, išlo najmä o občanov Českej republiky (17), Maďarska (5) a bývalej Juhoslávie (3).

Štruktúra páchatel'ov z pohľadu veku, pohlavia a vzdelanostnej úrovne nezaznamenala výrazný posun oproti roku 2006 (Správa 2007). Pri páchaní drogovej trestnej činnosti v roku 2007 dominovali páchatelia vo vekovej skupine 18 – 30 rokov, ktorých podiel osciloval podobne ako v predchádzajúcom roku – na úrovni 70 %. V roku 2007 vzrástol počet stíhaných mladistvých – z 98 v roku 2006, na 162 páchatel'ov vo veku 14 – 18 rokov.

Podľa sociálneho postavenia boli najčastejšími páchatel'mi drogovej kriminality nezamestnané osoby (73 %), za nimi nasledovali robotníci a prevádzkoví pracovníci – ich podiel na drogovej kriminalite bol zhodne 5 %. Naopak najnižšiu účasť na drogovej trestnej činnosti zaznamenali pracovníci nevýrobnej sféry (riadiaci a technickí pracovníci) – ich podiel neprevýšil 1 %.

PPZ po druhýkrát viedlo v roku 2007 aj štatistické sledovanie⁹³ počtu stíhaných páchatel'ov a trestných činov (§ 171 – 174 Trestného zákona) podľa druhu drogy. V uvedenej štruktúre policajný zbor evidoval celkom 2 160 trestných činov a 1 861 stíhaných páchatel'ov. Konkrétny druh drogy bol uvedený iba pri 1 835 trestných činoch a pri 1 238 stíhaných páchatel'och⁹⁴.

V roku 2007 bola spáchaná vyše polovica trestných činov v súvislosti s „ostatnými látkami“ – celkom (52 %). Túto bilanciu zapríčinil vysoký počet (902) trestných činov súvisiacich s inými prekurzormi⁹⁵. Z pohľadu klasických drog⁹⁶ dominovali trestné činy súvisiace s marihuanou (527), pervitínom (172) a heroínom (134). Viac informácií znázorňuje obr. 8.3.

⁸⁹ Uvedený materiál MV SR bol predložený na rokovanie VMDZKD, v marci 2008. Súčasťou tohto materiálu je okrem iného, aj správa NPJ ÚBOK o drogovej scéne v SR za rok 2007, ktorá bola v značnej miere použitá pri písaní relevantných častí tejto kapitoly.

⁹⁰ Nový trestný zákon č. 300/2005 Z. z. je platný od 1. 1. 2006.

⁹¹ Starý trestný zákon č. 140/1948 Z.z. bol účinný do 31. 12. 2005.

⁹² Štatistické údaje o počte stíhaných páchatel'ov a počte drogových trestných činov nemusia korešpondovať s oficiálnymi údajmi PPZ, z dôvodu použitia rozdielnej metodiky pri ich spracovaní a nie je možné ich preto komparovať.

⁹³ PPZ zaviedlo povinné vykazovanie druhov drog pri spáchaní trestných činov podľa § 171 – 174 Tr. zák., od 1. júna 2006

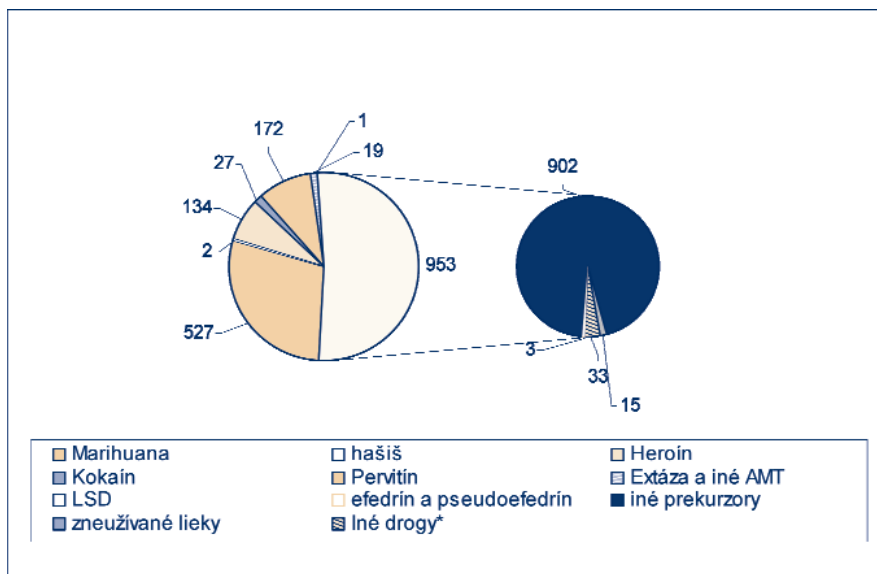
⁹⁴ V prípade 325 trestných činov a 623 páchatel'ov, policajt – dokumentujúci prípad, neuviedol konkrétny druh drogy, nakoľko nemal expertízou jednoznačne potvrdené o aký druh drogy sa jedná.

⁹⁵ K iným prekurzorom patria: diazepam, buprenorfin, bromazepam, etylmorfin, zoldipem, midazolam, pentazocín, klonazepam, oxykodón a iné, ktoré nie sú špecificky zaznamenávané. Dôvodom vysokého počtu trestných činov a páchatel'ov v súvislosti s inými prekurzormi mohla byť tiež nepresná metodika pri spracovaní dát. (Policajt, ktorý drogový trestný čin dokumentuje, v prípade, neobjasneného druhu drogy mohol do záznamového formulára ako druh drogy uviesť „iný prekurzor“).

⁹⁶ Marihuana/hašiš, heroín, pervitín, kokaín, LSD, extáza a iné AMT.

8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Obr. 8.3: Počet spáchaných trestných činov (§ 171 – 174) podľa druhu drogy za rok 2007.

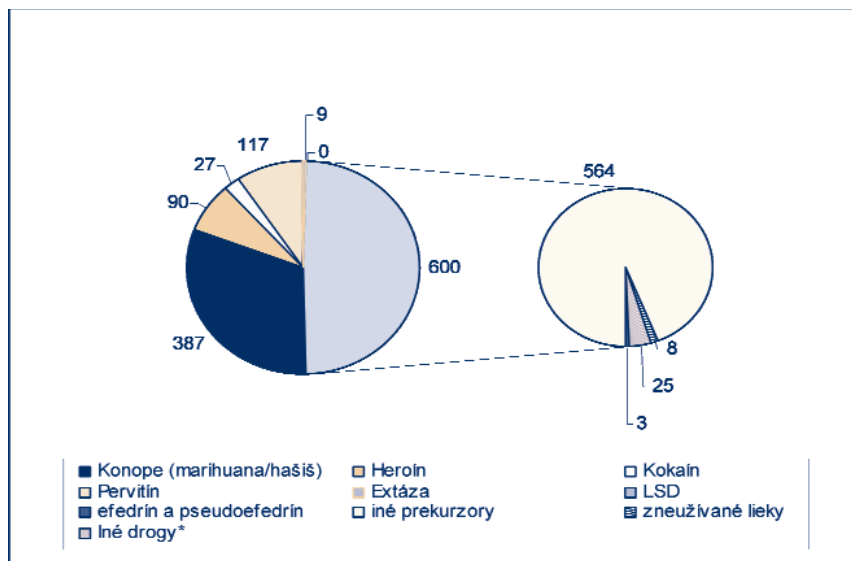


Zneužívané látky: morfin, rohypnol, nurofén, modafen, clarinnese a iné.

Iné drogy: psilocín a ostatné štatisticky nezaznamenané OPL, anabolické steroidy, chemické látky, jedy a zariadenia na výrobu drog.

V prípade stíhaných páchatel'ov bolo spektrum a kvantitatívne zastúpenie zneužívaných drog takmer zhodné ako pri trestných činoch (pozri obr. 8.4). Z „klasických drog“ dominovali: marihuana 31 %, pervitín 9,5 % a heroín 7,3 %.

Obr. 8.4: Počet páchatel'ov trestných činov (§ 171 – 174) podľa druhu drogy za rok 2007.



Zneužívané lieky: rohypnol, modafen, nurofen, clarinase a iné lieky.

Ostatné látky: eferdrín, pseudoefedrín, anabolické steroidy, zariadenia na výrobu drog (sušičky, tlakové nádoby) a iné jedy a prekursorzy.

Poznámka: Uvedený graf znázorňuje páchatel'ov, ktorí spáchali trestný čin v súvislosti s 1 druhom drogy, v prípade páchatel'ov asociovaných s 2 a 3 druhmi drog bol uvedený ten, ktorý bol v záznamovom formulári uvedený ako prvý. Zvyčajne bol zaznamenaný ako prvý druh drogy zaistený v najväčšom množstve.

8.2.2 Drogová kriminalita v krajoch podľa MV SR

V tejto časti sú použité údaje zo Správy MV SR o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality za rok 2007. Nárast počtu spáchaných trestných činov o 413 (celkove 2 135) a stíhaných o 461 ako v roku 2006 sa premietol takmer vo všetkých krajoch SR.

Jediným krajom, v ktorom vývoj drogovej kriminality nezaznamenal v roku 2007 rastúcu tendenciu bola Banská Bystrica – počet páchatel'ov (115) a trestných činov (127) sa pohyboval na úrovni roku 2006. Vývoj kriminality v rokoch 2005 – 2007, poukazuje na systematický rast počtu spáchaných trestných činov a stíhaných osôb a to hlavne v Trnavskom a Nitrianskom kraji. (Tab. 8.2). Z uvedenej tabuľky rovnako vyplýva že najmenej sa drogová kriminalita vyskytovala v Prešovskom, Košickom a Žilinskom kraji.

Tab. 8.2: Vývoj drogovej kriminality z pohľadu trestných činov a páchatel'ov v krajoch, za roky 2005 – 2007 (Zdroj: Ministerstvo vnútra, 2008 NPJ ÚBOK – „Drogová scéna v SR za rok 2007“).

Kraj	Počet trestných činov			Počet stíhaných páchatel'ov		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Bratislavský	1024	1055	1222	802	750	969
Trnavský	140	195	249	97	107	170
Trenčiansky	83	64	125	69	44	88
Nitriansky	119	131	218	80	116	166
Žilinský	65	57	77	70	34	66
Banskobystrický	111	131	127	96	111	115
Prešovský	34	35	56	32	30	66
Košický	62	54	61	62	64	77
Spolu	1638	1722	2135	1308	1256	1717

8.2.3 Počet odsúdených podľa MS SR

MS SR vedie štatistiku o počte odsúdených za trestné činy v rozdelení podľa jednotlivých paragrafov a v danom roku. Od roku 2007 MS SR štatisticky sleduje pri relevantných drogových paragrafoch⁹⁷ aj konkrétny druh drogy. Z dôvodu dlhodobého i niekoľkoročného pojednávania niektorých prípadov nie je možné tieto údaje považovať za reálny a aktuálny obraz vývoja kriminality v sledovanom roku.

Obraz o celkovej drogovej kriminalite z pohľadu počtu odsúdených predstavuje podobne ako v roku 2006 súčet odsúdených, v zmysle §171 – §174 nového Trestného zákona a §186, §187, §188 a §188a starého Trestného zákona⁹⁸.

Počet odsúdených za drogové delikty sa zvýšil na 786 osôb, (ide o 8,9 % nárast oproti roku 2006 a 33,2 % nárast oproti roku 2005). Z celkového počtu odsúdených (786) bolo 80,3 % prípadov riešených v zmysle nového TZ a iba zvyšných 19,7 % bolo posudzovaných podľa starého TZ. Takmer 72 % z celkovej drogovej kriminality sa v roku 2007 centralizovalo v Bratislavskom kraji. Na druhej strane najmenej odsúdených za drogové trestné činy po prvýkrát zaznamenal Žilinský kraj (31), ktorý predstihol aj kraje s dlhodobou najnižšou drogovou kriminalitou – Prešovský (34) a Košický kraj (37).

MS SR začalo v roku 2007 po prvýkrát evidovať odsúdených v zmysle § 171 – 174 NTZ podľa konkrétneho druhu drogy. Ide o pilotnú štatistiku za obdobie, kedy sa špecifikácia druhu drogy vo vzťahu k paragrafom STZ (186 – 188a) neuplatňovala, nie je preto možné komparovať počet odsúdených podľa druhu drogy (654) s celkovým počtom odsúdených (786)⁹⁹.

⁹⁷ § 171 – 174 Tr. zák. č. 300/2005 Z. z. platného od 1. 1. 2006 a § 186 – 188a Tr. zák. č. 140/1961 Z. b. platného do 31. 5. 2005.

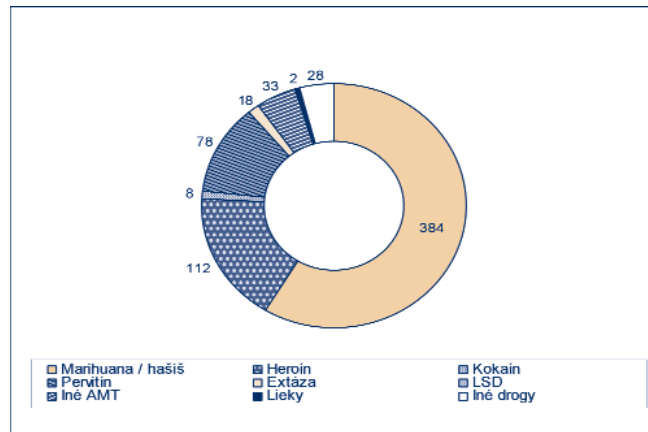
⁹⁸ Osoby, u ktorých bolo začaté trestné stíhanie v dobe platnosti starého Trestného zákona boli v roku 2007 podľa tohto zákona aj právoplatne odsúdené.

⁹⁹ Celkový počet odsúdených za drogovú kriminalitu predstavuje súčet odsúdených podľa § 171 – 174 NTZ a im zodpovedajúce § 186 – 188a STZ.

8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

Podľa uvedenej štatistiky spáchala väčšina odsúdených trestný čin súvisiaci s marihuanou/hašišom (konkrétne 384 odsúdených). Podobnú bilanciu si konopné látky zachovali aj v prípade stíhaných páchatel'ov podľa PPZ (pozri kapitolu 8.2.1). Za marihuanou s výraznejším odstupom nasledovali: heroín (112), pervitín (78), iné AMT (33) a iné bližšie neurčené drogy (28). Kvantitatívne nižšie boli trestné činy súvisiace s kokaínom, extázou, liekmi a LSD (pozri obr. 8.5).

Obr. 8.5: Počet odsúdených za § 171-174 NTZ podľa druhu drogy, v roku 2007.



Iné drogy: Do tejto kategórie spadajú všetky ostatné bližšie nešpecifikované drogy.

Poznámka: Počet odsúdených osôb v grafe predstavuje súčet počtov odsúdených podľa § 171 – 174 NTZ a ekvivalentných § 186 – 188a STZ. U odsúdených za paragrafy STZ nemohlo byť špecifikované, o aký druh drogy išlo, preto súčet odsúdených za jednotlivé druhy drogy nie je totožný s celkovým počtom odsúdených.

Nový trestný zákon (č. 300/2005 Z. z.), priniesol okrem iného významné zmeny v posudzovaní užívateľ'ov drog stíhaných za držbu drogy pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ) a obchodníkov s drogami (§ 172 NTZ). Zvýšili sa trestné sadzby pre osoby, ktoré drogy vyrábajú, distribuujú a prechovávajú vo väčšom množstve¹⁰⁰ a naopak v prípade užívateľ'ov, ktorí prechovávali drogy pre vlastnú potrebu¹⁰¹ sa začali uplatňovať miernejšie alternatívne tresty¹⁰², s cieľom ich dekriminalizácie. Uvedené zmeny legislatívy sa v praxi odzrkadlili vo výraznom náraste odsúdených za držbu drogy pre vlastnú potrebu – §171 NTZ (pozri obr. 8.6) a poklesom počtu odsúdených za výrobu, respektíve obchodovanie s drogami – § 172 NTZ.

Obr. 8.6: Vývoj počtu odsúdených podľa relevantných drogových paragrafov, za obdobie 2002 – 2007 (MS SR 2008).



Poznámka: Od roku 2006 (vošiel do platnosti NTZ č.300/2005 Z.z.) ide o súčet paragrafov STZ a zodpovedajúcich paragrafov NTZ: § 186 STZ+ § 171 NTZ, § 187 STZ + § 172 NTZ, § 188 STZ + § 173 NTZ, § 188a STZ + § 174 NTZ.

¹⁰⁰ Viac ako 10-násobok zvyčajne jednorazovej dávky.

¹⁰¹ V množstve neprevyšujúcom 10-násobok zvyčajne jednorazovej dávky.

¹⁰² § 53 – Trest domáceho väzenia a § 54 – Trest povinnej práce, TZ č. 300/2005 Z. z.

Prehľad trestov, ktoré súdy uložili v roku 2007 obžalovaným za drogové trestné činy, bližšie popisuje kap. č. 11.

8.2.4 Kriminalita mladistvých

V roku 2007 bolo za drogové trestné činy právoplatne odsúdených 51 mladistvých, podobne ako v predchádzajúcom roku kedy bolo odsúdených 50 mladistvých páchatel'ov. Podiel 14-ročných osôb sa zvýšil z jedného páchatel'a v roku 2006, na dvoch v roku 2007 (konkrétne jedného za prechovávanie drog pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ) a druhého za výrobu a obchodovanie s drogami (§ 172 NTZ).

MS SR zaviedlo v roku 2007 osobitné sledovanie mladistvých podľa druhu drogy, podobne ako v prípade celkového počtu odsúdených (pozri v kapitole 8.2.2). Osoby vo vekovej skupine 14 – 18 rokov boli v roku 2007 najčastejšie odsúdení za trestné činy súvisiace: s marihuanou (35), inými AMT (3), inými drogami (3) a pervitínom (1)¹⁰³.

Podľa údajov GP počet mladistvých, obžalovaných za drogovú trestnú činnosť, mierne poklesol – z 64 v roku 2006, na 56 v roku 2007. Daný stav môže mať priamu súvislosť s legislatívnymi zmenami v tejto oblasti a rovnako z využívaním alternatívnych trestov. (Štatistická ročenka GP, 2008).

8.2.5 Iné s drogami súvisiace trestné činy

Sekundárna drogová kriminalita zahŕňa široké spektrum trestných činov, ktoré boli spáchané s motívom zadováženia drog, respektíve za účelom získania finančných prostriedkov na ich kúpu. Hoci tento druh kriminality nie je trestnoprávnymi inštitúciami primárne sledovaný, MS SR eviduje vo svojom štatistickom systéme pri trestných činoch aj motív ich spáchania¹⁰⁴. Na základe uvedenej štatistiky MS SR, boli v roku 2007 drogy (s výnimkou samotných drogových paragrafov) dôvodom pri spáchaní trestného činu: krádeže (23), lúpeže (9), nebezpečného vyhrážania (8), podvodu (3), sprenevery (3), ohrozenia pod vplyvom návykovej látky (2) a ublíženia na zdraví (2).

8.2.5.1 Trestná činnosť spáchaná pod vplyvom drog

MS SR vedie vo svojich štatistických systémoch okrem iného aj evidenciu odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom návykovej látky (drogy)¹⁰⁵. V roku 2007 bolo z celkového počtu odsúdených (27 067) evidovaných 394 osôb za trestné činy pod vplyvom inej návykovej látky ako alkoholu. Oproti roku 2006 pozorujeme nárast o 73 prípadov a v porovnaní s rokom 2005 až o 154 odsúdených. Takmer polovica z uvedených odsúdených (48 %) pochádzala z Bratislavského kraja a naopak najmenej - necelé 4 % z Košického kraja (štatistická ročenka MS SR, 2008).

8.3 Drogov vo väzení

Ku koncu roka 2007 bolo v zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže (ďalej iba „zariadeniach zboru“) umiestnených celkom 8049 obvinených a odsúdených, z ktorých 975 osôb bolo evidovaných ako drogovovo závislých. Ich podiel na celkovom počte obvinených a odsúdených osciloval podobne ako v predchádzajúcom roku na úrovni necelých 12 %.

