



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

**STAV DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ
A KONTROLA DROG
V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

SPRÁVA 2006

BRATISLAVA
2006



GENERÁLNY SEKRETARIÁT VÝBORU MINISTROV
PRE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI A KONTROLU DROG
ÚRAD VLÁDY SLOVENSKEJ REPUBLIKY

**STAV DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ
A KONTROLA DROG
V SLOVENSKEJ REPUBLIKE**

SPRÁVA 2006

BRATISLAVA
2006

Úrad vlády Slovenskej republiky
Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog
Národné monitorovacie centrum pre drogy

Bratislava 2006

STAV DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ A KONTROLA DROG V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Nový vývoj, trendy a informácie o vybraných témach

2006 správa pre EMCDDA - Národné monitorovacie centrum pre drogy
(2005 údaje)

Úrad vlády Slovenskej republiky
Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog
Riaditeľ: PhDr. Blažej Slabý, CSc.
Adresa: Námestie slobody 1
813 70 Bratislava
Slovenská republika

Tel.: 02 572 95 746, 02 572 2 95 732

Editori: Ing. Lucia Kiššová - koordinátorka NMCD
PhDr. Eleonora Kastelová - GSVMDZKD/NMCD

Tlač: Ševt, a.s.
Plynárenská 6, P. O. Box 179,
830 00 Bratislava

Počet výtlačkov: 500 ks

ISBN 978 - 80 - 88707 - 73 - 8
EAN 9788088707738

Nepredajné



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



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

2006 Národná správa (2005 údaje) pre EMCDDA
Národné monitorovacie centrum pre drogy

"SLOVENSKÁ REPUBLIKA"

Nový vývoj, trendy a informácie
o vybraných témach

REITOX

POĎAKOVANIE

Národná správa pre REITOX a v tejto slovenskej verzii publikácia "Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR" bola vypracovaná vďaka podpore mnohých organizácií, inštitúcií a odborníkov pôsobiacich v oblasti zdravotníctva, školstva a sociálnej práce a iných oblastí, ktorí sa podieľali na zbere, spracovaní a interpretácii údajov, tak pre túto správu, ako aj pre štandardné tabuľky a dotazníky EMCDDA. Informácie sa stanú dôležitou súčasťou Výročnej správy 2007 agentúry EÚ - Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti.

Osobitné poďakovanie patrí národným expertom a členom pracovných skupín pre jednotlivé kľúčové indikátory, ktorí sa aktívne podieľali na písaní tejto správy, ako aj pracovníkom mimovládnych organizácií OZ Prima, OZ Odyseus, OZ Storm pri UKF, OZ Heureka, OZ Centrum dobrovoľníctva, OZ Risen, OZ Pomocná ruka za poskytnuté údaje.

Editori: Ing. Lucia Kiššová, koordinátorka Národného monitorovacieho centra pre drogy
PhDr. Eleonora Kastelová, Národné monitorovacie centrum pre drogy

Spoluautori:

Mgr. Marcela Bieliková
Ing. Andrej Bolf
Ing. Ivana Bučková
Mgr. Anna Bystrianska
JUDr. Jozef Čentéš, PhD.
Ing. Ondrej Čurilla
PhDr. Martin Dzurilla
MUDr. Mária Chmelová
PaeDr. Ján Galáš
prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.
Mgr. Miroslav Jablonický
Mgr. Zuzana Jelenková
PhDr. Eleonora Kastelová
Ing. Lucia Kiššová
Mgr. Barbora Kuchárová

prof. PaeDr. Jozef Liba, PhD.
MUDr. Pavol Lokša
Ing. Dana Lóžiová
RNDr. Ján Luha, CSc.
Mgr. Eva Máchová
MUDr. Viktor Mravčík
Mgr. Ivana Mrázková
doc. PhDr. Alojz Nociar, CSc.
JUDr. Mária Ondrušková
PhDr. Marianna Pétiová
Mgr. Iva Pipíšková
PhDr. Blažej Slabý, CSc.
Ing. Martina Sádovská
RNDr. Mária Slovíková, CSc.
RNDr. Danica Staneková
h. doc. MUDr. Jozef Šidlo, CSc.

Bratislava október 2006

Správa bola prerokovaná a posúdená Poradným orgánom pre otázky monitoringu drogovej situácie v SR.

Uplynul rok a Národné monitorovacie centrum pre drogy pri Generálnom sekretariáte Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog Úradu vlády Slovenskej republiky predkladá v poradí už tretiu národnú správu o drogách a drogových závislostiach na Slovensku. Na rozdiel od predchádzajúcich dvoch táto správa má niekoľko zmien.

Má oveľa menší rozsah než v predchádzajúcom roku, a napriek tomu obsahuje v požadovanej štruktúre a podľa požiadaviek Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti všetky základné informácie o drogovej problematike na Slovensku. Je prehľadnejšia a čitateľnejšia. Odbornejšie otázky, rozsiahlejšie analýzy a rozborov bude Národné monitorovacie centrum pre drogy v Slovenskej republike postupne vydávať ako osobitné štúdie a publikácie a budú tvoriť jej významné doplnenie a rozšírenie. Už pre rok 2006 máme pripravených niekoľko takýchto štúdií a veríme, že sa nám ich čím skôr podarí spracovať a vydať, čo závisí nielen od nášho úsilia, ale aj od spolupráce s externými autormi a odbornými spolupracovníkmi.

Ďalšou zmenou, aj keď nie tak viditeľnou, je prechod od prevažne individuálnych autorských príspevkov národných expertov a ďalších odborníkov pre drogové závislosti a kontrolu drog k vyššej účasti špecializovaných inštitúcií a k vyššej miere účasti odborných pracovných skupín. Trojročná existencia činnosti Národného monitorovacieho centra pre drogy na Slovensku a rastúca základňa spolupracujúcich odborníkov postupne vedú k tomu, že Národné monitorovacie centrum pre drogy môže do svojej práce zapojiť aj väčší okruh ich materských inštitúcií. K dispozícii máme neporovnateľne viac štatistických dát, prehľadov, analýz, prieskumov a najrôznejších súhrnov a rozborov v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi. Ďakujeme týmto za spoluprácu Národnému centru zdravotníckych informácií, Úradu verejného zdravotníctva, Slovenskej zdravotníckej univerzite, Úradu pre dohľad nad zdravotníckou starostlivosťou, Štátnemu úradu pre kontrolu liečiv, Štatistickému úradu SR a osobitne jeho zložke Ústavu pre výskum verejnej mienky, Ústavu informácií a prognóz školstva, Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny, Ministerstvu spravodlivosti, Ministerstvu vnútra, zdravotným poisťovniam. Osobitne nás teší aj ústretovosť mimovládnych organizácií na príprave národnej správy o drogách a drogovej situácii v Slovenskej republike.

Najmenej viditeľnou, ale pre prípravu správy asi najdôležitejšou zmenou, je rastúci podiel odbornej spolupráce a úloha odborných tímov, do práce ktorých sa zapája čoraz viac externých spolupracovníkov z celého územia Slovenska. Výrazne tomu pomohlo aj zahájenie činnosti špecializovaných pracovných skupín podľa jednotlivých kľúčových indikátorov Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti a ich čoraz aktívnejšie odborné vedenie národnými expertmi pre jednotlivé sledované indikátory. Veríme, že tento pozitívny trend bude len pokračovať, čo nám rozšíri nielen okruh spoluautorov správy, ale pritiahne autorov budúcich samostatných a správu dopĺňajúcich štúdií, analýz a publikácií.

Predkladaná národná správa o drogách v Slovenskej republike vychádza predovšetkým z údajov za rok 2005, ktorý bol zároveň desiatym rokom od vzniku Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v Slovenskej republike. V každodennom pracovnom zhone sme si ani neuvedomili, že uplynulo desať rokov od dní, kedy skupinka nadšených a obetavých odborníkov dosiahla to, že na Slovensku vznikol protidrogový nadrezortný koordinačný orgán na najvyššej politickej úrovni. Vďaka spolupráci odborníkov, politikov, štátnej administratívy a taktiež podpore poslancov Národnej rady Slovenskej republiky má Slovenská republika už tretí Národný program boja proti drogám, ktorý je plne kompatibilný s Európskou stratégiou boja proti drogám a jej Akčným plánom. Nech je aj táto národná správa malým poďakovaním týmto odborníkom za ich úsilie a prácu, ktorú v oblasti boja proti drogám na Slovensku urobili a naďalej robia.

Súčasťou zmien v príprave a prezentácii predkladanej národnej správy je aj jej nová grafická úprava vyplývajúca zo spoločného grafického designu, ktorý odteraz bude vizuálne spájať všetky publikácie Národného monitorovacieho centra pre drogy a Generálneho sekretariátu Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v Slovenskej republike.

Na záver ďakujem celému autorskému kolektívu Národnej správy o drogách a drogových závislostiach v Slovenskej republike, národným expertom pre jednotlivé kľúčové indikátory a taktiež všetkým tým, ktorí nám poskytli nevyhnutné dáta a informácie. Osobitne sa chcem poďakovať novému kolektívu zamestnancov Národného monitorovacieho centra pre drogy, ktorí pod vedením koordinátorky Lucie Kiššovej odvedli na zostavení tejto publikácie veľké množstvo práce.

PhDr. Blažej Slabý, CSc.

riaditeľ

Generálneho sekretariátu Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
Národný koordinátor pre drogovú problematiku

Súhrn a nové trendy	9
Časť A: Vývoj a nové trendy	12
1. Národná politika a jej kontext	13
1.1 Legislatívny rámec	13
1.1.1 Legislatívny vývoj	13
1.1.2 Uplatňovanie, implementácia práva	14
1.2 Inštitucionálny rámec, stratégie, politiky	15
1.2.1 Protidrogová stratégia SR	15
1.2.2 Koordinácia a inštitucionálny rámec	15
1.2.3 Implementácia politík a stratégií	17
1.3 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky	18
1.4 Sociálny a kultúrny kontext protidrogovej politiky	20
1.4.1 Názory verejnosti o otázkach týkajúcich sa drog	20
1.4.2 Postoje k drogám a užívateľom drog	21
1.4.3 Mediálne pokrytie problematiky	21
2. Užívanie drog v populácii	24
2.1 Užívanie drogy v populácii	24
2.2 Užívanie drog v školskej populácii a medzi mládežou	26
2.2.1 Školské prieskumy	26
2.2.2 Prieskumy mládeže	28
2.3 Užívanie drog v špecifických skupinách populácie	29
2.3.1 Rekreačné prostredie	29
2.3.2 Rizikové skupiny	29
2.3.3 Rómska menšina	31
2.4 Postoje k užívaniu a užívateľom drog	31
3. Prevencia	34
3.1 Univerzálna prevencia	35
3.1.1 Školské programy a programy orientované na deti a mládež	36
3.1.2 Mimoškolské programy a voľnočasové aktivity	39
3.2 Selektívna / indikovaná prevencia	40
3.2.1 Rizikové prostredia	40
3.2.2 Rizikové skupiny	41
3.3 Iné intervencie	43
3.4 Hodnotenie a efektívnosť preventívnych intervencií	44
4. Problémové užívanie drog	46
4.1 Odhady prevalencie a incidencie	46
4.2 Profil klientov v liečbe	48
4.2.1 Vek liečených	50
4.2.2 Spôsob aplikácie drogy	51
4.2.3 Liečba podľa druhu liečebného zariadenia	51
4.3 Hlavné charakteristiky a vzory užívania z nezdravotníckych zariadení	52
4.3.1 Hlavné charakteristiky a vzory užívania v resocializačných zariadeniach	52
4.3.2 Hlavné charakteristiky a vzory užívania v nízkoprahových zariadeniach	53
5. Liečba	55
5.1 Systém liečby v SR	55
5.2 Drogovo čistá liečba "drug free"	59
5.2.1 Ústavná / rezidenčná liečba	59
5.2.2 Ambulantná liečba	60
5.3 Medicínsky asistovaná liečba	60
5.3.1 Detoxifikačná liečba	60
5.3.2 Metadónová substitučná liečba	60
5.3.3 Buprenorfínová substitučná liečba	61

6. Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog	62
6.1 Úmrtia v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok a úmrtnosť užívateľov psychoaktívnych látok	62
6.1.1 Úmrtia spôsobené priamym účinkom (predávkovaním, otravou) psychoaktívnych látok	63
6.1.2 Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami	63
6.1.3 Porovnanie získaných údajov za roky 2004 a 2005	64
6.2 Infekčné ochorenia súvisiace s drogami	64
6.2.1 Výskyt HIV / AIDS u injekčných užívateľov drog	64
6.2.2 Výskyt vírusových hepatítid u injekčných užívateľov drog	64
6.3 Psychiatrická komorbidity (duálna diagnóza)	67
6.4 Ďalšie zdravotné dôsledky	68
7. Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drogy	69
7.1 Prevencia úmrtí súvisiacich s drogami	69
7.2 Prevencia a liečba infekčných chorôb súvisiacich s drogami	70
7.2.1 Služby terénnych programov	70
7.2.2 Vakcinácia	72
7.2.3 Liečenie infekčných ochorení	72
7.3 Intervencie spojené s psychiatrickou komorbiditou	73
7.4 Intervencie spojené s ďalšími zdravotnými súvislosťami a dôsledkami	73
7.4.1 Opatrenia zamerané na tehotné ženy a deti narodené užívateľkám drog:	73
8. Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog	74
8.1 Sociálna exklúzia a inklúzia	74
8.1.1 Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog	75
8.2 Drogová kriminalita	76
8.2.1 Počet trestných činov a stíhaní páchatelia podľa údajov PPZ	76
8.2.2 Drogová kriminalita v krajoch podľa PPZ	77
8.2.3 Počet odsúdených podľa MS SR	78
8.2.4 Trestná činnosť spáchaná pod vplyvom drog	79
8.2.5 Iné s drogami súvisiace trestné činy (sekundárna drogová kriminalita)	80
8.3 Drogy vo väzení	80
8.4 Sociálne náklady spojené s užívaním drog	81
9. Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drogy	82
9.1 Inštitucionálne a právne opatrenia predchádzania sociálnych dôsledkov užívania drog	82
9.2 Sociálna reintegrácia	84
9.2.1 Činnosť resocializačných stredísk	85
9.3 Prevencia drogovej kriminality	87
9.3.1 Pomoc užívateľom drog vo väzeniach	87
9.3.2 Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť	88
9.3.3 Resocializačný príspevok po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody	88
9.3.4 Iné opatrenia zamerané na prevenciu drogovej kriminality	88
10. Trh s drogami	89
10.1 Ponuka a dostupnosť	89
10.2 Záchyty drog	90
10.3 Ceny a čistota drog	91
10.3.1 Ceny drog	91
10.3.2 Čistota a zloženie drog	92

Časť B: Vybrané otázky	94
11. Užívanie drog u detí a mládeže (do 15 rokov) a problémy s tým spojené	95
11.1 Užívanie drog u žiakov a študentov	95
11.1.1 Populačné (školské) prieskumy do 15 rokov	95
11.1.2 Konzumácia alkoholu u žiakov do 15 rokov	98
11.1.3 Vek začiatku experimentovania s nelegálnymi drogami	99
11.2 Liečba a resocializácia	99
11.3 Rizikové skupiny	101
11.3.1 Sociálne znevýhodnené skupiny	102
11.4 Detská kriminalita v súvislosti s drogami	104
11.5 Právny rámec a opatrenia	104
11.5.1 Základný právny rámec ochrany maloletých	104
11.5.2 "Environmentálne" opatrenia	105
11.5.3 Opatrenia v oblasti prevencie	105
11.5.4 Telefonická linka pomoci	106
11.5.5 Opatrenia vo väzení	107
11.5.6 Opatrenia pre deti s nedokončeným základným vzdelaním	107
12. Kokaín a crack - situácia a odpovede	108
12.1 Prevalencia, vzory a trendy užívania kokaínu	108
12.1.1 Užívanie kokaínu vo všeobecnej populácii podľa ÚVVM pri ŠÚ SR	108
12.1.2 Užívanie kokaínu medzi školskou mládežou	109
12.1.3 Užívanie a vzory užívania kokaínu / cracku medzi špecifickými skupinami	111
12.2 Problémy spôsobené užívaním kokaínu / cracku	112
12.3 Intervencie súvisiace s užívaním kokaínu	113
12.3.1 Politika a stratégie ako odpoveď na kokaín	113
12.4 Kriminalita spojená s kokaínom a kokaínový trh	113
12.4.1 Kriminalita spojená s kokaínom	113
12.4.2 Kokaínový trh	113
13. Drogy v doprave	115
13.1 Legislatívny a právny rámec	115
13.2 Prevalencia a epidemiologická metodológia	116
13.2.1 Zisťovanie prítomnosti alkoholu a drog u účastníkov cestnej premávky	116
13.2.2 Štatistické údaje	116
13.3 Uplatňovanie práva	119
13.3.1 Vzdelávanie policajtov	120
13.4 Prevencia	120
13.4.1 Autoškoly	121
13.4.2 Označenie liekov	121
13.4.3 Diskusie v médiách	121
Časť C	122
14. Bibliografia	123
15. Prílohy	127
15.1 Zoznam tabuliek použitých v texte	127
15.2 Zoznam grafov	128
15.3 Zoznam mapiek	129
15.4 Zoznam skratiek použitých v texte	130
Časť D: Štandardné tabuľky a štruktúrované dotazníky	132

Súhrn a nové trendy

V roku 2005 bola súčasťou protidrogová stratégia, Národný program boja proti drogám 2004 - 2008, rozpracovaná do Akčných plánov rezortov a krajských úradov. Zároveň bol vytvorený metodický pokyn Úradu vlády SR, ktorý určuje činnosti krajských úradov v drogovej oblasti a zjednocuje postup zriaďovania krajských koordináčnych komisií pre drogovú problematiku.

Ďalej bola zahájená realizácia twinningovej časti projektu Prechodného fondu 2004 s názvom "Implementácia Národného programu boja proti drogám v SR na roky 2004 - 2008", ktorej hlavnou úlohou je posilniť prostredníctvom komunikácie koordináciu a spoluprácu zainteresovaných subjektov pôsobiacich v drogovej problematike. S výnimkou Trestného zákona, Trestného poriadku, ktoré nadobudli účinnosť 1. januára 2006 a zákona o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kuratele (účinnosť od 1. septembra 2005) a o ktorých podrobnejšie hovorí Správa 2005, nedošlo v legislatívnom, inštitucionálnom a exekutívnom rámci k podstatným zmenám.

Situácia v počte liečených je relatívne stabilizovaná. Došlo k poklesu počtu liečených o 237 pacientov, čím sa počet pacientov v liečbe dostal na približne rovnakú úroveň ako v roku 2002, 2003. V roku 2005 bolo celkovo liečených 2 078 užívateľov drog, vrátane pacientov liečených v zdravotníckych zariadeniach iných rezortov. Naopak, v kontakte s organizáciami sociálnej terénnej práce bolo v roku 2005 približne o 550 klientov viac ako v predchádzajúcom roku, celkovo 3 979 klientov, pričom väčšinou ide o injekčných užívateľov a/alebo užívateľov heroínu, pervitínu.

Celoživotná prevalencia užívania heroínu v populácii Slovenska je podľa realizovaných prieskumov Štatistického úradu SR stabilne nízka (0,6% resp. 1,2%). Podobne nízke percento (1,1%) uvádza aj v roku 2005 uskutočnený prieskum Ústavu informácií a prognóz školstva (ďalej len "ÚIPŠ") medzi 15 - 26 ročnými mladými ľuďmi. V roku 2005 pokračoval, ale už v miernejšom tempe, klesajúci trend počtu liečených kvôli problémom s opiátmi, ktorých počet sa od roku 2000 znížil viac ako 55%. Ich počet v roku 2005 predstavoval 857 pacientov. V tomto roku bolo zaznamenaných 14 úmrtí spôsobených predávkovaním opiátmi, podobne ako v roku 2004 (13 úmrtí).

Skúsenosti s užívaním pervitínu sú podľa oboch prieskumov relatívne nízke, avšak porovnanie s predchádzajúcimi vlnami prieskumov zaznamenalo ich mierne zvýšenie. Celoživotná prevalencia užívania pervitínu v populácii SR vzrástla z 0,6% (r. 2002) na 1,5% (r. 2004) a u mládeže z 3,4% (r. 2004) na 4,5% (r. 2005). Opačne, v liečbe došlo po prvýkrát k miernemu poklesu počtu liečených pre problémy s pervitínom (489 pacientov), ich podiel na celkovom počte liečených sa však oproti minulému roku nezmenil.

V roku 2005 pokračoval trend rastúcej preferencie marihuany. Skúsenosti s užívaním marihuany u populácie Slovenska (15 - 64 rokov) sa od roku 2000, kedy celoživotná prevalencia predstavovala 11,7% zvýšila na 15,6% v roku 2004. Zo súboru respondentov, ktorí v prieskume UIPŠ v r. 2005 priznali experimentovanie s nelegálnou drogou (20,8%), bolo 49,7% tých, ktorí experimentovali s marihuanou. Zároveň pokračoval aj trend zvyšovania počtu liečených kvôli problémom s marihuanou. V roku 2005 bolo liečených 400 pacientov.

Kokaín je na Slovensku užívaný zatiaľ len ojedinele a ako primárna droga nebol zaznamenaný ani u jedného z klientov nízkoprahovej organizácie. V liečbe bolo v roku 2005 hlásených 11 pacientov liečených kvôli problémom s touto drogou. Užívanie kokaínu má väčšinou charakter rekreačného - víkendového užívania a viaže sa na rôzne disco - párty apod. Za päťročné obdobie boli zaznamenané štyri úmrtia v súvislosti s užitím tejto drogy (v roku 2000 a 2003).

Istá časť populácie užívateľov drog, ktorí nie sú v kontakte so žiadnym liečebným zariadením, sociálnymi službami alebo políciou/súdmi ostáva skrytá. Znepokojenie vyvoláva počet problémových užívateľov drog, ktorých spôsob/stupeň užívania drog nesie v sebe riziká zdravotných, sociálnych alebo trestno-právnych následkov. Štúdia realizovaná Národným monitorovacím centrom pre drogy v rámci twinning projektu

SÚHRN A NOVÉ TRENDY

"Podpora implementácie Národného programu boja proti drogám 2004 - 2008" odhaduje počet problémových užívateľov definovaných ako vnútrožilových užívateľov alebo dlhodobo pravidelne užívajúcich opiáty a/alebo pervitín približne na 18 500 (4,8/1000 obyvateľov) s rozmedzím 13 500 - 32 000 osôb. Z toho sa odhaduje približne 10 tis. užívateľov opiátov, 8 tis. užívateľov pervitínu a 18 tis. injekčných užívateľov drog.

Výsledky spomínanej štúdie a údaje získané z organizácií sociálnej terénnej práce poukázali na nedostatočné pokrytie Slovenska programami výmeny ihliel a striekačiek (programy harm reduction). V roku 2005 poskytovalo tieto služby 6 organizácií v 8 mestách (3 979 klientov). V kontakte s nízkoprahovými organizáciami je pritom ani nie 20% odhadovaných injekčných užívateľov drog (11% - 26%). Niektoré oblasti nie sú pokryté vôbec, napr. južná časť Slovenska alebo celý Žilinský kraj.

Počet hlásených úmrtí súvisiacich s užívaním drog zostal na rovnakej úrovni ako v predchádzajúcom roku. Pod vplyvom psychoaktívnej látky bolo nahlásených celkovo 123 úmrtí, z toho priamym predávkovaním bolo spôsobených 46 úmrtí a v stave ovplyvnenia psychoaktívnou látkou 77. Najčastejšou príčinou úmrtí je zneužitie liečiv, predovšetkým benzodiazepínov. V skupine amfetamínov a kanabinoïdov bol v roku 2005 zaznamenaný pokles úmrtí.

V roku 2005 nebol zaznamenaný nový prípad infekcie HIV/AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog. Zatiaľ je na Slovensku týmto vírusom nakazený jeden užívateľ drog. Incidencia akútnej hepatitídy B u injekčných užívateľov v posledných rokoch má relatívne nízky výskyt. Údaje Regionálneho úradu verejného zdravotníctva Banská Bystrica ukazujú na znižovanie podielu injekčných užívateľov na hlásenej incidencii akútnej hepatitídy C (v r. 2005 ich podiel tvoril 28%) ako i u chronickej hepatitídy C (24,5% v roku 2005).

Dostupnosť liečby je relatívne dobrá. V porovnaní s predchádzajúcimi rokmi ostávajú čakacie doby nezmenené a ich dĺžka do značnej miery závisí od zdravotnej poisťovne. Liečba bola v roku 2005 poskytovaná 6 centrami pre liečbu drogových závislostí, 54 pracoviskami špecializovaných AT oddelení psychiatrických nemocníc a liečebni a ambulanciami psychiatrov či psychiatrov so špecializáciou v odbore liečba drogových závislostí. Sociálnu reintegráciu a rezidenčnú starostlivosť o klientov po absolvovaní zdravotníckej liečby zabezpečovalo 20 resocializačných stredísk s celkovou kapacitou cca. 300 postelí.

Na Slovensku zatiaľ neexistuje register substitučnej liečby. Metadónový udržiavací program bol do roku 2005 dostupný iba v jednom meste, a to v Bratislave, kde existoval od 1997. (V roku 2004 bolo v ňom zaradených 490 pacientov). V roku 2005 sa druhý program metadónovej udržiavacej liečby otvoril v Banskej Bystrici. Subutex sa na substitučnú liečbu používa najmä mimo hlavného mesta.

Užívanie drog sa dá chápať ako dôsledok alebo ako príčina sociálneho vylúčenia, ktoré môže byť na jednej strane dôvodom na začatie užívania drog resp. viesť k problematickejšiemu užívaniu, a na druhej strane (problémové) užívanie drog môže spôsobiť zhoršenie životných podmienok jednotlivca. Jedným zo sociálnych dôsledkov užívania drog je páchanie trestnej činnosti. V roku 2005 pokračoval rastúci trend počtu spáchaných trestných činov (1 638) spojených s výrobou, distribúciou a konzumáciou drog ako i počtu (1 308) stíhaných osôb.

V danom roku došlo k poklesu počtu odsúdených za drogové trestné činy, avšak pokračoval mierne rastúci trend počtu odsúdených pre nedovolenú držbu drogy pre vlastnú potrebu (205 odsúdených). Zároveň pokračoval dlhodobý trend znižovania počtu odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom drog.

Počet záchytov drog trestnoprávnymi orgánmi sa v roku 2005 zvýšil, pričom najväčší podiel na zvýšení mali záchyty marihuany (takmer 63%). Pokračoval rastúci trend počtu záchytov ako aj objemu zachyteného pervitínu. Objem zachytených drog sa ďalej zvýšil v prípade heroínu a extázy. V roku 2005 bolo v priebehu 5 ročného obdobia zachytené najväčšie množstvo huby rodu Psilocybe v objeme 2,76 kg, čo môže potvrdzovať rastúci trend experimentovania mladých ľudí s tzv. "magic mushrooms" v Európe.

Počas posledných rokov sa zvyšuje priemerná koncentrácia účinnej látky THC u marihuany (7,8%), rovnako ako v pervitíne (58,3%) a heroíne (12,5%). Pri tablekách extázy bol v roku 2005 zaznamenaný pokles množstva účinnej látky. V roku 2005 sa vyskytli prvé prípady, kedy tablety obsahovali látku m-CPP¹, ktorá momentálne nie je zaradená do globálneho zoznamu regulovaných omamných a psychotropných látok.

Ceny drog na Slovensku sú podľa Národnej protidrogovej jednotky relatívne stabilné s výnimkou poklesu ceny heroínu pri jeho vzrastajúcej koncentrácii. Dalej sa môže očakávať pokles ceny kokaínu, ktorého cena sa už veľmi mierne znížila vzhľadom na snahu drogových kartelov získať nové trhy.

Bratislava - október 2006

Ing. Lucia Kiššová
Národné monitorovacie centrum pre drogy

¹ 1-(m-chlorophenyl)piperazine, stimulant

V tejto časti Národná správa podáva súhrnný opis situácie v roku 2005 ako aj nový vývoj a trendy týkajúce sa roku 2006, čo sa týka hlavne kapitoly 1. Ďalej uvádza výsledky najdôležitejších národných výskumov a štúdií.

I. Národná politika a jej kontext

Za tvorbu a napĺňanie protidrogovej² politiky spoločnosti zodpovedá vláda SR. Schvaľuje národnú stratégiu, definuje jej ciele, zásady a princípy, vrátane formovania príslušného legislatívneho prostredia a je sformulovaná v Národnom programe boja proti drogám (ďalej len "NPBD"). Aktuálne sa realizuje už tretí NPBD na obdobie 2004 - 2008, ktorý bol v roku 2005 rozpracovaný do Akčných plánov rezortov a krajských úradov.

Poradným orgánom vlády SR pre otázky protidrogovej politiky štátu je Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (ďalej len "VM DZKD"), ktorého členmi sú ministri vybraných rezortov a generálny prokurátor. Exekutíva VM DZKD - Generálny sekretariát VM DZKD (ďalej len "GS VMDZKD") koordinuje, metodicky usmerňuje a kontroluje realizáciu protidrogovej politiky na centrálnej a regionálnej úrovni a taktiež zabezpečuje zastupovanie SR v medzinárodných inštitúciách EÚ a OSN v oblasti drogovej problematiky. Uznesením vlády 534/2002 bolo pri GS VMDZKD zriadené Národné monitorovacie centrum pre drogy (ďalej len "NMCD"), ktoré je národným zastúpením špecializovanej agentúry Európskej Únie - Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti.

Koordinácia protidrogovej politiky štátu na miestnej a regionálnej úrovni v oblasti drogovej problematiky je úlohou krajských úradov (ďalej len "KÚ"). Na každom z nich³ bolo od 1. 1. 2004 vytvorené pracovné miesto koordinátora, ktorý zabezpečuje úlohy súvisiace s koordináciou plnenia spoločných úloh v oblasti prevencie, liečby a resocializácie drogových závislostí⁴. Okrem implementácie národnej politiky v danom kraji, sa KÚ podieľajú na vytváraní regionálnych protidrogových stratégií. V záujme zjednotenia postupov KÚ na úseku drogovej problematiky bol v roku 2005 vytvorený metodický pokyn ÚV SR číslo 4/2006-GSVMDZKD z 13. decembra 2005, ktorý určuje činnosti krajských úradov v drogovej oblasti a zjednocuje postup zriaďovania krajských koordinačných komisií pre drogovú problematiku.

1.1 Legislatívny rámec

1.1.1 Legislatívny vývoj

O právnom rámci upravujúcom drogovú problematiku na Slovensku ako aj o jeho významných zmenách v roku 2005 podrobne informuje správa "Stav drogových závislostí a kontrola drog na Slovensku 2005" (ďalej len "Správa" 2005). K termínu písania tejto správy nebol prijatý žiadny nový zákon ani novela existujúceho zákona vo vzťahu k drogám, preto na tomto mieste rekapitulujeme základné informácie z roku 2005.

- Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení zákona č. 650/2005 Z. z. (ďalej len "Trestný zákon") modifikuje aj predchádzajúcu úpravu drogových trestných činov v zákone č. 140/1961 Zb. Trestný zákon v znení neskorších predpisov. Zákon nadobudol účinnosť 1. januára 2006.
- Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení zákona č. 650/2005 Z. z. (ďalej len "Trestný poriadok") upravuje postup orgánov činných v trestnom konaní a súdu, ktorý bol pôvodne upravený v zákone č. 141/1961 Zb. o trestnom konaní súdnom (Trestný poriadok). Zákon nadobudol účinnosť 1. januára 2006.
- Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, ktorý je samostatnou úpravou sociálnoprávnej ochrany a prvou právnou úpravou sociálnej kurately. Zákon nadobudol účinnosť 1. septembra 2005.
- Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov - upravuje oprávnenie súdu rozhodnúť o uložení výchovného opatrenia, prípadne vo výnimočnom prípade rozhodnúť o dočasnom

² Protidrogová politika sa týka nelegálnych drog - legálne psychoaktívne látky alkohol a tabak sú predmetom individuálnych stratégií - viac v Správe 2005 Kap.12

³ V každom z 8 regiónov Slovenska pôsobí popri samosprávnych orgánoch aj štátna správa vo forme Krajských úradov

⁴ Metodický pokyn ÚV SR číslo 4/2006-GSVMDZKD z 13. decembra 2005

I. NÁRODNÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

odňatí maloletého dieťaťa⁵ zo starostlivosti rodičov (alebo iných osôb, ktorým bolo takéto dieťa zverené alebo o ktoré sa starajú), a to aj proti ich vôli a nariadiť maloletému dieťaťu pobyt v diagnostických alebo špecializovaných zariadeniach. V závažných prípadoch drogovej závislosti môže súd nariadiť maloletému dieťaťu pobyt v resocializačnom zariadení pre drogovu závislosť.

- Zákon č. 331/2005 Z. z. o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov a o zmene a doplnení zákonov (ďalej len "zákon o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov"). Zákon ustanovuje pôsobnosť orgánov štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov, opatrenia na kontrolu monitorovania pohybu a zaobchádzania s drogovými prekurzormi a ukladanie správnych sankcií a pokút za porušenie povinnosti prevádzkovateľa. Zákon nadobudol účinnosť 18. augusta 2005. Zároveň sa týmto zákonom zrušil zákon č. 219/2003 Z. z. o zaobchádzaní s chemickými látkami, ktoré možno zneužiť na nezákonnú výrobu omamných látok a psychotropných látok a o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a vyhláška Ministerstva hospodárstva SR č. 349/2003 Z. z., v znení Vyhlášky Ministerstva hospodárstva SR č. 101/2004 Z. z., ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona č. 219/2003 Z. z.

Z hľadiska týchto právnych predpisov sa najdôležitejšie zmeny týkali zákona o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele, ktorý je podrobnejšie opísaný v kapitole 9 a Trestného zákona, a to úpravy trestnosti prechovávaní drog pre vlastnú potrebu (§171 a §135) a obchodovania s drogami (§172)⁶.

Skutková podstata trestného činu podľa §171 Trestného zákona umožňuje vyvodiť trestnú zodpovednosť voči páchatelovi, ktorý neoprávnene prechováva drogu pre vlastnú potrebu. Prechovávanie je rozlíšené podľa množstiev prechovávanej drogy:

- trest odňatia slobody až na 3 roky hrozí páchatelovi, ktorý prechováva drogu pre vlastnú potrebu, a to v množstve, ktoré zodpovedá najviac trojnásobku obvyklej jednorazovej dávky na použitie pre osobnú potrebu,
- trestom odňatia slobody až na 5 rokov hrozí páchatelovi, ktorý prechováva pre vlastnú potrebu drogu, a to v množstve, ktoré zodpovedá najviac desaťnásobku obvyklej jednorazovej dávky na použitie pre osobnú potrebu.

Ustanovenie §172 Trestného zákona upravuje jednak postih páchatel'a, ktorý prechováva pre osobnú potrebu väčšie množstvo drogy, než je uvedené v súvislosti s §171 ako aj trestný postih páchatel'a, ktorý obchoduje s drogami alebo s nimi inak neoprávnene nakladá. Trestný zákon zároveň znižuje dolnú hranicu trestnej zodpovednosti z 15 na 14 rokov (Kap. 11).

1.1.2 Uplatňovanie, implementácia práva

V roku 2005 nenastali v tejto oblasti žiadne zmeny oproti stavu popísanému v Správe 2005. Implementáciu práva v zmysle počtu odsúdených za drogové trestné činy a pod. pozri bližšie v kapitole 8.

Implementácia protidrogovej Stratégie EÚ pre roky 2005 - 2012

Priority a zámery Európskej stratégie boja proti drogám na roky 2005 až 2012 boli zohľadnené a zapracované v Národnom programe boja proti drogám (NPBD) na obdobie 2004 - 2008⁷. V priebehu roku 2005 boli vypracované "Akčné plány realizácie plnenia zámerov NPBD 2005 - 2008 v kontexte prijatej Európskej stratégie a predloženého návrhu Európskeho akčného plánu boja proti drogám v podmienkach rezortov"⁸ (ďalej len "Akčné plány"). Parlament požiadal vládu SR zabezpečiť realizáciu Akčných plánov aj v podmienkach rezortov a krajských úradov a vyčleniť finančné prostriedky potrebné na ich realizáciu.

⁵ dieťa do 15 rokov

⁶ Ustanovenie § 171 a 172 TZ upravuje trestný čin nedovolennej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie alebo obchodovanie s nimi

⁷ Program bol schválený uznesením vlády SR č. 289 z 15. apríla 2004 a uznesením NR SR 1072 z 25. júna 2004.

⁸ Materiál bol schválený uznesením vlády SR č. 498 z 29. júna 2005, NR SR ho uznesením č. 1859 z 27. septembra 2005 zobrala na vedomie.

V nadväznosti na uvedené bol v roku 2006 vládou SR schválený materiál "Analýza súčasného stavu financovania NPBD a Zásady financovania protidrogovej politiky pre nasledujúce obdobie v súlade so Stratégiou EÚ a NPBD", v ktorom boli plne akceptované odporúčania Stratégie EÚ vo veci financovania národnej protidrogovej politiky. GS VMDZKD bolo poverené do 31. júna 2007 predložiť návrh stratégie financovania protidrogovej politiky štátu v strednodobej a dlhodobej perspektíve.

1.2 Inštitucionálny rámec, stratégie, politiky

1.2.1 Protidrogová stratégia SR

Zásady protidrogovej politiky štátu sú definované v aktuálnom NPBD na obdobie 2004 - 2008. Jeho hlavným cieľom je vytvoriť účinné nástroje na predchádzanie ďalšieho zhoršovania situácie v oblasti zneužívania drog a drogových závislostí na Slovensku, s dôrazom na deti a mládež. Hlavnými piliermi protidrogovej politiky SR sú: prevencia, liečba, resocializácia a uplatňovanie práva (pozri Správa 2005 kapitola 1 a Správa 2004 príloha 15.1).

1.2.2 Koordinácia a inštitucionálny rámec

Koordináciu vo veciach protidrogovej politiky vlády SR je poverený Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog⁹ (VM DZKD). Výbor má pätnásť členov; predsedom výboru je podpredseda vlády pre vedomostnú spoločnosť, európske záležitosti, ľudské práva a menšiny, podpredsedami výboru sú ministri zdravotníctva a školstva a členmi sú jednotliví ministri a generálny prokurátor - všetci ex officio. Výbor zasadá spravidla dvakrát do roka, hodnotí stav drogovej problematiky a na jej základe aktualizuje hlavné línie protidrogovej stratégie a predkladá ich vláde SR (Správa 2005).

V roku 2005 bolo na zasadnutiach VM DZKD prerokované hodnotenie bezpečnostnej situácie v SR z pohľadu drogovej problematiky, správa ministra zdravotníctva o transformácii centier pre liečbu drogových závislostí na neziskové organizácie a ich vyčlenenie z priameho riadenia ministerstvom, Národný akčný program pre problémy s alkoholom na roky 2006 až 2010, správa ministra kultúry o realizácii protidrogovej politiky štátu v oblasti kultúry, správa ministra obrany o realizácii NPBD v rezorte obrany, boli schválené zloženia a činnosť expertných komisií pri GS VM DZKD, výbor prerokoval postup v oblasti koordinácie činnosti krajských koordinátorov a činnosti krajských protidrogových komisií a ďalšie otázky. Osobitnú pozornosť výbor venoval otázkam prípravy stratégie financovania protidrogovej politiky štátu a účasti SR na projektoch EÚ v boji proti drogám.

Výkonným orgánom Výboru zodpovedným za realizáciu jeho záverov a koordináciu protidrogových aktivít na úrovni ministerstiev a ústredných orgánov štátnej správy je GS VM DZKD. Pri Generálnom sekretariáte pôsobia 4 expertné komisie: pre prevenciu drogových závislostí, pre liečbu a resocializáciu drogových závislostí, pre legislatívne otázky a uplatňovanie práva v boji proti drogám a pre komunikačné stratégie v boji proti drogám. Činnosť týchto expertných komisií bola schválená 13. decembra 2005¹⁰. Pri GS VMDZKD pôsobí od roku 2004 Akčná medzirezortná protidrogová skupina, ktorá sa v roku 2005 venovala hlavne otázkam legálnosti a spoločenského dopadu predaja potravinových produktov s obsahom marihuany v obchodných sieťach a problémom šírenia syntetických drog.

Na jarnom zasadnutí VM DZKD, v marci 2006, bola Výborom zobrať na vedomie činnosť 6 pracovných skupín NMCD, pričom jednotlivé pracovné skupiny pokrývajú 4¹¹ kľúčové indikátory, oblasť trestno-právnych dát a Systém včasného varovania, ktorý umožňuje výmenu informácií medzi zainteresovanými subjektmi o nových drogách a spôsoboch užívania. Vytvorením pracovných skupín zložených z odborníkov z príslušných oblastí sa sleduje lepšia koordinácia v oblasti monitoringu a získavania údajov.

⁹ Zriadený uznesením vlády číslo 583 z 8. augusta 1995. Uznesením bol schválený Štatút výboru, obsahujúci podrobnosti o činnosti výboru a jeho organizácii

¹⁰ Zasadnutie VM DZKD

¹¹ Úmrtia a úmrtnosť súvisiaca s drogami, infekčné ochorenia súvisiace s drogami, dopyt po liečbe, populačné prieskumy

I. NÁRODNÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

Na rezortnej úrovni zodpovedajú za realizáciu opatrení v oblasti boja proti drogám ministri vecne príslušných rezortov. Popis úloh jednotlivých ministerstiev a inštitucionálny rámec týkajúci sa drogovej problematiky je detailne popísaný v Správe 2005.

V priebehu roku 2005 neprišlo v inštitucionálnom rámci k žiadnym zásadným zmenám.

V zmysle zákona o orgánoch štátnej správy vo veciach drogových prekurzorov, ktorý nadobudol účinnosť v auguste 2005 (Kap. 1.1.1), vykonáva štátnu správu v oblasti drogových prekurzorov:

- Štátny ústav pre kontrolu liečiv¹² - zákon rozšíril jeho kompetencie a jeho pôsobnosť je upravená v §3 zákona,
- Ministerstvo hospodárstva SR (§4 zákona),
- Ministerstvo vnútra SR (§5 zákona),
- Colné riaditeľstvo SR, colné úrady a colný kriminálny úrad (§5 zákona).

Colný kriminálny úrad (ďalej len "CKÚ") bol zriadený zákonom č. 652/2004 Z. z. o orgánoch štátnej správy v colníctve s účinnosťou od 1. januára 2005. CKÚ zabezpečuje o.i. úlohy v oblasti boja proti nedovolenému dovozu, vývozu a tranzitu omamných látok, psychotropných látok a ich prekurzorov.

V oblasti inštitucionálneho zabezpečenia realizovania prevencie došlo v roku 2005 k transformácii centier poradensko-psychologických služieb a k zníženiu počtu centier výchovnej a psychologickéj prevencie (viac kapitola 3).

Koordinácia na miestnej a regionálnej úrovni

Na realizácii štátnej protidrogovej politiky definovanej NPBD sa spolupodieľajú v rámci svojej pôsobnosti na regionálnej úrovni krajské úrady (štátna správa). Koordinácia protidrogových aktivít na regionálnej a miestnej úrovni si vyžaduje úzku spoluprácu všetkých zainteresovaných zložiek, predovšetkým spoluúčasť samosprávnych orgánov, t.j. samosprávnych krajov, miest a obcí SR.

Predpoklady na takúto spoluprácu boli vytvorené: už v roku 2004 zriadením pracovného miesta koordinátora na KÚ, smernicou MV SR z 3. januára 2005 čl. 2, ktorá zabezpečila, že sa koordinácia riešenia úloh na miestnej a regionálnej úrovni v oblasti drogovej problematiky stala jednou zo základných úloh krajských úradov a napokon Metodickým pokynom¹³ ÚV SR číslo 4/2006-GSVMDZKD z 13. decembra 2005 pre krajské úrady na určenie činnosti krajských úradov na úseku drogovej problematiky a zjednotenie postupu zriaďovania krajských koordinačných komisií pre drogovú problematiku (prevencia, liečba, resocializácia drogových závislostí a presadzovanie práva v boji proti drogám). Týmto sa vytvorili podmienky pre ďalší rozvoj činnosti a koordináciu aktivít na miestnej a regionálnej úrovni na úseku boja proti drogám.

Posilnenie a optimalizácia rozvoja spolupráce, koordinácie a kooperácie na regionálnej a miestnej úrovni je riešená aj v rámci twinningovej časti projektu Prechodného fondu 2004 "Implementácia NPBD v SR 2004 - 2008 v komponente 4 (Kap. 1.2.3).

V oblasti boja proti drogám na národnej, regionálnej a miestnej úrovni pôsobí niekoľko desiatok mimovládnych organizácií (ďalej len "MVO"). Sú zamerané na prevenciu drogových závislostí, sociálnu terénnu prácu, výchovu a vzdelávanie, resocializáciu drogovovo závislých a ich právnu ochranu, podporu liečby, poradenstvo, formovanie verejnej mienky, organizovanie kampaní, prácu s deťmi a mládežou, voľnočasové aktivity a rozvíjanie umeleckej tvorivosti (Správa 2005).

¹² Ústav zabezpečuje výkon štátneho skúšobníctva v zmysle zákona č. 30/1968 Zb. o štátnom skúšobníctve v znení neskorších predpisov. Z funkcie štátnej skúšobne vydáva certifikáty na zdravotnícke pomôcky, chemikálie anorganické a organické pre všeobecné použitie a rozhoduje o uznaní certifikátov zahraničných skúšobní

¹³ Platí od 1. januára 2006

1.2.3 Implementácia politík a stratégií

Implementácia NPBD na roky 2004 - 2008

V roku 2005 bola zahájená realizácia projektu Prechodného fondu 2004 tvoreného z prostriedkov Európskych spoločenstiev v celkovom objeme 1,5 mil. € a dotácie zo štátneho rozpočtu SR v objeme 0,7 mil. €. Názov projektu je "Implementácia Národného programu boja proti drogám v SR na roky 2004 - 2008". Riešiteľom projektu je GS VM DZKD v spolupráci s ministerstvami pôsobiacimi vo VM DZKD. Projekt má tri časti: Twinningovú časť (0,9 mil. €), malá grantová schéma (1,05 mil. €) a technická asistencia (0,25 mil. €).

1) Twinningová časť, ktorej hlavnou úlohou je posilniť prostredníctvom komunikácie koordináciu a spoluprácu zainteresovaných subjektov, sa realizuje v dĺžke 18 mesiacov v rokoch 2005 - 2007 so zahraničnými partnermi: Nemecká spolková republika (senior partner) a Česká republika (junior partner). Táto časť projektu je členená na 5 komponentov:

- úvodná fáza,
- posilnenie kapacít v systéme znižovania dopytu po drogách na národnej úrovni,
- posilnenie a ďalší rozvoj kapacít národného systému znižovania ponuky drog,
- posilnenie kapacít v systéme znižovania dopytu po drogách a posilnenie spolupráce na regionálnej a miestnej úrovni,
- hodnotenie a záverečná konferencia.

V rámci twinningovej časti projektu bolo na roky 2005 - 2006 plánovaných 48 akcií v podobe workshopov, seminárov, tréningov, z ktorých sa už väčšina uskutočnila. Spolu sa týchto akcií zúčastní vyše 30 zahraničných expertov zo SRN a ČR a 500 účastníkov zo Slovenska. V roku 2006 celkom 50 odborníkov pre drogovú problematiku zo Slovenska má možnosť navštíviť v Spolkovej republike Nemecko a ČR rôzne inštitúcie a zariadenia pôsobiace v drogovej oblasti.

Záverečná medzinárodná konferencia k twinningovej časti projektu sa uskutoční v dňoch 12. až 13. decembra 2006.

Druhou časťou projektu Prechodného fondu 2004 je technická asistencia, ktorá bude zahájená koncom roku 2006 a bude slúžiť na zvýšenie kvality a spoľahlivosti dostupných informácií v drogovej oblasti a posilniť sa komunikácia a zdieľanie informácií medzi inštitúciami zaoberajúcimi sa zberom údajov, ich analýzou a hodnotením. Z finančných prostriedkov vyčlenených pre túto časť sa podporí dobudovanie niektorých pracovísk Ministerstva obrany SR (ďalej len "MO SR"), Ministerstva vnútra SR (ďalej len "MV SR") a GS VM DZKD, ktorý použije prostriedky na rozšírenie činnosti drogového informačného portálu.

Tretia časť, Malá grantová schéma, sa použije na financovanie projektov predložených štátnymi a neštátnymi subjektmi, MVO, neziskovými organizáciami s celoslovenskou a regionálnou pôsobnosťou, ktoré pôsobia v oblasti prevencie, liečby alebo resocializácie. Podporené budú programy a iniciatívy, ktoré zásadným spôsobom ovplyvnia implementáciu NPBD vo všetkých jeho prioritách. Výška grantu je stanovená sumou od 25 tis. - 50 tis. € s dĺžkou trvania projektu od 10 - 14 mesiacov. V prvom grantovom kole bolo grantovou komisiou podporených 12 žiadateľov (z celkového počtu 32) sumou cca. 600 tisíc €. V októbri 2006 sa uskutoční druhé grantové kolo, ktoré bude podporené sumou 400 tisíc €.

Posilnenie národného monitoringu drog a ich zneužívania

V rámci finančného memoranda 2005 bol schválený projekt pod názvom "Posilnenie národného monitoringu drog a ich zneužívania" (Strengthening national monitoring of drugs and drug abuse) v celkovom objeme 400 000 € z prostriedkov EÚ a 100 000 € z národného spolufinancovania. Projekt bol vypracovaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR (ďalej len "ÚDZS"), za výraznej spolupráce pracovníkov GS VM DZKD. Realizácia bude prebiehať v rokoch 2007 - 2008 na ÚDZS. Monitoring a supervíziu zabezpečuje

I. NÁRODNÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

stály výbor (Steering committee) za účasti Ministerstva zdravotníctva SR (ďalej len "MZ SR"), ÚDZS, Centrálnej finančnej a kontraktáčnej jednotky a NMCD. Generálny sekretariát VMDZKD sa na projekte zúčastňuje ako pozorovateľ.

Cieľom projektu je zabezpečiť monitorovanie a poskytovanie validných údajov o úmrtiach spojených s drogami (jeden z piatich kľúčových indikátorov EMCDDA) ako i posilniť a dobudovať toxikologické laboratórium v Petržalke, aby mohlo byť akreditované ako Národné referenčné laboratórium zodpovedné za nekroptickú toxikológiu.

Skvalitnenie a rozšírenie resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o osoby závislé od psychoaktívnych látok.

Tento projekt bol schválený v rámci finančného memoranda 2006 v celkovom objeme 950 000 € z prostriedkov EÚ a 200.000 € z prostriedkov národného spolufinancovania na obdobie rokov 2007 - 2008. Realizácia projektu, ktorý bol vypracovaný GS VM DZKD v spolupráci s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ďalej len "MPSVaR") a Asociáciou resocializačných centier, bude prebiehať na Generálnom sekretariáte a MPSVaR SR, ktoré bude spolu s Asociáciou resocializačných centier projekt odborne zabezpečovať.

Cieľom projektu je dosiahnuť porovnateľnú úroveň resocializačnej a rehabilitačnej starostlivosti o závislé osoby s ostatnými krajinami EÚ. Projekt sa bude realizovať prostredníctvom 3 komponentov - twinningu, technickej asistencie a grantovej schémy.

1.3 Rozpočet a financovanie protidrogovej politiky

Financovanie protidrogovej politiky resp. rozpočet nie je priamou súčasťou NPBD 2004 - 2008. Pri tvorbe štátneho rozpočtu príslušné ministerstvá vypracovávajú každoročne vlastný návrh rozpočtu, do ktorého zahŕňajú aj náklady na boj proti drogám (napr. MPSVaR/Ústredie PSVaR pozri kapitola 9.2). Na podporu činnosti právnických osôb a fyzických osôb zaoberajúcich sa bojom proti drogám bol v roku 1996 zriadený Protidrogový fond (ďalej len "PF"), do ktorého je každoročne zo štátneho rozpočtu vyčleňovaná suma 50 mil. Sk (cca. 1,3 mil. €¹⁴).

NPBD 2004 - 2008 a jeho akčné plány sú v časti ministerstvá a KÚ financované zo štátneho rozpočtu, čo tvorí asi 70% nákladov na protidrogovú politiku. Približne 15% nákladov sa vynakladá na liečbu drogovo závislých a sú hradené z fondov zdravotných poisťovní. Zvyšných 15% je financovaných z iných zdrojov: rozpočet miest a obcí, rozpočet samosprávnych krajov (vyšších územných celkov, ďalej len "VÚC"), dary fyzických a právnických osôb, vlastné príjmy za poskytované služby (napr. v oblasti resocializácie), projekty a programy z fondov EÚ. Celkové náklady na boj proti drogám sú na úrovni cca. 700 mil. SK (19,5 mil. €¹⁴ t. j. 3,6 €¹⁴ na obyvateľa)¹⁵.

Posledné dostupné detailné údaje o financovaní protidrogovej politiky štátu v rámci jednotlivých rezortov boli uverejnené v Správe 2005.

V roku 2005 bolo na PF¹⁶ predložených 570 projektov, z ktorých bolo schválených 356 (62%). Najvyšší počet schválených projektov bol v Bratislavskom kraji (91), a to aj z toho dôvodu, že mnohé z týchto projektov sú celoslovenské, prostredníctvom ktorých sú realizované či už informačné a vzdelávacie aktivity, ale aj edičná činnosť. Vyšší počet projektov bol schválený aj pre Košický (64), resp. Nitriansky kraj (56).

Celková hodnota projektov predstavuje 135 917 167,- Sk (cca. 3,5 mil. €), pričom dotácia z PF dosiahla hodnotu 48 503 116,- Sk (cca 1,2 mil. €) (tab.1.1). Oproti roku 2004 bolo PF schválených viac projektov, ale s priemerne nižšou schválenou dotáciou na jeden projekt.

¹⁴ Priemerný kurz € za rok 2005 = 38,59,- Sk, www.nbs.sk

¹⁵ kvalifikovaný odhad GS VMDZKD. Dotazník EMCDDA - SQ 32 Politický a inštitucionálny rámec

¹⁶ zriadený zákonom č. 381/1996 Z.z. ako nešťatný účelový fond, ktorý sústreďuje a prerozdeľuje finančné prostriedky na protidrogovú prevenciu, liečebnú a resocializačnú pomoc drogovo závislým.

Tab. 1.1: Schválené projekty podľa krajov

Kraje	Počet schválených projektov	Hodnota projektov v Sk	Požadovaná dotácia v Sk	Schválená dotácia v Sk
Bratislavský	91	70 213 834	27 770 982	19 698 701
Trnavský	32	7 648 556	6 964 078	2 714 535
Trenčiansky	18	2 008 726	1 511 216	1 166 646
Nitriansky	56	13 428 914	6 076 200	4 961 758
Žilinský	24	5 027 242	2 785 502	2 121 208
Banskobystrický	41	17 668 729	11 515 329	7 964 245
Prešovský	30	9 307 110	3 829 733	2 437 653
Košický	64	10 614 056	8 683 857	7 438 370
Spolu	356	135 917 167	69 136 897	48 503 116

Zdroj: PF, 2006

V rámci priorit PF bola akcentovaná oblasť podpory a spolupráce na komunálnej úrovni, vytváranie spolupracujúcich sietí, podpora výskumu a vzdelávania, podpora inovatívnych a rozvojových projektov v oblasti terénnych a nízkoprahových služieb, sociálnej rehabilitácie realizovaných MVO, pričom základnou úlohou je zabezpečenie dostupnosti a udržateľnosti osvedčených programov v oblasti prevencie, liečby a resocializácie.

Oproti predchádzajúcim rokom bol zaznamenaný výrazný nárast schválenia u projektov z mediálnej oblasti (zameraných na tvorbu odborných a osvetových materiálov, doplnkové učebné texty, audiovizuálne diela, senzibilizáciu verejnosti v printových a elektronických médiách a pod.)

Tab. 1.2: Schválená dotácia PF podľa oblastí

Oblasť	Suma	%
Prevenca I - Školské projekty	11 562 687	24
Prevenca II	9 937 218	20
Mediálna oblasť	8 935 162	19
Resocializácia	7 960 752	16
Liečba	6 432 384	13
Harm-reduction	3 674 913	8
Spolu	48 503 116	100

Zdroj: PF, 2006

Financovanie na regionálnej úrovni

Činnosť v oblasti boja proti drogám je v podmienkach krajov ekonomicky zabezpečovaná z pridelených rozpočtových prostriedkov, ktoré však často postačujú len na zabezpečenie štandardnej činnosti, ďalej realizáciou projektov, či už z prostriedkov jednotlivých ministerstiev, PF (rozdelenie podľa krajov tab.1.1), prostriedkov Európskej únie, alebo za príspevnia rôznych nadácií a neštátnych subjektov, zatiaľ však bez výrazného podielu orgánov samosprávy.

V záujme zisťovania pôsobnosti samosprávnych krajov v oblasti protidrogových aktivít a zabezpečenia ich financovania GS VMDZKD / NMCD oslovilo vyššie územné celky (VÚC). Podľa získaných údajov VÚC zo svojho rozpočtu podporujú najmä sociálne služby (sociálne poradenstvo, sociálna prevencia, resocializácia) a v roku 2005 vynaložili na tento účel celkovo 56 696 000,- Sk (cca. 1,5 mil. €).

I. NÁRODNÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

Tab. 1.3: Prehľad vynaložených finančných prostriedkov VÚC na sociálne služby v roku 2005

VÚC	Oblasť	Suma	
		2004	2005
Bratislavský	sociálne poradenstvo, prevencia	1 500 000	2 300 000
Trnavský	resocializácia	n.a.	8 017 000
Nitriansky	resocializácia	n.a.	11 030 000
	sociálne poradenstvo, prevencia	n.a.	625 000
	Spolu	n.a.	11 655 000
Trenčiansky	reintegrácia	n.a.	3 010 000
Žilinský	sociálne poradenstvo, prevencia	2 946 000	3 100 000
	resocializácia		900 000
	Spolu	2 946 000	4 000 000
Banskobystrický	resocializácia	3 318 000	3 600 000
	útulky	13 276 000	12 749 000
	domy pre osamelých	2 541 000	1 792 000
	Spolu	19 135 000	18 141 000
Prešovský	resocializácia	n.a.	4500 000
Košický	resocializácia	3 104 752	4 448 000
	sociálne poradenstvo, prevencia	651 917	625 000
	Spolu	3 756 669	9 573 000
Spolu		27 337 669	56 696 000

Pozn: Použité údaje v tabuľke majú len informatívny charakter vzhľadom na rozdielny prístup k zberu údajov jednotlivých VÚC a úroveň poznania danej problematiky.

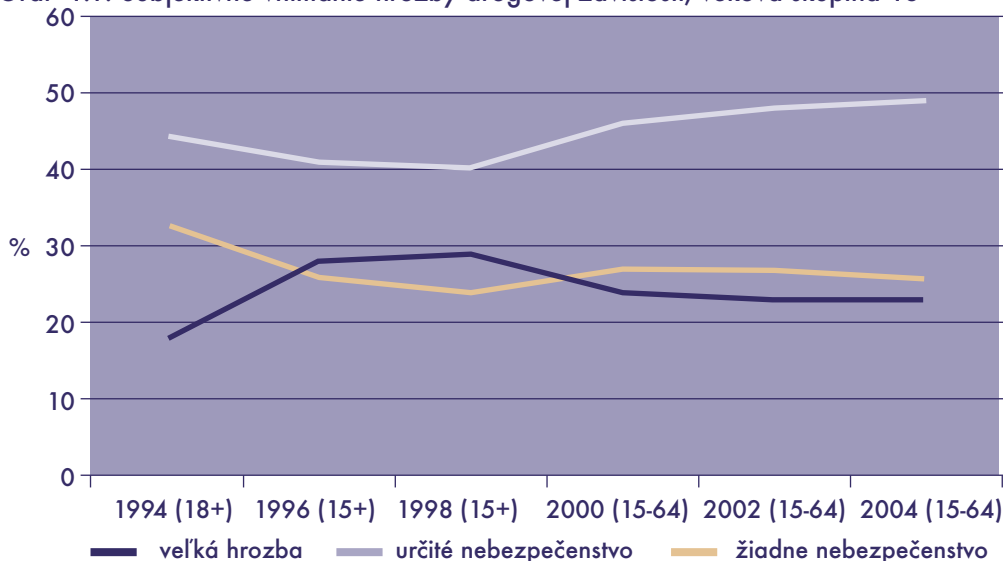
Zdroj: NMCD, 2006

1.4 Sociálny a kultúrny kontext protidrogovej politiky

1.4.1 Názory verejnosti o otázkach týkajúcich sa drog

Podľa prieskumov realizovaných Ústavom pre výskum verejnej mienky pri Štatistickom úrade SR (ďalej len: "ÚVVM pri ŠÚ SR")¹⁷ sa subjektívne vnímanie hrozby drogovej závislosti pre seba, svoje deti a rodinu počas desiatich rokov (1994 - 2004) výrazne nemení. Mierne rastie pociťovanie "určitého nebezpečenstva, ale bez výrazných obáv".

Graf 1.1: Subjektívne vnímanie hrozby drogovej závislosti, veková skupina 18+



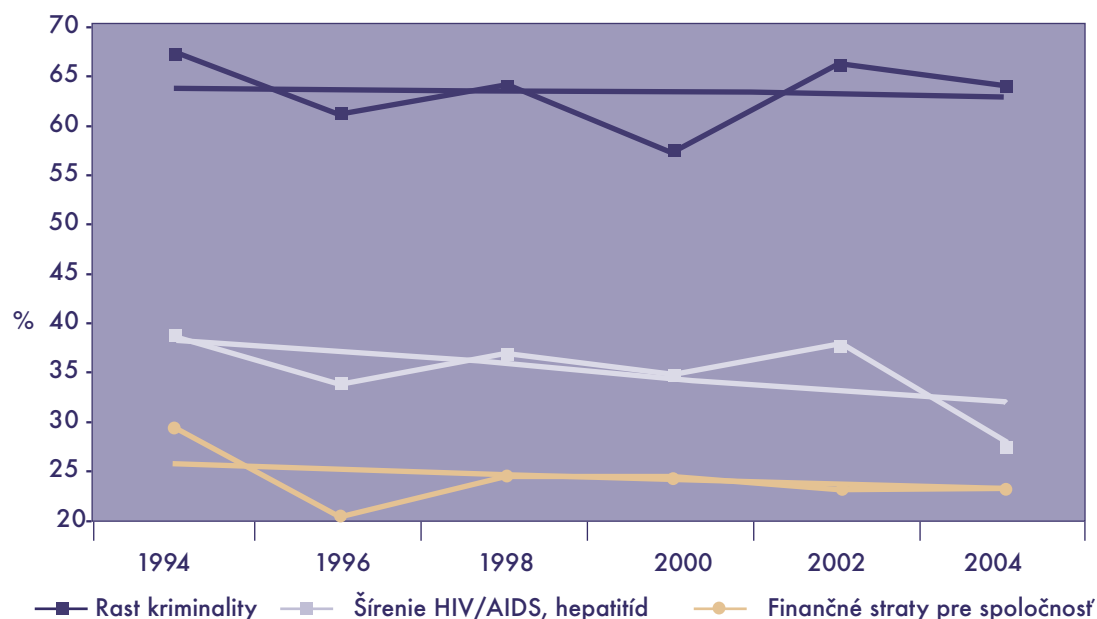
Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.7

¹⁷ bližšie pozri kapitolu 2.

Na otázku týkajúcu sa nebezpečenstva užívania drog a drogovej závislosti pre spoločnosť sa ponúkalo niekoľko alternatívnych odpovedí. V desaťročnom období sa stabilne na prvom mieste udržal ako najväčšie nebezpečenstvo rast kriminality. Ďalšie nebezpečenstvo vidia respondenti všetkých troch súborov v šírení infekčných chorôb HIV/AIDS a hepatitídy typu B. Klesajúci trend vo vnímaní tohto nebezpečenstva sa výraznejšie prejavil v ostatnom cykle prieskumu, pravdepodobne v dôsledku objektívnych a medializovaných informácií o nízkom výskyte HIV/AIDS a hepatitídy B v SR.

Na treťom mieste figurovalo nebezpečenstvo finančných strát pre spoločnosť, tiež s mierne klesajúcim trendom.

Graf 1.2: Vývoj názorov verejnosti na hlavné nebezpečenstvá užívania drog pre spoločnosť



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004 s.42

1.4.2 Postoje k drogám a užívateľom drog

Spracovanie údajov o postojoch verejnosti k drogám za posledných 10 rokov - pozri kapitolu 2.

1.4.3 Mediálne pokrytie problematiky

V roku 2005 sa podľa nezávislého externého monitoringu médií¹⁸ zrealizovalo spolu 1283 mediálnych výstupov (kľúčové slová - drogové závislosti, drogy). Monitorované rozhlasové a televízne stanice odvysielali 384 relevantných informácií. Aj v roku 2005 mediálne pokrytie problematiky drogových závislostí a kontroly drog zabezpečovali najmä verejnoprávne médiá - Slovenský rozhlas (81 výstupov) a Slovenská televízia (60 výstupov). Zastúpenie majú hlavne spravodajské formáty, publicistika je zriedkavejšia a absentuje kontaktný typ relácií. Kvantitatívne viac ako rozhlas a televízia sa problematike venuje tlač (denníky Pravda, Sme, Hospodárske noviny), vrátane špecializovaných periodík (Zdravotnícke noviny).

Obsahom výstupov bolo aj reflektovanie 5 tlačových konferencií GS VMDZKD. Išlo o dve pravidelné konferencie v súvislosti s jarným a jesenným zasadnutím VM DZKD, ďalej konferencie venované problematike financovania liečby v Centrách pre liečbu drogových závislostí, zahájenie činnosti internetového portálu www.infodrogy.sk a v septembri 2005 prezentovanej štúdií "Sociálne a ekonomické náklady spojené s užívaním drog v SR".