V ústavoch zboru bolo pri vstupných prehliadkach v roku 2007 identifikovaných 748 osôb, ktoré udávali užívanie primárnych drog pred nástupom do väzenia, čo predstavuje oproti roku 2006 nárast o 102 osôb. Z primárnych drog bol najpočetnejšie zastúpený heroín (313), ďalej nasledovali pervitín (126) a marihuana (109). Z aplikačných foriem opäť dominovala – intravenózna, svedčí o tom 347 prípadov.

8.3.1 Ochranné liečenie

V roku 2007 absolvovalo na psychiatrických oddeleniach zdravotníckych zariadení zboru, s počtom lôžok 180, súdom nariadenú ochrannú protitoxikomanickú liečbu 428 osôb (o 7,8 % menej ako v roku 2006) toho

¹⁰³ Druh drogy bol špecifikovaný iba u mladistvých, ktorí boli odsúdení v zmysle paragrafov NTZ, nezahŕňa odsúdených v zmysle STZ.

¹⁰⁴ Ide o trestné činy pri ktorých páchatel' uviedol ako osobitný dôvod – drogovú závislosť.

¹⁰⁵ § 201 starého Trestného zákona a § 289 nového Trestného zákona.

8 Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

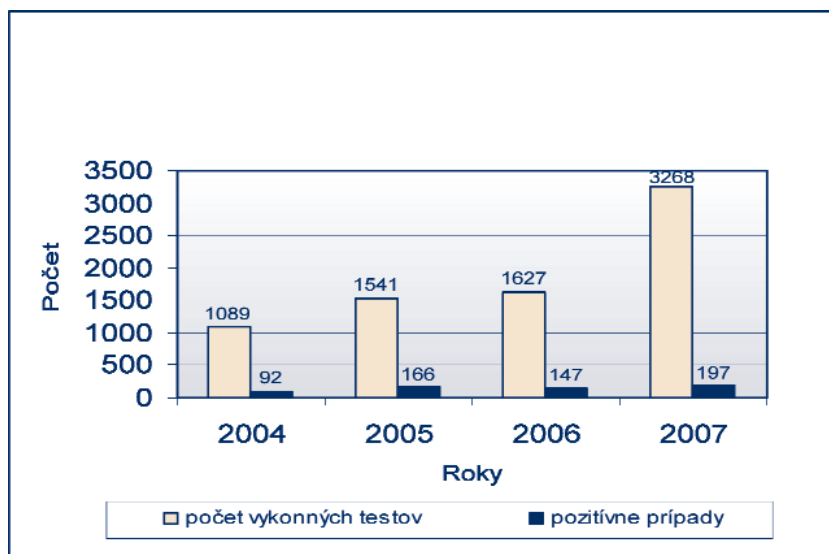
155 – ambulantnú a 273 – ústavnú) a dobrovoľnú protitoxikomanickú liečbu podstúpilo, pri kapacite 22 lôžok - 53 osôb (o 1 menej ako v predchádzajúcom roku).

8.3.2 Drogový skrining

V podmienkach ZVJS sa realizuje od roku 2004, odvtedy sa podiel vykonaných testov na prítomnosť drog v moči zvýšil trojnásobne (1 089 v roku 2004, na 3 268 v roku 2007).

Rok 2007 bol charakteristický zvýšeným počtom realizovaných skriningov na drogy vo väzenských zariadeniach (obr. 8.7.). V prípade pozitívnych výsledkov boli najčastejšie identifikované: benzodiazepíny (BDZ), marihuana (THC), barbituráty (BABT), amfetamíny (AMT) a opiáty/morfíny (OP/MO). Ako znázorňuje tab. č. 8.3, každoročne boli vo väčšine prípadov zastúpené najmä benzodiazepíny, hoci v roku 2007 sa výrazne zvýšil i počet pozitívnych testov na marihuanu.

Obr. 8.7: Počet vykonaných skriningov na drogy vo väzenských zariadeniach SR (2004 – 2007) (Zdroj: GR ZVJS, 2008 (A. Slavkovský).



Tab. 8.3: Zastúpenie jednotlivých psychoaktívnych látok, v prípade odhalených pozitívnych testov (2004 – 2007) (Zdroj: ZVJS, 2008).

Roky	Spektrum zneužívaných psychoaktívnych látok						Σ
	BDZ	THC	BABT	AMT	OP/MO	Iné	
2004	53	9	16	2	12	0	92
2005	91	30	17	13	11	4	166
2006	84	20	7	14	21	1	147
2007	73	52	3	32	29	8	197

8.4 Sociálne náklady spojené s užívaním drog

Posledné informácie týkajúce sa aj sociálnych nákladov spojených s užívaním drog boli zverejnené v kap. 11 Správy 2007 (výdavky MPSVaR, MS SR, resp. podľa oblasti prevencia, represia).

9 Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy

Kľúčovú úlohu pri plnení opatrení pre ohrozené a marginalizované¹⁰⁶ skupiny zohráva rezort práce, sociálnych vecí a rodiny. Stabilne sa v tejto časti správy objavujú údaje o činnosti resocializačných stredísk (RS), ktoré sa v uplynulých rokoch začali výrazne spájať s formami sociálnej pomoci a služieb (teda agendou rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny a sociálnej agendy samosprávnych krajov) a boli takto prezentované, hoci primárne sa etablovali¹⁰⁷, fungovali a fungujú ako terapeutické komunity s cieľom „*aktivizovania vnútorných schopností detí a plnoletých osôb na prekonanie psychických dôsledkov, fyzických dôsledkov a sociálnych dôsledkov drogových závislostí alebo iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí*“.¹⁰⁸

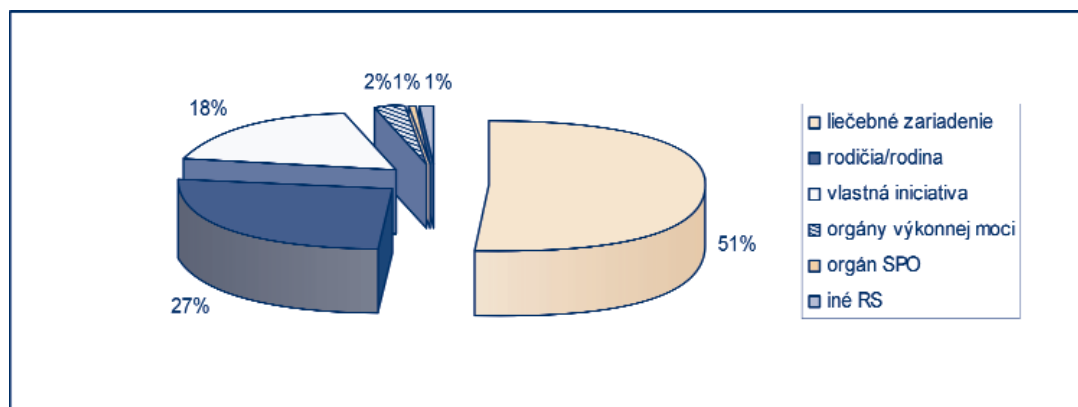
Je nespochybniteľné, že dlhodobý pobyt v resocializačnom zariadení rieši aj akútne sociálne problémy (nezamestnanosť, bývanie, financie) a v rámci poskytovaných vybraných odborných činností (služieb) znásobuje pravdepodobnosť riešenia týchto problémov efektívnejšie. Aktuálne teda RS predstavujú špecifický komplex sociálnej pomoci drogovu závislým. Treba však zdôrazniť, že možnosť plynulého riešenia bytovej otázky pre tých, ktorí sa nemajú kam vrátiť po ukončení odvykacej liečby, respektíve rezidenčného programu resocializácie absentuje. Riešenie bytovej otázky, podobne ako vhodného zamestnania však presahujú vo väčšine prípadov kompetencie a aktuálne možnosti resocializačných zariadení.

Podľa odborníkov participujúcich v projekte „Skvalitnenie a rozšírenie procesu resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok“ (pozri časť 8.1.1) je však potrebné habilitovať resocializačné strediská pre závislé osoby ako tú časť terapie závislých, ktorá je rovnocenným partnerom zdravotníckej starostlivosti a pokračovateľom v kontinuu terapeutickej práce s klientom¹⁰⁹ a ponúka sa aj myšlienka zmeny názvu resocializačných zariadení na rehabilitačné zariadenie¹¹⁰.

9.1 Riešenie sociálnych dôsledkov užívania drog prostredníctvom RS

RS neprispievajú do systému zdravotníckej štatistiky, a tak možnosť prístupu k epidemiologickým dátam je obmedzená. Klienti môžu do týchto terapeutických komunit vstúpiť aj bez absolvovania liečby v zdravotníckych zariadeniach, hoci tieto podľa prieskumu NMCD ostávajú hlavným dôvodom kontaktovania RS. Obr. 9.1.

Obr. 9.1: Dôvody kontaktu s RS v roku 2007 – prieskum NMCD, 2008 (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b).



NMCD v roku 2008 uskutočnilo samostatný dotazníkový prieskum týkajúci sa štruktúry klientov a poskytovaných služieb v roku 2007 RS. Z pôsobiacich 23 RS boli získané údaje z 19 (cca 83 %) ¹¹¹. Celkový počet klientov predstavoval 614, 32 % žien (194) a 68 % mužov (420). Priemerný vek klientov v jednotlivých RS bol od 23 rokov do 46 rokov. Z celkového počtu 614 bolo 50 (8 %) do 18 rokov. 8 osôb bolo v RS v rámci postpenitenciárnej starostlivosti.

¹⁰⁶ Vráťane užívateľov drog.

¹⁰⁷ Ako mimovládne, občianske štruktúry a neziskové zariadenia.

¹⁰⁸ Výročná správa za rok 2007 neziskovej organizácie Komunita Ľudovítov.

¹⁰⁹ Kapustová, K. (2008) s. 10.

¹¹⁰ PhDr. Jana Žemličková, PhD., RS Sanatórium AT, Bratislava Asociácia resocializačných stredísk a postresocializačných služieb SR.

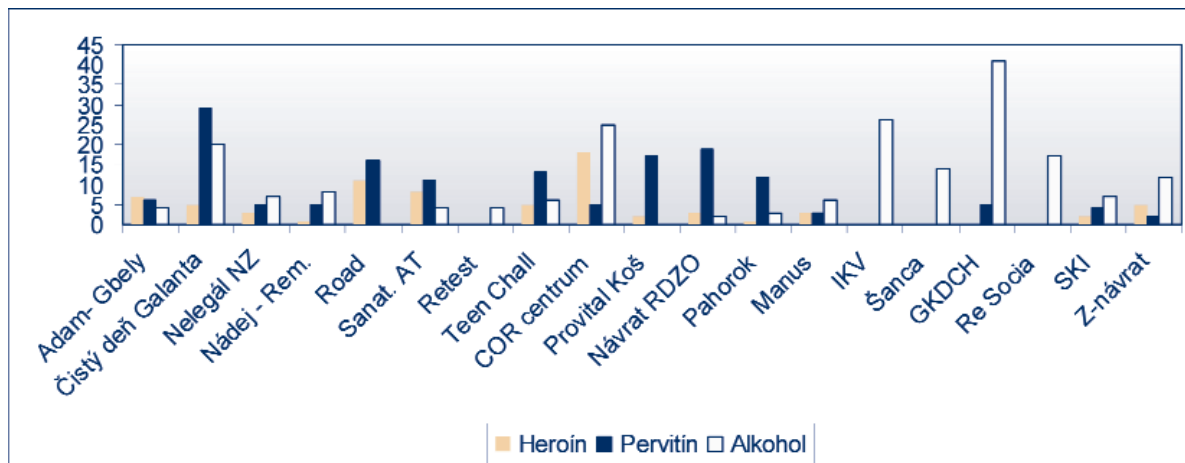
¹¹¹ Bez jedného z najstarších RS Výročná správa za rok 2007 neziskovej organizácie Komunita Ľudovítov.

9 Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy

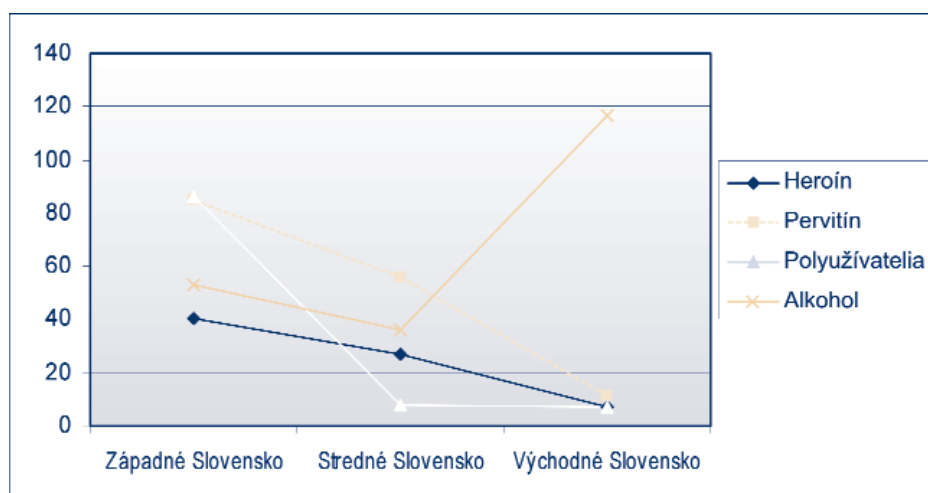
Údaje epidemiologického charakteru sú zapracované do kapitoly 5 – Liečba. Najvyšší podiel klientov bol v RS pre problémy s alkoholom.

V súvislosti s týmto zistením pri „geografickom“ usporiadaní lokalít RS (smerom od západu na východ Slovenska) sa potvrdili rozdiely medzi klientelou RS na východnom Slovensku, kde v roku 2007 dominoval alkohol ako primárna droga a západom, resp. stredom Slovenska.

Obr. 9.2: Geografické rozdiely v prevahe primárnych drog medzi klientelou jednotlivých RS (od západu na východ) (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b).



Obr. 9.3: Regionálne rozdiely podľa primárnej drogy u klientov RS (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b).



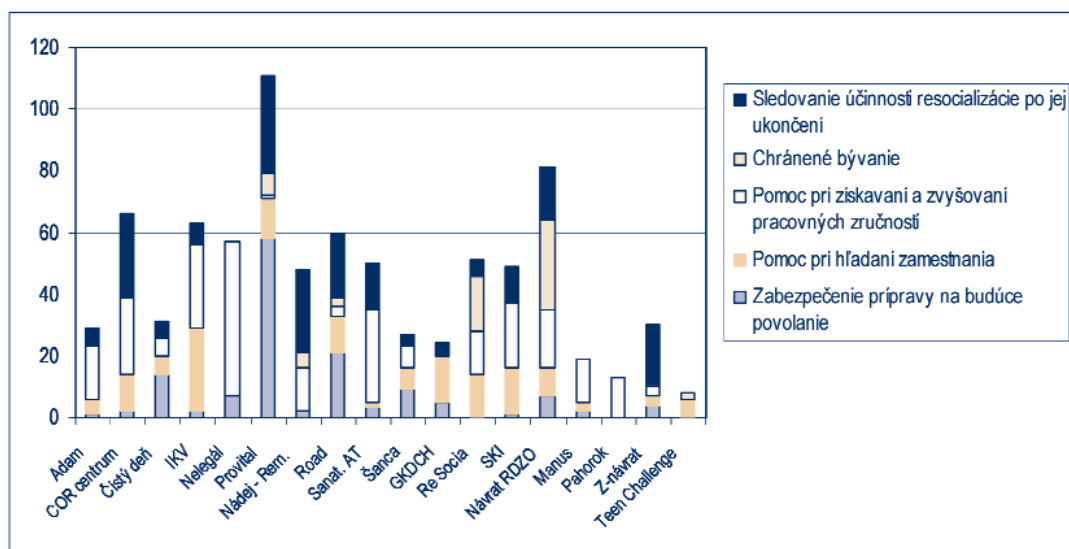
Vo vzťahu k riešeniu základných sociálnych problémov (bývanie, nízke alebo žiadne vzdelanie, nízke uplatnenie na trhu práce, zamestnanie) sa sledoval počet prípadov, resp. počet činností poskytnutých v súvislosti s:

- Zabezpečením prípravy na budúce povolanie (vzdelávanie, dokončenie strednej školy, prípadne VŠ),
- Pomoc pri získavaní a zvyšovaní pracovných zručností,
- Pomoc pri hľadaní zamestnania,
- Sledovanie účinnosti resocializácie,
- Postresocializačná starostlivosť (chránené bývanie, chránené dielne).

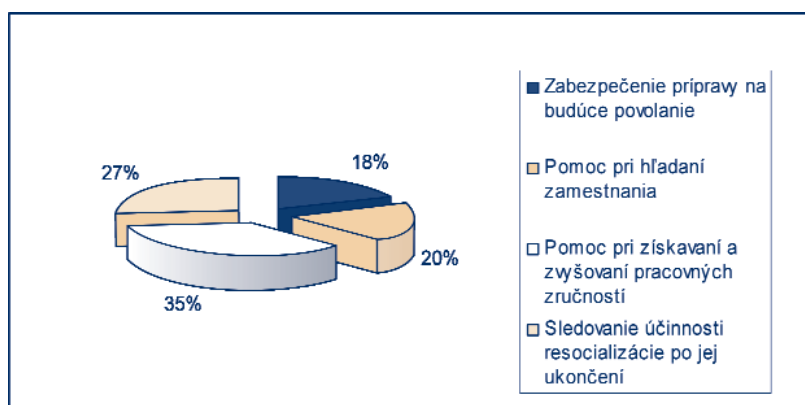
V 18 RS (jedno neuviedlo údaje) bol podiel klientov – prijímateľov služieb/aktivít taký, ako ilustruje obr. 9.4, vrátane služby chráneného bývania. Ďalšia služba – chránené dielne – nie je v grafickom prehľade zaradená, vzhľadom na to, že ju uviedlo iba jedno RS.

9 Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy

Obr. 9.4: Podiel klientov využívajúcich tieto služby v jednotlivých RS (18) v roku 2007 (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b).

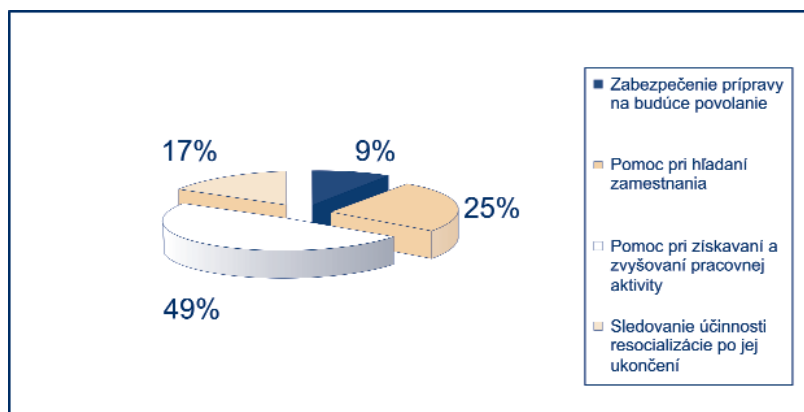


Obr. 9.5a: Celkový počet aktivít smerujúcich k odstraňovaniu možných sociálnych problémov klientov RS (18) v roku 2007. (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b).



Najvyšší podiel z týchto aktivít (35 %) predstavuje pomoc pri získavaní pracovných zručností, analogické poradie aktivít sa zistilo aj z údajov MPSVaR (49 %). Relatívne najmenší podiel majú činnosti zabezpečenia prípravy na budúce povolanie (t.j. dokončenie vzdelania, získanie vyššieho vzdelania) - 18, resp. 9 %.

Obr. 9.5b: Celkový počet aktivít smerujúcich k odstraňovaniu možných sociálnych problémov klientov RS(22) v roku 2007. (Zdroj údajov: MPSVaR, 2008).



9 Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy

RS majú povinnosť štatistického hlásenia voči MPSVaR. Podľa údajov z tohto zisťovania¹¹² bola v roku 2007 v 22¹¹³ RS poskytnutá odborná pomoc **687 klientom**. Z tohto počtu bolo novoprijatých spolu 411 klientov – z toho 46 žien a 41 klientov do 18 rokov (13 dievčat, 28 chlapcov).

Pobyt klienta v resocializačnom stredisku trvá priemerne 15 mesiacov, pričom je približne rovnomerne rozdelený do štyroch fáz: adaptácia, „práca na sebe“, stabilizácia a osamostatňovanie sa.

V štatistickom hlásení sa vykazuje aj pracovná terapia v rámci zariadenia a mimo zariadenia – pozri tab. 9.1.

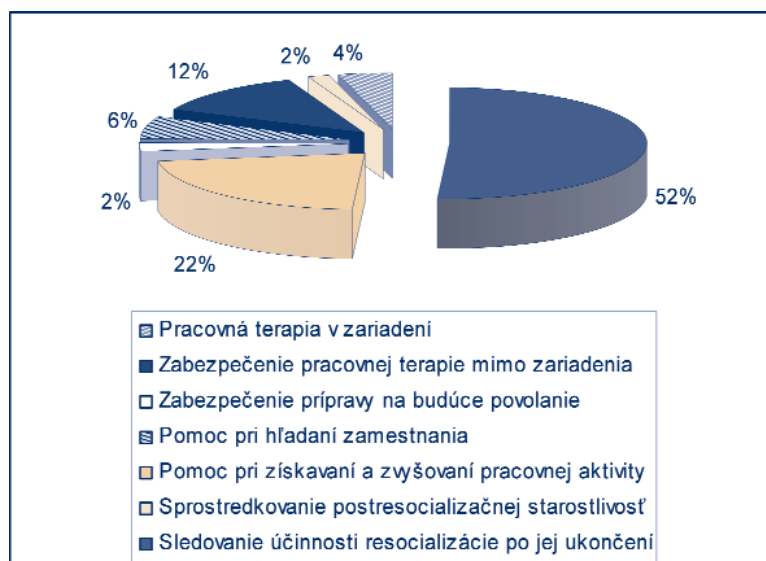
Tab. 9.1: Vybrané odborné činnosti vykonávané v resocializačných strediskách. (Zdroj údajov: MPSVaR, 2008).

Vybrané činnosti v resocializačných strediskách	Počet prípádov	Rozdelenie podľa závislosti			
		Alkohol	heroín a iné opiáty	iné druhy drog	závislosť na hrách
Poradenské a prvokontaktné služby	1161	411	85	623	42
Individuálna sociálna práca	3150	1609	554	801	186
Skupinová sociálna práca	3908	1388	726	964	159
Terénna sociálna práca	92	37	8	44	3
Sociálna práca s rodinou	633	214	108	283	28
Zabezpečovanie psychoterapie	712	312	105	216	27
Pracovná terapia v zariadení	3107	1530	400	989	173
Zabezpečenie pracovnej terapie mimo zariadenia	1334	519	284	428	121
Zabezpečenie prípravy na budúce povolanie	146	64	26	54	1
Pomoc pri hľadaní zamestnania	389	214	61	90	24
Pomoc pri získavaní a zvyšovaní pracovnej aktivity	758	402	97	210	49
Sprostredkovanie postresocializačnej starostlivosti	102	40	17	39	6
Sledovanie účinnosti resocializácie po jej ukončení	262	110	56	82	14
Iné	51	20	7	22	2

¹¹² Výkaz MPSVaR 13-01.

¹¹³ Viac ako v prieskume NMCD, ktorý bol na dobrovoľnej báze.

Obr. 9.6: Vybrané odborné činnosti uskutočnené v RS-ách (Zdroj údajov: MPSVaR, 2008).



9.1.1 Kvalita resocializačných stredísk pre drogové a iné závislosti

Výstupom druhej aktivity twinningového projektu sú štandardy a dobré skúsenosti v rovnomennom dokumente dostupnom na www.infodrogy.sk. Predstavujú súbor pravidiel (postulátov) pre niekoľko oblastí činností – ktoré sú prítomné vo všetkých RS - vrátane formálnych náležitostí etablovania RS, evidencie a dokumentácie klientov, externej a internej diagnostiky, sociálnej a profesijnej anamnézy, vypracovania resocializačného individuálneho prístupu (podmienky vstupu), servisu a programu s klientom a skupinou, vypracovania programu pre ďalšie smerovanie, ukončenie resocializačného programu, smerovanie a následná starostlivosť pri integrácii do spoločnosti po ukončení programu. Osobitná pozornosť sa venuje deťom (výkon rozhodnutí súdu – opatrenia sociálnej kurately). Druhá veľkú skupinu predstavujú štandardy viazané na manažment a rozvoj ľudských zdrojov riadiacich pracovníkov, zamestnancov, dobrovoľných spolupracovníkov jednotlivých resocializačných stredísk, a slúžia na podporu ich ďalšieho vzdelávania, získavania vedomostí, schopností a zručností. Okrem toho sú navrhované minimálne štandardy pre materiálne a finančné podmienky a zdroje. V časti efektívnosť, monitoring a hodnotenie sú napr. minimálnym štandardom výročná správa a pravidelné hodnotiace aktivity realizovaných činností (napr. hodnotenie programu RS) a v rámci dobrej praxe sa navrhuje závery hodnotenia činnosti komunikovať spoločne s klientmi.

9.1.2 Opatrenia vo vzťahu k marginalizovaným skupinám

9.1.2.1 Program komunitnej sociálnej práce

Do Programu komunitnej sociálnej práce¹¹⁴ (ďalej len: „Program KSP“) bolo v roku 2007 zapojených 187 koncových prijímateľov (183 obcí a 4 MVO). K 31. decembru 2007 bolo v rámci Programu KSP¹¹⁵ zamestnaných na príslušných obecnych a mestských úradoch 217 komunitných sociálnych pracovníkov a 377 asistentov komunitných sociálnych pracovníkov a 17 lokálnych koordinátorov, pracujúcich priamo v teréne.

Cieľovou skupinou programu sú prioritne obyvatelia sociálne separovaných a segregovaných rómskych komunít. Špecifikom tejto cieľovej skupiny je kumulácia problémov (problémy s nevhodným bývaním, neplatičstvo, zadlženosť voči úžerníkom, nezamestnanosť, neefektívne využívaný voľný čas, drogová a iná závislosť a pod.).

Program KSP – podľa informácií MPSVaR – má veľký potenciál pre selektívnu prevenciu komunitného typu, reprezentovanú aktivitami ako doučovanie detí v komunitných centrách spojené s informovaním o drogovej

¹¹⁴ MPSVaR (2008): <http://www.socialnainkluzia.gov.sk/si/index.php?SMC=1&id=154>

9 Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy

problematicke, prednášky a besedy o drogovej problematike pre deti a mládež, prednášky a besedy o drogovej problematike pre dospelých, ktoré sa realizujú v spolupráci s odborníkmi alebo úspešne preliečenými a abstinujúcimi závislými, realizácia voľnočasových aktivít pre deti a mládež či už formou tvorivých dielní, alebo tematicky zameraných na zdravotnú osvetu v spolupráci s terénnymi zdravotnými asistentmi¹¹⁵, spolupráca pri realizácii stretnutí abstinujúcich alkoholikov. V rámci dobrej praxe sa ako efektívne ukázali pravidelné besedy zamerané na zdravý životný štýl pre žiakov ZŠ, ako špeciálne vyčlenené vyučovacie hodiny počas vyučovacieho procesu. Ďalšou dobrou praxou je podmienenie vstupu mládeže na mládežnícke diskotéky účasťou na besede s protidrogovou tematikou, ktorú organizujú pracovníci KSP pred touto diskotékou.

Terénni pracovníci spolupracujú v oblasti riešenia problémov týkajúcich sa závislostí najmä so zdravotníckymi zariadeniami (psychiatrické oddelenie, psychiatrické oddelenie pre deti, psychologické oddelenie, praktickí lekári, infekčné oddelenie, protialkoholické oddelenie), s pracovníkmi policajného zboru SR, s mestskou políciou, UPSVaR, Slovenským červeným krížom, krízovými centrami, obecnými a mestskými úradmi a mimovládnyimi organizáciami.

9.2 Prevencia drogovej kriminality

9.2.1 Pomoc užívateľom drog vo väzeniach

Prevencia vo väzenských zariadeniach sa realizuje formou individuálnych a skupinových aktivít. Individuálny prístup sa vedie formou poradenstva, prípadne terapeutických postupov. Ide predovšetkým o individuálne pohovory s odsúdenými, trpiacimi psychickými či emocionálnymi problémami¹¹⁷, vedené buď pedagógom, psychológom, sociálnym pracovníkom, prípadne zdravotníckym personálom v ústave.

Skupinové aktivity možno rozdeliť do troch skupín. Nosnými a pravidelnými aktivitami sú sociálno-psychologický výcvik a poradenská skupina. Osvetová práca sa realizuje formou prednášok, besied a diskusií a treťou skupinou sú oddychové a relaxačné aktivity.

Sociálno-psychologický výcvik spravidla vedie ústavný psychológ v spolupráci s pedagógom špecialistom. Štandardne je zameraný na odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom alkoholu alebo drog alebo pred výkonom trestu užívali drogy. Obsah tejto skupinovej formy zaobchádzania je prispôbený štruktúre osobnosti závislej osoby a jeho cieľom je pôsobenie v dvoch rovinách. V prvej je to poskytnutie priestoru na uvedomenie si svojho konania, lepšie sebaopoznanie, vytvorenie objektívnejšieho obrazu seba. V tej druhej zas možnosť získania sociálnych a komunikačných zručností, ktoré zvýšia pravdepodobnosť odmietnutia drogy po prepustení z výkonu trestu. Ide o sekundárnu formu prevencie.

V rámci osvetovej aktivity majú odsúdení možnosť zúčastňovať sa prednášok a diskusných skupín zameraných na protidrogovú a protialkoholickú osvetu, prevenciu voči hepatitídam a HIV, či zvládanie záťažových situácií, ktoré sú v závislosti od témy vedené pedagógmi, psychológom, či zdravotníckym personálom. Tieto aktivity majú skôr informatívny charakter, preto sa ich zúčastňujú aj odsúdení, ktorí nemajú skúsenosť s návykovými látkami. Ďalšou formou prevencie býva pravidelná videoprojekcia pre odsúdených dotýkajúca sa tejto problematiky.

Pokiaľ ide o relaxačné aktivity, skupinové relaxačné cvičenia nie sú primárne zamerané na drogo závislých odsúdených, ale poskytujú aj týmto odsúdeným možnosť osvojenia si aktívnej formy relaxácie.

Dlhodobým projektom ZVJS v oblasti prevencie drogovej kriminality je fungovanie tzv. „Bezdrogových zón“. Cieľom bezdrogovej zóny je prevencia užívania drog a prípadného vzniku závislostí u odsúdených. Pri práci sa využívajú viaceré formy osvetu a činnosti na podporu a rozvoj zdravého spôsobu života, vrátane rozvoja osobnostných predpokladov a sociálnych kompetencií. Pri prepúšťaní na slobodu sa odsúdeným venuje pozornosť predovšetkým zo strany sociálneho pracovníka ústavu, pričom osobitný dôraz je kladený práve na osoby drogo závislé. Pred prepustením z výkonu trestu odňatia slobody sociálny pracovník spracováva oznámenie o nadchádzajúcom prepustení z výkonu trestu, ktoré zasiela príslušnému Úradu práce sociálnych vecí a rodiny v mieste trvalého bydliska odsúdeného, v ktorom okrem iného uvádza oblasti, v ktorých je potrebné venovať sa odsúdenému aj po prepustení z výkonu trestu. Okrem toho sociálny pracovník vykonáva

¹¹⁵ V roku 2007 bolo na Program podpory rozvoja komunitnej sociálnej práce v obciach (ďalej len „Program KSP“) vyčlenených zo štátneho rozpočtu celkovo 132 mil. Sk.

¹¹⁶ Program podpory zdravia v znevýhodnených komunitách.

¹¹⁷ Ako následok užívania návykových látok na slobode, respektíve spáchania trestného činu pod vplyvom návykovej látky.

s odsúdenými, ktorým sa blíži termín prepustenia na slobodu individuálne pohovory, počas ktorých odsúdeným poskytuje základné informácie z oblasti vybavovania dokladov, ubytovania, zamestnania, priznania resocializačného príspevku a v prípade narkomanov aj o resocializačných centrách a liečebniach, v ktorých sa vykonáva liečba drogových závislostí.

9.2.2 Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť

Činnosť probačných a mediačných úradníkov je primárne zacielená na páchatel'a, osobitne v časti vykonávania probácie. Účelom probačných činností osobitne probačného dohľadu je sledovanie a kontrola správania sa páchatel'a, čím je zaisťovaná ochrana spoločnosti a zníženie možnosti opakovania trestnej činnosti a tiež odborné vedenie a pomoc páchatel'ovi (napr. t. r. činnosť pod vplyvom drogy) s cieľom zabezpečiť, aby v budúcnosti viedol riadny život (Mrázek, 2008).

Inštitút probácie a mediácie zavedený od roku 2004 sa začal v plnom rozsahu využívať až od účinnosti nových trestných kódexov¹¹⁸, nakoľko začaté konania pred účinnosťou nových trestných kódexov (t. j. pred 1. januárom 2006) boli ukončené v zmysle právnych predpisov účinných do 31. decembra 2005. Prvým relatívne uceleným rokom na zber valídnych štatistických údajov je preto až rok 2007.

Z celkového počtu 7 518 pridelených vecí na probáciu a mediáciu v roku 2007 – predstavovali prípady súvisiace s drogovou trestnou činnosťou¹¹⁹ podiel 8,1 % (t. j. 607 prípadov). Najviac probácií – mediácií bolo v sledovanom roku pridelených v Bratislavskom kraji (472), naopak najmenej podaní hlásil Prešovský kraj (10). Bilanciu zvyšných 6-tich krajov bližšie znázorňuje tab. 9.2.

Tab. 9.2: Počet pridelených vecí na probáciu – mediáciu za trestné činy, podľa § 171 – 174 NTZ a § 186 – 188a STZ, v rozdelení podľa krajov.

Krajský súd	Probácia – mediácia v r. 2007	
	§ 171 – 174 NTZ	§ 186 – 188 STZ
Bratislava	422	50
Trnava	24	3
Trenčín	6	5
Nitra	14	6
Žilina	11	9
Banská Bystrica	24	4
Prešov	8	2
Košice	18	1
Σ	527	80

Poznámka: Probačnú a mediačnú službu vykonávajú probační a mediační úradníci na okresných súdoch SR (45), avšak štatistiky sa sumárne spracovávajú za kraje (8).

¹¹⁸ Nový trestný zákon č. 300/2005 a Trestný poriadok č. 301/2005, obidva nadobudli účinnosť od 1. januára 2006.

¹¹⁹ Podľa § 171 – 174 NTZ a § 186 – 188a STZ.

IO Trh s drogami

Na slovenskom trhu s drogami sa aj v priebehu roku 2007 upevňovala pozícia pervitínu. Rástol nielen počet užívateľov, ale aj počet laboratórií na jeho výrobu¹²⁰. Taktiež sa posilnila aj pozícia marihuany (z pohľadu jej neustále sa zvyšujúcej dostupnosti), bol zaznamenaný aj dlhodobý pokles dopytu po heroíne, najmä v stredoslovenskom kraji, kde v roku 2007 takmer vymizol z trhu s drogami.

Centrom drogovej trestnej činnosti, z pohľadu množstva zaistených drog, bol v roku 2007 Bratislavský kraj¹²¹.

V sledovanom roku vzrástol celkový počet záchytov o 22,5 % oproti roku 2006. Z celkového počtu zaistených drog, dominovali záchyty marihuany (1 289) a pervitínu (690), pričom v prípade pervitínu ide až o 50,3 % nárast oproti roku 2006.

Zvýšila sa čistota extázy (z 14,3 mg MDMA/tableta v roku 2006, na 63,3 mg MDMA/tableta v roku 2007), pričom obsah účinnej látky u ostatných druhov drog (marihuana, kokaín, hašiš, pervitín, AMT) sa v porovnaní s minulým rokom mierne znížil.

V roku 2007 bola na Slovensku po prvýkrát zaistená aj syntetická droga 2-CB.

V sledovanom roku výrazne poklesli záchyty mCPP¹²² (z 10 368 ks tabliet v roku 2006, na 2,5 ks tabliet).

10.1 Ponuka a dostupnosť

Znižovanie ponuky drog a ich prekursorov predstavuje jednu z kľúčových úloh v rámci stratégie protidrogovej politiky SR, ktorá vychádza zo Stratégie EÚ boja proti drogám na roky 2005 – 2012. Znižovanie ponuky drog zahŕňa presadzovanie práva, represívne a legislatívne opatrenia, ktoré sú realizované trestnoprávnymi inštitúciami (MV SR, GP a MS SR) na rôznych úrovniach právneho systému.

10.1.1 Vnímaná dostupnosť drog vo všeobecnej populácii

Najnovší prieskum Eurobarometer Flash mapoval dostupnosť vybraných nelegálnych drog¹²³ v 27 štátoch EÚ, vrátane Slovenska¹²⁴ a to prostredníctvom telefonického interview na vzorke 12 312 respondentov vo vekovej skupine 15 – 24 rokov. Dostupnosť nelegálnej drogy sa zisťovala otázkou: „Ako ťažko – v prípade, že by ste chceli – by ste mohli získať nasledujúce drogy: heroín, kokaín, extázu a kanabis¹²⁵?“

Uvedený prieskum potvrdil, že najdostupnejšou drogou zostáva i naďalej – kanabis (marihuana/hašiš), kde takmer 70 % opýtaných Slovákov (v 27 štátoch EÚ – 64 % respondentov) vníma jeho získanie ako dosť a veľmi ľahké, a naopak len 26 % mladých ľudí v SR uviedlo jeho získanie ako dosť a veľmi ťažké (priemer EÚ pritom predstavoval 34 %).

Pre viac ako ¾ mladých Slovákov je ťažko a dosť ťažko dostupný heroín a kokaín, kým na druhej strane až 41 % Slovákov vo vekovej skupine 15 – 24 rokov uviedlo, že by si vedelo dosť ľahko a dokonca veľmi ľahko zohnať extázu (Zdroj: Eurobarometer, 2008).

10.1.2 Zdroje ponuky drog – ich výroba a obchodovanie

Uvádzané informácie sú čerpané zo správ NPJ ÚBOK PPZ, ktorá predmetné informácie získava operatívno-pátracou činnosťou.

Najčastejšie zneužívanou drogou (2007) na území SR ostáva i naďalej marihuana. Dokazujú to i štatistické údaje MS SR, podľa ktorých, výrazne dominoval počet odsúdených za drogové trestné činy súvisiace s marihuanou (58,7 %).

V roku 2007 prevládalo pestovanie marihuany v laboratórnych podmienkach, tzv. „indoorové pestovanie“¹²⁶.

¹²⁰ Prvýkrát boli odhalené laboratória na výrobu pervitínu aj na východnom Slovensku.

¹²¹ Napriek tomu dochádzalo k postupnému vyrovnávaniu regionálnych rozdielov.

¹²² Od 1. novembra 2007 je mCPP zaradené do zoznamu zakázaných psychotropných látok (zák. č. 139/1998 Z. z.).

¹²³ Heroín, kokaín, extáza a kanabis.

¹²⁴ V slovenských podmienkach projekt realizovala agentúra Fokus na vzorke 500 respondentov.

¹²⁵ Odpovede boli škálované od možnosti veľmi ťažko, dosť ťažko, dosť ľahko, až po veľmi ľahko, prípadne respondent neuviedol žiadnu z uvedených možností.

¹²⁶ Uvedeným spôsobom bolo možné viackrát ročne dopestovať vysoko kvalitné odrody marihuany s vysokým obsahom THC.

Rastliny sa pestovali zo semien pochádzajúcich najmä z Holandska, prípadne Rakúska. Taktiež boli zaznamenané prípady pestovania marihuany zo štepov, resp. z výhonkov vysoko kvalitných rastlín. Pestovanie marihuany prebiehalo predovšetkým v upravených rodinných domoch (pivniciach) alebo v prenajatých objektoch (skladoch), ktoré boli pravidelne obmieňané (z dôvodu utajenia).

Podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ konzumácia a pestovanie uvedenej drogy každoročne narastá. Alarmujúci bol v roku 2007 výskyt marihuany na vysokých a stredných školách, avšak čoraz častejšie sa začala objavovať aj na druhom stupni základných škôl. Rastúci trend užívania marihuany/hašišu medzi stredoškolskou mládežou potvrdila aj slovenská časť prieskumu ESPAD¹²⁷, (prieskumnú vzorku tvoria študenti vo vekovom rozpätí 15 – 19 rokov) realizovaného v marci 2007¹²⁸. Prieskum potvrdil kontinuálny rast skúsenosti s marihuanou (užil raz alebo niekoľkokrát za život) od roku 1995 (12,4 %), 1999 (23 %), 2003 (35,5 %) a 2007 (43,9 %) (Nociar, A. ESPAD 2007). V roku 2007 takúto skúsenosť s marihuanou v ESPADe¹²⁹ deklarovalo konkrétne: 51,5 % – 19-ročných, 43,9 % – 18-ročných, 40,6 % – 17-ročných, 32,1 % – 16-ročných a 20,1 % – 15-ročných študentov. (kap. 2 Užívanie drog v populácii.)

Užívanie hašišu sa i naďalej sústreďuje do komunit arabského etnika žijúceho v okolí západného Slovenska (Piešťan). Droga bola na územie Slovenska dovážaná prevažne cudzími štátnymi príslušníkmi z turisticky atraktívnych krajín (Španielsko, Egypt, Maroko).

Po marihuane bol druhou najrozšírenejšou drogou pervitín. Pre jeho stimulačné účinky ho konzumovalo čoraz viac ľudí. Podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ sa pervitín vyrábala na Slovensku z prekurzoru efedrínu/pseudoefedrínu dovážaného na Slovensko najmä v tabletovej forme pod názvom Efedrin Arsan z Maďarska a Turecka.

Pervitín sa vyrábala:

- v špecializovaných laboratóriách s vysokou produktivitou a kvalitou, následne bol distribuovaný nielen do slovenských regiónov, ale v menších množstvách¹³⁰ aj do Maďarska a Rakúska.
- v malých tzv. „kuchynských“ laboratóriách, kde pri jednom varení variči pripravili cca. 10 až 20 cm³ drogy (200 – 400 dávok v celkovej hodnote cca. 2 400 – 3 600 €)¹³¹. Produkcia takéhoto laboratória bola síce nízka ale k výrobe dochádzalo častejšie. Na výrobu pervitínu boli najčastejšie zneužívané lieky voľno predajné na našom trhu s obsahom efedrínu/pseudoefedrínu (Modafen, Nurofen, Clarinase) a tiež voľne dostupné liečivá dovážané z Maďarska a Rakúska.

Distribuovaný pervitín býval často riedený Kalikorom, prípadne inými liečivami. V roku 2007 zaznamenala NPJ ÚBOK PPZ nárast počtu laboratórií určených na výrobu pervitínu, odhalené boli aj na východnom Slovensku (v Košiciach a okolí), kam bol v minulosti iba dovážaný.

Heroín vyskytujúci sa na slovenskej drogovej scéne v roku 2007 pochádzal z 2 zdrojov:

- prírodný¹³², pašovaný na naše územie z Afganistanu po Balkánskej ceste (hnedej až čiernej farby),
- prípadne polosyntetický¹³³ (zvyčajne biely).

Podobne ako v minulých rokoch bol predaj drogy centralizovaný do regiónov Bratislavského a Trnavského kraja, odkiaľ ju díleri nakupovali a ďalej distribuovali do ostatných častí Slovenska. Heroín na naše územie dovážali organizované skupiny etnických Albáncov, respektíve osoby blízke albánskej komunite žijúcej v SR (drogu najčastejšie pašovali v útrobach nákladných, prípadne osobných automobilov). Podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ dlhodobý klesá dopyt po heroíne.

Kokaín sa často konzumoval experimentálne alebo doplnkovo s inými drogami. Podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ sa jeho predaj sústreďoval podobne ako pri iných drogách (heroíne, kanabise a pod.) predovšetkým v okolí Bratislavy a väčších aglomerácií, v ktorých je vyššia kúpyschopnosť obyvateľstva.

Obchodovanie s kokaínom bolo pod kontrolou organizovaných skupín albánskeho etnika s väzbami na organizované skupiny v južnej Amerike a Karibiku. Čoraz viac sa však do obchodovania s kokaínom zapájali

¹²⁷ http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/3272/prezentacia_vysledkov_slovenskej_casti_prieskumu_espad_2007_.html, 14. 3. 2008

¹²⁸ Prieskum ESPAD sa v SR realizuje v 4-ročných intervaloch, od roku 1995.

¹²⁹ Nociar, A., 2008, ST 02 pre REITOX.

¹³⁰ Dôvodom je skutočnosť, že kvalita pervitínu sa veľmi rýchlo znižuje a musí byť po celú dobu skladovania uložený v chlade, znemožňuje to jeho následnú prepravu a teda aj pašovanie na väčšie vzdialenosti, prípadne jeho dlhodobé skladovanie.

¹³¹ Priemerný kurz € za rok 2007 = 33,78 SKK/1€, www.nbs.sk.

¹³² Vyrobený priamo z ópiových makovíc.

¹³³ Získaný z liekov obsahujúcich morfiny.

aj občania pochádzajúci z Nigérie a okolitých afrických štátov, pričom slovenskí občania boli zneužívaní ako kuriéri. V súvislosti s dovozom kokaínu na Slovensko, sa obmedzovala ponuka na uzavretú klientelu, finančne zabezpečených odberateľov.

Extáza bola na územie Slovenska i naďalej dovážaná z okolitých štátov a z Holandska. Pri dovoze väčšieho množstva bola ihneď distribuovaná iným osobám, resp. skupinám (podľa dopytu) do ostatných regiónov Slovenska. Jej distribúcia sa vo väčšine prípadov vykonávala súbežne s distribúciou pervitínu¹³⁴. Distribúcia sa uskutočňovala predovšetkým na diskotékach, resp. spoločenských podujatiach, kde sa stretávala mládež za účelom zábavy.

Stúpajúci trend experimentovania s extázou dokazuje aj slovenská časť prieskumu ESPAD 2007 (študenti vo vekovom rozpätí 15 – 19 rokov). Podľa Nociara (2007) v roku 1995 vyskúšalo extázu 0,2 %, 1,5 % v roku 1999 a 5,6 % v roku 2003. V roku 2007 takúto skúsenosť s extázou uviedlo v ESPADe¹³⁵ (10 %) 19-ročných, (6,4 %) 18-ročných, (5,6 %) 17-ročných, (5,6 %) 16-ročných a (2,8 %) 15-ročných študentov (Nociar, A., 2008, ST 02 pre REITOX).

Nová psychoaktívna látka mCPP, ktorá sa na slovenskej drogovej scéne vyskytuje od roku 2006, je od 1. novembra 2007 zaradená do zoznamu zakázaných omamných a psychotropných látok¹³⁶. Akékoľvek jej prechovávanie, výroba, dovoz, vývoz alebo distribúcia je teda posudzovaná ako trestný čin.

LSD, huba lysohlávka, durman a iné drogy sa konzumovali na Slovensku iba sporadicky. Trh s uvedenými drogami nie je na našom území organizovaný.

V roku 2007 sa po prvýkrát na našom trhu objavila syntetická droga 2-CB, s halucinogénnymi ako aj afrodiziakálnymi a stimulačnými účinkami¹³⁷. Na drogovom trhu je známa tiež pod názvom „Erox“, ale predovšetkým v nočných kluboch a na diskotékach, kde sa predáva aj ako extáza.

10.2 Záchyty drog

V tejto časti kapitoly sa vychádza z údajov KEÚ PPZ a CKÚ, ktoré sumárne zahŕňa štandardná tabuľka EMCDDA č. 13 venovaná záchytom drog. V roku 2007 sa v porovnaní s predchádzajúcim rokom, zvýšili záchyty: pervitínu (+231), marihuany (+185), extázy (+13) a hašišu (+3), naopak klesli záchyty: kokaínu (-9), AMT (-3) a heroínu (-2).

Celkový počet záchytov (drogy uvedené v tabuľke ST 13 spolu zo záchytmi iných druhov drog¹³⁸), dosiahol v roku 2007 úroveň 2 350, ide o nárast v porovnaní s rokom 2006 o 22,5 %, a v porovnaní s rokom 2005 o 36,5 % (obr. 10.1).

Zo spektra zaistených drog (2007) zaznamenal najväčší progres pervitín (o 231 záchytov viac ako v roku 2006). Záchyty tejto drogy, systematicky stúpajú od roku 2004 (tab.10.1).

Počet záchytov marihuany (1 269), ako aj jej zaistené množstvo (115,27 kg), dlhodobo stúpa a jej podiel na celkovom počte záchytov, predstavoval v roku 2007 54 % (obr. 10.2 a obr. 10.3). Okrem marihuany a pervitínu mierne stúpili aj záchyty extázy a hašiša. V prípade extázy pokleslo množstvo zaistených tabliet (z 13 403 v roku 2006, na 2 115 v roku 2007)¹³⁹.

Množstvá zaistených drog nezaznamenali v roku 2007 výraznejší posun (oscilovali na úrovni roku 2006). Evidentný bol okrem extázy, pokles zaisteného množstva AMT a kokaínu (pozri tabuľku 10.1).

¹³⁴ V prípade, že diler nemal k dispozícii extázu a bol po nej dopyt, vedel, kde ju môže zakúpiť, prípadne vymeniť za pervitín.

¹³⁵ Nociar, A., 2008, ST 02 pre REITOX.

¹³⁶ Zákon č. 139/1998 Z. z. – o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov.

¹³⁷ Páleníček, T., a kol., 2004, s. 20.

¹³⁸ Ide o všetky ostatné druhy drog, ktoré nie sú špecificky zaznamenávané v štandardnej tabuľke EMCDDA venovanej záchytom (ST 13).

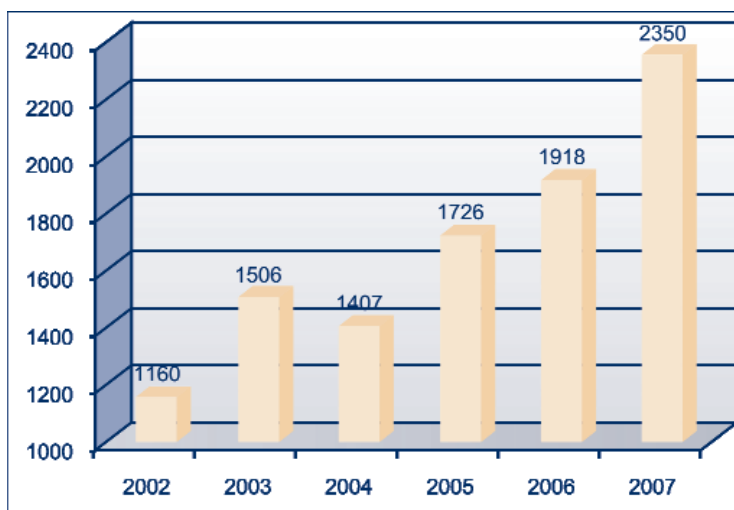
¹³⁹ Výrazný rozdiel zapríčinil jednorazový záchyt väčšieho množstva mCPP v roku 2006, v celkovom objeme 10 368 ks.

Tab. 10.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog v SR (2004 – 2007), ST 13, KEU PPZ, (A., Bolf, 2008).

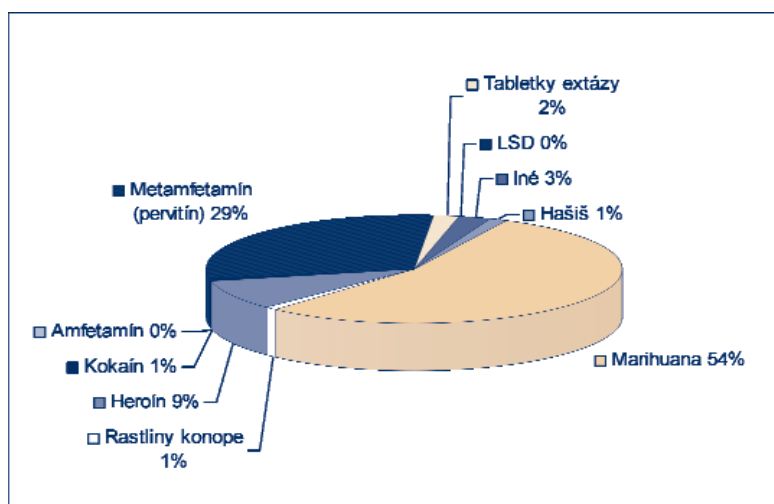
ROK		2004		2005		2006		2007	
droga	jed-notka	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo	počet záchytov	zaistené množstvo
Hašiš	kg	29	0,96	29	0,27	30	0,54	33	0,742
Marihuana	kg	786	70,68	981	34,82	1059	81,97	1269	115,27
Rastliny									
konope	kg	31	1474,79	58	1137,92	40	614,37	20	706,87
Heroín	kg	167	2,34	235	3,71	214	2,43	212	2,15
Kokaín	kg	12	1,98	18	0,36	25	0,96	16	0,103
Amfetamín	kg	1	0,009	9	0,014	6	6,96	3	0,00388
Pervitín	kg	280	1,46	326	1,99	459	1,3	690	1,337
Extáza	tableta	37	2387	26	1698	34	13403	47	2115
LSD	dávka	6	207	2	11	1	100	1	1
Iné		58		42		50		59	
Spolu		1407		1726		1918		2350	

Poznámka: Iné drogy v roku 2007 zahrňujú nasledujúce látky: m-CPP, 2C-B, psilocín (huby), flunitrazepam, diazepam, bromazepam, etylmorfin, zoldipem, morfin, midazolam, temazepam, pentazocín, klonazepam, buprenorfin, oxykodón, difenoxylát a metadón.

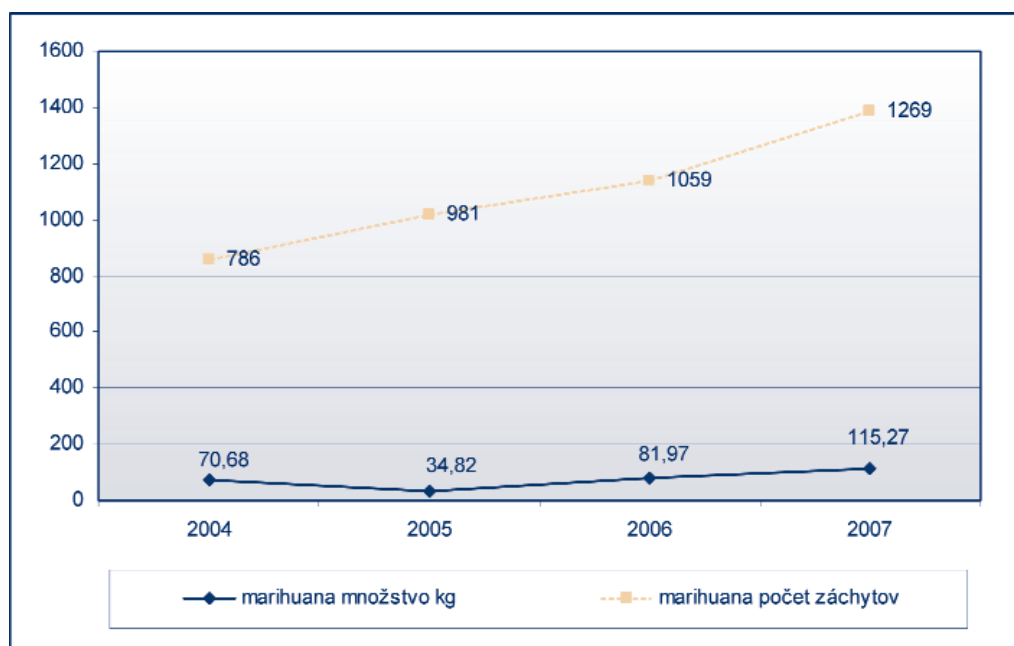
Obr. 10.1: Záchyty nelegálnych drog v SR, za obdobie 2002 – 2007, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008.



Obr. 10.2: Percentuálny podiel záchytov jednotlivých druhov drog v roku 2007 v SR, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008.



Obr. 10.3: Vývoj počtu záchytov a množstva zaistenej marihuany (2004 – 2007) v SR, ST 13, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008.



10.3 Cena a čistota drog

10.3.1 Ceny drog

Údaje o cenách drog nie sú v SR štatisticky sledované a zaznamenávané. Zistené údaje sú založené na informáciách príslušníkov NPJ ÚBOK PPZ získaných operatívno-pátracou činnosťou.

V roku 2007 výrazne poklesla cena extázy (spodná cenová relácia sa oproti roku 2006 znížila až o 250 Sk a poklesla aj vrchná cenová relácia o rovných 100 Sk). Pokles ceny extázy mohla okrem iných faktorov ovplyvniť aj nízka „dumpingová“ cena konkurenčnej látky mCPP (100 – 200 Sk/tabletka), ktorou bola extáza postupne od roku 2005 vytláčaná z trhu.

Cena marihuany sa pohybuje v závislosti od koncentrácie účinnej látky THC. Najnižšia cena bola zaznamenaná v prípadoch nízkej kvality, t. j. nízkeho obsahu THC v dávke. Pri vyššom obsahu THC v dávke bola zaznamenaná aj vyššia cena pri predaji (pozri tab. 10.2).

V poslednom období bol podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ zaznamenaný pokles ceny kokaínu, pričom cena za 1g sa priblížila k cene pervitínu. Dôvodom, prečo rastie počet užívateľov pervitínu môže byť jeho ľahšia dostupnosť v porovnaní s dostupnosťou kokaínu.

mCPP bolo v roku 2007 ponúkané za nízku „dumpingovú cenu“ (100 – 200 Sk/tableta), za účelom zvýšenia predaja najmä medzi skupinami s nižším príjmom, (študenti stredných a vysokých škôl).

Ceny drog v jednotlivých regiónoch kolíšu v závislosti od ich: kvality (koncentrácie účinnej látky), pôvodu (organického/syntetického), ponuky a dopytu v jednotlivých regiónoch a tiež od ceny a dostupnosti prekurzorov určených na ich výrobu. (pozri tab. 10.2). Spravidla sa vyššie ceny drog kumulujú do regiónov s vyššou kúpyschopnosťou obyvateľstva (Bratislava, západné Slovensko). V prípade pervitínu a kokaínu boli najvyššie ceny zaznamenané naopak vo Východoslovenskom regióne. Podľa NPJ ÚBOK PPZ mohli byť pravdepodobným dôvodom zvýšený dopyt a nízka ponuka (dostupnosť) uvedených drog v tomto regióne.

Tab. 10.2: Malo/veľkoodberateľské ceny drog, v rozdelení podľa regiónov SR, v roku 2007, (NPJ ÚBOK PPZ, 2008).

Droga/región	„Maloobchodná“ cena (Sk/dávka, tableta)			
	Bratislavský	Západoslovenský	Stredoslovenský	Východoslovenský
marihuana	80 – 150	100 – 300	50 – 250	50 – 100
pervitín	300	300	200 – 400	500
heroín	200 – 300	300	200 – 300	NA
kokaín	2 400 – 3 000/g	2 000 – 2 400/g	500	NA
mCPP	100 – 200	NA	100 – 200	NA
MDMA(extáza)	150 – 200	300 – 500	150 – 400	180 – 300
	„Pri väčšom množstve“ cena (Sk/g, cm ³)			
	Bratislavský	Západoslovenský	Stredoslovenský	Východoslovenský
marihuana	500 – 700/g	500/g	700 – 1 000/g	300 – 400/g
pervitín	1 100 – 1 700/cm ³	900 – 1 500/cm ³	1 100 – 1 700/cm ³	1 100 – 1 600/cm ³
heroín	700 – 1 200/g	600 – 1 200/g	500 – 1 000/g	NA
kokaín	2 000/g	2 000/g	2 500 – 3 000/g	2 500 – 3 000/g
mCPP	—	—	—	—
MDMA(extáza)	NA	NA	50 – 70/tableta	250/tableta

Poznámka: Neexistuje presná definícia termínu vo „väčšom množstve“. Podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ za väčšie množstvo drogy je možné označiť aj niekoľko desiatok g. Predovšetkým v prípade kokaínu a heroínu je to cca 200 – 300 g. Keďže pervitín sa rýchlo „kazi“ (doba trvanlivosti je krátka cca 2 – 4 dni), za väčšie množstvo sa považuje aj 50 g.