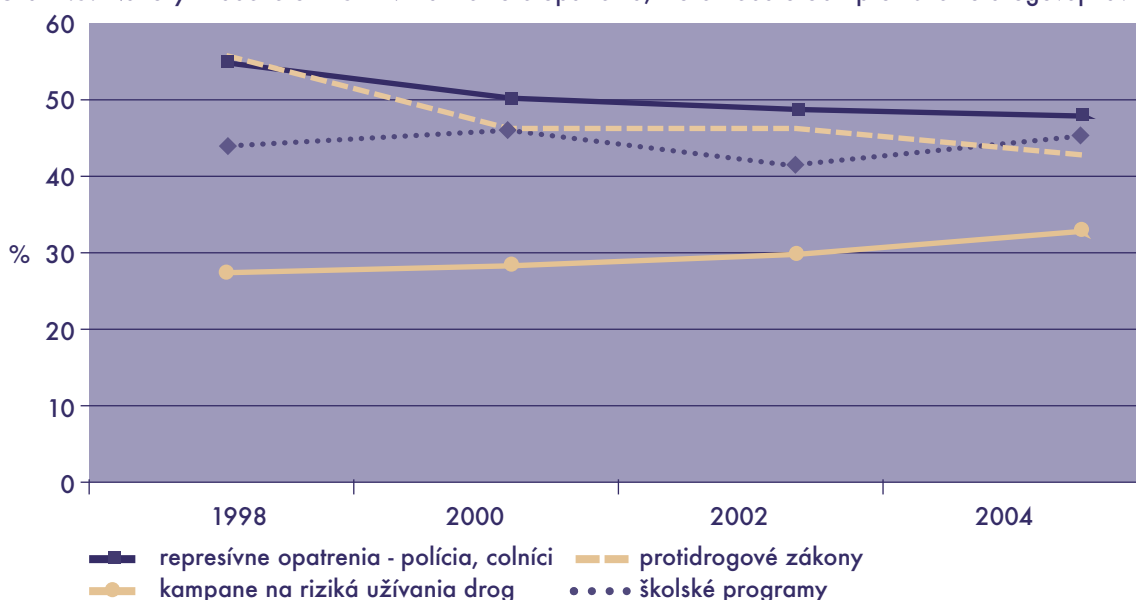
¹⁸ STORIN - agentúra pre monitoring médií

I. NÁRODNÁ POLITIKA A JEJ KONTEXT

Údaje, ktoré podľa metodiky štúdie zistil GS VMDZKD, týkajúce sa rozsahu finančných prostriedkov, ktoré potrebujú na drogy jednotlivci závislí na heroíne a ďalší pravidelní resp. rekreační užívatelia drog šokovali verejnosť. Odhadovaná suma medzi 3,6 - 4,7 miliardami Sk ročne (cca 93 mil € - 121 mil €) podľa reakcií verejnosti, sledovaných na on-line diskusiách sa vnímala záporne. Naopak údaje, ktoré mapujú rozsah zverejnených výdavkov vynaložených na protidrogové aktivity v roku 2004 - prevenciu, liečbu a resocializáciu a represiu vyvolali minimálne reakcie. V členení sumy 565 343 154 Sk (14,5 mil €¹⁹) na dve základné kategórie - redukciu dopytu a redukciu ponuky - boli výdavky vyššie pokiaľ ide o uplatňovanie práva (represia), nižšie výdavky boli venované prevencii, liečbe a resocializácii.

Minimálna reakcia verejnosti môže korešpondovať aj s trendmi zistenými v prieskume ÚVVM pri ŠÚ SR v rokoch 1998 - 2004, podľa ktorého je u respondentov dlhodobý trend uprednostňovať represívne opatrenia/uplatňovanie práva pred prevenciou, i keď aj v tomto smere badať isté posuny (viac respondentov a najmä v kritickom veku z hľadiska užívania, zneužívania a závislosti od drog sa prikláňa k opatreniam typu školských protidrogových programov a kampaní zameraných na škodlivé zdravotné účinky).

Graf 1.3: Názory mládeže SR 15 - 29 na niektoré opatrenia, ktoré treba urobiť proti šíreniu drogovej závislosti



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.56-57

Ak sa v roku 2004 diskusie vo verejnosti viedli vo vzťahu k legalizácii, resp. dekriminalizácii marihuany, v roku 2005 médiá a verejnosť reflektujú postupné vrastanie užívania marihuany do "bežných normálnych vzorcov" správania mladých ľudí.

V roku 2004 bola zaznamenaná len jedna "nekorektná"²⁰ informácia o pozitívnych účinkoch marihuany, v roku 2005 to boli minimálne štyri mediálne výstupy, ktoré prezentovali užívanie marihuany v rôznych formách ako zdraviu málo škodlivú aktivitu, navyše odobrenú právom osobnej slobody a právom výberu. "Obraz" marihuany ako málo nebezpečnej drogy sa favorizuje jej prírodným pôvodom a liečebnými účinkami na sprievodné symptómy niektorých vážnych chronických chorôb.

V reáli s obrazom marihuany v médiách korešponduje dostupnosť importovaných potravinárskych výrobkov s obsahom THC (nealkoholické energetické nápoje, Swiss Hamp, C-ICE, pivo atď) vo voľnom predaji, jednak označovanie niektorých potravinárskych výrobkov ako "marihuanových", hoci v skutočnosti²¹ THC neobsahujú. Okrem potravinárskych výrobkov sa vo voľnom predaji objavujú aj iné merkantily asociujúce užívanie marihuany - plagáty, figúrky fajčiace jointy, podložky pod poháre, tričká, zapaľovače a aromatické tyčinky s typickým listom rastliny konope.

¹⁹ kurz NBS 31.12.2004 1 € = 38,80 Skk

²⁰ korektná = liečebné účinky marihuany na zmiernenie niektorých sprievodných symptómov chronických chorôb

²¹ V ostatnom prípade ide o marketingový ťah, ale aj o klamlivú reklamu.

Toto osobitne marihuanu favorizujúce prostredie je v rozpore so sledovanými názormi na legalizáciu "mäkkých drog", ktoré registrujú prieskumy Ústavu informácií a prognóz školstva roku 2005 a ÚVVM pri ŠÚ SR do roku 2004 (viac v kapitole 2.)

Komunikácia s verejnosťou

Okrem zmienených tlačových konferencií a následných mediálnych výstupov sa v roku 2005 komunikácia GS VMDZKD/ NMCD s verejnosťou uskutočňovala prostredníctvom novo-etablovaného internetového portálu www.infodrogy.sk²². Tvorba Drogového informačného portálu NMCD bola realizovaná formou grantu z PF²³, pričom prvotné analýzy a grafický návrh boli zabezpečené z prostriedkov NMCD.

Informačný portál je plne funkčný a napĺňa všetky vytýčené ciele stanovené v projekte. Za rok činnosti ho navštívilo vyše 60 000 návštevníkov, ktorí si pozreli cca pol milióna stránok a stiahli si skoro 6 000 dokumentov a materiálov v elektronickej forme. Jeho osobitným prínosom je prevádzkovanie 4 anonymných poradní: Odpovedáme rodičom a pedagógom; o drogách a závislostiach; otázky pre lekára; právna poradňa, ktoré sú vedené renomovanými odborníkmi. Otvorenie poradní zvýšilo v predmetnom mesiaci návštevnosť portálu skoro na dvojnásobok oproti predchádzajúcemu mesiacu (z 1 655 na 3 020). Za obdobie 20. október - 31. december 2005 bolo v poradniach zodpovedaných 53 otázok.

Na podnet GS VMDZKD a s finančnou podporou PF sa v roku 2005 zrealizoval projekt novinárskej súťaže Slovenského syndikátu novinárov "Život bez drogy", ktorého cieľom je podnietiť médiá k spracovávaniu tejto tematiky, najmä pokiaľ ide o prevenciu, liečbu a resocializáciu. Do súťaže sa prihlásilo 15 súťažiacich, niektorí s viacerými príspevkami. V roku 2006 prebieha druhý ročník súťaže.

²² v prevádzke od 3.mája 2005

²³ PF pri príležitosti Svetového dňa proti zneužívaniu drog a ilegálnemu obchodovaniu (26. jún) hodnotil projekty za r. 2005 v niekoľkých oblastiach. Portál www.infodrogy.sk získal v kategórii mediálnych projektov 3. miesto.

2. Užívanie drog v populácii

Reprezentatívne populačné prieskumy, zamerané na rozšírenosť drog v SR a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou v SR, realizuje od roku 1994 v dvojročných intervaloch Štatistický úrad SR (ŠÚ SR) v rámci svojho útvaru - Ústavu pre výskum verejnej mienky pri ŠÚ SR (ÚVVM). Pre reprezentatívny výberový súbor sa používa kvóťový výber so znáhodnením v poslednom kroku. ÚVVM pri ŠÚ SR realizoval prieskumy na troch výberových súboroch: 1. Dospelá populácia SR (18+), 2. Mládež SR vo veku 15 - 29 rokov, 3. Mládež Bratislavy 15 - 29 rokov.

Od roku 2004 sa realizuje prieskum so zmenou prvého súboru na populáciu SR vo veku 15+. Z týchto súborov je vytvorený súbor vo veku 15 - 64 rokov, ktorý je potrebný pre štandardnú tabuľku ST 01 Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti (ďalej len "EMCDDA"). Face-to-face interview realizujú školení anketári, prevažne v domácnostiach respondentov. Prieskum pokrýva alkohol a tabak.

Tab. 2.1: Prehľad základných parametrov populačných prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR za súbor populácie SR pre ST 01 Reitox

Rok	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Typ prieskumu	iniciačný	opakovaný	opakovaný	opakovaný	opakovaný	opakovaný
Kontext	alkohol, tabak	alkohol, tabak	alkohol, tabak	alkohol, tabak	alkohol, tabak	alkohol, tabak
Metóda zisťovania	štandard. rozhovor	štandard. rozhovor	štandard. rozhovor	štandard. rozhovor	štandard. rozhovor	štandard. rozhovor
Rozsah výberového n = súboru	1338	1423	1359	1396	1405	1376
Návratnosť	95,60%	94%	91,10%	93,40%	94,20%	96%
Vek	18+	15+	15+	15-64	15-64	15-64

Zdroj: Luha J., ST 01 pre REITOX 1996 až 2004

V jednotlivých cykloch prieskumu sa položky dotazníka využívaného pri štandardizovanom interview postupne modifikovali a harmonizovali smerom k Európskemu modelovému dotazníku (EMQ), s cieľom dosiahnuť vyššiu kompatibilitu s požadovanou štruktúrou údajov pre EMCDDA.

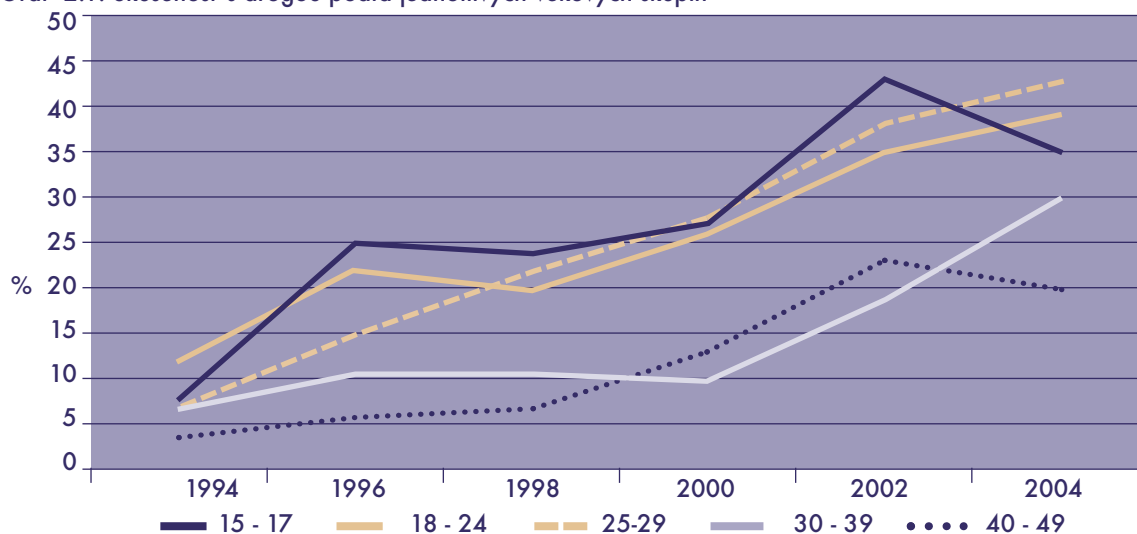
2.1 Užívanie drogy v populácii

Údaje z ostatného cyklu prieskumu realizovaného v roku 2004 sú obsiahnuté v Správe 2005²⁴ a detailnejšie v publikácii ŠÚ SR "Rozšírenosť užívania drog v SR a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou", (ďalej len "Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004"), ktorá obsahuje údaje zo všetkých cyklov tohto populačného prieskumu. Na tomto mieste sú rekapitulované len niektoré vybrané údaje, týkajúce sa drogového správania populácie SR tak, ako boli v prieskumoch zachytené v časovom období 1994 až 2004.

Skúsenosť s drogou zahŕňa širokú kategóriu užívateľov - od užívateľov, ktorí drogu užíli len raz v živote, cez užívateľov liekov, až po pravidelných užívateľov. Najvyšší podiel osôb s takto definovanou skúsenosťou sa koncentruje vo vekových skupinách v rozpätí 15 - 39 rokov.

²⁴ Kapitoly: 1, 2, 11

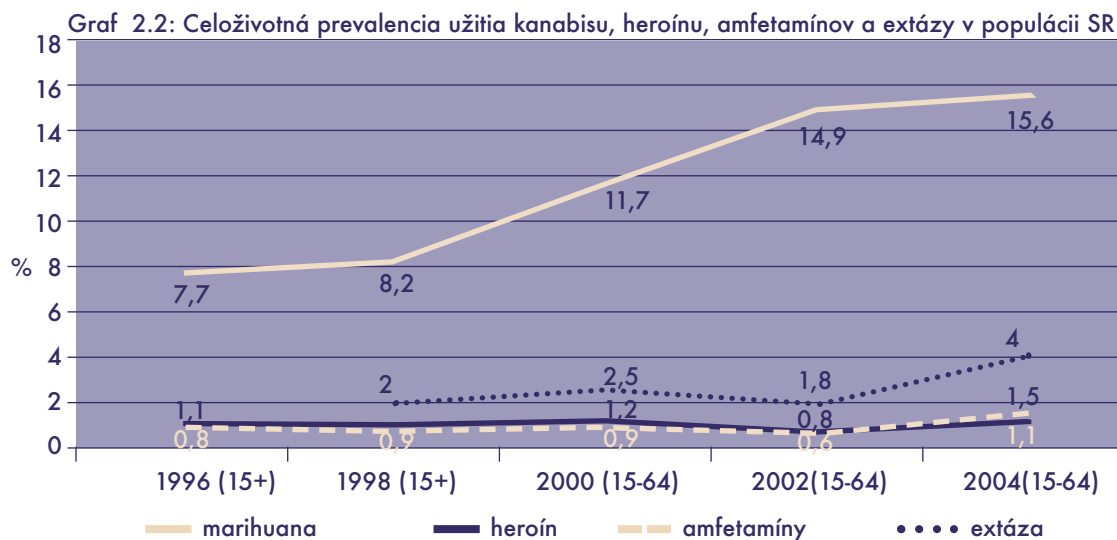
Graf 2.1: Skúsenosť s drogou podľa jednotlivých vekových skupín



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.19

V roku 1994 na otázku prieskumu ÚVVM pri ŠÚ SR "Poznáte alebo nepoznáte vo svojom okolí človeka, ktorý je alebo bol závislý od drog, ako je napríklad marihuana, hašiš, kokaín, heroín, LSD, extáza?" odpovedalo 13% respondentov zo súboru 15 - 29 ročných (Mládež SR), že takého poznajú z okruhu priateľov a len 1%, že takého majú v rodine. O 10 rokov neskôr²⁵ odpovedal vyše dvojnásobok, až 27%, že takého človeka pozná v okruhu svojich priateľov a 3% má takého v rodine.

Podľa výsledkov piatich cyklov prieskumov je drogou, s ktorou má slovenská populácia najväčšie a rastúce skúsenosti marihuana, hašiš, čo súvisí s jej dostupnosťou, dokumentovanou aj rastúcim počtom záchytov orgánmi represie (kapitola 10), ale aj nárastom liečených pre drogovú závislosť na marihuane (kapitola 4).



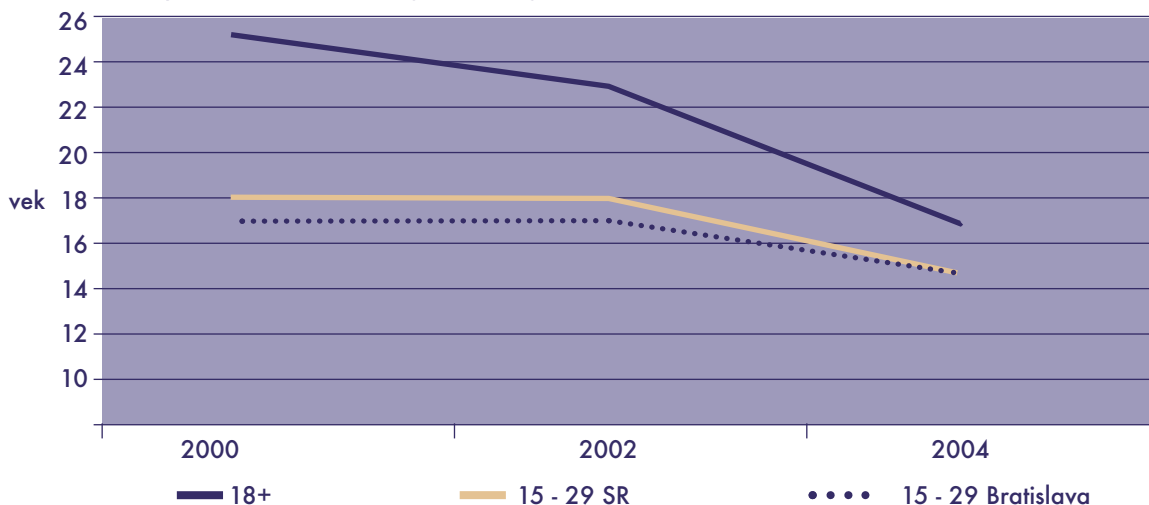
Zdroj údajov: Luha J., ST O1 pre REITOX 1996 až 2004

Podľa respondentov sa priemerný vek prvého použitia drogy v priebehu rokov 2000 - 2004 zmenil a vo všetkých troch skúmaných výberových skupinách došlo k poklesu.

²⁵ Tab. 2.1.1 Poznanie drogovu závislého človeka, In: Správa 2005 s.58

2. UŽÍVANIE DROG V POPULÁCIÍ

Graf 2.3: Vek prvého kontaktu s nelegálnou drogou



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.27

Sociodemografická štruktúra respondentov so skúsenosťou s užitím drogy sa výrazne nezmenila a deklarovali ju vo väčšej miere oslovení z veľkých aglomerácií s 50 až 100 tisíc obyvateľmi (38%) a obyvatelia Bratislavského (31%), Trenčianskeho (34%) a Žilinského (35%) kraja.

Od r.1998 sa mení vzdelanostná štruktúra osôb, ktoré majú skúsenosti s užitím drogy. Stierajú sa rozdiely medzi jednotlivými skupinami podľa vzdelania, najmä vďaka výraznému nárastu užívania drog (jednorazového, občasného alebo pravidelného) medzi vysokoškolsky vzdelanými osobami v celoslovenskom meradle.

2.2 Užívanie drog v školskej populácii a medzi mládežou

2.2.1 Školské prieskumy

História školských prieskumov v kontexte ostatných indikátorov drogovej situácie sa datuje na Slovensku od r.1992. Pôvodný slovenský prieskum Tabak - alkohol - drogy (ďalej len "TAD") sa realizoval ako reprezentatívny na základných a stredných školách v rokoch 1993/1994, 1998 a 2002. Relevantné údaje za uplynulé obdobie²⁶ sú obsiahnuté v Správe 2004²⁷ a najmä v publikácii "Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže"²⁸. Spracované tabuľky a grafy sú k dispozícii aj na www.infodrogy.sk.

2.2.1.1 Štvrtú vlnu prieskumu TAD realizoval autor Alojz Nociar v spolupráci s Výskumným ústavom detskej psychológie a patopsychológie (ďalej len "VÚDPaP"), Ústavom informácií a prognóz školstva, Úradom verejného zdravotníctva (ďalej len "ÚVZ SR") v apríli 2006. Výsledky budú zverejnené v Správe 2007.

2.2.1.2 Medzinárodný školský prieskum o drogách a alkohole ESPAD sa v SR realizuje od roku 1995, naposledy v r. 2003, výsledky všetkých troch cyklov sú obsiahnuté v citovanej publikácii slovenského koordinátora prieskumu. Ďalší cyklus prieskumu stredoškolákov vo veku 15 - 16 rokov až 18 - 19 rokov sa bude realizovať v spolupráci s VÚDPaP a ÚVZ SR na jar 2007.²⁹

Podľa doterajších výsledkov školských prieskumov TAD a ESPAD možno podľa Nociara (2004)³⁰ konštatovať najmä:

²⁶ Niektoré údaje týkajúce sa vekovej skupiny 11 - 14 ročných žiakov (TAD 1) sú prezentované v kapitole 11.

²⁷ Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike 2004 (Národná správa pre REITOX)

²⁸ Autor PhDr. Alojz Nociar, CSc.

²⁹ Aktuálne bol v novembri 2006 zrealizovaný pilotný prieskum

³⁰ Nociar A.: Prieskumy o alkohole, tabaku a drogách u slovenskej mládeže, s. 65

- rast problémov s alkoholom, tabakom a ostatnými drogami medzi deťmi a mladistvými,
- vek prvého kontaktu s alkoholom a tabakom osciluje okolo 10 rokov a nedarí sa ho odsunúť na neskorší vek,
- zvyšuje sa vnímaná dostupnosť nelegálnych drog, najmä marihuany a znižuje sa vnímané riziko jej užívania,
- legálne a nelegálne drogy "vrastajú" do spoločnosti.

2.2.1.3 Koordinátorom prieskumu založeného na prieskumoch Svetovej zdravotníckej organizácie (ďalej len "WHO") Health Behaviour of School Children v SR realizovanom pod názvom "Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže" sa v roku 2005 stal Regionálny úrad verejného zdravotníctva³¹ v Spišskej Novej Vsi, kde sa spracovali validné údaje z dotazníkového prieskumu 10 283 respondentov vo veku 15 - 19 rokov (5 301 chlapcov a 4 982 dievčat). Anonymný dotazník bol administrovaný v školách (šk. rok 2004/2005) prostredníctvom odborných pracovníkov všetkých regionálnych úradov verejného zdravotníctva v SR (36 RÚVZ). V rámci 10 skúmaných oblastí sa sledovala aj oblasť závislostí, a to od liekov, kávy, cigariet/tabaku, alkoholu, drog a hracích automatov. Podľa údajov z tohto prieskumu fajčilo 33% mladých vo veku 15 - 19 rokov, z toho takmer 25% denne, chlapci začínajú s fajčením v priemere vo veku 11,5 rokov, dievčatá okolo 13 rokov.

Takmer štvrtina chlapcov je pravidelnými konzumentmi piva, u dievčat je to 5%. Priemerný vek skúsenosti s pivom je pri oboch pohlaviach 12,4 roka, chlapci začínajú už okolo 10 rokov, dievčatá v štrnástich. Stav opitosti nezažilo len 22% mladých ľudí a len 30% stredoškolákov nemá žiadne skúsenosti s pivom, 2% s vínom a 25% s destilátmi.

Pri monitorovaní frekvencie užívania liekov bez vedomia rodičov a lekára bolo zistené, že viackrát v mesiaci ich užíva proti bolesti 15%, proti nespavosti 0,6%, na povzbudenie 1,2% a 1% všetkých respondentov aj na upokojenie.

Skúsenosti s užitím drog okrem alkoholu a cigariet podľa údajov prieskumu deklarovalo 30% respondentov. Najčastejšie začínajú deti experimentovať v 15-tich rokoch. Súčasní užívatelia najčastejšie užívajú drogu 1 - 3x za mesiac, pričom takmer 6% z nich deklarovalo užívanie drog 3 - 5x za týždeň.

Najčastejší spôsob užívania drog je fajčenie, ktoré preferuje až 80% všetkých konzumentov, potom nasleduje perorálne užitie (2,3%), šňupanie (1,8%), vdychovanie (1,5%) a podávanie do žíl (0,4%). Pri opakovanom užívaní respondenti udali aj kombinovanú konzumáciu, pričom najviac spôsobov aplikácie je fajčenie a súčasne šňupanie, resp. ústne užitie alebo vdychovanie.

Pomoc v súvislosti s drogami už vyhľadalo 8,3% užívateľov, 2,5% bolo k tomu donútených rodičmi alebo učiteľmi, 25% chcelo, ale nevedelo, kde túto pomoc hľadať, resp. nenašli odvahu. 55% všetkých užívateľov si myslí, že takúto pomoc nepotrebuje. V rodinnom prostredí respondentov sa drogy užívajú minimálne, a to 0,2% otcov a podobne aj matiek. O súrodencoch sa vyjadrili opýtani, že berú drogy vo viac ako 2,5%. Najviac ich však udalo konzumáciu medzi kamarátmi, a to až 20% rovesníkov.

2.2.1.4 V školskom roku 2004/2005 sa realizoval prieskum so zameraním na zistenie vedomostí, názorov a postojov účastníkov preventívneho programu "Vieme, že..."³² medzi 815 žiakmi ZŠ a SŠ (vo veku 12 - 18 rokov) v Nitrianskom regióne. Podľa prieskumu má osobné skúsenosti s užitím drogy 17,7% mladých ľudí, častú konzumáciu drog uvádza 2,7% respondentov. Ku konzumentom nelegálnych drog patria hlavne chlapci, respondenti vo veku 16 - 17 rokov, žiaci SOU a SOŠ. Ponúknutú drogu marihuanu by vyskúšalo zo zvedavosti 13,1% respondentov a 5,3% uvádza, že by ju vyskúšali s chuťou.

V roku 2005 sa realizovali aj lokálne dotazníkové ankety v školách na malých skupinách medzi stredoškolákmi vo veku 15 - 17 rokov (napr. Duchoň, M.³³, Korbelová, B.³⁴), ktoré u stredoškolákov potvrdili najčastejšie skúšanú drogu marihuanu³⁵.

³¹ Gajdošová E., Rešovský J., Mišenda P., Mederiová T.: Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže SR

³² Gestorom projektu je PPZ

³³ Prieskum využívania voľného času mládeže, páchania trestnej činnosti mládežou, užívania legálnych a nelegálnych drog a príčinného vzťahu ich užívania rodičov a ich detí. Duchoň Miroslav, Mestská polícia Nitra 2005 <http://www.info.drogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&Page=WebPage&DocumentID=1860>

³⁴ Korbelová B.: Marihuana známa a neznáma. Správa pre GS VMDZKD, 2006

³⁵ Pozri aj Kap.3 Prevencia

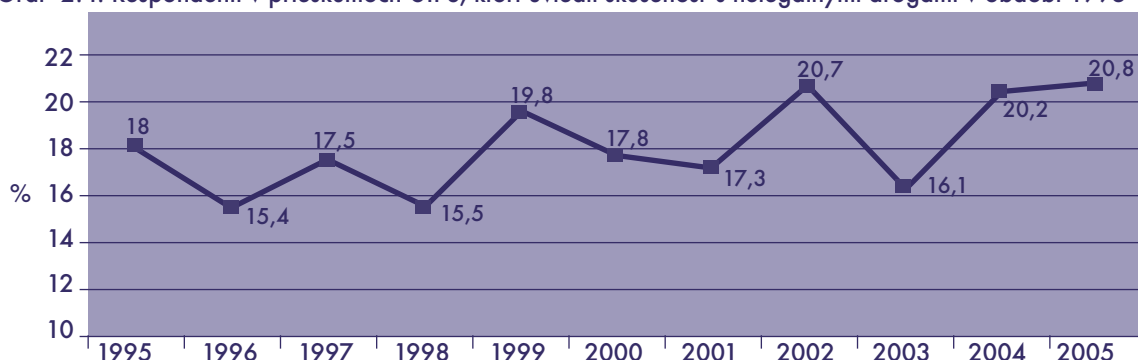
2. UŽÍVANIE DROG V POPULÁCIÍ

2.2.2 Prieskumy mládeže

Za rok 2005 sú k dispozícii údaje, ktoré zo sociologických prieskumov mládeže získava kontinuálne od r.1995 Ústav informácií a prognóz školstva (UIPŠ) v reprezentatívnej vzorke 15 - 26 ročnej mládeže Slovenska³⁶. Každý rok sa sledujú základné problémy fajčenie³⁷, konzumácia alkoholu a nelegálnych drog v inom kontexte.

V roku 2005 sa dotazníkového prieskumu (dotazník je administrovaný anketármi prevažne v domácnostiach) zúčastnilo 947 respondentov, z ktorých 196 (20,8%) uviedlo, že má skúsenosti s nelegálnymi drogami.

Graf 2.4: Respondenti v prieskumoch UIPŠ, ktorí uviedli skúsenosť s nelegálnymi drogami v období 1995 - 2005



Zdroj: UIPŠ, 2005

Niektoré ďalšie výsledky získané v r. 2005 a vývojové trendy v užívaní drog v tejto vekovej skupine:

- Najfrekvencovanejšou drogou, s ktorou mladí ľudia experimentujú pri získavaní svojich prvých skúseností je marihuana (92,7%), v omnoho nižšej miere sú užívané prchavé látky (2,1%), pervitín (1,6%), tabletky spolu s alkoholom a hašiš (zhodne po 1,0%), pričom opýtaní vo veľmi malej miere experimentujú aj s extázou, kokaínom a tabletkami (zhodne po 0,5%).
- Medzi najčastejšie užívané drogy patrí marihuana (49,7%), hašiš (7,5%), extáza (6,7%), prchavé látky (6,1%), tabletky spoločne s alkoholom (5,6%), tabletky (4,8%), pervitín (4,5%) a kokaín a magické huby (zhodne po 3,8%). Ostatné nelegálne drogy ako LSD (2,9%), heroín (1,1%) a crack (0,3%) sú u respondentov skúšané len ojedinelo, pričom 3,5% opýtaných nevie určiť druh drogy, ktorú užili.
- Respondenti, ktorí už vyskúšali drogy patria častejšie medzi fajčiarov resp. je u nich zaznamenaná vyššia konzumácia alkoholu. Rodičia týchto ľudí vo vyššom počte prípadov fajčia, obidvaja rodičia alebo aspoň jeden z nich, a konzumujú alkoholické nápoje vo výrazne vyššej miere než otcovia a matky mladých ľudí, ktorí skúsenosti s drogami nemajú.
- Na základe zistenej štatistickej významnosti je možné konštatovanie, že respondenti, ktorí majú skúsenosti s drogami pochádzajú častejšie z neúplných a doplnených rodín a vo vyššom počte uvádzajú, že v ich rodinách existujú zhoršené vzájomné vzťahy.
- Najčastejšie uvádzaný vek prvého experimentovania s drogou bol 16 rokov, pričom najnižší uvedený vek bol 12 rokov.
- Pri prvom experimentovaní s drogami získala viac ako polovica respondentov drogu od priateľa a 30,7% opýtaných ju ponúkol spolužiak - celkovo 90,1% mladým ľuďom zaobstaral drogu rovesník. Za celé sledované obdobie je zaznamenaný veľmi vysoký počet respondentov, ktorým poskytli drogy priatelia a spolužiaci. Muži častejšie získavajú drogu od spolužiaka, kolegu, súrodenca a dílera, zatiaľ čo ženám ju vo vyššej miere ponúknu priatelia alebo neznáma osoba. 46,3% mladých ľudí dostalo drogu zadarmo a viac ako tretina si ju kúpila, 3,7% opýtaných si drogu vypestovalo.
- Od roku 1996 mierne narastá počet respondentov, ktorých priatelia už vyskúšali nelegálne drogy. V r. 2005 malo 58,9% respondentov priateľov, ktorí už vyskúšali niektorú nelegálnu drogu (v roku 1996 to bolo 49%). Výsledky signalizujú pomerne veľkú dostupnosť drog pre mladých ľudí prostredníctvom ich priateľov, ktorí už drogy vyskúšali. V skupine respondentov, ktorí majú skúsenosti s drogami, má priateľov, ktorí tiež vyskúšali drogy až 94,8% opýtaných.

³⁶ vzorka reprezentuje 536 233 obyvateľov SR v tomto veku. Zdroj: ŠÚ SR - Stredný stav obyvateľstva k 1.7.2005

³⁷ V r. 2001 a 2003 sa fajčenie a konzumácia alkoholu sledovalo aj u žiakov základných škôl

Za miesta, kde môžu mladí ľudia drogu najľahšie kúpiť alebo zohnať, označili respondenti diskotéky a koncerty, zábavné podniky a herne, internáty a školy a verejné priestranstvá.

- Od roku 1996 je zaznamenaný zvýšený počet experimentujúcich mladých ľudí s každým uvedeným spôsobom užívania drog. V skupine drog, ktoré sa fajčia, je zaznamenaný stúpajúci trend, pričom u drog, ktoré sa aplikujú vnútrožilovo, vdychujú a prehltnú je zistený miernejší vzostup počtu užívateľov.
- Respondenti vo veľkej miere podceňujú nielen nebezpečenstvo drogovej závislosti, ale aj prenosu infekčných chorôb ako je AIDS alebo hepatitída. Za najčastejšie dôvody pre experimentovanie s drogami pokladajú respondenti snahu prispôbiť sa rovesníckej skupine, zvedavosť, nudu a únik z rodinného prostredia. So stúpajúcou frekvenciou užívania drog sa zároveň zvyšuje aj počet respondentov uvádzajúcich príjemné a veľmi príjemné pocity.

2.3 Užívanie drog v špecifických skupinách populácie

NMCD za rok 2005³⁸ nedisponuje žiadnymi údajmi o užívaní drog medzi brancami, resp. vojakmi základnej prezenčnej služby³⁹ v Armáde SR.

Mimovládne organizácie, ktoré pôsobia v oblasti harm reduction a aj pre osoby pôsobiace v sexbiznise, nesledujú, či tieto osoby sú zároveň aj užívateľmi drog. Prieskumy nie sú k dispozícii.

Osoby vo výkone trestu odňatia slobody deklarujú užívanie drogy pri nástupe do výkonu trestu dobrovoľne. V roku 2005 uviedlo užívanie drogy v civilnom živote 651 osôb, čo reprezentovalo 11,6 % z celkového počtu obvinených a odsúdených k 31. 12. 2005.

2.3.1 Rekreačné prostredie

V roku 2005⁴⁰ sa na podnet GS VMDZKD realizoval prieskum užívania drog (legálnych a nelegálnych) u účastníkov open-air podujatí Pohoda v Trenčíne, Hodokvas a tanečného podujatia Be Free. Z 268 respondentov, 85% (227) bolo vo veku 15 - 29 rokov, v tom 33 (12%) osôb do 18 rokov. Z údajov vyplynulo, že celoživotná prevalencia užívania legálnych drog (alkohol a tabak) stúpa plynulo s vekom. Podskupina < 18 r. mala najvyššie zastúpenie heroínu zo všetkých vekových skupín. Porovnanie s údajmi z populačných prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR (2004) v rovnakej vekovej skupine 15 - 29 ročných ukázal značné rozdiely medzi návštevníkmi hudobných podujatí a "bežnou" populáciou mládeže. Výrazný bol rozdiel medzi prevalenciou užívania marihuany za posledný mesiac, kým v populačnom prieskume deklarovali užitie marihuany za posledný mesiac 4% mládeže vo veku 15 - 29 rokov, v skupine 15 - 29 ročných návštevníkov hudobných podujatí (n=227) to bolo až 36%.

2.3.2 Rizikové skupiny

Chovanci v špeciálnych zariadeniach náhradnej výchovy - v reedukačných domovoch - (ďalej len "RDM" alebo "RDD") predstavujú rizikovú skupinu v niekoľkých aspektoch. Minimálne 70% chovancov bolo pred prijatím klientmi pedagogicko-psychologických poradní (ďalej len "PPP") a viac ako tretina klientmi centier výchovnej a psychologickéj prevencie (ďalej len "CVPP")⁴¹. Podľa údajov iného prieskumu⁴² bolo 39,3% chovancov v starostlivosti pedopsychiatra.

Podľa Pétiovej (2005)⁴³ možno hovoriť aj o kauzálnosti medzi nepriaznivým rodinným prostredím a neskorším zlyhaním mladých ľudí, čo malo za následok ich umiestnenie v prevýchovom zariadení.

³⁸ Posledný prieskum pozri: Bianchi G., Popper M., Lukšik I., Supekova M.: Interakcia sexuálnych a drogových rizík zdravia vojakov základnej vojenskej služby - Human Communication Studies Vol VI. Slovenská akadémia vied 2000

³⁹ Povinná základná vojenská služba bola zrušená v r. 2005. Od 1. 1. 2006 je v SR profesionálna armáda

⁴⁰ Podrobnejšie pozri v Správe 2005 s. 198 - 207

⁴¹ Hudečková, V.: Naše polepšovne v novom tisícročí. In: Prevencia 1/2006 s.89 - 90

⁴² Fehérová L., Mikulčíková K., Sotník, D.: Východiskové hľadiská diagnostiky mládeže s poruchami správania. In: Prevencia 1/2006, s.19-25

⁴³ Pétiová, M.: Názory a postoje mladých ľudí žijúcich v diagnostických centrách a v reedukačných domovoch pre mládež v SR ku konzumácii drog, UIPŠ 2005

2. UŽÍVANIE DROG V POPULÁCIÍ

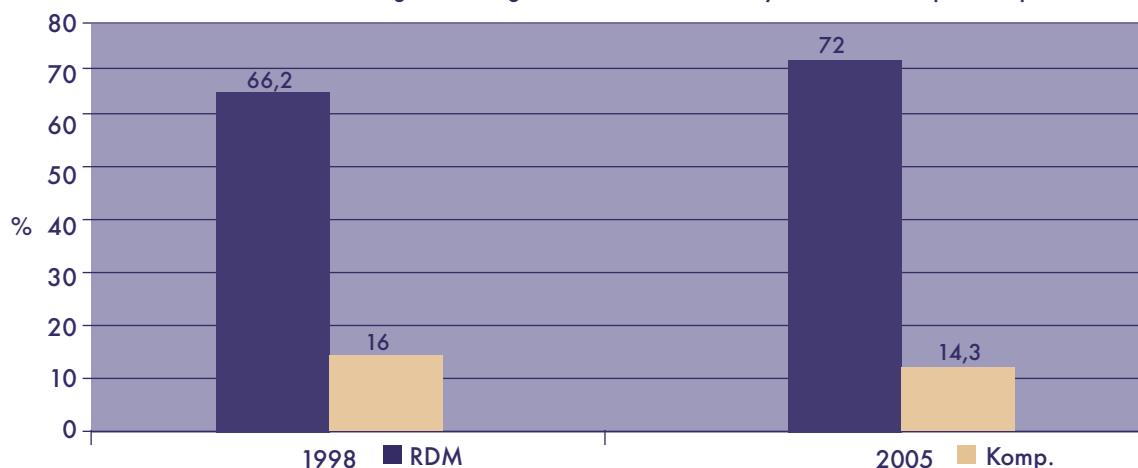
Tab. 2.2: Základné údaje o prieskumných skupinách a percento respondentov, ktorí deklarovali fajčenie a pitie alkoholu

Počet respondentov vo veku	1998		2005	
Reedukačné domovy 15-19 rokov n =	486		304	
Komparačná skupina 15-17 n =	486		223	
Fajčenie cigariet	Reedukačné domovy		Komparačný súbor	
	1998	2005	1998	2005
fajčí príležitostne	8,7	10,2	17,3	10,8
fajčí denne	82,7	72,7	18,4	12,6
nefajčí	8,6	17,1	64,3	76,6
Konzumovanie alkoholických nápojov	Reedukačné domovy		Komparačný súbor	
	1998	2005	1998	2005
pije často	26,2	31,6	8,1	5,4
pije príležitostne	60,1	60,2	55,1	53,8
nepije	13,7	8,2	36,8	40,8

Zdroj: Pétiová M., ÚIPŠ, 2005

V roku 2005 nepilo iba 8,2% a nefajčilo iba 17,1% chovancov RDM, v porovnaní so 76,6 % nefajčiacich a 40,8% nepijúcich mladých ľudí z komparačnej vzorky. Graf 2.5 ilustruje rozdiel medzi skúsenosťou s nelegálnou drogou, ktorá je u chovancov RDM v roku 2005 72% na rozdiel od respondentov komparačnej vzorky (14,3%).

Graf 2.5: Porovnanie skúsenosti s nelegálnou drogou v súbore "reedukačný domov" a komparačnej vzorky v r.1998 a 2005



Zdroj: Pétiová M., ÚIPŠ, 2005

Najnižší vek prvého kontaktu/experimentovania s drogou je v komparačnom súbore zaznamenaný v 12 rokoch, medzi chovancami v reedukačných zariadeniach sa vyskytol prvý kontakt už v 9 rokoch. Percentuálne najzastúpenejší bol v RDM v roku 1998 aj v r.2005 vek 14 rokov.

V komparačnom súbore sa v r.1998 najviac experimentovalo s drogami vo veku 16 rokov, o sedem rokov neskôr sa začína experimentovať o rok skôr, v 15-tich rokoch.

Pokiaľ ide o skúsenosti s jednotlivými nelegálnymi drogami, v oboch skupinách je síce na prvom mieste marihuana, avšak komparačný súbor vysoko vedie takmer dvojnásobnými hodnotami. V roku 1998 u chovancov RDM po marihuane nasledovali inhaláty, tabletky, heroín a LSD a pervitín.

V roku 2005 mladí z prevýchovných zariadení uviedli po marihuane, hašiš, inhaláty, tabletky s alkoholom, pervitín (užitie pervitínu uviedli v 9,2% oproti 4,7% v r.1998) a lieky (tab. 2.3).

Tab. 2.3: Užitie nelegálnych látok u chovancov RDM a v komparačnej vzorke

Užitie nelegálnej drogy	Reedukačné domovy		Komparačný súbor	
	1998	2005	1998	2005
prchavé látky	22,4	10,2	10,7	5,8
marihuana	35,4	25,1	68	59,6
pervitín	4,7	9,2	1	1,9
extáza	1	7,6	1	5,8
heroín	9,2	2,8	2,9	0
kokaín	3,9	2,6	1	5,8
LSD	5,1	4,2	1	0
tabletky	15,5	8,6	10,7	5,8
tabletky spolu s alkoholom	n/a	9,5	n/a	3,8
hašiš	2,8	10,7	3,9	3,8
crack	n/a	2,4	n/a	0
magické huby	n/a	6	n/a	1,9
nevie určiť druh drogy, ktorú užil/a	0,3	1,1	0	5,8

Zdroj: Pétiová M., ÚIPŠ, 2005

2.3.3 Rómska menšina

V SR je druhou⁴⁴ najpočetnejšou menšinou - oficiálne štatistiky hovorili v r. 2001 o 99 448⁴⁵ osobách, kvalifikované odhady sa pohybujú od 320 do 450 tis. obyvateľov. Táto komunita sa podľa správy ÚV SR⁴⁶ stretáva s najkomplexnejším balíkom problémov a zápasí s vlastnou kultúrnou identitou, rovnako ako so značnými sociálnymi problémami. Osobitne deti z tohto sociálne znevýhodneného prostredia majú problémy pri integrácii do inštitúcií majority - školy.

Prieskum rómskych detí v kontexte výchovy ku zdraviu (ako univerzálnej prevencie⁴⁷ aj vo vzťahu k problémom s návykovými látkami) bol realizovaný v priebehu školských rokov 2003/2004, 2004/2005 - v základných školách okresov Prešov, Vranov nad Topľou, Trebišov a Stará Ľubovňa. Do prieskumu bolo zahrnutých 1 012 rómskych žiakov 3. ročníka⁴⁸ základnej školy - bez diferenciacie podľa veku a pohlavia. Výber súboru bol realizovaný procedúrou náhodného výberu. Respondentom sa administroval dotazník - na posúdenie obtiažnosti a zrozumiteľnosti sa realizoval predvýskum. Zistenia sa doplnili pološtandardizovaným rozhovorom s učiteľmi. NMCD nemá k dispozícii kvantifikované údaje a autor⁴⁹ pri generalizácii zistení upozorňuje na obmedzenia. Kvalitatívne závery z tohto prieskumu žiakov 3. ročníka zo sociálne znevýhodneného prostredia v niektorých rómskych osadách poukázal na:

- - Tolerované pitie alkoholu, fajčenia, užívania prchavých látok (toluén), a to najmä u chlapcov skúmaného súboru, nevedomosť si škodlivosti alkoholu a tabaku - bežná súčasť života,
- - užívanie uvedených návykových látok už v mladšom školskom veku, v niektorých prípadoch predškolský vek (5 až 10 rokov),
- - pôsobenie rodiny - funguje ako negatívny identifikačný vzor aj vo vzťahu k návykovým látkam.

2.4 Postoje k užívaniu a užívateľom drog

V desaťročnom období sa podľa prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR výrazne nezmenil podiel dvoch základných postojov verejnosti, väčšinového, že užívatelia drog sú chorí ľudia (v priemere 63%) a menšinového, že ide o kriminálne živly (v priemere 39,6%). Mierny nárast je zaznamenaný v názore, že sú to "výstredné osoby, nespokojné s každodenným životom" (44% v r. 1994 a 56% v r. 2004).

⁴⁴ po maďarskej menšine

⁴⁵ <http://www.statistics.sk/webdata/slov/scitanie/namj.htm> - stiahnuté 26. 09. 2006

⁴⁶ http://www.government.gov.sk/aktuality_start.php?id_ele=6169&print_me=1, stiahnuté 16. 02. 2006

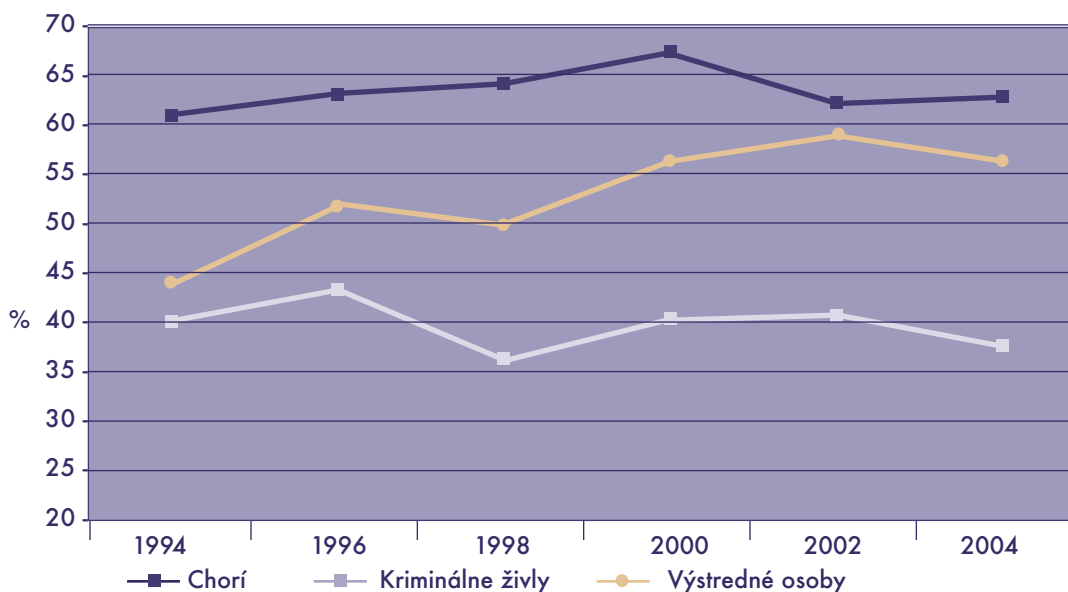
⁴⁷ Pozri kap. Prevencia

⁴⁸ V 3.ročníku základnej školy ide spravidla o 9 ročné deti

⁴⁹ prof. PaedDr. Jozef Liba, PhD, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove. Skúsenosti a frekvencia kontaktov rómskych žiakov s návykovými látkami, nepublikované

2. UŽÍVANIE DROG V POPULÁCIÍ

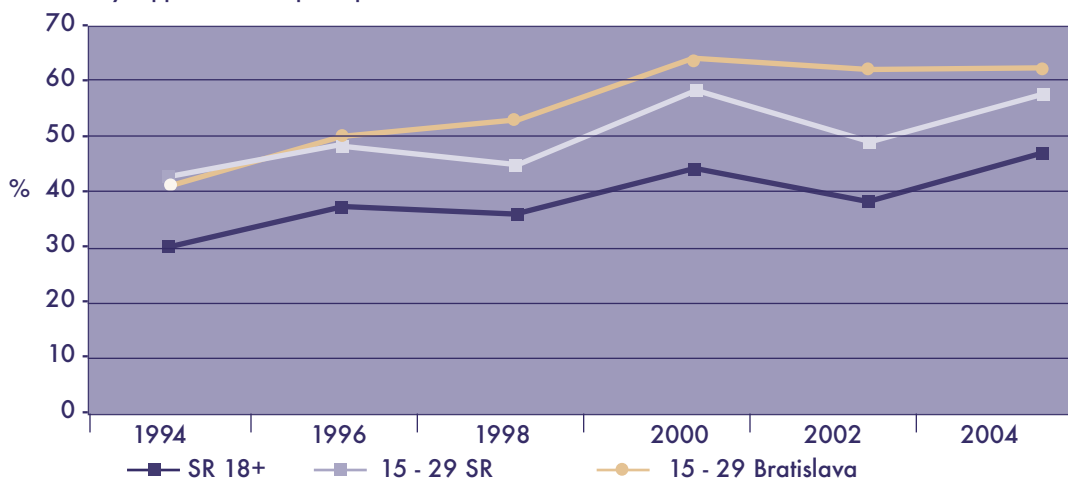
Graf 2.6: Trend vývoja v najčastejšie sa vyskytujúcich názoroch na drogovo závislých, vek. skupina 18+



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.49

Vo verejnosti sa zvýšil počet ľudí, ktorí deklarovali v prieskume súhlas s poskytovaním injekčných ihliel a striekačiek drogovo závislým zadarmo, (prípadne za minimálnu úhradu). Naopak, počet respondentov, ktorí sú proti poskytovaniu injekčných ihliel a striekačiek sa od roku 1994 znižuje (graf 2.7).

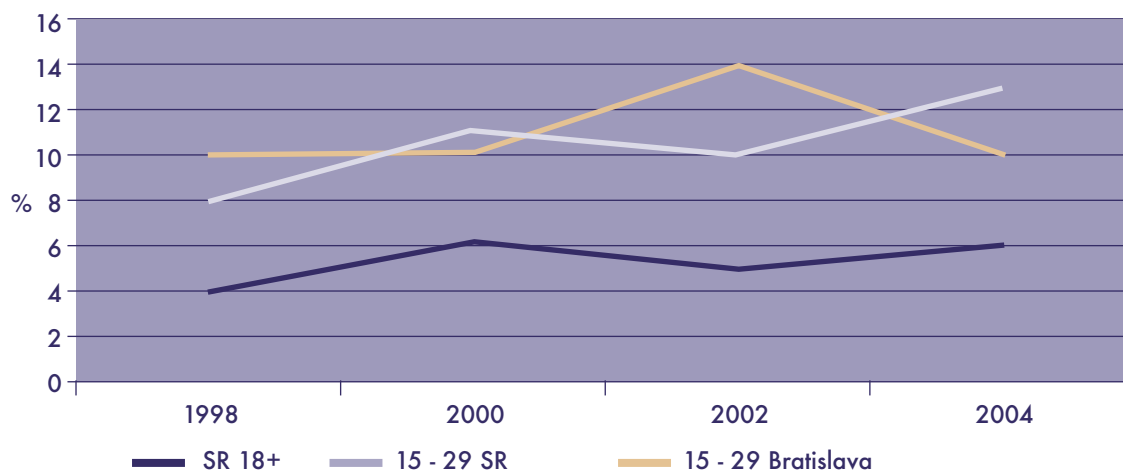
Graf 2.7 Vývoj pozitívneho postoja k "harm reduction" v %



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.59

V možnostiach, z ktorých si majú respondenti prieskumu ÚVVM pri ŠÚ SR vybrať v súvislosti s opatreniami, ktoré by bolo treba urobiť proti šíreniu drogovej závislosti, je obsiahnutá aj legalizácia "mäkkých" drog. Podiel tých, ktorí považujú legalizáciu "mäkkých" drog nie je síce vysoký - v roku 2004 to bolo 6% respondentov v súbore SR 18+, 13% v Súbore mládeže SR 15 - 29 a v Súbore mládeže Bratislavy 10%, ale od roku 1998 je tu mierny nárast prolegalizačného postoja (graf 2.8).

Graf 2.8: Vývoj počtu respondentov so súhlasným postojom k legalizácii "mäkkých" drog



Zdroj údajov: Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s.57

Za povolenie marihuany bez akýchkoľvek obmedzení sa v roku 2004⁵⁰ vyjadrilo 8% respondentov v súbore mládeže Bratislavy, 7% mladých v súbore mládeže SR a 3% súboru SR (18+). Ďalšími možnosťami v otázke boli: legalizácia marihuany s určitými obmedzeniami, legalizácia všetkých drog s určitými obmedzeniami, všetky drogy by mali byť zakázané, všetky drogy by mali byť povolené.

Aj podľa prieskumov UIPŠ je stále proti legalizácii "mäkkých" drog väčšina respondentov (51,4%), ale ich podiel od roku 1999 (58,2%) mierne poklesol v prospech tých, ktorí nevedeli k tejto závažnej otázke zaujať stanovisko (41,5%).

⁵⁰ Rozšírenosť užívania drog v SR, 2004, s. 61

3. Prevencia

Národný program boja proti drogám 2004 - 2008 v SR definuje prevenciu ako "aktivity zamerané na znižovanie dopytu po drogách"⁵¹ a v rámci redukcie dopytu jej prisudzuje kľúčovú úlohu. Cieľmi prevencie sú o.i. zníženie prevalencie užívania drog medzi mládežou do 18 rokov⁵², či zvýšenie vekovej hranice prvého kontaktu s drogou u detí a mládeže. Pre splnenie týchto cieľov je podľa NPBD potrebné:

- výchovno-vzdelávací proces zamerať na podporu kvality života, zdravý životný štýl a ochranu vlastného zdravia,
- výchovu vo voľnom čase zamerať na tvorivé využívanie voľného času ako výraznej preventívnej alternatívy voči drogám,
- preventívne programy orientovať na legálne a nelegálne drogy a zapojiť mládež do tvorby a realizácie preventívnych programov.

Podľa Vojtovej (2006)⁵³ cieľom preventívnych aktivít okrem uvedených môže byť aj:

- samotná prevencia užívania drog a drogovej závislosti,
- znižovanie problémov užívateľa drog v jeho sociálnom prostredí,
- aktivity sústredené na predchádzanie konfliktu so zákonom.

Národná stratégia definuje aj kľúčové rezorty pre realizáciu prevencie: rezort školstva, zdravotníctva, rezort práce, sociálnych vecí a rodiny. Dôležitú úlohu v prevencii zohráva aj rezort vnútra a kultúry. Stále viac kompetencií a výkonov v realizácii preventívnych aktivít sa presúva na regionálne štruktúry verejnej správy (územná štátna správa a samospráva) a občianske združenia. Pri financovaní protidrogových aktivít zohráva zásadnú úlohu Protidrogový fond (PF).

V súčasnosti nie je zavedená centrálna evidencia všetkých špecifických/nešpecifických⁵⁴ preventívnych programov/aktivít, realizovaných rôznymi subjektmi. Najprecíznejšia evidencia je zabezpečená prostredníctvom UIPŠ, ktorý vykonáva zber a analýzu údajov realizovaných preventívnych programov pre cieľovú skupinu školskej populácie a zabezpečuje aj spracovávanie a evidenciu projektov uchádzajúcich sa o dotáciu z PF.

K problémom NMCD pri získavaní údajov o preventívnych programoch/aktivitách prispieva o.i. terminológia a rozlišovanie úrovní prevencie na primárnu, sekundárnu a terciárnu⁵⁵, respektíve novšie používané pojmy - univerzálna, selektívna a indikovaná prevencia⁵⁶. V praxi je takáto striktná kategorizácia problematická, pretože existujú prieniky aj medzi "postupom" ochorenia, aj medzi cieľovými skupinami. Podľa niektorých odborníkov v prípade preventívnej práce s mládežou nemá delenie na primárnu a sekundárnu prevenciu veľký zmysel⁵⁷. Ohrozenie v skorom štádiu vývoja užívania sa nedá vždy rozpoznať a v oblasti škola a práca s mládežou nie je možné oddeliť (ešte) neohrozených a (už) ohrozených mladých užívateľov⁵⁸. Ako spoločný znak pre obe úrovne prevencie by malo byť budovanie kompetencií ako faktorov ochrany pred zdravím škodlivým užívaním drog.

Kategorizáciu preventívnych programov ovplyvňuje aj optika profesného, rezortného, či záujmového nazerať na základné smerovanie prevencie - ak v rezorte školstva pojem prevencia pokrýva takmer celú oblasť sociálnej patológie, rezort vnútra pod pojmom prevencia chápe prevenciu kriminality (sociálnej, situačnej a viktimizačnej).

⁵¹ Správa 2004, s.146

⁵² Konkrétnou prioritou - zakotvenou v AP rezortu školstva - je zlepšenie preventívnych opatrení a zefektívnenie realizácie preventívnych školských programov, s cieľom významne zvýšiť vek prvoužívateľov legálnych a nelegálnych drog a znížiť ich celkový počet.

⁵³ Vojtová Z.: Komplexný prístup k prevencii v SR - seminár v rámci twinningu 10. 05. 2006
<http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=238>

⁵⁴ Nešpecifická prevencia tvorí súčasť primárnej prevencie a má ochranný potenciál, pretože znižuje riziko vývoja akýchkoľvek nežiaducich foriem správania

⁵⁵ Medicínsky vnímaná prevencia podľa priebehu ochorenia

⁵⁶ Podľa cieľových skupín, resp. jednotlivcov

⁵⁷ Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten - FreD (Včasný zásah u prvoužívateľov drog), manuál, 2004, s.18

⁵⁸ Hallmann, H.-J. 2002: Primárna prevencia alebo sekundárna prevencia? Aktuálne posúdenie príliš neaktuálnych pojmov. Kammerer B., Kretschmar K., Rumrich R., 2002 (vydav.): Budúcnosť prevencie závislostí, Norimberg: vydavateľstvo emwe. In FreD www.infodrogy.sk

Projekty preventívnych programov/aktivít uchádzajúce sa o dotáciu z Protidrogového fondu sa kategorizujú do skupín Prevencia I. (školské projekty) a Prevencia II. (osveta, MVO, samospráva). Do osobitnej skupiny mediálnych projektov sa zaraďujú projekty s primárnym preventívnym cieľom, ktoré prostredníctvom médií komunikujú s rôznymi cieľovými skupinami.

Pre účely tejto správy s prihliadnutím na definície prevencie EMCDDA sú tu uvedené tie aktivity, ktoré spadajú do kategórie:

- "univerzálna prevencia" - v zmysle prevencie, adresovanej celej populácii, či už celoplošne (kampane, médiá), miestne (komunitné programy) alebo adresovanej určitej časti populácie (školská populácia). Aktivity oslovujú cieľovú skupinu posolstvom zameraným na prevenciu všeobecne alebo na oddialenie užívania alkoholu, tabaku a drog do neskoršieho veku,
- "selektívna prevencia" sa vzťahuje na preventívne aktivity určené skupinám populácie, ktoré sú vystavené vyššiemu riziku drogových závislostí. Riziko a rizikové skupiny možno definovať na rôznej úrovni viacerých faktorov, o ktorých je známe, že sú spojené so zneužívaním drog. Podrobnejšie sú v tejto správe spomenuté rizikové skupiny - chovanci reedukačných domovov vo veku 15 - 19 rokov (kapitola 2), deti zo sociálne znevýhodneného prostredia rómskych osád na Východnom Slovensku (kapitola 2), deti so syndrómom ADHD (kapitola 11),
- "indikovaná prevencia" pokrýva aktivity určené jednotlivcom, ktorí síce nespĺňajú medicínske diagnostické kritéria DSM-IV alebo MKCH 10, ale ktorí prejavujú znaky užívania návykových látok a zaciľuje sa na nich prostredníctvom špeciálnych intervencií. Termín indikovaná prevencia sa používa napr. v súvislosti s aktivitami vyvíjanými voči mládeži, ktorá už mala dočinenia so zákonom.

Dôraz kladený NPBD na voľno-časové aktivity ako pozitívnej alternatívy má na Slovensku svoje opodstatnenie - ekonomická transformácia od roku 1989 priniesla do fungujúcich systémov školskej a mimoškolskej výchovy detí a mládeže rad zmien, ktoré viedli k zníženiu dostupnosti športovania, kultúry a aktívneho spôsobu trávenia voľného času. Voľný čas pritom zohráva v živote dieťaťa významnú funkciu socializačnú, kompenzačnú (vyrovnávanie pracovnej a školskej záťaže), ako i preventívnu funkciu. Podľa údajov pre Druhú správu o plnení Dohovoru o právach dieťaťa v SR za obdobie 2001 - 2005⁵⁹ je aktívna záujmová činnosť u mladých ľudí zastúpená len príležitostne. V celoslovenskom priemere sa jej venuje často iba 15,7 % mládeže, 35,1 % ju realizuje príležitostne. Takmer polovica detí a mládeže sa záujmovej činnosti nevenuje vôbec.

3.1 Univerzálna prevencia

Okrem rezortu školstva, v rámci ktorého sa realizuje väčšina preventívnych aktivít/programov zameraných na školskú populáciu (viac popísané v časti 3.1.1) je podpora zdravia a výchova k zdraviu⁶⁰ univerzálnym posolstvom realizovaným v rezorte zdravotníctva. Koncepcia je formálne⁶¹ zakotvená v dokumente Národný program podpory zdravia a rámcovo pokrýva prevenciu voči všetkým psychoaktívnym látkam (napr. tvorba a podpora programov na redukcii poškodenia zdravia u vnútrožilových užívateľov drog). Podpora a ochrana zdravia je podporená legislatívnym rámcem a z neho vyplývajúcimi opatreniami (napr. zákaz fajčenia vo verejných budovách - vrátane škôl a školských zariadení ai., zákaz reklamy na cigarety, zákaz predaja alkoholu a cigariet osobám do 18 rokov a pod.) vrátane ekonomických⁶² - zvyšovanie spotrebných daní z liehu, alkoholu a cigariet.

Poradenské, osvetové a preventívne aktivity sa realizujú prostredníctvom úradov verejného zdravotníctva. Akciu nazvanú "Marihuana známa a neznáma"⁶³ pripravili pracovníci ÚVZ SR v Bratislave na niektorých bratislavských gymnáziách v r. 2005. Podľa údajov z januára 2006 takmer 200 študentom vo veku 16 - 17 rokov boli prezentované informácie o droge, dôsledkoch užívania a zneužívania marihuany, spojené s osobnou výpoveďou abstinujúceho mladého muža závislého na marihuane. Študentom je administrovaný

⁵⁹ Dohovor o právach dieťaťa v SR za obdobie 2001 - 2005. Druhá správa o uplatňovaní Dohovoru v SR, www.foreign.gov.sk, marec 2006

⁶⁰ Napr. v Nemecku je primárna prevencia o podpore zdravia (Salutogenese), podpore životných právomocí a kompetencií odporu a odolnosti (life skills)

⁶¹ uvedený program nie je plne funkčný a realizuje sa sporadicky v závislosti od finančných prostriedkov

⁶² Ochaba R.: Zákaz reklamy a zvyšovanie cien znižujú počet fajčiarov. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)38, 2003, s.117 - 120

⁶³ Korbelová B.: Marihuana známa a neznáma, február 2006, Správa pre GS VMDZKD

3. PREVENCIA

krátky dotazník, ktorý obsahuje základné orientačné otázky na vedomosti o droge, vnímané riziko a skutočné následky. Cieľom je zvýšiť vnímanie rizika zneužívania tejto drogy.

Poradenské služby pre dospelých klientov poskytuje 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva a ústredný Úrad verejného zdravotníctva SR v oblasti odvykania od fajčenia, sociálneho poradenstva pre rodiny alkoholikov, prevencie závislostí, vrátane porúch stravovania a hazardného hráčstva. ÚVZ SR v roku 2005 participoval na protifajčiarskej mediálnej kampani EÚ HELP, ktorú podľa prieskumu zaregistrovalo až 91% občanov Slovenska (vek 15+).

Do aktivít univerzálnej prevencie prispeli v roku 2005 edukačno-osvetovými prednáškami pre rôzne skupiny populácie - osobitne stredoškolskej populácie a mládež - odborníci zo špecializovaných zdravotníckych zariadení pre liečbu drogových závislostí resp. iní odborníci v oblasti závislostí. Spektrum mediálnych prezentácií medicínskych odborníkov v oblasti drogových závislostí bolo aj v roku 2005 vysoké. Podľa agentúry STORIN v priebehu r.2005 v monitorovaných celoplošných a lokálnych médiách bolo zaregistrovaných vyše 40 prezentácií v súvislosti s prevenciou.

Podľa hlavného odborníka MZ SR pre oblasť drogových závislostí Ľubomíra Okruhlicu⁶⁴ stojí primárna prevencia pred úlohou redukcie konzumácie marihuany, ale najmä pred úlohou redukcie včasnej iniciácie pitia alkoholu u mladistvých, ale aj detí.