10.3.2 Čistota a zloženie drog

Zachytené drogy na území Slovenska analyzuje Kriminalistický a expertízny ústav PPZ v Bratislave a jeho pracoviská v Slovenskej Ľupči (pracovisko sa presťahovalo z Banskej Bystrice) a Košiciach. Centrálny register je vedený na KEÚ PPZ v Bratislave.

V roku 2007 KEÚ PPZ vykonal 3166 kvantitatívnych analýz drog, čo je 22,1 % viac ako v roku 2006 (2592 analýz) a 36,3 % viac ako v roku 2005 (2 323 analýz) (obrázok 10.5).

Oproti roku 2006 sa znížilo množstvo záchytov a počet zaistených tabliet obsahujúcich mCPP spolu s MDMA (2 záchyty po jednej tablete), čo zapríčinilo, že v roku 2007 sa zvýšil priemerný obsah MDMA v tabletkách (obr. 10.6).

Koncentrácia účinnej látky v heroíne v roku 2007 zostala v podstate na rovnakej úrovni ako v roku 2006.

Priemerná koncentrácia účinnej látky (hodnota mediánu) v dlhšom časovom sledovaní každoročne stúpa u marihuany (až na hodnotu 8,3 % v roku 2007).

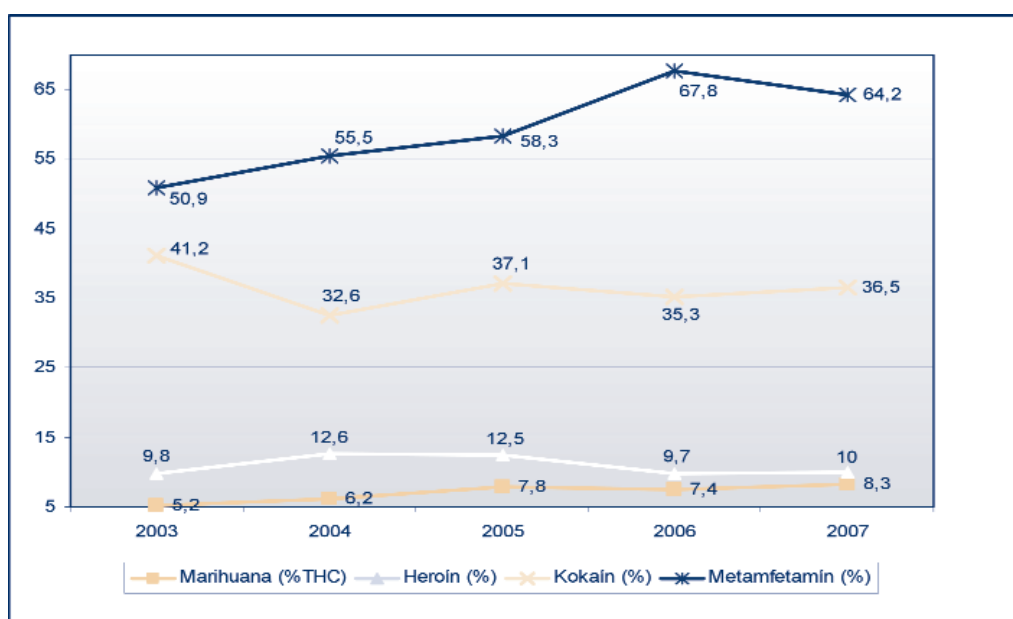
IO Trh s drogami

Priemerná koncentrácia pervitínu mierne poklesla v roku 2007 u oboch štatistických ukazovateľov (medián 64,2 % a vážený priemer 59,6 %).

V analyzovaných vzorkách hašiša došlo k poklesu koncentrácie účinnej látky už tretí rok po sebe (medián v roku 2004 bol 13,1 % a v roku 2007 je to 9,1 %).

U kokaínu zostáva priemerná koncentrácia účinnej látky v podstate rovnaká už štvrtý rok po sebe a to na úrovni mediánu okolo 35 %.

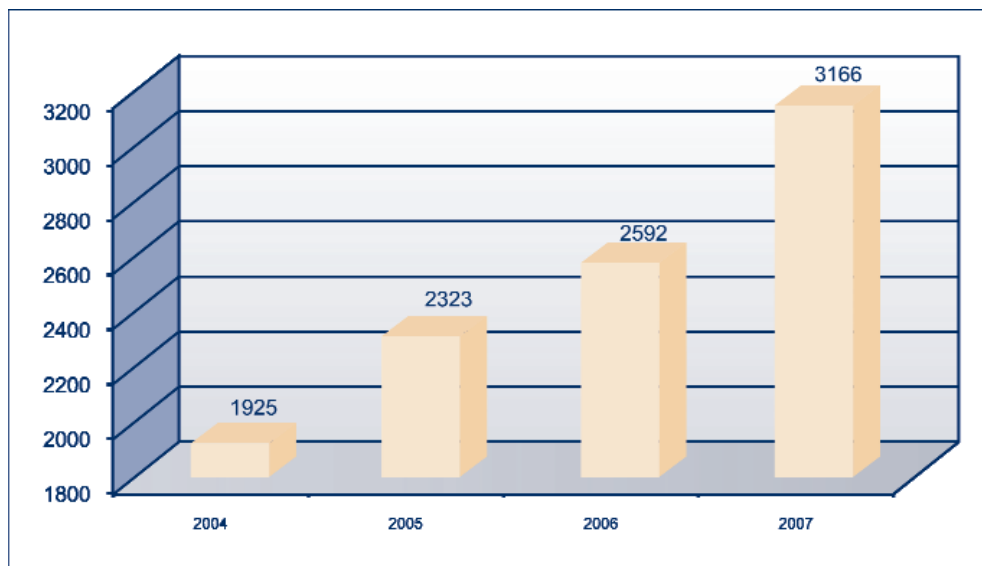
Obr. 10.4: Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) vybraných druhov drog v SR (2004 – 2007), ST 14, KEU PPZ (A. Bolf) 2008.



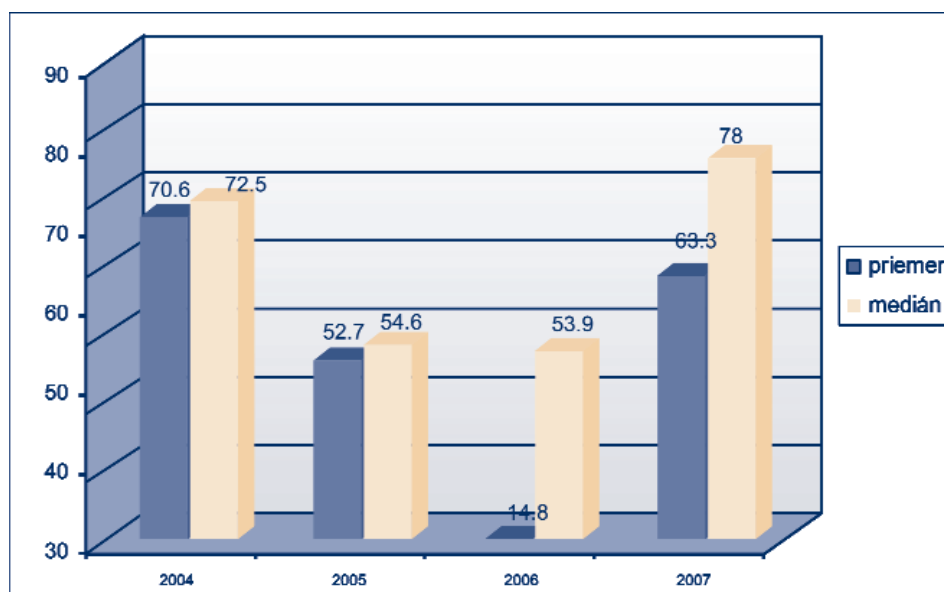
Tab. 10.3: Počet vzoriek, vážený priemer a medián obsahu účinnej látky u vybraných druhov drog v SR, v rokoch 2005 – 2007, ST 14, KEU PPZ (A. Bolf) 2008.

Rok	2005			2006			2007		
Droga/koncentrácia účinnej látky v	počet vzoriek	vážený priemer	medián	počet vzoriek	vážený priemer	medián	počet vzoriek	vážený priemer	medián
Hašiš (% THC)	32	13,2	12,8	34	9,8	10,2	33	8,2	9,1
Marihuana (% THC)	1219	6,1	7,8	1379	6,4	7,4	1763	4,9	8,3
Heroín (%)	898	12	12,5	1224	8	9,7	1450	10,2	10
Kokaín (%)	20	34,8	37,1	29	45,8	35,3	28	35,2	36,5
Amfetamín (%)	10	12,8	40,5	3	6,5	5,9	5	4,3	6
Metamfetamín (%)	386	46,7	58,3	636	61,7	67,8	867	59,6	64,2
Extáza (mg MDMA na tabletke)	1684	52,7	54,6	13398	14,8	53,9	2115	63,3	78

Obr. 10.5: Počet vykonaných kvantitatívnych analýz drog v SR, za roky 2004 – 2007, A. Bolf 2008.



Obr. 10.6: Priemerný obsah MDMA v mg v jednej tabletke v rokoch 2004 – 2007, ST 14, A. Bolf 2008.



II Trestno-právne štatistiky

Uvedená kapitola sa vzhľadom na špecifickosť témy odlišuje od ostatných kapitol vo Výročnej správe, svojou štruktúrou, keďže podáva informácie najmä technického charakteru štatistickej evidencie.

Súhrn

V podmienkach SR zabezpečujú evidenciu trestno-právnych dát 3 nezávislé štatistické systémy (MV SR, GP SR a MS SR), ktoré nie sú vzájomne kompatibilné. Do systému MV SR spadá štatistika za celý policajný zbor¹⁴⁰ (PPZ), vojenskú políciu, zbor väzenskej a justičnej polície, železničnú políciu a colný kriminálny úrad (CKÚ). Centrálna štatistika GP SR eviduje dáta z obvodov 8 krajských prokuratúr¹⁴¹ a samostatne z Vojenských prokuratúr¹⁴². MS SR vo svojom štatistickom systéme¹⁴³ sumárne zahŕňa údaje: z okresných súdov (54), z Krajských súdov (8), Špeciálneho súdu a taktiež z Väzenstva (ZVJS).

Štatistická evidencia páchatel'ov v súvislosti s držbou drogy pre vlastnú potrebu; výrobou, predajom a obchodovaním s drogami a tiež vedením motorového vozidla pod vplyvom drog, je v správe posudzovaná výhradne z trestnoprávneho hľadiska, nakoľko sa jedná o skutky, ktoré sú v legislatíve SR klasifikované ako trestné činy.

Právny rámec pre kontrolu ponuky drog v SR je realizovaný prostredníctvom platného Trestného zákona¹⁴⁴ a Trestného poriadku¹⁴⁵. Na to aby mohli byť uvedené právne kódexy uplatnené v praxi musí byť zrejmé, že sa jedná o zakázanú psychoaktívnu látku, zaradenú do príslušného zoznamu, zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch¹⁴⁶.

Modifikácia drogovej legislatívy v roku 2005 vo všeobecnosti: „prehĺbila diferenciáciu a individualizáciu trestnej zodpovednosti fyzických osôb; zmenila celkovú filozofiu ukladania trestných sankcií, s dôrazom na individuálny prístup pri riešení trestných vecí, na základe možností využitia alternatívnych sankcií¹⁴⁷ a odklonov tak, aby sa v najširšej miere zabezpečila pozitívna motivácia páchatel'a“ (J. Čentěš, 2007: Hmotnosprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v SR, s. 70). V praxi sa novým Trestným zákonom na jednej strane zmiernila trestná zodpovednosť pre tých, ktorí drogy prechovávajú pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ) a na strane druhej, sa sprísnil trestný postih pre osoby, zaoberajúce sa výrobou, predajom a obchodovaním s drogami (§ 172 NTZ).

Úprava legislatívy v oblasti vedenia motorového vozidla pod vplyvom drog je podrobne definovaná vo Výročnej správe za rok 2006.

11.1 Klasifikácia trestných činov súvisiacich s drogami

Sledované trestné činy a) užívanie/držba drog pre vlastnú potrebu, b) výroba, predaj, obchodovanie c) vedenie motorového vozidla pod vplyvom drog sú v Slovenskej legislatíve upravené nasledovne:

a) držba drog pre vlastnú potrebu

Nakoľko samotné užívanie drog nie je na Slovensku v zásade trestné, vzťahuje sa na prvý uvádzaný typ trestného činu iba § 171 NTZ neoprávnené prechovávanie OLPL, jedu alebo prekursoru pre vlastnú potrebu. V závislosti od množstva prechovávanej drogy sa odvíja celková výška trestnej sadzby, ktorá sa pohybuje od 3 do 5 rokov¹⁴⁸.

¹⁴⁰ K inštitúciám PPZ pôsobiacim v oblasti drogovej problematiky patria: NPJ ÚBOK (ktorá sa priamo podieľa na odhaľovaní závažných prípadov drogovej kriminality), KEÚ (analyzuje všetky záchyty drog a nových psychoaktívnych látok, zisťuje ich čistotu a zloženie).

¹⁴¹ Krajská prokuratúra: Bratislava, Trnava, Trenčín, Nitra, Žilina, Banská Bystrica, Prešov a Košice.

¹⁴² Vyššia vojenskej prokuratúra v Trenčíne a z 3 Vojenské obvodné prokuratúry (Bratislava, Banská Bystrica a Prešov).

¹⁴³ Centrálna štatistika MS SR nezahŕňa prípady z Najvyššieho súdu a Vojenských súdov (3), ktoré si vedú štatistiku samostatne.

¹⁴⁴ Zákon č. 300/2005 Z. z., platný od 1. 1. 2006, ktorý nahradil dovtedy platný zákon č. 140/1961 Zb. platného do 31. 12. 2005.

¹⁴⁵ Zákon č. 301/2005 Z. z., ktorý od 1. 1. 2006 nahradil dovtedy platný zákon č. 141/1961 Zb.

¹⁴⁶ Zákon upravuje podmienky na pestovanie, výrobu, kontrolu, veľkodistribúciu, výdaj, používanie (na vedecké, výskumné a expertízne činnosti) dovoz, vývoz a tranzit omamných látok, psychotropných látok a prípravkov.

¹⁴⁷ S NTZ vstúpili do platnosti nové alternatívne formy trestov: trest povinnej práce § 54 a trest domáceho väzenia § 53.

¹⁴⁸ Dolná trestná sadzba sa ukladá osobám, ktoré prechovávajú max. 3-násobok obvykle jednorazovej dávky, kým horná trestná sadzba je uložená osobám prechovávajúcim min. 4-násobok a max. 10-násobok obvykle jednorazovej dávky.

b) výroba, predaj a obchodovanie s drogami

Ekvivalentným paragrafom k uvedenému trestnému činu je § 172 NTZ, ktorý zahŕňa neoprávnenú výrobu, dovoz, vývoz, prevoz, prepravu, kúpu, predaj, výmenu, zadovážanie, prechovávanie a sprostredkovanie drogy alebo prekursoru po akúkoľvek dobu, výška trestu odňatia slobody sa v tomto prípade pohybuje od 4 – 10 rokov. Na 10 – 15 rokov sa páchatel' odsudzuje v prípade: ak už bol za obdobný čin raz odsúdený; ak drogu ponúka osobe, ktorá sa lieči z drogovej závislosti; ak bol trestný čin spáchaný „závažnejším“ spôsobom konania; na chránenej osobe¹⁴⁹; prípadne vo väčšom rozsahu. Trestná sadzba 15 – 20 rokov odňatia slobody sa ukladá: ak osoba spáchaním trestného činu spôsobí ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť; ak osoba spácha uvedený trestný čin voči osobe mladšej ako pätnásť rokov alebo prostredníctvom takej osoby prípadne ak spácha trestný čin v „značnom“ rozsahu. Najvyššia sadzba 20 – 25 rokov, prípadne výnimočný trest odňatia slobody na doživotie je uložený v prípade ak páchatel' spácha spomínaný trestný čin a spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví viacerým osobám respektíve smrť viacerých osôb; ako člen nebezpečného zoskupenia alebo spácha trestný čin vo „veľkom“ rozsahu¹⁵⁰.

c) vedenie motorového vozidla pod vplyvom drog

V SR neexistuje samostatný paragraf Trestného zákona, ktorý by špecificky upravoval trestnoprávnu zodpovednosť vedenia motorového vozidla pod vplyvom drog. Na uvedený skutok (trestný čin) sa vzťahuje iba ustanovenie § 289 NTZ „Ohrozenie pod vplyvom návykovej látky“, ktoré sumárne zahŕňa ohrozenie pod vplyvom alkoholu a iných nelegálnych drog. Trestné sadzby sa pohybujú v rozmedzí 1 až 5 rokov, pričom horná hranica trestnej sadzby sa ukladá najmä v prípade ohrozenia života a zdravia ľudí, napr. pri vedení prostriedkov hromadnej dopravy.

11.2 Formy trestnoprávných postihov v SR

Formy a výšku trestov/postihov, ktoré môžu byť páchatel'ovi uložené na jednotlivých úrovniach trestnoprávneho systému, upravuje platný Trestný zákon (č. 300/2005 Z. z.) a Trestný poriadok (301/2005 Z. z.), administratívne postihy v prípade riadenia pod vplyvom drog upravuje zákon 372/1990 Zb. o priestupkoch.

Nasledujúca tabuľka znázorňuje formy trestných postihov, ktoré sú oprávnené páchatel'ovi uložiť orgány činné v trestnom konaní¹⁵¹ a súdy, a to konkrétne za držbu drogy pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ); výrobou, predaj a obchodovanie s drogami (§ 172 NTZ) a vedenie motorového vozidla pod vplyvom drog, ktoré je predmetom trestného činu: Ohrozenia pod vplyvom návykovej látky (§ 289 NTZ).

Tab. 11.1. Postihy za držbu drogy pre vlastnú potrebu.

Trestno-právny systém	Postihy za držbu drogy pre vlastnú potrebu (§ 171 NTZ)	Štatisticky sa eviduje
Polícia	- § 197 TP odloženie	Áno
	- § 199 TP začatie trestného stíhania (najneskôr do 30 dní od prijatia trestného oznámenia).	Áno
	- § 206 TP vznesenie obvinenia	Áno
	- § 214 TP postúpenie veci (policajt postúpi vec inému orgánu, ak výsledky vyšetrovania alebo skráteného vyšetrovania preukazujú, že nejde o trestný čin, ale ide o skutok, ktorý by mohol byť priestupkom alebo iným správnym deliktom alebo by mohol byť prejednaný v disciplinárnom konaní)	Áno
	- § 215 TP zastavenie trestného stíhania (v prípade ak nebolo vznesené obvinenie)	Áno

¹⁴⁹ Chránenou osobou sa rozumie: dieťa, tehotná žena, blízka osoba, odkázaná osoba, osoba vyššieho veku, chorá osoba, osoba požívajúca ochranu podľa medzinárodného práva, verejný činiteľ alebo osoba, ktorá plní svoje povinnosti uložené na základe zákona, ako tiež svedok, znalec, tlmočník alebo podnikateľ.

¹⁵⁰ Pojmové znaky trestného činu podľa §172 NTZ vo väčšom rozsahu, značnom rozsahu alebo vo veľkom rozsahu vyjadrujú kvantitatívnu stránku nedovoleného zaobchádzania s OLPL, a tým aj vyššiu mieru ohrozenia života a zdravia užívateľov (J. Čentěš, 2007 s. 103).