3.1.1 Školské programy a programy orientované na deti a mládež

V oblasti vzdelávania a výchovy detí a mládeže je prevencia chápaná komplexne a ústrednou myšlienkou prevencie závislostí je podpora/ochrana zdravia a/alebo rozvoj a budovanie/posilňovanie životných zručností - "life skills". Najväčšia cieľová skupina univerzálnej a čiastočne selektívnej a indikovanej prevencie existuje v školskej populácii. Vo veku povinnej desaťročnej školskej dochádzky bolo v r. 2005 804 923 detí vo veku 6 - 16 rokov. Potenciál stredoškolskej populácie (17 - 19) tvoril 253 553 mladých ľudí.

Inštitucionálne zabezpečenie prevencie pre školskú populáciu

Drogová problematika je integrálnou súčasťou vzdelávacieho procesu na školách podporovaná formou doplnkových učebných textov⁶⁵. Na školách boli vytvorené funkcie koordinátorov prevencie drogových závislostí. V sieti školských zariadení existujú v každom okrese pedagogicko-psychologické poradne (PPP), v 48 prípadoch funguje popri PPP aj Centrum výchovnej a psychologickéj prevencie (CVPP) a 2 CVPP fungovali ako samostatné zariadenia⁶⁶.

Školské výchovné zariadenia sú zamerané aj na prevenciu porúch správania a na špecializovanú pomoc rizikovým deťom (selektívna prevencia).

PPP a CVPP sa podieľajú na realizácii preventívnych programov/aktivít v oblasti prevencie drogových závislostí, zamerané na prevenciu sociálno-patologických javov, problémové správanie žiakov základných škôl (ďalej len "ZŠ") a stredných škôl (ďalej len "SŠ"), poruchy učenia, realizujú výcviky pre peer aktivistov, tréningy pre učiteľov, poskytujú metodickú pomoc školským psychológom a výchovným poradcom.

CVPP, špeciálne výchovné zariadenie, v úzkej spolupráci s rodinou a prirodzeným sociálnym prostredím poskytuje špecifickú sociálnu, psychologickú a liečebno-výchovnú starostlivosť deťom ohrozeným sociálno-patologickými javmi, spravidla ambulantnou formou. Zúčastňuje sa na terénnej sociálnej práci a podieľa sa na výchovnom dohľade nad ohrozenými deťmi vrátane detí, u ktorých bola prerušená alebo zrušená nariadená ústavná výchova⁶⁷.

⁶⁴ Prevencia drogových závislostí - informačno-vzdelávací bulletin rezortu kultúry 2/2006 Bratislava ISSN 1336-9679, s.12

⁶⁵ (pre 1. st. ZŠ: Nenič svoje múdre telo (Raynerová), 2. st. ZŠ: Ako poznám sám seba (Kašparová, Houška, Uhereková), SŠ: Ako byť sám sebou (Zelina - Uhereková),

⁶⁶ Vzhľadom na úsporné opatrenia v rezorte školstva prišlo v roku 2005 k poklesu samostatných CVPP na 2 a k poklesu počtu odborných zamestnancov. Spájanie zariadení poradenských služieb poskytovaných PPP so zariadeniami výchovnej prevencie nemusí byť podľa odborníkov prínosom pre uplatňovanie princípu včasnej prevencie v rizikových skupinách žiakov a študentov.

⁶⁷ Slovíková M.: Čo prezentujú výsledky a údaje v školskom roku 2004/2005? Čistý deň 3, 2006, s.29

Tab. 3.1: Aktivity a účastníci v oblasti prevencie drogových závislostí v školskom roku 2004/2005

Aktivity a ich účastníci	PPP		CVPP	
	aktivity	účastníci	aktivity	účastníci
Skupinová činnosť s klientom	1 983	51 476	2 211	54 733
v				
výcvikové skupiny	905	19 509	818	18 243
tom				
prednášky, besedy	1 078	31 967	1 393	36 490
Služby pedagógom	443	1 845	444	1 477
v				
metodické konzultácie	397	1 034	396	674
tom				
kurzy, semináre	46	811	48	803
Vzdelávanie preventistov	72	1 172	234	3 705
Ostatné odborné činnosti	392	15 947	373	13 540
Preventívne programy	916	89 768	1 535	96 768
Spolu	3 806	160 208	4 797	170 223

Zdroj: UIPŠ, 2006

CVPP v školskom roku 2004/2005 v celoslovenskom meradle zrealizovali 1 535 preventívnych programov, z ktorých bolo viac ako tretina určených pre žiakov ZŠ, ďalej pre materské školy a rovesnícke skupiny. Pre rizikové skupiny (selektívna prevencia) bolo určených 188 programov. Hodnotených bolo 36,81% programov.

Tab. 3.2: Počet preventívnych programov CVPP

Preventívne programy	typ preventívneho programu pre							
	spolu	MŠ	ZŠ	Peer -programy	rizikové skupiny	SŠ aktivity	voľnoč. besedy	Prednášky
	1 535	290	584	234	188	97	125	17
%	100	18,89	38,05	15,24	12,25	6,32	8,14	1,04
v tom podľa cieľovej skupiny								
- predškôláci	287	287	-	-	-	-	-	-
- žiaci ZŠ	978	-	564	169	184	1	56	4
- žiaci SOŠ, SOU, gymnázií	164	-	7	62	1	90	-	4
- žiaci špeciálnych ZŠ	1	-	1	-	-	-	-	-
- rodičia	72	-	1	-	1	-	69	1
- učitelia (koord., vých. por.)	23	2	5	2	-	6	-	8
v tom trvanie								
- krátkodobý	564	47	390	19	38	38	25	7
- strednodobý	141	3	63	53	7	12	-	3
- dlhodobý	830	240	131	162	143	47	100	7
Počet hodnotených programov	565	247	122	32	40	26	95	3

Zdroj: UIPŠ, 2006

3.1.1.1 Program "Zdravá škola"

V spolupráci s Ministerstvom školstva SR (ďalej len "MŠ SR") realizuje rezort zdravotníctva preventívne aktivity so zameraním na deti a mládež. Najdlhšie⁶⁸ uplatňovaný školský program tohto typu je "Zdravá škola" Svetovej zdravotníckej organizácie. Tento zdravotno-výchovný program má dve úrovne - budovanie všeobecne pozitívneho postoja k podpore zdravia a ochota učiť sa o otázkach zdravia⁶⁹. Prioritou projektu je zabezpečenie osobnostného rozvoja a psychického zdravia detí s využitím koncepcie duševného zdravia.

V SR je vytvorená "Národná sieť škôl podporujúcich zdravie" s vyše 2000 subjektmi - počínajúc materskými školami⁷⁰. Analýza VÚDPaP v roku 2005 ukázala, že žiaci škôl, v ktorých je realizovaný program, mali signifikantne vyšší záujem o témy v oblasti zdravia v porovnaní so žiakmi bez projektu⁷¹.

⁶⁸ Od roku 1992 je súčasťou "Národného programu podpory zdravia".

⁶⁹ Hroncová J. a kol., Sociálna patológia, Banská Bystrica, 2004, s.70.

⁷⁰ Földes T., Slovíková M.: Vyhodnotenie zapojenia škôl do Národnej siete škôl podporujúcich zdravie, december 2004, Bratislava, UIPŠ

⁷¹ Vojtová Z., Kopasová D.: Školy podporujúce zdravie - koordinácia a evalvácia In. Výročná správa VÚDPaP za rok 2005, www.minedu.sk.

3. PREVENCIA

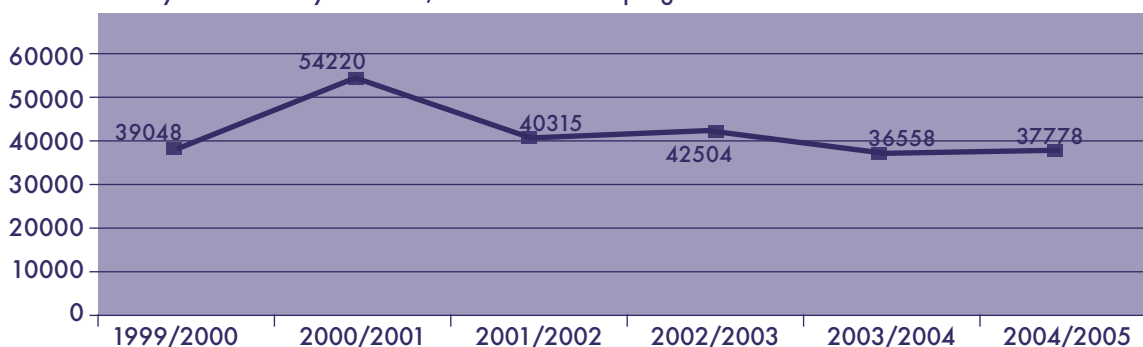
Zdravie v školách

V roku 2005 MŠ SR po prvýkrát vyhlásilo a realizovalo rozvojový projekt pod názvom "Zdravie v školách"⁷². Tematické okruhy boli vybrané v oblastiach: výchovy ku zdraviu, zdravého životného štýlu, prevencie civilizačných ochorení, ochrany a podpory fyzického aj duševného zdravia, zlepšenia zdravia detí a mládeže, prevencie užívania návykových látok, vzdelávania pedagogických a nepedagogických zamestnancov rezortu školstva a podpory zdravia učiteľov⁷³. V roku 2005 bolo zo 130 zaslaných projektov sekciou regionálneho školstva MŠ SR podporených 34 projektov, ktoré realizovali základné, stredné a špeciálne školy⁷⁴.

3.1.1.2 Cesta k emocionálnej zrelosti

Školský program posilnenia kompetencií Cesta k emocionálnej zrelosti (ďalej len "Cesta") Štefana Matulu sa po šiestich rokoch⁷⁵ stal stabilnou súčasťou výchovno-vzdelávacieho procesu na druhom stupni ZŠ, resp. prvom stupni osemročných gymnázií. Tento skupinový program je určený pre vekovú skupinu 12 - 15 ročných žiakov a realizuje sa zväčša v rámci etickej výchovy, v alternácii s náboženskou výchovou. Program realizujú odborne pripravení pedagógovia. Prostredníctvom tréningu a modelových situácií sa u detí rozvíja emocionálna zrelosť aj voči takým konzumentským ponukám ako je alkohol, fajčenie a užívanie drog. V školskom roku 2004/2005 sa program realizoval v 75 okresoch. Program absolvovalo spolu 37 778 (14,3%) detí ZŠ a SŠ.⁷⁶

Graf 3.1: Počty 12 - 15 ročných žiakov, ktorí absolvovali program Cesta



Zdroj: UIPŠ, 2005

3.1.1.3 V roku 2005 sa novelizoval počítačový preventívny program Barbary Thomasovej, ktorý sa využíva v SR od r. 1995 ako školský protidrogový program pre stredoškolákov. K 6 modulom (alkohol, tabak, marihuana a iné psychotropné látky, drogy ulice a kokaín), pribudol modul testovania nadobudnutých poznatkov o drogách, čo znamená možnosť hodnotenia efektivity programu. Pre zavádzanie programu na školách sa v roku 2005 vyrobilo niekoľko sto CD nosičov.

3.1.1.4 Správaj sa normálne

V rámci prevencie kriminality sa siedmy rok pod gesciou Prezídia policajného zboru (ďalej len "PPZ") rezortu MV SR⁷⁷ realizuje preventívny program na ZŠ "Správaj sa normálne". Projekt je určený pre žiakov 5. ročníkov (vek 10 - 11 rokov). Uniformovaný policajt prezentuje deťom 10 tém, vrátane témy alkoholovej a drogovej závislosti. V školskom roku 2004/2005 bolo do projektu zapojených 257 ZŠ a 260 policajtov, aktuálne (šk. rok 2005/2006) sa projekt realizuje vo všetkých ôsmich regiónoch Slovenska a zvýšil sa počet školiteľov (269 štátnych a 39 mestských policajtov).

3.1.1.5 Vieme že...!

V školskom roku 2004/2005 a 2005/2006 sa pre 7. ročníky (12 - 13 rokov) realizuje projekt "Vieme, že ...!".

⁷² Aj tento grantový systém sleduje ÚIPŠ

⁷³ Materiál na zasadnutie VMDZKD marec 2006, www.infodrogy.sk

⁷⁴ Tomková E.: Pripomienky MŠ SR k NS 2006, 30. 11. 2006

⁷⁵ Počas šesťročného obdobia realizácie bol preventívny program Cesta k emocionálnej zrelosti aplikovaný v 14 885 triedach a celkovo ho absolvovalo 251 111 žiakov.

⁷⁶ Slovíková M., UIPŠ, 2006

⁷⁷ Materiál na zasadnutie VMDZKD, marec 2006

Pôvodne ide o preventívny projekt holandského policajného inštitútu modifikovaný⁷⁸ pre potreby v SR. 12 lekcí sa venuje problémom v správaní detí a mládeže, rasizmu, xenofóbi, multikultúrnej výchove, protidrogovej výchove, závislostiam od drog a iných návykových látok, protikriminálnemu správaniu. Cieľom projektu je zvýšiť zodpovednosť žiakov za svoje správanie a zlepšiť efektivitu prevencie sociálno-patologických javov na miestnej úrovni. Ide o jeden z mála projektov, ktorého účinnosť sa hodnotí (vstupné⁷⁹ a výstupné testy absolventov programu). V regionálnom projekte bolo v šk. roku 2005/2006 zapojených 35 škôl a 902 žiakov z Nitrianskeho regiónu.

3.1.2 Mimoškolské programy a voľnočasové aktivity

Cieľom výchovy vo voľnom čase je rozvoj osobnosti detí a mládeže, ako aj prevencia pred možnými negatívnymi vplyvmi prostredia v spolupráci s rodinou, na základe individuálnych psychických a fyzických osobitostí. Výchovno-vzdelávacími zariadeniami sú predškolské zariadenia, školské kluby detí, centrá voľného času, školské strediská záujmovej činnosti, domovy mládeže a školy v prírode.

V oblasti výchovy vo voľnom čase pôsobí v SR 219 zariadení voľného času, 145 tvoria Centrá voľného času (ďalej len "CVČ") a 74 školské strediská záujmovej činnosti (ďalej len "ŠSZČ")⁸⁰.

V roku 2005 bolo v rámci pravidelnej činnosti CVČ a ŠSZČ evidovaných 7 354 krúžkov, s počtom členov 102 268, čo predstavuje nárast oproti minulému školskému roku o 19 285 členov (+23,2%), nárast možno pripísať aj v prospech vzdelávacích poukazov. Z celkového počtu členov bolo 80,7% detí do 15 rokov, čo predstavuje približne 12,5% populácie vo veku do 15 rokov. Činnosť CVČ je celoročná a pozostáva okrem pravidelnej, aj z nepravidelnej záujmovej činnosti a prázdninových aktivít.

Aj zariadenia rezortu kultúry - regionálne a lokálne osvetové centrá a knižnice sú priestorom, kde sa dá užitočne a tvorivo využívať voľný čas, ale aj priestorom na relevantné formy sociálnej prevencie. V rámci primárnej prevencie drogových závislostí organizujú podujatia a aktivity, ktorých cieľom je nielen poskytnúť poznatky z tejto oblasti, ale aj vplyvať na žiaducu zmenu vo vzťahu k ich postojom k problematike drog a závislostí, hodnotám v smere prosociálneho správania⁸¹. Kľúčovým projektom rezortu kultúry je pôvodný celoslovenský projekt zameraný na redukciiu požiadavky mládeže po drogách. Projekt je založený na myšlienke vyjadrenia pocitov detí a mládeže prostredníctvom výtvarnej súťaže "Prečo som na svete rád⁸²" a následných putovných výstav projektu. Autori vo veku od 14 - 18 rokov - jednotlivci alebo kolektívy z umeleckých škôl, detských domovov, diagnostických centier a špeciálnych škôl môžu maľbou, kresbou, kolážou alebo grafikou vyjadriť svoj postoj k drogám a iným zdravotne škodlivým závislostiam. V roku 2005 sa pod patronátom NR SR realizoval jedenásty⁸³ ročník, ktorý bol z hľadiska projektu výnimočný. Tridsať vybraných prác slovenských a zahraničných autorov bolo prezentovaných na pôde OSN v Ženeve. Motívy víťazných diel sa každoročne používajú ako predloha pri výrobe tričiek, šiltoviek, plagátov, kalendárov, pohľadníc, puzzle a iných artefaktov, ktoré slúžia realizátorom projektu ako ocenenia pre najlepších súťažiacich a následne v putovnej výstave.

Súťaž Plagát roka 2006 s protidrogovou tematikou - realizovaný počítačovou grafikou - zorganizoval Nitriansky samosprávny kraj pre študentov stredných škôl v pôsobnosti kraja. GS VMDZKD ad hoc ocenil mladých autorov štyroch vybraných návrhov, ktoré používal pri propagácii aktivít v rámci Svetového dňa proti zneužívaniu drog a ilegálnemu obchodovaniu a novembrového Týždňa boja proti drogám.

Na voľnočasových aktivitách komunitnej úrovne participujú aj nízkoprahové centrá, v roku 2005 ich bolo 15, určených pre deti a mládež, ktoré sa nezapájajú do organizovanej formy voľného času, napr. Komunitné centrum Kopčany v bratislavskej Petržalke, prevádzkované OZ Odysseus alebo Mix klub - nízkoprahové zariadenie pre deti a mládež prevádzkované Detským fondom SR.

⁷⁸ Zelina M., Lenárt M.: Vieme, že ... Doplnkový, učebný a tréningový text pre žiakov, metodická príručka pre lektorov, Bratislava 2004. Spracovanie vstupných a výstupných testov absolventov programu realizuje UIPŠ

⁷⁹ Pozri kap.2

⁸⁰ Analýza činnosti CVČ a ŠSZČ podľa stavu k 1. 11. 2005, ÚIPŠ

⁸¹ Romanovská V.: Prevencia drogových závislostí v aktivitách mimoškolskej výchovy a vzdelávania v Pohronskom osvetovom stredisku, Sociálna prevencia, 2/2006, ISSN 1336-9679, s. 29

⁸² www.nocka.sk

⁸³ V 11 ročníkoch sa vo finálových kolách zúčastnilo vyše 10 400 chlapcov a dievčat. Projekt v priebehu svojho trvania zaujal aj zahraničie a do súťaže sa zapojili mladí z Fínska, Talianska, Nórska a Uzbekistanu.

3. PREVENCIA

3.2 Selektívna/indikovaná prevencia

Vo vzťahu k cieľovým rizikovým skupinám okrem výraznej úlohy školských zariadení (časť 3.1.1) nadobúdajú na význame inštitúcie a inštitúty prepojené s rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny. V priebehu roka 2005 sa však samostatné Centrá poradensko-psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu (ďalej len "CPPS") transformovali a od 1. septembra 2005 sa odborná pomoc deťom, plnoletým a ich rodinám v oblasti drogových a iných závislostí systémom poradensko-psychologických služieb poskytuje na samostatných referátoch v oddeleniach/odboroch sociálno-právnej ochrany úradov PSVaR pôsobiacich vo všetkých 79 okresoch SR. Predtým CPPS vyvíjali činnosť jednak v oblasti univerzálnej prevencie (napr. peer programy pre stredoškolskú mládež), ale hlavne pôsobili v prevencii a resocializácii v ohrozených/rizikových skupinách⁸⁴, vrátane rodín so závislým členom.

V roku 2005 CPPS a jeho územné pracoviská a následne ÚPSVaR realizovali najmä tieto preventívne výchovno-vzdelávacie a poradenské programy:

- projekt "Rizikové prostredie a sociálne skupiny z aspektu drogových a iných závislostí v preventívnych aktivitách CPPS v roku 2005",
- realizácia preventívneho programu "Povedz to priamo"⁸⁵ v jednotlivých regiónoch (v Bratislave, Dunajskej Strede, Veľkom Mederi, Trnave a Košiciach),
- pokračovanie dlhodobého výcviku v práci s rodinou s problémom závislosti - rodinná terapia podľa modelu V. Satirovej - posilňovanie psycho-sociálnej imunity manželstva a rodiny, peer-program pre stredoškolskú mládež (Rimavská Sobota, Veľký Kríš, Senica, Dunajská Streda, Nové Zámky).

Niektoré harm reduction aktivity sú doménou občianskych združení, ktoré poskytujú terénne sociálne služby (kapitola 7), resp. vstupujú do prirodzeného prostredia osôb, ktoré síce pomoc potrebujú, ale ju samé nevyhľadávajú. OZ Odyseus v rámci svojho nízkoprahového Komunitného centra na bratislavskom sídlisku Petržalka poskytlo aj v roku 2005 služby vo forme príležitostí na trávenie voľného času, ale aj doučovanie 120 deťom⁸⁶ a mladým ľuďom vo veku od 6 - 20 rokov, žijúcich v sociálne a kultúrne málo podnetnom prostredí, okrajovej štvrte, kde boli vysťahovaní "neplatiči" z nájomných domov. Ďalšie K-centrum od júna 2005 prevádzkuje na tomto najväčšom slovenskom sídlisku aj OZ Prima, ktoré za toto obdobie poskytlo relevantné služby nízkoprahového zariadenia 75 klientom.

3.2.1 Rizikové prostredia

Rekreačné prostredie

V oblasti znižovania rizík spojených s užívaním drog v prostredí letných hudobných festivalov od roku 2001 pôsobí OZ Odyseus⁸⁷. Cieľom projektu Sex a drogy je prevencia rizík a znižovanie poškodení súvisiacich s užívaním drogy a sexuálnym správaním mladých ľudí. OZ Odyseus pôsobí na najväčšom⁸⁸ hudobnom podujatí na Slovensku, Pohoda v Trenčíne⁸⁹ a v roku 2005 aj na podujatí Hodokvas v Pezinku. Poskytuje poradenstvo o drogách a užívaní drog, kontakty na pomáhajúce inštitúcie a zdroje informácií, distribuuje info-edukačné materiály. V roku 2005 infostánky OZ Odyseus navštívilo 1 705 mladých účastníkov, 622 osobám poskytli konzultácie o drogách, bezpečnejšom sexe, HIV/AIDS a službu testovania na protilátky syfilisu využilo 64 účastníkov⁹⁰. Pre injekčných užívateľov zabezpečuje výmenný program a možnosť bezpečnej likvidácie injekčných pomôcok.

Odborným medicínskym vkladom prispieva k prevencii v rekreačných prostrediach Centrum pre liečbu drogových závislostí - Inštitút drogových závislostí Bratislava.

V roku 2006⁹¹ NMCD iniciovalo prieskum užívania drog v inom type prostredia - v "komornejších" kluboch

⁸⁴ Selektívna prevencia: - ohrozené a rizikové skupiny - deti v detských domovoch, mentálne postihnuté deti, poradenská a terapeutická práca s problémom závislosti a tzv. spoluzávislosti v rodine, Indikovaná prevencia: (ambulantná resocializácia); v DeD špecializované samostatné skupiny pre deti drogovovo závislé po skončení liečby

⁸⁵ Program "Povedz to priamo" je akreditovaný MŠ SR

⁸⁶ Keď pragmatizmus pôsobí kontroverzne. Informačná brožúra OZ Odyseus Bratislava, 2006, s. 11

⁸⁷ <http://www.odyseus.sk>

⁸⁸ v roku 2005 ho navštívilo 50.000 účastníkov

⁸⁹ info o festivale na <http://www.pohodafestival.sk> vrátane relevantných informácií OZ Odyseus

⁹⁰ Keď pragmatizmus pôsobí kontroverzne. Informačná brožúra OZ Odyseus, Bratislava 2006, s. 11

⁹¹ Výsledky prieskumu budú zverejnené v Správe 2007

a diskotékach. Cieľom prieskumu, ktorý realizovali sociálni terénni pracovníci OZ Prima, je o.i. zistiť potrebu preventívnych zásahov v kontexte bezpečnejšieho nightlife v týchto prostrediach. 72 % z 300 účastníkov prieskumu uviedlo, že bolo už svedkami negatívnych následkov užívania drogy, napriek tomu takmer 12% je ochotných vyskúšať akúkoľvek novú drogu.

Prostredie armády

Prostredie armády sa pokladá za rizikové prostredie s ohľadom na špecifické a kultúrne podmienky, aké predstavuje táto služba. Rezort obrany v roku 2005 pokračoval naďalej v preventívnych aktivitách prostredníctvom multiplikátorov/preventistov, ktorí vykonávali osvetu zameranú na boj proti drogám, ale aj alkoholu a rizikovému sexuálnemu správaniu. Vo vzťahu k návykovým látkam - ilegálnym - boli už v roku 2002 prijaté osobitné opatrenia, ktoré mali a majú preventívny, ale aj represívny charakter⁹². Podľa rozkazu č.1/2002 náčelníka Generálneho štábu Ozbrojených síl SR o plnení NPBD v rezorte obrany bola drogová závislosť "kontraindikáciou" výkonu povinnej prezenčnej služby, ale aj iného pracovného zaradenia v rámci rezortu obrany. V prípade zistenia drogovej závislosti nasleduje liečba a uvoľnenie zo služobného pomeru⁹³. Od 1. januára 2006 existuje v SR profesionálna armáda, problematika legálnych drog - najmä alkoholu a nelegálnych drog sa posunula do úrovne regulácie užívania psychoaktívnych látok počas pracovnej doby a na pracovisku.

Osoby pracujúce v sex-biznise

Klub Podchod (OZ Odysseus) je ojedinelý projekt na území SR, ako jediný⁹⁴ sa v tejto forme venuje otázke prevencie v sex-biznise. Je zameraný na ženy a mužov poskytujúcich sexuálne služby. Je otvorený 2x týždenne vo večerných hodinách, k dispozícii je jednoduché občerstvenie a hlavne priestor pre výmenu informácií. V roku 2005 poskytol relevantné služby 133 osobám.

Iné intervencie

Správy⁹⁵ zo šiestich centier pre liečbu drogových závislostí (ďalej len "CPLDZ") informujú o sociálnej prevencii napr. depistáž "detí z ulice" a ich príprava na povolanie, vydávanie časopisu Nezávislosť, poradenstvo a terapia pre rodičov, rodinných príslušníkov pacientov s drogovou závislosťou, prednášky pre špecifické skupiny rómskej mládeže, prednáškový blok pre baníkov na tému "Závislosť od alkoholu", "Patologické hranie". Za prevenciu recidív sa považuje zlepšenie spolupráce s rodinou alebo zaradenia denného stacionára do prevádzky.

CPLDZ v Bratislave prostredníctvom svojej internetovej stránky www.drogy.sk ponúka individuálne poradenstvo aj v oblasti sociálnej prevencie.

3.2.2 Rizikové skupiny

Informácie o jednotlivých preventívnych programoch/aktivitách pre rizikové skupiny, osobitne detí a mládeže, sú dostupné v odborných periodikách Prevencia⁹⁶ Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Stručné anotácie o projektoch možno nájsť v zozname⁹⁷ projektov financovaných z PF, pridelené prostriedky v roku 2005 pre rizikové a ohrozené skupiny predstavovali 56% z vyše 48 miliónov Sk (cca 1 244 tis. €⁹⁸)

Podľa informácii ÚIPŠ stúpa počet detí s osobnostnými a emocionálnymi problémami vrátane detí trpiacich neurózami, psychosomatickými chorobami, ohrozených sociálnou patológiou (9,3%)⁹⁹ a vývinovými poruchami učenia, ale i detí zo sociálne znevýhodneného prostredia ohrozených chudobou (30%)¹⁰⁰. V školách narastajú vážne vzťahové problémy a konflikty, a to nielen v komunikácii žiakov medzi sebou navzájom, ale aj vo vzťahu

⁹² "Preventívno-bezpečnostné akcie zamerané na požívanie alkoholu a iných návykových látok"

⁹³ Zdroj: MO SR, PhDr. Mária Gašparová, Štáb personálneho manažmentu, február 2006, ústna informácia

⁹⁴ Keď pragmatizmus pôsobí kontroverzne. Informačná brožúra OZ Odysseus, Bratislava 2006, s.10

⁹⁵ Materiál na zasadnutie VMDZKD - marec 2006

⁹⁶ bulletin zameraný na prevenciu sociálno - patologických javov v rezorte školstva

⁹⁷ <http://www.protidrogovyfond.sk>.

⁹⁸ Priemerný kurz € za rok 2005 = 38,59,- Sk, www.nbs.sk

⁹⁹ Depistáž detí s problémovým správaním - VÚDPaP, 2005

¹⁰⁰ Národná správa o politike mládeže v SR pre Radu Európy - MŠ SR, 2005

3. PREVENCIA

k rodičom a k učiteľom. Deti a mládež sú tiež často vystavení neúmernej záťaži a krízovým situáciám. Poradenské služby už v minulosti vykazovali približne u 10% populácie potrebnosť svojich služieb a v súčasnosti sa toto číslo pohybuje nad 20%¹⁰¹.

Záškoláctvo

Záškoláctvo a problémové správanie patrí do skupiny sociálno-patologických javov, ktoré sú v mnohých prípadoch predpokladom experimentovania s drogami, resp. k delikvencii. Vzhľadom na súčasný nepriaznivý vývoj výskytu záškoláctva a podielu žiakov so zníženou známku zo správania (tab. 3.3), resp. dôvodu príchodu klientov do CVPP a PPP, možno aj tieto skupiny žiakov a študentov zaradiť medzi rizikové.

Tab. 3.3: Záškoláctvo a problémové správanie na ZŠ a SŠ v školskom roku 2004/2005

školský rok 2004/2005		Záškoláctvo	Problémové správanie	
		počet neospravedlnených hodín na žiaka	žiaci so zníženou známku	% z celkového počtu
Základné školy	I. stupeň	2,7	2 530	1,1
	II. stupeň	4,7	13 573	4,2
	spolu	3,8	16 103	2,9
Stredné školy	Gymnázia	0,48	1 115	1,1
	SOŠ	1,39	2 684	3,5
	Konzervatóriá	2,11	109	6,2
	SOU	10,69	10 268	14,6
	ZŠŠ	5,59	5 739	9,2

Zdroj: Slovíková M., UIPŠ, 2006

Klienti, resp. chovanci špeciálnych zariadení rezortu školstva

V školskom roku 2004/2005 bolo klientmi CVPP z dôvodu sociálno-patologických javov 19% (z celkového počtu 12 141) a necelé 1% z celkového počtu 72 574 klientov PPP.

K 31. októbru 2005 pôsobilo na území SR 30 špeciálnych výchovných zariadení, okrem PPP a CVPP. Patrilo sem 6 liečebno-výchovných sanatórií, 3 diagnostické centrá pre deti a 2 pre mládež, 8 reedukačných detských domovov, 9 reedukačných domovov pre mládež a 2 reedukačné domovy pre matky s deťmi. V týchto zariadeniach bolo evidovaných celkom 1 322 chovancov, z toho 27,8% dievčat. Deti do 15 rokov v uvedených zariadeniach tvorili 40,32% (533).

Tab. 3.4: Počet klientov v špeciálnych výchovných zariadeniach k 31. 10. 2005

	počet zariadení	predškolský vek	vo veku povinnej školskej dochádzky (6 - 16)			po skončení PŠD		Spolu počet
		celkom	celkom	z toho dievčatá	do 15 rokov	celkom	z toho ženy	
RDD	8	-	302	69	209	-	-	302
RDM	9	-	-	-	-	481	180	481
Liečebno-výchovné sanatórium	6	7	232	25	220	20	-	259
DC pre deti	3	44	127	38	104	-	-	171
DC pre mládež	2	-	-	-	-	58	30	58
RD pre matky s deťmi	2	25	-	-	-	26	26	51
Spolu	30	76	661	132	533	585	236	1 322

DC - diagnostické centrum, RD - reedukačný domov

Zdroj: Slovíková M., UIPŠ, 2006

¹⁰¹ Z výkazov ÚIPŠ o činnosti pedagogicko-psychologickej poradne

Prieskum UIPŠ "Názory a postoje mladých ľudí žijúcich v diagnostických centrách a v RDM v SR ku konzumácii drog"¹⁰² (v kapitole 2) a mnohé iné zdroje potvrdzujú, že ide o rizikové skupiny z hľadiska užívania, zneužívania drog a drogovej závislosti, ako aj potencionálneho sociálneho zlyhania v budúcnosti.

Ústavná starostlivosť v rezorte MPSVaR

Podľa údajov UPSVaR¹⁰³ bolo v roku 2005 v ústavnej starostlivosti 5 467 chovancov, z toho 4 054 detí do 15 rokov. V 273 prípadoch bola dôvodom umiestnenia dieťaťa do detského domova závislosť rodičov od návykových látok. Závislosť od návykových látok samotných chovancov bola dôvodom ústavnej výchovy 36 krát, v čom je aj 15 nových prípadov v priebehu roku 2005.

Deti a mládež s ADHD/ADD¹⁰⁴

Endogénne podmienená porucha pozornosti a hyperaktivita, navyiac v kombinácii s poruchami správania je psychiatrickou diagnózou F 90. Rizikovým faktorom v tejto skupine je samotná farmakologická liečba prostredníctvom amfetamínov, ktorá môže viesť k neskoršej závislosti na psychoaktívnych látkach. V rámci rezortu školstva boli spracované základné teoretické východiská skúmanej problematiky, systematický prehľad domácich i zahraničných prístupov k deťom s ADHD a pedagogická verejnosť bola informovaná o zaradení tejto nozologickej jednotky do Medzinárodnej klasifikácie duševných porúch¹⁰⁵. Pre pedagógov je určený aj Metodicko-informatívny materiál Štátneho pedagogického ústavu, ktorý stanovuje pokyny¹⁰⁶ a odporúčania k výchove a vzdelávaniu detí s poruchami správania, vrátane endogénne podmienených.

3.3 Iné intervencie

Internetový portál www.infodrogy.sk prevádzkovaný GS VM DZKD plní od mája 2005 celoplošnú informačnú a komunikačnú úlohu v oblasti drogových závislostí a kontroly drog. V informačnej oblasti sa špecializuje na 3 cieľové skupiny - tínedžerov, rodičov a pedagogických pracovníkov. Od októbra 2005 sa na portáli prevádzkuje služba štyroch tematických poradní. Nové služby boli propagované o.i. prostredníctvom freecards, distribuovaných v prostrediach reštaurácií, klubov, barov apod. ako súčasť aktivít v rámci Týždňa boja proti drogám v novembri 2005. Účinnosť tejto formy komunikácie sa bezprostredne premietla do nárastu návštevnosti stránky.

Linka detskej istoty (LDI)¹⁰⁷ je špecializovaná na problematiku detí a mládeže (viac v kapitole 11) a od roku 1996 poskytuje svoje služby (vrátane sociálneho a právneho poradenstva, k dispozícii je aj rodičovská linka a atraktívna forma chatovania na Internete) nepretržite, anonymne s odbornou garanciou. V roku 2005 z iniciatívy LDI vzniklo krízové stredisko Dúha, určené na okamžitú pomoc pre deti a matky s deťmi.

Komunitná prevencia

Pri návrhoch preventívnych aktivít v regióne vychádzal preventista Mestskej polície (ďalej len "MsP") v Nitre M. Duchoň¹⁰⁸ zo svojho lokálneho školského prieskumu realizovaného v roku 2005 medzi stredoškólakmi v Nitre, napr.: zapojiť do budovania voľnočasových zariadení mládež, zaviesť prevenciu kriminality a iných sociálno-patologických javov do učebných osnov ZŠ a SŠ, výraznejšie osloviť a do preventívnych programov zapojiť rodičov.

¹⁰² Pétiiová M. a kol.: Názory a postoje mladých ľudí žijúcich v reedukačných domovoch a diagnostických centrách pre mládež ku konzumácii drog (komparačná štúdia) ÚIPŠ, Bratislava 2005

¹⁰³ Pipíšková I. UPSVaR, 2006

¹⁰⁴ Pozri aj Kap. 11

¹⁰⁵ Matula Š., Kopányiová A., Vojtová Z., Smiková E., Tesař M., Laznibatová J.: Psychologické a výchovné aspekty vzdelávania žiakov s poruchami aktivity a pozornosti In: Výročná správa VÚDPaP za rok 2005

¹⁰⁶ vydaný od 2. septembra 2004

¹⁰⁷ <http://www.unicef.sk/ldi/>

¹⁰⁸ Dotazníkovou metódou získal údaje od 105 študentov stredných škôl v Nitre (vek 15 - 17 rokov), ktoré sa týkali úrovne a špecifikácie využívania voľného času, páchania protispoločenskej činnosti, užívania legálnych a nelegálnych drog a príčinného vzťahu ich užívania u rodičov a ich detí.

3. PREVENCIA

MsP¹⁰⁹ v Starej Turej v trenčianskom regióne od apríla 2005 iniciovala vznik dobrovoľných hliadok, ktoré chodia každý víkend (s výnimkou niektorých zimných víkendov) počas nočných hodín v meste. Približne 50 dobrovoľníkov sa strieda v dvoj - trojčlenných hliadkach v blízkosti zábavných podnikov a diskotiek, ktoré navštevujú mladí ľudia. S hliadkami "Nočných havranov" sú kladné skúsenosti a okolie hodnotí tieto aktivity pozitívne. MsP v Starej Turej už realizovalo 2 semináre pre záujemcov z iných miest (MsP v Žiline, Vrbovom, Dolnom Kubíne i iných mestách), ktoré by sa chceli zapojiť do tejto formy prevencie kriminality mládeže.

3.4 Hodnotenie a efektívnosť preventívnych intervencií

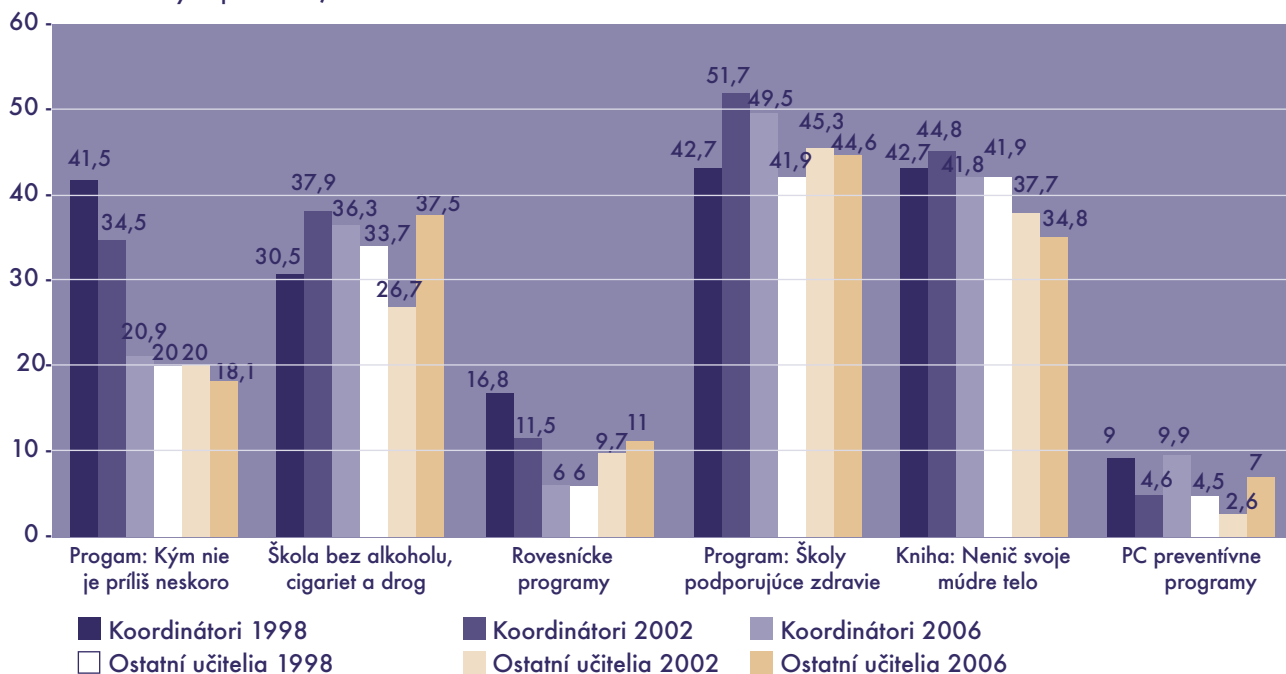
Hodnotenie preventívneho zásahu¹¹⁰ projektu alebo programu znamená systematické zbieranie, analýzu a interpretovanie informácií o tom, ako zásah pôsobí a aké účinky môže mať. V takomto zmysle sa efektívnosť preventívnych intervencií v SR hodnotí len zriedkavo.

ÚIPŠ realizuje zber a analýzu štatistických údajov z oblasti preventívnych programov/aktivít v školstve a okrem nich aj evidenciu a spracovanie všetkých projektov predkladaných do PF. Postupne sa analýzy rozširujú aj o interpretáciu efektívnosti preventívneho programu, napr. v roku 2004 bolo rôznym spôsobom¹¹¹ hodnotených 333 programov z 563¹¹².

Iný pohľad v súvislosti s hodnotením ponúka Nociar¹¹³ na základe údajov z TAD 3 (viac v kap. 2), v ktorom porovnáva koordinátorov DZ na školách a ostatných učiteľov, pokiaľ ide aj o využívanie špecifických protidrogových programov v ZŠ a SŠ.

Z dôvodu prehľadu o využívaní programov a metodických pomôcok na prevenciu drogových závislostí vypracoval grafickú prílohu obsahujúcu aj porovnania výsledkov koordinátorov prevencie s ich kolegami pedagógmi na ZŠ i SŠ v rokoch 1998 až 2006.

Graf 3.2: Porovnanie koordinátorov prevencie zo ZŠ a SŠ s učiteľmi zo ZŠ a SŠ (Používanie preventívnych programov alebo metodických pomôcok)



Zdroj: Nociar A., 2006

¹⁰⁹ Ľubomír Málek, náčelník MsP Stará Turá, správa pre NMCD, 2006

¹¹⁰ Kroeger Ch., Winter H., Shaw R.: Smernice na hodnotenie drogovej prevencie, slovenský preklad A. Nociar, 2004, II.vydanie

¹¹¹ Rozhovor, dotazník, psychologické testy, anketa, písomná správa

¹¹² Slovíková M., Holubíková M.: Preventívne programy a aktivity - hodnotenie a výsledky. Prevencia 2/2006, roč. V, s. 9 - 16

¹¹³ Nociar A.: Výsledky prieskumu TAD 2006 - nepublikované, Pripomienky ku kap.3 - 25. 09. 2006

Nociar konštatuje, že: "V rokoch 1998 až 2006 išlo síce iba o krátke sondážne prieskumy, ktoré však potvrdili, že absolvované školenia a výcviky koordinátorov drogovej prevencie sa prejavili nielen ich rozsiahlejšími znalosťami o problematike, o niečo vyššou senzitivitou voči problému s alkoholom či drogou u žiaka či študenta, ale aj potrebnou motiváciou a postojmi v zmysle osobnej angažovanosti na výkon prevencie." Na druhej strane je zrejmé, že u ostatných učiteľov nastal s odstupom štyroch rokov v danej oblasti, najmä v motivácii pre výkon prevencie určitý pokles, pravdepodobne spôsobený ich neúmernou záťažou, azda i pocitom ohrozenia a zrejme i nedostatočným predchádzaním častého syndrómu tzv. vyhorenia¹¹⁴, ktorý sa vyskytuje často u povolání, v ktorých sa žiada dlhodobé osobné nasadenie (učitelia, terapeuti, záchranári, policajti a pod.).

Jedným z možných základných problémov činnosti školského koordinátora je skutočnosť, že jeho pozícia nie je v systéme školy dostatočne definovaná a nie je uvedená ani v príslušných vyhláškach MŠ SR a aj finančné ohodnotenie tejto náročnej činnosti je len v možnostiach vedenia školy.

Od roku 2005 sa pri projektoch realizovaných z prostriedkov PF hodnotí projekt podľa osobitného postupu (dotazník hodnotenia projektov PF¹¹⁵), potreba ktorého vyplynula aj zo snahy harmonizácie údajov o preventívnych programoch (tzv. príkladoch dobrej praxe - good practice) s požiadavkami európskej siete o aktivitách zameraných na redukciiu dopytu po drogách EDDRA¹¹⁶. Ďalšia aktualizácia dotazníka sa očakáva v decembri 2006.

PF v roku 2005 schválil 356 projektov, z toho 176 projektov pre 117 školských predkladateľov (Prevenčia I.) Medzi cieľovými skupinami/adresátmi mala dominantné zastúpenie skupina ohrozených detí a mládeže (30,06%), za ktorou nasledovali pracovníci (vzdelávanie) v oblasti prevencie, liečby a resocializácie (26,12%) a skupina detí do 15 rokov (deti v školách) s podielom 23,88%.

Tab. 3.5: Schválená dotácia PF v roku 2005 na školské programy

Oblasť	Suma v Sk
Vzdelávanie	4 604 628
Prevenčia	3 893 594
Preventívne programy a aktivity	1 001 077
Osvetová činnosť	840 400
Voľnočasové aktivity	790 970
Edičná činnosť	454 280
Vybavenie pre kluby a krúžky	343 346

Zdroj: ÚIPŠ, 2006

Okrem školských projektov (Prevenčia I.) smerovali dotácie z PF v roku 2005 do oblasti osvetovej činnosti (Prevenčia II. napr. projekt "Prečo som na svete rád"), liečby, resocializácie a mediálnej oblasti (napr. animovaný film o fajčení). Schválené dotácie z PF pozri kapitolu 1.

¹¹⁴ Wilder, J. F.: Recognizing burnout in health professionals. *Psychosomatics*, 1981, 22, 653-656.

¹¹⁵ Dotazník hodnotenia projektov PF <http://www.protidrogovyfond.sk/formulare/dotaznik.pdf>

¹¹⁶ Exchange on Drug Demand Reduction Actions

4. Problémové užívanie drog

Oficiálne údaje o počte závislých, dostupné najmä z hlásení zo zdravotníckych zariadení o liečených užívateľoch drog, zďaleka neodzrkadľujú reálnu situáciu v počte drogových užívateľov. Istá časť populácie užívateľov drog, ktorí nie sú v kontakte so žiadnym liečebným zariadením, sociálnymi službami alebo napokon aj s políciou a súdmi ostáva skrytá. Znepokojenie vyvoláva počet problémových užívateľov drog, ktorých spôsob resp. stupeň užívania nesie v sebe riziká zdravotných, sociálnych alebo trestno-právnych následkov.

Definícia problémového užívania drog v SR vychádza z definície EMCDDA, podľa ktorej sú problémovými užívateľmi tí, ktorí užívajú drogy vnútrožilovo alebo dlhodobo pravidelne užívajú opiáty (heroín, Subutex a iné opiáty) a/alebo pervitín a/alebo kokaín, vo vekovej skupine 15 - 64 rokov. Kokaín sa však na Slovensku vyskytuje len ojedinele.

Počet problémových užívateľov drog je možné na Slovensku odhadnúť na cca 18 500 s rozmedzím 13 500 až 32 000 osôb na 95% hladine spoľahlivosti. Z toho sa odhaduje približne 18 tis. injekčných užívateľov drog, 10 tis. užívateľov opiátov a 8 tis. užívateľov pervitínu.

Problémoví užívatelia podľa definície EMCDDA tvorili takmer 69% všetkých pacientov v liečbe. V roku 2005 bolo liečených 2 078 pacientov (o 237 pacientov menej než v minulom roku). Od roku 2000 došlo k viac ako 55% zníženiu počtu liečených kvôli problémom s opiátmi. Populácia užívateľov heroínu, ktorých vek sa kontinuálne zvyšuje, je "najstaršou" skupinou liečených, sú o 8 rokov starší v porovnaní s užívateľmi marihuany, ktorých priemerný vek je už takmer 4 roky nemenný (20,5 rokov). Počet prvých žiadostí o liečbu v roku 2005, pri ktorých sú opiáty uvádzané ako primárna droga bolo 265. Najviac hlásení však bolo u prvoliečených kvôli problémom s pervitínom (288) a marihuanou (277).

Problémoví užívatelia tvoria asi 43% klientely resocializačných centier a viac ako 90% klientely nízkoprahových zariadení. V roku 2005 zaznamenali organizácie sociálnej terénnej práce nárast svojich klientov spolu približne o 550 osôb, a to najmä v Košiciach a Bratislave (OZ Prima). Existujú regionálne a lokálne rozdiely v druhu užíwanej drogy. Zatiaľ čo v Púchove sú hlásení výhradne užívatelia pervitínu, v Banskej Bystrici prevažuje heroín a v Košiciach je takmer výhradne zneužívaným opiátom (opioidom) pentazocín (Fortral), ktorý z iných nízkoprahových programov nie je vôbec hlásený.

4.1 Odhady prevalencie a incidencie

V rámci projektu Twinning "Podpora implementácie NPBD 2004 - 2008" NMCD za pomoci junior partnera, Českého monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti, urobilo odhad problémových užívateľov drog multiplikačnou metódou s využitím údajov o počte klientov v kontakte s nízkoprahovými centrami - terénnymi sociálnymi programami. Metóda je založená na princípe, že určitá časť problémových užívateľov je v kontakte s nízkoprahovými centrami, a že podiel týchto osôb v kontakte na ich celkovom počte (in-treatment rate, ďalej len "ITR") je možno zistiť či odhadnúť.

Za účelom zistení ITR sa uskutočnil prieskum medzi klientmi 6¹¹⁷ nízkoprahových programov v ôsmich slovenských mestách: Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď, Banská Bystrica, Žiar nad Hronom, Prešov a Košice. Bola použitá nominačná technika, respondentom boli položené 2 otázky: (1) "Koľko máš priateľov, ktorí pravidelne užívajú opiáty a/alebo pervitín a/alebo kokaín?", (2) "Koľko z nich si pravidelne chodí meniť ihly?". ITR sa potom rovná zlomku $\frac{\Sigma(2)}{\Sigma(1)}$. Celkom sa vyzbieralo 294 dotazníkov, do výpočtu ITR však boli zaradení len tí respondenti, ktorí uviedli počet priateľov užívajúcich drogy v počte menej ako 30 a zároveň riadne odpovedali na obe otázky potrebné pre výpočet ITR. Počet validných dotazníkov sa potom znížil na 223. ITR bolo vypočítané zvlášť pre všetky mestá.

¹¹⁷ OZ Prima, OZ Storm, OZ Heureka, OZ Centrum dobrovoľníctva, OZ Risen, OZ Pomocná ruka

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

Tab. 4.1: Vstupné údaje pre výpočet ITR

MESTO	Počet respondentov s validnými odpoveďami	Počet priateľov celkom	Počet priateľov, ktorí si chodia meniť ihly	ITR	95% interval spoľahlivosti	
					Dolná hranica ITR	Horná hranica ITR
Bratislava	88	780	580	0,74	0,65	0,83
Nitra, Sered', Trnava	37	583	405	0,69	0,55	0,84
Banská Bystrica	11	163	46	0,28	0,02	0,55
Žiar nad Hronom	14	240	190	0,79	0,58	1,00
Prešov	56	176	88	0,50	0,37	0,63
Košice	17	241	105	0,44	0,20	0,67
Spolu	223	2 183	1 414	0,65	0,59	0,71

Zdroj: Prieskum problémových užívateľov drog skrytej populácie - Dotazník pre určenie multiplikátorov NMCD, 2006

Pri výpočte sa ďalej vychádzalo z informácii o počte problémových užívateľov, ktorí sú klientmi nízkoprahových zariadení (určených na základe definície EMCDDA). Údaje boli k dispozícii vďaka "výkazom nízkoprahových programov", obsahujúce základné informácie o štruktúre klientov a poskytovaných programoch, ktoré vyplnili všetky organizácie sociálnej terénnej práce fungujúce v roku 2005 (celkom 6). (Viac kapitola 7).

Tab. 4.2: Počet PDU klientov nízkoprahových zariadení v roku 2005

MESTO	Počet klientov nízkoprahových centier	Počet klientov klasifikovaných ako PDU	Počet injekčných užívateľov	Počet užívateľov opiátov/opioidov	Počet užívateľov pervitínu	Počet užívateľov kokainu
Bratislava - Prima	1 001	1 001	938	298	703	0
Bratislava - Odysseus	1 852	1 656	1 656	946	274	0
Celkom za Bratislavu	2 853	2 657	2 594	1 244	977	0
Púchov	111	110	110	0	110	0
Nitra, Sered'	180	172	172	145	27	0
Banská Bystrica (OZ Heuréka)	64	64	64	50	14	0
Žiar nad Hronom	76	76	76	74	2	0
Prešov	225*	91	90	19	72	0
Košice	470	470	470	254	216	0
Celkom	3 979	3 640	3 576	1 786	1 418	0

*Pozn: 112 klientov je konzumentmi alkoholu.

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD 2006

Odhad populácie problémových užívateľov drog (ďalej len "PDU") bol následne počítaný ako: počet PDU v kontakte s nízkoprahovými centrami/ ITR (napr. pre Bratislavu 2657/0,74).

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

Tab. 4.3: Odhad PDU vo vybraných mestách Slovenska

Mesto	Odhad PDU	Dolný odhad PDU	Horný odhad PDU	Relatívny odhad na 1 000 obyvateľov
Bratislava	3 573	3 183	4 073	11,21
Nitra, Sered', Trnava	248	204	315	1,92
Banská Bystrica	227	117	3 943	3,66
Žiar nad Hronom	96	76	131	6,61
Prešov	182	144	247	2,71
Košice	1 079	700	2 350	6,24
Celkom v mestách prieskumu okrem Bratislavy	1 601	1 121	3 038	4,17

Zdroj: NMCD, 2006

Relatívny odhad v mestách okrem Bratislavy bol ďalej použitý pre odhad celkového počtu PDU na Slovensku okrem Bratislavy. Celkový odhad PDU na Slovensku sa potom rovná súčtu odhadu za Bratislavu a odhadu za zvyšok Slovenska. Stredný odhad PDU na Slovensku je cca 18 500 s rozmedzím 13 500 až 32 000 osôb na 95% hladine spoľahlivosti (tab.4.4).

Tab. 4.4: Odhad PDU na Slovensku

Mesto	Odhad PDU	Dolný odhad PDU	Horný odhad PDU	Relatívny odhad na 1 000 obyvateľov
Bratislava	3 573	3 183	4 073	11,21
Celkom za SR okrem Bratislavy	14 820	10 382	28 109	4,18
Celkom za SR	18 393	13 565	32 182	4,76

Zdroj: NMCD, 2006

V 6 programoch (v 8 mestách), ktoré vyplnili "výkaz nízkoprahových programov" bolo evidovaných v roku 2005 celkom 3 640 PDU, z toho bolo 3 576 (98,2%) injekčných užívateľov. Užívatelia opiátov tvorili 55,7% a užívatelia pervitínu 44,3% z problémových užívateľov v kontakte s nízkoprahovými programami, u ktorých bola známa základná droga. Pri zachovaní rovnakých pomerov v celkovej odhadovanej populácii problémových užívateľov drog na Slovensku, je možné odhadnúť cca 18 000 vnútrožilových užívateľov, 10 000 užívateľov opiátov a 8 000 užívateľov pervitínu.

4.2 Profil klientov v liečbe

Údaje o pacientoch liečených pre závislosť od drog sú k dispozícii z informačného systému zdravotníctva a zdravotníckej štatistiky, ktorý zabezpečuje Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len "NCZI")¹¹⁸. V oblasti drogových závislostí NCZI realizuje zber a spracovanie dát prostredníctvom štatistického formulára Hlásenie o liečbe užívateľa drog v rámci Programu štátnych štatistických zisťovaní. Tento zdroj poskytuje spoľahlivé presne definované údaje o počtoch liečených užívateľov drog, druhoch zneužívaných látok a trendoch drogových závislostí na Slovensku v súlade s metodikou indikátora dopytu po liečbe EMCDDA. Spravidajskú povinnosť¹¹⁹ majú všetky zdravotnícke organizácie a fyzické osoby oprávnené liečiť drogové závislosti. V roku 2005 to bolo 335 spravodajských jednotiek.

V roku 2005 do uvedeného informačného systému hlásilo 82 ambulantných a 54 nemocničných zdravotníckych zariadení a 18¹²⁰ väzenských liečebných zariadení MS SR. Najväčší pokles liečených pacientov v roku

¹¹⁸ NCZI - V roku 2006 sa ÚZIŠ (Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky) spojil so Slovenskou lekárskou knižnicou a premenoval sa na Národné centrum zdravotníckych informácií.

¹¹⁹ Povinnosť vyplýva zo zákona 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike a na základe vyhlášky ŠÚ SR č 613/2002, ktorou sa vydal program štátnych štatistických zisťovaní na roky 2003 - 2005

¹²⁰ Ambulancie všeobecných lekárov v ústavoch, samostatné psychiatrické ambulancie, psychiatrické oddelenie nemocnice pre obvinených a odsúdených.

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

2005 nastal v nemocničných zdravotníckych zariadeniach o 29,8% a v zariadeniach rezortu spravodlivosti o 26,7%. Celkový počet hlásených liečených pacientov naopak vzrástol v ambulantných zariadeniach o 29,8% (219 prípadov).

Situácia v počte liečených a druhu primárnej drogy sa stabilizovala. V roku 2005 bolo liečených 2 078 pacientov (o 237 pacientov menej než v minulom roku), z toho bolo 963 prvoliečených. Najčastejšie udávanými drogami aj v roku 2005 ostávajú heroín, pervitín a marihuana (tab. 4.5) Prchavé látky boli zaznamenané u 161 pacientov, hypnotiká a sedatíva u 84 pacientov, halucinogény u 6 a iné drogy u 13 pacientov. Pomer mužov a žien na celkovom počte liečených, ako aj u prvoliečených, ostáva rovnaký približne 4:1 (79,7% tvorili muži a 20,3% ženy v celkovom počte liečených). Celkovo v rezorte MZ SR bolo liečených 1 723 užívateľov drog.

Tab. 4.5: Počet liečených podľa druhu primárnej drogy, porovnanie roku 2004 a 2005

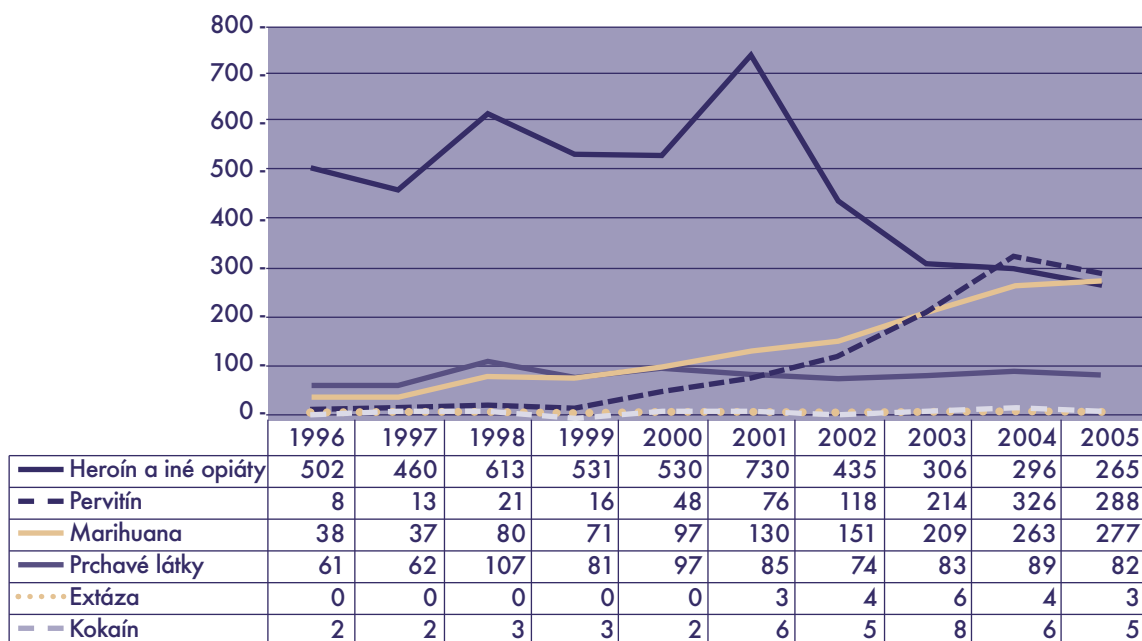
	Rok	Heroín	Iné opiáty	Pervitín	Extáza	Kokaín	Amfetamíny	Marihuana	Počet liečených
Liečených celkom	2005	857 (41%)	45	489 (24%)	6	11	5	400 (25%)	2078
	2004	936 (40%)	51	563 (24%)	5	14	8	398 (17%)	2315
Prvoliečba	2005	253 (26%)	12	288 (30%)	3	5	2	277 (29%)	963
	2004	281 (27%)	15	326 (31%)	4	6	4	263 (25%)	1045

Zdroj: NCZI, 2006

Počas desaťročného sledovania sa mení pomer medzi hlavnými skupinami užívanej primárnej drogy. Hoci je skupina okolo heroínu stále na prvom mieste v počte hlásení, pomer medzi heroínom a marihuanou sa zmenil v porovnaní s rokom 1995 z približne 40:1 na 2:1 v roku 2005. Počet liečených dosiahol svoj vrchol v roku 2000 (2 619 liečených, z toho 2 029 kvôli opiátom). Od toho roku došlo k viac ako 55% zníženiu počtu liečených pre problémy s opiátmi. V roku 2005 už bolo hlásených len 902 prípadov požiadavky po liečbe, kedy primárnou drogou boli opiáty. V 95% prípadoch išlo o heroín, ktorý sa skoro v 70% prípadoch užíval denne.

V prípade prvoliečených v roku 2004 pervitín po prvýkrát prevýšil počet hlásení dopytu po liečbe pre problémy s opiátmi. V roku 2005 opiáty skončili na treťom mieste za pervitínom (288 prvoliečených) a marihuanou (277 prvoliečených) (graf 4.1).

Graf 4.1: Vývoj prvých žiadostí o liečbu podľa druhu drogy



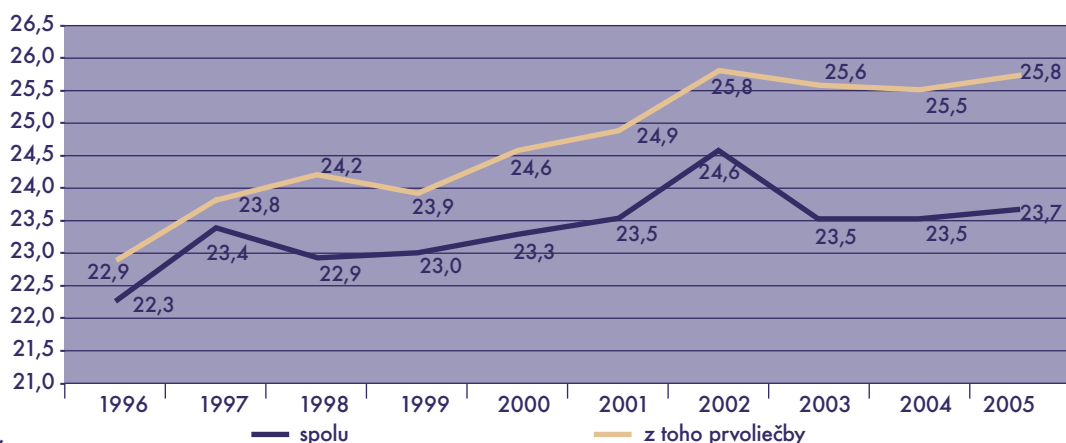
Zdroj: NCZI, 2006

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

4.2.1 Vek liečených

Najpočetnejšou vekovou skupinou všetkých liečených bez rozdielu druhu drogy v porovnaní s minulým rokom ostáva skupina vo veku 20 - 24 rokov. Priemerný vek liečených sa za 10 rokov zvýšil približne o 3 roky. Od roku 2003 sa priemerný vek všetkých liečených pohybuje medzi 25,5 a 26 rokov, u tých, ktorí sú v liečbe po prvýkrát medzi 23,5 a 24 rokov.

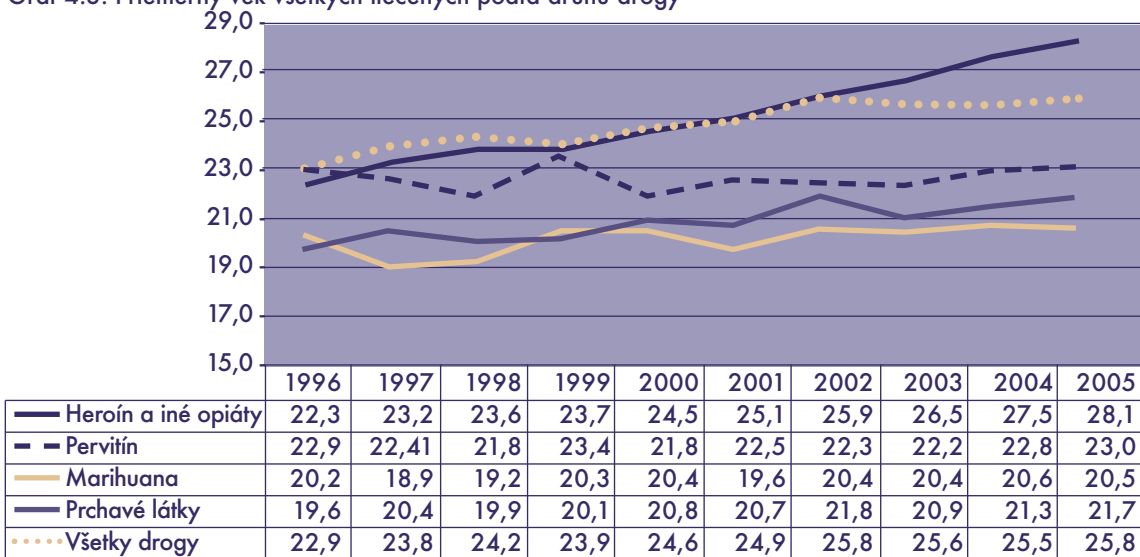
Graf 4.2: Priemerný vek liečených drogovu závislých pacientov v SR



Zdroj: NCZI 2006

Populácia užívateľov heroínu je "najstaršou" skupinou liečených, ktorých vek sa kontinuálne zvyšuje a sú o 8 rokov starší v porovnaní s užívateľmi marihuany, ktorých priemerný vek je už takmer 4 roky nemenný (20,5 roka) (graf 4.3). Tí, ktorí boli v liečbe po prvýkrát pre problémy s heroínom sú o jeden rok mladší, u marihuany je rozdiel len pol roka. Zatiaľ čo u užívateľov pervitínu sa priemerný vek počas 10 rokov pohyboval medzi 22 a 23 rokov, u prvoliečených sa od roku 1996 zvýšil z 20 rokov na 22,7 rokov v 2005. U menej často zneužívaných drog ako sú kokaín či extáza sa nedá pre veľmi nízky počet liečených hovoriť o vývoji. V roku 2005 bol priemerný vek liečených pre problémy s kokaínom (11 liečených) 29,9 rokov a extázy (6 liečených) 26 rokov.

Graf 4.3: Priemerný vek všetkých liečených podľa druhu drogy



Zdroj: NCZI, 2006

4.2.2 Spôsob aplikácie drogy

Najčastejšie spôsoby užívania podľa druhov drogy v roku 2005 zobrazuje tab. 4.6. Heroín sa užíval injekčne vo viac ako troch štvrtinách prípadov a v dvoch pätinách sa injekčne užívajú amfetamíny.

Podiel injekčných užívateľov na celkovom počte liečených kvôli problémom s opiátmi od roku 1998 osciluje okolo 80%. Podiel injekčného užívania na počte užívajúcich látky stimulujúce CNS (amfetamíny, kokaín a iné stimulanty) od roku 2000 do 2003 výrazne klesol zo 64% na 36%, od tohto roku sa ich podiel ustálil pod hranicou 40% (graf 4.4)

V spôsobe užívania marihuany naďalej prevláda fajčenie, i keď v 5% prípadov sa podľa údajov hlásení užívateľa drog užíva aj injekčne. Všetky ostatné drogy sa užívajú ústne alebo fajčením.

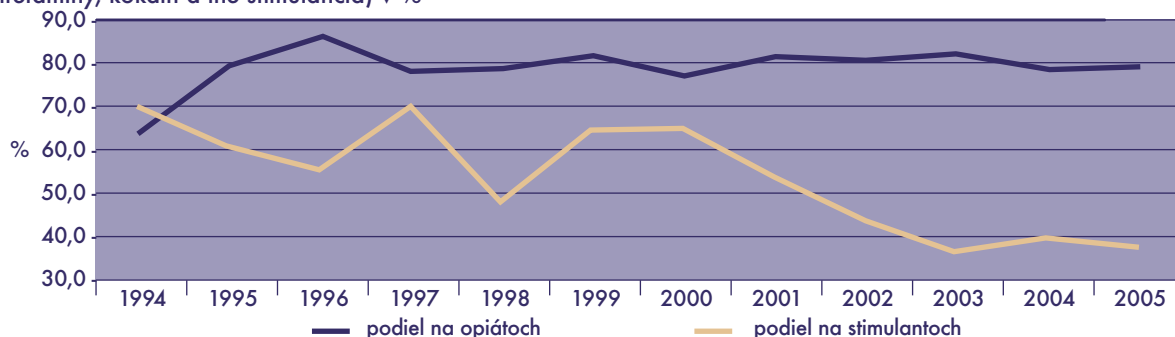
Tab. 4.6: Najčastejší spôsob aplikácie drogy v roku 2005

Látka	Spôsob aplikácie					Počet liečených
	Injekčne	Fajčenie	Ústne	Sniff	Iné	
Heroín	80,9 %	13,5 %	0,7 %	3,6 %	0,2 %	857
Iné opiáty	28,9 %	35,6 %	31,1 %	0,0 %	4,4 %	45
Amfetamín	38,7 %	23,5 %	4,7 %	26,5 %	4,3 %	494
Kokaín*	3	0	0	6	2	11
Iné stimulanty*	0	1	5	1	0	7
Kanabis	5,0 %	90,5 %	1,0 %	1,8 %	0,5 %	400

* Pozn: pre malý počet prípadov uvádzame len absolútne čísla.

Zdroj údajov: štandardné tabuľky TDI 34, 2006

Graf 4.4: Podiel injekčných užívateľov na celkovom počte liečených kvôli problémom s opiátmi a látkami stimulujúcimi CNS (amfetamíny, kokaín a iné stimulanty) v %



Zdroj údajov: Drogová závislosť - liečba užívateľov drog v SR, zdravotnícka štatistika, v rokoch 1995 - 2005. ÚZIS

Pozn: vysoký podiel injekčného užívania stimulantov a skoky vo vývoji v období 1994 - 2000 môžu byť spôsobené nízkym počtom liečených pacientov (29 osôb v r. 1994 až 98 osôb v r. 2000). Od roku 2000 počet liečených sa ráta na stovky (152 v r. 2001 - 512 v r. 2005).

4.2.3 Liečba podľa druhu liečebného zariadenia

V ambulantnej liečbe sa v roku 2005 liečilo 954 pacientov, v nemocničných zariadeniach 769. Na základe porovnania údajov z ambulantných a nemocničných liečebných zariadení podľa druhu drogy došlo oproti minulému roku k presunu liečby užívateľov opiátov smerom do ambulantnej liečby (zastúpenie užívateľov opiátov v ambulantnej liečbe 50%). Na druhej strane sa vo väčšej miere v nemocničných zariadeniach liečili pacienti závislí od hypnotík a inhalátov. Relatívne vysoký pomer zastúpenia v nemocničných liečebných zariadeniach (až 22%) mali pacienti liečení pre problémy s marihuanou ako primárnou drogou. Pomer ostatných druhov drog v rámci/i medzi oboma typmi liečby ostáva zachovaný. (tab.4.7)

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

Tab. 4.7: Zastúpenie liečených mužov a žien podľa druhu liečebného zariadenia a drogy

		Ambulantná liečba			Nemocničná liečba			Zdravotnícke zariadenia MS SR ¹²¹		
		Muži%	Ženy%	Celkom%	Muži%	Ženy%	Celkom%	Muži%	Ženy%	Celkom%
Opiáty	2005	47,7	57,4	50,0	30,5	30,3	30,4	48,1	91,5	53,8%
	2004	29,2	37,3	31,0	44,5	50,8	46,0	48,7	83,6	52,7%
Stimulanciá	2005	21,8	24,7	22,4	26,3	23,7	25,7	28,6	2,1	25,1%
	2004	27,9	16,0	25,2	26,1	31,8	27,5	20,5	9,1	19,2%
Hypnotiká	2005	0,4	3,6	1,2	4,9	26,3	9,1	0,6	2,1	0,8%
	2004	5,8	30,8	11,6	0,6	3,9	1,4	1,4	1,8	1,4%
Kanabis	2005	22,8	11,2	20,1	24,8	11,8	22,2	11,7	2,1	10,4%
	2004	17,3	7,7	15,1	21,5	11,2	19,1	18,2	0,0	16,1%
Inhaláty	2005	6,2	2,7	5,3	11,7	3,3	10,0	10,4	2,1	9,3%
	2004	17,7	4,1	14,6	5,7	1,9	4,8	7,7	1,8	7,0%
Iné	2005	0,1	0,4	0,2	0,8	3,9	1,4	0,0	0,0	0,0%
	2004	0,5	3,0	1,1	0,1	0,0	0,1	1,9	1,8	1,9%
Spolu	2005	731	223	954	617	152	769	308	47	355
	2004	566	169	735	838	258	1096	429	55	484

Zdroj údajov: štandardné tabuľky TDI 34, 2006

4.3 Hlavné charakteristiky a vzory užívania z nezdravotníckych zariadení

4.3.1 Hlavné charakteristiky a vzory užívania v resocializačných zariadeniach

Vzhľadom na to, že do informačného systému hlásených liečených užívateľov drog NCZI neprispievajú žiadne resocializačné zariadenia, uskutočnilo NMCD v máji 2006 dotazníkový prieskum medzi 20 resocializačnými zariadeniami. Vrátených bolo však len 11 dotazníkov vrátane údajov zo zariadení chráneného bývania.

Určitým limitujúcim faktorom pri vyhodnocovaní výsledkov prieskumu, boli niektoré nedostatočne vyplnené dotazníky. I napriek tomu nám údaje môžu poskytnúť určitý náhľad do štruktúry klientov resocializačných centier.

Problémoví užívatelia tvoria asi 43% klientely resocializačných centier. Pomerové zastúpenie užívateľov opiátov/opioidov a pervitínu je cca. 59% opiátov ku 41% pervitínu. Treťou najviac zastúpenou skupinou klientov sú užívatelia marihuany (15%). Celkový priemerný vek klienta zo všetkých resocializačných zariadení, ktoré sa zúčastnili prieskumu, je 32 rokov, pričom v jednotlivých prípadoch dosahoval najnižší priemerný vek 23,5 a najvyšší 43 rokov. (viac o resocializácii v kapitole 9.)

Tab. 4.8.: Štruktúra užívateľov drog v 11 resocializačných zariadeniach

	Počet klientov	Percentuálny podiel
Počet klientov celkom	280	-
Noví klienti v roku 2005	163	-
Muži	224	80
Z toho injekční užívatelia	92	32,8
Z toho primárna droga heroín	68	24
Z toho primárna droga peritín	50	17,8
Z toho primárna droga kanabionidy	43	15,4
Z toho primárna droga extáza	1	0,3
Z toho primárna droga prchavé látky	8	2,8
Z toho primárna droga Subutex legálne	4	1,4
Konzumujúci alkohol	15	
Automaty	2	

Zdroj: "Výkaz programov resocializačných stredísk", NMCD, 2006

¹²¹ Ambulancie všeobecných lekárov v ústavoch, samostatné psychiatrické ambulancie, psychiatrické oddelenie nemocnice pre obvinených a odsúdených

4.3.2 Hlavné charakteristiky a vzory užívania v nízkoprahových zariadeniach

Údaje o štruktúre klientov terénnych sociálnych programov existujúcich v roku 2005 sú k dispozícii vďaka ochote všetkých MVO vyplniť špeciálny dotazník týkajúci sa štruktúry klientov a druhov nimi poskytovaných služieb (kapitola 7). V tabuľkách uvádzaných v tejto kapitole nie je možné vylúčiť duplicity v počte osôb vo viacerých zariadeniach, a to najmä v Bratislave.

Na rozdiel od zníženého počtu liečených v roku 2005, programy sociálnej a terénnej práce zaznamenali nárast počtu svojich klientov približne spolu o 550 klientov. Najvýznamnejší nárast klientov, užívateľov drog, takmer až o 200 osôb bol hlásený u OZ Prímy Bratislava a OZ Pomocná ruka v Košiciach.

Tab. 4.9: Počet klientov nízkoprahových zariadení

Organizácia	2004	2005	Rozdiel
Príma - Bratislava	811	1001	190
Odyseus - Bratislava	1828	1852	24
Odyseus - Púchov	80	111	31
Heureka - Banská Bystrica	80*	140	60*
Storm - Nitra	150*	180	30
Risen - Prešov**	192	225	33
Pomocná ruka - Košice	265*	470	205*
Spolu	3401*	3979	573*

* odhad

** z uvedeného počtu tvorili užívatelia nelegálnych drog 80 klientov v r. 2004 a 90 klientov v r.2005

Najväčšiu skupinu (95%) klientov nízkoprahových organizácií užívajúcich drogy tvoria injekční užívatelia. Takmer 38% klientov, u ktorých bola známa základná droga užíva heroín, 37,5% užíva pervitín, 7% pentazocín (Fortral¹²²), ktorý je užívaný hlavne v Košiciach, cca. 3% užívajú Subutex, získaný či už na predpis, alebo nelegálne. (Zastúpenie problémových užívateľov (pozri kap. 4.1). Kokaín ako primárna droga nebol zaznamenaný ani u jedného z klientov nízkoprahovej organizácie. Priemerný vek klientov je okolo 29 rokov, muži tvoria 71% klientely.

Tab. 4.10: Štruktúra klientov terénnych programov

Klienti terénnych programov	Počet klientov	Percentuálny podiel
Počet klientov	3979	-
Užívatelia drog	3661*	100%
Z toho injekční užívatelia	3576	94,78%
Z toho primárna droga heroín	1430	37,90%
Z toho primárna droga peritín	1418	37,58%
Z toho primárna droga pentazocín	247	6,55%
Z toho primárna droga kanabionidy	6	0,16%
Z toho primárna droga extáza	10	0,27%
Z toho primárna droga prchavé látky	5	0,13%
Z toho primárna droga Subutex nelegálne	42	1,11%
Z toho primárna droga Subutex na predpis	67	1,78%
Z toho primárna droga alkohol	112	2,97%
Priemerný vek užívateľov	29	-

* v uvedenom počte nie sú zahrnutí klienti OZ Risen Prešov užívajúci alkohol (112 klientov)

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD, 2006

Existujú regionálne a lokálne rozdiely v populácii problémových užívateľov drog, najmä v zastúpení užívateľov opiátov a pervitínu. V Púchove sú hlásení výhradne užívatelia pervitínu. Heroín výrazne prevažuje v Banskej Bystrici a tiež v mestách ako Nitra, Sereď. V Žiari nad Hronom je až v 86% zneužívaný liek Subutex. V Košiciach

¹²² Pentazocín - parciálny antagonist opiooidných receptorov so silným agonistickým účinkom. Je používaný ako analgetikum (známy najčastejšie pod firemným názvom Fortral). Je k dispozícii vo forme tabliet a roztoku pre injekciu.

4. PROBLÉMOVÉ UŽÍVANIE DROG

a Bratislave je pomer užívateľov pervitínu a opiátov takmer vyrovnaný. Výhradne v Košiciach je však už takmer 5 rokov zneužívaným opiátom (opioidom) pentazocín (Fortral), ktorý z iných nízkoprahových programov nie je hlásený vôbec. Taktiež existujú rozdiely medzi dvoma bratislavskými nízkoprahovými programami - medzi klientmi OZ Prima prevažujú užívatelia pervitínu, zatiaľ čo medzi klientmi OZ Odysseus prevažujú užívatelia heroínu - čo môže súvisieť s rôznymi prostrediami v Bratislave, v ktorých organizácie pôsobia.

Tab. 4.11: Štruktúra klientov nízkoprahových zariadení

	Bratislava		Nitra, Sered'	Púchov
	Prima	Odysseus		
Počet klientov	1001	1852	180	111
Užívatelia drog	1001	1656	173	110
Z toho injekční užívatelia	938	1656	172	110
Z toho primárna droga heroín	298 (30%)	946 (57%)	102 (59%)	
Z toho primárna droga pervitín	703 (70%)	27 (17%)	27 (16%)	110
Z toho primárna droga Subutex			43 (25%)*	
Z toho primárna droga kanabinoidy			1	
Podiel mužov	57%	72%	85%	75%
Priemerný vek klienta (1)	30	31	26,5	27

* Pozn: z nich 2 užívajú Subutex legálne

Pokračovanie: Štruktúra klientov nízkoprahových zariadení

	Žiar nad Hronom	Banská Bystrica	Prešov	Košice
Počet klientov	76	64	225	470
Užívatelia drog	76	64	111	470
Z toho injekční užívatelia	76	64	90	470
Z toho primárna droga heroín	9	50 (78%)	18 (16%)	7
Z toho primárna droga pervitín	2	14 (22%)	72 (65%)	216 (46%)
Z toho primárna droga Subutex	65 (86%)*		1	
Z toho primárna droga pentazocín (Fortral)				24 (53%)
Z toho primárna droga extáza			10	
Z toho primárna droga kanabinoidy			5	
Z toho primárna droga prchavé látky			5	
Podiel mužov	87%	86%	87%	79%
Priemerný vek klienta (1)		24,5	25	29

** Pozn: Subutex užívajú legálne - na predpis

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD, 2006

Zneužívanie Fortralu v Košiciach

Podľa informácií OZ Pomocná ruka v Košiciach sa začiatok zneužívania Fortralu datuje do začiatku 90-tych rokov. Spočiatku bol užívaný v rámci experimentovania s rôznymi látkami, neskôr bol predpisovaný v jednej ambulancii ako pokus o substitučnú liečbu. Po čase užívanie Fortralu dosiahlo veľký rozmach, v posledných rokoch sa heroín v Košiciach užíva v 1% prípadov. Medzi užívateľmi Fortralu je preferované injekčné užívanie rozpustených tabliet. Vzhľadom na krátky účinok sa však užíva injekčne niekoľkokrát denne. Používanie nesterilnej vody, nesterilných ihli a striekačiek a spoločného užívania Fortralu (rozpustený Fortral sa naťahuje z jednej fľaštičky od liekov cez jednu hrubšiu ihlu do vlastných striekačiek) spôsobilo vysoké percento prevalencie hepatitídy C medzi užívateľmi, podľa odhadov 45%. Fortral sa získava na predpis u niektorých lekárov, falšovaním receptov alebo na čiernom trhu. Cena za jednu tabletu sa pohybuje od 30 - 50,- Sk pri nedostatku stúpa až na 70,-Sk. Situácia v Košiciach sa však mení pod vplyvom harm reduction programu, kde klienti dostávajú sterilné ihly, striekačky, vodu a sú poučení o rizikách prenosu infekcie.

5. Liečba

Liečba je charakterizovaná ako vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, dosiahnuť abstinenciu/redukciu užívania drog, zabrániť zhoršovaniu zdravotného stavu resp. zmierniť dôsledky choroby (znižujú frekvenciu a závažnosť relapsu), so snahou zapojiť pacientov do plnohodnotného života v prirodzenom prostredí.

Zo systémového hľadiska sa fázy liečebnej starostlivosti pre užívateľov drog delia na: predklinickú starostlivosť (poradenstvo, minimalizácia poškodenia zdravia, motivácia k liečbe), detoxifikačnú liečbu, odvykaciu liečbu - "drug free", udržiavaciu - substitučnú liečbu a programy následnej starostlivosti - resocializácia, rehabilitácia.¹²³ Ambulantná i ústavná zdravotnícka starostlivosť sa realizuje v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí, ďalej v špecializovaných AT oddeleniach psychiatrických nemocníc a liečební a v ambulanciách psychiatrov či psychiatriov so špecializáciou v odbore liečba drogových závislostí.

V priebehu roku 2005 jednotlivé centrá pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) (Bratislava, Banská Bystrica, Nové Zámky, Žilina, Košice, Predná Hora - príspevkové organizácie) predkladali projekty so zámerom transformovať sa na neziskové organizácie. V priebehu roku bol na neziskovú organizáciu pretransformovaný Odborný liečebný ústav psychiatrický (ďalej len "OLÚP") Predná Hora a do konca roka 2005 boli odovzdané transformačné projekty ostatných centier s výnimkou Banskej Bystrice a Nových Zámkov¹²⁴. V roku 2005 už neexistovali dve CPLDZ, a to v Nitre a Humennom. V roku 2005 sa podarilo otvoriť program metadónovej udržiavacej liečby v CPLDZ Banskej Bystrici, pričom v CPLDZ Žilina sa zatiaľ pripravovalo jeho zavedenie. V prvom polroku roku 2005 fungovalo v Trstenej nešťátne špecializované zariadenie Slovdom, potom skončili s činnosťou.

Podľa údajov TDI získaných z Hlásenia o liečbe užívateľa drog, ktoré zbiera a spracováva NCZI (kapitola 4) bolo v roku 2005 v zdravotníckych zariadeniach liečených 2 078 pacientov. Podľa údajov získaných zo štatistického lístka hospitalizovaného pacienta bolo v roku 2005 vykonaných 1 492 hospitalizácií užívateľov drog v psychiatrickom zariadení (diagnóza F11 - F19) a v psychiatrických ambulanciách bolo vykonaných 5 575 vyšetrovaní užívateľov drog (F11 - F19), z toho 3 279 pre syndróm závislosti.

5.1 Systém liečby v SR

Základom liečebných prístupov v SR je medicínsky model, ktorý presne v zmysle MKCH - 10 definuje líniu medzi užívateľmi drog bez diagnózy označujúcej zdravotné poškodenie a tými, u ktorých došlo v dôsledku užívania drog k poškodeniu zdravia. Konceptia odboru "drogové závislosti", ako špecializovaný nadstavbový odbor psychiatrie, bola schválená v 1994 a uverejnená vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR (MZ SR) v 1995, čiastka 8 - 9¹²⁵.

Liečba drogových závislostí je sústredená najmä do pôsobnosti MZ SR. Liečbu a zdravotnú starostlivosť metódicky usmerňuje hlavný odborník MZ SR pre odbor drogových závislostí (Správa 2004, s. 83). Ďalej sa liečba realizuje aj v zdravotníckych zariadeniach iných rezortov, najmä v rezorte Ministerstva spravodlivosti SR (ďalej len "MS SR"), kde v zariadeniach Zboru väzenskej a justičnej stráže realizujú dobrovoľné liečenia i liečenia nariadené súdom (od roku 1996) a ministerstva obrany a ministerstva vnútra. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny podporuje činnosť resocializačných zariadení pre závislých, a tak sa v nadväznosti na liečbu v zdravotníckych zariadeniach zabezpečuje kontinuita dlhodobého liečebného procesu závislostí.

Všeobecný lekár zatiaľ môže vstupovať do protitoxikomanickej liečby len na úrovni prvého kontaktu, (podieľa sa na stanovení prvotnej diagnózy a screeningu)¹²⁶, prípadne v rámci doliečovania. Povolenie na vykonávanie špecializovanej liečby drogovéj závislosti môže získať lekár s atestáciou v odbore psychiatria a nadstavbovou špecializáciou v odbore drogových závislostí. Všeobecné psychiatrické služby sa podieľajú prevažne na

¹²³ Správa 2004

¹²⁴ Správa o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2005 - rezort zdravotníctva, Materiál na VM DZKD, marec 2006

¹²⁵ Organizácia zdravotnej starostlivosti u pacientov s drogovou závislosťou v SR, MUDr. Nadežda Stowas-serová, celoslovenský kurz "Poradenstvo v oblasti drogových závislostí", 2005

¹²⁶ Správa 2004, s 85

5. LIEČBA

liečbe drogovzo závislých pacientov formou detoxifikácie a ambulantnou tzv. čistou liečbou (Správa 2005). Psychiatrické oddelenia sa orientujú aj na zvládanie akútnych stavov psychickej dekompenzácie či alterácie súvisiacej s užívaním drog a riešenie problémov vyplývajúcich z psychiatrickej komorbidity. Ambulantne a ústavne poskytovaná terapia sa realizuje v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach - CPLDZ, v ambulanciách psychiatrov AT, v špecializovaných AT oddeleniach psychiatrických nemocníc. Špecializované ambulance pre liečbu drogových závislostí tiež vykonávajú substitučnú liečbu u pacientov so závislosťou od opioidov. Starostlivosť o pacienta potom prechádza do programov sociálnej reintegrácie uskutočňovanej v resocializačných zariadeniach (pobytová forma) alebo ambulantne prostredníctvom rôznych klubov abstinentov.

Tab. 5.1: Klasifikácia liečebných zariadení definovaných podľa metodického pokynu ako hlásne jednotky do zdroja pre TDI (počet pracovísk hlásiacich v roku 2005)

Klasifikácia liečebného zariadenia - útvar/pracovisko	Počet	
	pracovísk	liečených pacientov
1. Ambulantné liečebné zariadenia		954
Ambulancie pri CPLDZ	15	687
Denný stacionár CPLDZ	-	-
Ambulancie psychiatrov	63	243
ambulancia pri lôžkovom oddelení psychiatrickom	4	24
denný stacionár pri lôžkovom oddelení psychiatrickom	-	-
denný stacionár (samostatný)	-	-
2. Lôžkové liečebné zariadenia		769
CPLDZ lôžkové oddelenie, oddelenia pre liečbu alkoholizmu a drogových závislostí*	20	284
lôžkové oddelenie psychiatrické	33	481
terapeutické komunity	-	-
iné	1	4
3. Nízkoprahová uličná (terénna) agentúra (drop-in)**		
nízkoprahová uličná (terénna) agentúra (drop-in)	-	-
4. Všeobecní lekári		
všeobecný lekár	-	-
lekár pre deti a dorast	-	-
iní	-	-
5. Liečebné oddelenia vo väzení - výkon trestu odňatia slobody a výkon väzby		355
praktický lekár pre dospelých	15	336
samostatná ambulancia psychiatrická	1	5
denný stacionár (samostatný)	-	-
lôžkové oddelenie psychiatrické	2	14
ambulancia pri lôžkovom oddelení psychiatrickom	-	-
dobrovoľná liečebná jednotka	-	-
iné	-	-
Spolu	154	2 078

* Samostatné oddelenia v rámci psychiatrických nemocníc a nemocníc s poliklinikou

** Nízkoprahové organizácie nehlásia liečbu užívateľa drog NCZI. Sú však uvedené v metodickom pokyne MZ SR na vyplňanie hlásenia liečby užívateľa drog ako spravodajská jednotka /pracovisko, ktoré by hlásenie vyplniť mohlo.
Zdroj: NCZI, 2006

Podľa údajov o pacientoch v liečbe z TDI najviac pacientov v prepočte na 100 tis. obyvateľov pochádza z Bratislavského (137 pacientov), Trnavského (40 pacientov), Nitrianskeho (38 pacientov), Banskobystrického (36 pacientov) a Trenčianskeho kraja (30 pacientov). Podľa miesta liečebného zariadenia sa najviac pacientov lieči v Bratislavskom kraji (158 pacientov na 100 tis. obyvateľov), a potom v Nitrianskom a Banskobystrickom kraji (47/100 tis.).

Mapa 5.1: Liečení pacienti podľa trvalého bydliska na 100 tis. obyvateľov



Mapa 5.2: Liečení pacienti podľa miesta liečebného zariadenia na 100 tis. obyvateľov



CPLDZ ako špecializované zdravotnícke zariadenia poskytujú zdravotnú starostlivosť pre drogovu závislých so širšou škálou terapeutických a preventívnych programov (tab. 5.2). V CPLDZ Nové Zámky sa začiatkom roka 2005 na hospitalizáciu prijímali aj mladiství do 18 rokov. Vzhľadom na problémy v komunitnom režime, v ktorom si táto veková skupina vyžaduje osobitný prístup, bola táto činnosť od marca 2005 prerušená¹²⁷. V CPLDZ Banskej Bystrici sa podarilo otvoriť program metadónovej udržiavacej liečby, v CPLDZ Žilina sa zatiaľ len pripravovalo jeho zavedenie.

¹²⁷ Správa o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2005 - rezort zdravotníctva, Materiál na VM DZKD, marec 2006

5. LIEČBA

Tab. 5.2: Liečebné programy poskytované CPLDZ v 2005.

	Ambulantne sa poskytuje	Lôžková liečba	Iné
CPLDZ Banská Bystrica	- odvykacia liečba alkoholizmu a drogových závislostí	- JIS na liečbu abstinenčných syndrómov	- spolupráca so socioterapeutickými klubmi a resocializačnými zariadeniami
	- screening prenosných ochorení v súvislosti s drogami	- strednodobá odvykacia liečba s účasťou terapeutickú komunity	- výmena ihiel
	- metadonová liečba		- vakcinácia proti HBV
	- skupiny abstinujúcich závislých na drogách		
CPLDZ Bratislava	- detoxifikačná liečba	- detoxifikačná liečba	- očkovanie proti HBV
	- liečba závislosti od alkoholu	- strednodobá liečba	- poskytovanie ihiel a striekačiek
	- liečba závislosti od opiátov		- poskytovanie prezervatívov
	- liečba závislosti od stimulancií (pervitín)		- programy následnej starostlivosti a doliečovania v spolupráci s resoc. zariadením
	- liečba pre ľudí s problémami s užívaním marihuany		- súdom nariadené protialkoholické a protitoxikomanické liečby
	- liečba závislosti od hazardných hier - liečba závislosti od tabaku		- poradenské skupiny a terapeutický program pre rodičov, rodinných príslušníkov
	- metadonová udržiavacia liečba		
CPLDZ Žilina	n.a.	- strednodobá liečba	- príprava metadonovej liečby
			- spolupráca s resoc. centrami
			- prevencia sociálnepatologických javov
CPLDZ Košice	- diagnostika a doliečovanie závislostí - liečba abstinenčných stavov - poradenstvo - diagnostika krvou prenosných nákaz	- detoxifikačná liečba - skupinové aktivity - psychoterapia, terapeutické komunity	- krátkodobé posilňovacie kúry abstinujúcich - súdom nariadené protialkoholické a protitoxikomanické liečenia - programy následnej starostlivosti
OLÚP n.o Predná Hora	- prvá pomoc pre závislých, okres Revúca - psych.vyšetrenie (aj mladiství) pri podozrení na závislosť	- detoxifikačná liečba - stredne dlhodobá liečba - ochranné liečby - liečba toxických psychóz u závislých - liečba závislých pac. s psychiatrickou poruchou	- socioterapeutické kluby a štrukturované abstinenčné kluby N klub (abstinujúci drogovovo závislí), A klub (abstinujúci od alkoholu), G klub (abstinujúci závislí patologickí hráči)
	- vyšetrenie a liečba závislých s duálnou diagnózou	- rehabilitačno	
	- preventívne poradenstvo vrátane špecifických skupín	- rekondičná liečba	
	- telefonická intervencia - ambulatná ochranná liečba	- spolupráca s dlhodobými abstinujúcimi	
	- screening prenosných ochorení	- rodinná terapia	
CPLDZ Nové Zámky	- včasná diagnostika všetkých typov závislostí	- strednodobá režimová liečba	- komunitná režimová liečba v dennom stacionári
	- príprava pacientov na liečbu	- skupinová psychoterapia	- spolupráca s resocializačnými zariadeniami a motivovanie pacientov na resocializáciu
	- doliečovanie po prepustení	- sérologická diagnostika a skrining,	- prepojenie a komunikácia s abstinentskými klubmi a svojpomocnými skupinami
	- toxikologické vyšetrenia podľa potreby	- posilňovacie týždňové preliečenia pre abstinujúcich	

Zdroj údajov: Správa o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2005 - rezort zdravotníctva, Materiál na VM DZKD, marec 2006

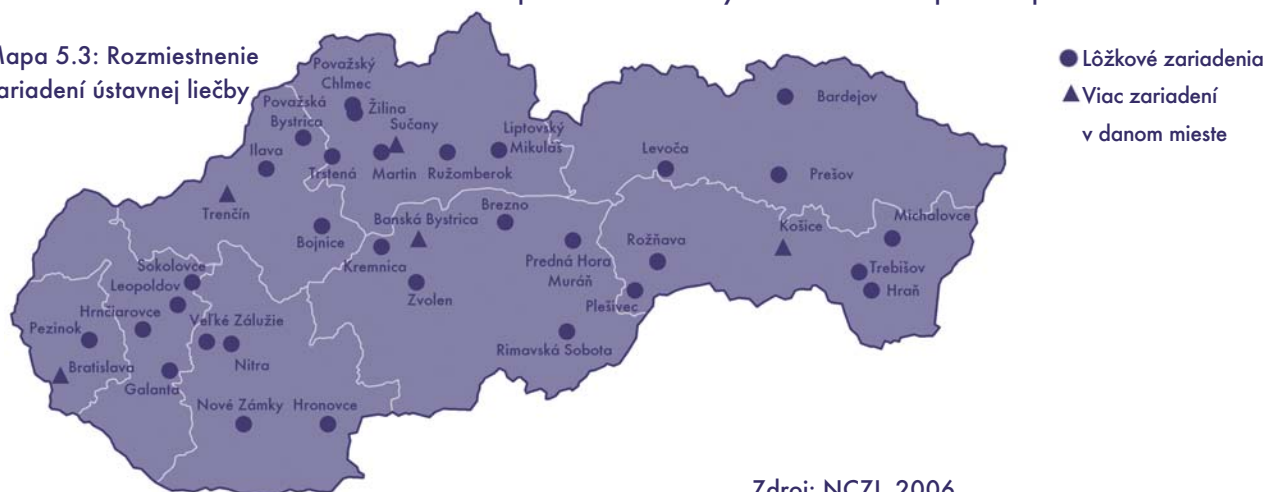
5.2 Drogovo čistá liečba "drug free"

"Čistá", t.j. bezdrogová liečba spočíva v uplatňovaní psychosociálnych a edukačných techník na dosiahnutie dlhodobej drogovej abstinencie¹²⁸. Využíva sa kombinácia individuálnych a skupinových psychoterapeutických postupov, ako aj podporná, motivačná a rodinná psychoterapia, logoterapia, technika prevencie relapsov, arteterapia atď. V systéme liečby v SR je v rámci čistej liečby ústavná liečba spravidla kombinovaná s liečbou ambulantnou a opačne. Je to prevažujúca forma odvykacej liečby na Slovensku (Správa 2004, str. 87).

5.2.1 Ústavná / rezidenčná liečba

Ústavná forma liečby prebieha v lôžkových oddeleniach CPLDZ, lôžkových oddeleniach psychiatrických nemocníc a v špecializovaných psychiatrických ústavoch (Správa 2004, s. 83 - 86). Po absolvovaní ústavnej alebo aj ambulantnej liečby pacient môže absolvovať prípadne aj terapeutické aktivity v rámci doliečovania tzv. kluby abstinentov. Niektorým sa odporúča pokračovanie dlhodobej liečby v resocializačnom zariadení za účelom ich rehabilitácie a resocializácie. Údaje o resocializačných zariadeniach pozri kapitola 9.

Mapa 5.3: Rozmiestnenie zariadení ústavnej liečby



Zdroj: NCZI, 2006

V zariadeniach rezidenčného typu (54 pracovísk) sa podľa údajov TDI v roku 2005 liečilo 769 pacientov, o 327 (29,8% pacientov) menej ako v roku 2004 (1 096 pacientov). Na prvom mieste sa v 30,4% prípadov liečili pacienti s problémami od užívania opiátov, potom pacienti závislí od stimulancií (25,7%), marihuany 22,2%, prchavých látok (10%) a hypnotík (9,1%). Priemerný vek liečených pacientov bol 26 rokov, najpočetnejšiu vekovú skupinu tvorili pacienti vo veku 20 - 29 rokov (takmer 57%) (Kap. 4).

Kapacitu lôžkových zdravotníckych zariadení a podiel ošetrovaných drogovu závislých osôb v jednotlivých typoch zariadení znázorňuje tab. 5.3.

Tab. 5.3: Súhrn liečebnej starostlivosti o užívateľov drog v SR za rok 2005

	miesta/ postelí	Počet hospitalizácií *	Podiel hospitalizovaných drogovu závislých osôb (v %)
Psychiatrické oddelenia	3 780	32 991	2,99%
z toho psychiatrických nemocniciach	1 088	6 616	3,61%
v psychiatrických liečebniach	650	2 044	2,92%
vo väzení	60	400	10,59%
Oddelenia pre liečbu alkoholizmu a iných toxikománií	449	2 828	23,41%
z toho CPLDZ	145	1013	39,22%
v psychiatrických nemocniciach	57	426	13,89%
psychiatrických liečebniach	160	775	13,74%

*hospitalizácia=súvislý pobyt pacienta na danom oddelení. Jeden pacient môže mať viac hospitalizácií v danom roku.
Zdroj: NCZI, 2006

¹²⁸ www.emcdda.europa.eu

5. LIEČBA

5.2.2 Ambulantná liečba

Ambulantná liečba ako systematická ambulantná liečebná starostlivosť je poskytovaná zdravotníkmi pracovníkmi a zriedkavo aj inými pracovníkmi v zdravotníctve, ak sa jedná o "drug free" liečbu. Ambulantnú liečbu vykonávajú lekári a psychológovia, zdravotné sestry so získaným primeraným odborným vzdelaním a tréningom pre oblasť drogových závislostí, špeciálni pedagógovia a psychoterapeuti (Správa 2004).

V roku 2005, na rozdiel od ústavnej liečby, podľa údajov TDI vzrástol počet hlásených liečených pacientov v ambulantných zariadeniach o 29,8% (219 prípadov). Celkovo ich bolo v roku 2005 ambulantne liečených 954. Liečba závislosti od opiátov sa oproti predchádzajúcemu roku realizovala vo väčšej miere ambulantne, a to v prípade 50% pacientov, v 22,4% prípadov sa liečila závislosť od stimulancií, v 20,1% prípadov od marihuany. Vo veľmi malej miere sa ambulantne liečili závislosti od prchavých látok či hypnotík. Priemerný vek ambulantne liečených pacientov bol 24 rokov. 54% klientov sa nachádzalo vo vekovej skupine 15 - 24 ročných, za nimi s minimálnym rozdielom nasledovala skupina 25 - 29 ročných.

5.3 Medicínsky asistovaná liečba

5.3.1 Detoxifikačná liečba

Detoxifikačná liečba sa v SR realizuje v ambulantných a ústavných zdravotníckych zariadeniach. Podstupuje ju väčšina pacientov závislých najmä od opiátov, ktorí chcú prestať brať drogu, prípadne nemali možnosť alebo nevyužili možnosť substitučnej liečby. Druhou veľkou skupinou pacientov nastavených na detoxifikačnú liečbu sú užívatelia hypnotík a sedatív a závislí od prchavých látok. Veľmi častým fenoménom je "polydrogová závislosť" - kombinovaná závislosť od viacerých návykových látok súčasne (Správa 2004, s. 89).

Pri liečbe závislosti od opiátov je odporúčaným liekom buprenorfín a taktiež agonisti opiátových receptorov, ktorými sú kodeín, etylmorfín, metadón a pomaly sa uvoľňujúci morfín. Niekedy sa ale medicínsky asistovaná detoxifikácia pri závislosti od opiátov vykonáva aj bez agonistov, za použitia benzodiazepínov alebo neuroleptík.

Pokiaľ ide o liečbu antagonistami typu naltrexon, NMCD nedisponuje informáciami o jeho používaní pri liečbe drogových závislostí. Podľa informácií Štátneho ústavu na kontrolu liečiv¹²⁹ bol pod názvom Nemexin zaregistrovaný farmaceutický produkt s účinnou látkou naltrexon v októbri 2005 a odporúča sa pre komplexnú liečbu drogových závislostí (vrátane psychoterapie).

5.3.2 Metadónová substitučná liečba

Metadónový udržiavací program (ďalej len "MUP") sa v súčasnosti realizuje len v dvoch mestách. Do roku 2005 existoval metadónový program len v CPLDZ Bratislava, a to od roku 1997. Priemerný počet pacientov sa pohyboval okolo 300 - 350 klientov (Správa 2004, s. 89). Podľa posledných dostupných údajov¹³⁰ v roku 2003 počet pacientov v metadónovej liečbe bol 457 a 490 pacientov v roku 2004. Druhý program MUP sa v priebehu roku 2005 otvoril v Banskej Bystrici. Vzhľadom na krátkosť existencie programu v ňom v danom roku absolvovalo liečbu asi 5 pacientov.

Na Slovensku zatiaľ neexistuje centrálny register substitučnej liečby, ktorý by poskytoval informácie o počte pacientov dostávajúcich substitučnú liečbu. Z registra dopytu po liečbe existujú informácie o počte liečených pacientov, ktorí už niekedy v minulosti takúto liečbu absolvovali alebo aktuálne podstupujú.

Organizačné usmernenie na zabezpečenie metadónovej liečby je sformulované v Metodickom pokyne na zabezpečenie metadónovej udržiavacej liečby pre pacientov so závislosťou od opiátov s chronickým priebehom ochorenia, uverejnenom v čiaske 21 - 27 Vestníka MZ SR 2004 dňa 31.3.2004.

¹²⁹ www.sukl.sk

¹³⁰ Okruhlica L., komentár k Výročnej správe EMCDDA, 2006

Tento metodický pokyn zdôvodňuje zavedenie udržiavacej liečby metadónom, jeho formy dostupné v SR, prípravu, podávanie, skladovanie, kritériá na zaradenie /i nezaradenie/ pacienta do metadónového programu, vyšetrenia pred zaradením do tohto programu, detailne popisuje nastavovanie na metadón, ako aj to, kde - v ktorom špecializovanom zariadení sa MUP realizuje (CPLDZ), kto je za túto liečbu zodpovedný (vedúci lekár s odbornosťou v psychiatrii a s primeraným ďalším špecializovaným vzdelaním (nadstavbová atestácia z drogových závislostí alebo atestácia II. stupňa zo psychiatrie a absolvovanie zaškolenia v Inštitúte drogových závislostí formou praktickej klinickej stáže v CPLDZ Bratislava). Finančne je liečba podporovaná aj z prostriedkov Protidrogového fondu.

5.3.3 Buprenorfínová substitučná liečba

Subutex sa na substitučnú liečbu používa najmä mimo hlavného mesta Bratislava, keďže inde nie je dostupná metadónová udržiavacia liečba. Subutex je na Slovensku dostupný už od roku 2000 a podľa údajov v Správe 2004 jeho preskripcia nie je rozšírená. Podľa informácií Štátneho ústavu na kontrolu liečiv sa v roku 2005 predalo 6 189 balení 2mg Subutexu. Obmedzenú preskripciu spôsobuje jeho vysoká cena a obmedzenia na jeho predpisovanie zo strany poisťovne (Správa 2004).

Subutex môžu predpisovať psychiatri s nadstavbou, atestáciou v oblasti drogových závislostí alebo psychiatri pracujúci v CPLDZ. Všeobecní lekári nemajú oprávnenie Subutex predpisovať.

Okrem údajov uvedených v Správe 2004 nie sú k dispozícii ďalšie údaje, a ani neboli realizované prieskumy, ktoré by mapovali údaje o počte klientov v buprenorfínovej liečbe, jeho predpisovaní či zneužívaní. Orientačné údaje poskytol prieskum NMCD medzi klientmi organizácií sociálnej terénnej práce v ôsmich mestách (kapitola 4). Podľa získaných údajov užívalo 109 klientov nízkoprahových služieb Subutex. Z nich 65 klientov získavalo Subutex legálne (na predpis) a zvyšok na čiernom trhu, a to v mestách Nitra a Sereď, čo môže potvrdzovať pretrvávanie situácie so zneužívaním buprenorfínu ako sa to naznačilo v Správe 2004, (s. 129). V Žiari nad Hronom a Banskej Bystrici sa získava Subutex na predpis u lekára.

6. Zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drog

Hlásené počty úmrtí súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok zo súdnolekárskych pracovísk Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) sa v porovnaní s rokom 2004 výrazne nezmenili. V roku 2005 bolo pod vplyvom psychoaktívnej látky nahlásených celkovo 123 úmrtí (124 v roku 2004), z toho priamym predávkovaním bolo spôsobených 46 úmrtí a v stave ovplyvnenia psychoaktívnou látkou 77. Najčastejšou príčinou úmrtí, podľa výsledkov získaných z roku 2004 a 2005, je zneužitie skupiny liečiv, predovšetkým benzodiazepínov, ktoré prevládajú vo vyšších vekových skupinách (nad 35 rokov). Výrazný pokles úmrtí (50% a viac) bol v roku 2005 zaznamenaný v skupine amfetamínov/metamfetamínov, kanabinoidov a rozpúšťadiel. Výskyt infekcie HIV/AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog na Slovensku patrí k trvalo najnižším na svete. Aktuálne ide o jedného človeka, u ktorého bol zaznamenaný prenos HIV injekčným užívaním drog. Podľa údajov RÚVZ Banská Bystrica má incidencia akútnej hepatitídy B (AHB) u injekčných užívateľov drog v posledných rokoch relatívne nízky výskyt. V roku 2005 z celkového počtu 124 prípadov AHB, bolo nahlásených 9 prípadov u injekčných užívateľov drog. Akútna hepatitída C bola v roku 2005 zaznamenaná v 7 prípadoch IDU z celkového počtu 28 a u chronickej hepatitídy C bolo hlásených 27 prípadov u injekčných užívateľov drog z celkového počtu 110 prípadov.

Výsledky pilotnej analýzy počtu hospitalizovaných pacientov ukázali, že 12 - 14% pacientov malo okrem diagnózy závislosti aj inú psychiatrickú diagnózu.

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

Vzhľadom na používanie štatistických dát o úmrtiach súvisiacich s drogami z tzv. všeobecných registrov úmrtností v iných členských štátoch EÚ pracovná skupina NMCD pre úmrtia súvisiace s drogami a úmrtnosť užívateľov drog (ďalej len "DRD") vyextrahovala z registra vedenom na Štatistickom úrade SR údaje o úmrtiach spojených s drogami za posledných 11 rokov. Pri výbere sa vychádzalo z definície a protokolu pre implementáciu kľúčového indikátora DRD podľa EMCDDA, avšak táto definícia sa nemohla dodržať v plnej miere. Obmedzenia vychádzali z nedostatočného a neúplného zaznamenávania príčiny smrti podľa klinického nálezu, uvádzanie trojmiestneho kódu diagnózy podľa MKCH 10 namiesto štvormiestneho v liste o prehliadke mŕtveho, a to počas celého sledovaného obdobia.

Prípady boli zaradené do výberu a ako príčina smrti bola označená porucha psychiky a správania zapríčinená užívaním psychoaktívnych látok (F11 - 12, F14 - 16 a F19 vrátane F 18). Ďalej boli do výberu zaradené diagnózy označené ako náhodná otrava a priotrávenie (X41, X42, X49), úmyselné sebapoškodenie otravou a priotrávením (X61, X62, X64, X69), alebo otrava a priotrávenie s neurčeným úmyslom (Y11, Y12, Y14, Y19). Diagnózy podľa X41, X61, Y11 sa vyberali v kombinácii s T42^[1], T43^[2] a diagnózy X42, X62, Y12 v kombinácii s T40^[3] a diagnózy X49, X64, X69, Y14, Y19 v kombinácii s T50^[4]. Pre porovnanie boli z registra získané aj údaje o smrtiach, ktorých príčina bola neznáma alebo nešpecifikovaná (R96, R98, R99).

Získané výsledky ukazujú, že počty úmrtí súvisiacich s drogami a liečivami sú zdanlivo nízke (tab.6.1). Dôkazom podhodnotenia získaných údajov je porovnanie počtov úmrtí za roky 2004 a 2005 podľa údajov ŠÚ SR a údajov získaných z nekroptických pracovísk ÚDZS.

Tab. 6.1: Úmrtia súvisiace s drogami v absolútnych číslach

Diagnóza/Rok	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kódy F	1	0	1	2	9	6	7	1	6	0	2	0
Kódy X,Y,T	27	39	42	52	45	31	37	45	26	39	33	35
Kódy R	182	190	207	263	308	386	451	324	383	448	438	523
Spolu	210	229	250	317	362	423	495	370	415	487	473	558

Zdroj :ŠÚ SR

^[1] Otrava antiepileptikami, sedatívami, hypnotikami a antiparkinsonikami

^[2] Otrava psychotropnými liekmi nezatriedená inde

^[3] Otrava opíátmi a halucinogénmi

^[4] Otrava diuretikami a inými bližšie neurčenými liečivami, liekmi a biologickými látkami

6. ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY UŽÍVANIA DROG

Oveľa presnejšie a spoľahlivejšie údaje poskytuje špeciálny register, ktorý je založený na údajoch zo súd-nolekárskejších pracovísk ÚDZS, ktorých prostredníctvom sa podobne ako za rok 2004 aj za rok 2005 retro-spektívne zozbierali príslušné údaje v úzkej spolupráci s NMCD.

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

Za rok 2005 bolo zo súd-nolekárskejších pracovísk ÚDZS nahlásených 46 prípadov úmrtí spôsobených priamym účinkom psychoaktívnej látky. Prevládali liečivá - boli zistené v 29 prípadoch, čo predstavuje 63% všetkých úmrtí v tejto skupine. Vyskytovali sa vo vyšších vekových skupinách, predovšetkým nad 34 rokov. Najväčší podiel tvorili benzodiazepíny - 20 prípadov (69%). Zastúpenie mužov a žien bolo vzácné vyrovnané, t.j. po 50% zo všetkých hlásených prípadov. V priamej súvislosti so psychoaktívnymi látkami z ostatných sledovaných skupín bolo 17 úmrtí predovšetkým ľudí v mladších vekových skupinách do 34 rokov. Podrobný prehľad zistených prípadov rozdelených s ohľadom na skupiny psychoaktívnych látok, vekové skupiny a pohlavie je uvedený v tab. 6.2.

Tab. 6.2: Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2005 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia. (M/Ž)

Psychoaktívna / veková skupina látky	< 15	15- 19	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65 <	Spolu
Len opioidy (bez metadonu)	-	-	2/-	-	-	-	-/1	-	-	-	-	-	3 (2/1)
Len metadon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polysubstancie vrátane opioidov	-	-	2/3	1/-	2/1	-	-	-	-/2	-	-	-	11 (5/6)
Polysubstancie bez opioidov	-	-	1/-	1/-	1/-	-	-	-	-	-	-	-	3 (3/-)
Psychoaktívne liečivá	-	-	1/1	1/-	2/3	-/2	2/1	1/4	2/1	3/-	1/1	-/3	29 (13/16)
Nešpecifikované látky	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spolu	-	-	6/4	3/-	5/4	-/2	2/2	1/4	2/3	3/-	1/1	-/3	46 (23/23)

Zdroj: ÚDZS, 2006 (spracoval Šidlo J.)

6.1.2 Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami

Do tejto skupiny patria všetky úmrtia pod vplyvom psychoaktívnych látok, kde príčina smrti je iná ako otrava alebo predávkovanie danou látkou. V roku 2005 bolo v tejto skupine nahlásených celkom 77 úmrtí. Liečivá boli zistené v 51 prípadoch, čo predstavuje 66,2%. Najväčší podiel bol zistený v skupine benzodiazepínov - 36 prípadov, ktoré predstavovali 70,6% úmrtí pod vplyvom liečiv. Muži tvorili skoro dve tretiny evidovaných prípadov. Úmrtia boli približne proporcionálne zastúpené vo všetkých vekových skupinách s výraznejším vzostupom počtu prípadov v skupine 25 - 29-ročných a v skupine nad 65 rokov a s poklesom počtu prípadov vo vekovej skupine 40 - 44-ročných a 60 - 64-ročných.

Tab. 6.3: Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2005 podľa skupín zistených látok, príčin smrti a pohlavia muži/ženy

Psychoaktívna látka/ príčina smrti	Prirodzená/ vnútorná	Nehoda	Samovražda	Vražda	Neurčená	Spolu	Podiel v %
Opioidy	1/4	2/-	3/-	-/1	-	11 (6/5)	14,3
AMT/MAMT	1/-	1/2	2/-	1/-	-	7 (5/2)	9,1
Kanabinoidy	-	3/1	2/-	-	-	6 (5/1)	7,8
Rozpúšťadlá	-	1/-	-	-	-	1 (1/-)	1,3
Kokaín	-	1/-	-	-	-	1 (1/-)	1,3
Benzodiazepíny	5/2	8/3	6/4	1/2	5/-	36 (25/11)	46,7
Iné liečivá	1/5	3	2/-	-	-	15 (6/9)	19,5
Spolu	19 (8/11)	29 (19/10)	19 (15/4)	5 (2/3)	5 (5/-)	77 (49/28)	

Zdroj: ÚDZS, 2006 (spracoval Šidlo, J.) Pozn: AMT - amfetamín, MAMT - metamfetamín.

6. ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY UŽÍVANIA DROG

Podľa údajov ŠÚ SR v roku 2005 zomrelo v SR celkom 53 475 ľudí. Z tohto počtu podľa údajov ÚDZS bolo pitvaných 9 677 zomrelých. Na základe týchto údajov je možné konštatovať, že pitvanosť bola v roku 2005 18% a za prvý rok existencie ÚDZS sa zvýšila pitvanosť o 5,5%, čo je pozitívny údaj aj z hľadiska monitorovania úmrtí súvisiacich so psychoaktívnymi látkami, nakoľko sa týmto zvyšuje pravdepodobnosť záchytu vyššieho počtu úmrtí patriacich do tejto skupiny.

6.1.3 Porovnanie získaných údajov za roky 2004 a 2005

Hlásené počty úmrtí súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok za roky 2004 a 2005 sú veľmi podobné. Všetci zomrelí boli pitvaní a vo všetkých prípadoch bolo vykonané chemicko-toxikologické vyšetrenie. Celkový počet úmrtí bol 124 v roku 2004 a 123 v roku 2005. Prípadov priamo súvisiacich s užívaním sledovaných látok bolo zhodne po 46 v každom roku. Súvislosť medzi užívanými látkami a vekovými skupinami sa nezmenila. Liečivá prevládali vo vyšších vekových skupinách, ostatné sledované látky v nižších vekových kategóriách. Medzi týmito skupinami substancií a zároveň vekovými kategóriami v skupine úmrtí na predávkovanie je pomyselná hranica vo veku 34 - 35 rokov. Počty prípadov v jednotlivých skupinách psychoaktívnych látok sa menia len mierne. Výrazný pokles v roku 2005 je v skupine polysubstancií bez opioidov.

V skupine úmrtí v stave ovplyvnenia psychoaktívnou látkou bolo zaznamenaných v roku 2004 78 a v roku 2005 77 prípadov. Z hľadiska zistených psychoaktívnych látok bol počet prípadov rovnaký u opioidov, výrazný pokles (50% a viac) bol zaznamenaný v skupine amfetamínov/metamfetamínov, kanabinoïdov a rozpúšťadiel, mierny vzostup bol u benzodiazepínov a výrazný vzostup bol v skupine ostatných liečiv. Rozloženie prípadov podľa jednotlivých kategórií smrti sa menilo len mierne. Výraznejšie klesol počet prípadov s neurčenou príčinou smrti.

Na základe výsledkov analýzy je možné konštatovať, že v sledovanom období rokov 2004 - 2005 medzi užívateľmi resp. zneužívanými psychoaktívnymi látkami jednoznačne prevládajú liečivá, a to predovšetkým zo skupiny benzodiazepínov.

6.2 Infekčné ochorenia súvisiace s drogami

6.2.1 Výskyt HIV / AIDS u injekčných užívateľov drog

V priebehu 11 rokov (1995 - 2005) bolo na Slovensku potvrdených 194 prípadov HIV pozitivity, z toho 34% tvoria cudzinci. Výskyt infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog patrí k trvalo najnižším. Aktuálne ide o 1 človeka, u ktorého bol preukázaný prenos HIV vnútrožilovou cestou pri užívaní drog. Druhá osoba už zomrela na AIDS. V oboch prípadoch došlo k infekcii pri ich pobyte v zahraničí.

Podľa informácií Národného referenčného centra pre HIV/AIDS (ďalej len "NRC HIV/AIDS") sa v skupine užívateľov drog do konca roka 2005 vykonalo 8 094 vyšetrení na anti-HIV-protilátky. Nový prípad infekcie HIV sa v rámci NRC HIV/AIDS medzi užívateľmi drog nezaznamenal. V rámci programov výmeny ihliel a striekačiek sa testovanie na HIV protilátky anonymne poskytuje len v Prešove.

6.2.2 Výskyt vírusových hepatítid u injekčných užívateľov drog

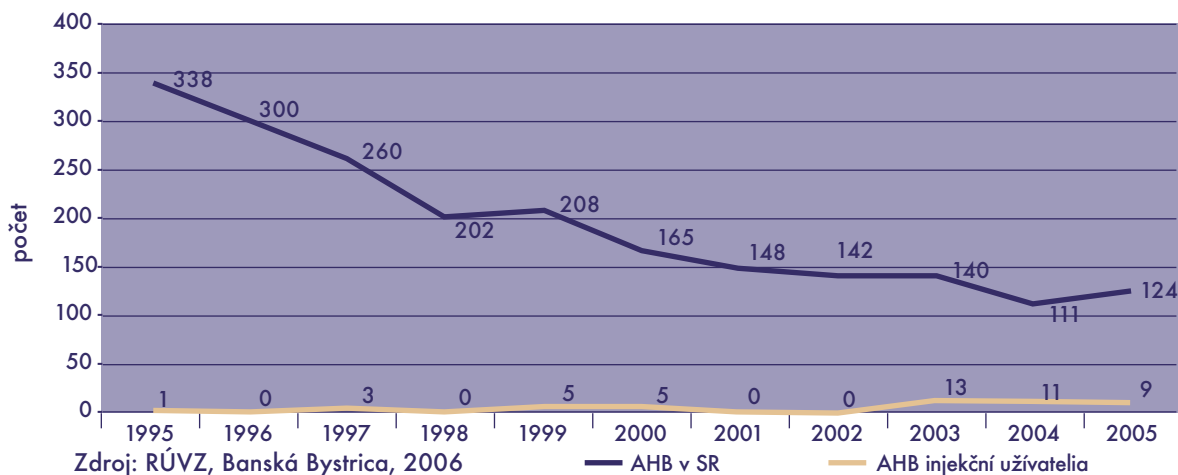
Podľa údajov poskytnutých RÚVZ v Banskej Bystrici, ktorý zbiera informácie z ďalších RÚVZ a regionálnych laboratórií, vykonávajúcej diagnostiku infekčných ochorení, bolo v roku 2005 medzi novými hlásenými prípadmi vírusovej hepatitídy A (AHA) zaznamenaných 9 prípadov u vnútrožilových užívateľov drog z celkového počtu 528 prípadov. Celkový výskyt AHA na Slovensku má v dlhodobom sledovaní klesajúcu tendenciu.

Hlásená celková incidencia akútnej hepatitídy B (AHB) má od roku 1995 klesajúcu tendenciu - jej celkový výskyt poklesol približne o 63% (graf 6.1). Incidencia AHB u injekčných užívateľov drog má už dlhodobo relatívne nízky výskyt až na rok 2003, kedy bol zaznamenaný zvýšený počet hlásených prípadov AHB

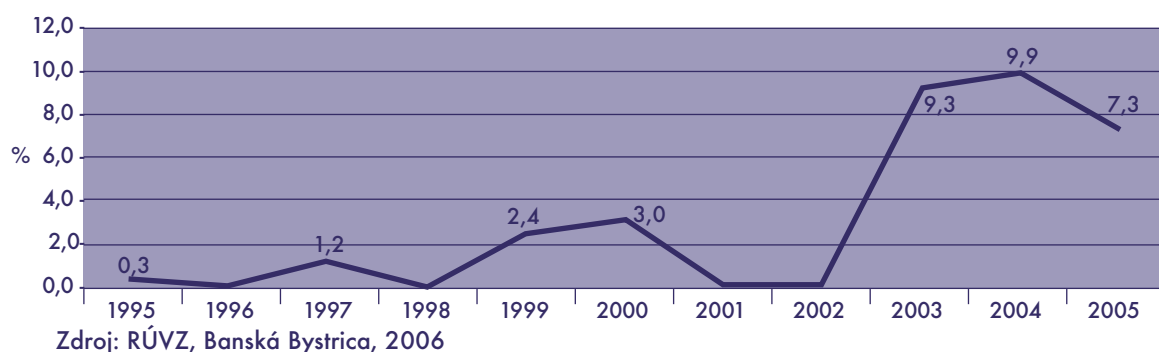
6. ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY UŽÍVANIA DROG

u vnútrožilových užívateľov. Ich podiel v SR v roku 2003 dosiahol 9,3%. V roku 2005 sa ich podiel na celkovom výskyte AHB znížil na 7,3% (graf 6.2).

Graf 6.1: Počty hlásených prípadov akútnej hepatitídy B v SR a u vnútrožilových užívateľov drog

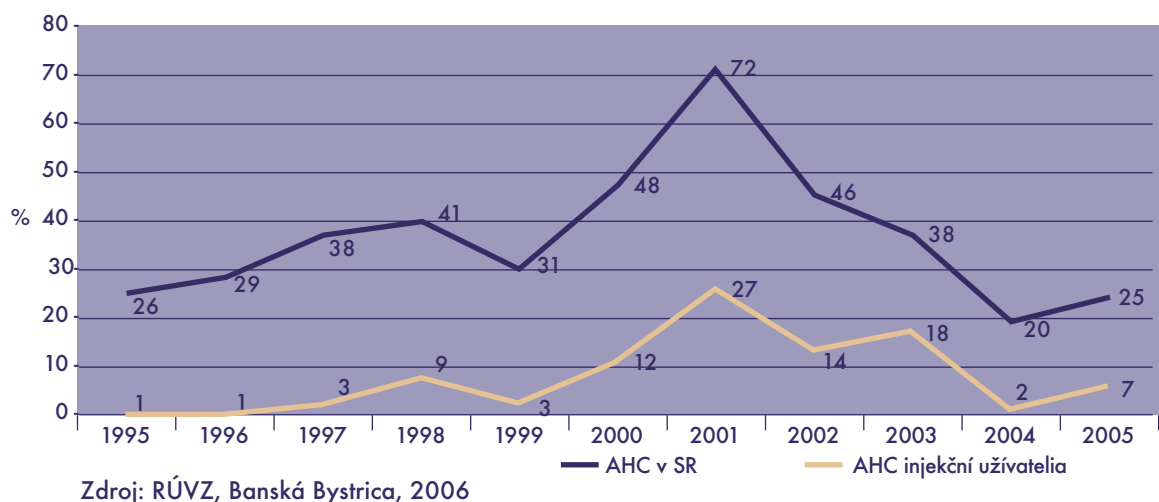


Graf 6.2: Podiel výskytu AHB u injekčných užívateľov na celkovom výskyte AHB v SR



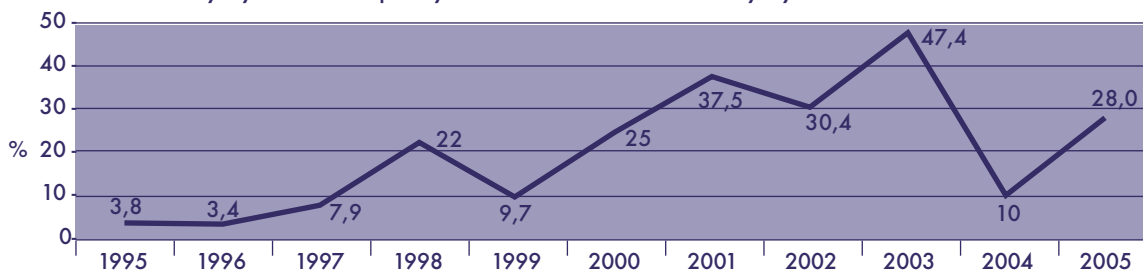
Incidencia hlásenej akútnej hepatitídy C (AHC) od roku 2001 paradoxne klesá (graf 6.3). Podiel hlásených prípadov AHC u injekčných užívateľov drog na celom výskyte AHC mal rastúcu tendenciu až do roku 2003. V roku 2005 ich podiel na celkovom počte tvoril 28% (graf 6.4).

Graf 6.3: Počty hlásených prípadov akútnej hepatitídy C v SR a u vnútrožilových užívateľov drog



6. ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY UŽÍVANIA DROG

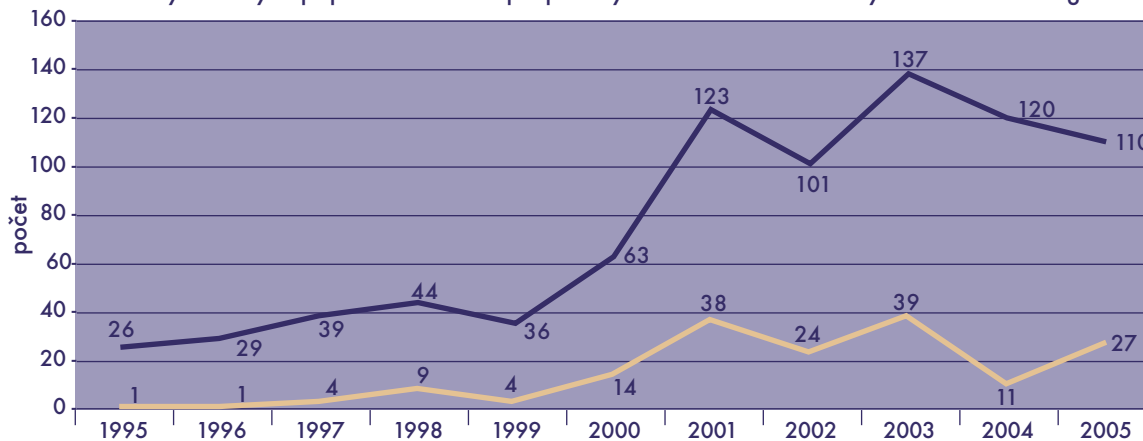
Graf 6.4: Podiel výskytu AHC u injekčných užívateľov na celkovom výskyte AHC v SR



Zdroj: RÚVZ, Banská Bystrica, 2006

Do roku 2003 bol zaznamenaný kontinuálny nárast počtu hlásených prípadov chronickej hepatitídy C (CHC) (graf 6.5). Podobne sa podiel injekčných užívateľov drog (ďalej len "IDU") na hlásených prípadoch CHC zvyšoval do roku 2001, kedy dosiahol 31%. V roku 2005 tvoril podiel na celkovom počte hlásených CHC v SR u IDU 24,5% (graf 6.6).