¹⁵¹ Orgánom činným v trestnom konaní (OČTK) je v zmysle § 10 ods. 1 Trestného poriadku policajt a prokurátor.

	- § 228 TP prerušenie trestného stíhania (ak sa nezistili skutočnosti oprávňujúce vykonať trestné stíhanie).	Áno
		- odmietnutie veci - odovzdanie veci - prerušenie - odovzdanie - prevzatie
Prokuratúra	- § 197 TP odloženie (ak je trestné stíhanie neúčelné, môže policajť alebo prokurátor pred začatím trestného stíhania uznesením odložiť vec).	Áno - po zrušení uznesenia o začatí - účinná l'útosť - odmietol po zrušení uznesenia o začatí
	- § 199 TP začatie trestného stíhania (v prípade ak je známy páchatel' trestného činu. V praxi tieto uznesenia aplikuje policajť).	Áno - podanie obžaloby
	- § 206 TP vznesenie obvinenia	Áno
	- § 214 TP postúpenie veci (prokurátor postúpi vec inému orgánu, ak výsledky vyšetrovania alebo skráteného vyšetrovania preukazujú, že nejde o trestný čin, ale ide o skutok, ktorý by mohol byť priestupkom alebo iným správnym deliktom alebo by mohol byť prerokovaný v disciplinárnom konaní).	Áno - inej prokuratúre - z vecnej príslušnosti
	- § 215 TP zastavenie trestného stíhania (v prípade ak bolo vznesené obvinenie prokurátor môže zastaviť trestné stíhanie ak sa skutok pre ktorý sa vedie trestné stíhanie – nestal, nie je tento skutok trestným činom a nie je dôvod na postúpenie veci – napr. v prípade že policajti pri páchatel'ovi zaistia neznáme drogy ,ktoré nie sú na zozname 139/1998 Z. z. o OPL).	Áno
	- § 216 TP podmienečné zastavenie trest. stíhania (v konaní o prečine) - § 218 TP podmienečné zastavenie trestného stíhania spolupracujúceho obvineného	Áno (samostatne aj v prípade spolupráce obvineného)
	- § 220 TP zmier (v konaní o prečine , môže prokurátor so súhlasom obvineného a poškodeného rozhodnúť o schválení zmieru a zastaviť trestné stíhanie)	Áno - rozhodnutie o chválení zmieru a zastavení trestného stíhania
	- § 228 TP prerušenie trestného stíhania (prokurátor preruší trestné stíhanie, ak podal návrh na začatie konania o otázke, ktorú nie je v tomto konaní oprávnený riešiť).	Áno
	- § 232 TP konanie o dohode o vine a treste (Ak nedošlo k dohode o ochrannom liečení, ochrannnej výchove, ochrannom dohľade alebo zhabaní vecí, postupuje prokurátor podľa § 236 ods.1).	Áno - podanie návrhu

	- § 234 TP obžaloba (po podaní obžaloby môže prokurátor uložiť policajtovi – zabezpečiť dôkaz, ktorý potrebuje vykonať v konaní pred súdom).	Áno - konkrétny návrh druhu trestu (PO, NEPO, peňažný trest a iné. pozri tabuľku 11.2.1 – súdy)
		-osvojenie obžaloby z inej prokuratúry, - odovzdanie do cudziny - mylný zápis
Súdy ¹⁵²	§ 46 TZ trest odňatia slobody	Áno - NEPO - NEPO – mladistvý
	§ 47 TZ trest odňatia slobody na doživotie –	Áno - s možnosťou podmieneného prepustenia (PP) - bez možnosti PP
	§ 48 TZ vonkajšia diferenciácia výkonu trestu odňatia slobody (minimálneho, stredného a maximálneho stupňa stráženia).	Áno - NEPO s min. s. s. - NEPO so stred. s. s. - NEPO s max. s. s.
	§ 50 TZ podmienený odklad výkonu trestu odňatia slobody (súd určí skúšobnú dobu na jeden rok až 5 rokov).	Áno -s/bez uloženia primeraných obmedzení
	§ 51 TZ podmienený odklad výkonu trestu odňatia slobody s probačným dohľadom – neprevyšujúceho 3 roky (dohľad probačných úradníkov). (§ 52 TZ – ak odsúdený viedol v skúšobnej dobe riadny život, dodržiaval podmienky probačného dohľadu a splnil uložené pokyny a obmedzenia – súd vysloví že sa osvedčil, inak nariadi NEPO trest a to už v priebehu skúšobnej doby)	Áno
	§ 53 TZ Trest domáceho väzenia (max. na 1 rok, po dobu výkonu trestu môže odsúdený opustiť svoje obydlie len po predchádzajúcom súhlase probačného a mediačného úradníka).	Áno (v mesiacoch)
	§ 54 TZ Trest povinnej práce (max 40 – 300 hodín, ak ho súd odsudzuje za prečin, za ktorý, zákon umožňuje uložiť trest odňatia slobody, ktorého horná hranica trestnej sadzby nepresahuje 5 rokov).	Áno (v hodinách)
	§ 56 TZ Peňažný trest (môže ho uložiť súd od 5000 Sk do 10 000 000 Sk páchatelovi úmyselného trestného činu, ktorým získal alebo sa snažil získať majetkový prospech).	Áno (v konkrétnej sume)
	§ 60 Trest prepadnutia vecí	Áno

¹⁵² Súd môže podobne ako OČTK postupovať v zmysle uvedených § 214, § 215, § 216, § 218 a § 220 TP.

	§ 83 Zhabanie veci (ak nebol trest prepadnutia veci uvedenej v § 60 ods. 1 súd uloží zhabanie vecí).	Áno (eviduje sa v rámci ochranných opatrení)
	§ 73 Ochranné liečenie (ods. 2c pod vplyvom návykovej látky alebo v súvislosti s jej užívaním, ochranného liečenie sa môže súd uložiť popri treste alebo pri upustení od potrestania).	Áno pozri tab. 11.3 (MS SR)

Tab. 11.2. Postihy za výrobu, distribúciu a obchodovanie s drogami.

Trestno-právny systém	Postihy za výrobu, distribúciu a obchodovanie s drogami (§ 172 NTZ)	Štatisticky sa eviduje
Polícia	Rovnaké úkony ako za držbu drogy pre vlastnú potrebu (predchádzajúca tabuľka)	
Prokuratúra	Rovnaké úkony ako za držbu drogy pre vlastnú potrebu (predchádzajúca tabuľka)	
Súdy	Rovnaké úkony ako za držbu drogy pre vlastnú potrebu (predchádzajúca tabuľka) § 58 TZ Trest prepadnutia majetku (Ods. 2 – Uvedený trest súd uloží ak odsudzuje páchatel'a za spáchanie TČ nedovolennej výroby OPL, jedov, alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi § 172 – TČ legalizácie príjmu z trestnej činnosti).	Áno

Tab. 11.3. Postihy za vedenie motorových vozidiel pod vplyvom drog.

Trestno-právny systém	Postihy za vedenie motorových vozidiel pod vplyvom drog (§ 289 NTZ)	Štatisticky sa eviduje
Polícia	Postup pri začatí a prerušení trestného stíhania rovnaký aký bol spomínaný v prípade § 171 a § 172	
Prokuratúra	Postup pri začatí a prerušení trestného stíhania rovnaký aký bol spomínaný v prípade § 171 a § 172	
Súdy	§ 61 TZ Trest zákazu činnosti Trest zákazu činnosti môže súd uložiť na jeden až desať rokov. (Odsúdenému sa po dobu výkonu tohto trestu zakazuje výkon určitého zamestnania, povolania alebo funkcie, prípadne takej činnosti, na ktorú treba osobitné povolenie, prípadne/osobitný predpis).	Áno - ZČ vedenia motor. vozidla - ZČ výkonu zamestnania - ZČ výkonu povolania - ZČ výkonu funkcie - ZČ iný

11.3 Systém zberu dát

Tab. 11.4: Systém a štruktúra zberu dát v trestnoprávných inštitúciách SR (Zdroj údajov: MS SR, 2008; GP, 2008; MV SR, 2008)

	MV SR (PPZ)	GP SR	MS SR
Existencia komplexného systému zberu dát	Áno Zahrňa štatistické dáta z: - PPZ (NPJ ÚBOK a KEÚ), - CKÚ	Áno Zahrňa štatistické dáta z: - krajských prokuratúr (8) - vojenských prokuratúr (4)	Áno Štatistika MS SR, zahrňa údaje z: - okresných súdov (54) - krajských súdov (8) - Špeciálny súd (17) <i>Iné inštitúcie spadajúce pod re-zort MS SR: Vojenské súdy (4), Najvyšší súd (1) a ZVJS vedú au-tonómne štatistiky, pričom svoje výstupy spoločne publikujú vo výročnej štatistickej ročenke MS SR.</i>
Úplnosť systému zberu dát	Áno. <i>Druh drogy sa začal sledovať a štatisticky zaznamenávať od 1. júna 2006</i>	Áno. <i>Druh drogy sa začal sle-dovať (od 1. januára 2007) a štatisticky zaznamená-vať od 1. januára 2008</i>	Áno. <i>Druh drogy sa začal sledovať a štatisticky zaznamenávať od 1. januára 2007</i>
Obdobie zberu dát	Štatistické obdobie je rok (1. január – 31. december)	Štatistické obdobie je rok (1. január – 31. december)	Štatistické obdobie je rok (1. január – 31. december)
Periodicita hlásení do systému	Kontinuálne - mesačne, sú podávané hlásenia - štvrťročne, sú dáta spracová-vané	Kontinuálne v 2 – týždňových intervaloch	<i>Kontinuálne</i> - mesačne
Základná štatistická jednotka	Páchateľ (stíhaný – začaté trestné stíhanie) Trestný čin (podľa konkrétneho § NTZ/STZ)	Páchateľ (stíhaný – ukončené trestné stíhanie a obžalovaný) Trestný čin (podľa konkrétneho § NTZ/STZ)	Páchateľ (odsúdený) Trestný čin (podľa konkrétneho § NTZ/STZ)
Evidencia viacná-sobných trest. činov (spáchaných jed-ným páchatelom)	Polícia vznáša obvinenie páchatelovi za 1 a viac skutkov v jednom konaní. Max. počet je z administratívnych dôvodov stanovený na 99 skutkov.	Zaznamenáva sa 7 trest-ných činov, bez poradia závažnosti ¹⁵³ (Hoci z pravidla je ako prvý uvedený ten najzávažnejší trestný čin).	Zaznamenáva sa max. 9 trest-ných činov, podľa poradia zá-važnosti. (Trestný čin uvedený ako prvý je v systéme evidovaný ako ten najzávažnejší).
Evidencia viacná-sobných trestov (uložených jed-nému páchatelovi)	NA	NA	4 uložené tresty Podľa závažnosti trestu (určí ho sudca)

Poznámka: Štatistické systémy MV SR, GP a MS SR nie sú v súčasnosti vzájomne prepojené a preto nie je možné údaje z uvedených systémov vzájomne porovnať a asociovať. V roku 2006 bola v rámci Twinningového projektu GS VMDZKD (viac o realizovanom projekte popisuje Správa 2006 – Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR, str. 17) iniciovaná požiadavka na zavedenie jednotnej evidencie páchatelov a trestných činov podľa druhu drogy na všetkých úrovniach trestnoprávneho systému. K uvedenej dohode sa zaviazalo MV SR, GP SR a MS SR, ktoré implementovali navrhovanú zmenu vo svojich štatistických systémoch (ich zavedenie pozri v tab. 11.3 „Úplnosť systému zberu dát“).

¹⁵³ Pri uvádzaní súhrnných štatistík GP sa pri páchatelovi uvádza viac závažný paragraf TZ, za ktorý je stíhaný – s vyššou sadzbou. Tzn. ak páchatel 3x porušil paragraf 172 1d) nebude v štatistike vidieť, že spáchal tento trestný čin 3x, ale bude mať zaznamenané to písmeno, ktoré má vyššiu sadzbu vzhľadom na to, že ide o opakovaný trestný čin.

11.4 Zbierané dáta

MV SR (PPZ)

Zo štatistického systému MV SR (PPZ) sú dostupné dáta o trestných činoch. U objasnených trestných činov sú dostupné i informácie o stíhaných¹⁵⁴ páchateloch týchto skutkov.

Polícia zbiera a eviduje dáta prostredníctvom štatistického *formulára o známom páchatelovi* a štatistického *formulára o trestnom čine*. Z týchto formulárov sa dajú zistiť základné sociálno-demografické charakteristiky páchatelov, údaje o predchádzajúcom vyšetrovaní/odsúdení, počte preukázaných trestných činov, o okolnostiach spáchania a vyšetrovania trestného činu ako aj súbeh trestných skutkov a spôsob ukončenia fázy stíhania v pôsobnosti policajného zboru.

GP SR

Prokuratúra (GP SR) vedie vlastnú evidenciu o počte stíhaných¹⁵⁵, obžalovaných páchatelov trestných činov ako aj o počte trestných skutkov.

GP SR zbiera a zaznamenáva údaje na základe samostatného štatistického záznamového formulára, ktorý sa skladá z troch častí: časť *skutok*, časť *páchatel* a časť *zaistenie/väzba*. Spáchané trestné činy sú teda primárne a od nich sa ďalej odvíja sledovanie trestnoprávneho procesu páchatel'a/skutku. Z formulára sa dá zistiť dĺžka jednotlivých fáz trestnoprávneho procesu: termíny začatia a skončenia prípravného konania, trestného stíhania, vznesenia či zrušenia obvinenia a pod., spôsob ukončenia jednotlivých fáz trestnoprávneho procesu, uloženie väzby a navrhnutie trestu. Rovnako obsahuje údaje o predchádzajúcom odsúdení a uloženom treste.

MS SR

Súdy (MS SR) evidujú vo svojej rezortnej štatistike dáta o odsúdených páchateloch za jednotlivé trestné činy (vrátane relevantných drogových trestných činov, v zmysle NTZ a STZ).

Systém MS SR zahŕňa údaje, ktoré sú obsahom *Štatistického listu T*, ktorý je systematicky vyplňaný pri každom odsúdenom páchatelovi. Z formulára sa dá charakterizovať posledná fáza trestnoprávneho procesu – zistiť konečný druh a dĺžku uloženého trestu, či došlo k zníženiu trestnej sadzby. Podobne ako predchádzajúce štatistiky aj táto obsahuje počet predchádzajúcich odsúdení páchatel'a a druh predtým uloženého trestu. Zjednodušenú štruktúru týchto údajov znázorňuje tab.11.5

Tab. 11.5: Charakter a typ zbieraných dát do systémov trestnoprávnych inštitúcií v SR.

	MV SR (PPZ)	GP SR	MS SR
Základné charakteristiky a premenné, ktoré sú zahrnuté v každom systéme zberu dát ako: pohlavie, vek/dátum narodenia, primárna droga (ako je definovaná „primárna“), typ aplikovaného opatrenia/ trestu a jeho rozsah/ veľkosť, recidíva.)	1) V prípade známeho páchatel'a sa rutinne sleduje: vek, pohlavie, štátna príslušnosť, národnosť, rodinný stav, vzdelanie, výchovné prostredie, zamestnanie, kriminálne hľadisko páchatel'a (recidivista), etnické a národnostné skupiny, počet trestov (za úmyselnú resp. neúmyselnú TČ), preukázané trestné činy páchatel'ovi (max. 10).	<u>Časť Páchatel'</u> : - štátna príslušnosť - povolanie - vzdelanie - motív trestnej činnosti - násilie páchané na ľuďoch - majetok poškodený trestnou činnosťou - predchádzajúce odsúdenie - trestný čin spáchaný: a) pod vplyvom - alkoholu - OPL	- pohlavie - mladistvý - štát/národnosť - vzdelanie - sociálna skupina - ustanovenia o súhrnnom treste ¹⁵⁶ - ustanovenia o spoločnom treste ¹⁵⁷ - vec bola vybavená - počet predchádzajúcich odsúdení - posledný uložený trest - recidíva (uznaná súdom) - trvanie väzby

¹⁵⁴ MV SR eviduje v systéme počet začatých trestných stíhaní, preto nie je možné tento údaj porovnávať s počtom stíhaných, ktorých eviduje GP SR.

¹⁵⁵ GP SR eviduje počet ukončených trestných stíhaní (napr. vznesením obžaloby, dohodou o vine a treste atď.).

¹⁵⁶ Ak súd odsudzuje páchatel'a za trestný čin, ktorý spáchal skôr, ako bol súdom prvého stupňa vyhlásený odsudzujúci rozsudok za iný jeho trestný čin, uloží mu súhrnný trest (trest nesmie byť miernejší ako trest uložený širším rozsudkom).

¹⁵⁷ Ak súd odsudzuje páchatel'a za dva a viac trestných činov uloží mu úhrnný (spoločný) trest, ktorý sa vzťahuje na trestný čin, ktorý je z nich najprísnejšie trestaný.

	<p><u>2) V prípade trestného činu sa rutinne eviduje:</u> klasifikácia skutku – (prečin, zločin, trestný čin), miesto spáchania alebo zaistenia TČ, použitie zbrane, v prípade napadnutia – objekt napadnutia (osoba, objekt), trestno-právna klasifikácia TČ – (pre kt. bolo začaté trestné stíhanie a to v zmysle STZ/NTZ), súbeh (ďalšie 3 TČ ktoré sa stali súbežne s hlavným TČ), spôsob ukončenia (konkrétne spôsoby ukončenia pozri 11.1)</p>	<p>b) závislosť páchatel'a na návykových látkach - alkohole - OPL - ochranné opatrenia z predchádzajúcich odsúdení ak bol trestný čin spáchaný - osoby poškodené trestnou činnosťou - návrh druhu trestu - návrh na ochranné opatrenia</p> <p><u>Časť Skutok:</u> - prípravné konanie - v prípravnom konaní rozhodol/konal - návrh policajta - účasť prokurátora na vyšetrovacích úkonoch - vrátené prokurátorom na doplnenie - označenie trestného činu, max. 7 (v rámci uvedeného sa zaznamenáva: štádium §, odsek a písmeno TZ, počet útokov, forma trestnej súčinnosti), - forma trestnej činnosti - následky trestnej činnosti - konečné rozhodnutie (pozri tab.11.2.1) - znalecký posudok - príkaz/súhlas prokurátora - právny styk s cudzinou</p> <p><u>Časť zaistenie, zabezpečenie svedka:</u> - zadržanie, zatknutie, zabezpečenie svedka - dôvod väzby - spôsob ukončenia väzby v prípravnom konaní</p>	<p>(v prípravnom konaní, súdna väzba) - osobitný dôvod spáchania trestného činu (v ktorom sa okrem iného uvádza aj drogová závislosť) - druh trestu (pozri tab. 11.1.1) - dĺžka trestu (v mesiacoch, hodinách) - ochranné opatrenia (11.3) - kvalifikovaný skutok podľa NTZ/STZ - druh trestného činu (prečin, zločin, obzvlášť závažný zločin) - osobitné zameranie trestných činov (kde sú okrem iného uvedené drogy) - vplyv a) alkoholu b) drogy alebo inej toxickéj látky - druh drogy, eviduje sa: marihuana, (zahŕňa konopné látky a hašiš), heroín, kokaín, pervitín, extáza, LSD, iné drogy (syntetické), iné AMT a zneužívané lieky, - počet zápisov, kde sa uvádzajú všetky trestné činy, ktoré páchatel' spáchal (max. 9)</p>
<p>Evidencia prípadov, pri ktorých nie je potrebný/ možný žiadny ďalší postup (dôvod – napr. prípady maloletých, úspešná liečba).</p>	<p>Dôvody, pri ktorých sa trestné stíhanie zastaví: - <i>odmietnutím veci</i> - <i>zastavením TS – ak sa preukáže že nebol spáchaný TČ</i> - <i>odovzdaním veci</i></p>	<p>NA</p>	<p>Nie <i>Pre všetky prípady je ukončením právoplatný výsledok súdneho konania .</i></p>

Prerušenie trestného stíhania z dôvodu dobrovoľnej liečby páchateľa.	Nesleduje sa	Nesleduje sa	Nesleduje sa
Samostatná evidencia liečby závislosti od alkoholu a nelegálnych drog.	Nie	Áno V rámci návrhu na ochranné opatrenia. -protialkoholické: ústavné/ambulantné -protitoxikomanické: ústavné/ambulantné	Áno V rámci uložených ochranných opatrení -protialkoholické: ústavné/ambulantné -protitoxikomanické: ústavné/ambulantné
Evidencia zákazu riadenia motorových vozidiel samostatne z dôvodu alkoholu a nelegálnych drog.	Nie	Nie	Áno

11.5 Dostupné výsledky

V tejto časti kapitoly sú uvádzané dostupné výsledky, a to konkrétne absolútne čísla páchateľov, ktorým boli uložené vyššie uvedené opatrenia/tresty, v rozdelení podľa kategórií trestných činov (a, b, c) za posledný rok.