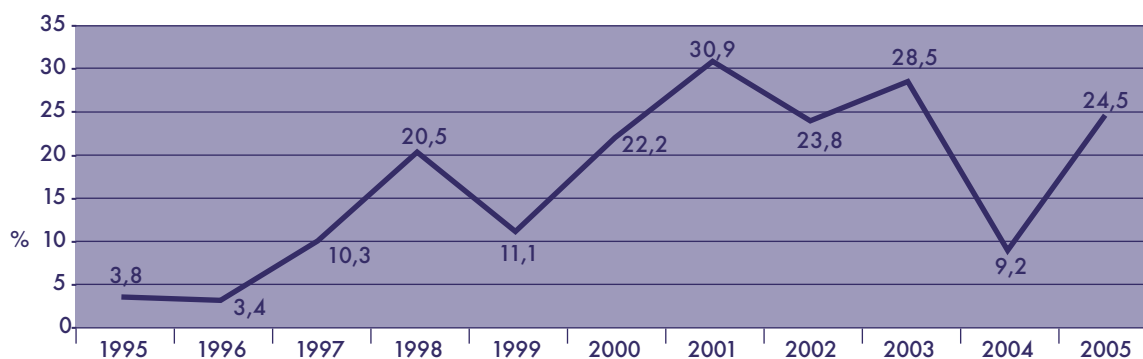
Graf 6.5: Počty hlásených prípadov chronickej hepatitídy C v SR a u vnútrožilových užívateľov drog



Zdroj: RÚVZ, Banská Bystrica, 2006

— CHC v SR — CHC injekční užívatelia

Graf 6.6: Podiel výskytu CHC u injekčných užívateľov na celkovom výskyte CHC v SR

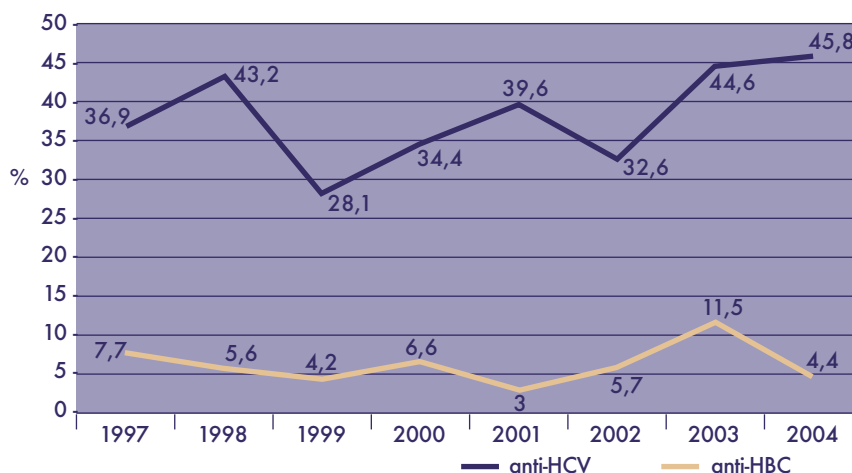


Zdroj: RÚVZ, Banská Bystrica, 2006

Séroprevalencia vírusových ochorení u injekčných užívateľov drog v Bratislave

V CPLDZ - IDZ Bratislava sa uskutočňuje už od roku 1997 pravidelné sentinelové sledovanie infekčných ochorení medzi liečenými IDU, ktorí prvýkrát žiadali o liečbu v príslušnom roku. Podľa posledných dostupných údajov bolo v roku 2004 z celkového počtu 72 testovaných pacientov 45,8% pozitívnych na výskyt protilátok anti-HCV a 4,4% na anti - HBC (Správa 2005).

Graf 6.7: Výskyt anti HCV a anti - HBC u vnútrožilových užívateľov drog v CPLDZ Bratislava



Zdroj: CPLDZ Bratislava, štandardné tabuľky EMCDDA ST 09, 2005 (Správa 2005)

Vysoký výskyt anti HCV (45,8%) v CPLDZ môže znamenať aj vysoký výskyt prevalencie anti HCV resp. CHC u vnútrožilových užívateľov drog na Slovensku. Nález vyžaduje prehodnotenie metodík stanovenia a zberu údajov o výskyte CHC.

Testovanie vo väzení

V Ústavoch na výkon väzby a v Ústavoch na výkon trestu odňatia slobody (ďalej len "ÚVTOS" alebo "Ústavy") sa v rámci skríningu včasnej diagnostiky infekčných ochorení u osôb s rizikovým správaním realizovalo vyšetrovanie krvi na HIV a vírusové hepatitídy typu B resp. C. Testovaní boli hlavne drogově závislí s injekčnou aplikáciou drog, hemofilici, osoby hemodialyzované, profesionálne promiskuitné, sexuálni partneri chorých na niektoré z uvedených infekčných ochorení, príjemcovia orgánov a tkanív do roku 1992, odsúdení nastupujúci na súdom nariadenú ochrannú protitoxikomanickú, sexuologickú a protialkoholickú liečbu, ako aj tí, u ktorých bolo podozrenie na infekčné ochorenie.

V roku 2005 sa v 18 - tich ústavoch uskutočnilo 919 vyšetrení krvi na protilátky HIV. Zaznamenaný bol jeden prípad v nemocnici ÚVTOS Trenčín. Z 862 vyšetrení anti-HCV bolo 158 výsledkov pozitívnych. Z 817 testovaných osôb bolo 18 HbsAg pozitívnych.

Tab. 6.4: Výskyt anti HCV, HBsAg v Ústavoch na výkon väzby a Ústavoch na výkon trestu odňatia slobody v roku 2005

Druh testu	Počet vyšetrení	Počet pozitívnych testov	Pozitívne výsledky v %
HIV	919	1	0,1
anti HCV	862	158	18,3
HBsAg	817	18	2,2

Zdroj: GR ZVJS, odbor zdravotnej starostlivosti

Testovanie na anti-HCV v roku 2005 neuskutočňovala ani jedna z organizácií terénnej sociálnej práce (kapitola 7).

6.3 Psychiatrická komorbidita (duálna diagnóza)

Psychiatrická komorbidita drogově závislých sa doteraz cielene v SR nesledovala. Pre účely tejto kapitoly bola urobená, prostredníctvom NCZI, pilotná analýza počtu pacientov, ktorí boli hospitalizovaní v psychiatrických zariadeniach ústavnej starostlivosti primárne z dôvodu drogovej závislosti (F11 - F19), a popri tejto diagnóze mali uvedenú aj inú psychiatrickú diagnózu (F00 - F10; F20 - F99). Uvedené výsledky poskytujú orientačný pohľad. Pre detailnejšiu analýzu je potrebné uskutočniť komplexnejšiu epidemiologickú štúdiu.

6. ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY UŽÍVANIA DROG

Spracovaním štatistického zdroja (Štatistický lístok pacienta hospitalizovaného v psychiatrickom zariadení), ktorý sa posielala za každého pacienta psychiatrického oddelenia či psychiatrickej nemocnice a liečebne, približne 12 - 14% má okrem závislosti aj inú psychiatrickú diagnózu. Pri porovnávaní iného štatistického zdroja (Ročný výkaz A (MZ SR) 4-01 o činnosti psychiatrických ambulancií) je percento pacientov vyšetrených v psychiatrických ambulanciách s diagnózou F11 - 19 iba 2,5 % a približne polovica z nich je vyšetrená pre syndróm závislosti. Toto percento zostáva relatívne stabilné. Kvalitatívne informácie o duálnej diagnóze pozri bližšie v Správe 2004.

Tab. 6.5: Psychiatrická komorbidita u drogozo závislých pacientov liečených v psychiatrických zariadeniach ústavnej starostlivosti

	2001	2002	2003	2004
Hospitalizovaní pacienti	38 861	39 250	38 410	39 039
Drogozo závislí pacienti	1 621	1 638	1 561	1 492
z toho pacienti, ktorí majú aj inú psychiatrickú diagnózu ¹³¹	201 (12%)	241 (15%)	217 (14%)	195 (13%)

Zdroj: NCZI, 2006, Štatistický lístok pacienta hospitalizovaného v psychiatrickom zariadení

* hospitalizácia = súvislý pobyt pacienta na danom oddelení. Jeden pacient môže mať viac hospitalizácií v danom roku.

Zo zdravotníckej štatistiky "Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia" a "Hlásenie liečby užívateľa drog" bolo možné zistiť, že počet samovrážd vykonaných užívateľmi drog sa v rokoch 2000 - 2004 pohyboval na úrovni 3 - 12 v absolútnych číslach, v percentuálnom vyjadrení to predstavuje 0,7% až 2,4% dokonaných samovrážd hlásenými/ liečenými užívateľmi drog.

6.4 Ďalšie zdravotné dôsledky

U užívateľov drog sa vo väčšej miere vyskytuje rad ďalších iných poškodení zdravia, ktoré si vyžadujú zdravotnícku starostlivosť ako sú: mnohopočetné zubné kazы, abscesy, nekrózy tkaniva kože a svalstva pri infekciách v miestach vpichu, infekčné a toxické hepatitídy, poškodenia obličiek a pod. (Správa 2004, s. 94). Podrobnejšie štúdie a vyhodnotenia neboli zatiaľ na Slovensku realizované.

Dopravné nehody a iné

Z analýzy údajov zo súdnolekárskych ÚDZS za roky 2000 - 2005 bolo zistených 42 smrteľných dopravných nehôd spôsobených psychoaktívnymi látkami inými ako alkohol (Kap.13).

Tehotenstvo a deti narodené užívateľkám drog

Podľa údajov NCZI z celkového počtu matiek - rodičiek v roku 2005 (47 811) ich v subjektívnej výpovedi uviedlo 495 abúzus drog. Celkový počet narodených detí v r. 2005 bol 48 220, a z toho 499 detí sa narodilo matkám udávajúcim abúzus drog /4 deti boli z viac plodového tehotenstva/. Novorodenecký abstinenčný syndróm, ktorý sa môže prejaviť do 6 až 8 týždňov po pôrode¹³², bol diagnostikovaný u 13 detí. U matiek, ktoré udali abúzus drog bola akútne počas pôrodu indikovaná sekcia (pôrod cisárskym rezom) u 6,06%, kým u ostatných rodičiek len v 5,09 % pôrodov.

¹³¹ Pacienti, ktorí mali popri diagnóze F11 až F19 uvedenú aj inú psychiatrickú diagnózu: F00 - F09 - organické duševné poruchy, vrátane symptomatických, F10 - poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu, F20 - F29 - schizofrénia, schizotypné poruchy a poruchy s bludmi, F30 - F39: afektívne poruchy (poruchy nálady), F40 - F49: neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy, F50 - F59: behaviorálne syndrómy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi, F60 - F69: poruchy osobnosti a chovania u dospelých, F70 - F79: mentálna retardácia, F80 - F89: vývojové poruchy, F90 - F99: poruchy chovania u detí

¹³² Čistý deň (2005) "Pohľad gynekológa - pôrodníka na závislé a HIV pozitívne matky", In : Čistý deň 4/2005, časopis, s.10,11

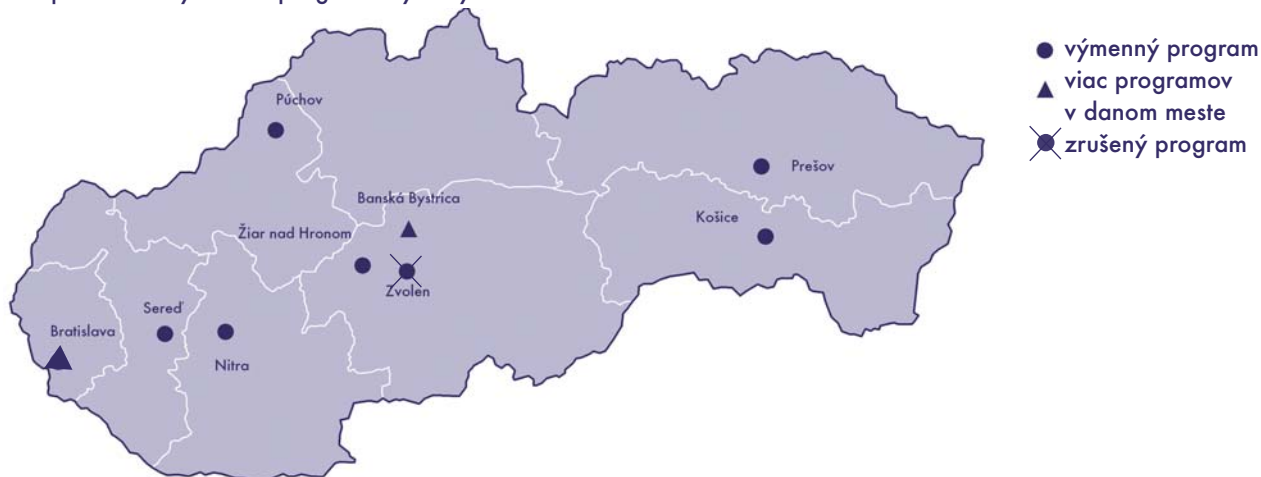
7. Opatrenia zamerané na zdravotné súvislosti a dôsledky užívania drogy

Opatrenia smerujúce k znižovaniu zdravotných rizík spojených s užívaním drog sa vykonávajú na území Slovenska najmä prostredníctvom činnosti mimovládnych organizácií zaoberajúcich sa terénnou prácou, CPLDZ či inými zdravotníckymi zariadeniami. Prostredníctvom siete zdravotníckych zariadení (kapitola 5) je pre všetkých užívateľov drog zabezpečená dostupná zdravotnícka starostlivosť ochorení v súvislosti s užívaním drog. Čo sa týka užívateľov drog bez preukazu poistenca, týmto bude poskytnutá iba nevyhnutná zdravotná starostlivosť v prípade ohrozenia života.

Prvý program distribúcie striekačiek vznikol v roku 1994 v CPLDZ Bratislava. Neskôr začali vznikať MVO zaoberajúce sa terénnou prácou, ktorých bolo v roku 2005 na Slovensku 6 (Odysseus, Prima, Storm pri UKF, Heureka, Risen, Pomocná ruka*) a poskytujúce služby v 8 mestách (Bratislava, Nitra, Sereď, Banská Bystrica, Žiar nad Hronom, Púchov, Prešov, Košice). Táto služba sa v danom roku kvôli nedostatku klientov nevykonávala v meste Zvolen. Naopak, začiatkom roku 2005 vzniklo pre užívateľov drog v Bratislave prvé nízkoprahové kontaktné centrum K - centrum OZ Prima.

V súčasnosti je v kontakte s programami výmeny ihliel a striekačiek ani nie 20% odhadovaných injekčných užívateľov drog. Tieto organizácie pritom poskytujú služby zamerané na znižovanie zdravotných a sociálnych rizík, spojených s užívaním drog, a to aj pre užívateľov drog, ktorí zatiaľ nie sú motivovaní k liečbe, ako aj pre tých, ktorí s drogami len experimentujú a závislosť u nich ešte nie je vyvinutá - ako napr. programy výmeny ihliel a striekačiek, odborné poradenstvo v teréne, vzdelávanie užívateľov drog, testovanie a pod. Svojimi službami pomáhajú obmedzovať šírenie vírusových hepatitíd a HIV medzi užívateľmi, znižovať počet predávkovaní, informujú o bezpečnejšom užívaní drog a ich účinkoch a motivujú k menej rizikóvnemu správaniu či k abstinencii.

Mapa 7.1: Poskytovanie programu výmeny ihliel a striekačiek



7.1 Prevencia úmrtí súvisiacich s drogami

V prevencii úmrtí súvisiacich s drogami či neúmyselných predávkovaní nenastali v porovnaní s rokom 2004 výraznejšie zmeny. Okrem substitučných programov, kde sa z nekontrolovateľného užívania drog prechádza na kontrolovateľné užívanie, sa prevencia realizuje hlavne prostredníctvom mimovládnych organizácií zaoberajúcich sa terénnou prácou, CPLDZ alebo iných zdravotníckych zariadeniach, a to vzdelávaním a výcvikom užívateľov drog o spôsoboch bezpečnejšej aplikácie drogy a opatreniach ako predísť fatálnemu predávkovaniu resp. ako poskytnúť prvú pomoc spolužívateľovi drog. Vzdelávanie sa realizuje priamou komunikáciou s užívateľmi alebo prostredníctvom brožúr a informačných letákov.

* Pozn.: Pomocná ruka v Košiciach poskytovala v roku 2005 stacionárnu výmenu ihliel a striekačiek v priestoroch CPLDZ. Vzhľadom k tomu, že ide o občianske združenie a zároveň jedinú stacionárnu výmenu, z ktorej boli údaje k dispozícii, uvádzame ich informácie spolu s terénnymi programami.

Okrem uvedeného zatiaľ nie sú na Slovensku k dispozícii iné aktivity, ktoré sa môžu považovať za opatrenia na znižovanie predávkovania ako sú napr. injekčné miestnosti na bezpečné užívanie drog či priama distribúcia antagonistov užívateľom/kám drog.

7.2 Prevencia a liečba infekčných chorôb súvisiacich s drogami

Najčastejším spôsobom prenosu infekčných ochorení, hepatitíd B, C a HIV medzi užívateľmi drog je spoločné používanie injekčných striekačiek/ihiel a výbavy na aplikáciu drog, kde je vysoké riziko nákazy najmä pri hepatitíde typu C - a to aj pri používaní vody, filtra a pod. K najdôležitejším opatreniam na zabránenie šírenia infekčných chorôb patria programy poskytovania sterilnej výbavy¹³³ pre injekčnú aplikáciu drogy a bezpečnej likvidácie použitých striekačiek, programy pomáhajúce užívateľom drog, ktorí nie sú v kontakte so zdravotníckymi zariadeniami a v neposlednom rade vzdelávanie užívateľov drog o bezpečnejšej aplikácii drog a bezpečnejšom sexe. Realizáciou takýchto opatrení došlo v priebehu rokov k redukcii frekvencie zdieľania ihiel a striekačiek (Správa 2005, s. 119). K perspektívnym programom by mali patriť dôslednejší alternatívny skrining krvou prenosných ochorení, ako aj ich následný manažment a liečba.

7.2.1 Služby terénnych programov

Terénne sociálne programy boli v roku 2005 realizované prostredníctvom 6 MVO. Ponuka programov bola dostupná výlučne v ôsmich mestách (Bratislava, Púchov, Nitra, Sereď, Banská Bystrica, Žiar nad Hronom, Prešov a Košice), pričom v Bratislave existujú popri sebe dva terénne programy a kontaktné centrum, ktoré vzniklo začiatkom roku 2005¹³⁴. Z dôvodu malého počtu klientov sa v roku 2005 už nevykonával terénny program vo Zvolene, ktorý v danom meste fungoval od roku 2001.

Terénne programy pracujú hlavne s tromi skupinami klientov: aktívni užívatelia/ky drog, osoby pracujúce v sex-biznise a bezdomovci. Je to priama práca na ulici a miestach, kde sa nadväzujú nové kontakty s týmito cieľovými skupinami, ktoré sú často odkázané na pomoc a nie sú v kontakte s existujúcimi službami. Terénni sociálni pracovníci pracujú s klientelou, ktorá nie je aktuálne motivovaná na liečbu alebo na zmenu svojho spôsobu života a snažia sa ich povzbudzovať k zmene svojho správania. Program je často jediným prepojením s ľuďmi z "bežnej populácie", ku ktorej inak nemá klient prístup, či už z dôvodu strachu, nízkej motivácie alebo neznalosti pomerov. Toto prepojenie však funguje aj opačne.

Údaje o službách a klientoch (kapitola 4) terénnych sociálnych programov existujúcich v roku 2005 sú k dispozícii na základe začínajúcej spolupráce daných MVO s NMCD. Organizácie boli ochotné vyplniť špeciálny dotazník týkajúci sa štruktúry klientov a druhov nimi poskytovaných služieb. Výsledky sú uvedené v nasledujúcich tabuľkách.

Celkový počet klientov terénnych programov v roku 2005 bol 3 979, z toho bolo 3 661 užívateľov nelegálnych drog, v priemernom veku 29 rokov. Z dostupných/známych údajov o počte mužov a žien tvorili 71% klientov muži a 29% ženy. Z toho najväčší podiel kontaktov (6 760) realizovalo OZ Odyseus v Bratislave s počtom klientov 1 852. Počet kontaktov v roku 2005 vo všetkých programoch bol 29 657 (626 prvokontaktov), čo v priemere na jedného klienta predstavuje cca. 7 - 8 krát.

¹³³ Súčasťou sterilnej výbavy okrem striekačiek je aj ostatný zdravotnícky materiál ako sú: alkoholové a suché tampóny - na dezinfekciu miesta vpichu, filtre - na prečistenie nečistôt, keď sa droga naťahuje do striekačky, sterilná injekčná voda - na rozpustenie drog a prepláchnutie striekačiek, ascorbín - vitamín C, ktorý sa používa namiesto kyselky, leukoplasty, obvazy, kondómy, sterilná zátku (SteriCup).

¹³⁴ V Bratislave existuje nízkoprahový Klub Podchod - pre osoby pracujúce v sex-biznise (OZ Odyseus), nie je však primárne zameraný na užívateľov/ky drog. Napriek tomu, časť osôb pracujúcich v sex-biznise, ktorí Klub navštevujú, drogy užívajú.

7. OPATRENIA ZAMERANÉ NA ZDRAVOTNÉ SÚVISLOSTI A DÔSLEDKY ...

Tab. 7.1: Služby poskytované v rámci terénnych programov (počet výkonov)

Poskytovaná služba	Odyseus Bratislava	Prima Bratislava	Storm pri UKF Nitra	Risen Prešov	Spolu
Počet kontaktov	7 602	4 559	1 652	987	
Potravinový servis	927	606		643	2 176
	(tekutiny)			(polievky)	
Zdravotné ošetrovanie	6	194	62	40	302
Individuálne poradenstvo	1 511	173	238	25	1947
Krízová intervencia		68	1	2	71
Referencie do K-centra	62	3 953			4 015
Referencie do liečby	150	7	2	1	160
Referencie do programov substitúcie	150				150
Referencie do zdravotných zariadení	81				81
Sociálna asistancia	27	68	2	15	112
Poradenské telefonáty			2	58	60
Prvá pomoc		73		2	75
Právne poradenstvo		38	13		51
Referencie do iných výmenných programov	65				65

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD, 2006

OZ Risen zároveň ponúka svojim klientom aj pracovnú terapiu, ktorú v roku 2005 využilo 110 osôb. Informácie o počte výkonov poskytovaných služieb či počte osôb využívajúcich tieto služby nebolo možné zbierať za všetky organizácie, keďže nie všetky si vedú takúto evidenciu resp. službu vôbec neposkytujú.

V rámci ôsmich terénnych programov výmeny ihliel a striekačiek bolo v roku 2005 vyzbieraných celkovo 254 730 ks striekačiek a vydaných bolo 336 358 ks (tab.7.2), rozdalo sa 55 653 prezervatívov a 4 364 informačno-edukačných materiálov.

Tab. 7.2: Výmena ihliel a striekačiek v terénnych programoch

Terénny program	Počet klientov	Počet kontaktov	Počet vyzbieraných striekačiek		Počet vydaných striekačiek	
			2004	2005	2004	2005
Odyseus Bratislava	1852	6760	148886	131281	173576	155729
Odyseus Púchov	111	842	1320	3096	3071	4142
Prima Bratislava - terén	926	3953	53518	31724	71319	49297
Prima Bratislava K-centrum	75	606	-	14975	-	17439
Storm pri UKF Nitra	83	1033	6545	19107	9091	23173
Storm Sereď	97	619	15054	23774	18097	26420
Heureka Banská Bystrica	64	212	2 301	3531	4 822	6944
Heureka Žiar nad Hronom	76	338	8 789	27242	1 936	34298
Risen Prešov	225**	987	n.a.	n.a.	n.a.	18916
Pomocná ruka Košice***	470	751	12909	n.a.	16023	25697
SPOLU	3979	16101	249322	254730	297935	362055

* za organizáciu ako celok

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD, 2006

** z toho je 112 užívateľov alkoholu

*** stacionárna výmena ihliel a striekačiek

Sterilné ihly a striekačky pre užívateľov drog sa poskytujú aj prostredníctvom stacionárnej výmeny v CPLDZ Banská Bystrica a Bratislava. Ďalším zdrojom sterilných ihliel a striekačiek so širokým geografickým pokrytím sú lekárne, ktoré ich poskytujú alebo majú poskytovať za nízku cenu a bez receptu (Správa 2005, s.120).

7.2.2 Vakcinácia

Dôležitým preventívnym opatrením na zabránenie šírenia hepatitídy typu B a iných infekčných chorôb je vakcinácia. Očkovanie proti VHB patrí medzi najefektívnejšie zdravotnícke intervencie. Vynaložené náklady sa v relatívne krátkom čase niekoľkonásobne vrátia. Zavedením celoplošného pravidelného očkovania proti VHB u detí do 12 rokov od roku 2002 sa riziko nákazy na Slovensku znižuje (Správa 2005, s. 120).

Vzhľadom na skutočnosť, že v SR sa už očkovanie dojčiat a očkovanie ohrozených skupín (zdravotnícky personál, užívatelia drog, homosexuálne orientované osoby) proti VHB vykonáva, bolo na základe uznesenia vlády č. 97/2003 do pravidelného očkovania včlenené aj očkovanie mladistvých. Opodstatnenosť tohto opatrenia je odôvodnená ich nastupujúcou sexuálnu aktivitou a nárastom užívania drog¹³⁵.

Poradenstvo a testovanie

Poradenstvo ako predchádzať zdravotným dôsledkom užívania drog sa vykonáva najmä prostredníctvom programov terénnej sociálnej práce, ale aj špecializovanými zdravotníckymi zariadeniami.

V prostredí terénnych programov sa realizuje sociálne poradenstvo a asistencia, ktorá mala v roku 2005 predovšetkým tieto formy: poradenská služba v teréne, návšteva odborného lekára, pomoc pri vybavovaní detoxifikácie, ošetrovanie v teréne, testovanie a právne poradenstvo.

Ďalšou formou poskytovania poradenstva je distribúcia edukačných materiálov, ktorých bolo v minulom roku na celom Slovensku distribuovaných takmer 4,5 tis. kusov.

Niektoré programy terénnej práce ponúkajú klientom možnosť testovania na infekčné ochorenia. Táto služba však nie je bežne dostupná, poskytujú ju len dve organizácie, a aj to v závislosti od množstva práve dostupných finančných prostriedkov.

Tab. 7.3: Testovanie infekčných ochorení v rámci terénnych programov.

Druh	Počet zariadení vykonávajúcich testy	Počet testov
Testy HIV	1 - (OZ Risen)	45
Testy HCV	-	-
Tehotenské testy	-	-
Syfilis	2 - (OZ Odyseus, OZ Risen)	139

Zdroj: "Výkaz nízkoprahových programov", NMCD, 2006

Testovanie krvou prenosných infekčných chorôb sa aktívne poskytuje užívateľom drog vstupujúcich do liečby v CPLDZ či iných zdravotníckych a resocializačných zariadeniach. Údaje o počte vykonaných testov však nie sú k dispozícii.

7.2.3 Liečenie infekčných ochorení

Aj v roku 2005 bola liečba chronických hepatitíd B resp. C dostupná a bezplatná, až na stále pretrvávajúce relatívne obmedzenie pri hepatitíde typu C, kde je potrebné preukázať zdravotnej poisťovni minimálne 6 mesačnú abstinenciu od drog. Základným dôvodom je nedisciplinovanosť (non-compliance) intravenózných užívateľov drog a vysoké náklady na liečbu HCV. Obmedzenie zároveň platí u užívateľov drog v substitučnej liečbe. V ich prípade zdravotné poisťovne liečbu odmietajú financovať (Správa 2005, s. 121).

Liečba infekčných ochorení je poskytovaná v zdravotníckych špecializovaných zariadeniach a odborných ambulanciách. Lekári špecialisti (hepatológovia, infektológovia) spolupracujú s odborníkmi na liečbu závislostí. Liečba hepatitídy a jej dĺžka sa líši podľa genotypov a trvá od 6 do 12 mesiacov, v súlade s európskym i slovenským štandardným postupom. (Správa 2005).

¹³⁵ Informácia o plnení Imunizačného programu v Slovenskej republike, www.uvzsr.sk

Vďaka zriedkavosti výskytu HIV a hepatitídy B u užívateľov drog nie je problém s dostupnosťou liečby u tých, ktorí majú zdravotné poistenie. Táto terapia je tiež bezplatná.

7.3 Intervencie spojené s psychiatrickou komorbiditou

Pacienti so psychiatrickou komorbiditou sú prijímaní do liečby v psychiatrických oddeleniach nemocníc (Správa 2004).

7.4 Intervencie spojené s ďalšími zdravotnými súvislosťami a dôsledkami

Dostupná zdravotná starostlivosť pre pacientov užívajúcich drogy, ktorí trpia v tejto súvislosti inými zdravotnými dôsledkami je poskytovaná v zdravotníckych zariadeniach v rámci systému liečby v SR. Takisto je poskytovaná aj bezplatná zdravotná pomoc pri predávkovaní, či už prostredníctvom rýchlej zdravotnej služby na zavolanie občanov, alebo zdravotníckym personálom na urgentných oddeleniach nemocníc.

Informácie o prevencii znižovania dopravných nehôd v súvislosti s drogami pozri kapitolu 13.

7.4.1 Opatrenia zamerané na tehotné ženy a deti narodené užívateľkám drog:

Poradenstvo pre závislé dievčatá, ženy a prostitútky sa pravidelne poskytuje aj v bratislavskej Fakultnej nemocnici na Kramároch, pomoc a poradenstvo je im poskytované aj v CPLDZ Ba.

8. Sociálne súvislosti a dôsledky užívania drog

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

Opatrenia na zníženie sociálnej exklúzie drogovo závislých tvoria nediferencovanú súčasť opatrení pre marginalizované skupiny. Strategickým dokumentom obsahujúcim opatrenia na zníženie chudoby a prevenciu sociálnej exklúzie je Národný akčný plán sociálnej inklúzie na roky 2004 - 2006.

Jedným zo sociálnych dôsledkov užívania drog je páchanie trestnej činnosti. Drogová kriminalita má na Slovensku od roku 1999 neprerušovane rastúcu tendenciu. V roku 2005 bolo políciou evidovaných 1 638 trestných činov spojených s výrobou, distribúciou a konzumáciou drog (nárast o 29,9%) a 1 308 stíhaných osôb (nárast o 17,5%). Počas šesťročného obdobia takmer kontinuálne rastie počet odsúdených pre nedovolenú držbu drogy pre vlastnú potrebu (205 odsúdených v roku 2005). Podľa zverejnených údajov MS SR počet odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom drog sa od roku 2001 znížil o polovicu.

8.1 Sociálna exklúzia a inklúzia

Sociálna exklúzia a jej dôsledky ako nezamestnanosť, bezdomovectvo, sa v SR vo vzťahu k drogám špeciálne nesleduje, ani nie sú informácie o tom, že by boli v tejto súvislosti realizované špeciálne štúdie.

Strategickým dokumentom obsahujúcim opatrenia na zníženie chudoby a prevenciu sociálnej exklúzie je Národný akčný plán sociálnej inklúzie na roky 2004 - 2006¹³⁶ (ďalej len "NAPSI"). Podľa uvedeného dokumentu sú hlavné skupiny obyvateľstva ohrozené chudobou a sociálnou exklúziou tieto: nezamestnaní a dlhodobo nezamestnaní, rodiny s deťmi (s vyšším rizikom v neúplných rodinách a rodinách s väčším počtom detí), rómske komunity, ľudia so zdravotným postihnutím, migranti, bezdomovci a ostatné zraniteľné skupiny obyvateľstva ako drogovo závislí, gembleri, týrané a zneužívané deti, obeť domáceho násillia, občania vo resp. po výkone trestu odňatia slobody, deti po ukončení ústavnej alebo ochranej výchovy.

Cieľom NAPSI je zvýšiť úroveň zamestnanosti a zamestnateľnosti všetkých zraniteľných skupín obyvateľstva (vrátane drogovo závislých), znížiť riziko chudoby rodín s nezaopatrenými deťmi, prekonať nevýhody súvisiace s nízkym alebo nedostatočným vzdelaním a podporiť integritu rómskych komunít.

Nezamestnanosť

Podľa štúdie¹³⁷ Svetovej banky s názvom "Cesta k spravodlivému rastu" sa vysoký ekonomický rast na Slovensku zatiaľ neprejavuje na zvyšovaní zamestnanosti či znižovaní nezamestnanosti. Medzi najväčšie problémy trhu práce patrí regionálna nerovnováha, ale aj výrazné rozdiely v možnosti uplatnenia ľudí s nízkym a vyšším vzdelaním. Údaje o zamestnanosti¹³⁸ ŠÚ SR za rok 2005 hovoria o podiele 83,8 % pracujúcich z ekonomicky aktívneho obyvateľstva (2 216,2 tis.), teda nezamestnanosť v roku 2005 bola okolo 16%.

Bezdomovci

Vysoká koncentrácia bezdomovcov je predovšetkým v hlavnom meste SR¹³⁹. Údaje z NAPSI (2004) uvádzali v Bratislave 600 bezdomovcov. Rovnaký počet bezdomovcov žije v Košiciach, v iných sídlach regiónov je ich menej, napr. v Nitre 200.

¹³⁶ <http://ec.europa.eu>, www.employment.gov.sk

¹³⁷ www.profini.sk

¹³⁸ www.statistics.sk

¹³⁹ počet obyvateľov Bratislavy - 425 155, (www.statistics.sk)

Podľa údajov MVO pracujúcich s bezdomovcami t.j. osobami deprivovaných stratou domova (čo nie je totožné so stratou obydlija), žije len v Bratislave okolo 2 - 3 tisíc takýchto osôb. Dočasné útulky v zime v roku 2006 počas mimoriadne nepriaznivých poveternostných podmienok v Bratislave využilo 1 123 osôb, z toho 60% malo trvalý pobyt v Bratislave a 38% pochádzalo z iných slovenských miest.

Starostlivosť, resp. pomoc bezdomovcom sa uskutočňuje na miestnej úrovni v spolupráci obcí s mimovládnyimi a charitatívnymi organizáciami. Bezdomovcom poskytujú stravu, možnosť hygieny, šatstvo a v niektorých prípadoch aj dočasné ubytovanie. Niekedy komunitný režim vyžaduje ako protihodnotu prácu či symbolickú platbu. Pomoc bezdomovcom - osobitne ubytovanie - je viazané na podmienku, že osoba nesmie byť pod vplyvom návykových látok. Budovanie útlukov, nocľahární a nízkoprahových centier naráža na "verejné znepokojenie" miestnych obyvateľov, ktorí sa obávajú rastu kriminality vo svojej štvrti. Existujú však aj príklady, kedy sa komunita bezdomovcov dokázala integrovať do prostredia majority (obyvatelia útulku v bratislavskej mestskej štvrti Lamač a v Petržalke revitalizovali detské ihrisko). V Bratislave je problém s absenciou protialkoholickej záchytnej stanice, kde by sa mohli umiestniť neprispôsobivé osoby pod vplyvom alkoholu a iných psychoaktívnych látok.

K faktom, ktoré sa podieľajú na vzniku bezdomovectva patrí výkon trestu odňatia slobody (najmä dlhodobý), dlhodobá nezamestnanosť, choroba, opustenie detského domova po dovŕšení plnoletosti, drogová závislosť a závislosť na alkohole.

Vylúčenie zo školy

Počas povinnej desaťročnej školskej dochádzky nie je možné žiaka zo školy vylúčiť. Vylúčenie vo vyššom ročníku strednej školy je možné na základe závažného a opakovaného porušenia školského poriadku. Vylúčenie zo školy sa v štatistických údajoch rezortu školstva nesleduje a neregistrujú sa ani tí, ktorí vo veku 16 rokov opúšťajú základnú školu alebo špeciálnu základnú školu s neukončeným základným vzdelaním. Možnosť centrálnej registrácie takýchto osôb je v rámci Ústredia práce sociálnych vecí a rodiny (ďalej len "ÚPSVaR") v prípade, ak požiadajú o sociálne dávky alebo sa registrujú ako uchádzači o zamestnanie.

8.1.1 Sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog

Niektoré indikátory zhoršených podmienok, v ktorých užívatelia drog žijú, možno nájsť v sociálnodemografických údajoch z informačného systému o liečbe užívateľov drog (kapitola 4). Z 2 078 pacientov, ktorí sa liečili v roku 2005 bolo 54% nezamestnaných a 9% nemalo stabilné ubytovanie.

Tab. 8.1: Vybrané sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog v %

	Počet liečených	Nikdy nešli do školy	ZŠ	SŠ	Bez zamestnania	Bezdomovci	Bývanie v zariadení
2005	2078	5,3	39,1	47,4	54	9	1,6
2004	2315	4,4	43	43,4	54,2	7,6	1,6
2003	2136	6	40,3	45,4	55,2	6,6	1,9

Zdroj údajov: NCZI, 2006

Oproti roku 2003 vzrástol o 2,35% podiel tých, ktorí pochádzali z nestabilného prostredia a v roku 2005 tvorili 8,95% z celkového počtu liečených pacientov. Podiel študentov v liečbe v roku 2005 bol 18,3% a v porovnaní s rokom 2003 mierne vzrástol (o 2,4%). Zastúpenie študentov u prvoliečených pacientov je o 10% vyššie ako u všetkých liečených. Z celkového počtu liečených dosiahlo druhý stupeň vzdelania 47,4% pacientov.

V liečebných zariadeniach MS SR (osoby vo výkone trestu odňatia slobody) je vyššie zastúpenie nezamestnaných, ako aj užívateľov pochádzajúcich z nestabilného prostredia resp. žijúcich v rôznych inštitúciách, ako u liečených v zariadeniach rezortu MZ SR (tab. 8.2).

8. SOCIÁLNE SÚVISLOSTI A DÔSLIEDKY UŽÍVANIA DROG

Tab. 8.2: Vybrané sociálne charakteristiky liečených podľa zariadenia

Vybrané sociálne charakteristiky liečených	Ambulantná liečba	Nemocničná liečba	Rezort MS SR
Stabilné ubytovanie	89%	89%	82%
Nestabilné ubytovanie a z inštitúcií	10%	8%	18%
Nezamestnaní	54%	52%	59%
Dosiahnutý prvý stupeň vzdelania	42%	36%	39%
Dosiahnutý druhý stupeň vzdelania	47%	49%	45%

Zdroj: tabuľky TDI 34, 2006

8.2 Drogová kriminalita

Na národnej úrovni evidenciu a štatistiku kriminálnych činov zabezpečuje odbor centrálnej policajnej štatistiky MV SR. Táto štatistika obsahuje údaje o počte všetkých trestných činov a ich páchateloch v danom roku, vrátane drogovej kriminality a poskytuje celkový prehľad o stave a vývoji kriminality v SR. NMCD boli poskytnuté údaje o drogovej trestnej činnosti a jej páchateloch bez rozdelenia podľa jednotlivých paragrafov.

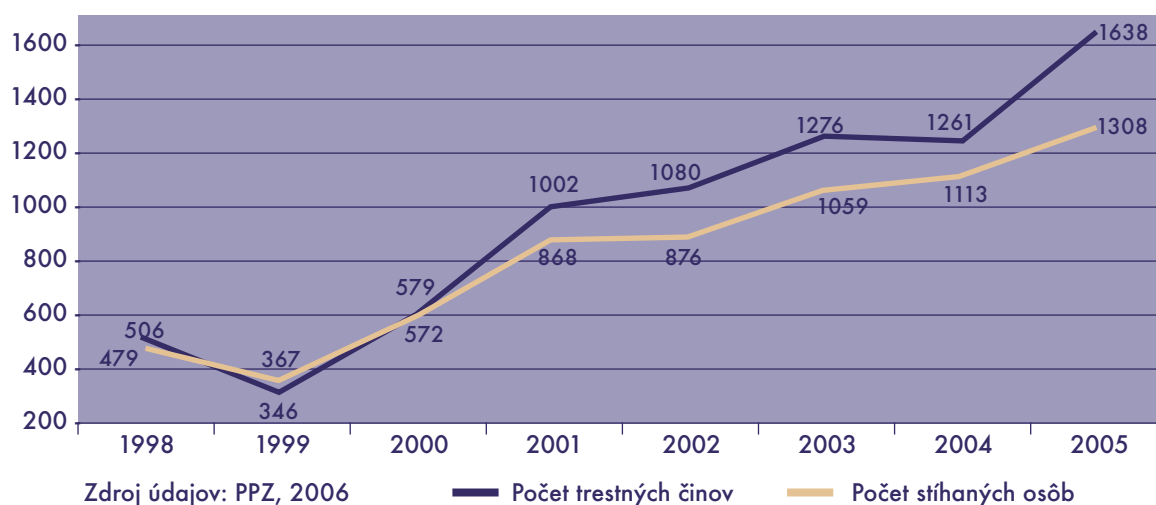
Zatiaľ ani jeden z jestvujúcich štatistických systémov v inštitútoch uplatňovania práva (polícia, GP a MS SR) nerozlišuje trestné činy podľa jednotlivých druhov drog. V rámci twinning projektu "Podpora implementácie NPBD 2004 - 2008" sa však táto otázka jednotlivým inštitúciám nastolila a PPZ zaviedlo od 1. mája 2006 evidenciu počtu páchatelov podľa druhu drogy. MS SR a GP SR plánujú sledovanie zaviesť od 1.januára 2007.

8.2.1 Počet trestných činov a stíhaní páchatelia podľa údajov PPZ

Drogová kriminalita má od roku 1999 neprerušovane rastúcu tendenciu. V roku 2005 bolo políciou evidovaných 1 638 trestných činov spojených s výrobou, distribúciou a konzumáciou drog, čo oproti roku 2004 znamená nárast o 377 prípadov (29,9%). Rovnako bol zaznamenaný aj nárast počtu stíhaných osôb oproti roku 2004 o 17,5% (zo 1 113 na 1 308 osôb), čím v roku 2005 vychádza na jedného páchatela 1,25 trestných činov (pozri graf. 8.1).

Najvyšší podiel (71,5%) na celkovom počte páchatelov drogových trestných činov mali osoby vo vekovej skupine 18 - 30 ročných. Podiel žien na počte páchatelov klesol z 10,3% v roku 2004 na 8,6%. Z hľadiska sociálneho postavenia najväčšiu skupinu tvorili nezamestnaní - 848 (64,8%) a podľa vzdelanosti najpočetnejšiu skupinu tvorili páchatelia so základným vzdelaním - 752 čo je 57,5 %, kým v roku 2004 bol ich podiel 60,4 %¹⁴⁰.

Graf 8.1: Vývoj počtu drogových trestných činov a počtu stíhaných osôb za drogové trestné činy

¹⁴⁰ Materiál na VM DZKD, Správa o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality v roku 2005, marec 2006

Podobne stúpajúcu tendenciu má drogová kriminalita mladistvých. Kým v roku 1999 bolo stíhaných 49 osôb do 18 rokov, v roku 2005 ich už bolo 173. Oproti roku 2004 vzrástol počet stíhaných mladistvých o 33 osôb. (pozri tab. 8.4) Tak isto aj ich podiel na celkovom počte páchatelov sa v roku 2005 zvýšil, oproti roku 2004 z 11,1% na 13,1%. V roku 2005 bolo vyšetrovaných aj 20 ešte trestne nezodpovedných detí do 15 rokov (kapitola 11).

8.2.2 Drogová kriminalita v krajoch podľa PPZ

Najviac drogových trestných činov bolo registrovaných v Bratislavskom kraji, ktorého podiel na celoštátnej drogovej kriminalite v roku 2005 predstavuje 62,5% (nárast o 2,1%) Pokles podielu trestných činov na celoštátnej drogovej kriminalite bol zaznamenaný len v Žilinskom kraji (o 2,5%)¹⁴¹.

Počet stíhaných osôb vzrástol vo všetkých krajoch okrem Nitrianskeho (pokles o 5,9%) a Žilinského (pokles o 9,1%). Podobne ako pri počte trestných činov, aj pri počte stíhaných osôb má výrazný nárast, oproti ostatným krajom Slovenska, Bratislavský kraj. Z celkového počtu stíhaných osôb (1 308) ich bolo v Bratislavskom kraji stíhaných 802.

Tab. 8.3: Celkový počet stíhaných za drogové trestné činy podľa krajov

KRAJ	Bratislavský	Trnavský	Trenčiansky	Nitriansky	Žilinský	Banskobystrický	Prešovský	Košický	Spolu
1998	267	45	21	26	20	43	22	35	479
1999	130	33	21	51	22	43	31	36	367
2000	232	43	44	57	25	89	40	42	572
2001	403	61	58	92	47	113	31	63	868
2002	345	93	115	85	69	90	29	50	876
2003	540	91	110	77	73	97	22	49	1059
2004	680	80	51	85	77	71	24	45	1113
2005	802	97	69	80	70	96	32	62	1308

Zdroj: PPZ, 2006

Nasledujúca mapka zobrazuje počet stíhaných osôb za drogové trestné činy v prepočte na 100 tis. obyvateľov. Jednoznačne najvyšší počet vykazuje Bratislavský kraj (133 osôb na 100 tis. obyvateľov) a za ním nasledujú kraje Trnavský a Banskobystrický (18 resp. 15 osôb na 100 tis. obyvateľov). Najnižšie relatívne hodnoty vykazujú Prešovský kraj (4 osoby na 100 tis. obyvateľov)

Mapa 8.1: Počet stíhaných za drogové trestné činy v r. 2005 v prepočte na 100 tis. obyvateľov



¹⁴¹ Materiál na VM DZKD, Správa o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality v roku 2005, marec 2006

8. SOCIÁLNE SÚVISLOSTI A DÔSLIEDKY UŽÍVANIA DROG

Počet stíhaných mladistvých páchatel'ov do 18 rokov za drogové trestné činy ostal prekvapivo nezmenený v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Najväčší nárast kriminality mladistvých bol v roku 2005 evidovaný v Banskobystrickom kraji (z 12 na 33 osôb) a v Prešovskom kraji (zo 4 na 14 osôb). Rovnako ako u celkového počtu stíhaných osôb, bol pokles stíhaných mladistvých zaznamenaný v Nitrianskom a Žilinskom kraji. Údaje pozri v tab. 8.4

Tab. 8.4: Počet stíhaných mladistvých do 18 rokov podľa krajov

KRAJ	Bratislavský	Trnavský	Trenčiansky	Nitriansky	Žilinský	Banskobystrický	Prešovský	Košický	Spolu
1998	17	8	7	3	3	7	3	8	56
1999	5	3	5	9	7	4	10	6	49
2000	9	2	11	15	3	30	12	5	87
2001	35	6	9	13	9	35	4	14	125
2002	20	6	15	18	15	15	4	9	102
2003	48	7	25	10	12	26	3	4	135
2004	62	5	13	18	21	12	4	5	140
2005	62	5	17	12	20	33	14	10	173

Zdroj: PPZ, 2006

8.2.3 Počet odsúdených podľa MS SR

Štatistika rezortu spravodlivosti (MS SR) eviduje počet osôb odsúdených za trestné činy v rozdelení podľa jednotlivých paragrafov a v danom roku ukončených právoplatným rozhodnutím súdu. Z dôvodu dlhodobého i niekoľkoročného pojednávania niektorých prípadov nie je možné tieto údaje považovať za reálny a aktuálny obraz vývoja kriminality v sledovanom roku a údaje nie sú porovnateľné so štatistikami vydávanými PPZ.

V dlhšom časovom horizonte majú údaje o počte odsúdených svoju vypovedaciu hodnotu pokiaľ ide o vývojové trendy.

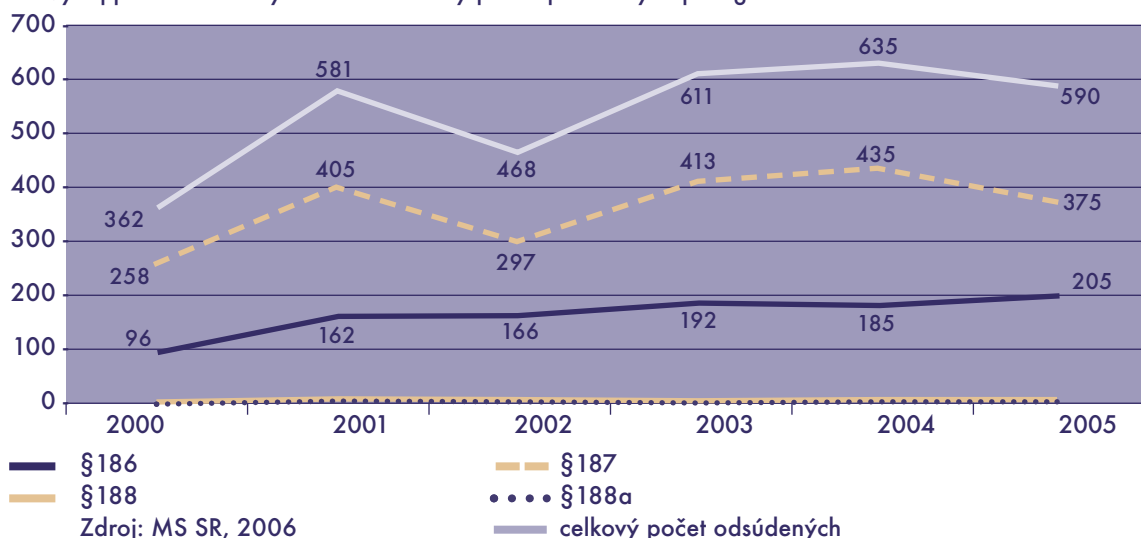
V roku 2005¹⁴² bolo za drogové trestné činy podľa §186 - nedovolená držba drogy pre vlastnú potrebu, §187- nedovolená výroba a držba OPL¹⁴³, §188 - nedovolená výroba a držba predmetu určeného na výrobu OPL a § 188a - šírenie toxikománie odsúdených 590 osôb. Oproti roku 2004 to znamená pokles o 45 osôb. Výrazný podiel na počte odsúdených majú odsúdení na základe §201 - ohrozenie pod vplyvom návykovej látky, ktorých počet v roku 2005 činil 485 osôb (v roku 2004 - 511 odsúdených). Vzhľadom k tomu, že v prevažnej väčšine sa jedná o trestné činy spáchané pod vplyvom alkoholu, sa s údajmi za daný paragraf v tejto kapitole nepracuje.

Počas šesťročného obdobia takmer kontinuálne rastie počet odsúdených pre nedovolenú držbu drogy pre vlastnú potrebu (§186). V roku 2005 bolo odsúdených za tento trestný čin 205 osôb, čo je o 20 osôb viac ako v roku 2004 (185 osôb). U osôb odsúdených za trestné činy spáchané podľa §187, §188 a §188a došlo k miernemu poklesu. (pozri graf. 8.2)

¹⁴² V dobe platnosti Trestného zákona č. 140/1961 Z.z.

¹⁴³ Omamné a psychotropné látky

Graf 8.2: Vývoj počtu odsúdených za trestné činy podľa jednotlivých paragrafov



Najčastejším trestom za trestný čin podľa §186 bol podmienený trest odňatia slobody (cca v 71%). Udeľovanie nepodmienečného trestu odňatia slobody malo tendenciu za posledných 5 rokov klesať, trest odňatia slobody sa udelil v roku 2005 len v 9% prípadov (v roku 2001 tento trest tvoril 14% všetkých udeľovaných trestov v rámci §186). V r. 2005 sa v 11% páchatelom za trestný čin podľa §186 udelil peňažný trest. U mladistvých do 18 rokov, ktorých počas 6 rokov (2000 - 2005) bolo za tento paragraf odsúdených 77, sa v 40,3% prípadov upustilo od potrestania a niečo cez 57% bolo odsúdených podmienne.

Mladí delikventi

V roku 2005 bolo za drogové trestné činy odsúdených 65 mladistvých. V priebehu 6 rokov bolo takmer 3/4 mladistvých odsúdených za trestný čin nedovolenej výroby a držby OPL (tab.8.5). Za držbu drogy pre vlastnú potrebu bolo v roku 2005 odsúdených 20 mladistvých vo veku 15 - 18 rokov.

Tab. 8.5: Počet odsúdených mladistvých do 18 rokov podľa jednotlivých paragrafov

Rok	§186	§187	§188	§188a	Spolu
2000	2	27	2	4	35
2001	18	53	1	0	72
2002	11	41	0	0	52
2003	20	45	1	2	68
2004	6	35	2	1	44
2005	20	43	1	1	65

Zdroj: MS SR, 2006

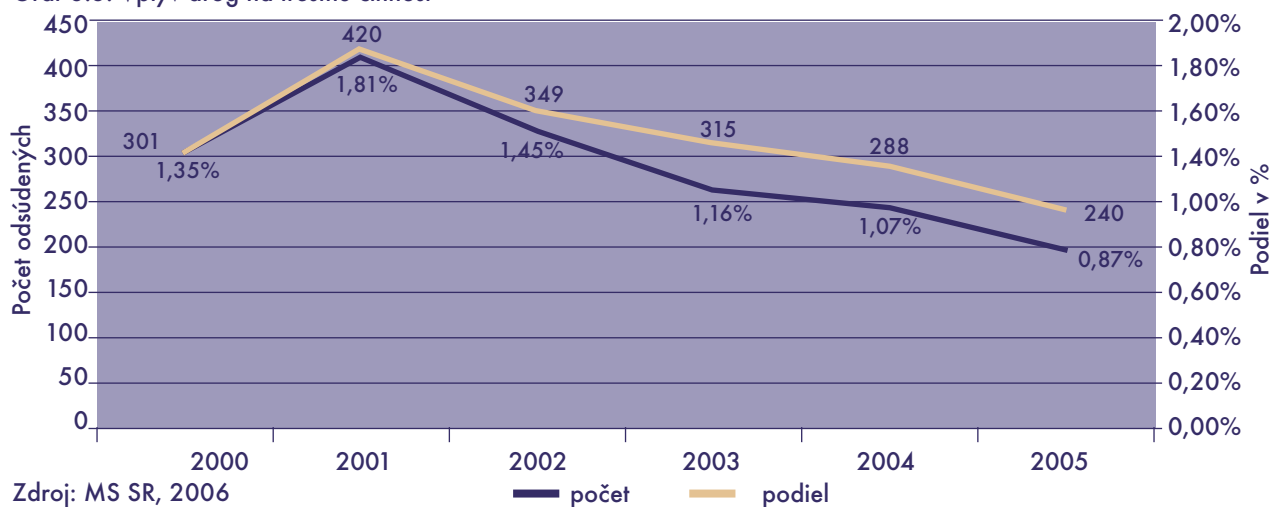
8.2.4 Trestná činnosť spáchaná pod vplyvom drog

Podľa zverejnených údajov MS SR počet odsúdených, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom drog sa od roku 2001 kontinuálne znižuje. Kým v roku 2001 bolo odsúdených 420 obvinených, tak v roku 2005 ich bolo 240, takmer o polovicu menej (graf 8.3). Na druhej strane, počet obvinených, ktorí boli odsúdení za spáchanie trestného činu pod vplyvom alkoholu vzrástol oproti roku 2001 z 2 344 na 2 850 v roku 2005. Ich podiel na celkovom počte odsúdených sa pohybuje medzi 9,5 - 10,6%¹⁴⁴.

¹⁴⁴ Štatistická ročenka 2005, sekcia justičnej informatiky a štatistiky MS SR, s. 81

8. SOCIÁLNE SÚVISLOSTI A DÔSLIEDKY UŽÍVANIA DROG

Graf 8.3: Vplyv drog na trestnú činnosť



Zdroj: MS SR, 2006

8.2.5 Iné s drogami súvisiace trestné činy (sekundárna drogová kriminalita)

Sekundárna drogová kriminalita znamená spáchanie akéhokoľvek trestného činu užívateľmi drog za účelom získania finančných prostriedkov na vlastnú spotrebu drog. Za sledované obdobie neboli k dispozícii žiadne údaje z citovaných zdrojov.

8.3 Drogy vo väzení

Obvinení a odsúdení pred vstupom do Ústavov na výkon väzby a výkon trestu odňatia slobody (Ústav) deklarujú užívanie drog v civilnom živote na dobrovoľnej báze. V roku 2005 bolo takto v Ústavoch registrovaných 651 osôb, ktoré udávali užívanie drog v civilnom živote (nárast o 28 osôb oproti 2004). Najväčší počet bol udávaný v Ústave na výkon väzby v Bratislave (238 osôb) a v Leopoldove (78 osôb). Najčastejšie udávanou užívanou drogou bol pervitín a heroín a najviac používanou aplikačnou formou bola injekčná. Z celkového počtu obvinených a odsúdených bolo k 31. 12. 2005 evidovaných 11,6 % užívateľov drog.

Tab. 8.6: Počet osôb udávajúcich užitie drogy pred vstupom do ústavov v rokoch 2000 - 2005

Rok	Počet osôb udávajúcich užitie drogy pred uväznením	Nárast	Priemerný počet ¹⁴⁵ obvinených a odsúdených
2000	563	-	-
2001	539	- 24	7 348
2002	696	157	7 673
2003	596	-100	8 813
2004	623	27	9 329
2005	651	28	9 327

Zdroj: Odbor zdravotnej starostlivosti GR ZVJS, 2006

Podľa údajov Zboru väzenskej a justičnej stráže (ďalej len "zbor") narastá aj počet odsúdených, ktorým súd nariadil počas výkonu trestu odňatia slobody absolvovať protitoxikomanické ochranné liečenie a protialkoholické ochranné liečenie tzv. suchú liečbu¹⁴⁶. V roku 2005 takúto liečbu absolvovalo 379 osôb (v roku 2004 - 264 osôb) a 56 absolvovalo protialkoholickú a protitoxikomanickú ochrannú liečbu dobrovoľne. V roku 2005 však podľa údajov MS SR bolo uložené ochranné protialkoholické liečenie 324 odsúdeným a protitoxikomanické ochranné liečenie bolo udelené 109 odsúdeným (58 - ústavne a 51 - ambulantne¹⁴⁷). Toto liečenie sa však z rôznych dôvodov (nedostatok kapacít, neznámy pobyt či iné) nemuselo v danom roku uskutočniť.

¹⁴⁵ Štatistická ročenka 2005, sekcia justičnej informatiky a štatistiky MS SR, s. 101¹⁴⁶ V SR sa vo väzeniach substitučná liečba neposkytuje.¹⁴⁷ Štatistická ročenka 2005, sekcia justičnej informatiky a štatistiky MS SR, s. 86

V dlhodobejšom sledovaní narastá počet tých, ktorí z rôznych dôvodov neabsolvujú protialkoholickú ochrannú liečbu, ale rastie počet tých, ktorí nastúpia na ochrannú protitoxikomanickú liečbu¹⁴⁸.

Pre abstinenčné príznaky bolo na psychiatrickom oddelení nemocnice pre obvinených a odsúdených hospitalizovaných 20 osôb, z toho jeden bol užívateľ heroínu.

Na zníženie rizika prieniku drog do ústavov sú používané mobilné testovacie laboratóriá, testovacie platničky na skrining drog v moči a psi vycvičení na zisťovanie látok so špecifickými pachmi. V roku 2005 bolo vykonaných 1 541 náhodných vyšetrení testovacími platničkami na skrining drog v moči a v 166 prípadoch boli zistené pozitívne nálezy. Najčastejšie zistenou látkou boli benzodiazepíny (91 prípadov) a kanabinoidy (30 prípadov). Ďalej za nimi nasledovali barbituráty (17), amfetamíny (13), opiáty (11) a iné (4).

Mobilné testovacie laboratóriá a testovacie platničky zabezpečoval v roku 2005 zbor z mimorozpočtových prostriedkov, napr. s podporou Protidrogového fondu, ktorý na základe predloženého projektu pridelil zboru na uvedený účel sumu 482 414,- Sk (cca € 12,5 tis).

8.4 Sociálne náklady spojené s užívaním drog

NMCD nedisponuje žiadnymi informáciami o výskumoch sociálnych nákladov vo vzťahu k ilegálnym drogám. Financovanie opatrení podľa zákona 305/2005 Z. z. sa zabezpečuje zo štátneho rozpočtu, z rozpočtu VÚC či obce, akreditovaného subjektu a z rozpočtu právnickej alebo fyzickej osoby, ktorá vykonáva opatrenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately. Informácie o financovaní pozri kapitola 1.

¹⁴⁸ Štatistická ročenka 2005, sekcia justičnej informatiky a štatistiky MS SR, s. 50

9. Opatrenia týkajúce sa sociálnych dôsledkov užívania drog

V roku 2005 bola pozornosť v oblasti znižovania dopytu po drogách sústredená na rozširovanie možností realizovať nové typy opatrení sociálnej prevencie, najmä utvorením legislatívnych a inštitucionálnych podmienok na ich vykonávanie (najmä prijatím zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele). Aj keď priamo neriešia otázku bývania, vzdelávania a zamestnania drogovu závislých, vytvárajú prijateľné legislatívne opatrenia predpoklady a približujú sa k riešeniu najdôležitejších existenčných otázok marginalizovaných skupín obyvateľstva, vrátane drogovu závislých.

Sociálna reintegrácia v podmienkach SR je definovaná v dvoch rovinách: resocializácia drogovu závislých, ktorá sa uskutočňuje poskytovaním služieb pobytového typu (resocializačné strediská, zariadenia chráneného bývania - tzv. Domy na pol ceste, krízové strediská a pod.) a ambulantného typu (predtým CPPS - teraz referáty poradensko-psychologických služieb na ÚPSVaR). Konečným cieľom je reintegrácia drogovu závislých do prirodzeného sociálneho prostredia. Druhou rovinou je sociálna rehabilitácia, ktorá je zameraná na vytváranie podmienok pre uplatnenie sa na trhu práce (profesná rehabilitácia) a na podporu začleňovania do pôvodného sociálneho prostredia (sociálna rehabilitácia) (Správa 2005).

9.1 Inštitucionálne a právne opatrenia predchádzania sociálnych dôsledkov užívania drog

Špecifikom nového zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele (ďalej len zákon o SPOK) je jeho prepojenie na oblasť rodinného práva, občianskeho práva a trestného práva. Je prvou samostatnou úpravou sociálnoprávnej ochrany detí po viac ako štyridsiatich rokoch a prvou právnou úpravou sociálnej kurately vôbec. Predmetom právnej úpravy je preventívny charakter opatrení, zameranie nielen na konkrétneho klienta (dieťa, plnoletú osobu), ale i na jeho rodinu, širšie sociálne prostredie (skupinu, komunitu) a tiež javy a procesy v spoločnosti. Opatrenia primárnej prevencie sú adresnejšie, upravili sa prostredia, v ktorých sa zákonné opatrenia vykonávajú¹⁴⁹ a zaviedli sa opatrenia finančného charakteru.

Pod pojmom sociálna kuratela zákon rozumie súbor opatrení na odstránenie, zmiernenie a zamedzenie prehlbovania alebo opakovania porúch psychického, fyzického a sociálneho vývinu dieťaťa a plnoletej osoby a poskytovanie pomoci v závislosti od závažnosti poruchy a situácie, v ktorej sa nachádza dieťa alebo dospelá osoba.

Výkon sociálnej kurately pre deti zabezpečovali v minulosti zamestnanci, ktorých činnosť bola spravidla kumulovaná s agendou sociálnoprávnej ochrany. Legislatívne však inštitút sociálnej kurately zaviedol až zákon o SPOK a obsahovo vymedzil jej rámec. V súčasnosti sociálnu kuratelu pre deti zabezpečuje 136 zamestnancov, ktorí v roku 2005 vykonávali opatrenia pre 21 120 detí v rámci 18 870 rodín.

Výchovné opatrenia

Nadväzujú na výchovné opatrenia zo Zákona o rodine. Ako výchovné opatrenie sa o.i. môže uložiť dieťaťu povinnosť zúčastniť sa na liečbe v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ako i povinnosť zúčastniť sa na výchovnom programe alebo na sociálnom programe (pre liečbu drogovej závislosti dieťaťa je potrebné pri uložení takéhoto výchovného opatrenia vyjadrenie odborného lekára). Súd môže dieťaťu nariadiť pobyt v zariadení odbornej diagnostiky, pobyt v špecializovaných zariadeniach najdlhšie na dobu 6 mesiacov a pobyt v resocializačnom stredisku pre drogovu závislých. Osobitná pozornosť sa pri výkone opatrení sociálnej kurately pre plnoletú osobu venuje mladým dospelým vo veku 18 - 25 rokov.

¹⁴⁹ prirodzené prostredie, náhradné rodinné prostredie a otvorené prostredie (verejnú priestranosť, verejný objekt alebo komunikácia, ktoré sú pre jednotlivcov a skupiny prirodzeným sociálnym prostredím, v ktorom sa zvyčajne zdržiavajú, a mobilné alebo stále priestorové zázemia jednotlivcov a skupín).

Pod utvoreným a usporiadaným prostredím pre/na výkon opatrení sa rozumie napr. detský domov, krízové stredisko, resocializačné stredisko pre drogovu závislých a pod.

9. OPATRENIA TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV UŽÍVANIA DROG

Tab. 9.1: Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre deti v r. 2005

Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre deti		Počet detí spolu	Počet rodín
Poruchy správania		21120	18870
v tom	zanedbávanie školskej dochádzky	8636	7279
	trestná činnosť alebo čin. inak trestná (do 15 r.)	10091	9441
	pred nástupom na ústavnú, resp. ochrannú výchovu	309	263
	počas výkonu ústavnej, resp. ochrannej výchovy	588	536
	po návrate z ústavnej, resp. ochrannej výchovy	149	126
	drogová závislosť, experimentovanie s drogami	326	310
	návrat z resocializačného strediska	7	7
	návrat z ústavnej liečby	30	26
	návrat z krízového strediska	6	6
	Iné	978	876
Podozrenie z týrania alebo z pohlavného zneužívania		457	366
Maloletí bez sprievodu		265	256
Iné		305	290

Zdroj: ÚPSVaR, 2006

Tab. 9.2: Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre dospelých v r. 2005

Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre plnoletých	Spolu	z toho ženy
Prepustení z výkonu trestu odňatia slobody	3805	202
Prepustení z výkonu väzby	377	27
Podmienečne prepustení z výkonu trestu odňatia slobody - probácia ¹⁵⁰	1254	46
Podmienečne odsúdení - probácia	1340	161
Prepustení zo zdravotníckeho zariadenia na liečbu drogových závislostí	18	4
Prepustení z resocializačného strediska	21	4
Drogová závislosť	76	20
Prepustení zo zariadenia na výkon ústavnej alebo ochrannej výchovy po dovŕšení plnoletosti	69	13
Dôvodné podozrenie z páchania domáceho násillia - na deťoch	39	10
Dôvodné podozrenie z páchania domáceho násillia - na partnerovi	91	11
Dlhodobá nezamestnanosť	458	85
Iné ¹⁵¹	1011	197
Spolu	8559	780

Zdroj: ÚPSVaR, 2006

Zákon upravuje aj vykonávanie starostlivosti v detskom domove, a to starostlivosť v samostatnej skupine alebo v samostatnej diagnostickej skupine. Táto sa môže zriadiť pre deti s poruchami správania, drogovou závislosťou, týraním, pohlavne zneužívaním, deti s rôznym postihnutím.