Obraz o celkovom počte uložených opatrení/trestov, podľa konkrétnych kategórií trestných činov v roku 2007, predstavujú opatrenia/tresty uložené v zmysle NTZ (§ 171, § 172 a § 289 – NA) a STZ (§ 186, § 187 a § 201 – NA).

Polícia v roku 2007 vzniesla vo viac ako polovici (51,9 %) prípadov držby drogy pre vlastnú potrebu – návrh na podanie obžaloby, podobne postupovala aj v prípade výroby, obchodovania a distribúcie drog (70,4 %). Pozri tab. 11.6.

Tab. 11.6: Opatrenie/sankcia uložené políciou za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog (Zdroj: MV SR, 2008).

Prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu						
formy ukončenia	§ 171		§ 186		Σ	
	N	%	N	%	N	%
návrh na zastavenie TS	16	1,5	0		16	1,5
prerušenie TS	265	24,8	0		265	24,8
dohoda o vine a treste	42	3,9	0		42	3,9
návrh na podanie obžaloby	555	51,9	1	100	556	51,9
návrh na PO zastavenie *TS	161	15	0		161	15
návrh na schválenie zmieru	1	0,1	0		1	0,1
iné tresty	30	2,8	0		30	2,8
Spolu	1040	97,2	1	100	1071	97,2
Výroba, predaj a obchodovanie s drogami						
formy ukončenia	§ 172		§ 187		Σ	
	N	%	N	%	N	%
návrh na zastavenie TS	6	1,9	0		6	1,9
prerušenie TS	7	2,3	2	33,3	9	2,8
dohoda o vine a treste	77	24,8	0		77	24,3
návrh na podanie obžaloby	219	70,4	4	66,7	223	70,4
návrh na PO zastavenie *TS	0	0	0		0	
návrh na schválenie zmieru	0	0	0		0	
iné tresty	2	0,6	0		2	0,6
Spolu	311	100	6	100	317	100
Riadenie pod vplyvom drog						

II Trestno-právne štatistiky

Prokuratúra vzniesla v roku 2007 v 44,1 % prípadoch prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu – obžalobu a v takmer 33 % prípadoch podala návrh na podmienené zastavenie trestného stíhania. V prípade výroby, predaja a obchodovania s drogami bola vo viac ako polovici prípadov vznesená obžaloba (52 %), dohoda o vine a treste bola uplatnená vo vyše 35 % prípadov (Viac znázorňuje tab. 11.7).

Tab. 11.7: Postihy uložené prokuratúrou: za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog (Zdroj: Štatistická ročenka GP, 2008).

Prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu						
Formy ukončenia/tresty	§ 171		§ 186		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Podmienené zastavenie	376	34,5	17	16	393	32,9
Zmier a zastavenie tr. st.	1	0,1	0	0	1	0,1
dohoda o vine a treste	124	11,4	9	8,5	133	11,1
obžaloba	473	43,5	53	50	526	44,1
Iné formy ukončenia	114	10,5	27	25,5	141	11,8
Spolu	1088	100	106	100	1194	100
Výroba, predaj a obchodovanie s drogami						
Formy ukončenia/tresty	§ 172		§ 187		Σ	
	N	%	N	%	N	%
Podmienené zastavenie	4	0,9	11	6,9	15	2,4
Zmier a zastavenie tr. st.	0	0	0	0	0	0
dohoda o vine a treste	198	43,8	20	12,4	218	35,6
obžaloba	214	47,3	105	65,2	319	52
Iné formy ukončenia	36	8	25	15,5	61	10
Spolu	452	100	161	100	613	100
Riadenie pod vplyvom drog – NA						

Poznámka: „Iné formy ukončenia“.

Súdy uložili páchatelom za držbu drogy pre vlastnú potrebu vo väčšine prípadov podmienený trest odňatia slobody (63,9 %), ďalej páchatelom uložili v necelých 20 % (tab. 11.8) prípadov, peňažný trest. V prípade výroby, distribúcie a obchodovania s drogami dominovali: podmienený trest odňatia slobody (63,3 %) a nepodmienený trest odňatia slobody (33,9 %).

Tab. 11.8: Tresty uložené súdom: za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog (Zdroj: MS SR, 2008).

Prechovávanie drogy pre vlastnú potrebu						
Uložené tresty	§ 171		§ 186		Σ	
	N	%	N	%	N	%
NEPO trest	48	11,6	6	15	54	11,9
PO trest	265	64	25	62,5	290	63,9
peňažný trest	82	19,8	7	17,5	89	19,6
iné tresty	6	1,5	0	0	6	1,3
upustené od potrestania	13	3,1	2	5	15	3,3
Spolu	414	100	40	100	454	100
Výroba, predaj a obchodovanie s drogami						
Uložené tresty	§ 172		§ 187		Σ	
	N	%	N	%	N	%
NEPO trest	72	34,4	36	32,7	108	33,9
PO trest	136	65,1	66	60	202	63,3
peňažný trest	0	0	8	7,3	8	2,5
iné tresty	1	0,5	0	0	1	0,3
upustené od potrestania	0	0	0	0	0	0
Spolu	209	100	110	100	319	100
Riadenie pod vplyvom drog – NA						

Uvedené štatistické údaje sú určené primárne pre potreby samotných trestnoprávných inštitúcií (MV SR, GP SR a MS SR), ale rovnako sú poskytované ústredným orgánom štátnej správy, zapojených do monitoringu drogovej situácie a tvorby národnej protidrogovej politiky štátu (GS VMDZKD, NMCD), prípadne ad hoc, iným subjektom zainteresovaným do drogovej problematiky (rôznym vedecko-výskumným tímom realizujúcim oficiálne štúdie a skrining).

MV SR každoročne spracováva štatistické údaje do prehľadných výstupov, ktoré sú určené najmä pre internú potrebu ministerstva, prípadne poskytnuté ostatným ministerstvám SR, alebo odborom pri ÚV SR, na základe oficiálnej požiadavky. Časť štatistických informácií (spravidla špecifické správy) sú zverejnené na internetovej stránke www.minv.gov.sk.

GP publikuje svoje ročné výstupy a prehľady na stránke www.genpro.gov.sk, pričom ich tiež každoročne vydáva tlačou vo forme: „Štatistickej ročenky GP“ a „Správy o činnosti GP“, v ktorej okrem iného, podrobnejšie analyzuje aj vývoj drogovej trestnej činnosti, z pohľadu prokuratúry (v zmysle relevantných paragrafov NTZ a STZ).

MS SR zverejňuje každý rok výstupy zo štatistického sledovania na www.justice.gov.sk a tlačou publikuje v „Štatistickej ročenke MS SR“. Ročenky MS SR sú poskytované príslušným organizáciám v rezorte justície, prokuratúry, vnútra, školstva atď.

12 BIBLIOGRAFIA

- Bača, M. (ed.) a kol. (2007): Koncepcia zapojenia regionálnych kapacít do tvorby, realizácie a hodnotenia protidrogovej politiky Prešovského regiónu na obdobie 2008 – 2013 (Centrum antropologických výskumov Prešov, ISBN 978-80-969634-4-7, 107 strán)
- Bolf, A. (2008): Čistota a zloženie nelegálnych drog na Slovensku, Správa pre NMCD
- Bolf, A. (2008): Záchyty nelegálnych drog na Slovensku, Správa pre NMCD
- Búzik, B., Tížik, M., Kusá Z. (2008): Komentár k EVS 2008 v porovnaní s EVS 1991 a EVS 1999 – zdroj: http://www.sociologia.sav.sk/cms/uploaded/1180_attach_evs_2008_podklady.doc
- Čentéš, J. (2007): Hmotnoprávne aspekty trestnej činnosti páchanej v súvislosti s nealkoholovou toxikomániou v SR, Bratislava, Úrad Vlády SR – NMCD, ISBN 978-80-88707-94-3, 212 s.
- Čentéš, J. (2008): Trestnoprávne postihy, ktoré môžu uložiť orgány činné v trestnom konaní a súdy v zmysle § 171, § 172 a § 289 nového Trestného zákona, Správa pre NMCD
- Čukan, K. (2008): Názory mládeže na obranu vlasti a armádu. Bratislava: MO SR, 54 s.
- <http://www.mod.gov.sk/3567/kasicky:-armadu-povazuje-za-potrebnu-70-percent-mladeze.php?pg=1>
- EMCDDA: Kľúčový epidemiologický indikátor: Prevalencia problémového používania drog
- EMCDDA recommended draft technical tools and guidelines. Lisbon, EMCDDA, 2004
- EMCDDA (2000): Štandardný protokol 2.0. indikátora Požiadavky na liečbu Vedecká správa, Lisbon, EMCDDA, 2000
- EMCDDA – ST 09 štandardné tabuľky EMCDDA č. 9 Prevalencia hepatíd B a C a HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, 2007
- EMCDDA PROJECT CT.99.EP.08 B – Handbook for surveys on drug use among the general population, Final report, August 2002 Príručka prieskumov užívania drog v populácii, Konečná správa, august 2002
- Twinning Projekt SK/06/IB/SO/02 – Zlepšenie a rozšírenie starostlivosti resocializácie a rehabilitácie pre ľudí závislých od psychoaktívnych látok
- Frančík, J. (2008): Tretie výročie webového portálu www.infodrogy.sk, Čistý deň 3, 2008 s. 7
- Generálna prokuratúra SR (2008a): Štatistická ročenka činnosti Prokuratúry SR v roku 2007, GP SR, Bratislava, 246 s.
- Generálna prokuratúra SR (2008b): Správa o činnosti Prokuratúry SR za rok 2007, GP SR, Bratislava, 145 s.
- Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže (2008). Drogová štatistika Zboru väzenskej a justičnej stráže za rok 2007, Správa pre NMCD – zostavil Slavkovský, A.
- Hambálek, V. (2008): Činnosť psychologických a poradenských služieb – referátov psychologických a poradenských služieb pre ohrozené rodiny), Správa pre NMCD
- Hradiská, E., Ritomský, A. (2003): Vhodné metódy trávenia voľného času mládeže ako prevencia rôznych druhov závislostí (Bratislava, Národné osvetové centrum, 2003) – nepublikované
- Hradiská, E., Ritomský, A. (2007): Spôsoby trávenia voľného času v súvislosti so sebahodnotením mládeže a postojmi k extrémizmu, NOC Bratislava <http://www.nocka.sk/uploads/0w/Fm/0wFmQel8papKPHJy4qk8Dw/Volny-cas-mladez-07.pdf>
- Hupková, I., (2008): Informácia o počte účastníkov v jednotlivých ročníkoch súťaže „Prečo som na svete rád“
- Kapustová, K. (2008) In: Kvalita resocializačných stredísk pre drogové a iné závislosti, Štandardy a dobré skúsenosti, Bratislava, 2008, www.infodrogy.sk
- Kiššová, L. (2008): Odhady problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia v nízkoprahových zariadeniach za rok 2007, nepublikované
- Klempová, D. (2004): Problémové užívanie drog: Situácia drogových závislostí a kontroly drog na Slovensku (Národná správa pre Reitox) Bratislava 2004, s. 76 – 82
- Kopányová, A. (2008): Terciárna/indikovaná prevencia v školstve, In: Prevencia 1/2008, s. 5 – 9

- Ministerstvo vnútra (2008a): Správa o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality v roku 2007, MV SR, materiál na Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog, marec 2008
- Ministerstvo vnútra SR (2008b): List zn. PPZ – 15 – 74/OIS – 1 – 2008 (Štatistické údaje o drogových trestných činoch a ich páchateloch podľa druhu drog, Prezídium Policajného zboru, odbor správy informačných systémov polície, dňa 24. 4. 2008
- Ministerstvo vnútra SR (2008c): Správa o trestnoprávných postihoch uložených páchatelom v zmysle § 171, § 172 a § 289 nového Trestného zákona (dňa 15. 8. 2008)
- Ministerstvo spravodlivosti SR (2008a): Odsúdení páchatelia za trestné činy súvisiace s drogami a uložené tresty za rok 2007. Správa pre NMCD
- Ministerstvo spravodlivosti SR (2008b): Štatistická ročenka roku 2007, Ministerstvo spravodlivosti, sekcia justičnej informatiky a štatistiky, Bratislava, 273 s.
- MPSVR (2008): Vybrané informácie pre Národnú správu týkajúce sa prevencie a sociálnej inklúzie zraniteľných skupín. Správa pre NMCD, Czuczorová, E.
- Mravčík, V., Kiššová, L. (2006): Prevalenčný odhad problémových užívateľov drog na Slovensku, Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 5, s.259 – 272, ISSN 0862-0305
- Ministerstvo spravodlivosti (2008c): Ministerstvo spravodlivosti SR, Probácia a mediácia – podklady, Materiál pre potreby NMCD, Mrázek, P.
- Ministerstvo spravodlivosti SR (2008d): Prehľad o činnosti Probácie za rok 2007, Správa pre NMCD, Mrázek, P.
- Mladí ľudia a drogy – Porovnanie výsledkov SR a priemerom výsledkov EÚ Spracované podľa : Eurobarometer Flash No 233 (2008) Young people and drugs, zverejnené na : <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=642>
- Mušinka a kol. (2007): Výskum drogových závislostí v rómskych komunitách In: Bača, M (2007) s. 63 – 89
- Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru (2008): Ceny drog podľa regiónov Slovenskej Republiky, materiál pre potreby NMCD
- Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite Prezídia policajného zboru (2008): Drogová scéna v SR v roku 2007, materiál pre potreby NMCD
- Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na obdobie rokov 2006 – 2010, Centrum pre liečbu drogových závislostí – Inštitút drogových závislostí, Bratislava 2008, 35 s. ISBN 978-80-969196-2-8
- NCZI (2008): Štandardné tabuľky pre EMCDDA ST 03 a ST 34 (TDI), Národné centrum zdravotníckych informácií, nepublikované
- NCZI a NMCD (2008): Drogová závislosť – liečba užívateľov drog v SR 2007, Národné centrum zdravotníckych informácií a Národné monitorovacie centrum pre drogy, Bratislava, v tlači
- NMCD (2007): Výročná správa o stave drogovej problematiky v SR v roku 2006: Úrad vlády SR, Bratislava, ISBN 978-80-88707-97-4, 127 s.
- NMCD (2008a): Výkaz nízkoprahových programov – programy výmeny ihlích a striekačiek, Národné monitorovacie centrum, nepublikované
- NMCD (2008b): Výkaz programov resocializácie za rok 2007 v RS – Správa, Národné monitorovacie centrum pre drogy, nepublikované
- Nociar, A. (2007): Záverečná správa ESPAD, Bratislava, VÚDPaP, 119 s.
- Nociar, A. (2008): SVK ST 02 pre Reitox
- Nociar, A. (2008a): Prezentácia slovenskej časti prieskumu ESPAD 2007 Tlačová konferencia http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/3272/prezentacia_vysledkov_slovenskej_casti_prieskumu_espad_2007_.htm, stiahnuté 14. 3. 2008
- Nociar, A. (2008b): ESPAD 2007: Rozšírenosť užívania drog a relatívne riziko užitia nelegálnej drogy u 15 – 16 a 18 – 19 ročných študentov SŠ na Slovensku. Správa pre NMCD, október 2008, nepublikované
- Odyseus (2008): http://www.ozodyseus.sk/index.php?_core_cnt_SetActiveGroup=1621 (stiahnuté 22. 07. 2008)

Priebežná správa k subštúdii S3, (2008): Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation: Projekt evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov Trestného zákona SR, Bratislava, marec 2008, 24 s. nepublikované

Páleníček, T., Kubu, P., Mravčík, V. (2004): Nové syntetické drogy, Národné monitorovacie stredisko, Praha, 42 s.

Pétiová, M. (2008): Voľný čas ako dôležitý faktor v prevencii drogovej závislosti u mladeže – Súhrnná správa z výskumu pre NMCD

Pétiová, M., Slovíková, M. (2008): Vybrané údaje z výskumu Ústavu informácií a prognóz školstva o drogách medzi 15 – 26 ročnou mládežou pre subštúdiu 3 – Projekt evalvácie uplatňovania vybraných paragrafov súvisiacich s drogami § 171 a 172 Trestného zákona SR

ÚVVM pri ŠÚ SR (2006): Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou, Ústav pre výskum verejnej mienky pri Statistickom úrade, Bratislava

Správa Štátnej školskej inšpekcie z 9. 10. 2007, zahrnutá v správe MŠ SR pre zasadnutie VMDZKD, marec 2008

Schnitzerová, E., Masica, I. (2008): Projekt „Anti – AIDS hra“ ako alternatívna forma drogovej prevencie, Prevencia 1/2008, s. 55 – 58

Slovíková, M., (2008): Vybrané štatistické údaje Ústavu informácií a prognóz školstva za školský rok 2006 – 2007, ÚIPŠ Bratislava, Správa pre NMCD

Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR 2004 (Národná správa pre REITOX),

Úrad Vlády SR, Bratislava, 2004, ISBN 80-968631-3-4, 162 s.

Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR 2005 (Národná správa pre REITOX),

Úrad Vlády SR, Bratislava, 2005, ISBN 80-968631-4-2, 220 s.

Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR 2006 (Národná správa pre REITOX),

Úrad Vlády SR, Bratislava, 2006, ISBN 978-80-88707-73-8, 133 s.