V tab. 9.3 sú uvedené údaje o počtoch detí, v prípade ktorých sa v roku 2005 realizovalo rozhodnutie súdu o vyňatí detí z rodinného prostredia, respektíve ich umiestnenie do zariadenia, v ktorých sa toto rozhodnutie súdu realizuje. Sem patria detské domovy, krízové strediská, ale aj resocializačné strediská¹⁵².

¹⁵⁰ ak je účastníkom probácie alebo mediácie podľa osobitných predpisov

¹⁵¹ Napr. ak požiada o pomoc pri riešení nepriaznivej životnej situácie.

¹⁵² Resocializačné stredisko podľa zákona o SPOK sa zriaďuje na účel aktivizovania vnútorných schopností detí a plnoletých osôb na prekonanie psychických, fyzických a sociálnych dôsledkov drogových závislostí alebo iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí. RS vykonáva najmä sociálnu prácu, špeciálne sociálne poradenstvo, resocializačné programy, rehabilitačné činnosti, pracovnú terapiu, psychoterapiu, zdravotnú starostlivosť, utváranie podmienky na pracovné uplatnenie, záujmovú a kultúrnu činnosť, zabezpečuje psychologickú starostlivosť, vzdelávanie a prípravu na povolanie. V RS sa resocializácia drogových závislostí a iných závislostí vykonáva pobytovou formou najmenej osem mesiacov.

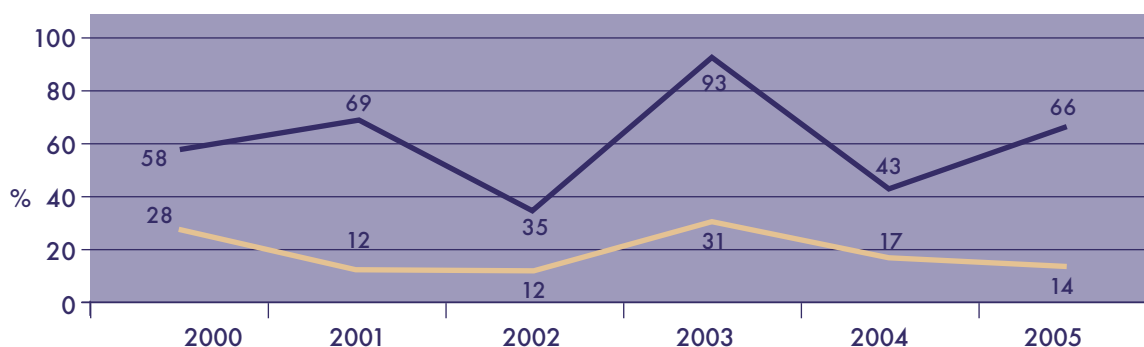
9. OPATRENIA TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV UŽÍVANIA DROG

Tab. 9.3: Počet detí, v prípade ktorých sa v roku 2005 realizovalo rozhodnutie súdu o vyňatí detí z rodinného prostredia

Dôvody umiestnenia detí		Počet detí	z toho do 15 rokov	zanedbávanie	závislosť rodičov od návyk. látok	závislosť detí od návyk. látok	trestná činnosť dieťaťa	zanedbávanie PŠD	Iné
V roku 2005 bolo umiestnených do	ústavnej starostlivosti	1027	820	625	65	2	6	28	301
	úst. star. (poruchy správania)	256	105	9	1	11	86	110	39
	ochrannej výchovy	23	10	0	0	2	20	0	1
Deti, ktoré neboli umiestnené do	ústavnej starostlivosti	68	48	40	2	2	3	6	15
	úst. star. a ochr. výchovy (poruchy správania)	54	19	0	0	2	28	21	3
Počet evid. detí k 31. 12. 2005	v ústavnej starostlivosti	5467	4054	4221	273	10	37	136	790
	v úst. star. (poruchy správania)	860	279	54	9	26	256	338	177
	ochrannej výchove	69	10	0	0	0	61	7	1

Zdroj: Ročný výkaz o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za rok 2005, MPSVaR SR, 2006

Graf 9.1: Vývoj počtu detí umiestnených do ústavnej starostlivosti pre závislosť rodičov alebo vlastnú



Zdroj údajov: ÚPSVaR, 2006

— Závislosť rodičov — Závislosť detí

Výkon sociálnej kurately a opatrení sociálno-právnej ochrany

Po organizačnej stránke je sociálna kuratela zabezpečovaná na všetkých 46 úradoch PSVaR a ich 33 pracoviskách (spolu 79 pracovísk, 774 zamestnancov v členení na sociálnu kuratelu pre deti, pre plnoletých, sociálno-právnu ochranu detí a referáty poradensko-psychologických služieb¹⁵³ - bývalé CPPS).

9.2 Sociálna reintegrácia

Jednotlivé ÚPSVaR si objednávajú pobyt (realizáciu rozhodnutia súdu o výchovnom opatrení - pobyte) dieťaťa v resocializačnom zariadení. ÚPSVaR potom pobyt dieťaťa v resocializačnom stredisku hradí. Celkovo bolo v resocializačných strediskách pre rok 2005 objednaných 46 miest v celkovej sume 10.580.000,- Sk (cca. 274 tis. €)¹⁵⁴, 147 miest v krízových strediskách 31.605.000,- Sk (cca. 819 tis. €) a 139 miest v pestúnskych zariadeniach 11.120.000,- Sk (cca. 288 tis. €).

¹⁵³ Perspektíva využitia referátov PPS je aj pri realizácii výchovných opatrení, najmä pri práci s deťmi s problémovým správaním (napr. záškoláctvo, trestná činnosť, šikanovanie, drogová závislosť). Aktuálne personálne obsadenie referátov PPS je však nedostatočné a umožňuje plniť iba úlohy v oblasti náhradnej rodinnej starostlivosti. Oproti pôvodne delimitovanému počtu 176 zamestnancov bývalej CPPS je v súčasnosti 142 zamestnancov, z toho 93 psychologov.

¹⁵⁴ Všetky prepočty v tejto kapitole sú počítané priemerným kurzom € za rok 2005 = 38,59,- Sk, www.nbs.sk

9. OPATRENIA TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV UŽÍVANIA DROG

Mapa 9.1: Mestá, v ktorých sú zriadené resocializačné strediská



S cieľom združovať a obhajovať záujmy resocializačných a postresocializačných zariadení a zastupovať ich záujmy vznikla v roku 2004 Asociácia resocializačných stredísk a postresocializačných služieb. Do činnosti Asociácie o.i. patrí vytváranie štandardov správania sa resocializačných stredísk (ďalej len "RS") a postresocializačných služieb či zvyšovanie profesnej úrovne ich zamestnancov¹⁵⁵. RS postupne reagujú tiež na zmenu právnej úpravy týkajúcu sa výchovných opatrení. Problémom ostáva zavádzanie supervízie. Len 6 RS uvádza realizáciu supervízneho programu zodpovedajúcemu kritériám kladeným na supervíziu.

9.2.1 Činnosť resocializačných stredísk

V roku 2006 MPSVaR formou dotazníka zisťovalo údaje o počte klientov v 18 resocializačných centrách, ktoré v roku 2005 vykonávali svoju činnosť v plnom rozsahu. Z uvedeného počtu 18 je zriaďovateľom 1 RS obec a 1 vyšší územný celok. Údaje však nie sú štatisticky testované a nie sú overené z iných zdrojov.

Tab. 9.4: Klienti v 18 resocializačných strediskách v r. 2005

	Začiatok roka 2005	Koniec roka 2005
Kapacita miest	252	271 (+7.5%)
Počet klientov	255	260
- z toho nepľnoletí	n.a.	27
	Celkom	Muži
Počet nových klientov	377	303
- z toho nepľnoletých klientov	29 (7,7%)	19
Prepustení klienti počas roka	370	312
- z toho nepľnoletí	13 (3,5%)	-
Prepustení klienti po ukončení celého programu	154	-
Predčasne ukončený program	216	-
- z toho na vlastnú žiadosť	154	-
- do 2 týždňov	65	-
- po absolvovaní 2/3 resoc. programu	40	-
- z toho pre porušenie pravidiel	52	-
- do 2 týždňov	7	-

Zdroj: MPSVaR, 2006

Najvýraznejšie zastúpenie klientov (36%) je vo vekovej skupine 18 - 26 rokov, približne 3% tvorili klienti vo veku od 16 - 18 rokov. (Informácie o štruktúre klientov podľa užívanej drogy pozri kap. 4.) Priemerné využitie

¹⁵⁵ V súčasnosti združuje 14 členov. Asociácia resocializačných stredísk a postresocializačných služieb, In: Čistý deň 1/2006, s. 16

9. OPATRENIA TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV UŽÍVANIA DROG

kapacity v RS v sledovanom období bolo 84,53 %, pričom sa využitie kapacity za jednotlivé RS pohybovalo od 35,8% až po 100%, pričom 11 RS vykazovalo využitie kapacity vyššie ako 90%.

Z celkového počtu 154 klientov, ktorí boli prepustení po absolvovaní celého resocializačného programu sa 104 vrátilo do pôvodného prostredia, 22 bolo prijatých do tzv. "domu na pol ceste" a pre 28 bolo nájdené iné riešenie. Z celkového počtu klientov, ktorí sa zúčastnili RS v sledovanom roku 54,58% poberalo dávku v hmotnej núdzi a príspevky k dávke, cca 5% absolvovalo rekvalifikáciu alebo iný typ prípravy na povolanie a cca 5% sa počas pobytu v RS zúčastnilo nejakého typu vzdelávania na zvyšovanie kvalifikácie.

Sledovanie účinnosti RS programu sa v resocializačných strediskách líši, najmä v spôsobe sledovania abstinencie po ukončení RS programu. Podľa údajov (pričom nie všetky RS poskytli údaje týkajúce sa katamnézy), v 77 prípadoch, ktoré boli dlhodobo sledované (t.j. viac ako rok), bolo až 74 prípadov abstínujúcich klientov. Údaje týkajúce sa sledovania efektivity RS a katamnézy však nie je možné považovať jednoznačne za preukázané a je potrebné v nadchádzajúcom období v spolupráci s RS zjednotiť postup sledovania efektivity resocializačných programov a jej vykazovania.

Celková suma bežných nákladov na RS za všetky strediská bola v roku 2005 48 978 053,- Sk (cca. 1 269 tis. €) (priemer na RS - 2 721 002,9,- Sk (cca. 70 tis. €)). Priemerná suma bežných nákladov na klienta a rok vychádza podľa údajov RS na 180 730,- Sk (cca. 4,6 tis. €) (táto výška sa pohybuje v rozpätí od 150 000,- Sk (cca. 3,9 tis. €) - 577 500,- Sk (cca. 15 tis. €)), v závislosti od regiónu, výšky príspevku od VÚC, počtu platiacich klientov a v neposlednom rade i rozsahu a druhov vykonávaných odborných činností a aktivít). Priemerná mesačná výška úhrady od klienta činí cca 3 300,- Sk (cca. 85 €). VÚC prispievali RS v sledovanom roku v priemere sumou cca 150 000,- Sk (cca. 3,9 tis. €) (údaj je uvedený bez zariadení v zriaďovacej pôsobnosti samosprávy) na klienta a rok. Suma sa opäť líši v závislosti od regiónu a pohybuje sa v rozpätí od 120 000,- Sk (cca. 3 tis. €) po 250 000,- Sk (cca. 6,5 tis. €), pričom prevažná väčšina príspevkov zodpovedá uvedenému priemeru.

Z dotazníkového prieskumu, ktorý uskutočnilo NMCD medzi 20 resocializačnými zariadeniami, vrátane domovov chráneného bývania (z nich bolo vrátených len 11 dotazníkov), uvádzame v tab. 9.5 skladbu služieb poskytovaných týmito zariadeniami a počet klientov, ktorí danú službu využili.

Tab. 9.5: Skladba služieb poskytovaných resocializačnými zariadeniami

Poskytovaná služba	Počet zariadení, ktoré danú službu vykonávajú resp. údaje evidujú	Počet klientov
Skupinová terapia	11	271
Pracovná terapia	11	260
Sociálna práca	9	198
Individuálna terapia, poradenstvo	10	522*
Rodinná terapia, poradenstvo	8	184
Rodičovská skupina	6	173
Krízová intervencia	5	86
Intervencia po telefóne	7	526
Asistenčná služba	7	126
Počet urobených HIV testov	3	54
Počet urobených HCV testov	4	90
Počet urobených tehotenských testov	0	0
Počet urobených testov na prítomnosť drog	9	867

Pozn. v počte klientov sú zahrnutí aj klienti liečiaci sa na problémy s alkoholom - 15 a závislí na automatoch - 2

* vrátane neužívateľov (rodinných príslušníkov), ktorí využili danú službu

Zdroj: Výkaz programov resocializačných stredísk", NMCD, 2006

9. OPATRENIA TÝKAJÚCE SA SOCIÁLNYCH DÔSLEDKOV UŽÍVANIA DROG

Jedno zariadenie realizovalo pomoc svojim 15 klientom pri hľadaní zamestnania. Služby programu resocializačných zariadení a domov na polceste tiež využili rodinní príslušníci či blízke osoby klientov v počte 195 osôb.

Bývanie

Pre drogovu závislých je dlhodobé bývanie zabezpečené najmä v zariadeniach chráneného bývania (posledné dostupné údaje hovoria o 6 zariadeniach), kde sa poskytuje bývanie a dohľad, čiastočne i v resocializačných strediskách. Poskytovanie starostlivosti v zariadení chráneného bývania je podmienené absolvovaním celého resocializačného procesu, v odôvodnených prípadoch úspešným ukončením liečby v trvaní min. 3 mesiacov a naviazaním na príslušné resocializačné stredisko.

Drogovo závislému môže byť ďalej poskytované ubytovanie alebo prístrešie i v iných zariadeniach sociálnych služieb - napr. útlkoch, krízových centrách, pričom však podmienkou zaradenia je abstinencia (Správa 2005).

Vzdelávanie a zamestnanosť

V SR existujú opatrenia zamerané na vzdelávanie, prípravu pre trh práce a opatrenia aktívnej politiky zamestnanosti, zamerané na znevýhodnených uchádzačov o zamestnanie, medzi ktorých môžeme zaradiť aj užívateľov drog, avšak nie ako samostatnú skupinu.

9.3 Prevencia drogovej kriminality**9.3.1 Pomoc užívateľom drog vo väzeniach**

Zbor väzenskej a justičnej stráže (zbor) vykonáva systematické vzdelávanie v drogovej problematike pre príslušníkov zboru a odsúdených vo výkone trestu odňatia slobody. V rámci vzdelávania boli prednášané a publikované učebné texty, bulletiny, letáky o drogovej problematike. V roku 2005 bolo v Inštitúte vzdelávania zboru preškolených priemerne 400 príslušníkov zboru. Prínosom ku všeobecnej osвете a vzdelaniu príslušníkov zboru v oblasti závislostí bola účasť zboru v twinningovom projekte "Podpora realizácie NPBD 2004 - 2008", aktivity Podpora implementácie preventívnych (minimalizácia rizika) a liečebných opatrení vo väzniach.

Drogová problematika bola prednášaná aj odsúdeným. Tematika drog je obsiahnutá v prednáškovom cykle, ktorý absolvuje každý odsúdený po nástupe do výkonu trestu. Zvláštna pozornosť sa venuje odsúdeným vykonávajúcim súdom nariadené protialkoholické alebo protitoxikomanické ochranné liečenie a tým, ktorí absolvujú dobrovoľnú protitoxikomanickú liečbu alebo sú umiestnení v drogovu čistých zónach (6 s kapacitou 362 miest).

Tab. 9.6: Realizované prednášky s protidrogovou tematikou pre odsúdených

TÉMY	realizované prednášky a besedy s protidrogovou tematikou pre odsúdených	
	Počet akcií	Počet zúčastnených odsúdených
Drogy, Alkohol	179	4560
AIDS	37	834
Spolu	216	5394

Zdroj: Odbor výkonu väzby a výkonu trestu GR ZVJS

V zariadeniach na výkon trestu odňatia slobody sa naďalej pacientom závislým od drog neposkytuje substitučná liečba, nerealizujú sa harm reduction programy ako výmena ihliel a striekačiek, rozdávanie parafernálií a pod.

9.3.2 Penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť

Slovensko je jednou z krajín, v ktorej je vysoká miera recidívy páchatel'ov trestnej činnosti, a to aj z dôvodu, že prakticky neexistovala takmer žiadna penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť. Až v roku 2005 bola táto oblasť legislatívne opravená vo viacerých predpisoch, ktoré sú vzájomne prepojené, (Zákon o probačných a mediačných úradníkoch, vyhláška, ktorou sa vydáva Poriadok výkonu trestu odňatia slobody, zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele). Napr. vytvorili sa podmienky pre vznik výstupných oddielov, ktorých úlohou je pripraviť odsúdeného na podmienky po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody a jeho integráciu do spoločnosti.

9.3.3 Resocializačný príspevok po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody

Podľa zákona SPOK na uľahčenie resocializácie mladistvých a plnoletých osôb po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody alebo z výkonu väzby je možné poskytnúť tzv. resocializačný príspevok - ide o finančné opatrenie, ktoré môže sociálny kurátor v kombinácii s ostatnými opatreniami sociálnej kurately použiť a vytvoriť tým predpoklady pre efektívnu resocializáciu. Príspevok sa nevypláca automaticky po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody alebo z výkonu väzby a nie je možné poskytnutie tohto príspevku zamieňať s poskytovaním sociálnych dávok a príspevkov. Od 1. 9. 2005 do 31. 1. 2006 bolo za účelom pomoci pri začlenení sa do bežného života poskytnutých 366 resocializačných príspevkov v celkovej sume 413 690,- Sk (10,7 tis. €).

9.3.4 Iné opatrenia zamerané na prevenciu drogovej kriminality

Prevencia kriminality sa zabezpečuje v rámci trojstupňového systému riadenia. Jednotlivé stupne riadenia sú odvodené od územnosprávneho členenia SR. Ide o celospoločenskú (SR), regionálnu (kraje) a miestnu úroveň (obce, mestá alebo ich časti). Miestna úroveň sa viac ako ostatné úrovne vyznačuje adresnosťou realizovaných preventívnych aktivít tj. aktivity sa realizujú pre určitú konkrétnu skupinu v určitom konkrétnom čase a priestore (napr. hliadky miestnej polície a rodičov - Noční havrani, ktoré zabezpečuje bezpečnosť detí po návrate z diskoték). Informácie o opatreniach zameraných špecificky na prevenciu drogovej kriminality neboli za rok 2005 k dispozícii.

IO. Trh s drogami

Slovenská drogová scéna sa v roku 2005 neodlišovala výrazne od situácie v minulom roku. Na prvom mieste sú marihuanové produkty a pervitín. Počet záchytov drog trestnoprávnymi orgánmi sa v roku 2005 zvýšil o 354 prípadov, pričom najväčší podiel na zvýšení mali záchyty marihuany (zvýšenie o 222 prípadov). Objem zachytených drog sa zvýšil v prípade heroínu (3,7 kg), pervitínu (1,99 kg) a extázy (1 698 tabliet). V prípade marihuany, kokaínu a LSD došlo k poklesu objemu zadržaných drog. V roku 2005 bolo v priebehu 5 ročného obdobia zachytené najväčšie množstvo huby rodu *Psilocybe* v objeme 2,76 kg.

Slovensko je v prípade marihuany a pervitínu producentskou krajinou, droga však prevažne aj ostáva na našom území a tranzitnou krajinou pre heroín a kokaín, kde väčšia časť zásielky je určená odberateľovi v inej krajine.

Za posledné roky došlo k nárastu koncentrácie tetrahydrokanabinolu (THC - účinná látka marihuany) v tejto droge. V roku 2002 koncentrácia bola 3% a v roku 2005 7,8%. Tak isto došlo k nárastu koncentrácie účinnej látky v pervitíne (58,3%) a heroíne (12,5%). Pri tabletách extázy bol v roku 2005 zaznamenaný pokles množstva účinnej látky. Zároveň sa vyskytli prvé prípady, kedy tablety obsahovali látku m-CPP, ktorá momentálne nie je zaradená do zoznamu omamných a psychotropných látok.

10.1 Ponuka a dostupnosť

Najčastejšie zneužívaným typom drogy je marihuana a marihuanové produkty. Podľa informácií Národnej protidrogovej jednotky Úradu boja proti organizovanej kriminalite (ďalej len "NPJ ÚBOK") je dostupnosť marihuany vo všeobecnosti vnímaná ako najjednoduchšia. Už žiaci vyšších ročníkov základných škôl majú presné informácie o miestach predaja, dostupnej kvalite a cene jednotlivých produktov. Naďalej prevláda pestovanie marihuany hydroponným spôsobom, čo umožňuje viacnásobnú úrodu v priebehu jedného roka a vyššie percento účinnej látky - THC napr. 25% a viac. (Najvyššia koncentrácia THC v marihuane, ktorá bola zistená analýzou prostredníctvom Kriministicko-expertízneho ústavu Policajného zboru - ďalej len "KEÚ PZ", v roku 2005 bola 32%.) Laboratórnym pestovaním marihuany sa zaoberajú najmä slovenskí občania a takmer celý objem vyprodukovaných drog je aj určený pre slovenských spotrebiteľov. Laboratórium je vybudované na trvalé použitie zvyčajne mimo hustejšie obývaných oblastí a je starostlivo ukryté.

Obchodovaniu s hašišom sa venujú najmä organizované skupiny arabskej komunity. Predaj sa sústreďuje predovšetkým v Bratislave a kúpeľoch Piešťan, ktoré sú často navštevované arabskou klientelou.

V posledných rokoch možno na Slovensku, aj na základe policajných údajov, pozorovať výrazný nástup pervitínu (metamfetamínu). Počet záchytov a množstvo pervitínu ako aj jeho prekurzorov efedrín a pseudoefedrín stúpa (pozri kapitola 10.2). Pervitín sa pripravuje zväčša v laboratóriách kuchynského typu, ktoré je možné v prípade nutnosti rýchlo zlikvidovať a premiestniť. Pre svoju nižšiu cenu a silnejší stimulačný účinok je používaný ako alternatíva kokaínu. Najčastejšie sa na výrobu pervitínu v takýchto laboratóriách používa pseudoefedrín, ktorý pochádza z liekov dostupných na našom trhu, napr. Disophrol repetabs, Clarinase repetabs, Modafen, Paralen plus a pod. Efedrín, používaný pri tejto výrobe sa pašuje po Balkánskej ceste z Turecka alebo pochádza z miestnych zdrojov. Počet záchytov efedrínu a pseudoefedrínu vzrástol z počtu 3 v roku 2000 na 17 v roku 2005, kedy bolo zachytených 2,3 kg práškových materiálov a 849 ks tabliet.

Heroín sa aj naďalej na naše územie pašuje z Afganistanu cez Turecko ďalej po Balkánskej ceste. Pri transporte drogy sa uprednostňujú páchatelia pochádzajúci z Balkánu. Obchodovanie s heroínom je na Slovensku doménu albánskych organizovaných zločineckých skupín. Slovenskí občania sú v hierarchii týchto skupín na najnižších pozíciách pomocníkov, šóférov a pod. Bytovým predajom heroínu sa zaoberajú skupiny Olašských Rómov. Záchyty z okolitých krajín naznačujú pašovanie vysoko koncentrovaného heroínu vo väčších objemoch.

IO. TRH S DROGAMI

Dovoz a obchodovanie s kokaínom patrí tiež do záujmovej sféry albánskych organizovaných skupín. Kokaín dovážaný na naše územie pochádza z krajín južnej Ameriky. Drogu pašujú najčastejšie kuriéri jednotlivci, prípadne dvojice na tele alebo v batožine. Keďže ide o relatívne drahú drogu, cena sa pohybuje od 2.000 - 3.000,- Sk (cca. 56 € - 78 €¹⁵⁶) za 1 g, jej užívatelia patria do skupiny s vyššími príjmami. Záujem o túto drogu je na základe informácií PPZ vyšší v oblasti Bratislavy ako v iných regiónoch Slovenska vzhľadom na ekonomické podmienky. Od roku 2000 nebol na našom území zachytený kokaín vo forme cracku.

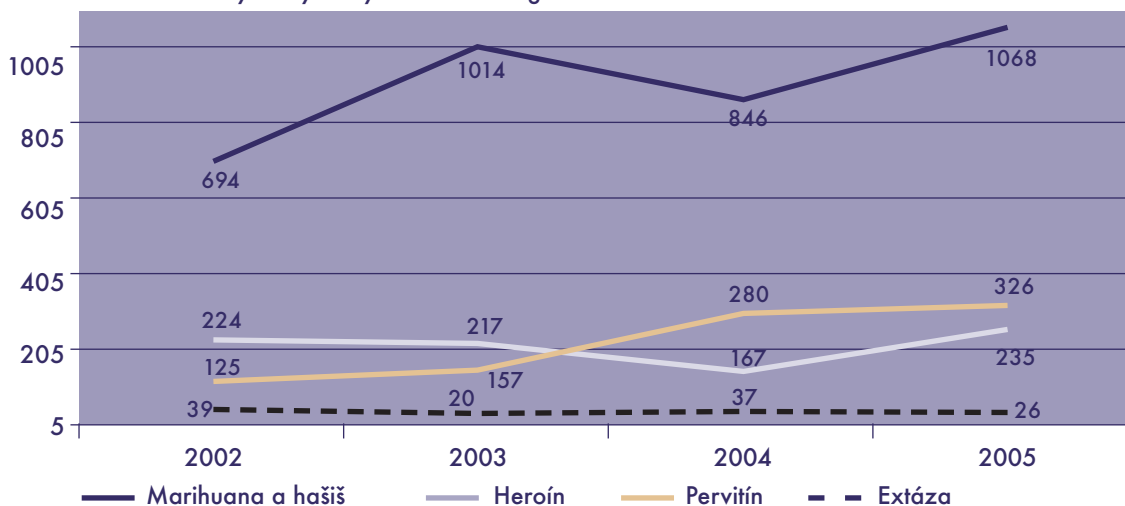
Na slovenskom drogovom trhu je dostupná aj extáza, avšak záujem konzumentov o túto drogu zatiaľ nedosahuje úroveň iných krajín Európskej únie. V prípade extázy naša krajina nie je producentkou krajinou a droga sa dováža z iných krajín Európy. V roku 2005 boli na Slovensku prvýkrát zaistené tablety extázy, ktoré obsahovali účinnú látku m-CPP. Táto látka v súčasnosti nie je zaradená do zoznamu omamných a psychotropných látok. Na Slovensku boli v danom roku 4 prípady záchytov tabliet s obsahom m-CPP¹⁵⁷ (38 ks tabliet) a 1 prípad záchytu 99 ks tabliet, ktoré obsahovali zmes m-CPP a MDMA (látka bežne sa vyskytujúca v tabletách extázy).

V roku 2005 bolo tiež zaistených 2,76 kg húb rodu Psilocybe, čo je najviac za posledné roky.

10.2 Záchyty drog

Počet záchytov drog sa podľa údajov PPZ v roku 2005 celkovo zvýšil na 1 682 oproti roku 2004, keď to bolo 1 328. Znížil sa len počet záchytov LSD (zo 6 na 2 prípady) a extázy (z 37 na 26 prípadov). V porovnaní s rokom 2004 sa znížilo aj množstvo zachyteného LSD z 207 ks tabliet na 11 ks v roku 2005 a extázy sa zadržalo o 689 tabliet menej. Počet záchytov kokaínu vzrástol z 12 prípadov v roku 2004 na 18, avšak množstvo zachyteného kokaínu bol napriek tomu nižší (1,98 kg v roku 2004 a 360,01 g v roku 2005).

Graf 10.1: Počet záchytov vybraných druhov drog



Zdroj: KEÚ PZ, 2006

Od roku 2002 je možné pozorovať rastúci trend počtu prípadov a množstva zachyteného pervitínu. (pozri graf 10.1 a tab. 10.1).

¹⁵⁶ Priemerný kurz € za rok 2005 = 38,59,- Sk, www.nbs.sk

¹⁵⁷ 1-(m-chlorophenyl)piperazine, stimulant

Tab. 10.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog

Droga	Jednotky objemu	2002		2003		2004		2005	
		Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem	Počet	Objem
Marihuana	kg	664	725,4	991	619,23	817	1545,47	1039	1172,74
Hašiš	kg	30	1,81	23	0,11	29	0,96	29	0,27
Heroín	kg	224	15,4	217	7,1	167	2,34	235	3,71
Kokaín	kg	32	0,07	15	0,9	12	1,98	18	0,36
Pervitín	kg	125	0,29	157	0,09	280	1,46	326	1,99
Extáza	tabletky	39	435	20	1893	37	2387	26	1698
LSD	tabletky	4	8	7	217	6	207	2	11

Zdroj: KEÚ PZ, 2006

Podľa údajov predložených KEÚ PZ a Colným kriminálnym úradom (CKÚ) v roku 2005 realizovali colné úrady z vyššie uvedených prípadov 3 záchyty extázy v počte 1 276 tabliet, 14 záchytov marihuany (1,56 kg), ďalej zachytili malé množstvo pervitínu (8g) a 3g heroínu.

10.3 Ceny a čistota drog

10.3.1 Ceny drog

Podľa informácií NPJ ÚBOK zostávajú ceny drog v posledných rokoch pomerne stabilné. Rozdiely v cenách sa vyskytujú v rámci jednotlivých regiónov a na rôznych úrovniach reťazca distribútorov.

Ceny drog sú ovplyvnené kvalitou drogy či krajinou pôvodu. V prípade marihuany, ktorá je pestovaná voľne na poličkách, cena závisí od ročného obdobia, ak ide o marihuanu pestovanú hydroponným spôsobom sa jej cena pohybuje v závislosti od obsahu účinnej látky THC.

V prípade hašišu je cena ovplyvnená aj krajinou pôvodu, t.j. či sa jedná o hašiš slovenského pôvodu alebo pochádzajúci zo zahraničia, predovšetkým Maroka a okolitých krajín. V takom prípade je cena 1 g hašiša vyššia. Cena kokaínu je stabilná resp. veľmi mierne klesla (viac kapitola 12).

Tab. 10.2: Ceny drog v roku 2005 (minimálna a maximálna cena)

Druh drogy	Pouličný predaj cena v Sk	Druh drogy	Pouličný predaj cena v Sk
Marihuana- hydropónne pestovaná	200 /g - 400 /g 150 /cigareta - 250 /cigareta	Kokaín	400 /injekcia - 500 /injekcia 2 000 /g - 3 000 /g
Marihuana - voľne pestovaná	50 /g - 100 /g 80 /cigareta - 150 /cigareta	Heroín	300 /dávka - 600 /dávka
Hašiš	80 /g - 300 /g	Pervitín	300 /dávka - 500 /dávka
LSD	400 /trip - 500 /trip	Extáza	400 /tbl. - 600 /tbl.

Zdroj: NPJ ÚBOK PPZ, 2006

Podľa informácií NPJ množstvo záchytov v okolitých krajinách naznačuje vzostupný trend pašovania heroínu a dochádza k znižovaniu ceny heroínu pri jeho zvyšujúcej sa kvalite.

OZ Prima pôsobiaca v otvorenom prostredí (harm reduction) zisťovala cenu heroínu a pervitínu na trhu v Bratislave. Dopytovanie klientov prebiehalo počas šiestich mesiacov a údaje sa získali od cca 400 aktívnych užívateľov. Podľa takto získaných informácií sa cena heroínu pohybuje v rozpätí od 500 - 1 200 Sk/g (cca. 13 € - 31 €/g). Najčastejšie uvádzanými cenami boli ceny v rozpätí 500 - 800,- Sk (cca. 13 € - 21 €) a potom 1200,- Sk (cca. 31 €). Viac ako 100% rozdiel medzi najvyššou a najnižšou hodnotou ceny heroínu

IO. TRH S DROGAMI

svedčí o veľmi pohyblivej kvalite drogy. Podľa informácií od užívateľov sa na ilegálnom trhu v Bratislave často objavuje táto látka vo veľmi nečistej forme s nízkym pomerom opiátov v substancii. Koncentrácia heroínu určeného pre konečného užívateľa sa podľa zistení KEÚ PZ v roku 2005 pohybovala od 0,5 % do 51,3 %.

Cena pervitínu sa podľa aktívnych užívateľov pohybuje medzi 1 400 - 1 700 Sk/g (cca. 36 € - 44 €/g) resp. 250 Sk (cca. 6,5 €) za 1 dávku. Táto cena je v posledných rokoch pomerne stabilizovaná.

10.3.2 Čistota a zloženie drog

Údaje o čistote zachytených drog na území Slovenska poskytuje KEÚ PZ v Bratislave a jeho pracoviská v Banskej Bystrici a Košiciach.

V roku 2005 KEÚ PZ vykonal kvantitatívnu analýzu drog v 2 323 prípadoch, čo je o 20,7% viac ako v roku 2004 (1 925 prípadov).

V nižšie uvedenej tabuľke a grafe sa nachádzajú údaje o koncentrácii účinných látok v jednotlivých drogách, ktoré boli zisťované v záchytoch drog určených pre konečného užívateľa. Za posledné roky je vidieť rapidný nárast koncentrácie THC u marihuany, v roku 2002 to boli 3 % a v roku 2005 7,8%, čo je 2,6 násobný nárast, pričom tento rast sa očakáva aj v ďalších rokoch, ale pravdepodobne nie taký intenzívny. (graf 10.2)

U heroínu je tiež viditeľný nárast koncentrácie účinnej látky z 9,9 % v roku 2002 na 12,5 % v roku 2005 a tiež je viditeľný nárast koncentrácie účinnej látky v pervitíne zo 46,4 % v roku 2002 na 58,3 % v roku 2005. Čo sa týka kokaínu, u tejto drogy je v posledných rokoch stabilizovaná koncentrácia účinnej látky.

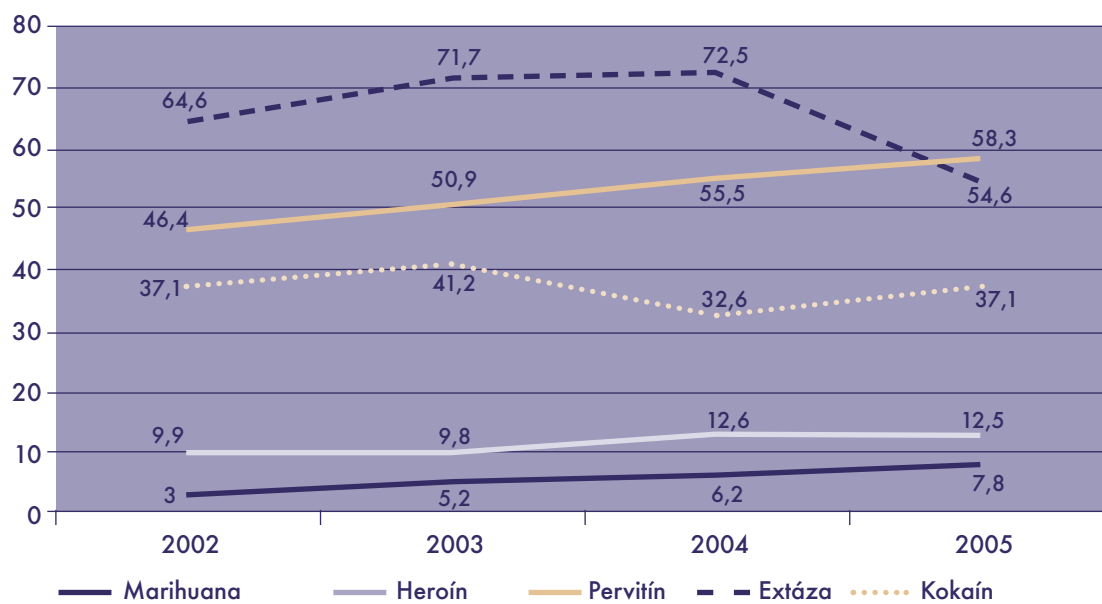
Na druhej strane pri tabletkách extázy bol v roku 2005 zaznamenaný pokles množstva účinnej látky v tabletkách. Zároveň sa vyskytli prvé prípady, kedy tablety obsahovali látku m-CPP, ktorá momentálne nie je zaradená do zoznamu omamných a psychotropných látok.

Tab. 10.3: Koncentrácia účinnej látky vybraných druhov drog v rokoch 2002 - 2005 v % (u extázy v mg MDMA/tbl)

		Marihuana	Heroin	Metamfetamín (pervitín)	Extáza (mg MDMA v tablete)	Kokaín
Počet analyzovaných vzoriek	2002	772	1454	130	40	21
	2003	1157	926	24	24	15
	2004	1096	1137	39	39	13
	2005	1219	898	386	1684	20
minimálna koncentrácia účinnej látky	2002	0,1	1,2	2,4	25,7	9,7
	2003	0,1	1	1,8	12,7	7,7
	2004	0,01	1,9	5,1	31,8	6,5
	2005	0	0,5	3,7	14,4	8,6
maximálna koncentrácia účinnej látky	2002	33,2	33,7	78,8	98,8	65,8
	2003	35	30,7	80	140,1	82,5
	2004	32,7	38,7	80,9	114,7	50
	2005	32	51,3	88,8	127,9	78,8

Zdroj: KEÚ PPZ, 2006

Graf 10.2: Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) marihuany, heroínu, pervitínu a kokaínu v % a množstva MDMA v mg pri tabletkách extázy (pre veľkosť testovanej vzorky v jednotlivých rokoch pozri tab. 10.3)



Zdroj: KEÚ PPZ, 2006

Tri špeciálne kapitoly, ktoré každý rok vyberá EMCDDA v spolupráci s monitorovacími centrami podľa aktuálnych potrieb sa zameriavajú na vývoj, hlavné trendy a výsledky štúdií v danej oblasti za posledných 5 až 10 rokov.

II. Užívanie drog u detí a mládeže (do 15 rokov) a problémy s tým spojené

V posledných rokoch členské krajiny EÚ hlásili vzrastajúce užívanie drog medzi mladými ľuďmi, mladšími než 15 rokov. Najčastejšie užívanými drogami sú marihuana a inhalanty, ale z niektorých krajín sú údaje o rastúcom počte detí (dokonca 11 - 12 ročných), ktoré užívajú heroín, kokaín či farmaceutické produkty bez lekárskeho predpisu.

Slovenské deti do 15 rokov majú okrem alkoholu a tabaku podľa realizovaných reprezentatívnych prieskumov skúsenosti najmä s marihuanou. Údaje z liečby za ostatné tri roky (2003 - 2005) hovoria o 59 deťoch, ktoré sa liečili z medicínsky indikovanej závislosti, pričom podiel liečených kvôli problémom s marihuanou stúpol (z 29% na 43%) a naopak klesol počet liečených kvôli problémom s inhalantmi. Prevládajúcou formou užívania je vdychovanie a fajčenie. V roku 2003 boli 4 deti liečené pre problémy s opiátmi (3 kvôli heroínu). Vek prvej skúsenosti s nelegálnou drogou vo všeobecnosti klesá, rozdiel medzi "bežnou populáciou" a rizikovými skupinami je zrejmy - čím je populácia ohrozenejšia, tým je vek nižší a sortiment psychoaktívnych látok "bohatší".

Podľa údajov z retrospektívneho zberu údajov za Slovensko z 11 pracovísk súdneho lekárstva neboli za obdobie rokov 2000 - 2005 nahlásené žiadne úmrtia v súvislosti so psychoaktívnymi látkami detí vo veku do 15 rokov.

Legislatívny rámec a ďalšie opatrenia primerane obmedzujú dostupnosť všetkých psychoaktívnych látok pre túto vekovú skupinu.

Stredný stav populácie detí vo veku do 15 rokov predstavoval v r.2005 počet 985 704 detí s miernou prevahou chlapcov (504.872)¹⁵⁸. Podľa údajov rezortu školstva¹⁵⁹ je v ZŠ (vo veku 6 - 15 rokov) na Slovensku 613 000 (cca. 11% celej populácie)¹⁶⁰.

11.1 Užívanie drog u žiakov a študentov

11.1.1 Populačné (školské) prieskumy do 15 rokov

Snahy o zmapovanie drogového (legálne a nelegálne drogy) správania na Slovensku so zreteľom na žiakov¹⁶¹, študentov, ale aj pedagógov siahajú do roku 1992, kedy sa inicioval prvý komplexný preventívny program - Škola bez alkoholu, tabaku a drog¹⁶² a bolo potrebné objektívne zistiť, aký je stav v populácii, kde mala preventívna intervencia smerovať. V roku 1994 boli k dispozícii prvé výsledky získané z prieskumu TAD1¹⁶⁴ na vzorke vyše 2 500 žiakov ZŠ. Prieskum realizovalo vtedajšie Národné centrum podpory zdravia a Štátny zdravotný ústav ako opakovaný, pričom sa sledovali aj poznatky a postoje¹⁶⁵ učiteľov. Výsledky TAD1, TAD2 a TAD3 sú obsiahnuté v publikácii "Prieskumy o alkohole, tabaku a drogách u slovenskej mládeže (2004), Správy o Bratislave 2000¹⁶⁶ a parciálne v Správe 2004.

¹⁵⁸ Demografické údaje ŠÚ SR Stredný stav obyvateľstva k 1. 7. 2005

¹⁵⁹ <http://www.minedu.sk>

¹⁶⁰ Demografické údaje ŠÚ SR Stredný stav obyvateľstva SR k 1. 7. 2005 je 5 387 285

¹⁶¹ II. stupeň ZŠ: - 11 - 15 rokov

¹⁶² Novotný I., Nociar A.: School without alcohol, tobacco and drugs. - preventive project and target population survey in Slovakia. Abstracts from meeting of International Institutes on the Prevention and Treatment of Alcoholism and Drug dependence, Prague, 1994, p. 180.

¹⁶⁴ Tabak - alkohol - drogy je školský prieskum zameraný na skúsenosti s legálnymi a nelegálnymi látkami, názory a postoje, rodinné, vrstovnícke a školské prostredie určený pre vekovú skupinu žiakov druhého stupňa ZŠ (11 - 15 rokov) - TAD1, stredoškôlkov (TAD2) a pedagógov (TAD3) In: Nociar A.: Prieskumy o alkohole, tabaku a drogách u slovenskej mládeže

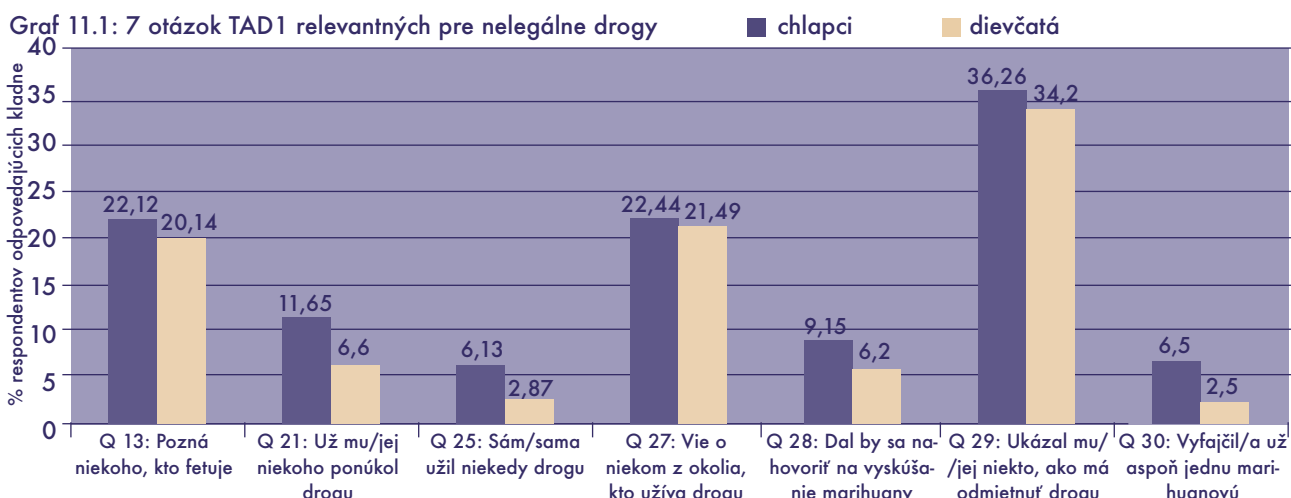
¹⁶⁵ Napr.90,2 % pedagógov bolo už v r. 1994 za zavedenie protidrogovej výchovy do škôl.

¹⁶⁶ Záverečná správa spoločného projektu Multicity štúdie Pompidou Group RE a UNDCP

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

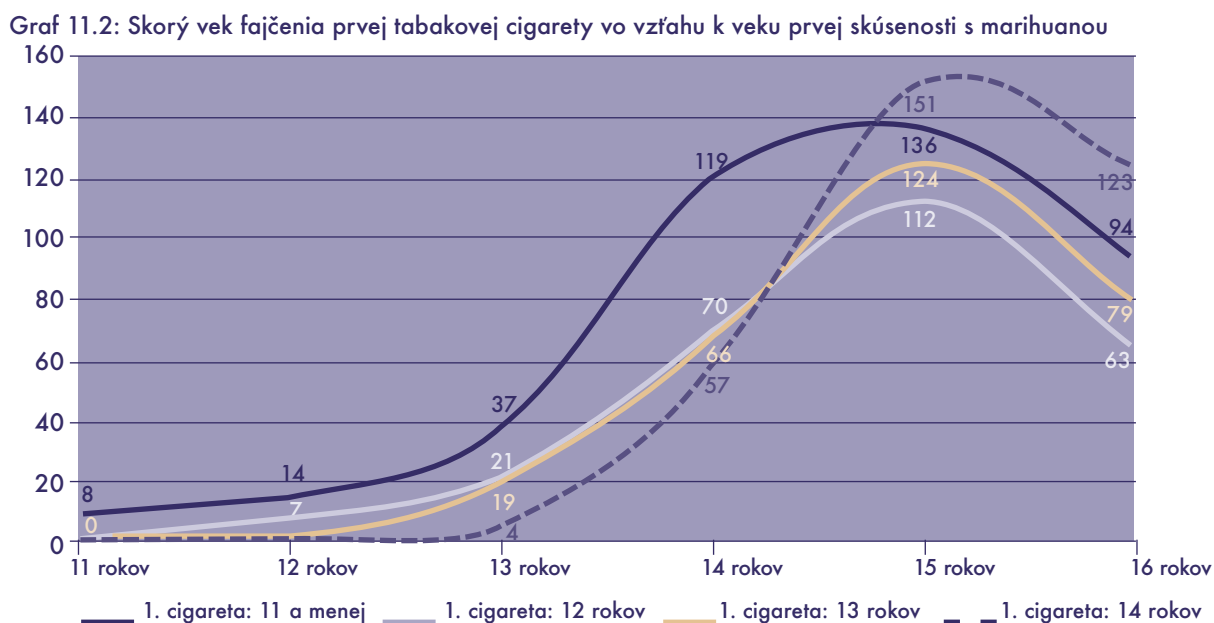
V roku 2002 bola realizovaná zatiaľ najkomplexnejšia, tretia vlna reprezentatívneho školského prieskumu TAD, z toho TAD1 na vzorke 5 746 žiakov 5. - 8.ročníka ZŠ (celkový počet žiakov v r. 2002 v daných ročníkoch bol 281 837). 30 položkový dotazník pokrývajúci tabak, alkohol a 7 otázok na nelegálne drogy bol administrovaný v školských triedach a bola zabezpečená anonymita respondentov.

Podľa prieskumu TAD1 v roku 2002 vyše 20% detí poznalo niekoho, kto fetuje a vedelo o niekom z okolia, kto užíva drogu, vyše 6% chlapcov užilo drogu, resp. vyfajčilo aspoň jednu marihuanovú cigaretu, takmer 2,9 % dievčat v skupine s priemerným vekom 12,5 rokov užilo drogu/najčastejšie vyfajčili aspoň jednu marihuanovú cigaretu (2,5%). Len relatívne je pozitívnejším údajom to, že 35% deťom vo veku 11 - 14 rokov v roku 2002 niekto ukázal, ako majú drogu odmietnuť (graf 11.1).



Pozn: Počet respondentov n=5746, priemerný vek 12,53, chlapci 2953 (12,56), dievčatá 2793 (12,51).
Zdroj: Nociar A.,2004, s. 23

Vzťah medzi vekom vyfajčenia prvej cigarety a prvej marihuanovej cigarety ilustruje nasledujúci graf 11.2 podľa údajov ESPAD (prevzatý z <http://www.infodrogy.sk>) a tab. 11.1 ilustruje nárast ochoty vyskúšať marihuanovú cigaretu podľa údajov TAD.



Zdroj: Nociar A.,2004 s. 200

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Tab. 11.1: Dal by si sa prehovoriť na vyskúšanie marihuany? Kladné odpovede v %

Rok prieskumu	11 roční	12 roční	13 roční	14 roční
1994	1,5	1,9	2,6	7,1
2002	2,6	4,2	10,7	13,6

Zdroj: Nociar A., 2005¹⁶⁷

Podľa Nociara (2004) výsledky TAD1 a TAD2 v roku 2002 ukázali, že občasné aj pravidelné fajčenie u žiakov a študentov vzrástlo dvojnásobne oproti r. 1994.

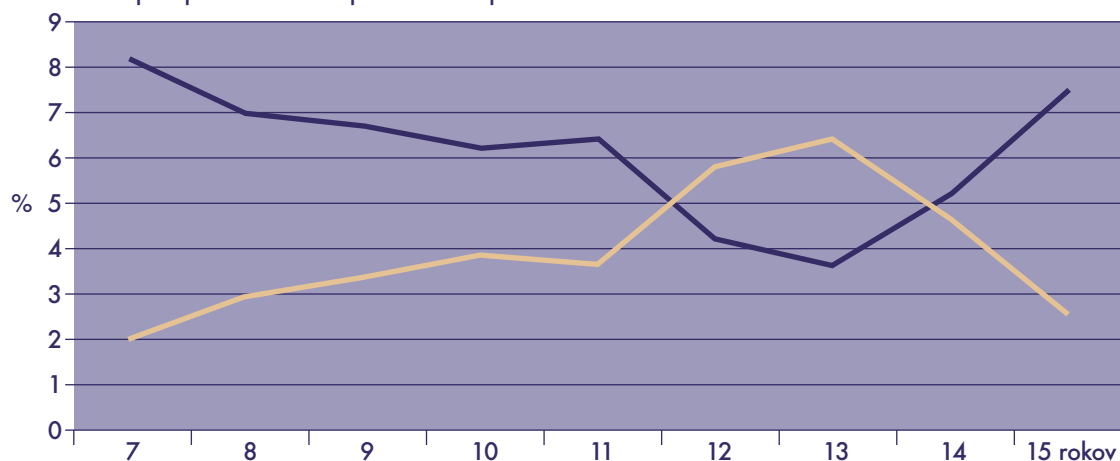
Pitie alkoholu sa u časti mládeže čoraz viac problematizuje, pričom pitie v globále naďalej tvorí bežnú súčasť spoločenskej atmosféry. "Tieto fakty dané zvyklosťami a kultúrou a zmeny dostupnosti alkoholu, tabaku a ostatných drog sa prejavujú neustálym pribúdaním fajčiacich a pijúcich detí a dospelých a zároveň stúpaním ich ochoty experimentovať, ako aj nárastom reálneho experimentovania s nelegálnymi drogami, čím sa u časti mladých ľudí zvyšuje riziko postupného vzniku závislostí od čoraz širšieho spektra nezákonných drog."¹⁶⁸

Fajčenie u žiakov základných škôl vo veku 10 - 15 rokov - výsledky prieskumu realizovaného ÚIPŠ.

Prieskum realizovaný pracovníkmi ÚIPŠ v rokoch 2001 a 2003¹⁶⁹ mapoval situáciu vo fajčení a konzumácii alkoholu u žiakov základných a stredných škôl vo veku 10 až 18 rokov v kontexte analýzy rodinného prostredia ako významného faktora ovplyvňujúceho postoj dieťaťa k fajčeniu a konzumácii alkoholu. V roku 2001 bolo spracovaných spolu 1 013 dotazníkov, z toho 479 respondentov bolo vo veku 10 - 15 rokov. V roku 2003 bolo 516 respondentov vo veku 10 - 15 rokov a celkový súbor tvorilo 1 016 respondentov. Vysoká návratnosť ako aj vypočítaný interval spoľahlivosti zabezpečili požiadavky reprezentatívnosti výberového súboru žiakov druhého stupňa ZŠ a SŠ.

Skúsenosti s fajčením v súbore žiakov II. stupňa ZŠ (10 - 15 rokov) uviedlo 52,5% respondentov (57% chlapcov a 47,6% dievčat). Z celého súboru oslovených žiakov 24% uviedlo vek prvého experimentovania s fajčením 12 rokov a 21,1% vek 13 rokov. Zatiaľ čo najvyššie percento dievčat získalo prvú skúsenosť s fajčením v 13 rokoch, chlapci skúšajú fajčiť oveľa skôr. Každý štvrtý oslovený chlapec skúšal fajčiť už v 10 rokoch.

Graf 11.3: Vek prvej skúsenosti s fajčením u chlapcov a dievčat



Zdroj: ÚIPŠ, 2004

— chlapci — dievčatá

Oproti roku 2001 bol zaznamenaný nárast počtu žiakov, ktorí pripúšťajú skúsenosti s fajčením cigariet, vzrástlo percento tých, ktorí fajčia denne i počet príležitostných fajčiarov. Najčastejšie pri pravidelnom fajčení žiaci uvádzali jednu cigaretu denne. Zo súboru respondentov, ktorí priznali fajčenie cigariet 14,3% pri pravidelnom fajčení a 12,3% pri občasnom fajčení uvádza zlé vzťahy v rodine. Zároveň možno konštatovať aj nárast fajčenia u kamarátov žiakov základných škôl, až 69% malo vo svojom okolí kamaráta, ktorý fajčí.

¹⁶⁷ <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=102>, stiahnuté 2. augusta 2006

¹⁶⁸ In : Správa 2004, s. 36

¹⁶⁹ Bielíková M.: Fajčenie žiakov základných a stredných škôl

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Tab. 11.2: Intenzita fajčenia cigariet u žiakov II. stupňa ZŠ v %

Fajčenie cigariet	2001	2003
každý deň	2,9	3,5
len niekedy	12,0	13,0
nefajčí	85,1	83,5

Zdroj: ÚIPŠ, 2004

V porovnávacom výskume, iniciovanom WHO, krajín V4 v rámci Global Youth Tobacco Survey (GYTS)¹⁷⁰ fajčenie cigariet deklarovalo 24,3 ± 2 % detí vo veku 13 - 15 rokov. Najvyššie % kladných odpovedí skúšania cigariet vo veku nižšom ako 10 rokov dosiahli slovenské deti, 29,3 ± 2%.

Z aktuálnych lokálnych prieskumov - označovaných ako súčasť primárnej prevencie sociálno-patologických javov na školách - možno spomenúť prieskum¹⁷¹ na ZŠ v Kežmarskom okrese v školskom roku 2004/2005. Zo 400 respondentov bolo 261 detí do 10 rokov, ostatné do 13 rokov. Výskyt prvého kontaktu s cigaretou sa nachádzal v rozmedzí veku 5 - 10 rokov. V odpovedi na otázku "Kto môže za to, že človek fajčí a pije?", prvenstvo získali kamaráti, nasledovaní odpoveďou "každý sám", médiá a rodičia.

11.1.2 Konzumácia alkoholu u žiakov do 15 rokov

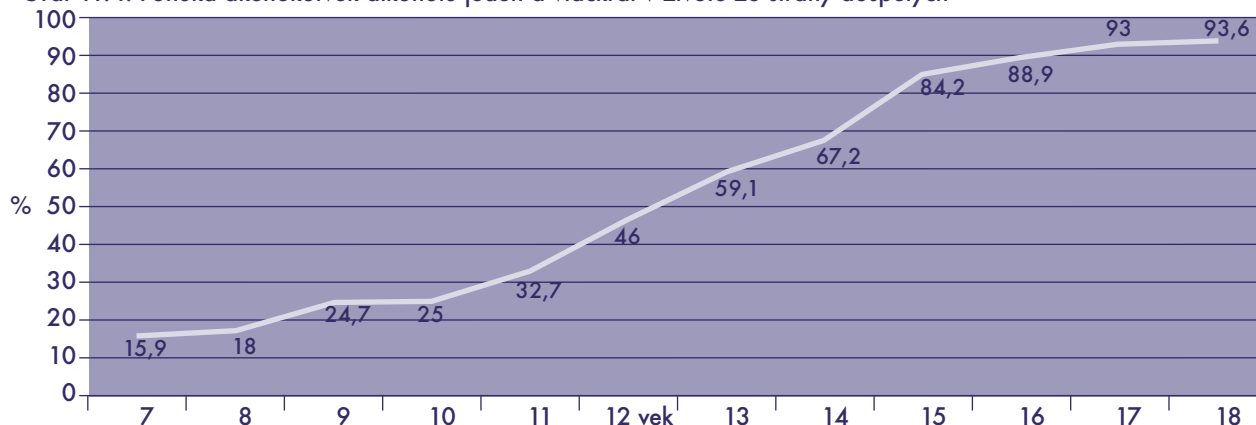
V prieskume UIPŠ prvý kontakt s alkoholom vo veku do 15 rokov priznáva až 70,3% žiakov. Ako druh požitého alkoholu uvádzali respondenti najčastejšie víno (38,8%), pivo (30,0%), tvrdý alkohol (19,3%) a likéry (11,8%). Oproti roku 2001 bol zaznamenaný nárast konzumácie alkoholu u žiakov II. stupňa základnej školy, poradie obľúbených druhov ostalo v roku 2003 nezmenené. Zistené výsledky opäť potvrdili už naznačenú skutočnosť celkového nárastu konzumácie legálnych drog u skúmaných žiakov ZŠ.

Pri sledovaní vlastnej skúsenosti s konkrétnymi druhmi alkoholu vo vzťahu k pohlaviu respondentov sa zistilo, že zatiaľ čo u chlapcov dominuje pivo a tvrdý alkohol, dievčatá častejšie siahajú po víne a likéroch.

Konzumácia alkoholu u respondentov úzko súvisí s ich skúsenosťami s fajčením cigariet. Táto takmer lineárna signifikantnosť potvrdila, že respondenti, ktorí priznali vyfajčenie celej cigarety, až v 87% priznali aj konzumáciu alkoholu. Naopak zo súboru respondentov odmietajúcich konzumáciu alkoholu 85% uviedlo, že vo svojom živote nikdy nevyfajčilo celú cigaretu.

Podľa údajov TAD1 z roku 2002 (Nociar, 2004, s. 27) deti do 15 rokov v priemere pivo ochutnajú po prvýkrát vo veku 9,4, víno 10,1 rokov a liehoviny vo veku 10,7 rokov. Nárast ponuky alkoholu od dospelých v jednotlivých rokoch veku dieťaťa a dospelujúceho podľa údajov TAD ilustruje graf 11.4.

Graf 11.4: Ponuka akéhokoľvek alkoholu jeden a viackrát v živote zo strany dospelých



Pozn.: Údaje od 11 - 18 rokov sú z roku 2002, od 7 - 10 rokov z minulých prieskumov TAD

Zdroj: Národný akčný plán pre problémy s alkoholom, príloha č.5, graf č.7¹⁷²

¹⁷⁰ Baška T., Sovinová H., Németh A. et al: Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia. Soc. prevent. Med., 51, 2006, p.110 - 116. Súbor respondentov vo veku 13 - 15 rokov - n=16 918, vzorku zo Slovenska tvorilo 4 594 žiakov, priebeh v roku 2002 - 2003

¹⁷¹ Pitoňáková M.: Primárna prevencia drogových závislostí u žiakov ZŠ v Kežmarskom okrese - výsledky prieskumu. Prevencia 2, 2006, ročník V, s. 27 - 32

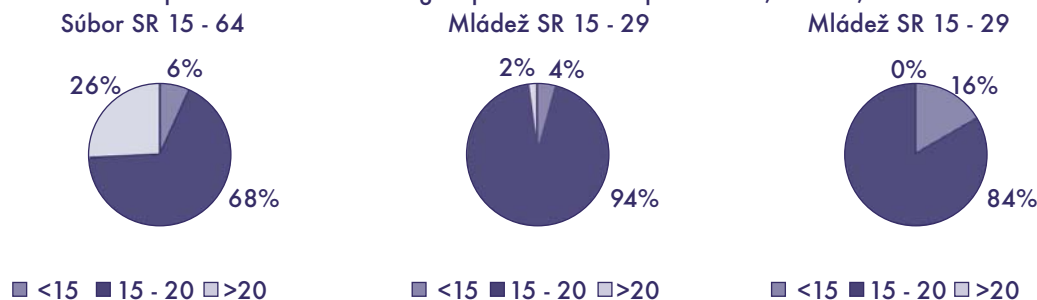
¹⁷² [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/439DC382A1C86051C1256C16004949EE/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/439DC382A1C86051C1256C16004949EE/$FILE/Zdroj.html)

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

11.1.3 Vek začiatku experimentovania s nelegálnymi drogami

V troch skupinách populačného prieskumu ÚVVM pri ŠÚ SR¹⁷³ v roku 2004 respondenti zo súboru Mládež Bratislavy 15 - 29 rokov najviac deklarovali pravidelné užívanie nelegálnych drog vo veku nižšom ako 15 rokov (v 16% - ách).

Graf 11.5: Deklarované pravidelné užívanie drog respondentmi v skupinách <15, 15 - 20, >20 rokov



Zdroj: ÚVVM pri ŠÚ SR, 2004

Podľa Pétiovej (2005)¹⁷⁴ 10,5% mladých ľudí do veku 14 rokov vyskúšalo nelegálne drogy, chlapci začínajú experimentovať s drogami skôr ako dievčatá.

Podľa iného prieskumu¹⁷⁵ tej istej autorky uskutočneného v roku 1998 a 2005, chovanci reedukačných ústavov (RDM) deklarovali najnižší vek prvého kontaktu s drogou už vo veku 9 rokov a percentuálne najviac zastúpený bol vek 14 rokov. Ku skupine chovancov RDM bola vytvorená komparačná skupina mládeže vo veku 15 - 17 rokov. Najnižší vek prvej skúsenosti s nelegálnou drogou u tejto skupiny bol deklarován v 12 rokoch. Najpočetnejšia časť v roku 1998 uviedla vek 16 rokov, o sedem rokov neskôr 15 rokov (41,9 %) (pozri tiež kapitolu 2 a 12).

Tab. 11.3: Vek prvého kontaktu s drogou u chovancov v reedukačných zariadeniach a v komparačnom súbore

Vek pri prvom experimentovaní s drogou	Reedukačné domovy		Komparačný súbor	
	1998	2005	1998	2005
9 rokov	0,8	1,0	0	0
10 rokov	0,4	6,4	0	0
11 rokov	3,4	7,3	0	0
12 rokov	14,1	12,2	1,2	3,2
13 rokov	17,5	22,7	2,5	6,5
14 rokov	29,9	26,8	16,0	16,1
15 rokov	25,6	17,7	29,6	41,9
16 rokov	6,4	4,1	30,9	22,6
17 rokov	1,7	1,8	19,7	9,7

Zdroj: ÚIPŠ, Pétiová, 2005

V roku 2002 sa v monitoringu užívania alkoholu, tabaku a drog v niektorých rómskych osadách¹⁷⁶ vyskytuje zmienka o najmladšom "tluenistovi" vo veku 7 rokov. (Hroncová J. a kol., 2004, s. 87).

11.2 Liečba a resocializácia

V súčasnosti nie je na Slovensku žiadne špecializované zdravotnícke zariadenie na liečbu drogových závislostí u detí¹⁷⁷. Jediné takéto centrum v Pezinku¹⁷⁸ bolo zrušené.

¹⁷³ Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou ÚVVM SÚ SR, 2004, s. 28

¹⁷⁴ Pétiová M. a kol.: Sociálno-patologická problematika mládeže v SR, záverečná správa z výskumu, ÚIPŠ, Bratislava 2005

¹⁷⁵ Pétiová M.: Komparácia údajov z prieskumu mládeže (vzorka 15 - 17 ročných) a prieskumov mládeže vo veku 15 - 19 rokov v reedukačných domovoch mládeže v r.1998 a 2005. Správa pre NMCD.

¹⁷⁶ Hroncová J. a kol.: 2004. Sociálna patológia. Banská Bystrica: PF, UMB, 2004, 191 s., ISBN 80-8055-926-0

¹⁷⁷ Rozhlasová stanica Slovensko, Rádiožurnál, 26. 6. 2006, autor príspevku: Čižmáriková Zuzana

¹⁷⁸ Vzniklo v r. 1995 v Psychiatrickej nemocnici Philipa Pinela v Pezinku, v dôsledku nepriaznivej epidemiologickej situácie a nedostatku možností na liečbu mladistvých osôb pod 18 rokov, závislých od heroínu, pochádzajúcich v prevažnej miere z Bratislavy.

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Drogovo závislé deti sa môžu liečiť na detskej psychiatrii alebo v rámci psychiatrických oddelení určených pre dospelých pacientov (zdravotníctvo), prípadne v diagnostických centrách, resp. v liečebno-výchovných sanatóriách (rezort školstva).

Podľa odborníkov¹⁷⁹ dvojtýždňová medicínska liečba bez možností následnej reintegrácie/resocializácie nie je dostatočným riešením. Navyiac, v prostredí dospelých psychiatrických pacientov môžu deti preberať omnoho rizikovejšie formy správania a liečba je až kontraproduktívna¹⁸⁰.