Staneková D. (2008): Epidemiologická situácia v šírení HIV/AIDS v SR k 31. 12. 2007, správa pre NMCD

Storogenko, M. a kol. (2007): Sociálne reintegračné centrá v SR – súčasná situácia (twinning projekt SK/06/IB/SO/02, 47 s., nepublikované)

Šidlo, J. (2008): Úmrtia spojené s drogami v roku 2007 – kapitola 6.1 Výročnej správy 2008

Šteliar, I., Okruhlica, L. (2006): Pokles injekčného používania drog v súvislosti so zmenami na drogovej scéne, prezentácia na 7. medzinárodnej konferencii EUROPAD, 2006, Bratislava, nepublikované

Šteliar, I., Okruhlica, L. (2007): Príspevok k problematike odhadu problémového užívania drog na príklade Bratislavy. In: Alkoholizmus a drogové závislosti 42, 3, s. 129 – 144, ISSN 0862-0350

Výročná správa (2007) neziskovej organizácie „Komunita Ľudovítov“ <http://www.komunita.sk/ludovitov.htm>

Zákon NR SR č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, (Trestný zákon SR), Bratislava, http://jaspiw2.justice.gov.sk/jaspiw1/jaspiw_maxi_fr0.htm

Zákon NR SR č. 301/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, (Trestný poriadok SR), Bratislava, http://jaspiw2.justice.gov.sk/jaspiw1/jaspiw_maxi_fr0.htm

Žemličková, J. (2008) In: Kvalita resocializačných stredísk pre drogové a iné závislosti, Štandardy a dobré skúsenosti, Bratislava, 2008, www.infodrogy.sk

On – line zdroje:

<http://www.vlada.gov.sk>

<http://cervenestuzky.sk>

<http://cpldz.sk>

<http://drogy.sk>

<http://ec.europa.eu>

<http://emcdda.europa.eu>

<http://europeanvalues.sk>

<http://employment.gov.sk>

<http://genpro.gov.sk>

<http://health.gov.sk>

<http://infodrogy.sk>

<http://justice.gov.sk>

<http://minv.gov.sk>

<http://nbs.sk>

<http://portal.statistics.sk>

<http://rokovania.sk>

<http://SaferInternet.org>

<http://sav.sk>

<http://socialnainkluzia.gov.sk>

<http://sociologia.sav.sk>

<http://uips.sk>

<http://vyskumymladeze.sk>

B Prílohy

13.1 Zoznam tabuliek

Tab. 2.1:	LTP jednotlivých drog v jednotlivých vekových kohortách. Zdroj: Nociar, A., 2008, ESPAD 2007, v SR údaje pre ST 02	25
Tab. 2.2a:	Užitie kanabisu, extázy, inhalačných látok niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP)	27
Tab. 2.2b:	Užitie extázy niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP)	27
Tab. 2.2c:	Užitie inhalačných látok niekedy v živote (LTP), minulý rok (LYP) a minulý mesiac (LMP)	27
Tab. 2.3:	Relatívne riziko užívania ďalších psychoaktívnych látok u tých, ktorí dosiahli v CAST – e skóre vyššie ako 3 (Zdroj: Nociar, A., 2008 b)	28
Tab. 2.4:	Odhad reálneho rozsahu konzumácie drog v populácii stredoškolákov (15 – 19 rokov) (Zdroj: Nociar, A., 2008a)	28
Tab. 3.1:	Sociálne – patologické javy ako dôvod príchodu klientov do PPP a CVPP v šk. roku 2006/2007 (Slovíková, M., 2008)	39
Tab. 4.1:	Odhad problémových užívateľov drog v SR vo vekovej skupine 15 – 64 rokov za roky 2005 až 2007 (Zdroj: Kiššová, L., 2008): Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008, nepublikované)	43
Tab. 4.2:	Odhad jednotlivých podskupín užívateľov drog patriacich do definície PDU (Zdroj: Kiššová, L., 2008) Odhad problémových užívateľov drog. Monitorovacia štúdia, 2008, nepublikované)	44
Tab. 4.3:	Štruktúra klientov harm – reduction organizácií, (Zdroj údajov: NMCD, 2008a)	48
Tab. 4.4:	Problémoví užívatelia drog v kontakte s nízkoprahovými organizáciami, (Zdroj údajov: NMCD, 2008a)	48
Tab. 6.1:	Úmrtia súvisiace s psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa pracovísk a druhu úmrtia (Zdroj: ÚDZS, 2007, spracoval Šidlo, J.)	56
Tab. 6.2:	Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia. Zdroj: ÚDZS, 2008 a ST 06 (spracoval Šidlo, J., ST 06)	57
Tab. 6.3:	Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa skupín zistených látok, príčin smrti a pohlavia (Zdroj: ÚDZS, 2008 (spracoval Šidlo, J. pre ST 05) Pozn: AMT – amfetamín, MAMT – metamfetamín, MDMA – extáza)	58
Tab. 6.4:	Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2007 podľa kategórie smrti, vekových skupín a pohlavia (Zdroj: ÚDZS, 2008, spracoval Šidlo, J., pre ST 05 alebo 06)	58
Tab. 7.1:	Výmena ihl a striekačiek v terénnych programoch a stacionárnom programe CPLDZ (NMCD, 2008a a IDZ CPLDZ, 2008)	66
Tab. 7.2:	Prehľad počtu osôb a im poskytnutých výkonov v nízkoprahových programoch v roku 2007 (NMCD, 2008 a)	67
Tab. 8.1:	Vybrané sociálne charakteristiky užívateľov drog v liečbe v % – všetky žiadosti o liečbu (Zdroj: NCZI, 2008)	70
Tab. 8.2:	Vývoj drogovej kriminality z pohľadu trestných činov a páchatelov v krajoch, za roky 2005 – 2007 (Zdroj: Ministerstvo vnútra, 2008 NPJ ÚBOK – „Drogová scéna v SR za rok 2007“)	73
Tab. 8.3:	Zastúpenie jednotlivých psychoaktívnych látok, v prípade odhalených pozitívnych testov (2004 – 2007) (Zdroj: ZVJS, 2008)	76
Tab. 9.1:	Vybrané odborné činnosti vykonávané v resocializačných strediskách	80
Tab. 9.2:	Počet pridelených vecí na probáciu – mediáciu za trestné činy, podľa § 171 – 174 NTZ a § 186 – 188a STZ, v rozdelení podľa krajov	83

Tab. 10.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog v SR (2005 – 2007), ST 13, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008)	87
Tab. 10.2: Malo/veľkoodberateľské ceny drog, v rozdelení podľa regiónov SR, v roku 2007, (NPJ ÚBOK PPZ, 2008)	89
Tab. 10.3: Počet vzoriek, vážený priemer a medián obsahu účinnej látky u vybraných druhov drog v SR, v rokoch 2005 – 2007, ST 14, KEU PPZ (A. Bolf) 2008	90
Tab. 11.1: Postihy za držbu drogy pre vlastnú potrebu	94
Tab. 11.2: Postihy za výrobu, distribúciu a obchodovanie s drogami	97
Tab. 11.3: Postihy za vedenie motorových vozidiel pod vplyvom drog	97
Tab. 11.4: Systém a štruktúra zberu dát v trestnoprávných inštitúciách SR (Zdroj údajov: MS SR, 2008; GP, 2008; MV SR, 2008)	98
Tab. 11.5: Charakter a typ zbieraných dát do systémov trestnoprávných inštitúcií v SR	99
Tab. 11.6: Opatrenie/sankcia uložené políciou za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog. (Zdroj: MV SR, 2008)	101
Tab. 11.7: Postihy uložené prokuratúrou: za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog (Zdroj: Štatistická ročenka GP, 2008)	102
Tab. 11.8: Tresty uložené súdom: za prechovávanie drog, výrobu a obchodovanie s drogami a riadenie pod vplyvom drog (Zdroj: MS SR, 2008)	103

13.2 Zoznam obrázkov

Obr. 1.1: Podiel aktuálnych zdrojov, kde mladí v SR v porovnaní s EÚ 27 našli informácie o zdravotných rizikách užívania drog v minulom roku (Zdroj údajov: Eurobarometer Flash 2008, No. 233 Young people and Drugs)	22
Obr. 2.1: a – LTP marihuany, b – LTP alkoholu s tabletkami, c – LTP pervitínu, LTP tranquilizérov a/alebo sedatíva chlapci a dievčatá (Zdroj údajov: Nociar, A., 2008, Údaje ESPAD 2007 pre ST 02)	26
Obr. 2.2: Porovnanie vývoja sledovaných charakteristík v roku 2003 a 2007 (Zdroj: Hradiská, E., Ritomský, A. (2007)	29
Obr. 2.3: Podiely a nominálne počty respondentov v prieskumoch UIPŠ, ktorí deklarovali skúsenosť s užitím drogy (Zdroj: UIPŠ)	30
Obr. 2.4: Klesajúci podiel tých, ktorí nelegálnu drogu neužili v minulom mesiaci a rastúci podiel tých, čo v rôznej miere drogu v minulom mesiaci konzumovali. Údaje z prieskumov UIPŠ v r. 1997, 1998, 2001, 2006 a 2007 (Pétiová, M. a kol., 2008)	31
Obr. 4.1: Percentuálny podiel injekčného užívania primárnej drogy u liečených pacientov v SR (Zdroj: NCZI ST 34)	45
Obr. 4.2: Podiel injekčného užívania primárnej drogy u užívateľov opioidov a amfetamínových stimulantov, u prvoliečených, opakovane liečených a všetkých liečených (Zdroj: NCZ 2008 pre ST34i)	45
Obr. 4.3 a – b: Porovnanie výskytu injekčného užívania akejkoľvek drogy niekedy v živote u prvoliečených pacientov užívajúcich opioidy a amfetamíny (Zdroj: NCZI 2008 pre ST 34)	46
Obr. 4.4: Spoločné použitie injekčnej striekačky a/alebo ihly s iným užívateľom drog	46
Obr. 5.1: Trend vývoja celkového počtu liečených kvôli drogám v SR a delenie podľa primárnej drogy (Zdroj údajov NCZI pre ST 34, graf: IDZ CPLDZ, 2008)	51
Obr. 5.2: Podiel prvoliečených a opakovane liečených užívateľov opiátov v zdravotníckych zariadeniach SR v roku 2007 (Zdroj údajov NCZI pre ST 34, graf: IDZ – CPLDZ, 2008)	52
Obr. 5.3: Trend prevalencie pozitívnych močov na metamfetamíny u pacientov CPLDZ Bratislava pri vstupe do metadónovej udržiavacej liečby (Zdroj: CPLDZ, 2008)	53

Obr. 6.1:	Kumulatívna indicencia infekcie HIV u občanov SR v rokoch 2000 – 2007 (Zdroj: NRC pre HIV/AIDS, 2008)	59
Obr. 6.2:	Percentuálne rozdelenie HIV pozitívnych prípadov (len občania SR) podľa spôsobu prenosu (Zdroj údajov: NRC pre HIV/AIDS, 2008)	60
Obr. 6.3:	Trendy výskytu krvou prenosných infekcií u vnútrožilových užívateľov drog v CPLDZ Bratislava (od 1997 do 2007) Zdroj: IDZ CPLDZ, 2008	61
Obr. 6.4:	Porovnanie trendov prevalence pacientov liečených pre schizofréniu, závislosť od opiátov a od kanabisu na Slovensku v rokoch 1996 – 2006 Zdroj: (Okruhlica, L. EUROPAD, Sofia, 2008)	63
Obr. 7.1:	Trendy vydaných a vyzbieraných ihlíc a striekačiek v nízkoprahových zariadeniach	65
Obr. 8.1:	Percentuálna skladba najvyššie ukončeného vzdelania u liečených drogovito závislých pacientov v roku 2007 (Zdroj NCZI, 2008)	69
Obr. 8.2:	Percentuálne zloženie populácie liečených pacientov v SR v roku 2007 podľa ich ekonomickej aktivity (Zdroj: NCZI, 2008)	69
Obr. 8.3:	Počet spáchaných trestných činov podľa druhu drogy za rok 2007	72
Obr. 8.4:	Počet páchatelov trestných činov podľa druhu drogy za rok 2007	72
Obr. 8.5:	Počet odsúdených za § 171 – 174 NTZ podľa druhu drogy, v roku 2007	74
Obr. 8.6:	Vývoj počtu odsúdených podľa relevantných drogových paragrafov, za obdobie 2002 – 2007, (MS SR 2008)	74
Obr. 8.7:	Počet vykonaných skríningov na drogy vo väzenských zariadeniach SR (2004 – 2007) (Zdroj: GR ZVJS, 2008 (A. Slavkovský))	76
Obr. 9.1:	Dôvody kontaktu s RS v roku 2007 – prieskum NMCD, 2008 (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b)	77
Obr. 9.2:	Geografické rozdiely v prevahe primárnych drog medzi klientelou jednotlivých RS (od západu na východ) (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b)	78
Obr. 9.3:	Regionálne rozdiely podľa primárnej drogy u klientov RS (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b)	78
Obr. 9.4:	Podiel klientov vyžívajúcich tieto služby v jednotlivých RS (18) v roku 2007 (Zdroj údajov: Výkaz programov resocializácie, NMCD, 2008b)	79
Obr. 9.5a,b:	Celkový podiel aktivít smerujúcich k odstraňovaniu možných sociálnych problémov klientov RS (18 – 22) (Zdroj údajov: MPSVaR, 2008)	79
Obr. 9.6:	Vybrané odborné činnosti uskutočnené v RS (Zdroj údajov: MPSVaR, 2008)	81
Obr. 10.1:	Záchyty nelegálnych drog v SR, za obdobie 2002 – 2007, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008	87
Obr. 10.2:	Percentuálny podiel záchytov jednotlivých druhov drog v roku 2007 v SR, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008	88
Obr. 10.3:	Vývoj počtu záchytov a množstva zaistenej marihuany (2004 – 2007) v SR, ST 13, KEU PPZ, (A. Bolf), 2008	88
Obr. 10.4:	Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) vybraných druhov drog v SR (2004 – 2007), ST 14, KEU PPZ (A. Bolf) 2008	90
Obr. 10.5:	Počet vykonaných kvantitatívnych analýz drog v SR, za roky 2004 – 2007, A. Bolf 2008	91
Obr. 10.6:	Priemerný obsah MDMA v mg v jednej tabletke v rokoch 2004 – 2007, ST 14, A. Bolf 2008	91

13.3 Zoznam skratiek

ADHD	– Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha správania)
ADS	– Alcohol dependence scale – škála závislosti na alkohole
AIDS	– Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndróm získanej imunodeficiencie)
AMT	– Amfetamín
BABT	– Barbituráty
BDZ	– Benzodiazepíny
BZP	– 1 – benzylpiperazín
CAGE	– Cut – Annoyed – Guilty – Eye, dotazník alkoholovej závislosti (znížiť – obťažovať – vina – prvý drink s prvým otvorením očí, alkohol je prvé, na čo myslím)
CAST	– Cannabis Abuse Screening Test, skríningový test na marihuanovú závislosť
CATI	– Standardised interview by telephone (štandardné telefonické interview – pohovor)
CKÚ	– Colný kriminálny úrad
CPLDZ	– Centrum pre liečbu drogových závislostí
CPLDZ	– IDZ – Centrum pre liečbu drogových závislostí – Inštitút drogových závislostí
CPPS	– Centrum poradensko – psychologických služieb pre jednotlivca
CVPP	– Centrá výchovnej a psychologickéj prevencie
DRID	– Drug Related Infection Diseases (infekčné ochorenia súvisiace s drogami)
DUT	– doplnkové učebné texty
DZ	– drogová závislosť
EMCDDA	– Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť
EMQ	– Európsky modelový dotazník
ES	– Európske spoločenstvo
ESPAD	– Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách
EÚ	– Európska únia
EUROPAD	– European Opiate Addiction Treatment Association (Európska spoločnosť pre liečbu opiátovej závislosti)
EVS	– European Value Survey (Výskum európskych hodnôt)
FreD	– Nemecký model včasného zásahu/intervencie prvopáchateľov drogovej criminality
GHB	– tekutá extáza
GP	– Generálna Prokuratúra
GPS	– General Population Survey (populačné prieskumy)
GR ZVJS	– Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže
GS VMDZKD	– Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
HAV	– hepatitída typu A
HBsAg	– antigén hepatitídy typu B
HBV	– hepatitída typu B
HCV	– hepatitída typu C
HIV	– Human Immunodeficiency Virus (vírus nedostatku ľudskej imunity)
IDU	– Injection drug user (injekčný užívateľ drog)

ITR	– In – treatment rate (vstupujúci do liečby, v liečbe, resp. v kontakte s pomáhajúcimi službami, napríklad terénymi)
KEÚ PZ	– Kriminalistický a expertízny ústav Policajného zboru
KSP	– komunitná sociálna práca
KÚ	– Krajský úrad
LMP	– mesačná prevalencia
LSD	– dietylplamid kyseliny lysergovej, polysyntetický alkaloid a silný halucinogén
LTP	– celoživotná prevalencia (skúsil počas života)
LVS	– liečebno – výchovné sanatórium
LYP	– ročná prevalencia
MAMT	– metamfetamíny
mCPP	– 1 – (4 – chlorophenyl)piperazine (metachlórfenylpiperazín)
MDMA	– metylendioxy metamfetamín (extáza)
MŠ	– materská škola
MŠ SR	– Ministerstvo školstva SR
MF SR	– Ministerstvo financií SR
MGS	– Malá grantová schéma
MZ SR	– Ministerstvo zdravotníctva SR
MV SR	– Ministerstvo vnútra SR
MPSVaR SR	– Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR
MS SR	– Ministerstvo spravodlivosti SR
MO	– morfíny
MUSTAP	– Multisession Standardised Printed Programme (koordinovaná zostava aktivít s potrebou podporou tlačových materiálov)
MVO	– mimovládne organizácie
N/A	– Not available – údaje nie sú k dispozícii
NAPPA	– Národný akčný plán pre problémy s alkoholom
NBS	– Národná banka Slovenska
NCZI	– Národné centrum zdravotníckych informácií
NMCD	– Národné monitorovacie centrum pre drogy
NPBD	– Národný program boja proti drogám
NPJ ÚBOK PPZ	– Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite
NPKT	– Národný program pre kontrolu tabaku
NR SR	– Národná rada SR
NRC	– Národné referenčné centrum
NTZ	– nový Trestný zákon
OČTK	– orgány činné v trestnom konaní
OLPL	– omamné látky a psychotropné látky
OP	– opiáty
OSF	– Open Society Foundation (Nadácia otvorenej spoločnosti)
OSN	– Organizácia spojených národov

PDU	– Problem Drug Users (problémoví užívatelia drog)
PF	– Protidrogový fond
PPP	– pedagogicko-psychologická poradňa
PPS	– poradensko-psychologické služby
PPZ	– Prezídium policajného zboru
PV	– Prešovský kraj
PZ	– Policajný zbor
REITOX	– Európska informačná sieť o drogách a drogových závislostiach
RPPS	– referáty poradensko – psychologických služieb
RS	– Resocializačné stredisko
RÚVZ	– Regionálny úrad verejného zdravotníctva
SAV	– Slovenská akadémia vied
SKK	– Slovenská koruna
SR	– Slovenská republika
SŠ	– stredná škola
STZ	– starý Trestný zákon
ŠÚ SR	– Štatistický úrad SR
SQ	– štruktúrovaný dotazník
ST	– štandardná tabuľka 2 – CB 4 – bromo – 2,5 – dimethoxyfenetylamin
TDI	– Treatment demand indicator (indikátor dopytu po liečbe)
THC	– Tetrahydrocannabinol
TP	– Trestný poriadok
TS	– trestné stíhanie
TV	– telesná výchova
TZ	– Trestný zákon
ÚDZS	– Ústav pre dohľad nad zdravotníckou starostlivosťou
ÚIPŠ	– Ústav informácií a prognóz školstva
UNODC	– United Nations Office on Drugs and Crime (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu)
ÚPSVaR	– Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
ÚV SR	– Úrad vlády SR
ÚVZ SR	– Úrad verejného zdravotníctva
ÚVVM	– Ústav pre výskum verejnej mienky
VÚC	– vyšší územný celok
VÚDPaP	– Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
WHO	– World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZMOS	– Združenie miest a obcí Slovenska
ZŠ	– základná škola
ZVJS	– Zbor väzenskej a justičnej stráže

I4 Zoznam štandardných tabuliek (ST) a štandardných dotazníkov (SQ)

Štandardné tabuľky a štruktúrované dotazníky nie sú súčasťou tejto publikácie.

Ich elektronická verzia vo formáte systému FONTE bola umiestnená na extranete medzinárodnej informačnej siete o drogách a drogových závislostiach REITOX, prevádzkovej Európskym monitorovacím centrom pre drogy a drogové závislosti.

ST 02:	Metodológia a výsledky školských prieskumov o užívaní drog
ST 03:	Charakteristiky osôb v prvoliečbe
ST 05:	Akútne/priame úmrtia súvisiace s drogami
ST 06:	Hodnotenie akútnych/priamych úmrtí súvisiacich s drogami
ST 07:	Odhady národnej prevalencie problémových užívateľov drog
ST 08:	Odhady lokálnej prevalencie problémových užívateľov drog
ST 09:	Prevalencia hepatitídy B/C a infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi
ST 10:	Dostupnosť injekčných striekačiek
ST 11:	Väzni/ Správy o drogových trestných činoch
ST 13:	Počet a kvantita záchytov nelegálnych drog
ST 14:	Čistota nezákonných drog v pouličnom predaji
ST 15:	Zloženie tabliet predávaných ako nezákonné drogy
ST 16:	Ceny nezákonných drog v eurách v pouličnom predaji
ST 34:	TDI údaje (liečba drogovzo závislých pacientov)
SQ 23/29:	Prevencia a redukcia následkov poškodzovania zdravia v súvislosti s užívaním drog
SQ 27:	Programy liečby (časť I), Zabezpečenie kvality liečby (časť II)