Začiatkom roka 2005 sa na hospitalizáciu v jednom zo šiestich špecializovaných centier pre liečbu DZ rezortu zdravotníctva v Nových Zámkoch prijímali aj mladiství do 18 rokov. Vzhľadom na problémy v komunitnom režime, v ktorom si táto veková skupina vyžaduje osobitný prístup, bola táto činnosť od marca 2005 prerušená¹⁸¹.

V zdravotníckych zariadeniach sa vo veku do 15 rokov liečilo v roku 2003 pre drogovú závislosť 24 detí, v roku 2004 53 detí a v roku 2005 klesol ich počet na 35 (vrátane 2 pacientov v tomto veku liečených v zariadení MS SR). Až 25% podstúpilo opakovanú liečbu. V prevahe sú chlapci, a to v pomere takmer 5:1. Uvedený pokles v roku 2005 nemusí byť nevyhnutne viazaný na primárnu príčinu, ale môže súvisieť s dostupnosťou špecializovanej protidrogovej liečby pre deti.

Tab. 11.4: Počty detí vo veku <15 v ambulantnej starostlivosti a v ústavnej liečbe v rokoch 2003 - 2005 s diagnózou závislosti od psychoaktívnych látok.

Rok	Ambulantná liečba MZ SR						Ústavná liečba MZ SR					
	Všetky liečby			Prvoliečby			Všetky liečby			Prvoliečby		
	M	Ž	Spolu	M	Ž	Spolu	M	Ž	Spolu	M	Ž	Spolu
2003	7	3	10	5	2	7	9	5	14	9	5	14
2004	26	5	31	20	4	24	20	2	22	14	2	16
2005*	15	3	18	11	3	14	12	3	15	7	2	9
Spolu	48	11	59	36	9	45	41	10	51	30	9	39

*plus 2 deti, ktoré boli liečené v zariadeniach MS SR

Zdroj: NCZI, 2006

Tab. 11.5: Rozloženie podľa pohlavia a veku detí liečených v roku 2005

Pohlavie/ vek	10 rokov	11 rokov	12 rokov	13 rokov	14 rokov	Spolu
Chlapci	1	1	2	11	14	29
Dievčatá	-	-	-	-	6	6
Spolu	1	1	2	11	20	35

Zdroj: NCZI, 2006, špeciálna tabuľka EMCDDA

Podľa údajov NCZI najviac detí do 15 rokov prichádza do liečby kvôli problémom s inhalátmi a marihuanou. Podiel tých, ktorí žiadali o liečbu kvôli problémom s inhalátmi počas trojročného obdobia klesol z 50% na 43%, podiel liečených kvôli problémom s marihuanou naopak stúpol (z 29% na 43%). Prevládajúcou formou užívania je vdychovanie a fajčenie. V roku 2003 boli 4 deti liečené pre problémy s opiátmi (3 kvôli heroínu). V nasledujúcich rokoch nebol hlásený žiaden ďalší takýto prípad.

Väčšina detských pacientov žije s rodičmi a väčšina rodičov neužíva drogy. Prípady, kedy dieťa žije samotné sa vyskytli len 3x. V roku 2004, kedy bol registrovaný zatiaľ najvyšší počet detí v liečbe (53) bolo 7 prípadov, kedy deti nemali stabilné ubytovanie - inak je tento počet 1 - 2 ročne

Možnosť špecializovanej liečby pre deti poskytuje krízové stredisko UNICORNIS - nezisková organizácia v Bratislave. Martin Dzurilla - riaditeľ Ambulantného krízového strediska pre deti závislé od psychoaktívnych látok a rodinu v ohrození - uvádza¹⁸², že za dva roky fungovania strediska bolo do komplexnej intenzívnej terapie zaradených vyše 100 detí a rodinných príslušníkov. V rámci poradenských služieb a krízovej intervencie zasiahli odborníci UNICORNIS n.o. vo viac ako 300 prípadoch.

¹⁷⁹ Mgr. Ivana Szemzo - IDZ CPLDZ, PhDr. Martin Dzurilla - UNICORNIS, MUDr. Igor Škodáček, odborný garant UNICORNIS, DPK Detskej fakultnej nemocnice Bratislava

¹⁸⁰ Rozhlasová stanica Slovensko. Štúdio kontakt, 11.00, 60 min. Diskusia o drogovej závislosti detí 20. 6. 2006

¹⁸¹ Plnenie úloh Akčného plánu NPBD za rok 2005 v rezorte zdravotníctva - Materiál na VMDZKD, marec 2006

¹⁸² Dzurilla M.: 2006 Informácia pre NMCD, 2006

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Vek detí, u ktorých bol diagnostikovaný syndróm závislosti oproti minulým rokom klesá. Stredisko, ako multidisciplinárne zariadenie poskytujúce komplexnú individuálnu starostlivosť deťom s addikciou od psychoaktívnych látok a ich rodinám, v ostatnom čase pracuje predovšetkým s klientmi vo veku medzi 14 a 17 rokom, pričom 70% z nich tvoria školáci 14 až 15 roční. Oproti detským klientom je výrazná menšina mladých dospelých.

Primárne zneužívanými drogami klientov UNICORNIS je predovšetkým marihuana, alkohol a pervitín. Ide o deti vo veku 14 až 15 rokov, u ktorých nejde o fázu experimentovania, ale sú už na droge závislé. Dobu experimentovania alebo prvého užívania marihuany uvádzajú tieto deti v rozpätí 12 - 13 rokov, u pervitínu a alkoholu 14 rokov. "V obľube" sú aj halucinogénne drogy, tie však deti užívajú nepravidelne, buď podľa sezóny (vegetačné obdobia húb či durmanu), užitie LSD uvádzajú skôr výnimočne. Detskí užívatelia drog minimálne jednorazovo zneužijú - v rámci experimentovania s účinkami - temer každú psychoaktívnu látku ponúknutú trhom. Doba intenzívneho prístupu sa pohybuje od 6 mesiacov do 1 roka a zahŕňa okrem individuálnych terapií dieťaťa aj individuálne terapie pre rodiča a nevyhnutnú rodinnú terapiu. Intenzívna individuálna starostlivosť zahŕňa lekársku, psychologickú, psychoterapeutickú a liečebno-pedagogickú zložku.

Väčšina rodičov navštívi stredisko až keď dieťa prejavuje všetky všeobecne známe prejavy závislosti na droge, čo samo svedčí o ich nedostatočnej informovanosti v danom probléme. V dobe návštevy strediska už bývajú vzťahy v rodine a blízkom sociálnom prostredí vážne narušené a zdravotný stav dieťaťa značne nevyhovujúci.

Dôležitou zložkou terapeutického procesu je sociálna práca s rodinou. Stredisko je počas liečby v kontakte so školou a pedagógmi dieťaťa, prípadne s inými organizáciami a orgánmi, ktoré majú vplyv na dieťa alebo na jeho rodinu. Rodina je vlastne pre stredisko základnou zložkou a objektom jeho komplexnej starostlivosti. Vo svojich prístupoch presadzuje stredisko model vyliečenia dieťaťa paralelne s ozdravením funkčnosti rodiny ako celku.

Existujúce resocializačné centrá (registrované) prijímajú klientov vo veku od 16 rokov, čo zabezpečila aj právna úprava v roku 2005, ktorá pôvodnú hranicu 18 rokov znížila (Nový zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele).

Krízové stredisko Pálkovo centrum v Liptovskom Mikuláši spolu s ďalšími subjektmi (PF) vyvinulo iniciatívu na zriadenie špecializovaného resocializačného centra pre maloletých do 18 rokov, iniciatíva však bola zabrzdená "verejným znepokojením" miestnych obyvateľov.

Podľa Akčného plánu¹⁸³ rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny sa má do konca roka 2008 zriadiť v každom kraji (v zariadeniach ústavnej výchovy) jedna špecializovaná samostatná skupina pre deti drogovo a inak závislé po skončení liečby na základe odporúčania poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

11.3 Rizikové skupiny

V rezorte školstva sa nevedie štatistika o deťoch, ktoré predčasne opustili školu.

Podľa depistáže problémových detí v základných a stredných školách SR, ktorú realizoval VÚDPaP¹⁸⁴ - Metodicko výskumný kabinet v spolupráci s ÚIPŠ v roku 2005, bolo zistené, že v priemere 10% detí na Slovensku má problémy v správaní.

Záškolské vykazované počtom neospravedlnených hodín - a aj ako dôvod pre zníženie hodnotenia správania - na I. stupni ZŠ (6 - 10 rokov) znamená 2,7 neospravedlnených hodín na žiaka a z celkového počtu žiakov v tomto veku má 1,1% (2.530) zníženú známku zo správania. Vo veku 11 - 15 rokov má 4,2 % žiakov (13 573) zníženú známku zo správania a priemerný počet neospravedlnených hodín sa zvýšil na 4,7 na žiaka.

¹⁸³ Materiál na zasadnutie VMDZKD, marec 2006, www.infodrogy.sk

¹⁸⁴ Matula Š., Čanigová A., Kopányiová A., Smiková E., Vojtová Z.: Psychologická prevencia a psychologická intervencia ako fázy integrovanej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania - Výročná správa VÚDPaP za rok 2005, www.minedu.sk

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Podľa údajov¹⁸⁵ ÚIPŠ v roku 2005 bolo v 17 zariadeniach ochrany výchovy (reedukačných domovoch, diagnostických zariadeniach a liečebno-výchovných sanatóriách) 732 chovancov, z toho 151 dievčat do 15 rokov (kap. 3).

Najfrekvencovanejším dôvodom pre umiestnenie dieťaťa alebo mladistvého do náhradnej ústavnej starostlivosti je zanedbanie povinnej výchovy zo strany rodičov. K 31. 12. 2005 bolo podľa údajov UPSVaR¹⁸⁶ v ústavnej starostlivosti 4 054 detí do 15 rokov. V 273 prípadoch (cca 7 %) bola dôvodom umiestnenia dieťaťa do detského domova závislosť rodičov od návykových látok.

11.3.1 Sociálne znevýhodnené skupiny

Deti z rómskeho etnika a osobitne z komunít v osadách na východnom Slovensku patria k dlhodobu rizikovým a zraniteľným skupinám populácie¹⁸⁷. Začínajú s fajčením a alkoholom veľmi skoro - v predškolskom veku - a pri preberaní týchto škodlivých návykov zohráva úlohu model rodičovského správania, tolerancia voči drogám v komunite a veľmi nízke zdravotné povedomie. Štúdia realizovaná v r. 2005 vo VÚDPaP skúmala rozdiely vo vývine poznávacích funkcií u rómskych detí vo veku 5 - 10 rokov v porovnaní s majoritou. Hoci sa upozorňuje, že pre zovšeobecnenie je potrebné longitudinálne sledovanie rómskych žiakov, zistenia ukazujú, že 9 - 11 ročné rómske deti vnímajú rodinu ako širšiu komunitu a osadu ako najvýznamnejšie miesto komunikácie, avšak súčasne vysoko konfliktné miesto. Naopak, škola je vnímaná ako miesto s najvyššími požiadavkami na plnenie povinností, ale ako málo konfliktné prostredie¹⁸⁸. Navrhované¹⁸⁹ obnovenie "celodenného výchovného systému", ovplyvňovanie zdravotného povedomia žiakov a rodičov, osobitne matiek, by potom mohlo zohrať významnú úlohu v socializácii a zmene postojov k vlastnému zdraviu, ak sa súčasne budú aplikovať opatrenia smerujúce k celej komunite.

Okrem intervencií v spôsobe vzdelávania rómskych žiakov (rezort školstva) sa v rómskych osadách realizuje projekt Zdravie Rómov (Open Society Fund) a ďalšie projekty sociálnej prevencie orientované na komunitu. Aktuálnou informáciou v tomto smere je informácia o nízkoprahových programoch/centrách¹⁹⁰, kreovaných ako najdostupnejšie, bezbariérové sociálne a kultúrne centrá voľného času pre sociálne ohrozené a znevýhodnené deti a mládež a deti z málopodnetného prostredia.

Rekreačné prostredia

Podľa Jána Pallidera¹⁹¹, riaditeľa krízového strediska (Pálkovo centrum), dlhodobu pôsobiacu v Liptovskom Mikuláši a Ružomberku, sa charakter rekreačno-prázdninového prostredia v oblasti regiónu Vysokých Tatier premieta do zvýšenej rizikovosti u miestnych najmä mladých ľudí. Na základe empirických údajov sa v lokalite zneužíva alkohol, marihuana (aj u 12 ročných detí), pervitín, extáza, halucinogény - durman, huby a solvenciá.

Syndróm ADHD (Attention Deficiency Hyperactivity Disorder)

Vývinová porucha pozornosti a hyperaktivita je frekvencovaným pojmom vo vzťahu k identifikácii príčin problémového správania detí. V literatúre sa uvádzajú rôzne výskyty od 2% do 18% populácie v závislosti od použitých diagnostických kritérií. Vývin hyperaktívnej poruchy a impulzivity je sociálne rizikový faktor: 20 - 30% týchto detí má v dospelosti problémy s antisociálnym správaním, alkoholom a drogami¹⁹². Tieto súvislosti u starších detí naznačuje prieskum orientovaný na štatistické spracovanie anamnestických údajov 15 - 18 ročných chlapcov za obdobie máj 2003 - máj 2005 v Diagnostickom centre pre mládež v Záhorskej Bystrici.

¹⁸⁵ www.uips.sk

¹⁸⁶ Pipišková Iva.: ÚPSVaR 2006 - Informácie pre NMCD

¹⁸⁷ Kapitola 2 Užívanie drog v populácii - rizikové skupiny

¹⁸⁸ Farkašová E., Dočkal V., Kopčanová D., Kövérová L., Kretová E., Kundrátová B., Špotáková M., Učeň I., Morvayová V.: Psychologické a pedagogické aspekty kognitívneho rozvoja a sociálnej integrácie rómskych žiakov

¹⁸⁹ Liba Jozef, 2006

¹⁹⁰ Lohinová N.: Nízkoprahové programy pre deti a mládež - recenzia publikácie Prevencia 2/2006, V., ÚIPŠ, Bratislava 2006, s. 59 - 60

¹⁹¹ Pallider Ján - Informácia pre NMCD, apríl 2006

¹⁹² PhDr. Pavel Krivulka - www.dys.sk, stiahnuté 30. júla 2006

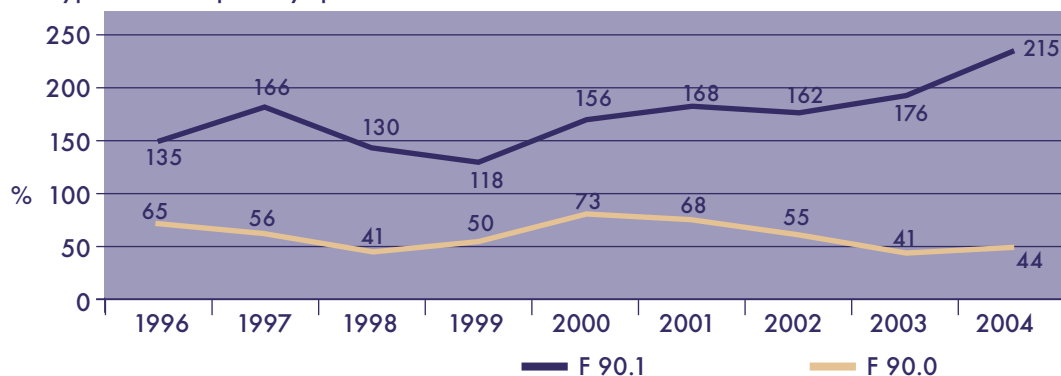
II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Autori¹⁹³ uvádzajú, že v skúmanej vzorke 168 chlapcov v priemernom veku 16 rokov vykazovalo znaky neurofyziologickej nezrelosti CNS - ADD/ADHD - až 70,8% chlapcov. Medzi 11 dôvodmi umiestnenia celej vzorky do diagnostického zariadenia figurujú 3 relevantné dôvody: alkohol v 23 prípadoch, drogy v 19 a kombinácia alkohol a drogy v 13 prípadoch.

Zdravotnícka štatistika (NCZI) sleduje údaje o ADHD ako o diagnóze F90.0 v rámci štatistického lístku pacienta hospitalizovaného v psychiatrickom zariadení. V štatistickom hlásení sa okrem primárnej diagnózy neužívajú iné údaje, ktoré by mohli asociovať koincidenciu s užívaním alebo zneužívaním drog a/alebo vyššiu afinitu k drogovému správaniu.

Diagnóza syndrómu ADD/ADHD sa v štatistických registroch nevyskytuje tak často, ako by sa očakávalo. V priebehu 9 rokov bolo takto na Slovensku diagnostikovaných len 490 detí do 14 rokov, s výraznou prevahou chlapcov - 371 (75%), najviac v roku 2000. Nárast počtu pacientov vo veku do 14 rokov hospitalizovaných v psychiatrických zariadeniach možno pozorovať u diagnózy F90.1 - hyperkinetická porucha a poruchy správania. V porovnaní s rokom 1996 ide o 59% nárast. Aj v tomto prípade rast zabezpečujú pacienti mužského pohlavia, počet dievčat v celom období 1996 - 2004 reprezentuje 9 - 12%. Podľa údajov NCZI bolo v r. 2004 hospitalizovaných s diagnózou 90.0 celkovo 47 pacientov do 18 rokov (z toho 44 detí do 14 rokov, v tom 36 chlapcov). Od r.1996 má počet pacientov do 18 rokov klesajúci trend. Naproti tomu počet pacientov do 18 rokov s diagnózou F90.1, kde sú okrem hyperaktivity v popredí poruchy správania, má trend rastúci a v r. 2004 bolo s touto poruchou hospitalizovaných 222 detí do 18 rokov, v tom 195 chlapcov.

Graf 11.6: Porovnanie hospitalizovaných detí do 14 rokov s diagnózou F90.0, F90.1 hyperaktivita a poruchy pozornosti a hyperaktivita a poruchy správania



Pozn. Údaje z roku 2005 neboli k dispozícii.

Zdroj: NCZI, 2006, Štatistický lístok pacienta hospitalizovaného v psychiatrických zariadeniach.

NMCD nemá k dispozícii oficiálne údaje o ambulantnej liečbe detí s diagnózou F 90.0 a F 90.1 do 14/15 rokov u pedopsychiatrov, všeobecných detských lekárov, ani údaje o farmakologickej liečbe detí s ADD/ADHD.

Podľa štatistík ÚIPŠ bolo vyše 200 klientom PPP a CVPP odporúčané ďalšie psychiatrické vyšetrenie (a v 182 prípadoch vyšetrenie neurologické).

V rámci slovenského internetu funguje niekoľko informačných zdrojov, iniciovaných odborníkmi, resp. rodičmi, ktorí sa mimo oficiálnych štruktúr angažujú v prospech včasnej medicínskej, psychologickú a psychoterapeutickej intervencie deťom s ADHD a ich rodičom. Napr. na <http://www.dys.sk> je zverejnená o.i. informácia o liekoch, ktoré sú súčasťou medicínskej terapie - amfetamíny, methylphenidáty (obchodný názov Ritalin) s upozornením, že ide o látky, ktoré môžu viesť k závislosti.

¹⁹³ Fehérová L., Mikuličková K., Sotník D.: Východiskové hľadiská diagnostiky mládeže s poruchami správania. Prevencia 1/2006, V. ročník, ÚIPŠ, Bratislava, s. 19 - 26

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

11.4 Detská kriminalita v súvislosti s drogami

Detailné údaje o deťoch do 15 rokov, ktoré prišli do kontaktu s trestným činom nie sú plne dostupné, a to z dôvodu, že až do roku 2006 bol trestne zodpovedný a teda aj stíhateľný mladistvý až po dovŕšení 15 roku. Trestný zákon, platný od r. 2006 túto vekovú hranicu znížil na 14 rokov (§22 ods.1 Trestného zákona) a za osobu mladistvú považuje osobu vo veku 14 - 18 rokov.

Údaje k tejto časti kapitoly vychádzajú z oficiálnych štatistík PPZ o drogovej kriminalite a počtoch vyšetovaných detí do 15 rokov. V absolútnych číslach je od roku 1998 zaznamenaný nárast počtu vyšetovaných detí do 15 rokov, ich podiel na celkovom počte stíhaných mladistvých (do 18 rokov) však klesá dôsledkom výrazného nárastu trestnej činnosti osôb od 15 do 18 rokov (tab. 11.6)

Tab. 11.6: Počet vyšetovaných detí PPZ do 15 rokov

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mladiství do 18	56	49	87	125	102	135	140	173
z toho počet detí do 15	9	14	10	18	19	13	21	20

Zdroj: PPZ, 2006

Na prvom mieste vo všeobecnej kriminalite je Bratislavský kraj a nie je výnimkou ani v prípade kriminality mladistvých a vyšetovaných detí do 15 rokov. V absolútnych číslach bolo v roku 2005 najviac detí vyšetovaných v Prešovskom kraji (5 detí), v prepočte na 10 000 obyvateľov do 15 rokov sa však poradie vymenilo a najviac ich bolo opäť v Bratislavskom kraji, najmenej resp. žiadne v Nitrianskom a Trnavskom kraji.

Tab. 11.7: Počet vyšetovaných detí v súvislosti s drogovou kriminalitou podľa krajov

Kraj	Bratislavský	Trnavský	Trenčiansky	Nitriansky	Žilinský	Bansko-bystrický	Prešovský	Košický
1998	3	1	5	0	0	0	0	0
1999	1	1	1	2	1	1	5	2
2000	0	0	1	0	0	7	2	0
2001	4	0	5	0	4	5	0	0
2002	2	3	2	5	3	3	1	0
2003	2	1	3	1	4	2	0	0
2004	8	0	3	0	6	3	1	0
2005	4	0	4	0	2	4	5	1

Zdroj: PPZ, 2006

11.5 Právny rámec a opatrenia

11.5.1 Základný právny rámec ochrany maloletých

Práva dieťaťa obsiahnuté v jednotlivých článkoch Dohovoru o právach dieťaťa¹⁹⁴ sú v slovenskom právnom poriadku, počínajúc Ústavou SR, upravené najmä v nasledujúcich zákonoch:

- zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorým sa mení aj zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok v znení neskorších predpisov,
- zák. č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci,
- zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele,
- zákon č. 452/2004 Z. z. o náhradnom výživnom, zákon č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce, zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon, zákon č. 301/2005 Z. z. trestný poriadok ako aj v ďalších zákonoch napr. Zákon o verejnom zdravotníctve od 1 .6. 2006, a v iných všeobecne záväzných právnych predpisoch.

V roku 2005 boli pripravené návrhy zákona o prevencii kriminality a návrh zákona o športe, do schvaľovacieho procesu sa však nedostali.

¹⁹⁴ Dohovor o právach detí - z 20. novembra 1989. SR je zmluvnou stranou Dohovoru o právach dieťaťa od 6.februára 1991

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

Nový Trestný zákon od 1. januára 2006 zaviedol trestnú zodpovednosť fyzickej osoby za spáchaný čin dovŕšením štrnásteho roku veku. Táto hranica bola odôvodnená akceleráciou vývinu a dosiahnutým stupňom biologickej, sociálnej a psychickej vyspelosti mladého človeka skôr ako v 15 rokoch. Zníženie dolnej hranice veku o jeden rok má viesť k tomu, aby sa všetkými dostupnými, primárne výchovnými prostriedkami zabránilo recidíve¹⁹⁵. Osobu, ktorá dovŕšila štrnásty rok svojho veku a neprekročila osemnásty rok svojho veku považuje teda nový Trestný zákon za mladistvú.

Vo vzťahu k mladistvej osobe zákon upravuje niektoré špeciálne ustanovenia (posudzovanie závažnosti činu, ukladanie trestov, skúšobná doba pri odsúdení a pod.), ktoré nemožno použiť voči osobe staršej ako 18 rokov a zavádza povinné psychologické vyšetrenie na stanovenie podmienenej príčetnosti. Zákon stanovil, že mladistvý, ktorý v dobe spáchania činu nedosiahol takú úroveň rozumovej a mravnej vyspelosti, aby mohol rozpoznať jeho protiprávnosť alebo ovládať svoje konanie, nie je za tento čin trestne zodpovedný.

Sprísnil sa trestný postih výrobcov drog a obchodníkov s drogami a sprísnila sa možnosť trestného postihu za trestný čin šírenia toxikománie osobitne vo vzťahu k chráneným osobám, teda aj deťom. Akékoľvek zvädzanie na zneužívanie inej návykovej látky než alkoholu je trestným činom šírenia toxikománie.

Od 1. septembra 2005 je účinný zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele, ktorý priniesol zmeny vo vykonávaní opatrení sociálnej prevencie a sociálnoprávnej ochrany detí, ktorý je podrobnejšie popísaný v kapitole 9.

11.5.2 "Environmentálne" opatrenia

Platný právny rámec v SR zabezpečuje reguláciu dostupnosti alkoholu a tabaku vo verejnej obchodnej sieti pre maloletých do 18 rokov. Kontrolou uplatňovania zákazu predaja tabaku, cigariet a alkoholu (a podávania alkoholu) sa zaoberá Štátna obchodná inšpekcia a sankčný režim pre obchodníkov, ktorý porušia zákaz predaja maloletým. Vyššie záväzné nariadenia obcí a miest môžu osobitne upraviť v lokálnych podmienkach čas záverečných hodín reštauračných zariadení, limitovať miesta predaja a pod.

Od r. 1996 sa reguluje reklama oboch substancií vo všeobecnosti a osobitne vo vzťahu k maloletým do 18 rokov. Osobitný právny predpis reguluje reklamu v televízii a rozhlas (úplný zákaz reklamy na tabakové výrobky, cigarety, zákaz aj prostredníctvom značky napr. West Extra dávka, alkohol s výnimkou piva po 22:00 hod.). Reguláciu reklamy dopĺňa samoregulačný orgán reklamného priemyslu Rada pre reklamu¹⁹⁶, ktorá vo svojom reklamnom kódexe špecifikuje osobitné požiadavky na reklamu vo vzťahu k maloletým a na reklamu alkoholu.

Zákon o vysielaní a retransmisii zaviedol od r. 2002 podľa §19 povinnosť vysielateľov televíznej služby označovať vekovú vhodnosť vysielaných programov pre vek 7, 12, 15 a 18 v televízii jednotným systémom označovania¹⁹⁷, ktorý informuje rodičov o vhodnosti sledovaného programu. Vo vzťahu k alkoholu, fajčeniu, drogám a iným závislostiam, ktorých zobrazenie je súčasťou programu (napr. filmu, reality show a pod.) pri zaradení do jednotlivých vekových pásiem prístupnosti rozhoduje nielen samotná prítomnosť, ale aj to, kto takýto model správania prezentuje. (Rodičia, príťažlivé a populárne osobnosti show-biznisu, všeobecne uznávané authority).

11.5.3 Opatrenia v oblasti prevencie

V kapitole 3 Prevencia je zmienený inštitucionálny a organizačný systém fungujúci pre takmer milión detí - žiakov všetkých typov škôl v rámci školského systému SR. Legislatíva a iné podrobnosti sú uvedené v oboch

¹⁹⁵ "Hoci v mnohých prípadoch pôjde o žiakov základnej školy, problém spočíva v kriminologickom zistení, že ak takýto mladý človek zopakuje trestný skutok do dovŕšenia dospelosti, stane sa z neho v ďalšom vývine dospelý recidivista. Postihuje mladistvých bez ohľadu na sociálny pôvod, ba sklon k zločinnosti sa prejavuje stále viac u mladistvých z majetných vrstiev a výrazne sa zvyšuje aj podiel dievčat. Pritom istá časť mládeže začína byť vzhľadom na stav spoločnosti anomická." uvádza sa v Dôvodovej správe k zákonu (Dôvodová správa k zákonu [http:// www.rokovania.sk](http://www.rokovania.sk))

¹⁹⁶ <http://www.rpr.sk/start.htm>

¹⁹⁷ Bobáková E., Kutaš R.: Konceptia a metodika JSO. Správa o stave vysielania v SR a o činnosti Rady pre vysielanie a retransmisiiu za rok 2001, tlač NR SR 1347, Bratislava, marec 2002, s. 211 - 230, www.rada-rtv.sk

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

predchádzajúcich správach. Je potrebné zopakovať, že protidrogová problematika sa na jednej strane stala integrálnou súčasťou samotného vzdelávacieho procesu na základných a stredných školách, na druhej strane prevencia a aktívna ochrana detí a mládeže - v súlade s Medzinárodným dohovorom o právach dieťaťa, Deklaráciou práv dieťaťa a platnou školskou legislatívou - sa týka celého komplexu sociálno-patologických javov.

Systém včasnej diagnostiky a pomoci zabezpečuje sieť pedagogicko-psychologických poradní (PPP) a ich oddelení/resp. samostatných centier výchovnej a psychologickkej prevencie (CVPP), kde bolo spolu v školskom roku 2004/2005 84 715 klientov a z toho 80% detí vo veku povinnej školskej dochádzky (6 - 16 rokov). Väčšina z nich ostala v starostlivosti PPP a CVPP a vyše 500 využilo služby odbornej starostlivosti v ďalších školských zariadeniach (diagnostické centrá, liečebno-výchovné zariadenia). V úzkej súčinnosti s rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny sa zabezpečuje výchova a vzdelávanie v zariadeniach ústavnej výchovy - v detských domovoch a domovoch pre mládež a v zariadeniach ochrannnej výchovy (redukčné domovy pre deti a redukčné domovy pre mládež) (Kap. 3).

Najčastejšie využívanými preventívnymi programami pre túto vekovú skupinu sú napr.:

Tab. 11.8: Preventívne programy

Program/Aktivita	Cieľ	Veková skupina
Sladkosti závislosťou	Zlepšiť stravovacie návyky, konzumácia sladkostí môže prispievať k riziku neskorších závislostí	3 - 5 rokov Materská škola
Nenič svoje múdre telo	Získavať pozitívne postoje k zdravému životnému štýlu	6 - 11 rokov Základ. škola
Zdravá škola	Projekt WHO/SZO výchova k zdraviu	Základná škola
Cesta k emocionálnej zrelosti ¹⁹⁸	Nadobudnutie "life skills"	12 - 15 rokov Základná škola
Počítačové programy B. Thomasovej	Informácie o drogách	Od 13 rokov
Škola bez alkoholu, tabaku a drog - Ivan Novotný	Podpora zdravého spôsobu života bez ATOD	Od 11 rokov
Vieme, že...	Program boja proti zlu, násiliu, závislostiam, predsudkom, rasizmu a neproduktívnemu spôsobu života	Od 12 rokov

V oblasti výchovy vo voľnom čase pôsobí v SR 219 zariadení voľného času, 145 tvoria Centrá voľného času a 74 školské strediská záujmovej činnosti. Od júla 2002 prešla zo štátu na obce zriaďovateľská právomoc v oblasti CVČ, školských klubov a školských stredísk záujmovej činnosti. CVČ fungujú vo viac ako 120 mestách, školské strediská záujmovej činnosti vo viac ako 15 mestách a školské kluby sú zriadené vo viac ako v 80 % základných škôl. Tieto zariadenia tvoria základnú bázu na vytváranie podmienok užitočného prežívania voľného času predovšetkým detí do 15 rokov a čiastočne aj pre mladých ľudí do 26 rokov¹⁹⁹.

11.5.4 Telefonická linka pomoci

Od roku 1996 poskytuje svoje služby Linka detskej istoty²⁰⁰, ktorá je prvou národnou telefonickou linkou, špecializovanou na problematiku detí a mládeže. Vznikla ako vlastný projekt Slovenského výboru UNICEF. Pracuje v nepretržitej prevádzke vrátane víkendov a sviatkov, je bezplatná, anonymná a odborne garantovaná.

Linka detskej istoty poskytuje odbornú pomoc a starostlivosť deťom a mládeži v krízovej alebo stresujúcej situácii primárne prostredníctvom telefonickej komunikačno-poradenskej služby. Rozšírené služby poskytuje aj ambulantnou formou v rovine krízovej intervencie a sociálno-právneho poradenstva. Od roku 2005 vytvorila podmienky pre poskytovanie priamej pomoci prostredníctvom krízového strediska Dúha pre deti a pre matky s deťmi.

V roku 2005²⁰¹ poskytla bezplatná telefonická Linka detskej istoty na čísle 0800 500 500 46 377 intervencií. Poradenstvo bolo poskytnuté v 8 663 prípadoch, t.j. cca 23 poradenských hovorov denne, ostatné hovory

¹⁹⁸ Ide o najmasovejší školský program uplatňovaný v SR

¹⁹⁹ Národná správa o politike mládeže v SR (Správa pre radu Európy), august 2005

http://www.minedu.sk/DaM/DOCDaM/20051219_narodna_sprava_o_politike_mladeze_SR_pre_RE.pdf

²⁰⁰ <http://www.unicef.sk/ldi/>

²⁰¹ In: Výročná správa 2006 - <http://www.unicef.sk/down/55/vyrocnasprava2005.doc>

II. UŽÍVANIE DROG U DETÍ A MLÁDEŽE A PROBLÉMY S TÝM SPOJENÉ

boli informačného charakteru. Linku využívali najčastejšie deti vo veku 11 - 14 rokov a ich problémy sa najviac týkali partnerských vzťahov, vzťahov v rodine a potreby komunikácie. Podnety súvisiace s problematikou užívania alkoholu, fajčenia, prípadne nelegálnych drog primárne odborní konzultanti na LDI riešili v roku 2005 350 krát²⁰² (250 v prípade alkoholu a tabaku, 100 telefonických kontaktov sa týkalo nelegálnych drog).

11.5.5 Opatrenia vo väzení

Jediný špecializovaný ústav pre výkon väzby pre mladistvých vo veku 14 - 18 rokov v Sučanoch poskytuje komplex pedagogických, psychologických, pracovných a reintegračných aktivít, ktoré sú zamerané na bezproblémový návrat mladistvých delikventov do spoločnosti. O. i. majú možnosť absolvovať protidrogové liečenie na dobrovoľnej báze. Odborníci²⁰³ z Ústavu pre výkon väzby mladistvých ZVJS v Sučanoch však konštatovali, že po prepustení z výkonu trestu odňatia slobody sa stráca kontakt s touto skupinou mladých preliečených ľudí. Medzeru v postpenitenciárnej starostlivosti by mohli v súčasnosti vyplniť sociálne služby (zákon o sociálno-právnej ochrane a sociálnej kuratele od 1. 9. 2005 - viac pozri kapitolu 9). Na tento problém je zameraných viacero aktivít v rámci projektu Phare "Podpora implementácie NPBD v SR" vo vzdelávacej časti projektu twinning a konkrétne projekty so žiadosťou o dotáciu boli predložené aj v časti Malá grantová schéma.

11.5.6 Opatrenia pre deti s nedokončeným základným vzdelaním

Na Slovensku sa nevedie centrálna štatistika o deťoch, resp. mladistvých, ktorí z rôznych dôvodov neukončili ani základné vzdelanie. Predpoklad, že deti bez vzdelania (nedokončeného základného) sú alebo môžu byť sociálne vylúčené a pre súčasný trh legálnej práce nezaujímavé, potvrdzujú niektoré konkrétne preventívne aktivity mimovládneho sektora o.i. Nadácie pre deti Slovenska²⁰⁴ (ďalej len "NDS"). Grantový program "Hodina deťom" NDS pokrýva šesť oblastí podpory - o i. aktivity podporujúce integráciu do prirodzeného prostredia, vrátane detí ulice²⁰⁵.

Nadácia Lúč v Žiline realizuje vo svojom resocializačnom zariadení denný pobyt so štvorhodinovým programom pre hendikepované "deti ulice"²⁰⁶ so psychickými i drogovými problémami. Okrem terapie program poskytuje možnosť doplnenia kvalifikácie u detí, ktoré majú neúplné vzdelanie. Dievčatá sú napr. rekvalifikované ako šičky a počas 10 rokov existencie nadácie bolo rekvalifikovaných 150 chlapcov v odboroch murár, tesár, "sadrokartonár". Aktivity v prospech "detí ulice" sú predmetom činnosti aj niektorých lokálnych cirkevných združení (saleziáni, cirkev česko-bratská).

²⁰² Informácia riaditeľky LDI dňa 4. augusta 2006

²⁰³ PhDr. Jaroslav Jánoš, PhD., Mgr. Lucia Kišková - "Drogy nie sú detská hra", seminár pre médiá, Senec, 19 - 20. jún 2006

²⁰⁴ Nadácia pre deti Slovenska je najväčšia mimovládna nezisková organizácia s celoslovenskou pôsobnosťou zameraná výlučne na deti a mladých ľudí.

²⁰⁵ **Deti ulice:** sociálne znevýhodnené deti, ktoré sú nútené naplňať svoje základné životné potreby mimo rodiny alebo mimo inštitúcie, do starostlivosti ktorej sú zverené - v prípade ich zlyhania. Ide napr. o deti z osád bez základnej infraštruktúry, ubytovní pre neplatičov, deti žijúce priamo na ulici (po odchode z inštitucionálnej starostlivosti a nemožnosti návratu do rodiny, v dôsledku závislosti, práce v sexbiznise a pod.).

²⁰⁶ MUDr. Ivan Chaban, MPH riaditeľ CPLDZ v Žiline, písomná správa pre NMCD, 9. jún 2006

12. KOKAÍN A CRACK - SITUÁCIA A ODPOVEDE

Počas posledných rokov sa zvyšuje pozornosť verejnosti a jej obavy z rastúceho užívania kokaínu a problémov s tým spojených. V roku 2001 EMCDDA po prvýkrát zamerala jednu z vybraných tém svojej Výročnej správy na problémy súvisiace s kokaínom (s údajmi za rok 1999). O šesť rokov neskôr sa v niektorých krajinách objavuje stále viac hlásení o rastúcom užívaní kokaínu. V Európe vzrastá spotreba tejto drogy. V západnej a strednej Európe dosiahla 25% odhadovanej celosvetovej spotreby, pričom v Severnej a Južnej Amerike je to 50%. V celosvetovom meradle je podľa UNODC asi 13,4 mil. užívateľov kokaínu vo veku 15 - 64 rokov, pričom polovica z nich sa nachádza na amerických kontinentoch²⁰⁷.

Slovensko zatiaľ nepatrí ku krajinám s vysokou konzumáciou kokaínu. Podľa vykonaných prieskumov k experimentovaniu s kokaínom dochádza len ojedinele, celoživotná prevalencia užívania kokaínu/cracku u populácie 15 - 64 ročných je pod 1,2%. V roku 2005 nebol z nízkoprahových programov hlásený ani jeden klient zo základnou drogou kokaín, v liečbe bolo hlásených 11 pacientov s primárnou drogou kokaín. Užívanie kokaínu má väčšinou charakter rekreačného - víkendového užívania a viaže sa na rôzne disco - párty a pod.

Na druhej strane však i napriek nízkej prevalencii je badateľný mierny nárast užívania kokaínu/cracku ako u školskej mládeže, tak aj vo všeobecnej populácii. Podľa posledného prieskumu ESPAD (2003) 1,4% stredoškolských dievčat a 1,8% chlapcov skúsilo kokaín. Dochádza k posunu v názoroch stredoškolskej mládeže aj na rizikové správanie v podobe pravidelného užívania kokaínu. V roku 1995 ho za veľmi rizikové považovalo 91% respondentov, v roku 2003 to bolo len 75%. V priebehu päťročného obdobia boli zaznamenané tri úmrtia za prítomnosti kokaínu a jedno úmrtie na predávkovanie kokaínom v roku 2003. Zároveň podľa informácií PPZ možno očakávať nárast užívania kokaínu v dôsledku znižovania jeho ceny, ktorá v poslednom roku mierne klesala najmä v okolí Bratislavy²⁰⁸ a droga sa tým stala zaujímavejšou.

Báza kokaínu - crack sa na našom území prakticky nevyskytuje.

12.1 Prevalencia, vzory a trendy užívania kokaínu

12.1.1 Užívanie kokaínu vo všeobecnej populácii podľa ÚVVM pri ŠÚ SR

Užívanie kokaínu podľa prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR

ÚVVM pri ŠÚ SR už od 1996 pravidelne každé dva roky realizuje prieskum²⁰⁹ medzi populáciou občanov zameraný na problematiku drogových závislostí (Správa 2005). Na základe výsledkov tohto prieskumu možno konštatovať, že v priemere počas sledovaného obdobia až 98,2% respondentov všetkých troch súborov uviedlo, že drogu kokaín/crack vôbec neužilo. Celoživotná prevalencia užitia kokaínu má od roku 1998 mierne stúpajúci trend a v roku 2004 dosiahla úroveň z roku 1996 (1,14%). Na druhej strane užitie kokaínu/cracku počas posledného mesiaca pokleslo z 0,21% v roku 1996 na 0,08% v roku 2004 (graf 12.1). Údaje sú čerpané zo štandardných tabuliek ST 01 za celoživotnú prevalenciu, prevalenciu za posledných 12 mesiacov a prevalenciu za posledných 30 dní. Tabuľky ST 01 sú zostavené za roky 1996 a 1998 za súbor populácie SR vo veku 15 a viac rokov a za roky 2000, 2002 a 2004 za súbor populácie SR vo veku 15 až 64 rokov, podľa kategorizácie EMCDDA.

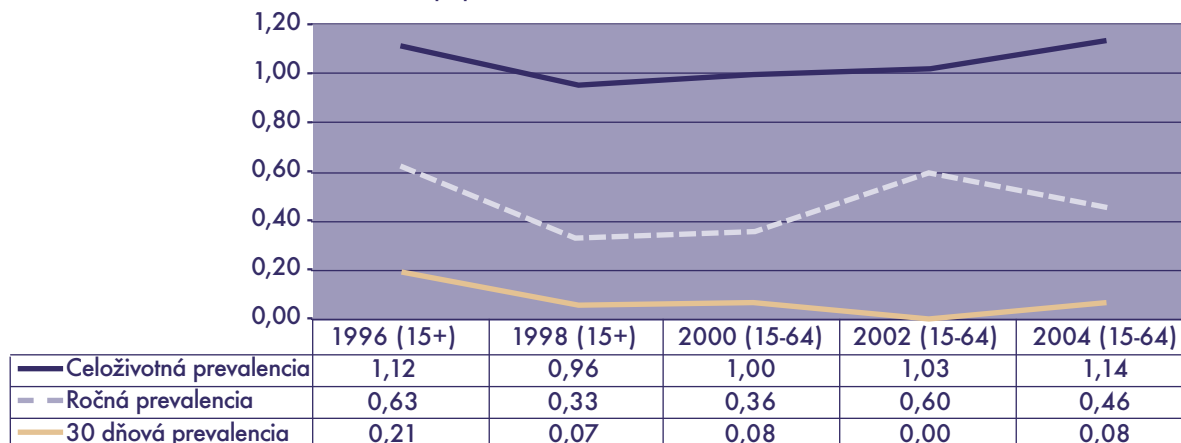
²⁰⁷ www.aktuality.sk - UNODC, 27. 6. 2006

²⁰⁸ Na základe informácií získaných operatívnou činnosťou NPJ ÚBOK, PPZ

²⁰⁹ Metodológia prieskumu pozri kapitola 2

12. KOKAÍN A CRACK - SITUÁCIA A ODPOVEDE

Graf 12.1: Prevalencia užívania kokaínu v populácii Slovenska



Zdroj: Luha J., ST 01 pre Reitox 1996 - 2004

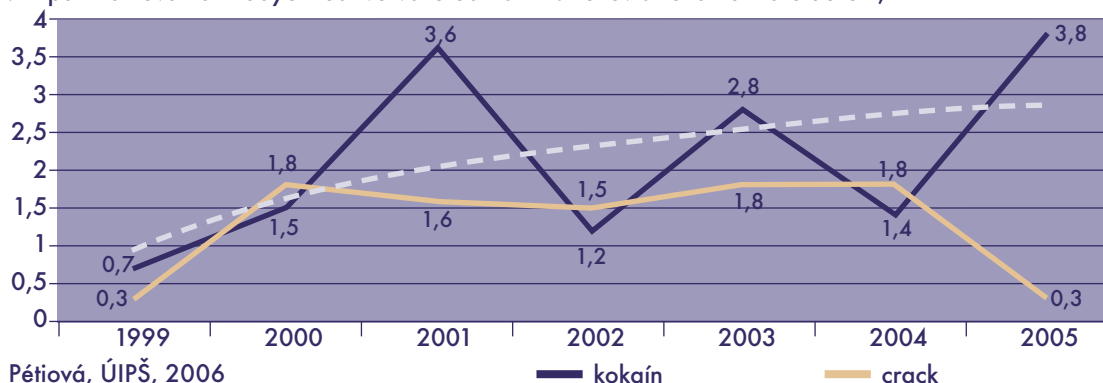
Užívanie kokaínu podľa prieskumov UIPŠ vo vekovej skupine 15 - 26

Výskumy, ktoré sledujú aj otázku experimentovania s nelegálnymi drogami u mládeže realizuje oddelenie analýz a mládeže ÚIPŠ (Správa 2005). Výskumy "postojov mládeže k užívaniu drog" sa realizujú kontinuálne od 1995²¹⁰. V roku 2005 sa výskumu zúčastnilo 947 respondentov, z ktorých 197 (20,8%) uviedlo experimentovanie s drogami.

Na základe výsledkov uvedeného výskumu vyplýva, že drogy ako LSD, heroín, kokaín a crack sú u respondentov vo veku 15 - 26 rokov skúšané len ojedinele. Naopak, najčastejšie skúšanými drogami sú marihuana (49,7%), hašiš (7,5%), extáza (6,7%), prchavé látky (6,1%), užívanie liekov spolu s alkoholom (5,6%), tabletky (4,8%) a pervitín (4,5%).

V roku 2005 vyskúšalo kokaín 3,8% mladých respondentov, ale až 5,8% vo vekovej skupine 15 - 17 rokov. Výsledky uvedených výskumov počas jednotlivých rokov majú nestabilný priebeh, trend však ukazuje na zvyšovanie prevalence užívania kokaínu.

Graf 12.2: Experimentovanie mladých ľudí vo veku od 15 - 26 rokov s kokaínom a crackom,



Zdroj: M. Pétiová, ÚIPŠ, 2006

12.1.2 Užívanie kokaínu medzi školskou mládežou

Prevalencia užívania kokaínu u študentov stredných škôl

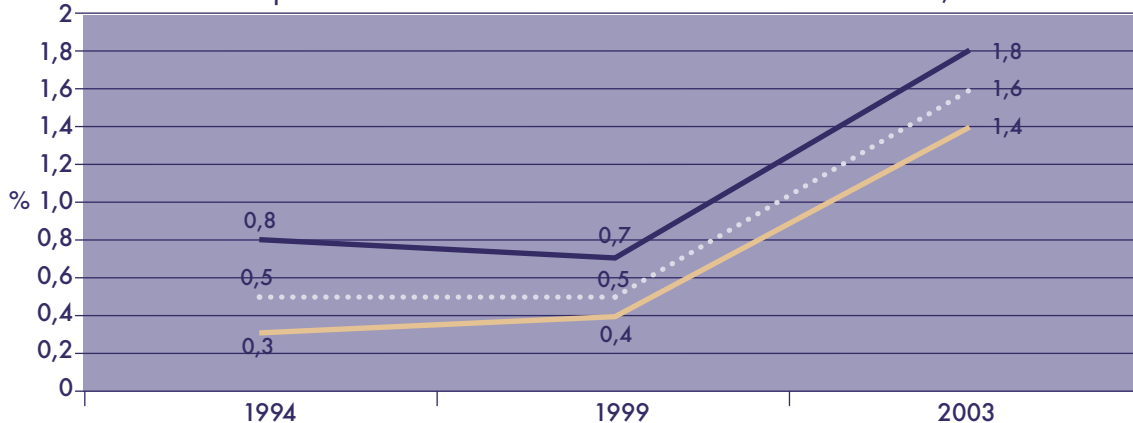
Trend poklesu prevalence užívania kokaínu do roku 1998 - 1999 a jeho následný pozvoľný vzrast vo všeobecnej populácii kopíruje prevalenciu u stredoškolskej mládeže podľa realizovaných prieskumov ESPAD.

²¹⁰ Reprezentatívny prieskum prostredníctvom face-to-face interview

12. KOKAÍN A CRACK - SITUÁCIA A ODPOVEDE

Celoživotná prevalencia u stredoškolských chlapcov dosahovala v roku 2003 1,8% a u dievčat 1,4%. V hlavnom meste, Bratislava, predstavovala prevalencia 4,2% u chlapcov a u dievčat 5,6%.

Graf 12.3: Celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi študentmi 1 - 4 ročníka SŠ, ESPAD



Zdroj: Nociar A., 2004, s. 94

— chlapci — dievčatá spolu

Pozn.: Počet dotazníkov v roku 1995 - 8 179 ks, v 1999 - 7 975 ks a v 2003 - 11 287 ks.

Tab. 12.1: Frekvencia užívania kokaínu počas života u stredoškolskej mládeže podľa prieskumu ESPAD

Frekvencia	0 krát	1 - 2 krát	3 - 5 krát	6 - 9 krát	10 - 19 krát	20 - 39 krát	40+
1995	99,5	0,4	0,1	0	0	0	0
1999	99,5	0,4	0,1	0	0	0	0
2003	98,4	0,9	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1

Zdroj: Nociar A., 2004, s. 103

V júni roku 2002 sa realizovala tretia vlna prieskumu TAD2 ("Tabak, alkohol, drogy") u študentov stredných škôl. Prieskumu sa zúčastnilo 5 598 študentov v prvom až treťom ročníku (2 481 chlapcov, 3 117 dievčat) v 42 stredných školách. Podľa výsledkov tohto prieskumu celoživotná prevalencia užitia kokaínu medzi mladými stredoškolákmi, 15 - 18 ročnými, bola 0,9%. Najviac stredoškolákov skúsilo kokaín v Bratislavskom kraji, kde prevalencia dosahovala 2,6%. Prekvapujúco najnižšia prevalencia sa vyskytla v susediacom Trnavskom kraji (0,2%). (mapa 12.1)²¹¹.

Mapa 12.1: Celoživotná prevalencia užitia kokaínu u študentov SŠ podľa krajov v %., TAD2, 2002



Zdroj: Nociar A., 2004, s. 63

²¹¹ Rozdiely medzi Bratislavským, Trnavským, Prešovským a Košickým krajom boli potvrdené aj štatisticky na hladine významnosti $p < 0,01$

Užívanie kokainu u žiakov základných škôl

S prebiehajúcim prieskumom TAD2 v roku 2002 sa zároveň uskutočnil aj prieskum TAD1 na 42 základných školách u žiakov v ročníkoch 5. - 8. (veková skupina 11 - 14 roční) ²¹². Podľa tohto prieskumu z drog ponúknutých žiakom ZŠ predstavoval kokain 3,42%. Až 5,2% poznalo vo svojom okolí ľudí, ktorí túto drogu užívajú.

Podľa výsledkov prieskumu ESPAD realizovaného v 1995 a 2003 ²¹³ klesá vnímanie užívania kokainu ako rizikového správania. Kým v roku 1995 4,9% študentov považovalo skúsenie kokainu/cracku raz resp. dvakrát v živote za mierne riziko, v roku 2003 to bolo už 9,9% ²¹⁴. Podiel tých, ktorí považovali takéto správanie za veľmi rizikové sa v priebehu porovnávaného obdobia znížil o 23,7%. (zo 64,2% na 40,5%). Rovnaký posun je aj v názoroch na rizikové správanie v podobe pravidelného užívania kokainu. V roku 1995 ho za veľmi rizikové považovalo 91% respondentov, v roku 2003 to bolo len 75%. (Nociar A., 2004, str. 117 - 119). Zníženie vnímania užívania kokainu ako rizikového správania môže súvisieť aj so spôsobom medializácie známych osobností užívajúcich drogy. Zneužívanie drog, najmä kokainu, celebritami je často prezentované médiami nekriticky a spôsob prezentácie sa odkláňa od negatívneho vykreslenia závislosti a jej dôsledkov pre život celebrity k istému zľahčovaniu stavu drogovej závislosti.

12.1.3 Užívanie a vzory užívania kokainu/cracku medzi špecifickými skupinami

Na základe prieskumu realizovanom ÚIPŠ sú k dispozícii údaje o užívaní drog medzi mladými ľuďmi umiestnených v špeciálnych výchovných zariadeniach poskytujúcich náhradnú výchovu - reedukačných domovoch ²¹⁵ (pozri tiež kapitolu 2 a 11). Prieskumu, ktorý bol uskutočnený 1998 sa zúčastnilo 486 mladých ľudí umiestnených v reedukačných domovoch vo veku 15 - 19 rokov a 304 v roku 2005, pričom miernu prevahu mali chlapi (52,6%) než dievčatá (47,4%). Komparačnú skupinu tvorili mladí ľudia vo veku 15 - 17 z výberovej vzorky prieskumu "postojov mládeže k užívaniu drog" (pozri časť 12.1.1). Veľkosť komparačnej vzorky v roku 1998 bola 486 respondentov a 223 v roku 2005. Vzhľadom na malé vzorky však nie je možné údaje zovšeobecňovať.

Kým prevalencia užívania kokainu v reedukačných domovoch medzi rokmi 1998 a 2005 klesla z 3,9% na 2,6%, tak v komparačnej skupine je možné pozorovať rapidný nárast z 1% (1998) na 5,8% (2005).

Tab. 12.2: Porovnanie užívania drog v reedukačných domovoch a všeobecnou populáciou mladých ľudí

Užívané nelegálne drogy	Reedukačné domovy		Komparačný súbor	
	1998	2005	1998	2005
prchavé látky	22,4	10,2	10,7	5,8
marihuana	35,4	25,1	68	59,6
pervitín	4,7	9,2	1	1,9
Extáza	1	7,6	1	5,8
Heroín	9,2	2,8	2,9	0
Kokain	3,9	2,6	1	5,8
LSD	5,1	4,2	1	0

Zdroj: Pétiová M., 2006

Uvedené posuny v prevalencii užívania kokainu u oboch súborov možno vysvetliť vysokou cenou drogy (kapitola 12.4). Mladí ľudia v reedukačných domovoch v oveľa skoršom veku začínajú s užívaním drog, pochádzajú však z ekonomicky horšie situovaných rodín, a preto si nemôžu z finančných dôvodov kokain/crack kúpiť. Nepriamo to potvrdzujú aj výsledky troch vlín prieskumov ESPAD ²¹⁶ realizovaných medzi stredoškólakmi. Porovnanie podľa druhu drog ukázali, že pri nákladnejších alebo módných drogách, ako kokain, LSD,

²¹² Prieskumu sa zúčastnilo 5 746 žiakov (2 953 chlapcov, 2 793 dievčat).

²¹³ V roku 1995 bolo spracovaných 8 179 dotazníkov, v roku 2003 bolo spracovaných 11 287 dotazníkov.

²¹⁴ Ide o percentá respondentov, ktorí odpovedali na všetky otázky.

²¹⁵ Zariadenia poskytujú výchovu a starostlivosť nahrádzajúce prirodzené rodinné prostredie deťom do 18 rokov, prípadne do skončenia prípravy na povolanie. V týchto zariadeniach možno v záujme odstránenia porúch v psychosociálnom vývine dieťaťa a v záujme odstránenia všetkých príčin, pre ktoré bola nariadená ústavná výchova alebo uložená ochranná výchova, použiť opatrenia vo výchove a ochranné opatrenia. (279/1993 Z.z. o školských zariadeniach)

²¹⁶ Európsky školský prieskum o drogách a alkohole

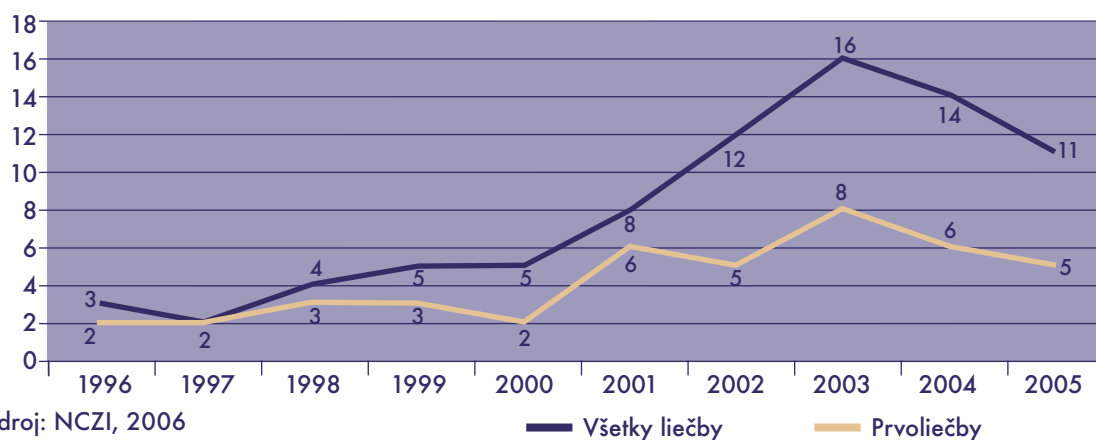
12. KOKAÍN A CRACK - SITUÁCIA A ODPOVEDE

anabolické steroidy či extáza, je badateľný mierny trend k vyššej frekvencii užívania u tých študentov, ktorí uviedli, že sú veľmi spokojní s finančnou situáciou svojej rodiny a zároveň aj u tých, ktorí uviedli, že ich rodina je na tom oveľa lepšie v porovnaní s ostatnými rodinami na Slovensku²¹⁷.

12.2 Problémy spôsobené užívaním kokaínu/cracku

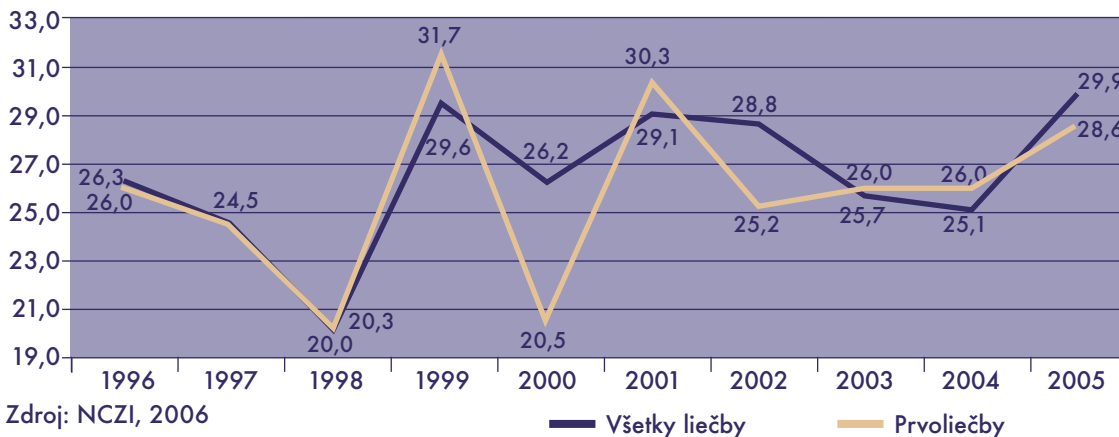
Na Slovensku nie je veľa pacientov, ktorí boli a sú liečení pre problémy spôsobené kokaínom ako primárnou drogou. Od roku 1996, kedy boli liečení 3 pacienti ich počet vzrástol na 16 v roku 2003 a následne sa znížil na 11 v roku 2005 (graf 12.4). Liečení pacienti sa vo väčšine prípadov nachádzali vo vekovej skupine 25 - 29 rokov. Priemerný vek pacientov v jednotlivých rokoch znázorňuje graf 12.5.

Graf 12.4: Počet pacientov liečených pre problémy s kokaínom



Zdroj: NCZI, 2006

Graf 12.5: Priemerný vek liečených užívateľov kokaínu



Zdroj: NCZI, 2006

Závislosť na kokaíne a gravidita

Podľa informácie neonatologičky²¹⁸ sa v našich oblastiach kokaín vyskytuje zriedkavo a jeho vysoká cena ho určuje na použitie v takej komunite, ktorá si tehotenstvo môže vyriešiť napr. predčasným ukončením. Za posledných 8 - 9 rokov sa nestretla s prípadom tehotnej ženy, ktorá by v anamnéze mala užívanie kokaínu.

Iné problémy súvisiace s užívaním kokaínu

Za obdobie rokov 2000 - 2005 boli pri retrospektívnom zbere údajov z 11 súdnolekárskych a patologickoanatomických pracovísk ÚDZS nahlásené 4 úmrtia (z toho 1 žena) v súvislosti s kokaínom (tab. 12.3).

²¹⁷ Správa 2004, s. 41

²¹⁸ Prof. MUDr. Helena Drobná, PhD, FNŠP - Novorodenecké oddelenie, Bratislava. Informácia pre NMCD

Tab. 12.3: Úmrtia súvisiace s kokaínom za obdobie 2000 - 2005

	Rok	Vek	Pohlavie
Úmrtie za prítomnosti kokaínu	2000	31	muž
	2003	25	muž
	2003	29	žena
Úmrtie spôsobené kokaínom	2003	33	muž

Zdroj: ÚDZS, 2006, (spracoval: Šidlo J.)

12.3 Intervencie súvisiace s užívaním kokaínu

Vzhľadom na to, že prevalencia pravidelného užívania kokaínu ako aj dopyt po liečbe v dôsledku kokaínu ako primárnej drogy je na Slovensku veľmi malý, nie sú v SR zavedené žiadne špecifické (kokaínovo orientované) liečebné programy (štandardná tabuľka 27, Okruhlica, 2005).

Za istú formu intervencií môžeme považovať harm-reducion programy, ktoré sú realizované mimovládnyimi organizáciami. Tieto programy sú však zamerané všeobecne na znižovanie rizík užívania akéhokoľvek druhu drogy, a to najmä prostredníctvom programov výmeny ihl a striekačiek, odborného poradenstva v teréne, vzdelávania užívateľov drog, testovania a pod. Viac o týchto programoch v kapitole 7.

12.3.1 Politika a stratégie ako odpoveď na kokaín

Slovensko nemá špecifické stratégie či zákony, ktoré by boli špeciálne venované kokaínu/cracku. Kokaín je zaradený v zákone č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v II. skupine (omamné látky), ktorý upravuje aj zaobchádzanie s týmito látkami. Nedovolené zaobchádzanie s kokaínom je zaobchádzanie iným spôsobom, ako ustanovuje najmä §4 ods. 2 tohto zákona. Zároveň možno uviesť, že ustanovenie §15 ods. 1 zákona tohto zákona zakazuje pestovanie koky na území Slovenska.

Neoprávnené nakladanie s kokaínom ako aj s crackom z hľadiska trestného postihu je upravené najmä v ustanoveniach §171 a 173 Trestného zákona (trestný čin nedovolenej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi) a §174 Trestného zákona (trestný čin šírenia toxikománie). K označeným ustanoveniam Trestného zákona pozri kapitolu 1.

12.4 Kriminalita spojená s kokaínom a kokaínový trh

12.4.1 Kriminalita spojená s kokaínom

V SR ešte nie je zavedený systém, ktorý by rozlišoval osoby stíhané či odsúdené za spáchanie drogových trestných činov alebo samotné drogové trestné činy podľa jednotlivých druhov drog. Z toho dôvodu nie je možné bližšie špecifikovať počet odsúdených alebo počet trestných činov súvisiacich s kokaínom. (Počet odsúdených za drogové trestné činy pozri kapitolu 8).

12.4.2 Kokaínový trh

Kokaín na Slovensku je menej často zneužívanou a distribuovanou drogou v porovnaní s marihuanou, pervitínom či heroínom, avšak podľa NPJ ÚBOK PPZ rastie záujem o túto drogu predovšetkým v Bratislave a okolí, ale aj vo všetkých väčších mestách a postupne sa dostáva aj do menších miest.

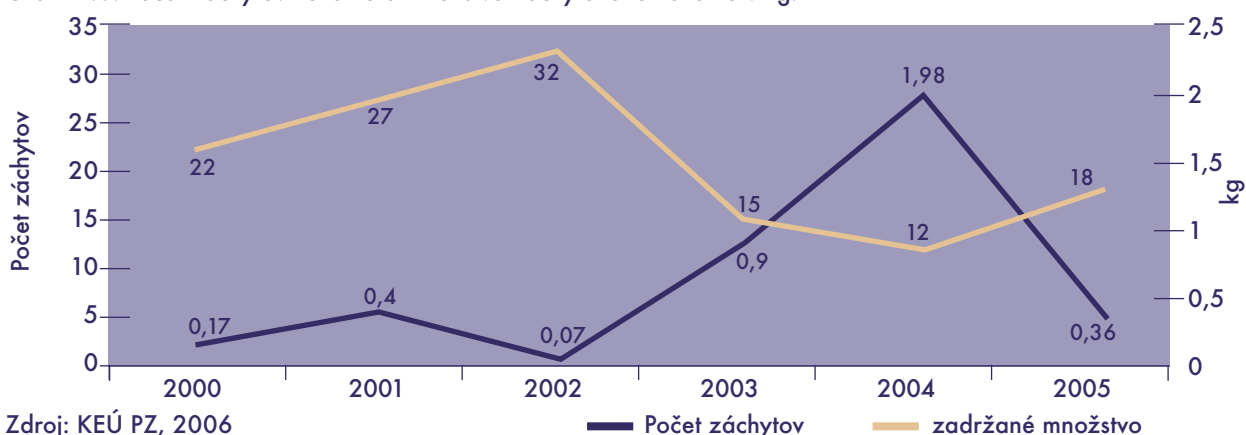
Distribúcia kokaínu zatiaľ nie je natoľko otvorená ako napr. u marihuany, heroínu či pervitínu, viaže sa najmä na rôzne kluby, diskotéky a bary a prebieha zväčša len na základe osobnej známosti predávajúceho a kupujúceho.

12. KOKAÍN A CRACK - SITUÁCIA A ODPOVEDE

Hlavným dôvodom menšej popularity kokaínu v porovnaní s inými európskymi krajinami je jeho vysoká cena pohybujúca sa od 2.000 - 3.000,- Sk za jeden gram kokaínu (cca. 52 - 78²¹⁹, - €), hoci táto cena v poslednom roku najmä v okolí Bratislavy mierne klesala²²⁰. Poklesom ceny, ktorý je spôsobený podľa NPJ ÚBOK tým, že juhoamerické drogové kartely v snahe získať nové trhy znížili cenu kokaínu, záujem o kokaín vzrástol a droga sa stala zaujímavejšou pre širší okruh konzumentov. Stále sa však jedná o užšiu skupinu užívateľov, ekonomickejšie situovanú vrstvu obyvateľstva s vyššími príjmami, keďže cena kokaínu je približne polovicou minimálnej mzdy. Okrem toho, na slovenskom drogovom trhu je ponúkaný podstatne lacnejší druh stimulantu - pervitín.

Veľkoobchodnú cenu kokaínu nie je možné určiť, resp. sa dá určiť len odhadom, vzhľadom k tomu, že nie sú informácie o predaji veľkého objemu kokaínu určeného na tzv. veľkopredaj a ani na území SR nebol v roku 2005 uskutočnený záchyt takéhoto väčšieho objemu kokaínu. Trestnoprávnym zločkám sa podarilo v roku 2005 uskutočniť 18 záchytov tejto drogy (v 2004 bolo 12 záchytov), avšak množstvo zachyteného kokaínu bol aj napriek tomu nižší oproti minulému roku (1,98 kg v roku 2004 a 360,01g v roku 2005). Čistota zachyteného kokaínu sa najčastejšie pohybuje okolo 37% (pozri tab. 12.4).

Graf 12.6: Počet záchytov kokaínu a množstvo zachyteného kokaínu v kg.



Zdroj: KEÚ PZ, 2006

Tab. 12.4: Koncentrácia účinnej látky zachyteného kokaínu

Rok	Počet analyzovaných vzoriek	Minimum	Maximum	Medián (najčastejšia čistota)
2002	21	9,7	65,8	37,1
2003	15	7,7	82,5	41,2
2004	13	6,5	50	32,6
2005	20	8,6	78,8	37,1

Zdroj: KEÚ PZ, 2006

Tabuľka uvádza koncentráciu kokaínu, ktorý sa predáva konečnému užívateľovi, nie sú v nej zahrnuté koncentrácie kokaínu, ktorý bol zaistený vo väčšom množstve. V prípade záchytu väčšieho množstva kokaínu sa jedná väčšinou o kokaín určený na ďalšiu distribúciu a jeho koncentrácia je vyššia ako medián uvedený v tabuľke.

Pravdepodobne vysoká cena kokaínu spôsobuje aj prakticky absolútny nezáujem slovenskej drogovej scény o bázu kokaínu - crack. Od roku 2000 nebol na našom území zadržaný žiadny crack a podľa informácií NPJ ÚBOK PPZ ani nie sú signály o tom, že by sa mala táto situácia v blízkej budúcnosti zmeniť.

Zdrojom kokaínu pre slovenských konzumentov sú okrem krajín západnej Európy aj krajiny južnej Ameriky. Do jeho dovozu a distribúcie sú zaangażované jednak skupiny slovenského pôvodu, ale čoraz výraznejšie sa v tejto oblasti angažujú aj zločinecké skupiny etnických Albáncov, ktorí rovnako predstavujú aj skupinu konzumentov. Droga sa preváža zvyčajne upevnená na tele kuriéra alebo v jeho batožine. Bol zaznamenaný aj pokus o zapracovanie kokaínu do šiat a jeho následná extrakcia z odevu kuriéra.

²¹⁹ priemerný kurz € za rok 2005 = 38,59,- Sk, www.nbs.sk

²²⁰ Na základe informácií získaných operatívnou činnosťou NPJ ÚBOK, PPZ

13. DROGY V DOPRAVE

Marihuana a benzodiazepíny²²¹ sú - okrem alkoholu - pravdepodobne dve najvýznamnejšie a zároveň rozdielne látky. Obe majú vysokú prevalenciu a je veľká pravdepodobnosť, že majú vplyv na vedenie motorového vozidla. Súčasne však medzi nimi existujú rozdiely, pokiaľ ide o ich právny status - jedna je nelegálna droga a druhá je predpisovaným liekom. Rozsiahle výskumy ukázali, že už mierna dávka marihuany zhoršuje celý rad funkcií, ktoré významne podmieňujú bezpečné vedenie motorového vozidla. Dokonca kombinácia malého množstva alkoholu s malou dávkou marihuany spôsobuje veľmi závažné zhoršenie schopností pri vedení motorového vozidla²²².

Podľa informácií PPZ na Slovensku zomiera viac ako 600 účastníkov cestnej premávky ročne a priemerne 42 úmrtí je spôsobených dopravnou nehodou pod vplyvom alkoholu. Jediné informácie, ktoré existujú o vedení vozidla pod vplyvom drog, iných ako alkohol, sú z analýzy údajov uskutočnenej na pôde Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) v roku 2006. Zo 42 úmrtí súvisiacich s drogami pri dopravných nehodách za roky 2000 - 2005, boli najčastejšie zistenými látkami kanabionidy (23 prípadov) a benzodiazepíny (7 prípadov). Za nimi nasledovali liečivá (iné ako benzodiazepíny), opiáty a toluén, a to samotné, ale aj v kombináciách. Kombinácia s alkoholom bola zistená celkom v 14 prípadoch.

Informácie z iných zdrojov ani štúdií nie sú k dispozícii. V SR existujú zákonné nariadenia a normy, ktoré upravujú vedenie motorového vozidla pod vplyvom alkoholu a iných návykových látok všeobecne, ale bez rozlíšenia konkrétneho druhu drogy. Odbor dopravnej polície PPZ neviduje osobitné štatistické prehľady o počte osôb jazdiacich pod vplyvom drog²²³. K dispozícii sú len štatistické údaje vzťahujúce sa na užitie alkoholu, ktorého tolerancia v krvi je 0 promile. V roku 2007 PPZ plánuje zaviesť do praxe používanie prístrojov na testovanie prítomnosti drog v organizme zo slín alebo z potu a v súvislosti s týmto postupom sa pripravuje novela príslušného právneho nariadenia.

13.1 Legislatívny a právny rámec

Od roku 1996 platia dva hlavné zákony, ktoré v rámci svojej pôsobnosti riešia vedenie motorového vozidla pod vplyvom alkoholu či inej návykovej látky, a to zákon č. 315/1996 Z. z. o premávke na pozemných komunikáciách v znení neskorších predpisov a zákon č. 219/1996 Z. z. o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov a o zriaďovaní a prevádzke protialkoholických záchytných izieb v znení neskorších predpisov.

Z trestnoprávneho hľadiska je vedenie motorového vozidla pod vplyvom alkoholu či inej návykovej látky upravené zákonom 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov a Trestným zákonom 300/2005 Z. z.

Uznesením 335 z 26. júna 2003 NR SR požiadala vládu SR, aby v rámci NPBD prijala do konca roka 2003 účinné opatrenia zamerané na boj proti drogám v doprave. Táto úloha bola uznesením č. 719 z 20. 8. 2003 uložená ministrom vnútra.

Pre otázku riešenia bezpečnosti na cestách bola uznesením vlády č. 1162/2004 vytvorená Rada vlády SR pre bezpečnosť cestnej premávky pri Ministerstve dopravy, pôšt a telekomunikácií s jej 7 odbornými skupinami. Rada je trvalým, poradným, koordinačným a iniciatívnym orgánom vlády SR pre zabezpečenie komplexnej starostlivosti o zvyšovanie bezpečnosti cestnej premávky.

Vláda v máji 2005 schválila základný dokument/stratégiu, ktorá obsahuje rámec pre aktivity a opatrenia na minimalizovanie dôsledkov dopravných nehôd pod názvom Národný plán na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010 v Slovenskej republike. Plán sa vo svojich navrhnutých opatreniach okrem iného zameriava na znižovanie počtu dopravných nehôd spôsobených pod vplyvom alkoholu.

²²¹ Skupina látok používaných hlavne ako sedatíva/hypnotiká, uvoľňovače svalov, antiepileptiká a anxiolytiká.

²²² Ramström J.: Adverse Health Consequences of Cannabis Use, National Institute of Public Health, Sweden, 2004, 142 s., v slovenskom preklade vydal ÚV SR, Bratislava 2005

²²³ Oficiálne vyjadrenie MV SR zo dňa 27. 03. 2006 č.p. PPZ-317/ODP-2006

13. DROGY V DOPRAVE

Napriek uvedeným legislatívnym a inštitucionálnym podmienkam problematika zisťovania a preukazovania ovplyvnenia vodiča inými návykovými látkami ako alkoholom a jeho následný postih nie je dodnes komplexne riešená. Od roku 2000 prebiehajú pod gesciou Ministerstva zdravotníctva SR medzirezortné pracovné stretnutia²²⁴ s cieľom riešiť túto problematiku so zainteresovanými rezortmi.

V priebehu roku 2006 MV SR pripravuje návrh novely zákona NR SR č. 219/1996 Z. z. s cieľom zaviesť orientačné zisťovanie prítomnosti drog u vodičov motorových vozidiel v roku 2007. Do konca roka 2006 by PPZ malo ukončiť vykonávanie porovnávacích skúšok prístrojov na testovanie prítomnosti drog v organizme zo slín alebo z potu a vybrať najvhodnejší výrobok.

13.2 Prevalencia a epidemiologická metodológia

13.2.1 Zisťovanie prítomnosti alkoholu a drog u účastníkov cestnej premávky

Zatiaľ nie sú k dispozícii štatistické prehľady o vodičoch motorových vozidiel, ktorí požíli akúkoľvek drogu či benzodiazepíny. Súčasný štatistický systém eviduje len informácie o vedení motorového vozidla a dopravných nehodách spôsobených pod vplyvom alkoholu - neumožňuje osobitnú evidenciu prípadov podľa drogy aj napriek tomu, že existujú legislatívne podmienky podľa zákona 315/1996 Z. z. na poskytnutie informácie z evidencie dopravných nehôd aj o požití alkoholu alebo drog vodičmi, ktorí sa zúčastnili na dopravnej nehode (§ 86 cit. zákona).

PPZ môže vykonávať testovanie pri vykonávaní bežnej kontroly v cestnej premávke. V súčasnosti však nie je možné preukázať prítomnosť drog u vodiča, keďže policajný zbor nemá k dispozícii žiadny technický prostriedok na zisťovanie, resp. preukázanie ovplyvnenia vodiča drogami. Vyšetrenie na zistenie, či vodič nie je ovplyvnený alkoholom, sa vykonáva prístrojom, ktorým sa určí prítomnosť alkoholu v organizme tzv. alko-testerom. Ak sa vodič vozidla odmieta podrobiť takému testovaniu/skúške, môže sa na požiadanie policajta vykonať lekárske vyšetrenie odberom a vyšetrením krvi alebo iného biologického materiálu. Ak vodič vozidla odmieta takéto lekárske vyšetrenie, stupeň opitosti určí lekár podľa medicínskych klinických príznakov. Na Slovensku je nulová tolerancia alkoholu.

V prípade, že vodič javí príznaky užívania iných drog alebo liekov sú osoby predvedené na lekárske vyšetrenie, keďže podľa zákona 219/1996 Z. z. vyšetrenie na zistenie prítomnosti iných návykových látok v organizme sa zisťuje výlučne lekárske vyšetrením. V praxi však doposiaľ neexistuje ani protokol/správa o lekárskom vyšetrení na prítomnosť návykových látok v organizme človeka, ktorý by bolo možné použiť v ďalšom konaní²²⁵.

Pri dopravných nehodách sa uskutočňuje testovanie na prítomnosť alkoholu či drog vždy, keď existuje podozrenie, že by vodič mohol byť pod ich vplyvom. V prípade usmrtenia osoby a podozrenia, že vodič viedol motorové vozidlo pod vplyvom alkoholu/drog, je testovanie súčasťou prehliadky a pitvy mŕtvoly znalcom z odboru zdravotníctva.

13.2.2 Štatistické údaje

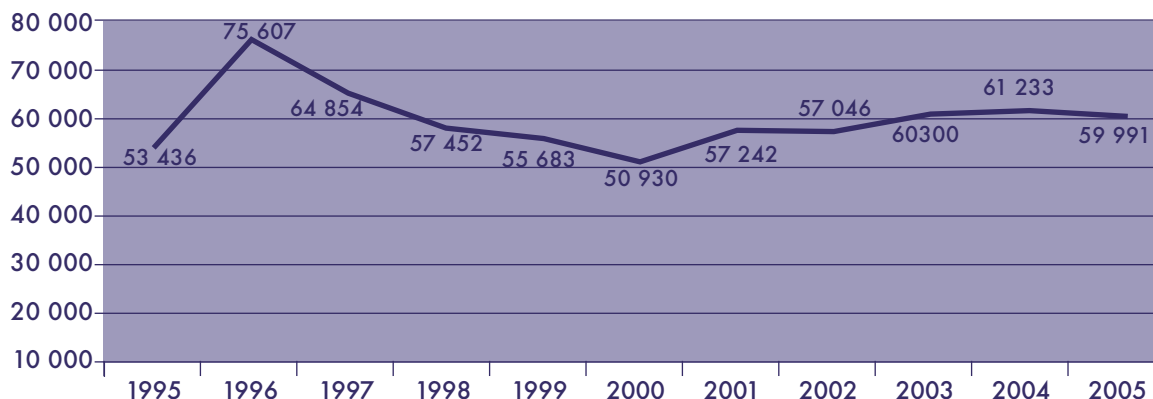
Podľa údajov, ktoré vychádzajú z policajných štatistík odboru dopravnej polície PPZ na Slovensku zomiera ročne viac ako 600 účastníkov cestnej premávky a priemerne 42 úmrtí ročne je spôsobených dopravnou nehodou pod vplyvom alkoholu. Najčastejšími príčinami dopravných nehôd v roku 2004 bol nesprávny spôsob jazdy (36%), porušenie základných povinností (32%)

²²⁴ Uznesenie NR SR č. 335 zo dňa 26. 6. 2003

²²⁵ Oficiálne vyjadrenie MV SR zo dňa 27. 03. 2006 č.p. PPZ-317/ODP-2006

a rýchlosť jazdy (19%)²²⁶. Priemerný počet dopravných nehôd zavinených vodičmi pod vplyvom alkoholu sa od roku 2000 pohybuje okolo 4% s miernym poklesom na 3,7% v roku 2005.

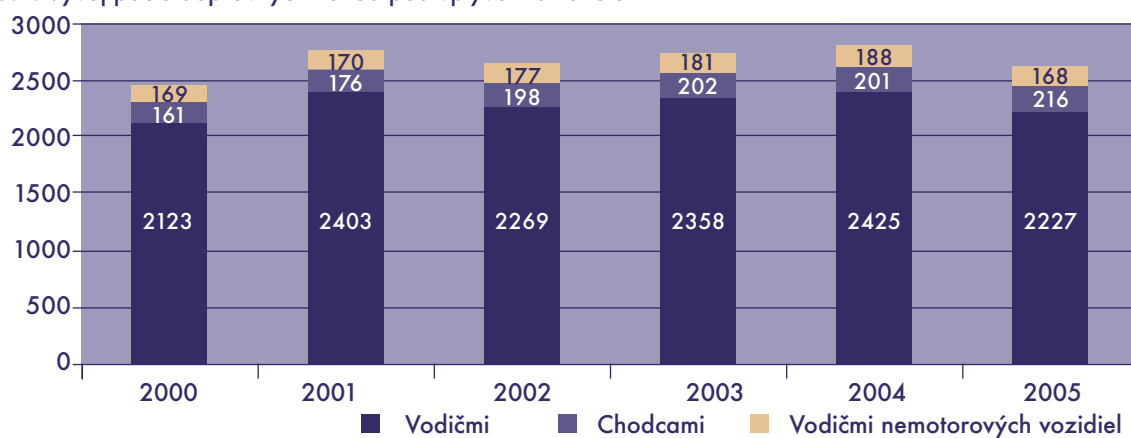
Graf 13.1: Vývoj celkového počtu dopravných nehôd



Zdroje údajov: MV SR, odbor dopravnej polície a Národný plán na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010 v SR

Nasledujúci graf zobrazuje vývoj počtu dopravných nehôd spôsobených vodičmi motorových a nemotorových vozidiel pod vplyvom alkoholu a chodcami pod vplyvom alkoholu podľa údajov odboru dopravnej polície MV SR.

Graf 13.2: Vývoj počtu dopravných nehôd pod vplyvom alkoholu



Zdroj údajov: MV SR, odbor dopravnej polície, rok 2006

Smrteľné dopravné nehody súvisiace s drogami

V roku 2006 sa na pôde ÚDZS vykonal retrospektívny zber údajov z 11 súdnolekárskych a patologickoanatomických pracovísk o úmrtiach súvisiacich so psychoaktívnymi látkami inými ako alkoholom pri dopravných nehodách za roky 2000 - 2005 so zameraním na marihuanu a benzodiazepíny.

Prípady úmrtí účastníkov dopravných nehôd ovplyvnených drogami boli nahlásené zo 4 pracovísk: v Bratislave na Antolskej ulici (21 prípadov), v Košiciach (11 prípadov), Martine (7 prípadov) a Žiline (3 prípady). Šesť pracovísk udalo, že takéto prípady sa u nich v sledovanom období nevyskytli. Jedno pracovisko hlásenie neposlalo. Za obdobie šiestich rokov bolo nahlásených celkovo 42 prípadov úmrtí v súvislosti so psychoaktívnymi látkami pri dopravných nehodách.

²²⁶ Národný plán na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010 v SR, <http://www.telecom.gov.sk/index/go.php?id=1072>

13. DROGY V DOPRAVE

V uvedených prípadoch išlo o 15 vodičov motorových vozidiel, 12 chodcov, 12 spolujazdcov v motorových vozidlách, 2 vodičov motocyklov a 1 cyklistu. Údaje poukázali na fakt, že pokiaľ išlo o úmrtie viacerých cestujúcich z jedného motorového vozidla, väčšinou boli všetci ovplyvnení psychoaktívnou látkou.

Najčastejšie zistenými látkami boli marihuana, či už samotná alebo v kombinácii s inými látkami, a to až v 23 prípadoch, čo je 54,8% z celkového počtu. Za nimi nasledujú benzodiazepíny, taktiež samotné alebo v kombinácii s inými látkami celkom 7 prípadov (16,7%). Ďalej išlo o liečivá (iné ako benzodiazepíny), opiáty a toluén samotné aj v kombináciách zhodne po 3 prípady (po 7,1%). Po jednom prípade bol zistený amfetamín, kokaín a metadon v kombinácii s alkoholom. Kombinácia s alkoholom bola zistená celkom v 14 prípadoch (33%). Najviac úmrtí pri dopravných nehodách bolo vo vekovej skupine 15 - 29 ročných (tab. 13.1).

Tab. 13.1: Smrteľné následky dopravných nehôd podľa druhu drogy za roky 2000-2005

Rok	Marihuana	Benzodiazepíny	Pervitín	Iné drogy	Spolu
2000	6	1	0	0	7
2001	2	2	0	2	6
2002	3	0	0	5	8
2003	3	1	0	2	6
2004	4	2	0	1	7
2005	5	1	0	2	8
Spolu	23	7	0	12	42

Zdroj: ÚDZS, 2006 (spracoval: Šidlo J.)

Podrobné spracovanie výsledkov toxikologických analýz podľa jednotlivých psychoaktívnych látok a ich kombinácií vzhľadom ku kategorizácii obetí dopravných nehôd v roku 2005 ukazuje tab. 13.2.

Tab. 13.2: Rozdelenie obetí dopravných nehôd podľa zistených psychoaktívnych látok v roku 2005.

Obete DN/zistená látka	Vodiči	Chodci	Spolujazdci	Motocyklisti	Cyklisti	Spolu
Amfetamín	1	-	-	-	-	1
Benzodiazepíny	-	3	-	-	-	3
+AMT/MAMT	-	1	-	-	-	1
+ETA	-	2	-	-	1	3
Kanabinoidy	4	-	6	1	-	11
+AMT/MAMT	1	-	2	-	-	3
+ETA	2	2	3	-	-	7
+KOK	1	-	-	-	-	1
+KOK,EXT,ETA	1	-	-	-	-	1
Kokaín	1	-	-	-	-	1
Liečivá	1	-	-	1	-	2
+ETA	1	-	-	-	-	1
Metadon+ETA	-	1	-	-	-	1
Opiáty	1	-	-	-	-	1
+AMT/MAMT,BZD	-	1	-	-	-	1
+BZD	-	-	1	-	-	1
Toluén	1	1	-	-	-	2
+ETA	-	1	-	-	-	1
Spolu	15	12	12	2	1	42

Pozn.: DN - dopravné nehody, AMT - amfetamín, BZD - benzodiazepíny, ETA - etylalkohol, EXT - extáza, KOK - kokaín, MAMT - metamfetamín

Zdroj: ÚDZS, 2006 (spracoval: Šidlo J.)

Tab. 13.3: Obete dopravných nehôd v súvislosti s drogami podľa veku a pohlavia (M/Ž)

Rok/ vek	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	50-54	55-59	>65	Spolu
2000	1/0	2/1	3/0	-	-	-	-	-	-	-	6/1
2001	-	1/0	1/0	-	1/0	1/0	1/0	1/0	-	-	6/0
2002	-	1/0	4/1	1/0	-	-	1/0	-	-	-	7/1
2003	-	-	1/0	1/1	1/0	1/0	-	-	1/0	-	5/1
2004	-	1/1	1/0	2/0	-	-	-	1/0	-	1/0	6/1
2005	-	1/1	2/0	2/0	-	-	-	1/0	-	1/0	7/1
Spolu	1/0	6/3	12/1	6/1	2/0	2/0	2/0	3/0	1/0	2/0	37/5

Zdroj: ÚDZS, 2006 (spracoval: Šidlo J.)

13.3 Uplatňovanie práva

Oprávnenie policajta na zastavenie vozidiel upravuje zákon NR SR o premávke na pozemných komunikáciách v znení neskorších predpisov, podľa ktorého je vodič povinný poslúchnuť pokyn policajta súvisiaci s výkonom jeho oprávnení, strpieť výkon jeho oprávnení ako aj pokyny iných osôb, ktoré na to oprávňuje tento zákon. Ďalej v zmysle tohto zákona vodič nesmie viesť vozidlo bezprostredne po požití alkoholu alebo drog či v čase, keď by ešte mohol byť pod ich vplyvom.

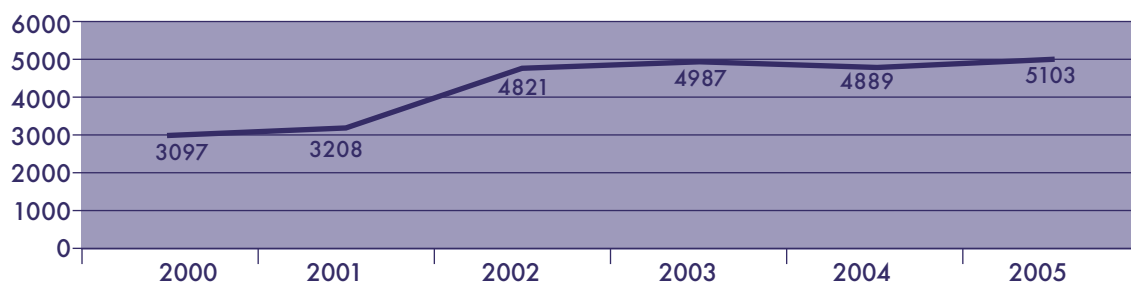
Útvary služieb dopravnej polície PZ vykonávajú každoročne niekoľko špeciálnych kontrol a dopravno-bezpečnostných akcií za účelom kontroly dodržiavania pravidiel cestnej premávky o zákaze používania alkoholu pred alebo počas jazdy. Najznámejšou dopravno-bezpečnostnou akciou bola akcia "Jastrab" (pozri kap. 13.4).

Vedenie motorového vozidla pod vplyvom alkoholu/drog sa považuje za priestupok proti bezpečnosti a plynulosti cestnej premávky podľa zákona o priestupkoch a vodičovi je možné uložiť pokutu do 10.000,- Sk a zákaz činnosti vedenia vozidla do 1 roku.

Nový Trestný zákon upravuje stanovenie výšky trestu za vykonávanie zamestnania či inej činnosti, pri ktorej by sa mohlo ohroziť zdravie alebo život ľudí, či spôsobiť značnú škodu na majetku. Ide teda o trestný čin ohrozenia. Takouto činnosťou je aj vedenie motorového vozidla pod vplyvom drog, pričom rozhodujúcim je už začiatok jazdy. V prípade opakovania takéhoto činu, hoci došlo k predchádzajúcemu odsúdeniu alebo (priestupkovému) postihnutiu, v priebehu posledných 24 mesiacov, alebo ak došlo k ublíženiu na zdraví, či spôsobeniu väčšej škody na cudzom majetku, umožňuje sa uloženie trestu v podobe odňatia slobody do jedného roka. V tomto prípade ide o alternatívne podmienky pre stíhanie za tento trestný čin. Pri činoch, kde je vplyv návykovej látky obzvlášť nebezpečný (pri verejnej hromadnej doprave) je možné uložiť trest odňatia slobody od 1 - 5 rokov²²⁷.

Nasledujúci graf znázorňuje počet zistených prípadov²²⁸ vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu ako priestupky, za ktoré osoba dostala pokutu a zákaz činnosti.

Graf 13.3: Zistené prípady vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu



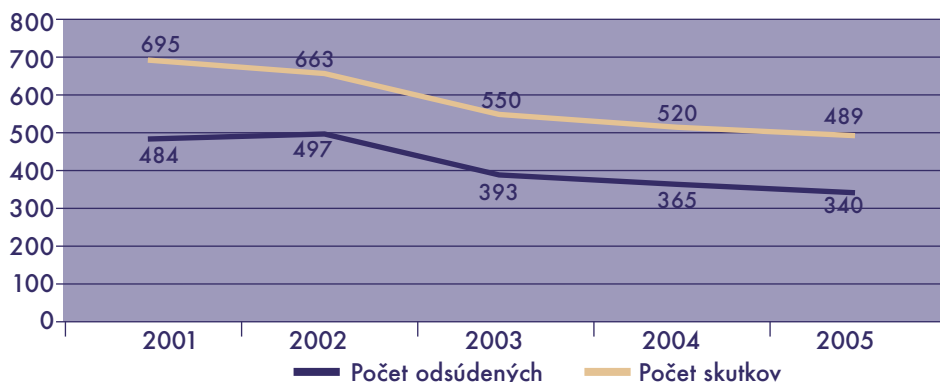
Zdroj: MV SR, odbor dopravnej polície, 2006

²²⁷ § 289 Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. Okrem vedenia hromadných dopravných prostriedkov (vlak, autobus, lietadlo...) ide aj o iné prípady (výpravca, strojvodca...).

²²⁸ Prípady boli zistené PPZ pri vykonávaní kontrol v cestnej premávke

13. DROGY V DOPRAVE

Graf 13.4: Vývoj počtu odsúdených a počtu skutkov vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu



Zdroj: MS SR, 2006

13.3.1 Vzdelávanie policajtov

V roku 2004 sa uskutočnili semináre "Drogy v doprave" s cieľom oboznámiť policajtov s problematikou drog. Súčasťou seminárov boli odborné prednášky zamerané na rozoznávanie, resp. popis fyziologických príznakov, reakcií a chovania osôb po požití iných návykových látok než je alkohol. Národná protidrogová jednotka ÚBOK PPZ vydala metodickú príručku k semináru "Drogy v doprave", ktorú obdržali všetky útvary dopravnej polície.

Príručka obsahuje informácie o jednotlivých druhoch drog, rozoznávaní ich účinkov, rizík, ako aj informácie ako poskytnúť prvú pomoc v prípade, že kontrolovaná osoba skolabuje alebo sa u nej prejaví niektoré príznaky predávkovania drogou.

13.4 Prevencia

Návrh opatrení, ktoré sa majú vykonať na národnej úrovni je súčasťou Národného plánu na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010 (ďalej len "Národný plán"), ktorý bol schválený v máji 2005.

Preventívne aktivity sú rozdelené do viacerých oblastí. V rámci dopravnej výchovy a osvetly sa aktivity zamerajú na deti a mládež v školách a v školských zariadeniach, na žiadateľov o vodičské oprávnenie prostredníctvom autoškôl, na vodičov všetkých vekových kategórií a na všetky skupiny obyvateľstva so zameraním na potrebu dodržiavať dopravné predpisy a podporovať ohľaduplné správanie v cestnej premávke.

Príslušné ministerstvá²²⁹ dostali za úlohu v programoch škôl a autoškôl uplatňovať poznatky o vplyve alkoholu, omamných a psychotropných látok na spôsobilosť viesť motorové vozidlo a na bezpečnosť cestnej premávky. Zvýšiť informovanosť vodičov o vplyve niektorých liekov na spôsobilosť viesť vozidlo a o ich vplyve na chovanie sa ostatných účastníkov cestnej premávky²³⁰.

V rámci oblasti dohľad nad bezpečnosťou a plynulosťou cestnej premávky sa má pozornosť venovať dodržiavaniu zákona o požívaní alkoholických nápojov a iných návykových látok vodičmi motorových a nemoťorových vozidiel a chodcami. V oblasti propagácia v médiách sa má uskutočniť kampaň zameraná na nebezpečnosť vedenia vozidla pod vplyvom alkoholu, omamných a psychotropných látok.

Na realizáciu kampaní, ktoré sa týkajú bezpečnosti cestnej premávky všeobecne, sa ročné výdavky predpokladali vo výške 7 mil. Sk v prvom roku a v ďalších rokoch sú predmetom programového rozpočtovania.

²²⁹ MŠ SR, MDPT SR, MV SR²³⁰ Časť D - Zdravotná výchova a dopravná psychológia, Národný plán na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 210 v SR

Útvary služieb dopravnej polície PZ vykonávajú každoročne niekoľko špeciálnych kontrol a dopravno-bezpečnostných akcií za účelom kontroly dodržiavania pravidiel cestnej premávky o zákaze používania alkoholu pred alebo počas jazdy. Najznámejším a najúspešnejším preventívnym programom je celoslovenská dopravno-bezpečnostná akcia Jastrab, ktorú vyhlásil minister vnútra na základe Národného plánu na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky po prvýkrát v roku 2004. Akcia pôsobila preventívne s cieľom eliminovať dopravné priestupky.

13.4.1 Autoškoly

V autoškolách nie sú zavedené špecifické preventívne programy, ktoré by boli zamerané len na užívanie drog za volantom. Nebezpečenstvám užitia alkoholu a drog pre cestnú premávku sa v autoškolách venuje pozornosť v rámci výuky o bezpečnosti na cestách a podľa zákona 315/1996 Z. z.

13.4.2 Označenie liekov

V SR sú všetky lieky, ktoré môžu negatívne vplyvať na schopnosť viesť motorové vozidlá označené na vonkajšom obale nápisom, ktorý na toto nebezpečenstvo upozorňuje²³¹.

13.4.3 Diskusie v médiách

V médiách neboli zaznamenané žiadne významné diskusie ohľadom drog v doprave s výnimkou jednej informácie, ktorá odznela v roku 2004 v TV o "zmiernujúcich" účinkoch alkoholu na stav po konzumácii marihuany (Správa 2005).

²³¹ Písomné vyjadrenie MZ SR zo dňa 23. 05. 2006 č. 14904-2/2006-OZS

14. BIBLIOGRAFIA

- Akčné plány realizácie plnenia zámerov NPBD 2005 - 2008 GS VMDZKD 2005,
<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=124>
- Analýza súčasného stavu financovania NPBD a Zásady financovania protidrogovej politiky pre nasledujúce obdobie v súlade so Stratégiou EÚ a NPBD
- Asociácia resocializačných stredísk a postresocializačných služieb, In: Čistý deň 1/2006, s. 16
- Baška T., Németh A., Sovinová H. et al. (2006): Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia, In : Soc. Prevent. Med., 51/2006, s. 110 - 116
- Bianchi G., Lukšík I., Popper M., Supeková M. (2000): Interakcia sexuálnych a drogových rizík zdravia vojakov základnej vojenskej služby, In: Human Communication Studies Vol VI., Slovenská akadémia vied, Bratislava
- Bieliková M.: Fajčenie žiakov základných a stredných škôl
- Bobáková E., Kutaš R. (2002): Koncepcia a metodika jednotného systému označovania televíznych programov (JSO), In: Správa o stave vysielania v SR a o činnosti Rady pre vysielanie a retransmisiiu za rok 2001, tlač NR SR 1347, Bratislava, marec 2002, s. 111 - 230, www.rada-rtv.sk
- Cesta k spravodlivému rastu. Štúdia Svetovej banky 2006, <http://www.profini.sk>
- Drogová závislosť - liečba drogovovo závislých v SR, zdravotnícke štatistiky ÚZIS v rokoch 1995 až 2005.
- Dohovor o právach dieťaťa v SR za obdobie 2001 - 2005. Druhá správa o uplatňovaní Dohovoru v SR, www.foreign.gov.sk, marec 2006
- Duchoň M., (2005): Prieskum využívania voľného času mládeže, páchania trestnej činnosti mládežou
- Dzurilla M.(2006): Krízové centrum UNICORNIS. Správa pre NMCD 2006
- Farkašová E., Dočkal V., Kopčanová D., Kretová E. et.al. (2005): Psychologické a pedagogické aspekty kognitívneho rozvoja a sociálnej integrácie rómskych žiakov
- Fehérová L., Mikulčíková K., Sotník D.(2006): Východiskové hľadiská diagnostiky mládeže s poruchami správania. In :Prevenca 1/2006,V. ročník, ÚIPŠ, Bratislava, s.19 - 26
- Földes T., Slovíková M.(2004): Vyhodnotenie zapojenia škôl do Národnej siete škôl podporujúcich zdravie, ÚIPŠ, 2004, Bratislava
- Gajdošová E., Mederiová T., Mišenda P., Rešovsk, J. (2005): Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže SR. Prieskum realizovaný Regionálnym úradom verejného zdravotníctva v Spišskej Novej Vsi - správa pre NMCD, 2006
- Gašparová M. (2006) MO SR Štáb personálneho manažmentu, MO SR, ústne podanie, február 2006
- Hallmann H. (2002): Primárna prevencia alebo sekundárna prevencia? Aktuálne posúdenie príliš neaktuálnych pojmov. In: FreD, www.infodrogy.sk
- Hroncová J. et al. (2004): Sociálna patológia. PF UMB Banská Bystrica, ISBN 80-8055-926-0 191 s.
- Hudečková V. (2006): Naše polepšovne v novom tisícročí, In: Prevenca 1/2006, V. ročník, s. 89 - 90

14. BIBLIOGRAFIA

Chaban I. (2006): Informácia pre NMCD, jún 2006

Informácia o plnení Imunizačného programu v Slovenskej republike, ÚVZ SR, www.uvzsr.sk aktuality, stiahnuté 7. 03. 2006

Jánoš J., Kišková L. (2006): Drogy nie sú detská hra. Seminár pre médiá, Senec, 19 - 20. 06. 2006

"Keď pragmatizmus pôsobí kontroverzne", Informačná brožúra OZ Odyseus, 2006, Bratislava, 11 s.

Kopasová D., Vojtová Z. (2005): Školy podporujúce zdravie - koordinácia a evaluácia. In: Výročná správa VÚDPaP za rok 2005, www.minedu.sk

Korbelová B. (2006): Marihuana známa a neznáma. ÚVZ SR, 2006, Správa pre GS VMDZKD

Kriminalistický a expertízny ústav PPZ: Údaje o záchytech drog a počet prípadov. Správa pre NMCD, 2006

Kriminalistický a expertízny ústav PPZ: Koncentrácia účinnej látky zachyteného kokainu. Správa pre NMCD, 2006

Krivulka P. (2006): Syndóm ADHD. www.dys.sk, stiahnuté 30. júla 2006

Kroeger Ch., Shaw R., Winter H. (2004): Smernice na hodnotenie drogovej prevencie, EMCDDA, 2004, slovenský preklad Nociar A., II. vydanie

Liba J. (2004): Skúsenosti a frekvencia kontaktov rómskych žiakov s návykovými látkami, Pedagogická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove 2004

Liba J. (2006): Prieskum rómskych detí v kontexte výchovy ku zdraviu, Správa pre NMCD

Lobodáš O. (2006): Drogy vo väzeniach, Odbor zdravotnej starostlivosti GR ZVJS. Informácia pre NMCD, 2006

Lohinová N. (2006): Nízkoprahové programy pre deti a mládež - recenzia publikácie In: Prevencia 2/2006, V. ročník, ÚIPŠ, Bratislava, s. 59 - 60

Materiál na rokovanie Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog č. 1979/2006, marec 2006, www.infodrogy.sk

Matula Š., Čanigová A., Kopányiová A., Smiková E., Vojtová Z. (2005): Psychologická prevencia a psychologická intervencia ako fázy integrovanej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania In: Výročná správa VÚDPaP za rok 2005, www.minedu.sk

Matula Š., Kopányiová A., Vojtová Z., Smiková E., Tesař M., Laznibatová J. (2005): Psychologické a výchovné aspekty vzdelávania žiakov s poruchami aktivity a pozornosti. In: Výročná správa VÚDPaP za rok 2005, www.minedu.sk

Metodický pokyn na zabezpečenie metadonovej udržiavacej liečby pre pacientov so závislosťou od opiátov s chronickým priebehom ochorenia. Čiastka 21 - 27 Vestník MZ SR, 2004, dňa 31. 3. 2004

Metodický pokyn ÚV SR číslo 4/2006 13. decembra 2005

Mravčík V., Kišková L. (2006): Prevalenčný odhad problémových užívateľov drog na Slovensku. In: Alkoholizmus a drogové závislosti č.5,41 2006 s.260-272

MS SR (2006): Počet odsúdených a počet skutkov vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu. Správa pre NMCD, 2006

MV SR - list zn. PPZ-317/ODP-2006, 27. 3. 2006

MV SR (2004): Drogy v doprave. Metodická príručka k semináru, 2004

MV SR (2006): Počet dopravných nehôd pod vplyvom alkoholu, Odbor dopravnej polície, Správa pre NMCD, 2006

MZ SR - list zn. 14904-2/2006-OZS, 23. 5. 2006

"Národná správa o politike mládeže v SR pre Radu Európy", 2005, www.minedu.sk

- Národné centrum pre manažment a liečbu chronických hepatítid: Správa pre NMCD, 2006
- Národný plán na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010 v Slovenskej republike <http://www.telecom.gov.sk/index/go.php?id=1072>
- Národný program boja proti drogám na obdobie 2004 - 2008, In: Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR, 2004, (Národná správa pre Reitox) s.143 - 153
- Národný program podpory zdravia, ÚVZ SR, www.uvzsr.sk
- NCZI (2006): Hlásenie o liečbe užívateľa drog, 2005
- NCZI (2006): Počet pacientov liečených na kokaín a priemerný vek. Správa pre NMCD
- NMCD (2006): Prieskum problémových užívateľov drog skrytej populácie - Dotazník pre určenie multiplikátorov
- NMCD (2006): Výkaz nízkoprahových programov (2006)
- NMCD (2006): Výkaz programov resocializácie (2006)
- Nociar A., Novotný I. (1994): School without alcohol, tobacco and drugs - preventive project and target population survey in Slovakia, abstracts from meeting of International Institutes on the Prevention and Treatment of Alcoholism and Drug Dependence, Prague, s. 180
- Nociar A. (2004): Prieskumy o drogách, alkohole a tabaku u slovenskej mládeže, ISBN 80-224-0832-8, Veda, Bratislava, 2004, 219 s. (pozn. citácie uvedené v texte)
- NPJ ÚBOK PPZ: Cena drog v roku 2005. Správa pre NMCD, 2006
- Ochaba R. (2003): Zákaz reklamy a zvyšovanie cien znižujú počet fajčiarov. Alkoholizmus a drogové závislosti, Protialkoholický obzor č3, roč. 38, s. 117 - 120
- Ondrejko P., Poliaková E. a kol. (1999): Protidrogová výchova. Veda SAV, 356 s., ISBN 80-224-0533-1
- Pallider J. (2006): Pálkovo centrum. Správa pre NMCD, 2006
- Pétiová M. (2005): Komparácia údajov z prieskumu mládeže (vzorka 15 - 17 ročných) a prieskumov mládeže vo veku 15 - 19 rokov v reedukačných domovoch mládeže v r. 1998 a 2005. Správa pre NMCD
- Pétiová M. et al. (2005): Sociálno - patologická problematika mládeže v SR, Užívanie legálnych a nelegálnych drog. ÚIPŠ, Bratislava, 2005, Správa pre NMCD
- Pétiová M. (2005): Názory a postoje mladých ľudí žijúcich v diagnostických centrách a v reedukačných domovoch pre mládež v SR ku konzumácii drog, ÚIPŠ, 2005
- Pipíšková I. (2006): Správa pre NMCD. ÚPSVaR, 2006
- Pitoňáková M.(2006): Primárna prevencia drogových závislostí u žiakov ZŠ v Kežmarskom okrese, výsledky prieskumu. In: Prevencia 2/2006, V. ročník, s.17 - 32
- "Pohľad gynekológa - pôrodníka na závislé a HIV pozitívne matky", rozhovor s Jaroslavom Hinštom In: Čistý deň 4/2005, s. 10 - 11
- Prevencia drogových závislostí. Sociálna prevencia - informačno vzdelávací bulletin rezortu kultúry: 2/2006, Bratislava ISSN 1336-9679, 30 s.
- Prutkay I., Slovíková M. (2005): Analýza činnosti CVČ v šk. r. 2004/2005, ÚIPŠ, Bratislava, 2005
- Ramstrom J. (2004): Adverse Health Consequences of Cannabis Use, National Institute of Public Health, Sweden, 142 s., v slovenskom preklade Nepriaznivé zdravotné dôsledky užívania kanabisu, vydal ÚV SR, Bratislava 2005

14. BIBLIOGRAFIA

Realizácia slovensko-nemecko-českého twinningového projektu zameraného na podporu plnenia úloh Národného programu boja proti drogám v SR za roky 2005 - 2008, GS VMDZKD, marec 2006, www.infodrogy.sk

Ročný výkaz o vykonávaní opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately za rok 2005 MPSVaR, 2006

Romanovská V. (2006) "Prevencia drogových závislostí v aktivitách mimoškolskej výchovy a vzdelávania v Pohronskom osvetovom stredisku", In: Sociálna prevencia, 2/2006, ISSN 1336-9679, s. 29

Rometsch W. et al: Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten - FreD (Príručka pre včasný preventívny zásah u prvoužívateľov drogy v spolupráci s organizáciami poskytujúcimi služby, políciou, prokuratúrou a Úradom pre mládež), slovenský preklad
<http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=304>

Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory spojené s drogovou závislosťou problematikou. Štatistický úrad SR, Verejná mienka Bratislava 2004 78 s.

Slovenský rozhlas (2006) Rozhlasová stanica Slovensko: Rádiožurnál, 26. 6. 2006

Slovenský rozhlas (2006) Rozhlasová stanica Slovensko: Štúdio Kontakt, 11:00, 60 min., diskusia o drogovej závislosti detí, 20. 6. 2006

Slovíková M., Dugovičová M.: Analýza výskytu záškoláctva a problémové správanie žiakov na základných a stredných školách v školskom roku 2004/2005, ÚIPŠ, Bratislava

Slovíková M. a kol.: Činnosť CVPP v školskom roku 2004/2005, ÚIPŠ, Bratislava

Slovíková M., Galáš J.: Vyhodnotenie projektov PF za rok 2005, ÚIPŠ, Bratislava

Slovíková M. (2006) "Čo prezentujú výsledky a údaje v školskom roku 2004/2005?", In: Čistý deň 3/2006, V. ročník, s. 29

Slovíková M. a kol.: Vyhodnotenie Cesty za školský rok 2004/2005, ÚIPŠ, Bratislava, 2005. Správa pre NMCD

Slovíková M., Holubíková M.: Preventívne programy a aktivity - hodnotenie a výsledky. Prevencia 2/2006, V. ročník, s. 9 - 16

Sociálne a ekonomické náklady spojené s užívaním drog v SR, In: Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR 2005 (Národná správa pre Reitox), s. 34 - 36

Správa o bezpečnostnej situácii v SR z aspektu drogovej kriminality v roku 2005, MV SR 2006, Materiál na VM DZKD, marec 2006

Správa o realizácii protidrogovej politiky vlády SR za rok 2005 - GS VMDZKD, 2006, Materiál na rokovanie vlády SR, www.rokovania.sk

Stanková D. (2006): Epidemiologická situácia HIV/AIDS na Slovensku k 1. 1. 2006, Národné referenčné centrum pre HIV/AIDS, Správa pre NMCD, 2006

Stav drogových závislostí a kontrola drog v SR 2004 (Národná správa pre REITOX), Úrad vlády SR, Bratislava, 2004, ISBN 80-968631-3-4, 2004, 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, 219 s.

Šidlo J.: Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami, ÚDZS, Správa pre NMCD, 2006

Štatistická ročenka 2005, MS SR, sekcia justičnej informatiky a štatistiky, 233 s., 2005

Štatistický úrad SR, stav obyvateľstva SR v roku 2005, Štatistický úrad SR, údaje o úmrtiach súvisiacich so psychoaktívnymi látkami. Správa pre NMCD, 2006

Stowasserová N. (2005): Organizácia zdravotnej starostlivosti u pacientov s drogovou závislosťou v SR, Celoslovenský kurz: Poradenstvo v oblasti drogových závislostí, 2005

Vojtová Z. (2006): Komplexný prístup k prevencii v SR, 10. 05. 2006,
<http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=238>

Zelina M., Lenárt M.: Vieme, že... Doplnkový učebný a tréningový text pre žiakov, metodický príručka pre lektorov. Bratislava, 2004

Webové stránky

www.aktuality.sk	www.protidrogovyfond.sk
www.auto.zoznam.sk	www.pohodafestival.sk
www.drogy.sk	www.rpr.sk/start.htm
www.dys.sk	www.rokovania.sk
www.infodrogy.sk	www.spravy.pravda.sk
www.ec.europa.eu	www.sukl.sk
www.emcdda.europa.eu	www.statistics.sk
www.employment.gov.sk	www.stopfajceni.sk
www.hnonline.sk	www.telecom.gov.sk
www.minedu.sk	www.uips.sk
www.nocka.sk	www.unicef.sk
www.odyseus.sk	www.uvzsr.sk
www.profini.sk	www.vlada.gov.sk

15. Prílohy

15.1 Zoznam tabuliek použitých v texte

Tab. 1.1: Schválené projekty podľa krajov.....	19
Tab. 1.2: Schválená dotácia PF podľa oblastí	19
Tab. 1.3: Prehľad vynaložených finančných prostriedkov VÚC na sociálne služby v roku 2005.....	20
Tab. 2.1: Prehľad základných parametrov populačných prieskumov ÚVVM pri ŠÚ SR za súbor populácie SR pre ST 01 Reitox.....	24
Tab. 2.2: Základné údaje o prieskumných skupinách a percento respondentov, ktorí deklarovali fajčenie a pitie alkoholu.....	30
Tab. 2.3: Užitie nelegálnych látok u chovancov RDM a v komparačnej vzorke.....	31
Tab. 3.1: Aktivity a účastníci v oblasti prevencie drogových závislostí v školskom roku 2004/2005.....	37
Tab. 3.2: Počet preventívnych programov CVPP.....	37
Tab. 3.3: Záškoláctvo a problémové správanie na ZŠ a SŠ v školskom roku 2004/2005.....	42
Tab. 3.4: Počet klientov v špeciálnych výchovných zariadeniach k 31. 10. 2005.....	42
Tab. 3.5: Schválená dotácia PF v roku 2005 na školské programy.....	45
Tab. 4.1: Vstupné údaje pre výpočet ITR.....	47
Tab. 4.2: Počet PDU klientov nízkoprahových zariadení v roku 2005.....	47
Tab. 4.3: Odhad PDU vo vybraných mestách Slovenska.....	48
Tab. 4.4: Odhad PDU na Slovensku.....	48
Tab. 4.5: Počet liečených podľa druhu primárnej drogy, porovnanie roku 2004 a 2005.....	49
Tab. 4.6: Najčastejší spôsob aplikácie drogy v roku 2005.....	51
Tab. 4.7: Zastúpenie liečených mužov a žien podľa druhu liečebného zariadenia a drogy.....	52
Tab. 4.8: Štruktúra užívateľov drog v resocializačných zariadeniach.....	52
Tab. 4.9: Počet klientov nízkoprahových zariadení.....	53
Tab. 4.10: Štruktúra klientov terénnych programov.....	53
Tab. 4.11: Štruktúra klientov nízkoprahových zariadení.....	54
Tab. 5.1: Klasifikácia liečebných zariadení definovaných podľa metodického pokynu ako hlásne jednotky do zdroja pre TDI (počet pracovísk hlásiacich v roku 2005).....	56
Tab. 5.2: Liečebné programy poskytované CPLDZ v 2005.....	58
Tab. 5.3: Súhrn liečebnej starostlivosti o užívateľov drog v SR za rok 2005.....	59
Tab. 6.1: Úmrtia súvisiace s drogami v absolútnych číslach.....	62
Tab. 6.2: Úmrtia spôsobené predávkovaním psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2005 podľa skupín psychoaktívnych látok, vekových skupín a pohlavia (M/Ž).....	63

15. PRÍLOHY

Tab. 6.3: Úmrtia v stave ovplyvnenia psychoaktívnymi látkami v SR v roku 2005 podľa skupín zistených látok, príčin smrti a pohlavia muži/ženy.....	63
Tab. 6.4: Výskyt anti HCV, HBsAg v Ústavoch na výkon väzby a Ústavoch na výkon trestu odňatia slobody v rokoch 2005.....	67
Tab. 6.5: Psychiatrická komorbidita u drogovu závislých pacientov liečených v psychiatrických zariadeniach ústavnej starostlivosti.....	68
Tab. 7.1: Služby poskytované v rámci terénnych programov (počet výkonov).....	71
Tab. 7.2: Výmena ihliel a striekačiek v terénnych programoch.....	71
Tab. 7.3: Testovanie infekčných ochorení v rámci terénnych programov.....	73
Tab. 8.1: Vybrané sociálne charakteristiky liečených užívateľov drog v %.....	75
Tab. 8.2: Vybrané sociálne charakteristiky liečených podľa zariadenia.....	76
Tab. 8.3: Celkový počet stíhaných za drogové trestné činy podľa krajov.....	77
Tab. 8.4: Počet stíhaných mladistvých do 18 rokov podľa krajov.....	78
Tab. 8.5: Počet odsúdených mladistvých do 18 rokov podľa jednotlivých paragrafov.....	79
Tab. 8.6: Počet osôb udávajúcich užitie drogy pred vstupom do ústavov v rokoch 2000 - 2005.....	80
Tab. 9.1: Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre deti v r. 2005.....	83
Tab. 9.2: Dôvody vykonávania sociálnej kurately pre dospelých v r. 2005.....	83
Tab. 9.3: Počet detí, v prípade ktorých sa v roku 2005 realizovalo rozhodnutie súdu o vyňatí detí z rodinného prostredia.....	84
Tab. 9.4: Klienti v 18 resocializačných strediskách v r. 2005.....	85
Tab. 9.5: Skladba služieb poskytovaných resocializačnými zariadeniami.....	86
Tab. 9.6: Realizované prednášky s protidrogovou tematikou pre odsúdených.....	87
Tab. 10.1: Počet prípadov a množstvo zachytených drog.....	91
Tab. 10.2: Ceny drog v roku 2005.....	91
Tab. 10.3: Koncentrácia účinnej látky vybraných druhov drog v rokoch 2002 - 2005 v % (u extázy v mg MDMA/tbl).....	92
Tab. 11.1: Dal by si sa prehovoriť na vyskúšanie marihuany? Kladné odpovede v %.....	97
Tab. 11.2: Intenzita fajčenia cigariet u žiakov II. stupňa ZŠ v %.....	98
Tab. 11.3: Vek prvého kontaktu s drogou u chovancov v reedukačných zariadeniach a v komparačnom súbore.....	99
Tab. 11.4: Počty detí vo veku <15 v ambulancijnej starostlivosti a v ústavnej liečbe v rokoch 2003 - 2005 s diagnózou závislosti od psychoaktívnych látok.....	100
Tab. 11.5: Rozloženie podľa pohlavia a veku detí liečených v roku 2005.....	100
Tab. 11.6: Počet vyšetrovaných detí PPZ do 15 rokov.....	104
Tab. 11.7: Počet vyšetrovaných detí v súvislosti s drogovou kriminalitou podľa krajov.....	104
Tab. 11.8: Preventívne programy.....	106
Tab. 12.1: Frekvencia užívania kokaínu počas života u stredoškolskej mládeže podľa prieskumu ESPAD.....	110
Tab. 12.2: Porovnanie užívania drog v reedukačných domovoch a všeobecnou populáciou mladých ľudí.....	111
Tab. 12.3: Úmrtia súvisiace s kokaínom za obdobie 2000 - 2005.....	113
Tab. 12.4: Koncentrácia účinnej látky zachyteného kokaínu.....	114
Tab. 13.1: Smrteľné následky dopravných nehôd podľa druhu drogy za roky 2000 - 2005.....	118
Tab. 13.2: Rozdelenie obetí dopravných nehôd podľa zistených psychoaktívnych látok v roku 2005.....	118
Tab. 13.3: Obete dopravných nehôd v súvislosti s drogami podľa veku a pohlavia (M/Ž).....	119

15.2 Zoznam grafov

Graf 1.1: Subjektívne vnímanie hrozby drogovej závislosti, veková skupina 18+.....	20
Graf 1.2: Vývoj názorov verejnosti na hlavné nebezpečenstvá užívania drog pre spoločnosť.....	21
Graf 1.3: Názory mládeže SR 15 - 29 na niektoré opatrenia, ktoré treba urobiť proti šíreniu drogovej závislosti.....	22
Graf 2.1: Skúsenosť s drogou podľa jednotlivých vekových skupín.....	25
Graf 2.2: Celoživotná prevalencia užitia kanabisu, heroínu, amfetamínov a extázy v populácii SR.....	25
Graf 2.3: Vek prvého kontaktu s nelegálnou drogou.....	26
Graf 2.4: Respondenti v prieskumoch UIPŠ, ktorí uviedli skúsenosť s nelegálnymi drogami v období 1995 - 2005.....	28
Graf 2.5: Porovnanie skúsenosti s nelegálnou drogou v súbore "reedukačný domov" a komparačnej vzorke v r.1998 a 2005.....	30

Graf 2.6: Trend vývoja v najčastejšie sa vyskytujúcich názoroch na drogovo závislých, vek. skupina 18+.....	32
Graf 2.7: Vývoj pozitívneho postoja k "harm reduction" v %.....	32
Graf 2.8: Vývoj počtu respondentov so súhlasným postojom k legalizácii "mäkkých" drog.....	33
Graf 3.1: Počty 12 - 15 ročných žiakov, ktorí absolvovali program Cesta.....	38
Graf 3.2: Porovnanie koordinátorov prevencie zo ZŠ a SŠ s učiteľmi zo ZŠ a SŠ (Používanie preventívnych programov alebo metodických pomôcok).....	44
Graf 4.1: Vývoj prvých žiadostí o liečbu podľa druhu drogy.....	49
Graf 4.2: Priemerný vek liečených drogovo závislých pacientov v SR.....	50
Graf 4.3: Priemerný vek všetkých liečených podľa druhu drogy.....	50
Graf 4.4: Podiel injekčných užívateľov na celkovom počte liečených kvôli problémom s opiátmi a látkami stimulujúcimi CNS (amfetamíny, kokaín a iné stimulanciá) v %.....	51
Graf 6.1: Počty hlásených prípadov akútnej hepatitídy B v SR a u vnútrožilových užívateľov drog.....	65
Graf 6.2: Podiel výskytu AHB u injekčných užívateľov na celkovom výskyte AHB v SR.....	65
Graf 6.3: Počty hlásených prípadov akútnej hepatitídy C v SR a u vnútrožilových užívateľov drog.....	65
Graf 6.4: Podiel výskytu AHC u injekčných užívateľov na celkovom výskyte AHC v SR.....	66
Graf 6.5: Počty hlásených prípadov chronickej hepatitídy C v SR a u vnútrožilových užívateľov drog.....	66
Graf 6.6: Podiel výskytu CHC u injekčných užívateľov na celkovom výskyte CHC v SR.....	66
Graf 6.7: Výskyt anti HCV a anti - HBC u vnútrožilových užívateľov drog v CPLDZ Bratislava.....	68
Graf 8.1: Vývoj počtu drogových trestných činov a počtu stíhaných osôb za drogové trestné činy.....	76
Graf 8.2: Vývoj počtu odsúdených za trestné činy podľa jednotlivých paragrafov.....	79
Graf 8.3: Vplyv drog na trestnú činnosť.....	80
Graf 9.1: Vývoj počtu detí umiestnených do ústavnej starostlivosti pre závislosť od rodičov alebo vlastnú.....	84
Graf 10.1: Počet záchytov vybraných druhov drog.....	90
Graf 10.2: Vývoj strednej hodnoty koncentrácie (medián) marihuany, heroínu, pervitínu a kokaínu v % a množstva MDMA v mg pri tabletách extázy (pre veľkosť testovanej vzorky v jednotlivých rokoch pozri tab. 10.3).....	93
Graf 11.1: 7 otázok TAD1 relevantných pre nelegálne drogy.....	96
Graf 11.2: Skorý vek fajčenia prvej tabakovej cigarety vo vzťahu k veku prvej skúsenosti s marihuanou.....	96
Graf 11.3: Vek prvej skúsenosti s fajčením u chlapcov a dievčat.....	97
Graf 11.4: Ponuka akéhokoľvek alkoholu jeden a viackrát v živote zo strany dospelých.....	98
Graf 11.5: Deklarované pravidelné užívanie drog respondentmi v skupinách <15, 15 - 20, >20 rokov.....	99
Graf 11.6: Porovnanie hospitalizovaných detí do 14 rokov s diagnózou F90.0, F90.1 hyperaktívita a poruchy pozornosti a hyperaktívita a poruchy správania.....	103
Graf 12.1: Prevalencia užívania kokaínu v populácii Slovenska.....	109
Graf 12.2: Experimentovanie mladých ľudí vo veku od 15 - 26 rokov s kokaínom a crackom.....	109
Graf 12.3: Celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi študentmi 1 - 4 ročníka SŠ, ESPAD.....	110
Graf 12.4: Počet pacientov liečených pre problémy s kokaínom.....	112
Graf 12.5: Priemerný vek liečených užívateľov kokaínu, NCZI, 2006.....	112
Graf 12.6: Počet záchytov kokaínu a množstvo zachyteného kokaínu v kg.....	114
Graf 13.1: Vývoj celkového počtu dopravných nehôd.....	117
Graf 13.2: Vývoj počtu dopravných nehôd pod vplyvom alkoholu.....	117
Graf 13.3: Zistené prípady vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu.....	119
Graf 13.4: Vývoj počtu odsúdených a počtu skutkov vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu.....	120

15.3 Zoznam mapiek

Mapa 5.1: Liečení pacienti podľa trvalého bydliska na 100 tis. obyvateľov.....	57
Mapa 5.2: Liečení pacienti podľa miesta liečebného zariadenia na 100 tis. obyvateľov.....	57
Mapa 5.3: Rozmiestnenie zariadení ústavnej liečby.....	59
Mapa 7.1: Poskytovanie programu výmeny ihiel a striekačiek.....	69
Mapa 8.1: Počet stíhaných za drogové trestné činy v r. 2005 v prepočte na 100 tis. obyvateľov.....	77
Mapa 9.1: Mestá, v ktorých sú zriadené resocializačné strediská.....	85
Mapa 12.1: Celoživotná prevalencia užívania kokaínu u študentov SŠ podľa krajov v %, TAD2, 2002.....	110

15. PRÍLOHY

15.4 Zoznam skratiek použitých v texte

ADD/ADHD	Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha správania)
AHA	akútna hepatitída typu A
AHB	akútna hepatitída typu B
AHC	akútna hepatitída typu C
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndróm získanej imunodefície)
AMT	Amfetamín
AP	Akčný plán
AT	Alcoholic Treatment (liečebňa výlučne určená pre liečbu alkoholizmu)
CHB	chronická hepatitída typu B
CHC	chronická hepatitída typu C
CKÚ	Colný kriminálny úrad
CNS	centrálny nervový systém
CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí
CPPS	Centrum poradensko - psychologických služieb
CVČ	Centrum voľného času
CVPP	Centrum výchovnej a psychologickéj prevencie
DRD	Drug-related Deaths (úmrtnia súvisiace s drogami)
DSM - IV	Americká klasifikácia duševných chorôb
DZ	drogová závislosť
EMCDDA	Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť
EMQ	European Model Questionnaire (Európsky modelový dotazník)
ESPAD	Medzinárodný školský prieskum o drogách a alkohole
EÚ	Európska únia
GR ZVJS	Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže
GS VMDZKD	Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
GŠ OS SR	Generálny štáb ozbrojených síl Slovenskej republiky
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
HAV	hepatitída typu A
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDU	Injecting drug user (vnútrožilový užívateľ drog)
ITR	In-treatment rate
KEÚ PZ	Kriminalistický a expertízny ústav Prezídia Policajného zboru
KÚ	Krajský úrad
LDI	Linka detskej istoty
LSD	dietyplamid kyseliny lysergovej, polysyntetický alkaloid a silne halucinogénna droga
MAMT	Metamfetamín
m-Cpp	1-(m-chlorophenyl)piperazine, (stimulant)
MDMA	Methylenedioxyamfetamin
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MO SR	Ministerstvo obrany SR
MPSVaR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny
MŠ SR	Ministerstvo spravodlivosti SR
MŠ SR	Ministerstvo školstva SR
MUP	metadónový udržiavací program
MV SR	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky
MVO	Mimovládna organizácia
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NAPSI	Národný akčný plán sociálnej inklúzie
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NDS	Nadácia pre deti Slovenska
NMCD	Národné monitorovacie centrum pre drogy
NPBD	Národný program boja proti drogám
NPJ ÚBOK	Národná protidrogová jednotka Úradu boja proti organizovanej kriminalite
NRC HIV/AIDS	Národné referenčné centrum pre HIV/AIDS

NR SR	Národná rada Slovenskej republiky
OLÚP	Odborný liečebný ústav psychiatrický
OPL	omamné a psychotropné látky
OZ	občianske združenie
PDU	Problem Drug Users (problémoví užívatelia drog)
PF	Protidrogový fond
PPP	Pedagogicko - psychologická poradňa
PPZ	Prezídium policajného zboru
RDD	reedukačné domovy (tiež RDM)
RS	resocializačné stredisko
RÚVZ	Regionálny úrad verejného zdravotníctva
SOU	Stredné odborné učilište
SOŠ	Stredná odborná škola
SPOK	zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele
SŠ	stredná škola
ST	standard table (štandardná tabuľka)
ŠSZČ	Školské stredisko záujmovej činnosti
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
TAD	Tabak - alkohol - drogy, slovenský prieskum na základných a stredných školách
TDI	Treatment Demand Indicator (indikátor dopytu po liečbe)
THC	Tetrahydrocannabinol
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚIPŠ	Ústav informácií a prognóz školstva
UKF	Univerzita Konštantína filozofa v Nitre
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu)
ÚPSVaR	Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny
ÚVTOS	Ústav pre výkon trestu odňatia slobody
ÚV SR	Úrad vlády Slovenskej republiky
ÚVVM	Ústav pre výskum verejnej mienky
ÚVZ SR	Ústav verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
VM DZKD	Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog
VÚC	Vyšší územný celok
VÚDPaP	Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie
WHO	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZŠ	základná škola

ČASŤ D: ŠTANDARDNÉ TABUĽKY A ŠTRUKTÚROVANÉ DOTAZNÍKY¹

- ST 03: Charakteristiky osôb v prvoliečbe
- ST 05: Akútne/priame úmrtia spôsobené drogami
- ST 06: Vývoj priamych úmrtí súvisiacich s drogami
- ST 07: Odhady problémového užívania drog v populácii
- ST 08: Odhady lokálnej prevalencie problémových užívateľov drog
- ST 09: Prevalencia HBV/HCV a HIV infekcie medzi injekčnými užívateľmi
- ST 10: Dostupnosť ihlíc a striekačiek
- ST 11: Väzba a sledovanie drogových trestných činov
- ST 12: Užívanie drog vo väzení
- ST 13: Množstvo a kvantita záchytov ilegálnych drog
- ST14 : Čistota drogy na ulici
- ST 15: Zloženie tabliet predávaných ako ilegálne drogy
- ST 16: Cena drogy na ulici v €
- ST 17: Nové trendy v užívaní drog
- ST 18: Celková úmrtnosť a príčiny úmrtia užívateľov drog
- ST 24: Dostupnosť liečby pre užívateľov
- ST 30: (Dobrovoľné) Metódy a výsledky prieskumov zameraných na mládež
- SQ 31: Liečba ako alternatíva k väzeniu
- SQ 32: Politický a inštitucionálny rámec
- Vybraná téma 33: TDI údaje o veľmi mladých ľuďoch (dobrovoľné)
- Vybraná téma 35: Tabuľka prevalencie - veľmi mladí ľudia
- Vybraná téma 36: Frekvencia užívania kokaínu
- TDI 34: Údaje o požiadavkách na liečbu (TDI údaje)

¹ Štandardné tabuľky a štruktúrované dotazníky nie sú súčasťou tejto publikácie. Elektronické verzie uvedených štandardných tabuliek a dotazníkov sú umiestnené na sieti REITOX Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti a údaje sa spracovávajú pre európsku Výročnú správu o drogách 2007.

Úrad vlády Slovenskej republiky
Bratislava 2006
ISBN 978 - 80 - 88707 - 73 - 8